



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ"

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ & ΠΟΝΟΣ

Εισηγήτρια:

Πάκου Βαρβάρα

Σπουδάστρια:

Θεοδωρακοπούλου Ρεβέκκα

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
SUMMARY	2
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
2. ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ.....	5
2.1 Ιστορική Αναδρομή.....	5
2.2 Επιδημιολογία	7
2.3 Η Ομοιοπαθητική στην Ελλάδα.....	9
2.4 Ορισμός της Ομοιοπαθητικής	10
2.4.1 Νόμος των όμοιων (Similars)	11
2.4.2 Νόμοι του Hering.....	12
2.4.3 Νόμος της ολότητας (Totality)	12
2.4.4 Νόμος της εξατομίκευσης.....	13
2.5 Τύποι της Ομοιοπαθητικής	14
2.5.1 Ισοπαθητική	15
2.5.2 Ανθοθεραπεία	15
2.5.3 Ηλεκτροομοιοπαθητική	16
2.6 Ομοιοπαθητικά φάρμακα	17
2.6.1 Πρώτες ύλες των ομοιοπαθητικών φαρμάκων	17
2.6.2 Προετοιμασία ομοιοπαθητικών φαρμάκων	19
3. ΠΟΝΟΣ	21
3.1 Ορισμός του πόνου.....	22
3.2 Φυσιολογία του πόνου	23
3.3 Είδη του πόνου	26
3.3.1 Οξύς πόνος.....	26
3.3.2 Χρόνιος πόνος.....	27
3.3.3 Αλγαισθητικός πόνος.....	27
3.3.4 Νευροπαθητικός πόνος	28
3.3.5 Ψυχογενής ή Λειτουργικός Πόνος.....	28

3.4	Διαχείριση του πόνου	29
3.4.1	Φαρμακευτική αγωγή	29
3.4.2	Ψυχολογική αντιμετώπιση	32
3.4.3	Εναλλακτική θεραπεία	33
3.5	Νοσηλευτική φροντίδα του πόνου	34
3.5.1	Νοσηλευτική αξιολόγηση του αλγούντα ασθενή	35
3.5.2	Νοσηλευτική διάγνωση	36
3.5.3	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την πρόληψη και ανακούφιση του πόνου.....	36
3.5.4	Κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της ανακούφισης του πόνου	37
3.5.5	Ο νοσηλευτής ως θεραπευτικό μέσο στον αλγούντα ασθενή.....	38
4.	ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ & ΠΟΝΟΣ.....	40
4.1	Πλεονεκτήματα και σύγχρονα δεδομένα	41
4.2	Ενδείξεις – δράσεις των ομοιοπαθητικών φαρμάκων στο πόνο	42
4.2.1	Πρωτόκολλα για τη μετα-χειρουργική / μετα-οδοντιατρική διαχείριση του πόνου	43
4.2.2	Ομοιοπαθητικά φάρμακα για συγκεκριμένες επίπονες παθήσεις.....	45
4.2.2.1	Πόνος στην πλάτη και άλλες μυοσκελετικές διαταραχές	46
4.2.2.2	Πόνος από κατάγματα στα οστά	47
4.2.2.3	Πόννοι τοκετού	48
4.2.2.4	Οδοντικοί πόνοι και άλλα είδη πόνου που αντιμετωπίζονται από τους οδοντιάτρους	50
4.2.2.5	Νευραλγία του τριδύμου (συνδρόμου του τρέμουλου της κεφαλής) 52	
4.2.2.6	Πονοκέφαλο	52
4.3	Αποτελεσματικότητα στην ομοιοπαθητική.....	54
	ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ).....	60
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	77
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	79

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ομοιοπαθητική είναι μια ολιστική μορφή συμπληρωματικής ιατρικής, που στοχεύει στη θεραπεία του συνόλου του ατόμου και όχι μόνο στα σωματικά συμπτώματα. Λειτουργεί με βάση την αρχή ότι ο νους και το σώμα συνδέονται τόσο έντονα και ότι οι φυσικές συνθήκες δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία χωρίς να γίνει κατανοητή η ιδιοσυγκρασία και ο χαρακτήρας του ατόμου.

Σκοπός: Στόχος αυτής της βιβλιογραφικής πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη της ομοιοπαθητικής και η χρήση της από τον νοσηλευτή για την αντιμετώπιση του πόνου.

Υλικά και μέθοδοι: Το υλικό συλλέχθηκε μετά από μια λεπτομερή μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, συγκεκριμένα στο PubMed, Science Direct και στο Google Scholar. Η επιλογή των άρθρων και των βιβλίων βασίστηκε στη χρήση των λέξεων κλειδιών (ομοιοπαθητική, πόνος, φάρμακο, θεραπεία και συμπληρωματική ιατρική), καθώς και τις τελευταίες δημοσιεύσεις των νέων δεδομένων σχετικά με το αντικείμενο αυτής της έρευνας.

Αποτελέσματα: Η ομοιοπαθητική αξίζει να είναι μια συμπληρωματική θεραπεία πρώτης γραμμής λόγω της ασφάλειας, της αποτελεσματικότητας και του χαμηλού κόστους της. Παρέχονται πολλές συνταγές των πιο κοινών ομοιοπαθητικών φαρμάκων για διάφορους τύπους πόνου, συμπεριλαμβανομένου του πόνου στην πλάτη, του οδοντικού πόνου, των πόνων του τοκετού, πονοκέφαλο και της νευραλγίας του τριδύμου.

Συμπεράσματα: Η ομοιοπαθητική αναφέρεται σε μια ποικιλόμορφη και πολυδιάστατη ομάδα παροχής υγείας και περίθαλψης που δεν εμπίπτει στις μεθόδους, τις έρευνες και τις κλινικές μελέτες που εφαρμόζονται στην συμβατική ιατρική, περίθαλψη και έρευνα. Η διαχείριση του πόνου υπό το πρίσμα της ομοιοπαθητικής αποτελεί μια ασφαλής και συμπληρωματική αντιμετώπιση, η οποία χρήζει περαιτέρω έρευνα.

Λέξεις κλειδιά: Πόνος, φάρμακο, θεραπεία, συμπληρωματική ιατρική.

SUMMARY

Introduction: Homeopathy is a holistic form of complementary medicine, aiming to treat the whole person rather than just the physical symptoms. It works on the principle that the mind and body are so strongly linked that physical conditions cannot be successfully treated without an understanding of the person's constitution and character.

Aim: The purpose of a literature review is to study homeopathy and its use by the nurse in the treatment of pain.

Material and Method: The material was collected after a detailed study of international literature in electronic databases, specifically at PubMed, Science Direct and Google Scholar. The selection of articles and books was based on the use of the keywords (homeopathy, pain, drug, treatment and complementary medicine), as well as latest publications of new data on the subject of this research.

Results: Homeopathy deserves to be a first-line complementary treatment due to its safety, effectiveness, and low cost. Many prescriptions of the most common homeopathic medicines for various types of pain are provided, including back pain, dental pain, labor pains, headache and trigeminal neuralgia

Conclusions: Homeopathy refers to a diverse and multidimensional health care system, which does not fall under the methods, research, and clinical studies applied to conventional medicine, care and research. Pain management, in the light of homeopathy, is a safe and complementary approach, which requires further research.

Keywords: Pain, drug, treatment, complementary medicine.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ομοιοπαθητική, από τις λέξεις *όμοιον* και *πάθος*, είναι μια μέθοδος εναλλακτικής ιατρικής που επινοήθηκε το 1796 από τον Samuel Hahnemann, με βάση το αξίωμα *similia similibus curantur*, δηλαδή πως «τα όμοια θεραπεύονται με τα όμοια». Σύμφωνα με αυτή την αρχή η θεραπεία μιας ασθένειας μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών που είναι ικανές να προκαλέσουν τα συμπτώματα αυτής της ασθένειας, όταν χορηγηθούν σε έναν υγιή οργανισμό (Βαρθολομαίος, 2003).

Ο Hahnemann (1833) υποστήριζε πως η υποκείμενη αιτία των ασθενειών ήταν τα φαινόμενα που εκείνος αποκαλούσε «μιάσματα», τα οποία μπορούν να αντιμετωπιστούν με την χορήγηση των ομοιοπαθητικών φαρμάκων. Για την παρασκευή των φαρμάκων αυτών γίνεται σταδιακή αραίωση μιας δραστικής ουσίας σε οινόπνευμα ή αποσταγμένο (απιονισμένο) νερό, την οποία ακολουθεί μια βίαιη κρούση πάνω σε ένα ελαστικό σώμα. Η αραίωση συνήθως συνεχίζεται ακόμα και όταν πλέον δεν απομένει ούτε ένα μόριο της αρχικής ουσίας (Haller, 2009). Οι Ομοιοπαθητικοί επιλέγουν φάρμακα συμβουλευόμενοι καταλόγους, γνωστοί και ως «ευρετηριολόγια» (repertories), με βάση μια διάγνωση που λαμβάνει υπόψιν τα συμπτώματα του ασθενούς, τα προσωπικά του χαρακτηριστικά, τη φυσική και ψυχολογική του κατάσταση, και την ιστορία της ζωής του. Ουσιαστικά πρόκειται για μία ολιστική αντιμετώπιση του ασθενή προκειμένου να θεραπευτεί η ασθένεια που παρουσιάζει (Lockie, 2010).

Οι βασικές αρχές της ομοιοπαθητικής, όπως διατυπώθηκαν από τον Hahnemann, αναφέρονται συχνά ως «Κλασική Ομοιοπαθητική», στα πλαίσια της οποίας ο ασθενής λαμβάνει ένα μόνο φάρμακο (remedy), και δίδεται ικανός χρόνος στον οργανισμό του ασθενούς να ανταποκριθεί. Υπό τον όρο «ομοιοπαθητική» συμπεριλαμβάνονται και άλλοι τρόποι εφαρμογής των ομοιοπαθητικών φαρμάκων, όπως για παράδειγμα η Ισοπαθητική, η Πλουραλιστική ομοιοπαθητική, η Πολυφαρμακία, κ.α. (Lockie, 2010). Σήμερα η Ομοιοπαθητική ως διακριτό σύστημα ιατρικής αναγνωρίζεται από νόμους και διατάξεις στο Ηνωμένο Βασίλειο (1950), Ρουμανία (1981), στην Ουγγαρία (1997), στη Λιθουανία (1997), στη Γερμανία (1998), στο Βέλγιο (1999), στην Πορτογαλία (2003), στη Βουλγαρία (2005) και στη Σλοβενία (2007) (Van Wassenhoven, 2014).

Σκοπός αυτής της δευτερογενούς βιβλιογραφικής έρευνας είναι η συλλογή, η μελέτη και η συστηματική ανάλυση της ομοιοπαθητικής, μιας εκ των πιο γνωστών θεραπευτικών προσεγγίσεων της συμπληρωματικής και της εναλλακτικής ιατρικής (Complementary And Alternative Medicine, CAM). Πιο αναλυτικά, η παρούσα εργασία στοχεύει στην διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των ομοιοπαθητικών φαρμάκων στην αντιμετώπιση και διαχείριση του σωματικού πόνου.

Στο Πρώτο Μέρος αυτής της μελέτης και στο Δεύτερο Κεφάλαιο θα γίνει μια λεπτομερής ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας που αφορά τον ορισμό της Ομοιοπαθητικής, τους τύπους και τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα. Ενώ, στο Δεύτερο μέρος επιχειρείται η ολοκληρωμένη και σαφής σκιαγράφηση του φαινομένου του σωματικού πόνου, των διαφόρων ειδών του, της διαχείρισης και της νοσηλευτικής φροντίδας του. Στο Τρίτο Μέρος και στο Τέταρτο Κεφάλαιο αυτού του πονήματος αναπτύσσεται ο ρόλος της ομοιοπαθητικής στην αποτελεσματική διαχείριση ορισμένων μορφών σωματικού πόνου, όπως του πόνου στην πλάτη, του οδοντικού πόνου και των πόνων του τοκετού. Ενώ στο Κεφάλαιο Πέντε παρουσιάζονται επιλεκτικά δέκα επιστημονικά άρθρα που αφορούν τη χρήση της Ομοιοπαθητικής στην κλινική πρακτική και στην αντιμετώπιση του πόνου.

2. ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ

2.1 Ιστορική Αναδρομή

Οι ομοιοπαθητικοί ισχυρίζονται πως ο Ιπποκράτης πιθανόν έχει θεμελιώσει την ομοιοπαθητική περίπου το 400 π.Χ., όταν υπαγόρευε τη χρήση μιας μικρής δόσης μανδραγόρα για τη θεραπεία της μανίας, γνωρίζοντας πως η ρίζα αυτού του φυτού προκαλεί τη μανία αλλά σε πολύ μεγαλύτερες δόσεις. Το 16^ο αιώνα, ο πρωτοπόρος της φαρμακολογίας Παράκελσος υποστήριξε πως σε μικρές δόσεις «αυτό που προκαλεί αρρώστια στον άνθρωπο, επίσης τον θεραπεύει». Ενώ, ο γερμανός ιατρός Samuel Hahnemann (1755–1843) έδωσε στην ομοιοπαθητική το όνομά της και διεύρυνε τις αρχές της στα τέλη του 18ου αιώνα. Το 1833 κυκλοφορεί και η πέμπτη και ολοκληρωμένη έκδοση του «The Homeopathic Medical Doctrine: Organon of Art of the Healing» όπου θέτει τις βάσεις και τις αρχές πρακτικής της ομοιοπαθητικής (Haller, 2009).

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα η Ομοιοπαθητική είχε γνωρίσει σε όλον τον κόσμο, ιδιαίτερα στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη, μεγάλη διάδοση στον ιατρικό κόσμο και λειτουργούσαν πολυάριθμα ομοιοπαθητικά νοσοκομεία, ιατρικές σχολές και ιατρικές εταιρείες. Όμως, από το 1909, με την ανακάλυψη του «Salvarsan» από τον Paul Ehrlich, ξεκίνησε η επανάσταση των βακτηριοκτόνων φαρμάκων, που είχε σαν στόχο να βρίσκει ισχυρά φάρμακα με εκλεκτική μικροβιοκτόνο δράση, μια και καθιερώθηκε η αντίληψη, μετά τις ανακαλύψεις στο χώρο των μικροβίων, ότι όλες σχεδόν οι παθήσεις έχουν σαν αίτιο κάποιο παθογόνο μικροοργανισμό. Η λογική αυτή, της μοναδικής αιτιότητας, που επιζητεί αυτό που ονομάστηκε στην εποχή του Erlich «μαγικό βόλι», δηλαδή το ειδικό αποτελεσματικό φάρμακο για έναν παθογόνο μικροοργανισμό, επικράτησε και κυριαρχεί στην ιατρική μέχρι σήμερα (Βαρθολομαίος, 2003).

Τη δεκαετία του 1950, μόνο 75 αποκλειστικοί ομοιοπαθητικοί εξασκούσαν την πρακτική στις Ηνωμένες Πολιτείες. Αργότερα όμως, από τα μέσα έως τα τέλη της δεκαετίας του 1970, η ομοιοπαθητική επέστρεψε δυναμικά και οι πωλήσεις ορισμένων ομοιοπαθητικών εταιρειών δεκαπλασιάστηκαν (Haller, 2009). Ορισμένοι ομοιοπαθητικοί αποδίδουν την αναβίωση στον Έλληνα ομοιοπαθητικό Γιώργο Βυθούλκα, ο οποίος έχει διεξάγει πλήθος ερευνών για την ενημέρωση των σεναρίων

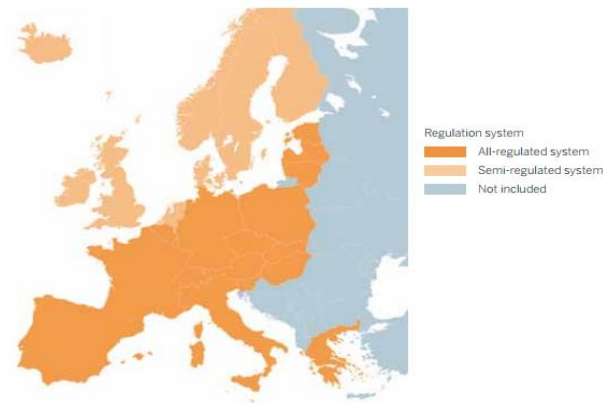
και τη βελτίωση των θεωριών και πρακτικής της ομοιοπαθητικής ξεκινώντας τη δεκαετία των 1970 (Jonas et al., 2003:Lockie, 2010). Ωστόσο, οι Ernst και Singh θεώρησαν πως αυτή η μεταστροφή συνδέεται με την άνοδο του κινήματος της Νέας Εποχής (New Age). Ωστόσο, οι αλυσίδες φαρμακευτικών εταιρειών αναγνώρισαν την επιχειρηματική ευκαιρία της πώλησης των ομοιοπαθητικών φαρμάκων (Singh & Ernst, 2008).

Ο Bruce Hood, καθηγητής πειραματικής ψυχολογίας του Bristol, διατύπωσε την άποψη πως η αύξηση της δημοτικότητας της ομοιοπαθητικής τις τελευταίες δεκαετίες μπορεί να οφείλεται στις συγκριτικά μακρύτερες ιατρικές επισκέψεις, καθώς οι ομοιοπαθητικοί είναι πρόθυμοι να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο στους ασθενείς τους, καθώς και στην παράλογη προτίμηση «βιολογικών» προϊόντων, τα οποία κατά την αντίληψη των καταναλωτών αποτελούν το θεμέλιο των ομοιοπαθητικών φαρμάκων (Hood, 2009).

2.2 Επιδημιολογία

Τα τελευταία 30-40 χρόνια η ομοιοπαθητική έχει επωφεληθεί από την αυξανόμενη ζήτηση τόσο από τους ιατρούς όσο και από το κοινό στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Σύμφωνα με έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, τρεις από τους τέσσερις Ευρωπαίους γνωρίζουν την ομοιοπαθητική και από αυτούς περίπου το 30% τη χρησιμοποιούν για την υγειονομική τους περίθαλψη. Στην έρευνα του Van Wassenhoven (2014) αναφέρεται ότι στις ΗΠΑ περίπου 6,7 εκατομμύρια ενήλικες χρησιμοποιούν την ομοιοπαθητική (3,4% του ενήλικου πληθυσμού) και ότι οι περισσότεροι ομοιοπαθητικοί ασθενείς ανήκαν στη μέση ηλικία, των 25-44 ετών, ήταν πολίτες άνω του μέσου εισοδήματος και ήταν μορφωμένοι. Ενώ, στην Ινδία, μια δευτερογενής ανάλυση δεδομένων αντικατοπτρίζει τη δημοτικότητα της ομοιοπαθητικής μεταξύ των χρηστών, με αύξηση κατά 58% της εισροής ασθενών στις ομοιοπαθητικές μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης για τη δεκαετία 2000-2010 (Wassenhoven, 2014).

Στο Βέλγιο, οι CAM θεραπείες αποτελούν ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα των ασθενών (νόμος που ψηφίστηκε το 2002 σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών), ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο, η αγορά ομοιοπαθητικής συνεχώς αυξάνεται. Επίσης, η ανάπτυξη και η χρήση της ομοιοπαθητικής είναι ταχύτερη σε ορισμένες νότιες χώρες, ενώ στις χώρες με καλά ανεπτυγμένες αγορές (όπως η Γαλλία και η Γερμανία) ο ρυθμός ανάπτυξης είναι βραδύτερος. Η συνολική ευρωπαϊκή αγορά ομοιοπαθητικών φαρμάκων το 2001 κυμάνθηκε στα 1.612 εκατομμύρια € με τις μεγαλύτερες αγορές να είναι η Γερμανία και η Γαλλία, με ποσοστά 36% και 33% αντίστοιχα της συνολικής αγοράς (Wassenhoven, 2014).



Εικόνα 1: Σε 19 από τις 29 ευρωπαϊκές χώρες (Κεντρική και Νότια Ευρώπη) μόνο τα άτομα με νομοθετικά κατοχυρωμένα δικαιώματα έχουν τη νόμιμη εξουσιοδότηση για την ομοιοπαθητική θεραπεία των ασθενών. Στις δέκα χώρες που απομένουν (Βόρεια Ευρώπη), τα νομοθετικώς μη κατοχυρωμένα άτομα μπορούν να προσφέρουν μόνο φροντίδα (Van Wassenhoven, 2014).

Στις ΗΠΑ, σύμφωνα με τρεις έρευνες των κυβερνήσεων (1996-2007), μεταξύ των 0,4% και 1,8% των ενηλίκων (ή όλων των ηλικιών) είχαν επισκεφθεί έναν ομοιοπαθητικό κατά τους προηγούμενους 12 μήνες. Επίσης, τα ποσοστά για αντίστοιχες έρευνες άλλων κρατών ήταν παρόμοια με το 1,7%-1,9% για το Ηνωμένο Βασίλειο (2001-2005), 2,0% -2,3% για τον Καναδά (1994-2005) και 0,5%-1,2% για την Αυστραλία (1993-2004). Οι εκτιμήσεις για τις επισκέψεις των παιδιών ήταν 0,03%-1,3% στις έρευνες των κυβερνήσεων των ΗΠΑ, ενώ οι έρευνες σε ηλικιωμένους ενήλικες γενικά δεν ανέφεραν στοιχεία για επισκέψεις σε ομοιοπαθητικούς (Cooper et al., 2013).

2.3 Η Ομοιοπαθητική στην Ελλάδα

Η ιστορία της Ομοιοπαθητικής Ιατρικής στην Ελλάδα είναι συνυφασμένη με το όνομα του Γεωργίου Βυθούκλα, ο οποίος έφερε, εγκατέστησε, διαμόρφωσε και διέδωσε τη θεραπευτική αυτή μέθοδο. Πριν το 1966 λίγοι ομοιοπαθητικοί ιατροί υπήρχαν στην Ελλάδα και μεταξύ αυτών ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στον ιατρό Ιωάννη Πικραμένο, ο οποίος εξάσκησε με μεγάλη επιτυχία την ομοιοπαθητική επιστήμη για αρκετές δεκαετίες μέχρι το θάνατο του. Το 1969 γίνεται στην Αθήνα το 24^ο Παγκόσμιο Συνέδριο της Διεθνούς Εταιρείας Ομοιοπαθητικής Ιατρικής με μεγάλη επιτυχία και με οργανωτική επιτροπή τον Γεώργιο Βυθούκλα, την νευρολόγο - ψυχίατρο Ειρήνη Μπαχά και τον υφηγητή της θεραπευτικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών Σπύρο Γαρζώνη. Το 1971 ιδρύεται το επιστημονικό σωματείο «Ελληνική Εταιρεία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής» (ΕΕΟΙ) με κύριο σκοπό την προώθηση και διάδοση της ομοιοπαθητικής επιστήμης (Βαρθολομαίος, 2003).

Στην Ελλάδα οι περισσότεροι ασθενείς που προτιμούν την ομοιοπαθητική προέρχονται από όλες τις κοινωνικές τάξεις με μια μικρή αύξηση στη μεσαία τάξη. Οι άνθρωποι που προσέρχονται στην ομοιοπαθητική κατά 76% έχουν ακούσει τον όρο ομοιοπαθητική αλλά κατά 82% δεν γνωρίζουν τίποτα άλλο για την ομοιοπαθητική είναι δε άνθρωποι που κατά 93% προσέρχονται για θεραπεία επειδή πείσθηκαν από τη θετική εμπειρία και τη θεραπεία κάποιου άλλου. Αυτό δείχνει ότι τα επίπεδα έγκυρης ενημέρωσης στην Ελλάδα βρίσκονται ακόμη σε πολύ χαμηλό επίπεδο και το θέμα θα έπρεπε να λυθεί περισσότερο με παρέμβαση της πολιτείας για ισότιμη συμμετοχή της ομοιοπαθητικής σε ευρύτερη ενημέρωση του κοινού (Διαμαντίδη, 2007).

Στη συνέχεια, τα στατιστικά δεδομένα δείχνουν ότι οι γυναίκες που προσέρχονται στην ομοιοπαθητική, υπερτερούν των ανδρών κατά 12%. Σε σχέση με την ηλικία βλέπουμε μια μεγάλη διασπορά των ομοιοπαθητικών ασθενών ηλικιακά που αρχίζει από την πρώτη νεογνική ηλικία και φθάνει μέχρι τα βαθιά γεράματα. Παρατηρείται όμως μια σημαντική αύξηση των ασθενών με ηλικία από 30 έως 45 ετών, πράγμα που δείχνει ότι η ομοιοπαθητική προτιμάται από τους ανθρώπους μιας ηλικίας που χαρακτηρίζεται από αυξημένο ενδιαφέρον για την υγεία και από εκείνους που συνειδητοποιούν ότι τα παιχνίδια και οι υπερβολές με την υγεία είναι επικίνδυνα. Οι πολύ εύποροι, που δεν έχουν πρόβλημα με τη μετάβαση στο εξωτερικό, προτιμούν σε ποσοστό 19% να απευθυνθούν σε ομοιοπαθητικούς του εξωτερικού για την

έναρξη της θεραπείας τους αλλά στη συνέχεια σε ποσοστό 78% συνεχίζουν την ομοιοπαθητική θεραπεία τους στην Ελλάδα, κυρίως γιατί πείθονται από τους θεράποντες ομοιοπαθητικούς τους ότι μπορούν να βρουν τις ίδιες υπηρεσίες και πολλές φορές καλύτερες στους Έλληνες ομοιοπαθητικούς (Διαμαντίδη, 2007).

2.4 Ορισμός της Ομοιοπαθητικής

Η Ομοιοπαθητική είναι από τα πλέον σημαντικά γνωστικά πεδία της Συμπληρωματικής και εφαρμόζει το «όμοιο φάρμακο», δηλαδή αυτό το οποίο απομιμείται σε επίπεδο πληροφορίας την διαταραχή, η οποία υπάρχει. Επειδή ακριβώς η απλή πληροφορία και μη χημική φαρμακολογική φύση του «όμοιου φαρμάκου» διασφαλίζεται από την ελάχιστη (σε κλάσματα του μικρογραμμαρίου) δόση, το αποτέλεσμα είναι μια διαδικασία αυτοθεραπείας. Ο αμυντικός μηχανισμός, σε επίπεδο κυττάρου, ιστού, οργάνου ή και όλου του οργανισμού, μέσα από μια διαδικασία «μάθησης» μέσω της πιο πάνω πληροφορίας, κινείται πολύ πιο αποτελεσματικά, συνειρμικά και στοχευμένα προς την κατεύθυνση της αποκατάστασης της διαταραχής. Η μεταφορά, βέβαια, της πληροφορίας μέσω ελάχιστων συγκεντρώσεων βιολογικά ενεργών ουσιών (ορμονών, νευροδιαβιβαστών, κ.α.) είναι η συνήθης διαδικασία συντονισμού των λειτουργιών στον οργανισμό (Βαρθολομαίος, 2010).

Σύμφωνα με τον ερευνητή Βαρθολομαίο (2010) αυτήν ακριβώς την διαδικασία υιοθετεί κατά βάση και το «όμοιο φάρμακο» και γι' αυτό το λόγο η δράση των ομοιοπαθητικών σκευασμάτων συντελείται κυρίως μέσω του συστήματος πληροφοριών του οργανισμού, δηλαδή μέσω των ενδοκρινικών, των νευροφυσιολογικών και των ανοσολογικών μηχανισμών. Εφόσον μια διαταραχή, μάλιστα, είναι αναστρέψιμη σύμφωνα με την κλασσική Παθολογία, διατηρείται ακέραια η δυνατότητα αποκατάστασης μέσω της πιο πάνω δραστηριοποίησης των μηχανισμών ομοιόστασης. Από την άλλη πλευρά, βέβαια, εφόσον μια διαταραχή έχει ήδη αποκτήσει παθοφυσιολογικά χαρακτηριστικά που εγκυμονούν επιπλοκές, τότε η χρήση των συμβατικών χημικών φαρμάκων είναι ασφαλώς απαραίτητη και πολύτιμη (Βαρθολομαίος, 2010).

Ωστόσο και στην προαναφερθείσα περίπτωση η ταυτόχρονη χρήση ομοιοπαθητικών διευκολύνει τα μέγιστα τη δράση των συμβατικών φαρμάκων και προφυλάσσει από τυχόν παρενέργειες. Κατ' αυτό τον τρόπο η Κλινική Ομοιοπαθητική όχι μόνο δεν αντιστρατεύεται και δεν αποποιείται την Κλασσική Φαρμακολογία, αλλά τουναντίον την συμπληρώνει και την υποστηρίζει. Γι' αυτό το λόγο και χρειάζεται αρκετές φορές σε σύνθετες περιπτώσεις η συνεργασία του Ειδικού Ιατρού και του Ομοιοπαθητικού, ο οποίος φροντίζει καταρχήν να εναρμονίζει την συμμετοχή του στο θεραπευτικό έργο του Ειδικού Ιατρού (Fugh-Berman, 2007). Εν συνεχεία αναλύονται επιγραμματικά οι βασικοί νόμοι της Ομοιοπαθητικής.

