ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΟ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ

Καμίτσα Παναγιώτα

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς,2025

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

Αποτίμηση της Προθυμίας Πληρωμής για Υπηρεσίες Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής Ιατρικής στο Χρόνιο Πόνο

Καμίτσα Παναγιώτα, Α.Μ.: ΟΔΥ/2206

Επιβλέπων: Ράικου Μαρία / Καθηγήτρια / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2025

UNIVERSITY of PIRAEUS

DEPARTMENT of ECONOMICS

M.Sc. in Health Economics and Management

An Assessment of Willingness to Pay for Complementary and Alternative Medicine in Chronic Pain

Kamitsa Panagiota

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management
Piraeus, Greece, 2025

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Καμίτσα Παναγιώτα

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές με ευχαριστίες στην επιβλέπουσα σε καθηγήτριά μου, Μαρία Ράικου, για την πολύτιμη καθοδήγηση, την επιστημονική υποστήριξη και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε καθ όλη τη διάρκεια της εργασίας. Η συμβολή της ήταν καθοριστική για την ολοκλήρωση του παρόντος έργου. Ευχαριστώ επίσης όλους όσοι συμμετείχαν στην έρευνα αφιερώνοντας το χρόνο τους. Ευχαριστώ ιδιαίτερα τις κυρίες Σταυροπούλου, Λυκούδη, Σκάλκου και Αγγελούση. Χωρίς τη συμβολή τους, η παρούσα εργασία δεν θα μπορούσε να υλοποιηθεί. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στην οικογένειά μου, στο σύντροφό μου Χρήστο, στις φίλες μου Μαριαλένα, Σοφία και Ευαγγελία και στη συνεργάτιδά μου Ευγενία για την άμεση στήριξη, την κατανόηση και την ενθάρρυνσή τους σε κάθε βήμα αυτής της διαδρομής.

Περιεχόμενα …….. vii

Κατάλογος Πινάκων ……. ix

Κατάλογος Σχημάτων ……..... x

Περίληψη …… xi

Abstract xii

Εισαγωγή …… 1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Χρόνιος Πόνος

1.1 Εισαγωγή ……... 3

1.2 Ο Χρόνιος Πόνος ως πρόβλημα Δημόσιας Υγείας …… 4

1.2.1 Επιδημιολογικά δεδομένα και Παράγοντες Κινδύνου …….. 5

1.2.2 Οικονομικό Βάρος Χρόνιου Πόνου …… 10

1.2.3 Κοινωνικό Βάρος Χρόνιου Πόνου …….. 11

1.3 Ταξινόμηση Χρόνιου Πόνου …….. 12

1.3.1 Σύνδρομα Χρόνιου Πρωτογενούς Πόνου …….. 13

1.3.2 Σύνδρομα Χρόνιου Δευτερογενούς Πόνου …… 17

1.3.3 Άλλες Κατηγορίες και Κωδικοί Προέκτασης …….. 19

1.4 Ποιότητα Ζωής ασθενών με Χρόνιο Πόνο ……... 20

1.5. Ανακεφαλαίωση …… 24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Διαχείριση Χρόνιου Πόνου

2.1 Εισαγωγή ……. 26

2.2 Βέλτιστες Πρακτικές και Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο …… 27

2.3 Φαρμακολογική Αντιμετώπιση ……. 31

2.4 Θεραπείες CAM ……. 32

2.4.1 Ρυθμιστικό Πλαίσιο και ενσωμάτωση στα Συστήματα Υγείας ……. 34

2.4.2 Οφέλη και Προκλήσεις ……... 36

2.4.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση CAM ……... 38

2.4.4 Προθυμία Πληρωμής για υπηρεσίες CAM ……... 41

2.4.5 Προθυμία Πληρωμής για υπηρεσίες CAM στο Χρόνιο Πόνο …… 42

2.5 Άλλες Μη Φαρμακολογικές Επιλογές Θεραπείας ……... 44
2.5.1 Χειρουργική Αντιμετώπιση …… 44
2.5.2 Μη Χειρουργική Επεμβατική Αντιμετώπιση ……... 45
2.5.3 Άσκηση και Ψυχοθεραπεία ……. 46
2.6 Ανακεφαλαίωση …….. 48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Μεθοδολογία Έρευνας

3.1 Αναγκαιότητα της Έρευνας …….. 50
3.2 Σκοπός ……. 51
3.3 Υλικό και Μέθοδος …… 51
3.3.1 Δείγμα και Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων ……. 52
3.3.2 Ηθική και Δεοντολογία …….. 53
3.3.3 Είδος Έρευνας και Δειγματοληψία ……... 53
3.3.4 Υλικό Έρευνας και Ερευνητικά Εργαλεία ……... 54
3.3.5 Μέθοδος Αποτίμησης Προθυμίας Πληρωμής ……. 55
3.4: Μέθοδοι Στατιστικής Ανάλυσης …… 58
3.4.1: Περιγραφική Στατιστική ……. 58
3.4.2: Ανάλυση Παλινδρόμησης ……. 58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Αποτελέσματα

4.1 Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση …….. 59
4.2 Ανάλυση Ερωτηματολογίου EQ-5D και EQ-VAS …….. 85
4.3 Ανάλυση Παλινδρόμησης …….. 88

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Συζήτηση

5.1 Συγκριτική Ανάλυση με τη Βιβλιογραφία …….. 90
5.2 Περιορισμοί ……... 98
5.3 Μελλοντικές Προτάσεις …… 98

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Συμπεράσματα ……... 100

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ …….. 102

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ……. 114

Κατάλογος Πινάκων

4.1 Γενικά Δημογραφικά Στοιχεία ασθενών με Χρόνιο Πόνο …… 60
4.2 Στοιχεία Ιατρικού Ιστορικού ασθενών με Χρόνιο Πόνο …….. 64
4.3 Συμπληρωματικά Στοιχεία Ιατρικού Ιστορικού ασθενών με Χρόνιο Πόνο …... 66
4.4 Γενικά Δημογραφικά Στοιχεία χρηστών υπηρεσιών CAM …… 69
4.5 Στοιχεία Ιατρικού Ιστορικού χρηστών υπηρεσιών CAM ……... 72
4.6 Συμπληρωματικά Στοιχεία Ιατρικού Ιστορικού χρηστών υπηρεσιών CAM …. 74
4.7 Χαρακτηριστικά χρήσης των 7 πιο δημοφιλών CAM …… 77
4.8 Καταστάσεις υγείας που αντιμετωπίστηκαν από θεραπευτή CAM …… 80
4.9 Χαρακτηριστικά μη χρήσης και ενθάρρυνσης για χρήση CAM ……. 82
4.10 Προθυμία πληρωμής …….. 84
4.11 Eq-5D Κινητικότητα …….. 85
4.12 Eq-5D Αυτοεξυπηρέτηση …….. 85
4.13 Eq-5D Συνήθεις Δραστηριότητες …….. 86
4.14 Eq-5D Πόνος/ Δυσφορία ……... 86
4.15 Eq-5D Άγχος/Θλίψη …….. 87
4.16 Eq-5Dindex και δείκτης EQ-VAS ……. 87
4.17 Πολυμεταβλητή Λογιστική Παλινδρόμηση ……..……. 88

Κατάλογος Σχημάτων

4.1 Ποσοστό ασθενών που επισκέφθηκαν θεραπευτή CAM ……. 68

Αποτίμηση της Προθυμίας Πληρωμής για Υπηρεσίες Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής Ιατρικής στο Χρόνιο Πόνο

Σημαντικοί Όροι: χρόνιος πόνος, συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική, προθυμία πληρωμής, θεραπείες CAM, διαχείριση χρόνιου πόνου

Περίληψη

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση, μέσω δομημένου ερωτηματολογίου, των παραγόντων που επηρεάζουν την προθυμία πληρωμής για συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες σε ασθενείς με χρόνιο πόνο.

Δεδομένα και Μέθοδος: Ενήλικες ασθενείς με χρόνιο πόνο (n=101) που προσέρχονται σε εξωτερικό ιατρείο χρόνιου πόνου δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα, κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις που αφορούσαν την χρήση υπηρεσιών CAM (Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής Ιατρικής), την προθυμία πληρωμής για αυτές και την ποιότητα ζωής τους. Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη και η διερεύνηση της προθυμίας πληρωμής έγινε με τη μέθοδο της ενδεχόμενης αποτίμησης σε συνθήκες υποθετικής χρήσης υπηρεσιών CAM.

Αποτελέσματα: Από τους 101 συμμετέχοντες, 38 επισκέφθηκαν επαγγελματία CAM, με τη πλειοψηφία να είναι γυναίκες (79%), με μέση ηλικία τα 56,55 έτη, συνταξιούχοι (36,8%), κάτοικοι αστικών περιοχών (92%) και ήταν όλοι Έλληνες υπήκοοι. Το 60,5% διέθετε ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση, ενώ η πλειοψηφία είχε αποκλειστικά δημόσια ασφάλιση (76,3%). Όλοι λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, κυρίως μη οπιοειδή αναλγητικά (27,7%), ενώ η υπέρταση ήταν η συχνότερη συννοσηρότητα (20%). Ο πόνος διαρκούσε 1-10 έτη (42,1%) και η συχνότερη θεραπεία CAM ήταν ο βελονισμός (63%), με συχνότητα εβδομαδιαία (34%). Η χρήση CAM οφειλόταν κυρίως σε αυτοπαραπομπή (45%) και χρηματοδοτούνταν κατά κύριο λόγο ιδιωτικά (76%) με κόστος ανά επίσκεψη κυρίως 1€-10€.

Συνηθέστερος λόγος επίσκεψης ήταν ο χρόνιος πόνος στην πλάτη (37%). Οι μη χρήστες CAM ανέφεραν ως βασικό λόγο την έλλειψη γνώσης (19%) ενώ για πιθανή μελλοντική χρήση CAM αναδείχθηκαν η ιατρική σύσταση (29%). Η πλειονότητα δήλωσε προθυμία πληρωμής (WTP) 11-20€ ανά επίσκεψη. Η μέση τιμή του EQ-5D δείκτη ήταν 0,46, σαφώς χαμηλότερη από τον γενικό πληθυσμό. Η WTP σχετίστηκε θετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης και αρνητικά με τη πρόσφατη διάγνωση του χρόνου πόνου (p=0,07).

Συμπεράσματα: Η μελέτη ανέδειξε ότι ο χρόνιος πόνος επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των πασχόντων και οι ασθενείς χρησιμοποιούν εκτός από φάρμακα και θεραπείες CAM. Η προθυμία πληρωμής για CAM φάνηκε να σχετίζεται περισσότερο με την εκπαίδευση και τη χρονική διάρκεια του χρόνιου πόνου. Τα αποτελέσματα δείχνουν την ανάγκη για πολυδιάστατες προσεγγίσεις στον χρόνιο πόνο αλλά και περαιτέρω έρευνας πάνω στο θέμα, για να εξεταστεί το ενδεχόμενο ένταξης CAM υπηρεσιών στο σύστημα υγείας και ασφάλισης.

An Assessment of Willingness to Pay for Complementary and Alternative Medicine in Chronic Pain

Keywords: chronic pain, complementary and alternative medicine, willingness to pay, CAM therapies, chronic pain management

Abstract

Aim: The purpose of this study is to investigate, through a structured questionnaire, the factors influencing willingness to pay (WTP) for complementary and alternative medicine (CAM) therapies among patients with chronic pain.

Data and Methods: Adult patients with chronic pain (n=101) attending outpatient chronic pain clinics at public hospitals in Greece were invited to complete a questionnaire covering their use of CAM services, their willingness to pay for them and their quality of life. This is a cross-sectional study and WTP was assessed using the contingent valuation method under hypothetical CAM use.

Results: Of the 101 participants, 38 had visited a CAM practitioner, the majority were women (79%), with a mean age of 56.55 years, retired (36.8%), urban residents (92%) and all were Greek nationals. A total of 60.5% had higher education, while the majority had exclusively public health insurance (76.3%). All participants were receiving medication, mainly non-opioid analgesics (27.7%), with hypertension being the most common comorbidity (20%). Pain duration ranged 1–10 years (42.1%) and the most common CAM treatment was acupuncture (63%), typically on a weekly basis (34%). CAM use was mainly self-referred (45%) and primarily privately funded (76%) with a cost per mostly ranging from 1€-10€. The most common reason for CAM visits was chronic back pain (37%). Among non-CAM users, the main reason cited was lack of knowledge (19%), while medical recommendation emerged as a key factor for potential future use (29%). The majority expressed WTP 11-20€ per visit. The average EQ-5D score was 0.46, significantly lower than of the general population. WTP was positively associated with educational level and negatively associated with recent diagnosis of chronic pain (p=0.07).

Conclusions: The study highlighted that chronic pain significantly impacts patients' quality of life and patients use CAM therapies alongside medications. WTP for CAM appeared to be more closely related to education and the duration of chronic pain condition. The findings suggest the need for multidimensional approaches to chronic pain management and underscore the importance of further research into the potential integration of CAM services into the public healthcare and insurance systems.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί ένα από τα πιο σύνθετα και διαρκώς αυξανόμενα προβλήματα δημόσιας υγείας παγκοσμίως. Επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπους σε τομείς όπως η ποιότητα ζωής, η καθημερινή λειτουργικότητα και η ψυχολογική ευημερία, ενώ ταυτόχρονα επιφέρει σοβαρές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις λόγω της απώλειας παραγωγικότητας, της συχνής χρήσης υπηρεσιών υγείας και της εξάρτησης από φαρμακευτική αγωγή. Παρά την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, μεγάλο ποσοστό ασθενών με χρόνιο πόνο αναφέρει μη επαρκή ανακούφιση μέσω των καθιερωμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων που ανήκουν στην δυτική ιατρική, γεγονός που οδηγεί στην αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων.

Σε αυτό το πλαίσιο, οι Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές ιατρικές προσεγγίσεις (Complementary and Alternative Medicine - CAM), όπως ο βελονισμός, η ομοιοπαθητική, η βοτανοθεραπεία, η χειροπρακτική αλλά και άλλες, έχουν έρθει στο προσκήνιο ως άλλοι πιθανοί τρόποι διαχείρισης του χρόνιου πόνου. Η ζήτηση αυτών των υπηρεσιών αυξάνεται συνεχώς, όχι μόνο λόγω της ελπίδας για ανακούφιση, αλλά και επειδή συνδέονται με μια ολιστική αντίληψη για την υγεία και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής ειδικά σε χρόνιες καταστάσεις υγείας. Η διαθεσιμότητα του κοινού να καταβάλει χρήματα για θεραπείες CAM αντικατοπτρίζει όχι μόνο την ευρεία κοινωνική αποδοχή αυτών των πρακτικών, αλλά και την αντίληψη ότι τα θεραπευτικά τους οφέλη υπερβαίνουν το οικονομικό τους κόστος. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις, η κάλυψη των υπηρεσιών αυτών από τα δημόσια ή ιδιωτικά ασφαλιστικά ταμεία είναι περιορισμένη ή ανύπαρκτη, μεταφέροντας το κόστος απευθείας στους ασθενείς.

Κατά συνέπεια, αναδύεται η ανάγκη για την κατανόηση της προθυμίας πληρωμής (Willingness to Pay - WTP) των ασθενών για υπηρεσίες CAM. Η WTP είναι μια μέθοδος οικονομικής αποτίμησης που επιτρέπει την εκτίμηση της υποκειμενικής αξίας που αποδίδουν οι ασθενείς σε μια υπηρεσία, πέρα από την άμεση κλινική αποτελεσματικότητα. Η μέθοδος της προθυμίας πληρωμής αποτελεί ένα αποτελεσματικό εργαλείο στον τομέα των οικονομικών της υγείας, καθώς βοηθά στην καταγραφή των προτιμήσεων των ατόμων που πρόκειται να ωφεληθούν άμεσα από τις προτεινόμενες υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, η ανάλυση της WTP μπορεί να προσφέρει κρίσιμα δεδομένα για τη χάραξη πολιτικών υγείας, τη διαμόρφωση τιμολογιακής πολιτικής και την αξιολόγηση της αποδοτικότητας των παρεμβάσεων.

Η παρούσα εργασία επιχειρεί να καλύψει το κρίσιμο κενό στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, που δεν έχει εξετάσει επαρκώς την οικονομική αξία που αποδίδουν οι ασθενείς στις θεραπείες CAM, ιδιαίτερα σε άτομα με χρόνιο πόνο, εστιάζοντας σε παράγοντες που δύναται να την επηρεάσουν.

Η έρευνα αυτή ευελπιστεί να συνεισφέρει στη βιβλιογραφία αλλά και στην πράξη, προσφέροντας ένα εργαλείο κατανόησης της συμπεριφοράς των ασθενών και μια βάση για μελλοντικές παρεμβάσεις που να ανταποκρίνονται πραγματικά στις ανάγκες τους. Σε μια εποχή που το Σύστημα Υγείας καλείται να ισορροπήσει ανάμεσα στην οικονομική βιωσιμότητα και την ποιότητα της φροντίδας, η φωνή του ασθενούς και πιο συγκεκριμένα η αξία που αποδίδει στις επιλογές του, καθίσταται πολύτιμη.

Στο 1^{ο} κεφάλαιο θα κατανοήσουμε τι σημαίνει πραγματικά ο χρόνιος πόνος και πώς επηρεάζει βαθιά τη ζωή όσων τον βιώνουν. Θα δούμε πώς ορίζεται και ταξινομείται, ποιες είναι οι αιτίες και οι παράγοντες που τον επηρεάζουν, αλλά και πόσο συχνό φαινόμενο είναι σε παγκόσμιο επίπεδο. Παράλληλα, θα εστιάσουμε στις επιπτώσεις του στην καθημερινότητα των πασχόντων, πώς περιορίζει τις δραστηριότητές τους, την ψυχολογία τους και υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής τους. Πέρα από το βάρος της σωματικής εξάντλησης, της ψυχικής φθοράς και της κοινωνικής απομόνωσης, θα εξετάσουμε και άλλες αναδυόμενες συνέπειες, όπως είναι τα επαγγελματικά και οικονομικά προβλήματα και θα αντιληφθούμε πώς ο χρόνιος πόνος οδηγεί τελικά, σε ένα σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό βάρος για την κοινωνία στο σύνολό της.

Στο 2^{ο} κεφάλαιο θα αναπτύξουμε τις βέλτιστες πρακτικές για την διαχείριση του πόνου ώστε να είναι εφικτή η εντόπισή του, η σωστή διάγνωση και η κατάλληλη διαχείριση για τη μέγιστη αποτελεσματικότητα. Θα αναλύσουμε τις θεραπευτικές επιλογές που ξεκινούν με την φαρμακολογική αντιμετώπιση και ολοκληρώνονται με τις μη φαρμακολογικές μεθόδους που συνοψίζονται στις θεραπείες CAM, την χειρουργική αντιμετώπιση, τη μη χειρουργική επεμβατική αντιμετώπιση, την άσκηση και την ψυχοθεραπεία.

Τέλος, στο 3^{ο} Κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, στο 4^{ο} Κεφάλαιο αναλύονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν, στο 5^{ο} Κεφάλαιο γίνεται η συζήτηση και η εργασία ολοκληρώνεται με το 6^{ο} Κεφάλαιο και τη διατύπωση των βασικών συμπερασμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1
ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

1.1 Εισαγωγή

Σε αυτό το κεφάλαιο εισάγεται η έννοια του χρόνιου πόνου, ο οποίος αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας και επηρεάζει περί το 1/3 του παγκόσμιου πληθυσμού. Σε όλο τον κόσμο οι ασθενείς που προσέρχονται για θεραπεία όλο και αυξάνονται. Ο χρόνιος πόνος αποτελεί ένα σύνθετο πρόβλημα και έχει πολλές συνέπειες πρωτίστως για τον ίδιο τον πάσχοντα αλλά και για όλη την κοινωνία. Πέρα από τη μείωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων σε προσωπικό επίπεδο, ο χρόνιος πόνος κοστίζει πολλά δισεκατομμύρια δολάρια στα Συστήματα Υγείας με τις κυβερνήσεις να ζητούν να τεθεί το θέμα σε προτεραιότητα. Ο χρόνιος πόνος επηρεάζει και την κοινωνική ζωή οδηγώντας σε δυσλειτουργία των κοινωνικών σχέσεων, στιγματισμό, ψυχολογική κατάπτωση και απουσία από την εργασία και τις καθημερινές δραστηριότητες.

Η ταξινόμηση του χρόνιου πόνου είναι σημαντική και βασίζεται κυρίως στο υποκείμενο αίτιο που τον προκαλεί. Μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα μιας υποκείμενης χρόνιας πάθησης ενώ συχνά μπορεί να ξεπερνά τη φυσιολογική και αναμενόμενη διαδικασία επούλωσης των ιστών ή να μην εντοπίζεται άλλη υποκείμενη νόσος. Ο χρόνιος πόνος κατηγοριοποιείται βάσει των αρχών ταξινόμησης του International Classification of Diseases-11 (ICD-11) σε δύο μεγάλες βασικές κατηγορίες. Στα πρωτογενή σύνδρομα χρόνιου πόνου και στα δευτερογενή σύνδρομα χρόνιου πόνου. Τα σύνδρομα αυτά κατηγοριοποιούνται περαιτέρω σε υποομάδες. Πέρα από τις αναφερόμενες κατηγορίες, η ομάδα εργασίας της ICD-11 δημιούργησε κωδικούς επέκτασης και άλλη μία κατηγορία «άλλα» σε κάθε επίπεδο έτσι ώστε να συμπεριλάβει αυτομάτως τυχόν περιπτώσεις που μπορεί να έχουν αφενός παραληφθεί, αφετέρου να αγνοούνται.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα ορίσουμε τι σημαίνει χρόνιος πόνος, θα αναφερθούμε στην ταξινόμησή του, σε παράγοντες που τον επηρεάζουν, στα σχετικά επιδημιολογικά δεδομένα καθώς και το βάρος της ασθένειας σε παγκόσμιο επίπεδο. Επιπλέον θα αναφερθούμε στην ποιότητα ζωής των πασχόντων, στις προκλήσεις της καθημερινότητας που αντιμετωπίζουν, θα κατανοήσουμε το δυσβάσταχτο φορτίο που

τους βαραίνει όχι μόνο σε ατομικό επίπεδο αλλά που οδηγεί συνολικά σε ένα οικονομικοκοινωνικό μειονέκτημα.

1.2 Ο Χρόνιος Πόνος ως πρόβλημα Δημόσιας Υγείας

Ο πόνος ορίζεται από τη Διεθνή Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (International Association for the Study of Pain - IASP) ως μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται, ή μοιάζει με αυτήν που σχετίζεται με πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών.[1] Ο χρόνιος πόνος ορίζεται ως ο πόνος που διαρκεί ή υποτροπιάζει για πάνω από τρεις μήνες. Στη βιβλιογραφία, αναφέρεται ως ένα μεγάλο πρόβλημα δημόσιας υγείας καθώς αποτελεί μια από τις πιο συχνές αιτίες που οι ασθενείς αναζητούν ιατρική φροντίδα, συνιστά σημαντικό αίτιο αναπηρίας, αναφέρει υψηλά ποσοστά επιπολασμού παγκοσμίως και δημιουργεί ένα υπέρογκο οικονομικό κόστος.[2-4] Η επιβάρυνση δεν είναι μόνο προσωπική αλλά και συλλογική και αποτελεί ένα φαινόμενο με παγκόσμιες διαστάσεις.

Η μελέτη «Global Burden of Disease» 2016 επιβεβαίωσε ότι ο χρόνιος πόνος και οι ασθένειες που σχετίζονται με αυτόν είναι η κύρια αιτία αναπηρίας και επιβάρυνσης από νόσους σε παγκόσμιο επίπεδο.[5] Ο χρόνιος πόνος καθώς και άλλες ασθένειες που συνδέονται άμεσα με την εμφάνισή του, μπορεί να μην απειλεί άμεσα τη ζωή των πασχόντων σε υψηλά ποσοστά ώστε να είναι συγκρίσιμα με το καρδιακό και το εγκεφαλικό επεισόδιο, ωστόσο αποτελεί την κύρια πηγή αναπηρίας.[3] Συγκεκριμένα, ο πόνος στη πλάτη, οι μυοσκελετικές διαταραχές και ο πόνος στον αυχένα, που είναι καταστάσεις χρόνιου πόνου, αποτελούν τις τρεις από τις τέσσερες κύριες αιτίες απώλειας ετών λόγω αναπηρίας.[4] Ο χρόνιος πόνος στη πλάτη παραμένει προς το παρόν, η κύρια αιτία αναπηρίας παγκοσμίως και υπολογίζεται πως το 2020 επηρέασε 619 εκατομμύρια άτομα σε όλο τον κόσμο και το νούμερο αναμένεται να αυξηθεί σε 843 εκατομμύρια τα επόμενα 30 χρόνια.[6] Μια μετα-ανάλυση με πάνω από 10.000 ασθενείς με καρκίνο, διαπίστωσε μειωμένο χρόνο επιβίωσης 27 μηνών σε ασθενείς με χρόνιο πόνο έναντι 71 μηνών σε άτομα χωρίς πόνο. Συνεπώς, αν και ο χρόνιος πόνος δεν στοίχισε άμεσα τη ζωή των πασχόντων, εντούτοις σχετίζεται με μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης.[4] Μεγάλος είναι ο αντίκτυπος που έχει η ασθένεια και στον ηλικιωμένο πληθυσμό καθώς επισημαίνεται πως το 50% αυτού και το 80% που κατοικεί σε γηροκομεία εμφανίζει συμπτώματα υπεραλγησίας (αυξημένη ευαισθησία σε επώδυνα ερεθίσματα) και καθυστερημένη ανάρρωση από τον πόνο που σχετίζεται

με τραυματισμό του νευρικού συστήματος. Τα υψηλά ποσοστά επικράτησης του χρόνιου πόνου και η οικονομική επιβάρυνση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης οδηγούν τον ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) και πολλούς ενδιαφερόμενους παγκοσμίως, να ζητήσουν από τις κυβερνήσεις να θέσουν τον χρόνιο πόνο ως προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία.[7] Η ανάγκη αυτή απεικονίστηκε στην ενσωμάτωση του χρόνιου πόνου και κατηγοριοποίηση αυτού στην 11η έκδοση του συστήματος Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων (International Classification of Diseases ICD-11) με στόχο την αναπαράσταση των εκφάνσεων της κλινικής αυτής οντότητας στην κλινική πράξη και έρευνα.[8]

1.2.1 Επιδημιολογικά δεδομένα και Παράγοντες Κινδύνου

Ο χρόνιος πόνος επηρεάζει περισσότερο από το 30% των ανθρώπων σε παγκόσμιο επίπεδο.[4] Ο επιπολασμός είναι αυξανόμενος και επηρεάζει τόσο τα ανεπτυγμένα όσο και τα αναπτυσσόμενα κράτη τα οποία απαριθμούν τα 188.[3] Ο επιπολασμός στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) κυμαίνεται μεταξύ του 11-40% και αναφέρεται πως πλήττει έναν στους τρεις Αμερικανούς. Συγκεκριμένα οι ενήλικες φαίνεται να επηρεάζονται το ποσοστό που φτάνει το 20,4%.[9] Ο έντονος μάλιστα πόνος έχει καταγραφεί σε ποσοστό που φτάνει το 7,4%. Στο Ηνωμένο Βασίλειο το ποσοστό επικράτησης αγγίζει το 43,5% ενώ το ετήσιο ποσοστό εμφάνισης χρόνιου πόνου είναι 8,3% με το αντίστοιχο ποσοστό αποκατάστασής του να προσεγγίζει το 5,4%. Στην Αυστραλία, το ποσοστό επιπολασμού του χρόνιου πόνου αγγίζει το 15,4% ενώ το ποσοστό των ενηλίκων που υποφέρουν από μέτριο έως σοβαρό -μη καρκινικής αιτιολογίας- χρόνιο πόνο στην Ευρώπη επηρεάζει το 19%. Παγκοσμίως, ο αντίκτυπος του χρόνιου πόνου αυξάνεται. Χαρακτηριστικά, η βιβλιογραφία αναφέρει 1,9 δισεκατομμύρια άνθρωποι να επηρεάζονται από επαναλαμβανόμενους πονοκεφάλους τύπου τάσης, οι οποίοι είναι η πιο συχνή μορφή χρόνιας πάθησης.[9] Η κατανόηση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στον χρόνιο πόνο, θα βοηθήσει στο να αναπτυχθούν πιο αποτελεσματικές μέθοδοι πρόληψης και θεραπείας, λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες που τον επηρεάζουν.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τα ποσοστά επικράτησης του χρόνιου πόνου φαίνεται να είναι δημογραφικοί, ο τρόπος ζωής, η συμπεριφορά καθώς και κλινικοί παράγοντες κ.ά..[4,5,10] Στους δημογραφικούς παράγοντες συγκαταλέγονται το γένος, η ηλικία, η εθνότητα, το πολιτισμικό υπόβαθρο, η κοινωνικοοικονομική και η

επαγγελματική κατάσταση. Οι γυναίκες φαίνεται να έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιου πόνου σε σύγκριση με τους άνδρες. Φαίνεται πως οι γυναίκες αναφέρουν πιο συχνά τον πόνο τους, έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία στα επώδυνα ερεθίσματα και αντιμετωπίζουν συχνότερα καταστάσεις πόνου λόγω επικράτησης ορμονικών, γενετικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Επιπλέον οι γυναίκες τείνουν να εστιάζουν περισσότερο στον πόνο, κάτι που μπορεί να ενισχύει την έντασή του, ενώ οι άνδρες συχνά ανταποκρίνονται καλύτερα σε τεχνικές απόσπασης της προσοχής που μειώνουν την εστίαση στο επώδυνο ερέθισμα.

