



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Α΄ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Διευθύντρια: Καθηγήτρια Λ.Ε. Μουλοπούλου

Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής «Τζένη Καρέζη»

Υπεύθυνη: Καθηγήτρια Κ. Μυστακίδου

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**Ρεφλεξολογία και Ανακουφιστική Φροντίδα: Η επίδραση της
Ρεφλεξολογίας στο άγχος, τον πόνο, την ποιότητα ύπνου και την
ποιότητα ζωής ογκολογικών ασθενών στην κοινότητα**

Αλεξάνδρα Ξ. Μαντούδη

Αθήνα, 2022

Ημερομηνία αιτήσεως της υποψήφιας

04/04/2014

Ημερομηνία ορισμού 3μελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής

14/07/2014

Μέλη 3μελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής

Μυστακίδου Κυριακή (Επιβλέπουσα)

Κουλουλίας Βασίλειος

Μπατιστάκη Χρυσάνθη

Ημερομηνία καταθέσεως διδακτορικής διατριβής

21/01/2022

Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής

Καθηγητής Γεράσιμος Σιάσος

Μέλη 7μελούς εξεταστικής επιτροπής

- 1) Μυστακίδου Κυριακή
- 2) Κουλουλίας Βασίλειος
- 3) Φασόη Γεωργία
- 4) Γκοβίνα Ουρανία
- 5) Μπατιστάκη Χρυσάνθη
- 6) Ζυγογιάννη Άννα
- 7) Γεωργακόπουλος Ιωάννης

Βαθμός: Άριστα

Ο όρκος του Ιπποκράτη

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἴστορας ποιούμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν ὄρκον τόνδε καὶ συγγραφὴν τήνδε· ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ ωύτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρῤῥεσι, καὶ διδάξῃν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ συγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοισί τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί. Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξῃν. Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε· ὁμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἄγνῳς δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμὴν. Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε. Ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίης, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρώων, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων. Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπηΐης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρῤῥητα ἠγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα. Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ συγγέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον· παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιорκοῦντι, τάναντία τουτέων.

Σύντομο βιογραφικό σημείωμα

Αλεξάνδρα Μαντούδη

Λέκτορας Εφαρμογών τμήματος Νοσηλευτικής ΠαΔΑ

Εκπαίδευση-Σπουδές:

- 2009: Μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης (MSc) Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, στην «Αντιμετώπιση του Πόνου».
- 1992: Δίπλωμα Ρεφλεξολογίας: Bayly School of Reflexology, Λονδίνο.
- 1992: Δίπλωμα Αρωματοθεραπείας: Shirley Price School of Aromatherapy, Λονδίνο.
- 1990: Μεταπτυχιακή ειδίκευση στη Θεραπεία Συμπεριφοράς (Diploma of Behavioural Psychotherapy), Τμήμα Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, University College του Πανεπιστημίου του Λονδίνου.
- 1989: Πτυχίο Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής (Registered Mental Nurse, RMN) Middlessex Hospital School of Nursing, Λονδίνο.
- 1987: Πτυχίο Νοσηλευτικής, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ)
- 1985: Ειδίκευση Αιμοδοσίας, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.
- 1984: Πτυχίο Γενικής Νοσηλευτικής (Registered General Nurse, RGN), Princess Alexandra School of Nursing, London Hospital, Λονδίνο.

Ακαδημαϊκή προϋπηρεσία:

- 2018- σήμερα: Πα.Δ.Α., Νοσηλευτική, Λέκτορας Εφαρμογών.
- 2014- 2018: ΤΕΙ Αθήνας, Νοσηλευτική, Καθηγήτρια Εφαρμογών με εξειδίκευση στη «Βασική Νοσηλευτική».
- 1996-2014: ΤΕΙ Αθήνας, Νοσηλευτική Β΄ Εργαστηριακός Συνεργάτης με ανάθεση διδακτικού έργου στο Εργαστηριακό μάθημα: Εναλλακτικές Θεραπείες και Νοσηλευτική εφαρμογή (1996 - 2002) και στην εκπαίδευση και κλινική άσκηση φοιτητών σε διάφορες μονάδες, νοσοκομειακές και κοινοτικές (2001 - 2014).

Επαγγελματική προϋπηρεσία:

- 1989-1992: Νοσηλεύτρια και Υπεύθυνη τμήματος στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο St Lukes Woodside Hospital, Λονδίνο.
- 1988-1989: Νοσηλεύτρια , Middlessex Hospital, Bloomsbury Health Authority, Λονδίνο.
- 1984-1986: Νοσηλεύτρια, Ιπποκράτειο Γ.Ν.Α.

Διδασκαλία μαθημάτων:

A. Σε προπτυχιακό επίπεδο: Κοινωνική Νοσηλευτική I & II, Νοσηλευτική Υγιεινής & Ασφάλειας της Εργασίας.

B. Σε μεταπτυχιακό επίπεδο: ΠΜΣ “Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας” του Τμήματος Νοσηλευτικής ΠαΔΑ Εισηγήσεις: Παραδοσιακή και

Συμπληρωματική Ιατρική & Διαπολιτισμική Νοσηλευτική Ανακουφιστική Φροντίδα και Ποιότητα Ζωής στην τρίτη ηλικία, Παραδοσιακές/ Συμπληρωματικές Θεραπείες στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων. ΠΜΣ “Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων” του Τμήματος Νοσηλευτικής ΠΑΔΑ. Εισήγηση: Παραδοσιακές/Συμπληρωματικές Θεραπείες στην Ανακουφιστική Φροντίδα Ασθενών με Καρκίνο.

Πρόσφατες Δημοσιεύσεις:

Moustakopoulou,L., Adamakidou, Th., Mastrogiannis, D., **Mantoudi, A.**, Apostolara, P., Mantzorou, M. Consequences of older persons’ physical and social isolation during the COVID-19 pandemic, *European Geriatric Medicine*, (2021) 12 (Suppl 1):S1–S387.

Kazantzaki,G., Zisopoulou, S., Mantzorou, M., Tsiou, Ch., Mastrogiannis, D., Apostolara, P., **Mantoudi, A.**, Drakopoulou, M., Adamakidou,Th. Financial strain and medication adherence among older adults in rural Greece, *European Geriatric Medicine*, (2021) 12 (Suppl 1):S1–S387.

Maltezu, E., **Mantoudi, A.**, Mantzorou, M., Adamakidou, Th., Apostolara, P., Drakopoulou, M., Mastrogiannis, D., Fouka, G., Tsiou, Ch., Plakas, S. Effects of music on Depression and General Health among Older Adults in Greece. A cross sectional study, *European Geriatric Medicine*, (2021) 12 (Suppl 1): S1–S387.

Mavratza, T., Apostolara, P., Adamakidou, Th., Fasoi, G., Mantzorou, M., **Mantoudi, A.**, Drakopoulou, M., Misouridou, E. Professional Quality of Life in Greek Health Professionals Working with Refugees and Migrants, *MATERIA SOCIOMEDICA*. 2021 JUN; 33(2) PubMed Central PMCID: PMC8385739.

Nikoloudi, M., Tsilika, E., Parpa, E., Kostopoulou, S., Tentolouris, A., Psarros, C., **Mantoudi A.**, & Mystakidou, K. (2021). Herth Hope Index: A Psychometric Evaluation Study within a Sample of Greek Patients with Cancer. *Indian journal of palliative care*, 27(3), 367–374. https://doi.org/10.25259/IJPC_364_20

Mantoudi, A., Parpa, E., Tsilika, E., Batistaki, C., Nikoloudi, M., Kouloulis, V., Kostopoulou, S., Galanos, A., & Mystakidou, K. (2020). Complementary Therapies for Patients with Cancer: Reflexology and Relaxation in Integrative Palliative Care. A Randomized Controlled Comparative Study. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, 26(9), 792–798. <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0402>

Ευχαριστίες

Πρώτα από όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσά μου Καθηγήτρια κ. Κυριακή Μυστακίδου για τη διαρκή επιστημονική και ηθική υποστήριξη και την παρακίνηση που μου παρείχε καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε όλο αυτό το διάστημα. Ευχαριστώ επίσης τα λοιπά μέλη της τριμελούς επιτροπής, την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κ. Χρυσάνθη Μπατιστάκη και τον Καθηγητή κ. Βασίλειο Κουλουλία για την αμέριστη και απρόσκοπτη συνεργασία τους.

Ευχαριστώ πολύ το προσωπικό της Μονάδας Ανακουφιστικής Αγωγής «Τζένη Καρέζη» για την αμέριστη βοήθειά τους. Ιδιαίτερες ευχαριστίες στην κ. Ευφημία Πάρπα, κλινική ψυχολόγο, για την υποστήριξη και τις πολύτιμες επισημάνσεις και υποδείξεις της.

Ευχαριστώ πολύ όλους τους συναδέλφους μου στο τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής για τη στήριξή τους, το ίδρυμα για τη συνδρομή του μέσω της εκπαιδευτικής αδείας που μου χορηγήθηκε, καθώς και την Καθηγήτρια κ. Ελένη Ευτυχίδου για την καθοδήγησή της και την υποστήριξή της στα αρχικά στάδια της έρευνάς μου.

Ευχαριστώ πολύ όλους τους ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη αυτή και τους συγγενείς τους. Το διάστημα που συμπορεύτηκα μαζί τους μου έδωσαν πολύτιμα μαθήματα θάρρους, αντοχής, ζωής και αγάπης.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένειά μου για την αγάπη τους και τη συμπαράστασή τους σε όλο αυτό το πόνημα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΑΡΚΙΝΟΣ.....	9
1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	9
1.2 ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ	10
1.3 ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	12
1.4 ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	16
2.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	16
2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	18
2.3 Η ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΙΕΘΝΩΣ	19
2.4 Η ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	19
2.5 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	20
2.6 Η ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	21
2.7 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	27
2.8 ΠΟΝΟΣ	32
2.9 ΑΓΧΟΣ.....	48
2.10 ΥΠΝΟΣ.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ.....	63
3.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	63
3.2 ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ/ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ	72
3.3 ΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΑ	77
3.4 ΧΑΛΑΡΩΣΗ.....	88
B.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	97
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	98
1.1 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	98
1.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	114
1.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	115

1.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ	139
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.....	155
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	156
3.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	156
3.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	157
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	159
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	186

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της ερευνητικής μελέτης ήταν να διερευνηθεί η σχέση της ρεφλεξολογίας με το άγχος, τον πόνο, την ποιότητα ύπνου και την ποιότητα ζωής ατόμων που πάσχουν από καρκίνο στην κοινότητα, όταν αυτή εφαρμόζεται παράλληλα με τη συνήθη αγωγή. Διεξήχθη προοπτική στρωματοποιημένη μελέτη με συνολικό μέγεθος δείγματος 180 άτομα και τυχαιοποιημένη κατανομή των συμμετεχόντων σε τρεις ομάδες των 60: ομάδα παρέμβασης με εφαρμογή ρεφλεξολογίας, ομάδα σύγκρισης με εφαρμογή χαλάρωσης και ομάδα ελέγχου. Χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες «Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης», «Έρευνα Υγείας SF12», «Δείκτης Ποιότητας Ύπνου του Pittsburgh» και «Ελληνικό Συνοπτικό Ερωτηματολόγιο Πόνου». Ως προς τα αποτελέσματα, οι συγκρίσεις κατά ζεύγη των ποσοστιαίων μεταβολών μεταξύ baseline-8^{ης} εβδομάδας για την μεταβλητή άγχος αναδεικνύουν στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ομάδα ρεφλεξολογίας και τις ομάδες χαλάρωσης και ελέγχου ($p < 0,0005$). Για τη σωματική συνιστώσα της ποιότητας ζωής, η ποσοστιαία μεταβολή baseline-8^{ης} εβδομάδας αναδεικνύει σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας ρεφλεξολογίας και των ομάδων χαλάρωσης ($p < 0,0005$) και ελέγχου ($p = 0,003$) και αντίστοιχα για την ψυχική συνιστώσα με $p = 0,019$ και $p = 0,012$. Για την μεταβλητή «πόνος κατά την παρούσα στιγμή», η ποσοστιαία μεταβολή baseline-8^{ης} εβδομάδας αναδεικνύει σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ομάδα ρεφλεξολογίας και τις ομάδες χαλάρωσης ($p < 0,0005$) και ελέγχου ($p = 0,016$) και αντίστοιχα για τη μεταβλητή «παρέμβαση του πόνου στη γενική δραστηριότητα το τελευταίο 24ωρο», ανάμεσα στις ομάδες ρεφλεξολογίας και χαλάρωσης ($p = 0,003$). Για τη μεταβλητή της ποιότητας ύπνου, στις ποσοστιαίες μεταβολές baseline-8^{ης} εβδομάδας παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,05$) μεταξύ των ομάδων ρεφλεξολογίας και χαλάρωσης. Επομένως, η συμπληρωματική παρέμβαση της ρεφλεξολογίας φαίνεται να είναι σημαντικά πιο αποτελεσματική στη μείωση του άγχους και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής συγκριτικά με την παρέμβαση της χαλάρωσης και τη συνήθη φροντίδα και αγωγή από μόνη της. Ως προς τον πόνο και τη βελτίωση της ποιότητας του ύπνου, η ρεφλεξολογία επιδεικνύει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τις άλλες δύο προσεγγίσεις.

ABSTRACT

The objective of this research study is to compare the effect of reflexology on anxiety, pain, quality of sleep and quality of life for cancer patients in the community, when applied alongside usual care. A prospective stratified study is conducted with a combined sample size of 180 subjects and randomized allocation to three groups of 60: reflexology group, relaxation group and control group. The Greek Brief Pain Inventory was used to measure pain, the Greek Hospital Anxiety and Depression Scale for screening anxiety, the Short Form Health Survey to measure quality of life and finally, the Pittsburgh Sleep Quality Index was used to measure sleep quality. Regarding the empirical results, the pair-wise comparisons of the baseline-8th week percentage differences for the anxiety variable indicate a statistically significant difference between the reflexology group and the relaxation and control groups ($p < 0.0005$). For the physical component of the quality of life variable, the baseline-8th week percentage differences are significantly different between the reflexology group and the relaxation ($p < 0.0005$) and control groups ($p = 0.003$), and similarly for the mental component with $p = 0.019$ and $p = 0.012$ respectively. For the “current pain” variable, the baseline-8th week percentage differences are significantly different between the reflexology groups and the relaxation ($p < 0.0005$) and control groups ($p = 0.016$); and similarly for the “interference of pain in general activity during the past 24 hours” variable between the reflexology and relaxation groups ($p = 0.003$). For the quality of sleep variable, the baseline-8th week percentage differences are significantly different between the reflexology and relaxation groups ($p < 0.05$). Overall, the complementary intervention of reflexology appears to be significantly more effective in reducing anxiety and improving quality of life in comparison with the intervention of relaxation and also usual care alone. Regarding pain reduction and quality of sleep improvement, reflexology exhibits better results compared to the other two approaches.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το αντικείμενο της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η εφαρμογή της ρεφλεξολογίας στην ανακουφιστική φροντίδα (ΑΦ) στην κοινότητα, σε άτομα που πάσχουν από καρκίνο συμπληρωματικά με τη συνήθη αγωγή τους. Διερευνάται η επίδραση της ρεφλεξολογίας στο άγχος, τον πόνο, την ποιότητα του ύπνου και την ποιότητα ζωής των πασχόντων.

Η ρεφλεξολογία είναι μια μη παρεμβατική συμπληρωματική θεραπεία που εφαρμόζεται με ειδική τεχνική σε συγκεκριμένα ρεφλεξολογικά αντανακλαστικά στα πόδια με επίδραση σε όλο το σώμα. Η ρεφλεξολογία δρα εξισορροπητικά και αποτοξινωτικά και προάγει την υγεία². Θεωρείται κατάλληλη σχεδόν για όλους και μπορεί να είναι βοηθητική σε όλο το ηλικιακό φάσμα³⁻⁵. Η ρεφλεξολογία μπορεί να δράσει συμπληρωματικά της συμβατικής αντιμετώπισης του καρκίνου, για παράδειγμα μειώνοντας την ένταση του πόνου⁶, της δύσπνοιας^{7,8}, της κόπωσης⁹, των εξάψεων¹⁰, του άγχους¹¹, της κατάθλιψης¹², βελτιώνοντας την ποιότητα του ύπνου¹³ και την ποιότητα ζωής των πασχόντων¹⁴.

Η ΑΦ αναπτύχθηκε ως αντιμετώπιση των προβλημάτων που βιώνουν οι πάσχοντες από χρόνια και απειλητικά για τη ζωή νοσήματα και παρέχεται καθ' όλη τη διάρκεια της ασθένειας. Ασχολείται επιπλέον με την υποστήριξη των οικείων των ασθενών, τόσο κατά τη διάρκεια της ασθένειας, όσο και κατά την περίοδο του πένθους^{15,16}. Δεν υπάρχει χρονικό ή προγνωστικό όριο για την παροχή της ΑΦ, αυτή θα πρέπει να παρέχεται με βάση την ανάγκη και όχι τη διάγνωση ή την πρόγνωση. Παρότι οι ανάγκες για ΑΦ είναι μεγάλες παγκοσμίως, αυτή δεν είναι αρκετά αναπτυγμένη, με πολλά κράτη (66% των κρατών-μελών του ΠΟΥ) να μην διαθέτουν εθνική στρατηγική ΑΦ¹⁷. Στη μελέτη των Lynch et al.¹⁸ διαπιστώθηκε ότι οι υπηρεσίες ΑΦ ήταν καλά ενσωματωμένες στο σύστημα υγείας μόνο σε 20 από 234 χώρες, ενώ το 42% των χωρών δεν παρείχε καθόλου υπηρεσίες ΑΦ¹⁹. Στην Ελλάδα, η ΑΦ παρέχεται αποσπασματικά και χρηματοδοτείται περιορισμένα από το κράτος. Υπάρχουν μόνο τρία προγράμματα εξειδικευμένης ΑΦ στην περιοχή της Αττικής που εξυπηρετούν περίπου 600 ασθενείς κατ' έτος. Επιπλέον, λειτουργούν 40 ογκολογικές κλινικές και 57 ιατρεία πόνου σε δημόσια

νοσοκομεία στη χώρα, ορισμένα εκ των οποίων παρέχουν υπηρεσίες Γενικής ΑΦ²⁰.

Η ΑΦ παρέχεται με σκοπό την αντιμετώπιση σωματικών, ψυχολογικών, πνευματικών, κοινωνικών και πρακτικών αναγκών του πάσχοντος ατόμου, αλλά δεν μπορεί να παρέχεται αποτελεσματικά από μόνο έναν επαγγελματία υγείας καθώς χρειάζεται ομαδική διεπιστημονική και πολυεπιστημονική προσέγγιση²¹. Η ομάδα ΑΦ στον πυρήνα της, περιλαμβάνει τον ασθενή και τους οικείους του, γιατρούς και νοσηλευτές, μπορεί δε επίσης να απαρτίζεται από ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, φαρμακοποιούς, διατροφολόγους, συμπληρωματικούς θεραπευτές και ιερείς²².

Ολοκληρωμένη ΑΦ (Integrative Palliative Care) είναι η χρήση συμβατικών και συμπληρωματικών προσεγγίσεων στην παροχή φροντίδας ατόμων που αντιμετωπίζουν σοβαρές ή/και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες ή βρίσκονται στο τελικό στάδιο. Η ολοκληρωμένη ΑΦ επικεντρώνεται στην ενσωμάτωση θεραπειών συμπληρωματικής ιατρικής που έχουν αποδειχθεί ασφαλείς και αποτελεσματικές στην παροχή ΑΦ^{23,24}.

Η παραδοσιακή και συμπληρωματική ιατρική είναι ένα σημαντικό και συχνά υποτιμημένο μέρος της υγειονομικής περίθαλψης, απαντάται σχεδόν παντού στον κόσμο και η ζήτηση για αυτήν συνεχώς αυξάνεται. Έχει πολύ μακρά ιστορία εφαρμογής στη διατήρηση της υγείας και στην πρόληψη και θεραπεία ασθενειών, ιδιαίτερα για χρόνιες παθήσεις. Η Στρατηγική 2014-2023 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την παραδοσιακή και συμπληρωματική ιατρική, εξετάζει τη δυνητική συμβολή της στην υγεία, ιδίως στην παροχή υπηρεσιών υγείας²⁵.

Παρότι οι συμβατικές θεραπείες του καρκίνου έχουν μειώσει σημαντικά τη θνησιμότητα που σχετίζεται με τη νόσο, αυτές συχνά προκαλούν δυσμενείς παρενέργειες όπως κόπωση, εξάψεις, ναυτία και πόνο που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής. Κατά συνέπεια, πολλοί ασθενείς με καρκίνο υποφέρουν τόσο από τα συμπτώματα του καρκίνου, όσο και από τις παρενέργειες των συμβατικών αντικαρκινικών θεραπειών με αποτέλεσμα να στρέφονται σε συμπληρωματικές προσεγγίσεις. Είναι απαραίτητη η

ενημέρωση της ομάδας ΑΦ για τυχόν συμπληρωματικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιεί ένα άτομο που πάσχει από καρκίνο για οποιονδήποτε σκοπό - είτε σχετίζεται με τον καρκίνο είτε όχι - διότι αυτό συμβάλλει στην παροχή συντονισμένης και ασφαλούς φροντίδας²⁶.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΑΡΚΙΝΟΣ

1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

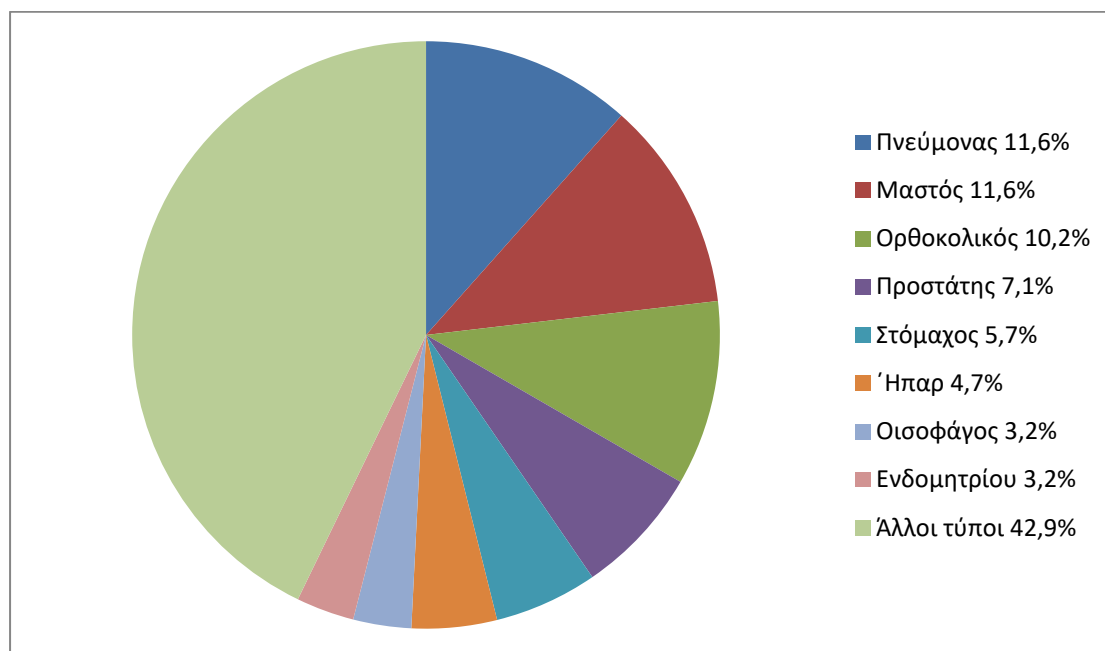
Ο καρκίνος είναι μια από τις κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Το 2012, υπήρξαν 14,1 εκατομμύρια νέα κρούσματα και 8,2 εκατομμύρια θάνατοι από ασθένειες σχετιζόμενες με τον καρκίνο σε όλο τον κόσμο. Ο αριθμός των νέων περιπτώσεων καρκίνου ετησίως αναμένεται να αυξηθεί σε 23,6 εκατομμύρια έως το 2030. Αν και τα νέα κρούσματα καρκίνου αυξάνονται, η θνησιμότητα σταθερά υποχωρεί. Αυτή η τάση υποδεικνύει ότι σημειώνεται πρόοδος στη θεραπεία του καρκίνου, αλλά εξακολουθούν να υπάρχουν πολλοί παράγοντες που υπεισέρχονται στην εξίσωση: το κάπνισμα, κύρια αιτία καρκίνου τείνει να μειωθεί, ο επιπολασμός του καρκίνου αυξάνεται με την ηλικία και ο πληθυσμός των ΗΠΑ και της Ευρώπης γηράσκει, και η παχυσαρκία που αποτελεί έναν άλλο παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο, αυξάνεται επίσης²⁷.

Η Ευρώπη πλήττεται περισσότερο από μη μεταδοτικές ασθένειες που παρουσιάζουν μεγάλη αύξηση. Οι επιπτώσεις των κυριότερων μη μεταδοτικών νόσων (σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνος, χρόνιες αναπνευστικές νόσοι και ψυχικές διαταραχές) είναι εξίσου ανησυχητικές: συνολικά, οι πέντε αυτές ασθένειες αντιπροσωπεύουν το 86% των θανάτων και το 77% της νοσοεπιβάρυνσης στην περιοχή της Ευρώπης²⁸. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ₂₈), την πρωτιά σε νέα περιστατικά καρκίνου ετησίως κατέχει η Γερμανία (7,40/1.000 κατοίκους), με την Ουγγαρία (7,27/1.000 κατοίκους) και τη Δανία (7,09/1.000 κατοίκους) να ακολουθούν. Η Ελλάδα βρίσκεται στη μέση της λίστας με τις 28 χώρες, με 6,05 νέα περιστατικά καρκίνου/1.000 κατοίκους, περισσότερους από την Ισπανία, την Πορτογαλία, τη Φινλανδία αλλά και την Κύπρο²⁹. Το 2015, 1.3 εκ άτομα απεβίωσαν από καρκίνο στην ΕΕ₂₈ - περίπου το ¼ (25,4%) του συνόλου των θανάτων³⁰.

Στην Ελλάδα το 2009 η ΕΛ.ΣΤΑΤ δήλωσε ότι πάσχει από καρκίνο το 1,72% του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, το 1,65% των ανδρών και το 1,78% των γυναικών³¹. Ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat το 2015 ήταν 29.669 (24,6% όλων των θανάτων)²⁹.

1.2 ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ

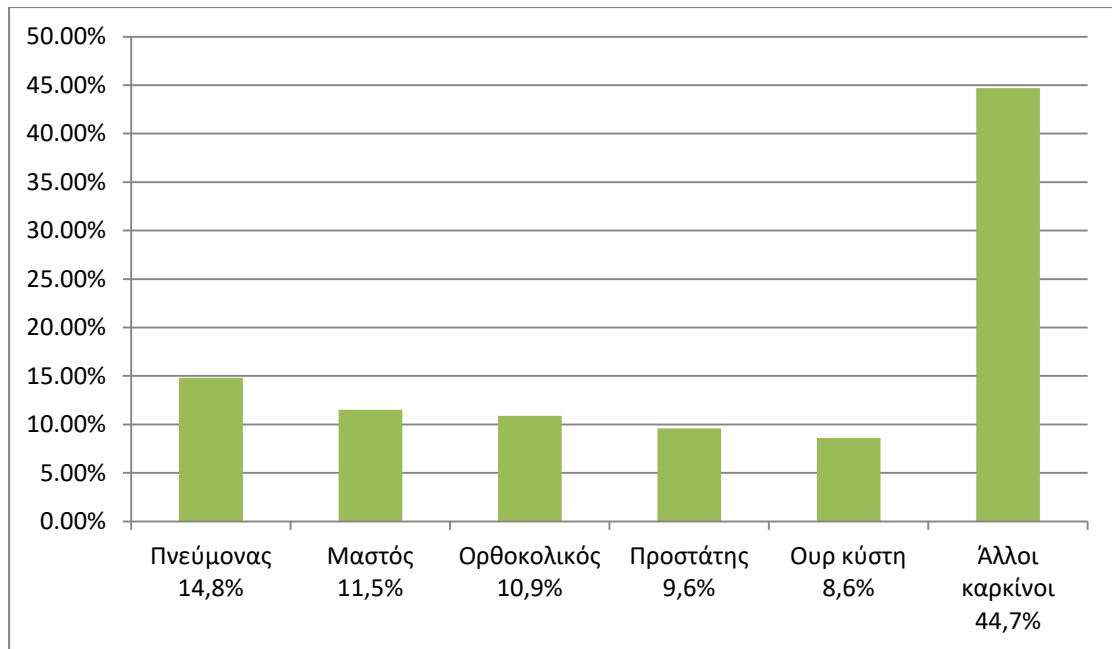
Οι συχνότερα απαντώμενοι τύποι καρκίνου παγκοσμίως είναι ο καρκίνος του πνεύμονα και του μαστού και ακολουθούν οι καρκίνοι του παχέος εντέρου, του προστάτη, του στομάχου, του ήπατος του οισοφάγου και του τραχήλου της μήτρας³² (Διάγραμμα 1).



Διάγραμμα 1: Νέες περιπτώσεις καρκίνου το 2018, παγκόσμια και των δύο φύλων, όλων των ηλικιών.

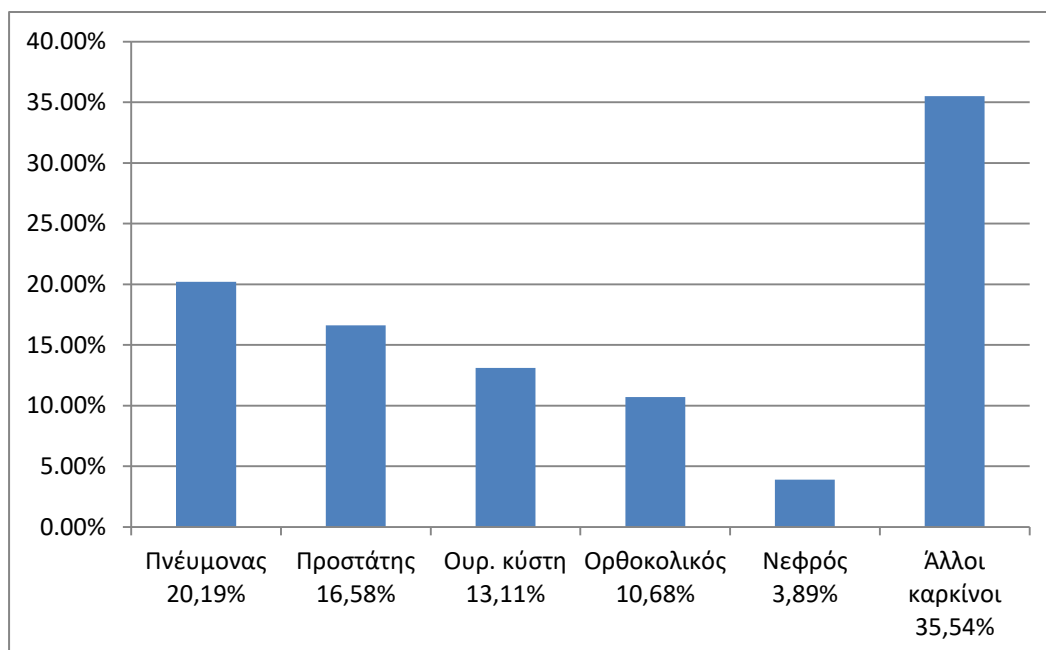
Πηγή: Globocan 2018

Στην Ελλάδα η εικόνα είναι λίγο διαφορετική με τους συχνότερους καρκίνους να είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, του μαστού, ορθοκολικός, του προστάτη και της ουροδόχου κύστης (Διάγραμμα 2). Κατά φύλο, η εικόνα αλλάζει ακόμη περισσότερο: για τους άνδρες συχνότεροι είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, προστάτη, της ουροδόχου κύστης, του π. εντέρου και του νεφρού, ενώ για τις γυναίκες είναι ο καρκίνος του μαστού, του π. εντέρου, του ενδομητρίου, του πνεύμονα και του θυρεοειδή³³ (Διαγράμματα 3 και 4).



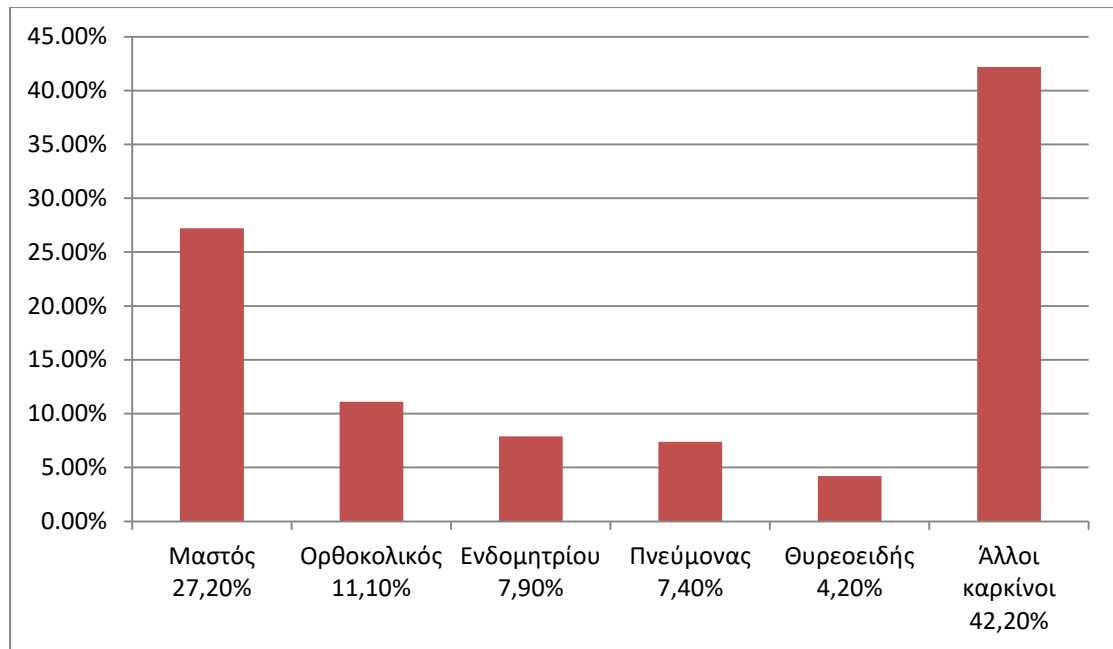
Διάγραμμα 2: Νέες περιπτώσεις καρκίνου στην Ελλάδα το 2018 και των δύο φύλων, όλων των ηλικιών.

Πηγή: Globocan 2018



Διάγραμμα 3: Νέες περιπτώσεις καρκίνου ανδρών, όλων των ηλικιών, στην Ελλάδα το 2018.

Πηγή: Globocan 2018



Διάγραμμα 4: Νέες περιπτώσεις καρκίνου γυναικών, όλων των ηλικιών, στην Ελλάδα το 2018.

Πηγή: Globocan 2018

1.3 ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Στα πρώτα στάδια της νόσου μπορεί να υπάρχουν καθόλου ή λίγα συμπτώματα που ο πάσχων πιθανώς δεν θα αξιολογήσει ως σοβαρά. Εδώ διαφαίνεται ο πολύ σημαντικός ρόλος της πρόληψης με τους προγνωστικούς ελέγχους και την εκπαίδευση / ενημέρωση του πληθυσμού για τους παράγοντες κινδύνου και τα πιθανά πρώιμα συμπτώματα.

Κάποια από τα συμπτώματα του καρκίνου, ανάλογα με την εντόπιση, μπορεί να είναι³⁴:

- Αύξηση ή απώλεια βάρους αγνώστου αιτιολογίας
- Αναίτια αιμορραγία ή μωλωπισμοί
- Επίμονη, έντονη κόπωση
- Επίμονος βήχας ή βράχος της φωνής
- Οίδημα ή εξογκώματα στον τράχηλο, στη μασχαλαία, βουβωνική ή κοιλιακή χώρα
- Πυρετός ή νυκτερινές εφιδρώσεις άνευ αιτιολογίας
- Γαστρεντερικό

- Λευκές ή ερυθρές πλάκες στη στοματική κοιλότητα
- Αιμορραγία, πόνος ή μούδιασμα στα χείλη ή το στόμα
- Πόνος μετά τα γεύματα
- Δυσφαγία
- Κοιλιακά άλγη
- Ναυτία και έμετοι
- Αλλαγές όρεξης
- Αίμα στα κόπρανα
- Αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου
- Δέρμα
 - Δερματικό εξόγκωμα που αιμορραγεί, φλεγμαίνει ή απολεπίζεται
 - Νέος σπίλος ή αλλαγές σε ήδη υπάρχοντα
 - Ίκτερος
- Έντερο
 - Αίμα στα κόπρανα
 - Αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου
- Μαστός
 - Ψηλάφηση ογκίδιου ή πύκνωσης στο μαστό ή τη μασχαλιαία περιοχή
 - Αλλαγές στη θηλή ή έκκριμα
 - Ερύθημα, κνησμός, φολιδωση του δέρματος, ή όψη «φλούδας πορτοκαλιού»
- Νευρικό
 - Πονοκέφαλοι
 - Επιληπτικές κρίσεις
 - Αλλαγές στην όραση
 - Αλλαγές στην ακοή
 - Πάρεση του προσωπικού
- Ουροδόχος Κύστη
 - Δυσουρία
 - Αιματουρία

Ανάλογα με το στάδιο της νόσου, με την εντόπιση και τυχόν μεταστάσεις, στα συμπτώματα θα προστεθούν η ψυχολογική, οικονομική και κοινωνική επιβάρυνση της νόσου, οι παρενέργειες της θεραπείας και ο πόνος.

1.4 ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Οι τύποι θεραπείας θα εξαρτηθούν από τον τύπο του καρκίνου και το στάδιο εξέλιξής του. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να αρκεί ένας τύπος θεραπείας, αλλά συχνότερα χρειάζεται ένας συνδυασμός θεραπειών, όπως χειρουργική, χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, και άλλες θεραπείες όπως ανοσοθεραπεία, στοχεύουσες θεραπείες ή ορμονοθεραπεία.

1.4.1 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Γενικά παρατηρούνται πολλές παρενέργειες, κατά περίπτωση και θεραπεία, όπως³⁵:

- Αλλαγές στο δέρμα και τα νύχια
- Αναιμία
- Ανορεξία
- Απώλεια της λίμπιντο
- Διάρροια
- Δυσκαταποσία
- Δυσκοιλιότητα
- Θρομβοπενία
- Κόπωση
- Λεμφοίδημα
- Λοιμώξεις και ουδετεροπενία
- Μειωμένη γονιμότητα
- Μυκητιάσεις
- Ναυτία και έμετος
- Οίδημα
- Παραλήρημα
- Περιφερική Νευροπάθεια
- Πόνος

- Προβλήματα μνήμης ή συγκέντρωσης
- Προβλήματα ούρησης και ουροδόχου κύστης
- Προβλήματα ύπνου
- Στυτικά προβλήματα
- Συμπτώματα τύπου γρίπης
- Τριχόπτωση (ή αλωπεκία)
- Φλεγμονές

Ένα μεγάλο μέρος αυτών των παρενεργειών δεν θα επιμείνουν επί μακρόν μετά το πέρας της θεραπείας αλλά υπάρχουν και κάποιες όψιμες παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν μήνες ή χρόνια μετά τη λήξη της θεραπείας:

- Αναπνευστικά προβλήματα
- Απώλεια ακοής
- Απώλεια οστικής μάζας
- Εγκεφαλικές μεταβολές
- Καρδιαγγειακά προβλήματα
- Λεμφοίδημα
- Μεταβολές στη λειτουργία του θυρεοειδή, των ωοθηκών και των όρχεων
- Μυοσκελετικά προβλήματα
- Νέοι πρωτογενείς καρκίνοι
- Οφθαλμικά προβλήματα

Γίνεται προφανές ότι τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο μπορεί να παρουσιάσουν μια πλειάδα συμπτωμάτων, ψυχικών και σωματικών, που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά παρά μόνο με την βοήθεια ομάδας εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας. Αυτοί, μέσω της ομαδικής προσέγγισης, θα μπορέσουν να υποστηρίξουν τον πάσχοντα και τους οικείους του σε όλο το φάσμα της νόσου³⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

2.1 ΓΕΝΙΚΑ

Ορισμός κατά ΠΟΥ

«Ανακουφιστική Φροντίδα είναι μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών - και των οικογενειών τους - που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υγείας, που σχετίζεται με απειλητική για τη ζωή ασθένεια, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης του υποφέρειν, του έγκαιρου εντοπισμού και άψογης αξιολόγησης και θεραπείας του πόνου και άλλων προβλημάτων, σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών»¹⁵.

Η Ανακουφιστική Φροντίδα (ΑΦ) δεν παρέχεται μόνο κατά το τελικό στάδιο της νόσου, αλλά καθ' όλη τη διάρκεια της ασθένειας. Ασχολείται επιπλέον με την υποστήριξη των οικείων των ασθενών, τόσο κατά τη διάρκεια της ασθένειας, όσο και κατά την περίοδο του πένθους. Αναπτύχθηκε ως αντιμετώπιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι που υποφέρουν από χρόνια νοσήματα. Θεωρείται βασικό ανθρώπινο δικαίωμα όταν η θεραπεία της νόσου δεν είναι πλέον δυνατή. Το δικαίωμα στην ΑΦ απορρέει κυρίως από το διεθνές δικαίωμα στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας και έχει διατυπωθεί σε διάφορες διεθνείς συμβάσεις, ιδίως το άρθρο 12 του Διεθνούς Συμφώνου για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα (ICESCR)³⁷. Η οργάνωση και η παροχή της ΑΦ πρέπει να προσαρμόζεται σε κάθε χώρα, πολιτισμό και περιβάλλον, προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του ατόμου που χρειάζεται τη φροντίδα και αυτές της οικογένειάς του³⁸.

Η ΑΦ θα πρέπει να παρέχεται και σε χρόνιες και σε απειλητικές για τη ζωή ασθένειες. Η έγκαιρη παρέμβαση, πολύ πριν από το τελικό στάδιο, αναγνωρίζεται ως η βέλτιστη. Πολλοί ασθενείς που θα επωφελούντο από την ΑΦ, αλλά και πολλοί επαγγελματίες υγείας, θεωρούν ότι η ΑΦ περιορίζεται στη φροντίδα του τελικού σταδίου. Αυτό ίσως να είχε ενισχυθεί στην Ελλάδα και από τη χρήση του όρου «Παρηγορητική Φροντίδα» αντί του όρου «Ανακουφιστική Φροντίδα» που θεωρείται πλέον η δόκιμη και επίσημα κατοχυρωμένη απόδοση του όρου "Palliative care" στα ελληνικά²⁰. Μια τέτοια

άποψη οδηγεί στον αποκλεισμό πολλών ατόμων που θα μπορούσαν να ωφεληθούν σημαντικά από αυτή τη φροντίδα σε πολύ πιο πρώιμο στάδιο της ασθένειάς τους. Η ΑΦ μπορεί, και πρέπει να εφαρμόζεται παράλληλα με τροποποιητικές της νόσου θεραπείες όπως η αντικαρκινική θεραπεία σε άτομα με σοβαρά συμπτώματα ή με άλλες ανάγκες^{15,16}.

Δεν υπάρχει χρονικό ή προγνωστικό όριο για την παροχή της ΑΦ. Αυτή πρέπει να παρέχεται με βάση την ανάγκη, όχι τη διάγνωση ή την πρόγνωση. Εκτιμάται ότι ο αριθμός των ατόμων που χρειάζονται ΑΦ πριν από το τελευταίο έτος της ζωής τους είναι τουλάχιστον ίσος με τον αριθμό των ατόμων που βρίσκονται στο τελευταίο έτος της ζωής τους και χρήζουν ΑΦ. Επιπλέον, η ΑΦ δεν πρέπει να παρέχεται μόνο όταν η θεραπεία για τη συγκεκριμένη ασθένεια έχει αποτύχει. Ο έλεγχος των συμπτωμάτων, η ψυχολογική και πνευματική στήριξη είναι πολύ σημαντικά και κατά τη διάγνωση μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας και καθ' όλη την πορεία της ασθένειας έως και το θάνατο του ατόμου^{15,16}.

Η ΑΦ δεν περιορίζεται μόνο σε ειδικευμένες υπηρεσίες, αλλά περιλαμβάνει και την πρωτοβάθμια και την εξειδικευμένη φροντίδα.

Παρέχεται σε τρία διαφορετικά επίπεδα:

- 1) Η Βασική Ανακουφιστική Φροντίδα παρέχεται από επαγγελματίες υγείας που έχουν εκπαιδευτεί στις αρχές της ΑΦ προς όλους τους ασθενείς.
- 2) Η Γενική Ανακουφιστική Φροντίδα παρέχεται σε ασθενείς με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα που χρήζουν και ΑΦ, από επαγγελματίες υγείας που έχουν αναλάβει τη θεραπεία και τη φροντίδα τους και κατέχουν ένα βασικό επίπεδο γνώσεων ΑΦ.
- 3) Η Εξειδικευμένη Ανακουφιστική Φροντίδα παρέχεται από εξειδικευμένες ομάδες επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο των Μονάδων Ανακουφιστικής Φροντίδας Ασθενών, σε ασθενείς με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα και σύνθετα προβλήματα υγείας^{15,20}.

Η ΑΦ δεν περιορίζεται σε ένα χώρο περίθαλψης αλλά εφαρμόζεται οπουδήποτε παρέχεται φροντίδα, είτε αυτό είναι το σπίτι του ασθενούς, μια μονάδα φροντίδας, ενδονοσοκομειακή μονάδα, εξωτερικά ιατρεία ή υπηρεσία

ημερήσιας φροντίδας. Αυτό είναι ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της Ανακουφιστικής Φροντίδας. Οι άνθρωποι που χρειάζονται ΑΦ δεν χρειάζεται να μεταβούν σε κάποιο κέντρο για να λάβουν τη φροντίδα τους. Ένα μεγάλο μέρος της ΑΦ παρέχεται στην κοινότητα και στο σπίτι. Οι ασθενείς που χρειάζονται πιο εντατική φροντίδα εισάγονται βραχυπρόθεσμα σε ενδονοσοκομειακές μονάδες, επιτρέποντάς τους να επιστρέψουν στο σπίτι μόλις επιτευχθεί ο έλεγχος των συμπτωμάτων, με συνεχιζόμενη φροντίδα από την ομάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας¹⁵.

Αν και η αποτελεσματική πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία θα μειώσει την ανάγκη για ΑΦ, αυτή δεν θα εξαλειφθεί ποτέ διότι ορισμένοι τύποι καρκίνου και άλλα χρόνια νοσήματα θα παραμείνουν θανατηφόρα για κάποιους ασθενείς¹⁵.

Ο ασθενείς ενηλίκων που χρήζουν ΑΦ είναι η νόσος Αλτσχάιμερ και άλλες ανοϊκές διαταραχές, ο καρκίνος, οι καρδιαγγειακές παθήσεις (εξαιρουμένων των αιφνίδιων θανάτων), η κίρρωση του ήπατος, οι χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες, ο σακχαρώδης διαβήτης, το HIV / AIDS, η νεφρική ανεπάρκεια, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η νόσος Parkinson, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η ανθεκτική φυματίωση¹⁵.

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Κάθε χρόνο περίπου 40 εκατομμύρια άνθρωποι χρειάζονται ΑΦ, το 78% των οποίων ζει σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Μόνο το 14% των ανθρώπων που χρειάζονται ΑΦ σε όλο τον κόσμο τη λαμβάνουν σήμερα. Η πλειοψηφία των ενηλίκων που χρειάζονται ΑΦ πάσχουν από χρόνιες ασθένειες όπως καρδιαγγειακές παθήσεις (38,5%), καρκίνος (34%), χρόνια αναπνευστικά νοσήματα (10,3%), AIDS (5,7%) και σακχαρώδης διαβήτης (4,6%)³⁹.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το 2011, πάνω από 29 εκατομμύρια (29.063.194) άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους από χρόνιες ασθένειες και είχαν ανάγκη από ΑΦ. Ο εκτιμώμενος αριθμός ατόμων που έχουν ανάγκη από ΑΦ στο τέλος της ζωής είναι 20,4 εκατομμύρια. Το μεγαλύτερο ποσοστό, 94%, αντιστοιχεί σε ενήλικες εκ των οποίων το 69% είναι άνω των 60 ετών και το 25% είναι

ηλικίας 15 έως 59 ετών. Μόνο το 6% όλων των ατόμων που χρειάζονται ΑΦ είναι παιδιά. Η πλειοψηφία, το 69%, αντιστοιχεί σε ηλικιωμένους όπου υπερέρχουν κατά τι (52%) οι άνδρες. Τα υψηλότερα ποσοστά πληθυσμού που χρειάζεται ΑΦ λόγω καρκίνου παρατηρούνται στην Ευρώπη¹⁵.

Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι, ετησίως, 120.000 έως 135.000 άτομα χρειάζονται ΑΦ. Κατά προσέγγιση ένα ποσοστό 37% των αναγκών για ΑΦ στην Ελλάδα αφορά καρκινοπαθείς²⁰.

2.3 Η ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΙΕΘΝΩΣ

Στη μελέτη των Lynch et al.¹⁸ διαπιστώθηκε ότι οι υπηρεσίες ΑΦ ήταν καλά ενσωματωμένες στο σύστημα υγείας τους μόνο σε 20/234 χώρες και περιοχές του κόσμου (4,27%), ενώ το 32% είχε μεμονωμένες υπηρεσίες ΑΦ και το 42% δεν παρείχε καθόλου υπηρεσίες ΑΦ¹⁹. Αντίστοιχα, η μελέτη των Sharkey et al.¹⁷ αναδεικνύει ότι, ενώ η πλειοψηφία των κρατών-μελών του ΠΟΥ διαθέτει εθνική στρατηγική για τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα (78,8%, n = 153), πολύ λιγότερα κράτη-μέλη έχουν εθνική στρατηγική για την ΑΦ (34%, n = 66).

Το 2014, το πρώτο παγκόσμιο ψήφισμα για την ΑΦ, το ψήφισμα WHA67.19 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, κάλεσε τον ΠΟΥ και τα κράτη-μέλη να βελτιώσουν την πρόσβαση στην ΑΦ ως βασικό στοιχείο των συστημάτων υγείας, με έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την κοινοτική φροντίδα³⁹.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, πρέπει να ξεπεραστούν ορισμένα σημαντικά εμπόδια για να αντιμετωπιστεί η ανάγκη για ΑΦ: οι εθνικές πολιτικές και τα συστήματα υγείας συχνά δεν περιλαμβάνουν την ΑΦ, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ΑΦ είναι περιορισμένη ή ανύπαρκτη και η πρόσβαση του πληθυσμού σε οπιοειδή για την ανακούφιση από τον πόνο είναι ανεπαρκής και δεν ανταποκρίνεται στις διεθνείς συμβάσεις για την πρόσβαση σε βασικά φάρμακα³⁹.

2.4 Η ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα η ΑΦ παρέχεται αποσπασματικά και χρηματοδοτείται περιορισμένα από το κράτος. Αυτό οφείλεται, μεταξύ άλλων, στη μη σχετική νομοθέτηση για την ΑΦ στο πλαίσιο του Ε.Σ.Υ., άρα και έλλειψη κονδυλίων

για τη δημιουργία τέτοιων υπηρεσιών για όλα τα επίπεδα φροντίδας. Υπάρχουν μόνο τρία προγράμματα Εξειδικευμένης Ανακουφιστικής Φροντίδας που εξυπηρετούν περίπου 600 ασθενείς κατ' έτος στην περιοχή της Αττικής, 40 ογκολογικές κλινικές και 57 ιατρεία πόνου σε δημόσια νοσοκομεία, ορισμένα εκ των οποίων παρέχουν υπηρεσίες Γενικής Ανακουφιστικής Φροντίδας²⁰.

Η ανάπτυξη της ΑΦ πρέπει να βασιστεί δε δυο άξονες, τη δημόσια πολιτική και την εκπαίδευση. Η επίσημη αναγνώριση της ΑΦ από την πολιτεία ως προτεραιότητα της δημόσιας υγείας, η μεταρρύθμιση των νόμων που περιορίζουν τη διαθεσιμότητα των οπιοειδών για την ανακούφιση του πόνου θα επέφερε ταχύτερες βελτιώσεις στη φροντίδα των χρονίως πασχόντων. Ο άλλος άξονας, αυτός της εκπαίδευσης, θα προκύψει μόνο με την επιμόρφωση και εξειδίκευση όλων των επαγγελματιών υγείας στις αρχές και την πρακτική της ΑΦ, προπτυχιακά και μεταπτυχιακά, έτσι ώστε αυτή να μπορεί να παρέχεται στα τρία επίπεδα που αναφέρθηκαν στην ενότητα 2.1^{40,41}.

2.5 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο ΠΟΥ, τον Μάιο του 2014, ενέκρινε ψήφισμα που ζητούσε την πλήρη ενσωμάτωση της ΑΦ στην υγειονομική περίθαλψη σε όλα τα επίπεδα, με ιδιαίτερη έμφαση στο κοινοτικό περιβάλλον και σε όλη τη διάρκεια προϊούσας ασθένειας⁴². Η Χάρτα της Πράγας επίσης απαιτεί καθολική πρόσβαση στην ΑΦ⁴³.

Πρωτοβάθμια ΑΦ ορίζεται ως η κλινική διαχείριση και ο συντονισμός της φροντίδας ασθενών με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα που παρουσιάζουν απλά σχετιζόμενα προβλήματα χρησιμοποιώντας ανακουφιστική προσέγγιση. Υπάρχει συνεργασία με ομάδα **Εξειδικευμένης** ΑΦ για παραπομπή, συμβούλια και πρόσβαση σε Μονάδες Ανακουφιστικής Φροντίδας Ασθενών για εξειδικευμένη περίθαλψη, όταν υπάρξει ανάγκη^{44,45}. Η παρουσία της ΑΦ στο εξωνοσοκομειακό περιβάλλον είναι πολύ σημαντική διότι είναι απαραίτητο στοιχείο στη συνέχεια της φροντίδας των χρονίως πασχόντων στην κοινότητα. Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού στο συντονισμό και την παροχή πρωτοβάθμιας ΑΦ είναι κομβικός⁴⁶. Κάποια στοιχεία της Βασικής ΑΦ, όπως η ευθυγράμμιση της θεραπείας με τους στόχους του ασθενούς και η βασική

διαχείριση των συμπτωμάτων του, θα πρέπει να αποτελούν συνήθη στοιχεία φροντίδας που παρέχονται από οποιονδήποτε επαγγελματία υγείας. Καθώς όμως αναγνωρίζεται η αξία της ΑΦ, οι εξειδικευμένες ομάδες επαγγελματιών υγείας καλούνται μερικές φορές για όλες τις ανάγκες ΑΦ, ανεξάρτητα από την πολυπλοκότητά τους. Παρόλο που θεωρητικά αυτό φαίνεται βέλτιστο, μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες. Η αυξανόμενη ζήτηση για ΑΦ θα ξεπεράσει - και ξεπερνά στην Ελλάδα - τη δυνατότητα παροχής τέτοιας φροντίδας. Πολλά στοιχεία ΑΦ μπορούν να παρέχονται από γενικούς και εξειδικευμένους γιατρούς ανεξαρτήτως ειδικότητας και εκπαιδευμένους νοσηλευτές⁴⁷.

Για να αναπτυχθεί η Πρωτοβάθμια ΑΦ απαιτείται ένα μοντέλο φροντίδας που να διακρίνει την Πρωτοβάθμια ΑΦ από την Εξειδικευμένη ΑΦ έτσι ώστε αυτές να συνυπάρχουν και να αλληλοϋποστηρίζονται⁴⁷ (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Δεξιότητες σε Πρωτοβάθμια και Εξειδικευμένη ΑΦ

Πρωτοβάθμια ΑΦ	Εξειδικευμένη ΑΦ
Βασική διαχείριση του πόνου και άλλων συμπτωμάτων	Διαχείριση επίμονου πόνου ή άλλων συμπτωμάτων
Βασική διαχείριση άγχους και κατάθλιψης	Διαχείριση καταστάσεων άγχους, πένθους και υπαρξιακής δυσφορίας
Διερεύνηση παραμέτρων όπως:	Βοήθεια στην επίλυση συγκρούσεων σχετικά με τους στόχους ή τις μεθόδους θεραπείας ενδοοικογενειακά, μεταξύ του προσωπικού και της οικογένειας και μεταξύ των θεραπευτικών ομάδων
<ul style="list-style-type: none"> • Πρόγνωση • Θεραπευτικοί στόχοι • Υποφέρειν • Καθεστώς ανάνηψης 	Βοήθεια στην αντιμετώπιση περιπτώσεων τελικού σταδίου

Πηγή: Quill, T. E. and Abernethy, A. P. (2013)⁴⁷

2.6 Η ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η ΑΦ αντιμετωπίζει ολόκληρο το άτομο, παρέχεται με σκοπό την αντιμετώπιση σωματικών, κοινωνικών, ψυχολογικών, πνευματικών και πρακτικών αναγκών. Οι υπηρεσίες ΑΦ πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμες ανά πάσα στιγμή. Η ΑΦ δεν μπορεί να παρέχεται αποτελεσματικά από μόνο ένα

άτομο, αλλά χρειάζεται μια ομαδική διεπιστημονική και πολυεπιστημονική προσέγγιση²¹. Η ομάδα μπορεί να περιλαμβάνει γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, φαρμακοποιούς, διατροφολόγους, συμπληρωματικούς θεραπευτές, ιερείς, διοικητικό προσωπικό, εθελοντές και βέβαια τον ασθενή και τους οικείους του. Η ομάδα ΑΦ χρειάζεται έναν ηγέτη/ διαχειριστή που πρακτικά μπορεί να είναι οποιοσδήποτε επαγγελματίας υγείας, αλλά παραδοσιακά είναι γιατρός. Ως διαχειριστές περιπτώσεων (case managers), οι νοσηλευτές ΑΦ είναι πλέον κατάλληλοι καθώς εφαρμόζουν τη φροντίδα σύμφωνα με τους στόχους που έχουν τεθεί και συνεργάζονται με τα λοιπά μέλη της ομάδας ΑΦ και είναι υπεύθυνοι για τον συντονισμό, την ανάπτυξη και την εφαρμογή του πλάνου φροντίδας⁴⁸. Η βάση της ΑΦ είναι η σχέση μεταξύ ασθενούς/ οικογένειας και της υπόλοιπης ομάδας επαγγελματιών. Η θεραπευτική αυτή σχέση είναι άνιση ως προς τη φύση της, αλλά η δέσμευση από όλα τα μέλη είναι απαραίτητη για την επίτευξη του στόχου της ΑΦ. Προϋποθέσεις για αυτή τη σχέση είναι η εμπιστοσύνη, η ενσυναίσθηση και η αυθεντικότητα²¹.

2.6.1 ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Ο ασθενής και η οικογένειά του είναι στο κέντρο της ΑΦ. Οι επιθυμίες τους, όχι μόνο οι ανάγκες τους, ως προς τους στόχους και την ιεράρχηση της φροντίδας του θα πρέπει να εισακουστούν. Ο ασθενής είναι μέρος οικογενειακού συστήματος και συχνά οι ανάγκες της οικογένειας είναι ίσες ή και μεγαλύτερες από τις ανάγκες του ατόμου που πάσχει από απειλητικό για τη ζωή νόσημα. Ειδικά αυτό μπορεί να συμβεί όταν η ΑΦ παρέχεται στο σπίτι και η οικογένεια συχνά αναλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας²².

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει κομβικό ρόλο στην ομάδα ΑΦ. Η ανακούφιση από τον πόνο και άλλα σωματικά συμπτώματα είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της ΑΦ. Οι γιατροί στην ΑΦ μπορούν να παρέχουν υποστηρικτική φροντίδα από τα πρώιμα στάδια μιας χρόνιας ασθένειας, παράλληλα με θεραπευτικές παρεμβάσεις όμως, η φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου και των οικείων τους είναι βασική παράμετρος της ΑΦ. Μπορούν να παρέχουν στήριξη, καθοδήγηση και τεχνογνωσία και σε άλλους

επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα σε σύνθετες καταστάσεις²¹. Οι βασικές και απαραίτητες δεξιότητες των γιατρών στην ΑΦ είναι η επικοινωνία, η κλινική αξιολόγηση, η λήψη αποφάσεων και η σε βάθος γνώση της φαρμακολογίας.

Οι νοσηλευτές αφιερώνουν τον περισσότερο χρόνο με ασθενείς και τις οικογένειές τους από οποιονδήποτε άλλο επαγγελματία υγείας, ιδίως σε περιπτώσεις σοβαρής ασθένειας. Η εξειδικευμένη νοσηλευτική ΑΦ μειώνει τη δυσφορία και την επιβάρυνση της απειλητικής για τη ζωή ασθένειας και μπορεί να αντιμετωπίσει εξατομικευμένες σωματικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και πνευματικές ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους⁴⁸. Οι νοσηλευτές ενημερώνουν, εκπαιδεύουν και προετοιμάζουν ασθενείς και οικογένειες. Οι οικογενειακοί φροντιστές στηρίζονται και ενθαρρύνονται να συμμετέχουν όσο το δυνατόν περισσότερο στη φροντίδα του ασθενούς. Για να είναι δυνατό αυτό, πρέπει να εκπαιδεύονται και να προετοιμάζονται από τον νοσηλευτή και τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας ΑΦ²².

Όλα τα μέλη μιας ομάδας ΑΦ παρέχουν συμβουλές και συναισθηματική στήριξη στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Συχνά όμως, μπροστά στο φάσμα της απειλητικής για τη ζωή ασθένειας ή τον επικείμενο θάνατο, αναδύονται ή αναζωπυρώνονται συναισθηματικά και ψυχικά προβλήματα του ασθενή που χρήζουν παρέμβασης από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας, όπως **ψυχολόγο** ή **ψυχίατρο**, εξειδικευμένο στην ΑΦ.

Ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας είναι απαραίτητος για την ψυχοκοινωνική αξιολόγηση του ασθενούς, την οικογενειακή και ατομική θεραπεία καθώς και τη συμβουλευτική πένθους²².

Η ΑΦ διακρίνεται από την έμφαση στις ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους. Ο σκοπός της κοινωνικής εργασίας στην ΑΦ είναι να βοηθήσει να αντιμετωπιστούν προσωπικά και κοινωνικά προβλήματα της ασθένειας, της προκαλούμενης ανικανότητας και του επερχόμενου θανάτου. Ο **κοινωνικός λειτουργός** θα αξιολογήσει τον ασθενή και την οικογένειά του για θέματα οικογενειακής δυσλειτουργίας, οικονομικά προβλήματα και θα βοηθήσει πρακτικά στον προγραμματισμό του μέλλοντος, όπως τη δημιουργία διαθήκης, την τακτοποίηση οικονομικών και νομικών εκκρεμοτήτων/ θεμάτων. Ο κοινωνικός λειτουργός λειτουργεί ως σύνδεσμος

προς τον έξω κόσμο. Μετά το θάνατο του ασθενούς, ο κοινωνικός λειτουργός προσφέρει υποστήριξη για την οικογένεια^{21,22}.

Οι πνευματικές ανάγκες ενός ασθενούς αναγνωρίζονται επίσης από την ομάδα ΑΦ. Οι ασθενείς που πλησιάζουν τον θάνατο αντιμετωπίζουν ζητήματα νοσηματοδότησης, πίστης και ύπαρξης. Η πνευματικότητα στην ΑΦ είναι περισσότερο από τη θρησκευτικότητα. Η ομάδα ΑΦ θα πρέπει να παρέχει στον ασθενή την πνευματική φροντίδα που θέλει και ζητά, ασχέτως θρησκείας. Συνεπώς ορισμένα προγράμματα ΑΦ μπορεί να περιλαμβάνουν στην ομάδα και ιερέα. Εναλλακτικά ο συντονισμός για την ανεύρεση του κατάλληλου **κληρικού ή πνευματικού καθοδηγητή** μπορεί να γίνεται μέσω του κοινωνικού λειτουργού^{21,22}.

Η ομάδα ΑΦ συνεργάζεται επίσης με διάφορους **θεραπευτές** ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς. Αυτοί μπορεί να είναι **φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, διαιτολόγοι/διατροφολόγοι, λογοθεραπευτές και εναλλακτικοί θεραπευτές**. Η αποκατάσταση στην ΑΦ μπορεί να διατηρήσει σημαντικές λειτουργίες ακόμα στο τελικό στάδιο. Οι θεραπευτές ως μέλη της διεπαγγελματικής ομάδας μπορούν να ανταποκριθούν στις ποικίλες και πολύπλοκες ανάγκες των ασθενών με χρόνιες και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες²².