2.4.1 Νόμος των όμοιων (Similars)

Κάθε ουσία, η οποία, μεταξύ των συμπτωμάτων που προκαλεί σε έναν υγιή οργανισμό, αναπαράγει εκείνα τα οποία χαρακτηρίζουν μια συγκεκριμένη νόσο ή, γενικότερα, μια κλινικοπαθολογική συνδρομή (ΚΠΣ), είναι αυτή η ίδια η ουσία ικανή να θεραπεύσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τον ασθενή που πάσχει από την ίδια νόσο ή συνδρομή (σύνδρομο). Με αυτή τη λογική, για τη θεραπεία μιας ΚΠΣ επιλέγονται εκείνα τα ομοιοπαθητικά φάρμακα, που μπορούν να προκαλέσουν την ίδια συνδρομή σε έναν υγιή. Γι' αυτό, για τον εμπλουτισμό της Ομοιοπαθητικής Φαρμακολογίας χρειάζονται δοκιμασίες «απόδειξης» (proving) ουσιών με φαρμακολογική δράση πάνω σε υγιή άτομα, ώστε να διαπιστωθεί τι είδους συμπτώματα τους προκαλούν, με άλλα λόγια τι είδους ΚΠΣ μπορούν να θεραπεύσουν (Βαρθολομαίος, 2003). Το 1806, ο Hahnemann έγραφε «Καμία ουσία δεν είναι δηλητηριώδης όταν λαμβάνεται στη σωστή δόση». Αν και στην παρασκευή των ομοιοπαθητικών σκευασμάτων μερικές φορές χρησιμοποιούνται τοξικά συστατικά που δεν τρώγονται ή δεν έχουν ευχάριστη γεύση, οι πολλαπλές αραιώσεις αποτελούν εγγύηση ότι τα φάρμακα αυτά δεν θα προκαλέσουν οποιεσδήποτε σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες (Fugh-Berman, 2007).

2.4.2 Νόμοι του Hering

Οι Νόμοι του Hering θυμίζουν πολλές συγκεκριμένες αναφορές στον Ιπποκράτη και προσδιορίζουν την πορεία της νόσου και επιτρέπουν μεγαλύτερη ασφάλεια στην πρόγνωση, γιατί δεν στηρίζονται μόνο στην εικόνα, στα ευρήματα ή στην εντύπωση ενός εντοπισμένου οργανικού προβλήματος, αλλά κυρίως στην τοπογραφική μετακίνηση κάθε παθολογίας που συνυπάρχει σε μια ΚΠΣ και, επιπλέον, στη διαχρονική εξέλιξη του φαινομένου. Οι Νόμοι αυτοί, γνωστοί και ως Νόμοι Κατεύθυνσης των συμπτωμάτων προσδιορίζουν με σαφήνεια ότι πραγματική βελτίωση της κατάστασης υγείας ενός ασθενούς υπάρχει όταν το κέντρο βάρους μιας ΚΠΣ (Βαρθολομαίος, 2003):

- Μετακινείται από ένα εξωτερικό όργανο σε ένα επιφανειακό, μέσα στο ίδιο ή και σε διαφορετικά οργανικά συστήματα.
- Μετακινείται από ένα σημαντικό όργανο σε ένα λιγότερο σημαντικό.
- Μετακινείται από ανώτερα μέρη του σώματος σε κατώτερα.
- Μετακινείται από την πρόσθια στην οπίσθια επιφάνεια του σώματος.
- Μετακινείται αντίστροφα προς τη φορά που είχε μέχρι τώρα, όπως φαίνεται από ένα καλά δομημένο και με λεπτομέρεια ιστορικό, που κάνει όχι απλούς αιτιατούς συσχετισμούς με την παρούσα νόσο και κατάσταση, αλλά εξιχνιάζει, ιεραρχεί, συσχετίζει και αξιολογεί την παραμικρή διαταραχή ή ευαισθησία σε όλη τη δυνατή έκταση του ατομικού αναμνηστικού.

2.4.3 Νόμος της ολότητας (Totality)

Η ολότητα, το μοντέλο ενός ενιαίου και ενοποιημένου συστήματος, όπου το όλον καθορίζει το μέρος, αλλά και το μέρος ελέγχει το όλον, αποτελεί για την Ομοιοπαθητική όχι μόνο ένα ιδεώδες αλλά τον θεμελιωδέστερο νόμο. Η πραγματική θεραπεία δεν μπορεί να γίνει εάν, άμεσα ή έμμεσα, μέσα από μια ή περισσότερες θεραπευτικές φάσεις, δεν επιδιώκεται στον μεγαλύτερο δυνατό βαθμό η υγεία του «όλου», δηλαδή ολόκληρου του οργανισμού. Μέσα σε αυτήν την ολότητα, βέβαια, όπως σε κάθε σύστημα, υπάρχει διαστρωμάτωση σε επίπεδα με ιεράρχηση και αλληλεξάρτηση. Διακρίνουμε το φυσικό ή οργανικό επίπεδο (physical), το συγκινησιακό ή συναισθηματικό (emotional) και το νοητικό (mental) (Βαρθολομαίος, 2003).

Σε έναν οργανισμό που δεν έχει μια τουλάχιστον σοβαρή οργανική βλάβη, το πλέον καθοριστικό επίπεδο για την υγεία είναι το νοητικό, ακολούθως το συγκινησιακό και τέλος το φυσικό. Αυτή η ιεράρχηση συνδέεται με τους Νόμους του Hering, που αναφέρθηκαν παραπάνω για τη μετακίνηση των συμπτωμάτων και τη διάγνωση και, κυρίως, την πρόγνωση που απορρέει από αυτήν. Η έννοια της ολότητας επιτρέπει μια πιο ξεκάθαρη διευκρίνιση της σημασίας του περιβάλλοντος, φυσικού και κοινωνικού, για τον ασθενή και οδηγεί ευκολότερα στην υιοθέτηση ενός πλέον υγιεινού τρόπου ζωής, πιο σωστής διατροφής, περισσότερης άσκησης και επαφής με τη φύση, αλλά και στην αφομοίωση θετικών πρότυπων σκέψης και συμπεριφοράς (Βαρθολομαίος, 2003).

2.4.4 Νόμος της εξατομίκευσης

Η ίδια η προσέγγιση της Ομοιοπαθητικής, δείχνει ότι οι ανάγκες υγείας ενός ανθρώπου διαφέρουν σημαντικά από οποιονδήποτε άλλο ασθενή, ο οποίος πάσχει από την ίδια ΚΠΣ. Δεν μπορεί δύο άνθρωποι να έχουν την ίδια ισορροπία νου-συγκινησεων-σώματος, δεν μπορεί να έχουν το ίδιο ατομικό αναμνηστικό, δεν μπορεί να έχουν την ίδια παθογενετική αλυσίδα ακόμη και μέσα σε αυτά τα ίδια τα φυσιολογικά φαινόμενα του οργανισμού. Δεν είναι ίδιες οι αιτίες και οι αφορμές των ίδιων ΚΠΣ σε διαφορετικούς ανθρώπους, εκτός μόνο, ίσως σε σοβαρές μολυσματικές ασθένειες και ιδιαίτερα σε επιδημίες. Ακόμη και η ιστοπαθολογική εικόνα της ίδιας πάθησης ποτέ δεν είναι ίδια στον κάθε πάσχοντα, αλλά παρουσιάζει λιγότερες ή περισσότερες ιδιομορφίες σε κάθε περιστατικό. Μέσα από την έννοια της εξατομίκευσης, ιδιαίτερα, αναφέρεται η ανάγκη προσδιορισμού των εγγενών, των σύμφυτων εκείνων, δοκιμών, στοιχείων του κάθε ανθρώπου, που αναγκαία προσδιορίζουν τον δικό του, τον ξεχωριστό τρόπο, με τον οποίο ο δικός του οργανισμός, το δικό του «όλον» επηρεάζει και χρωματίζει τον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσεται μια οποιαδήποτε παθολογία μέσα του (Βαρθολομαίος, 2003).

2.5 Τύποι της Ομοιοπαθητικής

Διάφορες πρακτικές και κατηγορίες φαρμάκων έχουν αναπτυχθεί σε πολλές χώρες ή και σε διαφορετικές χρονικές στιγμές στην εκάστοτε χώρα. Ωστόσο έχει προκύψει μια σαφής εννοιολογική διαίρεση μεταξύ των δύο βασικών σχολών πρακτικής της ομοιοπαθητικής, δηλαδή της κλασικής και της σύνθετης ομοιοπαθητικής (πολυφαρμακολογία). Οι κλασικοί ομοιοπαθητικοί θεραπεύουν γενικά με την χρήση ενός μόνο φαρμάκου που ταιριάζει ακριβώς με τον εγγενή ιδιοσυγκρασιακό τύπο και την εικόνα των συμπτωμάτων του ασθενούς. Υπάρχουν και περιστατικά, ιδιαίτερα στην περίπτωση της οξείας ασθένειας ή του τραυματισμού, όπου τα φυσικά συμπτώματα υπερβαίνουν κατά πολύ τα συναισθηματικά και τα άλλα συμπτώματα. Σε αυτά τα περιστατικά μπορεί να ληφθεί μια πιο ρεαλιστική προσέγγιση, χρησιμοποιώντας συνδυασμούς φαρμάκων με χαμηλή ισχύ (Lockie, 2010).

Έτσι, για παράδειγμα, πέντε ή έξι θεραπείες που είναι γνωστό ότι είναι χρήσιμες για τη γρίπη μπορεί να συνδυαστούν σε ένα μόνο δισκίο. Αυτή είναι η σύνθετη προσέγγιση, βασισμένη στις θεωρίες του βρετανού ομοιοπαθητικού Richard Hughes (1836-1902), είναι επίσης γνωστή ως συνδυαστική ομοιοπαθητική ή πολυφαρμακία. Σε ορισμένα περιστατικά οξείας φύσεως, η πολυφαρμακευτική αντιμετώπιση μπορεί να υιοθετηθεί από τους κλασικούς ομοιοπαθητικούς, αλλά σε ορισμένες χώρες είναι στην πραγματικότητα η πιο σύνθετη μέθοδος συνταγογράφησης. Το 1948 επιβλήθηκε επίσημα από το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ομοιοπαθητικής και σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, όπως στη Γαλλία και στη Γερμανία, η πολυφαρμακολογία είναι πιο κοινή από την κλασική ομοιοπαθητική (Lockie, 2010). Περαιτέρω παραλλαγές της ομοιοπαθητικής αρχής αποτελούν οι ακόλουθες.

2.5.1 Ισοπαθητική

Η ισοπαθητική είναι μια θεραπεία που βασίζεται στην ομοιοπαθητική, την οποία επινόησε Johann Joseph Wilhelm Lux (1773-1849) τη δεκαετία του 1830. Η διαφορά της από την ομοιοπαθητική βρίσκεται στην παρασκευή φαρμάκων, τα οποία είναι γνωστά ως "νοσώδη", και αποτελούνται είτε από στοιχεία που προκαλούν μια ασθένεια είτε από παράγωγα της ασθένειας, όπως το πύο (Bellavite et al., 2005). Πολλά από τα λεγόμενα "ομοιοπαθητικά εμβόλια" είναι κάποια μορφή ισοπαθητικής (Kayne, 2006). Για παράδειγμα, το φάρμακο Apis που παρασκευάζεται από το δηλητήριο της μέλισσας (Apis mellifera) μπορεί να δοθεί σε κάποιον για να τον θεραπεύσει από το τσίμπημα της μέλισσας. Ένας κλασικός ομοιοπαθητικός θα αναμένει γενικά μόνο ποσοστό επιτυχίας 20 με 30 τοις εκατό χρησιμοποιώντας αυτή τη μέθοδο, δεδομένου ότι δεν λαμβάνει υπόψη τη μοναδική σύσταση κάθε ασθενούς. Μια βελτίωση αυτής της παραλλαγής είναι η ταυτοπάθεια, στην οποία η ακριβής ουσία που προκαλεί τα συμπτώματα χρησιμοποιείται για να κάνει ένα φάρμακο για τη θεραπεία αυτών των συμπτωμάτων. Θεωρητικά αυτό σημαίνει ότι το φάρμακο για ένα τσίμπημα της μέλισσας θα προετοιμαζόταν από την πραγματική μέλισσα που είχε προκαλέσει το τσίμπημα, ωστόσο δεν είναι πάντα εφικτό. Στην πράξη, η έννοια της ταυτοπάθειας χρησιμοποιείται συνήθως για τις αλλεργικές αντιδράσεις (Lockie, 2010).

2.5.2 Ανθοθεραπεία

Η παρασκευή φαρμάκων ανθοθεραπείας περιλαμβάνει την τοποθέτησή των λουλουδιών σε νερό, το οποίο εκτίθεται στο ηλιακό φως. Η πιο διάσημη από αυτά είναι η Ανθοθεραπεία ή τα Ανθοϊάματα του Bach, η οποία αναπτύχθηκε από τον ιατρό και ομοιοπαθητικό Edward Bach (1886–1936). Παρασκευάζονται από 60 διαφορετικά λουλούδια της Αγγλίας, που είναι τελείως ακίνδυνα, χωρίς καμία παρενέργεια ή αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα και ουσίες. Ενώ οι υποστηρικτές αυτών των φαρμάκων μοιράζονται τη βιταλιστική κοσμοθεωρία της ομοιοπαθητικής, και ισχυρίζονται πως τα φάρμακα λειτουργούν με βάση την ίδια υποθετική «ζωτική δύναμη», η μέθοδος παρασκευής είναι διαφορετική (Ernst, 2002).

Τα φάρμακα της θεραπείας του Bach παρασκευάζονται με τους πιο ήπιους τρόπους. Ο συνήθης τρόπος παρασκευής είναι αυτός της ηλιακής μεθόδου, όπου τα επιλεγμένα άνθη μένουν για τρεις ώρες σε νερό πηγής κάτω απ' τον ήλιο. Κατόπιν τα άνθη αφαιρούνται και το ενεργοποιημένο νερό αναμειγνύεται με αλκοόλη (π.χ. Μπράντυ). Σε άλλες περιπτώσεις τα άνθη βράζονται στο νερό πηγής. Το αποτέλεσμα και των δύο μεθόδων είναι το μητρικό ίαμα, το οποίο διαλύεται περαιτέρω για να δημιουργηθούν τελικά τα μπουκαλάκια με τα ανθοϊάματα που διατίθενται στα φαρμακεία. Αφού ο θεραπευτής ή το ίδιο το άτομο επιλέξει τα ιάματα που του ταιριάζουν, τα παίρνει τέσσερις φορές τη μέρα, από τέσσερις σταγόνες κάτω απ' τη γλώσσα. Το μάξιμουμ των ιαμάτων που μπορεί να πάρει κάποιος είναι επτά. Δεν υπάρχει περίπτωση υπερδοσολογίας ή άλλος κίνδυνος, καθώς είναι απολύτως ασφαλή, χωρίς χημικές ουσίες. Δεν υπάρχουν πειστικές επιστημονικές ή κλινικές αποδείξεις της αποτελεσματικότητας της ανθοθεραπείας (Ernst, 2002).

2.5.3 Ηλεκτροομοιοπαθητική

Η ηλεκτροομοιοπαθητική είναι μια θεραπεία που εφευρέθηκε από τον Κόμη Cesare Mattei (1809–1896), ο οποίος πρότεινε πως τα διαφορετικά «χρώματα» του ηλεκτρισμού μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη θεραπεία του καρκίνου. Ενώ ήταν δημοφιλής στα τέλη του 19ου αιώνα, η ηλεκτροομοιοπαθητική έχει χαρακτηριστεί ως παράλογη πρακτική της ομοιοπαθητικής και δεν ασκείται (Ernst, 2012).

2.6 Ομοιοπαθητικά φάρμακα

Οι ομοιοπαθητικοί στηρίζονται σε δυο ειδών καταλόγους φαρμάκων για την συνταγογράφηση και την αντιμετώπιση ασθενειών, την *materia medica* και τα ευρετηριολόγια (*repertory*). Ο ομοιοπαθητικός κατάλογος *materia medica* είναι μια συλλογή από φαρμάκων (εικόνες φαρμάκων), ταξινομημένα αλφαβητικά κατά φάρμακο. Αυτές οι καταχωρήσεις περιγράφουν τα συμπτώματα που αντιστοιχούν σε κάθε φάρμακο. Ενώ ένα ομοιοπαθητικό ευρετηριολόγιο αποτελεί έναν συγκεντρωτικό πίνακα συμπτωμάτων που περιλαμβάνει συμπτώματα και για κάθε σύμπτωμα αναγράφονται οι αντίστοιχες λίστες φαρμάκων (Lockie, 2010).

Τα ομοιοπαθητικά φάρμακα γίνονται με τη διαδικασία της αραίωσης (*dilution*) και της βίαιης ανάδευσης ή χτυπήματα πάνω σε ένα ελαστικό σώμα (*succussion*). Αυτά τα φάρμακα δεν είναι καθ' αυτά ομοιοπαθητικά, καθώς γίνονται ομοιοπαθητικά μόνο όταν συνταγογραφούνται σύμφωνα με την αρχή των Όμοιων. Όταν η θεραπεία δίνεται με ακρίβεια και αποτελεσματικότητα "αντικατοπτρίζει" τα συμπτώματα του ασθενούς, τότε μπορεί να θεωρηθεί ότι δρα ομοιοπαθητικά. Η εμπειρία, η κρίση και η ικανότητα του ασκούμενου ομοιοπαθητικού είναι υπεύθυνες για την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας. Τα διορθωτικά μέτρα προετοιμάζονται σύμφωνα με τις ακριβείς κατευθυντήριες γραμμές, αλλά μπορεί να ποικίλουν σε ισχύ (Lockie, 2010).

2.6.1 Πρώτες ύλες των ομοιοπαθητικών φαρμάκων

Στη διαδικασία παρασκευής των ομοιοπαθητικών φαρμάκων χρησιμοποιούνται διάφορα ζωικά, φυτικά, ανόργανα και συνθετικά υλικά, όπως το *arsenicum album* (τριοξείδιο αρσενικού για την καταπολέμηση του άγχους), το *Lachesis muta* (δηλητήριο ενός είδους κροταλία για την κατάθλιψη), το όπιο, το *thyroidinum* (ορμόνες θυρεοειδή αδένες) κ.α.. Οι ομοιοπαθητικοί επίσης χρησιμοποιούν φάρμακα που ονομάζονται «νοσώδη» (από το νόσος) φτιαγμένα δηλαδή από μολυσμένα ή παθολογικά παράγωγα ασθενών όπως οι κοπρικές, ουρητικές και αναπνευστικές εκκενώσεις, το αίμα και του ιστούς τους. Ενώ τα ομοιοπαθητικά φάρμακα που παρασκευάζονται από τα υγιή δείγματα ονομάζονται «σαρκώδη» (*Bellavite et al.*, 2005).

Μάλιστα, μερικοί σύγχρονοι ομοιοπαθητικοί έχουν μελετήσει πιο “αποκρυφιστικά” θεμέλια φαρμάκων, γνωστά ως «imponderables» (ή αστάθμητοι παράγοντες), οι οποίοι επειδή δεν προέρχονται από κάποια ουσία, αλλά από την ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία που υποτίθεται πως “αιχμαλωτίζεται” στο οινόπνευμα ή στη λακτόζη, όπως οι ακτίνες X και το ηλιακό φως (Lee & Thompson, 2007).

Ωστόσο μια μερίδα ομοιοπαθητικών χρησιμοποιεί ορισμένες τεχνικές που οι συνάδελφοί τους θεωρούν αμφισβητήσιμες και μη αποτελεσματικές. Αυτές περιλαμβάνουν τα «χάρτινα φάρμακα», όπου η ουσία και η αραίωση σημειώνονται σε κομμάτια χαρτιού τα οποία είτε καρφίτσωνονται στα ρούχα του ασθενούς, ή τοποθετούνται στις τσέπες τους ή βάζονται κάτω από ποτήρια με νερό τα οποία προσφέρονται στους ασθενείς, καθώς και την εφαρμογή της ραδιονικής στη διαδικασία παρασκευής των φαρμάκων. Τέτοιες πρακτικές έχουν αποδοκιμαστεί από τους κλασικούς ομοιοπαθητικούς ως αβάσιμες θεωρίες που αγγίζουν τα όρια της δεισιδαιμονίας και της πλάνης (Shah, 2005).

Ο Hahnemann έθεσε συγκεκριμένες οδηγίες για την διαχείριση και την προετοιμασία ενός ομοιοπαθητικού φαρμάκου. Οι μετρήσεις και οι μέθοδοι ελέγχονταν αυστηρά και επιστημονικά. Έχει επίσης αναπτύξει μια μοναδική διαδικασία που ονομάζεται “δυναμοποίηση” (potentization ή dynamization), κατά την οποία ένα υλικό διαλύεται σε οινόπνευμα ή απεσταγμένο νερό και έπειτα αναταράσσεται βίαια με 10 απότομα χτυπήματα πάνω σε ένα ελαστικό σώμα, μέθοδος η οποία επέτρεψε την πλήρη αντοχή ή τη δραστικότητα της ουσίας να απελευθερωθεί στο μίγμα θεραπείας (Lockie, 2010).

2.6.2 Προετοιμασία ομοιοπαθητικών φαρμάκων

Τα ομοιοπαθητικά φάρμακα παρασκευάζονται από ουσίες που προέρχονται από διάφορα ζωικά, φυτικά, ανόργανα και συνθετικά υλικά. Ανάλογα με τη φυσική τους κατάσταση, μπορούν να παρασκευαστούν με διάφορους τρόπους. Το φυτικό και ζωικό υλικό μπορεί να χρησιμοποιηθεί ολόκληρο ή τεμαχισμένο, ανάλογα με το μέγεθος και την πυκνότητα του. Τα ανόργανα (πετρώδη) υλικά που είναι αδιάλυτα στις φυσικές τους καταστάσεις συνδυάζονται με κρυστάλλους ζάχαρης ή λακτόζης και επανειλημμένα αλέθονται (λειοτρίβηση) για να σχηματίσουν μια σκόνη αρκετά λεπτή ώστε να είναι διαλυτή στο νερό. Οι κρυσταλλικές ουσίες, οι σπόροι και τα φασόλια μπορούν επίσης να αλεσθούν αν είναι σκληρά, μεγάλα ή αδιάλυτα στο νερό. Ενδεικτικά τα βήματα παρασκευής ενός ομοιοπαθητικού φαρμάκου είναι τα εξής (Kayne, 2006;Lockie, 2010):

1. Τα φυτικά υλικά όπως τα φύλλα, οι ρίζες και τα άνθη ή οι κεφαλές λουλουδιών, καθώς και κάποιο ζωικό υλικό, όπως τα αστερίες (Asteroidea), μπορούν να τεμαχιστούν σε πολύ μικρά κομμάτια, ενώ άλλες ουσίες ή εκχυλίσματα διαλύονται εύκολα στο νερό για να προετοιμαστούν για χρήση.
2. Η ουσία τοποθετείται σε ένα μεγάλο γυάλινο βάζο, στο οποίο χύνεται διάλυμα αλκοόλης και αποσταγμένου νερού (συχνά 90% αλκοόλης έως 10% νερό, αλλά ο λόγος αυτός ποικίλει ανάλογα με την ουσία).
3. Το μείγμα αφήνεται να παραμείνει για κάποιο χρονικό διάστημα (διαφορετικό για το κάθε σκεύασμα). τα μείγματα που διαλύονται για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους μπορούν να αναδεύονται ανά διαστήματα. Το φυτικό υλικό μπορεί να εμβρεχθεί για μερικές ημέρες ή και εβδομάδες, ενώ τα μείγματα με βάση τα ορυκτά μπορούν να μεταποιηθούν σχεδόν αμέσως στο επόμενο στάδιο.
4. Αφού διαλυθεί για την απαιτούμενη χρονική περίοδο, το μίγμα χύνεται διαμέσου ενός φίλτρου για να το στραγγίσει ή να ασκηθεί πίεση μέσω μιας πρέσας για την εκχύλιση του επιθυμητού υγρού. Αυτό το προκύπτον υγρό γίνεται το «μητρικό διάλυμα» ή «μητρικό βάμμα» για τη θεραπεία και αποθηκεύεται σε ένα σκούρο γυάλινο βάζο.
5. Μια σταγόνα του μητρικού βάμματος αραιώνεται σε ένα μίγμα από καθαρή αλκοόλη και αποσταγμένο νερό σύμφωνα με μία από τις διάφορες κλίμακες, αν

- και οι δύο πιο συχνά χρησιμοποιούμενες κλίμακες είναι η δεκαδική και η εκατοστιαία τιμή.
6. Αυτό το μίγμα αναταράσσεται έντονα ή το χτυπά ο ομοιοπαθητικός σταθερά σε μια σκληρή επιφάνεια, μια διαδικασία που επινοήθηκε από τον Hahnemann. Το ονόμασε «χτύπημα» (succussion) και πίστευε ότι η δράση επέτρεπε στο υγρό να «δυναμοποιηθεί» (potentized).
 7. Μετά την ολοκλήρωση του μείγματος, τα στάδια 5 και 6 επαναλαμβάνονται και ξανά, όσες φορές χρειάζεται. Κάθε φορά, το προκύπτον μίγμα αραιώνεται ξανά σε ένα μίγμα καθαρής αλκοόλης και αποσταγμένου νερού μέχρι τελικά, το απαιτούμενο επίπεδο αραιώσεως και συνεπώς επιτυγχάνεται η απαιτούμενη ισχύς για την εκάστοτε ομοιοπαθητική θεραπεία.
 8. Μόλις το μίγμα φθάσει στην απαιτούμενη ισχύ, μερικές σταγόνες του προστίθενται σε δισκία, πηκτώματα, κόκκους ή σκόνη λακτόζης (Εικ. 3), για να τα εμποτίσουν με το φάρμακο. Αυτά αποθηκεύονται στη συνέχεια σε γυάλινες φιάλες και μπορούν να καταναλωθούν από τον ασθενή.

3. ΠΟΝΟΣ

Μία από τις στοιχειώδεις και ζωτικής σημασίας λειτουργίες του νευρικού συστήματος είναι να παρέχει πληροφορίες για την ύπαρξη συνθηκών πιθανής βλάβης, ιστικής καταστροφής ή φλεγμονής. Η αίσθηση του πόνου, μέσω του εγγενούς δυσάρεστου χαρακτήρα του, συνεισφέρει στη λειτουργία αυτή. Ο δυσάρεστος αυτός χαρακτήρας περιλαμβάνει ένα αισθητικό και συναισθηματικό στοιχείο, όσο και ένα ανώτερο νοητικό. Ωστόσο, αν και για πολλά έτη ο πόνος θεωρήθηκε η τελική απάντηση σε ένα βλαπτικό ερέθισμα, αγόμενο μέσω μιας απλής νευρικής οδού από την περιφέρεια προς το ΚΝΣ, σήμερα είναι πλέον αντιληπτό ότι το βλαπτικό ερέθισμα και το νευρικό σύστημα ευρίσκονται σε μια κατάσταση «δυναμικής» αλληλεπίδρασης. Η μελέτη της αλληλεπίδρασης αυτής έχει αποκαλύψει πολλά από τα γεγονότα που συμβαίνουν σε κυτταρικό και μοριακό επίπεδο (Αμανίτη, 2015).

Σύμφωνα με την έρευνα του Raymond Sinatra (2010), ο πόνος αποτελεί την πιο κοινή αιτία εισαγωγής στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) περιλαμβάνοντας περισσότερο από το 40% από τις 100 εκατομμύρια επισκέψεις στα ΤΕΠ ετησίως. Ένα χρόνο μετά οι Goldberg και McGee (2011) τονίζουν ότι ο πόνος αποτελεί ένα τεράστιο παγκόσμιο πρόβλημα υγείας και έχει υπολογιστεί ότι 1 στους 5 ενήλικες υποφέρουν από πόνο και ότι 1 στους 10 ενήλικες διαγιγνώσκεται με χρόνια πόνο κάθε χρόνο.

Σύμφωνα με τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας των ΗΠΑ και της ΕΕ, ο πόνος αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα εθνικά προβλήματα δημόσιας υγείας. Το 1998, τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας ανέφεραν ότι το ετήσιο ποσό που δαπανάται για την υγειονομική περίθαλψη, την αποζημίωση, καθώς και ζητήματα που σχετίζονται με τον πόνο ανέρχονται στα εκατό δισεκατομμύρια δολάρια (Lippe et al., 2010). Ο πόνος είναι ο πιο σημαντικός μηχανισμός άμυνας του οργανισμού και το πιο πρώιμο στοιχείο της φύσης που έχει σχέση με τη νοσηρότητα και την παθολογία του ανθρώπου (Amprachim et al., 2014).