Σε ότι αφορά την ηλικία, επισημαίνεται πως όσο οι άνθρωποι μεγαλώνουν, επέρχεται η φυσικά φθορά και είναι λογική συνέπεια να αυξάνεται η πιθανότητα να εμφανίσουν εκφυλιστικές αλλοιώσεις στο μυοσκελετικό τους σύστημα όπως είναι οι στενώσεις στην σπονδυλική στήλη ή η οστεοαρθρίτιδα.[10] Συχνά, λόγω πολυνοσηρότητας, είναι πιθανό κάποιος στο πέρας του χρόνου να έχει βιώσει τραυματισμούς και επώδυνα ερεθίσματα που συνδέονται αργότερα με την εμφάνιση χρόνιου πόνου. Μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2019 αναφέρει πως όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο αυξάνεται και ο κίνδυνος για μεθερπητική νευραλγία. Ειδικότερα, τα άτομα 50–54 ετών έχουν 8% πιθανότητα εμφάνισης μεθερπητικής νευραλγίας, ενώ τα άτομα 80–84 ετών έχουν αυξημένη πιθανότητα της τάξης του 21%.[5]

Υπάρχουν διαφορές στον χρόνιο πόνο ανάμεσα σε εθνοτικές ομάδες, με λευκούς ασθενείς να αναφέρουν συνήθως λιγότερο πόνο και αναπηρία σε σύγκριση με Αφροαμερικανούς, Ασιάτες ή άτομα μικτής εθνότητας λόγω συνδυασμού βιολογικών, ψυχοκοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων. Ωστόσο, όταν ληφθούν υπόψη παράγοντες όπως εισόδημα, εργασία και τραυματικές εμπειρίες, η διαφορά μειώνεται, δείχνοντας ότι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες παίζουν μεγάλο ρόλο στην επικράτηση του πόνου. Επιπρόσθετα ο επιπολασμός του χρόνιου πόνου και της συσχετιζόμενης αναπηρίας είναι υψηλότερος στις αναπτυσσόμενες χώρες σε σύγκριση με τις ανεπτυγμένες χώρες λόγω φτωχότερης υγειονομικής φροντίδας και σκληρότερων συνθηκών ζωής. Το πολιτισμικό υπόβαθρο ενός λαού μπορεί να εισάγει τις έννοιες της πνευματικότητας, της ελπίδας, της θρησκευτικότητας και της αισιοδοξίας. Εξετάζοντας μια τέτοια διάσταση, παρατηρείται πως ο πάσχον μπορεί να νοηματοδοτήσει διαφορετικά την εμπειρία που βιώνει, να βρει μία αίσθηση σκοπού, να προσαρμοστεί ψυχολογικά και να σχεδιάσει μια στρατηγική αντιμετώπισης που του ταιριάζει και τον ανακουφίζει.[10]

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι κι αυτός ένας παράγοντας που συνδέεται με το χρόνιο πόνο. Οι άνθρωποι με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν χρόνιο πόνο όπως και εκείνοι που ζουν σε αγροτικές περιοχές καθώς αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση σε γιατρούς και θεραπείες. Επιπλέον, παρατηρείται πως το επίπεδο εκπαίδευσής τους είναι χαμηλό με αποτέλεσμα την μειωμένη ευαισθητοποίηση σε θέματα υγείας και λιγότερη πληροφόρηση στο πώς να διαχειρίζονται τον πόνο.[5,10]

Σε ότι αφορά την εργασία, άτομα που δεν εργάζονται λόγω κακής υγείας ή αναπηρίας έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από χρόνιο πόνο σε σχέση με όσους εργάζονται. Παράγοντες όπως το εργασιακό άγχος, ο φόβος επαναλαμβανόμενου τραυματισμού, η έλλειψη εργασιακής αυτονομίας και η ικανοποίηση από την εργασία συνδέονται με τον χρόνιο πόνο. Το περιβάλλον εργασίας παίζει και αυτό σημαντικό ρόλο καθώς πολλές φορές απαιτεί σημαντικό σωματικό κάματο ξεπερνώντας τα επίπεδα του ανεκτού. Ειδικότερα, οι εργαζόμενοι που εκτελούν χειρονακτική εργασία έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης χρόνιου πόνου από εκείνους που ασκούν μη χειρονακτικά επαγγέλματα.[5] Αυτό οδηγεί όχι μόνο σε περισσότερο πόνο, αλλά και σε πιο δύσκολη διαχείριση, κάτι που επηρεάζει σοβαρά την σωματική και ψυχική υγεία τους. Ακόμη, άτομα με χαμηλότερο εισόδημα ή άνεργοι εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά χρόνιου πόνου επειδή εκτίθενται σε μεγαλύτερο στρες, έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική φροντίδα και συχνά βιώνουν σωματικά απαιτητικές συνθήκες ζωής χωρίς επαρκή υποστήριξη. Σημαντικό στοιχείο στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αποκάλυψε πως ο χρόνιος πόνος στον αυχένα και τους ώμους θεωρείται ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνισή του και συνδέεται με το άγχος που προκαλεί η εργασία.

Άλλοι παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση του χρόνιου πόνοι είναι ο τρόπος ζωής και συμπεριφορά και περιλαμβάνουν το κάπνισμα, το αλκοόλ, τη φυσική δραστηριότητα, τη θρέψη, την ηλιοφάνεια και τη βιταμίνη D. Τα άτομα που καπνίζουν με χρόνιο πόνο φαίνεται να είναι περισσότερα, αναφέρουν υψηλότερης έντασης πόνο και καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα. Το κάπνισμα από μόνο του σχετίζεται με την αιτιολογία πολλών καταστάσεων πόνου (όπως ο χρόνιος πόνος στη μέση, με τους καπνιστές να παρουσιάζουν τριπλάσιο κίνδυνο σε σχέση με τους μη καπνιστές) και φαίνεται να εξαρτάται από τη δόση (αυξημένη κατανάλωση συνδέθηκε με περισσότερες περιοχές πόνου και μεγαλύτερης έντασης πόνο).

Το αλκοόλ φάνηκε πως όταν καταναλώθηκε σε υπερβολική ποσότητα, αναπτύχθηκε αντίσταση στην αποτελεσματικότητα των αναλγητικών ενώ η στέρησή του συνδέθηκε με αυξημένη ευαισθησία στον πόνο. Γενικά, η εξάρτηση από το αλκοόλ επηρεάζει τους βιολογικούς μηχανισμούς στον εγκέφαλο που ρυθμίζουν τον πόνο. Σε ότι αφορά τη σωματική άσκηση, συστηματικές ανασκοπήσεις υποστηρίζουν πως όσοι ασκούνται βελτιώνουν την ποιότητα ζωής, την λειτουργικότητα, την ένταση του χρόνιου πόνου και εμφανίζουν ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες (π.χ. τραυματισμούς). Μελέτη ανέφερε πως η γιόγκα είχε σημαντική ευεργετική επίδραση στον χρόνιο πόνο.[11] Η ένταξη της φυσικής δραστηριότητας στη θεραπεία του χρόνιου πόνου γίνεται ολοένα και πιο κοινή στις κατευθυντήριες οδηγίες περίθαλψης.

Σε ότι αφορά τη θρέψη, τα αποτελέσματα είναι ασαφή. Η εξατομικευμένη διατροφή μπορεί με την κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών και συμπληρωμάτων να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο που σχετίζεται με τον χρόνιο πόνο, να βελτιώσει την ποιότητα ζωής, να βελτιώσει τον πόνο που σχετίζεται με φλεγμονώδεις καταστάσεις και την παχυσαρκία και την ένταση του πόνου. Ωστόσο οι μελέτες που το αποδεικνύουν είναι χαμηλής ποιότητας και απαιτείται περαιτέρω έρευνα.

Ο παράγοντας ηλιοφάνεια, φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στον χρόνιο πόνο καθώς διαπιστώθηκε τις πιο ηλιόλουστες ημέρες ο πόνος μειωνόταν. Το ¼ των μελετών αναφέρει μια επιπρόσθετη συσχέτιση μεταξύ χαμηλών επιπέδων βιταμίνης D και χρόνιου πόνου. Η βιταμίνη D σχετίζεται με ανατομικές, ενδοκρινικές, νευρολογικές και ανοσολογικές μεταλλαγές που διαθέτουν την έναρξη και επικράτηση του χρόνιου πόνου. Ωστόσο και εδώ, τα αποτελέσματα δεν επιβεβαιώνονται καθολικά.

Στα κλινικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνονται η παρουσία και άλλων σημείων πόνου, η πολυνοσηρότητα, η ψυχική υγεία, οι χειρουργικές και ιατρικές παρεμβάσεις, το βάρος, οι διαταραχές ύπνου και η γενετική. Ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη χρόνιου πόνου είναι η παρουσία άλλων περιοχών οξέος ή χρόνιου πόνου στο σώμα. Όσο πιο σοβαρός και εκτεταμένος είναι ο πόνος, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα να εξελιχθεί σε χρόνιο. Ο συνεχής πόνος επηρεάζει τη χημεία του εγκεφάλου, αυξάνοντας την ευαισθησία στον πόνο, η οποία μπορεί να παραμείνει ακόμη και μετά την υποχώρηση του αρχικού πόνου. Η παρουσία πολλών αιτίων και η διάρκεια του πόνου συνδέονται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής.

Τα άτομα που υποφέρουν από διάφορες σωματικές και ψυχικές χρόνιες νόσους είναι πιθανότερο να εκδηλώσουν χρόνιο πόνο. Μελέτη αναφέρει πως το 88% των

ατόμων με χρόνιο πόνο αναφέρουν και άλλες χρόνιες διαγνώσεις. Η εμφάνιση συννοσηροτήτων φαίνεται πως περιπλέκει την αποτελεσματική διαχείριση του χρόνιου πόνου και μειώνει τις θεραπευτικές επιλογές. Τα άτομα που μεγαλύτερης έντασης χρόνιο πόνο ή είχαν γενικά κάποιας μορφής χρόνιο πόνο, είχαν διπλάσιες πιθανότητες θανάτου σε σύγκριση με εκείνους που ανέφεραν ήπιο ή καθόλου πόνο.

Ο χρόνιος πόνος και οι διαταραχές της ψυχικής υγείας έχουν αμφίδρομη σχέση. Ένα ποσοστό της τάξης του 50% των ανθρώπων που έχουν χρόνιο πόνο φαίνεται πως έχουν και κατάθλιψη που αρχικά δεν αναγνωρίζεται και δεν αντιμετωπίζεται. Ακόμα και αν διαγνωστεί και η κατάσταση βελτιωθεί, συνεχίζουν να παραμένουν σε υψηλότερο κίνδυνο για χρόνιο πόνο. Η κατάσταση της κατάθλιψης φανέρωσε διαταραχή στην εγκεφαλική δραστηριότητα και δυσλειτουργία στη ρύθμιση των συναισθημάτων. Επιπρόσθετα, το άγχος και ο φόβος του πόνου σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο επανεμφάνισης χρόνιου πόνου. Η αέναη κατάσταση ανεπαρκούς ανάρρωσης οδηγεί τα άτομα στο να αποφεύγουν δραστηριότητες λόγω του φόβου του πόνου. Αυτή η συμπεριφορά αποφυγής μπορεί να αποτελέσει ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη χρόνιου πόνου. Είναι σημαντικό επίσης να αναφερθεί πως όσοι είχαν διαγνωσθεί με διαταραχή μετατραυματικού στρες (Post-traumatic stress disorder- PTSD) είχαν όλοι χρόνιο πόνο.

Ο χρόνιος μετεγχειρητικός πόνος επηρεάζει το 10% των ασθενών, είναι συχνότερος σε ορισμένες καταστάσεις (π.χ. ακρωτηριασμούς) και βιώνεται περισσότερο από εκείνους που είχαν έντονο χρόνιο πόνο πριν την επέμβαση. Επιπλέον, όσοι είχαν άγχος για την εγχείρηση, οι νεότεροι και αυτοί που παρουσίασαν λοιμώξεις μετά την επέμβαση, ήταν πιο πιθανό να αναπτύξουν χρόνιο μετεγχειρητικό πόνο.

Στους παράγοντες που συνδέονται με τον χρόνιο πόνο ανήκει και η παχυσαρκία, η οποία θεωρείται συννοσηρότητα και είναι προγνωστικός παράγοντας εμφάνισης χρόνιου πόνου επηρεάζοντας το 40% αυτών. Ο δείκτης μάζας σώματος πάνω από 30 προκαλεί πίεση στις αρθρώσεις που επιβαρύνονται περισσότερο από το βάρος, μειώνει την σωματική άσκηση και επιδρά στην εμφάνιση και άλλων χρόνιων νόσων.

Έρευνες έχουν αποδείξει τη συσχέτιση του χρόνιου πόνου με την αϋπνία, παράγοντας που φαίνεται να επηρεάζει σχεδόν το 50% των ασθενών με χρόνιο πόνο.[5,6] Η σχέση και εδώ είναι αμφίδρομη καθώς ο χρόνιος πόνος μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στον ύπνο, ενώ η κακή ποιότητα ύπνου μπορεί να επιδεινώσει την ένταση και τη διάρκεια του χρόνιου πόνου. Επιπλέον, η βιβλιογραφία

υποστηρίζει πως οι ασθενείς που λάμβαναν μακροχρόνια αγωγή με οπιοειδή παρουσίασαν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης υπνικής άπνοιας.

Ο γονιδιακός παράγοντας αποτελεί μια πρόκληση στον χρόνιο πόνο. Η ευαισθησία στα επώδυνα ερεθίσματα καθώς και η ανοχή στον πόνο έχουν εν μέρει καθοριστεί γονιδιακά. Προς το παρόν γνωρίζουμε πως περί τα 150 γονίδια σχετίζονται με τον χρόνιο πόνο, αριθμός που ολοένα και αυξάνεται. Ωστόσο, η έρευνα δεν έχει καταφέρει να βρει κάποιο συγκεκριμένο γονίδιο που να προκαλεί κίνδυνο εμφάνισης χρόνιου πόνου αλλά περισσότερο ένας συνδυασμός γενετικών παραλλαγών.

Τέλος, άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τον χρόνιο πόνο είναι η στάση απέναντι στον πόνο καθώς έχει φανεί πως η αλλαγή στην αντίληψη των ασθενών για τον πόνο τους μπορεί να μειώσει την ένταση του πόνου.[5] Το ιστορικό τραυματισμού ή κακοποίησης έρχεται κι αυτό να συμπληρώσει το πάζλ των προαναφερθέντων αιτιολογικών παραγόντων. Οι άνθρωποι που στο παρελθόν βίωσαν καταστάσεις σωματικής ή και συναισθηματικής κακοποιητικής συμπεριφοράς έχουν αυξημένη πιθανότητα να εκδηλώσουν χρόνιο πόνο καθώς το τραύμα επηρεάζει το νευρικό σύστημα και αυξάνει την ευαισθησία στον πόνο, ανεξάρτητα από την ηλικία ή τον τύπο της βίας (ενδοοικογενειακή ή δημόσια).[5,10]

1.2.2 Οικονομικό βάρος Χρόνιου Πόνου

Το κόστος του χρόνιου πόνου για τον ίδιο τον πάσχοντα και την κοινωνία είναι δυσθεώρητο. Ο χρόνιος πόνος κοστίζει δισεκατομμύρια δολάρια μέσω δαπανών στα Συστήματα Υγείας. Για να γίνει αντιληπτή η έκταση του κόστους που δαπανάται για τη διαχείριση της ασθένειας, αρκεί να αναφερθεί πως το 12% όλων των συνταγογραφούμενων φαρμάκων χορηγείται σε ασθενείς με χρόνιο πόνο. Το κόστος αυτών των φαρμάκων υπολογίζεται πως ξεπερνά σε άμεσο και έμμεσο κόστος τα 100 δισεκατομμύρια δολάρια των ΗΠΑ. Μελέτη των Cohen et al., αναφέρουν οικονομική επιβάρυνση της τάξης εύρους μεταξύ 5 και 35 δισεκατομμυρίων δολαρίων στις ΗΠΑ ετησίως μόνο για ιατρικές δαπάνες.[4] Τα υπέρογκα ποσά που ξοδεύονται για τον πόνο, αφορούν τόσο το άμεσο κόστος για την θεραπεία του αλλά και το κόστος που προκύπτει λόγω απώλειας της παραγωγικότητας και την αποκατάσταση των συνεπειών που προκύπτουν (π.χ. αναπηρία, μειωμένη ποιότητα ζωής). Ευρήματα από την ίδια γεωγραφική περιοχή αναδεικνύουν πως το κόστος αυτό, υπερβαίνει το

συνολικό κόστος που απαιτείται για τη θεραπεία για τη νόσο του καρκίνου, του σακχαρώδη διαβήτη και των καρδιαγγειακών παθήσεων.[12]

Οι ασθενείς με χρόνιο πόνο, καταγράφεται πως καταναλώνουν πόρους υγειονομικής περίθαλψης σχεδόν διπλάσιους σε αριθμό σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.[10] Στην Αυστραλία το μέσο κόστος για τον πάσχοντα κυμαίνεται μεταξύ 22.588 και 42.979 δολάρια ετησίως. Ο χρόνιος πόνος οδηγεί σε ποικίλες οικονομικές επιπτώσεις και σε προσωπικό επίπεδο καθώς η καθυστερημένη διάγνωση και θεραπεία του χρόνιου πόνου μπορεί να οδηγήσει σε παρατεταμένες περιόδους αδυναμίας εκτέλεσης της εργασίας, με αποτέλεσμα τη μειωμένη παραγωγικότητα, τις οικονομικές απώλειες ακόμα και την έλλειψης στέγης.[4]

Μια άλλη παράμετρος που συνυπολογίζεται ως οικονομικό βάρος είναι και το κόστος που προκύπτει από την ακατάλληλη και ανεπαρκή φροντίδα που λαμβάνουν οι πάσχοντες. Το 25% των ασθενών αναφέρει πως ο οικογενειακός ιατρός τους δεν θεωρούσε πως ο χρόνιος πόνος τους από τον οποίο υπέφεραν είναι πρόβλημα. Λιγότεροι από τους μισούς αναφέρουν πως ο θεράπον ιατρός τους προτιμούσε να σχεδιάσει το πλάνο θεραπείας τους βάσει της διάγνωσής τους παρά να ανακουφίσει τον πόνο τους. Οι ασθενείς που δεν λαμβάνουν την κατάλληλη ανακούφιση κάνουν υπερβολική χρήση φαρμάκων και αναζητούν ιατρική φροντίδα επανειλημμένα, γεγονός που αυξάνει την οικονομική τους επιβάρυνση. Και μολονότι βλέπουμε να αυξάνεται ο όγκος των φαρμάκων αλλά και οι διαθέσιμες άλλες μη φαρμακολογικές επιλογές και διαδικασίες, παρατηρείται συνεχώς μια αύξηση του επιπολασμού του χρόνιου πόνου λόγω αναποτελεσματικής φροντίδας.[10]

1.2.3 Κοινωνικό Βάρος Χρόνιου Πόνου

Ο χρόνιος πόνος έχει και κοινωνικές επιπτώσεις -πέρα από σωματικές και οικονομικές- καθώς φέρει μαζί του ένα πολύπλευρο κοινωνικό φορτίο που επηρεάζει τόσο τον ασθενή όσο και το άμεσο περιβάλλον του. Το να ζεις με χρόνιο πόνο, σημαίνει να πορεύεσαι καθημερινά με προκλήσεις γύρω από εργασίες που για άλλους είναι απλές και θεωρούνται δεδομένες. Το ντύσιμο, η μετακίνηση, η εργασία ή ακόμη και η κοινωνικοποίηση ενδέχεται να συνοδεύονται από πόνο, κόπωση και ψυχολογική εξάντληση. Πολλοί είναι εκείνοι που στιγματίζονται και κρίνονται γιατί φαινομενικά δεν υπάρχει βελτίωση και φαίνεται να μην καταφέρνουν να ελέγξουν την κλιμάκωση του πόνου τους. Επειδή πρόκειται κάποιες φορές για μια μη ορατή

ασθένεια (δηλαδή χωρίς εξωτερικά σημάδια ή εμφανείς βλάβες), το περιβάλλον συχνά αμφισβητεί ή υποτιμά τη σοβαρότητά της. Αυτή η συμπεριφορά οδηγεί κάποιους πάσχοντες σε κακή ψυχική υγεία, χαμηλή αυτοεκτίμηση και απομόνωση.

Σε συγκεκριμένες ηλικιακές κατηγορίες, ο πόνος είναι υπεύθυνος για την απουσία από το σχολείο, μειωμένη ακαδημαϊκή απόδοση, δυσλειτουργία των κοινωνικών σχέσεων δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο κοινωνικού αποκλεισμού.[13] Τα τελευταία δεδομένα αναφέρουν υψηλά ποσοστά διαζυγίων καθώς αλλάζει η δυναμική των σχέσεων λόγω αδυναμίας κατανόησης ή κόπωσης. Υψηλά είναι επίσης τα ποσοστά αυτοκτονιών και κινδύνου από καταχρήσεις ουσιών. Η κατάσταση επιδεινώνεται όταν, ειδικά νέοι άνθρωποι, λαμβάνουν οπιοειδή για την αντιμετώπιση του πόνου τους και εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εθισμού.

Επιπρόσθετα, όταν δεν υπάρχει κοινωνική στήριξη αλλά απεναντίας, τεταμένο φορτίο σε όλο το φάσμα των διαπροσωπικών σχέσεων και ο πόνος επιμένει, παρατηρούνται εξάρσεις και υφέσεις που δημιουργούν σύγχυση. Η κοινωνική υποστήριξη λειτουργεί προστατευτικά. Η παρουσία ενός υποστηρικτικού δικτύου μπορεί να μειώσει τα επίπεδα πόνου μέσω ψυχολογικής αποφόρτισης, να ενισχύσει την προσήλωση στη θεραπεία και να βελτιώσει τη συνολική ποιότητα ζωής. Αντιθέτως, η απουσία υποστήριξης συνδέεται με επιδείνωση των συμπτωμάτων, ψυχική επιβάρυνση και συχνότερες υποτροπές [14,15]

1.3 Ταξινόμηση Χρόνιου Πόνου

Ο ορισμός του χρόνιου πόνου αναθεωρήθηκε το 2020 και τονίζει πως ο πόνος είναι βίωμα, μπορεί να εκφραστεί μη λεκτικά και δεν αποτελεί εμπειρία αποκλειστικά μόνο για τον άνθρωπο. Ο πόνος ερμηνεύεται σύμφωνα με την εμπειρία του πάσχοντα και η αναφορά του από τον ασθενή θα πρέπει να γίνεται δεκτή ελλείψει αποδείξεων για το αντίθετο.[4] Ο χρόνιος πόνος είναι ένα σύνθετο πρόβλημα. Έχει φυσικές, συναισθηματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές προεκτάσεις και η κατανόηση της πολύπλευρης φύσης του, θα οδηγήσει σε καλύτερη διαχείριση και θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής στους ασθενείς.[1]

Το 2018 η ομάδα εργασίας της IASP ανέπτυξε μια συστηματική ταξινόμηση του χρόνιου πόνου και διακρίνει τα σύνδρομα χρόνιου πόνου σε πρωτογενή και δευτερογενή, παρέχει ακριβείς ορισμούς και προσδίδει περαιτέρω γνωρίσματα των αντίστοιχων διαγνώσεων σύμφωνα με το μοντέλο του ΠΟΥ για το ICD-11. Επιπλέον

ενσωματώνει χαρακτηριστικά όπως η αναφερόμενη σοβαρότητα του πόνου και η χρονική πορεία του. Η αρχή οργάνωσης για την ταξινόμηση του χρόνιου πόνου βασίστηκε κατά προτεραιότητα στην αιτιολογία του, ακολούθησε η υποκείμενη παθοφυσιολογία και ολοκληρώθηκε με την προσβεβλημένη πάσχουσα περιοχή του σώματος. Οι αρχές ταξινόμησης συνάδουν με εκείνες που χρησιμοποιεί όλη η ICD.[3]

Ο χρόνιος πόνος δεν είναι απλώς μια χρονική επέκταση του οξέος πόνου και ο λόγος είναι διότι στερείται της προειδοποιητικής λειτουργίας του πόνου και διεγείρεται από παθογενετικά αίτια όπως είναι η κεντρική ευαισθητοποίηση, η ενεργοποίηση των γλοίων, η αλλοιωμένη ρύθμιση του πόνου και η νευροάνοση σηματοδότηση. Επιπλέον, η ενεργοποίησή του μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους ψυχολογικούς παράγοντες όπως είναι η κατάθλιψη, η καταστροφολογία, οι συμπεριφορές αποφυγής καθώς και από κοινωνικούς παράγοντες όπως είναι οι επιδράσεις από τους σημαντικούς άλλους και πολιτισμικές συμπεριφορές. Ωστόσο, είναι γενικά αποδεκτό – και σύμφωνα με τα κριτήρια Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων (11η έκδοση)- πως αν δεν υπάρχει σαφές όριο για την χρονική στιγμή που ο οξύς πόνος γίνεται χρόνιος, ο πόνος που παραμένει πέρα από την αναμενόμενη περίοδο επούλωσης των 3 μηνών θεωρείται παθολογικός.[4] Συνεπώς είναι σημαντική η αποσαφήνιση των εννοιών και η κατανόηση της πολυπλοκότητας της διαγνωστικής αυτής οντότητας.[8]

1.3.1 Σύνδρομα Χρόνιου Πρωτογενούς Πόνου

Ο χρόνιος πόνος μπορεί να ενταχθεί σε μια υποομάδα και να ονομαστεί χρόνιος πρωτογενής πόνος (ΧΠΠ) όταν αυτός παίρνει χαρακτηριστικά μιας αυτοτελούς ασθένειας. Ο πόνος αυτός επιμένει ή υποτροπιάζει για περισσότερους από τρεις μήνες και σχετίζεται με σημαντική συναισθηματική δυσφορία ή/και λειτουργική αναπηρία (π.χ. στις καθημερινές δραστηριότητες, συμμετοχή σε κοινωνικούς ρόλους) και δεν μπορεί να αιτιολογηθεί καλύτερα από άλλη διάγνωση.[3] Η συναισθηματική δυσφορία μπορεί να εμφανιστεί με τις μορφές της αποθάρρυνσης, του άγχους, της καταθλιπτικής διάθεσης, του θυμού ή της απογοήτευσης. Η λειτουργική αναπηρία αφορά την ανικανότητα εκτέλεσης ενός φάσματος δραστηριοτήτων στην καθημερινότητα όπως δυσκολία στην εργασία, στον ύπνο και συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες.[15]

Ο χρόνιος πρωτοπαθής πόνος δύναται να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε σύστημα του οργανισμού (π.χ. νευρικό σύστημα, γαστρεντερικό σύστημα κλπ.) και σε οποιαδήποτε περιοχή στο σώμα (π.χ. πρόσωπο, θώρακας, πύελος κλπ.) ή σε συνδυασμό περιοχών στο σώμα (π.χ. εκτεταμένος πόνος). Η κατηγορία αυτή χρόνιου πόνου παρουσιάζει και υπότυπους. Ωστόσο, διακρίνεται στο ICD-11 και ένας διαγνωστικός κωδικός που αφορά τον υπότυπο εν ονόματι «χρόνιος πρωτοπαθής πόνος απροσδιόριστος» για να καλύψει την διαγνωστική ασάφεια.[15]

Οι διαγνωστικές οντότητες αυτής της κατηγορίας διαιρούνται περαιτέρω σε χρόνιο διάχυτο πόνο (π.χ. ινομυαλγία), σύνδρομα σύνθετου περιφερειακού πόνου, χρόνιο πρωτοπαθή σπλαχνικό πόνο (π.χ. σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου), χρόνιο πρωτοπαθή πονοκέφαλο και στοματοπροσωπικό πόνο (π.χ. χρόνια ημικρανία ή κροταφογναθική διαταραχή) και χρόνιο πρωτοπαθή μυοσκελετικό πόνο (π.χ. μη ειδικός πόνος στη μέση).[3]

Χρόνιος διάχυτος πόνος ονομάζεται ο εκτεταμένος μυοσκελετικός πόνος που εντοπίζεται σε τουλάχιστον 4 από 5 περιοχές του σώματος και σε τουλάχιστον 3 ή περισσότερα τεταρτημόρια του σώματος (όπως ορίζεται από την άνω-κάτω/αριστερή-δεξιά πλευρά του σώματος) και τον αξονικό σκελετό (αυχένας, πλάτη, θώρακας και κοιλιά). Η διάγνωση θεωρείται κατάλληλη εάν δεν αποδίδεται ο πόνος άμεσα σε μια νοσηρή διεργασία και χαρακτηριστικά που συνάδουν με νοσηρό πόνο σε αυτές τις περιοχές. Παράδειγμα αποτελεί ο αυθόρμητος ή προκλητός πόνος στις προσβεβλημένες περιοχές, συνοδευόμενος από αλλοδυνία ή/και υπεραλγησία και αναγνωρισμένους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Συχνά επίσης ο χρόνιος διάχυτος πόνος συνδέεται με άλλες συννοσηρότητες όπως η παχυσαρκία, η υπέρταση και ο διαβήτης. Το σύνδρομο ινομυαλγίας (FibroMyalgia Syndrome - FMS) ανήκει στην ομάδα του ΧΠΠ και ορίζεται ως πόνος που εμφανίζεται σε τουλάχιστον 4 από 5 περιοχές του σώματος (σε τουλάχιστον 3 ή 4 τεταρτημόρια του σώματος) και συνδέεται με διαταραχές ύπνου, γνωστική δυσλειτουργία και σωματικά συμπτώματα. Τα συμπτώματα και σε αυτή την περίπτωση είναι παρόντα για τουλάχιστον 3 μήνες και δεν εξηγούνται καλύτερα από άλλη διάγνωση.