Η **διοικητική ομάδα** αποτελεί επίσης σημαντικό στοιχείο. Χωρίς διοικητική υποστήριξη, όπως τήρηση ιατρικών αρχείων και γραμματειακή συνδρομή, δυσκολεύεται πάρα πολύ η παροχή της ΑΦ. Τέλος, **οι εθελοντές** μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ΑΦ. Οι εθελοντές επιλέγουν να βοηθήσουν ανιδιοτελώς, προσθέτοντας μια επιπλέον διάσταση στη φροντίδα, συχνότερα παρέχοντας πρακτική βοήθεια, όπως τα ψώνια και το μαγείρεμα, η ανακούφιση του κύριου φροντιστή, η βοήθεια με τις δουλειές του σπιτιού και οι μεταφορές. Οι εθελοντές θα πρέπει να λαμβάνουν εκπαίδευση πριν ενταχθούν στην ομάδα ΑΦ. Ένα μέλος της κεντρικής ομάδας ΑΦ θα πρέπει να συντονίζει το έργο των εθελοντών παρέχοντας εποπτεία και εκπαίδευση στην επικοινωνία και τις βασικές αρχές της ΑΦ²².

2.6.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Η ΑΦ εφαρμόζεται σε διάφορες υπηρεσίες και επίπεδα φροντίδας. Οι νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν ΑΦ σε μεγάλο πεδίο εφαρμογής από το νοσοκομείο ως το σπίτι του ασθενούς, εστιασμένα στις εξατομικευμένες ανάγκες των ασθενών.

Τόσο η ανακουφιστική όσο και η νοσηλευτική φροντίδα δίνουν έμφαση στην ολοκληρωμένη φροντίδα που υποστηρίζει τις βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών και των φροντιστών τους, συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης και αντιμετώπισης προβλημάτων σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής φύσης. Οι νοσηλευτές συχνά αναγνωρίζουν αλλαγές στην κατάσταση υγείας των ασθενών και αυτές είναι οι χρονικές στιγμές κατά τις οποίες μπορεί να εισαχθεί η ΑΦ. Ενώ η παροχή ΑΦ περιλαμβάνει αρκετές νοσηλευτικές δεξιότητες, όλοι οι νοσηλευτές είναι ιδιαίτερα εξειδικευμένοι στις θεμελιώδεις αρχές της ΑΦ που περιλαμβάνουν διαχείριση συμπτωμάτων, επικοινωνία και συνηγορία⁴⁹.

Η βασική και η γενική νοσηλευτική ΑΦ παρέχεται από νοσηλευτές που έχουν επιμορφωθεί στις θεμελιώδεις αρχές της ΑΦ. Αναγκαία και ικανή συνθήκη για αυτό είναι να έχει περιληφθεί η ΑΦ στα προγράμματα βασικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης και να παρέχεται μέσω συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης σε επαγγελματίες νοσηλευτές.

Η εξειδικευμένη νοσηλευτική ΑΦ μπορεί να παρέχεται μόνο μετά από εκπαίδευση σε μεταπτυχιακό επίπεδο ή στα πλαίσια αναγνωρισμένης συνεχιζόμενης εκπαίδευσης⁵⁰.

Ένα από τα σημαντικότερα οφέλη της ΑΦ είναι η ικανότητα βελτίωσης των σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων των ασθενών και των φροντιστών. Με πρωταρχικό στόχο την ενίσχυση της ποιότητας ζωής των ασθενών, η ΑΦ δίνει έμφαση στη διαχείριση της ασθένειας ή/και στη θεραπεία σχετικών συμπτωμάτων. Ομοίως, η νοσηλευτική φροντίδα στοχεύει στην έγκαιρη διαχείριση των συμπτωμάτων χρησιμοποιώντας ολοκληρωμένες και ποιοτικές θεραπείες⁴⁹. Οι νοσηλευτές δημιούργησαν μερικά από τα πρώτα μοντέλα φροντίδας για τη διαχείριση συμπτωμάτων και είναι πρωτοπόροι στην

πρακτική εφαρμογή στρατηγικών διαχείρισης συμπτωμάτων βάσει ενδείξεων⁵¹.

Η εξειδικευμένη και ενσυναισθητική επικοινωνία είναι απαραίτητη για την παροχή άριστης ΑΦ. Οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται σε δεξιότητες επικοινωνίας που τους επιτρέπουν να συζητήσουν την πρόγνωση, τους στόχους, τον εκ των προτέρων σχεδιασμό της φροντίδας και τις ιατρικές αποφάσεις με ασθενείς και φροντιστές. Δεδομένης της οικείας γνώσης των ασθενών τους, οι νοσηλευτές μπορούν να διευκολύνουν συζητήσεις ευαίσθητων θεμάτων με έναν υποστηρικτικό τρόπο, ενσωματώνοντας τις ανησυχίες και τις αξίες των φροντιστών σε διαβουλεύσεις σχετικά με τις επιλογές και τους στόχους θεραπείας. Ως εκ τούτου, οι νοσηλευτές είναι σε ιδανική θέση να ξεκινήσουν μια συζήτηση σχετικά με την ΑΦ εφόσον εκτιμούν ότι ο ασθενής θα ήταν ανοιχτός στη συζήτηση αυτών των θεμάτων και θα μπορούσε να επωφεληθεί από υπηρεσίες ΑΦ. Είναι επίσης σε θέση να αναλύσουν τις επιλογές και το πώς οι υπηρεσίες ΑΦ μπορούν να αντιμετωπίσουν ιατρικά, ψυχοκοινωνικά και υλικοτεχνικά προβλήματα ασθενών και φροντιστών⁴⁹.

Καθώς η έγκαιρη ενσωμάτωση της ΑΦ στην περίθαλψη καλείται να γίνει ο κανόνας, συνεχίζουν να υπάρχουν πολιτισμικοί φραγμοί και κλινικά εμπόδια στην εισαγωγή της ΑΦ από ασθενείς, φροντιστές και επαγγελματίες υγείας. Στην ανακουφιστική νοσηλευτική πρακτική ο ασθενής είναι κεντρικής σημασίας, γεγονός που ενισχύει την ικανότητα των νοσηλευτών να αναπτύσσουν θεραπευτικές σχέσεις, να εφαρμόζουν εξειδικευμένες πρακτικές και να δημιουργούν συνθήκες συνηγορίας με πολιτισμική ευαισθησία. Οι νοσηλευτές, ως συνήγοροι του ασθενή, στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας, παραθέτουν τις απόψεις, τις ανησυχίες, τους φόβους και τις προτεραιότητές του σχετικά με την φροντίδα του και υποστηρίζουν τις επιθυμίες του όταν πρόκειται να ληφθούν αποφάσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του⁴⁹.

Δεδομένου ότι οι πρακτικές ΑΦ χρησιμοποιούνται ήδη ευρέως σε όλους τους κλινικούς χώρους, οι νοσηλευτές όλων των ειδικοτήτων χρήζουν επιπλέον κατάρτισης και εκπαίδευσης στην ΑΦ. Για να είναι σε θέση να την

εφαρμόσουν όμως, οι νοσηλευτές χρειάζονται όχι μόνο τη σχετική κατάρτιση αλλά αποσαφήνιση του ρόλου τους, ιατρική και διοικητική υποστήριξη⁴⁹.

2.7 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) είναι, εξ ορισμού, άρρηκτα συνδεδεμένη με την Ανακουφιστική Φροντίδα¹⁵. Από την εισαγωγή του στην ιατρική βιβλιογραφία τη δεκαετία του '60, ο όρος «ποιότητα ζωής» έχει γίνει όλο και πιο δημοφιλής. Το 1975 η ποιότητα ζωής εισήχθη ως λέξη-κλειδί σε βάσεις δεδομένων ιατρικής βιβλιογραφίας. Μια αναζήτηση στο PubMed για μελέτες με τον όρο «ποιότητα ζωής» στον τίτλο τους ανακτούσε 0 έως 1 άρθρα/έτος τη δεκαετία του '60, ενώ αυτός ο αριθμός έχει φτάσει σήμερα σχεδόν τις 400.000 μελέτες (395241 άρθρα στις 5 Μαΐου 2020). Μια πηγή της έννοιας ΠΖ προέρχεται από τον ορισμό της υγείας του ΠΟΥ του 1947 ως «κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς απουσία ασθένειας και αναπηρίας»⁵². Μάλιστα, ο ΠΟΥ ορίζει την Ποιότητα Ζωής ως «την αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στα πλαίσια της κουλτούρας και του συστήματος αξιών όπου ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του». Η ΠΖ επηρεάζεται από τη σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, το επίπεδο αυτονομίας, τις κοινωνικές του σχέσεις, περιβαλλοντικούς παράγοντες και τις προσωπικές του πεποιθήσεις⁵³.

Με την έννοια της ΠΖ σχετίζονται τρία κύρια χαρακτηριστικά.

1. Η ΠΖ αναφέρεται στις ατομικές συνθήκες ζωής. Η έννοια έχει μια μικροσκοπική οπτική, όπου οι συνθήκες και οι αντιλήψεις του ατόμου παίζουν βασικό ρόλο. Τα μακροσκοπικά χαρακτηριστικά της ΠΖ που σχετίζονται με την οικονομική και κοινωνική κατάσταση μιας κοινωνίας παρότι δεν είναι κεντρικά σε αυτή την περίπτωση, είναι σημαντικά για την τοποθέτηση των ατομικών συνθηκών στο ευρύτερο πλαίσιο.

2. Η ΠΖ είναι μια πολυδιάστατη έννοια. Οι διάφοροι τομείς της ζωής επηρεάζουν την ποιότητά της και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Αποτελεί αντικείμενο μελέτης και συνεργασίας πολλών ειδικοτήτων, όπως της Κοινωνιολογίας, της Δημογραφίας, των Οικονομικών, της Ψυχολογίας και πολλών άλλων. Κάθε επιστήμη προσεγγίζει την έννοια από διαφορετική οπτική.

3. Η ΠΖ μετράται με αντικειμενικούς και υποκειμενικούς δείκτες. Οι υποκειμενικές στάσεις και αντιλήψεις έχουν ιδιαίτερη σημασία για τον προσδιορισμό ατομικών στόχων και προσανατολισμού. Οι ατομικές αντιλήψεις και στάσεις είναι πολύτιμες όταν οι υποκειμενικές αξιολογήσεις συνδέονται με αντικειμενικές συνθήκες διαβίωσης. Η εφαρμογή και των δύο τρόπων μέτρησης της ποιότητας ζωής δίνει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα.

Η ανάγκη παρακολούθησης των παραγόντων που επηρεάζουν την ΠΖ, οδήγησε σταδιακά στην ανάπτυξη νέων επιστημονικών πεδίων. Στο πλαίσιο αυτής της εξειδικευμένης προσέγγισης εντάσσεται και η Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία.⁵⁴

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Στα μέσα της δεκαετίας του '80, ο όρος «ΠΖ σχετιζόμενης με την υγεία» (Health Related Quality of Life) εμφανίστηκε για πρώτη φορά σε τίτλους άρθρων, με τη μελέτη των Torrance et al.⁵⁵ να είναι μία από τις πρώτες. Ορίζει την ΠΖ σχετιζόμενη με την υγεία ως υποσύνολο της ΠΖ, σχετικό μόνο με τον τομέα της υγείας. Η ΠΖ σχετιζόμενη με την υγεία μελετά την επίδραση της υγείας στην καθημερινή ζωή του ατόμου και στην ικανότητά του να λειτουργεί φυσιολογικά.

Η Ιατρική επιστήμη μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην ΠΖ σχετιζόμενη με την υγεία, αλλά δεν μπορεί από μόνη της να την επηρεάσει. Στη διαμόρφωση της έννοιας της ΠΖ σχετιζόμενης με την υγεία, υπεισέρχεται σειρά παραγόντων εκτός από τη φυσική υγεία και λειτουργικότητα, όπως είναι η κοινωνική ευημερία και η συναισθηματική ικανοποίηση⁵⁶.

Η πλειοψηφία των μεθοδολογιών στις επιστήμες υγείας και στις κοινωνικές επιστήμες ενσωματώνει τουλάχιστον 3 διαστάσεις σε οποιαδήποτε κλίμακα ή δείκτη για τη μέτρηση της υγείας ή της ΠΖ, δηλαδή τη σωματική λειτουργία, την ψυχική κατάσταση και την κοινωνική ζωή⁵⁷.

Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής έχει ως βασικό στόχο την ολιστική αποτίμηση της υγείας ενός ατόμου και ενός πληθυσμού, και δεν περιορίζεται μόνο στους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Οι δείκτες μέτρησης της ΠΖ σχετιζόμενης με την υγεία διακρίνονται σε αντικειμενικούς δείκτες που μετρούν την αντικειμενική λειτουργικότητα και υποκειμενικούς που μετρούν την υποκειμενική ευημερία. Η υποκειμενική

μέτρηση της υγείας έχει εφαρμογή σε κάθε περίπτωση όπου εμφανίζονται διλήμματα επιλογής μεταξύ εναλλακτικών παρεμβάσεων και πρέπει να συνεκτιμηθούν παράγοντες που αφορούν την ποιότητα ζωής. Όμως, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, είναι σημαντικό η μέτρηση της ΠΖ σχετιζόμενης με την υγεία να προσεγγίζεται αμφίπλευρα .

Η πρώτη κλίμακα ΠΖ σχετιζόμενης με την υγεία είναι το QL-Index του Spitzer⁵⁸ που μετρά την ΠΖ σχετιζόμενη με την υγεία ασθενών με καρκίνο και σχεδιάστηκε- γεγονός που φαίνεται παράδοξο σήμερα- για χρήση από ιατρικό προσωπικό. Το Προφίλ Υγείας Νότινχαμ (Nottingham Health Profile)⁵⁹, το Προφίλ Επιπτώσεων Ασθένειας (Sickness Impact Profile)⁶⁰ και το SF-36⁶¹ ως μέτρο της κατάστασης της υγείας όπως την αντιλαμβάνεται ο πάσχων. Από κάποιο σημείο, ωστόσο, έγινε συνηθισμένο να χαρακτηρίζουμε τα παραπάνω ως μέτρα ΠΖ σχετιζόμενης με την υγεία. ΠΖ σχετιζόμενη με την υγεία και ΠΖ πλέον αντιμετωπίζονται ως συνώνυμα από πολλούς ερευνητές και κλινικούς γιατρούς. Η ανάπτυξη του πεδίου της ΠΖ σχετιζόμενης με την υγεία ενισχύθηκε, όχι μόνο από την αναδυόμενη αναγνώρισή της ως υποκειμενικού παράγοντα, αλλά και από την αύξηση των χρόνιων παθήσεων που απαιτούν μακροχρόνια θεραπεία και δια βίου φροντίδα⁵⁶.

Οι κλίμακες ΠΖ σχετιζόμενης με την υγεία συχνά ενσωματώνουν τέσσερις ευρείες διαστάσεις υγείας:

1. Φυσική υγεία, δηλαδή σωματικές αισθήσεις, συμπτώματα, παρενέργειες της θεραπείας
2. Ψυχική υγεία, που κυμαίνεται από μια θετική αίσθηση ευεξίας, μη παθολογικές μορφές ψυχολογικής δυσφορίας, έως διαγνωσμένη ψυχιατρική διαταραχή
3. Κοινωνική υγεία, συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης τόσο ποσοτικών όσο και ποιοτικών πτυχών των κοινωνικών επαφών και αλληλεπιδράσεων
4. Λειτουργική υγεία, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής λειτουργίας όσον αφορά την αυτοφροντίδα, την κινητικότητα και το επίπεδο σωματικής

δραστηριότητας και της λειτουργικότητας του κοινωνικού ρόλου αναφορικά με την οικογένεια και την εργασία

Εκτός από αυτές τις βασικές διαστάσεις, πολλές κλίμακες περιλαμβάνουν μεταβλητές που είναι συγκεκριμένες για μια δεδομένη ασθένεια ή θεραπεία. Έτσι, για παράδειγμα, οι κλίμακες αξιολόγησης ΠΖ στον καρκίνο του μαστού συχνά περιλαμβάνουν ερωτήσεις για τη σεξουαλικότητα και την εικόνα σώματος. Οι περισσότερες κλίμακες ΠΖ πλέον αξιολογούνται υποκειμενικά από τους ίδιους τους ερωτώμενους και όχι από γιατρούς, νοσηλευτές, μέλη της οικογένειας ή τρίτους⁵⁷.

ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Στην ΑΦ όμως, η ΠΖ σχετιζόμενη με την υγεία δε σχετίζεται μόνο με σωματικά συμπτώματα, λειτουργικότητα, ψυχολογική και κοινωνική ευημερία αλλά και με υπαρξιακή νοηματοδότηση και ολοκλήρωση. Συνεπώς οι στόχοι της ΑΦ περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση όλων των παραπάνω για τον ασθενή καθώς και αισθήματα απώλειας και θλίψης και οικογενειακή στήριξη. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της φροντίδας στο τέλος της ζωής, η πνευματικότητα και τα υπαρξιακά ζητήματα γίνονται πιο έντονα. Οι κλίμακες ΠΖ στην ΑΦ πρέπει να περιλαμβάνουν στοιχεία που αντικατοπτρίζουν τους συγκεκριμένους στόχους της ΑΦ, όπως είναι η βελτίωση της ΠΖ στο τελικό στάδιο, ο έλεγχος των συμπτωμάτων, η οικογενειακή στήριξη και ικανοποίηση από τη φροντίδα, λαμβάνοντας υπόψη τις αντιλήψεις των ασθενών για το σκοπό και το νόημα της ζωής⁶².

Η ΑΦ στοχεύει στη βελτίωση της ΠΖ ασθενών και των οικογενειών τους προλαμβάνοντας και θεραπεύοντας συμπτώματα που σχετίζονται με την ασθένεια και την ίδια τη θεραπεία, αντιμετωπίζοντας ταυτόχρονα τις ψυχοκοινωνικές και πνευματικές ανάγκες των ασθενών. Η αξιολόγηση της ΠΖ στην κλινική πράξη είναι ένα σημαντικό μέρος της ΑΦ, θα πρέπει όμως να είναι μια συνεχής διαδικασία παρακολούθησης και όχι μόνο μία αρχική μέτρηση. Αυτό διότι η εξέλιξη της νόσου δεν συμβαδίζει πάντα με την προσωπική εκτίμηση του ασθενή για τη συμπτωματολογία του οπότε είναι πιθανό η ομάδα ΑΦ να μην αντιληφθεί έγκαιρα την αλλαγή και ο ασθενής να υποφέρει^{62,63}.

Υπάρχουν διάφορα μοντέλα που χρησιμοποιούνται για να ορίσουν το οικοδόμημα της ΠΖ στην ΑΦ. Η κάθε άποψη προσφέρει και μια διαφορετική οπτική σε αυτό το πολύπλοκο θέμα και πιθανώς εξηγεί ερευνητικά ευρήματα:

α) Η Θεωρία του Χάσματος του Calman: Οι προσδοκίες των ασθενών

Ο Calman⁶⁴ περιέγραψε την ΠΖ ως την αντίστροφη σχέση του μεγέθους χάσματος μεταξύ των προσδοκιών ενός ατόμου και την πραγματικότητα της κατάστασης. Όσο μικρότερο είναι το χάσμα, τόσο καλύτερη είναι η ΠΖ. Η θεωρία του χάσματος εμπεριέχεται εμμέσως στο περισσότερα ερωτηματολόγια ΠΖ στα οποία θεωρείται ότι το κάθε άτομο αξιολογεί τη λειτουργικότητά του ανάλογα με το τι θεωρεί φυσιολογικό. Οπότε η απάντηση σε ένα ερώτημα δεν αντικατοπτρίζει κάποιο απόλυτο επίπεδο ΠΖ αλλά είναι σε αναλογία με τις ατομικές προσδοκίες. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η ΠΖ ενός ατόμου επηρεάζεται είτε από αλλαγή της πραγματικής του κατάστασης ή από αλλαγή στις προσδοκίες του. Στην ΑΦ είναι σημαντικό να λαμβάνουμε υπόψη ότι οι προσδοκίες ενός ατόμου συχνά προσαρμόζονται καθώς επέρχεται αποδοχή λειτουργικών περιορισμών προϋούσας της νόσου. Αυτή η θεωρία εξηγεί και το γεγονός ότι άτομα με μείζονα σωματικά ή / και ψυχολογικά προβλήματα ενδέχεται να αναφέρουν και να βιώνουν υψηλή ΠΖ³⁶.

β) Η έννοια της ωφελιμότητας

Η αναλογική ΠΖ μπορεί επίσης να οριστεί σε σχέση με την ωφελιμότητα ή την αξία συγκρινόμενη με τη φυσιολογική λειτουργία. Η ωφελιμότητα μετριέται σε μια κλίμακα από 0-1, όπου 0 είναι ο θάνατος και 1 η φυσιολογική λειτουργία. Συνεπώς, αν ένα επίπεδο λειτουργικότητας λάβει τιμή 0,5, τότε ένα έτος ζωής σε χαμηλότερη λειτουργικό επίπεδο θεωρείται ότι αντιστοιχεί σε μόνο μισό έτος φυσιολογικής λειτουργίας. Αυτό είναι και στην ουσία η έννοια των ποιοτικά προσαρμοσμένων ετών επιβίωσης (Quality Adjusted Life-Years, QALY's). Παρότι δεν έχει άμεσο αντίκτυπο στην επιβίωση, μια ανάλογη κατάσταση σε ασθενή με χρόνια πόνο θα ήταν η επιλογή μεταξύ ολικής αναλγησίας ασχέτως επιπέδου καταστολής ή περισσότερου πόνου αλλά υψηλότερα επίπεδα εγρήγορσης.

γ) Νοηματοδότηση και Κουλτούρα

Σε κάθε σοβαρή ασθένεια, αλλά ειδικότερα στα τελικά στάδια μιας νόσου, ένα άτομο μπορεί να βιώσει μια πνευματική κρίση και να θέσει ερωτήματα όπως «γιατί εγώ, γιατί τώρα;». Οι προσπάθειες απάντησης αυτών των ερωτημάτων αντιπροσωπεύουν προσπάθειες να νοηματοδοτήσει και να αντεπεξέλθει στην ασθένεια. Στήριξη σε αυτή τη διαδικασία πρέπει να παρέχεται από την ομάδα ΑΦ με ευαισθησία απέναντι στη διαφορετικότητα κάθε πάσχοντα. Η πολιτισμική ευαισθησία είναι επίσης πολύ σημαντική στην ΑΦ διότι στο πλαίσió της αυτό συμπεριλαμβάνονται οικογενειακά θέματα, κοσμοθεωρίες και πνευματικότητα. Έννοιες όπως ΑΦ, πόνος, θάνατος κλπ μπορεί να λαμβάνουν πολύ διαφορετική εξήγηση ανάλογα με την κουλτούρα και τα πιστεύω κάθε ασθενή. Η ομάδα ΑΦ πρέπει να έχει αυτή την ευαισθησία και να αντιμετωπίζει κάθε σύνολο ασθενή-οικογένειας με σεβασμό και αποδοχή, άσχετα με τα προσωπικά πιστεύω της ομάδας. Το θέμα της κουλτούρας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και κατά τη δημιουργία κλιμάκων μέτρησης της ΠΖ και αυτές να είναι πολιτισμικά προσαρμοσμένες³⁶.

2.8 ΠΟΝΟΣ

Ο κυριότερος τρόπος βελτίωσης της ΠΖ ασθενών είναι πρωταρχικά *«μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης του πόνου και συγκεκριμένα, με τον έγκαιρο εντοπισμό και την προσεγμένη αξιολόγηση και θεραπεία του πόνου και άλλων σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων»*²⁰. Ο πόνος -και ειδικά ο χρόνιος πόνος- μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ευημερία, το επίπεδο λειτουργίας και την ποιότητα ζωής ενός ατόμου. Η Διεθνής Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (International Association for the Study of Pain, IASP) ορίζει τον πόνο ως *«μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται, ή μοιάζει με αυτήν που σχετίζεται, με πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών»*.

Ο ορισμός της IASP επεκτείνεται με τα παρακάτω 6 βασικά στοιχεία:

- *«Ο πόνος είναι πάντα μια προσωπική εμπειρία που επηρεάζεται σε διάφορο βαθμό από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.*

- Ο πόνος και η αλγαισθησία είναι διαφορετικά φαινόμενα. Ο πόνος δεν μπορεί να συναχθεί μόνο από δραστηριότητα στους αισθητικούς νευρώνες.
- Τα άτομα μαθαίνει την έννοια του πόνου μέσω εμπειριών της ζωής του.
- Η αναφορά μιας εμπειρίας ως πόνου πρέπει να γίνεται σεβαστή.
- Αν και ο πόνος συνήθως εξυπηρετεί μια προσαρμοστική λειτουργία, μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη λειτουργικότητα και την κοινωνική και ψυχολογική ευεξία.
- Η λεκτική περιγραφή είναι μόνο ένας από πολλούς τρόπους για να εκφράσει κανείς πόνο. Η αδυναμία επικοινωνίας δεν αναιρεί την πιθανότητα ένας άνθρωπος, ή άλλο έμβιο ον, να βιώνει πόνο»^{65,66}.

Η διαχείριση του πόνου είναι αντικείμενο μελέτης πολλών τομέων, της ιατρικής, της δεοντολογίας και της νομικής. Η αποτυχία αποτελεσματικής αντιμετώπισής του θεωρείται πλέον παγκοσμίως ως κακή, ανήθικη ιατρική πρακτική και κατάργηση ενός βασικού ανθρώπινου δικαιώματος που θεμελιώθηκε με τη διακήρυξη του Μόντρεαλ το 2011:

«...Αναγνωρίζοντας την εγγενή αξιοπρέπεια όλων των ατόμων και το ότι η μη θεραπεία του πόνου είναι βαθιά λανθασμένη, οδηγώντας σε περιττή ταλαιπωρία που είναι επιβλαβής, δηλώνουμε ότι τα ακόλουθα ανθρώπινα δικαιώματα πρέπει να αναγνωριστούν σε όλο τον κόσμο:

Άρθρο 1. Το δικαίωμα όλων των ανθρώπων να έχουν πρόσβαση σε διαχείριση του πόνου χωρίς διακρίσεις.

Άρθρο 2. Το δικαίωμα των ατόμων που πονούν να έχουν αναγνώριση ότι πονούν και να μπορούν να έχουν ενημέρωση σχετικά με τον τρόπο αξιολόγησης και διαχείρισης του πόνου.

Άρθρο 3. Το δικαίωμα όλων των ατόμων που πονούν να έχουν πρόσβαση στην κατάλληλη αξιολόγηση και θεραπεία του πόνου από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας»^{38,67}.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΟΝΟΥ

Υπάρχουν πολλοί τρόποι κατηγοριοποίησης του πόνου ανάλογα με την προσέγγιση:

Ως προς τη χρονική διάσταση

- Ο **οξύς** πόνος χαρακτηρίζεται ως πρόσφατης έναρξης, παροδικής διάρκειας και συνήθως από αναγνωρίσιμη αιτία.
- Ο **χρόνιος ή επίμονος** πόνος μπορεί να περιγραφεί ως συνεχιζόμενος ή επαναλαμβανόμενος πόνος, που διαρκεί πέρα από τη συνήθη πορεία μιας οξείας ασθένειας ή της θεραπείας ενός τραυματισμού, για περισσότερο από 3 - 6 μήνες και ο οποίος επηρεάζει δυσμενώς την ευημερία του ατόμου. Ένας άλλος ορισμός για τον χρόνια ή επίμονο πόνο είναι ο πόνος που συνεχίζεται όταν δεν πρέπει.

Ως προς την παθοφυσιολογία ο πόνος ταξινομείται σε

- **αλγαισθητικό** (nociceptive) (λόγω συνεχιζόμενης βλάβης στον ιστό, σε τραυματισμό ή φλεγμονή) οποίος χωρίζεται σε σωματικό (συνεχής, καλά εντοπισμένος) και σπλαγχνικό (συμπιέζων, μη καλά εντοπισμένος, συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα)
- **νευροπαθητικό** (neuropathic) (που προκύπτει από βλάβη ή δυσλειτουργία στον εγκέφαλο, στο νωτιαίο μυελό ή στα περιφερικά νεύρα και δεν αντιστοιχεί σε κανένα τραυματισμό)
- και σε **ψυχογενή**

Το **Σύνδρομο Κεντρικού Πόνου** είναι μια νευρολογική κατάσταση που προκαλείται από βλάβες του ΚΝΣ. Η διαταραχή εμφανίζεται σε άτομα που έχουν ή έχουν υποστεί αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, Σκλήρυνση κατά Πλάκας, νόσο του Πάρκινσον, όγκους του εγκεφάλου, ακρωτηριασμούς άκρων, εγκεφαλικές βλάβες ή τραυματισμούς του νωτιαίου μυελού. Μπορεί να αναπτυχθεί μήνες ή χρόνια μετά από τραυματισμό ή βλάβη στο ΚΝΣ. Αυτό περιλαμβάνει επίσης καταστάσεις όπως χρόνιος πονοκεφάλος, ινομυαλγία και το **Σύνδρομο Σύνθετου Περιφερειακού Πόνου** (Complex Regional Pain Syndrome, CRPS). Στα σύνδρομα του Κεντρικού Πόνου, ο πόνος βιώνεται

σαν να προέρχεται από ένα συγκεκριμένο σημείο στο σώμα, αλλά στην πραγματικότητα η αίσθηση δημιουργείται από το νευρικό σύστημα.

Ως προς την ένταση, τη χροιά

- ήπιος → μέτριος → έντονος
- διαξιφιστικός, πίεση, κράμπες, αίσθημα καύσου, πάγωμα, μούδιασμα, μυρμηγκιάσματα κα

Η εμπειρία του πόνου, ασχέτως αιτιολογίας, συνδυάζεται πάντα με την αντίδραση του εγκεφάλου στις εισερχόμενες πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένου του νοήματος, της εμπειρίας και της ανταπόκρισης που το ερέθισμα αυτό δημιουργεί⁶⁸

Ο χρόνιος πόνος, ιδιαίτερα, επηρεάζει περίπου το 20% των ανθρώπων παγκοσμίως και είναι η αιτία για το ένα πέμπτο περίπου των ιατρικών επισκέψεων. Ένας τρόπος για να διασφαλιστεί ότι ο χρόνιος πόνος θα λαμβάνει μεγαλύτερη προτεραιότητα παγκόσμια είναι να εισαχθεί ως νοσολογική οντότητα στη Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών (International Classification of Diseases, ICD) του ΠΟΥ. Η IASP δημιούργησε μια διεθνή ομάδα ειδικών για τον πόνο και σε στενή συνεργασία με τον ΠΟΥ, έχει αναπτύξει την αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Ασθενειών (έκδοση ICD-11) όπου ο χρόνιος πόνος έχει εισαχθεί ως νέα ταξινόμηση. Η έκδοση ICD-11 εγκρίθηκε στις 25 Μαΐου 2019 από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας (World Health Assembly) και θα τεθεί σε ισχύ την 1η Ιανουαρίου 2022⁶⁹, 58 χρόνια μετά την πρώτη αναφορά της Saunders για τον Ολικό Πόνο⁷⁰.

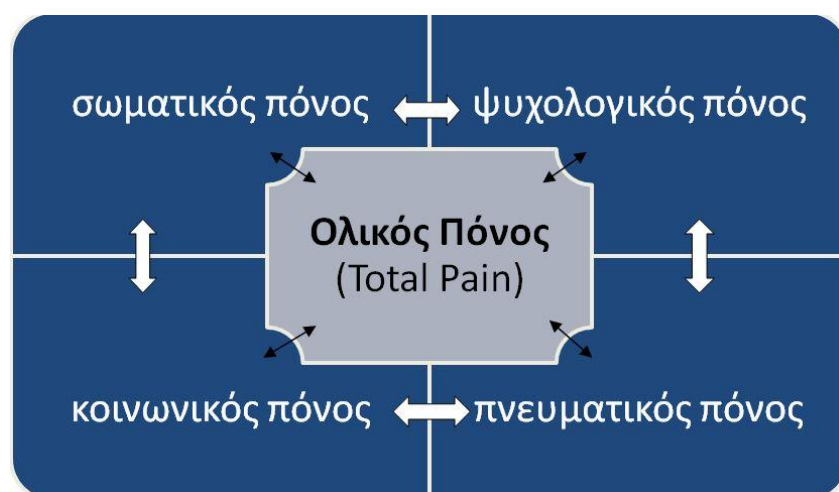
Θα περιλαμβάνει τις παρακάτω κατατάξεις:

- Χρόνιος πόνος
- Χρόνιος πρωτοπαθής πόνος
- Χρόνιος καρκινικός πόνος
- Χρόνιος μετεγχειρητικός ή μετατραυματικός πόνος
- Χρόνιος νευροπαθητικός πόνος
- Χρόνια δευτεροπαθής κεφαλαγία ή στοματοπροσωπικός πόνος
- Χρόνιος δευτεροπαθής σπλαχνικός πόνος

- Χρόνιος δευτεροπαθής μυοσκελετικός πόνος
- Προσδιοριστές του χρόνιου πόνου⁷¹

ΤΟ ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ ΟΛΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η Saunders, βασικός συντελεστής του σύγχρονου κινήματος ξενώνων ΑΦ (hospices), δημιούργησε το 1964 τον όρο «Ολικός Πόνος» και εισηγήθηκε ότι ο πόνος έχει σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική διάσταση⁷⁰. Ο συνδυασμός και η αλληλεπίδραση αυτών των στοιχείων συντελεί σε μια εμπειρία Ολικού Πόνου που είναι εξατομικευμένη και ειδική για τη συγκεκριμένη κατάσταση κάθε ασθενούς (Εικόνα 1).



Εικόνα 1: Το μοντέλο του Ολικού Πόνου

Η πολυδιάστατη φύση του πόνου που αναφέρει η Saunders το 1967, πολύ μπροστά από την εποχή της, απαιτεί τη ίδια ανάλυση και μελέτη με μια ασθένεια⁷². Και περιγράφει, ήδη από το 1970, το χρόνιο πόνο όχι μόνο σαν ένα γεγονός, αλλά μια κατάσταση όπου ο ασθενής είναι δέσμιος. Στους ασθενείς τελικού σταδίου μια σημαντική πρόκληση είναι να αποφευχθεί η εμφάνιση τέτοιου πόνου με ενεργές στρατηγικές πρόληψης, ιδίως με την τακτική χορήγηση ισχυρής αναλγησίας εν αναμονή, παρά ως απάντηση, της έναρξης του πόνου. Το μοντέλο του Ολικού Πόνου είναι πλέον παγκοσμίως αποδεκτό, όπως φαίνεται και από τον ορισμό του πόνου^{70,73}.

ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Το 55% των ασθενών που υποβάλλονται σε αντικαρκινική θεραπεία, το 66% των ασθενών που έχουν προχωρημένο, μεταστατικό ή καρκίνο τελικού

σταδίου και το 30% των επιζησάντων του καρκίνου βιώνουν πόνο^{74,75}. Υπάρχουν διάφοροι μηχανισμοί με τους οποίους ο καρκίνος προκαλεί πόνο, όπως διήθηση των μαλακών μορίων, των σπλάχνων και των οστών, συμπίεση ή τραυματισμό νεύρου, αυξημένη ενδοκράνια πίεση ή συνδυασμό αυτών. Ο καρκίνος και ο πόνος μπορούν επίσης να προκαλέσουν ψυχολογικό πόνο με τη μορφή άγχους, κατάθλιψης, φόβου ή απελπισίας και αυτά μπορούν με τη σειρά τους να επιδεινώσουν το βίωμα του πόνου. Ο στόχος της διαχείρισης του καρκινικού πόνου είναι η ανακούφιση από αυτόν σε σημείο που να επιτρέπει μια αποδεκτή ποιότητα ζωής⁷⁶.

Οι ασθενείς με καρκίνο μπορεί να υποφέρουν από όλα τα είδη πόνου αλλά μπορεί να εμφανίσουν επιπλέον και παροξυσμικό πόνο. Ο **παροξυσμικός πόνος** είναι μια παροδική έξαρση του πόνου, μέτριας ως πολύ σοβαρής έντασης, που εμφανίζεται σε έδαφος σταθερού πόνου σε ασθενείς που λαμβάνουν χρόνια αγωγή με οπιοειδή αναλγητικά επί 24ώρου βάσης. Μπορεί να προκληθεί είτε από αλλαγές στην υποκείμενη ασθένεια, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας, είτε από ακούσιες ή εκούσιες σωματικές κινήσεις, ή από αλλαγές στο επίπεδο δραστηριότητας. Μπορεί επίσης να προκληθεί από στρες και συναισθήματα όπως άγχος, θυμό, φόβο ή ανησυχία. Προκαλεί μειωμένη λειτουργικότητα, ψυχολογική επιβάρυνση και μειωμένη ποιότητα ζωής^{68,77}.

ΦΡΑΓΜΟΙ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Οι ασθενείς με καρκίνο μπορεί να πονούν σε όλα τα στάδια της νόσου τους και όχι μόνο στα τελικά στάδια. Γι αυτό και η ΑΦ πρέπει να εισάγεται νωρίς στη διαχείριση της ασθένειας. Παρά το γεγονός ότι η ανακούφιση από τον πόνο είναι ανθρώπινο δικαίωμα, πολλά άτομα δεν λαμβάνουν την ανακούφιση που χρειάζονται.

Τα οπιοειδή είναι απαραίτητη θεραπεία για το μέτριο έως ισχυρό καρκινικό πόνο. Παρόλο που η πόσιμη μορφίνη βρίσκεται στην Πρότυπη Λίστα Βασικών Φαρμάκων του ΠΟΥ καθώς και στον κατάλογο βασικών φαρμάκων μη μεταδιδόμενων νοσημάτων για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, το 2015 μόνο το 43% των χωρών ανέφεραν ότι ήταν γενικά διαθέσιμη σε τομείς πρωτοβάθμιας δημόσιας περίθαλψης⁷⁸.

Για να κατανοήσει κανείς καλύτερα τους λόγους της ανεπαρκούς διαχείρισης του πόνου σε ασθενείς με καρκίνο θα πρέπει να εξετάσει τους φραγμούς που εμποδίζουν την κατάλληλη αξιολόγηση και αντιμετώπισή του.

- Η έλλειψη γνώσης της κατάλληλης μεθοδολογίας της αξιολόγησης του πόνου είναι ο κυριότερος φραγμός της επαρκούς αντιμετώπισης
- Οι φραγμοί που σχετίζονται με τους ασθενείς αφορούν την απροθυμία τους α) να αναφέρουν ότι πονούν και β) να ακολουθήσουν ένα συγκεκριμένο πλάνο θεραπείας, το φόβο της εξάρτησης και της ανοχής στα αναλγητικά, τις αναστολές τους για τις παρενέργειες των φαρμάκων, το φόβο για την εξέλιξη της νόσου, των ενέσεων και την πεποίθηση ότι ο πόνος είναι αναπόφευκτος και θα πρέπει να τον υπομείνουν
- Οι φραγμοί που σχετίζονται με τους θεράποντες γιατρούς αφορούν στην αποτυχία τους να αξιολογήσουν και να εκτιμήσουν την ένταση του πόνου και να κατανοήσουν το κενό της γνώσης τους σχετικά με την κατάλληλη αναλγητική αγωγή
- Οι ιδρυματικοί φραγμοί περιλαμβάνουν την έλλειψη χρήσης έγκυρων εργαλείων αξιολόγησης του πόνου στην κλινική πρακτική, ο ελλιπής χρόνος που αφιερώνεται στην αξιολόγηση του πόνου σαν προτεραιότητα, η έλλειψη οικονομικών πόρων για τη θεραπεία του και σοβαροί νομικοί περιορισμοί στη συνταγογράφηση οπιοειδών και τη διαθεσιμότητά τους. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η ενσωμάτωση ενός εργαλείου μέτρησης πόνου στα διαγράμματα λήψης ζωτικών σημείων μπορεί να αυξήσει την ευαισθητοποίηση απέναντι τον πόνο και τη θεραπεία του³⁶.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Για να δημιουργηθεί ένα πλάνο αντιμετώπισης του πόνου θα πρέπει πρώτα να γίνει κατάλληλη αξιολόγηση. Συχνά, οι επαγγελματίες υγείας υποεκτιμούν τον πόνο των ασθενών τους ειδικά όταν οι ασθενείς αναφέρουν μέτριο ως έντονο πόνο. Αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη αξιολόγησης, όχι μόνο της έντασης του πόνου αλλά και των υπόλοιπων διαστάσεων του³⁶. Τα άτομα

που πάσχουν από καρκίνο μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε διάφορες ομάδες ανάλογα με το είδος του πόνου από τον οποίο υποφέρουν:

- I Ασθενείς με οξύ καρκινικό πόνο
 - Σχετιζόμενο με τη διάγνωση
 - Σχετιζόμενο με την αντικαρκινική θεραπεία
- II Ασθενείς με χρόνια καρκινικό πόνο
 - Σχετιζόμενο με την εξέλιξη της νόσου
 - Σχετιζόμενο με την αντικαρκινική θεραπεία
- III Ασθενείς με προϋπάρχοντα χρόνια μη καρκινικό πόνο και με καρκινικό πόνο
- IV Ασθενείς με ιστορικό εξάρτησης από ναρκωτικά και καρκινικό πόνο
- V Ασθενείς τελικού σταδίου με καρκινικό πόνο³⁶

Η αξιολόγηση του πόνου ασθενών με καρκίνο πρέπει να διέπεται από ορισμένες βασικές αρχές. Έλλειψη προσοχής σε αυτές μπορεί να είναι μείζων αιτία παραγνώρισης και μη σωστής διάγνωσης του συνδρόμου του πόνου. Το πρώτο βήμα είναι ότι ο ασθενής πρέπει να γίνεται πάντα πιστευτός όταν παραπονείται ότι πονά. Στη συνέχεια λαμβάνεται ένα προσεκτικό και λεπτομερές ιστορικό πόνου (αξιολόγηση των χαρακτηριστικών και προτεραιοποίηση του κάθε πόνου, παράγοντες επιδείνωσης ή ανακούφισης, επίδραση στις καθημερινές δραστηριότητες και την ποιότητα ζωής, χρονικό πλαίσιο έναρξης, ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ ή ναρκωτικών), γίνεται προσεκτική παθολογική και νευρολογική εξέταση και αξιολόγηση των εξετάσεων του ασθενή, αξιολόγηση προηγούμενης ανταπόκρισης σε αναλγητική και αντινεοπλασματική θεραπεία και αξιολόγηση της ψυχολογικής και κοινωνικής κατάστασης του ασθενή. Σε περίπτωση ανάγκης νέου κύκλου εξετάσεων χρειάζεται να συνταγογραφείται αναλγητική αγωγή για να μπορέσει να υποβληθεί σε αυτές χωρίς να πονά. Τέλος, γίνεται σχεδιασμός εξατομικευμένου πλάνου αντιμετώπισης με την χρήση κατάλληλων αναλγητικών με γνώμονα τον ασθενή, με επανααξιολόγηση του πόνου και της

αναλγητικής θεραπείας σε τακτά διαστήματα. Η ύπαρξη συνέχειας φροντίδας μειώνει το άγχος του ασθενή και των οικείων του και δημιουργεί καλύτερη συμμόρφωση στο θεραπευτικό σχήμα^{36,79}.

ΧΡΗΣΗ ΚΛΙΜΑΚΩΝ

Βοηθητικό εργαλείο στην αξιολόγηση του πόνου αποτελεί και η χρήση κλιμάκων μέτρησης του πόνου. Αυτές είναι κλίμακες αυτοαναφοράς και συμπληρώνονται από τον ίδιο τον πάσχοντα ή σε περίπτωση αδυναμίας λεκτικής επικοινωνίας από τον φροντιστή του. Υπάρχουν μονομετρικές και πολυδιάστατες κλίμακες ανάλογα με τον αριθμό των διαστάσεων που εκτιμώνται⁸⁰.

Μονοδιάστατες κλίμακες

Χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση μίας μόνο διάστασης του πόνου, συνήθως την έντασή του.

Οπτική Αναλογική Κλίμακα (Visual Analogue Scale - VAS)

Αποτελείται από μία ευθεία γραμμή, μήκους συνήθως 10 cm, οριζόντιας ή κάθετης διάταξης όπως φαίνεται στην εικόνα 2. Ο ασθενής τοποθετεί ένα σημάδι στο σημείο της γραμμής όπου, κατά τον ίδιο, αντιπροσωπεύεται καλύτερα η ένταση της αξιολογούμενης διάστασης (σε ανάπαυση και σε κίνηση), με γνώμονα την απόσταση του σημείου από τα δύο άκρα. Η αξιολόγηση γίνεται μέσω της μέτρησης της απόστασης του σημείου από το χαμηλότερο άκρο της κλίμακας σε χιλιοστά, με προτεινόμενα όρια: 0–4 mm (καθόλου ένταση), 5–44 mm (ήπια ένταση), 45–74 mm (μέτρια ένταση) και 75–100 mm (πολύ υψηλή ένταση).



καθόλου πόνος

Ο χειρότερος πόνος που
μπορείτε να φανταστείτε

Εικόνα 2: Οπτική Αναλογική Κλίμακα

Αριθμητική Κλίμακα Βαθμολόγησης (Numeric Rating Scale – NRS)

Παραλλαγή της VAS που διαθέτει αριθμημένα διαστήματα (Εικόνα 3). Οι ασθενείς υποδεικνύουν πόσο έντονος είναι ο πόνος σε μια κλίμακα από 0 έως 10, όπου 0 τυπικά αντιπροσωπεύει «καθόλου πόνος», 5 «μέτριος πόνος» και 10 «ο χειρότερος πόνος που μπορείτε να φανταστείτε».



καθόλου πόνος

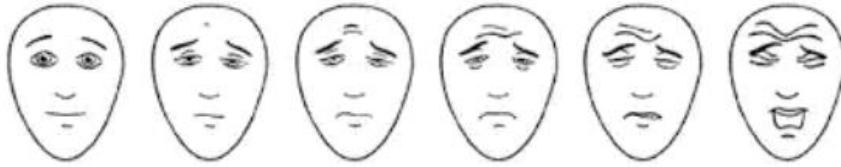
μέτριος πόνος

ο χειρότερος πόνος που
μπορείτε να φανταστείτε

Εικόνα 3: Αριθμητική Κλίμακα Βαθμολόγησης

Κλίμακα Εκφράσεων Πόνου (Faces Pain Scale - FPS)

Αποτελείται από μία σειρά διαδοχικών εκφράσεων του προσώπου για τα διαφορετικά επίπεδα της έντασης της επιθυμητής διάστασης (Εικόνα 4). Περιλαμβάνει μία σειρά από έξι εκφράσεις, από ένα γελαστό πρόσωπο που αντιπροσωπεύει την έλλειψη πόνου, μέχρι ένα συσπασμένο πρόσωπο που αντιστοιχεί στο χειρότερο δυνατό πόνο. Οι ασθενείς σημειώνουν το πρόσωπο που αντανάκλα καλύτερα την ένταση του πόνου τους. Παρ' όλο που αρχικά σχεδιάστηκε για παιδιατρικό πληθυσμό, είναι χρήσιμη σε ενήλικες με γνωσιακά προβλήματα.



Εικόνα 4: Κλίμακα Εκφράσεων Πόνου

Πηγή: IASP <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1823&navItemNumber=1119>

Λεκτική Κλίμακα Βαθμολόγησης (Verbal Rating Scale – VRS)

Αποτελεί παραλλαγή της κλίμακας οπτικού αναλόγου. Διαθέτει λεκτικούς χαρακτηρισμούς μεταξύ των οποίων καλείται να επιλέξει ο ασθενής. Χρησιμοποιούνται από τέσσερα έως έξι επίθετα για να περιγράψουν τα επίπεδα έντασης του πόνου (καθόλου πόνος, ήπιος, ενοχλητικός, βασανιστικός, φοβερός ή αβάστακτος πόνος).

Πολυδιάστατες κλίμακες

Γενικές πολυδιάστατες κλίμακες: εργαλεία αυτοεκτίμησης που αξιολογούν περισσότερες από μία διαστάσεις του φαινομένου ταυτόχρονα, όπως το ή τα είδη του πόνου, την έντασή του, την εντόπισή του στο σώμα, την ποιότητά του και τη συναισθηματική κατάσταση. Μας εφοδιάζουν με σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τα χαρακτηριστικά του πόνου και τις επιπτώσεις του στην γενικότερη λειτουργικότητα του ασθενούς στην καθημερινή του ζωή.

Πχ Συνοπτικό Ερωτηματολόγιο Πόνου McGill (Short-Form McGill Pain Questionnaire), Ελληνικό Συνοπτικό Ερωτηματολόγιο Πόνου (Brief Pain Inventory)^{81,82}.

Εξειδικευμένες πολυδιάστατες κλίμακες: κατάλληλες για πληθυσμούς ασθενών που πάσχουν από κάποια συγκεκριμένη πάθηση ή διαθέτουν κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Μπορεί να είναι αποτελεσματικότερες από τις γενικές πολυδιάστατες κλίμακες στη διάκριση των επιπέδων του πόνου και την αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο ο ασθενής ανταποκρίνεται στην θεραπευτική αγωγή.

Πχ Κατά Leeds εκτίμηση Νευροπαθητικών Συμπτωμάτων και Σημείων (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs LANSS), The Pain Assessment in Advanced Dementia tool (PAINAID)^{83,84}.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο στυλοβάτης της αντιμετώπισης του πόνου και ιδιαίτερα του καρκινικού πόνου είναι η φαρμακευτική παρέμβαση, δεν είναι όμως η μόνη, ούτε πάντα η βέλτιστη. Οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην επαρκή διαχείρισή του και η αντιμετώπιση του στρες και της ψυχολογικής δυσφορίας είναι μείζονος σημασίας. Η προσέγγιση της αντιμετώπισης θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και ολιστική.

Φαρμακευτική Αντιμετώπιση

Το 1986 ο ΠΟΥ πρότεινε την Αναλγητική Κλίμακα (Pain Ladder) για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου που αποτελείται από τα εξής τρία βήματα:

- Βήμα 1: Μη οπιοειδή και επικουρικά αναλγητικά για ήπιο πόνο.
- Βήμα 2: Ήπια οπιοειδή και μη οπιοειδή αναλγητικά καθώς και επικουρικά αναλγητικά για ήπιο έως μέτριο πόνο.
- Βήμα 3: Ισχυρά οπιοειδή και μη οπιοειδή και επικουρικά αναλγητικά για μέτριο έως ισχυρό πόνο.

Ανάλογα με την ένταση και την συχνότητα του πόνου χρησιμοποιείται το αντίστοιχο βήμα. Η βασικός σκοπός της κλίμακας για την αντιμετώπιση του πόνου του ΠΟΥ είναι να λειτουργήσει ως βάση για την αντιμετώπιση του πόνου στην καθημερινή κλινική πρακτική η οποία επικεντρώνεται στην κατάλληλη δοσολογία, την κατάλληλη διαχείριση των φαρμάκων και το συνδυασμό αυτών⁸⁵.

Τα βήματα στην κλίμακα για την αντιμετώπιση του πόνου του είναι προς μία κατεύθυνση. Η θεραπεία αρχίζει από το πρώτο βήμα και ανεβαίνει σταδιακά ανάλογα με την ένταση του πόνου. Η κατευθυντήρια οδηγία για την

αντιμετώπιση του πόνου παραμένει γενικά σε εφαρμογή μέχρι σήμερα, όχι μόνο για τη διαχείριση του καρκινικού πόνου αλλά και για τον οξύ και χρόνιο μη καρκινικό πόνο. Καθώς βέβαια η κλινική πρακτική συνεχώς εξελίσσεται, υπάρχουν τώρα νέοι τρόποι αξιολόγησης και νέα εργαλεία του πόνου, νέες παρεμβάσεις και μέθοδοι παροχής φαρμάκων που δεν ήταν διαθέσιμοι το 1986, η αρχική Αναλγητική Κλίμακα όμως παραμένει ένα χρήσιμο εκπαιδευτικό εργαλείο⁸⁶.

Στην **τροποποιημένη** Αναλγητική Κλίμακα του ΠΟΥ για τον πόνο, έχουμε τώρα 4 βήματα:

- Βήμα 1: μη φαρμακολογικές θεραπείες, μη οπιοειδή και επικουρικά αναλγητικά.
- Βήμα 2: ήπια οπιοειδή και μη οπιοειδή αναλγητικά καθώς και επικουρικά αναλγητικά για ήπιο έως μέτριο πόνο.
- Βήμα 3: οπιοειδή, μη οπιοειδή και επικουρικά αναλγητικά. Επιπλέον περιλαμβάνει ήπιες επεμβατικές θεραπείες (όπως νευρικός αποκλεισμός, ριζοτομία ραδιοσυχνότητας, διέγερση νωτιαίου μυελού, επισκληρίδιος ή υποαραχνοειδής χορήγηση αναλγητικών και χειρουργική αποσυμπίεση δίσκου).
- Βήμα 4: ισχυρά οπιοειδή και μη οπιοειδή αναλγητικά και επικουρικά αναλγητικά για μέτριο έως σοβαρό πόνο^{85,87}.

Η Κλίμακα συνοδεύεται από κατευθυντήριες οδηγίες στη χορήγηση που είναι εξίσου σημαντικές:

- ✓ Προτιμάται η χορήγηση αγωγής από το στόμα
- ✓ Γίνεται συστηματική χορήγηση με το ρολόι
- ✓ Γίνεται σταδιακή αύξηση της δοσολογίας ενός φαρμάκου με βάση την κλίμακα
- ✓ Η δοσολογία εξατομικεύεται και προσαρμόζεται στις ανάγκες κάθε ασθενή
- ✓ Δίνεται σημασία στη λεπτομέρεια (π.χ. επικουρικά φάρμακα, διαχείριση ανεπιθύμητων ενεργειών)

- ✓ Τα επικουρικά φάρμακα χορηγούνται παράλληλα με το κύριο αναλγητικό σε κάθε βήμα της κλίμακας. Ενισχύουν το αναλγητικό αποτέλεσμα, αντιμετωπίζουν συμπτώματα που μπορεί να επιδεινώσουν τον πόνο, προκαλούν αναλγησία με μηχανισμό διαφορετικό από αυτόν των οπιοειδών, αντιμετωπίζουν συνυπάρχοντα ψυχολογικά προβλήματα.

Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου⁸⁸⁻⁹²:

Οπιοειδή Αναλγητικά	Ασθενή και ισχυρά οπιούχα	Κωδεΐνη Τραμαδόλη Ταπενταδόλη Οξυκωδώνη Φαιντανύλη Βουπρενορφίνη Μορφίνη
Μη οπιοειδή αναλγητικά	Μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη Παρακεταμόλη	
Επικουρικά αναλγητικά	Κορτικοστεροειδή Αντικαταθλιπτικά	Αμιτριπτιλίνη (Τρικυκλικά) Βενλαφαξίνη Ντουλοξετίνη (SSRIs- SNRIs) Κεταμίνη (Ανταγωνιστές των NMDA υποδοχέων)
	Αντιεπιληπτικά	Γκαμπαπεντίνη Πρεγκαπαλίνη Τοπιραμάτη
	Τοπικά Αναισθητικά	
	Διφωσφονικά/Καλσιτονίνη	

Μη Φαρμακολογική Αντιμετώπιση του Πόνου

Οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν:

- Ιατρικές επεμβατικές διαδικασίες όπως ακτινοθεραπευτικές, αναισθησιολογικές ή νευροχειρουργικές (πχ νευρικός αποκλεισμός)
- Ψυχολογικές, πνευματικές, κοινωνικές παρεμβάσεις

Ενδεικτικά

- ✓ Γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία, ψυχοθεραπεία
- ✓ Ύπνωση
- ✓ Νευροπλαστικές τεχνικές
- ✓ Χρήση ημερολογίου
- ✓ Τεχνικές χαλάρωσης
- ✓ Βιοανάδραση
- ✓ Αντιμετώπιση εθισμών
- ✓ Βοήθεια στην επίλυση εργασιακών, οικονομικών ή νομικών θεμάτων⁹³

- Φυσικοθεραπεία και άσκηση

Ενδεικτικά:

- ✓ Νευροπλαστικές τεχνικές πχ mirror therapy
- ✓ Μαλάξεις
- ✓ TENS
- ✓ Ελεγχόμενη κινητοποίηση και άσκηση των μελών του σώματος ιδιαίτερα μετά από περιόδους κατάκλισης
- ✓ Ήπια άσκηση για σωματική ευεξία πχ περπάτημα, κολύμπι, pilates
- ✓ Διατήρηση της αντοχής και του εύρους της κίνησης μέσω άσκησης⁹³

- Συμπληρωματικές Θεραπείες

Ενδεικτικά:

- ✓ Βελονισμός
- ✓ Ομοιοπαθητική

- ✓ Θεραπευτικό Μασάζ
- ✓ Αρωματοθεραπεία
- ✓ Ρεφλεξολογία
- ✓ Ρέικι
- ✓ Θεραπευτικό Άγγιγμα
- ✓ Μουσικοθεραπεία
- ✓ Βοτανοθεραπεία
- ✓ Χαλάρωση και διαλογισμός
- ✓ Γιόγκα⁹⁴

- Διατροφή και ειδικές δίαιτες

Ενδεικτικά

- ✓ Πρόληψη ή η διόρθωση διατροφικών ελλειμμάτων
- ✓ Επίτευξη ή διατήρηση ενός υγιούς βάρους
- ✓ Διατροφική πρόληψη πχ καρδιαγγειακών νοσημάτων, οστεοπόρωσης και σακχαρώδη διαβήτη
- ✓ Μεσογειακή διατροφή που είναι πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, όσπρια και σιτηρά ολικής άλεσης, με μειωμένη πρόσληψη κόκκινου κρέατος. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η χορτοφαγική δίαιτα είναι προτιμότερη της μεσογειακής
- ✓ Προσοχή στη χρήση βιταμινών, ιχνοστοιχείων και άλλων διατροφικών συμπληρωμάτων. Πρέπει να γίνονται προσπάθειες για να προσληφθούν τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά μέσω της διατροφής⁹⁴

- Εκπαίδευση του ασθενούς στην αντιμετώπιση του πόνου:

Πολλές από τις μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις αντιμετώπισης του πόνου απαιτούν περισσότερη αυτενέργεια από μέρους του ασθενή, κάτι που αυξάνει το αίσθημα ελέγχου και μειώνει το αίσθημα του αβοήθητου. Μια τέτοια προσέγγιση είναι τα εκπαιδευτικά προγράμματα αυτοδιαχείρισης του πόνου. Είναι σχεδιασμένα να βοηθούν τα άτομα που ζουν με χρόνια πόνο και χρόνιες ασθένειες να έχουν καλύτερη

ποιότητα ζωής μέσω της εκπαίδευσης στην αυτοδιαχείριση των συμπτωμάτων τους και άλλων γεγονότων της ζωής τους⁹⁵. Αποτελεσματικότερα φαίνεται να είναι τα προγράμματα που είναι ενσωματωμένα στην βασική φροντίδα ασθενών με καρκίνο, με ασθενοκεντρική προσέγγιση και προσαρμοσμένα στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ατόμου⁹⁶. Τέτοια προγράμματα είναι το Πρόγραμμα Αυτοδιαχείρισης Χρόνιου Πόνου (Chronic Pain Self- Management Program) που πρωτοδημιουργήθηκε στο πανεπιστήμιο McGill του Μόντρεαλ το 1996⁹⁷ και το Πρόγραμμα Αυτοδιαχείρισης Χρόνιας Ασθένειας (Chronic Disease Self-Management Program). Το τελευταίο δημιουργήθηκε στο πανεπιστήμιο του Στάνφορντ και λειτουργεί ανά τον κόσμο και σε διαφορετικές γλώσσες. Το Πρόγραμμα Αυτοδιαχείρισης Χρόνιου Πόνου ξεκίνησε το 2015 σε 9 πολιτείες της Αμερικής και στον Καναδά^{93,98,99}.

2.9 ΑΓΧΟΣ

ΓΕΝΙΚΑ

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι πολύ συχνές στο γενικό πληθυσμό με συχνότητα 1:14 άτομα να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια του άγχους ανά πάσα στιγμή. Η παγκόσμια συχνότητα του άγχους είναι 7.3% (4.8–10.9%)¹⁰⁰ και παρουσιάζει συχνή συννοσηρότητα με την κατάθλιψη¹⁰¹ και άλλες ψυχικές διαταραχές. Χωρίς θεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη λειτουργικότητα και ποιότητας ζωής. Οι διαταραχές άγχους σχετίζονται ισχυρά και με την παρουσία σωματικών προβλημάτων, όπως είναι ο χρόνιος πόνος.¹⁰²

Τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης είναι πολύ κοινά σε ασθενείς με καρκίνο με διπλάσια πιθανότητα εμφάνισης από ότι στο το γενικό πληθυσμό.¹⁰³

Συνιστάται για όλους τους ασθενείς με καρκίνο να αξιολογούνται για συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους κατά περιοδικά χρονικά διαστήματα σε όλο το φάσμα της περίθαλψης. Η αξιολόγηση πρέπει να γίνεται χρησιμοποιώντας έγκυρα και πολιτισμικά ευαίσθητα εργαλεία και διαδικασίες.

Η αποτυχία εντοπισμού και αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης αυξάνει τον κίνδυνο για κακή ποιότητα ζωής και πιθανή νοσηρότητα και θνησιμότητα σχετιζόμενη με την ασθένεια. Κατά την εκτίμηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην αξιολόγηση και θεραπεία ατόμων με γνωστικές δυσλειτουργίες και μαθησιακές δυσκολίες, και να επισημαίνεται η δυσκολία διάγνωσης της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.¹⁰⁴

Η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου συνεπάγονται μια σειρά από στρεσογόνους παράγοντες. Για πολλούς, η εμπειρία του καρκίνου ξεκινά με την ανίχνευση μιας ανωμαλίας στην αυτοεξέταση, στην εργαστηριακή εξέταση, στον προσυμπτωματικό έλεγχο ή στην κλινική εξέταση. Ακολουθεί μια περίοδος αυξημένου άγχους κατά τις διαγνωστικές διαδικασίες. Η διάγνωση μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας μπορεί να δημιουργήσει σοκ και μπορεί να υπονομεύσει το πώς θεωρεί κανείς τον εαυτό του. Η αβεβαιότητα, η επεξεργασία ιατρικών πληροφοριών και η ανάγκη λήψης δύσκολων αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία μπορεί να κάνουν την πρώιμη περίοδο της ασθένειας ιδιαίτερα κατακλυσμική. Η θεραπεία κακοήθων νεοπλασιών μπορεί να συνεπάγεται μια σειρά από οξείες και παρατεταμένες παρεμβάσεις, όπως χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία, ακτινοβολία, ανοσοθεραπεία και ορμονική θεραπεία με τις σχετικές παρενέργειες (π.χ. πόνος, παραμόρφωση, κόπωση, γαστρεντερικά συμπτώματα, ερεθισμός του δέρματος, εξάψεις), καθώς και επιπλοκές που εμφανίζονται ως αποτέλεσμα νόσου, θεραπείας ή συννοσηρότητας. Περισσότερο επεμβατικές θεραπείες μπορεί να είναι απειλητικές για τη ζωή (πχ μεταμόσχευση βλαστικών κυττάρων), οι μεταστάσεις περιορίζουν τις επιλογές της θεραπείας και ακόμη και όταν η κατάσταση αλλάξει και από ασθενής γίνει κανείς επιζών του καρκίνου, μπορεί να συνεχίσει να αντιμετωπίζει παρατεταμένους φόβους υποτροπής και υπολειμματικού καρκίνου.¹⁰⁵

Η κατάθλιψη και το άγχος σε άτομα με καρκίνο συνήθως υποδιαγνώσκονται και δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς παρά το γεγονός ότι η συχνότητά τους είναι γνωστή στους επαγγελματίες υγείας. Η ψυχική νοσηρότητα επηρεάζει την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία των ασθενών, περιορίζει κοινωνικές δραστηριότητες, αυξάνει τους χρόνους ενδοноσοκομειακής

διαμονής, καθυστερεί την επιστροφή τους στην εργασία και επηρεάζει την ικανότητα αυτοφροντίδας. Εάν είναι σοβαρή, σε ασθενείς με καρκίνο, η κατάθλιψη μπορεί να μειώσει την ικανότητα λήψης αποφάσεων που σχετίζονται με τη θεραπεία τους, με αποτέλεσμα τη μειωμένη αποδοχή των επικουρικών θεραπειών και πιο απρόβλεπτα διαλείμματα στη θεραπεία, θέτοντας σε κίνδυνο την επιβίωση. Επίσης, οι ασθενείς με καρκίνο που πάσχουν και από κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να υποτροπιάσουν και να επιβιώσουν λιγότερο, καθιστώντας εξαιρετικά σημαντικές τη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης εάν αυτή εμφανιστεί. Η ψυχική δυσφορία σε αυτή την περίπτωση θα μπορούσε να θεωρηθεί το έκτο ζωτικό σημείο προς παρακολούθηση.¹⁰⁶

Τα κύρια διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης, σύμφωνα με το DSM-5 είναι διαταραχές ύπνου και όρεξης, κόπωση, καταθλιπτική διάθεση, διέγερση, δυσκολία συγκέντρωσης, μειωμένη αυτοεκτίμηση και αυτοκτονικός ιδεασμός. Ενώ τα κύρια διαγνωστικά κριτήρια του κλινικού άγχους είναι: υπερβολικό άγχος και ανησυχία, πανικός, στρες, νευρικότητα, ενοχλητικές σκέψεις, μειωμένη συγκέντρωση, ευερεθιστότητα, κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας, μυϊκή ένταση και διαταραχές του ύπνου.¹⁰⁷

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Τα ποσοστά κλινικών επιπέδων κατάθλιψης και άγχους ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου, τη σοβαρότητά του και τον αντίκτυπο της θεραπείας. Εκτός από τον καρκίνο και τη θεραπεία του, άλλοι παράγοντες, όπως χαρακτηριστικά προσωπικότητας, πόνος, πρόγνωση, χρήση ουσιών ή εξάρτηση, διαταραχή της εικόνας του σώματος, προηγούμενο ιστορικό ψυχιατρικής νόσου και κοινωνική στήριξη μπορεί να σχετίζονται με κατάθλιψη σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο.