Ο νοσηλευτής, ο οποίος διαχειρίζεται τον πόνο θα πρέπει να είναι σε θέση να αντλήσει μια ευρεία παλέτα φαρμάκων και τεχνικών αντιμετώπισης ή έστω διαχείρισης του πόνου. Σε κάποιο σημείο κατά την διάρκεια της ζωής μας επηρεάζει όλους. Για πολλά εκατομμύρια ανθρώπους γίνεται χρόνιος, μια μάστιγα που επηρεάζει κάθε πτυχή της ζωής, της εργασίας, τις οικογενειακές σχέσεις, τον

κοινωνικό περίγυρο, τα οικονομικά, την ευτυχία, τη διάθεση, αλλά ακόμα την ουσία της ανθρώπινης ύπαρξης (Amprachim et al, 2014).

3.1 Ορισμός του πόνου

Δεν είναι εύκολο να οριστεί με αντικειμενικότητα ένα κατεξοχήν υποκειμενικό βίωμα όπως είναι ο πόνος. Ο κάθε άνθρωπος βιώνει τον δικό του πόνο με τον δικό του τρόπο. Ωστόσο, ο πιο αντιπροσωπευτικός ορισμός του πόνου δόθηκε από την Διεθνή Εταιρεία για τη Μελέτη του Πόνου (International Association for the Study of Pain, IASP), το 1979 και σύμφωνα με την οποία ο πόνος αποτελεί (Amprachim et al, 2014): « μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή περιγράφεται με τους όρους μιας τέτοιας βλάβης»

Όπως προκύπτει από τον ορισμό ο πόνος αποτελείται από δύο συνιστώσες. Την αισθητική συνιστώσα (φυσική-αντικειμενική) και την συναισθηματική (ψυχολογική-υποκειμενική). Οι συνιστώσες αυτές βρίσκονται σε μια δυναμική μεταξύ τους σχέση η οποία κατά μεγάλο βαθμό καθορίζει την αντίδραση του κάθε ασθενούς. Στον οξύ πόνο υπερέχει η αισθητική συνιστώσα, ενώ στον χρόνια πόνο η συναισθηματική. Όλοι οι παραπάνω συνδυασμοί οδηγούν σε ένα πολύπλοκο φαινόμενο αλληλοεπίδρασης της αισθητικής συνιστώσας (π.χ. μια ιστική βλάβη) και της συναισθηματικής συνιστώσας (π.χ. φόβος, άγχος) που αν συνυπολογιστούν με τα στοιχεία του ορισμού του πόνου όπως αυτός δίνεται από την IASP περιπλέκουν την κατάσταση και κάνουν τον ορισμό ακόμα πιο ασαφή (Ιατρού, 2003).

3.2 Φυσιολογία του πόνου

Η διαδικασία της πρόκλησης και της αντίληψης του πόνου καλείται αλγαισθησία (nociception). Η φυσιολογία της αλγαισθησίας περιλαμβάνει μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση δομών του Περιφερικού και του ΚΝΣ, που ξεκινάει από το δέρμα, τα σπλάγχνα και τους μυοσκελετικούς ιστούς και φθάνει στον εγκεφαλικό φλοιό. Τα επώδυνα ερεθίσματα (μηχανικά, θερμικά, χημικά) διεγείρουν τους αλγοϋποδοχείς ενώ οι αλγογόνες πληροφορίες μεταφέρονται ως νευρικές ώσεις με τους πρωτογενείς αισθητικούς νευρώνες που προβάλλουν στο νωτιαίο μυελό. Η πληροφορία από το νωτιαίο μυελό και διαμέσου του έσχατου και του μέσου εγκεφάλου φτάνει στο θάλαμο όπου και αναλύεται. Από εκεί, διαμέσου των θαλαμοφλοιωδών συνδέσεων, φτάνει στο φλοιό και σε περιοχές υπεύθυνες για τη συνείδηση και την αντίληψη του πόνου. Η αλγαισθησία περιλαμβάνει τέσσερις φυσιολογικές διαδικασίες (Παπαδοπούλου-Νταϊφώτη, 2011):

- Τη μετατροπή (transduction).
- Τη μεταβίβαση (transmission).
- Την τροποποίηση (modulation).
- Την αντίληψη (perception).

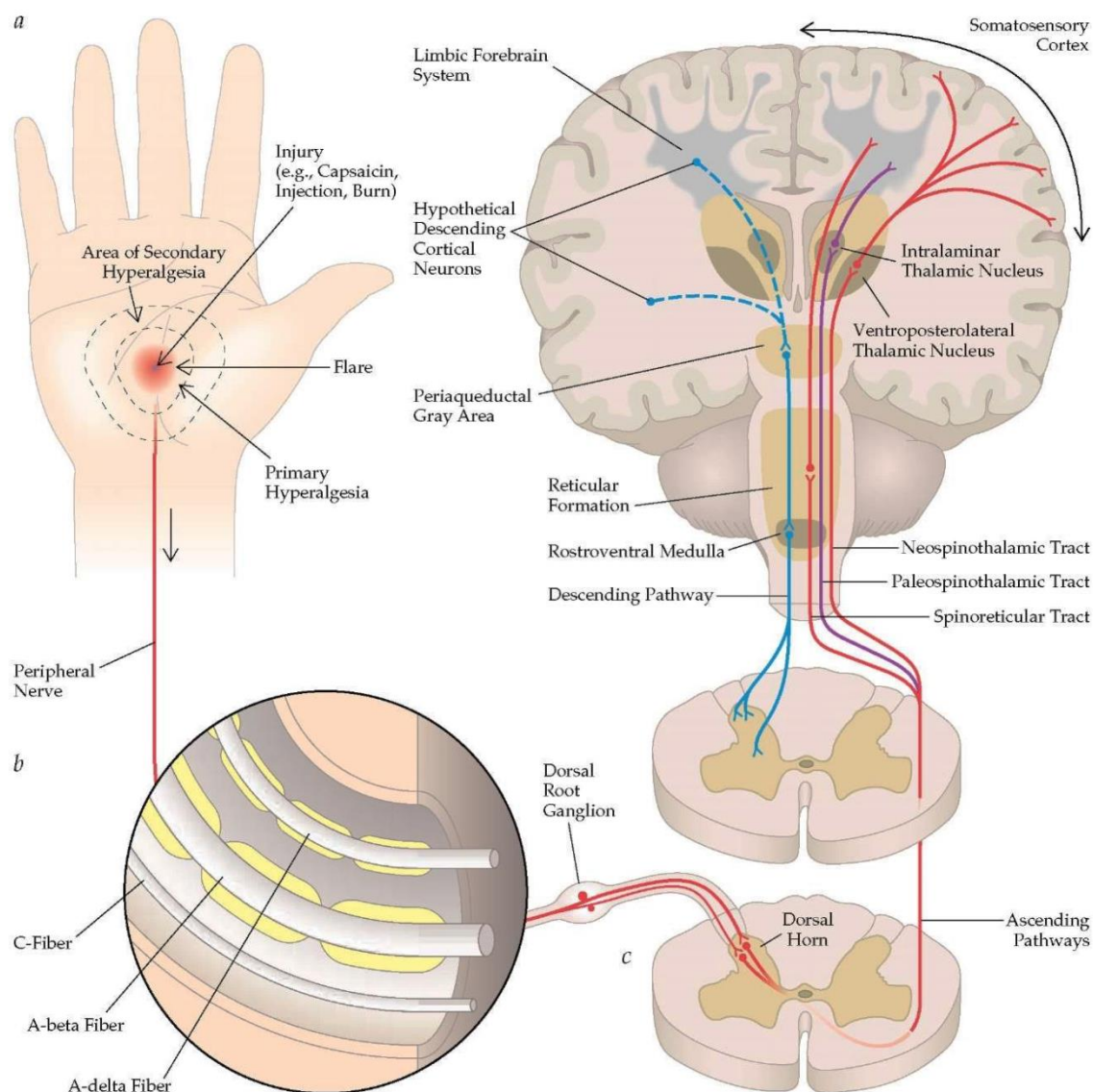
Η μετατροπή είναι η διαδικασία, κατά την οποία τα επώδυνα ερεθίσματα μετατρέπονται σε ηλεκτρική δραστηριότητα στα άκρα των αισθητικών νευρώνων. Το βλαπτικό ερέθισμα ενεργοποιεί τους αλγοδεκτικούς υποδοχείς ενώ το δυναμικό ενεργείας των νευρικών ινών μεταβιβάζεται προς τις συναπτικές απολήξεις που εντοπίζονται στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού, όπου επάγεται η απελευθέρωση χημικών νευροδιαβιβαστών. Στη συνέχεια διαμέσου των οδών του πόνου μεταφέρουν την πληροφορία του άλγους στον εγκέφαλο. Οι αλγοϋποδοχείς είναι δύο τύπων (Παπαδοπούλου-Νταϊφώτη, 2011):

- Υποδοχείς υψηλού ουδού: Ελεύθερες νευρικές απολήξεις των εμμύελων ινών Αδ/Αβ που μεταφέρουν τη νευρική διέγερση πολύ γρήγορα, 5-30 m/sec και ο ερεθισμός τους προκαλεί τον καλούμενο «πρώτο» ή «ταχύ» πόνο.
- Πολυπαραγοντικοί υποδοχείς: Ελεύθερες νευρικές απολήξεις των αμύελων ινών C μεταφέρουν τη νευρική διέγερση πολύ βραδύτερα, 1-2 m/sec, και ο ερεθισμός τους προκαλεί τον καλούμενο «δεύτερο» ή «βραδύ» πόνο, που είναι βραδύτερος στην έναρξη, βύθιος, διάχυτος, παρατεταμένος και όχι καλά εντοπισμένος.

Η μεταβίβαση είναι η διαδικασία που αναφέρεται στη μεταβίβαση ώσεων (διαβίβαση) διαμέσου του αισθητικού νευρικού συστήματος. Οι νευρωνικοί οδοί που εξυπηρετούν τη μεταβίβαση είναι οι πρωτογενείς αισθητικοί νευρώνες, οι ανιούσες οδοί και οι θαλαμοφλοιώδεις προβολές. Οι σπουδαιότεροι διεγερτικοί χημικοί διαβιβαστές των αλγοδεκτικών νευρώνων είναι το γλουταμικό οξύ και τα διεγερτικά νευροπεπτίδια: ουσία P, νευροκινίνες A και B, γονίδιο του πεπτιδίου της καλσιτονίνης (Calcitonin Gene Related Peptide, CGRP) κ.α., που προκαλούν εκπόλωση στο μετασυναπτικό νευρώνα δηλαδή διέγερση. Διαμέσου των μεμβρανοϋποδοχέων τύπου AMPA (α-αμινο3υδροξυ-5-μεθυλ-4-ισοξαζολεπροπιοτικού οξέος υποδοχέας) και NMDA (N-μεθυλ-D-ασπαρτικός υποδοχέας), το γλουταμικό οξύ προκαλεί ταχέα μετασυναπτικά δυναμικά τόσο στο επίπεδο των τελικών αλγοδεκτικών οδών, όσο και στους διάμεσους ανασταλτικούς νευρώνες (Παπαδοπούλου-Νταϊφώτη, 2011).

Παρόμοια με τα παραπάνω ηλεκτρικά δυναμικά αλλά μεγαλύτερης διάρκειας προκαλούν τα νευροδραστικά πεπτίδια, ιδιαίτερα η ουσία P. Η ηλεκτρική διέγερση των αμύελων νευρικών ινών τύπου C προκαλεί την απελευθέρωση της ουσίας P στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Η καψαϊσίνη, δραστική ουσία που προέρχεται από το εκχύλισμα της καυστικής πιπεριάς, ανταγωνίζεται την ουσία P στο επίπεδο των πρωτοταγών κεντρομόλων αισθητικών οδών, μειώνοντας έτσι την αίσθηση του πόνου. Τα οπίσθια κέρατα αποτελούν το επίπεδο, όπου οι πληροφορίες αυτές είτε προωθούνται σε ανώτερα κέντρα είτε αναστέλλονται από τα κατιόντα συστήματα. Οι ανιούσες οδοί του πόνου είναι: η νωτιοθαλαμική οδός, νωτιοϋποθαλαμική οδός, η νωτιοδικτυωτή οδός και η νωτιομεσεγκεφαλική οδός (Παπαδοπούλου-Νταϊφώτη, 2011).

Η τροποποίηση είναι η διαδικασία κατά την οποία η μεταβίβαση των αλγαισθητικών ώσεων τροποποιείται διαμέσου νευρωνικών επιδράσεων. Η ανάλυση της πληροφορίας με τη βοήθεια της μνήμης στον εγκέφαλο αποτελεί την αρχή μιας αλληλουχίας γεγονότων. Κατιούσες οδοί, που προβάλλουν από συγκεκριμένες εγκεφαλικές δομές στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού, αναστέλλουν (κατιούσα αναστολή) ή ενισχύουν (κατιούσα διευκόλυνση) τη μεταφορά της αλγαισθητικής πληροφορίας στον εγκέφαλο. Οι κατιούσες ανασταλτικές οδοί του πόνου προβάλλουν από τον σωματοαισθητικό φλοιό, το θάλαμο, το στέλεχος, την περί τον υδραγωγό φαιά ουσία, τον πυρήνα της ραφής και τον παραγιγαντοκυτταρικό πυρήνα (Παπαδοπούλου-Νταϊφώτη, 2011).



Εικόνα 2: (α) Η διέγερση των ιών C με ενδοδερμική ένεση καψαϊκίνης ή με την πρόκληση θερμικής βλάβης επάγει τον αυθόρμητο πόνο, καθώς και τον πόνο που προκαλείται από την ελαφρά επαφή στο σημείο της βλάβης (πρωτοπαθή υπεραλγησία). Επιπλέον, μια περιοχή δευτερογενούς υπεραλγησίας (αυξημένος πόνος μετά από ένα επιβλαβές ερέθισμα) έξω από την περιοχή της πρωταρχικής βλάβης παράγεται από την ενεργοποίηση υποδοχέων N-μεθυλ-d-ασπαρτικού (N-methyl-d-aspartate, NMDA) στο κεντρικό νευρικό σύστημα. (β) Όταν ενεργοποιούνται με μηχανικά, θερμικά και χημικά ερεθίσματα, οι αλγούποδοχείς διεγείρουν προσαγωγές ώσεις προς το νωτιαίο μυελό. (γ) Όταν ενεργοποιούνται περιοχές στον θάλαμο και στον εγκεφαλικό φλοιό, οι δευτερεύουσες προβολές στην νωτιοθαλαμική οδό και άλλες οδούς διέγερσης προκαλούν την συνειδητή αντίληψη του πόνου (Gammaitoni et al, 2002).

Οι ανασταλτικοί νευροδιαβιβαστές ενισχύουν τις κατιούσες ανασταλτικές οδούς του πόνου και συμμετέχουν στη μειωμένη αντίληψη του πόνου. Τέτοιες ουσίες είναι η νορεπινεφρίνη, η σεροτονίνη, το GABA (γ-αμινοβουτυρικό οξύ), τα ενδογενή οπιοειδή κ.α.. Υποδοχείς όλων των ανασταλτικών νευροδιαβιβαστών και κυρίως των

ενδορφινών έχουν βρεθεί στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού. Τα ενδογενή οπιοειδή δρουν στους οπιοειδείς υποδοχείς (μ υποδοχείς: ενδορφίνες, εγκεφαλίνες, δυνορφίνες – δ υποδοχείς: εγκεφαλίνες – κ υποδοχείς: δυνορφίνες) εμπλέκονται στην επεξεργασία της επώδυνης πληροφορίας που φθάνει από την περιφέρεια στο ΚΝΣ και παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντίληψη του πόνου. Οι υποδοχείς οπιοειδών ανευρίσκονται στο στέλεχος του εγκεφάλου, στο θάλαμο και στο φλοιό, σε προσυναπτικές και μετασυναπτικές θέσεις στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού και στην περιφέρεια (Παπαδοπούλου-Νταϊφώτη, 2011).

3.3 Είδη του πόνου

Ενώ ο πόνος επηρεάζει όλους τους πληθυσμούς, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, τη φυλή την εθνικότητα, ή τη γεωγραφία, δεν κατανέμεται ισομερώς σε όλη την υδρόγειο. Εκείνοι που βιώνουν τον πόνο μπορεί να βιώσουν οξύ, χρόνιο, αλγαισθητικό ή νευροπαθητικό πόνο, ή ένα συνδυασμό των τριών (Goldberg & McGee, 2011). Ο οξύς πόνοσ μπορεί να εμφανίζεται με αυξανόμενη ένταση ή διακεκομμένα, χαρακτηρίζεται από πρόσφατη έναρξη, βραχεία διάρκεια και η έντασή του ποικίλλει ανάλογα με την έκταση του ιστικού τραύματος. Είναι μεγαλύτερη τις πρώτες 24-72 ώρες και σταδιακά μειώνεται καθώς επουλώνεται η βλάβη. Παρά τη διαθεσιμότητα αποτελεσματικών θεραπειών για τον πόνο, υπάρχουν πολλά εμπόδια για την αποτελεσματική διαχείριση του με αποτέλεσμα ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών να μην επιτυγχάνουν τον έλεγχο του (Amprachim et al., 2014).

3.3.1 Οξύς πόνοσ

Ο οξύς πόνοσ σχετίζεται συνήθως με κακώσεις, νόσους ή την εκτέλεση κάποιας χειρουργικής επέμβασης. Είναι βραχύς πόνοσ και διαρκεί από λίγες ώρες έως λίγες ημέρες. Οι τραυματισμοί που προκαλούν οξύ πόνο περιλαμβάνουν τα εγκαύματα, τα κατάγματα οστών και τις μυϊκές θλάσεις. Τα παθολογικά αίτια που προκαλούν πόνο περιλαμβάνουν την πνευμονία, τη δρεπανοκυτταρική κρίση, τη στηθάγχη, τον έρπητα ζωστήρα, τις φλεγμονές, τις λοιμώξεις και τις αποφράξεις. Ο οξύς πόνοσ μπορεί να περιγραφεί ως πειστικός, σφύζων ή καυστικός. Ο οξύς πόνοσ ενδέχεται να επιδεινώνεται λόγω του άγχους ή του φόβου. Η αιτία προσδιορίζεται συνήθως εύκολα

και ο πόνος ελέγχεται ικανοποιητικά με αναλγητικά (φάρμακα κατά του πόνου), επεμβατική διεργασία ή άλλες τεχνικές. Αμέσως μετά την αποδρομή του αιτιολογικού παράγοντα, ο πόνος υποχωρεί (deWit, 2013).

3.3.2 Χρόνιος πόνος

Ο χρόνιος πόνος μπορεί να συνεχίζεται επί μήνες ή πιθανόν επί έτη. Σχετίζεται με χρόνιες καταστάσεις, όπως η αρθρίτιδα και ο πόνος της ράχης. Υπάρχουν πολλές παθολογικές καταστάσεις που μπορεί να εκδηλώνονται με χρόνια πόνο. Η μακροχρόνια δράση του συγκεκριμένου πόνου μπορεί να επιφέρει αντίστοιχα μακροχρόνια ψυχολογικά προβλήματα στον ασθενή. Ο συνδυασμός φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών θεραπειών συστήνεται για την ανακούφιση φαρμάκων με την εφαρμογή θεραπειών, όπως η κατευθυνόμενη νοητική μετάθεση, η εφαρμογή θερμότητας-ψύχους και η μάλαξη (deWit, 2013).

3.3.3 Αλγαισθητικός πόνος

Ο αλγαισθητικός πόνος αναφέρεται σε βλάβη του ιστού στον οποίο υπάρχουν υποδοχείς του πόνου, οι αλγοϋποδοχείς. Οι υποδοχείς αυτοί μπορεί να βρίσκονται στο δέρμα, στις αρθρώσεις ή στον ορογόνο χιτώνα των σπλάχνων. Οι βλάβες που προκαλούν αλγαισθητικό πόνο περιλαμβάνουν τις κακώσεις, τα εγκαύματα και τα χειρουργικά τραύματα. Ο αλγαισθητικός πόνος περιλαμβάνει τέσσερις φάσεις. Η μεταγωγή, η μεταβίβαση, η αντίληψη, η τροποποίηση. Η θεραπεία του αισθητηριακού πόνου μπορεί να έχει ως στόχο μία από ή και τις τέσσερις φάσεις (deWit, 2013).

3.3.4 Νευροπαθητικός πόνος

Ο νευροπαθητικός πόνος συνδέεται συνήθως με κάποια δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος και ειδικότερα με κάποια διαταραχή στην επεξεργασία των αισθητικών ερεθισμάτων. Οι αλγοϋποδοχείς του οργανισμού γίνονται πιο ευαίσθητοι στα ερεθίσματα, ενεργοποιούνται και αποστέλλουν σήματα πόνου πιο εύκολα. Οι νευρικές απολήξεις αναπτύσσουν επιπρόσθετους κλάδους και αποστέλλουν ισχυρότερα σήματα στον εγκέφαλο. Καθώς αναπτύσσονται οι κλάδοι αυτοί, επηρεάζουν τους υποδοχείς της αφής και της θερμότητας, με τελικό αποτέλεσμα οι υποδοχείς αυτοί να αποστέλλουν σήματα πόνου (deWit, 2013).

3.3.5 Ψυχογενής ή Λειτουργικός Πόνος

Ο (ιδιοπαθής) ψυχογενής πόνος είναι μια αμφισβητούμενη οντότητα για μερικούς. Οφείλεται σε ψυχολογικά αίτια και δεν διαπιστώνεται αιτιώδης οργανική βλάβη ή νευροανατομική συσχέτιση στη συμπτωματολογία του. Πολλές φορές συγγέεται κατά πόσο ο ψυχικός παράγων προκαλεί τον πόνο ή ο πόνος προκαλεί τις ψυχικές διαταραχές. Σύμφωνα με τον ορισμό του, ο πόνος δεν μπορεί να διαχωρισθεί σε σωματικό και ψυχικό αλλά είναι μια ενιαία και σύνθετη οντότητα που πολλές φορές δεν μπορούν να διαχωριστούν τα διακριτά της χαρακτηριστικά. Παρόλα αυτά, κατά τη γνώμη των επαγγελματιών υγείας, οι αμφίδρομες ενδογενείς αλληλεπιδράσεις θα πρέπει να τονισθούν και είναι εμφανείς στην κλινική πράξη (Γουλές, 2002).

3.4 Διαχείριση του πόνου

Η ανεπαρκής αντιμετώπιση του πόνου είναι ευρέως διαδεδομένη σε όλους τους χειρουργικούς χώρους, στις μονάδες εντατικής θεραπείας, στα τμήματα ατυχημάτων και έκτακτης ανάγκης, στη γενική πρακτική, στην παρηγορητική φροντίδα και στη διαχείριση όλων των μορφών του οξύ και χρόνιου πόνου, συμπεριλαμβανομένου του καρκινικού πόνου και στην γηριατρική περίθαλψη. Αυτή η ανεπαρκής αντιμετώπιση επεκτείνεται σε όλες τις ηλικίες, από τα νεογνά μέχρι τους ευπαθείς ηλικιωμένους (Lindenbaum & Milia, 2012). Χαρακτηριστικά, οι Αφρικανοί και οι Ισπανόφωνοι Αμερικανοί είναι πιο πιθανό από τους άλλους πληθυσμούς να υποφέρουν άσκοπα στα χέρια ενός ιατρού (Bonham, 2001) και ο πόνος των γυναικών είναι πιθανότερο να υποεκτιμηθεί από τον πόνο των ανδρών (Hoffmann & Tarzian, 2001).

Η Διεθνής Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (IASP) υποστηρίζει ότι η ανακούφιση και η αντιμετώπιση του πόνου θα πρέπει να αναγνωρίζεται ως ανθρώπινο δικαίωμα. Ο χρόνιος πόνος θα πρέπει να θεωρείται από μόνος του ως μια νόσος και ότι το φάρμακο για τον πόνο θα πρέπει να πληροί όλα τα χαρακτηριστικά της ειδικής του δράσης. Ως ξεχωριστή ειδικότητα υπάρχει μόνο στην Κίνα και την Αυστραλία αυτή τη στιγμή. Αλλού, η ασθένεια του πόνου είναι μια υποειδικότητα που εντοπίζεται στην αναισθησιολογία, στη φυσιολογία, στη νευρολογία, στη παρηγορητική ιατρική και στην ψυχιατρική (Cousins et al., 2009).

3.4.1 Φαρμακευτική αγωγή

Ο οξύς πόνος συνήθως αντιμετωπίζεται με φάρμακα όπως τα αναλγητικά και τα αναισθητικά. Πιο συγκεκριμένα από τους επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούνται (Lindenbaum & Milia, 2012):

- Οι αναλγητικοί φαρμακευτικοί παράγοντες (π.χ. παρακεταμόλη)
- Τα φάρμακα της κατηγορίας των αναλγητικών και αντι-φλεγμονωδών, όπως η ασπιρίνη. Τα αντι-φλεγμονώδη φάρμακα μειώνουν όχι μόνο τον πόνο αλλά και την φλεγμονή που μπορεί να υπάρχει και να επιδεινώνει τον πόνο.

- Τα αναλγητικά, αντι-φλεγμονώδη, μη στεροειδή φάρμακα, όπως η ιβουπροφαίνη (ibuprofen), δικλοφενάκη (diclofenac), το μεφαιναμικό οξύ (mefenamic acid), κ.α..
- Τα οπιούχα φάρμακα, όπως η μορφίνη, κωδεΐνη, κ.α., τα οποία χρησιμοποιούνται σε πολύ έντονους πόνους.
- Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν και άλλες κατηγορίες φαρμάκων όπως τα αναισθητικά, τα αντι-καταθληπτικά, τα αντι-επιληπτικά και τα στεροειδή.

Η παρακεταμόλη, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και τα οπιοειδή θεωρούνται, εδώ και χρόνια, οι σημαντικότεροι φαρμακευτικοί για την αντιμετώπιση του οξέος πόνου. Στην προσπάθεια ανακάλυψης καλύτερων αναλγητικών φαρμάκων, η ερευνητική προσοχή έχει στραφεί στα στάδια της συναπτικής νευροδιαβίβασης, που συνδέεται με την αλγαισθησία και την αισθητικότητα (Lindenbaum & Milia, 2012).

Ωστόσο, ευρέως χρησιμοποιείται η πολυπαραγοντική αναλγησία (multimodal analgesia), δηλαδή ο συνδυασμός δύο ή περισσότερων αναλγητικών φαρμάκων, που δρουν σε διαφορετικούς μηχανισμούς πρόκλησης και μετάδοσης του πόνου. Στόχος του συνδυασμού των αναλγητικών φαρμάκων είναι η επίτευξη της καλύτερης δυνατής αναλγησίας, με ελαχιστοποίηση των παρενεργειών τους (Kehlet, 2005). Από την άλλη, η προληπτική αναλγησία, η πρόκληση δηλαδή αποτελεσματικής αναλγητικής κατάστασης πριν από το χειρουργικό τραύμα, είναι μια σημαντική θεραπευτική επιλογή (Katz & McCartney, 2002). Η προληπτική αναλγησία μειώνει την εμφάνιση της υπεραλγησίας και αλλοδυνίας μετριάζοντας την περιφερική και κεντρική ευαισθητοποίηση στον πόνο (Wilder-Smith, 2000).

Ωστόσο, η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι πολύ πιο δύσκολη και μπορεί να απαιτεί συντονισμένες προσπάθειες της εκάστοτε ομάδας διαχείρισης του ασθενή, η οποία περιλαμβάνει συνήθως ιατρούς, κλινικούς φαρμακοποιούς, φυσιοθεραπευτές, νοσηλευτές κ.α.. Πολλοί ασθενείς προσέρχονται σε μονάδες θεραπείας κυρίως στα τελικά στάδια του χρόνιου πόνου, όταν είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί και να διαχειριστεί. Όσο πιο γρήγορα ξεκινήσει η θεραπεία, τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα υπάρχει για επιτυχή αντιμετώπιση του πόνου. Όταν ο πόνος είναι σοβαρός τότε οι ιατροί στρέφονται σε ισχυρότερα φάρμακα για την αντιμετώπιση του (Δαλαμάγκα, 2012):

- Αντιεπιληπτικά φάρμακα: Χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των επιληπτικών κρίσεων και είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Είναι ασαφές το πώς ελέγχουν τον πόνο, αλλά θεωρείται ότι οδηγούν σε πιο ήπιες επιδράσεις του νευροπαθητικού πόνου. Αυτά περιλαμβάνουν το pregabalin

(Lyrica), το gabapentin (Neurontin) και η καρβαμαζεπίνη (Tegretol). Μια νέα γενιά αντιεπιληπτικών φαρμάκων, φαίνεται να είναι πολλά υποσχόμενη, με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες.