Άλλη μία διαγνωστική υποκατηγορία που ανήκει στην ομάδα του ΧΠΠ είναι το σύνδρομο σύνθετου περιφερειακού πόνου και ορίζεται ως ο πόνος σε περιφερειακή κατανομή, ο οποίος ξεκινά συνήθως απομακρυσμένα σε ένα άκρο μετά από τραύμα και είναι δυσανάλογος σε μέγεθος ή διάρκεια σε σχέση με την τυπική πορεία (του πόνου) μετά από παρόμοιο τραύμα ιστού. Οι ασθενείς παρατηρείται πως εμφανίζουν

περαιτέρω, φλεγμονώδεις διαταραχές στις πληγείσες περιοχές, οι οποίες διαφέρουν μεταξύ των ασθενών καθώς και η εκδήλωσή τους στην πορεία του στο χρόνο. Επιπλέον οι ασθενείς είναι πιθανό να εμφανίσουν υπεραλγησία, αλλαγές στο χρώμα και στη θερμοκρασία του δέρματος, οίδημα, αλλοδυνία, δυστροφία δέρματος, αλλοιωμένη ανάπτυξη στα νύχια και στα μαλλιά, καταβολή δυνάμεων, δυστονία και τρόμο στο πάσχον άκρο και εστιακή οστεοπόρωση. Αν η ασθένεια εξελιχθεί σε προχωρημένο στάδιο, είναι πιθανό να παρουσιαστεί μυϊκή ατροφία και υποχώρηση των αρθρώσεων και των τενόντων. Το σύνδρομο σύνθετου περιφερειακού πόνου κατηγοριοποιείται σε δύο υπότυπους. Τον τύπου 1 και τύπου 2. Αν και οι δύο τύποι μπορούν να εμφανιστούν μετά από τραύμα, στον τύπου 1 δεν εντοπίζεται τραυματισμός περιφερικού νεύρου ενώ στο τύπου 2 εντοπίζονται ενδείξεις τραυματισμού.[15]

Μία από τις σημαντικότερες κατηγορίες του ΧΠΠ είναι ο χρόνιος πρωτοπαθής σπλαχνικός πόνος και εντοπίζεται στην κεφαλή ή τον αυχένα, το θώρακα, την κοιλιακή ή την πυελική χώρα. Υπάρχουν διάφοροι υπότυποι που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία. 1) Το σύνδρομο χρόνιου πρωτοπαθούς θωρακικού πόνου ορίζεται ο υποτροπιάζον πρωτοπαθής οπισοσθοστερνικός πόνος, είναι παρών επί 3 μήνες με έναρξη συμπτωμάτων τουλάχιστον 6 μήνες πριν από τη διάγνωση, με συχνότητα τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα και περιγράφεται με ενοχλήσεις που είναι συμβατές με πόνο οισοφαγικής προέλευσης. 2) Άλλη υποκατηγορία είναι το σύνδρομο χρόνιου πρωτοπαθούς επιγαστρικού πόνου το οποίο εμφανίζεται στο επιγάστριο, χαρακτηρίζεται από επιγαστρικό πόνο ή κάψιμο που δεν εμφανίζεται αποκλειστικά μετά τα γεύματα, αλλά και στη νηστεία, ή ακόμη και να βελτιωθεί μετά από ένα γεύμα, ο πόνος αυτός υπάρχει για τουλάχιστον 1 ημέρα την εβδομάδα κατά τους τελευταίους 3 μήνες με έναρξη των συμπτωμάτων τουλάχιστον 6 μήνες πριν από τη διάγνωση. 3) Μία πολύ συνηθισμένη διαταραχή που αποτελεί υποκατηγορία σπλαχνικού ΧΠΠ είναι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και πρόκειται για έναν κοιλιακό πόνο που επαναλαμβάνεται και εμφανίζεται κατά μέσο όρο για τουλάχιστον 1 ημέρα/εβδομάδα τους τελευταίους 3 μήνες και σχετίζεται με 2 ή περισσότερα από τα ακόλουθα: α) αφόδευση β) αλλαγή στη συχνότητα των κοπράνων και γ) αλλαγή στη μορφολογική εμφάνιση των κοπράνων. Τα κριτήρια και σε αυτή την κατηγορία πρέπει να πληρούνται τους τελευταίους 3 μήνες με έναρξη των συμπτωμάτων 6 μήνες πριν από τη διάγνωση. 4) Το σύνδρομο χρόνιου πρωτογενούς κοιλιακού πόνου είναι μια άλλη κατηγορία σπλαχνικού ΧΠΠ που εντοπίζεται στην κοιλιακή χώρα και ο

πόνος συνήθως είναι συνεχής, δεν συνδέεται καθόλου ή μόνο περιστασιακά με φυσιολογικά γεγονότα (π.χ. φαγητό, αφόδευση ή εμμηνορρυσία) και εντοπίζεται με μια εικόνα συμβατή με εμφάνιση πόνου από συγκεκριμένα εσωτερικά όργανα αλλά χωρίς τα συμπτώματα να εξηγούνται καλύτερα από τη διάγνωση του χρόνιου δευτερογενούς κοιλιακού πόνου. 5) Η 5η κατηγορία αφορά το σύνδρομο ΧΠΠ στην ουροδόχο κύστη και ορίζεται ως ο ΧΠΠ που εντοπίζεται στην περιοχή της ουροδόχου κύστης και συνδέεται με τουλάχιστον ένα ακόμα σύμπτωμα, όπως η επιδείνωση του πόνου κατά την πλήρωση της κύστης και η συχνότητα ούρησης, ενώ η συμπτωματολογία δεν εξηγείται καλύτερα από λοίμωξη ή από οποιαδήποτε διάγνωση χρόνιου δευτερογενούς σπλαχνικού πόνου. 6) Τελευταία υποκατηγορία αφορά το σύνδρομο χρόνιου πρωτοπαθούς πυελικού πόνου που γίνεται αντιληπτός στην περιοχή της πυέλου, του πεπτικού και ουρογεννητικού συστήματος. Ο πόνος παρουσιάζεται με μια εικόνα συμβατή με εμφάνιση πόνου από συγκεκριμένα εσωτερικά όργανα της πυελικής περιοχής, χωρίς η συμπτωματολογία να εξηγείται καλύτερα από πιθανές διαγνώσεις χρόνιου δευτερογενούς σπλαχνικού πυελικού πόνου όπως χρόνιος σπλαχνικός πυελικός πόνος από επίμονη φλεγμονή, χρόνιος σπλαχνικός πυελικός πόνος από μηχανικούς παράγοντες και χρόνιος σπλαχνικός πυελικός πόνος από αγγειακούς μηχανισμούς.[15]

Στην κατηγορία του χρόνιου πρωτογενούς πόνου συγκαταλέγεται και η ομάδα του χρόνιου πρωτοπαθή πονοκεφάλου ή πόνου στο πρόσωπο. Οι ασθενείς που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία βιώνουν καθημερινά πολλά μικρής διάρκειας διαστήματα πόνου ή τουλάχιστον 2 ώρες ημερησίως πονοκέφαλο ή πόνο στο πρόσωπο και ο πόνος αυτός εμφανίζεται για τουλάχιστον 15 ημέρες το μήνα και για χρονικό διάστημα που ξεπερνά τους 3 μήνες.[16] Στη βιβλιογραφία αναφέρονται διάφοροι υπότυποι χρόνιου πρωτοπαθούς πονοκεφάλου ή στοματικού πόνου. Η χρόνια ημικρανία είναι ένας υπότυπος που χαρακτηρίζεται από πονοκέφαλο μονόπλευρης εντόπισης που εκδηλώνεται με κρίσεις που διαρκούν από 4 έως και 72 ώρες, εμφανίζεται τουλάχιστον 15 ημέρες το μήνα και για περισσότερους από 3 μήνες. Η χρόνια κεφαλαλγία τύπου τάσης είναι μια άλλη υποκατηγορία που χαρακτηρίζεται από πονοκέφαλο συνήθως αμφίπλευρης εντόπισης που εκδηλώνεται για τουλάχιστον 2 ώρες καθημερινά επί 15 ή περισσότερες ημέρες το μήνα και για περισσότερο από 3 μήνες. Στην ίδια οικογένεια χρόνιας κεφαλαλγίας ανήκει και η αυτόνομη κεφαλαλγία του τριδύμου που είναι μονόπλευρης εντόπισης και θεωρείται χρόνια εάν επιμένει για ένα χρόνο ή περισσότερο χωρίς ύφεση στα συμπτώματα ή με περιόδους ύφεσης που

έχουν διάρκεια λιγότερο από 3 μήνες.[17] Η χρόνια κροταφογναθική διαταραχή είναι μια άλλη διαγνωστική υποκατηγορία πολύ συνήθης και επηρεάζει με πόνο τις κροταφογναθικές αρθρώσεις, τους μασητικούς μύες και τους σχετικούς ιστούς. Ο πόνος έχει διάρκεια τουλάχιστον 2 ώρες την ημέρα σε τουλάχιστον 50% των ημερών και για τουλάχιστον 3 μήνες. Άλλος υπότυπος είναι ο χρόνιος πρωτοπαθής πόνος καύσου στο στόμα. Χωρίς να υπάρχει εμφανής αιτιολογική βλάβη κατά την κλινική εξέταση, ο ασθενής υποφέρει από ενδοστοματικό αίσθημα καύσου ή δυσαισθησίας το οποίο επαναλαμβάνεται για περισσότερες από 2 ώρες καθημερινά κατά το 50% των ημερών και για διάστημα που διαρκεί πάνω από 3 μήνες. Τελευταία υποκατηγορία αναφέρεται στο χρόνιο πρωτοπαθή στοματοπροσωπικό πόνο ο οποίος εντοπίζεται στην περιοχή του στόματος και του προσώπου και συνδέεται με σημαντική συναισθηματική δυσφορία ή/και λειτουργική αναπηρία που δεν μπορεί να εξηγηθεί καλύτερα από κάποια άλλη διάγνωση χρόνιου πρωτοπαθούς ή χρόνιου δευτεροπαθούς στοματοπροσωπικού πόνου. Η κατηγορία του ΧΠΠ ολοκληρώνεται με αναφορά στην τελευταία κατηγορία που είναι ο χρόνιος πρωτοπαθής μυοσκελετικός πόνος με εντόπιση στους μύες, τα οστά, τις αρθρώσεις ή τους τένοντες. Ανάλογα με την εντόπιση του πόνου, διαμορφώνονται και οι αντίστοιχες υποκατηγορίες. Έτσι, αν η πάσχουσα περιοχή εντοπίζεται στο άνω τμήμα της πλάτης, τότε η διαγνωστική υποκατηγορία ονομάζεται χρόνιος πρωτοπαθής αυχενικός πόνος, αν ο πόνος εντοπίζεται στη μέση αναφερόμαστε στο χρόνιο πρωτοπαθή θωρακικό πόνο. Αντίστοιχα ο πόνος στο κάτω μέρος της πλάτης αναφέρεται ως χρόνιος πρωτοπαθής πόνος στην οσφυϊκή χώρα και στα άκρα ως χρόνιος πρωτοπαθής πόνος στα άκρα. Η συμπτωματολογία στις προηγουμένως αναφερθείσες κατηγορίες ποικίλλει.[15]

1.3.2 Σύνδρομα Χρόνιου Δευτερογενούς Πόνου

Χρόνιος δευτερογενής πόνος (ΧΔΠ) χαρακτηρίζεται ο χρόνιος πόνος ο οποίος μπορεί να εκληφθεί ως σύμπτωμα και συνδέεται με άλλες ασθένειες που ανέρχονται ως υποκείμενη αιτία. Κατηγοριοποιείται σε 6 υποομάδες. Χρόνιος πόνος που σχετίζεται με τον καρκίνο, χρόνιος μετεγχειρητικός ή μετατραυματικός πόνος, χρόνιος νευροπαθητικός πόνος, χρόνιος δευτεροπαθής πονοκέφαλος ή στοματοπροσωπικός πόνος, χρόνιος σπλαχνικός πόνος και χρόνιος δευτεροπαθής μυοσκελετικός πόνος.

Χρόνιος πόνος που σχετίζεται με τον καρκίνο θεωρείται ο πόνος που προκαλείται από το ίδιο τον καρκίνο (από πρωτοπαθή νεοπλασία ή μεταστάσεις) ή από την θεραπεία με την οποία αντιμετωπίστηκε (π.χ. χειρουργείο, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία). Ο πόνος αυτός εμφανίζεται συχνά και συνήθως στους μακροχρόνια επιζώντες από καρκίνο. Ο πόνος από τη χειρουργική θεραπεία του καρκίνου αντιμετωπίζεται ξεχωριστά, ως μετεγχειρητικός χρόνιος πόνος.

Ο χρόνιος πόνος διαχωρίζεται σε μετεγχειρητικό, αν το γεγονός έναρξής του είναι χειρουργικό ή μετατραυματικό, αν πρόκειται για μη χειρουργικό τραύμα. Το χρονικό όριο και σε αυτή την υποομάδα ορίζεται το τρίμηνο αν και μπορεί να είναι ανιχνεύσιμος και νωρίτερα. Αποτελεί μείζον πρόβλημα καθώς συνδέεται με δυσλειτουργία στην αποκατάσταση και την επιστροφή στην εργασία. Οι κατευθυντήριες γραμμές δίνουν έμφαση σε προγράμματα πρόληψης του χρόνιου πόνου που συνδυάζονται μαζί με τη συνηθισμένη προετοιμασία του ασθενή για την χειρουργική επέμβαση. Συχνά έχει νευροπαθητικά χαρακτηριστικά, και σε τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να συνδιαγνωσθεί (διαγνωστεί παράλληλα) ως χρόνιος περιφερικός νευροπαθητικός πόνος.

Χρόνιος νευροπαθητικός πόνος ορίζεται ο πόνος που οφείλεται σε βλάβη ή νόσο του σωματοαισθητικού νευρικού συστήματος και γίνεται αντιληπτός εντός της περιοχής νεύρωσης που αντιπροσωπεύεται από τη συγκεκριμένη δομή του νευρικού συστήματος. Ο νευροπαθητικός πόνος έχει χαρακτηριστικά αυθόρμητης έναρξης ή δημιουργείται από αισθητηριακό ερέθισμα όπως είναι η υπεραλγησία και η αλλοδυνία. Επιπλέον, κατηγοριοποιείται περαιτέρω σε δυο υπότυπους: σε χρόνιο περιφερειακό και χρόνιο κεντρικό νευροπαθητικό πόνο. Προϋπόθεση για τη διάγνωση του νευροπαθητικού πόνου είναι να υπάρχει ιστορικό τραυματισμού του νευρικού συστήματος καθώς και μια εύλογη νευροανατομικά κατανομή του πόνου. Οι αιτίες τραυματισμού ποικίλουν π.χ. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, τραύμα νευρώνων, διαβητική νευροπάθεια κ.α. Η οριστικοποίηση της διάγνωσης γίνεται μέσω απεικονιστικών εξετάσεων, βιοψία ή νευροφυσιολογικού ελέγχου.

Μία άλλη κλινική οντότητα, αφορά τον χρόνιο δευτερογενή πονοκέφαλο ή στοματοπροσωπικό πόνο και ορίζονται ως κεφαλαλγίες ή στοματοπροσωπικοί πόνοι που εμφανίζονται για πάνω από δύο ώρες την ημέρα, για τουλάχιστον το ήμισυ των ημερών και για χρονικό διάστημα τουλάχιστον τριών μηνών. Η κατηγορία του στοματοπροσωπικού πόνου υποδιαιρείται σε χρόνιο οδοντικό πόνο και κροταφογναθικές διαταραχές.

Στα σύνδρομα χρόνιου δευτερογενούς πόνου συγκαταλέγεται και ο χρόνιος δευτερογενής σπλαχνικός πόνος και ορίζεται ως ο επίμονος ή επαναλαμβανόμενος πόνος που προέρχεται από εσωτερικά όργανα της περιοχής της κεφαλής, του αυχένα και της θωρακικής, κοιλιακής και πυελικής κοιλότητας. Μπορεί να γίνει αισθητός στα τοιχώματα των ιστών του σώματος (δέρμα, υποδόριο, μύες) που έχουν την ίδια αισθητηριακή νεύρωση με το εσωτερικό όργανο από όπου προέρχεται αυτό το σύμπτωμα. Ο μηχανισμός δράσης και πρόκλησης του πόνου προκύπτει από μηχανικούς παράγοντες (π.χ. απόφραξη), αγγειακούς μηχανισμούς (θρόμβωση και ισχαιμία) ή επίμονη φλεγμονή. Στην κατηγορία αυτή δεν περιλαμβάνεται ο πόνος από καρκίνο (ανήκει στο χρόνιο πόνο σχετιζόμενο με καρκίνο) ή ο πόνος από λειτουργικές ή ανεξήγητες αιτίες (ανήκει στο χρόνιο πρωτοπαθή πόνο).

Ο χρόνιος δευτερογενής μυοσκελετικός πόνος είναι η κατηγορία χρόνιου πόνου που ορίζεται ως ο επίμονος ή επαναλαμβανόμενος πόνος που προκύπτει ως μέρος μιας διαδικασίας νόσου που επηρεάζει άμεσα τα οστά, τις αρθρώσεις, τους μύες ή τους σχετικούς μαλακούς ιστούς. Ο πόνος έχει αυθόρμητη έναρξη ή οφείλεται στην κίνηση. Επιπλέον ο πόνος αυτός μπορεί να εντοπίζεται στους μυοσκελετικούς ιστούς αλλά να μην προέρχεται από αυτούς. Παραδείγματα αποτελούν ο συμπιεστικός πόνος της νευροπάθειας ή ο σωματικός αναφερόμενος πόνος. Παρομοίως και σε αυτή την κατηγορία, η κατηγοριοποίηση αφορά τον υποκείμενο μηχανισμό δράσης. Αυτοί συνοψίζονται σε επίμονη φλεγμονή λοιμώδους, αυτοάνοσης ή μεταβολικής αιτιολογίας (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα), δομικές αλλαγές που επηρεάζουν τα οστά, τις αρθρώσεις, τους τένοντες ή τους μύες (π.χ. συμπτωματική οστεοαρθρίτιδα), ή χρόνιος δευτερογενής μυοσκελετικός πόνος οφειλόμενος σε παθήσεις του κινητικού νευρικού συστήματος (π.χ. σπαστικότητα μετά από τραυματισμό του νωτιαίου μυελού ή ακαμψία στη νόσο του Πάρκινσον).[3]

1.3.3 Άλλες Κατηγορίες και Κωδικοί Προέκτασης

Οι παραπάνω αναφερόμενες κατηγορίες ταξινόμησης, ολοκληρώνονται με μια κατηγορία επονομαζόμενη «άλλα» σε κάθε επίπεδο, ώστε να ανιχνεύσουν περιπτώσεις που τυχόν έχουν παραληφθεί και δεν έχουν συνδεθεί με την υπάρχουσα ταξινόμηση. Επιπλέον, κωδικοί επέκτασης έχουν προστεθεί και είναι διαθέσιμοι για όλο το εύρος διαγνωστικών κατηγοριών χρόνιου πόνου και επιτρέπουν την

καταγραφή επιπλέον στοιχείων όπως είναι η σοβαρότητα του πόνου, η χρονική του πορεία και ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που μπορεί να είναι παρόντες.

Η σοβαρότητα του πόνου μετριέται με την αναφερόμενη από τον ασθενή βιωματική ένταση του πόνου καθώς και την επακόλουθη δυσφορία και παρακώληση στα καθήκοντα. Η υποκειμενική εμπειρία σε ότι αφορά την ένταση, απαντά στην ερώτηση «Πόσο πονάει;». Η δυσφορία αντανακλάται μέσα από την ερώτηση «Πόσο σας στεναχωρεί ο πόνος;» και δηλώνει μια δυσάρεστη συναισθηματική εμπειρία με ψυχολογικές, κοινωνικές ή πνευματικές προεκτάσεις που σαν μοτίβο επιμένει και επαναλαμβάνεται. Η παρακώληση στα καθήκοντα διερευνάται με την ερώτηση «Πόσο ο πόνος παρεμποδίζει τη ζωή σας;» και καθρεφτίζει την πλευρά των καθημερινών δραστηριοτήτων που παρεμποδίζεται.

Βάσει των απαντήσεων που θα δώσει ο ασθενείς σε τρεις κλίμακες, από το 1 μέχρι το 10, σε κάθε μία από τις ανωτέρω κατηγορίες (ένταση, σχετιζόμενη με τον πόνο δυσφορία και παρεμβολή), ο πόνος θα πάρει συγκεκριμένη μορφή ώστε να είναι πιο αντιπροσωπευτικός στην πραγματική του υπόσταση. Ο πόνος χαρακτηρίζεται ως ήπιος, μέτριος ή σοβαρός σε ότι αφορά την έντασή του. Η χρονική του πορεία προσδιορίζεται ως συνεχής, επεισοδιακός, επαναλαμβανόμενος ή συνεχής πόνος με κρίσεις πόνου. Οι ψυχολογικές προεκτάσεις είναι γνωστικές (π.χ. καταστροφολογία), συμπεριφορικές (π.χ. αποφυγή) και συναισθηματικές (π.χ. φόβος). Τέλος, οι κοινωνικές προεκτάσεις φανερώνουν τον αντίκτυπο του χρόνιου πόνου στις σχέσεις με τους άλλους και το αντίστροφο. Είναι σημαντικό να τονίσουμε πως κάθε χρόνιος πόνος θεωρείται ένα πολυδιάστατο, βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο και ως έτσι πρέπει να μελετάται.[3]

1.4 Ποιότητα Ζωής ασθενών με Χρόνιο Πόνο

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνιο πόνο έχει αναπτυχθεί πολύ στην βιβλιογραφία καθώς ο χρόνιος πόνος παρεμβαίνει σε όλες τις πτυχές της ζωής των ασθενών, επηρεάζοντας τους σωματικά και ψυχικά.[18-22] Η μειωμένη ποιότητα ζωής των ανθρώπων με χρόνιο πόνο τεκμηριώνεται σε πλήθος μελετών και ερμηνεύεται βάση ειδικών αλλοιώσεων στο νευρικό σύστημα[4], εμφάνισης αναπηρίας[4,33,101], ψυχοκοινωνικής δυσφορίας αλλά και της παρουσίας αδιάγνωστων και αθεράπευτων καταστάσεων που σχετίζονται με χρόνιο πόνο ή άλλων συνοδών νοσημάτων.[1,9,14,25,27,33] Επιπλέον, ο ανεπαρκής έλεγχος του πόνου[9,14,19], τα οικονομικά

προβλήματα[9,29], ο κίνδυνος αυτοκτονίας[26,33] αλλά και άλλες επιπτώσεις (π.χ. διαταραχές του ύπνου) επιβαρύνουν την καθημερινότητα των πασχόντων.[4,18,22]

Ενδεικτικά, ερευνητές από τη Νορβηγία κατέγραψαν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής ασθενών με χρόνιο πόνο συγκριτικά με ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο που έλαβαν παρηγορητική φροντίδα. Αυτή η διαφοροποίηση αποδίδεται στην αυξημένη συννοσηρότητα με κατάθλιψη και άγχος, καθώς και στο γεγονός ότι ο χρόνιος πόνος συχνά βιώνεται χωρίς σαφές ιατρικό ή κοινωνικό πλαίσιο, στερώντας από τους ασθενείς την αίσθηση ελέγχου και κοινωνικής υποστήριξης.[14] Μια μελέτη που διεξήχθη στη Νότια Αφρική διαπίστωσε πως σχεδόν το ήμισυ των ενηλίκων, δηλαδή το 43%, υπέφερε από χρόνιο πόνο ο οποίος επέφερε σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους.[20] Μία άλλη μελέτη που διεξήχθη στη πόλη του Tshwane είχε παρόμοια αποτελέσματα και συγκεκριμένα ανέφερε ότι στο 41% των ασθενών επηρεάστηκε η ποιότητα ζωής και η λειτουργικότητά τους από τον χρόνιο πόνο. Πιο συγκεκριμένα, ο πόνος επηρέασε σε σημαντικό βαθμό και στο 37,4% την ικανότητα βάδισης, στο 33,8% τις καθημερινές δουλειές του σπιτιού, στο 20,1% τη διάθεση, στο 15,3% τις διαπροσωπικές σχέσεις και στο 16,3% την απόλαυση για ζωή.[21] Μια άλλη μελέτη αναφέρει μεγαλύτερο ποσοστό της τάξης του 23,9% των συμμετεχόντων σε ότι αφορά το πώς επηρέασε ο πόνος την απόλαυση για τη ζωής. Η ίδια μελέτη αναφέρει, ως το πιο αξιοσημείωτο εύρημά της, το γεγονός πως οι ασθενείς που είχαν ήπιο έως μέτριο χρόνιο πόνο εμφανίζουν και μια αντίστοιχη ήπια έως μέτρια πτώση στην ποιότητα ζωής τους, επιβεβαιώνοντας πως πράγματι ο χρόνιος πόνος επιδρά στη συνολική ποιότητα ζωής ενός πάσχοντα.[19]

Παρόμοια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Βόρεια Αγγλία και δημοσιεύτηκε το 2018 αναφέρει πως οι ασθενείς με χρόνιο πόνο είχαν σημαντικά χαμηλότερες μέσες τιμές ποιότητας ζωής σε όλες τις υποκλίμακες σε σύγκριση τόσο με τον γενικό πληθυσμό, όσο και με ασθενείς με άλλες χρόνιες παθήσεις (π.χ. Φυσική Λειτουργία: 31.8 έναντι 58.8, Πόνος: 17.7 έναντι 47.3, Γενική Υγεία: 35.8 έναντι 55.3). Συγκεκριμένα, ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην συγκεκριμένη μελέτη είχε το γεγονός πως οι ασθενείς με χρόνιο πόνο είχαν χαμηλότερο μέσο όρο ποιότητας ζωής σε σύγκριση με τα αποτελέσματα που καταγράφηκαν σε άλλες μελέτες που αφορούσαν ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, ρευματοειδή αρθρίτιδα, φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.[18] Μια άλλη μελέτη, επιβεβαιώνει τον αντίκτυπο που έχει ο χρόνιος πόνος στην ποιότητα ζωής, χρησιμοποιώντας το εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής 15D για ασθενείς με χρόνιο πόνο και

αναφέρει μια μέση τιμή σημαντικά χαμηλή (0,710), συγκριτικά με αυτή του γενικού πληθυσμού (0,922). Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε Φινλανδικό πληθυσμό και κατέγραψε έναν από τους χαμηλότερους μέσους όρους ποιότητας ζωής που ισοδυναμούσε με τη βαθμολογία των ασθενών που βρίσκονται με προχωρημένο καρκίνο στην παρηγορητική φροντίδα.[23]

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι τιμές του δείκτη EQ-5D σε άτομα που πάσχουν από χρόνιο πόνο κυμαίνονται σημαντικά, ανάλογα με την ένταση και τη φύση του πόνου. Σε περιπτώσεις πολύ έντονου πόνου, έχει καταγραφεί μέση τιμή της τάξης του 0,33, ενώ γενικότερα οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν πως κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 0,5 και 0,7.[97–100] Ενδεικτικά, μελέτες όπως αυτή των Obradovic et al. και των Torrance et al. κατέγραψαν τιμές 0,43 και 0,47 αντίστοιχα.[96,97] Οι τιμές αυτές απέχουν σημαντικά από τον γενικό πληθυσμό, στον οποίο η μέση τιμή του EQ-5D είναι περίπου 0,92 γεγονός που υποδηλώνει τη σοβαρή επιβάρυνση της ποιότητας ζωής που συνεπάγεται ο χρόνιος πόνος.[94,95,100]

Ο αντίκτυπος στις καθημερινές δραστηριότητες ρουτίνας είναι μεγάλος και προκαλεί μεγάλη δυσκολία. Οι ασθενείς συχνά δυσκολεύονται να περιγράψουν πώς βιώνουν τον χρόνιο πόνο τους και θεωρούν τον χρόνιο πόνο τους ως τη βασική αιτία που προκαλεί όλα τα άλλα προβλήματα στη ζωή τους. Επιπλέον η ποιότητα της ζωής τους μειώνεται δραματικά όταν δυσκολεύονται να εκτελέσουν τις καθημερινές τους συνήθειες και να αυτοεξυπηρετηθούν όπως είναι το να μαγειρέψουν ή να πλυθούν. Ο πόνος τους, συχνά περιγράφεται πως τους αποστραγγίζει τα αποθέματα ενέργειας. Το γεγονός αυτό επηρεάζει και την κινητικότητά τους αδυνατώντας να εκτελούν την ελάχιστη απαιτούμενη σωματική άσκηση. Η κατάσταση με το πέρας του χρόνου περιγράφεται ως επιδεινούμενη και αυτοί οι άνθρωποι αναγκάζονται να αλλάξουν συθέμελα τη ζωή τους καθώς αντιλαμβάνονται πως δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν σε ό,τι έκαναν πριν την επικράτηση του πόνου.[18]

Δεδομένου ότι ο χρόνιος πόνος όπως γίνεται κατανοητό, συχνά περιορίζει τους ασθενείς να εκτελούν σωματικές δραστηριότητες, ορισμένοι ασθενείς κυρίως μεγαλύτερης ηλικίας αναγκάζονται να σταματήσουν την επαγγελματική τους απασχόληση, να αλλάξουν εργασία ή να εργαστούν μόνο σε έδαφος μερικής απασχόλησης. Άλλος ασθενής αναφέρει *«Ο πόνος με έχει καταστρέψει τελείως, ξέρεις. Δεν μπορώ να δουλέψω στη δουλειά μου που κάνω 22 χρόνια. Ξαφνικά αυτό ήταν, τελείωσε»*. Αυτή είναι μια κατάσταση που οδηγεί σε οικονομικά προβλήματα και μπορεί να επηρεάσει όλη την οικογένεια του πάσχοντος. Η μειωμένη ποιότητα ζωής

που προκαλούν οι περιορισμοί στην καθημερινότητα οδηγούν σε μεγαλύτερη εξάρτηση από τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και σημαντικές οικονομικές επιβαρύνσεις.[19] Μια μελέτη που διεξήχθη στις ΗΠΑ ανέφερε πως οι ασθενείς με χρόνιο πόνο ανέφεραν σημαντικά πως έλειψαν περισσότερες ημέρες από την εργασία τους σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν χρόνιο πόνο.[24] Νεότεροι ωστόσο ασθενείς, αναφέρουν πως προσαρμόστηκαν στον πόνο και έμαθαν να ζουν με αυτόν χωρίς να επηρεαστεί με μεγάλο βαθμό η εργασία τους.