Τα δεδομένα δείχνουν τον επιπολασμό της κατάθλιψης και των καταθλιπτικών διαταραχών μεταξύ 5% και 60% ανάλογα με τα διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια, τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες, το στάδιο και τον τύπο του καρκίνου.¹⁰⁸

Μετά τη διάγνωση, στα αρχικά στάδια της θεραπείας υπάρχει αυξημένος κίνδυνος άγχους και κατάθλιψης. Εμφανίζεται άγχος στο 30% των ασθενών και κατάθλιψη στο 44,4%. Παράγοντες κινδύνου φαίνεται να είναι το γυναικείο φύλο, η προϊούσα ηλικία, προηγούμενη επίσκεψη σε ψυχίατρο και το στάδιο του καρκίνου¹⁰⁹.

Η κατάθλιψη σχετίζεται ιδιαίτερα με καρκίνο του στοματοφάρυγγα (22%-57%), παγκρεατικό (33%-50%), μαστού (1,5%-46%) και πνευμόνων (11%-44%). Μικρότερος επιπολασμός της κατάθλιψης αναφέρεται σε ασθενείς με άλλους καρκίνους, όπως ορθοκολικοί (13%-25%), γυναικολογικοί (12%-23%) και λέμφωμα (8%-19%)¹¹⁰.

Σχετίζεται επίσης με τον καρκίνο του προστάτη (κατάθλιψη 16%-18%, άγχος 12%) που σχετίζεται με απώλεια λειτουργικής ικανότητας, αναξιότητας και απελπισίας, φόβου και σωματικών συμπτωμάτων και στίγματος^{111,112}. Στη ρίζα του στιγματισμού που σχετίζεται με τον καρκίνο του προστάτη μπορεί να υπάρχουν παραδοσιακές αντιλήψεις για την αρρενωπότητα, οι οποίες περιλαμβάνουν ανεξαρτησία, αυτάρκεια και αυτοπεποίθηση, δύναμη και σεξουαλική λειτουργικότητα¹¹³.

Οι πιο συνηθισμένοι παράγοντες που προκαλούν άγχος κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία ατόμων με καρκίνο κεφαλής - τραχήλου είναι ο φόβος υποτροπής, οι μειωμένες δυνατότητες επικοινωνίας, η δυσφαγία, και αλλοιώσεις στην εμφάνιση. Μελέτες αναφέρουν επιπολασμό 25-33% για άγχος και κατάθλιψη σε πληθυσμούς ατόμων με καρκίνο κεφαλής - τραχήλου μετά τη θεραπεία, λόγω της θέσης του καρκίνου και τις επιπτώσεις του στην εξωτερική εμφάνιση και τις κρίσιμες λειτουργίες. Επηρεάζονται μέρη του σώματος που είναι ορατά στον έξω κόσμο και είναι υπεύθυνα για τις πιο θεμελιώδεις λειτουργίες που υποστηρίζουν τη ζωή, όπως ομιλία, βρώση, κατάποση και αναπνοή¹⁰⁶.

Οι επιζώντες καρκίνου κατά την εφηβεία παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο (22,4%) εμφάνισης μετατραυματικού στρες, άγχους και/ή κατάθλιψης κατά την ενηλικίωση¹¹⁴.

Γενικά, συμπτώματα μετατραυματικού στρες εμφανίζει το 7,3%-13,8% των ασθενών με καρκίνο. Ένα επιπλέον 10%-20% των ασθενών με καρκίνο ενδέχεται να παρουσιάσουν υποκλινικά συμπτώματα μετατραυματικού στρες που σχετίζονται με ψυχική δυσφορία και μειωμένη ποιότητα ζωής¹⁰⁵.

Το άγχος, ιδιαίτερα η στάση απέναντι σε αυτό, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την εξέλιξη του καρκίνου και την επιβίωση από αυτόν. Η μαχητικότητα και η άρνηση αποδοχής φαίνεται ότι συντελούν σε ευνοϊκότερα αποτελέσματα απ' ότι η αποδοχή και η στωικότητα. Γενικά επίσης φαίνεται ότι το παρατεταμένο έντονο στρες, όπως απώλεια αγαπημένου προσώπου, απόλυση, ή διάγνωση καρκίνου διεγείρουν την ανάπτυξη των όγκων μερικά λόγω αυξημένων επιπέδων κορτιζόλης και αδρεναλίνης που καταστέλλουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και μπορεί να προάγουν την αγγειοποίηση του όγκου¹¹⁵.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ελέγχουν τακτικά για την παρουσία συναισθηματικής/ψυχικής δυσφορίας και συγκεκριμένα συμπτωμάτων άγχους και/ή κατάθλιψης από το σημείο της διάγνωσης και μετά, ειδικά όταν υπάρχουν αλλαγές στην κατάσταση της ασθένειας (μετά τη θεραπεία, υποτροπή, εξέλιξη, τελικό στάδιο) ή σε προσωπικό επίπεδο (απώλειες, οικογενειακές κρίσεις). Ο έλεγχος θα πρέπει να προσδιορίζει το επίπεδο και τη φύση (προβλήματα και ανησυχίες) της ψυχικής δυσφορίας χρησιμοποιώντας έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία για την εκτίμηση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης (Πίνακας 2).

Η ομάδα ΑΦ, εάν δεν περιλαμβάνει επαγγελματία ψυχικής υγείας, θα πρέπει να παραπέμπει τον ασθενή σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο εφόσον αυτός παρουσιάζει μια βαθμολόγηση εργαλείων μέτριου έως σοβαρού ή σοβαρού μεγέθους, με ορισμένους συνοδευτικούς παράγοντες ή / και συμπτώματα που προσδιορίζουν το επίπεδο και τη φύση της δυσφορίας¹¹⁶.

Πίνακας 2: Εργαλεία αξιολόγησης Άγχους και Κατάθλιψης

Εργαλεία	Περιγραφή
Beck Anxiety Inventory (BAI) ¹¹⁷	Κλίμακα αυτοαναφοράς με 21 στοιχεία που αξιολογεί τη σοβαρότητα των σωματικών συμπτωμάτων άγχους Βαθμολογία BAI 0-21 = ήπιο άγχος 22-35 = μέτριο άγχος >36 = δυνητικά ανησυχητικά επίπεδα άγχους Το μέτρο σχεδιάστηκε για να διακρίνει το άγχος από τα καταθλιπτικά συμπτώματα
Beck Depression Inventory (BDI) ¹¹⁸	Κλίμακα αυτοαναφοράς με 21 στοιχεία που αξιολογεί τα συμπτώματα κατάθλιψης Βαθμολογία > 20 στο BDI υποδηλώνει κλινική κατάθλιψη Τομείς: συμπεριφορικές, γνωστικές και σωματικές παράμετροι της κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένου του αυτοκτονικού ιδεασμού
Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) ¹¹⁹	Κλίμακα αυτοαναφοράς με 7 στοιχεία που αξιολογεί πιθανές αιτίες της Γενικευμένης Διαταραχής Άγχους Βαθμολογίες ≥ 5, 10 και 15 υποδηλώνουν, αντίστοιχα, ήπια, μέτρια και σοβαρά επίπεδα άγχους
Geriatric Depression Scale (GDS) and short form (GDS-SF) ¹²⁰	Κλίμακα αυτοαναφοράς με 30 (GDS) και 15 (GDS-SF) στοιχεία αντίστοιχα συμπτωμάτων κατάθλιψης που είναι κοινά στην τρίτη ηλικία. Βαθμολογία GDS > 19 ή GDS-SF > 5 υποδεικνύει πιθανή κατάθλιψη και απαιτεί διερεύνηση
Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) ¹²¹	Χορηγούμενη κλίμακα με 17 στοιχεία που αξιολογεί τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης όπως ορίζεται από το DSM-IV Βαθμολογία 7-17 υποδηλώνει ήπια κατάθλιψη, 18-24 μέτρια κατάθλιψη και > 25 σοβαρή κατάθλιψη Τομείς: κακή διάθεση, αϋπνία, διέγερση, άγχος και απώλεια βάρους
Hospital Anxiety and Depression Scale	Κλίμακα αυτοαναφοράς με 14 στοιχεία άγχους και κατάθλιψης Βαθμολογία > 8 είτε στην κατάθλιψη είτε στην κλίμακα άγχους

(HADS) ¹²²	<p>υποδεικνύει πιθανότητα κατάθλιψης και άγχους σύμφωνα με τα κριτήρια ICD-9</p> <p>Δεν περιλαμβάνονται στοιχεία σωματικών συμπτωμάτων</p>
Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ¹²³	<p>Κλίμακα αυτοαναφοράς που αξιολογεί την κατάσταση (20 στοιχεία) ή τα χαρακτηριστικά (20 στοιχεία) συμπτωμάτων άγχους</p> <p>Η κατάσταση αξιολογεί το πώς αισθάνονται οι ερωτηθέντες "αυτή τη στιγμή"</p> <p>Τα χαρακτηριστικά αξιολογούν το πώς αισθάνονται οι ερωτηθέντες «γενικά»</p> <p>Τομείς: γνωστικά, συμπεριφορικά και φυσιολογικά συμπτώματα άγχους</p>

Στις διαταραχές άγχους περιλαμβάνονται η διαταραχή πανικού, η διαταραχή γενικευμένου άγχους (ΔΓΑ) και η διαταραχή κοινωνικού άγχους σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση του DSM 5. Σε παλαιότερες εκδοχές περιελάμβανε και φοβίες, αγοραφοβία, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και διαταραχή μετατραυματικού άγχους που καταλαμβάνουν τώρα ανεξάρτητες κατηγορίες¹²⁴.

Κατά την αξιολόγηση ενός ατόμου για καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι αναγκαία η διερεύνηση πιθανού αυτοκτονικού ιδεασμού ή ετεροτραυματισμού. Σε αυτή την περίπτωση απαιτείται επείγουσα ψυχιατρική εκτίμηση και παροχή ασφαλούς περιβάλλοντος¹²⁵.

Η αξιολόγηση θα πρέπει να εντοπίζει σημεία και συμπτώματα άγχους (π.χ. κρίσεις πανικού, τρόμος, εφίδρωση, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών), την έντασή τους, πιθανές πηγές στρες, παράγοντες κινδύνου και περιόδους ευαλωτότητας. Θα πρέπει επίσης να διερευνήσει υποκείμενα προβλήματα / αιτίες.

Συνιστάται οι ασθενείς να αξιολογούνται για διαταραχή γενικευμένου άγχους, καθώς είναι η πιο διαδεδομένη από όλες τις διαταραχές άγχους και συνήθως

συνυπάρχει με άλλες διαταραχές διάθεσης ή άγχους (π.χ. διαταραχή κοινωνικού άγχους).

Οι ασθενείς με ΔΓΑ δεν παρουσιάζουν απαραίτητα συμπτώματα άγχους. Το παθολογικό σύμπτωμα της ΔΓΑ (πολλαπλές υπερβολικές ανησυχίες) μπορεί να παρουσιαστεί ως απλές «ανησυχίες» ή ως «φόβοι». Η ανησυχία ή ο φόβος της ΔΓΑ στους καρκινοπαθείς μπορεί να είναι δυσανάλογοι με τον πραγματικό κίνδυνο που σχετίζεται με τον καρκίνο. Είναι σημαντικό να συνεκτιμηθούν κατά την αξιολόγηση προσωπικά, οικογενειακά, κοινωνικά, εργασιακά ή περιβαλλοντικά προβλήματα, εάν υπάρχουν, καθώς και η διάρκεια των συμπτωμάτων άγχους και/ή κατάθλιψης. Ιατρικές και φαρμακευτικές πηγές άγχους πρέπει να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν¹¹⁶.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ένας ασθενής που θεωρείται ότι έχει σοβαρά συμπτώματα άγχους κατά την αξιολόγηση θα πρέπει να έχει επιβεβαίωση της διάγνωσης διαταραχής άγχους από εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας προ της έναρξης οποιουδήποτε θεραπευτικού σχήματος. Η ενημέρωση και συμφωνία του ασθενή για κάθε παρέμβαση και τις επιλογές του ενισχύει τη συμμόρφωση και την αποτελεσματικότητα σε αυτό, κρίνεται δε απαραίτητη στα πλαίσια της ΑΦ¹¹⁶.

Η ομάδα ΑΦ προσφέρει στήριξη στον ασθενή και την οικογένειά του, πληροφόρηση και εκπαίδευση σχετικά με τη διαχείριση του άγχους.

Πρώτα θα πρέπει να αντιμετωπιστούν οι σωματικές και φαρμακευτικές πηγές άγχους. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Οξύ ή χρόνια πόνος, δύσπνοια, ναυτία, αρρυθμίες
- Ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων όπως κορτικοστεροειδή και κάποια αντικαταθλιπτικά
- Στερητικό σύμπτωμα αλκοόλ, ναρκωτικών, βενζοδιαζεπινών, νικοτίνης, κλονιδίνης, αντικαταθλιπτικών και κορτικοστεροειδών
- Μεταβολικά αίτια όπως υπερθυρεοειδισμός^{126,127}

Για ήπιο ως μέτριο άγχος οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις έχουν τον κύριο λόγο. Αυτές περιλαμβάνουν ψυχολογικές θεραπείες όπως γνωσιακή - συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία και συμπληρωματικές θεραπείες όπως χαλάρωση, διαλογισμός, ρεφλεξολογία κα¹²⁸.

Για μέτριο έως σοβαρό άγχος η φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις θεωρείται η δέουσα¹¹⁶.

Τα φάρμακα που θεωρούνται αποτελεσματικότερα για την αντιμετώπιση του άγχους¹²⁹ αναφέρονται παρακάτω στον Πίνακα 3

Πίνακας 3: Φαρμακευτική Αντιμετώπιση ΔΓΑ

Κατηγορία	Φάρμακα
Εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs)	Εσκιταλοπράμη Σερτραλίνη Φλουοξετίνη Παροξετίνη
Αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης (SNRIs)	Βενλαφαξίνη Ντουλοξετίνη
Άλλα αντικαταθλιπτικά	Αγομελατίνη Ιμιπραμίνη Τραζοδόνη Βουπροπιόνη Μιρταζαπίνη
Βενζοδιαζεπίνες (βραχυθεραπεία ή ανθεκτικές περιπτώσεις)	Αλπραζολάμη Βρωμαζεπάμη Λοραζεπάμη Διαζεπάμη
Άτυπα αντιψυχωσικά	Κουετιαπίνη
Αντιεπιληπτικά	Πρεγκαμπαλίνη
Άλλα φάρμακα	Βουσπιρόνη Υδροξυζίνη

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΚΤΙΜΗΣΗ

Καθώς η επιφυλακτικότητα και η τάση αποφυγής απειλητικών ερεθισμάτων είναι βασικά χαρακτηριστικά της παθολογίας του άγχους, είναι σύνηθες για τα άτομα με συμπτώματα άγχους να μη συμμορφώνονται στην υποδεικνυόμενη θεραπεία. Με αυτό κατά νου, συνιστάται στον επαγγελματία ψυχικής υγείας ή άλλο μέλος της ομάδας ΑΦ που παρακολουθεί τον ασθενή να επαναξιολογεί την κατάσταση σε μηνιαία βάση ή μέχρι να υποχωρήσουν τα συμπτώματα λαμβάνοντας υπόψη τις παρακάτω παραμέτρους:

- Αξιολόγηση τη συνέχειας και τη συμμόρφωσης φαρμακευτικής και μη φαρμακολογικής θεραπείας, καθώς και την ικανοποίηση από τη θεραπεία
- Μετά από 8 εβδομάδες, εάν δεν παρατηρείται μείωση των συμπτωμάτων και η ικανοποίηση από τη θεραπεία είναι πτωχή παρά την καλή συμμόρφωση, χρειάζεται αλλαγή ή/και τροποποίηση της αντιμετώπισης
- Εάν τα συμπτώματα έχουν τεθεί υπό έλεγχο, τότε εξετάζεται το ενδεχόμενο μείωσης ή διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής
- Εάν η συμμόρφωση είναι κακή, χρειάζεται επαναξιολόγηση και δημιουργία πλάνου παράκαμψης εμποδίων στη συμμόρφωση ή εναλλακτικών παρεμβάσεων που μπορεί να είναι πιο αποδεκτές¹⁰⁴.

2.10 ΥΠΝΟΣ

Η ευεξία και η ποιότητα ζωής εξαρτώνται από την ποιότητα και την ποσότητα του ύπνου τόσο σε υγιείς όσο και σε ασθενείς. Οι διαταραχές του ύπνου είναι συχνότερες σε καρκινοπαθείς από ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Εκτιμάται ότι κυμαίνονται από 24% έως και 95%. Οι διαταραχές μπορεί να παραμείνουν για χρόνια μετά το τέλος της θεραπείας σε σημαντικό ποσοστό καρκινοπαθών και συχνά θεωρούνται δευτερογενές σύμπτωμα κατάθλιψης ή άγχους¹³⁰.

Αν και συχνά παραβλέπονται, οι διαταραχές ύπνου και κινκάρδιου ρυθμού είναι πολύ κοινές σε άτομα με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα. Η συχνότητα διαταραχών του ύπνου αυξάνεται με την ηλικία, τη συννοσηρότητα, τη χρόνια ασθένεια, την αναπηρία, τον πόνο και την αρθρίτιδα, τις διαταραχές της ψυχικής υγείας, την ιδρυματοποίηση και την άνοια. Ο κατακερματισμός του ύπνου αυξάνει τον πόνο, την κατάθλιψη, το άγχος, την κόπωση, τη φλεγμονή, το παραλήρημα, τη γνωστική εξασθένηση και τον κίνδυνο πτώσεων, συμβάλλοντας τελικά στη μείωση της ποιότητας ζωής και την αύξηση του κόστους της περίθαλψης. Οι διαταραχές ύπνου ασθενών επηρεάζουν τους φροντιστές τους προκαλώντας τους διαταραγμένο ύπνο και εξάντληση που με τη σειρά τους μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη, άγχος και άλλα σωματικά και ψυχικά προβλήματα^{131,132}.

Η ποιότητα του ύπνου είναι μειωμένη σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο και σχετίζεται με αύξηση του πόνου, του άγχους, της κατάθλιψης και μειωμένη ευεξία. Επίσης επηρεάζεται αρνητικά από τα επίπεδα λειτουργικότητας, την ανορεξία, την υπνηλία, τη χρήση κορτικοστεροειδών και βενζοδιαζεπινών και θετικά από τη χρήση οπιοειδών^{131,133,134}.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Είναι σημαντικό να λαμβάνεται ιστορικό ύπνου από όλους τους ασθενείς. Η φύση οποιασδήποτε διαταραχής ύπνου, η διάρκεια και η επίδρασή της στην καθημερινή λειτουργία πρέπει να καταγράφεται και να αξιολογείται.

Τα προβλήματα ύπνου μπορεί να είναι παροδικά (λιγότερο από 1 μήνα), βραχυπρόθεσμα (1-6 μήνες) ή και χρόνια (περισσότερο από 6 μήνες). Αυτά μπορούν να λάβουν τη μορφή δυσχέρειας στην έναρξη ή/και διατήρηση και κατακερματισμού του ύπνου ή πρώιμης αφύπνισης του ατόμου.

Τα αίτια διαταραχών του ύπνου συνοψίζονται παρακάτω:^{132,135}

- Αναπνευστικά αίτια (π.χ. δύσπνοια, υπνική άπνοια)
- Απόσυρση ουσιών (π.χ. αλκοόλ, νικοτίνη, ναρκωτικά)
- Γήρανση
- Διακοπή φαρμάκων (π.χ. βενζοδιαζεπίνες)
- Μεταβολικά αίτια (π.χ. υπερθυρεοειδισμός)

- Νευρολογικά αίτια (π.χ. άνοιες, παραλήρημα, σύνδρομο ανήσυχων ποδιών)
- Ουρολογικά/ Εντερικά αίτια (π.χ. νυκτουρία, υπερλειτουργικές στομίες, σύνδρομο βραχέος εντέρου)
- Περιβαλλοντικά αίτια (π.χ. επίπεδα θορύβου, φως)
- Πόνος
- Φαρμακευτικά αίτια (π.χ. διουρητικά, κορτικοστεροειδή, ψυχοδιεγερτικά, βρογχοδιασταλτικά, διεγερτικά αντικαταθλιπτικά)
- Ψυχιατρικά και ψυχολογικά αίτια (π.χ. άγχος, εφιάλτες, κατάθλιψη)
- Άλλα μη ελεγχόμενα συμπτώματα (π.χ. εφίδρωση, κνησμός)

Δεν υπάρχει μία τέλεια μέθοδος αξιολόγησης ύπνου. Όλες οι μέθοδοι έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, επομένως πρέπει να συνδυάζονται και να προσαρμόζονται κατά περίπτωση.

Ερωτηματολόγια

Η προκαταρκτική αξιολόγηση του ύπνου στην ΑΦ συχνά συμπληρώνεται με ένα ερωτηματολόγιο ύπνου. Είναι ένας οικονομικός και γρήγορος τρόπος αξιολόγησης και γι αυτό είναι ιδανικά σαν πρώτα διαγνωστικά τεστ. Επιπλέον, συνοψίζουν ποσοτικά την αντίληψη του ασθενούς για την ποιότητα του ύπνου του¹³⁶. Ο παρακάτω Πίνακας 4 παρουσιάζει συνοπτικά τα πιο γνωστά ερωτηματολόγια των τελευταίων 30 ετών.

Πίνακας 4: Ερωτηματολόγια ύπνου, συγγραφείς και μέτρα

Ερωτηματολόγιο	Ακρωνύμιο	Συγγραφείς	Μέτρα
Mini Sleep Questionnaire ¹³⁶	MSQ	Zoomer et al., 1985	Αϋπνία και υπερυπνία
Pittsburgh Sleep Quality Index ¹³⁷	PSQI	Buysse et al., 1989	Ποιότητα ύπνου και υπνικά μοτίβα σε ενήλικες
Epworth Sleepiness Scale ¹³⁸	ESS	Johns, 1991	Επίπεδα υπνηλίας κατά τη διάρκεια της ημέρας. Μέση τάση ύπνου στην καθημερινή ζωή
Insomnia Severity Index ¹³⁷	ISI	Morin, 1993	Φύση, βαρύτητα και αντίκτυπος της αϋπνίας. Ανταπόκριση στη θεραπεία σε ενήλικες
Sleep Disorders Questionnaire ¹³⁹	SDQ	Douglass et al., 1994	Διαταραχές ύπνου και συνήθειες ύπνου

			τον προηγούμενο μήνα
Sleep apnea clinical score ¹⁴⁰	SACS	Flemons et al., 1994	Υπνική άπνοια
Functional Outcomes of Sleep Questionnaire ¹⁴¹	FOSQ	Weaver et al., 1997	Επίδραση υπερβολικής υπνηλίας στην καθημερινή ζωή
Calgary Sleep Apnea Quality of Life Index ¹⁴²	SAQLI	Flemons & Reimer, 1998	Ποιότητα ύπνου σχετιζόμενη με την υπνική άπνοια
Oviedo Sleep Questionnaire ¹³⁶	OSQ	Bobes et al., 1998	Αϋπνία και υπερυπνία τον προηγούμενο μήνα
Berlin Questionnaire ¹⁴³	BQ	Netzer et al., 1999	Υπνική άπνοια
Athens Insomnia Scale ¹⁴⁴	AIS	Soldatos, Dikeos & Paparrigopoulos, 2000	Ποιότητα ύπνου
Self-Efficacy Measure for Sleep Apnea ¹⁴⁵	SEMSA	Weaver et al., 2003	Υπνική άπνοια
STOP Questionnaire ¹⁴⁶	SQ	Chung et al., 2008	Υπνική άπνοια
Bergen Insomnia Scale	BIS	Pallensen et al., 2008	Ποιότητα ύπνου
Functional Outcomes of Sleep Questionnaire—10	FOSQ-10	Chasens, Ratcliffe & Weaver, 2009	Ποιότητα ύπνου
Simple Four Variable Screening Tool ¹⁴⁷	SFV	Takegami et al., 2009	Επίδραση υπερβολικής υπνηλίας στην καθημερινή ζωή
Obesity, Snoring, Apneas, aged over 50 ¹⁴⁸	OSA50	Chai-Coetzer et al., 2011	Υπνική άπνοια για τους άνω των 50

Πηγή: Ibáñez et al., 2018¹³⁶

Ημερολόγια Ύπνου

Τα ημερολόγια ύπνου, όπως το Ημερολόγιο Ύπνου του Πίτσμπουργκ¹⁴⁹ και το Consensus Sleep Diary¹⁵⁰, επιτρέπουν στους ασθενείς να αυτοαξιολογούν τον ύπνο τους. Τα ημερολόγια ύπνου πλεονεκτούν έναντι των ερωτηματολογίων ύπνου στο ότι συμπληρώνονται για μια χρονική περίοδο (συνήθως μία ή δύο εβδομάδες), ενώ τα ερωτηματολόγια ύπνου συμπληρώνονται μία φορά. Αυτό σημαίνει ότι τα ημερολόγια ύπνου περιέχουν περισσότερες πληροφορίες και επιπλέον ότι οι πληροφορίες που περιέχονται είναι πιο ακριβείς διότι συχνά συμπληρώνονται αμέσως μετά την έγερση. Επίσης υπάρχουν ηλεκτρονικά ημερολόγια ύπνου σε εφαρμογές

κινητών (π.χ. Sleep Diary Pro, Healthy Sleep Diary, Sleep Diary Lite) με παρόμοια διαγνωστική ισχύ¹³⁶.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η αντιμετώπιση προβλημάτων ύπνου μπορεί να περιλαμβάνει μη φαρμακολογικά και φαρμακευτικά μέτρα.

Ο πόνος, η κατάθλιψη και το άγχος είναι κοινές αιτίες αϋπνίας και πρέπει να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται κατάλληλα. Φάρμακα που μπορεί να συμβάλλουν στην αϋπνία (π.χ. κορτικοστεροειδή, διουρητικά, διεγερτικά αντικαταθλιπτικά και άλλα διεγερτικά) πρέπει να επαναξιολογούνται και να διακόπτονται όπου δυνατόν. Στην περίπτωση των κορτικοστεροειδών αυτά δέον να χορηγούνται πριν από τις 2 μ.μ.^{132,135}.

Υπναγωγά φάρμακα

Τα υπναγωγά φάρμακα πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή. Η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να συνταγογραφείται στη χαμηλότερη δυνατή δοσολογία και για το συντομότερο χρονικό διάστημα.

Προσοχή πρέπει επίσης να δίνεται σε ηλικιωμένους ασθενείς καθώς πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη διαχείριση της αϋπνίας προκαλούν ορθοστατική υπόταση και κατακράτηση ούρων. Αυτά με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν σε μειωμένη κινητικότητα, πτώσεις και αυξανόμενη ανησυχία.

Τα υπναγωγά κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες:

1. Βενζοδιαζεπίνες πχ φλουνιτραζεπάμη
2. Άλλα υπνωτικά παρόμοιας δράσης με τις βενζοδιαζεπίνες πχ ζολπιδέμη
3. Αγωνιστές των υποδοχέων της μελατονίνης πχ μελατονίνη

Όλες οι βενζοδιαζεπίνες έχουν σημαντικές παρενέργειες. Αυτές περιλαμβάνουν ζάλη, σύγχυση, αταξία, εξάρτηση, παράδοση διέγερση και ορθοστατική υπόταση. Συνιστάται να μην χορηγούνται πέραν των έξι μηνών και να διακόπτονται σταδιακά.¹⁵¹

Μη φαρμακολογική αντιμετώπιση

- Εκπαίδευση στην υγιεινή του ύπνου

Γενικές οδηγίες σχετικά με υγιεινές πρακτικές (π.χ. διατροφή, άσκηση, χρήση ουσιών) και περιβαλλοντικούς παράγοντες (π.χ. φως, θόρυβος, θερμοκρασία) που προάγουν ή επηρεάζουν τον ύπνο:

α) αποφυγή διεγερτικών (π.χ. καφεΐνη, νικοτίνη) αρκετές ώρες πριν τον ύπνο

β) αποφυγή αλκοόλ και βαριών γευμάτων πριν την κατάκλιση καθώς αυτά κατακερματίζουν τον ύπνο

γ) τακτική άσκηση

δ) περιβάλλον κρεβατοκάμαρας σκοτεινό, ήσυχο και σε καλή θερμοκρασία (18-20°C)

ε) άνετα, καθαρά, στεγνά κλινοσκεπάσματα και πιτζάμες, κατάλληλα για την εποχή

ζ) δημιουργία ρουτίνας προ κατάκλισης¹⁵²

- Γνωσιακή – Συμπεριφορική Θεραπεία

Στοχεύει στην ανακούφιση των υπερβολικών ανησυχιών και στην αναθεώρηση εσφαλμένων αντιλήψεων σχετικά με τον ύπνο και την αϋπνία σε συνδυασμό με τεχνικές που ενισχύουν τη συσχέτιση του κρεβατιού ή της κρεβατοκάμαρας με τον ύπνο και ενός σταθερού ωραρίου ύπνου και έγερσης. Ειδικοί στόχοι περιλαμβάνουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες ύπνου, φόβο για τις συνέπειες της αϋπνίας και παρανοήσεις των αιτιών της αϋπνίας^{132,135,152}.

- Συμπληρωματικές/ Εναλλακτικές Θεραπείες

Χρησιμοποιούνται ενισχυτικά των άλλων μεθόδων ή και εναλλακτικά. Προάγουν άμεσα τον ύπνο (πχ Βοτανοθεραπεία, Αρωματοθεραπεία) και στοχεύουν στη μείωση της σωματικής έντασης (πχ Ρεφλεξολογία, Γιόγκα, τεχνικές χαλάρωσης)¹⁵².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

3.1 ΓΕΝΙΚΑ

3.1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ

Οι όροι «**συμπληρωματική ιατρική**» ή «**εναλλακτική ιατρική**» εναλλάσσονται με τον όρο «**παραδοσιακή ιατρική**» και αναφέρονται σε ένα ευρύ φάσμα πρακτικών υγειονομικής περίθαλψης που δεν αποτελούν μέρος της παράδοσης ή της συμβατικής ιατρικής μιας χώρας και δεν ενσωματώνονται πλήρως στο κυρίαρχο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Λειτουργούν συμπληρωματικά με την επίσημη ιατρική προσέγγιση μιας χώρας και όχι ανταγωνιστικά²⁵. Κατά τον ΠΟΥ **Παραδοσιακή Ιατρική** είναι το άθροισμα των γνώσεων, δεξιοτήτων και πρακτικών που βασίζονται σε θεωρίες, πεποιθήσεις και εμπειρίες διαφορετικών γηγενών πολιτισμών, που χρησιμοποιούνται στη διατήρηση της υγείας καθώς και στην πρόληψη, διάγνωση, βελτίωση ή θεραπεία σωματικής και ψυχικής ασθένειας¹⁵³.

Στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες αναφέρονται συχνότερα ως Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες (ΣΕΘ).

Συμπληρωματικές θεραπείες (ή Συμπληρωματική Ιατρική) είναι οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται παράλληλα με την ενδεδειγμένη συμβατική ιατρική θεραπεία.

Παράδειγμα: χρήση Βελονισμού για τη μείωση κάποιων παρενεργειών της χημειοθεραπείας, πχ ναυτία και έμετοι.

Εναλλακτικές θεραπείες (ή Εναλλακτική Ιατρική) είναι θεραπείες που χρησιμοποιούνται αντί της συμβατικής ιατρικής θεραπείας.

Παράδειγμα: χρήση Αρωματοθεραπείας για αϋπνία, αντί φαρμακευτικής αγωγής.

3.1.2 ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΥΓΕΙΑ

Η **Ολοκληρωμένη Υγεία** (Integrative Health) είναι μια κατάσταση ευεξίας σώματος, νου και πνεύματος που αφορά το άτομο, την κοινότητα και το συνολικό πληθυσμό.

Επηρεάζεται από: (1) μεμονωμένους βιολογικούς παράγοντες και συμπεριφορές, κοινωνικές αξίες και δημόσια πολιτική, (2) το φυσικό, κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον και (3) ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που ενσωματώνει την ενεργή συμμετοχή του ατόμου και της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης στην εφαρμογή ενός ευρέος φάσματος προληπτικών και θεραπευτικών προσεγγίσεων.

Η ολοκληρωμένη υγεία ενθαρρύνει τα άτομα, τις κοινωνικές ομάδες και τις κοινότητες να αναπτύξουν τρόπους ζωής που προάγουν νόημα, ανθεκτικότητα και ευημερία σε όλη τη διάρκεια της ζωής¹⁵⁴.

Ολοκληρωμένη Ιατρική (Integrative Medicine) είναι μια συνολική προσέγγιση της ιατρικής περίθαλψης που συνδυάζει τη συνήθη/ συμβατική αγωγή με τις πρακτικές ΣΕΘ που έχουν αποδειχθεί ότι είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές^{26,155}.

Η Ολοκληρωμένη Ιατρική επιβεβαιώνει τη σημασία της σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς, επικεντρώνεται σε ολόκληρο το άτομο, ενημερώνεται και χρησιμοποιεί όλες τις κατάλληλες θεραπευτικές προσεγγίσεις και προσεγγίσεις τρόπου ζωής βάσει ενδείξεων, όλους τους επαγγελματίες υγείας και τους αντίστοιχους κλάδους για να επιτευχθεί η βέλτιστη υγεία και θεραπεία του ατόμου^{154,155}.

Ολοκληρωμένη Ογκολογία (Integrative Oncology) είναι μια ασθενοκεντρική, τεκμηριωμένη αντιμετώπιση του καρκίνου που χρησιμοποιεί πρακτικές νου και σώματος, φυσικά προϊόντα ή / και προσαρμογή του τρόπου ζωής από διάφορες παραδόσεις παράλληλα με τις συμβατικές θεραπείες για τον καρκίνο. Η ολοκληρωμένη ογκολογία στοχεύει στη βελτιστοποίηση της υγείας, της ποιότητας ζωής και των κλινικών αποτελεσμάτων σε όλες τις φάσεις της θεραπείας του καρκίνου και πέρα από αυτή. Επίσης στοχεύει στην ενεργό συμμετοχή των ανθρώπων στην πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου¹⁵⁶.

Ολοκληρωμένη Ανακουφιστική Φροντίδα (Integrative Palliative Care) είναι η χρήση συμβατικών και συμπληρωματικών προσεγγίσεων στην παροχή φροντίδας ατόμων που αντιμετωπίζουν σοβαρές ή/και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες ή βρίσκονται στο τελικό στάδιο. Πρόκειται για τη χρήση της Ολοκληρωμένης Ιατρικής στην ΑΦ, οι οποίες είναι φυσικά συνδεδεμένες καθώς και οι δύο βασίζονται σε ένα ολιστικό μοντέλο φροντίδας που επικεντρώνεται στη φροντίδα του ατόμου θεωρώντας τον σύνθετη βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Η Ολοκληρωμένη ΑΦ επικεντρώνεται στην ενσωμάτωση θεραπειών Συμπληρωματικής Ιατρικής που έχουν αποδειχθεί ασφαλείς και αποτελεσματικές στην παροχή ΑΦ^{23,24}.

3.1.3 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΟΥ ΠΟΥ

Η παραδοσιακή και συμπληρωματική ιατρική είναι ένα σημαντικό και συχνά υποτιμημένο μέρος της υγειονομικής περίθαλψης, απαντάται σχεδόν παντού και η ζήτηση για αυτήν αυξάνεται. Πολλές χώρες αναγνωρίζουν πλέον την ανάγκη να αναπτυχθεί μια συνεκτική και ολοκληρωμένη προσέγγιση για την υγειονομική περίθαλψη που επιτρέπει στις κυβερνήσεις, στους επαγγελματίες υγείας και, το πιο σημαντικό, στους χρήστες υγειονομικών υπηρεσιών, να έχουν πρόσβαση στην παραδοσιακή και συμπληρωματική ιατρική με ασφαλή, προσήκοντα, οικονομικά αποδοτικό και αποτελεσματικό τρόπο. Έχει αρχίσει να υπάρχει μια σταδιακή αποδοχή της συμβολής που μπορεί να έχουν οι ΣΕΘ στην υγεία και την ευεξία των ατόμων και στην πληρότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Η παραδοσιακή και συμπληρωματική ιατρική έχει μακρά ιστορία χρήσης στη διατήρηση της υγείας και στην πρόληψη και θεραπεία ασθενειών, ιδιαίτερα για χρόνιες παθήσεις.

Η Στρατηγική 2014-2023 για την Παραδοσιακή Ιατρική του ΠΟΥ εξετάζει τη δυναμική συμβολή που μπορεί να έχουν οι ΣΕΘ στην υγεία, ιδίως στην παροχή υπηρεσιών υγείας και καθορίζει δράσεις προτεραιότητας για την περίοδο έως το 2023. Αυτή η στρατηγική είναι μια αποτελεσματική και προληπτική απόκριση στο ψήφισμα WHA62.13 της Παγκόσμιας Συνέλευσης

Υγείας (World Health Assembly) σχετικά με την Παραδοσιακή Ιατρική¹⁵⁷ που ενθαρρύνει τα κράτη-μέλη να θεωρήσουν την Παραδοσιακή και Συμπληρωματική Ιατρική σημαντικό μέρος του συστήματος υγείας²⁵.

Οι στόχοι της στρατηγικής είναι να υποστηρίξουν τα κράτη μέλη:

- Στην αξιοποίηση της πιθανής συμβολής της Παραδοσιακής και Συμπληρωματικής Ιατρικής στην υγεία, την ευεξία και την ανθρωποκεντρική υγειονομική περίθαλψη ·
- Στην προώθηση της ασφαλούς και αποτελεσματικής χρήσης της Παραδοσιακής και Συμπληρωματικής Ιατρικής μέσω της ρύθμισης, της έρευνας και της ενσωμάτωσης των προϊόντων, των επαγγελματιών και των πρακτικών στα συστήματα υγείας, όπου είναι κατάλληλο.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ο στόχος είναι να υιοθετηθεί μια ενιαία νομοθεσία για προϊόντα και υπηρεσίες Παραδοσιακής και Συμπληρωματικής Ιατρικής που να συνταγογραφούνται ή να συνιστώνται από επαγγελματίες υγείας. Επί του παρόντος, τα περισσότερα κράτη μέλη ρυθμίζουν τα φυτικά προϊόντα, αν και συνεχίζουν να αναπτύσσουν, να ενημερώνουν και να εφαρμόζουν νέους κανονισμούς, όπως απαιτείται. Αυτές οι κανονιστικές προσεγγίσεις στοχεύουν στην προστασία της υγείας των καταναλωτών διασφαλίζοντας ότι τα προϊόντα είναι ασφαλή και υψηλής ποιότητας¹⁵⁸.

3.1.4 ΧΡΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ/ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Πολλές χώρες έχουν τις δικές τους παραδοσιακές θεραπείες που έχουν ρίζες στον πολιτισμό και την ιστορία τους. Ορισμένες μορφές παραδοσιακής ιατρικής, όπως η Αγιουρβέδα, η Παραδοσιακή Κινεζική Ιατρική και η Ιατρική Υhapi είναι δημοφιλείς τόσο σε εθνικό όσο και παγκόσμιο επίπεδο. Ταυτόχρονα, άλλα εναλλακτικά θεραπευτικά συστήματα όπως η ανθρωποσοφική ιατρική, η χειροπρακτική, και η ομοιοπαθητική χρησιμοποιούνται επίσης εκτεταμένα. Οι ΣΕΘ εφαρμόζονται από επαγγελματίες θεραπευτές παραδοσιακής ή συμπληρωματικής ιατρικής, γιατρούς συμβατικής ιατρικής, ή άλλους επαγγελματίες υγείας. Στην ΕΕ (περιλαμβανομένου και του Ηνωμένου Βασιλείου) οι ΣΕΘ παρέχονται από

160.000 μη υγειονομικούς θεραπευτές και από 145.000 επαγγελματίες υγείας. Πάνω από 100 εκατομμύρια Ευρωπαίοι είναι χρήστες Παραδοσιακής και Συμπληρωματικής Ιατρικής, με το 1/5 αυτών να είναι τακτικοί χρήστες. Παρόμοιο ποσοστό (20%) προτιμά τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που την περιλαμβάνουν. Υπάρχουν πολλοί περισσότεροι χρήστες Παραδοσιακής και Συμπληρωματικής Ιατρικής στην Αφρική, την Ασία, την Αυστραλία και τη Βόρεια Αμερική¹⁵⁸.

Τα σχήματα χρήσης των ΣΕΘ ποικίλλουν μεταξύ και εντός των κρατών-μελών του ΠΟΥ ανάλογα με διάφορους παράγοντες όπως ο πολιτισμός, η παράδοση και το κανονιστικό και νομικό πλαίσιο. Υπάρχουν τρία γενικά πρότυπα χρήσης ΣΕΘ:

1) Χρήση σε χώρες όπου η Παραδοσιακή Ιατρική είναι μία από τις κύριες πηγές υγειονομικής περίθαλψης. Χαρακτηριστικό αυτών των χωρών είναι ότι η διαθεσιμότητα ή/και η προσβασιμότητα των συμβατικών ιατρικών υπηρεσιών υγείας είναι συνολικά, περιορισμένη. Για παράδειγμα, η αναλογία των παραδοσιακών θεραπευτών προς τον πληθυσμό στην Αφρική είναι 1:500 ενώ η αναλογία των γιατρών προς τον πληθυσμό είναι 1:40.000.

2) Χρήση Παραδοσιακής Ιατρικής λόγω πολιτιστικών και ιστορικών επιρροών. Σε ορισμένες χώρες, όπως η Σιγκαπούρη και η Δημοκρατία της Κορέας, παρότι το συμβατικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι αρκετά καλά εδραιωμένο, το 76% και το 86% των αντίστοιχων πληθυσμών χρησιμοποιούν συνήθως την Παραδοσιακή Ιατρική.

3) Χρήση της Παραδοσιακής και Συμπληρωματικής Ιατρικής ως συμπληρωματική θεραπεία. Αυτό είναι κοινό στις ανεπτυγμένες χώρες όπου η δομή του συστήματος υγείας είναι συνήθως καλά εδραιωμένη, όπως π.χ. στη Βόρεια Αμερική και σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες.

Οι λόγοι που παρακινούν τους ανθρώπους να χρησιμοποιούν ΣΕΘ παρουσιάζουν ομοιότητες και διαφορές μεταξύ μεμονωμένων χωρών και περιοχών. Αυτοί μπορεί να είναι αυξημένη ζήτηση για όλες τις υπηρεσίες υγείας, επιθυμία για περισσότερη πληροφόρηση που οδηγεί σε αυξημένη επίγνωση για τις διαθέσιμες επιλογές, αυξανόμενη δυσaráσκεια με τις

υπάρχουσες υπηρεσίες και ενεργό ενδιαφέρον για ολιστική φροντίδα και προαγωγή της υγείας. Στην Αυστραλία η μειωμένη ικανοποίηση από τις συμβατικές ιατρικές θεραπείες και η επιθυμία για έναν υγιεινό τρόπο ζωής, συμβαλλει στην αύξηση της χρήσης των ΣΕΘ. Τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια έχει σημειωθεί αύξηση χρήσης ΣΕΘ, καθώς οι καταναλωτές επιλέγουν να λαμβάνουν πιο ενεργό ρόλο στην προαγωγή της υγείας τους¹⁵⁸.

Η πιθανή εξοικονόμηση κόστους είναι επίσης ένας σημαντικός λόγος χρήσης ΣΕΘ καθώς και αυτός της γρηγορότερης ανάρρωσης. Άτομα που πάσχουν από συγκεκριμένες χρόνιες παθήσεις τείνουν να χρησιμοποιούν ΣΕΘ περισσότερο. Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με Σκλήρυνση κατά Πλάκας καταφεύγουν σε ΣΕΘ με τον επιπολασμό χρήσης να κυμαίνεται από 41% στην Ισπανία έως 70% στον Καναδά και 82% στην Αυστραλία. Στους πάσχοντες από καρκίνο η εικόνα είναι παρόμοια με άλλες χρόνιες παθήσεις²⁵. Στη Σουηδία το 26% χρησιμοποιεί ΣΕΘ μετά τη διάγνωση του καρκίνου¹⁵⁹. Στη μελέτη των Molassiotis et al.¹⁶⁰ η Βοτανοθεραπεία ήταν η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη ΣΕΘ, μαζί με την ομοιοπαθητική, τις βιταμίνες/ιχνοστοιχεία, τα αφεψήματα, τις πνευματικές θεραπείες και τις τεχνικές χαλάρωσης.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΣΕΘ

Οι αποφάσεις που σχετίζονται με τη χρήση των ΣΕΘ είναι ένα σύνθετο ζήτημα και μπορεί να επηρεαστούν από πληθώρα λόγων όπως στάσεις και πεπιοθήσεις, φύλο, κατάσταση ασθένειας, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, πολιτιστικό υπόβαθρο, εγγραμματισμό υγείας, κα.

Στάσεις και πεπιοθήσεις

Τα κίνητρα της χρήσης ΣΕΘ σε ασθενείς με καρκίνο μοιράζονται κάποιες ομοιότητες με άλλους χρόνιους πάσχοντες, όπως η κακή αντιληπτή υγεία, η επιθυμία να επιτευχθεί ολιστική ευεξία και να βελτιστοποιηθούν τα θεραπευτικά οφέλη της συμβατικής θεραπείας. Άλλοι πιο εξειδικευμένοι λόγοι αφορούν στην παράταση της ζωής, στην ελαχιστοποίηση των συμπτωμάτων του καρκίνου ή των ανεπιθύμητων ενεργειών από τη θεραπεία και στην ενίσχυση της γενικής ευεξίας, ιδιαίτερα για τους ασθενείς τελικού σταδίου.

Οι πεποιοθήσεις των πασχόντων επηρεάζονται επίσης και από τα μέσα ενημέρωσης και πληροφορίες από φίλους και συγγενείς. Οι πληροφορίες αυτές μπορεί να είναι παραπλανητικές και να οδηγήσουν σε ακατάλληλες αποφάσεις και να προκαλέσουν πιθανές αλληλεπιδράσεις με τη φαρμακευτική αγωγή τους¹⁶¹.

Φύλο

Γενικά, οι γυναίκες έχουν καλύτερη υγεία από τους άνδρες, χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και είναι πιο ανοιχτές στη χρήση υπηρεσιών υγείας, ακόμη και όταν λαμβάνονται υπόψη οι βιολογικές διαφορές τους. Η χρήση ΣΕΘ από γυναίκες με καρκίνο συσχετίστηκε με την επιδίωξη αντιμετώπισης της προσωπικής δυσφορίας που πηγάζει από προβλήματα υγείας, μια υποστηρικτική και αισιόδοξη προσέγγιση στη διαχείριση της προσωπικής τους υγείας, με σκόπιμη επιλογή ΣΕΘ που ταιριάζουν καλύτερα στις ανάγκες τους.

Οι άνδρες έχουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με την υγεία. Σε σύγκριση με τις γυναίκες, οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να ζητήσουν βοήθεια από επαγγελματίες υγείας όταν δεν είναι καλά και λιγότερο πιθανό να αναφέρουν ψυχική δυσφορία και ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Επομένως, γενικά χρησιμοποιούν ΣΕΘ λιγότερο από τις γυναίκες. Ωστόσο η εικόνα αυτή αλλάζει με τη διάγνωση του καρκίνου όπου η συχνότητα χρήσης είναι συγκρίσιμη μεταξύ των δυο φύλων. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε αυξημένη ανάγκη των ανδρών για προσωπικό έλεγχο και στο γεγονός ότι, η επιλογή μιας ΣΕΘ στην περίπτωση του καρκίνου γίνεται πιο συγκεκριμένη και, πιθανά, πιο καθοδηγούμενη. Διαφορές μπορεί να εμφανίζονται στην πρώιμη φάση της ασθένειας στην επιλογή της θεραπείας αλλά αυτές αμβλύνονται με την πάροδο του χρόνου και την επιδείνωση της ασθένειας¹⁶².

Κατάσταση ασθένειας

Οι περισσότεροι ασθενείς έρχονται για πρώτη φορά σε επαφή με τις ΣΕΘ και ξεκινούν να τις χρησιμοποιούν μετά τη διάγνωσή τους ιδιαίτερα όταν έχουν βιώσει προβλήματα με τη συμβατική θεραπευτική αντιμετώπιση¹⁶³.

Οι Weeks et al.¹⁶⁴ πρότειναν ένα μοντέλο λήψης αποφάσεων που να εξηγεί τη συμπεριφορά του ασθενούς σε σχέση με τη χρήση ΣΕΘ που μπορεί να

χωριστεί σε 3 φάσεις: πρώιμη, μέση και όψιμη:

- Η πρώιμη φάση της λήψης αποφάσεων ΣΕΘ ξεκινά με τη διάγνωση του καρκίνου ή της εξέλιξης της νόσου για τη διερεύνηση εναλλακτικών λύσεων πέρα από τη συμβατική θεραπεία και την προσαρμογή στις νέες συνθήκες
- Η επακόλουθη μετάβαση στη μεσαία φάση ενισχύει τη δημιουργία ενός προσαρμοσμένου σχήματος ΣΕΘ με βάση τα πιστεύω, τις ανάγκες και τις μοναδικές εμπειρίες του πάσχοντα
- Η όψιμη φάση της λήψης αποφάσεων ξεκινά όταν οι ασθενείς μετατρέπονται σε επιβιώσαντες ή έχουν ανάγκη φροντίδας τελικού σταδίου. Οι στόχοι της χρήσης CAM κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης εκτείνονται από υπερνίκηση των αρνητικών συναισθημάτων (π.χ. αίσθημα απώλειας, εγκατάλειψης από τις υπηρεσίες στο τελικό στάδιο, αποδοχή της δικής τους θνησιμότητας), έως ενίσχυση θετικών συναισθημάτων (π.χ. διατήρηση της υγείας, παράταση της ζωής)

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της χρήσης ΣΕΘ και των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Η έκβαση της υγείας καθορίζεται από ατομικά χαρακτηριστικά (π.χ. ψυχολογικά, γενετικά, πολιτιστικά, εισοδηματικά, επίπεδο εκπαίδευσης και τρόπου ζωής) και εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. φυσικό περιβάλλον, προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας). Αυτοί οι παράγοντες διαμορφώνουν τις αποφάσεις επιλογής υγιεινού τρόπου ζωής.

Το επίπεδο της εκπαίδευσης συσχετίζεται θετικά με την υγεία. Οι χρήστες των ΣΕΘ είναι γενικά άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, με επίγνωση θεμάτων υγείας που προτιμούν μια ενεργό προσέγγιση στην πρόληψη της κακής υγείας. Ωστόσο, το επίπεδο εκπαίδευσης δεν αποκλείει δυσκολίες στην κατανόηση εννοιών και λεξιλογίου που υπάρχουν σε υλικό ή οδηγίες που σχετίζονται με την υγεία. Η ακατάλληλη χρήση των ΣΕΘ λόγω παραπληροφόρησης μπορεί να προκαλέσει πιθανές αλληλεπιδράσεις με

φάρμακα, ανεπιθύμητα αποτελέσματα και κακή διαχείριση της υγείας. Η υπόσχεση καλύτερης υγείας μπορεί να είναι δολοφονική για κάποιον που ασθενεί και η λογική και η σκέψη μπορεί να αντικατασταθούν από ψευδή ελπίδα σε αυτές τις στιγμές¹⁶¹.

Πολιτισμικοί παράγοντες

Η πολιτισμική διαφορετικότητα επηρεάζει τις επιλογές ΣΕΘ των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο. Για παράδειγμα, οι κινέζοι ασθενείς χρησιμοποιούν συχνότερα φυτικά σκευάσματα, οι λατινοαμερικανοί προτιμούν τις διατροφικές θεραπείες και τις παραδοσιακές πνευματικές θεραπείες, οι αφροαμερικανοί συχνά χρησιμοποιούν πνευματικές θεραπείες και αυτοί της λευκής φυλής επιλέγουν συχνότερα μια ποικιλία μεθόδων όπως, διαιτητικές προσεγγίσεις, σωματικές θεραπείες, θεραπευτικό μασάζ και βελονισμό. Οι πολιτισμικές πεποιθήσεις, επίσης, επηρεάζουν περισσότερο την πληροφόρηση σχετικά με την υγεία παρά το επίπεδο εκπαίδευσης. Για παράδειγμα, ασθενείς της λευκής φυλής προτιμούν αμερόληπτες επιστημονικές πληροφορίες από αξιόπιστες πηγές (π.χ. ιατρικά περιοδικά ή ερευνητικά ιδρύματα), Ιάπωνες ασθενείς προσελκύονται περισσότερο από πληροφορίες των μέσων μαζικής ενημέρωσης (π.χ. τηλεόραση, εφημερίδα, διαφημίσεις) και οι μη Ιάπωνες Ασιάτες των νήσων του Ειρηνικού προτιμούν πληροφορίες από άλλα άτομα (π.χ. γιατρούς, κοινωνικές ομάδες ή άλλους καρκινοπαθείς)¹⁶¹.

Εγγραμματισμός της υγείας

Εγγραμματισμός της υγείας ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως «οι γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες που καθορίζουν το κίνητρο και την ικανότητα των ατόμων να αποκτήσουν πρόσβαση, να κατανοήσουν και να χρησιμοποιήσουν πληροφορίες με τρόπους που προωθούν και διατηρούν την καλή υγεία»¹⁶⁵. Ο εγγραμματισμός της υγείας ξεπερνά τη στενή αντίληψη της εκπαίδευσης στον τομέα της υγείας και της ατομικής επικοινωνίας με προσανατολισμό στη συμπεριφορά και αντιμετωπίζει τους περιβαλλοντικούς, πολιτικούς και κοινωνικούς παράγοντες που καθορίζουν την υγεία. Η εκπαίδευση στην υγεία, με αυτό τον ορισμό, στοχεύει να επηρεάσει όχι μόνο τις ατομικές αποφάσεις για τον τρόπο ζωής, αλλά και να αυξήσει την κατανόηση των καθοριστικών για την υγεία παραγόντων και να ενθαρρύνει

ατομικές και συλλογικές ενέργειες που μπορεί να οδηγήσουν σε τροποποίησή τους¹⁶⁵.

ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Πολλοί καταναλωτές στρέφονται στα προϊόντα και τις πρακτικές των ΣΕΘ διότι πιστεύουν ότι «φυσικό σημαίνει ασφαλές», κάτι που δεν είναι απαραίτητα ακριβές.

Υπάρχουν ορισμένα σημεία προσοχής που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και μπορεί να πηγάζουν από:

- Τη χρήση κακής ποιότητας, νοθευμένων ή παραπτοημένων προϊόντων
- Μη ειδικευμένους επαγγελματίες ΣΕΘ
- Λανθασμένη, καθυστερημένη διάγνωση ή μη χρήση αποτελεσματικών συμβατικών θεραπειών
- Έκθεση σε παραπλανητικές ή αναξιόπιστες πληροφορίες
- Άμεσες παρενέργειες ή ανεπιθύμητες αλληλεπιδράσεις με άλλες θεραπείες
- Ελλιπή πληροφόρηση και καθοδήγηση των χρηστών και των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ΣΕΘ
- Απόκρυψη χρήσης ΣΕΘ από τους κύριους παρόχους φροντίδας^{25,166}.

3.2 ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ/ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Παρότι οι συμβατικές θεραπείες του καρκίνου έχουν μειώσει σημαντικά τη θνησιμότητα που σχετίζεται με τον καρκίνο, αυτές συχνά προκαλούν δυσμενείς παρενέργειες όπως κόπωση, εξάψεις, ναυτία και μετεγχειρητικό πόνο που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής. Κατά συνέπεια, πολλοί ασθενείς με καρκίνο υποφέρουν τόσο από τα συμπτώματα του καρκίνου όσο και από τις παρενέργειες των συμβατικών αντικαρκινικών θεραπειών.

Οι ανάγκες των ασθενών στη διαχείριση αυτών των συμπτωμάτων σε συνδυασμό με την επιθυμία τους να χρησιμοποιήσουν φυσικές προσεγγίσεις για τη βελτίωση της υγείας τους δημιούργησαν την ανάγκη για ολοκληρωμένη

ιατρική. Σύμφωνα με το National Centre for Complementary and Integrative Health (NCCIH, Εθνικό Κέντρο Συμπληρωματικής και Ολοκληρωμένης Υγείας)²⁶, η ολοκληρωμένη ιατρική διαφέρει από τη συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική επειδή συνδυάζει συμβατικές και συμπληρωματικές θεραπείες με συντονισμένο τρόπο και υιοθετεί μόνο αυτές τις συμπληρωματικές μεθόδους που υποστηρίζονται από τις υψηλότερες ενδείξεις ασφάλειας και αποτελεσματικότητας. Η χρήση της ολοκληρωμένης ιατρικής είναι εκτεταμένη στους επιζώντες από καρκίνο. Σε παγκόσμιο επίπεδο, έως και το 43% των ασθενών με καρκίνο έχουν χρησιμοποιήσει ολοκληρωμένες φαρμακευτικές θεραπείες κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους και η συνολική επικράτηση της χρήσης ολοκληρωμένης ιατρικής έχει αυξηθεί αισθητά τα τελευταία χρόνια. Οι επιζώντες του καρκίνου είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν μεθόδους εναλλακτικής ιατρικής για ευεξία, πόνο και βελτίωση της ανοσολογικής τους λειτουργίας¹⁶⁷.

Η ολοκληρωμένη ογκολογία έχει την ίδια φιλοσοφία. Οι συμπληρωματικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται υποβοηθούν σωματικά και ψυχικά συμπτώματα, ενισχύουν την ανθεκτικότητα και παρέχουν στους ασθενείς εργαλεία που τους επιτρέπουν να βοηθήσουν τον εαυτό τους σε όλο το φάσμα του καρκίνου. Αυτό επιτρέπει στους ασθενείς να διαδραματίζουν ενεργό ρόλο στη φροντίδα τους, βελτιώνει επίσης τη σχέση τους με τους επαγγελματίες υγείας και την ποιότητα της φροντίδας και συντελεί στην ευεξία αυτών και των οικογενειών τους. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το Memorial Sloan Kettering Cancer Center ίδρυσε την υπηρεσία ολοκληρωμένης ιατρικής το 1999. Σύντομα, άλλα ηγετικά κέντρα στη φροντίδα του καρκίνου, όπως το University of Texas MD Anderson Cancer Center και το Dana-Farber Cancer Center δημιούργησαν ειδικά προγράμματα που εστιάζουν στην ενσωμάτωση συμπληρωματικών θεραπειών στη φροντίδα του καρκίνου. Κατά τα τελευταία χρόνια, η παρουσία ολοκληρωμένης ιατρικής στα κέντρα του Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου των ΗΠΑ (National Cancer Institute) έχει αυξηθεί σημαντικά, με την πλειονότητα των κέντρων να προσφέρουν τώρα κάποια μορφή ολοκληρωμένης θεραπείας^{155,167}.

Ενώ τα ερευνητικά στοιχεία για συμβατικές και για συμπληρωματικές θεραπείες στον καρκίνο αυξάνονται, λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει ρητά μια

ολοκληρωμένη ογκολογική προσέγγιση. Η δημοσίευση των κατευθυντήριων γραμμών της Εταιρείας Ολοκληρωμένης Ογκολογίας (Society for Integrative Oncology) για ολοκληρωμένες ογκολογικές πρακτικές ήταν ένα σημαντικό ορόσημο. Ωστόσο, απαιτείται περισσότερη διερεύνηση σχετικά με την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και βέλτιστο σχεδιασμό ολοκληρωμένων ογκολογικών παρεμβάσεων¹⁶⁸.

Το NCCIH έχει προτείνει τις παρακάτω γενικές κατευθυντήριες γραμμές για την ασφαλή χρήση ΣΕΘ από άτομα που πάσχουν από καρκίνο:

- Η καθυστέρηση της συμβατικής θεραπείας του καρκίνου μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες ύφεσης ή θεραπείας. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται προϊόντα ή πρακτικές για την αντικατάσταση ή καθυστέρηση της συμβατικής ιατρικής θεραπείας του καρκίνου τα οποία δεν έχουν αποδεδειγμένη αντικαρκινική δράση
- Ορισμένες συμπληρωματικές προσεγγίσεις μπορεί να επηρεάσουν τις συμβατικές θεραπείες του καρκίνου ή να ενέχουν κινδύνους. Είναι σημαντική η ενημέρωση παρόχων φροντίδας πριν τη χρήση οποιαδήποτε συμπληρωματικής προσέγγισης ώστε να είναι δυνατός ο έλεγχος μιας τέτοιας πιθανότητας
- Είναι απαραίτητη η ενημέρωση της ομάδας φροντίδας για τυχόν συμπληρωματικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιεί ένα άτομο που πάσχει από καρκίνο για οποιονδήποτε σκοπό - είτε σχετίζεται με τον καρκίνο, είτε όχι. Αυτό θα βοηθήσει στην παροχή συντονισμένης και ασφαλούς φροντίδας²⁶.

ΚΥΡΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Μία δομή ταξινόμησης που αναπτύχθηκε από το National Center for Complementary and Alternative Medicine NCCAM (2000)¹⁶⁹ και χρησιμοποιείται ευρύτατα, χωρίζει τις ΣΕΘ σε πέντε κατηγορίες:

1. Εναλλακτικά ιατρικά συστήματα

Κατηγορία που εκτείνεται και αναφέρεται σε ένα ολόκληρο σύστημα θεωρίας και πρακτικής που αναπτύχθηκε ξεχωριστά από τη συμβατική ιατρική. Παραδείγματα αυτών των συστημάτων περιλαμβάνουν την

Παραδοσιακή Κινεζική Ιατρική, την Αγιουρβέδα, την Ομοιοπαθητική, την Ιπποκράτειο Ιατρική (ή Φυσικοπαθητική) κα.

2. Παρεμβάσεις νου-σώματος

Περιλαμβάνουν πρακτικές που βασίζονται στο νου, αλλά επηρεάζουν το ανθρώπινο σώμα και τη σωματική υγεία, όπως διαλογισμός, προσευχή, χαλάρωση, γιόγκα, τσί τσι, τσι γκονγκ, θεραπεία μέσω τέχνης, μουσικοθεραπεία κα.

3. Βιολογικά βασισμένες θεραπείες

Περιλαμβάνουν ειδικές δίαιτες, φυτικά προϊόντα και άλλα φυσικά προϊόντα όπως συμπληρώματα διατροφής, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία, Φυτοθεραπεία, Ανθοθεραπεία, Αρωματοθεραπεία κα.

4. Σωματικά βασισμένες θεραπείες

Περιλαμβάνουν θεραπείες που εμπεριέχουν κίνηση ή χειρισμό του σώματος όπως Οστεοπαθητική, Χειροπρακτική, Τεχνική Αλεξάντερ, Ρεφλεξολογία, Θεραπευτική Μάλαξη κα.

5. Ενεργειακές θεραπείες

Περιλαμβάνουν τον χειρισμό και την εφαρμογή ενεργειακών πεδίων στο σώμα, όπως το Ρέικι, το θεραπευτικό άγγιγμα κα.

Κύρια χαρακτηριστικά των ΣΕΘ

- ✓ Ολιστική προσέγγιση
- ✓ Θεώρηση της υγείας ως δυναμική κατάσταση
- ✓ Υποβοηθούν την εγγενή ικανότητα αυτοϊασης
- ✓ Παρέχουν εξατομικευμένη φροντίδα υγείας
- ✓ Δημιουργία ισχυρής θεραπευτικής σχέσης
- ✓ Ενισχύουν τις γνώσεις των ασθενών σε θέματα υγείας
- ✓ Υγειογένεση (αντίθετο της παθογένεσης)²⁶

Φυσικό Δεν Σημαίνει Ασφαλές

Οι ΣΕΘ περιλαμβάνουν μια ευρεία γκάμα από συμπληρώματα διατροφής, βότανα και βιταμίνες. Πολλά από αυτά τα «φυσικά» προϊόντα θεωρούνται ασφαλή διότι είναι παρόντα ή παράγονται στη φύση.