- Αντικαταθλιπτικά φάρμακα: Οι χαμηλές δόσεις των κοινών αντικαταθλιπτικών συνταγογραφούνται σε πολλά προβλήματα χρόνιου πόνου. Αυτά τα φάρμακα προσαρμόζουν τα επίπεδα των χημικών ουσιών του εγκεφάλου, και αυτός θεωρείται ότι είναι ο μηχανισμός τους στον έλεγχο του πόνου. Τα αντικαταθλιπτικά συχνά βοηθούν, όταν οι άλλες θεραπείες δεν οδηγούν σε πλήρη έλεγχο του πόνου. Οι δόσεις που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του πόνου είναι συνήθως χαμηλότερες, σε σχέση με αυτές που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Η amitriptyline (Elavil), nortriptyline (Pamelor) και norgamín είναι τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, που συνταγογραφούνται στο χρόνιο πόνο, ειδικά τον καρκινικό πόνο, τον νευροπαθητικό πόνο από διαβητική νευροπάθεια και τη μεθερπητική νευραλγία από έρπητα ζωστήρα. Επηρεάζουν τα επίπεδα χημικών ουσιών του εγκεφάλου, όπως νορεπινεφρίνη και σεροτονίνη. Η ντουλοξετίνη (Cymbalta) είναι ένας αναστολέας επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης, η οποία αυξάνει τη διαθεσιμότητα των χημικών ουσιών του εγκεφάλου σεροτονίνη και νορεπινεφρίνη. Η ντουλοξετίνη έχει εγκριθεί για τη θεραπεία της διαβητικής νευροπάθειας, της ινομυαλγίας και του μυοσκελετικού πόνου, όπως στην οστεοπόρωση και τη χρόνια οσφυαλγία.
- Κρέμες για ανακούφιση του πόνου: Επίκαιρα αναλγητικά, όπως το Zostrix, που περιέχει καψαϊκίνη είναι συχνά χρήσιμα. Η καψαϊκίνη δρα μειώνοντας τη μετάδοση μιας χημικής ουσίας του πόνου, που ονομάζεται ουσία P στον εγκέφαλο.
- Δερματικά επιθέματα: Ένα διαδερμικό επίθεμα, που περιέχει λιδοκαΐνη μπορεί να προσφέρει ανακούφιση στο χρόνιο πόνο. Τα επιθέματα έχουν εγκριθεί στο νευροπαθητικό πόνο από έρπητα ζωστήρα,. Το lidoderma και το lidopain είναι δυο δερματικά επιθέματα λιδοκαΐνης. Η καψαϊκίνη είναι επίσης διαθέσιμη σε επίθεμα και τοποθετείται από τον ίδιο το γιατρό και ονομάζεται Qutenza. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί κάθε τρεις μήνες.
- Οπιοειδή: Όταν ο πόνος είναι σοβαρός τότε το επόμενο στάδιο είναι τα οπιοειδή. Τα οπιοειδή, όπως κωδεΐνη, φαιτανύλη, μορφίνη, οξυκωδόνη δρουν στους υποδοχείς του πόνου στο επίπεδο των νευρικών κυττάρων και είναι πολύ αποτελεσματικά στον έλεγχο του σοβαρού χρόνιου πόνου.

3.4.2 Ψυχολογική αντιμετώπιση

Τα άτομα με περισσότερη κοινωνική υποστήριξη βιώνουν λιγότερο πόνο σε παθήσεις όπως ο καρκίνος, και λαμβάνουν λιγότερα παυσίπονα. Επίσης αναφέρουν ότι βιώνουν λιγότερο πόνο στην εργασία και είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν επισκληρίδιο αναισθησία κατά τη διάρκεια του τοκετού ή να υποφέρουν από πόνο στο στήθος μετά από μια χειρουργική επέμβαση παράκαμψης της στεφανιαίας αρτηρίας. Ωστόσο, περίπου το 35% των ανθρώπων αναφέρουν την έντονη ανακούφιση μετά τη λήψη μιας ένεσης με χλωριούχο νάτριο που πιστεύουν ότι ήταν μορφίνη. Αυτό το φαινόμενο του "εικονικού φαρμάκου" είναι πιο έντονο στους ανθρώπους που είναι επιρρεπείς στο άγχος, οπότε η μείωση του άγχους μπορεί να αποτελέσει μέρος της επίδρασης, αλλά όχι η λύση. Τα placebo είναι πιο αποτελεσματικά σε έντονο πόνο από τον ήπιο πόνο και παράγουν σταδιακά ασθενέστερα αποτελέσματα μετά την επαναλαμβανόμενη χορήγηση τους. Επίσης, στα περιστατικά με χρόνια πόνο είναι δυνατό για πολλούς ανθρώπους να απορροφηθούν τόσο σε μια δραστηριότητα ή σε μια ψυχαγωγία ώστε ο πόνος να μειωθεί σημαντικά (Cousins et al, 2009).

Ορισμένες μετα-αναλύσεις έχουν βρει ότι η κλινική ύπνωση είναι αποτελεσματική στον έλεγχο του πόνου που σχετίζεται με τις διαγνωστικές και χειρουργικές επεμβάσεις τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά, καθώς και των μορφών του πόνου που σχετίζονται με τον καρκίνο και τον τοκετό. Μια ανασκόπηση του 2007 σε 13 μελέτες βρήκε στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της κλινικής ύπνωσης στη μείωση του χρόνιου πόνου σε κάποιες περιπτώσεις, αν και ο αριθμός των ασθενών που συμμετείχαν στις μελέτες ήταν χαμηλός, αναδεικνύοντας θέματα και προβληματισμούς για την ταξινόμηση, την έκταση και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αν και τα ευρήματα παρέχουν την απαραίτητη υποστήριξη για τη γενική εφαρμογή της ύπνωσης στη θεραπεία του χρόνιου πόνου, είναι αναγκαία η διενέργεια περισσότερων ερευνών για τον πλήρη προσδιορισμό των επιπτώσεων της κλινικής ύπνωσης για τις διαφορετικές καταστάσεις και εκδηλώσεις του χρόνιου πόνου (Elkins et al., 2007).

3.4.3 Εναλλακτική Θεραπεία

Ο πόνος είναι η συνηθέστερη αιτία για την οποία οι άνθρωποι χρησιμοποιούν την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική. Μια ανάλυση 13 κορυφαίων μελετών για την αντιμετώπιση του πόνου με βελονισμό, που δημοσιεύθηκε τον Ιανουάριο του 2009, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μικρή διαφορά στην επίδραση του πραγματικού, του ψευδούς και του χωρίς βελονισμού αντιμετώπιση του πόνου (Madsen et al., 2009). Ωστόσο, άλλες έρευνες, όπως των Ji και των συνεργατών του και των Chang και των συνεργατών του (2017) έχουν βρει σημαντικό όφελος των πρακτικών του βελονισμού στον πόνο. Επιπλέον, υπάρχουν προσωρινά στοιχεία για ορισμένα φυτικά φάρμακα που ανακουφίζουν έως ένα βαθμό τον πόνο στην μέση (Gagnier et al., 2016).

3.5 Νοσηλευτική φροντίδα του πόνου

Η διεπιστημονική προσέγγιση του αλγούντα ασθενή περιλαμβάνει τους ιατρούς, τους φυσιοθεραπευτές, τους φαρμακοποιούς, τους ψυχολόγους, τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους εργοθεραπευτές, τους νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι ενώνουν τις δυνάμεις των διαφορετικών θεωρητικών προσεγγίσεων τους και των επιστημονικών γνώσεων τους, για να προσφέρουν από κοινού. Μέσα από αυτήν τη δυναμική της ομάδας καθένας επιστήμονας υγείας διατηρεί την επαγγελματική του οντότητα και συνεισφέρει ισότιμα μέσα από τη λήψη αποφάσεων και την σύνθεση απόψεων, με επίκεντρο την παροχή των υπηρεσιών του στον ασθενή με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (Ροβίθης, 2002).

Αναμφισβήτητα οι νοσηλευτές αποτελούν ένα αναπόσπαστο κομμάτι της διεπιστημονικής ομάδας προσέγγισης και αντιμετώπισης του πόνου των ασθενών. Ο ρόλος του νοσηλευτή αναπτύσσεται και διαμορφώνεται με αυτοτέλεια μέσα στην ομάδα και εκδηλώνεται μέσα σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, όπως (Ροβίθης, 2002):

- Η περιγραφή του πόνου.
- Ο καθορισμός παραγόντων που τον επιδεινώνουν ή τον ανακουφίζουν.
- Ο ορισμός και το νόημα που προσδίδει σε αυτόν ο ίδιος νοσηλευτής.
- Ο καθορισμός των αιτιών της πρόκλησης του.
- Ο καθορισμός της έννοιας που ο κάθε ασθενής προσδίδει σε αυτόν που ο ίδιος θεωρεί πλήρη ανακούφιση του πόνου.
- Η αναζήτηση και παραγωγή νοσηλευτικών διαγνώσεων.
- Η συμβουλευτική προσέγγιση της επιλογής των κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων.
- Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων αυτών.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αλγούντα ασθενή περιλαμβάνει την αξιολόγηση, την ανακούφιση και την πρόληψη από τον πόνο, συμπεριλαμβανομένης και της υποστήριξης και διδασκαλίας της οικογένειάς του. Για την αποτελεσματική αξιολόγηση και ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο, ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει γνώσεις από διάφορες επιστήμες, συγχρόνως δε κλινική εμπειρία, δεξιοτεχνία, ενδιαφέρον, παρατηρητικότητα, κριτικό πνεύμα και ετοιμότητα (Ροβίθης, 2002).

3.5.1 Νοσηλευτική αξιολόγηση του αλγούντα ασθενή

Η κλινική εξέταση, η επικοινωνία με τον ασθενή και το περιβάλλον του, η μελέτη του ιστορικού υγείας και των διαγνωστικών ευρημάτων αποτελούν χρήσιμα στοιχεία για την εκτίμηση του πόνου. Η αξιολόγηση του πόνου βασίζεται επίσης, στις υποκειμενικές πληροφορίες του αρρώστου και στις αντικειμενικές που ο νοσηλευτής θα παρατηρήσει. Η σύνθεση των πληροφοριών αυτών είναι αναγκαία για την ακριβή νοσηλευτική διάγνωση. Έχουν χρησιμοποιηθεί πολλοί τρόποι, για την αξιολόγηση του πόνου που ο καθένας έχει τα πλεονεκτήματά του και τα μειονεκτήματά του, αντιπροσωπευτικά αναφέρονται οι εξής δύο (Κατσιμίγκας και συν, 2009):

- Κλίμακα συμπτωμάτων με ερωτήσεις προς τον άρρωστο. Στην πράξη, ενώ φαίνεται απλός και κατανοητός, είναι δύσκολος, ιδιαίτερα στον οξύ και διαξιφιστικό πόνο.
- Αριθμητική κλίμακα. Αυτή αποτελείται από μία στήλη αριθμημένη από 0-10 cm. Στο 0 αντιστοιχεί απουσία πόνου και στο 10 ανυπόφορος πόνος. Απλά ερωτάται ο άρρωστος σε πιο βαθμό ο ίδιος αξιολογεί τον πόνο του. Είναι εύκολος και κατανοητός τρόπος και θεωρείται έγκυρη και αξιόπιστη η μέτρηση της έντασής του.

Επιπροσθέτως, πολλοί νοσηλευτές χρησιμοποιούν την οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analogue Scale) και την λεκτική κλίμακα (Verbal Descriptor Scale) οι οποίες αποτελούν δημοφιλή εργαλεία και χρησιμοποιούνται στο 70-80% των περιπτώσεων ενώ για την πιο ολοκληρωμένη μέτρηση του πόνου χρησιμοποιούνται εργαλεία ψυχολογικά και που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής όπως για παράδειγμα το McGill Pain Questionnaire, το Brief Pain Inventory κ.α.. (Jacobsen et al, 2009). Αν και τα εργαλεία για την αξιολόγηση του πόνου είναι γνωστά στη νοσηλευτική θεωρία, δεν φαίνεται όμως αυτά να χρησιμοποιούνται σε ευρεία κλίμακα για τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενών (Clarke et al., 1997).

3.5.2 Νοσηλευτική διάγνωση

Η διάγνωση της φύσεως του πόνου βοηθά στην επιλογή των πιο κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την ανακούφισή του και την ελαχιστοποίηση των δυσμενών επιδράσεων. Μέσω της νοσηλευτικής διάγνωσης παρέχεται η δυνατότητα στο νοσηλευτή να επισημάνει όλους τους παράγοντες που συντελούν στην εμπειρία του πόνου, να περιγράψει ένα ειδικό πρόβλημα και να οδηγηθεί προς τις πιο κατάλληλες παρεμβάσεις. Τα κυριότερα σημεία της νοσηλευτικής διάγνωσης του πόνου είναι τα εξής (Κατσιμίγκας και συν, 2009):

- ❖ Καθορισμός αντίδρασης του ασθενή στον πόνο.
- ❖ Η ευαισθησία και οι αντιδράσεις στον πόνο είναι υποκειμενικές και επηρεάζονται από τις προηγούμενες εμπειρίες, την ηλικία, το φύλο και τους ψυχικούς παράγοντες.
- ❖ Η γνώση των συνήθων αντιδράσεων του ασθενούς βοηθά τον νοσηλευτή στην εκτίμηση της έντασης του πόνου και τον καλύτερο έλεγχό του.
- ❖ Αξιολόγηση των σημείων πόνου όπως π.χ. προφορικές εκδηλώσεις σύσπασης οφρύων, ανησυχία, εφίδρωση, ωχρότητα, αύξηση της αρτηριακής πίεσης και ταχυκαρδία.
- ❖ Η πρόωμη αναγνώριση των σημείων του πόνου επιτρέπει την έγκαιρη παρέμβαση και την ύφεσή του.
- ❖ Αξιολόγηση των παραγόντων που φαίνονται ότι επιτείνουν ή μειώνουν τον πόνο, η γνώση των οποίων βοηθά στην αποτελεσματική και εξατομικευμένη αντιμετώπιση του πόνου.

3.5.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την πρόληψη και ανακούφιση του πόνου

Εφαρμογή μέτρων κατά του φόβου και του άγχους όπως η διαβεβαίωση του ασθενή, ότι η ανάγκη για ανακούφιση από τον πόνο έγινε κατανοητή και θα αντιμετωπιστεί, η εκπαίδευση επίσης του ασθενούς πριν από μια εγχείρηση ή μια επέμβαση. Σε πολλές μελέτες το άγχος θεωρήθηκε ως σημαντικός παράγοντας στην απάντηση του πόνου. Υποστηρίζεται, ότι όσο πιο έντονο είναι το άγχος, τόσο πιο έντονα εκδηλώνεται η απάντηση στον πόνο. Ο φόβος και το άγχος για τον πόνο μειώνει την ανοχή και τον ουδό του ασθενούς για τον πόνο. Η αμφίδρομη δράση πόνου-άγχους πρέπει να

διακοπεί για την αποφυγή επιδείνωσης του πόνου. Η χορήγηση φαρμάκων πριν από τους χειρισμούς είναι αποτελεσματικότερη καθώς ο έντονος και παρατεταμένος πόνος υποχωρεί βραδύτερα. Η φαρμακευτική θεραπεία αποτελεί τη βασική μέθοδο αντιμετώπισης του πόνου και χαρακτηρίζεται από προσεκτική εκτίμηση των συμπτωμάτων του ασθενούς. Εφαρμογή μη φαρμακολογικών μέτρων ύφεσης του πόνου π.χ. τεχνικές διέγερσης του δέρματος (πίεση, μαλάξεις, θερμά ή ψυχρά επιθέματα, διαδερμική ηλεκτρική διέγερση νευρών, δονήσεις) ή τεχνικές χαλάρωσης, απόσπαση της προσοχής, μουσική, ρυθμικές μαλάξεις, αλλαγή θέσης, κατευθυνόμενη φαντασίωση και ο βελονισμός (Κατσιμίγκας και συν, 2009).

Οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές διότι θεωρούνται ότι χρησιμοποιούν τον έλεγχο του μηχανισμού πύλης για την ύφεση του πόνου. Ορισμένες μέθοδοι όπως η διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερσης (Transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS), ο βελονισμός και τα εικονικά φάρμακα πιθανώς διεγείρουν την παραγωγή ενδορφινών που μειώνουν τον πόνο μέσω αναστολής των ερεθισμάτων στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Τέλος, μειώνουν το άγχος για τον πόνο, διακόπτοντας τη σχέση πόνου άγχους. Χορήγηση αναλγητικών, τα οποία μειώνουν τον πόνο αναστέλλοντας τη μεταβίβαση των αλγογόνων ερεθισμάτων, μειώνοντας την αντίδραση του φλοιού στο ερέθισμα ή/και μεταβάλλοντας την αντίληψη του ασθενούς στον πόνο (Κατσιμίγκας και συν, 2009).

3.5.4 Κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της ανακούφισης του πόνου

Οι νοσηλευτικές παρατηρήσεις που θα διασφαλίσουν την αποτελεσματικότητα της ανακουφιστικής θεραπείας για τον πόνο του ασθενή επικεντρώνονται στα εξής (Ραγιά, 2002):

- Ο ασθενής αναφέρει, ότι ο πόνος έχει ελαττωθεί ή εξαλειφθεί μετά την εφαρμογή αναλγητικών μέσων ή μέτρων.
- Οι καθημερινές δραστηριότητές του αυξάνονται προοδευτικά, επίσης δηλώνει ότι κοιμάται καλύτερα.
- Είναι σε θέση να χρησιμοποιεί τεχνικές αναλγησίας μη φαρμακευτικές.

3.5.5 Ο νοσηλευτής ως θεραπευτικό μέσο στον αλγούντα ασθενή

Ο νοσηλευτής μέσω της φυσικής του παρουσίας, της διάθεσής του να πληροφορεί, να εξηγεί και να απαντά στις ερωτήσεις του ασθενούς δημιουργεί το κατάλληλο θεραπευτικό πλαίσιο, ώστε να ανταποκριθεί με επιτυχία στις φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες του ασθενή. Με αυτή την προσέγγιση εξασφαλίζει την αυθεντικότητα της άνευ όρων παρουσίας του, η οποία βοηθά στην απομάκρυνση εμποδίων που παρακωλύουν τη θεραπευτική προσέγγιση. Σημαντικό στοιχείο αποτελεί, η δημιουργία ενός κλίματος ενδιαφέροντος και εμπιστοσύνης ως επίκεντρο του νοσηλευτικού ρόλου και φροντίδας (Κατσιμίγκας και συν, 2009)).

Ο νοσηλευτής χωρίς να είναι ιδιαίτερα συγκεκριμένος ως προς την κατεύθυνση, ενθαρρύνει τον άρρωστο να εκφραστεί, να κατανοήσει και να αποδεχθεί τις εμπειρίες που βιώνει και επιπλέον να αξιοποιήσει τις δυνατότητές του. Οι ασθενείς συχνά δεν κατανοούν την αιτία που πονούν και γι' αυτό τον λόγο ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρέχει τον σωστό χρόνο, ώστε το άτομο να προσαρμοστεί στην νέα κατάσταση. Επιπλέον, υποστηρίζει ψυχολογικά τον ασθενή και την οικογένειά του και προσφέρει όχι μόνο πληροφορίες σχετικά με τον πόνο, αλλά προτείνουν και τρόπους αντιμετώπισης των πρακτικών και των ψυχολογικών προβλημάτων που αυτός επιφέρει (Κατσιμίγκας και συν, 2009).

Βασικό στοιχείο επίσης αποτελεί και η επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή. Η επικοινωνία εξάλλου αποτελεί ζωτικό στοιχείο κατά την άσκηση της νοσηλευτικής παρέμβασης. Η νοσηλευτική παρέμβαση, ως επιστημονική μέθοδος άσκησης και πραγμάτωσης της Νοσηλευτικής Επιστήμης, επιτυγχάνεται με το διάλογο, μέσα σε διαπροσωπικό κλίμα και ειδικές δεξιότητες της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας. Ολόκληρη η Νοσηλευτική άλλωστε στηρίζεται στη διαπροσωπική επικοινωνία (Κατσιμίγκας και συν, 2009). Η Slevin (1999) αναφέρει στην έρευνά της ότι «Οι νοσηλευτές είναι εκείνοι που βρίσκονται σε συνεχή και άμεση επαφή με τον ασθενή, σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας, όπου η επαφή τους είναι περιστασιακή και για ορισμένες χρονικές περιόδους». Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να αναπτύσσεται μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή μια σχέση πρόσωπο με πρόσωπο, η οποία αποτελεί σημαντικό στοιχείο στην κάλυψη των φυσικών και συναισθηματικών αναγκών του ασθενή.

Επίσης, ο νοσηλευτής μέσω της συνεχής επαφής του με τον άρρωστο παρέχει συνεχή παρακολούθηση, εντοπίζοντας και καταγράφοντας σημαντικές αλλαγές στην

κατάσταση του ασθενή πριν ακόμη η κλινική κατάσταση εκδηλωθεί πλήρως και η διαταραχή γίνει σαφής. Ο νοσηλευτής οφείλει να κινητοποιήσει τις κατάλληλες θεραπευτικές και διαγνωστικές διαδικασίες, ακόμη και όταν η κατάσταση είναι ασαφής και δεν μπορεί να αιτιολογηθεί ο πόνος. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται ο χρόνος που χρειάζεται το σύστημα να κινηθεί πριν η κατάσταση του ασθενή γίνει σοβαρή. Το φαινόμενο αυτό έχει χαρακτηριστεί ως «γκρίζα ζώνη», όταν δηλαδή οι αλλαγές στην κλινική εικόνα του ατόμου είναι ανεπαίσθητες, παρά ταύτα δυνητικά σημαντικές για την ασφάλειά του (Κατσιμίγκας και συν, 2009).

4. ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ & ΠΟΝΟΣ

Η ομοιοπαθητική συχνά παραβλέπεται ως μια μέθοδος για τη διαχείριση του πόνου. Ωστόσο, αξίζει να είναι μια από τις θεραπείες πρώτης γραμμής λόγω της ασφάλειας, της αποτελεσματικότητας και του μειωμένου κόστους της εφαρμογής της. Οι περιορισμοί στην αποδοχή της ομοιοπαθητικής στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε ορισμένες χώρες της ΕΕ περιλαμβάνουν την έλλειψη εξοικείωσης των ιατρών με τις έρευνες που προέρχονται κυρίως από την Ευρώπη, όπου η ομοιοπαθητική ενσωματώνεται στα εθνικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Μάλιστα, η βάση δεδομένων του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στη Γαλλία δίνει την επιλογή στους πολίτες να μπορούν να επιλέξουν έναν ομοιοπαθητικό ή ένα συμβατικό οικογενειακό γιατρό, υποδεικνύοντας ότι η παλαιότερη μέθοδος θεραπείας παρέχει συγκρίσιμα αποτελέσματα στη διαχείριση του πόνου, μειώνοντας σημαντικά τη χρήση των συμβατικών παυσίπων (Lennihan, 2017).

Η έρευνα στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι ελάχιστη λόγω της έλλειψης κρατικής ή βιομηχανικής χρηματοδότησης. Επιπλέον, οι υπερβολικές αναφορές των μέσων μαζικής ενημέρωσης σχετικά με τη δυνητική βλάβη από την ομοιοπαθητική έχουν οδηγήσει σε αδικαιολόγητη απροθυμία να χρησιμοποιήσουν τα ομοιοπαθητικά φάρμακα τόσο οι ιατροί όσο και το ευρύ κοινό. Μια μεγάλης κλίμακας αναθεώρηση της γερμανικής βάσης δεδομένων για την ασφάλεια των φαρμάκων αποκάλυψε ότι τα ομοιοπαθητικά φάρμακα έφεραν τον ελάχιστο αριθμό των ανεπιθύμητων ενεργειών εν αντίθεση με τα συμβατικά (Lennihan, 2017).

Τέλος, η αντίσταση στη χρήση της ομοιοπαθητικής (βασισμένη στην εσφαλμένη αντίληψη ότι δεν περιέχει τίποτα άλλο από το νερό) αντιμετωπίζεται με σύγχρονες παραπομπές από το νεοεμφανιζόμενο πεδίο της φυσικής που αφορά την υπερβολική αραίωση. Διαδεδομένα για την χρήση τους είναι τα ομοιοπαθητικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του πόνου, συμπεριλαμβανομένων του πόνου στην πλάτη, του οδοντικού πόνου, των πόνων του τοκετού και της νευραλγίας του τριδύμου (συνδρόμου του τρέμουλου της κεφαλής) (Lennihan, 2017).

Ωστόσο, σε χρόνιες παθήσεις τα ομοιοπαθητικά φάρμακα θα πρέπει να προσαρμόζονται στον ασθενή. Ωστόσο, σε ένα σοβαρό οξύ τραύμα η ίδια ομοιοπαθητική θεραπεία μπορεί να ανταποκριθεί σε σχεδόν όλα τα άτομα. Για

παράδειγμα, παρέχεται πρότυπο πρωτόκολλο για την ταχεία επούλωση και μείωση του πόνου μετά από χειρουργική επέμβαση ή μια οδοντιατρική εξαγωγή. Παρόλο που τα ομοιοπαθητικά φάρμακα σπάνια ελέγχονται έναντι συμβατικών παυσίπονων σε μια κλινικές δοκιμές, ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι τα ομοιοπαθητικά φάρμακα μπορούν να ενισχύσουν την επούλωση για όσους ήδη βρίσκονται σε συμβατική θεραπεία και μπορούν να μειώσουν τον πόνο σε μια κατάσταση όπως ένα κάταγμα για το οποίο η αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή είναι ελλιπής (Lennihan, 2017).

4.1 Πλεονεκτήματα και σύγχρονα δεδομένα

Η ομοιοπαθητική αποτελεί μέρος της γενικής ιατρικής στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης και της Λατινικής Αμερικής καθώς και στην Ινδία και τη Ρωσία. Τα περισσότερα από τα φάρμακά της ταξινομούνται ως φάρμακα δίχως ιατρική συνταγή (Over the Counter, OTC) από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA). Τα αρχεία υγειονομικής ασφαλείας τους δεν απαιτούσαν τον περιορισμό και την υποχρεωτική συνταγογράφηση τους. Ωστόσο, για ορισμένα ομοιοπαθητικά φάρμακα απαιτείται η ιατρική συνταγογράφηση τους λόγω του αρχικού τους υλικού (π.χ. *Orium*, *Cannabis*) ή επειδή έχουν συγκεκριμένες ενδείξεις για την διαχείρισή τους όπως το *Crataegus* (Κράταιγος) που χρησιμοποιείται ομοιοπαθητικά μόνο για τις καρδιακές παθήσεις, το *Crataegus* ή το *Crataegus (Hawthorn)* ως φυτικό εκχύλισμα είναι διαθέσιμα στα καταστήματα υγιεινής και διατροφής ως παραδοσιακό τονωτικό της καρδιάς (Lennihan, 2017).

Σε μια μεγάλη μελέτη, η γερμανική βάση δεδομένων για την ασφάλεια των φαρμάκων εξέτασε και μελέτησε αναφορές για ανεπιθύμητες ενέργειες σε περισσότερα από 300 εκατομμύρια δόσεις ομοιοπαθητικών και ανθρωποσοφικών φαρμάκων (παρόμοια με την ομοιοπαθητική). Υπήρχαν μόνο 486 αναφορές ανεπιθύμητων συμβάντων, εκ των οποίων μόνο 46 επιβεβαιώθηκαν ως σοβαρά περιστατικά (Jong et al., 2012). Το συνοδευτικό άρθρο σχετικά με τη ρύθμιση της ομοιοπαθητικής περιέχει μια λεπτομερή εξέταση του FDA για την ανάκληση του Zicam και των δισκίων οδοντοφυΐας (Hyland's Baby Nighttime Teething Tablets), τα μόνα δύο ομοιοπαθητικά προϊόντα που κρίθηκαν πρόσφατα ύποπτα για την ασφάλεια των ασθενών (Lennihan, 2017).