Ο χρόνιος πόνος επηρεάζει και άλλους τομείς στην ζωή όπως είναι οι προσωπικές και κοινωνικές σχέσεις. Ασθενείς αναφέρουν πως διαλύθηκε ο γάμος τους καθώς νιώθουν ανίκανοι να ανταπεξέλθουν σε αυτόν αλλά και στη ζωή γενικά. Η αδυναμία να εκτελέσουν δραστηριότητες του νοικοκυριού όπως το σιδέρωμα, να συμμετάσχουν ενεργά σε δραστηριότητες με τα παιδιά τους, να οδηγήσουν, συχνά τους φέρνει αντιμέτωπους με το να δέχονται πίεση από τον σύντροφό τους, ενόχληση και τελικά απογοήτευση. Ωστόσο, η οικογένεια και οι φίλοι μπορούν να στηρίξουν ουσιαστικά τα μέλη με χρόνιο πόνο ώστε να νιώθουν αποδεκτοί και να λαμβάνουν σωματική και ψυχολογική υποστήριξη. Χαρακτηριστικά πάσχον αναφέρει *«Εύκολα, θα είχα αφαιρέσει τη ζωή μου εδώ και πολύ καιρό, αν δεν ήταν τα παιδιά μου και ο άντρας μου, δεν θα ήμουν εδώ τώρα, σε καμία περίπτωση»*. Η κοινωνική ζωή τους επίσης επηρεάζεται καθώς ο πόνος μπορεί να τους καθηλώσει κυριολεκτικά μέσα σε 4 τοίχους. Η απομόνωση στο σπίτι που συμβαίνει καθώς αδυνατούν να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες, τους αποδυναμώνει σταδιακά το ενδιαφέρον για το πώς θα ντυθούν, για την εμφάνισή τους γενικότερα και συμβάλλει σε μια εικόνα που μπορεί να προσομοιάζει και με κατάθλιψη.[18]

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, ο πόνος δύναται να στερήσει και την επάρκεια στον ύπνο. Οι ασθενείς που πονούν, δεν κοιμούνται επαρκώς, ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύχτας, δεν ξεκουράζονται και επιδεινώνεται με τη σειρά του ο πόνος τους και αυτό δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο. Ο διακοπτόμενος ύπνος φαίνεται να επηρεάζει την ικανότητά αυτών των ανθρώπων να αντιμετωπίζουν τον χρόνιο πόνο τους. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Soshanguve στη Νότια Αφρική αναφέρει πως ένα σημαντικό 71,8% των ασθενών είχε σοβαρό αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα του ύπνου καθώς ανακάλυψαν σχετικές διαταραχές που τους στερούσαν έναν ξεκούραστο και αναζωογονητικό ύπνο.[19] Το αναφερόμενο ποσοστό σε προβλήματα ύπνου σε ασθενείς με χρόνιο πόνο (71,8%) είναι υψηλότερο σε σύγκριση με τις διεθνείς αναφορές που κυμαίνονται από 50% έως 88%.[22] Άλλη

μελέτη έδειξε πως σε ένα μικρότερο ποσοστό (39,2%) επηρεάστηκε η ποιότητα του ύπνου των ασθενών.[21]

Τα ανωτέρω, είναι φυσικό και επόμενο να επηρεάζουν τον ψυχικό κόσμο. Μερικές φορές οι άνθρωποι που πονούν σε χρόνια βάση καταφέρνουν να αγνοούν τον πόνο τους. Άλλοτε τα καταφέρνουν, ενώ άλλοτε όχι. Μελέτη κατέγραψε δυο διαφορετικούς μηχανισμούς που συσχετίζουν τα ψυχολογικά συμπτώματα με τον χρόνιο πόνο. Η πρώτη σημαντική παρατήρηση είναι πως οι ασθενείς συνδέουν συμπτώματα όπως είναι ο θυμός και η απογοήτευση, με την αδυναμία τους να εκτελέσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Το δεύτερο σημαντικό εύρημα είναι πως οι ερευνητές ανακάλυψαν μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ συμπτωμάτων κατάθλιψης και πόνου. Αυτό σημαίνει πως αν υπάρχει κατάθλιψη, ο πόνος φαίνεται να βιώνεται χειρότερα από ό,τι είναι πραγματικά. Αυτό το εύρημα επιβεβαιώθηκε και σε άλλες μελέτες.[25,26] Όταν ο πόνος δεν βελτιώνεται, κυριαρχεί ο φόβος πως συνεχώς θα ταλαιπωρούνται για το υπόλοιπο της ζωής τους και αυτός ο συλλογισμός συμβάλει στην πτώση της διάθεσής τους.[18] Τα ανωτέρω αποτελέσματα αναδεικνύουν ότι οι ασθενείς με χρόνιο πόνο αντιλαμβάνονται την ασθένεια ως μια σοβαρή επιβάρυνση στη ζωή τους και συνεπακόλουθα μειώνει την ποιότητα που ζουν.

1.5 Ανακεφαλαίωση

Η φύση του χρόνιου πόνου είναι πολυδιάστατη και καθίσταται δύσκολη η κατανόησή του. Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την επικράτηση του χρόνιου πόνου όπως δημογραφικοί, ο τρόπος ζωής και συμπεριφορά, κλινικοί παράγοντες κ.α. Αυτό έχει σημαντικό αντίκτυπο στους ασθενείς καθώς πολλοί είναι οι αδιάγνωστοι και πολλοί βλέπουν τον πόνο τους να παραμένει αθεράπευτος. Οι γιατροί προσανατολίζονται περισσότερο στην θεραπεία της υποκείμενης αιτίας του χρόνιου πόνου, παρά στην ουσιαστική εξάλειψή του. Αυτό είναι ένα σημαντικά μεγάλο πρόβλημα αν αναλογιστούμε πως ο χρόνιος πόνος είναι η κύρια αιτία ταλαιπωρίας και αναπηρίας παγκοσμίως με υψηλά ποσοστά επιπολασμού και αυξημένο κόστος τόσο σε προσωπικό όσο και κοινωνικό επίπεδο αλλά και επίπεδο συστημάτων υγείας σε διάφορες χώρες. Ο επικαιροποιημένος ορισμός για τον χρόνιο πόνο καθώς και η νέα ταξινόμηση κινούνται προς την σωστή κατεύθυνση συμβάλλοντας στην έγκαιρη διάγνωση μιας ευρείας ομάδας ασθενών που δεν αντιπροσωπεύονται επαρκώς στις κατηγορίες που αυστηρά ορίζονται σύμφωνα με συγκεκριμένα βιολογικά αίτια,

αναγνωρίζοντας πως πολλές φορές είναι δύσκολο να διαγνωστεί μια συγκεκριμένη υποκείμενη παθολογία. Η βιβλιογραφία τεκμηριώνει με συνέπεια τη σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής σε άτομα με χρόνιο πόνο, όπως αυτή αποτυπώνεται μέσω των χαμηλών τιμών του δείκτη EQ-5D. Οι τιμές αυτές, οι οποίες συχνά υπολείπονται αισθητά εκείνων του γενικού πληθυσμού, αναδεικνύουν τη σοβαρή επίπτωση του χρόνιου πόνου τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Στο επόμενο κεφάλαιο θα εξετάσουμε τις θεραπευτικές επιλογές των ασθενών με χρόνιο πόνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

2.1 Εισαγωγή

Η διαχείριση του χρόνιου πόνου ξεκινάει από την αναφορά του πάσχοντος ότι πονά. Το πλάνο θεραπείας για τον χρόνιο πόνο δεν είναι καθολικά εφαρμόσιμο σε όλους τους ασθενείς καθώς η ανταπόκριση στη θεραπεία διαφέρει μεταξύ των πασχόντων. Για το λόγο αυτό απαιτείται η διεξαγωγή μιας ολοκληρωμένης διεπιστημονικής προσέγγισης και εξατομικευμένης αξιολόγησης ως το χρυσό πρότυπο για τη θεραπεία. Οι επιλογές για θεραπεία ποικίλουν από φαρμακευτικά σκευάσματα μέχρι μη φαρμακολογικές επιλογές που δίνουν την δυνατότητα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο να επιλέξουν το καταλληλότερο πλάνο θεραπείας

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για την θεραπεία του χρόνιου πόνου ποικίλουν και αυτό εξαρτάται από τον αν θεραπεύεται ο πόνος ως σύμπτωμα ή ως νόσος, την οπτική γωνία των συγγραφέων καθώς και την διαθεσιμότητα των θεραπευτικών επιλογών. Οι βέλτιστες ωστόσο πρακτικές είναι η θεραπεία να ξεκινά εφόσον είναι γνωστός ο μηχανισμός δράσης του πόνου, να επιλέγονται πρωτίστως οι ασφαλέστερες και λιγότερο επεμβατικές πρακτικές και να εξετάζεται πέρα από τη διάγνωση και άλλα χαρακτηριστικά που μπορούν να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας όπως είναι η ανοχή στα οπιούχα στις νεαρές πληθυσμιακές ομάδες ή τα εμπόδια στην πρόσβαση για περίθαλψη σε ανθρώπους που κατοικούν σε αγροτικές περιοχές.

Συχνά, λόγω αδυναμίας πλήρους κατανόησης των μηχανισμών δράσης του πόνου, η θεραπεία προσανατολίζεται περισσότερο στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του πάσχοντος και όχι τόσο στην ουσιαστική μείωση του πόνου. Η θεωρία ότι ο χρόνιος πόνος στηρίζεται αμιγώς σε βιολογικά αίτια έχει καταρριφθεί και έχει υιοθετηθεί η λογική μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών αλλά και κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τον φαινότυπο του πόνου με στόχο την ανακούφιση του πάσχοντα. Η αναφορά στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προσέγγισης του χρόνιου πόνου μας βοηθά στην πληρέστερη κατανόηση των μεταβλητών που επηρεάζουν τον φαινότυπο του πόνου, καθώς μαζί με τη σωστή ταξινόμηση του πόνου κρίνονται απαραίτητα για την θεμελίωση ενός στοχευμένου πλάνου φροντίδας.

2.2 Βέλτιστες Πρακτικές και Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που έχουν δημοσιευθεί για τον χρόνιο πόνο ποικίλουν. Η διαφοροποίηση αυτή προκύπτει ανάλογα με το αν οι οδηγίες αναφέρονται στη θεραπεία των συμπτωμάτων (π.χ. πόνος στην πλάτη) ή μιας νόσου (π.χ. οστεοαρθρίτιδα), την οπτική γωνία που θα εξετάσουν το πρόβλημα οι συγγραφείς (π.χ. διαφορετικά θα εξεταστεί η οστεοαρθρίτιδα από μια χειρουργική ειδικότητα και διαφορετικά από μια μη χειρουργική ειδικότητα) καθώς επίσης και τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές. Η διαχείριση του πόνου, σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (IASP), θα πρέπει να καθοδηγείται από την σοβαρότητα της μακροχρόνιας κατάστασης του πόνου όπως αυτή αναφέρεται από τον ίδιο τον ασθενή.[3] Η σύσταση του Υπουργείου Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ ως βέλτιστη πρακτική είναι να χρησιμοποιούνται αρχικά οι πιο ασφαλείς και λιγότερο επεμβατικές θεραπείες, που σε αυτές περιλαμβάνονται και παρεμβάσεις αυτοφροντίδας όπως είναι η απώλεια βάρους και η σωματική δραστηριότητα, πριν εξεταστούν οι πιο επεμβατικές θεραπείες.[27] Σε κάθε περίπτωση, η θεραπευτική προσέγγιση ακολουθεί ένα χρυσό κανόνα που είναι η αποδοχή της αναφοράς του ατόμου ότι πονά.

Στην κλινική πρακτική, συχνά παρατηρείται το φαινόμενο, τα περιστατικά χρόνιου πόνου να μην διαγιγνώσκονται και να μην θεραπεύονται. Αυτό συμβαίνει διότι η εμπειρία του πόνου διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο και δεν υπάρχει η γνώση για τη σωστή διάγνωση. Σαν αποτέλεσμα, η αξιολόγηση δεν είναι ρεαλιστική και σωστή, ο πόνος υποτιμάται και συχνά το συμπέρασμα είναι πως οι ασθενείς υπερβάλλουν ως προς την εκδήλωση του πόνου και δεν χρειάζονται ιατρική φροντίδα. Η ιατρική αυτή αντιμετώπιση στερεί από τους ασθενείς την κατάλληλη φροντίδα και αυξάνει τους κινδύνους ανάπτυξης περαιτέρω βλαβών.[28] Παραδοσιακά λοιπόν, ο χρόνιος πόνος εξεταζόταν από μια αμιγώς βιολογική σκοπιά, θεωρώντας ότι πυροδοτείται από μια διαδικασία που συμβαίνει εντός του αισθητηριακού νευρικού συστήματος. Αυτή η παραδοσιακή θεωρία κυριαρχούσε μέχρι και τα τέλη του 19ου αιώνα. Πρόσφατες θεωρίες, βασισμένες σε επιστημονική έρευνα, αξιολογούν μια δυναμική αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών συνιστωσών που δύναται να επηρεάσουν την εμπειρία του πόνου του. Η διεπιστημονική προσέγγιση κρίνεται απαραίτητη ώστε να αποκαλυφθεί η φαινοτυπική ετερογένεια του κάθε πάσχοντα και να παρθεί η κατάλληλη απόφασης για την βέλτιστη διαχείρισή του. Υπό αυτό το

πρίσμα, η φροντίδα των πασχόντων θα πρέπει να βασίζεται πάνω στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Το μοντέλο αυτό στηρίζεται στη διεπιστημονική επικοινωνία και απαιτεί συνεργασία μεταξύ ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, φυσικοθεραπευτών, ψυχολόγων και σε όλη τη πορεία αξιολόγησης, διαχείρισης και θεραπείας.[4] Μελέτες αποδεικνύουν πως ο χρόνιος πόνος ερμηνεύεται καλύτερα μέσα από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.[10,12,29-31] Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι ο χρόνιος πόνος αποτελεί μια εμπειρία προσωπική που προέρχεται από μια δυναμική αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.

Το βιολογικό μοντέλο που είναι η πρώτη διάσταση με την οποία εξετάζεται η ασθένεια, αφορά τη διερεύνηση βιολογικών ή φυσικών παραγόντων. Τέτοιοι παράγοντες εξετάζουν ζητήματα γενετικής, το μέγεθος του πόνου, το είδος του ιστικού τραυματισμού και άλλα προβλήματα υγείας. Επιπλέον εξετάζεται η λειτουργία του ανοσοποιητικού, ζητήματα της νευροεπιστήμης (νευροβιολογία και νευροχημεία), επιδράσεις φαρμάκων, διαφορές στο φύλο και χαρακτηριστικά του νευρικού συστήματος (π.χ. κατώφλι του πόνου, ανοχή στο πόνο, προδιάθεση για περιφερική και κεντρική ευαισθητοποίηση). Άλλα βιολογικά χαρακτηριστικά αφορούν ορμονικούς παράγοντες, παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο ζωής (π.χ. βάρος, ύπνος, σωματική δραστηριότητα, κάπνισμα, αλκοόλ),την ηλικία, και ενδογενή συστήματα ρύθμισης του πόνου.

Η άλλη διάσταση του μοντέλου αναφέρεται στο ψυχική-ψυχολογική πλευρά. Οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι πολλοί και αφορούν το φάσμα των γνώσεων και των συναισθημάτων γύρω από τον πόνο. Παράγοντες που μελετά αυτή η διάσταση είναι η διάθεση του ατόμου, η πιθανή καταθλιπτική τάση και συναισθήματα όπως το άγχος, ο θυμός, η αγωνία, ο φόβος ακόμα και η καταστροφολογία. Πολλές φορές οι ασθενείς βιώνουν μια αντιληπτή αδικία που σχετίζεται με τις προσωπικές τους πεποιθήσεις για τα αίτια και τις συνέπειες που έχει ο πόνος στη ζωή τους. Το ψυχολογικό μοντέλο συμβάλει με καθοριστικό τρόπο στο να εξηγηθεί πώς ο ασθενής αντιμετωπίσει τον πόνο καθώς διαπιστώνεται ετερογένεια. Κάποιοι πάσχοντες δείχνουν ανοχή στον πόνο ενώ άλλοι προσπαθούν το μέγιστο για να αποφύγουν την οποιαδήποτε κατάσταση τους προκαλεί πόνο. Η στάση του πάσχοντος διαφοροποιείται εξάλλου και από το πόσο έχει αποδεχθεί την επίπονη αυτή κατάσταση και τι προσδοκίες έχει σχετικά με την εξέλιξη της νόσου.

Την βιολογική και ψυχολογική διάσταση έρχεται να συμπληρώσει η κοινωνική διάσταση του μοντέλου που αναδεικνύει με τη σειρά της, κοινωνικούς και

κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες που παίζουν τον δικό τους ρόλο στον χρόνιο πόνο. Ζητήματα που αφορούν τις κοινωνικές και εργασιακές προσδοκίες και επηρεάζουν οικονομικά θέματα, δημιουργούν ένα κοινωνικό μειονέκτημα στον ασθενή και προσθέτουν περαιτέρω εμπόδια στην καθημερινότητά του. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που οι ασθενείς βιώνουν διακρίσεις, στιγματίζονται και αποκλείονται από τον κοινωνικό περίγυρο. Οι οικονομικές ανάγκες αυξάνονται, καθώς συχνά ανακύπτουν ζητήματα σχετικά με την αποζημίωση λόγω προκύπτουσας αναπηρίας λόγω του πόνου αλλά και λόγω προβλημάτων ασφαλιστικής ικανότητας. Ο πόνος μπορεί να ωθήσει τον πάσχοντα λόγω αυξημένων οικονομικών απαιτήσεων για την ανακούφισή του, στα όρια της φτώχειας. Επιπλέον πολλές φορές ο ίδιος ο πόνος, δύναται να του στερήσει τον κοινωνικό του περίγυρο και να τον απομονώσει. Η ελλιπής ακόμα, εκπαιδευτική κατάρτιση σε θέματα διαχείρισης πόνου, δύναται να φέρουν τον πάσχοντα σε ιδιαίτερα δυσάρεστη κατάσταση διαβίωσης κάνοντας δυσβάσταχτη την συμβίωση με τον πόνο. Είναι αντιληπτό πως αυτά τα ζητήματα επηρεάζουν συνολικά την ευημερία του ασθενούς.

Και ανακύπτει εύλογα το ερώτημα του πώς μπορεί να προσεγγιστεί ένας ασθενής από μια ολοκληρωμένη βιοψυχοκοινωνική πλευρά σύμφωνα με τις βασικές αρχές του μοντέλου. Για αρχή, είναι σημαντικό να τονιστεί πόσο απαραίτητη είναι μια τέτοια προσέγγιση καθώς αναφέρθηκε και παραπάνω η δυναμική αυτή αλληλεπίδραση των τριών παραγόντων οι οποίοι μάλιστα δεν αλληλοαποκλείονται, αλλά έρχεται και συμπληρώνει ο ένας τον άλλον σε μια προσπάθεια κατανόησης και χάραξης σαφούς εξατομικευμένης θεραπευτικής πορείας. Οι ασθενείς μπορούν να απευθύνονται σε έναν θεραπευτή ή σε μια διεπιστημονική ομάδα ανάλογα με τις ανάγκες τους αλλά και τις δυνατότητες του θεραπευτή. Εάν για παράδειγμα ένας μεμονωμένος κλάδος όπως είναι για παράδειγμα ο κλινικός ιατρός, δύναται να συνδυάσει τη φαρμακοθεραπεία με μια προσέγγιση που θα στηρίξει και ψυχολογικά τον ασθενή και θα ενσωματώσει και στοιχεία κοινωνικής υποστήριξης, μπορεί να θεωρηθεί πως πράγματι ακολουθεί μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. Ωστόσο αυτό είναι αφενός δύσκολα πραγματοποιήσιμο λόγω μεγάλης φαινοτυπική ετερογένειας του πόνου και αφετέρου εντοπίζονται δυσκολίες λόγω διαφοροποιήσεων από την μια χώρα στην άλλη. Φαίνεται πως σε κάθε χώρα διαφέρει ο αριθμός των απαιτούμενων και διαθέσιμων μεθόδων θεραπείας αλλά και ο αριθμός των επιστημονικών κλάδων που ασχολούνται με ζητήματα χρόνιου πόνου. Ένα άλλο ζήτημα που προκύπτει είναι η διαθεσιμότητα των επαγγελματιών που απαιτούνται για να συνδράμουν σαν ομάδα

στην ολοκληρωμένη αυτή διεπιστημονική προσέγγιση. Μια τέτοια ομάδα μπορεί να απαιτεί από γιατρούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς ή ψυχολόγους να συνεργαστούν μαζί για να οργανώσουν το καταλληλότερο για τον ασθενή πλάνο διάγνωσης και αντιμετώπισης.[31]

Επιπρόσθετα, η θεραπεία πρέπει να προσαρμόζεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς. Για παράδειγμα οι νεότεροι ασθενείς είναι πιθανό να μπορούν πιο εύκολα να αναπτύξουν ανοχή στη φαρμακευτική αγωγή με οπιούχα αναλγητικά σκευάσματα ενώ οι ηλικιωμένοι (≥65 ετών) αντιμετωπίζουν πιο μοναδικές προκλήσεις όπως είναι η μετακίνηση από και προς την μονάδα φροντίδας. Προκλήσεις αντιμετωπίζουν και άλλες ομάδες του πληθυσμού οι οποίες πρέπει να εξεταστούν με προσοχή. Σε αυτές τις ομάδες ανήκουν τα παιδιά καθώς και φυλετικές και εθνοτικές μειονότητες.[4] Άλλοτε, στο πλάνο θεραπείας πρέπει να συνυπολογιστούν και παράγοντες που για ορισμένους πληθυσμούς εμποδίζουν το πλάνο θεραπείας όπως είναι τα εμπόδια στην πρόσβαση, τα οικονομικά ζητήματα ή ακόμα και το στίγμα που συνοδεύει μια πάθηση. Όλοι οι παράγοντες που δύναται να επηρεάσουν την διαχείριση του πόνου δύναται να αξιολογηθούν για να παρθεί η καταλληλότερη απόφαση με γνώμονα τις προσωπικές ανάγκες πρωτίστως του ασθενούς που υποφέρει με χρόνιο πόνο.[27]

Είναι ευρέως αποδεκτό ως βέλτιστη πρακτική για τη θεραπεία του πόνου, να πρέπει πρωτίστως να έχουν γίνει πλήρως κατανοητοί οι μηχανισμοί δράσης του πόνου. Κάποιες φορές είναι πιο ρεαλιστικό οι στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης να προσαρμόζονται στις συνθήκες βάσει της αναφερόμενης εμπειρίας του ασθενή. Αυτό σημαίνει πως το πλάνο διαχείρισης κατευθύνεται στην βελτίωση της ποιότητας ζωής παρά στην εξάλειψη του πόνου. Μελέτη που διεξήχθη στη Νότια Αφρική αναφέρει πως παρά τη λήψη αναλγητικής θεραπείας για ανακούφιση από τον πόνο, το 63,4% των ασθενών στο δείγμα είχε μέτρια ανακούφιση από τον χρόνιο πόνο. Αυτό σημαίνει πως δεν εξαλείφτηκε ο πόνος, αλλά μειώθηκε και αυτό μπορεί να είναι καθοριστικό στη γενική ευημερία των ασθενών. Στη συγκεκριμένη μελέτη οι ασθενείς ανέφεραν καλύτερη διάθεση, βελτιωμένες σχέσεις με τα μέλη της οικογένειας και τους συναδέλφους τους, μειωμένο πόνο κατά τη διάρκεια του περπατήματος και λιγότερες διαταραχές στον ύπνο. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν πως πέρα από τη μείωση της σωματικής δυσφορίας επηρεάζονται θετικά και άλλες πλευρές της καθημερινής ζωής. Αυτό υπογραμμίζει τη σημασία του να στραφούμε

ουσιαστικά στην αντιμετώπιση αυτής της μάστιγας που ονομάζεται χρόνιος πόνος, τόσο με φαρμακολογικές όσο και μη φαρμακολογικές θεραπείες.[19-21]

2.3 Φαρμακολογική Αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου ξεκινά πρωτίστως με φαρμακολογικές επιλογές και ο κατάλογος εδώ είναι εκτεταμένος. Τα φάρμακα για της διαχείριση του χρόνιου πόνου κατηγοριοποιούνται σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Τα οπιοειδή και τα μη οπιοειδή αναλγητικά. Η θεραπεία συνήθως ξεκινά με τη χορήγηση μη οπιοειδών αναλγητικών στα οποία συγκαταλέγονται κυρίως τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ), η ασπιρίνη και η ακεταμινοφαίνη. Τα ΜΣΑΦ χρησιμοποιούνται σαν θεραπεία πρώτης γραμμής στον πόνο που οφείλεται στην οστεοαρθρίτιδα και σε άλλες χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις όπως είναι η τενοντίτιδα. Μικρότερα δοσολογικά σχήματα δίδονται για τη θεραπεία του πόνου στη πλάτη. Η ακεταμινοφαίνη ή αλλιώς παρακεταμόλη στερείται αντιφλεγμονώδους δράσης, δρα βραχυπρόθεσμα και έχει γενικά περιορισμένη χρήση. Άλλα φάρμακα που έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους στον χρόνιο πόνο είναι τα αντιεπιληπτικά φάρμακα όπως είναι εν παραδείγματι η πρεγκαμπαλίνη ή η γκαμπαπεντίνη. Πιθανές φαρμακολογικές επιλογές που συμπληρώνουν τις ανωτέρω κατηγορίες είναι τα αντικαταθλιπτικά όπως είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης (Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors - SNRIs). Επιπλέον, για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου χρησιμοποιούνται και άλλες κατηγορίες φαρμάκων που περιλαμβάνουν τα μυοχαλαρωτικά, τα τοπικά αναλγητικά, τους ανταγωνιστές των υποδοχέων N-methyl-d-aspartate (NMDA) και τους άλφα-2 αδρενεργικούς αγωνιστές. Τα μυοχαλαρωτικά χρησιμοποιούνται κυρίως για τον οξύ πόνο στην σπονδυλική στήλη ενώ η αποτελεσματικότητά τους περιορίζεται στον χρόνιο πόνο στην πλάτη και τον αυχένα. Τα αναλγητικά αντικαταθλιπτικά ενδείκνυνται για τον πόνο στη μέση, τα αντιεπιληπτικά φάρμακα έχουν αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στην ινομυαλγία αλλά και οι δύο κατηγορίες έχουν ειδική ένδειξη στον νευροπαθητικό πόνο.[4] Οι βενζοδιαζεπίνες, φαίνεται να έχουν ελάχιστη αποτελεσματικότητα στον χρόνιο πόνο ενώ παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εξάρτησης και επιπλοκών που σχετίζονται με τα οπιοειδή.[32] Η σύσταση σε ότι αφορά τις φαρμακολογικές επιλογές για την θεραπεία συνδρόμων χρόνιου πόνου είναι η δοκιμή διαφορετικών παραγόντων

προτού εξεταστεί η χρήση οπιοειδών αναλγητικών. Εάν ωστόσο, δεν επιτευχθεί επαρκής ανακούφιση του πόνου, μπορεί να εξεταστεί το ενδεχόμενο λήψης οπιοειδών αναλγητικών.[33]

Τα οπιοειδή έχουν εφαρμογή σαν πρότυπη φροντίδα στον οξύ πόνο. Στο οποιασδήποτε μορφής σύνδρομο χρόνιου πόνου, τα οπιοειδή θεωρούνται επιλογή δεύτερης γραμμής.[33] Άτομα που έλαβαν οπιοειδή μετά από χειρουργική επέμβαση οδηγήθηκαν σε χρόνια θεραπεία με οπιοειδή και αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της μακροχρόνιας χρήσης τους.[34] Πολλές κατευθυντήριες γραμμές δεν τα συνιστούν καθόλου, όπως είναι τα νεαρά άτομα με μη καρκινικό πόνο.[33] Ωστόσο παρά τους κινδύνους, έχει αποδειχθεί ότι στον χρόνιο πόνο συσχετιζόμενο με τραυματισμό νευρικού ή μη νευρικού ιστού, τα οπιοειδή αποτελούν μια από τις πιο αποτελεσματικές φαρμακολογικές επιλογές βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα.[4] Γενικότερα τα οπιοειδή έχουν πάρει έγκριση για γενικές καταστάσεις πόνου και όχι για συγκεκριμένες παθήσεις στον πόνο. Η απόφαση για χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών φαρμάκων συνιστάται να λαμβάνεται όταν οι διαθέσιμες εναλλακτικές επιλογές αναλγητικών έχουν αποδειχθεί αναποτελεσματικές ή αντενδείκνυται καθώς και όταν ο πόνος επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής του πάσχοντος, με τα πιθανά οφέλη να υπερτερούν από τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της θεραπείας με οπιοειδή.[33] Επιπρόσθετα, είναι κοινώς αποδεκτό πως ο κίνδυνος για παρενέργειες σε αυτή τη κατηγορία φαρμάκων αυξάνεται στη πορεία του χρόνου. Η επιλογή για συνταγογράφηση οπιοειδών γίνεται με αυστηρότητα καθώς παρά τα οφέλη στην ανακούφιση από τον πόνο, ελλοχεύουν και κίνδυνοι κατάχρησης, εθισμού, ανοσοκαταστολής, ορμονικών, καρδιολογικών και σεξουαλικών διαταραχών.[4,35] Επί του παρόντος υιοθετείται η λογικής της σταδιακής προσαρμογής της δοσολογίας στις ανάγκες του ασθενούς. Ωστόσο, ο τελικός στόχος αποσκοπεί στην ελαχιστοποίηση της δοσολογίας και διάρκειας χρήσης τους. Οι ασθενείς συνίσταται να λαμβάνουν απόφαση πριν την έναρξη της θεραπείας με οπιοειδή, αφού προηγηθεί διεξοδική συζήτηση σχετικά για τα οφέλη, τους σχετικούς κινδύνους και τις διαθέσιμες εναλλακτικές επιλογές θεραπείας.[33]

2.4 Θεραπείες CAM

Στα πλαίσια υιοθέτησης ενός βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, η εξέλιξη στην φροντίδα του χρόνιου πόνου απαιτεί όχι μόνο συντηρητικές φαρμακολογικές προσεγγίσεις

αλλά και άλλες μη φαρμακολογικές επιλογές. Ο πλουραλισμός στις επιλογές αντιμετώπισης επιτρέπει την εύρεση των κατάλληλων θεραπευτικών μεθόδων ή συνδυασμό αυτών για τον κάθε ασθενή.