Αυτό δεν αληθεύει σε όλες τις περιπτώσεις και, επιπρόσθετα, κάποια είναι πιθανόν να επηρεάσουν τη δραστικότητα άλλων φαρμάκων:

- Υψηλές δόσεις βιτ C μπορεί να επηρεάσουν τη νεφρική λειτουργία, όταν υπάρχει επιβαρυνμένο ιστορικό.
- Το βότανο Βαλσαμόχορτο (*Hypericum perforatum*) που χρησιμοποιείται για την κατάθλιψη μπορεί να εξουδετερώσει τη δράση των αντισυλληπτικών.
- Τα συμπληρώματα που περιέχουν Ω3 λιπαρά οξέα μπορεί να αλληλεπιδράσουν με αντιπηκτική αγωγή.

Στην Ανακουφιστική Φροντίδα χρησιμοποιούνται μόνο ως Συμπληρωματικές Θεραπείες (ΣΘ).

Οι ΣΘ στην ΑΦ συντελούν ώστε :

- Να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής
- Να βελτιωθεί η γενική κατάσταση υγείας
- Να δοθεί ένα αίσθημα ελέγχου επί των γεγονότων της ζωής
- Να μειωθεί το άγχος, το στρες, η ένταση, η κόπωση, η αϋπνία και η κατάθλιψη
- Να αυξηθεί το αίσθημα της χαλάρωσης
- Να μειωθούν κάποια συμπτώματα όπως πόνος, ναυτία, δύσπνοια, δυσκοιλιότητα, άγχος, κόπωση και ανορεξία
- Να μειωθούν κάποιες από τις παρενέργειες της αντικαρκινικής θεραπείας και της φαρμακευτικής αναλγητικής αγωγής²⁶

Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες Συμπληρωματικές Θεραπείες στην Ανακουφιστική Φροντίδα του καρκίνου είναι:

- Βελονισμός
- Ομοιοπαθητική
- Θεραπευτικό Μασάζ
- Αρωματοθεραπεία
- Ρεφλεξολογία
- Ρέικι
- Θεραπευτικό Άγγιγμα
- Μουσικοθεραπεία
- Βοτανοθεραπεία
- Χαλάρωση και διαλογισμός²⁶

3.3 ΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΑ

3.3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Η ρεφλεξολογία είναι μια μη παρεμβατική συμπληρωματική/ εναλλακτική θεραπεία που χρησιμοποιεί δακτυλοπίεση με ειδική τεχνική, σε συγκεκριμένα σημεία (ρεφλεξολογικά αντανακλαστικά), κυρίως στα πόδια, τα οποία πιστεύεται ότι αντιστοιχούν σε όλο το σώμα. Η ρεφλεξολογία δρα εξισορροπητικά και αποτοξινωτικά και προάγει την υγεία².

Ιστορικά στοιχεία

Είναι μια αρχαία πρακτική, η προέλευση και η ιστορία της οποίας είναι δύσκολο να εντοπιστούν. Παραλλαγές της σύγχρονης ρεφλεξολογίας ίσως να υπήρχαν σε πολλές αρχαίες θεραπευτικές κουλτούρες. Φαίνεται να πηγάζει από τους αρχαίους πολιτισμούς της Ασίας, με παλαιότερη πιθανή αναφορά τα εικονογράμματα που βρέθηκαν στον τάφο του Αιγύπτιου Ανκχαμαχόρ (2330 πΧ) στη Σακκάρα όπως φαίνεται στην Εικόνα 5.

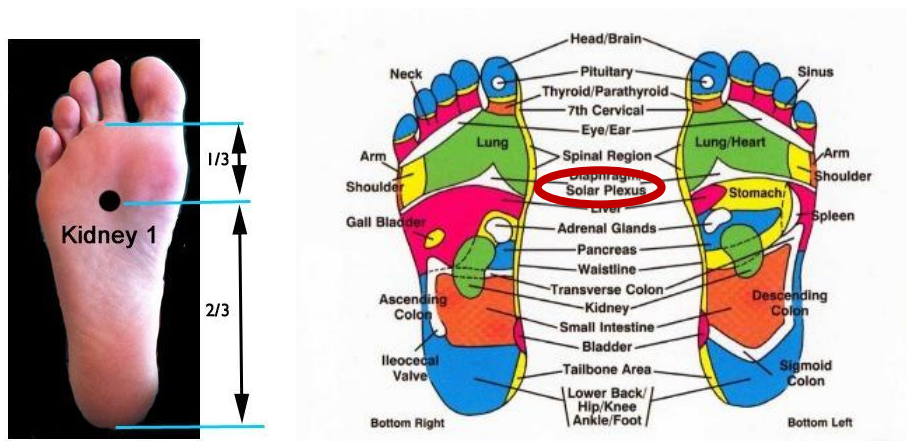


Εικόνα 5: Εικονόγραμμα που βρέθηκε στον τάφο του Ανκχαμαχόρ

Πηγή: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ankmahor_1907.gif

Σύμβολα ρεφλεξολογίας πιστεύεται ότι καταγράφονται στα αποτυπώματα των πελμάτων του Βούδα στην Ινδία και αργότερα στην Κίνα. Ομοίως, οι γηγενείς της Βόρειας και Νότιας Αμερικής πιστεύεται ότι εστιάζονταν στα πόδια ως μέρος της θεραπευτικής τους πρακτικής^{2,170}.

Δεν υπάρχουν γραπτά στοιχεία για τη χρήση ρεφλεξολογίας πριν από τη δυναστεία Σονγκ (960-1127μΧ) όπου θεωρείτο μέρος της Παραδοσιακής Κινέζικης Ιατρικής. Κατά τον Fan¹⁷¹, στη δυναστεία του Βόρειου Σονγκ (1021-1101 μΧ), το κέντρο του μέσου και των δύο ποδιών που αναφέρεται ως το βελονιστικό σημείο νεφρός 1 μαλάσσονταν καθημερινά ως μέσο διατήρησης καλής υγείας. Στα σύγχρονα διαγράμματα ρεφλεξολογίας το σημείο αυτό ονομάζεται ηλιακό πλέγμα (solar plexus) και θεωρείται κέντρο χαλάρωσης (Εικόνα 6).

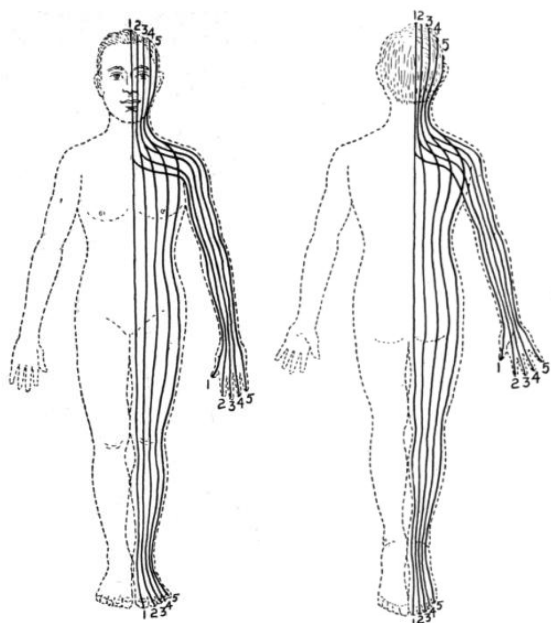


Εικόνα 6: Εντόπιση του βελονιστικού σημείου νεφρός 1 και του ηλιακού πλέγματος

Πηγές: <https://in.pinterest.com/pin/228205906099246542/>,
<https://www.pinterest.com/pin/71142869155581608/>

Ο όρος «Θεραπεία Ζωνών» φαίνεται να ήταν η αρχική ονομασία της ρεφλεξολογίας, χρησιμοποιείται δε ακόμη σήμερα σε διάφορες χώρες (Marquardt, 1984). Κατά τον 16ο αιώνα εκδόθηκαν δυο βιβλία στην Ευρώπη σχετικά με τη Θεραπεία Ζωνών, από τους Adamus και A'tatis και από τον Ball στη Λειψία¹⁷².

Ο Fitzgerald, ένας Αμερικανός γιατρός με ειδικότητα ωτορινολαρυγγολόγου, πιστώνεται με την αναβίωση της ρεφλεξολογίας περίπου το 1920. Ο Fitzgerald είχε εκτεθεί στις ιδέες της Θεραπείας Ζωνών όσο εργαζόταν στην Ευρώπη και τις ανέπτυξε μετά την επιστροφή του στις ΗΠΑ. Παρατήρησε ότι πίεση σε διάφορα σημεία του σώματος με διάφορα εργαλεία (λάστιχα, πίεστρα, μεταλλικά χτένια) αναισθητοποιούν άλλες περιοχές μέσα στην ίδια «ζώνη». Το 1917 δημοσίευσε με τον Bowers το βιβλίο “Zone Therapy”. Θεώρησε ότι υπάρχουν δέκα τέτοιες παράλληλες επιμήκεις ζώνες στο σώμα όπως φαίνεται στην παρακάτω Εικόνα 7¹⁷³. Αυτό το βιβλίο έγινε κείμενο αναφοράς για τη Ρεφλεξολογία και είχε ως αποτέλεσμα ο Fitzgerald να γίνει γνωστός ως ο πατέρας της σύγχρονης ρεφλεξολογίας¹⁷².



Εικόνα 7: Οι δέκα παράλληλες επιμήκεις ζώνες του Fitzgerald

Πηγή: The Project Gutenberg EBook of Zone Therapy, by William H. Fitzgerald and Edwin F. Bowers
<https://www.gutenberg.org/files/54553/54553-h/54553-h.htm>

Οπαδός των ιδεών του Fitzgerald ήταν ο Riley, ο οποίος τις ανέπτυξε περαιτέρω. Εντόπισε κάποια ρεφλεξολογικά αντανάκλαστικά σημεία και δημιούργησε μια τεχνική δακτυλοπίεσης αντί των εργαλείων. Η Ingham (1889-1974) που συνεργαζόταν με τον Riley χρησιμοποίησε τις ιδέες αυτές εκτενώς στη δουλειά της ως φυσιοθεραπεύτρια. Θεώρησε ότι η άσκηση πίεσης σε ευαίσθητα και επώδυνα σημεία του ποδιού ήταν μια σημαντική πλευρά της Θεραπείας Ζωνών. Η Ingham πίστευε ότι τα ευαίσθητα αυτά σημεία εμπειρείχαν ιζήματα κρυστάλλων σαν κόκκους άμμου και ότι η επανειλημμένη δακτυλοπίεση στα σημεία αυτά μπορούσε να τα διαλύσει και να τονωθεί η κυκλοφορία¹⁷⁰. Μαθήτριά της Ingham, η Doreen Bayly εισήγαγε τις τεχνικές αυτές την Αγγλία τη δεκαετία του '60. Άλλοι πρωτοπόροι στην Ευρώπη περιλαμβάνουν τον Elirio Zamboni στην Ιταλία και την Hanne Marquardt στη Γερμανία^{174,175}.

3.3.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΑΣ

Ο ακριβής μηχανισμός δράσης της δεν είναι ακόμη γνωστός, παρότι υπάρχουν πολλές θεωρίες. Μία από τις πρώιμες θεωρίες είναι η αιμοδυναμική θεωρία που υποδηλώνει ότι διέγερση ενός ρεφλεξολογικού αντανάκλαστικού με ρεφλεξολογία ενισχύει την αιματική ροή στο αντίστοιχο όργανο ή μέρος του σώματος¹⁷⁰. Αυτό υποστηρίζεται από τις μελέτες των Sudmeier et al.¹⁷⁶, Mur et al.¹⁷⁷ και εν μέρει από τους Jones et al.¹⁷⁸ που έδειξαν αυξημένη αιματική ροή στα νεφρά, τα έντερα και την καρδιά με την εφαρμογή της ρεφλεξολογίας.

Μια άλλη θεωρία είναι ότι η θεραπευτική δράση της ρεφλεξολογίας προέρχεται από την επίδραση του αγγίγματος γενικά και όχι από την πίεση των ρεφλεξολογικών αντανάκλαστικών. Το άγγιγμα μέσω θεραπευτικής μάλαξης έχει αποδειχθεί ότι απελευθερώνει ενδορφίνες, ντοπαμίνη και σεροτονίνη οι οποίες μειώνουν με τη σειρά τους τα επίπεδα κορτιζόλης αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης. Υψηλά επίπεδα κορτιζόλης οδηγούν σε υψηλό καρδιακό ρυθμό και αρτηριακή πίεση, κακή ποιότητα ύπνου, μεγαλύτερη ευαισθησία στον πόνο, μειωμένη ανοσολογική ανταπόκριση και πολλά άλλα¹⁷⁹. Το μασάζ και το άγγιγμα μπορούν να αναιρέσουν κάποιες από αυτές τις αντιδράσεις όπως τη μείωση της ΑΠ, τη βελτίωση του ύπνου και την

ενίσχυση της ανοσολογικής ανταπόκρισης¹⁷⁹, αύξηση της ανάπτυξης¹⁸⁰ και της εγκεφαλικής λειτουργίας στα πρόωρα νεογνά¹⁸¹.

Η αναλγητική δράση της άσκησης πίεσης μέσω των χεριών έχει επίσης προταθεί σαν μηχανισμός δράσης της ρεφλεξολογίας και βασίζεται εν μέρει στη θεωρία της πύλης των Melzack & Wall¹⁸² που υπέθεσαν ότι το επώδυνο ερέθισμα για να φτάσει στον εγκέφαλο πρέπει να περάσει από μια «πύλη». Η πύλη αυτή βρίσκεται στην πηκτωματώδη ουσία των οπίσθιων κεράτων του νωτιαίου μυελού όπου υπάρχουν οι διαβιβαστικοί νευρώνες ή κύτταρα T και οι ανασταλτικοί ενδονευρώνες ή κύτταρα I. Αύξηση της δραστηριότητας των κυττάρων T μεταβιβάζει τον πόνο μέσω Aδ και C ινών στον εγκέφαλο. Τα κύτταρα I διεγείρονται από Αβ ίνες και αναστέλλουν τα κύτταρα T. Έτσι, με τη διέγερση των Αβ ινών κλείνει η «πύλη» εισόδου σε επώδυνες ώσεις που μεταφέρονται από τις Αδ και C ίνες. Η αναλγητική δράση της μάλαξης μπορεί επίσης να προέρχεται από την αύξηση των επιπέδων ενδορφινών στο αίμα και πιθανά τον εγκέφαλο ή μπορεί και να προέρχεται από την αύξηση της θερμοκρασίας των περιφερικών ιστών^{174,179,183}. Υπάρχουν αρκετές μελέτες που διερευνούν τη ρεφλεξολογία ειδικά για την αναλγητική της δράση¹⁸³⁻¹⁸⁶.

Η επίδραση πλασέμπο και η επίδραση της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευόμενου και ρεφλεξολόγου δεν μπορούν να αμφισβητηθούν. Όμως όλα αυτά δεν επεξηγούν για παράδειγμα την αυξημένη αιματική ροή στα νεφρά και στα έντερα κατόπιν διέγερσης των αντίστοιχων ρεφλεξολογικών αντανακλαστικών στα πόδια με ρεφλεξολογία¹⁷⁶.

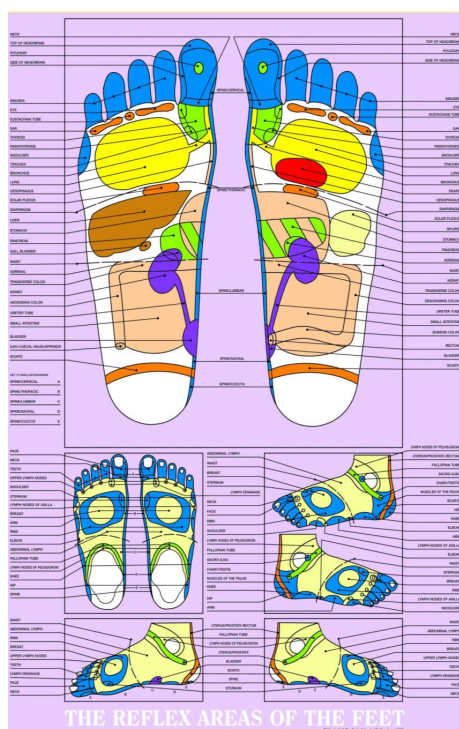
Ο ειδικός μηχανισμός δράσης της ρεφλεξολογίας προσδίδεται παραδοσιακά από ρεφλεξολόγους στην επίδραση της διέγερσης των νευρικών απολήξεων στα πόδια μέσω της δακτυλοπίεσης και τη σύνδεσή τους με όλα τα σημεία του σώματος. Σε αυτή τη φάση είναι η πιο πολλά υποσχόμενη θεωρία και υποδηλώνει ότι τα οφέλη της ρεφλεξολογίας μπορεί να επιτυγχάνονται με τη προσαρμοστική διαμόρφωση του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος σε στρεσογόνα ερεθίσματα^{187,188}.

3.3.3 ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΑΣ

Η ρεφλεξολογία θεωρείται κατάλληλη σχεδόν για όλους. Μπορεί να είναι βοηθητική σε όλο το ηλικιακό φάσμα, τόσο στους ηλικιωμένους όσο και στα νεογνά και ως εκ τούτου μπορεί να είναι ένα αποτελεσματικό συμπλήρωμα στην ανακουφιστική φροντίδα για ασθενείς, φροντιστές και τις οικογένειές τους σε όλο το φάσμα της ασθένειας³⁻⁵. Επίσης μειώνει την αρτηριακή πίεση, τον καρδιακό ρυθμό και μειώνει τα επίπεδα άγχους και στρες^{174,188}.

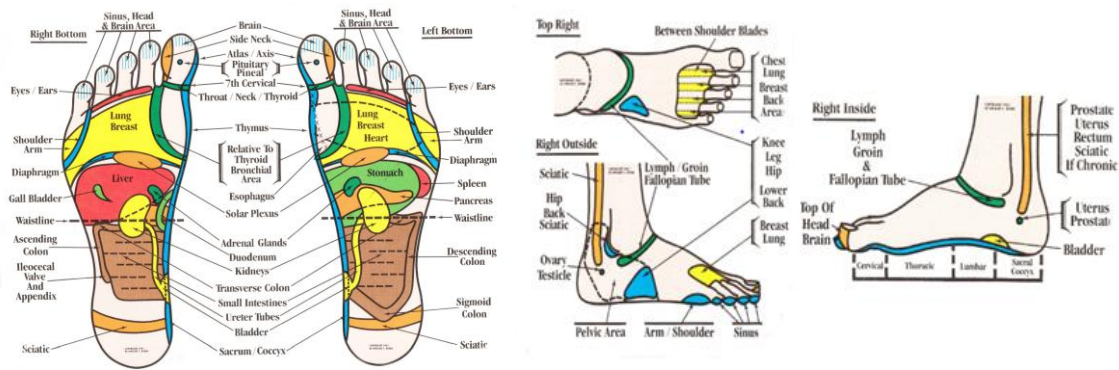
ΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΚΟΙ ΧΑΡΤΕΣ

Η ρεφλεξολογία είναι μια θεραπευτική μέθοδος που βασίζεται στη θεωρία ότι μια μικρή περιοχή του σώματος αναπαριστά ένα χάρτη του συνόλου, έτσι ώστε κάθε σημείο του σώματος αντανακλάται στα πόδια (ή τα χέρια). Οι χάρτες αυτοί τη διαφοροποιούν από την γενική θεραπευτική μάλαξη των ποδιών. Αξίζει να σημειωθεί ότι χάρτες της ρεφλεξολογίας όπως στις Εικόνες 8 και 9 συχνά εμφανίζουν μικρές διαφορές ως προς τα ακριβή σημεία των ρεφλεξολογικών αντανακλαστικών.



Εικόνα 8: Ρεφλεξολογικός Χάρτης της Σχολής Bayly

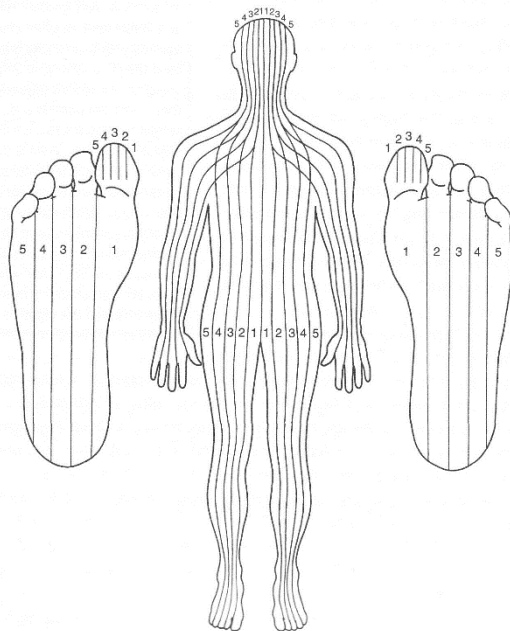
Πηγή: <https://www.baylyreflexology.co.uk/shop-online/product/large-colour-chart-of-reflex-areas-of-the-feet-20-x30>



Εικόνα 9: Ρεφλεξολογικός Χάρτης του International Institute of Reflexology

Πηγή: <https://www.reflex-shop.com/reflexology>

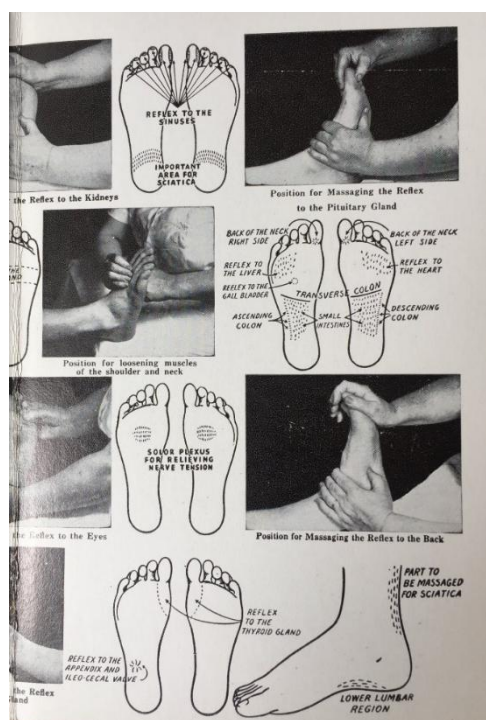
Ο Fitzgerald θεώρησε ότι υπήρχαν πέντε ενεργειακές ζώνες εκατέρωθεν μιας κεντρικής γραμμής στο μέσο του σώματος, με κάθε ζώνη να είναι ισόπαχη. Η ζώνη 1 περιλαμβάνει τον αντίχειρα και εκτείνεται σε όλο το χέρι μέχρι το κεφάλι και κάτω στο μεγάλο δάκτυλο του ποδιού. Η ζώνη 2 σχετίζεται με το δείκτη και το δεύτερο δάχτυλο του ποδιού με το ίδιο κατακόρυφο διαμήκες σχήμα και ούτω καθεξής για τις υπόλοιπες ζώνες όπως φαίνεται στην Εικόνα 10. Τα σημεία κάθε ζώνης έχουν ενεργειακή συνάφεια μεταξύ τους, γι αυτό και πιέζοντας ένα σημείο στο πόδι επηρεάζεται και το αντίστοιχο σημείο στο πόδι.



Εικόνα 10: Οι δέκα ζώνες

Πηγή: <https://gr.pinterest.com/pin/296533956720317914/>

Η Ingham δημοσίευσε δύο βιβλία που σκιαγραφούν τις θεωρίες της, "Ιστορίες που μπορούν να πουν τα πόδια" (1938) και "Ιστορίες που έχουν πει τα πόδια" (1951). Η θεωρία και η πρακτική της σύγχρονης ρεφλεξολογίας προέρχονται από αυτές τις δύο δημοσιεύσεις. Στο πρώτο της βιβλίο, η Ingham αναγνωρίζει τη θεωρία του Fitzgerald αλλά διαφοροποιεί τη ρεφλεξολογία από τη Θεραπεία Ζωνών. Για εκείνη, τα πόδια αναπαριστούν το σώμα σε μικρογραφία. Σε αυτό το μοντέλο, τα δάχτυλα των ποδιών αντιπροσωπεύουν το κεφάλι. Η περιοχή των μεταταρσίων αντιπροσωπεύει το πάνω μέρος του κορμού. Η πτέρνα αντιπροσωπεύει τα μέρη του κορμού κάτω από τη μέση. Το αριστερό πόδι αντιπροσωπεύει την αριστερή πλευρά του σώματος, το δεξί πόδι τη δεξιά πλευρά. Και η μεσαία γραμμή του σώματος αντιστοιχεί στην έσω πλάγια περιοχή και των δύο ποδιών¹⁷⁰. Στην παρακάτω Εικόνα 11 απεικονίζεται η πρώιμη χαρτογράφηση των ρεφλεξολογικών αντανάκλαστικών από την Ingham καθώς και η τεχνική εφαρμογής της ρεφλεξολογίας στο πρώτο της βιβλίο "Ιστορίες που μπορούν να πουν τα πόδια" (1938).



Εικόνα 11: Ρεφλεξολογικά αντανάκλαστικά και τεχνική εφαρμογής στο βιβλίο της Ingham

Πηγή: <https://twitter.com/tpreflex/status/1229379539991703552/photo/1>

Οι χάρτες αυτοί στη συνέχεια εμπλουτίστηκαν και από άλλους ρεφλεξολόγους και πήραν τη σημερινή τους μορφή

ΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Μια αρχική συνεδρία ρεφλεξολογίας περιλαμβάνει τη λήψη σύντομου ατομικού ιστορικού (κατάσταση / συμπτώματα, φάρμακα, ύπνος, στρες, συνήθειες, διατροφή) και την επισκόπηση των ποδιών. Το ιστορικό και τα ευρήματα καταγράφονται σε ένα προσχεδιασμένο έντυπο ιστορικού προσαρμοσμένο στη ρεφλεξολογία.

Κατόπιν ακολουθεί η εφαρμογή της ρεφλεξολογίας με τον αποδέκτη σε ημικαθιστή ή ύπτια θέση. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας όλα τα ρεφλεξολογικά αντανακλαστικά διεγείρονται με την εφαρμογή της δακτυλοπίεσης και το σώμα αντιμετωπίζεται ως σύνολο και όχι ως μεμονωμένα μέρη. Η συγκεκριμένη τεχνική που χρησιμοποιείται στη ρεφλεξολογία, διαφέρει από τις άλλες μορφές μάλαξης: Η δακτυλοπίεση εφαρμόζεται κυρίως με τους αντίχειρες, αν και τα άλλα δάχτυλα χρησιμοποιούνται βοηθητικά. Ο αντίχειρας μένει λυγισμένος σε γωνία 45° (Εικόνα 14). Πιέζονται όλα τα αντανακλαστικά σημεία και των δύο ποδιών και εφαρμόζονται χαλαρωτικές μαλάξεις σε κάθε συνεδρία. Δίνεται περισσότερη έμφαση στα αντανακλαστικά σημεία που έχουν άμεση σχέση με τα προβλήματα του ατόμου.

Μια συνεδρία διαρκεί περίπου 30'-60'.



Εικόνα 12: Εφαρμογή ρεφλεξολογίας στο αντανακλαστικό του ηλιακού πλέγματος

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΗΣ ΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΑΣ

Η ρεφλεξολογία αντενδείκνυται σε ορισμένες περιπτώσεις κυρίως σε ό,τι αφορά τοπικά προβλήματα των ποδιών όπως κατάγματα, έλκη, μυκητιάσεις

και άλλα μεταδοτικά νοσήματα, ουρική αρθρίτιδα κλπ. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να εφαρμοστεί ρεφλεξολογία στο αντίστοιχο χέρι.

Επίσης αντενδείκνυται στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, σε πρόσφατη κατανάλωση μεγάλου γεύματος, σε μεγάλο διάστημα από το προηγούμενο γεύμα, σε άτομα υπό την επήρεια ναρκωτικών ή αλκοόλ και σε οποιοδήποτε μεταδοτικό νόσημα^{174,175}.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Διάφορες αντιδράσεις μετά από μια συνεδρία ρεφλεξολογίας είναι φυσιολογικές. Για παράδειγμα μπορεί να υπάρξουν επιθυμητές αντιδράσεις όπως αυξημένη ενέργεια, ανακούφιση από τον πόνο, χαλάρωση και ηρεμία. Και ανεπιθύμητες όπως παροδικά αυξημένη παραγωγή βλέννας και άλλα συμπτώματα όπως υπνηλία, κόπωση ή υπερδιέγερση που όμως μειώνονται και εξαλείφονται σε ένα με δύο 24ωρα^{174,175}.

3.3.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΑ

Η κλινική ρεφλεξολογία εφαρμόζεται συμπληρωματικά από εκπαιδευμένους θεραπευτές που συχνά είναι και επαγγελματίες υγείας σε κλινικούς χώρους, ενδονοσοκομειακά ή στην κοινότητα, παράλληλα με τη φαρμακευτική ή άλλη τους αγωγή και θα πρέπει να γίνεται με τη συναίνεση του θεράποντος γιατρού. Μπορεί να είναι βοηθητική σε ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων όπως φαίνεται από την ποικιλομορφία των ερευνών παρακάτω:

- Πόνος διάφορης αιτιολογίας όπως μυοσκελετικός^{186,189}, μαιευτικός¹⁹⁰, μετεγχειρητικός και οξύς¹⁹¹⁻¹⁹³
- Δυσκοιλιότητα^{175, 183}
- Αναπνευστικά προβλήματα^{7,8}
- Κυκλοφορικά προβλήματα^{178,188}
- Προβλήματα ύπνου^{195,196}
- Νευρολογικά προβλήματα^{5,197,198}
- Στρες και άγχος^{196,199,200}

Στην Ογκολογική Ανακουφιστική Φροντίδα, η Ρεφλεξολογία φαίνεται ότι μπορεί να δράσει συμπληρωματικά της συμβατικής θεραπείας, μειώνοντας την ένταση του πόνου, της δύσπνοιας, της κόπωσης, των εξάψεων, του άγχους και της κατάθλιψης και βελτιώνοντας την ποιότητα του ύπνου και την ποιότητα ζωής. Σε περίπτωση λεμφοιδήματος, μπορεί να αποφευχθεί η θεραπεία στο προσβεβλημένο πόδι για την αποφυγή επιζήμιων ιστικών πιέσεων και να χρησιμοποιηθεί το αντίστοιχο χέρι²⁰¹.

Οι ρεφλεξολόγοι που ασχολούνται με ογκολογικούς ασθενείς πρέπει να διασφαλίσουν τη δική τους ανθεκτικότητα, καθώς η επαγγελματική εξουθένωση είναι συχνή σε αυτόν τον τομέα²⁰². Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να οδηγήσει σε αποστασιοποίηση, σωματική και συναισθηματική εξάντληση και εργασιακή αποστροφή. Ασθενείς και συγγενείς χρειάζονται συνεχή συναισθηματική υποστήριξη, η οποία μπορεί να είναι εξαντλητική. Η επαφή με άτομα που πάσχουν από καρκίνο μπορεί να αναζωπυρώσει προσωπικές εμπειρίες των θεραπευτών σχετικά με τον καρκίνο. Είναι απαραίτητο να διαφυλαχθεί η πρακτική του ατόμου και να ενσωματωθούν στρατηγικές αυτοπροστασίας, συμπεριλαμβανομένου του αφιερώματος χρόνου στον προβληματισμό σχετικά με την εμπειρία στην πρακτική, της παρατήρησης της προσωπικής ανησυχίας με διαφορετικές καταστάσεις ή της αντιμετώπισης προβλημάτων που προκαλούν προκλήσεις στην εργασία. Οι συνεδρίες εποπτείας, καθοδήγησης και ενημέρωσης μπορεί να είναι ανεκτίμητες, καθώς και η αναστοχαστική πρακτική γύρω από γεγονότα και εμπειρίες. Οι ρεφλεξολόγοι θα πρέπει να αναπτύσσουν θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης διαχείρισης του προσωπικού τους άγχους και τη διατήρηση της ανθεκτικότητας τους²⁰².

Υπάρχουν κάποιες πεπαλαιωμένες απόψεις σχετικά με την ασφάλεια της ρεφλεξολογίας για άτομα που πάσχουν από καρκίνο. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποδηλώνουν ότι ο καρκίνος αποτελεί αντένδειξη στη ρεφλεξολογία. Αντίθετα, το εθνικό πρόγραμμα σπουδών για τη ρεφλεξολογία στο Ηνωμένο Βασίλειο συμπεριλαμβάνει εδώ και πολλά χρόνια την πάθηση και τις θεραπείες του καρκίνου, καθώς και δεξιότητες για την ασφαλή προσαρμογή της ρεφλεξολογίας σε πάσχοντα άτομα²⁰³.

3.4 ΧΑΛΑΡΩΣΗ

3.4.1 ΓΕΝΙΚΑ

Οι προσεγγίσεις νου-σώματος, των οποίων η χαλάρωση είναι μέρος, βασίζονται στη θεώρηση ότι οι σκέψεις, τα συναισθήματα, οι πεπιοθήσεις και οι στάσεις μας, μπορούν να επηρεάσουν και να διαμορφώσουν κάθε πτυχή της βιολογικής λειτουργίας μας. Αναγνωρίζουν επίσης και το αντίθετο, ό, τι κάνουμε με το φυσικό μας σώμα μπορεί να τροποποιήσει την ψυχική, ψυχολογική και λειτουργία. Νους και σώμα είναι στην πραγματικότητα αδιαχώριστα και το κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα, το ενδοκρινικό και ανοσοποιητικό σύστημα, όλα τα όργανα του σώματος και όλες οι συναισθηματικές μας αντιδράσεις μοιράζονται μια κοινή χημική γλώσσα και επικοινωνούν συνεχώς μεταξύ τους²⁰⁴.

Οι τεχνικές νου-σώματος είναι ένας γενικός όρος που περιλαμβάνει πολλές διαφορετικές τεχνικές όπως προοδευτική μυϊκή χαλάρωση κατά Jacobson, βιοανάδραση και αυτογενής εκπαίδευση, αναπνευστικές ασκήσεις, νοητική απεικόνιση, διαλογισμός, χαλάρωση κατά Benson κλπ.

Οι τεχνικές χαλάρωσης είναι ίσως οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις, τόσο μεμονωμένα όσο και σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία για την αντιμετώπιση σωματικών και ψυχολογικών ασθενειών. Συμβάλλουν ιδιαίτερα στη θεραπεία του στρες και της συνακόλουθης σωματικής αντίδρασης σε αυτό²⁰⁵.

3.4.2 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ

Χαλάρωση κατά τον Benson είναι μία «κατάσταση μειωμένης ψυχοφυσιολογικής διέγερσης, μια κατάσταση ηρεμίας». Προκαλεί την ανταπόκριση «ανάπαυσης και πέψης» - το αντίθετο της αντίδρασης «φυγής ή πάλης» - μειώνοντας τη συμπαθητική δραστηριότητα στο αυτόνομο νευρικό σύστημα. Προκαλείται έτσι ομαλοποίηση της αιματικής ροής στους μύες που οδηγεί σε μειωμένη μυϊκή δραστηριότητα. Αυτή με τη σειρά της μειώνει την κατανάλωση οξυγόνου οδηγώντας σε μειωμένο καρδιακό ρυθμό, αναπνοή, αρτηριακή πίεση και εγκεφαλική συχνότητα. Δίνεται δηλαδή το σήμα στον

οργανισμό ότι δεν χρειάζεται να βρίσκεται σε επιφυλακή ενάντια σε κάποιον εχθρό και μπορεί να είναι ήρεμος²⁰⁵⁻²⁰⁷. Σε αντίθεση με την αντίδραση στο στρες που δημιουργείται ακούσια, η ανταπόκριση ανάπαυσης και πέψης μπορεί να προκληθεί εκούσια με μια ποικιλία μεθόδων καταπολέμησης του άγχους που έχουν αποδειχθεί ότι μειώνουν το ίδιο και τις συνέπειές του στην καθημερινή ζωή²⁰⁸.

3.4.3 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΝΟΥ-ΣΩΜΑΤΟΣ

Οι αναπνευστικές τεχνικές

Είναι ένας από τους ευκολότερους τρόπους για τη μείωση του άγχους και μας είναι γνωστές από αρχαίες πρακτικές όπως η γιόγκα στην Ινδία, και το τσι κονγκ στην Κίνα. Απαιτούν λίγη εκπαίδευση και μπορούν να γίνουν οπουδήποτε και ανά πάσα στιγμή. Οι τεχνικές αναπνοής μειώνουν τα συμπτώματα του άγχους^{209,210}.

Χαλάρωση

Η χαλάρωση είναι η βασικότερη τεχνική νου-σώματος και η προϋπόθεση για να χρησιμοποιηθούν πολλές από τις πιο πολύπλοκες παρεμβάσεις. Μια χαλάρωση 15 ή 20 λεπτών, δύο φορές την ημέρα, μπορεί να μειώσει τα επίπεδα αδρεναλίνης και κορτιζόλης, να μειώσει την αρτηριακή πίεση, τον καρδιακό ρυθμό και τη συχνότητα της αναπνοής, να ενισχύσει την ανοσοποιητική λειτουργία και να ισορροπήσει τη δραστηριότητα των δυο εγκεφαλικών ημισφαιρίων. Σε γενικές γραμμές, η σύντομη χρήση χαλάρωσης έχει μόνο βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, ενώ η καθημερινή πρακτική επιφέρει πιο διαρκή οφέλη. Αρκετές μελέτες έχουν επίσης δείξει ότι οι τεχνικές χαλάρωσης μπορούν να συνδυαστούν με επιτυχία και ίσως να ενισχύονται με τη μουσική²⁰⁴.

Η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση περιλαμβάνει τη διαδοχική σύσπαση και χαλάρωση μεγάλων ομάδων σκελετικών μυών και στοχεύει στη μείωση των συναισθημάτων έντασης, στη μείωση του αντιληπτού στρες και στην πρόκληση χαλάρωσης. Ο Jacobson, δημιουργός της μεθόδου αυτής, την περιέγραψε στο βιβλίο του Progressive Relaxation που δημοσιεύτηκε το

1938. Θεώρησε ότι ο εγκέφαλος και οι σκελετικοί μύες συνεργάζονται με ολοκληρωμένο τρόπο: διατηρώντας το μυαλό ήρεμο επιτρέπει στους μύες να χαλαρώνουν και η απελευθέρωση του σώματος από την ένταση μειώνει τη συμπαθητική δραστηριότητα και το άγχος²¹¹.

Διαλογισμός

Ο διαλογισμός είναι μία μορφή πνευματικής συγκέντρωσης όπου γίνεται εκπαίδευση της προσοχής και της αντίληψης για να επιτευχθεί πνευματική διαύγεια, ψυχική ηρεμία και συναισθηματική ισορροπία. Είναι ένα σύνολο πρακτικών που χρησιμοποιούν τεχνικές όπως η εστίαση σε ένα αντικείμενο, σκέψη ή ενέργεια ή στην ενσυνειδητότητα²¹². Ο διαλογισμός είναι ένας συνδυασμός χαλάρωσης και αυτογνωσίας, μια στάση και ένας τρόπος ζωής στο παρόν, χωρίς άγχος για το παρελθόν ή ανησυχία για το μέλλον²⁰⁴.

Πολλές θρησκευτικές παραδόσεις από την αρχαιότητα εμπεριέχουν το διαλογισμό σε διάφορες μορφές, συχνά ως μέρος της πορείας προς τη διαφώτιση και την αυτοπραγμάτωση. Οι πρώτες γραπτές αναφορές του διαλογισμού προέρχονται από τις ινδουιστικές παραδόσεις του Βεδαντισμού²¹³.

Υπάρχουν τρία βασικά είδη διαλογισμού. Ο πρώτος, «συγκεντρωτικός» διαλογισμός, επικεντρώνεται σε μια συγκεκριμένη φράση ή ήχο (όπως τα σανσκριτικά μάντρα, ή ήχο, πχ “ohm”) ή σε κάτι που βλέπουμε (πχ ένα κερί ή μια εικόνα). Το δεύτερο είδος είναι ο «διαλογισμός ενσυνειδητότητας» mindfulness meditation. Το πρωτότυπό του είναι μια βουδιστική μορφή διαλογισμού που ονομάζεται Vipassana. Κατά το διαλογισμό αυτό κανείς απλώς συνειδητοποιεί τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις αισθήσεις καθώς αναδύονται. Μπορεί να κάνει διαλογισμό ενσυνειδητότητας καθισμένος ή περπατώντας, ή σε οποιαδήποτε δραστηριότητα: μαγείρεμα, καθαρισμός, φαγητό, συνηθισμένες εργασίες γραφείου, φροντίδα παιδιού κλπ. Αυτός ο τύπος διαλογισμού έχει γίνει πολύ δημοφιλής τα τελευταία χρόνια, χρειάζεται όμως να εξασκείται με μέτρο γιατί έχουν αναφερθεί ανεπιθύμητες αντιδράσεις²¹⁴. Η τρίτη μορφή είναι ο «εκφραστικός» διαλογισμός. Περιλαμβάνει γρήγορες βαθιές αναπνοές, ρυθμική κίνηση, στροβιλισμό και χορό-τεχνικές που κινούν το σώμα και προκαλούν, ενεργοποιούν και

απελευθερώνουν συναισθήματα. Όλες οι μορφές διαλογισμού βοηθούν τους ασθενείς να αισθανθούν τη σύνδεση νου-σώματος²⁰⁴.

Από τον 19ο αιώνα, οι ασιατικές διαλογιστικές τεχνικές έχουν εξαπλωθεί σε άλλες κουλτούρες όπου έχουν βρει εφαρμογή και σε μη πνευματικά πλαίσια, όπως είναι οι χώροι της εργασίας και της υγείας^{215,216}. Ο διαλογισμός μπορεί να χρησιμοποιηθεί με σκοπό τη μείωση του άγχους, της κατάθλιψης και του πόνου, και την αύξηση της γαλήνης, της αυτοεκτίμησης και της ευεξίας. Τα οφέλη του είναι η βελτίωση της κυκλοφορίας και της αρτηριακής πίεσης, της αναπνοής, του άγχους, του πόνου και της χαλάρωσης^{217,218}. Επίσης, κατά τους Zeidan et al.²¹⁹ ο διαλογισμός μειώνει τον πόνο ανεξάρτητα από τους οπιοειδικούς ή οπιοδεργικούς νευροδιαβιβαστικούς μηχανισμούς. Επειδή οι οπιοειδείς και οι μη οπιοειδείς μηχανισμοί αναλγησίας αλληλεπιδρούν με συνεργιστικό τρόπο, ο συνδυασμός φαρμακολογικών/μη φαρμακολογικών αναλγητικών στρατηγικών με διαλογισμό μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός στη θεραπεία του πόνου. Παρότι τα οφέλη του διαλογισμού διερευνώνται ακόμη, η χρήση του αυξάνει με την πάροδο του χρόνου²²⁰.

Νοητική απεικόνιση

Η νοητική απεικόνιση είναι μια έμφυτη ανθρώπινη ικανότητα που φαίνεται να έχουμε. Όλοι γνωρίζουμε την ευχαρίστηση να ονειροπολούμε απομακρυνόμενοι από μια δυσάρεστη κατάσταση αφήνοντας το μυαλό μας να περιπλανηθεί και τη χαρά να φανταζόμαστε τα πράγματα όπως ακριβώς τα θέλουμε. Η πρακτική της καθοδηγούμενης νοητικής απεικόνισης κάνει χρήση αυτής της ικανότητας με ένα καθοδηγούμενο και ισχυρά θεραπευτικό τρόπο. Η νοητική απεικόνιση είναι η διαδικασία σκέψης που προκαλεί και χρησιμοποιεί τις αισθήσεις, το μηχανισμό επικοινωνίας μεταξύ αντίληψης, συναισθήματος και σωματικής αλλαγής. Περιλαμβάνει ακουστικές, κιναισθητικές, γευστικές και οπτικές εικόνες.

Υπάρχουν δύο βασικές μορφές νοητικής απεικόνισης. Η δεκτική νοητική απεικόνιση είναι η πρόσβαση σε εικόνες από το ασυνείδητο ή τη διαίσθησή μας όταν βρισκόμαστε σε χαλαρωμένη κατάσταση διαλογισμού. Η ενεργητική νοητική απεικόνιση περιλαμβάνει ενεργή απεικόνιση κάποιου επιθυμητού αποτελέσματος. Και οι δύο μορφές έχουν πρακτική εφαρμογή για άτομα που

πάσχουν από καρκίνο. Οι περισσότερες δημοσιευμένες έρευνες για τη νοητική απεικόνιση αφορούν την ενεργητική καθοδηγούμενη μορφή²⁰⁴. Η χαλάρωση συνδέεται στενά με τη νοητική απεικόνιση και συχνά είναι δύσκολο να διαχωριστούν τα δύο. Ερευνητικές μελέτες δείχνουν ότι ο συνδυασμός χαλάρωσης και νοητικής απεικόνισης είναι χρήσιμος στον έλεγχο του πόνου^{221,222}, την ανάρρωση από χειρουργική επέμβαση²²³, τη μείωση της ναυτίας και τον εμέτου από τη χημειοθεραπεία^{224,225}, ενισχύοντας το ανοσοποιητικό²⁰⁴, διευκολύνοντας τη συναισθηματική έκφραση και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής^{226,227}.

Ύπνωση

Η ύπνωση ορίζεται ως ένας συνδυασμός χαλάρωσης, υποβολής και εστιασμένης προσοχής. Μπορεί να προκαλέσει βαθιά χαλάρωση, που από μόνη της είναι πολύ θεραπευτική ως μέσο αποκατάστασης της ομοιόστασης ή να χρησιμοποιηθεί στη μείωση του πόνου ή την ενίσχυση της ανταπόκρισης με υπνωτική υποβολή. Είναι δύσκολο να γίνει διάκριση μεταξύ ύπνωσης και καθοδηγούμενης νοητικής απεικόνισης.

Η ύπνωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί με διάφορους τρόπους σε άτομα που πάσχουν από καρκίνο : για τη μείωση του πόνου²²⁸ για τη μείωση της ναυτίας και εμέτου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία²²⁹. Η ύπνωση έχει βρεθεί ότι βοηθά ιδιαίτερα τα παιδιά που γενικά βρίσκουν τις προσεγγίσεις μυαλού-σώματος εξαιρετικά εύκολες στην εκμάθηση και στη χρήση. Μελέτες έχουν επανειλημμένα δείξει την αποτελεσματικότητά του στη μείωση του πόνου που συνοδεύει τις ιατρικές εξετάσεις και πράξεις, στη μείωση της ναυτίας και του εμέτου που προκαλούνται από τη χημειοθεραπεία και στη μείωση του άγχους²⁰⁴.

Βιοανάδραση και Αυτογενής Εκπαίδευση

Βιοανάδραση είναι η τεχνική της μεταλλαγής ασυνείδητων ή ακούσιων σωματικών διεργασιών (όπως οι καρδιακοί παλμοί ή τα εγκεφαλικά κύματα) σε διεργασίες αντιληπτές στις αισθήσεις προκειμένου να τις ελέγξουμε με συνειδητό νοητικό έλεγχο. Η βιοανάδραση προάγει τη χαλάρωση, η οποία μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση μιας σειράς καταστάσεων που

σχετίζονται με το άγχος. Χρησιμοποιούνται όργανα όπως ο καρδιογράφος, ο ηλεκτρομυογράφος, ο ηλεκτροεγκεφαλογράφος, ο παλμογράφος, αισθητήρες καταγραφής ηλεκτροδερμικής δραστηριότητας κα. ανάλογα με την περίπτωση για την άμεση ανατροφοδότηση πληροφοριών της υπό διερεύνηση λειτουργίας, σε μια οθόνη όπως οθόνη υπολογιστή. Οι ασθενείς λαμβάνουν την ανατροφοδότηση με και με την καθοδήγηση ενός εκπαιδευμένου επαγγελματία την χρησιμοποιούν για να ρυθμίσουν εκούσια τη φυσιολογία τους προς μια υγιή κατεύθυνση. Ο έλεγχος επιτυγχάνεται με τεχνικές χαλάρωσης όπως αναπνευστικές ασκήσεις, προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, διαλογισμό ή καθοδηγούμενη νοητική απεικόνιση και τα αποτελέσματα γίνονται άμεσα αντιληπτά με ανατροφοδότηση από το συγκεκριμένο όργανο. Με το χρόνο και την εξάσκηση και οι ασθενείς μπορούν να επιφέρουν τις ίδιες αλλαγές με τη δύναμη του νου τους και μόνο. Η βιοανάδραση έχει εφαρμογή σε μια ποικιλία προβλημάτων και παθήσεων όπως κεφαλαλγίες, ημικρανίες, ισχιαλγίες, ακράτεια ούρων και κοπράνων, άγχος, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας, επιληψίας, άσθμα, χρόνιο πόνο, αρρυθμίες κ.α.²³⁰.

Η αυτογενής εκπαίδευση, που αναπτύχθηκε από τον Schultz τη δεκαετία του 1930, είναι μία από τις απλούστερες, πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες και καλύτερα ερευνημένες μορφές αυτο-ύπνωσης. Η τεχνική αποτελείται από μια σειρά έξι νοητικών ασκήσεων που χρησιμοποιούνται για να προκαλέσουν τις σωματικές αισθήσεις ζεστασιάς και βάρους που ενθαρρύνουν τη δραστηριότητα του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος. Η αυτογενής εκπαίδευση μπορεί να προκαλέσει βαθιά χαλάρωση και να ανακουφίσει διάφορα σωματικά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που σχετίζονται με τον καρκίνο και τη θεραπεία του. Μερικές φορές χρησιμοποιείται ως προοίμιο για την τεχνική της βιοανάδρασης²⁰⁴.

Χαλάρωση κατά Benson

Ο Benson ήταν ο πρώτος που περιέγραψε την φυσιολογία της αντίδρασης χαλάρωσης (relaxation response, RR), δηλαδή τι συμβαίνει στον οργανισμό όταν αυτός χαλαρώνει. Η αντίδρασης χαλάρωσης σχετίζεται με συντονισμένες βιοχημικές αλλαγές που χαρακτηρίζονται από μειωμένη κατανάλωση

οξυγόνου, αποβολή διοξειδίου άνθρακα, αρτηριακής πίεσης, καρδιακού και αναπνευστικού ρυθμού, ανταποκρισιμότητα στη νορεπινεφρίνη, καθώς και αυξημένη μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού και μεταβολές στις φλοιώδεις και υποφλοιώδεις περιοχές του εγκεφάλου. Οι προσεγγίσεις νου-σώματος εδώ και χιλιετίες που προκαλούν την αντίδραση χαλάρωσης περιλαμβάνουν: διάφορες μορφές διαλογισμού και πρακτικές γιόγκα, το τάι τσι, το τσι γκονγκ, την προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, τις αναπνευστικές ασκήσεις κλπ.

Η τεχνική χαλάρωσης κατά Benson περιλαμβάνει αναπνευστικές ασκήσεις, καθοδηγούμενη νοητική απεικόνιση και διαλογισμό προσοχής/ επικέντρωσης. Η τεχνική αυτή συμβάλλει στην αντιμετώπιση των δυσμενών κλινικών επιδράσεων του στρες σε διαταραχές που περιλαμβάνουν: υπέρταση, άγχος, αϋπνία, σακχαρώδη διαβήτη, ρευματοειδή αρθρίτιδα και γήρανση²⁰⁸.

Ενδιαφέρον είναι ότι πρακτικές νου-σώματος όπως η χαλάρωση κατά Benson έχουν επίσης αποδειχθεί ότι προκαλούν θετικές αλλαγές στην γονιδιακή έκφραση - επηρεάζοντας τις οδούς που εμπλέκονται στον ενεργειακό μεταβολισμό, τη μιτοχονδριακή λειτουργία και παρακαταθήκες, την έκκριση ινσουλίνης, τη συντήρηση των τελομερών, τη φλεγμονώδη απόκριση και τη αντίδραση στο στρες - με τρόπο που μπορεί να αντισταθμίσει την κυτταρική βλάβη που σχετίζεται με το μακροχρόνιο σωματικό και ψυχολογικό στρες^{231,232}.

Εκτός από τη βελτίωση της ευεξίας, οι τεχνικές χαλάρωσης έχουν μικρό κόστος εφαρμογής, συντελούν στη μείωση των ιατρικών επισκέψεων και τη χρήση φαρμάκων, μείωση του κόστους της ιατρικής περίθαλψης με μείωση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο και των επανεισαγωγών και μείωση της θνησιμότητας²⁰⁵.

Οι τεχνικές νου - σώματος μπορούν να εφαρμοστούν από επαγγελματίες υγείας ή από εναλλακτικούς θεραπευτές, είτε ατομικά, είτε σε ομάδες. Ο ασθενής αφού εκπαιδευτεί σε αυτές μέσω πολλαπλών συνεδριών, μπορεί (και χρειάζεται για τη διατήρηση της αποτελεσματικότητας) να τις εφαρμόζει και μόνος του. Οι τεχνικές χαλάρωσης δέον να εφαρμόζονται καθημερινά πχ κατά την έγερση ή προ της κατάκλισης, αλλά μπορούν επίσης να εφαρμόζονται και σε έκτακτες περιπτώσεις όπως πχ αμέσως πριν, κατά τη

διάρκεια ή μετά από ιατρικές πράξεις ή διαδικασίες. Οι συνεδρίες συνήθως διαρκούν 20 έως 30 λεπτά, αλλά δεν είναι τυποποιημένες και μπορεί να διαφέρουν στη διάρκεια και τη συχνότητα. Θεωρούνται γενικά ασφαλείς.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

Αν και οι περισσότεροι άνθρωποι ωφελούνται από τη χαλάρωση, ένα μικρό ποσοστό μπορεί να έχει αρνητικές ή δυσμενείς αντιδράσεις στο διαλογισμό ή τη χαλάρωση. Μπορεί να είναι ανέφικτη η εφαρμογή της σε άτομα που παρουσιάζουν σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία ή να δημιουργήσει παράδοξες επιπτώσεις, όπως μεγαλύτερη ταραχή. Η χρήση τεχνικών χαλάρωσης σε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια ή άλλες ψυχωτικές διαταραχές δεν συνιστάται, γιατί μπορεί να επιδεινώσει την ήδη διαταραγμένη αίσθηση της πραγματικότητάς τους. Η παρουσία ψευδαισθήσεων, παραισθήσεων και διαταραχών της σκέψης θα πρέπει να είναι ανασταλτικός παράγοντας στην εφαρμογή της χαλάρωσης²⁰⁵.

3.4.4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Οι τεχνικές νου-σώματος μπορούν να βοηθήσουν σε ποικίλες καταστάσεις στην Ογκολογική Ανακουφιστική Φροντίδα συμπεριλαμβανομένου του άγχους σχετιζόμενου με τη νόσο ή ιατρικές πράξεις, την αϋπνία, τη ναυτία που προκαλείται από τη χημειοθεραπεία, την κόπωση, το άγχος, την κατάθλιψη και τον πόνο²³³⁻²³⁷.

Η τεχνική χαλάρωσης κατά Benson βελτιώνει την ανοσολογική λειτουργία ακόμη και υπό το καθεστώς ανοσοκαταστολής (πιθανά λόγω χημειο- ή ακτινοθεραπείας). Επίσης ο διαλογισμός συνδέεται με αυξημένα επίπεδα μελατονίνης, μηχανισμός που πιθανά δρα προστατευτικά ή και θεραπευτικά κατά του καρκίνου του μαστού και του προστάτη. Οι τεχνικές χαλάρωσης στο σύνολό τους πιθανά μπορούν να έχουν θετικό αντίκτυπο στην επιβίωση από τον καρκίνο να διαδραματίσουν ενεργό ρόλο στην αντιμετώπισή του και να είναι αποτελεσματικές στην μείωση της ζημιογόνου επίδρασης του στρες που σχετίζεται με την εμφάνιση και εξέλιξη κακοήθων όγκων²³².

Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να συνυπολογίσουν το άγχος στη ζωή των ασθενών τους πριν και μετά τη διάγνωση του καρκίνου. Οι τεχνικές χαλάρωσης είναι ένα μέσο για να βοηθηθούν όλοι οι ασθενείς στην αντιμετώπιση και όχι την άρνηση της ύπαρξης καταστάσεων που τους κάνουν να αισθάνονται παγιδευμένοι και πιεσμένοι και συντελούν στην αίσθηση ελέγχου στη ζωή τους²⁰⁴.

Β.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1.1 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν να διερευνηθεί η σχέση της ρεφλεξολογίας με το άγχος, τον πόνο, την ποιότητα του ύπνου και την ποιότητα ζωής ατόμων που πάσχουν από καρκίνο στην κοινότητα, όταν αυτή εφαρμόζεται παράλληλα με τη συνήθη φαρμακευτική τους, ή άλλη αγωγή.

Για τον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης διεξήχθη προοπτική στρωματοποιημένη μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στη Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής του Α΄ Εργαστηρίου Ακτινολογίας της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (παράρτημα του Αρεταίειου Νοσοκομείου).

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα

- Άνδρες και γυναίκες ηλικίας 18 ετών και άνω που πάσχουν από καρκίνο σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου
- Ικανοποιητικό επίπεδο επικοινωνίας
- Συγκατάθεση για τη συμμετοχή στη μελέτη
- Οι έχοντες επίπεδο λειτουργικότητας ECOG ≤ 3

Κριτήρια αποκλεισμού

- Παρουσία ψυχωτικής ή μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής
- Χρήστες ουσιών
- Οι έχοντες αριθμό αιμοπεταλίων < 50.000
- Όσοι ανήκουν σε κάποια από τις παρακάτω κατηγορίες (αντενδείξεις στην εφαρμογή ρεφλεξολογίας):
 - ❖ οι έγκυοι στο 1ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης
 - ❖ ασθενείς με βηματοδότη
 - ❖ Τοπικά προβλήματα στα πόδια (μεταδοτικό νόσημα, έλκη, πρόσφατη χειρουργική επέμβαση, ανοικτά τραύματα, ακτινοθεραπεία στο πόδι)

Έγκριση της μελέτης και δεοντολογικά θέματα

Προ της έναρξης της μελέτης ελήφθη έγκριση από την Επιτροπή Δεοντολογίας και Έρευνας του Αρεταίειου Νοσοκομείου, στο οποίο ανήκει η Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής (Παράρτημα 1).

Κατά τη φάση της στρωματοποίησης, προς αποφυγή της ταυτοποίησης των συμμετεχόντων στην έρευνα, δόθηκαν κωδικοί σε κάθε άτομο. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα. Οι συμμετέχοντες πληροφορήθηκαν για τη μελέτη και υπέγραψαν έντυπο συγκατάθεσης (Παράρτημα 2) προ της εισαγωγής στη μελέτη. Η μελέτη τελέστηκε σύμφωνα με τις δεοντολογικές αρχές της δήλωσης του Ελσίνκι.

Σχεδιασμός της μελέτης

Στο σχεδιασμό της μελέτης ελήφθησαν υπόψη και μεθοδολογικά θέματα που αφορούν μελέτες συμπληρωματικών/εναλλακτικών θεραπειών (ΣΕΘ).

Η ολιστική προσέγγιση που χαρακτηρίζει τις ΣΕΘ είναι αντίθετη με την αναγωγική προσέγγιση των τυχαιοποιημένων μελετών γι αυτό και ένας τέτοιος σχεδιασμός μελέτης για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των ΣΕΘ έχει αμφισβητηθεί από συμπληρωματικούς / εναλλακτικούς θεραπευτές. Όμως, ερευνητικοί σχεδιασμοί που να θεωρούνται κατάλληλοι για την μελέτη των ΣΕΘ παρουσιάζουν για την ώρα ένα άλυτο ζήτημα. Ο προσδιορισμός μιας επαρκούς εικονικής παρέμβασης για σύγκριση είναι συχνά προβληματική και καθιστά την τυφλοποίηση δύσκολη, ίσως ακόμη και αδύνατη. Οι συστηματικές ανασκοπήσεις των τυχαιοποιημένων μελετών που περιλαμβάνουν τη ρεφλεξολογία εντοπίζουν τέτοια θέματα σχεδιασμού ως εμπόδια στην ερμηνεία δεδομένων και μείωση της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων. Παρά τα θέματα αυτά, οι απαιτήσεις για υιοθέτηση ερευνητικών ευρημάτων στη συμβατική υγειονομική περίθαλψη συνεχίζουν να κλίνουν προς τα αποδεικτικά στοιχεία που παράγονται από τυχαιοποιημένες μελέτες²³⁸. Ο σχεδιασμός μιας τυχαιοποιημένης μελέτης χρησιμοποιεί τη διαδικασία της τυχαιοποίησης για να ενισχύσει την πειραματική ακεραιότητα. Σε μια τυχαιοποιημένη δοκιμή, οι συμμετέχοντες και οι ερευνητές δεν γνωρίζουν ποιο άτομο θα έχει τυχαιοποιηθεί στην ομάδα παρέμβασης ή

ελέγχου προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν τα συστηματικά σφάλματα επιλογής²³⁹. Για την ευρύτερη αποδοχή της ολοκληρωμένης φροντίδας, επομένως εναπόκειται κυρίως στους ερευνητές των ΣΕΘ να βρουν ένα τρόπο εύλογης πλαισίωσης των κριτηρίων για εμπειριστατωμένη μελέτη μέσα σε ένα αποδεκτό πλαίσιο παρεμβάσεων. Αυτό απαιτεί όμως τόσο από τους ερευνητές των ΣΕΘ όσο και από τους βιοϊατρικούς ερευνητές να αναγνωρίσουν ότι πρέπει να γίνουν κάποιοι συμβιβασμοί για σωστότερη ερμηνεία των δεδομένων και των αποτελεσμάτων αυτών των μελετών. Για παράδειγμα η τυποποίηση στη μέθοδο παρέμβασης στις τυχαίοποιημένες μελέτες που αφορούν ΣΕΘ θα μπορούσε να συμβάλει προς την αντιμετώπιση τουλάχιστον ορισμένων επικρίσεων²³⁸.

Πολλές από τις μελέτες των ΣΕΘ, ιδιαίτερα οι παλαιότερες, εμφανίζουν κάποια μεθοδολογικά θέματα όπως μικρό μέγεθος του δείγματος, έλλειψη συγκριτικής ομάδας, έλλειψη τυχαίοποίησης, έλλειψη τυποποίησης της παρέμβασης και περιοδικών ελέγχων στην εφαρμογή της τυποποιημένης παρέμβασης, διακυμάνσεις στα επίπεδα εκπαίδευσης των θεραπευτών, ομοιογένεια των ομάδων συμμετεχόντων, τυφλοποίηση της μελέτης και άλλα²⁴⁰.

Ωστόσο, η τυφλοποίηση των συμμετεχόντων, των θεραπευτών και των μελετητών σε δοκιμές ρεφλεξολογίας παρουσιάζει προκλήσεις. Στη θεωρία μπορεί να είναι δυνατό να αναπτυχθεί ένα πραγματικά αδρανές πολύπλοκο σύστημα θεραπείας που θα είναι πανομοιότυπο με τη θεραπεία παρέμβασης, αλλά αυτό δεν έχει αποδειχθεί στην πράξη²⁴¹.

Σε περίπτωση που επιλεγεί ένας τυχαίοποιημένος ερευνητικός σχεδιασμός με δύο σκέλη, ομάδα παρέμβασης (ρεφλεξολογία) και ομάδα ελέγχου (συνήθης φροντίδα και αγωγή), θα είναι εμφανές σε όλους τους μετέχοντες στην έρευνα σε ποια ομάδα θα έχουν καταταγεί και δεν θα είναι δυνατή η τυφλή μελέτη. Αν επιλεγεί ως ομάδα σύγκρισης μια εικονική θεραπευτική παρέμβαση στα πόδια που να μιμείται τη ρεφλεξολογία πχ κάποιου είδος μασάζ στα πόδια, θα είναι δυνατή η τυφλοποίηση. Το μασάζ όμως δεν μπορεί να εφαρμοστεί χωρίς κάποια ενεργό διέγερση των αντανεκλαστικών σημείων της ρεφλεξολογίας και θα δημιουργήσει σύγχυση στα αποτελέσματα. Το ίδιο

θα ισχύσει και σε περίπτωση που θα επιλεγούν να διεγερθούν μέσω της δακτυλοπίεσης κάποια ρεφλεξολογικά αντανακλαστικά πχ στο άνω μέρος του ποδιού ως παρέμβαση και πίεση άλλων αντανακλαστικών στο κάτω μέρος του ποδιού, ως σύγκριση^{188,242}.