Τα ομοιοπαθητικά φάρμακα σε καθαρή μορφή δεν είναι κατοχυρωμένα με

διπλώματα ευρεσιτεχνίας, πράγμα που οδηγεί σε ένα άλλο πλεονέκτημα ότι είναι εξαιρετικά φθηνά και κοστίζουν ελάχιστα ανά θεραπεία. Μια κλινική μπορεί να εξοπλιστεί με μια προμήθεια ενός έτους με λιγότερα από 1.000 ευρώ. Επειδή δεν είναι εξαρτησιογόνες ουσίες και δεν έχουν αξία μεταπώλησης, δεν υπάρχει κίνητρο για ληστεία, η οποία ενισχύει την ασφάλεια μιας κλινικής ή ενός φαρμακείου (Lennihan, 2017).

4.2 Ενδείξεις – δράσεις των ομοιοπαθητικών φαρμάκων στο πόνο

Ο μηχανισμός δράσης της ομοιοπαθητικής αποκαλύπτεται επί του παρόντος με μελέτες στο νεοεμφανιζόμενο πεδίο της φυσικής επιστήμης που αφορά την υπερύψηλη αραιώση των διαλυμάτων. Σε μια υπόθεση αυτής της θεωρίας, τα νανοσωματίδια της αρχικής φαρμακευτικής ουσίας προσελκύουν μόρια νερού για να σχηματίσουν δομές υγρών κρυστάλλων στο νερό αραιώσης, το οποίο με τη σειρά του μεταφέρει πληροφορίες που ενεργοποιούν μια ομοιοστατική αντίδραση στο σώμα του ασθενούς (Chikramane et al., 2010). Σε μια άλλη υπόθεση, σχηματίζονται συνεκτικές περιοχές "μεταξύ των μορίων του διαλύτη ύδατος:αλκοόλης, όπως προβλέπεται από την κβαντική ηλεκτροδυναμική". Τα επίπεδα της νανοδόσης που παραμένουν στα ομοιοπαθητικά φάρμακα είναι συγκρίσιμα με τα επίπεδα στα οποία λειτουργούν οι ορμόνες του σώματος και οι παράγοντες της κυτταρικής σηματοδότησης (Marchettini et al., 2010; Sorrentino et al., 2017).

Αυτές οι δύο ιδιότητες της ομοιοπαθητικής, όπου το δραστικό συστατικό είναι παρών μόνο σε νανοσωματίδια και ο μηχανισμός δράσης που βασίζεται στη μεταφορά πληροφοριών και όχι στη φαρμακευτική του ουσία δίνει στα ομοιοπαθητικά φάρμακα τις μοναδικές ιδιότητές τους και ο ασθενής χρειάζεται όλο και λιγότερα από αυτά με την πάροδο του χρόνου. Συνεπώς δεν δημιουργούν εξάρτηση ή συμπτώματα στέρησης, δεν αλληλεπιδρούν με άλλους φαρμακευτικούς παράγοντες και μπορούν να θεραπεύσουν ταυτόχρονα και άλλες παθολογικές οντότητες, επιπλέον της κύριας πάθησης, δηλαδή παρέχουν οφέλη (side benefits) αντί για παρενέργειες (side effects) (APA, 2006).

4.2.1 Πρωτόκολλα για τη μετα-χειρουργική / μετα-οδοντιατρική διαχείριση του πόνου

Η Άρνικα (*Arnica montana*) παρασκευάζεται από ένα είδος μαργαρίτας (Αρνίκη η ορεινή), η οποία ευδοκιμεί στην Κεντρική Ευρώπη. Η άρνικα είναι φάρμακο πρώτων βοηθειών, γνωστό για τη χρήση του σε τραύματα-μωλωπισμούς, που συνοδεύονται με πόνο, εκχύμωση (χωρίς λύση του δέρματος), και μεγάλη ευαισθησία στο άγγιγμα. Χρησιμοποιείται με πολύ καλά αποτελέσματα σε διαστρέμματα, ρίξεις, διάσειση, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις κ.α.. Η χρήση του *Arnica* πριν και μετά τη χειρουργική επέμβαση για τη μείωση των οιδημάτων, των μωλώπων, του έλκους και του πόνου έχει τεκμηριωθεί, μάλιστα και με τη ρύθμιση της διακύμανσης της ισχύος του φαρμάκου και της συχνότητας της δοσολογίας (Robertson et al., 2007; Iannitti et al., 2016).

Το φάρμακο *Arnica* μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην μέτρια ισχύ των 30c που βρίσκεται στα καταστήματα λιανικής πώλησης. Μια τυπική δόση για όλα τα φάρμακα που περιγράφονται είναι συνήθως δύο δισκία διαλυόμενα στο στόμα. Εκτός από την *Arnica*, χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση και την αντιμετώπιση του πόνου τα ακόλουθα φάρμακα (Pommier et al., 2004; Piraneo et al., 2012):

- ❖ Καλέντουλα (*Calendula officinalis*) βοηθά στην καταπολέμηση του πόνου και στην επούλωση της πληγής, στην πρόληψη του σχηματισμού ουλών και τοπικής μόλυνσης. Χαρακτηριστική είναι η έρευνα του Pommier και των συνεργατών του (2004) σχετικά με τις ασθενείς με καρκίνο του μαστού όπου η χορήγηση ομοιοπαθητικών σκευασμάτων με καλέντουλα έδειξε ότι μείωσε τον πόνο από την δερματίτιδα που προκαλείται από την ακτινοβολία, καθώς επίσης βοηθούσε να θεραπευτούν καλύτερα οι πληγές.
- ❖ Το Υπέρικο (*Hypericum perforatum*) προέρχεται από φυτό, το γνωστό στην Ελλάδα βάλσαμο (ή βαλσαμόχορτο ή σπαθόχορτο ή βότανο του St. John) χρησιμοποιείται σε κακώσεις και τραύματα (κεφαλής, άκρων, διάσειση κεφαλής, βλάβες νωτιαίου μυελού, κακώσεις γενικά και μετατραυματικές κακώσεις νεύρων) και σε περιστατικά όπου ο πόνος είναι γενικά και ειδικά οξύς και ανυπόφορος για τον ασθενή.
- ❖ Ο Φόσφορος χρησιμοποιείται για να σταματήσει την υπερβολική αιμορραγία και να βοηθήσετε το άτομο να βγει από την αναισθησία.

Αυτά τα πρωτόκολλα και οι μέθοδοι εκμεταλλεύονται την ικανότητα της ομοιοπαθητικής να δουλεύει προληπτικά όταν χορηγούνται σωστά πριν από κάθε επέμβαση. Πιο ειδικά (Pommier et al., 2004, Piraneo et al., 2012):

- Το πρωί της χειρουργικής επέμβασης (ή το προηγούμενο βράδυ αν η χειρουργική επέμβαση είναι νωρίς το πρωί), μία δόση Arnica 30c. Επειδή τα σφαιρίδια διαλύονται γρήγορα στο στόμα και δεν καταπίνονται, δεν παραβιάζουν τους εκάστοτε *per os* περιορισμούς που αφορούν τον ασθενή και την αγωγή που χορηγείται.
- Λίγο μετά τη χειρουργική επέμβαση, μια δόση φωσφόρου 30c, μόνο εάν το άτομο βρίσκεται σε υπνηλία, αποπροσανατολισμένο ή με ναυτία μετά από την αναισθησία ή εάν υπάρχει υπερβολική αιμορραγία (π.χ. σε μια εξαγωγή δοντιών).
- Για τις τρεις πρώτες ημέρες στον ασθενή θα πρέπει να χορηγείται Arnica 30c τρεις φορές ανά ημέρα. Κατόπιν να χορηγηθεί καλέντουλα 30c τρεις φορές ανά ημέρα μέχρι να θεραπευθεί η πληγή.
- Εάν υπάρχει νευρικός πόνος όπου ο ασθενής αναφέρει τον πόνο του τραυματισμού (κατά μήκος της διαδρομής ενός νεύρου) ή έντονο πόνο (όπως ηλεκτρικό σοκ) ή ελαφρά τσιμπήματα και μούδιασμα, θα πρέπει να χορηγηθεί το Hypericum 30c τρεις φορές την ημέρα μέχρι να επιλυθεί.
- Εάν υπάρχει νευρική βλάβη, τραυματισμός της σπονδυλικής στήλης ή πονοκέφαλος μετά από επισκληρίδιο ή παρακέντηση, το Hypericum μπορεί να ανακουφίσει τον πόνο.

Εάν τα συμπτώματα είναι πολύ σοβαρά και ο πόνος έντονος το φάρμακο μπορεί να χορηγείται συχνότερα, ακόμη και ανά ώρα. Εάν ένα μέλος της οικογένειας του ασθενή επιθυμεί να φέρει το φάρμακο στο νοσοκομείο, ένας εύκολος τρόπος για να γίνει είναι να διαλύσει δύο δισκία σε ένα μικρό μπουκάλι με νερό (περίπου 4 ουγκιές, 125 mL) και να τον αλείφει περιστασιακά, επισημαίνοντας πάντα τι είναι σε κάθε μπουκάλι. Αν το άτομο είναι αναισθητοποιημένος, το νερό με το φάρμακο μπορεί να χρησιμοποιηθεί στα χείλη του. Το υδατικό διάλυμα του Calendula μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την τοπική περιποίηση του τραύματος με την χρήση μιας γάζας ή ενός ξηρού επιδέσμου για να επιταχύνει την επούλωση. Όσο νωρίτερα μπορεί να ξεκινήσει το πρωτόκολλο, τόσο πιο αποτελεσματικό θα είναι στην αντιμετώπιση του πόνου και στην επούλωση των τραυμάτων (Pommier et al., 2004).

Η ομοιοπαθητική Καλέντουλα μπορεί να είναι δύσκολο να βρεθεί στα καταστήματα. Αλλά σε μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί το βότανο *Calendula*, αραιωμένο σε αναλογία 1:20. Μια ομοιοπαθητική προετοιμασία ενός μη τοξικού βοτάνου όπως το *Calendula* μπορεί να ενισχύσει τη δράση του και επίσης να επιτρέψει την επούλωση από μέσα προς τα έξω. Για παράδειγμα, εάν κάποιος έχει εκτεταμένα εγκαύματα πρώτου βαθμού ή μεγάλες περιοχές τριβής, η διάλυση της ομοιοπαθητικής καλέντουλας στο στόμα μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική με την τοπική εφαρμογή ακόμα και σε μια μεγάλη επιδερμική περιοχή του σώματος (π.χ. πλάτη). Η χορήγηση από το στόμα μπορεί να είναι απλούστερη και λιγότερο επώδυνη. Επίσης, για την εξαγωγή των δοντιών, μπορεί να ακολουθήσει το ίδιο πρωτόκολλο, με την πιθανή προσθήκη των φαρμάκων για ξηρή υποδοχή τους στο στόμα (Pommier et al., 2004; Piraneo et al., 2012).

4.2.2 Ομοιοπαθητικά φάρμακα για συγκεκριμένες επίπονες παθήσεις

Μια γνωστή αρχή της ομοιοπαθητικής είναι ότι το φάρμακο πρέπει να εξατομικευθεί στον ασθενή, για παράδειγμα 10 ασθενείς με ινομυαλγία ή ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι πιθανό να λάβουν 10 διαφορετικά φάρμακα από έναν επαγγελματία ομοιοπαθητικό, επειδή κάθε ασθενής έχει ένα μοναδικό πρότυπο συμπτωμάτων. Ωστόσο, αυτό ισχύει κυρίως για τις χρόνιες καταστάσεις. Σε μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης ή στην περίπτωση μίας πολύ μολυσματικής νόσου, η φύση του τραύματος ή της μόλυνσης επιβάλλει το ίδιο πρότυπο συμπτωμάτων σε σχεδόν όλους τους ασθενείς. Για παράδειγμα, το *Arnica* είναι χρήσιμο σε όλες σχεδόν τις οξείες περιπτώσεις τραυματισμού με μαλακό τραύμα με μώλωπες, πρήξιμο και πόνο. Αυτό καθιστά δυνατή τη δημιουργία ενός τυποποιημένου πρωτοκόλλου με τη χρήση *Arnica* για μετεγχειρητική ανακούφιση ή για αθλητικούς τραυματισμούς. Το *Hypericum*, με το σύμπτωμα που προκαλεί μούδιασμα, μυρμήγκιασμα, άλλες παραισθησίες και αισθήσεις ηλεκτρικού σοκ κατά μήκος μιας νευρικής διαδρομής, ειδικά μετά από ένα χτύπημα στη σπονδυλική στήλη ή σε μια περιοχή του σώματος με πολλές νευρικές απολήξεις, γίνεται ομοίως ένα γενικό φάρμακο όταν ένα ατύχημα ή μια χειρουργική επέμβαση προκαλεί οξύ νευρόπονο ή κάποια νευρική βλάβη (Cummins & Ullman, 2004; Chernin, 2006).

Όταν πρόκειται για τη βραχυχρόνια ή ανακουφιστική αντιμετώπιση του πόνου (π.χ. θεραπεία για το διάστρεμμα αστραγάλου ή η παροχή προσωρινής ανακούφισης για τον αρθρικό πόνο), ο ομοιοπαθητικός επιλέγει τυπικά από τα ομοιοπαθητικά φάρμακα γνωστά για την κλινική τους αποτελεσματικότητα (ίσως 3-20 κορυφαία φάρμακα για κάθε παθολογική συνθήκη) (Chernin, 2006).

4.2.2.1 Πόνος στην πλάτη και άλλες μυοσκελετικές διαταραχές

Μελέτες στην Ευρώπη δείχνουν ότι οι ασθενείς που επιλέγουν την ομοιοπαθητική περίθαλψη έχουν πολύ χαμηλότερη χρήση συμβατικών φαρμάκων για τον πόνο από εκείνους που βρίσκονται υπό την συμβατική περίθαλψη. Στις μελέτες για την αντιμετώπιση των πόνων στην πλάτη και των μυοσκελετικών διαταραχών χρησιμοποιήθηκε μια ποικιλία ομοιοπαθητικών φαρμάκων. Μεταξύ αυτών με τις μεγαλύτερες κλινικές ενδείξεις αποτελεσματικότητας είναι (Lennihan, 2017):

- Το *Rhus toxodendron* (*Rhus tox*) και το *Ruta graveolens* (*Ruta grav*) για πόνο στις αρθρώσεις με χαρακτηριστικό την δυσκαμψία που χειροτερεύει σε συνθήκες έντονης υγρασίας, θα πρέπει να ευλυγίζονται και να αισθάνονται καλύτερα από την εφαρμογή της θερμότητας. Αυτά τα δύο φάρμακα είναι από τα πιο αποτελεσματικά και δύσκολα μπορούν να διαφοροποιηθούν. Το *Rhus tox* είναι το φάρμακο που χρησιμοποιείται συχνότερα για την ινομυαλγία, ενώ το *Ruta grav* έχει επιπρόσθετες ιδιότητες στην καταπολέμηση της χωλότητας και της αδυναμίας σε αρθρώσεις και ιδίως στα γόνατα.
- Το *Bryonia* παράγεται από το φυτό ψευδοβρυώνια (*Bryonia alba*). Ως ομοιοπαθητικό φάρμακο χρησιμοποιείται κυρίως σε οξείες καταστάσεις, όπου υπάρχει μεγάλη επιδείνωση με την κίνηση (π.χ. σε οσφυαλγία, πνευμονία, κολικούς, κακώσεις, κατάγματα, κλπ), ενώ βελτιώνει την ακινητοποίηση και την πίεση. Το *Bryonia* είναι ιδιαίτερα καλό για τις ορώδεις μεμβράνες (πλευρική και περιτονεϊκή περιοχή). Ως εκ τούτου, είναι καλό για τη θυλακίτιδα, την αρθρίτιδα και την πλευρίτιδα.
- Το *Nux vomica* παρασκευάζεται από τους αποξηραμένους σπόρους του φυτού *Strychnos nux vomica* (Εμετικό κάρνο), που φύεται στις Ανατολικές Ινδίες και στη Βόρεια Αυστραλία. Είναι ένα φάρμακο που χορηγείται κυρίως σε νευρικά και

εκρηκτικά, εργασιομανή και τελειοθηρικά άτομα, που συνήθως υποφέρουν από γαστρεντερικά προβλήματα (π.χ. έλκος δωδεκαδακτύλου), και στα οποία συνήθως αρέσουν οι διεγερτικές ουσίες (όπως ο καφές, το αλκοόλ, πικάντικα φαγητά κ.α.).

Το πρωτόκολλο εφαρμογής τους περιλαμβάνει τη χορήγηση δισκίων 30c που είναι η πιο διαδεδομένη στα ομοιοπαθητικά φαρμακεία και καταστήματα. Μια δόση δύο δισκίων διαλυμένων στο στόμα μπορεί να επαναληφθεί κάθε μία έως τρεις ώρες, ανάλογα με την ένταση του πόνου. Γενικά με τα ομοιοπαθητικά φάρμακα, η χορήγηση του φαρμάκου επαναλαμβάνεται συχνά μέχρι να αρχίσει να παράγει αποτελέσματα, τότε μειώνεται η συχνότητα χορήγησης ή/και σταματάει μέχρι να επιστρέψουν τα συμπτώματα (Lennihan, 2017).

4.2.2.2 Πόνος από κατάγματα στα οστά

Η ομοιοπαθητική μπορεί να επιταχύνει την επούλωση των οστών, καθώς και να μειώσει την ανάγκη για την χορήγηση αναλγητικών, σύμφωνα με τη μελέτη του Sharma και των συνεργατών του (2012). Τα ακόλουθα τρία ομοιοπαθητικά φάρμακα χρησιμοποιούνται ευρέως στην ανακούφιση του πόνου και συμβάλλουν στην επούλωση των σπασμένων οστών (Sharma et al., 2012:Lennihan, 2017):

- Το *Symphytum* (*Symphytum officinale*) παράγεται από το φυτό σύμφυτον το ιατρικόν. Ως ομοιοπαθητικό φάρμακο είναι μακράν το πιο κοινό φάρμακο για την αντιμετώπιση των τραυμάτων και των καταγμάτων στα οστά. Στα κατάγματα βελτιώνει την πόρωση των καταγμάτων και την επανένωση των οστών. Η έρευνα δείχνει ότι μπορεί να προωθήσει τον σχηματισμό οστικών κάλων και να επιταχύνει την ένωση των καταγμάτων. Καταπραΰνει τον πόνο στα οστά ή στο περίοστεο μετά από σοβαρές κακώσεις. Επιπροσθέτως ανακουφίζει και τον πόνο στους οφθαλμούς και τα τραύματα των βολβών.
- Το *Ruta grav* (*Ruta graveolens* ή Απήγανος) χρησιμοποιείται όταν υπάρχουν μώλωπες ή κακώσεις των οστών ή όταν η κυρίαρχη αίσθηση είναι το άλγος και όχι ο οξύς πόνος κατά μήκος της γραμμής του κατάγματος, όπως στο *Symphytum*.
- Το *Calc phos* (*Calcarea phosphorica*) παράγεται από το φωσφορικό ασβέστιο και χρησιμοποιείται για τους πόνους κατά την σωματική ανάπτυξη των παιδιών,

παθήσεις της σπονδυλικής στήλης και για τα σπασμένα οστά που χρειάζονται πολύ χρόνο για να επούλωθούν.

Πρωτόκολλο περιλαμβάνει τη χρήση αυτών των φαρμάκων σε ισχύ των 30c σε μια δόση των δύο δισκίων στο στόμα μία φορά την ημέρα.

4.2.2.3 Πόνοι τοκετού

Η έρευνα για την ομοιοπαθητική κατά των πόνων του τοκετού περιορίζεται κυρίως στη μελέτη ενός μόνο φαρμάκου του *Caulophyllum*. Ωστόσο, συμπεριλαμβάνεται μια σειρά ομοιοπαθητικών φαρμάκων για τη μείωση των πόνων του τοκετού με βάση την εμπειρία 150 ετών και την ανάγκη να μειωθεί η χρήση της επισκληρίδιος αναισθησίας. Η επισκληρίδιος αναισθησία επιμηκύνει τη διάρκεια του τοκετού και μπορούν να προκαλέσουν μια "κλιμάκωση των παρεμβάσεων" που οδηγούν σε μεγαλύτερη ανάγκη για ένεση ωκυτοκίνης, υψηλότερο ποσοστό ενδαγγειακών γεννήσεων και υψηλότερο κίνδυνο για καισαρική τομή λόγω πιθανού θανάτου του εμβρύου (Anim Somuah et al., 2011).

Τα ομοιοπαθητικά φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν εκ των προτέρων για την ενίσχυση της μήτρας και την προετοιμασία της γυναίκας για τον τοκετό. Σε μία έρευνα, οι γυναίκες που έλαβαν συνδυασμό πέντε ομοιοπαθητικών φαρμάκων κατά τη διάρκεια του ένατου μήνα της εγκυμοσύνης είχαν 40% μικρότερης χρονικής διάρκειας τοκετού και μόνο το 25% παρουσίασε τις περισσότερες επιπλοκές κατά τον τοκετό. Τα ακόλουθα ομοιοπαθητικά φάρμακα έχουν μακρά ιστορία επιτυχούς χρήσης για τους πόνους του τοκετού μεταξύ των ομοιοπαθητικών μαιευτήρων και των γυναικών (Lennihan, 2017).

Η χορήγηση μιας δόσης των 30c όσο συχνά χρειάζεται, εξομαλύνει τον πόνο και διατηρεί τις συστολές μεγαλύτερες και αποτελεσματικότερες. Η ισχυρότερη ισχύς των 200c θα λειτουργήσει καλύτερα για τον πολύ έντονο πόνο. Ωστόσο, συνιστάται η χρήση τους μόνο από ομοιοπαθητικούς μαιευτήρες που έχουν εμπειρία με τη χρήση των ομοιοπαθητικών φαρμάκων κατά τη διάρκεια του τοκετού (και όχι επειδή η υψηλότερη ισχύς είναι επικίνδυνη, αλλά επειδή μπορεί να είναι πιο δύσκολο να διακρίνει κανείς πότε θα την επαναλάβει) (Lennihan, 2017).

- Το Aconite (*Aconitum napellus*) χρησιμοποιείται για βίαιους, έντονους, ξαφνικούς πόνους τοκετού, ειδικά όταν η γυναίκα φοβάται ότι θα πεθάνει και παρουσιάζει κρίσεις πανικού ή/και φοβίες.
- Το Belladonna παράγεται από το φυτό *Atropa belladonna* («άτροπος η δελεαστική» του Διοσκουρίδη), ή αλλιώς deadly nightshade. Το φυτό περιέχει τα αλκαλοειδή υοσκουαμίνη, σκοπολαμίνη, που είναι πολύτιμες φαρμακευτικές ουσίες. Χρησιμοποιείται για υπερβολικούς πόνους στον τοκετό όταν η γυναίκα έχει τα τυπικά συμπτώματα της λήψης Belladonna (π.χ. άγρια εμφάνιση στα μάτια, κοκκινισμένα μάγουλα, παραλήρημα).
- Το Caulophyllum παράγεται από τις ρίζες του φυτού Blue Cohosh (*Caulophyllum thalictroides*). Ως ομοιοπαθητικό φάρμακο σχετίζεται με τα γυναικεία γεννητικά όργανα, τον τοκετό και τις αρθρώσεις. Χρησιμοποιείται για την ενίσχυση ή επανεκκίνηση των οδυνών κατά τον τοκετό, όταν λόγω εξάντλησης έχουν σταματήσει οι οδύνες και η πρόοδος του τοκετού, για τις οδύνες που είναι αδύναμες ή ακανόνιστες, για τα περιστατικά όπου η μέλλουσα μητέρα έχει εξαιρετικά άκαμπτο τράχηλο, όταν ο τοκετός δεν εξελίσσεται, για ποικίλη συμπτωματολογία κατά τον τοκετό, για την έλλειψη μυϊκού τόνου στη μήτρα. Αλλά και γενικότερα για την αδυναμία του αναπαραγωγικού συστήματος, είτε στειρότητα είτε αποβολές στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, την ναυτία, τον έμετο κατά τον τοκετό, τις μητρορραγίες και τη δυσμηνόρροια.
- Το Chamomilla παρασκευάζεται από το γερμανικό χαμομήλι (*Chamomilla recutita*) και χρησιμοποιείται όταν ο πόνος είναι τόσο αφόρητος που τίποτα δεν μπορεί να τον ανακουφίσει.
- Το Cimicifuga (*Actaea racemosa*) παράγεται από τις ρίζες του φυτού Black Cohosh. Ως ομοιοπαθητικό φάρμακο δίνεται κυρίως σε γυναίκες και επηρεάζει το μυϊκό, νευρικό σύστημα και τα γεννητικά όργανα. Στην εγκυμοσύνη-τοκετό, για παράδειγμα για πρόκληση σπασμών-οδυνών, και λοιπή συμπτωματολογία. Επίσης, επηρεάζει το προεμμηνορροϊκό σύνδρομο, τη συμπτωματολογία του γεννητικού συστήματος (π.χ. όγκοι), τη διαχείριση της έμμηνορροιας. Αλλά καταπραΰνει και τις ρευματοαρθρικές καταστάσεις, την εναλλαγή με συμπτώματα διάρροιας-ελκώδους κολίτιδας, το αυχενικό σύνδρομο και τις έντονες κεφαλαλγίες.
- Η Seria (ή σεπία) παρασκευάζεται από τη σουπιά. Πρόκειται για φάρμακο που δίνεται κυρίως σε γυναίκες για την ναυτία κατά την εγκυμοσύνη, τους πόνους στην

πλάτη της εγκύου και για τις ορμονικές διαταραχές. Αλλά και σε ακραίες περιπτώσεις όπου κατά τον τοκετό παρατηρείται η κόπωση της εγκύου.

Μετά από τους πόνους και τον τοκετό θα χρησιμοποιηθούν και ορισμένα από τα κάτωθι ομοιοπαθητικά φάρμακα (Lennian, 2017):

- Το Arnica για την τυπική αίσθηση του πόνου και του άλγους.
- Το Chamomilla για τις περιπτώσεις όπου η γυναίκα είναι ευερέθιστη, εκνευρισμένη και δυσαρεστημένη.
- Το Hypericum για τους πόνους στον κόκυγα και για τις παρενέργειες μιας επισκληρίδιος αναισθησίας όπως ο πονοκέφαλος.
- Το Kali carbonicum παρασκευάζεται από το ανθρακούχο κάλιο (ποτάσα) και χρησιμοποιείται για πόνους της πλάτης και γενικά για τις δυσκολίες στον ύπνο.
- Το Pulsatilla (*Pulsatilla nigricans*) παρασκευάζεται από την ανεμώνη και χρησιμοποιείται για τους μεταβαλλόμενους πόνους μετά τον τοκετό, την ευμεταβλητότητα των συμπτωμάτων, καθώς και τα οξέα περιστατικά (π.χ. βήχας, μη-όξινη καταρροή, κ.α.).

4.2.2.4 Οδοντικοί πόνοι και άλλα είδη πόνου που αντιμετωπίζονται από τους οδοντιάτρους

- Το Hypericum 30c, δύο έως τέσσερις φορές την ημέρα, όποτε υπάρχει πόνος στο νεύρο, όπως μετά από μια χειρουργική επέμβαση στο στόμα ή σε επικείμενο πόνο της ριζικής κοιλότητας του δοντιού.
- Το Chamomilla 30c μπορεί να χορηγηθεί και ανά μία ώρα για τον πόνο των δοντιών σε ενήλικες καθώς και στα βρέφη με οδοντοφυΐα.
- Το Symphytum (*Symphytum officinale*) 30c, μία ή δύο φορές την ημέρα, για πόνο και πρήξιμο μετά από μια επέμβαση εμφυτευμάτων (επειδή το Symphytum θεραπεύει τα δόντια και τα οστά), καθώς και το Arnica, το οποίο είναι πάντα χρήσιμο για τον μετεγχειρητικό πόνο και το πρήξιμο.

Για κάθε πονόδοντο και ιδίως φατνιακής οστεΐτιδας μετά από την εξαγωγή ενός δοντιού, μια εξαιρετικά οδυνηρή κατάσταση στην οποία δημιουργείται ένας θρόμβος αίματος μέσα στον θύλακα του δοντιού που αφαιρέθηκε και σφραγίζει την περιοχή έτσι ώστε να επουλωθεί. Η φατνιακή οστεΐτιδα προκαλείται όταν ο θρόμβος

σπάσει ή μετακινηθεί, εκθέτοντας το οστό και τα νεύρα. Οι πρώτες πέντε ημέρες περίπου μετά την εξαγωγή δοντιού είναι οι πιο κρίσιμες, καθώς ο κίνδυνος εμφάνισης φατνιακής οστεΐτιδας είναι μεγαλύτερος. Η φατνιακή οστεΐτιδα μπορεί να γίνει αρκετά επίπονη. Μέθοδοι αποτροπής και αντιμετώπισης για κάθε πονόδοντο και φατνιακής οστεΐτιδας (Lennihan, 2017):

- Belladonna για τον συσφιγκτικό πόνο.
- Chamomilla για τον έντονο πόνο που ανακοφούζεται από τα ζεστά ροφήματα.
- Coffea (*Coffea Cruda*) για τον αγωνιώδη πόνο που ανακουφίζεται από το κρύο νερό στο στόμα.
- Θειώδες άλας εάν η περιοχή της φατνιακής οστεΐτιδας έχει μολυνθεί.
- Silica (Διοξείδιο του πυριτίου, SiO₂), το οποίο ανευρίσκεται στον χαλαζία, τσακμακόπετρα και στον αμμόλιθο, χρησιμοποιείται για τον καθαρισμό της περιοχής με τη φατνιακή οστεΐτιδα (όπως υπολείμματα τροφίμων, πύον, κ.α.).