Η συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική (CAM) αναφέρεται στην φροντίδα που είναι επικεντρωμένη στον ασθενή και προσανατολισμένη στην θεραπεία χρησιμοποιώντας θεραπευτικές προσεγγίσεις που δεν έχουν ιστορικά αποτελέσει μέρος της συμβατικής δυτικής ιατρικής.[36] Οι θεραπείες CAM συμβάλλουν στην ολιστική προσέγγιση του ασθενούς και κερδίζουν συνεχώς έδαφος ως επιλογή θεραπείας στον χρόνιο πόνο. Ενδεικτικά, σύμφωνα με έρευνα του 2007, αναγράφεται πως σχεδόν 4 στους 10 ενήλικες Αμερικανούς χρησιμοποίησαν συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες έχοντας ως κοινή ένδειξη τον πόνο.[4] Επιπλέον, τα έξοδα χρήσης θεραπειών CAM έφθασαν το ίδιο έτος τα 34 δισεκατομμύρια δολάρια αποδεικνύοντας τη δημοφιλία τους στις προτιμήσεις των ασθενών. Στη Γερμανία, το 2000, οι δαπάνες για θεραπείες CAM έφτασαν το 10% των γενικών ιατρικών εξόδων.

Η αυξανόμενη αυτή δημοτικότητα αντανακλάται και στην αύξηση του αριθμού των γιατρών που τις παρέχουν. Συγκεκριμένα στη Βιέννη, ο αριθμός των γενικών ιατρών με κατάρτιση στις θεραπείες CAM διπλασιάστηκε μέσα σε 2 χρόνια.[37] Μελέτη στο Σαν Ντιέγκο ανέφερε πως οι θεραπείες αυτές συχνά παρέχονται με χαμηλότερο κόστος και παρουσιάζουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες.[36,38,39] Επιπλέον, παρά τις ενστάσεις που υπάρχουν, ορισμένα νοσοκομεία, ως επακόλουθο της αυξανόμενης τάσης υπηρεσιών CAM ιδρύουν κλινικές CAM και εντός νοσοκομείων.[40] Η πρόθεση του κοινού να πληρώσει για θεραπείες CAM αποτελεί ένδειξη της ευρείας κοινωνικής αποδοχής τους. Παράλληλα, υποδηλώνει ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται πως τα προσδοκώμενα οφέλη των εν λόγω θεραπειών υπερτερούν του οικονομικού κόστους που αυτές συνεπάγονται.[37]

Το Εθνικό Κέντρο Συμπληρωματικής και Ολοκληρωμένης Υγείας των ΗΠΑ (National Center for Complementary and Integrative Health - NCCIH) διακρίνει την συμπληρωματική από την εναλλακτική ιατρική. Συμπληρωματική Ιατρική θεωρείται η μη κύρια πρακτική η οποία χρησιμοποιείται παράλληλα με τις μεθόδους της συμβατικής δυτικής ιατρικής. Η Εναλλακτική Ιατρική χρησιμοποιείται όταν μια μη κύρια πρακτική αντικαθιστά μια μέθοδο της συμβατικής ιατρικής. Οι δύο κατηγορίες μπορούν όμως και να αλληλεπικαλύπτονται, καθώς μια θεραπεία μπορεί να ανήκει και στις δύο, ανάλογα με το πώς χρησιμοποιείται. Για παράδειγμα, η αρωματοθεραπεία, που αποτελεί μια από τις θεραπείες CAM, μπορεί άλλοτε να

χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική και άλλοτε ως εναλλακτική θεραπεία. Το NCCIH ταξινομεί τις περισσότερες συμπληρωματικές θεραπείες σε περαιτέρω δύο υποκατηγορίες. Η πρώτη, αφορά τα φυσικά προϊόντα που πωλούνται στους καταναλωτές ως συμπληρώματα διατροφής και περιλαμβάνουν τα βότανα, βιταμίνες, προβιοτικά, μέταλλα κ.α. και η δεύτερη κατηγορία αφορά πρακτικές νου και σώματος. Τις θεραπείες CAM τις πράττουν εκπαιδευμένοι επαγγελματίες ή δάσκαλοι και σε αυτές περιλαμβάνεται μια μεγάλη ομάδα τεχνικών και διαδικασιών.[41]

Οι θεραπείες CAM καταλαμβάνουν έναν μεγάλο κατάλογο με θεραπευτικές τεχνικές που περιλαμβάνουν αλλά δεν περιορίζονται στο βελονισμό, γιόγκα, θεραπεία μασάζ, χειροπρακτική, οστεοπαθητική, διαλογισμό, τεχνικές χαλάρωσης, θεραπευτικό άγγιγμα, τάι τσι, τσι γκονγκ, υπνοθεραπεία και κινητικές θεραπείες. Άλλες θεραπείες CAM περιλαμβάνουν την παραδοσιακή ιατρική, αγιουρβεδική ιατρική, παραδοσιακή κινεζική ιατρική, ομοιοπαθητική και νατουροπαθητική.[42] Η οστεοπαθητική, ο βελονισμός, η χειροπρακτική και η θεραπεία μασάζ αποτελούν τις πιο δημοφιλείς θεραπείες.[37,43-46]

2.4.1 Ρυθμιστικό Πλαίσιο και ενσωμάτωση στα Συστήματα Υγείας

Οι θεραπείες CAM επί του παρόντος δεν είναι πλήρως ενσωματωμένες στα Συστήματα Υγειονομικής Περίθαλψης. Σε ορισμένες χώρες χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά με την παραδοσιακή ιατρική.[47] Φαίνεται ότι οι πιο ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες και εκείνες με υψηλότερες δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία έχουν προχωρήσει περισσότερο στην ενσωμάτωση των θεραπειών CAM στα εθνικά τους συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Αντίθετα, χώρες όπως η Πολωνία, η Ουγγαρία, η Λιθουανία, η Εσθονία και η Τσεχική Δημοκρατία, οι οποίες κατατάσσονται χαμηλότερα σε όρους κατά κεφαλήν ΑΕΠ (Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν), προσφέρουν περιορισμένες δυνατότητες κάλυψης θεραπειών CAM μέσω του ασφαλιστικού τους συστήματος. Για παράδειγμα, στην Πολωνία αποζημιώνεται μόνο ο βελονισμός και αποκλειστικά για την αντιμετώπιση χρόνιου πόνου, ενώ στην Ουγγαρία υπάρχει μερική κάλυψη των δαπανών για αυτές τις υπηρεσίες, με το μεγαλύτερο κόστος να επιβαρύνει τον ασθενή. Αντιθέτως, σε χώρες με ισχυρότερη οικονομία και μεγαλύτερες υγειονομικές δαπάνες, όπως η Ελβετία, η Νορβηγία, η Σουηδία, η Δανία και η Ολλανδία, η κάλυψη και η ενσωμάτωση θεραπειών CAM είναι πιο εκτεταμένη. Ενδεικτικά, το 2008 διαπιστώθηκε ότι περίπου τα μισά

νοσοκομεία στη Νορβηγία παρείχαν κάποια μορφή CAM, κυρίως βελονισμό, ενώ το 2007 μια άλλη έρευνα έδειξε ότι ένα σημαντικό ποσοστό των χρηστών CAM (περίπου το ένα τρίτο) λάμβαναν θεραπείες από επαγγελματίες της συμβατικής ιατρικής.[48,49] Γενικά, στις περισσότερες χώρες, οι υπηρεσίες CAM δεν καλύπτονται από τα εθνικά ασφαλιστικά συστήματα και οι περισσότεροι άνθρωποι που επιθυμούν να τις χρησιμοποιήσουν, καλούνται να πληρώσουν από την τσέπη τους.[37,50,51]

Στην Ελλάδα, η συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική ήδη χρονολογείται από την αρχαιότητα με τις δημοφιλέστερες να είναι ο βελονισμός, η ομοιοπαθητική και η βοτανοθεραπεία. Ήδη από το 2021, η Ελλάδα έχει ενσωματώσει τις οδηγίες της πανευρωπαϊκής βάσης δεδομένων επαγγελμάτων ESCO (European Skills, Competences, Qualifications) και αναγράφεται στον Κωδικό Αριθμού Δραστηριότητας (ΚΑΔ) ο «Ειδικός Εναλλακτικών Θεραπειών» και «Υπηρεσίες Βελονισμού».[52] Οι θεραπείες CAM ρυθμίζονται νομοθετικά από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για τη θέσπιση προτύπων και απαραίτητων διαδικασιών για την πρακτική της CAM καθώς και για την διασφάλιση πως οι επαγγελματίες που την εφαρμόζουν έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση και αδειοδότηση.[53] Η ομοιοπαθητική και ο βελονισμός δεν είναι ωστόσο αναγνωρισμένες από το κράτος ως υποειδικότητες. Επιπλέον, στην Ελλάδα δεν υπάρχουν κλινικές που να εξειδικεύονται σε συγκεκριμένες θεραπείες CAM όπως είναι η ανθρωποσοφική ιατρική.[54]

Τα αποδεδειγμένα οφέλη από την χρήση υπηρεσιών CAM περιορίζονται κυρίως σε ασθενείς που επισκέπτονται εξωτερικά ιατρεία, κυρίως ιδιωτικά. Μέχρι και σήμερα, οι χρόνιοι πάσχοντες δηλώνουν πως λαμβάνουν οι ίδιοι την πρωτοβουλία επίσκεψης σε θεραπευτή CAM και πληρώνουν οι ίδιοι όλο το ποσό της επίσκεψης από την τσέπη τους και όχι από κάποια ασφάλιση καθώς ο ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) δεν αποζημιώνει τις συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες εφόσον δεν περιλαμβάνονται στις θετικές λίστες αποζημιούμενων θεραπειών.[55-57] Τα νοσοκομεία τα οποία παρέχουν υπηρεσίες CAM συνήθως στηρίζονται σε εθελοντικές πρωτοβουλίες. Παράδειγμα αποτελεί η παροχή υπηρεσιών ρεφλεξολογίας στο πλαίσιο λειτουργίας του ιατρείου πόνου του Αρεταίειου Νοσοκομείου. Το εθελοντικό αυτό πρόγραμμα υλοποιείται από το Σωματείο Ελλήνων Ρεφλεξολόγων ήδη από το 2011 και πραγματοποιείται σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α).[58] Στα νοσοκομεία, συχνά οι διοικούντες βασίζονται στη ζήτηση των

ασθενών για αυτές τις υπηρεσίες, στην αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα καθώς επίσης και στη διαθεσιμότητα των επαγγελματιών που τις πραγματοποιούν έτσι ώστε να αποφασίσουν ποιές θεραπείες θα προσφέρουν στους ασθενείς και πώς αυτές θα χρηματοδοτηθούν.[36]

2.4.2 Οφέλη και Προκλήσεις

Οι θεραπείες CAM έχουν επιστημονικά αποδεδειγμένα οφέλη.[36,38,41,59-63] Η εφαρμογή τους είναι αποδεκτή παρά τον περιορισμένο αριθμό παθήσεων που χρησιμοποιούνται. Το National Institute for Health and Care Excellence (NICE) έχει εγκρίνει την χρησιμότητά τους. Για παράδειγμα συστήνεται η τεχνική Alexander για τη νόσο του Πάρκινσον ή ο βελονισμός για τη μείωση της πρωινής ναυτίας. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν ενδείξεις πως η χειροπρακτική είναι αποτελεσματική στη θεραπεία του πόνου στη μέση.[41] Μελέτη που διεξήχθη στην Πενσυλβάνια σε 614 επιζώντες από καρκίνο, ανέφερε πως εκείνοι που χρησιμοποίησαν μεθόδους CAM στο θεραπευτικό τους πλάνο, είχαν μια πιο θετική στάση στο βίωμά τους, έκαναν αλλαγές που βελτίωσαν την ζωή τους και αυξήθηκε η ελπίδα τους για την πορεία της ασθένειάς τους.[59] Επιπλέον οι θεραπείες CAM συμβάλουν στην θεραπεία χρόνιων ασθενειών όπως είναι η υπέρταση, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερχοληστερολαιμία, ο καρκίνος και τα καρδιοαγγειακά νοσήματα.[64-67]

Σε ότι αφορά την επίδραση των CAM θεραπειών στον πόνο, μια μετα-ανάλυση 33 κλινικών δοκιμών έδειξε ότι ο βελονισμός μείωσε σημαντικά τη χρόνια οσφυαλγία σε σύγκριση με εικονική θεραπεία.[60] Μία άλλη μελέτη διαπίστωσε πως ο βελονισμός παρέχει μια σημαντική βραχυπρόθεσμη κλινικά επίδραση όταν προστίθεται σε άλλη παρέμβαση (συμπληρωματικά) για τη θεραπεία της οσφυαλγίας.[61] Επιπρόσθετα, διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει πως η πρακτική του Tai Chi έχει συσχετιστεί με μειωμένο πόνο και βελτιωμένη λειτουργικότητα σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα, ιδιαίτερα βραχυπρόθεσμα.[62,63] Μια ανασκόπηση που περιελάμβανε 207 κλινικές δοκιμές με περισσότερους από 12.000 συμμετέχοντες διαπίστωσε ότι κάποιες θεραπείες CAM ήταν αποτελεσματικές στον χρόνιο πόνο, ανεκτές από το δείγμα και είχαν ελάχιστες παρενέργειες.[38] Επιπρόσθετα, μελέτη που διεξήχθη σε νοσοκομειακό περιβάλλον στη Νέα Υόρκη διαπίστωσε πως όταν παρασχέθηκαν θεραπείες CAM σε νοσηλευόμενους ασθενείς, οι νοσηλευόμενοι παρουσίασαν μείωση του άγχους (40%), μείωση του πόνου (34%) και βελτιωμένο ύπνο (34%). Ένα επιπλέον ποσοστό της

τάξης του 31% ανέφερε πως πλέον βρήκε έναν νέο τρόπο για να αντιμετωπίσει την ασθένειά του αυξάνοντας παράλληλα την συνολική ευεξία του. Επιπλέον, οι ασθενείς που έλαβαν αυτές τις θεραπείες είχαν μικρότερη διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο (κατά μέσο όρο 3,99 ημέρες έναντι 4,41 ημερών για όλους τους ασθενείς στο νοσοκομείο). Στην ίδια μελέτη αναφέρθηκε πως η χρήση των θεραπειών συνοδεύτηκε από σημαντική εξοικονόμηση κόστους ιδιαίτερα στους ογκολογικούς ασθενείς καθώς διαπιστώθηκε μείωση των δαπανών σε φαρμακευτική αγωγή, ιδιαίτερα για την καταπολέμηση του άγχους και της ναυτίας.[57] Ένας άλλος λόγος που γίνεται εξοικονόμηση του κόστους είναι επειδή χρησιμοποιούνται φθηνότερες θεραπείες που δεν απαιτούν υψηλή τεχνολογία.[39]

Ωστόσο, η χρήση CAM παρά τη δημοφιλία της, αντιμετωπίζει διάφορες προκλήσεις. Μία από τις κυριότερες, αφορά στην έλλειψη ενσωμάτωσης των CAM θεραπειών στην συμβατική ιατρική, με άμεσο αποτέλεσμα την απουσία συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών των δυο κατηγοριών. Η αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπειών εγείρει επιπλέον προβληματισμούς και αμφισβήτηση καθώς εντοπίζεται έλλειψη επιστημονικών στοιχείων για το ποιες θεραπείες μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια.[53] Αυτό συμβαίνει διότι τα άτομα συχνά στηρίζονται σε ευρήματα ερευνών που βασίζονται σε δεδομένα σχετικά με τη χρήση της παραδοσιακής ή συμβατικής ιατρικής. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε με συνεντεύξεις στις ΗΠΑ, εντοπίζει μια δυσκολία από τους ασθενείς ως προς την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και του συνολικού οφέλους χρήσης των διαφόρων θεραπειών CAM σε σύγκριση με το κόστος τους. Σημαντικό δεδομένο αποτελεί η αναφορά πως οι συμβατικοί γιατροί δείχνουν μια τάση αποθάρρυνσης χρήσης αυτών των θεραπειών.[68] Οι Έλληνες γιατροί μάλιστα, φαίνεται να δείχνουν ελάχιστο ή καθόλου ενδιαφέρον για εναλλακτικές θεραπείες ενώ φαίνεται να είναι εξοικειωμένοι σε κάποιο βαθμό με την ομοιοπαθητική (59%), τις ειδικές δίαιτες (58%) και τον βελονισμό (48%).[69] Είναι σημαντικό να αναφερθεί, πως οι θεραπείες CAM δεν βρίσκονται στο πρόγραμμα σπουδών των φοιτητών της ιατρικής ενώ σπάνια είναι τα συνέδρια τα οποία θα αναφερθούν στο θέμα.[54] Ωστόσο, υπάρχουν οργανισμοί στη χώρα που εργάζονται για την προώθηση και ρύθμιση της πρακτικής αυτών των θεραπειών στην Ελλάδα, παρέχουν εκπαίδευση και υποστήριξη σε ιατρούς για την ορθή πρακτική τους και υποστηρίζουν την αναγνώριση της CAM ως νόμιμη μορφή υγειονομικής περίθαλψης. Τέτοιοι οργανισμοί είναι η Ελληνική Ένωση

Ιατρικού Βελονισμού, η Ελληνική Ένωση Φυτοθεραπείας και η Ελληνική Ομοιοπαθητική Ιατρική Εταιρεία.[53]

Ένα άλλο ζήτημα που ανακύπτει είναι πως ορισμένες θεραπείες CAM δεν είναι νομικά κατοχυρωμένες στην Ελλάδα. Η οστεοπαθητική για παράδειγμα, είναι ένα νομοθετικά μη κατοχυρωμένο επάγγελμα στην χώρα. Αυτό σημαίνει πως οποιοσδήποτε μπορεί χωρίς εξετάσεις ή απαιτήσεις διαπίστευσης, να ασκήσει το επάγγελμα του οστεοπαθητικού. Η παραπάνω δήλωση εγείρει προβληματισμούς σχετικά με το επίπεδο φροντίδας που μπορεί να λάβει κάποιος αν επισκεφτεί έναν αυτοαποκαλούμενο θεραπευτή CAM. Η χειροπρακτική απεναντίας, είναι ένα νομοθετικά κατοχυρωμένο επάγγελμα. Οι χειροπράκτες κατέχουν πτυχίο χειροπρακτικής από εγγεγραμμένο ίδρυμα και είναι μέλη της Ένωσης Ελλήνων Χειροπρακτών ενώ επιπλέον απαιτείται να υποβάλλονται ετησίως σε συνεχή επαγγελματική εξέλιξη για να διατηρούν την συνδρομή τους.[53]

Επί του παρόντος, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι περισσότεροι πάσχοντες αυτοπαραπέμπονται για φροντίδα με χρήση υπηρεσιών CAM σε περιβάλλον εκτός νοσοκομείου και τις περισσότερες φορές, πληρώνοντας αυτές τις επισκέψεις από την τσέπη τους και όχι από κάποια ασφάλιση.[36,37,50, 51,68] Ο ΕΟΠΥΥ δεν αποζημιώνει τις συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες παρά μόνο εκείνες που θεωρούνται επιστημονικά τεκμηριωμένες και ενταγμένες στο πλαίσιο συμβατικής ιατρικής όπως είναι η φυσικοθεραπεία, η λογοθεραπεία, η εργοθεραπεία κ.λπ. Θεραπείες όπως είναι η ομοιοπαθητική, ο βελονισμός, η ρεφλεξολογία δεν περιλαμβάνονται σε αυτές τις λίστες.[55-57]

2.4.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση CAM

Μια μελέτη που εξετάζει τη χρήση CAM σε 21 ευρωπαϊκές χώρες αναφέρει ως έναν παράγοντα που επηρεάζει τη χρήση για τις υπηρεσίες CAM να είναι το γυναικείο φύλο. Οι γυναίκες κάνουν συχνότερη χρήση αυτών των υπηρεσιών, καθώς συχνά αντιμετωπίζουν περισσότερες ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, δηλαδή υπάρχει χάσμα μεταξύ των υπηρεσιών που θεωρούνται απαραίτητες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας τους και αυτών που τελικά καταφέρνουν να λάβουν. Αυτό το χάσμα, ανάμεσα σε ό,τι χρειάζονται και σε ό,τι πραγματικά λαμβάνουν, τις οδηγεί να αναζητήσουν άλλες εναλλακτικές λύσεις. Επιπλέον, η ύπαρξη ανεκπλήρωτων ιατρικών αναγκών αναφέρθηκε ως ανεξάρτητος παράγοντας

για μεγαλύτερη χρήση CAM. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες τείνουν γενικά να χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που σχετίζεται και με τη συχνότερη εμφάνιση προβλημάτων υγείας εξαιτίας κοινωνικών, πολιτισμικών και βιολογικών παραγόντων. Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τον ρόλο της γυναίκας ως φροντιστή, τις κοινωνικές ανισότητες και τις ιδιαίτερες βιολογικές και ορμονικές μεταβολές που επιδρούν στην υγεία της. Η διαφορά στο φύλο μπορεί επιπλέον να εξηγείται βάσει διαφορών σε αξίες και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών όπως είναι η αντίληψη του κινδύνου. Για παράδειγμα, οι γυναίκες τείνουν να είναι περισσότερο επιφυλακτικές σε πιθανούς κινδύνους υγείας και να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη και την αυτοφροντίδα, γεγονός που τις οδηγεί συχνότερα στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας.[70]

Άλλος παράγοντας που επηρεάζει τη χρήση CAM είναι η κοινωνικοοικονομική θέση (εκπαίδευση, απασχόληση και οικονομική πίεση).[37,43,70-72] Τα άτομα σε υψηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση είναι πιο πιθανό να στραφούν σε ένα ευρύ φάσμα επιλογών θεραπειών CAM και να πληρώσουν ακριβότερες θεραπείες σε σύγκριση με εκείνα σε χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση. Αυτό συμβαίνει καθώς τα άτομα υψηλότερης κοινωνικοοικονομικής θέσης συχνά επιδιώκουν μεγαλύτερη αυτονομία και έλεγχο στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους, προτιμώντας να επιλέγουν ενεργά την προσέγγιση ή τη θεραπεία που θεωρούν καταλληλότερη. Η εκπαίδευση αυξάνει την πιθανότητα έκθεσης σε διάφορες μη συμβατικές θεραπείες μέσω ανάγνωσης ακαδημαϊκών συγγραμμάτων και αυξάνει την αμφισβήτηση και την κριτική ικανότητα για μεθόδους συμβατικής ιατρικής που έχουν καθιερωθεί και εφαρμοσθεί.[37,71] Σε ότι αφορά την απασχόληση, όσοι εργάζονται χρησιμοποιούν περισσότερο υπηρεσίες CAM από τους ανέργους και τους συνταξιούχους, λόγω οικονομικών δυνατοτήτων.[45] Συγκεκριμένα, μελέτη των Debbie Sharp et al. στον πληθυσμό της Αγγλίας έδειξε πως το 39% του δείγματος θα ήταν διατεθειμένο να δοκιμάσει αυτές τις θεραπευτικές μεθόδους εάν ήταν δωρεάν.[43]

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση CAM περιλαμβάνουν την εμφάνιση χρόνιας ασθένειας, καθώς τα άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας ή αναπηρίες τείνουν να χρησιμοποιούν CAM περισσότερο από άλλες ομάδες. Η επιδείνωση της υγείας φαίνεται να συνδέεται με αυξημένη χρήση εναλλακτικών θεραπειών, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις χρόνιων ή επίμονων προβλημάτων όπως ο πόνος στην πλάτη, το άγχος ή προβλήματα του ουροποιητικού. Τα άτομα με τέτοιες παθήσεις είναι πιο

πιθανό να στραφούν στην εναλλακτική ιατρική, όχι μόνο για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης πάθησης αλλά και άλλους λόγους όπως η ευεξία . Ενδεικτικά, άτομα με σοβαρό άγχος έχουν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες να χρησιμοποιούν τέτοιες υπηρεσίες σε σύγκριση με όσους δεν έχουν άγχος.[71] Επίσης, όσοι δεν ήταν ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα τους ανέφεραν ελαφρώς περισσότερη χρήση CAM.[70]

Οι θεραπείες CAM στην Ευρώπη χρησιμοποιούνται συνήθως συμπληρωματικά με την παραδοσιακή ιατρική, και η χρήση τους εξαρτάται από τα πρότυπα συμπεριφοράς ανάλογα με τα συγκεκριμένα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς. Αυτό φαίνεται να ισχύει ιδιαίτερα για άτομα με χρόνιες ασθένειες ή αναπηρίες, οι οποίοι τείνουν να κάνουν μεγαλύτερη χρήση CAM, όπως προαναφέρθηκε. Για παράδειγμα, η μελέτη των Laura M. Kemppainen et al. (2017) επισημαίνει ότι οι ασθενείς που πάσχουν από καταστάσεις πόνου έκαναν χρήση ενός ευρέος φάσματος θεραπειών CAM.[73]

Επιπρόσθετα, μελέτη των Erlend L. Fjær et al. που δημοσιεύθηκε το 2020 αναφέρει πως η κακή υγεία σχετίζεται με μεγαλύτερη χρήση CAM. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός πως οι ασθενείς με κακή υγεία, λόγω μη βελτίωσης των προβλημάτων υγείας τους και για να ανακουφίσουν την συνεχιζόμενη ταλαιπωρία τους, ωθούνται στην χρήση εναλλακτικών θεραπειών. Επιπλέον ένα σημαντικό ποσοστό ανθρώπων που δηλώνουν κακή υγεία τείνουν να αναφέρουν σωματικά προβλήματα χωρίς ιατρική εξήγηση, μια κατάσταση που στη βιβλιογραφία αναφέρεται ως σωματοποίηση. Έτσι, τείνουν να επισκέπτονται και να αλλάζουν συχνότερα ιατρούς, να υποβάλλονται σε ιατρικές εξετάσεις και να αναζητούν εναλλακτικές θεραπείες.[70]

Στην Ευρώπη, σε επίπεδο χωρών, η ενσωμάτωση των CAM θεραπειών στα Συστήματα Υγειονομικής Περίθαλψης εξαρτάται από το κατά κεφαλήν ΑΕΠ και τις δαπάνες για την υγεία καθώς οι χώρες με υψηλότερες δαπάνες υγείας είναι πιο πιθανό να προσφέρουν αυτές τις θεραπείες. Άλλοι παράγοντες που φάνηκε να την επηρεάζουν είναι η πυκνότητα των γιατρών στους οποίους μπορούν να στραφούν οι ασθενείς για να τους παρασχεθούν αυτές οι θεραπείες και την λειτουργία του συστήματος υγείας καθώς μπορεί να απαιτείται ο ασθενής να επισκεφθεί πρώτα το γενικό ιατρό (General Practitioner - GP) πριν επισκεφθεί κάποιον άλλον θεραπευτή.[70] Επιπλέον, η χρήση συμπληρωματικών μεθόδων ιατρικής φαίνεται να επηρεάζεται και από πολιτιστικούς παράγοντες. Σε χώρες της Νοτιοανατολικής Ασίας, όπως η

Ινδονησία, οι Φιλιππίνες και η Μιανμάρ, οι άνθρωποι μπορεί να έχουν βαθιά ριζωμένες πεποιθήσεις σχετικά με αυτές τις θεραπείες και να τις επιλέγουν ειδικά όταν η πρόγνωση του καρκίνου είναι δύσκολη ή όταν η πρόσβαση στη συμβατική θεραπεία είναι περιορισμένη ή πολύ ακριβή. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι θεραπείες CAM μπορεί να χρησιμοποιούνται ακόμα και ως βασική μέθοδος θεραπείας.[69]