Επιπλέον, καθότι η ρεφλεξολογία είναι μια ολιστική θεραπεία, το πρωτόκολλο εφαρμογής της απαιτεί την διέγερση όλων των ρεφλεξολογικών αντανακλαστικών σε μια συνεδρία για να επιτευχθεί το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα¹⁷⁵.

Επίσης, ο θεραπευτής δεν μπορεί να λάβει μέρος σε τυφλή μελέτη καθώς πρέπει να έχει προηγούμενη γνώση των πρωτοκόλλων παρέμβασης για να είναι σε θέση να τα εφαρμόσει¹⁸⁸.

Παράγοντες όπως η προσδοκία, ο ενθουσιασμός, η ενσυναίσθηση, ο χρόνος και η αφοσίωση ενός κλινικού επαγγελματία υγείας ή στην περίπτωση μας ενός συμπληρωματικού/εναλλακτικού θεραπευτή μπορούν να επηρεάσουν τα κλινικά αποτελέσματα. Στην πράξη, αυτοί οι παράγοντες χρησιμοποιούνται για τη μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων (επίδραση πλασέμπο) και δημιουργούν τις παρεμβάσεις πολύπλοκες²⁴¹. Η επίδραση πλασέμπο και η επίδραση της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευόμενου και ρεφλεξολόγου/συμπληρωματικού/εναλλακτικού θεραπευτή δεν μπορούν να αμφισβητηθούν²³⁸.

Η ύπαρξη ομάδας ελέγχου επιτρέπει τη σύγκριση της επίδρασης ή μη της ρεφλεξολογίας ως παρέμβαση και ως θεραπευτική σχέση στα ερευνητικά ερωτήματα, ενώ η ύπαρξη ομάδας σύγκρισης επιτρέπει τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας των δύο παρεμβάσεων στα ερευνητικά ερωτήματα, λαμβάνοντας υπόψη και την επίδραση της θεραπευτικής σχέσης και του πλασέμπο. Η ομάδα σύγκρισης επιτρέπει επίσης τον έλεγχο του συγχέοντα παράγοντα της χαλαρωτικής επίδρασης της ρεφλεξολογίας καθώς αυτός δεν συμπεριλαμβάνεται στα ερευνητικά ερωτήματα.

Καθώς η ρεφλεξολογία εφαρμόζεται εγγενώς με δακτυλοπίεση του αποδέκτη, θεωρήθηκε ότι θα ήταν πιο αποτελεσματικό η συγκριτική ομάδα να είναι μια συμπληρωματική θεραπεία που να μην συμπεριλαμβάνει το άγγιγμα, γι αυτό και επιλέχθηκε η χαλάρωση.

Ο παράγοντας άγγιγμα δεν μπορεί να απομονωθεί από την εφαρμογή της ρεφλεξολογίας εκτός με μηχανικές μεθόδους, κάτι το οποίο αντιβαίνει εντελώς την ολιστική προσέγγιση από την οποία διαχέεται η ρεφλεξολογία. Η ρόλος της σχέσης θεραπευτή – θεραπευόμενου και της θεραπευτικής επαφής είναι σημαντικές πλευρές της ολιστικής φροντίδας αλλά είναι δύσκολο να αξιολογηθούν σε έναν πειραματικό σχεδιασμό²³⁸.

Οι συχνότερες παρεμβάσεις που επιλέγονται για την ομάδα σύγκρισης ή ελέγχου στις τυχαιοποιημένες μελέτες ρεφλεξολογίας των τελευταίων 15 ετών, σε πληθυσμό ατόμων που πάσχουν από καρκίνο, είναι συνήθης φροντίδα ή αυξημένη προσοχή χωρίς επιπλέον παρέμβαση^{9,12,13,243-248}, μάλαξη στα πόδια^{5,10,11} και χαλάρωση^{14,249,250}. Σε τέσσερις από αυτές τις μελέτες υπήρξε τρίτη ομάδα^{10,250,251}, και σε μια περίπτωση τετάρτη ομάδα¹⁴, ήτοι ομάδα παρέμβασης, ομάδα(ες) σύγκρισης και ομάδα ελέγχου.

Για τους λόγους αυτούς ο σχεδιασμός της μελέτης περιέλαβε στρωματοποίηση με τυχαιοποιημένη κατανομή των συμμετεχόντων σε τρεις ίσες ομάδες χωρίς τυφλοποίηση:

- Ομάδα παρέμβασης με εφαρμογή ρεφλεξολογίας (και συνήθη αγωγή και φροντίδα)
- Ομάδα σύγκρισης με εφαρμογή χαλάρωσης (και συνήθη αγωγή και φροντίδα)
- Ομάδα ελέγχου (συνήθης αγωγή και φροντίδα μόνο)

Η στρωματοποίηση αφορούσε τις 3 ομάδες, το φύλο και τη λειτουργικότητα της κατάστασης κάθε συμμετέχοντα σύμφωνα με την κλίμακα ECOG¹. Η στρωματοποίηση της μελέτης επιτεύχθηκε με την τυχαία κατανομή των συμμετεχόντων στις τρεις ομάδες χρησιμοποιώντας πίνακες τυχαιοποίησης που παράχθηκαν ηλεκτρονικά από υπολογιστή και χωρίς παρέμβαση της ερευνήτριας. Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε από τον Ιούλιο 2014 έως το Φεβρουάριο 2020.

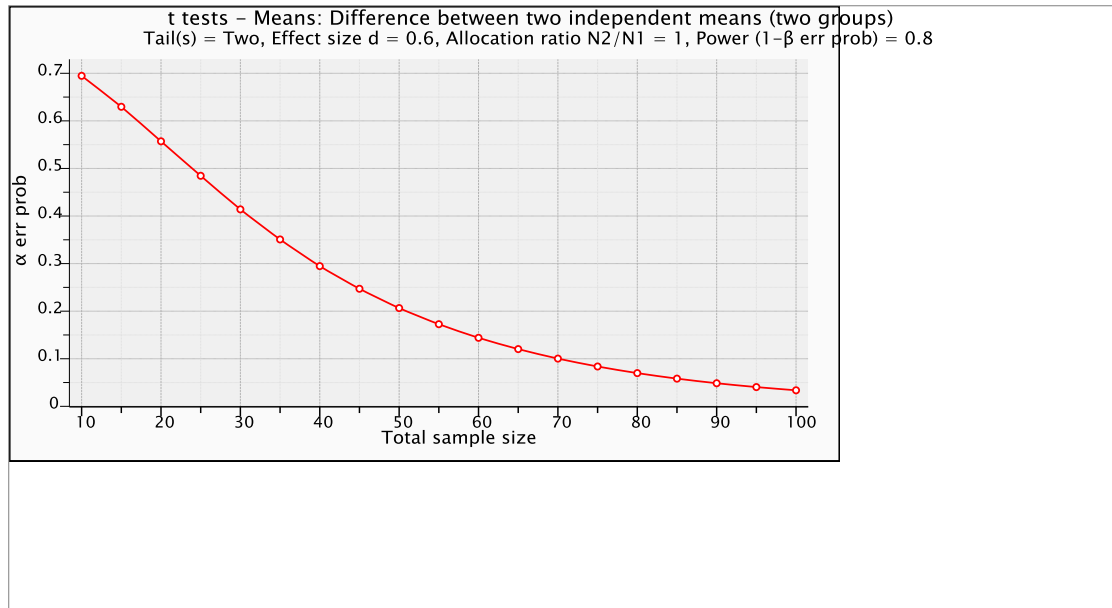
Μέγεθος του δείγματος

Ο υπολογισμός του απαιτούμενου μεγέθους δείγματος πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS vr 21.00 (IBM Corporation, Somers, NY, USA).

Από τον υπολογισμό του προέκυψε ότι απαιτείται ένα δείγμα 60 ατόμων ανά ομάδα, ώστε στις κατά ζεύγη συγκρίσεις των ποσοσטיών μεταβολών κάθε μεταβλητής να αναδεικνύεται ελάχιστη διαφορά 15% ως στατιστικά σημαντική με πιθανότητα (ισχύ) τουλάχιστον 80%. Για παράδειγμα, έστω ότι για την μεταβλητή «πόνος κατά την παρούσα στιγμή» παρατηρείται μεταξύ baseline – 8ης εβδομάδας ποσοστιάα μεταβολή $-40\% \pm 25\%$ για την ομάδα ρεφλεξολογίας και αντίστοιχα $-25\% \pm 25\%$ για την ομάδα χαλάρωσης. Τότε η διαφορά των ποσοσטיών μεταβολών μεταξύ των ομάδων είναι 15% με μέγεθος αποτελέσματος (effect size) 0,60 και εάν το επίπεδο σημαντικότητας είναι 1,7% (τεστ διπλής κατεύθυνσης με διόρθωση Bonferroni τριών ομάδων), η ισχύς υπολογίζεται ως 0,805.

Analysis:	A priori: Compute required sample size	
Input:	Tail(s)	= Two
	Effect size d	= 0.6000000
	α err prob	= 0.017
	Power (1- β err prob)	= 0.80
	Allocation ratio N2/N1	= 1
Output:	Noncentrality parameter δ	= 3.2863353
	Critical t	= 2.4210311
	Df	= 118
	Sample size group 1	= 60
	Sample size group 2	= 60
	Total sample size	= 120
	Actual power	= 0.8050639

Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνεται στον οριζόντιο άξονα η μεταβολή του μεγέθους του συνολικού δείγματος για δύο ισοπληθείς ομάδες, ανάλογα με το επίπεδο σημαντικότητας στον κατακόρυφο άξονα, διατηρώντας την ισχύ της δοκιμής ως 0,80 και το μέγεθος αποτελέσματος ως 0,60 σύμφωνα με τους ανωτέρω υπολογισμούς.



Διάγραμμα 5: Επίπεδο σημαντικότητας και μέγεθος δείγματος 2 ομάδων με ισχύ 0,80 και μέγεθος αποτελέσματος 0,6

Από το παραπάνω διάγραμμα, φαίνεται ότι απαιτείται συνολικό μέγεθος δείγματος για δύο ομάδες μεγαλύτερο των 100 ατόμων ώστε να διατηρείται το επίπεδο σημαντικότητας κάτω από 5%, η ισχύς στο 0,80 και το μέγεθος αποτελέσματος στο 0,60. Συνεπώς, σύμφωνα με τον αναλυτικό υπολογισμό της ισχύος, το συνολικό απαιτούμενο μέγεθος του δείγματος υπολογίστηκε στα 180 άτομα, από 60 σε κάθε ομάδα.

Εργαλεία

Για τους σκοπούς της μελέτης συλλέχθηκαν δημογραφικά και κλινικά στοιχεία από τους συμμετέχοντες και χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες «Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης», «Έρευνα Υγείας SF12», «Δείκτης Ποιότητας Ύπνου του Pittsburgh» και «Ελληνικό Συνοπτικό Ερωτηματολόγιο Πόνου» (Παράρτημα 3) για τα οποία και ελήφθη άδεια χρήσης (Παράρτημα 4).

Τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία περιλάμβαναν το φύλο, την ηλικία, τη λειτουργική κατάσταση κατά ECOG, τον τύπο καρκίνου, τις θεραπείες και τη φαρμακευτική αγωγή. Επίσης καταγράφονταν τυχόν παρενέργειες από τις παρεμβάσεις.

Τα κριτήρια του Eastern Cooperative Oncology Group¹ (ECOG) είναι μια κλίμακα κλινικής αξιολόγησης που μετρά τη συνολική φυσική λειτουργία του ασθενούς και βαθμολογείται όπως φαίνεται στον παρακάτω Πίνακα 5.

Πίνακας 5: Κριτήρια λειτουργικότητας κατά ECOG

0	Ασυμπτωματικός, πλήρους δραστηριότητας, ικανός να διεξάγει όλες τις δραστηριότητες, όπως προ νόσησης, χωρίς περιορισμούς
1	Συμπτωματικός, αλλά πλήρως ικανός. Μπορεί να εκτελέσει σωματική δραστηριότητα επιπέδου μη ασκημένου υγιούς ατόμου, όπως οικοκυρικά ή εργασία γραφείου
2	Συμπτωματικός. Μπορεί να αυτοεξυπηρετείται, αλλά δεν μπορεί να εκτελέσει οποιοδήποτε έργο. Παραμένει κλινήρης για διάστημα μικρότερο του 50% των ωρών εγρηγόρσεως
3	Συμπτωματικός. Παραμένει κλινήρης ή καθήμενος σε πολυθρόνα, για διάστημα >50% της διάρκειας της ημέρας
4	Πλήρως ανίκανος. Παραμένει κλινήρης. Δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί. Πλήρως καθηλωμένος στο κρεβάτι ή σε πολυθρόνα
5	Θάνατος

Οι ασθενείς με βαθμολογία ECOG 0 ή 1 κατηγοριοποιούνται ως έχοντες καλή λειτουργική κατάσταση και με βαθμολογία 2 ή 3 ως έχοντες μέτρια έως κακή λειτουργική κατάσταση¹. Για τις απαιτήσεις της μελέτης οι συμμετέχοντες στρωματοποιήθηκαν σε αυτές τις δύο κατηγορίες.

Όλες οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν είναι κλίμακες αυτοαξιολόγησης σταθμισμένες στον ελληνικό πληθυσμό:

Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης

(Hospital Anxiety and Depression Scale)

Η Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης²⁵² (ΝΚΑΚ), είναι μια σύντομη κλίμακα αυτοαξιολόγησης της ψυχικής διάθεσης σχεδιασμένη αρχικά για ενδονοσοκομειακή χρήση για ασθενείς με σωματικά προβλήματα. Γιαυτό δεν περιλαμβάνει τα συμπτώματα άγχους και/ή κατάθλιψης που μπορεί να θεωρηθεί ότι σχετίζονται με τη σωματική νόσο. Χωρίζεται σε δύο υποκλίμακες αυτές του άγχους και της κατάθλιψης με επτά ερωτήματα για την κάθε μία.

Η ΝΚΑΚ έχει χρησιμοποιηθεί σε συγχρονικές μελέτες για τη σύγκριση της συνολικής δυσφορίας σε διαφορετικές ομάδες ασθενών και σε διαχρονικές μελέτες, συμπεριλαμβανομένων των κλινικών δοκιμών. Ως μέτρο έκβασης, η ΝΚΑΚ έχει πολλά πλεονεκτήματα, συμπεριλαμβανομένης της ευαισθησίας στη μεταβολή της ψυχικής κατάστασης τόσο κατά την πορεία της νόσου όσο και ως απάντηση σε ιατρική και ψυχολογική παρέμβαση. Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου καθιστά δυνατή την εκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων και του βαθμού διαταραχής άγχους και κατάθλιψης σε παθολογικούς και ψυχιατρικούς ασθενείς, κατά την ενδονοσοκομειακή και την πρωτοβάθμια περίθαλψη, ακόμη και στο γενικό πληθυσμό. Στην αρχικό τους σχεδιασμό του Hospital Anxiety and Depression Scale, οι Zigmond και Snaith¹²² πρότειναν τα παρακάτω όρια για τις δύο υποκλίμακες: 10 - 11 για πιθανό άγχος ή κατάθλιψη (με εύρος 0–21 για κάθε υποκλίμακα) και 14 - 15 για σοβαρή διαταραχή. Η αρχική αγγλική έκδοση της ΝΚΑΚ έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε πολλές γλώσσες και σε διάφορους τομείς περίθαλψης. Δεν έχουν βρεθεί σημαντικές διαφορές στην απόδοση των διαφορετικών γλωσσικών εκδοχών της κλίμακας. Η Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης δεν θεωρείται διαγνωστικό εργαλείο αλλά δίνει μια εικόνα της διάστασης της ψυχικής διάθεσης²⁵³.

Η ελληνική έκδοση του Hospital Anxiety and Depression Scale, η ΝΚΑΚ είχε εσωτερική συνέπεια Cronbach's α 0,845 για τη συνολική κλίμακα, 0,887 για την υποκλίμακα του άγχους και 0,703 για την υποκλίμακα της κατάθλιψης²⁵².

Έρευνα Υγείας SF12

(Short Form Health Survey SF12)

Η Έρευνα Υγείας SF-12 μελετά την ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία και αναπτύχθηκε ως συντομότερη εναλλακτική λύση του SF-36 για χρήση σε μελέτες μεγάλης κλίμακας και η αξιοπιστία και η εγκυρότητά της έχουν τεκμηριωθεί²⁵⁴. Η κλίμακα SF-36 σχεδιάστηκε για χρήση στην κλινική πρακτική και έρευνα, για αξιολογήσεις πολιτικών υγείας και έρευνες γενικού πληθυσμού. Το SF-36 περιλαμβάνει μία κλίμακα πολλαπλών στοιχείων που αξιολογεί οκτώ διαστάσεις για την υγεία:

- 1) περιορισμοί στις σωματικές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας (physical functioning, PF)
- 2) περιορισμοί στις κοινωνικές δραστηριότητες λόγω σωματικών ή συναισθηματικών προβλημάτων (social functioning, SF)
- 3) περιορισμοί στις συνήθειες δραστηριότητες ρόλου λόγω προβλημάτων σωματικής υγείας (role physical, RP)
- 4) σωματικός πόνος (bodily pain, BP)
- 5) γενική ψυχική υγεία (ψυχική δυσφορία και ευεξία) (mental health, MH)
- 6) περιορισμοί στις συνήθειες δραστηριότητες ρόλου λόγω συναισθηματικών προβλημάτων (role emotional, RE)
- 7) ζωτικότητα (ενέργεια και κόπωση) (vitality, VT)
- 8) γενικές αντιλήψεις για την υγεία (general health, GH),

και οι οκτώ διαστάσεις μπορούν να συνοψιστούν σε δύο συνοπτικές συνιστώσες, αυτές της σωματικής (Physical Component Scale, PCS-36 και της ψυχικής υγείας (Mental Component Scale, MCS-36)⁶¹.

Οι βαθμολογίες της κλίμακας SF-12 υπολογίζονται για τέσσερις από τις διαστάσεις υγείας (PF, RP, RE και MH) χρησιμοποιώντας δύο στοιχεία για το καθένα, ενώ τα υπόλοιπα τέσσερα (BP, GH, VT και SF) αντιπροσωπεύονται από ένα μόνο στοιχείο το καθένα. Και τα 12 στοιχεία χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό της συνολικής βαθμολογίας των σωματικών και ψυχικών συνιστωσών (PCS-12 και MCS-12) εφαρμόζοντας έναν αλγόριθμο βαθμολόγησης. Η κλίμακα SF-12 έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε μελέτες που αφορούν την κατάσταση υγείας στο γενικό πληθυσμό, καθώς και σε μελέτες με ομάδες ασθενών. Το κύριο πλεονέκτημά της είναι η συντομία της, αναπαράγει ικανοποιητικά την κλίμακα SF-36, αποτελώντας ένα ελκυστικό μέτρο για χρήση στην κλινική πρακτική ή την έρευνα για τη μελέτη της Ποιότητας Ζωής σχετιζόμενης με την υγεία²⁵⁴.

Η ελληνική έκδοση της κλίμακας έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί από τους Kontodimopoulos et al.²⁵⁵.

Δείκτης Ποιότητας Ύπνου του Pittsburgh

(Pittsburgh Sleep Quality Index)

Ο Δείκτης Ποιότητας Ύπνου του Pittsburgh (ΔΠΥ) είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αξιολογεί την ποιότητα και την ποσότητα του ύπνου. Η συνολική ποιότητα ύπνου προκύπτει από το άθροισμα επτά συνιστωσών: υποκειμενική ποιότητα ύπνου, καθυστέρηση έλευσης ύπνου, διάρκεια ύπνου (ώρες πραγματικού ύπνου τη νύχτα), συνήθης επάρκεια ύπνου, διαταραχές ύπνου, χρήση υπναγωγών φαρμάκων και υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Το άθροισμα αυτών των 7 συνιστωσών αποδίδει τη συνολική βαθμολογία του ΔΠΥ που έχει εύρος 0–21 βαθμών. Η υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει χαμηλότερη ποιότητα ύπνου. Η αρχική έκδοση σχεδιάστηκε για τη μέτρηση των αναφορών ύπνου σε διάστημα ενός μήνα. Είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας του ύπνου σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο²⁵⁶. Μία βαθμολογία 5 βαθμών στο γενικό πληθυσμό υποδεικνύει πτωχή ποιότητα ύπνου, όμως για τους πληθυσμούς ασθενών που πάσχουν από καρκίνο, λόγω της πολυπλοκότητας της πάθησης η βαθμολογία 8 θεωρείται πιο αντιπροσωπευτική.

Η ελληνική έκδοση του δείκτη έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τους Mystakidou et al.²⁵⁷.

Ελληνικό Συνοπτικό Ερωτηματολόγιο Πόνου

(Brief Pain Inventory)

Το Ελληνικό Συνοπτικό Ερωτηματολόγιο Πόνου (ΕΣΕΠ) είναι μια αυτοσυμπληρούμενη, εύκολα κατανοητή, σύντομη κλίμακα για την εκτίμηση του πόνου. Το ΕΣΕΠ μετρά τόσο την ένταση όσο και την παρέμβαση του πόνου στη ζωή και την ικανότητα λειτουργίας των ασθενών. Έχει ερωτήματα σχετικά με την ανακούφιση του πόνου και την ποιότητά του, καθώς και την αντίληψη των πασχόντων για την αιτία του πόνου. Οι ασθενείς δεν καλούνται μόνο να βαθμολογήσουν τον παρόντα πόνο τους, αλλά και να βαθμολογήσουν τον χειρότερο, πιο ήπιο και μέσο όρο του πόνου κατά την προηγούμενη εβδομάδα ή το 24ωρο που προηγείται της συνέντευξης. Το ΕΣΕΠ χρησιμοποιεί αριθμητικές κλίμακες 0-10 για τα στοιχεία έντασης του

πόνου (0=«χωρίς πόνο» και 10=«πιο έντονο πόνο που μπορείτε να φανταστείτε»). Για την αξιολόγηση της παρέμβασης του πόνου στη λειτουργική ικανότητα των ασθενών χρησιμοποιεί επτά σημεία σχετικά με την εργασία, τη δραστηριότητα, τη διάθεση, την απόλαυση, τον ύπνο, το περπάτημα και τις σχέσεις, επίσης χρησιμοποιώντας αριθμητικές κλίμακες 0–10 (0=«καμία παρέμβαση» και 10=«πλήρης παρέμβαση»). Το Brief Pain Inventory, που πρωτοδημιουργήθηκε στις ΗΠΑ, στην αγγλική γλώσσα, έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί σε πολλές άλλες γλώσσες^{80,258}.

Αν και το ΕΣΕΠ, δεν περιγράφει την ποιότητα του πόνου τόσο λεπτομερώς όσο το ερωτηματολόγιο McGill, έχει το πλεονέκτημα ότι είναι σύντομο και εύκολο στην εφαρμογή, ενώ επιπλέον μετρά την παρέμβαση του πόνου στη ζωή του ασθενούς.

Το ΕΣΕΠ έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τους Mystakidou et al. (2001) με τιμές Cronbach's α 0,85 για τα στοιχεία παρέμβασης και 0,89 για τα στοιχεία έντασης⁸².

Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν μόνο τρία στοιχεία του ερωτηματολογίου: το στοιχείο 5 (ένταση του πόνου κατά μέσο όρο), το στοιχείο 6 (ένταση πόνου που αισθάνεσθε τώρα) όπου 0 = χωρίς πόνο και 10 = χειρότερος πόνος, και το στοιχείο 9 (παρέμβαση του πόνου στη γενική δραστηριότητα), όπου 0 = δεν παρεμβαίνει και 10 = παρεμβαίνει πλήρως.

Συλλογή μετρήσεων και χρονοδιάγραμμα παρεμβάσεων

Μετρήσεις των παραπάνω εργαλείων έγιναν 4 φορές κατά τη διάρκεια της έρευνας και στις τρεις ομάδες, όπως φαίνεται συνοπτικά στον Πίνακα 6, ως εξής:

- Προ παρέμβασης
- Την 4^η εβδομάδα
- Την 6^η εβδομάδα
- Και την 8^η εβδομάδα, 2 εβδομάδες μετά το τέλος των παρεμβάσεων για τη διαχρονική παρακολούθηση

Η μέτρηση προ παρέμβασης ήταν αναγκαία για την καταγραφή των δεδομένων αναφοράς (baseline characteristics) των συμμετεχόντων κατά την είσοδο στη μελέτη. Οι δύο επόμενες μετρήσεις έγιναν την 4^η και την 6^η εβδομάδα για την καταγραφή και τη μέτρηση της πορείας της παρέμβασης και η τελευταία, δύο εβδομάδες μετά το τέλος των παρεμβάσεων, την 8^η εβδομάδα, για τη μέτρηση της διαχρονικής επίδρασης των παρεμβάσεων (follow-up) στους συμμετέχοντες. Η επιλογή των διαστημάτων των τεσσάρων και έξι εβδομάδων στις μετρήσεις αφορούσαν το χρόνο δράσης της ρεφλεξολογίας. Η επίδραση της ρεφλεξολογίας, ιδιαίτερα σε χρόνιους πάσχοντες, συχνά δεν γίνεται άμεσα εμφανής αλλά χρειάζεται κατά μέσο όρο 4-6 εβδομαδιαίες παρεμβάσεις για τουλάχιστον 30 λεπτά/ συνεδρία^{174,175,238}.

Κατά τη μέτρηση προ παρέμβασης (baseline) καταγράφονταν όλα τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία και σε κάθε επόμενη μέτρηση μόνο η λειτουργική κατάσταση κατά ECOG, νέες θεραπείες και μεταστάσεις, αλλαγές στη φαρμακευτική αγωγή και τυχόν παρενέργειες από τις από τις παρεμβάσεις.

Ο αριθμός των παρεμβάσεων για την ομάδα ρεφλεξολογίας και την ομάδα χαλάρωσης ήταν 6 με εβδομαδιαία συχνότητα.

Η συνολική διάρκεια παρακολούθησης όλων των ομάδων συμμετεχόντων ήταν 8 εβδομάδες.

Ο χρόνος κάθε συνεδρίας για τις ομάδες ρεφλεξολογίας και χαλάρωσης ήταν 30 λεπτά.

Πίνακας 6: Χρονοδιάγραμμα μετρήσεων και παρεμβάσεων

ΟΜΑΔΕΣ	ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ - ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ						
	ΕΙΣΟΔΟΣ	2η εβδομάδα	3η εβδομάδα	4η εβδομάδα	5η εβδομάδα	6η εβδομάδα	8η εβδομάδα
Ομάδα παρέμβασης (εφαρμογή Ρεφλεξολογίας)	Δημογραφικά, κλινικά στοιχεία, ΝΚΑΚ, SF12, ΔΠΥ, ΕΣΕΠ Εφαρμογή Ρ	Εφαρμογή Ρ	Εφαρμογή Ρ	Κλινικά στοιχεία, ΝΚΑΚ, SF12, ΔΠΥ, ΕΣΕΠ Εφαρμογή Ρ	Εφαρμογή Ρ	Κλινικά στοιχεία, ΝΚΑΚ, SF12, ΔΠΥ, ΕΣΕΠ Εφαρμογή Ρ	Κλινικά στοιχεία, ΝΚΑΚ, SF12, ΔΠΥ, ΕΣΕΠ
Ομάδα σύγκρισης (εφαρμογή Χαλάρωσης)	Δημογραφικά, κλινικά στοιχεία, ΝΚΑΚ, SF12, ΔΠΥ, ΕΣΕΠ Εφαρμογή Χ	Εφαρμογή Χ	Εφαρμογή Χ	Κλινικά στοιχεία, ΝΚΑΚ, SF12, ΔΠΥ, ΕΣΕΠ Εφαρμογή Χ	Εφαρμογή Χ	Κλινικά στοιχεία, ΝΚΑΚ, SF12, ΔΠΥ, GBPI Εφαρμογή Χ	Κλινικά στοιχεία, ΝΚΑΚ, SF12, ΔΠΥ, ΕΣΕΠ
Ομάδα ελέγχου (συνήθη αγωγή και παρακολούθηση)	Δημογραφικά, κλινικά στοιχεία, ΝΚΑΚ, SF12, ΔΠΥ, ΕΣΕΠ			Κλινικά στοιχεία, ΝΚΑΚ, SF12, ΔΠΥ, ΕΣΕΠ		Κλινικά στοιχεία, ΝΚΑΚ, SF12, ΔΠΥ, ΕΣΕΠ	Κλινικά στοιχεία, ΝΚΑΚ, SF12, ΔΠΥ, ΕΣΕΠ

Ομάδα Παρέμβασης : Ρεφλεξολογία

Οι συνεδρίες ρεφλεξολογίας λάμβαναν χώρα σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους στη Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής. Η ρεφλεξολογία εφαρμόστηκε από την ερευνήτρια που είναι πιστοποιημένη ρεφλεξολόγος του Bayly School of Reflexology.

Κάθε συνεδρία είχε το εξής τυπικό:

- Είσοδος συμμετέχοντος ατόμου στο χώρο παρεμβάσεων, αφαίρεση υποδημάτων και καλτσών, με βοήθεια όπου χρειαζόταν
- Κατάκλιση σε ύπτια θέση (ημικαθιστή Fowler's)

- Πλύση χεριών ρεφλεξολόγου
- Καθαρισμός των ποδιών με αντισηπτικά μαντηλάκια και επάλειψη με μικρή ποσότητα υγρής πούδρας
- Εφαρμογή πιέσεων στους άκρο πόδα για 30´ με το πρωτόκολλο Bayly^{174,175,238} σε όλα τα ρεφλεξολογικά αντανακλαστικά σύμφωνα με τον ρεφλεξολογικό χάρτη κατά Bayly που βρίσκεται στο Παράρτημα 5
- Στο τέλος της συνεδρίας καθαρισμός ξανά των ποδιών με αντισηπτικά μαντηλάκια και πλύση χεριών ρεφλεξολόγου

Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ο συμμετέχων είχε την επιλογή να συνομιλήσει ή να μείνει σιωπηλός.

Επιπλέον των αντενδείξεων εφαρμογής της ρεφλεξολογίας όπως αναφέρθηκαν στα κριτήρια αποκλεισμού λήφθηκαν υπόψη και τα παρακάτω:

- Αποφυγή χειρισμού μέλους ή ποδιού με έντονους κισσούς ή υπόνοια φλεβικής θρόμβωσης
- Προσαρμογή της πίεσης σε οιδηματώδεις περιοχές
- Προσαρμογή της έντασης των πιέσεων σε ασθενείς με χαμηλό αριθμό αιμοπεταλίων λαμβάνοντας υπόψη υπάρχοντες μώλωπες και την κατάσταση του δέρματος

Ομάδα Σύγκρισης: Εφαρμογή Χαλάρωσης

Στην ομάδα αυτή γινόταν εφαρμογή τεχνικών χαλάρωσης κατά Benson²⁰⁷ για 30 λεπτά, δηλαδή χρονικό διάστημα αντίστοιχο με αυτό της ομάδας ρεφλεξολογία.

Οι συνεδρίες χαλάρωσης λάμβαναν χώρα στους ίδιους ειδικά διαμορφωμένους χώρους στη Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής.

Η χαλάρωση εφαρμοζόταν από την ερευνήτρια που μελέτησε και εξάσκησε αυτές τις τεχνικές κατά την απόκτηση του Diploma of Behavioural Psychotherapy, στο University College του Λονδίνου.

Κάθε συνεδρία είχε το εξής τυπικό:

- Είσοδος συμμετέχοντος ατόμου στο χώρο παρεμβάσεων.

- Κατάκλιση σε ύπτια θέση (ημικαθιστή Fowler's).
- Εφαρμογή χαλάρωσης σύμφωνα με το πρωτόκολλο χαλάρωσης κατά Benson (Παράρτημα 6).

Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ο συμμετέχων έπρεπε να μείνει σιωπηλός, ακολουθώντας τις οδηγίες του θεραπευτή, αλλά είχε την ευκαιρία συνομιλίας πριν και μετά την εφαρμογή της χαλάρωσης για μικρό χρονικό διάστημα. Μετά τη συνεδρία λάμβανε την οδηγία να εξασκήσει τις ασκήσεις καθημερινά χωρίς περιορισμό και στο σπίτι.

Τα πρωτόκολλα και των δυο ομάδων τηρούντο αυστηρά για τη διατήρηση της ομοιογένειας και κατά διαστήματα διενεργούνταν έλεγχοι πιστότητας των πρωτοκόλλων παρέμβασης (fidelity checks) από εθελοντή παρατηρητή^{259,260}.

Ομάδα Ελέγχου : Η ομάδα αυτή ακολούθησε τη συνήθη φαρμακευτική της ή άλλη αγωγή και παρακολούθηση.

Διεξαγωγή της μελέτης

Αρχικά προσεγγίστηκαν για συμμετοχή στη μελέτη 243 άτομα εκ των οποίων το 32% δεν δέχθηκε να συμμετέχει στη μελέτη. Οι λόγοι άρνησης ήταν: έλλειψη γνώσεων και κατ' επέκταση δυσπιστία στις συμπληρωματικές/εναλλακτικές μεθόδους, ιδιαίτερα στη χαλάρωση, δυσκολία στη μετακίνηση λόγω βεβαρυμμένης κατάστασης ή απόστασης, έλλειψη μεταφορικού μέσου, καιρική κατάσταση.

Δημιουργήθηκαν φυλλάδια για περισσότερη πληροφόρηση που διατίθεντο στους χώρους αναμονής στη Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής (Παράρτημα 7). Αυτή η ενέργεια παρήγαγε ενδιαφέρον και συνεισέφερε στη διαδικασία στρατολόγησης των συμμετεχόντων. Τα φυλλάδια περιείχαν πληροφορίες σχετικά με τη ρεφλεξολογία και τις τεχνικές χαλάρωσης και στοιχεία για το πώς μπορεί να συνεισφέρει συμπληρωματικά στην αντιμετώπιση της νόσου.

1.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι τιμές των συνεχών μεταβλητών παρουσιάζονται χρησιμοποιώντας τις μέσες τιμές και τις τυπικές αποκλίσεις. Στις κατηγορικές μεταβλητές χρησιμοποιούνται οι συχνότητες (v) και τα αντίστοιχα ποσοστά (%).

Ο έλεγχος της κανονικότητας της κατανομής των μετρήσεων έγινε χρησιμοποιώντας το Kolmogorov-Smirnov test.

Για την διαχρονική σύγκριση των μεταβλητών ανά ομάδα (προ παρέμβασης - 4^η εβδομάδα – 6^η εβδομάδα – 8^η εβδομάδα) χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο ανάλυσης διακύμανσης κατά ένα παράγοντα με επαναληπτικές μετρήσεις και το Bonferroni test για τις συγκρίσεις κατά ζεύγη.

Οι συγκρίσεις των μεταβλητών σε κάθε χρονική εκτίμηση ανάμεσα στις ομάδες πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το μοντέλο της ανάλυσης διακύμανσης κατά ένα παράγοντα και οι συγκρίσεις κατά ζεύγη έγιναν με το Bonferroni test.

Για την ανάλυση των διαφορών που υπάρχουν ανάμεσα στις ομάδες διαχρονικά, υπολογίστηκε η ποσοστιαία μεταβολή των μεταβλητών από την κατάσταση προ παρέμβασης σε κάθε χρονική εκτίμηση.

Οι συγκρίσεις των ποσοστιαίων αυτών μεταβολών των μεταβλητών ανάμεσα στις ομάδες πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το μοντέλο της ανάλυσης διακύμανσης κατά ένα παράγοντα και οι συγκρίσεις κατά ζεύγη έγιναν με το Bonferroni test. Σε περίπτωση που δεν ικανοποιήθηκε η προϋπόθεση της κανονικής κατανομής των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα μη παραμετρικά τεστ Kruskal-Wallis και Mann-Whitney.

Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS vr 21.00 (IBM Corporation, Somers, NY, USA). Όλα τα τεστ είναι διπλής κατεύθυνσης (two-sided).

Η τιμή p -value $<0,05$ καθορίστηκε ως επίπεδο στατιστικά σημαντικής διαφοράς, επίσης καταγράφηκαν και οι οριακές στατιστικά σημαντικές διαφορές ($0,05 < p < 0,1$).

1.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1.3.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στον παρακάτω πίνακα 7 παρατίθενται τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία του δείγματος. Συγκεκριμένα, παρουσιάζεται η σύνθεση του δείγματος ανά φύλο, ηλικία, λειτουργική κατάσταση (ECOG) κατά την είσοδο στη μελέτη, εντόπιση κακοήθειας, λήψη ακτινοθεραπείας ή/και χημειοθεραπείας, ύπαρξη ή μη μεταστάσεων, η σοβαρή συννοσηρότητα και η διατήρηση ή μη της δοσολογίας αναλγητικών και επικουρικών φαρμάκων για κάθε εβδομάδα μέτρησης συγκριτικά με την αντίστοιχη δοσολογία κατά την είσοδο στο δείγμα.

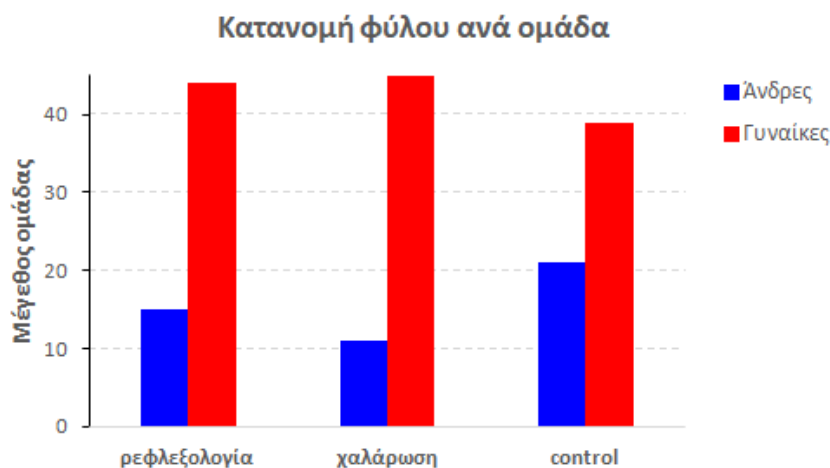
Πίνακας 7: Δημογραφικά και κλινικά στοιχεία του δείγματος και ομοιογένεια ανάμεσα στις ομάδες

	Ομάδα ρεφλεξολογίας	Ομάδα χαλάρωσης	Ομάδα ελέγχου	p-value
Φύλο (άνδρας/ γυναίκα)	15(25,4)/ 44(74,6)	11(19,6)/ 45(80,4)	21(35,0)/ 39(65,0)	0,168
Ηλικία (mean ± SD)	59,07 ± 11,71	59,25 ± 12,94	62,41 ± 12,37	0,157
ECOG at baseline (0-1/ 2-3)	32(54,2)/ 27(45,8)	36(64,3)/ 20(35,7)	35(58,3)/ 25(41,7)	0,547
Εντόπιση (μαστός/ πνεύμονας/ προστάτης/ ουρογεννητικό/ γαστρεντερικό/ άλλο)	20/ 8/ 5/ 7/ 14/ 5	21/ 7/ 6/ 5/ 8/ 8	18/ 10/ 5/ 8/ 12/ 7	0,956
Ακτινοθεραπεία (όχι/ ναι)	30(50,8)/ 29(49,2)	26(46,4)/ 30(53,6)	24(40,0)/ 36(60,0)	0,49
Χημειοθεραπεία (όχι/ ναι)	26(44,1)/ 33(55,9)	27(48,2)/ 29(51,8)	24(40,0)/ 36(60,0)	0,673
Μετάσταση (όχι/ ναι)	20(34,0)/ 39(66,0)	24(57,5)/ 32(42,5)	14(23,3)/ 46(76,7)	0,082
Συννοσηρότητα (όχι/ ναι)	50(84,7)/ 9(15,3)	45(80,4)/ 11(19,6)	42(70,0)/ 18(30,0)	0,134
Δόση φαρμάκου 4η εβδ (σταθερή/ αύξηση)	40(67,8)/ 19(32,2)	40(71,4)/ 16(28,6)	11(18,3)/ 49(81,7)	<0,0005
Δόση φαρμάκου 6η εβδ (σταθερή/ αύξηση)	44(74,6)/ 15(25,4)	48(85,7)/ 8(14,3)	21(35,0)/ 39(65,0)	<0,0005
Δόση φαρμάκου 8η εβδ (σταθερή/ αύξηση)	49(83,1)/ 10(16,9)	45(80,4)/ 11(19,6)	33(55,0)/ 27(45,0)	0,001

Οι τιμές των συνεχών μεταβλητών παρουσιάζονται στη μορφή μέση τιμή ± τυπική απόκλιση. Στις κατηγορικές μεταβλητές χρησιμοποιούνται οι συχνότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά σε παρένθεση.

Ο αρχικός σχεδιασμός της μελέτης ήταν για 180 άτομα, από 60 σε κάθε ομάδα. Από την ομάδα ρεφλεξολογίας υπήρξε 1 απώλεια και από την ομάδα χαλάρωσης υπήρξαν 4 απώλειες (2 θάνατοι, 1 διακοπή λόγω επιδείνωσης της κατάστασης, 1 δυσκολία μεταφοράς, 1 έξοδος από τη μελέτη). Στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξαν απώλειες.

Εκ των 175 ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη, οι 47 ήταν άνδρες και οι 128 γυναίκες. Παρακάτω στο Διάγραμμα 6 παρατίθεται η κατανομή φύλου ανά ομάδα.



Διάγραμμα 6: Κατανομή φύλου ανά ομάδα

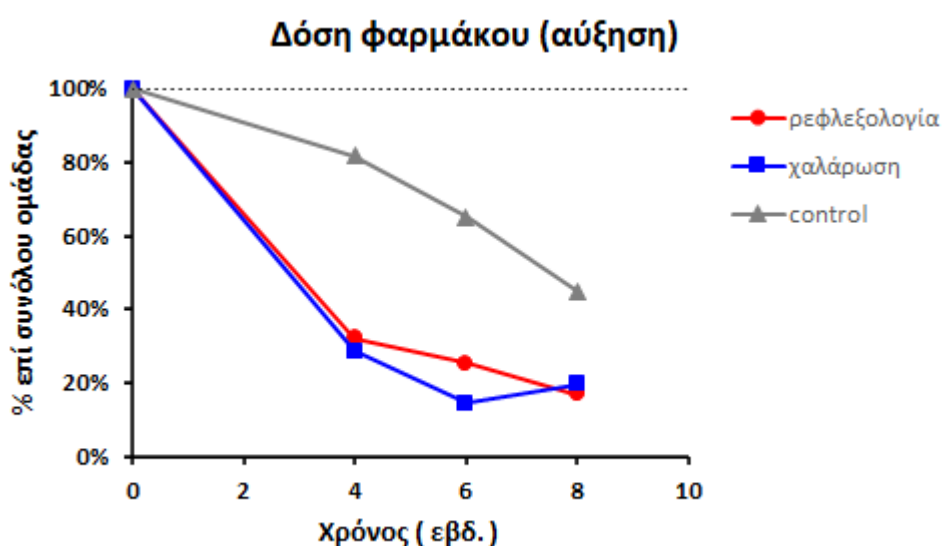
Όλες οι ομάδες απαρτίζονταν κατά πλειοψηφία από γυναίκες, σε αναλογία περίπου 3:1, 4:1 και 2:1 αντίστοιχα για τις ομάδες ρεφλεξολογίας, χαλάρωσης και ελέγχου. Επιπλέον, η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 59,07 έτη για την ομάδα ρεφλεξολογίας, 59,25 για την ομάδα χαλάρωσης και 62,41 για την ομάδα ελέγχου.

Όσον αφορά τη λειτουργική κατάσταση των συμμετεχόντων που μετρήθηκε με την κλίμακα ECOG, έγινε ομαδοποίηση σε 2 κατηγορίες κατά τη στρωματοποίηση, με ECOG 0-1 η οποία θεωρείται καλή λειτουργική κατάσταση και 2-3 η οποία θεωρείται μέτρια. Δεν επιλέχθηκαν άτομα με ECOG 4 καθότι η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει κλινήρεις ασθενείς χωρίς δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης, οι οποίοι δεν θα ήταν δυνατόν να συμμετέχουν στη μελέτη. Προφανώς δεν επιλέχθηκαν άτομα με ECOG 5 (θάνατος).

Η εντόπιση της κακοήθειας κατηγοριοποιήθηκε ως προς τη συχνότητα εμφάνισης στο γενικό πληθυσμό³³ : μαστός στις γυναίκες και πνεύμονας στους άνδρες, ακολουθούμενα από προστάτη, ουρογεννητικό και γαστρεντερικό σύστημα ή άλλη εντόπιση. Καταγράφηκε επιπλέον εάν οι

συμμετέχοντες λάμβαναν ακτινοθεραπεία ή/και χημειοθεραπεία κατά τη διάρκεια της μελέτης, εάν παρουσίαζαν μετάσταση ή/και σοβαρή συννοσηρότητα και εάν η δοσολογία αναλγητικών και επικουρικών φαρμάκων παρέμεινε σταθερή, μειώθηκε ή αυξήθηκε συγκριτικά με την λαμβανόμενη δοσολογία κατά την είσοδο στη μελέτη.

Παρατηρούμε ότι υπάρχει ομοιογένεια ανάμεσα στις συγκρινόμενες ομάδες σε σχέση με τις μεταβλητές φύλο ($p=0,168$), ηλικία ($p=0,157$), ECOG ($p=0,547$), εντόπιση του καρκίνου ($p=0,956$), ακτινοθεραπεία ($p=0,490$), χημειοθεραπεία ($p=0,673$), μετάσταση ($p=0,082$), σοβαρή συννοσηρότητα ($p=0,134$). Δεν υπάρχει ομοιογένεια στην μεταβολή της δόσης αναλγητικών και επικουρικών φαρμάκων, όπου η ομάδα ελέγχου έχει στατιστικά σημαντικά υψηλότερο ποσοστό αύξησης δόσης σε σχέση με το baseline συγκριτικά με τις ομάδες ρεφλεξολογία και χαλάρωση κατά την 4^η εβδομάδα (81,7% vs 32,2%-28,6%), την 6^η εβδομάδα (65% vs 25,4%-14,3%) και την 8^η εβδομάδα παρακολούθησης (45% vs 17%-20%) (Πίνακας 7 και Διάγραμμα 7).



Διάγραμμα 7: Αύξηση στη δοσολογία αναλγητικών και επικουρικών φαρμάκων (% ανά ομάδα)

Στο διάγραμμα 7 παραπάνω, οπτικοποιείται εμφανώς η ανωτέρω σύγκριση, δηλαδή ότι σημαντικά λιγότεροι συμμετέχοντες στις ομάδες ρεφλεξολογίας και

χαλάρωσης είχαν αύξηση της δοσολογίας αναλγητικών και επικουρικών φαρμάκων.

1.3.2 ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

Παρακάτω παρατίθενται τα αποτελέσματα από το μοντέλο της ανάλυσης διακύμανσης κατά ένα παράγοντα για κάθε μεταβλητή που εξετάζεται: άγχος και κατάθλιψη, ποιότητα ζωής (σωματική και ψυχική συνιστώσα), πόνος και ποιότητα ύπνου. Στον πίνακα 8 παρατίθενται οι χρονικές εκτιμήσεις για τη μεταβλητή άγχος.

Πίνακας 8: Χρονικές εκτιμήσεις για τη μεταβλητή άγχος

	Ομάδα	baseline	4 ^η εβδ	6 ^η εβδ	8 ^η εβδ	p-value _{Wg}
Άγχος	ρεφλεξολογία	9,42 ± 4,04	8,10 ± 3,82 ^d	7,34 ± 3,25 ^d	7,02 ± 3,27 ^d	<0,0005
	χαλάρωση	8,79 ± 3,62	8,25 ± 3,19 ^c	7,91 ± 3,20 ^d	7,75 ± 3,31 ^d	<0,0005
	ελέγχου	9,57 ± 3,46	9,18 ± 3,11 ^c	8,65 ± 2,94 ^d	8,40 ± 3,18 ^d	<0,0005
p-value_{Bg}		0,489	0,172	0,075	0,07	

Όλες οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάζονται στη μορφή mean ± SD.

Παρατίθενται επιπλέον τα p-values για διαχρονικές συγκρίσεις εντός κάθε ομάδας (Within group – Wg) και για σύγχρονες συγκρίσεις μεταξύ όλων των ομάδων (Between groups – Bg).

Επιπλέον για σύγχρονες κατά ζεύγη συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ή για διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις εντός μίας ομάδας, σημειώνονται με εκθετικούς δείκτες ως εξής: ^a p<0,05 vs ρεφλεξολογία, ^b p<0,005 vs ρεφλεξολογία, ^c p<0,05 vs baseline, ^d p<0,005 vs baseline, ^e p<0,05 vs χαλάρωση, ^f p<0,005 vs χαλάρωση.

Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 3 παρεμβάσεις σε σχέση με την μεταβλητή άγχος όπως φαίνεται από τα p-value_{Bg}<0,05 σε κάθε μέτρηση, όμως παρατηρούμε ότι τα p-values βαίνουν μειούμενα συν τω χρόνω, φτάνοντας αρκετά κοντά στο όριο σημαντικότητας του 0,05: baseline (p=0,489), 4^η εβδομάδα (p=0,172), 6^η εβδομάδα (p=0,075) και 8^η εβδομάδα (p=0,070).

Παρατηρούμε ακόμα ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις χρονικές εκτιμήσεις της μεταβλητής άγχος για όλες τις ομάδες όπως φαίνεται από τα p-value_{Wg}<0,0005.

Πιο συγκεκριμένα, για την ομάδα ρεφλεξολογίας, οι μετρήσεις της 4^{ης}, 6^{ης} και 8^{ης} εβδομάδας παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά συγκριτικά με την μέτρηση κατά την εισαγωγή στη μελέτη (p<0,005) όπως δηλώνεται από

την παρουσία του δείκτη d στις χρονικές εκτιμήσεις για την ομάδα ρεφλεξολογίας στον πίνακα 8. Αναλυτικότερα, για την ομάδα ρεφλεξολογίας, οι διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα σε όλες τις χρονικές εκτιμήσεις ($p < 0,0005$) εκτός μεταξύ 6^{ης} και 8^{ης} εβδομάδας ($p = 0,348$).

Αντίστοιχα, για την ομάδα χαλάρωσης οι μετρήσεις της 4^{ης}, 6^{ης} και 8^{ης} εβδομάδας παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά συγκριτικά με το baseline, όμως η διαφορά είναι λιγότερο σημαντική κατά την 4^η εβδομάδα ($p < 0,05$) όπως δηλώνεται από την παρουσία του δείκτη c στην αντίστοιχη χρονική εκτίμηση για την ομάδα χαλάρωση στον πίνακα 1. Αναλυτικότερα για την ομάδα χαλάρωσης, οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα στο baseline και την 4^η εβδομάδα ($p = 0,050$), 6^η εβδομάδα ($p = 0,002$) και 8^η εβδομάδα ($p < 0,0005$) αντίστοιχα.

Ομοίως για την ομάδα ελέγχου, οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα στο baseline και την 4^η εβδομάδα ($p = 0,046$), 6^η εβδομάδα ($p < 0,0005$) και 8^η εβδομάδα ($p < 0,0005$) αντίστοιχα. Επίσης υπάρχει διαφορά μεταξύ 4^{ης} και 6^{ης} εβδομάδας ($p = 0,040$) και μεταξύ 4^{ης} και 8^{ης} εβδομάδας ($p = 0,001$) αντίστοιχα.

Κατόπιν, στον πίνακα 9 φαίνεται η ποσοστιαία μεταβολή των εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή άγχος.

Πίνακας 9: Ποσοστιαία μεταβολή εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή άγχος

	Ομάδα	% μεταβολή vs baseline		
		4 ^η εβδ	6 ^η εβδ	8 ^η εβδ
Άγχος	ρεφλεξολογίας	-14,71 ± 23,10	-21,05 ± 20,12	-25,17 ± 20,27
	χαλάρωσης	-4,61 ± 17,58 ^a	-10,08 ± 13,68 ^b	-10,44 ± 19,88 ^b
	ελέγχου	-1,86 ± 14,22 ^b	-7,91 ± 18,29 ^b	-10,08 ± 18,60 ^b
p-value_{Bg}		0,002	0,001	<0,0005

Όλες οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάζονται στη μορφή mean ± SD.

Παρατίθενται επιπλέον τα p-values για διαχρονικές συγκρίσεις εντός κάθε ομάδας (Within group – Wg) και για σύγχρονες συγκρίσεις μεταξύ όλων των ομάδων (Between groups – Bg).

Επιπλέον για σύγχρονες κατά ζεύγη συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ή για διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις εντός μίας ομάδας, σημειώνονται με εκθετικούς δείκτες ως εξής: ^a $p < 0,05$ vs ρεφλεξολογία, ^b $p < 0,005$ vs ρεφλεξολογία, ^c $p < 0,05$ vs baseline, ^d $p < 0,005$ vs baseline, ^e $p < 0,05$ vs χαλάρωση, ^f $p < 0,005$ vs χαλάρωση.

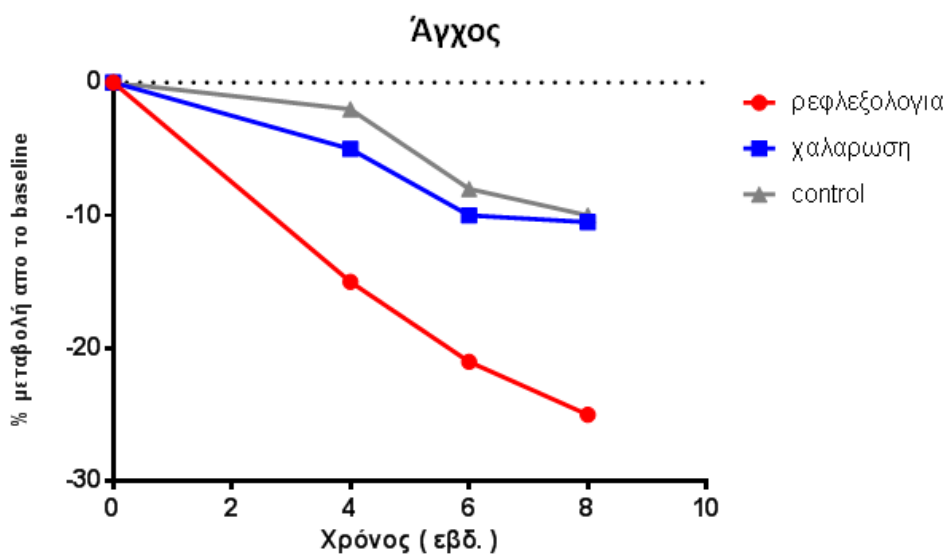
Παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 3 παρεμβάσεις σε σχέση με την ποσοστιαία μεταβολή από το baseline στην 4^η

εβδομάδα για την μεταβλητή άγχος ($p=0,002$) όπως φαίνεται και από το p -value_{Bg} στον πίνακα. Οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ομάδα ρεφλεξολογίας και τις ομάδες χαλάρωσης ($p=0,013$) και ελέγχου ($p=0,001$) αντίστοιχα, όπως υποδηλώνεται και από την παρουσία των δεικτών a και b στην στήλη 4^η εβδομάδα του ανωτέρω πίνακα.

Αντίστοιχα για την 6^η εβδομάδα, παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 3 παρεμβάσεις σε σχέση με την ποσοστιαία μεταβολή από το baseline στην 6^η εβδομάδα για την μεταβλητή άγχος ($p=0,001$). Οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα στην ομάδα ρεφλεξολογίας και τις ομάδες χαλάρωσης ($p=0,003$) και ελέγχου ($p<0,0005$) αντίστοιχα.

Ομοίως παρατηρούμε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 3 παρεμβάσεις σε σχέση με την ποσοστιαία μεταβολή μεταξύ baseline και 8ης εβδομάδας για την μεταβλητή άγχος ($p<0,0005$). Οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα στην ομάδα ρεφλεξολογίας και τις ομάδες χαλάρωσης και ελέγχου ($p<0,0005$).

Η σημαντική βελτίωση της μεταβλητής άγχος για την ομάδα ρεφλεξολογίας σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες οπτικοποιείται και στο διάγραμμα 8 παρακάτω.



Διάγραμμα 8: Ποσοστιαία μεταβολή εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή άγχος

Παρατηρείται ότι η ομάδα ρεφλεξολογίας παρουσιάζει σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση ως προς άγχος (πιο αρνητική ποσοστιαία μεταβολή κατά την 4^η, 6^η και 8^η εβδομάδα σε σχέση με το baseline), ενώ οι ομάδες χαλάρωσης και ελέγχου (ελέγχου) παρουσιάζουν παρόμοια βελτίωση κατά την 8^η εβδομάδα.

Ακολουθως, στον πίνακα 10 παρατίθενται οι χρονικές εκτιμήσεις για τη μεταβλητή κατάθλιψη.

Πίνακας 10: Χρονικές εκτιμήσεις για τη μεταβλητή κατάθλιψη

	Ομάδα	baseline	4 ^η εβδ	6 ^η εβδ	8 ^η εβδ	p-value _{Wg}
Κατάθλιψη	ρεφλεξολογίας	8,14 ± 3,00	7,12 ± 3,10 ^d	6,85 ± 3,00 ^d	6,36 ± 3,15 ^d	<0,0005
	χαλάρωσης	9,09 ± 3,10	8,32 ± 2,79 ^d	8,09 ± 2,80 ^{a,d}	7,77 ± 2,82 ^{a,d}	<0,0005
	ελέγχου	8,98 ± 2,89	8,45 ± 3,09 ^{a,d}	8,12 ± 2,66 ^{a,d}	7,90 ± 2,64 ^{a,d}	<0,0005
p-value_{Bg}		0,172	0,032	0,023	0,006	

Όλες οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάζονται στη μορφή mean ± SD.

Παρατίθενται επιπλέον τα p-values για διαχρονικές συγκρίσεις εντός κάθε ομάδας (Within group – Wg) και για σύγχρονες συγκρίσεις μεταξύ όλων των ομάδων (Between groups – Bg).

Επιπλέον για σύγχρονες κατά ζεύγη συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ή για διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις εντός μίας ομάδας, σημειώνονται με εκθετικούς δείκτες ως εξής: ^a p<0,05 vs ρεφλεξολογία, ^b p<0,005 vs ρεφλεξολογία, ^c p<0,05 vs baseline, ^d p<0,005 vs baseline, ^e p<0,05 vs χαλάρωση, ^f p<0,005 vs χαλάρωση.

Με βάση τον πίνακα 10 παραπάνω, παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 3 παρεμβάσεις σε σχέση με την μεταβλητή κατάθλιψη για την 4^η, 6^η και 8^η εβδομάδα όπως φαίνεται από τα p-value_{Bg}<0,05, ενώ η χρονικές εκτιμήσεις για το baseline δεν παρουσιάζουν σημαντική διαφορά (p=0,172). Πιο συγκεκριμένα, κατά την 4^η εβδομάδα οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα στις ομάδες ρεφλεξολογίας και ελέγχου (p=0,050), όπως υποδεικνύεται και από τον δείκτη a στην αντίστοιχη χρονική εκτίμηση της ομάδας ελέγχου. Κατά την 6^η εβδομάδα οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα στην ομάδα ρεφλεξολογίας και τις ομάδες χαλάρωσης (p=0,058) και ελέγχου (p=0,046) αντίστοιχα και ομοίως για την 8^η εβδομάδα (p=0,028) και ελέγχου (p=0,012) αντίστοιχα.

Παρατηρούμε ακόμα ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις χρονικές εκτιμήσεις της μεταβλητής κατάθλιψη για όλες τις ομάδες όπως φαίνεται από τα p-value_{Wg}<0,0005. Συγκεκριμένα, για την ομάδα

ρεφλεξολογία οι συγκρίσεις κατά ζεύγη των χρονικών εκτιμήσεων αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα στο baseline και την 4^η, 6^η και 8^η εβδομάδα αντίστοιχα ($p < 0,0005$), όπως υποδηλώνεται και από την παρουσία του δείκτη d στις αντίστοιχες χρονικές εκτιμήσεις της ομάδας ρεφλεξολογίας στον ανωτέρω πίνακα. Ομοίως για τις ομάδες χαλάρωση και ελέγχου παρατηρείται $p < 0,0005$ αντίστοιχα.

Κατόπιν, στον πίνακα 11 φαίνεται η ποσοστιαία μεταβολή των εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή κατάθλιψη.

Πίνακας 11: Ποσοστιαία μεταβολή εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή κατάθλιψη

	Ομάδα	% μεταβολή vs baseline		
		4η εβδ	6η εβδ	8η εβδ
Κατάθλιψη	ρεφλεξολογίας	-10,84 ± 24,74	-14,27 ± 23,49	-20,96 ± 21,11
	χαλάρωσης	-7,51 ± 15,60	-10,10 ± 17,98	-13,42 ± 17,06
	ελέγχου	-6,46 ± 16,25	-9,18 ± 14,62	-10,91 ± 18,16 ^a
p-value_{Bg}		0,525	0,367	0,020

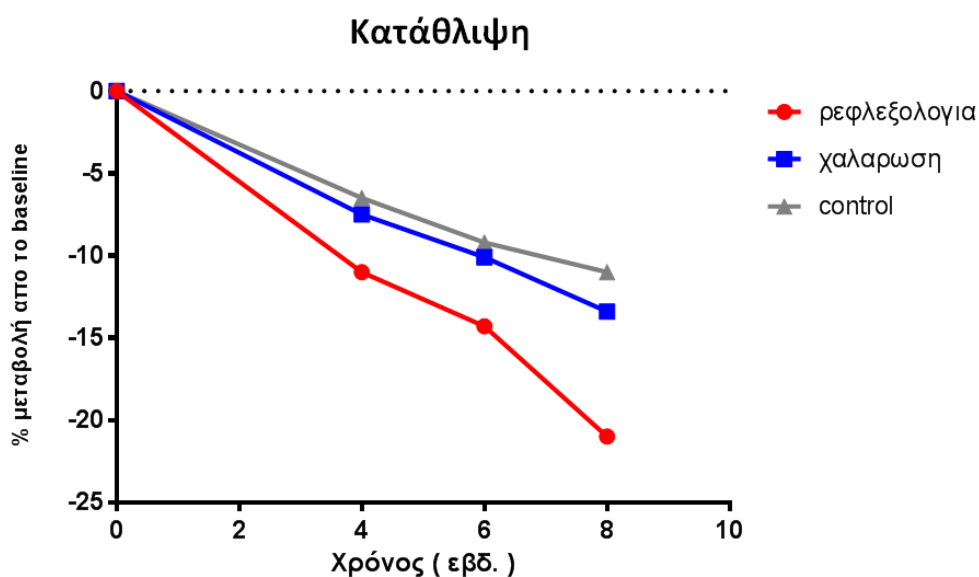
Όλες οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάζονται στη μορφή mean ± SD.

Παρατίθενται επιπλέον τα p-values για διαχρονικές συγκρίσεις εντός κάθε ομάδας (Within group – Wg) και για σύγχρονες συγκρίσεις μεταξύ όλων των ομάδων (Between groups – Bg).

Επιπλέον για σύγχρονες κατά ζεύγη συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ή για διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις εντός μίας ομάδας, σημειώνονται με εκθετικούς δείκτες ως εξής: ^a $p < 0,05$ vs ρεφλεξολογία, ^b $p < 0,005$ vs ρεφλεξολογία, ^c $p < 0,05$ vs baseline, ^d $p < 0,005$ vs baseline, ^e $p < 0,05$ vs χαλάρωση, ^f $p < 0,005$ vs χαλάρωση.

Στον πίνακα 11 παραπάνω παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 3 παρεμβάσεις σε σχέση με την ποσοστιαία μεταβολή της μεταβλητής κατάθλιψη από το baseline στην 4^η εβδομάδα ($p=0,525$) και 6^η εβδομάδα ($p=0,367$). Αντιθέτως, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά από το baseline στην 8^η εβδομάδα ($p=0,020$). Οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα στις ομάδες ρεφλεξολογία και ελέγχου ($p=0,013$) όπως υποδεικνύεται και από την παρουσία του δείκτη a στην χρονική εκτίμηση 8^η εβδομάδας για την ομάδα ελέγχου.

Η σημαντική βελτίωση της μεταβλητής κατάθλιψη για την ομάδα ρεφλεξολογία σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες οπτικοποιείται και στο διάγραμμα 9 παρακάτω.



Διάγραμμα 9: Ποσοστιαία μεταβολή εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή κατάθλιψη

Με βάση το διάγραμμα 9, παρατηρείται ότι η ομάδα ρεφλεξολογίας παρουσιάζει μεγαλύτερη βελτίωση ως προς την κατάθλιψη (πιο αρνητική ποσοστιαία μεταβολή κατά την 4^η, 6^η και 8^η εβδομάδα σε σχέση με το baseline), ενώ οι ομάδες χαλάρωσης και ελέγχου παρουσιάζουν μικρότερη βελτίωση.