Όλα αυτά τα φάρμακα είναι διαθέσιμα σε ομοιοπαθητικά καταστήματα και καταστήματα υγιεινής διατροφής σε ισχύ 30c και μπορούν να χορηγηθούν ωριαία ή και πιο συχνά μέχρις ότου να ανακουφισθεί ο ανυπόφορος οδοντικός πόνο, συνήθως τρεις φορές την ημέρα είναι μια τυπική δόση όταν η κρίση πόνου τελειώσει. Τα ίδια φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για τα περιστατικά εμφάνισης αποστηματικού δοντιού ή ακόμα και για οποιαδήποτε εξάνθημα πυώδες εξάνθημα στα δόντια με την προσθήκη Mercurius, δηλαδή (Lennihan, 2017):

- Χρήση της Belladonna για το πρώτο στάδιο ενός αποστήματος, όταν η περιοχή είναι κόκκινη, ζεστή και πρησμένη, αλλά το πύον δεν έχει ακόμη συγκεντρωθεί.
- Το Hepar sulph (Hepar Sulphuris Calcareum) παράγεται από το θειούχο ασβέστιο και χρησιμοποιείται στο δεύτερο στάδιο, όταν έχει συγκεντρωθεί το πύον και η περιοχή είναι εξαιρετικά τρυφερή και ευαίσθητη στην έκθεση στη θερμότητα ή στο κρύο και στο παραμικρό άγγιγμα.
- Χρήση του Mercurius (*Mercurius iodatus ruber*) χρησιμοποιείται για το ίδιο στάδιο, όταν έχει συγκεντρωθεί το πύον και αν υπάρχουν πολλά από τα τυπικά συμπτώματα της λήψης Mercurius όπως η υπερβολική σιελόρροια, νυχτερινές εφιδρώσεις, κακή αναπνοή και πιθανώς μικρές πληγές στο στόμα, καθώς το άτομο είναι εξαιρετικά ευαίσθητο στη θερμοκρασία.

- Ενώ το Silica (SiO₂) χρησιμοποιείται για την τελευταία φάση της θεραπείας, όταν το πύον έχει συγκεντρωθεί και είναι έτοιμο να αποστραγγιστεί. Το διοξείδιο του πυριτίου θα επιταχύνει την θεραπεία του αποστήματος και τους ιστούς κάτω από την περιοχή του αποστήματος.

4.2.2.5 Νευραλγία του τριδύμου (συνδρόμου του τρέμουλου της κεφαλής)

Η νευραλγία του τριδύμου είναι γνωστή ως «ασθένεια της αυτοκτονίας» επειδή ο πόνος μπορεί να είναι τόσο αφόρητος και τόσο ανθεκτικός στη θεραπεία που μπορεί να οδηγήσει τους πάσχοντες στην αυτοκτονία. Σε μια μελέτη, η ομοιοπαθητική θεραπεία έφερε 60% ανακούφιση από τον πόνο της νόσου μετά από τέσσερις μήνες ομοιοπαθητικής αγωγής (Mojaver et al., 2007).

Δύο από τα πιο συνηθισμένα φάρμακα για την νευραλγία του τριδύμου μπορούν να διακριθούν απλώς σε ποια πλευρά του προσώπου εντοπίζεται πόνος, δηλαδή το Sanguinaria χρησιμοποιείται για τη νευραλγία του τριδύμου στη δεξιά πλευρά και το Spigelia για τη νευραλγία του τριδύμου στην αριστερή πλευρά. Η δοσολογία είναι 200c (υψηλή ισχύς) κάθε 15 λεπτά μέχρι την ανακούφιση, στη συνέχεια, ο ασθενής θα πρέπει να αναμένει μήπως σημειωθεί κάποια υποτροπή πριν από την επόμενη δόση. Εάν η πρώτη προσπάθεια δεν ανακουφίσει τον πόνο τότε, ένας επαγγελματίας ομοιοπαθητικός μπορεί να είναι σε θέση να προσφέρει ανακούφιση με ένα συνδυασμό φαρμάκων (π.χ. συνχορήγηση με Spigelia 200c) που θα καταπραΰνουν και θα ανακουφίσουν ως ένα βαθμό τον πόνο (Mojaver et al., 2007).

4.2.2.6 Πονοκέφαλο

Ο πονοκέφαλος ανήκει στις κεφαλαλγίες και είναι ένας κοινός πόνος που συνήθως δεν αποτελεί ένδειξη κάποιας σοβαρής παθολογικής κατάστασης. Μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα άγχους, stress, σωματικής έντασης (ειδικά στην πλάτη και στους ώμους), έλλειψης ύπνου, κατανάλωσης ή μείωσης της καφεΐνης, οπτική κόπωση, πυρετός, υπογλυκαιμία, ιγμορίτιδα, προβλήματα της σπονδυλικής στήλης κ.α.. Σε περιπτώσεις όπου (Lennihan, 2017):

- Οι πονοκέφαλοι είναι ένα σύμπτωμα βλάβης στα αιμοφόρα αγγεία έσω και γύρω από τον ίδιο τον εγκέφαλο ή μόλυνσεως στους ιστούς που περιβάλλουν τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό απαιτείται άμεση εισαγωγή και στενή παρακολούθηση.
- Εάν ένας πονοκέφαλος ακολουθεί έναν τραυματισμό στο κεφάλι και το άτομο παρουσιάζει υπνηλία, ναυτία και έμετο τότε η αιτία μπορεί να είναι μια εγκεφαλική αιμορραγία και συνιστάται η χορήγηση Arnica 30c κάθε 15 λεπτά μέχρι να φτάσει η άμεση βοήθεια.
- Ένας οξύς πονοκέφαλος, με θερμοκρασία μεγαλύτερη από 38 °C και δυσανεξία στο φως, μπορεί να είναι μηνιγγίτιδα, ενώ ο πόνος πίσω από το ένα μάτι, με θολή όραση, μπορεί να είναι οξύ γλαύκωμα ή ιρίτιδα.
- Σε περίπτωση που ένας πονοκέφαλος διαρκέσει αρκετές ημέρες, φαίνεται χειρότερος το πρωί και συνοδεύεται από ναυτία ή έμετο, μπορεί να οφείλεται σε υψηλή αρτηριακή πίεση, άγχος ή έντονη κόπωση.

Η ομοιοπαθητική θεραπεία συνιστάται για τους επαναλαμβανόμενους πονοκεφάλους που προκαλούνται από το άγχος, την κόπωση, το stress ή την ένταση. Ωστόσο, εάν υπάρχει υποψία ή ιστορικό μια σοβαρής πάθησης θα πρέπει ο ασθενής να ανατρέξει στα επείγοντα περιστατικά. Στην περίπτωση όπου ένας πονοκέφαλος είναι ένα σύμπτωμα μιας άλλης πάθησης, η οποία δεν απαιτεί άμεση συμβατική ιατρική φροντίδα η ομοιοπαθητική θεραπεία ενδείκνυται για την αντιμετώπισή της.

Πιο αναλυτικά:

- Aconite (*Aconitum napellus*) για τους ξαφνικούς πονοκεφάλους, τις κεφαλαλγίες που οφείλονται στη χαμηλή θερμοκρασία και τον έντονο πόνο περιμετρικά του κεφαλιού.
- Arnica όταν ο πόνος είναι περιστασιακός και συνήθως οξύς.
- Apis όταν η κεφαλαλγία είναι σπασμωδική, ξαφνική ή με συμπτώματα υψηλής θερμοκρασίας και την αίσθηση του πρησμένου κεφαλιού.
- Belladonna για συσφιγτικό πονοκέφαλο, ευαισθησία στο φως.
- Bryonia για πονοκεφάλους που δίνουν την αίσθηση του πρησμένου κεφαλιού με έντονους πόνους οι οποίοι χειροτερεύουν από την παραμικρή κίνηση των ματιών.
- Glonoinum παράγεται από τη νιτρογλυκερίνη και χρησιμοποιείται σε ξαφνικές και έντονες διαταραχές της κυκλοφορίας και στην ηλίαση. Ενδεικτικό για άτομα ευαίσθητα στη ζέστη που τους προκαλεί έντονους, σφύζων, παλλόμενους πονοκεφάλους.

- *Hypericum* για έντονους πονοκεφάλους στους οποίου κάθε καρδιακός παλμός δημιουργεί ένα θόρυβο και χτυπάει στο κεφάλι, που χειροτερεύει με μαλάξεις στο τριχωτό της κεφαλής ή με το κούνημα της κεφαλής.
- *Ignatia (Strychnos ignatia)*, φυτό το οποίο περιέχει στρυχνίνη και επηρεάζει το νευρικό σύστημα) χρησιμοποιείται για κεφαλαλγίες που περιγράφεται ως μια στενή ταινία στο μέτωπο που προκαλεί πίεση και πόνο στην περιοχή του κεφαλιού και του προσώπου.

4.3 Αποτελεσματικότητα στην ομοιοπαθητική

Η ομοιοπαθητική αναφέρεται σε μια ποικιλόμορφη και πολυδιάστατη ομάδα παροχής υγείας και περίθαλψης που δεν εμπίπτει στις μεθόδους, τις έρευνες και τις κλινικές μελέτες που εφαρμόζονται στην συμβατική ιατρική, περίθαλψη και έρευνα. Οι τυχαιοποιημένα ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές (Randomized Controlled clinical Trial RCTs) τώρα τίθενται υπό αμφισβήτηση στη συμβατική ιατρική. Ο καθηγητής Sir Michael Rawlins, στη διακεκριμένη Harveian Lecture του στο Royal College of Physicians του Λονδίνου το 2008, δήλωσε ότι η ιεραρχία των αποδεικτικών στοιχείων και δεδομένων τοποθετεί τις RCTs μελέτες στο ανώτατο επίπεδο με μικρότερη θέση για εκείνες τις έρευνες που βασίζονται σε μελέτες παρατήρησης (Rawlins, 2008).

Ωστόσο, η προβολή αυτών των αποτελεσμάτων στις RCTs είναι παράλογη. Όπως ο Bradford Hill, ο αρχιτέκτονας των RCTs, δήλωσε τόσο έντονα (Rawlins, 2008):

«Οποιαδήποτε πεποίθηση ότι μια ελεγχόμενη δοκιμή είναι ο μόνος τρόπος έρευνας τότε θα σήμαινε όχι ότι το εκκρεμές είχε μετατοπιστεί πολύ μακριά από το πραγματικό κέντρο βάρους της έρευνας».

Συνεπώς η σημερινή κλινική έρευνα θα πρέπει να αντικαταστήσει μια ποικιλία προσεγγίσεων που περιλαμβάνουν την ανάλυση του συνόλου της βάσης τεκμηρίωσης και να διευρύνει το πεδίο της θεραπευτικής αντιμετώπισης χρόνιων και ανίατων ασθενειών (Rawlins, 2008).

Η διάλεξη του Rawlins παρέχει μια λεπτομερή ανάλυση των περιορισμών των τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων κλινικών δοκιμών (RCTs) και της αξίας άλλων μορφών ερευνητικού σχεδιασμού στην κλινική πρακτική. Επιπλέον, όπως έχει

παρατηρήσει η Dr. Marcia Angell, πρώην συντάκτρια του επιστημονικού περιοδικού *New England Journal of Medicine* (με Impact Factor για το 2016 να είναι 72.406 ουσιαστικά ένα από τα υψηλότερα μεταξύ των γενικών ιατρικών περιοδικών), οι RCTs μπορούν εύκολα να υποβληθούν σε χειρισμούς με πολλούς τρόπους, όπως για παράδειγμα τον τερματισμό μιας κλινικής δοκιμής πριν από την εμφάνιση των παρενεργειών στους συμμετέχοντες ασθενείς (Angell & Angell, 2005).

Οι RCTs για την ομοιοπαθητική είναι ακόμη πιο δύσκολες να σχεδιαστούν σωστά, δεδομένου ότι η φύση αυτών των μελετών (σύγκριση ενός φαρμάκου με ένα εικονικό φάρμακο) δεν είναι σύμφωνη με τη βασική αρχή της ομοιοπαθητικής για την εξατομίκευση της ιατρικής με τα μοναδικά συμπτώματα και τις περιστάσεις του ασθενούς. Ένα μόνο φάρμακο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε ένα πρωτόκολλο μετα-χειρουργικής θεραπείας, το οποίο θα καθιστούσε το πρωτόκολλο ιδανικό για την διεξαγωγή μιας RCT. Ωστόσο, αρκετές άλλες μεταβλητές πρέπει να ελέγχονται σωστά για να είναι έγκυρη η μελέτη. Το φάρμακο πρέπει να χορηγείται σε κατάλληλη ισχύ και με κατάλληλη συχνότητα και τα τελικά σημεία πρέπει να επιλέγονται κατάλληλα (Lennihan, 2017).

Για παράδειγμα, θα ήταν εύκολο να σχεδιαστεί μια μελέτη για το ομοιοπαθητικό φάρμακο *Arnica* και για την αποτελεσματικότητά του στον μετεγχειρητικό πόνο στην οποία είτε δεν θα χορηγούνταν αρκετό φάρμακο ή η μελέτη θα τελείωνε μετά την πλήρη ανακούφιση του πόνου των ασθενών. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις, η μελέτη θα φανεί ότι αποδεικνύει πως το *Arnica* δεν είναι πιο αποτελεσματικό από το εικονικό φάρμακο γιατί το προφίλ του κάθε ασθενή είναι διαφορετικό. Σε χρόνιες καταστάσεις, οι περισσότεροι ομοιοπαθητικοί δίνουν μια ισχυρή αρχική δόση. Ωστόσο, αυτό μπορεί να προκαλέσει μια αρχική επιδείνωση, η οποία είναι στην πραγματικότητα το πρώτο σημάδι της επούλωσης. Μια μελέτη που διαρκεί μόνο μερικές εβδομάδες μπορεί να αφήσει την εντύπωση ότι η ομοιοπαθητική επιδείνωσε την κατάσταση του ασθενή και να κριθεί ακατάλληλη (Lennihan, 2017).

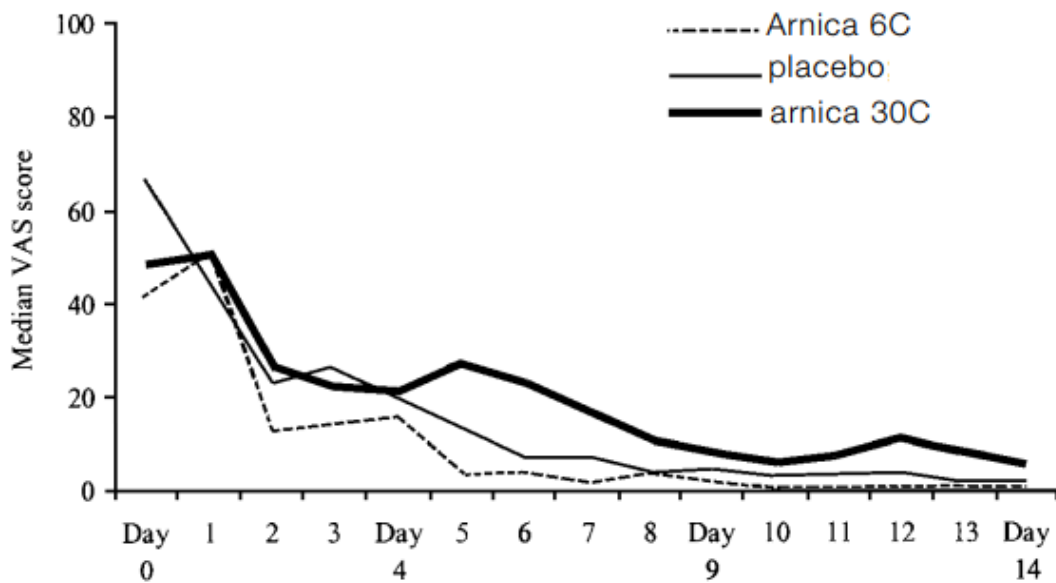
Ένα άλλο παράδειγμα έρευνας με ανεπαρκή σχεδιασμό μελέτης είναι η μελέτη για παιδιά με λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος στη Νορβηγία, τα οποία δεν έδειξαν οφέλη από την ομοιοπαθητική χορήγηση σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, όπου η επιλογή του φαρμάκου αφέθηκε στους γονείς παρά στον επαγγελματία ομοιοπαθητικό (Steinsbekk et al., 2005).

Ομοίως, μια ισπανική μελέτη που δεν έδειξε οφέλη από την ομοιοπαθητική

και αφορούσε την αντιμετώπιση της ωτίτιδας σε παιδιατρικούς πληθυσμούς. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα ομοιοπαθητικά φάρμακα που συνήθως δεν χρησιμοποιούνται από επαγγελματίες ομοιοπαθητικούς για την θεραπεία της ωτίτιδας, ενώ δύο από αυτά τα φάρμακα δεν περιλαμβάνονται στην λίστα με 40 ενδεικτικά φάρμακα για τις παθήσεις των ωτών που απαριθμούνται στο τυποποιημένο ομοιοπαθητικό βιβλίο αναφοράς (Schroyens, 1993). Παρά τις ακατάλληλες επιλογές κατά τον σχεδιασμό της μελέτης και την σπατάλη πολύτιμων πόρων, λιγότερα παιδιά στην ομάδα της ομοιοπαθητικής θεραπείας παρουσίασαν επανεμφάνιση της νόσου (σε ποσοστό 4,8%) έναντι της ομάδα με το εικονικό φάρμακο (σε ποσοστό 11,4%). Ωστόσο, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ομοιοπαθητική δεν είναι μια αποτελεσματική επικουρική θεραπεία (Pedrero-Escalas et al., 2016).

Επιπροσθέτως, σε μια βρετανική μελέτη για την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου Arnica στον μετεγχειρητικό πόνο η χορηγηθείσα δόση ήταν 6c την καλύτερη αποτελεσματικότητα από το εικονικό φάρμακο στην 2η και 3η μέρα χορήγησης όπως φαίνεται στο γράφημα που συνοδεύει τη μελέτη (Stevinson et al, 2003). Μέχρι την 4η ημέρα ο πόνος είχε ανακουφιστεί και στις δύο ομάδες του φαρμάκου και το αποτέλεσμα του Arnica 6c ήταν λιγότερο αισθητό. Οι ερευνητές επέλεξαν τον πόνο την 4η ημέρα ως τελικό σημείο τους, επιτρέποντάς τους να δηλώσουν ότι η Arnica δεν ήταν καλύτερο από το εικονικό φάρμακο.

Η ομοιοπαθητική, εξαιρουμένων πάντα των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης και των οξέων τραυμάτων, μπορεί να εφαρμοστεί με τον καλύτερο τρόπο σε μια ερευνητική μελέτη σύμφωνα με τα πρότυπα θεραπείας που χρησιμοποιεί, επιτρέποντας σε έναν επαγγελματία ομοιοπαθητικό να επιλέξει ένα εξατομικευμένο φάρμακο, την κατάλληλη επέκταση των παραμέτρων ώστε να συμπεριλαμβάνονται το ποσοστό των ανεπιθύμητων παραμέτρων και την επαναληψιμότητα για μεγάλο χρονικό διάστημα, το κόστος της θεραπείας, την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση των ασθενών και των επαγγελματιών (Lennihan, 2017).



Γράφημα 1: Η ένταση του μετεγχειρητικού πόνου. VAS: Οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analogue Scale) για την ένδειξη της έντασης του πόνου ανά ημέρα (Stevinson et al., 2003).

Η μεγαλύτερη μελέτη για την ομοιοπαθητική πραγματοποιήθηκε από την ελβετική κυβέρνηση, η οποία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ομοιοπαθητική θεραπεία ήταν εξίσου αποτελεσματική με τη συμβατική θεραπεία. Σύμφωνα με τους Bornhofs και Matthiessen (2011) η επιτροπή διεξήγαγε τη δική της έρευνα σχετικά με τη χρήση της ομοιοπαθητικής έναντι της συμβατικής θεραπείας από τους Ελβετούς και εξέτασε επίσης την υπάρχουσα έρευνα, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι οι 20/22 μετα-αναλύσεις δείχνουν θετικά αποτελέσματα για την χρήση της ομοιοπαθητικής με μεγαλύτερα ποσοστά ανταπόκρισης από το δείγμα που ελάμβανε το εικονικό φάρμακο (Bornhofs & Matthiessen, 2011).

Επιπροσθέτως, στη Γαλλία όπου οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν εάν θα πάνε σε συμβατικό ή ομοιοπαθητικό γιατρό, έχει τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής στη μείωση της χρήσης συμβατικών φαρμάκων για την ανακούφιση και αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου. Η μελέτη EPI3-MSD σε ετήσια βάση συνέκρινε 1153 ασθενείς με ποικίλες μυοσκελετικές διαταραχές, όπως η οστεοαρθρίτιδα, οι ρευματισμοί, η ινομυαλγία, οι μυϊκοί σπασμοί, η τενοντίτιδα, το σύνδρομο περιστροφικής περιχειρίδας, την αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, τις διαστρεβωτικές διαταραχές δίσκου, τον πόνο στο λαιμό, τη ρινοκολλήση και τη σπονδυλική στένωση (Rossignol et al., 2013).

Οι ομοιοπαθητικοί ασθενείς χρησιμοποίησαν 25% λιγότερα παυσίπονα και

μόνο τα μισά από τα πολλά μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες φάρμακα (Non Steroidal Anti-Inflammatory Drug, NSAID). Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι είχαν λιγότερα ανεπιθύμητα συμβάντα. Ωστόσο, δεν υπήρξε καμία διαφορά σε συγκεκριμένες λειτουργικές βαθμολογίες αξιολόγησης και καμία απώλεια θεραπευτικής ευκαιρίας στην ομοιοπαθητική ομάδα, ακόμα πιο έκπληξη, καθώς οι συνθήκες της ομοιοπαθητικής ομάδας ήταν πιο μακροχρόνιες (Rossignol et al, 2013). Τα βασικά στοιχεία της μελέτης είναι (Rossignol et al., 2013):

- ❖ Η μελέτη EPI3-MSD ήταν η μεγαλύτερη μελέτη κοόρτης της ομοιοπαθητικής περίθαλψης και θεραπείας που διεξήχθη στο πλαίσιο της γενικής ιατρικής πρακτικής σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ασθενών με μυοσκελετικές διαταραχές (MSDs).

- ❖ Οι ασθενείς με MSD που αντιμετωπίστηκαν από γενικούς ιατρούς (general practitioners, GP) ομοιοπαθητικής (Ho) παρουσίασαν παρόμοια κλινική εξέλιξη της διαχείρισης της εκάστοτε MSD νόσο, που εκτιμήθηκε με ειδικές τυποποιημένες λειτουργικές κλίμακες και με λιγότερη έκθεση σε μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (NSAID) σε σύγκριση με ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν από συμβατικούς ιατρούς.

- ❖ Οι ασθενείς έλαβαν θεραπεία από γενικούς ιατρούς της ομοιοπαθητικής και τη συμβατικής ιατρικής (conventional medicine, Mx) αντιπροσωπεύουν το 4% και το 20% των ασθενών, αντίστοιχα, στη Γαλλία, ένα σενάριο που θα έχει σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού και το μελλοντικό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.

Ακόμη, μια διετής πολυκεντρική μελέτη στη Γερμανία των ασθενών που έλαβαν εξατομικευμένη επαγγελματική ομοιοπαθητική θεραπεία για χρόνια χαμηλή οσφυαλγία αποκάλυψε ότι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων μειώθηκε, καθώς και η χρήση συμβατικών θεραπειών και υπηρεσιών υγείας. Ο αριθμός των ασθενών που χρησιμοποιούν συμβατικά φάρμακα ήταν το ήμισυ της βασικής γραμμής μελέτης και η ποιότητα ζωής βελτιώθηκε τόσο στη φυσική όσο και στην ψυχική συνιστώσα (Witt et al., 2009). Άλλες μελέτες στην Ευρώπη έδειξαν ότι η ομοιοπαθητική παρέμβαση μπορεί να προσφέρει καλύτερη ανακούφιση από τον πόνο σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο ή σημαντικά συγκρίσιμη ανακούφιση από τον πόνο με τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Μελέτες όπως οι εξής:

- ❖ Η πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη, διπλά τυφλά συγκριτική κλινική δοκιμή των ερευνητών Stam και συν. (2001) για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια εφαρμογής μιας ομοιοπαθητικής γέλης στη θεραπεία της οξείας οσφυαλγίας.

❖ Η τυχαιοποιημένη, διπλά-τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο κλινική δοκιμή του Beer και των συνεργατών τους (2012) για την αντιμετώπιση του οιδήματος, του πρηξίματος και της χρόνια χαμηλή οσφυαλγία με την χρήση των σταγονών Lymphdiaral.

❖ Η πρόσφατη 6 εβδομάδων τυχαία, διπλά-τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη των Morris και των συνεργατών του (2016) για την ανακούφιση των πόνων της οστεοαρθρίτιδα και της χρόνια χαμηλή οσφυαλγία.

Το άρθρο των Eames και Darby (2011) στο British Dental Journal υποστηρίζει τη χρήση της ομοιοπαθητικής όχι μόνο για τον πονόδοντο αλλά και για άλλους τύπους πόνου που αντιμετωπίζονται από τους οδοντίατρους, συμπεριλαμβανομένου του συνδρόμου καψίματος του στόματος και της νευραλγίας του τριδύμου. Συγκεκριμένα το Hypericum (το φάρμακο για τον πόνο των νεύρων) μελετήθηκε στην έρευνα των Raak και των συνεργατών του (2012) με συστηματική ανασκόπηση που ευνόησε την αποτελεσματικότητά του, αν και δεν ήταν στατιστικά σημαντική εν αντιθέση με τα υπόλοιπα σκευάσματα που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα (όπως το Arnica).

Το Hypericum είναι πιθανότερο να είναι αποτελεσματικό για τον οδοντικό πόνο όπου εμπλέκεται το νεύρο και όχι για πόνο από τραύμα των μαλακών μορίων από κάποιο τραυματισμό ή λόγω οδοντοφυΐας, γεγονός που θα μπορούσε να εξηγήσει τη συνολική προφανή έλλειψη αποτελεσματικότητας. Το Symphytum 5CH (συγκρίσιμο με το 6c που διατίθεται στις Ηνωμένες Πολιτείες) μπορεί να μειώσει τον πόνο και το πρήξιμο μετά από την εισαγωγή των οδοντικών εμφυτευμάτων όταν χορηγείται μαζί με το συμβατικό φάρμακο για τον πόνο σύμφωνα με την μελέτη παρατήρησης των Mazzocchi και Montanaro (2012) οι οποίοι πρότειναν την εφαρμογή και μελέτη του Symphytum 5CH σε τυχαιοποιημένες δοκιμές.

Τέλος, σύμφωνα με την μελέτη κοόρτης στην οδοντιατρική πρακτική των Hamre και των συνεργατών του (2011) η ομοιοπαθητική θεραπεία ήταν επιτυχής στην προσπάθεια να βοηθήσει το 58% των ασθενών να αποφύγουν την απονεύρωση, την εξαγωγή δοντιών ή τον περιορισμό του πόνου των μαλακών μορίων με την έγχυση του ομοιοπαθητικού φαρμάκου Pulpa Dentis.

ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ)

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε δευτερογενής έρευνα η οποία αφορά την εύρεση, τη συλλογή και την παράθεση των νέων δεδομένων που αφορούν την χρήση της ομοιοπαθητικής ιατρικής στην αντιμετώπιση και ανακούφιση του πόνου. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 10 επιστημονικά άρθρα δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα την τελευταία δεκαπενταετία και τα οποία πραγματεύονται πολύπλευρα ζητήματα και τα νέα ευρήματα που αφορούν τόσο την αποτελεσματική εφαρμογή των φαρμάκων της ομοιοπαθητικής σύμφωνα με την δημοσιοποίηση διαφόρων κλινικών μελετών, ελεγχόμενων με χρήση εικονικού φαρμάκου, αλλά και τα πλεονεκτήματα της εφαρμογής της ομοιοπαθητικής εν αντίθεση με τη συμβατική ιατρική, όπως το χαμηλό κόστος χορήγησης, η απουσία σοβαρών παρενεργειών κ.α..