2.4.4 Προθυμία Πληρωμής για υπηρεσίες CAM

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω και θα αναλυθεί σε μεγαλύτερο βαθμό σε αυτή την υποενότητα, οι θεραπείες CAM συνήθως δεν αποζημιώνονται από κάποια ασφάλιση, ωστόσο οι ασθενείς εκδηλώνουν όλο και μεγαλύτερο ενδιαφέρον για αυτές τις θεραπείες και συνήθως πληρώνουν από την τσέπη τους για να τους παρασχεθούν. Επιπλέον, η ανάγκη για εξοικονόμηση κόστους στο Τομέα της Υγειονομικής Περίθαλψης κάνει τις θεραπείες CAM πολλά υποσχόμενες για αποτελεσματική και οικονομική φροντίδα.[36,74]

Τα αποτελέσματα των μελετών σε ότι αφορά την προθυμία πληρωμής είναι εντυπωσιακά. Μελέτη αναφέρει πως ετησίως παρέχονται ένα εκατομμύριο ραντεβού για βελονισμό στο NHS.[72] Ένα άλλο σημαντικό άρθρο που δημοσιεύθηκε από τους Jean Spinks και Bruce Hollingsworth, στο περιοδικό «Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research» το 2009, αν και δεν αναφέρεται άμεσα στην προθυμία πληρωμής των ασθενών για υπηρεσίες CAM, το άρθρο τονίζει ότι οι δαπάνες για θεραπείες CAM προέρχονται σε μεγάλο βαθμό από την τσέπη των ασθενών, ιδιαίτερα σε χώρες όπου αυτές οι θεραπείες δεν αποζημιώνονται από το κράτος ή από κάποια ασφάλιση. Συγκεκριμένα, μόνο στην Αυστραλία, οι ιδιωτικές δαπάνες για CAM ξεπερνούν τα 4 δισεκατομμύρια αυστραλιανά δολάρια τον χρόνο, ενώ στις ΗΠΑ φτάνουν περίπου τα 30 δισεκατομμύρια δολάρια. Αυτό σημαίνει πως ακόμη και χωρίς οικονομική υποστήριξη από δημόσιους φορείς ή ασφαλιστικά ταμεία, πολλοί ασθενείς είναι πρόθυμοι να επενδύσουν οικονομικά σε αυτές τις θεραπείες.[75] Επιπρόσθετα, μελέτη με νοσηλευόμενους ασθενείς στο Σαν Ντιέγκο της Καλιφόρνια ανέφερε πως δήλωσαν ότι θα ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν για υπηρεσίες CAM σε ποσοστό που αγγίζει το 70%, ώστε να τους παρασχεθούν κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο.[36] Ωστόσο, υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν μη προθυμία πληρωμής για αυτές τις υπηρεσίες. Σε έρευνα στην Αγγλία, η πλειοψηφία των ασθενών σε ποσοστό 22% δήλωσε πως δεν θα πλήρωνε καθόλου για επίσκεψη

σε θεραπευτή CAM, το 17% θα πλήρωνε £11–£20 και το 16% £21–£30.[43] Μια μελέτη στην Κίνα, που δημοσιεύθηκε το 2020, ανέφερε πως ενώ οι ασθενείς είχαν υψηλή εξοικείωση και εμπιστοσύνη στην παραδοσιακή κινεζική ιατρική (Traditional Chinese Medicine - TCM) που συμπεριλαμβάνεται στις υπηρεσίες CAM, η προθυμία τους να πληρώσουν για αυτές δεν ήταν ισχυρή.[64]

Η προθυμία πληρωμής φαίνεται να σχετίζεται με την ικανότητα πληρωμής, τη χώρα διαμονής, τη διάγνωση, την κοινωνική τάξη και την υγειονομική κάλυψη. Μελέτη που δημοσιεύθηκε στο «European Journal of Integrative Medicine» το 2020 έδειξε πως η προθυμία πληρωμής εξαρτιόταν από την ικανότητα πληρωμής των ασθενών καθώς εκείνοι που είχαν υψηλότερα μηνιαία εισοδήματα ήταν πιο πιθανό να πληρώσουν για αυτές.[64] Σύμφωνα με μία άλλη μελέτη που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό *«The Lancet»* το 2022 αναφέρει τη χρήσης της συμπληρωματικής ιατρικής μετά από διάγνωση καρκίνου, είτε για να ανακουφιστούν οι ασθενείς από τις παρενέργειες των συμβατικών θεραπειών, είτε για να ενισχύσουν τη συνολική τους ευεξία, είτε ως εναλλακτική επιλογή όταν οι καθιερωμένες μέθοδοι δεν αποδίδουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Φάνηκε πως η χρήση συμπληρωματικής ιατρικής από ασθενείς με καρκίνο επηρεάζεται έντονα από το εισόδημα και τη χώρα διαμονής, με τα νοικοκυριά σε χώρες ανώτερου εισοδήματος (όπως η Μαλαισία και η Ταϊλάνδη) να δαπανούν περισσότερα σε σύγκριση με χώρες χαμηλότερου εισοδήματος, όπως η Ινδονησία. Τα οικονομικά ευάλωτα νοικοκυριά πλήττονται δυσανάλογα, συχνά ξοδεύοντας μεγαλύτερο ποσοστό του εισοδήματός τους για θεραπείες που θεωρούν πιο προσβάσιμες ή οικονομικές, ακόμα κι όταν αυτό οδηγεί σε οικονομική καταστροφή. Παρότι η συμπληρωματική ιατρική είναι ευρέως διαδεδομένη, δεν είναι πάντα ασφαλής ή αποτελεσματική, καθώς πολλοί ασθενείς χρησιμοποιούν μη ιατρικώς τεκμηριωμένα σκευάσματα (κυρίως συμπληρώματα) χωρίς να ενημερώνουν τους γιατρούς τους, αυξάνοντας τον κίνδυνο αλληλεπιδράσεων με τις συμβατικές θεραπείες. Αξίζει να σημειωθεί πως σε χώρες με καθολική δημόσια υγειονομική κάλυψη, η κρατική φροντίδα για τον καρκίνο είναι φθηνότερη ή και δωρεάν, οπότε οι ασθενείς μπορούν να ξοδέψουν περισσότερα για συμπληρωματικές θεραπείες.[76] Επιπλέον, όσοι μη χρήστες είχαν υψηλό εισόδημα, εργάζονταν ή ανήκαν σε ανώτερη κοινωνική τάξη ήταν πιο πρόθυμοι να πληρώσουν περισσότερα.[43]

2.4.5 Προθυμία Πληρωμής για υπηρεσίες CAM στο Χρόνιο Πόνο

Παραπάνω, καταγράφηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν την χρήση υπηρεσιών CAM. Επιπλέον, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, αν και οι υπηρεσίες CAM μπορούν να χρησιμοποιηθούν και σε οξείες καταστάσεις, συνήθως οι χρήστες τις χρησιμοποιούν για χρόνια προβλήματα υγείας.[39] Οι παθήσεις που σχετίζονται συχνότερα με τη χρήση CAM περιλαμβάνουν τον πόνο στην πλάτη, την κατάθλιψη, την αϋπνία, την σοβαρή κεφαλαλγία ή ημικρανία και ασθένειες του στομάχου ή του εντέρου.[37] Μια μελέτη μάλιστα υποστηρίζει πως ο χρόνιος πόνος διπλασιάζει τις πιθανότητες για χρήση υπηρεσιών CAM.[77] Σε αυτή την υποενότητα θα εξετάσουμε την προθυμία για υπηρεσίες CAM και συγκεκριμένα για τον χρόνιο πόνο.

Μια πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη στο *«Elsevier»* εκτίμησε την προθυμία πληρωμής σε ασθενείς με χρόνιο πόνο στην πλάτη και στον αυχένα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι ασθενείς είχαν κατά μέσο όρο προθυμία πληρωμής 45,98 δολάρια το μήνα για τον πόνο στη μέση και 37,32 δολάρια/μήνα για χρόνιο πόνο στον αυχένα, προκειμένου να μειωθεί ο πόνος τους κατά 1 βαθμό με την μέθοδο της χειροπρακτικής στη σπονδυλική τους στήλη. Η προθυμία πληρωμής τους συσχετίστηκε με το εισόδημα και την ένταση του πόνου.[78]

Ενώ υπάρχει ένας αυξανόμενος όγκος ερευνών σχετικά με τη χρήση της Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής Ιατρικής στη διαχείριση του χρόνιου πόνου, οι μελέτες που επικεντρώνονται ειδικά στην προθυμία των ασθενών να πληρώσουν για αυτές τις θεραπείες παραμένουν περιορισμένες. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία συχνά διερευνά την αυξητική τάση χρήσης υπηρεσιών CAM, την ικανοποίηση και το πώς οι χρήστες αντιλαμβάνονται την αποτελεσματικότητά τους, όμως αυτές οι πληροφορίες δεν ποσοτικοποιούνται με κάποιο τρόπο (π.χ. μελετώντας την προθυμία πληρωμής) με συνέπεια να μην μπορεί να αποδοθεί η οικονομική αξία των ασθενών για τέτοιες θεραπείες. Μόνο μερικές μελέτες, όπως αυτή που εξετάζει τη χειροπρακτική φροντίδα για τον πόνο στη σπονδυλική στήλη[78], έχουν προσπαθήσει να εκτιμήσουν την προθυμία πληρωμής στο πλαίσιο χρόνιων καταστάσεων. Επιπλέον, οι ευρύτερες έρευνες για την προθυμία πληρωμής για υπηρεσίες CAM επικεντρώνονται σε νοσηλευόμενους ασθενείς ή στο γενικό πληθυσμό χωρίς να στοχεύουν άτομα με χρόνιο πόνο.[36,43] Για παράδειγμα, η μελέτη των Lori P Montross-Thomas et al. (2017) διερευνά τις προτιμήσεις των νοσηλευόμενων ασθενών για τις υπηρεσίες CAM και την προθυμία πληρωμής για αυτές. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ασθενείς εκτιμούσαν υπηρεσίες όπως η υγιεινή διατροφή, η θεραπεία μασάζ και η διαχείριση του στρες, με το 71%, το 70% και το 48% αντίστοιχα να εκφράζουν προθυμία να

πληρώσουν για αυτές τις θεραπείες χωρίς να αναφέρεται ο λόγος χρήσης τους.[36] Άλλη μελέτη σε γενικό πληθυσμό έδειξε πως ότι η πλειοψηφία δεν θα πλήρωνε κανένα ποσό για θεραπείες CAM.[43]

Αυτή η έλλειψη εστιασμένης έρευνας υπογραμμίζει ένα κρίσιμο κενό, τονίζοντας την ανάγκη για μελέτες που αξιολογούν πώς τα άτομα με χρόνιο πόνο εκτιμούν τις θεραπείες CAM οικονομικά.

2.5 Άλλες Μη Φαρμακολογικές Επιλογές Θεραπείας

Η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου κατευθύνεται με γνώμονα την ανθρωποκεντρική προσέγγιση και σε αυτό το πλαίσιο θα πρέπει να εξετάζονται όλοι οι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) που δύναται να επηρεάζουν τον φαινότυπο του πόνου. Πέρα από τις θεραπείες CAM, υπάρχουν και άλλες μη φαρμακολογικές επιλογές θεραπείας για όλο το φάσμα του χρόνιου πόνου. Οι χειρουργικές μέθοδοι αντιμετωπίζουν συνήθως καταστάσεις πόνου που σχετίζονται με τις αρθρώσεις και την σπονδυλική στήλη ενώ οι μη χειρουργικές επεμβατικές θεραπείες εξελίσσονται ραγδαία τα τελευταία χρόνια και χρησιμοποιούνται για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς. Η άσκηση και η ψυχοθεραπεία διαμορφώνουν τους μηχανισμούς ενίσχυσης του πόνου και βελτιώνουν συνολικά την ποιότητα ζωής των πασχόντων.[4]

2.5.1 Χειρουργική Αντιμετώπιση

Κοινή ένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί συχνά ο πόνος στις μεγάλες αρθρώσεις και στην σπονδυλική στήλη. Αρκετοί είναι εκείνοι που προβαίνουν σε αρθροπλαστική λόγω οστεοαρθρίτιδας και από αυτούς, ένα ποσοστό της τάξης του 38% φαίνεται να υποφέρουν από επίμονο πόνο αφού πραγματοποιήσουν την επέμβαση. Η έκβαση του πόνου αλλά και της λειτουργικότητας του ατόμου εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως είναι η προεγχειρητική εκπαίδευση σε τεχνικές αντιμετώπισης του πόνου και η άσκηση. Για τη θεραπεία του πόνου που εντοπίζεται στην αυχενική και οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης χρησιμοποιείται η χειρουργική τεχνική της αποσυμπίεσης της σπονδυλικής στήλης, της σύντηξης, της αρθροπλαστικής του δίσκου και της δισκεκτομής. Για την χειρουργική αποκατάσταση της αυχενικής δισκοπάθειας χρησιμοποιείται η τεχνική της πρόσθιας αυχενικής δισκεκτομής με ή χωρίς σύντηξη και η δισκεκτομή. Άλλες επεμβατικές

χειρουργικά τεχνικές περιλαμβάνουν τη νευροδιέγερση και τα συστήματα ενδοκοιλιακής χορήγησης φαρμάκων.

Η νευροδιέγερση, που περιλαμβάνει τη διέγερση του νωτιαίου μυελού, τη διέγερση του κινητικού φλοιού και τη βαθιά εγκεφαλική διέγερση, είναι μια τεχνική που μπορεί να ανακουφίσει από τον πόνο επεμβαίνοντας στην ηλεκτρική αναδιαμόρφωση του νευρικού συστήματος. Η πιο κοινή τεχνική νευροδιέγερσης, η διέγερση του νωτιαίου μυελού, χρησιμοποιείται ευρέως σε καταστάσεις χρόνιου νευροπαθητικού πόνου όπως είναι το σύνδρομο σύνθετου περιφερειακού πόνου και το σύνδρομο μετά από λαμινεκτομή. Η διέγερση του νωτιαίου μυελού σχετίζεται επίσης σημαντικά με μείωση της κατανάλωσης οπιοειδών. Με αυτές τις μεθόδους επιτυγχάνεται όχι μόνο παραίσθηση των περιοχών που εντοπίζεται ο πόνος αλλά καλύτερη ανακούφιση από τον πόνο.

Τα συστήματα ενδοκοιλιακής χορήγησης φαρμάκων επιτρέπουν την έγχυση των φαρμάκων απευθείας στη σπονδυλική στήλη, επιτρέποντας με αυτό τον τρόπο όχι μόνο μια σημαντική μείωση της δοσολογίας αλλά και λιγότερες παρενέργειες (π.χ. γαστρεντερικές). Η ένδειξη για χρήση αυτής της μεθόδου συμπεριλαμβάνουν την σπαστικότητα, την αποτυχημένη στη σπονδυλική στήλη χειρουργική επέμβαση, το σύνδρομο περίπλοκου περιοχικού πόνου και τον καρκίνο.[4]

2.5.2 Μη χειρουργική Επεμβατική Αντιμετώπιση

Οι ελάχιστα επεμβατικές αυτές διαδικασίες έχουν αυξηθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες και περιλαμβάνουν τις στοχευμένες εγχύσεις φαρμάκων όπως είναι η επισκληρίδιος έγχυση στεροειδών (Epidural Steroid Injection – ESI), η χρήση ραδιοσυχνοτήτων (Radiofrequency Ablation - RFA) και οι θεραπείες νευροτροποποίησης π.χ. διέγερση του νωτιαίου μυελού. Η θεραπευτική αυτή μέθοδος θεραπείας του χρόνιου πόνου θεωρείται ίσως η πιο πολλά υποσχόμενη ιατρική τεχνολογία του 21ου αιώνα. Σε σύγκριση με την παραδοσιακή χειρουργική, θεωρείται καλύτερη και πιο οικονομική επιλογή και προσφέρει αποτελεσματικές λύσεις για τη θεραπεία ασθενών με χρόνιο πόνο.

Η βιβλιογραφική έρευνα δείχνει πως η διέγερση του νωτιαίου μυελού δύναται να οδηγήσει σε σημαντική μείωση του πόνου κατά το ήμισυ (50%) σε σύγκριση με τη συνεχιζόμενη φαρμακολογική θεραπεία.[33] Η χρήση ραδιοσυχνοτήτων έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για τη θεραπεία του νευροπαθητικού πόνου, όπως η

νευραλγία του τριδύμου και η μεθερπητική νευραλγία. Επιπρόσθετα, αυτή η θεραπεία χρησιμοποιείται για να ανακουφίσει το μη νευροπαθητικό πόνο, την αρθρίτιδα και ιδιαίτερα την οστεοαρθρίτιδα.

Ενδοαρθρικές ενέσεις στεροειδών συνίστανται για την οστεοαρθρίτιδα που προσβάλλει μεσαίες και μεγάλες αρθρώσεις. Σε ασθενείς με οσφυαλγία από δισκοπάθεια, οι πολλαπλές επισκληρίδιες ενέσεις στεροειδών δείχνουν μια μακροχρόνια βελτίωση που διαρκεί πάνω από 12 μήνες. Για τον αυχενικό πόνο που συνδέεται αιτιολογικά με κήλη, στένωση ή δισκοπάθεια, η βιβλιογραφία αναφέρει μέτριας βεβαιότητας στοιχεία για τη χρήση ESI σε ό,τι αφορά τη μακροχρόνια ανακούφιση από τον πόνο. Τα αποτελέσματα για αυτού του είδους τις θεραπείες στη διαχείριση του πόνου είναι αρκετά περιορισμένα και αναφέρουν διαφορετικές εκτιμήσεις για την αποτελεσματικότητά τους.[4]

2.5.3 Άσκηση και Ψυχοθεραπεία

Η άσκηση έχει φανεί πως μπορεί να μειώσει τη σοβαρότητα του χρόνιου πόνου και συνδέεται με βελτίωση της σωματικής λειτουργίας καθώς και της ψυχικής υγείας. Η σωματική δραστηριότητα αναφέρεται ως η στρατηγική αυτοδιαχείρισης του χρόνιου πόνου που μπορεί να αποφέρει πολλαπλά οφέλη όπως: βελτιώνει τον ύπνο καθώς η κακή ποιότητα ύπνου συνοδεύεται από αυξημένη ευαισθησία στον πόνο, βοηθά στον έλεγχο του σωματικού βάρους και διεγείρει την έκκριση ορμονών (π.χ. ενδορφίνες) που επιδρούν ευεργετικά. Μια ανασκόπηση που περιείχε 381 πρωτογενείς μελέτες απέδειξε πως ο χρόνιος πόνος που οφείλεται σε μυοσκελετική βλάβη και ο διάχυτος πόνος είχαν σημαντική ευεργετική επίδραση στη ανακούφισή του από την άσκηση.[29] Τα αποτελέσματα δεν ήταν τόσο ενθαρρυντικά και για το νευροπαθητικό πόνο, ωστόσο η άσκηση έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία σε όλους τους φαινότυπους χρόνιου πόνου.[4] Δεν έχει φανεί ότι υπερέχει συγκεκριμένο πρόγραμμα άσκησης που να εφαρμόζεται καθολικά στους ασθενείς με χρόνιο πόνο. Επιλέγεται, το πρόγραμμα άσκησης που θεωρείται το καταλληλότερο σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς. Για παράδειγμα επιλέγεται ήπια αερόβια άσκηση για ασθενή που υποφέρει από ινομυαλγία, προπόνηση με μυϊκή ενδυνάμωση για τον πόνο στη πλάτη και ασκήσεις που βοηθούν στην απόκτηση ευλυγισίας σε ασθενείς με αρθρίτιδα.

Ο χρόνιος πόνος, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, επηρεάζει όχι μόνο την σωματική ευεξία αλλά και την ψυχική. Οι ψυχολογικοί παράγοντες παράγουν σοβαρό

αντίκτυπο στην αντίληψη, στην ανταπόκριση και τελικά, στην αντιμετώπιση του πόνου. Η συμβολή της ψυχοθεραπείας καθίσταται θεμελιώδης στα πλαίσια μιας πολυτροπικής προσέγγισης του πάσχοντος. Η ψυχολογική παρέμβαση που συνήθως επιλέγεται για την διαχείριση του χρόνιου πόνου είναι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (Cognitive Behavioral Therapy - CBT). Η CBT είναι η πιο αποτελεσματική ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που αποδεδειγμένα βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η θεραπευτική αυτή μέθοδος στοχεύει στην μετατροπή των αρνητικών σκέψεων και συμπεριφορών, σε θετικές και εφαρμόζεται ως αυτόνομη θεραπεία σε όλο το φάσμα διαταραχών του χρόνιου πόνου αλλά και συνδυαστικά. Το τελευταίο, επιτυγχάνεται μέσα από ασκήσεις αναπνοής, χαλάρωσης, ύπνου και σωστής διατροφής. Η επιτυχία της CBT εξαρτάται από κάποιους καθοριστικούς παράγοντες. Αυτοί είναι, η διάρκεια του χρόνιου πόνου, οι προσδοκίες του θεραπευόμενου, οι πεποιθήσεις του, η αλληλεπίδραση με τον θεραπευτή, τα πιθανά συνυπάρχοντα προβλήματα ψυχικής υγείας, άλλες συνοδές παθήσεις αλλά και η συνολική υποστήριξη που λαμβάνει από τον κοινωνικό του περίγυρο, το κράτος και το σύστημα υγείας.[30] Η CBT διενεργείται από ψυχολόγους. Ιδανικά και στα πλαίσια μιας διεπιστημονικής συνεργασίας, είναι θεμιτό κάθε επαγγελματίας υγείας να μπορεί να εφαρμόσει τις βασικές αρχές της CBT για να διευκολύνει τον ασθενή σε μια πιο ευεργετική αλλαγή της συμπεριφοράς του που θα επηρεάσει την εμπειρία του πόνου.[4] Εκτός από την CBT, μια άλλη θεραπευτική μέθοδος που έχει επιδείξει την ωφέλειά της, είναι η ψυχοδυναμική θεραπεία. Αυτή η μέθοδος διαφέρει στην μεθοδολογία γιατί επικεντρώνεται στην διερεύνηση της διαστρωμάτωσης του πάσχοντος σε σχέση με την εμπειρία του πόνου και την αλληλεπίδραση αυτού με τους υπόλοιπους ανθρώπους και το περιβάλλον του. Με αυτό τον τρόπο μπορούν να ανακαλυφθούν ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του πόνου και που συνδέονται με συμπεριφορές και εμπειρίες που είχε βιώσει ο ασθενής ξανά στο παρελθόν. Αυτή η διαφορετική προσέγγιση μπορεί να οδηγήσει την επιστημονική ομάδα σε εφαρμογή διαφορετικών τεχνικών διαχείρισης του χρόνιου πόνου, σε κατάλληλη εκπαίδευση του ασθενούς ώστε να τον βοηθήσει να αντιδρά με έναν πιο θετικό τρόπο στην επίπονη εμπειρία.

Άλλες ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι εφαρμόζονται συμπληρωματικά μαζί με υπνοθεραπεία. Η λογική είναι πως ο επαρκής ύπνος βελτιώνει την ποιότητα ζωής του πάσχοντος ενώ η έλλειψή του επιδεινώνει τον πόνο. Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι η υπνοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί για την βελτίωση της εμπειρίας του πόνου και

της διαχείρισής του κατά την διάρκεια της νύχτας χρησιμοποιώντας μεθόδους όπως η φαντασίωση ενός ειρηνικού τόπου ή η δημιουργία σκέψεων γύρω από θετικές εικόνες. Συνολικά, μελέτες που γίνονται και στην Ελλάδα, δείχνουν ξεκάθαρα μια θετική επίδραση των ψυχοθεραπευτικών μεθόδων στη ποιότητα ζωής των ασθενών.[30]

2.6 Ανακεφαλαίωση

Η ανταπόκριση στη θεραπεία διαφέρει μεταξύ των ατόμων και για αυτό το λόγο δεν ακολουθείται μια καθολική θεραπεία ευρέως εφαρμόσιμη σε όλους τους πάσχοντες. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση βασισμένη στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για την αποτελεσματική διαχείριση του χρόνιου πόνου, η οποία υποστηρίζει ότι ο χρόνιος πόνος επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες και όχι μόνο από την βιολογική του διάσταση. Προβληματισμοί ωστόσο εγείρονται για τη εφαρμογή του και παρατηρείται στην πράξη, μια έλλειψη ενός οργανωμένου σχεδίου διάγνωσης και θεραπείας που να ενσωματώνει τις βασικές αρχές του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου. Η θεραπεία πρώτης γραμμής των συνδρόμων χρόνιου πόνου ξεκινά συνήθως με φαρμακευτική αγωγή και κυρίως μη οπιοειδή αναλγητικά. Στις μη φαρμακολογικές επιλογές αναφέρονται οι θεραπείες CAM με επιστημονικά αποδεδειγμένα οφέλη, όπως η μείωση του πόνου, η βελτίωση της λειτουργικότητας σε χρόνιες καταστάσεις, η μείωση του άγχους, της ναυτίας, η ενίσχυση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνιες παθήσεις, ενώ ταυτόχρονα συμβάλλουν στην εξοικονόμηση κόστους, μειώνοντας τη φαρμακευτική αγωγή και τη διάρκεια νοσηλείας. Αν και η δημοφιλία των θεραπειών CAM αυξάνεται σύμφωνα με τα ευρήματα διαφόρων μελετών, οι θεραπείες αυτές δεν έχουν ακόμη πλήρως ενσωματωθεί στα συστήματα υγείας. Παρά την απουσία κρατικής ή ασφαλιστικής κάλυψης, πολλοί ασθενείς με χρόνιες παθήσεις δείχνουν αυξανόμενο ενδιαφέρον για τις θεραπείες CAM και είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν από την τσέπη τους παρά το γεγονός ότι η προθυμία πληρωμής τους για αυτές, επηρεάζεται σημαντικά από το εισόδημα και την ένταση του πόνου. Ωστόσο, η έλλειψη μελετών που να εξετάζουν άμεσα το πόσο πρόθυμα είναι τα άτομα με χρόνιο πόνο να πληρώσουν για θεραπείες CAM φανερώνει ένα σημαντικό κενό στη βιβλιογραφία. Στις μη φαρμακολογικές επιλογές θεραπείας του χρόνιου πόνου συγκαταλέγεται επίσης η χειρουργική αντιμετώπιση με ενδείξεις κυρίως για μυοσκελετικές διαταραχές και η μη χειρουργική επεμβατική αντιμετώπιση με σημαντική αλλά περιορισμένη

αποτελεσματικότητα λόγω μικρού όγκου πληροφορίας. Τέλος, στις μη φαρμακολογικές θεραπείες ανήκει η σωματική δραστηριότητα με μείωση της σοβαρότητας του πόνου και βελτίωση στην ποιότητα ζωής καθώς και η CBT, μια μορφή ψυχοθεραπείας που βοηθά στην ευεργετική μεταλλαγή της συμπεριφοράς για αποτελεσματικότερη διαχείριση του χρόνιου πόνου. Τα πιο αποτελεσματικά σχέδια θεραπείας είναι τα εξατομικευμένα, συνδυάζοντας αρκετές από τις προσεγγίσεις που αναπτύχθηκαν παραπάνω με βάση την κατάσταση του ατόμου, τον φαινότυπο του πόνου του και τη γενική υγεία του. Ο στόχος είναι συχνά η βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής του πάσχοντος παρά η πλήρης εξάλειψη του πόνου του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Αναγκαιότητα της Έρευνας

Η έρευνα για την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική έχει φανερώσει πολλαπλά οφέλη στην πρόληψη και θεραπεία χρόνιων νοσημάτων συμπεριλαμβανομένου του χρόνιου πόνου, μια πάθηση που συχνά δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με τις συμβατικές μεθόδους.[36,38,41,59-63] Η δημοφιλία των θεραπειών CAM αποδεικνύεται από τη αυξανόμενη χρήση τους σε ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες[4], την αύξηση των γιατρών που τις προσφέρουν[37], τις κλινικές που δημιουργούνται ακόμα και εντός νοσοκομείου και εξειδικεύονται σε αυτές[40], τις λιγοστές παρενέργειες και κόστος χρήσης τους[36,38,39] καθώς και την πρόθεση των θεραπευόμενων να πληρώσουν οι ίδιοι για να τους παρασχεθούν.[37,50,51,79,80]

Ωστόσο, παρατηρείται μια έλλειψη ενσωμάτωσης των θεραπειών CAM στα Συστήματα Υγειονομικής Περίθαλψης παγκοσμίως καθώς και μια αντίστοιχη έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης σε όσους επιθυμούν την χρήση τους. Ως άμεσο αποτέλεσμα, οι ασθενείς καλούνται να πληρώσουν από την τσέπη τους για να τους παρασχεθούν.[37,50,51] Η βιβλιογραφία, αν και αυξανόμενη, είναι ακόμα περιορισμένη πάνω στο θέμα καθώς μελετά γενικά αν υπάρχει πρόθεση για χρήση θεραπειών CAM και από τι αυτή επηρεάζεται, χωρίς αυτή να μεταφράζεται σε οικονομικούς όρους. Επιπλέον, στις περιπτώσεις όπου διερευνάται η προθυμία πληρωμής για θεραπείες CAM, η προσέγγιση δεν επικεντρώνεται ειδικά στον χρόνιο πόνο. Επιπλέον, οι έρευνες εντοπίζονται σε περιβάλλον κυρίως εκτός νοσοκομείου και τα νοσοκομεία με τη σειρά τους, δεν έχουν ενσωματώσει πλήρως τέτοιες υπηρεσίες στο θεραπευτικό πλάνο τον ασθενών. Η προσφορά των θεραπειών CAM εντός νοσοκομείου βασίζεται στη ζήτηση των ασθενών, την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα και την διαθεσιμότητα των επαγγελματιών που τις παρέχουν ενώ παράλληλα διαπιστώνεται η δυσκολία παροχής αυτών των υπηρεσιών σε νοσοκομειακό περιβάλλον λόγω εσωτερικών κανονισμών ή πολιτικές, έλλειψη κατανόησης και γνώσης μεταξύ των εμπλεκόμενων επαγγελματιών, διοικητικών υπαλλήλων καθώς και έλλειψη ασφαλιστικής αποζημίωσης για αυτές τις υπηρεσίες.[36]

Η αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες CAM εγείρει ερωτήματα για τις προτιμήσεις των ασθενών για αυτές τις υπηρεσίες, αν υπάρχει τελικά ενδιαφέρον από τους ασθενείς με χρόνιο πόνο για αυτές τις υπηρεσίες, και αν θα ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν οι ίδιοι για να τους παρασχεθούν κατά την επίσκεψή τους στο δημόσιο νοσοκομείο. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με την CAM είναι περιορισμένη ως προς την εκτίμηση της προθυμίας πληρωμής ειδικά σε άτομα με χρόνιο πόνο, γεγονός που αναδεικνύει ένα σημαντικό ερευνητικό κενό. Μελέτη που να μελετά την προθυμία πληρωμής για θεραπείες CAM σε εξωτερικούς ασθενείς με χρόνιο πόνο σε δημόσιο νοσοκομείο στην Ελλάδα δεν υπάρχει μέχρι σήμερα.