Η μεταβλητή ποιότητα ζωής μετρείται με την κλίμακα SF12, η οποία έχει δύο υποκλίμακες: α) Physical Component Scale (κλίμακα σωματικής συνιστώσας), PCS και β) Mental Component Scale (κλίμακα ψυχικής συνιστώσας), MCS.

Στον πίνακα 12 παρατίθενται οι χρονικές εκτιμήσεις για την μεταβλητή της σωματικής συνιστώσας ποιότητας ζωής.

Πίνακας 12: Χρονικές εκτιμήσεις για τη μεταβλητή της σωματικής συνιστώσας ποιότητας ζωής

	Ομάδα	baseline	4η εβδ	6η εβδ	8η εβδ	p-value _{wg}
Σωματική συνιστώσα ποιότητας ζωής	ρεφλεξολογίας	35,17 ± 9,78	38,87 ± 11,27 ^d	40,21 ± 10,77 ^d	41,26 ± 10,32 ^d	<0,0005
	χαλάρωσης	36,13 ± 11,12	37,42 ± 10,61	36,03 ± 10,01 ^a	37,44 ± 10,63	0,066
	ελέγχου	33,88 ± 8,27	34,27 ± 7,86 ^a	35,69 ± 8,67 ^{a,d}	36,57 ± 8,89 ^{a,d}	<0,0005
p-value_{Bg}		0,459	0,039	0,023	0,026	

Όλες οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάζονται στη μορφή mean ± SD.

Παρατίθενται επιπλέον τα p-values για διαχρονικές συγκρίσεις εντός κάθε ομάδας (Within group – Wg) και για σύγχρονες συγκρίσεις μεταξύ όλων των ομάδων (Between groups – Bg). Επιπλέον για σύγχρονες κατά ζεύγη συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ή για διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις εντός μίας ομάδας, σημειώνονται με εκθετικούς δείκτες ως εξής: ^a p<0,05 vs ρεφλεξολογία, ^b p<0,005 vs ρεφλεξολογία, ^c p<0,05 vs baseline, ^d p<0,005 vs baseline, ^e p<0,05 vs χαλάρωση, ^f p<0,005 vs χαλάρωση.

Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 3 ομάδες σε σχέση με τις χρονικές εκτιμήσεις για τη μεταβλητή σωματικής συνιστώσας ποιότητας ζωής στο baseline (p=0,459). Αντιθέτως, παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες στην 4^η, 6^η και 8^η εβδομάδα με p=0,039, p=0,023 και p=0,026 αντίστοιχα.

Συγκεκριμένα, κατά την 4^η εβδομάδα, οι συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα στις ομάδες ρεφλεξολογίας και ελέγχου (p=0,039). Στην 6^η εβδομάδα, προκύπτει διαφορά ανάμεσα στην ομάδα ρεφλεξολογίας και τις ομάδες χαλάρωσης (p=0,072) και ελέγχου (p=0,039). Και στην 8^η εβδομάδα, προκύπτει διαφορά ανάμεσα στις ομάδες ρεφλεξολογίας και ελέγχου (p=0,033). Τα παραπάνω υποδηλώνονται και στον ανωτέρω πίνακα από την παρουσία του δείκτη a στις αντίστοιχες χρονικές εκτιμήσεις.

Σε ό,τι αφορά την σύγκριση μεταξύ χρονικών εκτιμήσεων της μεταβλητής σωματικής συνιστώσας ποιότητας ζωής ανά ομάδα, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις χρονικές εκτιμήσεις για τις ομάδες ρεφλεξολογίας (p<0,0005) και ελέγχου (p<0,0005), ενώ η διαφορά δεν είναι σημαντική για την ομάδα χαλάρωσης (p=0,066). Πιο συγκεκριμένα, για την ομάδα ρεφλεξολογίας οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα στο baseline και την 4^η, 6^η και 8^η εβδομάδα (p<0,0005). Για την ομάδα ελέγχου οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά μεταξύ baseline-6^{ης} εβδομάδας (p=0,0008) και baseline-8^{ης} εβδομάδας (p<0,0005), και αντίστοιχα και μεταξύ 4^{ης}-6^{ης} (p=0,012) και 4^{ης}-8^{ης} (p<0,0005). Τα παραπάνω υποδηλώνονται και στον ανωτέρω πίνακα από την παρουσία του δείκτη d στις αντίστοιχες χρονικές εκτιμήσεις.

Κατόπιν, στον πίνακα 13 φαίνεται η ποσοστιαία μεταβολή των εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή σωματικής συνιστώσας ποιότητας ζωής.

Πίνακας 13: Ποσοστιαία μεταβολή εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή σωματικής συνιστώσας ποιότητας ζωής

	Ομάδα	% μεταβολή vs baseline		
		4η εβδ	6η εβδ	8η εβδ
Σωματική συνιστώσα ποιότητας ζωής	ρεφλεξολογίας	11,86 ± 25,63	17,72 ± 29,37	20,78 ± 26,62
	χαλάρωσης	5,71 ± 20,10	1,79 ± 14,73 ^b	5,87 ± 17,99 ^b
	ελέγχου	1,98 ± 9,04 ^a	6,53 ± 17,21 ^a	8,68 ± 12,53 ^b
p-value_{Bg}		0,016	0,001	0,002

Όλες οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάζονται στη μορφή mean ± SD.

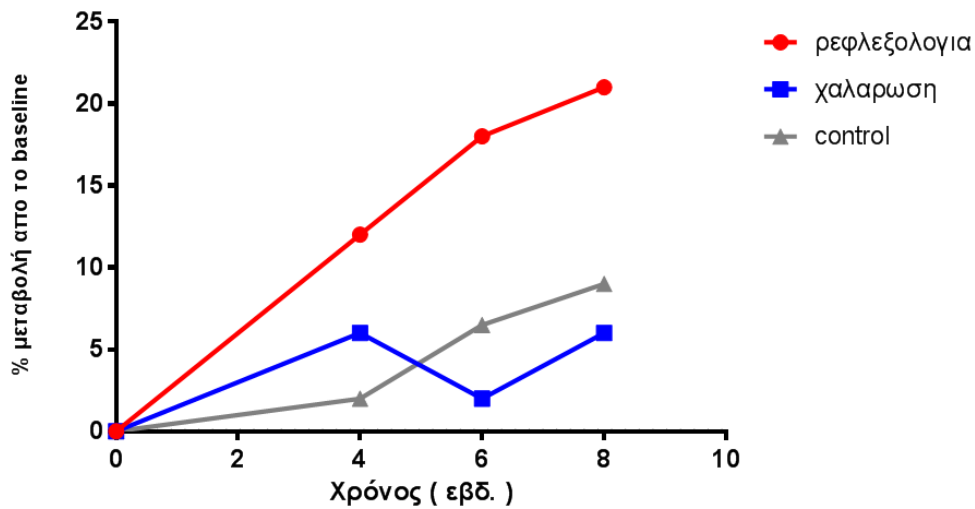
Παρατίθενται επιπλέον τα p-values για διαχρονικές συγκρίσεις εντός κάθε ομάδας (Within group – Wg) και για σύγχρονες συγκρίσεις μεταξύ όλων των ομάδων (Between groups – Bg).

Επιπλέον για σύγχρονες κατά ζεύγη συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ή για διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις εντός μίας ομάδας, σημειώνονται με εκθετικούς δείκτες ως εξής: ^a p<0,05 vs ρεφλεξολογία, ^b p<0,005 vs ρεφλεξολογία, ^c p<0,05 vs baseline, ^d p<0,005 vs baseline, ^e p<0,05 vs χαλάρωση, ^f p<0,005 vs χαλάρωση.

Στον πίνακα 13 παραπάνω παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για την μεταβλητή σωματικής συνιστώσας ποιότητας ζωής ανάμεσα στις 3 ομάδες σε σχέση με την ποσοστιαία μεταβολή από το baseline στην 4^η εβδομάδα (p=0,016), στην 6^η εβδομάδα (p=0,001) και την 8^η εβδομάδα (p=0,002). Πιο συγκεκριμένα, οι συγκρίσεις των ποσοστιαίων μεταβολών κατά ζεύγη για την 4^η εβδομάδα αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα στις ομάδες ρεφλεξολογίας και ελέγχου (p=0,019). Για την 6^η εβδομάδα παρατηρείται σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ομάδα ρεφλεξολογίας και τις ομάδες χαλάρωσης (p<0,0005) και ελέγχου (p=0,015). Τέλος, για την 8^η εβδομάδα προκύπτει διαφορά μεταξύ της ομάδας ρεφλεξολογίας και των ομάδων χαλάρωσης (p<0,0005) και ελέγχου (p=0,003).

Η σημαντική βελτίωση της μεταβλητής σωματικής συνιστώσας ποιότητας ζωής για την ομάδα ρεφλεξολογία σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες οπτικοποιείται και στο διάγραμμα 10 παρακάτω.

Σωματική συνιστώσα ΠΖ



Διάγραμμα 10: Ποσοστιαία μεταβολή εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή σωματικής συνιστώσας ποιότητας ζωής

Με βάση το διάγραμμα 10 παραπάνω, παρατηρείται ότι η ομάδα ρεφλεξολογίας παρουσιάζει σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση ως προς τη μεταβλητή σωματικής συνιστώσας ποιότητας ζωής (μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση κατά την 4^η, 6^η και 8^η εβδομάδα σε σχέση με το baseline), ενώ οι ομάδες χαλάρωσης και ελέγχου παρουσιάζουν παρόμοια βελτίωση κατά την 8^η εβδομάδα, με την ομάδα χαλάρωσης να παρουσιάζει και παροδική απώλεια της βελτίωσης κατά την 6^η εβδομάδα.

Στη συνέχεια, για την μεταβλητή ψυχικής συνιστώσας ποιότητας ζωής, στον πίνακα 14 παρατίθενται οι χρονικές εκτιμήσεις για τη μεταβλητή αυτή.

Πίνακας 14: Χρονικές εκτιμήσεις για τη μεταβλητή ψυχικής συνιστώσας ποιότητας ζωής

	Ομάδα	baseline	4η εβδ	6η εβδ	8η εβδ	p-value _{Wg}
Ψυχική συνιστώσα ποιότητας ζωής	ρεφλεξολογίας	44,92 ± 10,66	47,63 ± 11,68 ^c	49,34 ± 10,62 ^d	49,48 ± 9,47 ^d	<0,0005
	χαλάρωσης	44,34 ± 11,55	45,20 ± 9,66	46,12 ± 10,33	45,58 ± 10,28	0,113
	ελέγχου	44,77 ± 8,98	45,35 ± 9,00	46,50 ± 9,16	46,37 ± 9,16	0,088
p-value _{Bg}		0,954	0,353	0,171	0,078	

Όλες οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάζονται στη μορφή mean ± SD.

Παρατίθενται επιπλέον τα p-values για διαχρονικές συγκρίσεις εντός κάθε ομάδας (Within group – Wg) και για σύγχρονες συγκρίσεις μεταξύ όλων των ομάδων (Between groups – Bg).

Επιπλέον για σύγχρονες κατά ζεύγη συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ή για διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις εντός μίας ομάδας, σημειώνονται με εκθετικούς δείκτες ως εξής: ^a p<0,05 vs ρεφλεξολογία, ^b p<0,005 vs ρεφλεξολογία, ^c p<0,05 vs baseline, ^d p<0,005 vs baseline, ^e p<0,05 vs χαλάρωση, ^f p<0,005 vs χαλάρωση.

Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες σε σχέση με την μεταβλητή ψυχικής συνιστώσας ποιότητας ζωής, όμως, όπως σημειώθηκε και παραπάνω, το $p\text{-value}_{Bg}$ μειώνεται προϊόντος του χρόνου, φτάνοντας κοντά στο όριο σημαντικότητας 0,05: baseline ($p=0,954$), 4^η εβδομάδα ($p=0,353$), 6^η εβδομάδα ($p=0,171$) και 8^η εβδομάδα ($p=0,078$). Επιπλέον, όσον αφορά την σύγκριση των χρονικών εκτιμήσεων της μεταβλητής ψυχικής συνιστώσας ποιότητας ζωής για κάθε ομάδα, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις χρονικές εκτιμήσεις για την ομάδα ρεφλεξολογίας ($p<0,0005$) ενώ δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των εκτιμήσεων για τις ομάδες χαλάρωσης ($p=0,113$) και ελέγχου ($p=0,088$). Συγκεκριμένα για την ομάδα ρεφλεξολογίας, οι συγκρίσεις των χρονικών εκτιμήσεων κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα στο baseline και την 4^η εβδομάδα ($p=0,054$), την 6^η εβδομάδα ($p<0,0005$) και την 8^η εβδομάδα ($p<0,0005$) αντίστοιχα, όπως φαίνεται και στον ανωτέρω πίνακα από την παρουσία των δεικτών c και d.

Κατόπιν, στον πίνακα 15 φαίνεται η ποσοστιαία μεταβολή των εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή ψυχικής συνιστώσας ποιότητας ζωής.

Πίνακας 15: Ποσοστιαία μεταβολή εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή ψυχικής συνιστώσας ποιότητας ζωής

	Ομάδα	% μεταβολή vs baseline		
		4η εβδ	6η εβδ	8η εβδ
Ψυχική συνιστώσα ποιότητας ζωής MCS	ρεφλεξολογίας	7,54 ± 18,95	12,27 ± 19,75	12,97 ± 18,90
	χαλάρωσης	4,19 ± 14,66	5,75 ± 16,55	4,67 ± 16,88 ^a
	ελέγχου	1,62 ± 8,06	4,43 ± 10,91 ^a	4,37 ± 11,78 ^a
p-value_{Bg}		0,081	0,032	0,011

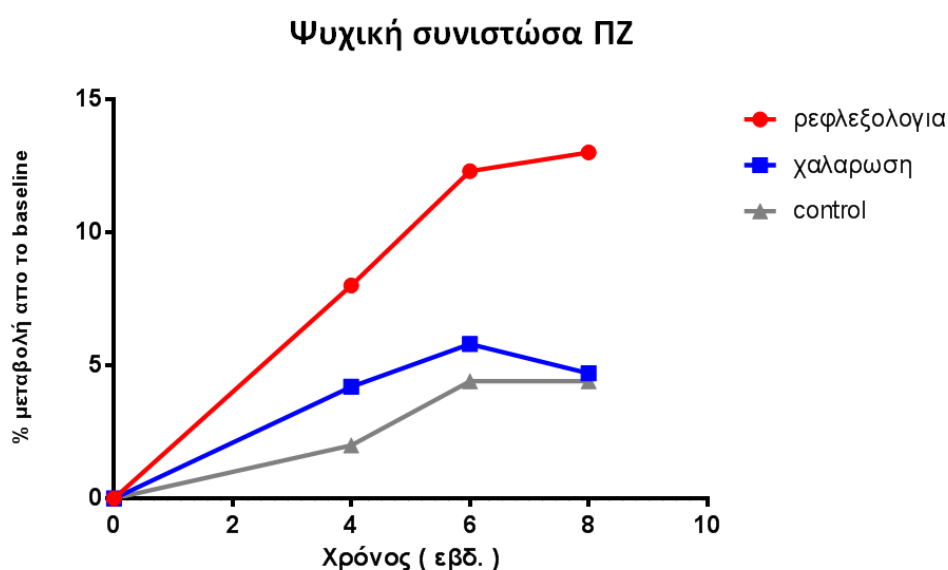
Όλες οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάζονται στη μορφή mean ± SD.

Παρατίθενται επιπλέον τα p-values για διαχρονικές συγκρίσεις εντός κάθε ομάδας (Within group – Wg) και για σύγχρονες συγκρίσεις μεταξύ όλων των ομάδων (Between groups – Bg).

Επιπλέον για σύγχρονες κατά ζεύγη συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ή για διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις εντός μίας ομάδας, σημειώνονται με εκθετικούς δείκτες ως εξής: ^a $p<0,05$ vs ρεφλεξολογία, ^b $p<0,005$ vs ρεφλεξολογία, ^c $p<0,05$ vs baseline, ^d $p<0,005$ vs baseline, ^e $p<0,05$ vs χαλάρωση, ^f $p<0,005$ vs χαλάρωση.

Στον πίνακα 15 παραπάνω παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες σε σχέση με την ποσοστιαία μεταβολή της την μεταβλητή ψυχικής συνιστώσας ποιότητας ζωής από το baseline στην 4^η εβδομάδα ($p=0,081$). Αντιθέτως, παρατηρείται ότι υπάρχει

στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες για την ποσοστιαία μεταβολή baseline – 6^η εβδομάδα ($p=0,032$) και baseline – 8^η εβδομάδα ($p=0,011$). Πιο συγκεκριμένα, οι συγκρίσεις των ποσοστιαίων μεταβολών κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά για την 6^η εβδομάδα ανάμεσα στις ομάδες ρεφλεξολογίας και ελέγχου ($p=0,026$) και για την 8^η εβδομάδα ανάμεσα στην ομάδα ρεφλεξολογίας και τις ομάδες χαλάρωσης ($p=0,019$) και ελέγχου ($p=0,012$) αντίστοιχα. Οι ποσοστιαίες μεταβολές ως προς το baseline της μεταβλητής ψυχικής συνιστώσας ποιότητας ζωής απεικονίζονται και στο διάγραμμα 11 παρακάτω.



Διάγραμμα 11: Ποσοστιαία μεταβολή εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή ψυχικής συνιστώσας ποιότητας ζωής, MCS

Με βάση το διάγραμμα 11 παραπάνω, παρατηρείται ότι η ομάδα ρεφλεξολογίας παρουσιάζει μεγαλύτερη βελτίωση ως προς τη μεταβλητή ψυχικής συνιστώσας ποιότητας ζωής (μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση κατά την 4^η, 6^η και 8^η εβδομάδα σε σχέση με το baseline), ενώ οι ομάδες χαλάρωσης και ελέγχου παρουσιάζουν κάμψη κατά την 6^η εβδομάδα, με την ομάδα χαλάρωσης να παρουσιάζει και απώλεια της βελτίωσης κατά την 8^η εβδομάδα.

Ακολούθως, στον πίνακα 16 παρατίθενται οι χρονικές εκτιμήσεις για τη μεταβλητή «πόνος κατά το μέσο όρο».

Πίνακας 16: Χρονικές εκτιμήσεις για τη μεταβλητή «πόνος κατά το μέσο όρο»

	Ομάδα	baseline	4η εβδ	6η εβδ	8η εβδ	p-value _{wg}
«πόνος κατά το μέσο όρο»	ρεφλεξολογίας	5,27 ± 1,88	4,14 ± 2,10 ^d	3,53 ± 2,26 ^d	3,03 ± 1,95 ^d	<0,0005
	χαλάρωσης	5,09 ± 1,59	4,23 ± 1,79 ^d	3,91 ± 1,75 ^d	3,57 ± 1,80 ^d	<0,0005
	ελέγχου	5,60 ± 1,65	4,35 ± 1,88 ^d	3,92 ± 1,55 ^d	3,68 ± 1,76 ^d	<0,0005
p-value_{Bg}		0,266	0,832	0,436	0,125	

Όλες οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάζονται στη μορφή mean ± SD.

Παρατίθενται επιπλέον τα p-values για διαχρονικές συγκρίσεις εντός κάθε ομάδας (Within group – Wg) και για σύγχρονες συγκρίσεις μεταξύ όλων των ομάδων (Between groups – Bg).

Επιπλέον για σύγχρονες κατά ζεύγη συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ή για διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις εντός μίας ομάδας, σημειώνονται με εκθετικούς δείκτες ως εξής: ^a p<0,05 vs ρεφλεξολογία, ^b p<0,005 vs ρεφλεξολογία, ^c p<0,05 vs baseline, ^d p<0,005 vs baseline, ^e p<0,05 vs χαλάρωση, ^f p<0,005 vs χαλάρωση.

Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες σε σχέση με την μεταβλητή «πόνος κατά το μέσο όρο», στο baseline (p=0,266), την 4^η εβδομάδα (p=0,832), την 6^η εβδομάδα (p=0,436) και την 8^η εβδομάδα (p=0,125).

Όσον αφορά τις συγκρίσεις μεταξύ των χρονικών εκτιμήσεων της μεταβλητής «πόνος κατά το μέσο όρο», για κάθε ομάδα, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά (p<0,0005) σε όλες τις ομάδες. Πιο συγκεκριμένα για τις ομάδες ρεφλεξολογίας και χαλάρωσης, οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα σε όλες τις χρονικές εκτιμήσεις (p<0,05). Για την ομάδα ελέγχου, οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα σε όλες τις χρονικές εκτιμήσεις (p<0,05) με εξαίρεση την σύγκριση μεταξύ της 6^{ης} και 8^{ης} εβδομάδας (p=0,710).

Στον πίνακα 17 παρακάτω φαίνεται η ποσοστιαία μεταβολή των εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή «πόνος κατά το μέσο όρο».

Πίνακας 17: Ποσοστιαία μεταβολή εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή «πόνος κατά το μέσο όρο».

	Ομάδα	% μεταβολή vs baseline		
		4η εβδ	6η εβδ	8η εβδ
«πόνος κατά το μέσο όρο»	ρεφλεξολογίας	-21,21 ± 37,96	-33,42 ± 42,49	-43,35 ± 35,80
	χαλάρωσης	-16,22 ± 30,41	-21,22 ± 32,31	-28,61 ± 34,01
	ελέγχου	-22,87 ± 22,47	-28,58 ± 23,25	-32,98 ± 26,82
p-value_{Bg}		0,415	0,19	0,07

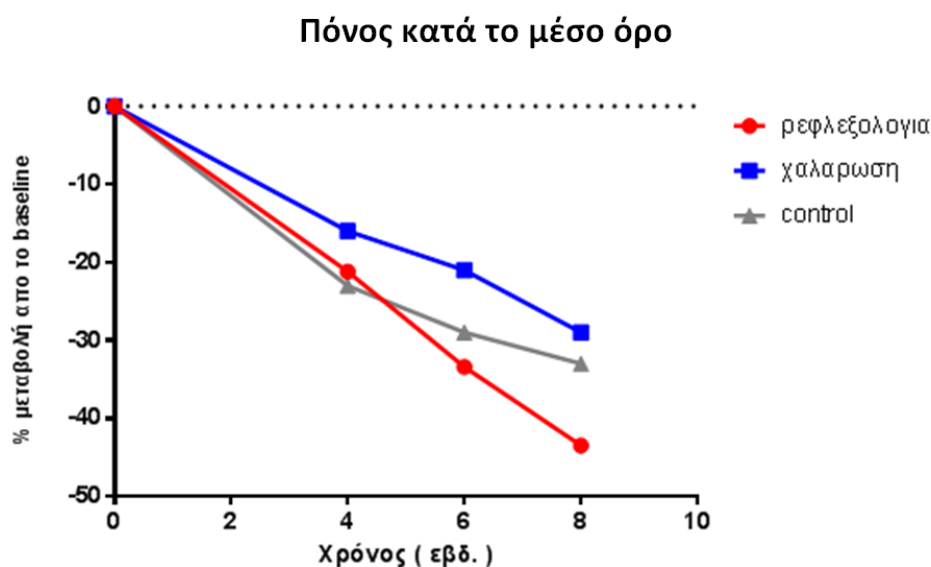
Όλες οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάζονται στη μορφή mean ± SD.

Παρατίθενται επιπλέον τα p-values για διαχρονικές συγκρίσεις εντός κάθε ομάδας (Within group – Wg) και για σύγχρονες συγκρίσεις μεταξύ όλων των ομάδων (Between groups – Bg).

Επιπλέον για σύγχρονες κατά ζεύγη συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ή για διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις εντός μίας ομάδας, σημειώνονται με εκθετικούς δείκτες ως εξής: ^a p<0,05 vs ρεφλεξολογία, ^b p<0,005 vs ρεφλεξολογία, ^c p<0,05 vs baseline, ^d p<0,005 vs baseline, ^e p<0,05 vs χαλάρωση, ^f p<0,005 vs χαλάρωση.

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες σε σχέση με την ποσοστιαία μεταβολή της μεταβλητής «πόνος κατά το μέσο όρο», μεταξύ baseline 4^{ης}, 6^{ης} και 8^{ης} εβδομάδας, με p=0,415, p=0,190 και p=0,070 αντίστοιχα.

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες σε σχέση με την ποσοστιαία μεταβολή της μεταβλητής «πόνος κατά το μέσο όρο», μεταξύ baseline 4^{ης}, 6^{ης} και 8^{ης} εβδομάδας, με p=0,415, p=0,190 και p=0,070 αντίστοιχα.



Διάγραμμα 12: Ποσοστιαία μεταβολή εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή «πόνος κατά το μέσο όρο»

Με βάση το διάγραμμα 12 παραπάνω, παρατηρείται ότι και οι τρεις ομάδες παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση ως προς τη μεταβλητή «πόνος κατά το μέσο όρο», με την ομάδα ρεφλεξολογίας να επιδεικνύει και πάλι την μεγαλύτερη βελτίωση (πιο αρνητική ποσοστιαία μεταβολή), με την ομάδα χαλάρωσης να σημειώνει σταθερά τη μικρότερη βελτίωση.

Στον πίνακα 18 παρατίθενται οι χρονικές εκτιμήσεις για τη μεταβλητή «πόνος κατά την παρούσα στιγμή».

Πίνακας 18: Χρονικές εκτιμήσεις για τη μεταβλητή «πόνος κατά την παρούσα στιγμή»

	Ομάδα	baseline	4η εβδ	6η εβδ	8η εβδ	p-value _{wg}
«πόνος κατά την παρούσα στιγμή»	ρεφλεξολογίας	5,00 ± 1,90	3,25 ± 2,06 ^d	2,75 ± 2,06 ^d	2,24 ± 1,75 ^d	<0,0005
	χαλάρωσης	4,61 ± 1,61	4,09 ± 1,75 ^a	3,75 ± 1,76 ^a	3,48 ± 1,82 ^b	<0,0005
	ελέγχου	5,70 ± 1,77 ^e	4,45 ± 1,93 ^a	3,80 ± 1,59 ^a	3,52 ± 1,78 ^b	<0,0005
p-value_{Bg}		0,004	0,003	0,002	<0,0005	

Όλες οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάζονται στη μορφή mean ± SD.

Παρατίθενται επιπλέον τα p-values για διαχρονικές συγκρίσεις εντός κάθε ομάδας (Within group – Wg) και για σύγχρονες συγκρίσεις μεταξύ όλων των ομάδων (Between groups – Bg).

Επιπλέον για σύγχρονες κατά ζεύγη συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ή για διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις εντός μίας ομάδας, σημειώνονται με εκθετικούς δείκτες ως εξής: ^a p<0,05 vs ρεφλεξολογία, ^b p<0,005 vs ρεφλεξολογία, ^c p<0,05 vs baseline, ^d p<0,005 vs baseline, ^e p<0,05 vs χαλάρωση, ^f p<0,005 vs χαλάρωση.

Παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες σε σχέση με την μεταβλητή «πόνος κατά την παρούσα στιγμή» στο baseline (p=0,004), την 4^η εβδομάδα (p=0,003), την 6^η εβδομάδα (p=0,002) και την 8^η εβδομάδα (p<0,0005). Πιο συγκεκριμένα, στο baseline οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα στις ομάδες χαλάρωσης και ελέγχου (p=0,003). Την 4^η εβδομάδα παρατηρείται διαφορά ανάμεσα στην ομάδα ρεφλεξολογίας και τις ομάδες χαλάρωσης (p=0,063) και ελέγχου (p=0,003). Ομοίως την 6^η εβδομάδα, με p=0,010 και p=0,005 αντίστοιχα, και την 8^η εβδομάδα p=0,001 και p<0,0005.

Για τις συγκρίσεις ανάμεσα στις χρονικές εκτιμήσεις της μεταβλητής «πόνος κατά την παρούσα στιγμή» παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ όλων των εκτιμήσεων για κάθε ομάδα (p<0,0005). Πιο συγκεκριμένα, για την ομάδα ρεφλεξολογίας οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά μεταξύ όλων των χρονικών εκτιμήσεων (p<0,05). Για την ομάδα χαλάρωση παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ανάμεσα στο baseline και την 4^η, 6^η και 8^η εβδομάδα (p<0,0005). Και για την ομάδα ελέγχου υπάρχει διαφορά ανάμεσα σε όλες τις χρονικές εκτιμήσεις (p<0,05) εκτός μεταξύ 6^{ης} και 8^{ης} εβδομάδας (p=0,447).

Στον πίνακα 19 φαίνεται η ποσοστιαία μεταβολή των εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή «πόνος κατά την παρούσα στιγμή».

Πίνακας 19: Ποσοστιαία μεταβολή εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή «πόνος κατά την παρούσα στιγμή»

	Ομάδα	% μεταβολή vs baseline		
		4η εβδ	6η εβδ	8η εβδ
«πόνος κατά την παρούσα στιγμή»	ρεφλεξολογίας	-33,45 ± 34,60	-43,83 ± 41,10	-54,20 ± 35,52
	χαλάρωσης	-14,02 ± 26,94 ^b	-17,58 ± 32,74 ^b	-23,64 ± 33,81 ^b
	ελέγχου	-21,82 ± 25,55	-31,20 ± 26,42	-37,45 ± 26,99 ^a
p-value_{Bg}		0,005	0,001	<0,0005

Όλες οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάζονται στη μορφή mean ± SD.

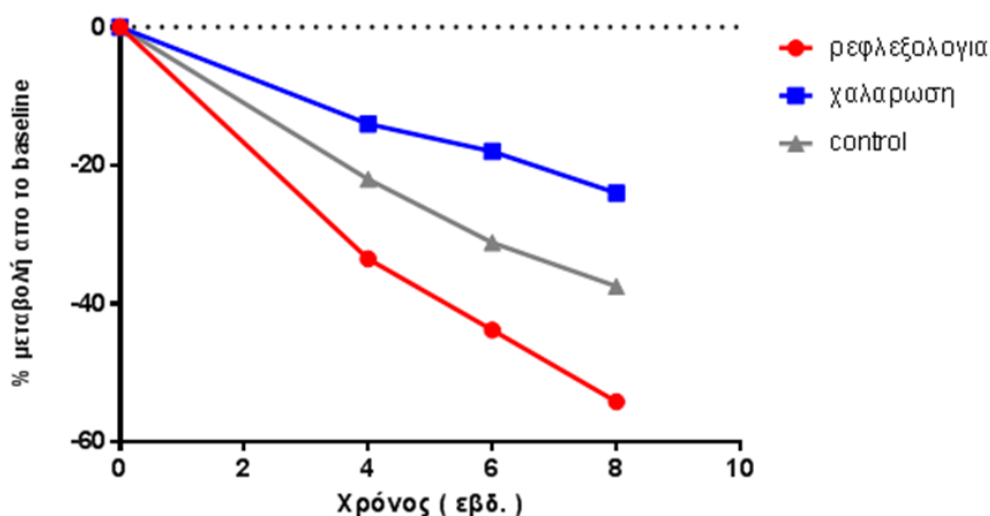
Παρατίθενται επιπλέον τα p-values για διαχρονικές συγκρίσεις εντός κάθε ομάδας (Within group – Wg) και για σύγχρονες συγκρίσεις μεταξύ όλων των ομάδων (Between groups – Bg).

Επιπλέον για σύγχρονες κατά ζεύγη συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ή για διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις εντός μίας ομάδας, σημειώνονται με εκθετικούς δείκτες ως εξής: ^a p<0,05 vs ρεφλεξολογία, ^b p<0,005 vs ρεφλεξολογία, ^c p<0,05 vs baseline, ^d p<0,005 vs baseline, ^e p<0,05 vs χαλάρωση, ^f p<0,005 vs χαλάρωση.

Παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες σε σχέση με την ποσοστιαία μεταβολή από το baseline στην 4^η εβδομάδα για την μεταβλητή «πόνος κατά την παρούσα στιγμή» (p=0,005) και ομοίως μεταξύ baseline-6^{ης} εβδομάδας (p=0,001) και μεταξύ baseline-8^{ης} εβδομάδας (p<0,0005). Συγκεκριμένα, για την 4^η εβδομάδα, οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα στις ομάδες ρεφλεξολογίας και ελέγχου (p=0,001) και ομοίως για την 6^η εβδομάδα (p<0,0005). Για την 8^η εβδομάδα παρατηρείται διαφορά ανάμεσα στην ομάδα ρεφλεξολογίας και τις ομάδες χαλάρωσης (p<0,0005) και ελέγχου (p=0,016).

Η σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση της μεταβλητής «πόνος κατά την παρούσα στιγμή» (πιο αρνητική ποσοστιαία μεταβολή) για την ομάδα ρεφλεξολογίας σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες οπτικοποιείται και στο διάγραμμα 13 παρακάτω.

Πόνος κατά την παρούσα στιγμή



Διάγραμμα 13: Ποσοστιαία μεταβολή εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή «πόνος κατά την παρούσα στιγμή» (GBPI-6)

Με βάση το διάγραμμα 13 παραπάνω, παρατηρείται ότι η ομάδα ρεφλεξολογίας παρουσιάζει τη σημαντικότερη βελτίωση ως προς τη μεταβλητή «πόνος κατά την παρούσα στιγμή», με την ομάδα χαλάρωσης να σημειώνει σταθερά τη μικρότερη βελτίωση.

Στον πίνακα 20 παρατίθενται οι χρονικές εκτιμήσεις για την μεταβλητή «παρέμβαση του πόνου στη γενική δραστηριότητα το τελευταίο 24ωρο».

Πίνακας 20: Χρονικές εκτιμήσεις για τη μεταβλητή «παρέμβαση του πόνου στη γενική δραστηριότητα το τελευταίο 24ωρο»

	Ομάδα	baseline	4η εβδ	6η εβδ	8η εβδ	p-value _{wg}
«παρέμβαση του πόνου στη γενική δραστηριότητα το τελευταίο 24ωρο»	ρεφλεξολογίας	4,86 ± 2,83	3,25 ± 2,88 ^d	3,00 ± 2,72 ^d	2,53 ± 2,53 ^d	<0,0005
	χαλάρωσης	3,96 ± 3,04	3,39 ± 2,80 ^c	3,48 ± 2,72	3,45 ± 2,72	0,011
	ελέγχου	6,80 ± 2,54 ^{b,f}	4,69 ± 2,64 ^{a,d}	3,66 ± 2,51 ^d	3,14 ± 2,55 ^d	<0,0005
p-value_{Bg}		<0,0005	0,007	0,364	0,154	

Όλες οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάζονται στη μορφή mean ± SD.

Παρατίθενται επιπλέον τα p-values για διαχρονικές συγκρίσεις εντός κάθε ομάδας (Within group – Wg) και για σύγχρονες συγκρίσεις μεταξύ όλων των ομάδων (Between groups – Bg).

Επιπλέον για σύγχρονες κατά ζεύγη συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ή για διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις εντός μίας ομάδας, σημειώνονται με εκθετικούς δείκτες ως εξής: ^a p<0,05 vs ρεφλεξολογία, ^b p<0,005 vs ρεφλεξολογία, ^c p<0,05 vs baseline, ^d p<0,005 vs baseline, ^e p<0,05 vs χαλάρωση, ^f p<0,005 vs χαλάρωση.

Παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες σε σχέση με την μεταβλητή «παρέμβαση του πόνου στη γενική δραστηριότητα το τελευταίο 24ωρο» στο baseline ($p < 0,0005$) και την 4^η εβδομάδα ($p = 0,007$), ενώ η παρατηρούμενη διαφορά μεταξύ των ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντική κατά την 6^η και 8^η εβδομάδα με $p = 0,364$ και $p = 0,154$ αντίστοιχα. Πιο συγκεκριμένα οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά στο baseline ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και τις ομάδες χαλάρωσης ($p < 0,0005$) και ρεφλεξολογίας ($p < 0,0005$). Αντίστοιχα κατά την 4^η εβδομάδα παρατηρείται διαφορά μεταξύ της ομάδας ελέγχου και των ομάδων χαλάρωσης ($p = 0,027$) και ρεφλεξολογίας ($p = 0,013$).

Ως προς τη σύγκριση των χρονικών εκτιμήσεων ανά ομάδα για τη μεταβλητή «παρέμβαση του πόνου στη γενική δραστηριότητα το τελευταίο 24ωρο», παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,0005$) για την ομάδα ρεφλεξολογίας, όπως και για τις ομάδες χαλάρωσης ($p = 0,011$) και ελέγχου ($p < 0,0005$). Για την ομάδα ρεφλεξολογία, οι διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα σε όλες τις χρονικές εκτιμήσεις ($p < 0,05$) εκτός μεταξύ 4^{ης} και 6^{ης} εβδομάδας ($p = 1,000$). Αντιθέτως, για την ομάδα χαλάρωσης, παρατηρείται διαφορά μόνο ανάμεσα στο baseline και την 4^η εβδομάδα ($p = 0,015$) και για την ομάδα ελέγχου αναδεικνύονται διαφορές ανάμεσα σε όλες τις χρονικές εκτιμήσεις ($p < 0,05$) εκτός μεταξύ 6^{ης} και 8^{ης} εβδομάδας ($p = 0,307$).

Στον πίνακα 21 φαίνεται η απόλυτη μεταβολή των εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή «παρέμβαση του πόνου στη γενική δραστηριότητα το τελευταίο 24ωρο».

Πίνακας 21: Απόλυτη μεταβολή εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή «παρέμβαση του πόνου στη γενική δραστηριότητα το τελευταίο 24ωρο»

	Ομάδα	απόλυτη μεταβολή vs baseline		
		4η εβδ	6η εβδ	8η εβδ
«παρέμβαση του πόνου στη γενική δραστηριότητα το τελευταίο 24ωρο»	ρεφλεξολογίας	-1,73 ± 0,25	-2,04 ± 0,27	-2,55 ± 0,29
	χαλάρωσης	-0,96 ± 0,27	-1,04 ± 0,29 ^a	-1,17 ± 0,30 ^b
	ελέγχου	-1,66 ± 0,25	-2,50 ± 0,27 ^f	-2,92 ± 0,28 ^f
p-value_{Bg}		0,082	0,002	<0,0005

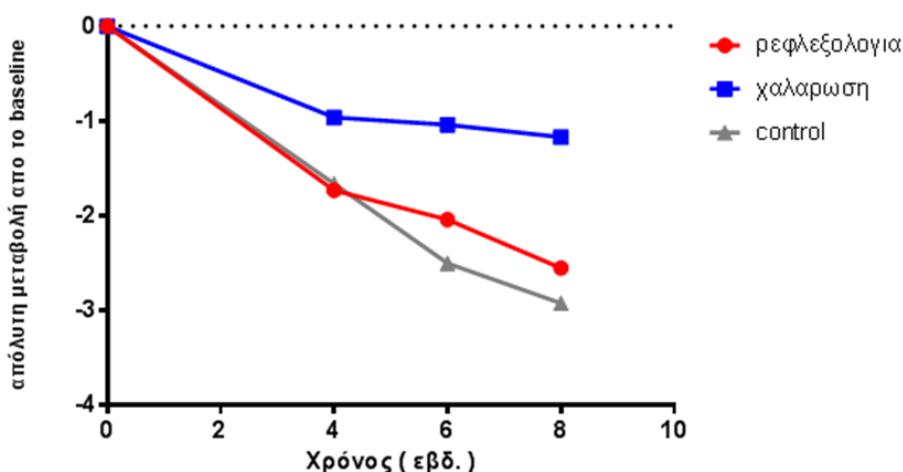
Όλες οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάζονται στη μορφή mean ± SD.

Παρατίθενται επιπλέον τα p-values για διαχρονικές συγκρίσεις εντός κάθε ομάδας (Within group – Wg) και για σύγχρονες συγκρίσεις μεταξύ όλων των ομάδων (Between groups – Bg). Επιπλέον για σύγχρονες κατά ζεύγη συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ή για διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις εντός μίας ομάδας, σημειώνονται με εκθετικούς δείκτες ως εξής: ^a p<0,05 vs ρεφλεξολογία, ^b p<0,005 vs ρεφλεξολογία, ^c p<0,05 vs baseline, ^d p<0,005 vs baseline, ^e p<0,05 vs χαλάρωση, ^f p<0,005 vs χαλάρωση.

Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες σε σχέση με την απόλυτη μεταβολή της μεταβλητής «παρέμβαση του πόνου στη γενική δραστηριότητα το τελευταίο 24ωρο» από το baseline στην 4^η εβδομάδα (p=0,082). Αντιθέτως παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες για την απόλυτη μεταβολή μεταξύ baseline-6^{ης} εβδομάδας (p=0,002) και μεταξύ baseline-8^{ης} εβδομάδας (p=0,0005). Συγκεκριμένα, για την μεταβολή μεταξύ baseline-6^{ης} εβδομάδας οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα στην ομάδα χαλάρωσης και τις ομάδες ρεφλεξολογίας (p=0,035) και ελέγχου (p=0,002) και ομοίως για την 8^η εβδομάδα με p=0,003 και p<0,0005 αντίστοιχα.

Οι απόλυτες μεταβολές της μεταβλητής «παρέμβαση του πόνου στη γενική δραστηριότητα το τελευταίο 24ωρο» συγκριτικά με το baseline οπτικοποιούνται και στο διάγραμμα 14 παρακάτω.

Παρέμβαση πόνου στη δραστηριότητα



Διάγραμμα 14: Απόλυτη μεταβολή εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή «παρέμβαση του πόνου στη γενική δραστηριότητα το τελευταίο 24ωρο»

Με βάση το διάγραμμα 14 παραπάνω, παρατηρείται ότι οι ομάδες ελέγχου και ρεφλεξολογία παρουσιάζουν παρόμοια βελτίωση ως προς τη μεταβλητή

«παρέμβαση του πόνου στη γενική δραστηριότητα το τελευταίο 24ωρο», με την ομάδα χαλάρωση να σημειώνει σταθερά τη μικρότερη βελτίωση.

Στον πίνακα 22 παρατίθενται οι χρονικές εκτιμήσεις για τη μεταβλητή ποιότητα ύπνου.

Πίνακας 22: Χρονικές εκτιμήσεις για τη μεταβλητή ποιότητα ύπνου

	Ομάδα	baseline	4η εβδ	6η εβδ	8η εβδ	p-value _{Wg}
Ποιότητα ύπνου	ρεφλεξολογίας	9,41 ± 4,28	8,27 ± 3,83 ^d	7,63 ± 3,36 ^d	7,58 ± 3,40 ^d	<0,0005
	χαλάρωσης	10,43 ± 3,78	9,46 ± 3,78 ^d	9,45 ± 3,66 ^{a,d}	9,54 ± 3,78 ^{a,d}	<0,0005
	ελέγχου	10,03 ± 3,37	9,15 ± 3,43 ^d	8,88 ± 3,61 ^d	8,80 ± 3,69 ^d	<0,0005
p-value_{Bg}		0,353	0,197	0,02	0,015	

Όλες οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάζονται στη μορφή mean ± SD.

Παρατίθενται επιπλέον τα p-values για διαχρονικές συγκρίσεις εντός κάθε ομάδας (Within group – Wg) και για σύγχρονες συγκρίσεις μεταξύ όλων των ομάδων (Between groups – Bg).

Επιπλέον για σύγχρονες κατά ζεύγη συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ή για διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις εντός μίας ομάδας, σημειώνονται με εκθετικούς δείκτες ως εξής: ^a p<0,05 vs ρεφλεξολογία, ^b p<0,005 vs ρεφλεξολογία, ^c p<0,05 vs baseline, ^d p<0,005 vs baseline, ^e p<0,05 vs χαλάρωση, ^f p<0,005 vs χαλάρωση.

Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες σε σχέση με τη μεταβλητή ποιότητα ύπνου στο baseline (p=0,353) και την 4^η εβδομάδα (p=0,197). Αντιθέτως, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στην 6^η και 8^η εβδομάδα με p=0,020 και p=0,015 αντίστοιχα. Πιο συγκεκριμένα, κατά την 6^η εβδομάδα οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα στις ομάδες ρεφλεξολογίας και χαλάρωσης (p=0,020) και κατά την 8^η εβδομάδα παρατηρείται διαφορά μεταξύ των ομάδων ρεφλεξολογίας και χαλάρωσης (p=0,013).

Όσον αφορά τη σύγκριση μεταξύ των χρονικών εκτιμήσεων για κάθε ομάδα, παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις χρονικές εκτιμήσεις της μεταβλητής ποιότητα ύπνου για όλες τις ομάδες (p<0,0005). Συγκεκριμένα για την ομάδα ρεφλεξολογίας, οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα σε όλες τις χρονικές εκτιμήσεις (p<0,05) εκτός μεταξύ 6^{ης} και 8^{ης} εβδομάδας (p=1,000). Για τις ομάδες χαλάρωσης και ελέγχου παρατηρείται διαφορά ανάμεσα στο baseline και την 4^η, 6^η και 8^η εβδομάδα (p<0,0005).

Στον πίνακα 23 φαίνεται η ποσοστιαία μεταβολή των εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή ποιότητα ύπνου.

Πίνακας 23: Ποσοστιαία μεταβολή εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή ποιότητα ύπνου

	Ομάδα	% μεταβολή vs baseline		
		4η εβδ	6η εβδ	8η εβδ
Ποιότητα ύπνου	ρεφλεξολογίας	-11,33 ± 23,07	-17,70 ± 21,32	-18,59 ± 22,13
	χαλάρωσης	-10,01 ± 13,74	-9,54 ± 10,64 ^a	-8,93 ± 14,15 ^a
	ελέγχου	-9,67 ± 13,81	-13,07 ± 16,39	-13,90 ± 20,48
p-value_{Bg}		0,893	0,029	0,019

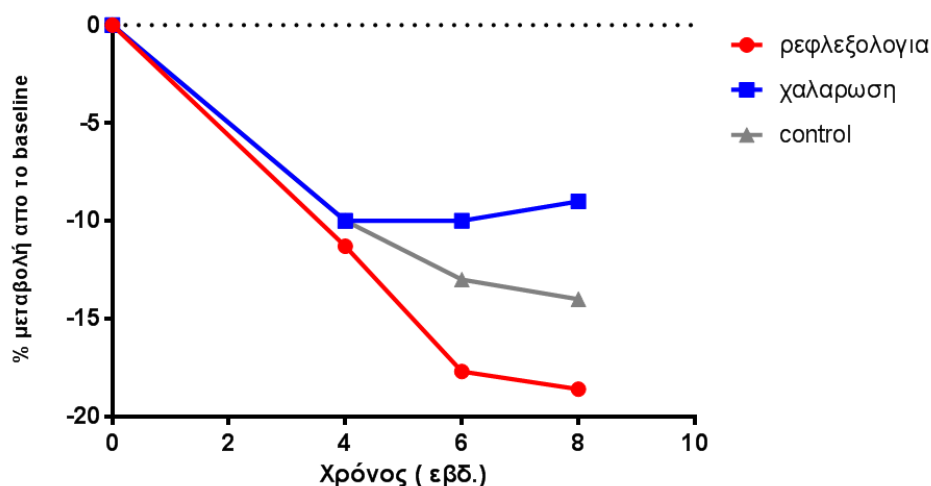
Όλες οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάζονται στη μορφή mean ± SD.

Παρατίθενται επιπλέον τα p-values για διαχρονικές συγκρίσεις εντός κάθε ομάδας (Within group – Wg) και για σύγχρονες συγκρίσεις μεταξύ όλων των ομάδων (Between groups – Bg).

Επιπλέον για σύγχρονες κατά ζεύγη συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ή για διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις εντός μίας ομάδας, σημειώνονται με εκθετικούς δείκτες ως εξής: ^a p<0,05 vs ρεφλεξολογία, ^b p<0,005 vs ρεφλεξολογία, ^c p<0,05 vs baseline, ^d p<0,005 vs baseline, ^e p<0,05 vs χαλάρωση, ^f p<0,005 vs χαλάρωση.

Παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες ρεφλεξολογίας και χαλάρωσης σε σχέση με την ποσοστιαία μεταβολή από το baseline στην 6^η και 8^η εβδομάδα για την μεταβλητή «ποιότητα ύπνου», με p=0,029 και 0,019 αντίστοιχα. Συγκεκριμένα, για την 6^η εβδομάδα, οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα στις ομάδες ρεφλεξολογίας και χαλάρωσης (p<0,05) και ομοίως για την 8^η εβδομάδα (p<0,05).

Ποιότητα ύπνου



Διάγραμμα 15: Ποσοστιαία μεταβολή εκτιμήσεων σε σύγκριση με το baseline για τη μεταβλητή ποιότητα ύπνου

Με βάση το διάγραμμα 15 παραπάνω, παρατηρείται ότι όλες οι ομάδες παρουσιάζουν παρόμοια βελτίωση ως προς το baseline για τη μεταβλητή ποιότητα ύπνου κατά την 4^η εβδομάδα, ενώ κατά την 6^η και 8^η εβδομάδα η ομάδα ρεφλεξολογία παρουσιάζει τη σημαντικότερη βελτίωση, με την ομάδα χαλάρωση να σημειώνει τη μικρότερη βελτίωση.

1.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ρεφλεξολογία είναι μια ήπια και ασφαλής ΣΕΘ που θεωρείται κατάλληλη σχεδόν για όλους. Έχει δυνατότητα εφαρμογής σε όλο το ηλικιακό φάσμα προσφέροντας γενικά ένα αίσθημα θαλπωρής, χαλάρωσης και σωματικής άνεσης. Στην ανακουφιστική φροντίδα, η ρεφλεξολογία μπορεί να δράσει συμπληρωματικά της συμβατικής θεραπείας, μειώνοντας την ένταση σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, βελτιώνοντας την ποιότητα του ύπνου και την ποιότητα ζωής³⁻⁵.

Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε ότι πολλές έρευνες ρεφλεξολογίας σε πληθυσμό ατόμων που πάσχουν από καρκίνο παρουσιάζουν κάποια προβλήματα είτε μικρού μεγέθους δείγματος, είτε γενικότερης μεθοδολογίας, γεγονός που καθιστά τις μελέτες αυτές λιγότερο αξιόπιστες. Οι μελέτες που αφορούν στη χαλάρωση παρουσιάζουν παρόμοια προβλήματα²⁴⁰. Κατά το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης έγινε προσπάθεια να υπερκεραστούν αυτού του είδους τα προβλήματα: Έγινε υπολογισμός του μεγέθους και τυχαιοποίηση του δείγματος. Υπήρξε ομάδα σύγκρισης και ομάδα ελέγχου εκτός από την ομάδα παρέμβασης. Υπήρξε λεπτομερής δημιουργία και αποτύπωση των πρωτοκόλλων παρέμβασης με περιοδικούς ελέγχους πιστότητας της εφαρμογής τους κατά τη διεξαγωγή της μελέτης. Υπήρξε καταγραφή τυχόν παρενεργειών των παρεμβάσεων. Το δείγμα περιείχε πάσχοντες από όλους τους τύπους καρκίνου, σε όλα τα στάδια με σκοπό τη διεύρυνση της γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Και τέλος, υπήρξε διαχρονική παρακολούθηση για την ανάδειξη την ανθεκτικότητας της θεραπευτικής επίδρασης της ρεφλεξολογίας.

Στα παρακάτω θα συζητηθούν τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης, όπως παρουσιάστηκαν στο προηγούμενο υποκεφάλαιο, ξεκινώντας από τα δημογραφικά/ κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος και κατόπιν για τις χρονικές εκτιμήσεις αλλά και ποσοστιαίες/ απόλυτες μεταβολές συγκριτικά με το baseline για κάθε μεταβλητή που εξετάστηκε.

Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, είναι εμφανές ότι το γυναικείο φύλο υπερίσχυσε στους συμμετέχοντες. Αυτό ήταν αναμενόμενο

καθώς οι γυναίκες είναι πιο δεκτικές στις ΣΕΘ και πιο ανοιχτές στο να δεχθούν βοήθεια^{160,161}. Επιπλέον, κατά την φάση της επιλογής, η πλειονότητα των ατόμων που αρνήθηκαν να συμμετέχουν ήταν άνδρες, με κύριο αιτιολογικό ότι δεν είχαν χρόνο και δεν πίστευαν σε αυτές τις μεθόδους.

Ως προς τη δοσολογία της αναλγητικής και επικουρικής αγωγής, γενικότερα αυτή συνήθως ακολουθεί αυξανόμενη πορεία στους πάσχοντες από καρκίνο και σπανιότερα μειώνεται, εξαρτάται δε και από την ίδια τη νόσο και τη σταδιοποίησή της. Η μείωση στη δοσολογία, αν είναι εφικτή, γίνεται μετά από αρκετό χρονικό διάστημα, συνήθως μερικών μηνών^{21,261}. Η μικρότερη δοσολογία μειώνει την πιθανότητα προβλημάτων που προκύπτουν από τη συσσώρευση των αναλγητικών και επικουρικών φαρμάκων κατά την έναρξη της αγωγής, την ανάγκη αύξησης της δόσης και την τιτλοδότηση της δόσης έως την επίτευξη επαρκούς αναλγησίας. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν υπάρχει συνοδός νεφρική ή ηπατική νόσος όπου συμβαίνει είτε μειωμένη απέκκριση, είτε συσσώρευση των ενεργών μεταβολιτών των φαρμάκων²⁶²⁻²⁶⁵.

Στην παρούσα μελέτη υπάρχει ομοιογένεια ανάμεσα στις συγκρινόμενες ομάδες σε σχέση με όλες τις μεταβλητές εκτός από τη μεταβολή της δόσης των αναλγητικών και επικουρικών φαρμάκων. Το εύρημα αυτό υποστηρίζεται από τη μελέτη των Tsay et al.(2008)²⁶⁶ που διερεύνησε τη συμβολή της ρεφλεξολογίας στον πόνο και το άγχος σε μετεγχειρητικούς ασθενείς με γαστρικό και ηπατικό καρκίνο στην Ταϊβάν. Στη μελέτη αυτή, τα άτομα που έλαβαν ρεφλεξολογία συμπληρωματικά της αναλγητικής τους αγωγής εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα πόνου και άγχους και κατανάλωσαν σημαντικά λιγότερα οπιοειδή αναλγητικά ($p < 0,05$) από την ομάδα ελέγχου. Η αναλγητική δράση της ρεφλεξολογίας αναδεικνύεται επίσης και από άλλες μελέτες σε διαφορετικούς πληθυσμούς όπως είναι η μελέτη των Khorsand et al. (2015)²⁶⁷ σε μετεγχειρητικούς ασθενείς μετά από σκληροκοιλεκτομή και η μελέτη των Kielar et al. (2018)²⁶⁸ σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα των κατ' ισχίων αρθρώσεων.

Δεν σημειώθηκαν παρενέργειες από τις παρεμβάσεις είτε ρεφλεξολογίας ή χαλάρωσης.

Τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης είναι πολύ κοινά σε ασθενείς με καρκίνο με διπλάσια πιθανότητα εμφάνισης από ότι στο το γενικό πληθυσμό και είναι στενά συνυφασμένα μεταξύ τους¹⁰³. Η αποτυχία εντοπισμού και αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης αυξάνει τον κίνδυνο για κακή ποιότητα ζωής και πιθανή νοσηρότητα και θνησιμότητα σχετιζόμενη με την ασθένεια¹⁰⁴. Η ρεφλεξολογία φαίνεται να συμβάλλει συμπληρωματικά στην αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων σε άτομα που πάσχουν από καρκίνο.

Συγκεκριμένα, η μελέτη των Quattrin et al. (2006)²⁴³ στην Ιταλία, σε μια μη τυχαιοποιημένη μελέτη με μικρό δείγμα εξέτασε την χρήση της ρεφλεξολογίας για τη μείωση του άγχους σε πληθυσμό καρκινοπαθών που λάμβανε χημειοθεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική μείωση των επιπέδων άγχους έναντι της ομάδας ελέγχου ($p < 0,0001$). Οι Stephenson et al. (2007)⁶ στην Αμερική, εξέτασαν την επίδραση της ρεφλεξολογίας στον πόνο και το άγχος σε δυάδες (ατόμων με μεταστατικό καρκίνο και των φροντιστών τους). Τα αποτελέσματα της μελέτης τους έδειξαν σημαντική μείωση των επιπέδων άγχους στην ομάδα της ρεφλεξολογίας της τάξης του 62% συγκρινόμενη με το baseline έναντι αντίστοιχης μείωσης 23% στη ομάδα ελέγχου. Επιπροσθέτως στην τυχαιοποιημένη μελέτη των Jahani et al. (2018)¹¹ στο Ιράν, όπου εξετάστηκε η επίδραση της ρεφλεξολογίας στην ένταση του πόνου και του άγχους σε νοσηλευόμενους καρκινοπαθείς με μεταστατικό καρκίνο, διαπιστώθηκε ότι στην ομάδα ρεφλεξολογίας υπήρξε σημαντική διαφορά του μέσου όρου των επιπέδων άγχους μεταξύ baseline και της περάτωσης των παρεμβάσεων ($p < 0,05$), ενώ δεν παρατηρήθηκε κάτι τέτοιο στην ομάδα ελέγχου ($p > 0,05$).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συνηγορούν με τα παραπάνω αποτελέσματα. Όπως φαίνεται στις χρονικές εκτιμήσεις της μεταβλητής άγχος, παρατηρήθηκε σε όλες τις ομάδες στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των χρονικών εκτιμήσεων της μεταβλητής άγχος. Οι κατά ζεύγη συγκρίσεις αναδεικνύουν σημαντικές διαφορές μεταξύ baseline και 4^{ης}, 6^{ης} και 8^{ης} εβδομάδας, συνεπώς οι συμμετέχοντες σε όλες τις ομάδες παρουσίασαν (κατά μέσο όρο) μείωση στα επίπεδα άγχους. Όμως, η βελτίωση ως προς το baseline που παρουσιάζει η ομάδα ρεφλεξολογίας είναι σημαντικότερη από αυτήν των άλλων δύο ομάδων σε κάθε εβδομάδα παρακολούθησης και η

βελτίωση διαφαίνεται ήδη από την τέταρτη εβδομάδα παρέμβασης ($p < 0,005$) σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες ($p = 0,05$ και $p = 0,046$ αντίστοιχα). Εξετάζοντας τις ποσοστιαίες μεταβολές ως προς το baseline για τη μεταβλητή άγχος, αναδεικνύεται ότι η ομάδα ρεφλεξολογίας παρουσιάζει σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση (παραπάνω από διπλάσια ποσοστιαία μείωση) έναντι των άλλων δύο ομάδων σε όλες τις εβδομάδες παρακολούθησης (4^η, 6^η, 8^η). Επιπλέον η βελτίωση συνεχίζεται, ακόμα και μετά το πέρας των παρεμβάσεων. Αντιθέτως, οι ομάδες χαλάρωσης και ελέγχου παρουσιάζουν παρόμοια μεταξύ τους βελτίωση διαχρονικά, καταλήγοντας σε σχεδόν ίδια ποσοστιαία μείωση ως προς το baseline κατά την 8^η εβδομάδα.

Η στατιστικά σημαντική θετική επίδραση της ρεφλεξολογίας στη μείωση του άγχους αποτελεί αξιοσημείωτο εύρημα της παρούσας μελέτης. Το γεγονός αυτό υποστηρίζεται από την τυχαιοποιημένη μελέτη των Göral–Türkücü & Özkan (2021)¹² στην Τουρκία, που διερεύνησε την επίδραση της ρεφλεξολογίας στο άγχος, την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής σε γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο. Οι εν λόγω μελετητές κατέδειξαν ότι τα επίπεδα άγχους στην ομάδα ρεφλεξολογίας στο τέλος των παρεμβάσεων και κατά το follow-up δύο εβδομάδες αργότερα είχαν στατιστικά σημαντική μείωση σε σύγκριση με τα επίπεδα στο baseline, ενώ αυτό δεν παρατηρήθηκε στην ομάδα ελέγχου. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν το θεωρητικό υπόβαθρο της ρεφλεξολογίας που αναφέρει ότι τα πρώτα αποτελέσματα διαφαίνονται συνήθως μετά από 4 εβδομαδιαίες συνεδρίες, εμποδώνονται μετά από άλλες 2-4 εφαρμογές και μετά από το διάστημα αυτό η συχνότητα των συνεδριών μπορεί να αραιωθεί, κατά περίπτωση πάντα βέβαια, με συνεχιζόμενη βελτίωση των αρχικών ενοχλημάτων^{174,175,269}. Σημαίνει επιπλέον ότι το κόστος της ρεφλεξολογίας μπορεί διατηρηθεί αναλογικά χαμηλό, πολύ σημαντικό για έναν χρόνιο πάσχοντα που συχνά δεν μπορεί να εργαστεί ενώ ταυτόχρονα αναγκάζεται να αντιμετωπίζει πολλά υγειονομικά έξοδα^{270,271}.

Αποτελέσματα που έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φαίνονται στις μελέτες των Hodgson & Lafferty (2012), των Wyatt et al. (2012) και των Samancioglu Baglama & Bakir (2019) που όμως εμφανίζουν ατελή και προβληματικό σχεδιασμό : Η πιλοτική μελέτη των Hodgson & Lafferty (2012)⁵ στην Αμερική, συνέκρινε

την επίδραση της ρεφλεξολογίας έναντι του σουηδικού μασάζ στο άγχος, τον πόνο και τη διάθεση σε πολύ ηλικιωμένους επιζώντες του καρκίνου που διέμεναν σε οίκους ευγηρίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ρεφλεξολογία φαινόταν να έχει μικρή μη σημαντική υπεροχή έναντι του σουηδικού μασάζ σε όλες τις υπό μελέτη μεταβλητές. Το γεγονός ότι δεν υπήρξαν διαφορές στα επίπεδα του άγχους μεταξύ των ομάδων μπορεί να οφείλεται στην εφαρμογή σουηδικού μασάζ στα άκρα στην ομάδα σύγκρισης. Το μασάζ στα πόδια δεν μπορεί να εφαρμοστεί χωρίς κάποια ενεργό διέγερση των αντανακλαστικών σημείων της ρεφλεξολογίας και πιθανότατα δημιουργεί σύγχυση στα αποτελέσματα^{188,242}.

Η τυχαιοποιημένη μελέτη των Wyatt et al. (2012)²⁵¹ στην Αμερική, δεν εμφάνισε διαφορές στα επίπεδα άγχους μεταξύ ομάδας ρεφλεξολογίας και ομάδας ελέγχου σε πληθυσμό γυναικών με καρκίνο του μαστού. Όμως, στη μελέτη αυτή ενεργοποιούνταν μόνο 9 ρεφλεξολογικά αντανακλαστικά τα οποία οι συγγραφείς θεωρούν σχετικά με το μαστό, πράγμα που δεν συνάδει με την ολιστική προσέγγιση της ρεφλεξολογίας. Επιπλέον, το άγχος δεν αφορά μόνο την περιοχή των μαστών/θώρακα αλλά ολόκληρο τον οργανισμό. Ως εκ τούτου τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής δεν μπορούν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά της επίδρασης της ρεφλεξολογίας στο άγχος. Η τυχαιοποιημένη μελέτη των Samancioglu Baglama & Bakir (2019)²⁴⁶ στην Τουρκία, εξέτασε την επίδραση της ρεφλεξολογίας στα επίπεδα πόνου, άγχους, κόπωσης και επιβάρυνσης σε ζεύγη καρκινοπαθών/ φροντιστών όταν η ρεφλεξολογία εφαρμόζεται από τους φροντιστές. Οι φροντιστές είχαν λάβει μια σύντομη εκπαίδευση στη ρεφλεξολογία και την εφάρμοσαν στους συμμετέχοντες στην έρευνα πάσχοντες επί 15 ημέρες. Τα αποτελέσματα εμφάνισαν μείωση όλων των παραμέτρων σε μη στατιστικά σημαντικό επίπεδο εκτός των επιπέδων κόπωσης. Η μελέτη των Samancioglu Baglama & Bakir χρησιμοποίησε στο πρωτόκολλο παρέμβασης της ρεφλεξολογίας ένα χρονικό σχήμα που δεν συνιστάται. Οι δύο εβδομάδες εφαρμογής δεν είναι επαρκής χρόνος για την ανάδειξη αποτελεσμάτων της ρεφλεξολογίας ειδικά σε χρόνιους πάσχοντες^{174,175}. Επίσης χρησιμοποίησε τους φροντιστές ως «ρεφλεξολόγους» μετά από μια σύντομη επίδειξη 60 λεπτών, χρόνος ανεπαρκής στην εκπαίδευση της ρεφλεξολογίας. Για παράδειγμα, η πιστοποιημένη εκπαίδευση της ρεφλεξολογίας στην Ελλάδα είναι διάρκειας

500 ωρών, μοιρασμένη σε δύο ακαδημαϊκά έτη και περιλαμβάνει θεωρία, πρακτική και τελικές γραπτές εξετάσεις²⁷².