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar. Τα άρθρα που επιλέχθηκαν είναι έρευνες δημοσιευμένες κατά την τελευταία δεκαπενταετία στην αγγλική γλώσσα.

Η επιλογή των άρθρων βασίστηκε στην χρήση των λέξεων-κλειδιά και στην όσο το δυνατόν πιο πρόσφατη δημοσίευση νέων δεδομένων που αφορούν το αντικείμενο αυτής της αναζήτησης. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν

Ομοιοπαθητική (Homeopathy), συμβατικής ιατρική (conventional medicine), φάρμακα (drugs), πόνος (pain), διαχείριση του πόνου (pain management), κλινική δοκιμή (clinical trial), ποιότητα ζωής (quality of life) καθώς και ο συνδυασμός αυτών.

Abstract 1

Pain and Complementary Therapies.

Treatment of both acute and chronic pain typically involves a combination of pharmacologic and provider-based interventions, which is effective for some patients but not for others. Use of pain medications, especially repeated and frequent usage, involves the risk of adverse reactions, overuse, and dependency. Complementary and alternative therapies (CAT) offer an alternative or adjunctive method to decrease the pain experience and enhance function and quality of life. Various evidence-based CAT methods have been proved to be effective in the management of both acute and chronic pain. Nurses are well placed to implement various CAT modalities (Hamli & Robertson, 2017).

Περίληψη

Η θεραπεία τόσο του οξύ όσο και του χρόνιου πόνου περιλαμβάνει συνήθως τον συνδυασμό φαρμακολογικών και επεμβατικών παρεμβάσεων, ο οποίος είναι αποτελεσματικός για ορισμένους ασθενείς αλλά όχι για άλλους. Η χρήση φαρμάκων για τον πόνο, ιδιαίτερα η επαναλαμβανόμενη και συχνή χρήση, συνεπάγεται τον κίνδυνο ανεπιθύμητων αντιδράσεων, υπερβολικής χρήσης και εξάρτησης. Οι συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες (Complementary and alternative therapies, CAT) προσφέρουν μια εναλλακτική ή συμπληρωματική μέθοδο για τη μείωση της εμπειρίας πόνου και την ενίσχυση της λειτουργίας και της ποιότητας ζωής. Διάφορες μέθοδοι CAT βασισμένες σε τεκμήρια έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη διαχείριση τόσο του οξύ όσο και του χρόνιου πόνου. Οι νοσηλευτές είναι σε θέση να εφαρμόσουν διάφορες μεθόδους CAT.

Abstract 2

Attitudes and knowledge about direct and indirect risks among conventional and complementary health care providers in cancer care.

Background: Many complementary therapies offer benefits for patients with cancer. Others may be risky for patients due to negative interactions with conventional treatment and adverse effects. Therefore, cancer patients need guidance from health care providers to assess complementary modalities appropriately to receive benefits and avoid harm.

Method: In a self-administered questionnaire-based cross-sectional study, we compared knowledge and attitudes of health care providers with no training in complementary modalities to that of health care providers with training in complementary modalities about the risks for patients who combine complementary modalities with conventional treatment in cancer care. The analysis was based on responses from 466 participants.

Results: The attitudes and knowledge about direct risk followed provider specialty. Ninety-four percent of the medical doctors, 93% of the nurses, and 87% of the providers with dual training, but 70% of the complementary therapists, believed that complementary modalities can cause adverse effects ($p < 0.001$). The majority of the medical doctors and nurses believed that it is risky to combine complementary and conventional cancer treatments (78% and 93%, respectively), compared to 58% of the providers with dual training and 43% of the complementary therapists ($p < 0.001$). Eighty-nine percent of the medical doctors and nurses believed that complementary modalities should be subjected to more scientific testing before being accepted by conventional health care providers, in contrast to 56% of the dually trained and 57% of the complementary therapists ($p < 0.001$). The majority of the medical doctors (61%) and nurses (55%) would have neither discouraged nor encouraged the use of complementary modalities if patients asked them for advice. Moreover, less than 1% of the complementary therapists would have discouraged the use of conventional cancer treatments. The study participants believed that the most important factor to recommend a complementary cancer modality to patients is evidence for safety.

Conclusion: The health care providers in this study believed that complementary modalities are associated with direct risk and can cause adverse effects, and that it is

risky to combine conventional and complementary treatments due to potential harmful interactions (Stub et al., 2018).

Περίληψη

Πολλές συμπληρωματικές θεραπείες προσφέρουν οφέλη για ασθενείς με καρκίνο. Άλλες μπορεί να είναι επικίνδυνες για τους ασθενείς λόγω των αρνητικών αλληλεπιδράσεων με τη συμβατική θεραπεία και των ανεπιθύμητων ενεργειών. Για αυτό, οι καρκινοπαθείς χρειάζονται καθοδήγηση από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για να εκτιμήσουν τις συμπληρωματικές θεραπείες κατάλληλα για να λαμβάνουν τα οφέλη και να αποφεύγεται η βλάβη.

Μέθοδος: Σε μια αυτοσυμπληρούμενη συγχρονική μελέτη βασισμένη σε ερωτηματολόγιο, συγκρίναμε τις γνώσεις και τις στάσεις των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης χωρίς εκπαίδευση στις συμπληρωματικές θεραπείες με εκείνους των παροχών υγειονομικής περίθαλψης με κατάρτιση στις συμπληρωματικές θεραπείες σχετικά με τους κινδύνους για τους ασθενείς που συνδυάζουν τις συμπληρωματικές μεθόδους με τις συμβατικές θεραπείες κατά του καρκίνου. Η ανάλυση βασίστηκε σε απαντήσεις από 466 συμμετέχοντες.

Αποτελέσματα: Οι στάσεις και οι γνώσεις σχετικά με τον άμεσο κίνδυνο ακολούθησαν την ειδικότητα του παρόχου. Το 90% των ιατρών, το 93% των νοσηλευτών και το 87% των παροχών με διπλή εκπαίδευση, αλλά και το 70% των παραϊατρικών θεραπευτών, πίστευαν ότι οι συμπληρωματικές μέθοδοι μπορούν να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ενέργειες ($p < 0.001$). Η πλειοψηφία των ιατρών και των νοσηλευτών πιστεύει ότι είναι επικίνδυνο να συνδυάσουν οι συμπληρωματικές και οι συμβατικές θεραπείες για τον καρκίνο (78% και 93%, αντίστοιχα), σε σύγκριση με το 58% των παροχών με διπλή εκπαίδευση και το 43% των παραϊατρικών θεραπευτών ($p < 0,001$). Το 83% των ιατρών και των νοσηλευτών πιστεύουν ότι οι συμπληρωματικές μέθοδοι θα πρέπει να υποβάλλονται σε πιο ακριβείς επιστημονικούς ελέγχους πριν γίνουν αποδεκτές από τους συμβατικούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, σε αντίθεση με το 56% των διπλά εκπαιδευμένων και 57% των παραϊατρικών θεραπευτών ($p < 0,001$). Η πλειοψηφία των ιατρών (61%) και των νοσηλευτών (55%) δεν θα αποθάρρυνε ούτε θα ενθάρρυνε τη χρήση των συμπληρωματικών μεθόδων εάν οι ασθενείς τους ζητούσαν καθοδήγηση. Επιπλέον, λιγότερο από το 1% των παραϊατρικών θεραπευτών θα είχε αποθαρρύνει τη χρήση

των συμβατικών θεραπειών για τον καρκίνο. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη πίστευαν ότι ο σημαντικότερος παράγοντας για την υποβολή συστάσεων για τη συμπληρωματική θεραπεία του καρκίνου στους ασθενείς είναι η απόδειξη της ασφάλειά τους.

Συμπέρασμα: Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης στη μελέτη αυτή θεώρησαν ότι οι συμπληρωματικές μέθοδοι συνδέονται με τον άμεσο κίνδυνο και μπορούν να προκαλέσουν δυσμενείς επιπτώσεις και ότι είναι επικίνδυνο να συνδυαστούν συμβατικές και συμπληρωματικές θεραπείες λόγω πιθανών επιβλαβών αλληλεπιδράσεων.

Abstract 3

Nurse practitioner knowledge, use, and referral of complementary/alternative therapies.

Purpose: The study aims are to (a) describe nurse practitioners' (NPs') belief in effectiveness, knowledge, referral, and use of complementary/alternative therapies (C/ATs), (b) explore the initiation of C/AT dialogue between NPs and their patients, and (c) examine the relationships between demographic variables and NP C/AT knowledge, beliefs, use, referrals.

Data sources: A mixed-method cross-sectional online survey of licensed NPs (N = 2874) from a Midwestern state was analyzed using descriptive statistics, thematic analysis, and content analysis.

Conclusions: NPs (n = 410) report the most knowledge about prayer (40%) and mind-body practices (32%). Many NPs (84%) report using vitamins for personal use and 85% refer their patients for massage/bodywork. Most (95%) believe NPs should have knowledge of the most common C/AT and 81% believe C/AT have a legitimate use in allopathic medicine. NPs' knowledge, belief, use, and referral of C/AT are significantly correlated. NPs initiate C/AT dialogue with their patients 54% of the time. Factors that impact the NP and patient C/AT dialogue include patient/family openness, nature of the health problem, NP C/AT knowledge, time, and accessibility.

Implications for practice: Centralized C/AT sources could help expedite C/AT referrals. Implementing workplace C/AT clinics could help build knowledge, referral, personal use, and acceptance of C/AT (Geisler et al., 2015).

Περίληψη

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι (α) να περιγράψει την πεποίθηση των νοσηλευτών για την αποτελεσματικότητα, τη γνώση, την παραπομπή και τη χρήση συμπληρωματικών/εναλλακτικών θεραπειών (Complementary/Alternative Therapies, C/ATs), (β) να διερευνήσει την έναρξη του διαλόγου για την C/AT μεταξύ των NPs και των ασθενών τους και (γ) εξετάζει τις σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών μεταβλητών και των NP C/AT γνώσεων, πεποιθήσεων, χρήση και παραπομπών.

Πηγές δεδομένων: Πραγματοποιήθηκε μια διασταυρούμενη συγχρονική μελέτη μεταξύ των πιστοποιημένων NPs (N = 2874) από μια Μεσοδυτική πολιτεία χρησιμοποιώντας αναλυτική στατιστική, θεματική ανάλυση και ανάλυση περιεχομένου.

Συμπεράσματα: Οι NPs (n=410) αναφέρουν ότι κατέχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με την προσευχή (40%) και τις πρακτικές του νου και του σώματος (32%). Πολλοί NPs (84%) αναφέρουν ότι χρησιμοποιούν βιταμίνες για προσωπική χρήση και το 85% παραπέμπουν τους ασθενείς τους για μασάζ/ασκήσεις σώματος. Οι περισσότεροι (95%) πιστεύουν ότι οι NPs πρέπει να έχουν γνώση των πιο κοινών C/AT και το 81% πιστεύει ότι οι C/AT έχουν νόμιμη χρήση στην αλλοπαθητική ιατρική. Οι γνώσεις, οι πεποιθήσεις, η χρήση και η παραπομπή των C/AT NPs συσχετίζονται σημαντικά. Οι NPs ξεκινούν το διάλογο για τις C/AT με τους ασθενείς τους στο 54% των περιπτώσεων. Παράγοντες που επηρεάζουν τον διάλογο NP και ασθενούς για την C/AT περιλαμβάνουν την ανοικτότητα των ασθενών/οικογενειών, τη φύση του προβλήματος της υγείας, τη γνώση του NP C/AT, το χρόνο και την προσβασιμότητα.

Συνέπειες για πρακτική: Οι κεντρικές πηγές C/AT θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην επιτάχυνση των παραπομπών σε C/AT. Η εφαρμογή των κλινικών C/AT στο χώρο εργασίας θα μπορούσε να βοηθήσει στην ανάπτυξη γνώσης, παραπομπής, προσωπικής χρήσης και αποδοχής των C/AT.

Abstract 4

Cypriot nurses' knowledge and attitudes towards alternative medicine.

Purpose: To investigate Cypriot nurses' knowledge and attitude towards alternative treatments.

Methods: Two hundred randomly selected registered Nurses from public hospitals in Cyprus were administered an anonymous self-report questionnaire with closed-type questions. The particular questionnaire has previously been used in similar surveys. Six questions referred to demographic data and 14 questions to attitudes and knowledge towards alternative medicine. One hundred and thirty-eight questionnaires were adequately completed and evaluated. Descriptive and inferential statistics was performed. SPSS 17.0 was used. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results: Over 1/3 of our sample nurses reported that they had turned to some form of alternative treatment at some point in their lives in order to deal with a certain medical situation. Most of these nurses who reported some knowledge on specific alternative treatment methods, (75.9%) also reported using such methods within their clinical practice. The nurses who had received some form of alternative treatment reported using them more often in their clinical practice, in comparison to those who had never received such treatment (Mann–Whitney $U = 1137$, $p = 0.006$). The more frequently nurses used alternative treatment in their clinical practice, the more interested they got in expanding their knowledge on the subject (Pearson's $r = 0.250$, $p = 0.006$).

Conclusion: Most nurses are familiar with alternative medicine and interested in expanding their knowledge on subject, despite the fact that they do not usually practice it. Special education and training as well as legislative actions are necessary for alternative medicine to be broadly accepted (Zoe et al., 2014).

Περίληψη

Σκοπός: Να διερευνηθούν οι γνώσεις και η στάση των Κύπριων νοσηλευτών απέναντι σε εναλλακτικές θεραπείες.

Μέθοδοι: Διακόσες τυχαία επιλεγμένοι νοσηλευτές από δημόσια νοσοκομεία στην Κύπρο συμπλήρωσαν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο αυτοελέγχου με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε στο παρελθόν σε παρόμοιες έρευνες. Έξι ερωτήματα αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία και 14

ερωτήματα σχετικά με τις στάσεις και τις γνώσεις σχετικά με την εναλλακτική ιατρική. Εκατόν τριάντα οκτώ ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν και αξιολογήθηκαν επαρκώς. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Χρησιμοποιήθηκε το SPSS 17.0. Το ποσοστό σημαντικότητας καθορίστηκε σε $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Πάνω από το 1/3 των νοσηλευτών του δείγματος ανέφερε ότι είχαν χρησιμοποιήσει κάποια μορφή εναλλακτικής θεραπείας σε κάποιο σημείο της ζωής τους για να αντιμετωπίσουν μια συγκεκριμένη ιατρική κατάσταση. Οι περισσότεροι από αυτούς τους νοσηλευτές που ανέφεραν κάποια γνώση σχετικά με συγκεκριμένες εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας (75,9%) ανέφεραν επίσης ότι χρησιμοποιούν τέτοιες μεθόδους στην κλινική πρακτική τους. Οι νοσηλευτές που έλαβαν κάποια μορφή εναλλακτικής θεραπείας ανέφεραν ότι τη χρησιμοποιούσαν συχνότερα στην κλινική πρακτική τους, σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν λάβει ποτέ τέτοια θεραπεία (Mann-Whitney $U=1137$, $p=0,006$). Όσο πιο συχνά οι νοσηλευτές χρησιμοποιούσαν μια εναλλακτική θεραπεία στην κλινική πρακτική τους τόσο περισσότερο ενδιαφέρονται να επεκτείνουν τις γνώσεις τους σχετικά με το θέμα (Pearson's $r=0,250$, $p = 0,006$).

Συμπέρασμα: Οι περισσότεροι νοσηλευτές είναι εξοικειωμένοι με την εναλλακτική ιατρική και ενδιαφέρονται να επεκτείνουν τις γνώσεις τους για το θέμα, παρά το γεγονός ότι συνήθως δεν την ασκούν. Η ειδική εκπαίδευση και η κατάρτιση καθώς και οι νομοθετικές ενέργειες είναι απαραίτητες για την ευρεία αποδοχή της εναλλακτικής ιατρικής.

Abstract 5

Attitudes of Hungarian Healthcare Professionals (Mds, Nurses) According to Cam Homeopathy: A Cross-Sectional, Qualitative Accumulated Survey's Data.

Aim of the study: In Eastern-Central Europe, homeopathy has a long history starting from XIXth century which has however been interrupted and later renewed in 1997. A large number of physicians and pharmacists have been trained in homeopathy since. This survey is aimed to measure attitudes to homeopathy in Hungarian GPs and nurses for pediatric and adult population.

Materials and methods: An identical original self-administered questionnaire was submitted in 2012 to 550 general physicians's nurses. 536 (98.9%) women and 6 (1.1%) men replied.

Results: Approximately one third of GPs is using homeopathy. The usage of homeopathy is quite similar to other European countries in spite of the controversial and refusal habit of academic medicine. Effects of gender, age and location are weak and inconsistent.

Discussion/Conclusions: Homeopathy has firmly been integrated into the Hungarian health care system and has sustained despite the worse economic conditions of the population and no public support from the official health insurance system (only private health insurance companies accepted it). Accumulated survey data were concluded with future achievements of harmonization in this CAM field. The life style advice given by nurses can influence homeopathic usage among patients; further education is necessary for the ethical application of homeopathy and remedies after CEU-courses at University. We emphasize the ethical application of any CAM method, such as homeopathy for patients. CAM courses should be involved into curricula of nurses and MDs according to interest either in basic or in further education (Gabriella & di Sarsina Paolo, 2014).

Περίληψη

Σκοπός της μελέτης: Στην Ανατολική-Κεντρική Ευρώπη, η ομοιοπαθητική έχει μακρά ιστορία που αρχίζει από τον XIX αιώνα, η οποία όμως έχει διακοπεί και ανανεωθεί μετά το 1997. Ένας μεγάλος αριθμός ιατρών και φαρμακοποιών έχει εκπαιδευτεί στην ομοιοπαθητική από τότε. Αυτή η έρευνα στοχεύει στη μέτρηση της στάσης απέναντι στην ομοιοπαθητική σε Ούγγρους ιατρούς και νοσηλευτές για τον παιδιατρικό και ενήλικο πληθυσμό.

Υλικά και μέθοδοι: Ένα ταυτόσημο πρωτότυπο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο υποβλήθηκε το 2012 σε 550 νοσηλευτές γενικών ιατρών. Απάντησαν 536 (98,9%) γυναίκες και 6 (1,1%) άνδρες.

Αποτελέσματα: Περίπου το ένα τρίτο των παθολόγων χρησιμοποιεί την ομοιοπαθητική. Η χρήση της ομοιοπαθητικής είναι αρκετά παρόμοια σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, παρά τη διαμάχη αμφισβήτησης και απόρριψης από την

ακαδημαϊκή ιατρική. Οι επιπτώσεις του φύλου, της ηλικίας και της θέσης είναι αδύναμες και ασυνεπείς.

Συζήτηση/Συμπεράσματα: Η ομοιοπαθητική έχει ενσωματωθεί σταθερά στο ουγγρικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και έχει διατηρηθεί παρά τις δυσμενείς οικονομικές συνθήκες του πληθυσμού και δεν έχει κρατική υποστήριξη από το επίσημο σύστημα ασφάλισης υγείας (το δέχθηκαν μόνο οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες υγείας). Τα συσσωρευμένα στοιχεία της έρευνας ολοκληρώθηκαν με τα μελλοντικά επιτεύγματα εναρμόνισης σε αυτό το πεδίο της CAM. Οι συμβουλές για τον τρόπο ζωής που δίνουν οι νοσηλευτές μπορούν να επηρεάσουν την ομοιοπαθητική χρήση μεταξύ των ασθενών, η περαιτέρω εκπαίδευση είναι απαραίτητη για την ηθική εφαρμογή της ομοιοπαθητικής και των διορθωτικών μέτρων μετά από τα CEU μαθήματα στο Πανεπιστήμιο. Τονίζουμε την ηθική εφαρμογή οποιασδήποτε μεθόδου CAM, όπως η ομοιοπαθητική για τους ασθενείς. Τα μαθήματα CAM θα πρέπει να συμμετέχουν στα προγράμματα σπουδών των νοσηλευτών και των MDs σύμφωνα με το ενδιαφέρον είτε στη βασική είτε στην περαιτέρω εκπαίδευση.

Abstract 6

Complementary and Alternative Health Practices in Rehabilitation Nursing..

This article discusses the connection between the Theory of Integral Nursing and the use of complementary and alternative medicine to rehabilitation nursing. Complementary and alternative health practices refers to methods, practices, and modalities that are outside of the realm of biomedicine. Some of the types of treatments and practices that are considered to be alternative include folk medicine, herbal medicine, homeopathy, faith healing, massage, energy healing, acupuncture and acupressure, supplements, aromatherapy, and music therapy. The Theory of Integral Nursing is explained in some detail. Components of self-care, nursing-based complementary and alternative medicine practices, and supplement alternatives for pain and antidepressant medications used in the rehabilitation setting are also reviewed (Nathenson & Nathenson, 2015).

Περίληψη

Αυτό το άρθρο ασχολείται με τη σχέση μεταξύ της Θεωρίας της Ολικής Νοσηλευτικής και της χρήσης της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής στη νοσηλευτική αποκατάσταση. Συμπληρωματικές και εναλλακτικές πρακτικές υγείας αναφέρονται σε μεθόδους, πρακτικές και εφαρμογές που είναι εκτός του τομέα της βιοϊατρικής. Ορισμένοι από τους τύπους των θεραπειών και πρακτικών που θεωρούνται ως εναλλακτικές περιλαμβάνουν τη λαϊκή ιατρική, τη βοτανοθεραπεία, την ομοιοπαθητική, την θεραπεία μέσω της πίστης, το μασάζ, την ενεργειακή θεραπεία, το βελονισμό και το σιάτσου, τα συμπληρώματα, την αρωματοθεραπεία και τη μουσικοθεραπεία. Η Θεωρία της Ολικής Νοσηλευτικής εξηγείται λεπτομερώς. Περιγράφονται επίσης τα συστατικά της αυτοεξυπηρέτησης, οι συμπληρωματικές και οι εναλλακτικές ιατρικές πρακτικές που βασίζονται σε νοσηλεία και συμπληρώνονται οι εναλλακτικές λύσεις για τον πόνο και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στο πλαίσιο της αποκατάστασης.

Abstract 7

A validation study of homeopathic prescribing and patient care indicators.

A preliminary version of the homeopathic prescribing and patient care indicators was available. The instrument was modified further in this study with an intention to address formally its validity and reliability, audit prescriptions, identify areas of sub optimal prescribing, and highlight target areas for improving the quality of practices. A cross-sectional study with record analysis was conducted on systematically sampled 377 patients of Mahesh Bhattacharyya Homeopathic Medical College and Hospital (MBHMC and H), Howrah, West Bengal, India. The outcome measures were homeopathic prescribing indicators (6 items) and patient care indicators (5 items). Individualized homeopathic prescriptions predominated in the encounters. Areas demanding immediate attention were extremely poor labeling of drugs dispensed from the hospital pharmacy, improper record of case history and disease diagnosis, ongoing therapies, and investigational findings in the prescriptions. Internal consistency of the overall instrument was estimated to be good (Cronbach's alpha: Prescribing indicators

0.752 and patient care indicators 0.791). The prescribing indicators, except items 1 and 3, reflected acceptable item-corrected total correlations – Pearson's r from 0.58 (95% CI: 0.52- 0.65) to 0.74 (95% CI: 0.69 0.78). The patient care indicators, except item 2, showed acceptable correlations Pearson's r from 0.40 (95% CI: 0.31-0.48) to 0.82 (95% CI: 0.78-0.85). The instrument also showed high discriminant validity (prescribing indicators $P < 0.0001$ and patient care indicators $P < 0.0001$). Improper prescribing practice was quite rampant and corrective measures are warranted. The developed indicators appeared to be validated and reliable; however, they are amendable for further development (Koley et al., 2014).

Περίληψη

Μια προκαταρκτική έκδοση των ομοιοπαθητικών συνταγογραφήσεων και των δεικτών περίθαλψης ήταν διαθέσιμη. Το εργαλείο τροποποιήθηκε περαιτέρω σε αυτή τη μελέτη με σκοπό την επίσημη εξέταση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του, του ελέγχου των συνταγών, τον εντοπισμό της έκτασης της μη βέλτιστης συνταγογράφησης και την επισήμανση των στόχων για τη βελτίωση της ποιότητας των πρακτικών. Μια διατομεακή μελέτη με ανάλυση καταγραφής διεξήχθη σε συστηματική δειγματοληψία 377 ασθενών του Mahesh Bhattacharyya Ομοιοπαθητικού Ιατρικού Κολλεγίου και Νοσοκομείου (MBHMC & H), στο Howrah, Δυτική Βεγγάλη, Ινδία. Τα αποτελέσματα ήταν οι ομοιοπαθητικοί δείκτες συνταγογράφησης (6 στοιχεία) και οι δείκτες περίθαλψης ασθενών (5 στοιχεία). Οι εξατομικευμένες ομοιοπαθητικές συνταγές κυριαρχούσαν στις αναμετρήσεις. Οι περιοχές που απαιτούν άμεση προσοχή ήταν η εξαιρετικά χαμηλή επισήμανση των φαρμάκων που διανέμονται από το νοσοκομειακό φαρμακείο, η ακατάλληλη καταγραφή του ιστορικού περιστατικού και η διάγνωση ασθενειών, οι συνεχιζόμενες θεραπείες και τα ερευνητικά ευρήματα στις συνταγές. Η εσωτερική συνοχή του συνολικού μέσου εκτιμάται ότι είναι καλή (Cronbach's alpha: Δείκτες Συνταγογράφησης 0.752 και Δείκτες Φροντίδας ασθενών 0.791). Οι Δείκτες Συνταγογράφησης, εκτός από τα στοιχεία 1 και 3, αντικατοπτρίζουν τις αποδεκτές συνολικές συσχετίσεις με το στοιχείο Pearson's r από 0,58 (95% CI: 0,52- 0,65) έως 0,74 (95% CI: 0,69 0,78). Οι Δείκτες Φροντίδας ασθενών, εκτός από το στοιχείο 2, έδειξαν αποδεκτές συσχετίσεις του Pearson's από 0,40 (95% CI: 0,31-0,48) έως 0,82 (95% CI: 0,78-0,85). Το όργανο έδειξε επίσης υψηλή εγκυρότητα διακρίσεων

(Δείκτες Συνταγογράφησης $P < 0,0001$ και Δείκτες Φροντίδας ασθενών $P < 0,0001$). Η πρακτική της ακατάλληλης συνταγογράφησης ήταν υπερβολική και δικαιολογούνται διορθωτικά μέτρα. Οι αναπτυγμένοι δείκτες φαίνεται να είναι επικυρωμένοι και αξιόπιστοι. Ωστόσο, μπορούν να τροποποιηθούν για περαιτέρω ανάπτυξη.

Abstract 8

Role of complementary therapies in the understanding of primary healthcare professionals: a systematic review..

Objective: To identify the understanding of the healthcare professionals in relation to the role of complementary therapies in primary health care.

Method: Systematic review by way of the following information sources: PubMed, CINAHL, PeriEnf, AMED, EMBASE, Web of Science, Psycinfo and Psycodoc, using the keyword Primary Health Care alone, and associated with the following keywords: Medicinal Plants, Herbal Medicine, Homeopathy, Traditional Chinese Medicine, Acupuncture, Anthroposophical Medicine.

Results: Twenty-two studies from 1986 to 2011 were included. We identified three styles of practice: conventional medicine, complementary therapies and integrative medicine. Positioning professional practices within these three styles may facilitate discussion of concepts of health care, enhancing the health care provided as a result.

Conclusions: The work process in primary care presents difficulties for conducting integrative and holistic health care, but this practice has been introduced over time by professionals who integrate conventional medicine and complementary therapies, concerned with the care and well-being of patients (Schveitzer & Zoboli, 2014).

Περίληψη

Στόχος: Να προσδιοριστεί η κατανόηση των επαγγελματιών του τομέα της υγείας σχετικά με το ρόλο των συμπληρωματικών θεραπειών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Μέθοδος: Συστηματική ανασκόπηση μέσω των ακόλουθων πηγών πληροφοριών: PubMed, CINAHL, PeriEnf, AMED, EMBASE, Web of Science, Psycinfo και Psycodoc, χρησιμοποιώντας μόνο τη λέξη-κλειδί Primary Health Care και σχετίζονται

με τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: Φαρμακευτικά Φυτά, Φυτικά Φάρμακα, Ομοιοπαθητική, Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική, Βελονισμός, Ανθρωποσοφική Ιατρική.