3.2 Σκοπός

Ο σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί εάν υπάρχει προθυμία πληρωμής για συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες σε εξωτερικούς ασθενείς με χρόνιο πόνο που επισκέπτονται το ιατρείο χρόνιου πόνου καθώς και από τι αυτή επηρεάζεται.

Επιμέρους στόχοι αποτέλεσαν:

- Η διερεύνηση των νόσων που προκαλούν πόνο και για τις οποίες λάμβαναν ή λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή καθώς και του χρονικού διαστήματος κατά τη διάρκεια του οποίου υποφέρουν από νόσους που τους προκάλεσαν τον πόνο.
- Η διερεύνηση της φαρμακευτικής αγωγής που επί του παρόντος λαμβάνουν για τον πόνο τους καθώς και το χρονικό διάστημα που την λαμβάνουν.
- Η καταμέτρηση των πιθανών άλλων νόσων από τις οποίες υποφέρουν και για τις οποίες λάμβαναν ή λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή και η διερεύνηση του χρονικού διαστήματος κατά τη διάρκεια του οποίου υποφέρουν από τις εν λόγω νόσους.
- Η διερεύνηση της ποιότητας της ζωής και της συνολικής κατάστασης υγείας των ερωτηθέντων την ημέρα συμμετοχής στην έρευνα.

3.3 Υλικό και Μέθοδος

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με συγκεκριμένη μεθοδολογία και υλικό που επιλέχθηκε για τη διερεύνηση του σκοπού της παρούσας μελέτης και παρατίθεται στις παρακάτω υποενότητες.

3.3.1 Δείγμα και Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Πρόκειται για ποσοτική έρευνα, καθώς βασίζεται σε αριθμητικά δεδομένα που προέκυψαν από τη συμπλήρωση δομημένου ερωτηματολογίου. Παράλληλα, είναι περιγραφική, διότι αποσκοπεί στην καταγραφή και παρουσίαση χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και της χρήσης θεραπειών CAM, και διερευνητική, καθώς επιχειρεί να εντοπίσει πιθανούς συσχετισμούς μεταξύ μεταβλητών, όπως η προθυμία πληρωμής και τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά ή η ποιότητα ζωής. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με δειγματοληψία με την χρήση ερωτηματολογίου σε συμμετέχοντες οι οποίοι είχαν τα ακόλουθα κριτήρια ένταξης βάσει σχετικής βιβλιογραφίας[36]:

1. Ηλικίας άνω των 18 ετών.
2. Επισκέπτονται το ιατρείο πόνου ως εξωτερικοί ασθενείς και όλοι να έχουν την ιατρική διάγνωση του χρόνιου πόνου.
3. Δεν υπάρχει τρέχουσα διάγνωση σοβαρής άνοιας, παραληρήματος ή άλλων γνωστικών διαταραχών.

Το ερωτηματολόγιο συνέλεξε πρωτογενή δεδομένα και οι ερωτήσεις ήταν επί το πλείστον κλειστού τύπου, ενώ οι ανοιχτού τύπου επιλογές ήταν περιορισμένες και χρησιμοποιήθηκαν μόνο σε περιπτώσεις όπου δεν μπορούσε να προβλεφθεί επακριβώς η απάντηση (π.χ. «Άλλο, παρακαλώ διευκρινίστε»). Ένας σύντομος ορισμός παρεχόταν για την κάθε μία υπηρεσία CAM για να έχουν όλοι οι συμμετέχοντες την ίδια γνώση. Για παράδειγμα, ο βελονισμός περιλαμβάνει την εισαγωγή εξαιρετικά λεπτών βελονών μέσα από το δέρμα σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος για την ανακούφιση του πόνου και την προαγωγή της ηρεμίας. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν ασθενείς που επισκέπτονταν το ιατρείο πόνου σε Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία και υπέφεραν από χρόνιο πόνο. Τα νοσοκομεία από τα οποία λήφθηκε το δείγμα ήταν το Κωνσταντοπούλειο Συγκρότημα Γ.Ν.Ν. Ιωνίας «Η Αγία Όλγα», το Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ» και το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα». Παρόλο που κάποιες διεθνείς μελέτες χρησιμοποιούν μεγαλύτερα δείγματα, η παρούσα μελέτη αποτελεί πρωτογενή διερεύνηση σε

ελληνικό δημόσιο νοσοκομειακό περιβάλλον, για το οποίο δεν υπάρχουν προγενέστερα δεδομένα. Ως εκ τούτου, τα ερωτηματολόγια αναμενόταν να είναι 100 με ένα διάστημα συγκέντρωσης τους 9 μήνες βάσει σχετικής μελέτης.[36] Η συλλογή των δεδομένων γινόταν την ημερομηνία επίσκεψης του ασθενούς στο ιατρείο χρόνιου πόνου. Σε περίπτωση περισσοτέρων της μιας επίσκεψης ασθενούς στο ιατρείο, συμπεριλήφθηκε στη μελέτη μόνο η πρώτη επίσκεψη. Στη συνέχεια και αφού συλλέχθηκαν τα ερωτηματολόγια, μεταφέρθηκαν όλα τα δεδομένα σε αρχείο Excel για να είναι δυνατή η επεξεργασία και ύστερα η στατιστική ανάλυση. Τα πρώτα δέκα ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν πιλοτικά, με σκοπό να αξιολογηθεί η σαφήνεια, η κατανόηση και η λειτουργικότητα του εργαλείου μέτρησης. Με βάση τις απαντήσεις, δεν διαπιστώθηκε ανάγκη για τροποποιήσεις στο ερωτηματολόγιο. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν σε αυτό το στάδιο συμπεριλήφθηκαν στην τελική ανάλυση.

3.3.2 Ηθική και Δεοντολογία

Κατά τη συλλογή δεδομένων και προς διασφάλιση της ανωνυμίας του δείγματος και των προσωπικών δεδομένων, δεν καταγράφηκαν το ονοματεπώνυμο, ο αριθμός μητρώου ή οποιοδήποτε άλλο στοιχείο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για να ταυτοποιηθεί ο συμμετέχων. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από τους συμμετέχοντες παραμένουν απολύτως εμπιστευτικά και μόνο για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Η ανάλυση και η ερμηνεία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με πλήρη σεβασμό στην ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των ερωτηθέντων.

Το πρωτόκολλο της μελέτης κατατέθηκε και εγκρίθηκε από το επιστημονικό συμβούλιο και των τριών νοσοκομείων που αναφέρθηκαν παραπάνω. Πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, όλοι οι ερωτώμενοι ενημερώθηκαν για το σκοπό της παρούσας ερευνητικής εργασίας και τους δόθηκε η δυνατότητα αν χρειαστούν περαιτέρω πληροφορίες ή διευκρινίσεις να επικοινωνήσουν με την ερευνήτρια.

3.3.3 Είδος Έρευνας και Δειγματοληψία

Σε ότι αφορά το είδος της έρευνας, πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη (cross-sectional study) καθώς η πληροφορία σχετικά με τον προσδιοριστή και την έκβαση αφορά μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή και αυτή είναι η στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου για κάθε συμμετέχοντα.[81]

Η μελέτη βασίστηκε σε μη τυχαία δειγματοληψία, καθώς χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας, με τη συλλογή δεδομένων να πραγματοποιείται σε νοσοκομεία της Αττικής.

3.3.4 Υλικό Έρευνας και Ερευνητικά Εργαλεία

Το ερωτηματολόγιο, το οποίο παρουσιάζεται στο Παράρτημα, περιελάμβανε στο σύνολο 21 ερωτήσεις και ήταν δομημένο με τέτοιο τρόπο ώστε αρχικά οι συμμετέχοντες να συμπληρώνουν κάποια γενικά δημογραφικά στοιχεία όπως είναι η εθνικότητα, το φύλο, η ημερομηνία γέννησης και συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και η περιοχή κατοικίας. Εν συνεχεία συμπλήρωναν στοιχεία κοινωνικού και οικονομικού ενδιαφέροντος όπως είναι η επαγγελματική απασχόληση, το οικογενειακό εισόδημα και η ασφαλιστική κάλυψη. Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούσαν το ιατρικό τους ιστορικό και συγκεκριμένα για το αν πάσχουν από κάποια νόσο που τους προκαλεί πόνο και παίρνουν ή έπαιρναν κατά το παρελθόν φάρμακα, τη νόσο και το έτος διάγνωσης, τα φάρμακα που λαμβάνουν για τον πόνο τη δεδομένη χρονική στιγμή και το χρονικό διάστημα που τα λαμβάνουν καθώς και αν υποφέρουν από άλλη νόσο για την οποία παίρνουν ή έπαιρναν κατά το παρελθόν φάρμακα, τη νόσο και το έτος διάγνωσης αυτής.

Ύστερα, ακολούθησαν ερωτήματα που εστιάζουν στις υπηρεσίες συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής. Το ερωτηματολόγιο της παρούσας διπλωματικής έρευνας βασίστηκε στο άρθρο των Debbie Sharp, Ava Lorenc, Richard Morris, Gene Feder, Paul Little, Sandra Hollinghurst, Stewart WMercer & HughMacPherson (2018) και αφορά μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την εταιρεία Ipsos MORI σε Αγγλικό πληθυσμό.[43] Αναλυτικά, οι υποψήφιοι ερωτήθηκαν για το αν πραγματοποίησαν επίσκεψη σε CAM θεραπευτή, το είδος του θεραπευτή, τη συχνότητα επίσκεψης, το αίτιο επίσκεψης, τον τρόπο με τον οποίο κατέληξαν να χρησιμοποιούν CAM θεραπεία, τον τρόπο και το ποσό πληρωμής, τον λόγο μη επίσκεψης σε CAM θεραπευτή, τον λόγο ενθάρρυνσης για επίσκεψη σε CAM θεραπευτή καθώς και το ανώτατο ποσό πληρωμής που ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν για μια τέτοια επίσκεψη.

Ακολούθησαν ερωτήσεις για την αποτίμηση της ποιότητας ζωής των πασχόντων μέσω του ερωτηματολογίου EuroQol 5D (EQ-5D) την ημέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο EQ-5D θεωρείται γενικά απλό, κατανοητό και

συμπληρώνεται από τον ασθενή για να προσδιοριστεί η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του. Το ερευνητικό αυτό εργαλείο αναπτύχθηκε από το EuroQol Group και χρησιμοποιείται ευρέως και αξιολογεί την ποιότητας ζωής των ασθενών και της γενικότερης υγειονομικής τους κατάστασης λαμβάνοντας μετρήσιμα αποτελέσματα από 5 βασικές διαστάσεις υγείας. Οι διαστάσεις αφορούν την κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, την συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητες, τον πόνο ή δυσφορία που πιθανά αισθάνονται και το άγχος ή η θλίψη που πιθανά βιώνουν. Κάθε διάσταση αξιολογείται σε τρία επίπεδα σοβαρότητας: καμία δυσκολία, μέτρια δυσκολία, σοβαρή δυσκολία. Το EQ-5D χρησιμοποιείται ευρέως σε όλο τον κόσμο, σε πάνω από 80 κλινικούς τομείς ενώ ετησίως καταγράφονται 5.000 αιτήματα χρήσης του και έχουν αναφερθεί τουλάχιστον 8.000 εργασίες που το χρησιμοποίησαν τις τελευταίες 3 δεκαετίες. Γενικότερα, το EQ-5D χρησιμοποιείται σε κλινικές δοκιμές, για να ληφθούν ιατρικές αποφάσεις, για την παρακολούθηση αλλαγών σε καταστάσεις υγείας με την πάροδο του χρόνου, σε πληθυσμιακές μελέτες σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο και σε οικονομικές αναλύσεις κόστους-χρησιμότητας.

Τέλος, το ερωτηματολόγιο ολοκληρώθηκε με χρήση μιας οπτικοαναλογικής κλίμακας που μετρά το επίπεδο υγείας που θεωρούσαν οι ίδιοι πως είχαν τη χρονική στιγμή που ρωτήθηκαν. Η Κλίμακα Μέτρησης του Επιπέδου Υγείας ή αλλιώς ο δείκτης EQ-VAS (EuroQol Visual Analogue Scale) αποτελεί μια κατακόρυφη οπτική αναλογική κλίμακα 20 cm, που αναπτύχθηκε επίσης από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό EuroQol και χρησιμοποιείται για την καταγραφή της βαθμολογίας ενός ατόμου που προκύπτει αξιολογώντας την συνολική τρέχουσα ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία του. Η αυτοαξιολόγηση του κάθε συμμετέχοντα δηλώνει πώς υποκειμενικά αντιλαμβάνεται την υγεία του στο «σήμερα» που εντάχθηκε στη μελέτη. Η κλίμακα κυμαίνεται από το 100 που θεωρείται «η καλύτερη κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε» έως το 0 που θεωρείται «η χειρότερη κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε».[82]

3.3.5 Μέθοδος Αποτίμησης Προθυμίας Πληρωμής

Η εκτίμηση της Προθυμίας Πληρωμής (WTP- willingness to pay) είναι ένας οικονομικός όρος και ορίζεται ως το μέγιστο ποσό που θα ήταν κάποιος διατεθειμένος να πληρώσει, να θυσιάσει ή να ανταλλάξει ώστε να λάβει αγαθά ή υπηρεσίες ή για να αποφύγει κάτι ανεπιθύμητο.[83] Ο όρος, όταν χρησιμοποιείται στα

πλαίσια της ιατρικής, προσανατολίζεται κυρίως στη Φαρμακοβιομηχανία και στον τομέα των Οικονομικών της Υγείας.

Η χρησιμότητά της έγκειται στην δυνατότητα που προσφέρει για να δίνει μια κατεύθυνση σε πολιτικές υγείας, ειδικά στην υγειονομική περίθαλψη στο δημόσιο τομέα. Ειδικότερα, η σημασία της αυξάνεται όταν αναμένεται σε μια χώρα οι πολίτες να συνεισφέρουν οικονομικά στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό είναι σημαντικό καθώς πρέπει να ληφθούν αποφάσεις ώστε να μπορούν να κατανεμηθούν οι σπάνιοι πόροι και σε αυτό τον τομέα. Η WTP, δίνοντας απόδοση τιμής στο κόστος των πόρων που σχετίζονται με την υγεία, αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη για τη λήψη συνετών αποφάσεων σχετικά με ανταγωνιστικά προγράμματα υγείας που πιθανά χρηματοδοτούνται από το δημόσιο. Η σημασία της αυξάνεται σε χώρες όπου οι πολίτες καλούνται να καλύψουν μεγάλο μέρος του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Άλλα σημαντικά πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου, σύμφωνα με τους Syed Muslin Abbas et al. (2019) ως μέτρο αξιολόγησης για υπηρεσίες υγείας, είναι η ζήτηση για πληροφόρηση, η χρησιμότητα της ίδιας της διαδικασίας που ακολουθείται, η αξία που δίνουν οι άνθρωποι στο να έχουν επιλογή καθώς και μια αλτρουιστική αξία καθώς μερικοί είναι πρόθυμοι να πληρώσουν όχι μόνο για να απολαμβάνουν οι ίδιοι υπηρεσίες αλλά για να βοηθήσουν και άλλους να έχουν πρόσβαση σε αυτές.[84]

Παρά την χρησιμότητα των μεθόδων, συχνά προκύπτουν μειονεκτήματα και περιορισμοί. Αρχικά, μπορεί να υπάρξει μεροληψία στις δηλώσεις πληρωμής καθώς παρέχονται υποθετικά σενάρια και όχι πραγματικά στα οποία οι ερωτηθέντες δύναται να επηρεαστούν και από εξωτερικούς παράγοντες. Σε μια έρευνα, οι ερωτηθέντες μπορεί να αντλήσουν περαιτέρω χρησιμότητα από τη διαδικασία διαμορφώνοντας στρατηγικές απαντήσεις όπως είναι π.χ. η δήλωση χαμηλότερης WTP για μια παρέμβαση που προς το παρόν δεν παρέχεται και δήλωση υψηλότερης WTP για μια επιδοτούμενη ή δωρεάν υπηρεσία.[85] Επιπρόσθετα, ένα άλλο βασικό ζήτημα στην αποτύπωση αξιόπιστων απαντήσεων στις μελέτες WTP είναι η ελλιπής κατανόηση της υπηρεσίας υγείας από τους ερωτηθέντες ειδικά αν η διαδικασία είναι γνωστικά απαιτητική ή η έλλειψη σχετικής εμπειρίας, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μη ρεαλιστικές απαντήσεις ή στρατηγική εξοικονόμησης προσώπου που σημαίνει δήλωση περισσότερο μιας «κοινωνικά αποδεκτής» απάντησης, παρά του τι θα πλήρωναν στην πραγματικότητα. Ένα άλλο ζήτημα που προκύπτει, είναι να δηλώνονται τιμές WTP που είναι αναξιόπιστες διότι εμπεριέχουν μια λογική

διαμαρτυρίας ως προς το σύστημα διακυβέρνησης της υγείας. Άλλοι ερωτώμενοι πιθανά να μην δηλώσουν κανένα ποσό WTP. Αυτοί οι περιορισμοί δύναται να οδηγήσουν σε σφάλματα και θεωρούνται προκλήσεις για τους ερευνητές.

Η μέθοδος WTP χρησιμοποιεί υποθετικές ερωτήσεις με στόχο να αναδειχθεί η αξία του υπό διερεύνηση αγαθού ή υπηρεσίας από την κοινότητα ώστε να επιλεγεί ο συνδυασμός των παρεμβάσεων υγείας που θα μεγιστοποιήσει τα οφέλη για την κοινότητα. Η δηλωμένη προτίμηση (SP-stated preference) αναφέρεται στην αποτίμηση των ωφελειών για την υγεία σε χρηματικούς όρους που πραγματοποιούνται μέσω μελετών WTP και στις οποίες οι συμμετέχοντες είτε δηλώνουν άμεσα το ποσό που θα πλήρωναν για μια υπηρεσία είτε επιλέγουν μεταξύ υποθετικών σεναρίων αγοράς για να εκτιμηθεί η προθυμία πληρωμής τους. Οι δύο μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για αυτό το σκοπό είναι η μέθοδος της ενδεχόμενης αποτίμησης (CVM-contingent valuation method) και τα πειράματα διακριτής επιλογής (DCE-discrete choice experiment). Η άμεση προσέγγιση της ενδεχόμενης αποτίμησης περιλαμβάνει τη διεξαγωγή ερευνών, όπου παρουσιάζονται υποθετικά σενάρια αγοράς για να καταγραφούν οι δηλωμένες προτιμήσεις. Η έμμεση προσέγγιση της διακριτής επιλογής βασίζεται σε προηγούμενα παραδείγματα από την πραγματική ζωή για να συνδυάσει τις χρηματικές αξίες με τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την υγεία. Βάσει βιβλιογραφίας[84], υπάρχουν τέσσερις τρόποι για να ρωτήσουν οι ερευνητές τους ενδιαφερόμενους πόσα χρήματα θα ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν.

1. Ανοιχτή ή συνεχής ερώτηση: Οι ερωτηθέντες δηλώνουν όποιο ποσό επιθυμούν.
2. Διακριτή ή δυαδική επιλογή: Οι ερωτηθέντες πρέπει να αποδεχτούν ή να απορρίψουν μια συγκεκριμένη τιμή.
3. Κλίμακα πληρωμής: Οι ερωτηθέντες έχουν πολλές επιλογές τιμών και μπορούν να επιλέξουν αυτή που προτιμούν.
4. Επαναληπτική προσφορά: Η τιμή αυξάνεται ή μειώνεται σε διάφορους γύρους, και ο ερωτηθείς συνεχίζει να επιλέγει μέχρι να φτάσει σε ένα σημείο που δεν μπορεί να αποφασίσει.

Πιο συγκεκριμένα, η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ερευνητική μελέτη είναι η μέθοδος CVM. Η μέθοδος CVM χρησιμοποιεί μια άμεση προσέγγιση ζητώντας απευθείας από τον ενδιαφερόμενο να δηλώσει μέσα από το ερωτηματολόγιο τη διάθεσή του για πληρωμή για υπηρεσίες CAM σε περιβάλλον

χρόνιου πόνου. Η διερεύνηση πραγματοποιήθηκε μέσω κατάλληλα διαμορφωμένου ερωτηματολογίου, με ερωτήσεις σε μορφή κλίμακας πληρωμής, σε συνθήκες μίας υποθετικής χρήσης υπηρεσιών CAM.

3.4 Μέθοδοι Στατιστικής Ανάλυσης

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε σε δύο μέρη. Αρχικά πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση και ύστερα ανάλυση παλινδρόμησης με χρήση του λογισμικού STATA version 13.

3.4.1 Περιγραφική Στατιστική

Στο πρώτο μέρος πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική, κατά την οποία συγκεντρώθηκαν τα χαρακτηριστικά ενός συνόλου δεδομένων από ένα δείγμα του πληθυσμού. Οι ποιοτικές μεταβλητές εκφράστηκαν σε συχνότητα και ποσοστά, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές εκφράστηκαν σε μέσους και τυπικές αποκλίσεις. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε προκειμένου να καταγραφούν οι πρώτες και σημαντικότερες απεικονίσεις των δεδομένων και να αποκτηθεί μια πιο σφαιρική εικόνα για τον υπό μελέτη πληθυσμό.

Στην Περιγραφική Στατιστική αναλύθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα στοιχεία του ιατρικού τους ιστορικού και στοιχεία που αφορούν τη χρήση θεραπειών CAM. Η Περιγραφική Στατιστική ολοκληρώθηκε με την ανάλυση των απαντήσεων που καταγράφηκαν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου EuroQol 5D και του δείκτη EQ-VAS.

3.4.2 Ανάλυση Παλινδρόμησης

Με εξαρτημένη μεταβλητή την προθυμία πληρωμής για υπηρεσίες CAM σε περιβάλλον χρόνιου πόνου πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση προκειμένου να διερευνηθούν οι προσδιοριστικοί παράγοντες που την επηρεάζουν. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές εντάχθηκαν δημογραφικά (π.χ. ηλικία, φύλο), κλινικά χαρακτηριστικά (π.χ. διάρκεια νόσου) και δείκτες ποιότητας ζωής (π.χ. EQ-5D).

Οι μεταβλητές επιλέχθηκαν βάσει προκαταρκτικής διερεύνησης και διακύμανσης των τιμών στο δείγμα. Σε όλους τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε σε 0,05.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα 01/10/2024 έως 31/12/2024. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 101 συμμετέχοντες. Από αυτούς, 76 ήταν οι γυναίκες που ήταν και η πλειοψηφία και 25 ήταν οι άνδρες. Οι αριθμοί αυτοί αντιστοιχούν σε ποσοστό δείγματος 75% και 25% αντίστοιχα.

Η ηλικία των συμμετεχόντων έχει μια μέση τιμή τα 62,1 έτη με τη μικρότερη καταγεγραμμένη ηλικία να είναι τα 20 έτη και η μεγαλύτερη τα 88 έτη και τυπική απόκλιση 15,13 έτη. Το ήμισυ του δείγματος αποτέλεσαν άτομα που ξεπερνούσαν τα 65 έτη. Επιπρόσθετα, 1 άτομο (1%) ήταν ηλικίας κάτω των 24 ετών, 5 άτομα (5%) ήταν ηλικίας από 25 έως 34 ετών, 7 άτομα (7%) ήταν ηλικίας από 35 έως 44 ετών, 15 άτομα (15%) ήταν ηλικίας από 45 έως 54 ετών ενώ 23 ήταν τα άτομα (23%) ηλικίας από 55 έως 64 ετών.

Αναφορικά με το οικογενειακό εισόδημα ανά μήνα, οι περισσότεροι δήλωσαν πως λαμβάνουν εισόδημα που ξεπερνά τα 2000€ σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 26% του δείγματος (26 άτομα). Ακολουθούν 18 άτομα σε ποσοστό 18% που λαμβάνουν εισόδημα από 1500€ έως 2000€, σε ποσοστό 17% ακολουθούν 17 άτομα που λαμβάνουν 500€ έως 1000€, σε ποσοστό 16% ακολουθούν 16 άτομα που λαμβάνουν 1000€ έως 1500€ ενώ 12 άτομα σε ποσοστό 12% δεν επιθυμούσαν να δηλώσουν το μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα. Επιπρόσθετα, 7 άτομα σε ποσοστό 7% δήλωσαν πως δεν είχαν καθόλου εισόδημα ενώ η μειοψηφία 5 ατόμων με ποσοστό 5% δήλωσαν εισόδημα κάτω από 500€ το μήνα.

Η επαγγελματική απασχόληση 52 ατόμων (51%) αφορούσε συνταξιούχους, ακολουθούν 16 άτομα (16%) που απασχολούνταν στο δημόσιο τομέα, 14 άτομα (14%) στον ιδιωτικό τομέα και 13 άτομα (13%) προσδιορίζονταν ως άνεργοι. Επιπλέον, οι ελεύθεροι επαγγελματίες ήταν μόλις 5 ενώ 1 ήταν φοιτητής/μαθητής, με τα ποσοστά δείγματος να είναι 5% και 1% αντίστοιχα.

Η συντριπτική πλειοψηφία των 91 ατόμων δήλωσε πως κατοικεί σε αστική περιοχή και σε ποσοστό 90% του δείγματος. 6 άτομα (6%) κατοικούσαν σε ημιαστική περιοχή και 4 άτομα (4%) διέμεναν σε αγροτική περιοχή.

Οι 96 ερωτώμενοι είχαν εθνικότητα Ελληνική σε ποσοστό δείγματος της τάξης του 95%, 2 ερωτώμενοι είχαν Αλβανική εθνικότητα (2%) ενώ στο δείγμα υπήρχε 1 άτομο με Κουρδική εθνικότητα (1%) , 1 με Γαλλική εθνικότητα (1%) και 1 με Ουκρανική εθνικότητα (1%).

Αναφορικά με την ερώτηση για το επίπεδο εκπαίδευσης, η πλειοψηφία 39 ατόμων (39%) είχε ολοκληρώσει σπουδές σε κάποιο Ανώτατο ή Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΑΕΙ/ΤΕΙ), 31 άτομα ολοκλήρωσαν το λύκειο (31%), 12 άτομα ολοκλήρωσαν το δημοτικό (12%), 10 άτομα κατείχαν Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών (10%) ενώ η μειοψηφία 9 ατόμων και σε ποσοστό 9% ήταν απόφοιτοι γυμνασίου.

Στην ερώτηση για το αν έχουν κάποια ασφαλιστική υγειονομική κάλυψη, οι 85 ερωτώμενοι απάντησαν πως είχαν μόνο δημόσια ασφάλιση, οι 12 είχαν ασφάλεια δημόσια και ιδιωτική, 4 δεν είχαν κανενός είδους ασφάλιση ενώ δεν υπήρχε κανένας ερωτώμενος που να κατείχε μόνο ιδιωτική ασφάλιση. Οι προαναφερθέντες αριθμοί αντιστοιχούν σε ποσοστά δείγματος 84%, 12%, 4% και 0% αντίστοιχα. Ακολουθεί ο πίνακας 4.1 που παρουσιάζει τα Γενικά Δημογραφικά Στοιχεία όπως αναλύθηκαν παραπάνω.