Η άλλη παρέμβαση που μελετάται ως ομάδα σύγκρισης είναι η χαλάρωση. Οι τεχνικές χαλάρωσης είναι συχνά χρησιμοποιούμενες, μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις, τόσο μεμονωμένα, όσο και σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία στην αντιμετώπιση του άγχους²⁰⁵. Οι Song et al. (2013)²⁷³, εξέτασαν την επίδραση της προοδευτικής μυϊκής χαλάρωσης (ΠΜΧ) και των αναπνευστικών ασκήσεων στο άγχος, την κατάθλιψη και άλλων ανεπιθύμητων συμπτωμάτων σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού που λάμβαναν χημειοθεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα παρέμβασης σημείωσε βελτίωση σε όλες τις παραμέτρους, ενώ η ομάδα ελέγχου δεν σημείωσε αλλαγή. Η ημιπειραματική μελέτη των Song et al. (2013)²⁷³ σε άνδρες με καρκίνο του προστάτη διερεύνησε την επίδραση της ΠΜΧ στα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική βελτίωση του άγχους και του στρες έναντι της ομάδας ελέγχου. Αντίστοιχα αποτελέσματα αναδείχθηκαν στην ημιπειραματική μελέτη των Yilmaz et al. (2015)²⁷⁴ που εξέτασαν την επίδραση της ΠΜΧ στο άγχος και τα επίπεδα άνεσης γυναικών με καρκίνο του μαστού που λάμβαναν χημειοθεραπεία, και επίσης στις μελέτες των Charalambous et al. (2015)²⁷⁵ και Kurt et al. (2018)²⁷⁶. Η ημιπειραματική μελέτη των Chen et al. (2015)²⁷⁷ εξέτασε την επίδραση της χαλάρωσης και της καθοδηγούμενης νοητικής απεικόνισης στα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα γυναικών με καρκίνο του μαστού. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η χαλάρωση μαζί με την καθοδηγούμενη νοητική απεικόνιση μπορεί να βελτιώσει σημαντικά το άγχος. Η τυχαίοποιημένη πιλοτική μελέτη των Lee et al. (2012)²⁷⁸, διερεύνησε την επίδραση της μουσικοθεραπείας σε σύγκριση με την ΠΜΧ σε γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο σε φάση χημειοθεραπείας. Οι ασθενείς και στις δύο ομάδες παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στη φυσική και ψυχολογική τους κατάσταση και στο άγχος.

Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις χρονικές εκτιμήσεις της μεταβλητής άγχος και στην ομάδα χαλάρωσης. Οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο baseline την 6^η εβδομάδα ($p=0,002$) και 8^η εβδομάδα ($p<0,0005$)

αντίστοιχα. Οι ομάδες χαλάρωσης και ελέγχου παρουσιάζουν παρόμοια μικρή βελτίωση κατά την 8^η εβδομάδα όπου δεν πραγματοποιήθηκαν παρεμβάσεις.

Η πορεία των επιπέδων κατάθλιψης κατά τη μελέτη, παρότι δεν συγκαταλέγεται στο σκοπό της παρούσας έρευνας, συνυπολογίστηκε με τα επίπεδα άγχους καθότι υπάρχει στενή διασύνδεση μεταξύ τους και αλληλοεπηρεάζονται^{109,114}.

Στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των χρονικών εκτιμήσεων της μεταβλητής κατάθλιψη σε όλες τις ομάδες, το οποίο, σε συνδυασμό με το ότι οι κατά ζεύγη συγκρίσεις αναδεικνύουν σημαντικές διαφορές μεταξύ baseline και 4^{ης}, 6^{ης} και 8^{ης} εβδομάδας, υποδεικνύει ότι οι συμμετέχοντες σε όλες τις ομάδες παρουσίασαν (κατά μέσο όρο) μείωση στα επίπεδα κατάθλιψης.

Όμως, μεταξύ των ομάδων ρεφλεξολογίας και ελέγχου, οι συμμετέχοντες στη ομάδα ρεφλεξολογίας παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης ήδη από την 4^η εβδομάδα, βελτίωση που διατηρείται σε όλο το διάστημα παρακολούθησης. Αυτό παρατηρήθηκε και σε άλλες μετρήσεις όπου φαίνεται η θετική επίδραση αλλά και η αποτελεσματικότητα της ρεφλεξολογίας σε σύντομο χρονικό διάστημα παρέμβασης. Η κατάθλιψη σε σύγκριση με το άγχος δεν έχει την ίδια αμεσότητα ανταπόκρισης σε μια παρέμβαση και, όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα η ρεφλεξολογία χρειάζεται το διάστημα των 4-6 εβδομάδων για να επιτευχθεί η ευεργετική της επίδραση, γεγονός που υποστηρίζεται και βιβλιογραφικά^{175,269}. Η τυχαιοποιημένη μελέτη των Göral –Türkçü & Özkan (2021)¹² στην Τουρκία, που διερεύνησε την επίδραση της ρεφλεξολογίας στο άγχος, την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής σε γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο υποστηρίζει τα ευρήματα για την ομάδα της ρεφλεξολογίας της παρούσας μελέτης. Ανέδειξε ότι τα επίπεδα κατάθλιψης στην ομάδα ρεφλεξολογίας στο τέλος των παρεμβάσεων και κατά το follow-up δύο εβδομάδες αργότερα είχαν στατιστικά σημαντική μείωση σε σύγκριση με τα επίπεδα στο baseline ($p < 0,05$) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.

Η μελέτη των Wyatt et al. (2012)²⁵¹ δεν εμφάνισε διαφορές στα επίπεδα της κατάθλιψης μεταξύ ομάδας ρεφλεξολογίας και ελέγχου σε πληθυσμό

γυναικών με καρκίνο του μαστού, αλλά για τους λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω στο άγχος που ισχύουν και για την κατάθλιψη, τα ευρήματα της μελέτης αυτής δεν μπορούν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά της επίδρασης της ρεφλεξολογίας στην κατάθλιψη.

Σε σύγκριση με την ομάδα χαλάρωσης, οι συμμετέχοντες στην ομάδα ρεφλεξολογίας παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης κατά την 6^η εβδομάδα, ενώ κατά την 8^η εβδομάδα η βελτίωση δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, παρότι η ρεφλεξολογία συνέχισε να έχει το προβάδισμα. Η ομάδα χαλάρωσης παρουσιάζει βελτίωση των επιπέδων κατάθλιψης έναντι της ομάδας ελέγχου. Το εύρημα αυτό υποστηρίζεται βιβλιογραφικά από την ημιπείραματική μελέτη των Isa et al. (2013b)²⁷⁹ σε άνδρες με καρκίνο του προστάτη που διερεύνησε την επίδραση της ΠΜΧ στα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν μη σημαντική βελτίωση της κατάθλιψης έναντι της ομάδας ελέγχου. Επίσης από τη μελέτη των Song et al. (2013)²⁷³ σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού σε φάση χημειοθεραπείας που διερεύνησε την συμβολή της ΠΜΧ και των αναπνευστικών ασκήσεων στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα παρέμβασης σημείωσε βελτίωση στα επίπεδα κατάθλιψης ενώ η ομάδα ελέγχου δεν σημείωσε αλλαγή. Η ημιπείραματική μελέτη των Chen et al. (2015)²⁷⁷ εξέτασε την επίδραση της χαλάρωσης και της καθοδηγούμενης νοητικής απεικόνισης στα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα γυναικών με καρκίνο του μαστού. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η χαλάρωση μαζί με την καθοδηγούμενη νοητική απεικόνιση μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα κατάθλιψης. Επίσης, η τυχαιοποιημένη μελέτη των Charalambous et al. (2016)²⁸⁰ εξέτασε την επίδραση της χαλάρωσης και της καθοδηγούμενης νοητικής απεικόνισης σε πάσχοντες από καρκίνο σε φάση χημειοθεραπείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα ελέγχου παρουσίασε υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από την ομάδα παρέμβασης μετά το τέλος της παρακολούθησης.

Η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία ενσωματώνει δύο ευρείες, αλληλένδετες και αλληλοεπηρεαζόμενες διαστάσεις της υγείας: τη σωματική υγεία που περιλαμβάνει τη φυσική κατάσταση και τη λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία που περιλαμβάνει την ψυχική κατάσταση και την κοινωνική

υγεία⁵⁷. Συνεπώς η ποιότητα ζωής επηρεάζει και επηρεάζεται από τον ιστό ολόκληρης της ανθρώπινης ύπαρξης. Οι συμπληρωματικές θεραπείες όπως ρεφλεξολογία και χαλάρωση, στα πλαίσια της ολοκληρωμένης ανακουφιστικής φροντίδας υποβοηθούν σωματικά και ψυχικά συμπτώματα, ενισχύουν την ανθεκτικότητα, παρέχουν στους πάσχοντες από καρκίνο εργαλεία αυτοβοήθειας που είναι βοηθητικά σε όλη τη διάρκεια της νόσου και συνολικά συνεισφέρουν στην ποιότητα ζωής^{155,281}. Συγκεκριμένα για τη ρεφλεξολογία, η τυχαιοποιημένη μελέτη των Ozdelikara & Tan (2017)²⁴⁴ διερεύνησε τη συμβολή της στην ποιότητα ζωής σε πληθυσμό γυναικών με καρκίνο του μαστού σε φάση χημειοθεραπείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες στην ομάδα ρεφλεξολογίας εμφάνισαν μείωση συμπτωματολογίας και αύξηση της λειτουργικής και γενικής κατάστασης της υγείας τους. Επίσης, η μελέτη των Göral–Türkcü & Özkan (2021)¹² διερεύνησε την επίδραση της ρεφλεξολογίας στο άγχος, την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής σε γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο σε φάση χημειοθεραπείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα στην ομάδα ρεφλεξολογίας παρουσίασαν σημαντικά μειωμένα συμπτώματα κόπωσης, πόνου και ανορεξίας, οφειλόμενα στη χημειοθεραπεία και υψηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Στην παρούσα μελέτη οι συμμετέχοντες στην ομάδα ρεφλεξολογίας παρουσίασαν (κατά μέσο όρο) αύξηση στα επίπεδα σωματικής ευεξίας συγκριτικά με το baseline, η οποία αναδείχθηκε ως στατιστικά σημαντική νωρίτερα και με σημαντικά μεγαλύτερη ποσοστιαία μεταβολή συγκριτικά με τις άλλες ομάδες. Αντίστοιχα προκύπτει ότι τα οφέλη ως προς την ψυχική ευεξία από την παρέμβαση της ρεφλεξολογίας έχουν αρκετά μεγαλύτερη διάρκεια σε σχέση με την παρέμβαση της χαλάρωσης και τη συνήθη φροντίδα και αγωγή. Η ρεφλεξολογία συνεισφέρει στην μείωση της έντασης συμπτωμάτων και την αύξηση της σωματικής άνεσης και ενεργητικότητας, έστω και παροδικά σε άτομα με σοβαρά και απειλητικά για τη ζωή νοσήματα^{174,269}. Πιθανώς, αυτά συμβάλλουν στην αίσθηση της αύξησης της ποιότητας ζωής παρότι η ασθένεια όχι μόνο δεν είναι πλέον θεραπεύσιμη αλλά και είναι επιδεινούμενη.

Η ομάδα ρεφλεξολογίας παρουσιάζει σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση έναντι των άλλων δύο ομάδων κατά την 8^η εβδομάδα παρακολούθησης παρότι δεν

πραγματοποιήθηκαν παρεμβάσεις μεταξύ 6^{ης} και 8^{ης} εβδομάδας. Αντίστοιχα η βελτίωση για την ομάδα ρεφλεξολογίας είναι σημαντικά μεγαλύτερη σε σχέση με την ομάδα ελέγχου και κατά την 6^η εβδομάδα. Το σημαντικό αυτό εύρημα αυτό υποστηρίζεται από τη μελέτη των Göral-Türkcü & Özkan¹² όπου τα θετικά αποτελέσματα της επίδρασης της ρεφλεξολογίας στην ποιότητα ζωής γυναικών με καρκίνο επαυξήθηκαν και κατά το follow-up δύο εβδομάδες μετά το πέρας των παρεμβάσεων.

Αναλυτικότερα για τη σωματική ευεξία, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες σε σχέση με την μεταβλητή της σωματικής συνιστώσας της ποιότητας ζωής για την 4^η, 6^η και 8^η εβδομάδα. Οι συγκρίσεις κατά ζεύγη μεταξύ των ομάδων ανά εβδομάδα παρακολούθησης δείχνουν ότι μεταξύ των ομάδων ρεφλεξολογίας και ελέγχου, οι συμμετέχοντες στην ομάδα ρεφλεξολογίας παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα σωματικής ευεξίας ήδη από την 4^η εβδομάδα και για όλο το διάστημα παρακολούθησης.

Σε ό,τι αφορά την σύγκριση μεταξύ των χρονικών εκτιμήσεων της μεταβλητής της σωματικής συνιστώσας της ποιότητας ζωής για κάθε ομάδα, παρατηρήθηκε στις ομάδες ρεφλεξολογίας και ελέγχου στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των χρονικών εκτιμήσεων. Οι συμμετέχοντες στις ομάδες ρεφλεξολογίας και ελέγχου παρουσίασαν (κατά μέσο όρο) αύξηση στα επίπεδα σωματικής ευεξίας, όμως η αύξηση αυτή ως προς το baseline είναι σημαντική για την ομάδα ρεφλεξολογίας ήδη από την 4^η εβδομάδα.

Ομοίως για τις ποσοστιαίες μεταβολές της μεταβλητής της σωματικής συνιστώσας της ποιότητας ζωής ως προς το baseline για κάθε εβδομάδα παρακολούθησης, η βελτίωση ως προς το baseline που παρουσιάζει η ομάδα ρεφλεξολογίας είναι σημαντικά μεγαλύτερη από αυτήν της ομάδας ελέγχου σε κάθε εβδομάδα παρακολούθησης και από αυτήν της ομάδας χαλάρωσης από την 6^η εβδομάδα και εντεύθεν.

Όσον αφορά τις χρονικές εκτιμήσεις της μεταβλητής της ψυχικής συνιστώσας της ποιότητας ζωής για κάθε ομάδα, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο ανάμεσα στις χρονικές εκτιμήσεις για την ομάδα ρεφλεξολογίας, και οι συγκρίσεις κατά ζεύγη μεταξύ των χρονικών εκτιμήσεων δείχνουν ότι ήδη από την 4^η εβδομάδα οι συμμετέχοντες στην ομάδα ρεφλεξολογίας

παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα ψυχικής ευεξίας. Όσον αφορά τις ποσοστιαίες μεταβολές ως προς το baseline, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων κατά την 6^η και 8^η εβδομάδα, και οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν στατιστικά σημαντική διαφορά για την 6^η εβδομάδα ανάμεσα στις ομάδες ρεφλεξολογίας και ελέγχου και για την 8^η εβδομάδα ανάμεσα στην ομάδα ρεφλεξολογίας και τις ομάδες χαλάρωσης και ελέγχου. Είναι αξιοσημείωτο ότι και πάλι η ομάδα ρεφλεξολογίας συνεχίζει να παρουσιάζει βελτίωση και την 8^η εβδομάδα, παρότι δεν πραγματοποιήθηκαν παρεμβάσεις μεταξύ 6^{ης} και 8^{ης} εβδομάδας.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι τα οφέλη ως προς τη σωματική ευεξία από την παρέμβαση της ρεφλεξολογίας είναι μεγαλύτερα από αυτά της χαλάρωσης και της συνήθους φροντίδας και αγωγής, και εμφανίζονται νωρίτερα συγκριτικά με τη συνήθη φροντίδα και αγωγή. Αντίστοιχα, τα οφέλη ως προς την ψυχική ευεξία από την παρέμβαση της ρεφλεξολογίας έχουν αρκετά μεγαλύτερη διάρκεια σε σχέση με την παρέμβαση της χαλάρωσης και τη συνήθη φροντίδα και αγωγή.

Αντίθετα αποτελέσματα από αυτά της παρούσας μελέτης για τη ρεφλεξολογία, αναφέρονται στις μελέτες των Tarrasch et al. (2018), Wyatt et al. (2012) και των Dikmen & Terzioglu (2019).

Η μελέτη των Tarrasch et al. (2018)⁹ δεν εμφάνισε διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ ομάδας ρεφλεξολογίας και ελέγχου σε πληθυσμό γυναικών με καρκίνο του μαστού. Σε αυτή τη μελέτη όμως, το δείγμα κατανεμήθηκε στις δύο ομάδες βάσει προτίμησης και όχι τυχαιοποίησης. Ως εκ τούτου τα αποτελέσματα υπόκεινται σε μεροληψία και δεν μπορούν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά της παρέμβασης της ρεφλεξολογίας. Οι μελέτες των Wyatt et al. (2012)²⁵¹ και των Dikmen & Terzioglu (2019)¹⁴ δεν εμφάνισαν διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ ομάδας ρεφλεξολογίας και ελέγχου σε πληθυσμό γυναικών με καρκίνο του μαστού και με γυναικολογικό καρκίνο αντίστοιχα. Όμως, στις μελέτες αυτές ενεργοποιούνταν μόνο 9 (Wyatt et al.) και 15 (Dikmen & Terzioglu) ρεφλεξολογικά αντανεκλαστικά τα οποία οι μελετητές θεωρούν σχετικά με τις διαγνώσεις. Για τους λόγους που αναφέρθηκαν και προηγουμένως τα αποτελέσματα αυτής της μηχανιστικής προσέγγισης δεν

μπορούν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά της επίδρασης της ρεφλεξολογίας στην ποιότητα ζωής.

Όσον αφορά στην ομάδα χαλάρωσης, αυτή δεν εμφάνισε αντίστοιχη βελτίωση στα επίπεδα σωματικής ευεξίας, καθώς καμία χρονική εκτίμηση δεν διαφέρει σημαντικά από τις άλλες, ενώ η ποσοστιαία μεταβολή ως προς το baseline δεν διαφέρει σημαντικά από την αντίστοιχη μεταβολή της ομάδας ρεφλεξολογίας κατά την 4^η εβδομάδα. Τόσο η παρέμβαση της χαλάρωσης όσο και η συνήθης φροντίδα και αγωγή δεν έχουν σημαντική επίδραση στα επίπεδα ψυχικής ευεξίας. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με την τυχαιοποιημένη μελέτη των Lee et al. (2012)²⁷⁸, όπου διερευνήθηκε η επίδραση της μουσικοθεραπείας έναντι της ΠΜΧ στο άγχος και την ευεξία γυναικών με καρκίνο του μαστού σε φάση χημειοθεραπείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική βελτίωση και στις δυο ομάδες και στις δύο μεταβλητές.

Η πλειοψηφία των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο βιώνουν πόνο σε κάποια φάση της ασθένειάς τους⁷⁵. Λόγω αυτού μπορεί να βιώσουν αναστολή των δραστηριοτήτων τους και της λειτουργικότητας τους και να αισθανθούν δέσμιόι του⁷³. Η αντιμετώπιση του πόνου λόγω της πολυδιάστατης φύσης του απαιτείται να είναι πολύπλευρη και όχι μόνο αποκλειστικά φαρμακολογική⁹³. Ως συμπληρωματική θεραπεία εμπίπτουσα στις μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις της αντιμετώπισης του πόνου σε άτομα που πάσχουν από καρκίνο, η ρεφλεξολογία είναι δημοφιλής¹⁶⁰ καθότι εκτός της αγχολυτικής, χαλαρωτικής και αναλγητικής δράσης της έχει το προσόν να εφαρμόζεται στα πόδια χωρίς άγγιγμα της περιοχής του πόνου στο σώμα¹⁷⁴. Η ρεφλεξολογία αναφέρεται ως αποτελεσματική σε διάφορα είδη πόνου, οξύ και χρόνιου^{186,190,192} και στον καρκινικό πόνο. Οι Stephenson et al. (2007)⁶ στην Αμερική, εξέτασαν την επίδραση της ρεφλεξολογίας στον πόνο και το άγχος σε ζεύγη (ατόμων με μεταστατικό καρκίνο και των φροντιστών τους). Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν σημαντική μείωση των επιπέδων πόνου στην ομάδα της ρεφλεξολογίας της τάξης του 34% συγκρινόμενη με το baseline έναντι αντίστοιχης μείωσης 2% στη ομάδα ελέγχου. Στην τυχαιοποιημένη μελέτη των Jahani et al. (2018)¹¹ στο Ιράν, όπου εξετάστηκε η επίδραση της ρεφλεξολογίας στην ένταση του πόνου και του άγχους σε

νοσηλευόμενους καρκινοπαθείς με μεταστατικό καρκίνο, διαπιστώθηκε ότι στην ομάδα ρεφλεξολογίας υπήρξε σημαντική διαφορά του μέσου όρου των επιπέδων πόνου μεταξύ baseline και του χρόνου περάτωσης των παρεμβάσεων ($p < 0,05$), ενώ δεν παρατηρήθηκε κάτι τέτοιο στην ομάδα ελέγχου ($p > 0,05$). Επιπρόσθετα, οι Rambod et al. (2019)¹³ σε τυχαιοποιημένη μελέτη στο Ιράν, εξέτασαν την επίδραση της ρεφλεξολογίας στα επίπεδα κόπωσης και πόνου καθώς και στην ποιότητα ύπνου, σε άτομα που έπασχαν από λέμφωμα. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων πόνου ($p < 0,05$) στην ομάδα παρέμβασης έναντι της ομάδας ελέγχου στο τέλος των παρεμβάσεων.

Τα επίπεδα πόνου στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκαν με τρεις μεταβλητές : «πόνος κατά μέσο όρο», «πόνος την παρούσα στιγμή» και «παρέμβαση του πόνου στη γενική δραστηριότητα το τελευταίο 24ωρο».

Για την μεταβλητή «πόνος κατά το μέσο όρο» στις ομάδες ρεφλεξολογίας και χαλάρωσης, οι συγκρίσεις κατά ζεύγη αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα σε όλες τις χρονικές εκτιμήσεις. Επιπλέον, οι ομάδες ρεφλεξολογίας και χαλάρωσης παρουσίασαν σημαντική μείωση και μεταξύ 6^{ης}-8^{ης} εβδομάδας, περίοδος μάλιστα κατά την οποία δεν πραγματοποιήθηκαν παρεμβάσεις, κάτι που δεν παρατηρήθηκε για την ομάδα ελέγχου.

Οι συγκρίσεις κατά ζεύγη μεταξύ των ομάδων για κάθε χρονική εκτίμηση της μεταβλητής «πόνος κατά την παρούσα στιγμή» από την 4^η εβδομάδα και έπειτα παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ομάδα ρεφλεξολογίας και τις ομάδες χαλάρωσης και ελέγχου. Προκύπτει συνεπώς, ότι οι συμμετέχοντες στην ομάδα ρεφλεξολογία παρουσιάζουν σημαντικά πιο μειωμένα επίπεδα πόνου «κατά την παρούσα στιγμή» σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες ήδη από την 4^η εβδομάδα. Η αναλγητική δράση της ρεφλεξολογίας είναι πιθανό να οφείλεται εν μέρει στην αύξηση της αιματικής ροής με την εφαρμογή της^{176,177}. Ένας άλλος παράγοντας που ίσως συνεισφέρει στην αναλγητική της δράση είναι η επίδραση του αγγίγματος στον αποδέκτη με την απελευθέρωση ενδορφινών, ντοπαμίνης και σεροτονίνης και της αύξησης της θερμοκρασίας των περιφερικών ιστών¹⁷⁹. Και τέλος, καθόλου αμελητέο, η θεραπευτική σχέση που δημιουργείται προσφέρει ένα ασφαλές

περιβάλλον αποδοχής και έκφρασης των συναισθημάτων του αποδέκτη που συμβάλλει στη συναισθηματική αποφόρτιση και στο αίσθημα φροντίδας και θαλπωρής.

Για τις χρονικές εκτιμήσεις της μεταβλητής «πόνος κατά την παρούσα στιγμή», παρατηρήθηκε σε όλες τις ομάδες στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των εκτιμήσεων. Οι συμμετέχοντες και στις τρεις ομάδες παρουσίασαν μείωση στα επίπεδα πόνου «κατά την παρούσα στιγμή» σε σχέση με το baseline.

Ως προς τη σύγκριση των χρονικών εκτιμήσεων ανά ομάδα για τη μεταβλητή «παρέμβαση του πόνου στη γενική δραστηριότητα το τελευταίο 24ωρο» παρατηρούμε ότι για τις ομάδες ρεφλεξολογίας και ελέγχου οι διαχρονικές κατά ζεύγη συγκρίσεις αναδεικνύουν διαφορά ανάμεσα στις περισσότερες χρονικές εκτιμήσεις. Συγκεκριμένα μεταξύ 6^{ης} και 8^{ης} εβδομάδας η ομάδα ρεφλεξολογίας επέδειξε σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα παρέμβασης του πόνου στη γενική δραστηριότητα κατά το τελευταίο 24ωρο, παρότι δεν πραγματοποιήθηκε εφαρμογή ρεφλεξολογίας ή χαλάρωσης πέραν της 6^{ης} εβδομάδας, ενώ οι αντίστοιχες χρονικές εκτιμήσεις για την ομάδα ελέγχου δεν διέφεραν σημαντικά. Αντιθέτως, για ομάδα χαλάρωσης αναδεικνύεται διαφορά μόνο μεταξύ baseline-4^{ης} εβδομάδας.

Παρατηρούμε ότι ενώ τα επίπεδα πόνου για την ομάδα ρεφλεξολογίας παρουσιάζουν βελτίωση ήδη από την 4^η εβδομάδα, η επίδραση της μείωσης του πόνου στην καθημερινή δραστηριότητα χρειάζεται δύο ακόμη εβδομάδες παρεμβάσεων για να είναι εμφανής. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην πολυδιάστατη φύση του πόνου όπου η σωματική ανακούφιση δεν συνεπάγεται ταυτόχρονα και αλλαγές σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο^{73,79}.

Στη βιβλιογραφία, οι μελέτες που δεν συμφωνούν με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης παρουσιάζουν μεθοδολογικά προβλήματα είναι οι μελέτες των Wyatt et al.²⁵¹ και των Dikmen & Terzioglu¹⁴ και των Hodgson & Lafferty⁵. Στις μεν πρώτες δύο μελέτες ενεργοποιούνται επιλεγμένα μόνο ρεφλεξολογικά αντανακλαστικά (μη ολιστική εφαρμογή ρεφλεξολογίας), ενώ

στην τελευταία, στην ομάδα σύγκρισης εφαρμόζεται σουηδικό μασάζ στα πόδια (ακούσια διέγερση ρεφλεξολογικών αντανακλαστικών).

Στην παρούσα μελέτη, τα παρατηρούμενα αποτελέσματα στη μείωση των επιπέδων πόνου της ομάδας χαλάρωσης, υποστηρίζονται βιβλιογραφικά από τις μελέτες των Charalambous et al. και των Pathak et al. Στην τυχαίοποιημένη μελέτη των Charalambous et al. (2016)²⁸⁰ εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα της χαλάρωσης και της καθοδηγούμενης νοητικής απεικόνισης σε πάσχοντες από καρκίνο σε φάση χημειοθεραπείας, τα αποτελέσματα της οποίας έδειξαν ότι η ομάδα παρέμβασης παρουσίασε χαμηλότερα επίπεδα πόνου από την ομάδα ελέγχου. Η μελέτη των Pathak et al. (2013)²⁸² διερεύνησε την επίδραση της χαλάρωσης στα επίπεδα κόπωσης και πόνου σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα χαλάρωσης σημείωσε σημαντική μείωση της έντασης του πόνου συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.

Η συμπληρωματική αναλγητική δράση και των δυο ομάδων ρεφλεξολογίας και χαλάρωσης στην παρούσα μελέτη ενισχύεται και από την μικρότερη διαχρονική αύξηση αναλγητικών και επικουρικών φαρμάκων έναντι της ομάδας ελέγχου, όπως αναφέρεται παραπάνω, με τη ρεφλεξολογία να εμφανίζει σταθερά καλύτερα αποτελέσματα.

Προβλήματα ύπνου απαντώνται πολύ συχνά σε άτομα που πάσχουν από καρκίνο και έχουν την τάση να χρονίζουν, αν δεν αντιμετωπιστούν επαρκώς, ακόμη και σε επιζήσαντες του καρκίνου^{283,284}. Καθώς η αντιμετώπιση τους είναι ένα σύνθετο πρόβλημα, δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς με μια μόνο προσέγγιση. Οι διαταραχές ύπνου συχνά θεωρούνται δευτερογενές σύμπτωμα κατάθλιψης ή άγχους¹³⁰. Η ρεφλεξολογία συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας του ύπνου μειώνοντας την ένταση και την κόπωση σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Οι Zengin & Aylaz (2019)²⁴⁸, μελέτησαν την επίδραση της εκπαίδευσης στην υγιεινή του ύπνου και της ρεφλεξολογίας στην ποιότητα του ύπνου και την κόπωση σε ασθενείς με καρκίνο σε φάση χημειοθεραπείας. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι η ομάδα παρέμβασης παρουσίασε βελτιωμένη ποιότητα του ύπνου ($p = 0,000$) έναντι της ομάδας ελέγχου. Επιπρόσθετα, οι Rambod et al. (2019)¹³, σε τυχαίοποιημένη τους

μελέτη, εξέτασαν την επίδραση της ρεφλεξολογίας στα επίπεδα κόπωσης και πόνου καθώς και στην ποιότητα ύπνου, σε άτομα που έπασχαν από λέμφωμα. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική βελτίωση της ποιότητας του ύπνου ($p < 0,05$) στην ομάδα παρέμβασης έναντι της ομάδας ελέγχου στο τέλος των παρεμβάσεων. Η χαλάρωση επίσης συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας του ύπνου. Οι Demiralp et al.(2010)²⁸⁵ μελέτησαν την επίδραση της ΠΜΧ στα επίπεδα κόπωσης και στην ποιότητα ύπνου σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού σε φάση χημειοθεραπείας. Η ομάδα ΠΜΧ παρουσίασε μεγαλύτερη αύξηση της ποιότητας ύπνου και μεγαλύτερη μείωση της κόπωσης από την ομάδα ελέγχου.

Στην παρούσα μελέτη, κατά τη σύγκριση μεταξύ των χρονικών εκτιμήσεων της μεταβλητής ποιότητα ύπνου για κάθε ομάδα, παρατηρήθηκε ότι προϊόντος του χρόνου η ποιότητα ύπνου είχε βελτίωση σε όλες τις ομάδες. Στις ποσοστιαίες μεταβολές ως προς το baseline παρατηρείται αύξηση της ποιότητας ύπνου στην ομάδα ρεφλεξολογίας έναντι των άλλων δυο ομάδων αλλά στατιστικά σημαντική βελτίωση μόνο έναντι της ομάδας χαλάρωσης κατά την 6^η και 8^η εβδομάδα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία παρατηρούμε ότι υπάρχουν λίγα δεδομένα για την επίδραση της χαλάρωσης και της ρεφλεξολογίας στον ύπνο σε ασθενείς με καρκίνο. Περαιτέρω έρευνα εν προκειμένω, θα μπορούσε να εξηγήσει το αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης. Μια πιθανή εξήγηση οφείλεται στο γεγονός ότι τα προβλήματα ύπνου είναι ανθεκτικά σε πάσχοντες από καρκίνο, συνεπώς μια μεγαλύτερη διάρκεια εφαρμογής της ρεφλεξολογίας μπορεί να είχε καλύτερα αποτελέσματα στην ποιότητα του ύπνου. Άλλη πιθανή εξήγηση είναι ότι οι διαταραχές του ύπνου σε άτομα που πάσχουν από καρκίνο συνδέονται με την ψυχολογική επίπτωση του καρκίνου και ειδικά με το άγχος θανάτου, ταυτόχρονα δε με τη σωματική διάσταση της ασθένειας και τις εκφάνσεις της²⁸⁶, με αποτέλεσμα τα προβλήματα ύπνου να είναι ιδιαίτερα ανθεκτικά και δύσκολο να αντιμετωπισθούν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που διεξάγεται σε ελληνικό πληθυσμό και επίσης από τις λίγες μελέτες όπου έχει γίνει λεπτομερής καταγραφή του πρωτοκόλλου παρέμβασης. Το γεγονός αυτό είναι πολύ σημαντική παράμετρος σχεδιασμού σε έρευνες συμπληρωματικών θεραπειών όπου συχνά παρουσιάζεται μεταβλητότητα και απουσία καταγραφής των παρεμβάσεων που προκαλεί αδυναμία συγκρισιμότητας και αναπαραγωγής και κατ' επέκταση αξιοπιστίας των ερευνών αυτών. Επίσης κατά τη μελέτη υπήρξε διαχρονική παρακολούθηση, γεγονός που δεν παρατηρείται συχνά σε μελέτες ρεφλεξολογίας. Η διαχρονική παρακολούθηση ανέδειξε την ανθεκτικότητα και χρονική διάρκεια της επίδρασης της ρεφλεξολογίας.

Η μελέτη διεξήχθη στη Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής «Τζένη Καρέζη» που βρίσκεται μεν στην Αθήνα αλλά δέχεται ασθενείς από όλη την Ελλάδα. Σε περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να μελετηθεί η επίδραση της ρεφλεξολογίας σε γενικότερο πληθυσμό χρονίως πασχόντων ατόμων.

Μεγαλύτερη εξειδίκευση στο δείγμα ως προς τον τύπο του καρκίνου και τις ηλικιακές ομάδες μπορεί να συνέβαλε στη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Οι παρεμβάσεις έγιναν από την ερευνήτρια λόγω έλλειψης χρηματοδότησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

3.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τόσο οι συμπληρωματικές παρεμβάσεις της ρεφλεξολογίας και της χαλάρωσης όσο και η συνήθης φροντίδα και αγωγή από μόνη της, όλες συμβάλλουν στη μείωση του άγχους σε ασθενείς με καρκίνο. Όμως η ρεφλεξολογία φαίνεται να είναι εξ' αρχής σημαντικά πιο αποτελεσματική στη μείωση του άγχους. Ομοίως, όλες οι ανωτέρω θεραπευτικές προσεγγίσεις συμβάλλουν στη μείωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο. Και πάλι η ρεφλεξολογία εμφανίζεται να είναι πιο αποτελεσματική στη μείωση της κατάθλιψης από την 4η εβδομάδα παρέμβασης.

Ως προς την ποιότητα ζωής, η παρέμβαση της ρεφλεξολογίας συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση της σωματικής και της ψυχικής ευεξίας, κάτι που παρατηρείται μόνο μερικώς για τη συνήθη φροντίδα και αγωγή, και χωρίς στατιστική σημαντικότητα για τη χαλάρωση.

Ως προς τον πόνο, όλες οι προσεγγίσεις φαίνεται να προκαλούν βελτίωση, η σημαντικότητα της οποίας ποικίλει ανάλογα με τη μετρούμενη μεταβλητή και τη θεραπευτική παρέμβαση. Η ρεφλεξολογία επιδεικνύει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με το baseline και επίσης συγκριτικά με τις άλλες δύο προσεγγίσεις.

Ως προς την ποιότητα του ύπνου, όλες οι προσεγγίσεις φαίνεται να προκαλούν σημαντική βελτίωση συγκριτικά με το baseline. Η ρεφλεξολογία καταδεικνύεται είναι πιο αποτελεσματική σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες στη βελτίωση της ποιότητας του ύπνου.

Εν κατακλείδι, κατά το πέρας της περιόδου παρακολούθησης, τόσο οι συμπληρωματικές παρεμβάσεις της ρεφλεξολογίας και της χαλάρωσης όσο και η συνήθης φροντίδα και αγωγή από μόνη της, όλες παρουσιάζουν βελτίωση (ποσοστιαία μεταβολή διάφορη του μηδενός) συγκριτικά με το baseline σε όλες τις μετρούμενες μεταβλητές. Μεταξύ των τριών προσεγγίσεων, η ρεφλεξολογία παρουσιάζει σταθερά τη μεγαλύτερη βελτίωση, ακόμα και την περίοδο όπου δεν πραγματοποιήθηκε παρέμβαση.

3.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Ενημέρωση ατόμων με χρόνια νοσήματα για τις ΣΕΘ στο πλαίσιο της ΑΦ, και το ρόλο και των δύο στη ποιότητα της ζωής. Έχει πλέον αποδειχθεί μέσα από έγκυρες μελέτες ότι οι συμπληρωματικές θεραπείες είναι σημαντικό μέρος της ολοκληρωμένης ανακουφιστικής φροντίδας και συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ευεξίας των χρονίως πασχόντων ατόμων και των φροντιστών τους.
2. Ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για τις ΣΕΘ μέσα από ημερίδες και σεμινάρια έτσι ώστε να είναι σε θέση να συμβουλεύουν και να ενημερώνουν τα άτομα που βρίσκονται υπό την φροντίδα τους για την καταλληλότητα και την ασφάλεια των ΣΕΘ γενικά και ανά συμπληρωματική θεραπεία.
3. Δημιουργία περισσότερων μεταπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών στην Ελλάδα σε ΣΕΘ για επαγγελματίες υγείας αλλά και άλλους πτυχιούχους. Αυτό θα ενισχύσει την έρευνα και την εξάπλωση της γνώσης.
4. Ευρύτερη πρόσβαση σε ΣΕΘ με λογικό κόστος σε χρόνιους πάσχοντες μέσα από δημόσιες δομές ανακουφιστικής φροντίδας από διαπιστευμένους συμπληρωματικούς θεραπευτές και αξιοποίηση εθελοντών θεραπευτών.
5. Αύξηση των τυχαιοποιημένων μελετών με αντικείμενο τις συμπληρωματικές θεραπείες που χρησιμοποιούν εγκεκριμένα πρωτόκολλα ΣΕΘ και διερευνούν την αποτελεσματικότητά τους διεθνώς αλλά και στην Ελλάδα. Σε αυτή τη χρονική φάση υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία στα πρωτόκολλα εφαρμογής, πράγμα που καθιστά την σύγκριση και τη γενίκευση των ερευνητικών αποτελεσμάτων μελετών συμπληρωματικών θεραπειών δύσκολη ή αδύνατη.

6. Η διερεύνηση στα θέματα ασφάλειας της χρήσης φαρμακευτικών φυτικών προϊόντων συγκεκριμένων ΣΕΘ είναι μείζονος σημασίας προτού αυτά υιοθετηθούν στη συμβατική περίθαλψη.
7. Δημιουργία Εθνικής Στρατηγικής για τις ΣΕΘ εναρμονισμένης με την ΕΕ και τον ΠΟΥ με βάση τους άξονες που προτείνονται στο WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023. Αυτοί περιλαμβάνουν α) την οικοδόμηση της βάσης γνώσεων που θα επιτρέψει την ενεργό διαχείριση των ΣΕΘ μέσω κατάλληλων εθνικών πολιτικών που κατανοούν και αναγνωρίζουν το ρόλο και τις δυνατότητες των ΣΕΘ, β) την ενίσχυση της διασφάλισης ποιότητας, της ασφάλειας, της σωστής χρήσης και την αποτελεσματικότητα των ΣΕΘ ρυθμίζοντας προϊόντα, πρακτικές και επαγγελματίες μέσω της εκπαίδευσης, κατάρτισης, ανάπτυξης δεξιοτήτων, υπηρεσιών και θεραπειών και γ) προαγωγή της ολοκληρωμένης υγείας με την ενσωμάτωση των υπηρεσιών ΣΕΘ στην παροχή υπηρεσιών υγείας και την υγειονομική περίθαλψη.
8. Δημιουργία Ελληνικού Εθνικού Κέντρου για τις ΣΕΘ που να συντονίζει και να χρηματοδοτεί την έρευνα στα παραπάνω και να έχει την ευθύνη σύστασης μητρώου πιστοποιημένων εναλλακτικών/ συμπληρωματικών θεραπειών

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol*. 1982;5(6):649-655. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7165009>. Accessed October 6, 2019.
2. Ernst E, Posadzki P, Lee MS. Reflexology: An update of a systematic review of randomised clinical trials. *Maturitas*. 2011;68(2):116-120. doi:10.1016/j.maturitas.2010.10.011
3. Inkaya, B, Tuzer, H. Effect of Reflexology on the Constipation Status of Elderly People. *Yonago Acta Med*. 2020;63(2):115-121. doi:10.33160/YAM.2020.05.007
4. Karatas N, Dalgic A. Effects of reflexology on child health: A systematic review. *Complement Ther Med*. 2020;50. doi:10.1016/J.CTIM.2020.102364
5. Hodgson NA, Lafferty D. Reflexology versus Swedish massage to reduce physiologic stress and pain and improve mood in nursing home residents with cancer: A pilot trial. *Evidence-based Complement Altern Med*. 2012;2012. doi:10.1155/2012/456897
6. Stephenson N, Swanson, M, Dalton J, Keefe F, Engelke M. Partner-delivered reflexology: effects on cancer pain and anxiety. *Oncol Nurs Forum*. 2007;34(1):127-132. doi:10.1188/07.ONF.127-132
7. Polat H, Ergüney S. The Effect of Reflexology Applied to Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Dyspnea and Fatigue. *Rehabil Nurs*. 2017;42(1):14-21. doi:10.1002/RNJ.266
8. Wilkinson ISA, Prigmore S, Rayner CF. A randomised-controlled trial examining the effects of reflexology of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Complement Ther Clin Pract*. 2006;12(2):141-147. doi:10.1016/J.CTCP.2005.10.004
9. Tarrasch R, Carmel-Neiderman NN, Ben-Ami S, et al. The Effect of Reflexology on the Pain-Insomnia-Fatigue Disturbance Cluster of Breast Cancer Patients during Adjuvant Radiation Therapy. *J Altern Complement Med*. 2018;24(1):62-68. doi:10.1089/acm.2017.0023
10. Uysal N, Kutlutürkan S, Uğur I. Effects of foot massage applied in two different methods on symptom control in colorectal cancer patients: Randomised control trial. *Int J Nurs Pract*. 2017;23(3). doi:10.1111/IJN.12532

11. Jahani S, Salari F, Elahi N, Cheraghian B. The effect of reflexology in intensity of pain and anxiety among patients suffering from metastatic cancer in adults' hematology ward. *Asian J Pharm Clin Res.* 2018;11(6):401-405. doi:10.22159/ajpcr.2018.v11i6.25212
12. Göral Türkcü S, Özkan S. The effects of reflexology on anxiety, depression and quality of life in patients with gynecological cancers with reference to Watson's theory of human caring. *Complement Ther Clin Pract.* 2021;44:101428. doi:10.1016/J.CTCP.2021.101428
13. Rambod M, Pasyar N, Shamsadini M. The effect of foot reflexology on fatigue, pain, and sleep quality in lymphoma patients: A clinical trial. *Eur J Oncol Nurs.* 2019;43(June):101678. doi:10.1016/j.ejon.2019.101678
14. Dikmen HA, Terzioglu F. Effects of Reflexology and Progressive Muscle Relaxation on Pain, Fatigue, and Quality of Life during Chemotherapy in Gynecologic Cancer Patients. *Pain Manag Nurs.* 2019;20(1):47-53. doi:10.1016/j.pmn.2018.03.001
15. World Palliative Care Alliance. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life.*; 2014. <http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/>.
16. World Palliative Care Alliance. *WPCA Policy Statement on Defining Palliative Care.*; 2013.
17. Sharkey L, Loring B, Cowan M, Riley L, Krakauer EL. National palliative care capacities around the world: Results from the World Health Organization Noncommunicable Disease Country Capacity Survey. *Palliat Med.* 2018;32(1):106-113. doi:10.1177/0269216317716060
18. Murray SA, Firth A, Schneider N, et al. Promoting palliative care in the community: Production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. *Palliat Med.* 2015;29(2):101-111. doi:10.1177/0269216314545006
19. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: A global update. *J Pain Symptom Manage.* 2013. doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011
20. Υπουργείο Υγείας. Μελέτη Σκοπιμότητας για την Ανακουφιστική Φροντίδα στην Ελλάδα. *ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.* 2019.
21. Hanks GW, Cherny NI, Christakis NA, et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* 5th ed. (Hanks GW, Cherny NI, Christakis NA, et

- al., eds.). Oxford: Oxford University Press; 2015.
22. Connor SR. *Hospice and Palliative Care*. Routledge; 2017. doi:10.4324/9781315080369
 23. Chiamonte DR, Adler SR. Integrative Palliative Care: A New Transformative Field to Alleviate Suffering. *https://home.liebertpub.com/acm*. 2020;26(9):761-765. doi:10.1089/ACM.2020.0366
 24. MacLeod J, Lopez G, Bao T. Palliative Care in Integrative Oncology. *J Altern Complement Med*. 2020;26(9):766-767. doi:10.1089/ACM.2020.0269
 25. World Health Organization (WHO). WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. *World Heal Organ*. 2013:1-76. doi:2013
 26. National Centre for Complementary and Integrated Health. NCCIH - Cancer: In Depth. <https://www.nccih.nih.gov/health/cancer-in-depth>. Published 2017. Accessed March 2, 2021.
 27. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer*. 2019;144(8):1941-1953. doi:10.1002/ijc.31937
 28. World Health Organization Regional Office for Europe. Themes - European Health Information Gateway. <https://gateway.euro.who.int/en/themes/>. Accessed November 26, 2019.
 29. Eurostat Statistics Explained. Στατιστικές αιτιών θανάτου 2018. Eurostat. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics/el. Accessed November 26, 2019.
 30. eurostat Statistics Explained. Cancer statistics 2018. eurostat. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics#Deaths_from_cancer. Accessed November 26, 2019.
 31. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. Στατιστικές - Εθνική Έρευνα Υγείας 2009. <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE22/2014>. Accessed November 26, 2019.
 32. The Global Cancer Observatory. *All Cancers*. Vol 876.; 2019. doi:L11\n10.1051/0004-6361/201016331

33. Globocan. *Incidence, Mortality and Prevalence of Cancer in Greece*. Vol 964.; 2019.
34. Read AE, Barritt DW, Langton HR. *Modern Medicine : A Textbook for Students*. 3rd ed. Urban & Schwarzenberg; 1984.
35. Dicato MA, Van Cutsem E. *Side Effects of Medical Cancer Therapy*. 2nd ed. (Dicato MA, Van Cutsem E, eds.). Springer International Publishing; 2018. doi:10.1007/978-3-319-70253-7
36. Doyle , D., Hanks, G.W., MacDonald, M. E. *The Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1998.
37. Committee on Economic S and CR. The right to the highest attainable standard of health: E/C.12/2000/4: General Comment N^o 14. *Gen Comment* N^o 14. 2000;2000(14). [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En).
38. Brennan Frank, Hall Peter GL. Final_WPCA_Position_Statement_on_palliative_care_and_human_rights. 2009:5.
39. World Health Organization. Fact sheets/ Palliative Care. 19 February. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Published 2018. Accessed November 18, 2019.
40. Pastrana T, Wenk R, De Lima L. Consensus-based palliative care competencies for undergraduate nurses and physicians: A demonstrative process with Colombian Universities. *J Palliat Med*. 2016;19(1):76-82. doi:10.1089/jpm.2015.0202
41. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: An EAPC white paper on palliative care education - Part 2. *Eur J Palliat Care*. 2013;20(3):140-145.
42. WHO. *Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment throughout the Life Course. Resolution EB134/28, 2014*. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13745/59287/>. Accessed December 3, 2019.
43. Radbruch L, De Lima L, Lohmann D, Gwyther E, Payne S. The Prague Charter: Urging governments to relieve suffering and ensure the right to palliative care. *Palliat Med*. 2013;27(2):101-102. doi:10.1177/0269216312473058
44. Ewertowski H, Tetzlaff F, Stiel S, Schneider N, Jünger S. Primary palliative Care in General Practice – study protocol of a three-stage

- mixed-methods organizational health services research study. *BMC Palliat Care*. 2018;17(1):21. doi:10.1186/s12904-018-0276-6
45. De Lima L, Bennett MI, Murray SA, et al. International association for hospice and palliative care (IAHPC) list of essential practices in palliative care. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2012;26(2):118-122. doi:10.3109/15360288.2012.680010
 46. Radbruch L, Payne S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *Eur J Palliat Care*. 2009;16(6):278-289.
 47. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus Specialist Palliative Care — Creating a More Sustainable Model. *N Engl J Med*. 2013;368(13):1173-1175. doi:10.1056/NEJMp1215620
 48. Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the future of palliative care. *Asia-Pacific J Oncol Nurs*. 2018;5(1):4-8. doi:10.4103/apjon.apjon_43_17
 49. Hagan TL, Xu J, Lopez RP, Bressler T. Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse Educ Today*. 2018;61:216-219. doi:10.1016/j.nedt.2017.11.037
 50. Γκοβίνα Ο, Θεοχάρης Κ, eds. *Βασικές Αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής & Ανακουφιστικής Φροντίδας*. 1η. Λευκωσία: Broken Hill; 2019.
 51. Brant JM, Beck S, Miaskowski C. Building dynamic models and theories to advance the science of symptom management research. *J Adv Nurs*. 2010;66(1):228-240. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05179.x
 52. CONSTITUTION of the World Health Organization. *Chron World Health Organ*. 1947;1(1-2):29-43. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20267861>. Accessed May 5, 2020.
 53. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41:1403-1409.
 54. Fahey T, Nolan B, T. Whelan C. Monitoring Quality of life in Europe. *Eur Founation Improv Living Work Cond Dublin*. 2003;(January 2003). http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef02108en.pdf. Accessed May 20, 2020.
 55. Torrance GW. Utility approach to measuring health-related quality of life. *J Chronic Dis*. 1987;40(6):593-600. doi:10.1016/0021-9681(87)90019-1

56. Bullinger M, Quitmann J. Quality of life as patient-reported outcomes: principles of assessment. *Dialogues Clin Neurosci*. 2014;16(2):137-145. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25152653>. Accessed October 6, 2019.
57. Post MWM. Definitions of quality of life: What has happened and how to move on. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2014;20(3):167-180. doi:10.1310/sci2003-167
58. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, et al. Measuring the quality of life of cancer patients. A concise QL-Index for use by physicians. *J Chronic Dis*. 1981;34(12):585-597. doi:10.1016/0021-9681(81)90058-8
59. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: A validation study. *J Epidemiol Community Health*. 1980;34(4):281-286. doi:10.1136/jech.34.4.281
60. Bergner M, Robbitt RA, Pollard WE, Martin DP, Gilson BS. The sickness impact profile: Validation of a health status measure. *Med Care*. 1976;14(1):57-67. doi:10.1097/00005650-197601000-00006
61. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (Sf-36): I. conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-483.
62. Kaasa S, Loge JH. Quality of life in palliative care: Principles and practice. *Palliat Med*. 2003;17(1):11-20. doi:10.1191/0269216303pm662ra
63. Catania G, Costantini M, Beccaro M, Bagnasco A, Sasso L. Does quality of life assessment in palliative care look like a complex screening program? *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11(1):7. doi:10.1186/1477-7525-11-7
64. Calman KC. Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *J Med Ethics*. 1984;10(3):124-127. doi:10.1136/jme.10.3.124
65. IASP. IASP Terminology. <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576>. Accessed January 26, 2021.
66. Raja S, Carr D, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-1982. doi:10.1097/J.PAIN.0000000000001939

67. International Pain Summit Of The International Association For The Study Of Pain. Declaration of montréal: Declaration that access to pain management is a fundamental human right. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2011;25(1):29-31. doi:10.3109/15360288.2010.547560
68. American Chronic Pain Association. *ACPA Resource Guide to Chronic Pain Management.* Rocklin CA; 2018.
69. IASP. Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). <https://www.iasp-pain.org/Advocacy/icd.aspx?ItemNumber=5234&navItemNumber=5236>. Accessed January 26, 2021.
70. Ong CK, Forbes D. Embracing Cicely Saunders's concept of total pain. *Br Med J.* 2005;331(7516):576-577. doi:10.1136/bmj.331.7516.576-d
71. Treede R-D, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease. *Pain.* 2019;160(1):19-27. doi:10.1097/j.pain.0000000000001384
72. Saunders C. *The Management of Terminal Illness.* London: Hospital Medicine Publications Ltd; 1967.
73. Mehta A, Chan LS. Understanding of the Concept of "Total Pain" A Prerequisite for Pain Control. *J Hosp Palliat Nurs.* 2008;10(1):26-32. <https://doi.org/10.1097/01.NJH.0000306714.50539.1a>.
74. Scarborough BM, Smith CB. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era: Pain Management for Patients With Cancer. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(3):182-196. doi:10.3322/caac.21453
75. van den Beuken-van Everdingen MHJ, Hochstenbach LMJ, Joosten EAJ, Tjan-Heijnen VCG, Janssen DJA. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage.* 2016;51(6):1070-1090.e9. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340
76. WHO. *Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents.* Geneva; 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/who-guidelines-for-the-pharmacological-and-radiotherapeutic-management-of-cancer-pain-in-adults-and-adolescents>. Accessed January 26, 2021.
77. Daeninck P, Gagnon B, Gallagher R, et al. Canadian recommendations for the management of breakthrough cancer pain. *Curr Oncol.* 2016;23(2):96-108. doi:10.3747/co.23.2865

78. Carlson CL. Effectiveness of the World Health Organization cancer pain relief guidelines: An integrative review. *J Pain Res.* 2016;9. doi:10.2147/JPR.S97759
79. Hui D, Bruera E. A personalized approach to assessing and managing pain in patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1640-1646. doi:10.1200/JCO.2013.52.2508
80. Cleeland CS. Measurement of pain by subjective report. In: Chapman CR, Loeser JD, eds. *Advances in Pain Research and Therapy, Volume 12: Issues in Pain Measurement.* New York: Raven Press; 1989:391–403.
81. Georgoudis G, Watson PJ, Oldham JA. The development and validation of a Greek version of the short-form McGill Pain Questionnaire. *Eur J Pain.* 2000;4(3):275-281. doi:10.1053/eujp.2000.0186
82. Mystakidou K, Mendoza T, Tsilika E, et al. Greek Brief Pain Inventory: Validation and Utility in Cancer Pain. *Oncology.* 2001;60(1):35-42. doi:10.1159/000055294
83. Bennett M. The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain.* 2001;92(1):147-157. doi:10.1016/S0304-3959(00)00482-6
84. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc.* 2003;4(1):9-15. doi:10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7
85. Yang J, Bauer BA, Wahner-Roedler DL, Chon TY, Xiao L. The Modified WHO Analgesic Ladder: Is It Appropriate for Chronic Non-Cancer Pain? *J Pain Res.* 2020;Volume 13:411-417. doi:10.2147/JPR.S244173
86. Eisenberg E, Marinangeli F, Birkhahn J, Paladini A, Varassi G. Time to modify the WHO analgesic ladder? *Pain Clin Updat.* 2005;XIII(5):1-4.
87. Raffa RB, Pergolizzi J V. A modern analgesics pain 'pyramid.' *J Clin Pharm Ther.* 2014;39(1):4-6. doi:10.1111/jcpt.12110
88. WHO. *Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents.* Geneva; 2018. www.who.int/.
89. Faria J, Barbosa J, Moreira R, Queirós O, Carvalho F, Dinis-Oliveira RJ. Comparative pharmacology and toxicology of tramadol and tapentadol. *Eur J Pain.* 2018;22(5):827-844. doi:10.1002/ejp.1196

90. Attal N. Pharmacological treatments of neuropathic pain: The latest recommendations. *Rev Neurol (Paris)*. 2019;175(1-2):46-50. doi:10.1016/j.neurol.2018.08.005
91. Schug SA, Lavand'Homme P, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic postsurgical or posttraumatic pain. *Pain*. 2019;160(1):45-52. doi:10.1097/j.pain.0000000000001413
92. gov.ie. Pharmacological Management of Cancer Pain in Adults. Department of Health. <https://www.gov.ie/en/collection/eec97d-pharmacological-management-of-cancer-pain-in-adults/>. Published 2020. Accessed April 18, 2021.
93. American Chronic Pain Association. *ACPA – Stanford Resource Guide To Chronic Pain Management: An Integrated Guide to Medical, Interventional, Behavioral, Pharmacologic and Rehabilitation Therapies.*; 2020.
94. Μαντούδη Α. Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες στη Φροντίδα Ασθενών με Καρκίνο. In: Γκοβίνα Ο., Κωνσταντινίδης Θ, eds. *Βασικές Αρχές Ογκολογικής Νοσηλευτικής Και Ανακουφιστικής Φροντίδας: Από Τη Θεωρητική Προσέγγιση Στην Κλινική Φροντίδα*. 1η. Λευκωσία: Broken Hill; 2019:482-496.
95. Prevost V, Delorme C, Grach MC, Chvetzoff G, Hureau M. Therapeutic Education in Improving Cancer Pain Management: A Synthesis of Available Studies. *Am J Hosp Palliat Med*. 2016;33(6):599-612. doi:10.1177/1049909115586394
96. Lovell MR, Lockett T, Boyle FM, Phillips J, Agar M, Davidson PM. Patient education, coaching, and self-management for cancer pain. *J Clin Oncol*. 2014;32(16):1712-1720. doi:10.1200/JCO.2013.52.4850
97. Mehlsen M, Heegaard L, Frostholm L. A prospective evaluation of the Chronic Pain Self-Management Programme in a Danish population of chronic pain patients. *Patient Educ Couns*. 2015;98(5):677-680. doi:10.1016/j.pec.2015.01.008
98. Centers for Disease Control and Prevention. Managing Chronic Pain | Self-Management Education Programs | Learn More. Feel Better. <https://www.cdc.gov/learnmorefeelbetter/programs/chronic-pain.htm>. Accessed January 26, 2021.
99. ElMokhallalati Y, Mulvey MR, Bennett MI. Interventions to support self-management in cancer pain. *PAIN Reports*. 2018;3(6):e690. doi:10.1097/PR9.0000000000000690

100. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychol Med.* 2013;43(5):897-910. doi:10.1017/S003329171200147X
101. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21(9):655-679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
102. Beesdo K, Hoyer J, Jacobi F, Low NCP, Höfler M, Wittchen HU. Association between generalized anxiety levels and pain in a community sample: Evidence for diagnostic specificity. *J Anxiety Disord.* 2009;23(5):684-693. doi:10.1016/j.janxdis.2009.02.007
103. Hinz A, Krauss O, Hauss JP, et al. Anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2010;19(4):522-529. doi:10.1111/j.1365-2354.2009.01088.x
104. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: An American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol.* 2014;32(15):1605-1619. doi:10.1200/JCO.2013.52.4611
105. Cordova MJ, Riba MB, Spiegel D. Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry.* 2017;4(4):330-338. doi:10.1016/S2215-0366(17)30014-7
106. Shunmugasundaram C, Rutherford C, Butow PN, Sundaresan P, Dhillon HM. What are the optimal measures to identify anxiety and depression in people diagnosed with head and neck cancer (HNC): a systematic review. *J Patient-Reported Outcomes.* 2020;4(1). doi:10.1186/s41687-020-00189-7
107. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Fifth Edition. American Psychiatric Publishing; 2013.
108. Caruso R, Nanni MG, Riba M, et al. Depressive spectrum disorders in cancer: prevalence, risk factors and screening for depression: a critical review. *Acta Oncol (Madr).* 2017;56(2):146-155. doi:10.1080/0284186X.2016.1266090
109. Cardoso G, Graca J, Klut C, Trancas B, Papoila A. Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: a cross-sectional study. *Psychol Health Med.* 2016;21(5):562-570. doi:10.1080/13548506.2015.1125006

110. Massie MJ. Prevalence of Depression in Patients With Cancer EARLY STUDIES OF DEPRESSION IN CANCER PATIENTS. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2004;32(32):57-71. doi:10.1093/jncimonographs/lgh014
111. Sharpley CF, Christie DRH. An analysis of the psychometric profile and frequency of anxiety and depression in Australian men with prostate cancer. *Psychooncology.* 2007;16(7):660-667. doi:10.1002/pon.1118
112. Sharpley CF, Bitsika V, Christie DRH. "The Worst Thing Was...": Prostate Cancer Patients' Evaluations of Their Diagnosis and Treatment Experiences. *Am J Mens Health.* 2018;12(5):1503-1509. doi:10.1177/1557988318772752
113. Rising CJ, Bol N, Burke-Garcia A, Rains S, Wright KB. Perceived Stress in Online Prostate Cancer Community Participants: Examining Relationships with Stigmatization, Social Support Network Preference, and Social Support Seeking. *J Health Commun.* 2017;22(6):469-476. doi:10.1080/10810730.2017.1304471
114. Seitz DCM, Besier T, Debatin KM, et al. Posttraumatic stress, depression and anxiety among adult long-term survivors of cancer in adolescence. *Eur J Cancer.* 2010;46(9):1596-1606. doi:10.1016/j.ejca.2010.03.001
115. Thaker PH, Han LY, Kamat AA, et al. Chronic stress promotes tumor growth and angiogenesis in a mouse model of ovarian carcinoma. *Nat Med.* 2006;12(8):939-944. doi:10.1038/NM1447
116. Howell D, Keshavarz H, Esplen MJ, et al. Pan-Canadian practice guideline: Screening, assessment and management of psychosocial distress, depression and anxiety in adults with cancer. *CapoCa.* 2015;(August):1-344. https://www.capo.ca/wp-content/uploads/2010/10/Distress_guideline_CAPO_201507311.pdf%0Ahttp://www.capo.ca/
117. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(6):893-897. doi:10.1037//0022-006x.56.6.893
118. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4(6):561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
119. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092

120. Sheikh JI, Yesavage JA. 9/geriatric depression scale (Gds) recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol.* 1986;5(1-2):165-173. doi:10.1300/J018v05n01_09
121. Hamilton M. Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness. *Br J Soc Clin Psychol.* 1967;6(4):278-296. doi:10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x
122. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
123. Spielberger CD. *State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography.* 2nd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1989.
124. Park SC, Kim YK. Anxiety disorders in the DSM-5: Changes, controversies, and future directions. In: *Advances in Experimental Medicine and Biology.* Vol 1191. Springer; 2020:187-196. doi:10.1007/978-981-32-9705-0_12
125. Kessler RC, Wai TC, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
126. Block SD. Psychological issues in end-of-life care. *J Palliat Med.* 2006;9(3):751-772. doi:10.1089/jpm.2006.9.751
127. Tremblay A, Breitbart W. Psychiatric dimensions of palliative care. *Neurol Clin.* 2001;19(4):949-967. doi:10.1016/S0733-8619(05)70055-4
128. Kessler RC, Soukup J, Davis RB, et al. The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States. *Am J Psychiatry.* 2001;158(2):289-294. doi:10.1176/appi.ajp.158.2.289
129. Σκαπινάκης Π, Μπέλλος Σ, Σαμαρά Μ, Μαυρέας Β. *Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας Πρόγραμμα ΨΥΧΟΔΙΑΒΑΣΗ, Κατευθυντήριες Οδηγίες Ελλήνων Εμπειρογνομόνων Για Τη Φαρμακευτική Αντιμετώπιση Των Διαταραχών Άγχους Σε Ενηλίκους.* Αθήνα; 2017. <https://www.moh.gov.gr/articles/kentriko-symboylio-ygeias-ndash-kesy/kateythynthries-odhgies>.
130. Mercadante S, Aielli F, Adile C, et al. Sleep Disturbances in Patients with Advanced Cancer in Different Palliative Care Settings. *J Pain Symptom Manage.* 2015;50(6):786-792. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.06.018

131. Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Masedu F, Valenti M, Aielli F. Sleep disturbances in advanced cancer patients admitted to a supportive/palliative care unit. *Support Care Cancer*. 2017;25(4):1301-1306. doi:10.1007/s00520-016-3524-4
132. Cheshire and Merseyside Palliative and End of Life Care Network Audit Group. *Standards and Guidelines for the Management of Insomnia in Palliative Care*.; 2014.
133. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, et al. The relationship of subjective sleep quality, pain, and quality of life in advanced cancer patients. *Sleep*. 2007;30(6):737-742. doi:10.1093/sleep/30.6.737
134. Delgado-Guay M, Yennurajalingam S, Parsons H, Palmer JL, Bruera E. Association between self-reported sleep disturbance and other symptoms in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(5):819-827. doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.07.015
135. Nzwalo I, Aboim MA, Joaquim N, Marreiros A, Nzwalo H. Systematic Review of the Prevalence, Predictors, and Treatment of Insomnia in Palliative Care. *Am J Hosp Palliat Med*. 2020;37(11):957-969. doi:10.1177/1049909120907021
136. Ibáñez V, Silva J, Cauli O. A survey on sleep assessment methods. *PeerJ*. 2018;2018(5). doi:10.7717/peerj.4849
137. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological And Behavioral Treatment Of Insomnia: Update Of The Recent Evidence (1998–2004). *Sleep*. 2006;29(11):1398-1414. doi:10.1093/sleep/29.11.1398
138. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991;14(6):540-545. doi:10.1093/sleep/14.6.540
139. Douglass AB, Bornstein R, Nino-Murcia G, et al. The Sleep Disorders Questionnaire I: Creation and multivariate structure of SDQ. *Sleep*. 1994;17(2):160-167. doi:10.1093/sleep/17.2.160
140. Flemons WW, Whitelaw WA, Brant R, Remmers JE. Likelihood ratios for a sleep apnea clinical prediction rule. *Am J Respir Crit Care Med*. 1994;150(5 Pt 1):1279-1285. doi:10.1164/ajrccm.150.5.7952553
141. Weaver T, Laizner A, Evans L, et al. An instrument to measure functional status outcomes for disorders of excessive sleepiness. *Sleep*. 1997;20(10):835-843.