Αποτελέσματα: Είκοσι δύο μελέτες από το 1986 έως το 2011 συμπεριλήφθηκαν. Εντοπίσαμε τρεις μορφές πρακτικής: συμβατική ιατρική, συμπληρωματικές θεραπείες και ολοκληρωμένη ιατρική. Η τοποθέτηση επαγγελματικών πρακτικών μέσα σε αυτά τα τρία στυλ μπορεί να διευκολύνει τη συζήτηση των εννοιών της υγειονομικής περίθαλψης, ενισχύοντας έτσι την υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται ως αποτέλεσμα.

Συμπεράσματα: Η διαδικασία της εργασίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη παρουσιάζει δυσκολίες για τη διεξαγωγή ολοκληρωμένης και ολιστικής υγειονομικής περίθαλψης, αλλά αυτή η πρακτική έχει εισαχθεί με την πάροδο του χρόνου από επαγγελματίες που ενσωματώνουν τη συμβατική ιατρική και τις συμπληρωματικές θεραπείες που ασχολούνται με την περίθαλψη και την ευημερία των ασθενών.

Abstract 9

Systematic review of multidisciplinary chronic pain treatment facilities.

This study reviewed the published literature evaluating multidisciplinary chronic pain treatment facilities to provide an overview of their availability, caseload, wait times, and facility characteristics. A systematic literature review was conducted using PRISMA guidelines following a search of MEDLINE, PsycINFO, and CINAHL databases. Inclusion criteria stipulated that studies be original research, survey more than one pain treatment facility directly, and describe a range of available treatments. Fourteen articles satisfied inclusion criteria. Results showed little consistency in the research design used to describe pain treatment facilities. Availability of pain treatment facilities was scarce and the reported caseloads and wait times were generally high. A wide range of medical, physical, and psychological pain treatments were available. Most studies reported findings on the percentage of practitioners in different health care professions employed. Future studies should consider using more comprehensive search strategies to survey facilities, improving clarity on what is considered to be a pain treatment facility, and reporting on a consistent set of

variables to provide a clear summary of the status of pain treatment facilities. This review highlights important information for policymakers on the scope, demand, and accessibility of pain treatment facilities (Fashler et al., 2016).

Περίληψη

Αυτή η μελέτη επανεξέτασε τη δημοσιευμένη βιβλιογραφία αξιολογώντας πολυκλαδικές θεραπείες του χρόνιου πόνου για να παράσχει μια επισκόπηση της διαθεσιμότητάς τους, του χρόνου φόρτωσης, των περιόδων αναμονής και των χαρακτηριστικών των εγκαταστάσεων. Μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση διεξήχθη χρησιμοποιώντας τις οδηγίες PRISMA μετά από αναζήτηση των βάσεων δεδομένων MEDLINE, PsycINFO και CINAHL. Τα κριτήρια ένταξης ορίζουν ότι οι μελέτες είναι πρωτότυπες, εξετάζουν άμεσα περισσότερες από μία μονάδες θεραπείας του πόνου και περιγράφουν μια σειρά διαθέσιμων θεραπειών. Δεκατέσσερα άρθρα πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ελάχιστη συνοχή στον σχεδιασμό της έρευνας που χρησιμοποιείται για την περιγραφή των εγκαταστάσεων διαχείρισης του πόνου. Η διαθεσιμότητα των εγκαταστάσεων διαχείρισης του πόνου ήταν σπάνια και τα αναφερόμενα περιστατικά και οι χρόνοι αναμονής ήταν γενικά υψηλοί. Ένα ευρύ φάσμα ιατρικών, σωματικών και ψυχολογικών θεραπευτικών αγωγών ήταν διαθέσιμες. Οι περισσότερες μελέτες ανέφεραν ευρήματα σχετικά με το ποσοστό των επαγγελματιών σε διάφορα επαγγέλματα υγειονομικής περίθαλψης που απασχολούνται. Οι μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να εξετάσουν τη χρήση πιο περιεκτικών στρατηγικών αναζήτησης σε εγκαταστάσεις έρευνας, τη βελτίωση της σαφήνειας σε ό, τι θεωρείται ότι είναι μια εγκατάσταση θεραπείας του πόνου και την υποβολή έκθεσης σχετικά με ένα συνεκτικό σύνολο μεταβλητών που παρέχουν μια σαφή περίληψη της κατάστασης των εγκαταστάσεων αντιμετώπισης του πόνου, σημαντικές πληροφορίες για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής σχετικά με το πεδίο εφαρμογής, τη ζήτηση και την προσβασιμότητα των εγκαταστάσεων διαχείρισης του πόνου.

Abstract 10

Integrating Homoeopathy in Health Care

"Integrated health services" means different things to different people. There are various usages for integrated health services, such as a package of preventive and curative health interventions for a particular population group, achieving continuity of care over time, integrated policy-making, and management. It can also mean working across sectors. Professional integration happens when different health professions or specialties work together to provide joined-up services. Hence, WHO describes integration as an approach rather than an end in itself. Appropriate integration of Homoeopathy into health care system in different countries could promote universal health coverage (UHC). UHC can be defined as ensuring that all people can use the promotive, preventive, curative, rehabilitative, and palliative health services, of sufficient quality to be effective, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship. When included in UHC plans, Homoeopathy may reduce pressure on the healthcare system and diminish costs (Manchanda, 2016).

Περίληψη

"Ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας" υποδηλώνουν διαφορετικά πράγματα σε διαφορετικούς ανθρώπους. Υπάρχουν διάφορες χρήσεις για τις ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας, όπως ένα πακέτο προληπτικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων υγείας για μια συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, η επίτευξη μιας συνεχούς περίθαλψης με την πάροδο του χρόνου, η ολοκληρωμένη χάραξη πολιτικής και η διαχείριση. Επίσης, μπορεί να σημαίνει εργασία σε διάφορους τομείς. Η επαγγελματική ολοκλήρωση λαμβάνει χώρα όταν διαφορετικά επαγγέλματα υγείας ή ειδικότητες εργάζονται μαζί για να παρέχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες. Ως εκ τούτου, ο WHO περιγράφει την ολοκλήρωση ως μια προσέγγιση και όχι ως αυτοσκοπός. Η κατάλληλη ενσωμάτωση της ομοιοπαθητικής στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης σε διάφορες χώρες θα μπορούσε να προωθήσει την Ολοκληρωμένη Κάλυψη Υγείας (Universal Health Coverage, UHC). Η UHC μπορεί

να οριστεί ως η εξασφάλιση ότι όλοι οι άνθρωποι μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις προωθητικές, προληπτικές, θεραπευτικές, αποθεραπευτικές και παρηγορητικές υπηρεσίες υγείας, επαρκούς ποιότητας για να είναι αποτελεσματικές, διασφαλίζοντας ταυτόχρονα ότι η χρήση αυτών των υπηρεσιών δεν εκθέτει τον χρήστη σε οικονομικές δυσκολίες. Όταν περιληφθεί στα σχέδια της UHC, η Ομοιοπαθητική μπορεί να μειώσει την πίεση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και να μειώσει το κόστος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ομοιοπαθητική παραβλέπεται συχνά ως μια μέθοδος για τη διαχείριση του πόνου. Ωστόσο, αξίζει να είναι μια θεραπεία πρώτης γραμμής λόγω της ασφάλειας, της αποτελεσματικότητας, της οικονομικής σχέσης μεταξύ του κόστους της θεραπείας και της αποτελεσματικότητας, δεν δημιουργούν εξάρτηση ή συμπτώματα στέρησης και δεν αλληλεπιδρούν με άλλους φαρμακευτικούς παράγοντες. Μια ομάδα των πιο κοινών ομοιοπαθητικών φαρμάκων για διάφορους τύπους πόνου αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τους πόνους στην πλάτη, τον πονοκέφαλο, τον οδοντικό πόνο, τους πόνους τοκετού και τους πόνους της νευραλγίας του τριδύμου. Τα ομοιοπαθητικά φάρμακα πρέπει να προσαρμόζονται στον κάθε ασθενή που νοσεί από χρόνιες παθήσεις. Ωστόσο, ένα σοβαρό οξύ τραύμα μπορεί να ανταποκριθεί στο ίδιο ομοιοπαθητικό φάρμακο σε σχεδόν σε όλα τα άτομα (όπως στην ταχεία επούλωση και μείωση του οδοντικού πόνου). Επιπροσθέτως τα ομοιοπαθητικά φάρμακα μπορούν να καταπραΰνουν των πόνο και να ενισχύσουν την επούλωση τραυμάτων σε ασθενείς που ήδη ακολουθούν μια συμβατική θεραπεία ή όπου η αποτελεσματική θεραπεία είναι ελλιπείς.

Δεδομένου ότι η Ομοιοπαθητική έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την ατομική υγεία με μικρότερο κόστος και με ασφαλέστερα μέσα, η σωστή ενσωμάτωσή της στα εθνικά συστήματα υγείας θα δώσει τη δυνατότητα στους καταναλωτές να έχουν μια ευρύτερη επιλογή στον τρόπο θεραπείας τους. Παρόλο που η ενοποίηση της Ομοιοπαθητικής και της συμβατικής ιατρικής μπορεί να συμβάλει θεραπευτικά για τα άτομα που ζουν με χρόνιες παθήσεις ή για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να συμβάλει στη διαχείριση του σωματικού πόνου και στη θεραπεία μια οξείας νόσου.

Δυστυχώς σε πολλές χώρες υπάρχει πρόβλημα εναρμόνισης μεταξύ των συμβατικών και των μη συμβατικών θεραπειών, συμπεριλαμβανομένης της Ομοιοπαθητικής. Εντούτοις, είναι δυνατή η κατάλληλη συνύπαρξη, όπως έθιξε και η Δρ Margaret Chan, η οποία διετέλεσε Γενική Διευθύντρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) για την περίοδο 2006-2017:

"Τα δύο συστήματα, της παραδοσιακής και της δυτικής ιατρικής, δεν χρειάζεται να έρχονται σε σύγκρουση. Στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, μπορούν να συνδυαστούν σε μια ωφέλιμη αρμονία, χρησιμοποιώντας τα καλύτερα

χαρακτηριστικά του κάθε συστήματος και να αντισταθμίσουν ορισμένες αδυναμίες του καθενός. Αυτό δεν είναι κάτι που θα συμβεί από μόνο του, γι' αυτό θα πρέπει να ληφθούν οι κατάλληλες αποφάσεις ώστε να επιτευχθεί με επιτυχία αυτή η εναρμόνιση."

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Pharmacists Association (APA), (2006). *Handbook of Non-Prescription Drugs*, 15th Ed. American Pharmacists Association, Washington, DC.
- Amprachim S. E., Lepetsos P. & Kourkouta L. (2014). Causes of acute pain undertreatment. *Scientific Chronicles*, 19(1): 43-49.
- Angell M. & Angell M. (2005). *The truth about the drug companies: How they deceive us and what to do about it*. Random House Trade Paperbacks, New York.
- Anim-Somuah M., Smyth R., & Jones L. (2011). *Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour*. The Cochrane Library.
- Astin J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: results of a national study. *Jama*, 279(19), 1548-1553.
- Beer A. M., Fey S., Zimmer M., Teske W., Schremmer D. & Wiebelitz K. R. (2012). Effectiveness and safety of a homeopathic drug combination in the treatment of chronic low back pain. A double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *MMW Fortschritte der Medizin*, 154, 48-57.
- Bellavite P., Conforti A., Piasere V. & Ortolani R. (2005). Immunology and homeopathy. 1. Historical background. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2(4), 441-452.
- Bonham V. L. (2001). Race, ethnicity, and pain treatment: Striving to understand the causes and solutions to the disparities in pain treatment. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 28 (4), 52-68.
- Bornhoft G. & Matthiessen P. (2011). *Homeopathy in healthcare: effectiveness, appropriateness, safety, costs*. Springer Science & Business Media.
- Caulfield T. & DeBow S. (2005). A systematic review of how homeopathy is represented in conventional and CAM peer reviewed journals. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 5(1), 12.
- Chang S. C., Hsu C. H., Hsu C. K., Yang S. S. D. & Chang S. J. (2017). The efficacy of acupuncture in managing patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A systemic review and meta-analysis. *Neurourology and urodynamics*, 36(2), 474-481.
- Chernin D. (2006). *The Complete Homeopathic Resource for Common Illnesses*. North Atlantic Books.
- Chikramane P. S., Suresh A. K., Bellare J. R. & Kane S. G. (2010). Extreme homeopathic dilutions retain starting materials: A nanoparticulate perspective. *Homeopathy*, 99(4), 231-242.

- Clarke E. B., French B., Bilodeau M. L., Capasso V. C., Edwards A. & Empoliti J. (1996). Pain management knowledge, attitudes and clinical practice: the impact of nurses' characteristics and education. *Journal of pain and symptom management*, 11(1), 18-31.
- Cooper, K. L., Harris, P. E., Relton, C., & Thomas, K. J. (2013). Prevalence of visits to five types of complementary and alternative medicine practitioners by the general population: a systematic review. *Complementary therapies in clinical practice*, 19(4), 214-220.
- Cousins M. J., Bridenbaugh P. O., Carr D. B. & Horlocker T. T. (2009). *Cousins and Bridenbaugh's neural blockade in clinical anesthesia and pain medicine*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Cummings S. & Ullman D. (2004). *Everybody's guide to homeopathic medicines*. Tarcher Perigee, New York.
- Dantas F., Fisher P., Walach H., Wieland F., Rastogi D. P., Teixeira H., ... & Marim M. (2007). A systematic review of the quality of homeopathic pathogenetic trials published from 1945 to 1995. *Homeopathy*, 96(1), 4-16.
- DeWit S.C. (2013). *Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Προνοτίδας*. 3^η Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Δημήτρης Λαγός, Αθήνα.
- Eames S. & Darby P. (2011). Homeopathy and its ethical use in dentistry. *British dental journal*, 210(7), 299.
- Elkins G., Jensen M. P. & Patterson D. R. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 275-287.
- Ernst E. (2002). "Flower remedies": a systematic review of the clinical evidence. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 114(23-24), 963-966.
- Ernst E. (2012). Homeopathy: A Critique of current clinical Research. *Skeptical Inquirer*, 36(6), 39-42.
- Fashler, S. R., Cooper, L. K., Oosenbrug, E. D., Burns, L. C., Razavi, S., Goldberg, L., & Katz, J. (2016). Systematic review of multidisciplinary chronic pain treatment facilities. *Pain Research and Management*, 2016, 1-19.
- Finger, 2001. *Origins of neuroscience: a history of explorations into brain function*. Oxford University Press, USA.
- Fugh-Berman A. (2007). *Εναλλακτική Ιατρική. Εκδόσεις Αρχιπέλαγος*, Αθήνα.
- Fye W. B. (1986). Nitroglycerin: a homeopathic remedy. *Circulation*, 73(1), 21-9.
- Gabriella, H., & di Sarsina Paolo, R. (2014). Attitudes of Hungarian Healthcare Professionals (Mds, Nurses) According to Cam Homeopathy: A Cross-Sectional, Qualitative Accumulated Survey's Data. *Alternative & Integrative Medicine*, 1-14.
- Gagnier J. J., Oltean H., van Tulder M. W., Berman B. M., Bombardier C. & Robbins C. B. (2016). Herbal medicine for low back pain: A Cochrane review. *Spine*, 41(2), 116-133.

- Geisler, C., Cheung, C., Johnson Steinhagen, S., Neubeck, P., & Brueggeman, A. D. (2015). Nurse practitioner knowledge, use, and referral of complementary/alternative therapies. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(7), 380-388.
- Goldberg D. S. & McGee S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC public health*, 11(1), 770.
- Hahnemann S. (1833). *The Homeopathic Medical Doctrine: "Organon of the Healing Art"*. Translator: Charles H. Devrient, Esq. WF Wakeman.
- Haller, J. S. (2009). *The history of American homeopathy: from rational medicine to holistic health care*. Rutgers University Press, USA.
- Hamlin, A. S., & Robertson, T. M., (2017). Pain and Complementary Therapies. *Critical Care Nursing Clinics*, 29(4), 449-460.
- Hammond C. (1995). *The complete family guide to homeopathy: an illustrated encyclopedia of safe and effective remedies*. Element Publishing, Pittsburgh.
- Hamre H. J., Mittag I., Glockmann A., Kiene H. & Troger W. (2011). Pulpa dentis D30 for acute reversible pulpitis: A prospective cohort study in routine dental practice. *Altern Ther Health Med*, 17(1), 16-21.
- Hauser, S., & Josephson, S. (2013). *Harrison's neurology in clinical medicine*. McGraw-Hill.
- Hektoen L. (2005). Review of the current involvement of homeopathy in veterinary practice and research. *The Veterinary Record*, 157(8), 224-229.
- Hoffmann D. E. & Tarzian A. J. (2001). The girl who cried pain: a bias against women in the treatment of pain. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 28(4), 13-27.
- Hood M. B. 2009. *Super Sense*. Harper Collins, New York.
- Iannitti T., Morales-Medina J. C., Bellavite P., Rottigni V. & Palmieri, B. (2016). Effectiveness and safety of Arnica montana in post-surgical setting, pain and inflammation. *American journal of therapeutics*, 23(1), 184-197.
- Jacobsen R., Liubarskiene Z., Moldrup C., Christrup L., Sjogren P. & Samsanaviciene J. (2009). Barriers to cancer pain management: a review of empirical research. *Medicina (Kaunas)*, 45(6), 427-33.
- Ji M., Wang X., Chen M., Shen Y., Zhang X. & Yang J. (2015). The efficacy of acupuncture for the treatment of sciatica: a systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015.
- Jonas, W. B., Kaptchuk, T. J., & Linde, K. (2003). A critical overview of homeopathy. *Annals of Internal Medicine*, 138(5), 393-399.
- Jong M. C., Jong M. U. & Baars E. W. (2012). Adverse drug reactions to anthroposophic and homeopathic solutions for injection: a systematic evaluation of German pharmacovigilance databases. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 21(12), 1295-1301.
- Katz J., & McCartney C. J. (2002). Current status of pre-emptive analgesia. *Current Opinion in Anesthesiology*, 15(4), 435-441.

- Kayne S. B. (2006). *Homeopathic pharmacy: theory and practice*. Elsevier Health Sciences, London.
- Kehlet H. (2005). Procedure-specific postoperative pain management. *Anesthesiology Clinics of North America*, 23(1), 203-210.
- Koley, M., Saha, S., Ghosh, S., Nag, G., Kundu, M., Mondal, R., ... & Patra, S. (2014). A validation study of homeopathic prescribing and patient care indicators. *Journal of traditional and complementary medicine*, 4(4), 289-292.
- Lee J. & Thompson E. (2007a). X-ray drug picture. *The Homeopath (Northampton: The Society of Homeopaths)*, 26(2), 43-48.
- Lee J., & Thompson E. (2007b). Positronium-The Vastness of the Universe Knocks Me off My Feet. *The Homeopath (Northampton: The Society of Homeopaths)*, 26(2), 49.
- Lennihan B. (2017). Homeopathy for Pain Management. *Alternative and Complementary Therapies*, 23(5), 1-8.
- Lindenbaum L. & Milia D. J. (2012). Pain management in the ICU. *Surgical Clinics of North America*, 92(6), 1621-1636.
- Linton S. (2005). *Understanding pain for better clinical practice: a psychological perspective*. Elsevier Health Sciences, London.
- Lippe P. M., Brock C., David J., Crossno R. & Gitlow S. (2010). The first national pain medicine summit—final summary report. *Pain Medicine*, 11(10), 1447-1468.
- Lockie A. (2010). *Encyclopedia of homeopathy*. DK Publishing, New York.
- Madsen M. V., Gøtzsche P. C. & Hróbjartsson A. (2009). Acupuncture treatment for pain: systematic review of randomised clinical trials with acupuncture, placebo acupuncture, and no acupuncture groups. *Bmj*, 338, a3115.
- Manchanda, R. K. (2016). Integrating Homoeopathy in Health Care. *Indian Journal of Research in Homoeopathy*, 10(1), 1-5.
- Marchettini N., Del Giudice E., Voeikov V. & Tiezzi E. (2010). Water: A medium where dissipative structures are produced by a coherent dynamics. *Journal of theoretical biology*, 265(4), 511-516.
- Mazzocchi A. & Montanaro F. (2012). Observational study of the use of Symphytum 5CH in the management of pain and swelling after dental implant surgery. *Homeopathy*, 101(4), 211-216.
- Mojaver Y. N., Mosavi F., Mazaherinezhad A., Shahrदार A. & Manshaee K. (2007). Individualized homeopathic treatment of trigeminal neuralgia: an observational study. *Homeopathy*, 96(2), 82-86.
- Morris M., Pellow J., Solomon E.M. & Tsele-Tebakang T. (2016). Physiotherapy and a homeopathic complex for chronic low back pain due to osteoarthritis: A randomized, controlled pilot trial. *Altern Ther Health Med*, 22, 48–56.
- Morrison R. (1998). *Desktop companion to physical pathology*. Hahnemann Clinic Publ. London.

- Nathenson, P., & Nathenson, S. L. (2015). Complementary and Alternative Health Practices in Rehabilitation Nursing. *Rehabilitation Nursing*, 42(1), 5-13.
- Pedrero-Escalas M. F., Jimenez-Antolin J., Lassaletta L., Diaz-Saez G., & Gavilán J. (2016). Hospital clinical trial: Homeopathy (Agraphis nutans 5CH, Thuya occidentalis 5CH, Kalium muriaticum 9CH and Arsenicum iodatum 9CH) as adjuvant, in children with otitis media with effusion. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 88, 217-223.
- Petzke F., Radbruch L., Zech D., Loick G. & Grond S. (1999). Temporal presentation of chronic cancer pain: transitory pains on admission to a multidisciplinary pain clinic. *Journal of pain and symptom management*, 17(6), 391-401.
- Piraneo S., Maier J., Nervetti G., Duca P., Valli C., Milanese A. ... & Nascimbene, C. (2012). A randomized controlled clinical trial comparing the outcomes of homeopathic-phytotherapeutic and conventional therapy of whiplash in an emergency department. *Homoeopathic Links*, 25(01), 50-55.
- Pommier P., Gomez F., Sunyach M. P., D'hombres A., Carrie C. & Montbarbon, X. (2004). Phase III randomized trial of Calendula officinalis compared with trolamine for the prevention of acute dermatitis during irradiation for breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22(8), 1447-1453.
- Raak C., Bussing, A., Gassmann G., Boehm K. & Ostermann T. (2012). A systematic review and meta-analysis on the use of Hypericum perforatum (St. John's Wort) for pain conditions in dental practice. *Homeopathy*, 101(4), 204-210.
- Rawlins M. (2008). De testimonio: on the evidence for decisions about the use of therapeutic interventions. *Clinical Medicine*, 8(6), 579-588.
- Robertson A., Suryanarayanan R. & Banerjee A. (2007). Homeopathic Arnica montana for post-tonsillectomy analgesia: a randomised placebo control trial. *Homeopathy*, 96(1), 17-21.
- Rossignol M., Bégaud B., Engel P., Avouac B., Lert F., Rouillon F. ... & Guillemot D. (2013). PC0006 Impact of physician preferences for homeopathic or conventional medicines on patients with musculoskeletal disorders: Results from the EPI3-MSD cohort. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 71(3), 724-724.
- Saxton J. (2007). The diversity of veterinary homeopathy. *Homeopathy*, 96 (1)3.
- Schroyens F. (1993). *Synthesis repertorium homeopathicum syntheticum*. In *Synthesis repertorium homeopathicum syntheticum*. Homeopathic Book Publishers.
- Schweitzer, M. C., & Zoboli, E. L. C. P. (2014). Role of complementary therapies in the understanding of primary healthcare professionals: a systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(SPE), 184-191.

- Shah R. (2005). Call for introspection and awakening. *Homœopathic Links*, 18(04), 173-174.
- Sharma S., Sharma N. & Sharma R. (2012). OA15. 04. Accelerating the healing of bone fracture using homeopathy: a prospective, randomized double-blind controlled study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12(1), O61.
- Shaw D.M. (2010). Homeopathy is where the harm is: Five unethical effects of funding unscientific remedies. *Journal of Medical Ethics*. 36 (3), 130–131.
- Sinatra R. (2010). Causes and consequences of inadequate management of acute pain. *Pain medicine*, 11(12), 1859-1871.
- Singh S. & Ernst E. (2008). *Trick or treatment: The undeniable facts about alternative medicine*. WW Norton & Company.
- Slevin E. (1999). *Use of presence in community health care nursing*. In *Interaction for practice in community nursing*. Macmillan Education. UK.
- Snelling J. (1990). The role of the family in relation to chronic pain: review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 15(7), 771-776.
- Sorrentino L., Piraneo S., Riggio E., Basilicò S., Sartani A., Bossi D. & Corsi F. (2017). Is there a role for homeopathy in breast cancer surgery? A first randomized clinical trial on treatment with Arnica montana to reduce post-operative seroma and bleeding in patients undergoing total mastectomy. *Journal of intercultural ethnopharmacology*, 6(1), 1.
- Stam C., Bonnet M. S. & van Haselen R. A. (2001). The efficacy and safety of a homeopathic gel in the treatment of acute low back pain: a multi-centre, randomised, double-blind comparative clinical trial. *British Homoeopathic Journal*, 90(1), 21-28.
- Steinsbekk A., Bentzen N., Fønnebo V. & Lewith G. (2005). Self-treatment with one of three self-selected, ultramolecular homeopathic medicines for the prevention of upper respiratory tract infections in children. A double-blind randomized placebo controlled trial. *British journal of clinical pharmacology*, 59(4), 447-455.
- Stevinson C., Devaraj V. S., Fountain-Barber A., Hawkins S. & Ernst E. (2003). Homeopathic arnica for prevention of pain and bruising: randomized placebo-controlled trial in hand surgery. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(2), 60-65.
- Stub, T., Quandt, S. A., Arcury, T. A., Sandberg, J. C., & Kristoffersen, A. E. (2018). Attitudes and knowledge about direct and indirect risks among conventional and complementary health care providers in cancer care. *BMC complementary and alternative medicine*, 18(1), 44-56.
- Van Wassenhoven M. (2014). *Scientific Framework of Homeopathy – Evidence Based Homeopathy 2013*. Internationalis, L. L. M. H.
- Witt C. M., Ludtke R., Baur R. & Willich S. N. (2009). Homeopathic treatment of patients with chronic low back pain: A prospective observational study with 2 years' follow-up. *The Clinical journal of pain*, 25(4), 334-339.

- Zoe, R., Charalambous, C., Popi, S., Maria, R., Aris, V., Agoritsa, K., & Evangelia, K. (2014). Cypriot nurses' knowledge and attitudes towards alternative medicine. *Complementary therapies in clinical practice*, 20(1), 89-92.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αμανίτη Α. (2015). *Νευρολογία, περιοχική αναισθησία, πόνος: Οι οδοί του πόνου*. Εταιρεία Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής Βόρειου Ελλάδος. Θεσσαλονίκη.
- Βαρθολομαίος Τ. (2003). *Συμπληρωματική Ιατρική*. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Γουλές Δ. (2002). *Εννοιολογία του πόνου. Ο πόνος ως βίωμα και συμπεριφορά, στο Γουλές Δ. «Οσφυαλγία-Δισκοπάθεια, Μηχανική και Μοριακή Βάση»*. Εκδόσεις Κανκάς, Αθήνα.
- Ιατρού Χ. (2003). Όσα πρέπει να γνωρίζουμε για τον αλγαισθητικό πόνο. *Ελληνικό Περιοδικό Περιεχειρητικής Ιατρικής*, 1, 48-57.
- Κατσιμίγκας Γ., Σπηλιοπούλου Χ., Νάστου Χ. & Γκίκα Μ. (2009). Νοσηλευτική και Θεολογική προσέγγιση του πόνου. *Rostrum of Asclepius*, 8(2), 159-176.
- Παπαδοπούλου-Νταϊφώτη Ζ. (2009). *Βασική και κλινική φαρμακολογία*. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα.
- Παπαδοπούλου-Νταϊφώτη Ζ. (2011). *Νευροφυσιολογικό υπόστρωμα του πόνου: Νεώτερες θεραπευτικές προσεγγίσεις*. Εργαστήριο Φαρμακολογίας ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις. Αθήνα.
- Ραγιά Α. (2002). *Βασική Νοσηλευτική - Θεωρητικές και Δεοντολογικές Αρχές*. 5^η Εκδ. Αθήνα.
- Ροβίθης Μ. (2002). Η δύναμη των νοσηλευτών στη διεπιστημονική ομάδα αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου. *Νοσηλευτική*, 41(2), 156-162.