142. Ward Flemons W, Reimer MA. Development of a disease-specific health-related quality of life questionnaire for sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med.* 1998;158(2):494-503. doi:10.1164/ajrccm.158.2.9712036
143. Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, Clark K, Strohl KP. Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med.* 1999;131(7):485-491. doi:10.7326/0003-4819-131-7-199910050-00002
144. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Athens Insomnia Scale: Validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res.* 2000;48(6):555-560. doi:10.1016/S0022-3999(00)00095-7
145. Weaver TE, Maislin G, Dinges DF, et al. Self-efficacy in sleep apnea: Instrument development and patient perceptions of obstructive sleep apnea risk, treatment benefit, and volition to use continuous positive airway pressure. *Sleep.* 2003;26(6):727-732. doi:10.1093/sleep/26.6.727
146. Chung F, Yegneswaran B, Liao P, et al. STOP questionnaire: A tool to screen patients for obstructive sleep apnea. *Anesthesiology.* 2008;108(5):812-821. doi:10.1097/ALN.0b013e31816d83e4
147. Takegami M, Hayashino Y, Chin K, et al. Simple four-variable screening tool for identification of patients with sleep-disordered breathing. *Sleep.* 2009;32(7):939-948.
148. Chai-Coetzer CL, Antic NA, Rowland LS, et al. A simplified model of screening questionnaire and home monitoring for obstructive sleep apnoea in primary care. *Thorax.* 2011;66(3):213-219. doi:10.1136/thx.2010.152801
149. Monk TH, Reynolds CF, Kupfer DJ, et al. The Pittsburgh Sleep Diary. *J Sleep Res.* 1994;3(2):111-120. doi:10.1111/j.1365-2869.1994.tb00114.x
150. Carney CE, Buysse DJ, Ancoli-Israel S, et al. The consensus sleep diary: Standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep.* 2012;35(2):287-302. doi:10.5665/sleep.1642
151. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων. *Εθνικό Συνταγολόγιο.*; 2007. <https://www.eof.gr/>. Accessed February 6, 2021.
152. Sagha Zadeh R, Capezuti E, Eshelman P, Woody N, Tiffany J, Krieger AC. Non-pharmacological solutions to sleep and circadian rhythm disruption: Voiced bedside experiences of hospice and end-of-life staff caregivers. *BMC Palliat Care.* 2018;17(1):131. doi:10.1186/s12904-018-

153. World Health Organization. WHO definition of palliative care. *Cancer WHO Defin Palliat Care*. 1990.
154. Witt CM, Chiaramonte D, Berman S, et al. Defining Health in a Comprehensive Context: A New Definition of Integrative Health. *Am J Prev Med*. 2017;53(1):134-137. doi:10.1016/j.amepre.2016.11.029
155. Deng GE, Frenkel M, Cohen L, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for integrative oncology: complementary therapies and botanicals. *J Soc Integr Oncol*. 2009;7(3):85-120.
156. Witt CM, Balneaves LG, Cardoso MJ, et al. A Comprehensive Definition for Integrative Oncology. *JNCI Monogr*. 2017;2017(52):3-8. doi:10.1093/jncimonographs/lgx012
157. World Health Assembly 62. *Sixty-Second World Health Assembly, Geneva 18-22 May 2009: Resolutions and Decisions, Annexes*. Geneva; 2009. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/2878>. Accessed July 26, 2021.
158. Weidenhammer W, Lewith G, Falkenberg T, et al. EU FP7 project “CAMbrella” to build European research network for complementary and alternative medicine. *Forsch Komplementmed*. 2011;18(2):69-76. doi:10.1159/000327310
159. Wode K, Henriksson R, Sharp L, Stoltenberg A, Nordberg JH. Cancer patients' use of complementary and alternative medicine in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Complement Altern Med* 2019 191. 2019;19(1):1-11. doi:10.1186/S12906-019-2452-5
160. Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. 2005;16(4):655-663. doi:10.1093/ANNONC/MDI110
161. Jones E, Nissen L, McCarthy A, Steadman K, Windsor C. Exploring the Use of Complementary and Alternative Medicine in Cancer Patients. *Integr Cancer Ther*. 2019;18. doi:10.1177/1534735419854134
162. Perlman A, Lontok O, Huhmann M, Parrott JS, Simmons LA, Patrick-Miller L. Prevalence and Correlates of Postdiagnosis Initiation of Complementary and Alternative Medicine Among Patients at a Comprehensive Cancer Center. *J Oncol Pract*. 2013;9(1):34. doi:10.1200/JOP.2012.000634

163. Vapiwala N, Mick R, Hampshire M, Metz J, DeNittis A. Patient initiation of complementary and alternative medical therapies (CAM) following cancer diagnosis. *Cancer J.* 2006;12(6):467-474. doi:10.1097/00130404-200611000-00006
164. Weeks L, Balneaves LG, Paterson C, Verhoef M. Decision-making about complementary and alternative medicine by cancer patients: integrative literature review. *Open Med.* 2014;8(2):e54. /pmc/articles/PMC4085086/. Accessed December 19, 2021.
165. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Health Literacy: The Solid Facts.* Copenhagen; 2013. <http://www.euro.who.int/pubrequest>.
166. Davis EL, Oh B, Butow PN, Mullan BA, Clarke S. Cancer Patient Disclosure and Patient-Doctor Communication of Complementary and Alternative Medicine Use: A Systematic Review. *Oncologist.* 2012;17(11):1475-1481. doi:10.1634/theoncologist.2012-0223
167. Yun H, Sun L, Mao JJ. Growth of Integrative Medicine at Leading Cancer Centers Between 2009 and 2016: A Systematic Analysis of NCI-Designated Comprehensive Cancer Center Websites. *JNCI Monogr.* 2017;2017(52):29-32. doi:10.1093/jncimonographs/lgx004
168. Haller H, Anheyer D, Cramer H, Dobos G. Complementary therapies for clinical depression: An overview of systematic reviews. *BMJ Open.* 2019;9(8):e028527. doi:10.1136/bmjopen-2018-028527
169. NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine). *Expanding Horizons of Healthcare: Five-Year Strategic Plan 2001-2005.* NIH Publication No. 01-5001. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2000.
170. Ingham ED, Byers DC. *The Original Works of Eunice D. Ingham: Stories the Feet Can Tell Thru Reflexology and Stories the Feet Have Told Thru Reflexology.* 2nd ed. Ingham Pub; 1984.
171. Fan KW. Foot massage in Chinese medical history. *J Altern Complement Med.* 2006;12(1):1-3. doi:10.1089/acm.2006.12.1
172. Marquardt H. *Reflex Zone Therapy of the Feet - a Textbook for Therapists.* Vermont, : Thorsons ; 1984.
173. Fitzgerald WH, Bowers EF. Zone Therapy. The Project Gutenberg eBook 2017. <https://www.gutenberg.org/files/54553/54553-h/54553-h.htm>. Published 1917. Accessed August 9, 2021.

174. Tiran D, Mackereth PA. *Clinical Reflexology: A Guide for Integrated Practice*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, Elsevier.; 2011.
175. Hall N. *Principles of Reflexology: What It Is, How It Works, and What It Can Do for You*. Revised ed. London; Philadelphia: Singing Dragon; 2013.
176. Sudmeier I, Bodner G, Egger I, Mur E, Ulmer H, Herold M. [Changes of renal blood flow during organ-associated foot reflexology measured by color Doppler sonography]. *Forsch Komplementarmed*. 1999;6(3):129-134. doi:10.1159/000021238
177. Mur E, Schmidseider J, Egger I, et al. [Influence of reflex zone therapy of the feet on intestinal blood flow measured by color Doppler sonography]. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd*. 2001;8(2):86-89. doi:10.1159/000057201
178. Jones J, Thomson P, Lauder W, Howie K, Leslie S. Reflexology has an acute (immediate) haemodynamic effect in healthy volunteers: a double-blind randomised controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2012;18(4):204-211. doi:10.1016/J.CTCP.2012.03.006
179. Field T. *Touch*. 2nd ed. Cambridge, Massachusetts: A Bradford Book, The MIT Press.; 2014.
180. Gonzalez AP, Vasquez-Mendoza G, García-Vela A, Guzmán-Ramirez A, Salazar-Torres M, Romero-Gutierrez G. Weight Gain in Preterm Infants following Parent-Administered Vimala Massage: A Randomized Controlled Trial. *Am J Perinatol*. 2008;26(04):247-252. doi:10.1055/S-0028-1103151
181. Guzzetta A, Baldini S, Bancale A, et al. Massage Accelerates Brain Development and the Maturation of Visual Function. *J Neurosci*. 2009;29(18):6042-6051. doi:10.1523/JNEUROSCI.5548-08.2009
182. Wall P, Melzack R. *The Challenge of Pain*. 2nd Updated. London: Penguin Books (Penguin Science); 2008.
183. Poole H, Glenn S, Murphy P. A randomised controlled study of reflexology for the management of chronic low back pain. *Eur J Pain*. 2007;11(8):878-887. doi:10.1016/J.EJPAIN.2007.01.006
184. Babadi ME, Nazari F, Safari R, Abdoli S. The effect of reflexology on pain perception aspects in nurses with chronic low back pain in Isfahan. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016;21(5):487. doi:10.4103/1735-9066.193395

185. Stephenson N, Dalton J. Using reflexology for pain management. A review. *J Holist Nurs.* 2003;21(2):179-191. doi:10.1177/0898010103021002007
186. Oliveira BH De, Silva AQDA Da, Ludtke DD, et al. Foot Reflexotherapy Induces Analgesia in Elderly Individuals with Low Back Pain: A Randomized, Double-Blind, Controlled Pilot Study. *Evidence-based Complement Altern Med.* 2017;2017. doi:10.1155/2017/2378973
187. Sliz D, Smith A, Wiebking C, Northoff G, Hayley S. Neural correlates of a single-session massage treatment. *Brain Imaging Behav.* 2012;6(1):77-87. doi:10.1007/S11682-011-9146-Z
188. McCullough JEM, Liddle SD, Sinclair M, Close C, Hughes CM. The physiological and biochemical outcomes associated with a reflexology treatment: A systematic review. *Evidence-based Complement Altern Med.* 2014;2014. doi:10.1155/2014/502123
189. Gunnarsdottir TJ, Peden-McAlpine C. Effects of reflexology on fibromyalgia symptoms: A multiple case study. *Complement Ther Clin Pract.* 2010;16(3):167-172. doi:10.1016/J.CTCP.2010.01.006
190. Dolatian M, Hasanpour A, Montazeri S, Heshmat R, Majd HA. The Effect of Reflexology on Pain Intensity and Duration of Labor on Primiparas. *Iran Red Crescent Med J.* 2011;13(7):475. /pmc/articles/PMC3371987/. Accessed August 11, 2021.
191. Alameri R, Dean G, Castner J, Volpe E, Elghoneimy Y, Jungquist C. Efficacy of Precise Foot Massage Therapy on Pain and Anxiety Following Cardiac Surgery: Pilot Study. *Pain Manag Nurs.* 2020;21(4):314-322. doi:10.1016/J.PMN.2019.09.005
192. Razmjoo N, Hafizi Iotfabadi L, Yousefi F, Esmaeeli H, Azizi H, Lotfalizadeh M. Effect of Foot Reflexology on Pain and Anxiety in Women Following Elective Cesarean Section. 2012. http://ijogi.mums.ac.ir/article_5746.html. Accessed August 11, 2021.
193. Tuba K, Duygu G. The Effect of Foot Reflexology on Acute Pain in Infants: A Randomized Controlled Trial. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 2015;12(5):289-296. doi:10.1111/WVN.12099
194. Woodward S, Norton C, Barriball K. A pilot study of the effectiveness of reflexology in treating idiopathic constipation in women. *Complement Ther Clin Pract.* 2010;16(1):41-46. doi:10.1016/J.CTCP.2009.06.002
195. Lee, J, Han M, Chung Y, Kim J, Choi J. Effects of foot reflexology on fatigue, sleep and pain: a systematic review and meta-analysis. *J*

- Korean Acad Nurs.* 2011;41(6):821. doi:10.4040/JKAN.2011.41.6.821
196. Wang WL, Hung HY, Chen YR, et al. Effect of Foot Reflexology Intervention on Depression, Anxiety, and Sleep Quality in Adults: A Meta-Analysis and Metaregression of Randomized Controlled Trials. *Evidence-based Complement Altern Med.* 2020;2020. doi:10.1155/2020/2654353
 197. Johns C, Blake D, Sinclair A. Can reflexology maintain or improve the well-being of people with Parkinson's Disease? *Complement Ther Clin Pract.* 16:96-100. doi:10.1016/j.ctcp.2009.10.003
 198. Mackereth PA, Booth K, Hillier VF, Caress AL. Reflexology and progressive muscle relaxation training for people with multiple sclerosis: A crossover trial. *Complement Ther Clin Pract.* 2009;15(1):14-21. doi:10.1016/J.CTCP.2008.07.002
 199. Navaee, M, Khayat, S, Abed, ZG. Effect of pre-cesarean foot reflexology massage on anxiety of primiparous women. *J Complement Integr Med.* 2020;17(3). doi:10.1515/JCIM-2019-0229
 200. Atkins R, Harris P. Using reflexology to manage stress in the workplace: a preliminary study. *Complement Ther Clin Pract.* 2008;14(4):280-287. doi:10.1016/J.CTCP.2008.05.005
 201. Whatley J, Street R, Kay S. Experiences of breast cancer related lymphoedema and the use of reflexology for managing swelling: A qualitative study. *Complement Ther Clin Pract.* 2018;32:123-129. doi:10.1016/J.CTCP.2018.06.006
 202. Mackereth P, Carter A. Clinical leadership: developing the role of complementary therapy coordinators. *Complement Ther Clin Pract.* 2006;12(2):80-82. doi:10.1016/J.CTCP.2006.02.002
 203. O'Hara CS. *Core Curriculum for Reflexology in the United Kingdom.* Douglas Barry; 2006.
 204. Gordon JS. Mind-Body Medicine and Cancer. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2008;22(4):683-708. doi:10.1016/j.hoc.2008.04.010
 205. Pagnini F, Manzoni GM, Castelnuovo G, Molinari E. A brief literature review about relaxation therapy and anxiety. <https://doi.org/10.1080/174329792012750248>. 2013;8(2):71-81. doi:10.1080/17432979.2012.750248
 206. Posadzki P, Ernst E. Guided imagery for musculoskeletal pain.: A systematic review. *Clin J Pain.* 2011;27(7):648-653.

doi:10.1097/AJP.0b013e31821124a5

207. Benson H, Proctor WCN-R. B 2010. *Relaxation Revolution: Enhancing Your Personal Health through the Science and Genetics of Mind Body Healing*. 1st Scribn. New York: Scribner; 2010.
208. Dusek JA, Benson H. Mind-Body Medicine: A Model of the Comparative Clinical Impact of the Acute Stress and Relaxation Responses. *Minn Med*. 2009;92(5):47. /pmc/articles/PMC2724877/. Accessed August 13, 2021.
209. Leyro TM, Versella M V., Yang MJ, Brinkman HR, Hoyt DL, Lehrer P. Respiratory therapy for the treatment of anxiety: Meta-analytic review and regression. *Clin Psychol Rev*. 2021;84(November 2020):101980. doi:10.1016/j.cpr.2021.101980
210. Chen Y-F, Huang X-Y, Chien C-H, Cheng J-F. The Effectiveness of Diaphragmatic Breathing Relaxation Training for Reducing Anxiety. *Perspect Psychiatr Care*. 2017;53(4):329-336. doi:10.1111/PPC.12184
211. Torales J, O'Higgins M, Barrios I, González I, Almirón M. An Overview of Jacobson's Progressive Muscle Relaxation in Managing Anxiety Mental Health. *Rev Argentina Clínica Psicológica*. 2020;XXIX(3):17-23. doi:10.24205/03276716.2020.748
212. Walsh R, Shapiro SL. The meeting of meditative disciplines and western psychology: A mutually enriching dialogue. *Am Psychol*. 2006;61(3):227-239. doi:10.1037/0003-066X.61.3.227
213. Chan RR, Larson JL. Meditation Interventions for Chronic Disease Populations: A Systematic Review. *J Holist Nurs*. 2015;33(4):351-365. doi:10.1177/0898010115570363
214. Britton WB. Can mindfulness be too much of a good thing? The value of a middle way. 2019. doi:10.1016/j.copsyc.2018.12.011
215. Bonadonna R. Meditation's impact on chronic illness. *Holist Nurs Pract*. 2003;17(6):309-319. doi:10.1097/00004650-200311000-00006
216. Saydah SH, Eberhardt MS. Use of complementary and alternative medicine among adults with chronic diseases: United States 2002. *J Altern Complement Med*. 2006;12(8):805-812. doi:10.1089/ACM.2006.12.805
217. Lagopoulos J, Xu J, Rasmussen I, et al. Increased theta and alpha EEG activity during nondirective meditation. *J Altern Complement Med*. 2009;15(11):1187-1192. doi:10.1089/acm.2009.0113

218. Creswell JD, Lindsay EK, Villalba DK, Chin B. Mindfulness Training and Physical Health: Mechanisms and Outcomes. *Psychosom Med.* 2019;81(3):224. doi:10.1097/PSY.0000000000000675
219. Zeidan F, Adler-Neal AL, Wells RE, et al. Mindfulness-Meditation-Based Pain Relief Is Not Mediated by Endogenous Opioids. *J Neurosci.* 2016;36(11):3391. doi:10.1523/JNEUROSCI.4328-15.2016
220. Kachan D, Olano H, Tannenbaum SL, et al. Prevalence of mindfulness practices in the US Workforce: National Health Interview Survey. *Prev Chronic Dis.* 2017;14(1):1-12. doi:10.5888/pcd14.160034
221. Antall GF, Kresevic D. The use of guided imagery to manage pain in an elderly orthopaedic population. *Orthop Nurs.* 2004;23(5):335-340. doi:10.1097/00006416-200409000-00012
222. Syrjala KL, Donaldson GW, Davis MW, Kippes ME, Carr JE. Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain.* 1995;63(2):189-198. doi:10.1016/0304-3959(95)00039-U
223. Haase O, Schwenk W, Hermann C, Müller JM. Guided Imagery and Relaxation in Conventional Colorectal Resections: A Randomized, Controlled, Partially Blinded Trial: *Dis Colon Rectum.* 2005;48(10):1955-1963. doi:10.1007/s10350-005-0114-9
224. Lyles JN, Burish TG, Krozely MG, Oldham RK. Efficacy of relaxation training and guided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. *J Consult Clin Psychol.* 1982;50(4):509-524. doi:10.1037//0022-006X.50.4.509
225. Walker L, Walker M, Ogston K, et al. Psychological, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy. *Br J Cancer.* 1999;80(1-2):262-268. doi:10.1038/SJ.BJC.6690349
226. Yoo H, Ahn, SH, Kim S, Kim W, Han O. Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. *Support Care Cancer.* 2005;13(10):826-833. doi:10.1007/S00520-005-0806-7
227. Astin JA. Mind-body therapies for the management of pain. *Clin J Pain.* 2004;20(1):27-32. doi:10.1097/00002508-200401000-00006
228. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole S, Huibers M, Berking M, Andersson G. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-

- analysis. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(2):130-140. doi:10.1016/j.cpr.2014.01.002
229. Richardson I, Casey V, Mccaffery F, Burton J, Beecham S. A Process Framework for Global Software Engineering Teams. *Inf Softw Technol.* 2012;12. doi:10.1016/j.infsof.2012.05.002
230. Frank DL, Khorshid L, Kiffer JF, Moravec CS, McKee MG. Biofeedback in medicine: who, when, why and how? *Ment Health Fam Med.* 2010;7(2):85. /pmc/articles/PMC2939454/. Accessed August 20, 2021.
231. Bhasin MK, Dusek JA, Chang BH, et al. Relaxation Response Induces Temporal Transcriptome Changes in Energy Metabolism, Insulin Secretion and Inflammatory Pathways. *PLoS One.* 2013;8(5). doi:10.1371/journal.pone.0062817
232. Esch T, Fricchione GL, Stefano GB. The therapeutic use of the relaxation response in stress-related diseases. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* 2003;9(2)(March):: 23-34.
233. Charalambous A, Giannakopoulou M, Bozas E, Marcou Y, Kitsios P, Paikousis L. Guided Imagery And Progressive Muscle Relaxation as a Cluster of Symptoms Management Intervention in Patients Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial. *PLoS One.* 2016;11(6). doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0156911
234. Arakawa S. Relaxation to reduce nausea, vomiting, and anxiety induced by chemotherapy in Japanese patients. *Cancer Nurs.* 1997;20(5):342-349. doi:10.1097/00002820-199710000-00005
235. Kwekkeboom K, Wanta B, Bumpus M. Individual difference variables and the effects of progressive muscle relaxation and analgesic imagery interventions on cancer pain. *J Pain Symptom Manage.* 2008;36(6):604-615. doi:10.1016/J.JPAINSYMMAN.2007.12.011
236. Pelekasis P, Matsouka I, Koumarianou A. Progressive muscle relaxation as a supportive intervention for cancer patients undergoing chemotherapy: A systematic review. *Palliat Support Care.* 2017;15(4):465-473. doi:10.1017/S1478951516000870
237. Kapogiannis A, Tsoli S, Chrousos G. Investigating the Effects of the Progressive Muscle Relaxation-Guided Imagery Combination on Patients with Cancer Receiving Chemotherapy Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *EXPLORE.* 2018;14(2):137-143. doi:10.1016/j.explore.2017.10.008
238. McVicar A, Greenwood C, Ellis C, Leforis C. Influence of Study Design

- on Outcomes Following Reflexology Massage: An Integrative and Critical Review of Interventional Studies. *J Altern Complement Med.* 2016;22(9):739-750. doi:10.1089/acm.2016.0015
239. Wang D, Bakhai A. *Clinical Trials: A Practical Guide to Design, Analysis, and Reporting*. 1st edition. (Wang D, Bakhai A, eds.). London: Remedica; 2006.
 240. Carlson LE, Zelinski E, Toivonen K, et al. Mind-Body Therapies in Cancer: What Is the Latest Evidence? *Curr Oncol Rep.* 2017;19(10). doi:10.1007/s11912-017-0626-1
 241. Ernst EK. Complementary therapies in supportive oncology. In: *Supportive Oncology*. Elsevier; 2011:464-470. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B978143771015100045X>.
 242. Gunnarsdottir TJ, Jonsdottir H. Does the experimental design capture the effects of complementary therapy? A study using reflexology for patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *J Clin Nurs.* 2007;16(4):777-785. doi:10.1111/J.1365-2702.2006.01634.X
 243. Quattrin R, Zanini A, Buchini S, et al. Use of reflexology foot massage to reduce anxiety in hospitalized cancer patients in chemotherapy treatment: Methodology and outcomes. *J Nurs Manag.* 2006;14(2):96-105. doi:10.1111/j.1365-2934.2006.00557.x
 244. Özdelikara A, Tan M. The effect of reflexology on the quality of life with breast cancer patients. *Complement Ther Clin Pract.* 2017;29:122-129. doi:10.1016/j.ctcp.2017.09.004
 245. Wyatt G, Sikorskii A, Tesnjak I, et al. A Randomized Clinical Trial of Caregiver-Delivered Reflexology for Symptom Management During Breast Cancer Treatment. *J Pain Symptom Manage.* 2017;54(5):670-679. doi:10.1016/J.JPAINSYMMAN.2017.07.037
 246. Samancioglu Baglama S, Bakir E. Caregiver-Delivered Foot Reflexology: Effects on Patients and Caregivers. *Holist Nurs Pract.* 2019;33(6):338-345. doi:10.1097/HNP.0000000000000351
 247. Sikorskii A, Niyogi PG, Victorson D, Tamkus D, Wyatt G. Symptom response analysis of a randomized controlled trial of reflexology for symptom management among women with advanced breast cancer. *Support Care Cancer* 2019 283. 2019;28(3):1395-1404. doi:10.1007/S00520-019-04959-Y
 248. Zengin L, Aylaz R. The effects of sleep hygiene education and reflexology on sleep quality and fatigue in patients receiving

- chemotherapy. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019;28(3). doi:10.1111/ECC.13020
249. Mantoudi A, Parpa E, Tsilika E, et al. Complementary Therapies for Patients with Cancer: Reflexology and Relaxation in Integrative Palliative Care. A Randomized Controlled Comparative Study. *J Altern Complement Med*. 2020;26(9):792-798. doi:10.1089/ACM.2019.0402
250. Wyatt G, Lehto R, Guha-Niyogi P, et al. Reflexology and meditative practices for symptom management among people with cancer: Results from a sequential multiple assignment randomized trial. *Res Nurs Health*. 2021. doi:10.1002/NUR.22169
251. Wyatt G, Sikorskii A, Rahbar MH, Victorson D, You M. Health-related quality-of-life outcomes: a reflexology trial with patients with advanced-stage breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2012;39(6):568-577. doi:10.1188/12.ONF.568-577
252. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Support Care Cancer*. 2004;12(12):821-825. doi:10.1007/s00520-004-0698-y
253. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale--a review of validation data and clinical resultsC,. *J Psychosom Res*. 1997;42(1):17-41. doi:10.1016/S0022-3999(96)00216-4
254. Ware J, Kosinski M, Keller S. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;34(3):220-233. doi:10.1097/00005650-199603000-00003
255. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Tountas Y. Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Heal Qual Life Outcomes* 2007 51. 2007;5(1):1-9. doi:10.1186/1477-7525-5-55
256. Beck SL, Schwartz AL, Towsley G, Dudley W, Barsevick A. Psychometric evaluation of the Pittsburgh sleep quality index in cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2004;27(2):140-148. doi:10.1016/j.jpainsymman.2003.12.002
257. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, et al. Sleep quality in advanced cancer patients. *J Psychosom Res*. 2007;62(5):527-533. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.11.008
258. Cleeland CS. *The Brief Pain Inventory User Guide*. Houston; 1991.

www.mdanderson.org. Accessed August 26, 2021.

259. Wyatt G, Sikorskii A, Rahbar MH, Victorson D, Adams L. Intervention fidelity: aspects of complementary and alternative medicine research. *Cancer Nurs.* 2010;33(5):331-342. doi:10.1097/NCC.0B013E3181D0B4B7
260. Frambes D, Lehto R, Sikorskii A, Tesnjak I, Given B, Wyatt G. Fidelity scorecard: evaluation of a caregiver-delivered symptom management intervention. *J Adv Nurs.* 2017;73(8):2012-2021. doi:10.1111/JAN.13266
261. Cleary J, Gelband H, Wagner J. Cancer Pain Relief. In: Gelband H, Prabhat J, Rengaswamy S, Horton S, eds. *Cancer: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 3)*. 3rd ed. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26913339>. Accessed November 22, 2021.
262. Doyle D, Hanks G, Cherny NI., Calman K. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. (Doyle D, Hanks G, Cherny NI., Calman K, eds.). Oxford: Oxford University Press; 2004.
263. Fredheim OM, Skurtveit S, Sjøgren P, Aljabri B, Hjellvik V. Prescriptions of analgesics during chronic cancer disease trajectories: A complete national cohort study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2021;30(11):1504-1513. doi:10.1002/PDS.5329
264. Fredheim OMS, Brelin S, Hjerstad MJ, et al. Prescriptions of analgesics during complete disease trajectories in patients who are diagnosed with and die from cancer within the five-year period 2005–2009. *Eur J Pain.* 2017;21(3):530-540. doi:10.1002/EJP.956
265. Paque K, Elseviers M, Vander Stichele R, et al. Changes in medication use in a cohort of patients with advanced cancer: The international multicentre prospective European Palliative Care Cancer Symptom study. *Palliat Med.* 2018;32(4):775-785. doi:10.1177/0269216317746843
266. Tsay S-L, Chen H-L, Chen S-C, Lin H-R, Lin K-C. Effects of Reflexotherapy on Acute Postoperative Pain and Anxiety Among Patients With Digestive Cancer: *Cancer Nurs.* 2008;31(2):109-115. doi:10.1097/01.NCC.0000305694.74754.7b
267. Khorsand A, Tadayonfar MAR, Badiie S, Aghaee MA, Azizi H, Baghani S. Evaluation of the Effect of Reflexology on Pain Control and Analgesic Consumption After Appendectomy. *J Altern Complement Med.*

- 2015;21(12):774-780. doi:10.1089/ACM.2014.0270
268. Kielar K, Drzał-Grabiec J, Truszczyńska A, Twarowska N. The effects of reflexology on joint pain and disability in patients with osteoarthritis of the hip joints. *Adv Rehabil.* 2018;31(3):29-40.
269. Tiran D, Chummun H. The physiological basis of reflexology and its use as a potential diagnostic tool. *Complement Ther Clin Pract.* 2005;11(1 SPEC. ISS.):58-64. doi:10.1016/J.CTNM.2004.07.007
270. Azzani M, Roslani AC, Su TT. The perceived cancer-related financial hardship among patients and their families: a systematic review. *Support Care Cancer.* 2015;23(3):889-898. doi:10.1007/S00520-014-2474-Y
271. Yousuf Zafar S, McNeil RB, Thomas CM, Lathan CS, Ayanian JZ, Provenzale D. Population-based assessment of cancer survivors' financial burden and quality of life: a prospective cohort study. *J Oncol Pract.* 2015;11(2):145-150. doi:10.1200/JOP.2014.001542
272. Σωματείο Επαγγελματιών Ρεφλεξολόγων. Εγκύκλιος Εκπαίδευσης ΣΕΡ. <https://www.reflexology.gr/εγκύκλιος-εκπαίδευσης/>. Accessed October 31, 2021.
273. Song Q-H, Xu R-M, Zhang Q-H, Ma M, Zhao X-P. Relaxation training during chemotherapy for breast cancer improves mental health and lessens adverse events. *Int J Clin Exp Med.* 2013;6(10):979. /pmc/articles/PMC3832338/. Accessed October 16, 2021.
274. Yilmaz S, Arslan, S. Effects of progressive relaxation exercises on anxiety and comfort of Turkish breast cancer patients receiving chemotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(1):217-220. doi:10.7314/APJCP.2015.16.1.217
275. Charalambous A, Giannakopoulou M, Bozas E, Paikousis L. A Randomized Controlled Trial for the Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation and Guided Imagery as Anxiety Reducing Interventions in Breast and Prostate Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015;2015. doi:10.1155/2015/270876
276. Kurt S, Can G. Reflexology in the management of chemotherapy induced peripheral neuropathy: A pilot randomized controlled trial. *Eur J Oncol Nurs.* 2018;32(October 2017):12-19. doi:10.1016/j.ejon.2017.11.001
277. Chen, SF, Wang H, Yang H, Chung U. Effect of Relaxation With Guided

- Imagery on The Physical and Psychological Symptoms of Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Iran Red Crescent Med J.* 2015;17(11). doi:10.5812/IRCMJ.31277
278. Lee EJ, Bhattacharya J, Sohn C, Verres R. Monochord sounds and progressive muscle relaxation reduce anxiety and improve relaxation during chemotherapy: A pilot EEG study. *Complement Ther Med.* 2012;20(6):409-416. doi:10.1016/j.ctim.2012.07.002
279. Isa M, Moy F, Abdul Razack, AH, Zainuddin Z, Zainal N. Impact of applied progressive deep muscle relaxation training on the level of depression, anxiety and stress among prostate cancer patients: a quasi-experimental study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14(4):2237-2242. doi:10.7314/APJCP.2013.14.4.2237
280. Charalambous A, Giannakopoulou M, Bozas E, Marcou Y, Kitsios P, Paikousis L. Guided Imagery And Progressive Muscle Relaxation as a Cluster of Symptoms Management Intervention in Patients Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial. *PLoS One.* 2016;11(6):e0156911. doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0156911
281. Mao JJ. Advancing the Global Impact of Integrative Oncology. *JNCI Monogr.* 2017;2017(52):1-2. doi:10.1093/JNCIMONOGRAPHS/LGX001
282. Pathak P, Mahal R, Kohli A, Nimbran V. Progressive Muscle Relaxation: An adjuvant therapy for reducing pain and fatigue among hospitalized cancer patients' receiving radiotherapy. *Int J Adv Nurs Stud.* 2013;2(2):58-65. doi:10.14419/ijans.v2i2.715
283. Savard, J, Ivers, H, Villa, J, Caplette-Gingras A, Morin C. Natural course of insomnia comorbid with cancer: an 18-month longitudinal study. *J Clin Oncol.* 2011;29(26):3580-3586. doi:10.1200/JCO.2010.33.2247
284. Garland S, Johnson A, Savard J, et al. Sleeping well with cancer: a systematic review of cognitive behavioral therapy for insomnia in cancer patients. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014;10:1113-1123. doi:10.2147/NDT.S47790
285. Demiralp M, Oflaz F, Komurcu, S. Effects of relaxation training on sleep quality and fatigue in patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. *J Clin Nurs.* 2010;19(7-8):1073-1083. doi:10.1111/J.1365-2702.2009.03037.X
286. Die Trill M. Anxiety and sleep disorders in cancer patients. *EJC Suppl.* 2013;11(2):216. doi:10.1016/J.EJCSUP.2013.07.009

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. Έγκριση μελέτης από την Επιτροπή Έρευνας του Αρεταίειου Νοσοκομείου
2. Έντυπο συγκατάθεσης
3. Ερωτηματολόγια
4. Εγκρίσεις χρήσης ερωτηματολογίων
5. Πρωτόκολλο εφαρμογής ρεφλεξολογίας κατά Bayly
6. Πρωτόκολλο εφαρμογής χαλάρωσης κατά Benson
7. Φυλλάδιο πληροφόρησης για την ρεφλεξολογία και τη χαλάρωση

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1



Αρεταίειο Νοσοκομείο 1858

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ – ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πρόεδρος : *Ι.Βασιλείου*

Γραμματέας : *Γ.Φραγκουλίδης*

Μέλη : *Α. Κόνδη-Παφίτη, Ε. Αργύρα*

Ν. Βλάχος, Ε. Κουσακούνη, Α. Κουρέας

Αθήνα 30/10/2014

Προς την κυρία
Μαντούδη Αλεξάνδρα Ξένη
Καθηγήτρια Νοσηλευτικής
Αρεταίειο νοσοκομείο

Κυρία Μαντούδη

Η Επιτροπή Έρευνας του *Αρεταίειου νοσοκομείου* στη σημερινή της συνεδρίαση, η οποία έγινε παράλληλα και με την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας, μελέτησε την αίτηση σας για το ερευνητικό πρωτόκολλο με τίτλο :

Ρεφλεξολογία και Ανακουφιστική Φροντίδα: Η επίδραση της Ρεφλεξολογίας στο άγχος, τον πόνο, την ποιότητα ύπνου, και την ποιότητα ζωής ογκολογικών ασθενών στην κοινότητα.

Η επιτροπή κάνει αποδεκτό το αίτημα σας με τις εξής προϋποθέσεις: να μην έχετε οικονομικές απαιτήσεις για την εκτέλεση του , να είναι σύμφωνο με τη νομοθεσία και να έχετε κάλυψη αστικής ευθύνης. Για τις κλινικές μελέτες να υπάρχει ειδικό έντυπο συναίνεσης του αρρώστου.

Το καταχώρισε στο αρχείο της με τον αριθμό : B-81/30-10-2014 .

Ο Πρόεδρος
Ι. Βασιλείου
Ι.Βασιλείου

Βασ. Σοφίας 76
115 28 Αθήνα

e-mail: ianvass@med.uoa.gr

τηλέφωνο: +302107286156
κινητό: +3069545754

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Έντυπο Ατομικής Συγκατάθεσης για Συμμετοχή σε Έρευνα

Καλείστε να συμμετάσχετε στην έρευνα «Ρεφλεξολογία και Ανακουφιστική Φροντίδα» που θα διεξαχθεί στη Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής «Τζένη Καρέζη» του Εργαστηρίου Ακτινολογίας του Αρεταίου Νοσοκομείου υπό την επίβλεψη της Υπεύθυνης της Μονάδας καθηγήτριας κας Κ. Μυστακίδου.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί η σχέση της ρεφλεξολογίας με το άγχος, τον πόνο, την ποιότητα του ύπνου και την ποιότητα ζωής ατόμων που πάσχουν από καρκίνο όταν αυτή εφαρμόζεται παράλληλα με τη συνήθη φαρμακευτική τους, ή άλλη αγωγή. Προς αποφυγή της ταυτοποίησης των ατόμων που θα συμμετάσχουν στην έρευνα, το όνομα κάθε συμμετέχοντα θα αντικαθίσταται με κωδικό.

Το δείγμα θα χωρίζεται σε τρεις ίσες ομάδες: Ομάδα παρέμβασης με εφαρμογή Ρεφλεξολογίας, Ομάδα σύγκρισης με εφαρμογή χαλάρωσης και Ομάδα ελέγχου. Η συνολική διάρκεια παρακολούθησης κάθε ομάδας θα είναι 8 εβδομάδες. Και οι τρεις ομάδες θα υπόκεινται στη συνήθη τους αγωγή.

Ευχαριστώ,

Α. Μαντούδη

Υποψήφια διδάκτωρ

Συμφωνώ να λάβω μέρος στην παραπάνω έρευνα.

Όνομα:

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Σύστημα βαθμονόμησης ECOG/WHO/Zubrod	
0	Ασυμπτωματικός, πλήρους δραστηριότητας, ικανός να διεξάγει όλες τις δραστηριότητες, όπως προ νόσησης, χωρίς περιορισμούς
1	Συμπτωματικός, αλλά πλήρως ικανός. Μπορεί να εκτελέσει σωματική δραστηριότητα επιπέδου μη ασκημένου υγιούς ατόμου, όπως οικιακά ή εργασία γραφείου.
2	Συμπτωματικός. <50% της διάρκειας της ημέρας παραμένει κλινήρης. Μπορεί να αυτοεξυπηρετείται, αλλά δεν μπορεί να εκτελέσει οποιοδήποτε έργο. Παραμένει κλινήρης για διάστημα μικρότερο του 50% των ωρών εγρηγόρευσης
3	Συμπτωματικός. Κλινήρης για διάστημα >50% της διάρκειας της ημέρας. Παραμένει κλινήρης ή καθήμενος σε πολυθρόνα, για διάστημα >50% της διάρκειας της ημέρας.
4	Πλήρως ανίκανος. Παραμένει κλινήρης. Δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί. Πλήρως καθηλωμένος στο κρεβάτι ή σε πολυθρόνα.

Ελληνικό Συνοπτικό Ερωτηματολόγιο Πόνου

5. Παρακαλώ βαθμολογήστε τον πόνο σας κατά μέσο όρο βάζοντας κύκλο σε έναν αριθμό που τον περιγράφει καλύτερα

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Απουσία πόνου						Ο χειρότερος πόνος που μπορείτε να φανταστείτε				

6. Παρακαλώ βαθμολογήστε τον πόνο σας βάζοντας κύκλο σε έναν αριθμό που δείχνει πόσο πονάτε **τώρα**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Απουσία πόνου						Ο χειρότερος πόνος που μπορείτε να φανταστείτε				

9. Βάλτε σε κύκλο έναν αριθμό που περιγράφει πώς, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 24 ωρών, ο πόνος παρεμβαίνει στη γενική δραστηριότητα

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Δεν παρεμβαίνει						Παρεμβαίνει πλήρως				

Η υγεία και η ευημερία σας

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου!

Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
▼	▼	▼

- Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία..... 1 2 3
- Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια..... 1 2 3

3. Την τελευταία εβδομάδα, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
• <u>Καταφέρατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Περιορίσατε <u>το είδος</u> δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Την τελευταία εβδομάδα, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
• <u>Κάνατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ότι συνήθως.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Την τελευταία εβδομάδα, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SF-12v2© Health Survey © 2003, 2012 Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
 SF-12© is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
 (SF-12v2© Health Survey Acute, Greece (Greek))

6. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς τα πράγματα πήγαιναν με σας την τελευταία εβδομάδα. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Την τελευταία εβδομάδα, για πόσο χρονικό διάστημα...

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
• Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Την τελευταία εβδομάδα, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας!

Δείκτης Ποιότητας Ύπνου του Pittsburgh (ΔΠΥ)

Οδηγίες: Οι ακόλουθες ερωτήσεις σχετίζονται με τις συνήθειες ύπνου τις οποίες είχατε κατά τη διάρκεια μόνου του περασμένου μήνα. Οι απαντήσεις σας θα πρέπει να είναι ακριβείς για την πλειοψηφία των ημερών και νυκτών του περασμένου μήνα. Παρακαλώ, απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα,

1. Πότε συνήθως πηγαίνατε για ύπνο; _____
2. Πόση ώρα (σε λεπτά) σας έπαιρνε για να κοιμηθείτε, κάθε βράδυ; _____
3. Συνήθως το πρωί τι ώρα ξυπνούσατε; _____
4. Πόσες ώρες κοιμόσασταν πραγματικά κατά τη διάρκεια της νύκτας; (Μη περιλαμβανομένων των ωρών που βρισκόσασταν, άυπνοι στο κρεβάτι; _____

5. Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, πόσο συχνά αντιμετωπίσατε προβλήματα ύπνου διότι	Όχι κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα (0)	Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα (1)	Μία ή δύο φορές την εβδομάδα (2)	Τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα (3)
α. δεν μπορούσατε να κοιμηθείτε μέσα σε 30 λεπτά;				
β. ξυπνούσατε κατά τα μεσάνυχτα ή πολύ νωρίς το πρωί;				
γ. έπρεπε να σηκωθείτε για τουαλέτα;				
δ. δεν μπορούσατε να αναπνεύσετε ικανοποιητικά;				
ε. είχατε βήχα ή ροχαλιζατε-δυνατά;				
στ. κρυώνατε υπερβολικά;				
ζ. ζεσταινόσασταν υπερβολικά;				
η. βλέπατε άσχημα όνειρα;				
θ. πονούσατε;				
ι. · άλλες αιτίες. Παρακαλώ περιγράψτε τις αναφέροντας και πόσο συχνά είχατε δυσκολία στον ύπνο λόγω αυτών των αιτιών:				
6. Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα πόσο συχνά παίρνατε υπνογόνα φάρμακα;				
7. Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα πόσο συχνά αντιμετωπίσατε πρόβλημα να μείνετε ξύπνιος/α όταν οδηγούσατε, τρώγατε ή σε κάποια κοινωνική δραστηριότητα;				
8. Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα πόσο δύσκολο σας ήταν να διατηρήσετε τη διάθεσή σας να κάνετε διάφορα πράγματα;				
	Πολύ καλή (0)	Σχεδόν καλή (1)	Σχεδόν κακή (2)	Κακή
9. Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα πως θα βαθμολογούσατε την συνολική ποιότητα του ύπνου σας;				

K. Mystakidou, E. Parpa, E. Tsilika, M. Pathiaki, E. Patiraki, A. Galanos, L. Vlahos.
Sleep quality in advanced cancer patients. J Psychosom Res 62 (2007) 527-533

Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (ΝΚΑΚ)

Όνομα:

Ημερομηνία:

Οι γιατροί γνωρίζουν ότι τα συναισθήματα παίζουν σημαντικό ρόλο στις περισσότερες ασθένειες. Εάν ο γιατρός σας είναι γνώστης αυτών, θα μπορέσει να σας βοηθήσει περισσότερο. Αυτό το εργατηματολόγιο σχεδιάστηκε για να βοηθήσει το θεράποντα ιατρό να μάθει πως αισθανεστε. Διαβάστε προσεχτικά την κάθε ερώτηση και υπογραμμίστε την απάντηση που σας ταιριάζει σχετικά με το πώς αισθανθήκατε την περασμένη εβδομάδα.

	A	Αισθάνομαι ένταση
	3	Τον περισσότερο καιρό
	2	Συχνά
	1	Κάποιες φορές-περιστασιακά
	0	Καθόλου
		Συνεχίζουν να με ευχαριστούν τα πράγματα που με ευχαριστούσαν και στο παρελθόν
K	0	Ναι, σίγουρα, όπως και πριν
	1	Όχι τόσο πολύ
	2	Λίγο
	3	Καθόλου
		Αισθάνομαι κάπως φοβισμένος/η με την ιδέα ότι κάτι τρομερό θα συμβεί
	A	
	3	Πάρα πολύ
	2	Ναι, αλλά όχι τόσο πολύ
	1	Λίγο, αλλά δεν με ανησυχεί
	0	Καθόλου
		Μπορώ να χαμογέλω και να βλέπω την χιουμοριστική πλευρά των πραγμάτων
K	0	Τόσο, όσο πάντοτε
	1	Όχι τόσο πολύ πλέον
	2	Σίγουρα όχι τόσο τώρα πια
	3	Καθόλου
		Περνούν από το μυαλό μου σκέψεις που με ανησυχούν
	A	
	3	Τον περισσότερο χρόνο
	2	Αρκετό χρόνο
	1	Κάποιες φορές αλλά όχι τόσο συχνά
	0	Μόνον περιστασιακά
		Αισθάνομαι χαρούμενος/η
K	3	Καθόλου
	2	Όχι συχνά
	1	Μερικές φορές
	0	Τις περισσότερες φορές
		Μπορώ να κάθομαι αναπαυτικά και να χαλαρώνω
	A	
	0	Βεβαιότατα
	1	Συχνά
	2	Όχι συχνά
	3	Καθόλου

(Συνεχίζεται)

K		Αισθάνομαι καταβεβλημένος/η
3		Σχεδόν συνέχεια
2		Πολύ συχνά
1		Μερικές φορές
0		Καθόλου
	A	Αισθάνομαι κάπως φοβισμένος/η σαν να έχω «ταραχή» στο στομάχι
	0	Καθόλου
	1	Περιστασιακά
	2	Αρκετά συχνά
	3	Πολύ συχνά
K		Έχω χάσει το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου
3		Σίγουρα
2		Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε
1		Ίσως, και να μην τη φροντίζω
0		Τη φροντίζω όπως πάντα
	A	Αισθάνομαι ανήσυχος/η σαν να πρέπει να είμαι σε συνεχή κίνηση
	3	Πάρα πολύ
	2	Αρκετά
	1	Όχι τόσο πολύ
	0	Καθόλου
K		Αναμένω με ευχαρίστηση να συμβούν διάφορα
0		Τόσο, όπως πάντα
1		Κάπως λιγότερο από ότι συνήθιζα
2		Πολύ λιγότερο από ότι συνήθιζα
3		Καθόλου
	A	Αντιμετωπίζω αιφνίδια αισθήματα πανικού
	3	Πολύ συχνά
	2	Αρκετά συχνά
	1	Όχι τόσο συχνά
	0	Καθόλου
K		Μπορώ να ευχαριστηθώ με: ένα καλό βιβλίο, καλή μουσική ή ένα καλό τηλεοπτικό πρόγραμμα
0		Συχνά
1		Μερικές φορές
2		Όχι τόσο συχνά
3		Πολύ σπάνια

Τώρα ελέγξτε εάν έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις

ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟΝ

K (8-10) _____

A (8-10) _____

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

20 /7/2014

Αγαπητή κυρία Μυστακίδου,

Παρακαλώ να μου επιτρέψετε να χρησιμοποιήσω τα ερωτηματολόγια **Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης, Ελληνικό Συνοπτικό Ερωτηματολόγιο Πόνου και Δείκτης Ποιότητας Ύπνου του Pittsburgh**, που έχουν σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από εσάς και την ομάδα σας, στη διδακτορική μου διατριβή. Αυτή έχει θέμα «**Ρεφλεξολογία και Ανακουφιστική Φροντίδα: Η επίδραση της Ρεφλεξολογίας στο άγχος, τον πόνο, την ποιότητα ύπνου, και την ποιότητα ζωής ογκολογικών ασθενών στην κοινότητα**».

Ευχαριστώ πολύ,

Αλεξάνδρα Μαντούδη

6/8/2014

Κυρία Μαντούδη καλησπέρα σας,

Σε συνέχεια του αιτήματός σας για τη χρήση των ερωτηματολογίων:

- Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης,
- Ελληνικό Συνοπτικό Ερωτηματολόγιο Πόνου και
- Δείκτης Ποιότητας Ύπνου του Pittsburgh

στη διδακτορική σας διατριβή με θέμα "Ρεφλεξολογία και Ανακουφιστική Φροντίδα: Η επίδραση της Ρεφλεξολογίας στο άγχος, τον πόνο, την ποιότητα ύπνου, και την ποιότητα ζωής ογκολογικών ασθενών στην κοινότητα", θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι σας παραχωρούμε την άδεια χρήσης τους.

Με εκτίμηση,

Κυριακή Μυστακίδου
Καθηγήτρια Ανακουφιστικής Αγωγής
Ιατρική Σχολή
Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής "Τζένη Καρέζη" (Παράρτημα Αρεταίειου
Νοσοκομείου)
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών



● **Lynda LaPlante** <llaplante@qualitymetric.com>
To: alexandramantoudi@yahoo.com

☰ Mon, Sep 1, 2014 at 2:25 AM ★

Hello Alexandra,

I am so happy to hear from you! Thank you for your Student ID. You've met the requirements for our Unfunded Student Licensing Program. I've submitted your order and you will receive an SF-12v2[®] License Agreement and Educator Form shortly. As soon as both these forms are signed and returned, you will receive your surveys and scoring materials for free.

Please DO NOT use any survey forms obtained from any other sources (including past licensure). This ensures you will be using the most current survey forms available.

Thank you for choosing the SF-12v2[®]. If you have any questions, please feel free to contact me. Best wishes with your research!

Kind Regards,
Lynda

Lynda LaPlante | Optum
OGSR Account Representative, Europe

24 Albion Road, Bldg 400
Lincoln, RI 02865, United States
T +1 401 642 9249
F +1 401 642 9349
Email: llaplante@qualitymetric.com
<http://www.optum.com/optum-outcomes.html>

● SIGNED LICENSE AGREEMENT QM026163 and EDUCATOR FORM for SF12v2 Health Survey - OPTUM
#CT159880

☰ Yahoo/Inbox ★



● **Lynda LaPlante** <llaplante@qualitymetric.com>
To: alexandramantoudi@yahoo.com

☰ Mon, Sep 15, 2014 at 8:29 PM ★

Hello Alexandra,

Thank you for your signed agreements. Now that your license has been finalized, I will release your order shortly. You should receive an email from: "NAV Auto-Fulfillment" with the Subject line: "Quality Metric Files". This will contain your survey forms and e-manual.

Your scoring software will arrive separately in an email with the Subject line: "Your QualityMetric Health Outcomes™ Scoring Software 4.5 Activation Key".

These materials will be sent to alexandramantoudi@yahoo.com and you should receive all materials shortly. However, if you do not receive this email(s) within 2 business days, please contact me immediately.

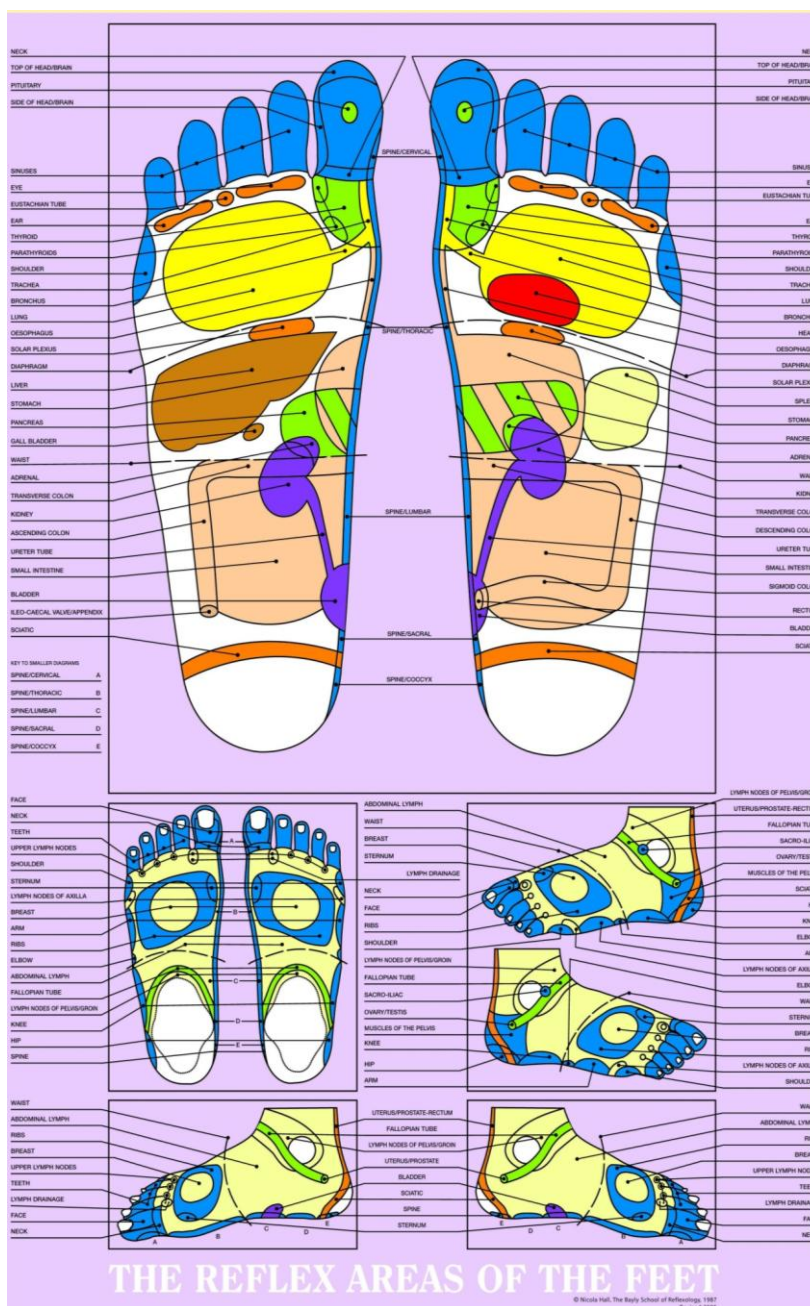
Best wishes on your study.

Kind Regards,
Lynda

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

Πρωτόκολλο εφαρμογής ρεφλεξολογίας

Πιέζονται όλα τα ρεφλεξολογικά αντανακλαστικά, ξεκινώντας από το δεξί πόδι, σύμφωνα με τον παρακάτω ρεφλεξολογικό χάρτη. Η συνεδρία κλείνει με το κράτημα των αντανακλαστικών του ηλιακού πλέγματος και στα δύο πέλματα ταυτόχρονα.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6

Πρωτόκολλο εφαρμογής χαλάρωσης

Άσκηση 1^η: Χαλάρωση μέσω των αισθήσεων

- Κάθεστε αναπαυτικά στην καρέκλα σας χωρίς να έχετε σταυρωμένα τα χέρια ή τα πόδια. Αν η ζώνη σας είναι σφιχτή, χαλαρώστε την
- Αφήνετε το βλέμμα σας να σταθεί σε ένα σημείο χωρίς να περιεργάζεστε τον χώρο γύρω σας
- Αναπνέετε με το συνήθη ρυθμό σας
- Νοιώστε τον αέρα στο πρόσωπό σας και τα χέρια. Εξετάστε τον. Είναι ζεστός, είναι υγρός, είναι δροσερός, είναι ξηρός, είναι ευχάριστος, είναι δυσάρεστος;
- Μυρίστε τον αέρα που εισπνέετε. Εξετάστε τον. Πώς μυρίζει; Ευχάριστα, δυσάρεστα, σαν σκόνη, έχει άρωμα; Πώς είναι ο αέρας; Είναι ζεστός, είναι υγρός, είναι δροσερός, είναι ξηρός, είναι ευχάριστος, είναι δυσάρεστος;
- Γευτείτε τη γεύση που έχετε στο στόμα σας. Εξετάστε την. Πώς είναι; Πικρή σαν να ήπιατε μόλις καφέ; Γλυκιά όπως όταν τρώτε ψωμί; Ξινή; Αλμυρή; Πιπεράτη; Αν θέλετε σε αυτό το σημείο, καταπιείτε.
- Καθώς τα κάνετε όλα αυτά, ακούστε όλους στους ήχους γύρω σας. Μην εστιαστείτε σε ένα μόνο ήχο αλλά προσπαθήστε να τους ακούσετε όλους μαζί
- Και τέλος καθώς είναι το βλέμμα σας εστιασμένο σε ένα σημείο αφήστε τα βλέφαρα σας να βαρύνουν και σιγά-σιγά να κλείσουν τα μάτια σας

Άσκηση 2^η: Μέτρηση της αναπνοής

- Αναπνέετε κανονικά και ξεκινήστε να μετράτε τις αναπνοές σας. Δώστε έναν αριθμό σε κάθε σας αναπνοή και όταν φτάσετε στο 10 ξεκινήστε από την αρχή.
- Αν χάσετε το μέτρηση ξεκινήστε από την αρχή. Αν σας έρχονται σκέψεις στο μυαλό αναγνωρίστε τις αλλά αφήστε τις κατά μέρος για αργότερα
- Καθώς εισπνέετε, σπρώξτε την αναπνοή σας προς τα κάτω σαν να θέλετε να γεμίσετε την κοιλιά σας με αέρα

Άσκηση 3^η: Αναπνευστικές ασκήσεις

- Εισπνέετε από τη μύτη για 4 δευτερόλεπτα
- Κρατάτε την αναπνοή σας για 4 δευτερόλεπτα Εκπνοή από το στόμα για 4 δευτερόλεπτα βγάζοντας ένα συριστικό ήχο (ή φυσώντας)
- Επαναλαμβάνετε για άλλες δυο φορές
- Αναπνέετε κανονικά

Άσκηση 4^η: Επισκόπηση σημείων έντασης

- Αναπνέετε με το συνήθη ρυθμό σας

- Θα κάνουμε μια επισκόπηση σε όλο μας το σώμα ελέγχοντας για σημεία έντασης. Όταν τα εντοπίσουμε θα προσπαθήσουμε να μειώσουμε την ένταση στα σημεία αυτά με την αναπνοή μας
- Ξεκινάμε από την κορυφή του κεφαλιού, προχωρούμε στο πίσω μέρος του, κατεβαίνουμε ως τον αυχένα. Όλα αυτά είναι σημεία έντασης για πολλούς από εμάς.
- Περνάμε μπροστά στο πρόσωπο. Το μέτωπο, τα φρύδια, η περιοχή γύρω από τα μάτια, έχουν συχνά πολλή ένταση. Κατεβαίνουμε στο σαγόι, αν είναι σφιγμένο, το χαλαρώνουμε. Προχωράμε πιο κάτω στο λαιμό και καταπίνουμε ξανά αν θέλουμε
- Περνάμε στους ώμους, κατά μήκος της πλάτης. Νοιώθουμε πως στηρίζει η καρέκλα την πλάτη μας. Τώρα μπροστά, στο θώρακα. Παρατηρούμε το θώρακα μας να κινείται με την αναπνοή μας. Αφήνουμε την κοιλιά μας να μαλακώσει
- Κατεβαίνουμε στους γλουτούς και τους μηρούς, αφήνουμε τους σφιγκτήρες μας να χαλαρώσουν. Περνάμε στα γόνατα, τις γάμπες, τους αστράγαλους και τα πόδια. Αν μπορούμε, απλώνουμε τα δάχτυλα των ποδιών μας μέσα στα παπούτσια μας
- Ανεβαίνουμε στους ώμους πάλι και τους αφήνουμε να τραβηχτούν προς τα κάτω με την βαρύτητα. Προχωράμε στα μπράτσα, τους πήχεις, τους καρπούς και τα χέρια
- Έχοντας εντοπίσει τα σημεία της έντασης, εστιάζομαστε σε αυτά και επαναλαμβάνουμε τις αναπνευστικές ασκήσεις

Άσκηση 5^η: Καθοδηγούμενη νοητική απεικόνιση

- Αναπνέετε με το συνηθισμένο ρυθμό σας
- Φέρτε στο μυαλό σας ένα μέρος που έχετε βρεθεί παλιότερα όπου νοιώσατε χαρούμενοι, ήρεμοι και ασφαλείς. Μπορεί να είναι πραγματικό ή φανταστικό, ή μια εικόνα που έχετε δει
- Προβάλλετε την εικόνα αυτή μπροστά σας και εξετάστε την. Πού βρίσκεστε; Τι ώρα της μέρας είναι; Τι εποχή του χρόνου είναι; Τι καιρό κάνει;
- Προχωρήστε νοερά προς την εικόνα σας και μπειτε μέσα σε αυτήν. Κάνει ζέστη, κρύο, δροσιά; Τι ακούτε; Τι μυρίζετε;
- Μείνετε στην εικόνα σας όσο μπορείτε. Αν σας έρχονται σκέψεις που σας αποσπούν επιστρέψτε στο μέτρημα της αναπνοής σας (άσκηση 1)
- Επαναλάβετε τις αναπνευστικές ασκήσεις. Επιστρέψτε σιγά – σιγά στο χώρο που βρίσκεστε, ανοίξτε τα μάτια σας και μείνετε λίγο ήσυχοι στη θέση σας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7



Επικοινωνία: Κορινθίας 27, Αμπελόκηποι
Τηλ 210 7707669
e-mail: mistakidou@yahoo.com

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ
ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
«ΤΖΕΝΗ ΚΑΡΕΖΗ»
Αρεταίειο Νοσοκομείο
Εργαστήριο Ακτινολογίας
Ιατρική Σχολή Αθηνών

Ρεφλεξολογία
Τεχνικές Χαλάρωσης

ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ορίζεται η ολοκληρωμένη φροντίδα που παρέχεται με σκοπό την ανακούφιση των σωματικών, ψυχοκοινωνικών και συναισθηματικών συμπτωμάτων που αντιμετωπίζουν άνθρωποι με σοβαρές ασθένειες.

Η Ανακουφιστική Φροντίδα προσφέρεται από εξειδικευμένη διεπιστημονική ομάδα (ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων –κοινωνικών λειτουργών), με προτεραιότητα την βελτίωση της ποιότητας ζωής, τη διατήρηση της λειτουργικότητας του ασθενούς και τη μεγιστοποίηση της άνεσης, μέσω της ανακούφισης των σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων. Για την αντιμετώπιση των σωματικών συμπτωμάτων η ανακουφιστική αγωγή περιλαμβάνει φαρμακολογικές προσεγγίσεις καθώς και σε συγκεκριμένα συμπτώματα, συμπληρωματικές θεραπείες όπως η ρεφλεξολογία και χαλάρωση που δρουν επικουρικά και υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορούν να ενισχύσουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Η **Ρεφλεξολογία** είναι μια συμπληρωματική μέθοδος θεραπείας της οποίας η εφαρμογή σε άτομα με σοβαρές παθήσεις θεωρείται ήπια και ασφαλής. Είναι μια αρχαία κινεζική θεραπεία που έχει κοινές ρίζες με τον βελονισμό. Εφαρμόζεται στα χέρια και στα πόδια του αποδέκτη με ειδική τεχνική δακτυλοπίεσης σε συγκεκριμένα σημεία.

Τα σημεία αυτά είναι χαρτογραφημένα, ονομάζονται «αντανάκλαστικά» σημεία και αντιστοιχούν στα όργανα, τους αδένες και όλα τα μέρη του σώματος. Ο σκοπός της πίεσης είναι η εναρμόνιση όλων των συστημάτων του οργανισμού. Μπορεί να είναι βοηθητική σε προβλήματα όπως

- Πόνος διάφορης αιτιολογίας
- Ναυτία
- Διάρροια ή Δυσκοιλιότητα
- Στρες και άγχος
- Προβλήματα ύπνου
- Κόπωση

Οι **Τεχνικές Χαλάρωσης** είναι ένας γενικός όρος περιλαμβάνει διάφορες τεχνικές και πρακτικές με σκοπό τη χαλάρωση. Η μείωση του άγχους μπορεί να γίνει με απλές αναπνευστικές και χαλαρωτικές ασκήσεις. Οι ασκήσεις αυτές βοηθούν στην ελάττωση της μυϊκής έντασης, της αρτηριακής πίεσης και των ενοχλήσεων από το πεπτικό, της υπέρτασης και άλλων δυσάρεστων σωματικών συμπτωμάτων. Πρακτικές όπως ο διαλογισμός, η γιόγκα, η προοδευτική, η νευρομυική και η αυτογενής χαλάρωση, ο οραματισμός και η βιοανάδραση χρησιμοποιούνται προσαρμοσμένες στην Ανακουφιστική Φροντίδα. Στη Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής προσφέρονται επιπλέον οι δύο αυτές Συμπληρωματικές Θεραπείες με σκοπό την ενίσχυση του συνολικού θεραπευτικού αποτελέσματος.