Πίνακας 4.1

Γενικά Δημογραφικά Στοιχεία ασθενών με Χρόνιο Πόνο

Μεταβλητή		**n**	**Ποσοστό %**	**Μέσος Όρος**	**Τυπική Απόκλιση**	**Ελάχιστη Μέτρηση**	**Μέγιστη Μέτρηση**
Σύνολο δείγματος		101	100,00%				
Γυναίκες		76	75,25%				
Άνδρες		25	24,75%				
Ηλικία		101	100,00%	62,10	15,13	20	88
Ηλικιακό Εύρος	<25	1	0,99%				
	25-34	5	4,95%				
	35-44	7	6,93%				
	45-54	15	14,85%				
	55-64	23	22,77%				
	>65	50	49,5%				

Μηνιαίο Οικογενειακό Εισόδημα	Καθόλου εισόδημα	7	6,93%				
	<500€	5	4,95%				
	500-1000€	17	16,83%				
	1000-1500€	16	15,84%				
	1500-2000€	18	17,82%				
	>2000€	26	25,74%				
	Δεν δηλώθηκε	12	11,88%				
Επαγγελματική Απασχόληση	Άνεργος	13	12,87%				
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	14	13,86%				
	Δημόσιος Υπάλληλος	16	15,84%				
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	5	4,95%				
	Οικιακά	0	0%				
	Συνταξιούχος	52	51,49%				
	Φοιτητής/ Μαθητής	1	0,99%				
	Άλλο	0	0%				
Περιοχή Κατοικίας	Αγροτική	4	3,96%				
	Ημιαστική	6	5,94%				
	Αστική	91	90,10%				

Εθνικότητα	Ελληνική	96	95,05%				
	Κουρδική	1	0,99%				
	Γαλλική	1	0,99%				
	Ουκρανική	1	0,99%				
	Αλβανική	2	1,98%				
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Δημοτικό	12	11,88%				
	Γυμνάσιο	9	8,91%				
	Λύκειο	31	30,69%				
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	39	38,61%				
	Μεταπτυχιακά	10	9,9%				
Ασφαλιστική κάλυψη	Δημόσια	85	84,16%				
	Ιδιωτική	0	0%				
	Δημόσια & Ιδιωτική	12	11,88%				
	Καμία	4	3,96%				

Ακολουθούν τα αποτελέσματα που αφορούν το ιατρικό ιστορικό των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες αρχικά ρωτήθηκαν για το αν πάσχουν από κάποια νόσο που τους προκαλεί πόνο και για την οποία λαμβάνουν ή λάμβαναν κατά το παρελθόν κάποια φαρμακευτική αγωγή και απάντησαν όλοι (100%) θετικά.

Η νόσος που τους προκαλεί τον πόνο και φαίνεται να επηρεάζει τους περισσότερους είναι τα μυοσκελετικά προβλήματα και αφορά συγκεκριμένα τις 74 διαγνώσεις (67%). 15 ήταν οι διαγνώσεις (14%) που αφορούσαν κάποια νευρολογική διαταραχή, 6 διαγνώσεις (5%) αφορούσαν κάποια χρόνια ανοσοδιαμεσολαβούμενη φλεγμονώδη νόσο που προκαλείται από το ανοσοποιητικό σύστημα (Immune-Mediated Inflammatory Diseases - IMIDs) και 4 διαγνώσεις (4%) αφορούσαν την ημικρανία. Επιπλέον, 3 διαγνώσεις (3%) αφορούσαν τον μετεγχειρητικό πόνο όπως επίσης 3 ήταν και οι διαγνώσεις (3%) για ινομυαλγία. Επιπρόσθετα, εντοπίστηκαν 2 διαγνώσεις (2%) για άλλες μορφές χρόνιου πόνου και συγκεκριμένα για προβλήματα στο μάτι και στο αυτί. Τέλος, σημειώθηκε 1 διάγνωση

(1%) για διαβητική αγγειοπάθεια, 1 διάγνωση (1%) για καρκίνο και 1 διάγνωση (1%) για αυτοάνοση διαταραχή.

Σε ότι αφορά τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, τη δεδομένη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, καταγράφηκε μια ποικιλία φαρμακευτικών κατηγοριών. Τα δεδομένα που ακολουθούν αφορούν στο σύνολο πόσες φορές αναφέρθηκε από τους ασθενής η εν λόγο φαρμακευτική αγωγή. Τα μη οπιοειδή αναλγητικά καταγράφηκαν στο σύνολο 53 φορές (33%). Ακολουθούν 27 αναφορές (17%) για λήψη ΜΣΑΦ, 17 (10%) για αντιεπιληπτικά, 16 (10%) για οπιοειδή αναλγητικά και 14 αναφορές (9%) για μηδενική λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Εν συνεχεία, καταγράφηκαν 12 αναφορές (7%) για λήψη κορτικοστεροειδών, 8 αναφορές (5%) για μυοχαλαρωτικά και 7 (4%) για αντικαταθλιπτικά. Μικρότεροι αριθμοί αναφορών και συγκεκριμένα 3 (2%) αναφέρονται σε λήψη αντικαρκινικών φαρμάκων, 2 (1%) για συμπληρώματα διατροφής όπως επίσης 2 είναι και οι αναφορές (1%) για τροποποιητικά της νόσου αντιρευματικά φάρμακα (Disease-Modifying Antirheumatic Drugs - DMARDs). Ολοκληρώνοντας τις καταγραφές της συγκεκριμένης ερώτησης, 1 αναφορά (1%) καταγράφηκε για λήψη τριπτανών και 1 αναφορά (1%) για έγχυση με αναισθητικούς παράγοντες και κορτικοστεροειδή.

Εν συνεχεία, οι ασθενείς ανέφεραν πως έπασχαν και από άλλες νόσους πέρα από την διάγνωση του χρόνιου πόνου, για τις οποίες λαμβάνουν ή λάμβαναν φάρμακα και αυτές γνωστοποιούνται ως «συννοσηρότητες». Αυτές απαριθμούν στο μεγαλύτερο ποσοστό (20%) την υπέρταση, με σύνολο τις 30 διαγνώσεις. Επιπλέον, 22 ήταν οι διαγνώσεις με θυρεοειδοπάθεια (14%), 18 ήταν οι διαγνώσεις με δυσλιπιδαιμία (12%) και 17 (11%) ήταν οι διαγνώσεις καρδιαγγειακών παθήσεων (Cardiovascular Disease - CVD). Εν συνεχεία καταγράφηκαν, 15 διαγνώσεις με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) σε ποσοστό δείγματος 10%, 12 διαγνώσεις που αφορούσαν κάποια άλλη νόσο (8%), 10 διαγνώσεις αφορούσαν κάποια μεταβολική νόσο των οστών (7%) και 6 ήταν οι διαγνώσεις για αγχώδη διαταραχή (4%). Συγκεκριμένα, οι παθήσεις που αφορούσαν κάποια άλλη νόσο ήταν ο ίλιγγος, έλλειψη βιταμινών, θρομβοφλεβίτιδα, γαστρίτιδα, πολυμυοσίτιδα, κίρρωση, γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος, νοσήματα που σχετίζονται με την IgG4 (IgG4-RD), σιδηροπενική αναιμία, κροταφογναθικό και θωρακικής εξόδου σύνδρομα και αλλεργίες. Επιπλέον, 4 ήταν οι διαγνώσεις του καρκίνου (3%) όπως επίσης 4 ήταν οι διαταραχές IMID (3%) και 4 ήταν οι διαγνώσεις για υπερτροφία προστάτη (3%). Επιπρόσθετα, 3 ήταν οι διαγνώσεις υπερουριχαιμίας (2%) όπως επίσης και 3 διαγνώσεις εντοπίστηκαν για

διαταραχή στο ουροποιητικό σύστημα (2%). Τέλος, μόλις 2 ήταν οι διαγνώσεις για πνευμονική νόσο (1%) και 2 ήταν επίσης οι διαγνώσεις για νευρολογική διαταραχή (1%). Ακολουθεί ο πίνακας 4.2 με τα στοιχεία Ιατρικού Ιστορικού.

Πίνακας 4.2

Στοιχεία Ιατρικού Ιστορικού ασθενών με Χρόνιο Πόνο

Μεταβλητή		**n**	**Ποσοστό %**
Πόσοι έλαβαν φάρμακα για πόνο	Σύνολο δείγματος	101	100,00%
	Ναι	101	100,00%
	Όχι	0	0%
Ποιές νόσοι προκαλούν πόνο και λαμβάνονται φάρμακα	Διαβητική αγγειοπάθεια	1	0,99%
	IMIDs	6	5,45%
	Μυοσκελετικές διαταραχές	74	67,27%
	Ημικρανίες	4	3,63%
	Καρκίνος	1	0,99%
	Νευρολογικές διαταραχές	15	13,63%
	Μετεγχειρητικός πόνος	3	2,72%
	Ινομυαλγία	3	2,72%
	Αυτοάνοση διαταραχή	1	0,99%
	Άλλος χρόνιος πόνος	2	1,81%
Ποιά φαρμακευτική αγωγή λαμβάνεται για πόνο	Συμπληρώματα διατροφής	2	1,22%
	Αντικαρκινικά	3	1,84%
	Μη οπιοειδή αναλγητικά	53	32,51%
	Τριπτάνες	1	0,61%
	ΜΣΑΦ	27	16,56%
	Κορτικοστεροειδή	12	7,36%
	Μυοχαλαρωτικά	8	4,9%
	DMARDs	2	1,22%
	Αντιεπιληπτικά	17	10,42%
	Αντικαταθλιπτικά	7	4,29%

	Οπιοειδή αναλγητικά	16	9,81%
	Έγχυση αναισθητικού & κορτικοστεροειδή παράγοντα	1	0,61%
	Καμία φαρμακευτική αγωγή	14	8,58%
Ποιές συννοσηρότητες έχουν	CVD	17	11,18%
	Καρκίνος	4	2,63%
	Δυσλιπιδαιμία	18	11,84%
	Υπερτροφία προστάτη	4	2,63%
	Θυρεοειδοπάθεια	22	14,47%
	Μεταβολική νόσος των οστών	10	6,57%
	IMIDs	4	2,63%
	Αγχώδης διαταραχή	6	3,94%
	Πνευμονική νόσος	2	1,31%
	ΣΔ	15	9,86%
	Υπερουριχαιμία	3	1,97%
	Νευρολογική διαταραχή	2	1,31%
	Διαταραχή ουροποιητικού	3	1,97%
	Υπέρταση	30	19,73%
	Άλλο	12	7,89%

Αναλύοντας περαιτέρω τα στοιχεία του ιατρικού ιστορικού, αντλούμε και άλλες χρήσιμες πληροφορίες που συνοψίζονται στον Πίνακα 4.3. Αφαιρώντας από το έτος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (2024) το έτος που ο ασθενής διαγνώσθηκε με κάποια νόσο που του προκαλεί πόνο και για την οποία λαμβάνει ή λάμβανε κάποια φαρμακευτική αγωγή, μπορούμε να γνωρίζουμε το χρονικό διάστημα που υποφέρει από χρόνιο πόνο για τον οποίο λαμβάνει/ελάμβανε φάρμακα. Αν η διάγνωση που προκαλεί πόνο ήταν περισσότερες από 1 τότε ελήφθη υπόψη στον υπολογισμό το παλαιότερο έτος διάγνωσης. Με αυτό τον υπολογισμό διαπιστώθηκε πως οι 36 (36%) ασθενείς υπέφεραν από την επίπονη νόσο για χρονικό διάστημα μικρότερο του ενός έτους, οι 45 (45%) που αποτελούν και την πλειοψηφία υπέφεραν από 1 έως 10 έτη, οι 11 (11%) υπέφεραν από 11 έως 20 έτη, οι 7 (7%) υπέφεραν από 21 έως 30 έτη και 2 (1,98%) υπέφεραν από 31 έως 40 έτη.

Ύστερα υπολογίσθηκε ο αριθμός των νόσων που τους προκαλεί πόνο και για τις οποίες λαμβάνουν ή λάμβαναν κάποια φαρμακευτική αγωγή. Διαπιστώθηκε πως η

πλειοψηφία με 93 ασθενείς σε ποσοστό δείγματος 92% έπασχε από μια νόσο, οι 7 σε ποσοστό 7% έπασχαν από 2 νόσους ενώ ένας σε ποσοστό 1% έπασχε από 3 νόσους.

Για τον πόνο τους ορισμένοι λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή που ποικίλει από 1 φάρμακο μέχρι κάποιο φαρμακευτικό σχήμα που περιελάμβανε συνδυασμό έως και 4 φαρμάκων. Το 43% του δείγματος, δηλαδή οι 43 πάσχοντες λάμβαναν 1 φάρμακο για τον πόνο τους, οι 29 (29%) λάμβαναν έναν συνδυασμό 2 φαρμάκων, οι 12 (12%) λάμβαναν 3 φάρμακα ενώ οι 3 (3%) λάμβαναν στο σύνολο 4 φάρμακα για να ανακουφίσουν τον πόνο τους. Ορισμένοι, επέλεξαν να μην λάβουν καμία φαρμακευτική αγωγή και συγκεκριμένα οι 14 (14%).

Ύστερα υπολογίστηκε το χρονικό διάστημα που οι ασθενείς έλαβαν φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση του πόνου τους. Η πλειοψηφία των ασθενών (69 άτομα) και σε ποσοστό 46% ελάμβανε φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο για λιγότερο από 1 χρόνο ενώ ένα ποσοστό 42% (62 άτομα) ελάμβανε φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο που διαρκούσε από 1 μέχρι 10 χρόνια. Σε μικρότερο ποσοστό της τάξης του 7% (10 άτομα), η φαρμακευτική αγωγή ελήφθη για διάστημα από 11 μέχρι 20 χρόνια, το 5% (7 άτομα) ελάμβανε φαρμακευτική αγωγή από 21 μέχρι 30 χρόνια και το 1% (1 άτομο) για χρονικό διάστημα που ξεπερνούσε τα 30 χρόνια.

Ορισμένοι ασθενείς με πόνο, αντιμετώπιζαν και άλλες νόσους για την θεραπεία των οποίων λαμβάνουν ή λάμβαναν στο παρελθόν κάποια φαρμακευτική αγωγή. Οι 30 ασθενείς (30%) είχαν 1 συννοσηρότητα, οι 22 (22%) είχαν 2 συννοσηρότητες, οι 13 (13%) είχαν 3 συννοσηρότητες, οι 6 (6%) είχαν 4 συννοσηρότητες, οι 3 (3%) είχαν 5 συννοσηρότητες ενώ οι 27 από το δείγμα (27%) δεν αντιμετώπιζαν καμία συννοσηρότητα πέρα από τη διάγνωση του χρόνιου πόνου.

Σε ότι αφορά το χρονικό διάστημα για το οποίο αντιμετωπίζουν τις συννοσηρότητές τους, υπολογίστηκε πως το 3% των συννοσηροτήτων διαρκεί λιγότερο από 1 έτος (2 αναφορές). Εν συνεχεία καταγράφεται το 35% των συννοσηροτήτων (26 αναφορές) να διαρκούν χρονικό διάστημα από 1 έως και τα 10 έτη, το 30% (22 αναφορές) διαρκούν χρονικό διάστημα από 11 έως 20 έτη, το 19% (14 αναφορές) αφορά χρονικό διάστημα από 21 έως 30 έτη, το 7% (5 αναφορές) αφορά χρονικό διάστημα από 31 έως 40 έτη ενώ στο ίδιο ποσοστό 7% (5 αναφορές) οι συννοσηρότητες διαρκούν πάνω από 40 έτη.

Πίνακας 4.3

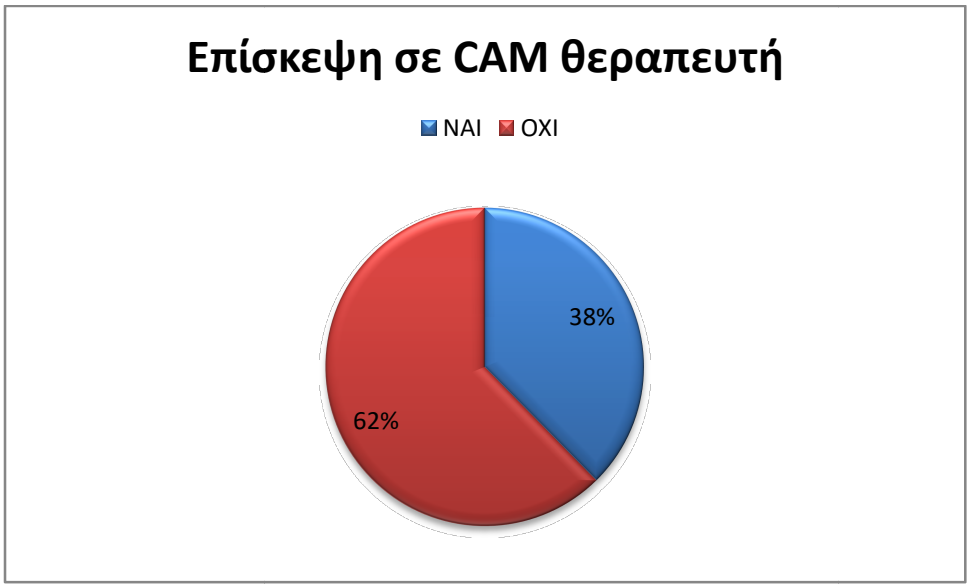
Συμπληρωματικά Στοιχεία Ιατρικού Ιστορικού ασθενών με Χρόνιο Πόνο

Μεταβλητή		n	Ποσοστό %
Πόσο χρονικό διάστημα έχουν πόνο και λαμβάνουν/ελάμβαν αν φάρμακα	Λιγότερο από 1 χρόνο	36	35,64%
	Μεταξύ 1 και 10 χρόνων	45	44,55%
	Μεταξύ 11και 20 χρόνων	11	10,89%
	Μεταξύ 21 και 30 χρόνων	7	6,93%
	Μεταξύ 31 και 40 χρόνων	2	1,98%
Πόσες είναι οι διαγνώσεις για πόνο	Μία διάγνωση	93	92,07%
	Δύο διαγνώσεις	7	6,93%
	Τρεις διαγνώσεις	1	0,99%
Πόσα φάρμακα λαμβάνουν για πόνο	Κανένα	14	13,86%
	Ένα φάρμακο	43	42,57%
	Δύο φάρμακα	29	28,71%
	Τρία φάρμακα	12	11,88%
	Τέσσερα φάρμακα	3	2,97%
Πόσο χρονικό διάστημα λαμβάνουν φάρμακα για πόνο	Λιγότερο από 1 χρόνο	69	46,3%
	Μεταξύ 1 και 10 χρόνων	62	41,61%
	Μεταξύ 11και 20 χρόνων	10	6,71%
	Μεταξύ 21 και 30 χρόνων	7	4,69%
	Πάνω από 30 χρόνια	1	0,67%
Αριθμός συννοσηροτήτων	Καμία	27	26,73%
	Μία συννοσηρότητα	30	29,7%
	Δύο συννοσηρότητες	22	21,78%
	Τρεις συννοσηρότητες	13	12,87%
	Τέσσερις συννοσηρότητες	6	5,94%
	Πέντε συννοσηρότητες	3	2,97%
Πόσο χρονικό διάστημα έχουν συννοσηρότητες	Λιγότερο από 1 χρόνο	2	2,7%
	Μεταξύ 1 και 10 χρόνων	26	35,13%
	Μεταξύ 11και 20 χρόνων	22	29,72%
	Μεταξύ 21 και 30 χρόνων	14	18,91%
	Μεταξύ 31 και 40 χρόνων	5	6,75%
	Πάνω από 40 χρόνια	5	6,75%

Συνεχίζοντας την καταγραφή των αποτελεσμάτων της μελέτης, στο Σχήμα 4.1 αναγράφεται το ποσοστό των ασθενών που επισκέφθηκαν θεραπευτή CAM τους τελευταίους 12 μήνες για τον χρόνιο πόνο που αντιμετωπίζουν. Σε ποσοστό 38%, που αντιστοιχεί σε 38 ασθενείς από το σύνολο του δείγματος, οι ασθενείς στην ερώτηση «Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε επισκεφθεί έναν επαγγελματία συμπληρωματικής ή εναλλακτικής ιατρικής για κάποιο πρόβλημα υγείας;» απάντησαν θετικά. Οι υπόλοιποι 63 ασθενείς και σε ποσοστό 62% απάντησαν αρνητικά.

Σχήμα 4.1

Ποσοστό ασθενών που επισκέφθηκαν θεραπευτή CAM



Όσοι ασθενείς με χρόνιο πόνο επισκέφθηκαν θεραπευτή CAM είχαν τα κάτωθι γενικά δημογραφικά στοιχεία που συνοψίζονται στον Πίνακα 4.4. Από το σύνολο των 38 ασθενών που επισκέφθηκαν θεραπευτή CAM, οι 30 (79%) ήταν γυναίκες και οι 8 (21%) άνδρες. Η ηλικία τους είχε μέση τιμή τα 56,55 έτη με τη μικρότερη ηλικία να είναι τα 20 έτη και τη μεγαλύτερη τα 85 έτη και τυπική απόκλιση 17,07 έτη. Σε ό,τι αφορά την ηλικιακή κατανομή, 1 άτομο (2,63%) ήταν ηλικίας κάτω των 25 ετών, 4 άτομα (10,52%) βρίσκονταν στην ηλικιακή ομάδα 25 έως 34 ετών, και 3 άτομα (7,89%) στην ομάδα των 35 έως 44 ετών. Οκτώ συμμετέχοντες (21,05%) ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 45 έως 54 ετών, ενώ 9 άτομα (23,68%) ήταν ηλικίας από 55 έως 64 ετών. Τέλος, η πλειοψηφία με 13 άτομα, δηλαδή το 34,21% του δείγματος, ήταν ηλικίας άνω των 65 ετών.

Αναφορικά με το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (11 άτομα, 28,95%) ανέφερε ότι το εισόδημά τους κυμαίνεται μεταξύ 1500€ και 2000€, ενώ 8 άτομα (21,05%) δήλωσαν πως το εισόδημά τους ξεπερνά τα 2000€. Πέντε άτομα (13,16%) είχαν εισόδημα μεταξύ 1000€ και 1500€, ενώ 3 άτομα (7,89%) δήλωσαν εισόδημα από 500€ έως 1000€. Δύο άτομα (5,26%) δήλωσαν εισόδημα κάτω των 500€ και 3 άτομα (7,89%) δήλωσαν ότι δεν έχουν καθόλου εισόδημα. Τέλος, 6 άτομα (15,79%) επέλεξαν να μην αποκαλύψουν το οικογενειακό τους εισόδημα.

Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων, οι περισσότεροι, δηλαδή 14 άτομα (36,84%), ήταν συνταξιούχοι, γεγονός που συνάδει με την ηλικιακή κατανομή του δείγματος. Εννέα άτομα (23,68%) δήλωσαν ότι εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, ενώ 7 άτομα (18,42%) στον δημόσιο. Τέσσερις συμμετέχοντες (10,52%) ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, ενώ 3 άτομα (7,89%) δήλωσαν άνεργοι. Τέλος, 1 άτομο, δηλαδή το 2,63% του δείγματος, ήταν φοιτητής ή μαθητής.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ότι κατοικεί σε αστική περιοχή. Συγκεκριμένα, 35 άτομα (92,11%) διαμένουν σε αστικό περιβάλλον, ενώ μόλις 2 άτομα (5,26%) δήλωσαν ότι διαμένουν σε αγροτική περιοχή και 1 άτομο (2,63%) σε ημιαστική. Σε ό,τι αφορά την εθνικότητα, το σύνολο του δείγματος αποτελείται από άτομα με ελληνική υπηκοότητα, δηλαδή 100%.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχε ολοκληρώσει ανώτερες ή ανώτατες σπουδές. Συγκεκριμένα, 16 άτομα (42,11%) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ, ενώ 7 άτομα (18,42%) κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Εννέα άτομα (23,68%) είχαν ολοκληρώσει το λύκειο, ενώ 3 άτομα είχαν ολοκληρώσει μόνο την εκπαίδευση του δημοτικού και 3 άτομα ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, με ποσοστά 7,89% αντίστοιχα.

Τέλος, σχετικά με την ασφαλιστική υγειονομική κάλυψη, οι περισσότεροι συμμετέχοντες (29 άτομα, 76,32%) δήλωσαν πως διαθέτουν αποκλειστικά δημόσια ασφάλιση, ενώ 8 άτομα (21,05%) ανέφεραν ότι έχουν τόσο δημόσια όσο και ιδιωτική ασφάλιση. Μόνο 1 άτομο (2,63%) δήλωσε πως δεν διαθέτει καμία μορφή ασφαλιστικής κάλυψης, ενώ δεν υπήρξε κανένα άτομο με αποκλειστικά ιδιωτική ασφάλιση.

Πίνακας 4.4

Γενικά Δημογραφικά Στοιχεία χρηστών υπηρεσιών CAM

Μεταβλητή		n	Ποσοστό %	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Μέτρηση	Μέγιστη Μέτρηση
Σύνολο δείγματος		38	100,00%				
Γυναίκες		30	78,95%				
Άνδρες		8	21,05%				
Ηλικία		38	100,00%	56,55	17,07	20	85
Ηλικιακό Εύρος	<25	1	2,63%				
	25_34	4	10,52%				
	35_44	3	7,89%				
	45_54	8	21,05%				
	55_64	9	23,68%				
	>65	13	34,21%				
Μηνιαίο Οικογενειακό Εισόδημα	Καθόλου εισόδημα	3	7,89%				
	<500€	2	5,26%				
	500-1000€	3	7,89%				
	1000-1500€	5	13,16%				
	1500-2000€	11	28,95%				
	>2000€	8	21,05%				
	Δεν δηλώθηκε	6	15,79%				
Επαγγελματική Απασχόληση	Άνεργος	3	7,89%				
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	9	23,68%				
	Δημόσιος Υπάλληλος	7	18,42%				
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	4	10,52%				
	Συνταξιούχος	14	36,84%				

	Φοιτητής/ Μαθητής	1	2,63%				
Περιοχή Κατοικίας	Αγροτική	2	5,26%				
	Ημιαστική	1	2,63%				
	Αστική	35	92,11%				
Εθνικότητα	Ελληνική	38	100,00%				
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Δημοτικό	3	7,89%				
	Γυμνάσιο	3	7,89%				
	Λύκειο	9	23,68%				
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	16	42,11%				
	Μεταπτυχιακά	7	18,42%				
Ασφαλιστική κάλυψη	Δημόσια	29	76,32%				
	Δημόσια & Ιδιωτική	8	21,05%				
	Καμία	1	2,63%				

Ακολουθεί ο Πίνακας 4.5 με τα στοιχεία Ιατρικού Ιστορικού όσων επισκέφθηκαν CAM θεραπευτή. Όλοι οι συμμετέχοντες (38 άτομα, 100%) απάντησαν θετικά στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου τους. Σε ό,τι αφορά τα είδη των φαρμάκων, παρατηρείται σημαντική ποικιλομορφία στη φαρμακευτική προσέγγιση. Καταγράφεται και εδώ, το σύνολο των αναφορών για την εκάστοτε φαρμακευτική κατηγορία. Η πλειοψηφία των καταγραφών με 18 αναφορές (27,69%), αφορά λήψη μη οπιοειδών αναλγητικών, δώδεκα αναφορές (18,46%) αφορούν χρήση ΜΣΑΦ, 6 αναφορές (9,23%) τη λήψη αντιεπιληπτικών καθώς και 5 αναφορές (7,69%) τη χρήση οπιοειδών αναλγητικών. Έξι καταγραφές (9,23%) δηλώθηκαν ως μηδενική λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τον χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

Σε μικρότερα ποσοστά, 4 αναφορές (6,15%) καταγράφηκαν για λήψη κορτικοστεροειδών, 3 αναφορές (4,62%) για μυοχαλαρωτικά, και επίσης 3 αναφορές

(3,08%) για αντικαταθλιπτικά. Αντίστοιχα, 2 αναφορές (3,08%) αφορούσαν τη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής, 2 αναφορές (3,08%) τη χρήση αντικαρκινικών φαρμάκων, καθώς και 2 αναφορές (3,08%) τη λήψη DMARDs. Τέλος, αναφέρθηκαν μεμονωμένα περιστατικά λήψης τριπτανών (1 αναφορά, 1,54%) και έγχυσης με αναισθητικό και κορτικοστεροειδή παράγοντα (1 αναφορά, 1,54%).

Όσον αφορά την ύπαρξη συννοσηροτήτων, η υπέρταση η οποία εμφανίστηκε 9 φορές (20%), την καθιστά τη συχνότερη συννοσηρότητα του δείγματος. Ακολουθούν με ίσο αριθμό αναφορών οι θυρεοειδοπάθειες, η δυσλιπιδαιμία και οι CVDs, καθεμία με 6 διαγνώσεις (13,33%). Ο ΣΔ δηλώθηκε 4 φορές (8,89%), ενώ 3 φορές (6,67%) αναφέρθηκε η ύπαρξη μεταβολικής νόσου των οστών. Άλλες, λιγότερο συχνές διαγνώσεις περιλαμβάνουν την υπερουριχαιμία (2 αναφορές, 4,44%) και σε μικρότερα ποσοστά (2,22%) την αγχώδη διαταραχή, τις διαταραχές του ουροποιητικού, τον καρκίνο, τις IMIDs παθήσεις και τις νευρολογικές διαταραχές (1 αναφορά για κάθε μία από τις παραπάνω). Επιπλέον, 5 διαγνώσεις (11,11%) κατηγοριοποιήθηκαν ως άλλες παθήσεις και συγκεκριμένα αφορούσαν έλλειψη βιταμινών, σιδηροπενική αναιμία, κροταφογναθικό και θωρακικής εξόδου σύνδρομα και αλλεργίες.

Πίνακας 4.5

Στοιχεία Ιατρικού Ιστορικού χρηστών υπηρεσιών CAM

Μεταβλητή		**n**	**Ποσοστό %**
Πόσοι έλαβαν φάρμακα για πόνο	Σύνολο δείγματος	38	100,00%
	Ναι	38	100,00%
	Όχι	0	0%
Ποιά φαρμακευτική αγωγή λαμβάνεται για πόνο	Συμπληρώματα διατροφής	2	3,08%
	Αντικαρκινικά	2	3,08%
	Μη οπιοειδή αναλγητικά	18	27,69%
	Τριπτάνες	1	1,54%
	ΜΣΑΦ	12	18,46%
	Κορτικοστεροειδή	4	6,15%
	Μυοχαλαρωτικά	3	4,62%

	DMARDs	2	3,08%
	Αντιεπιληπτικά	6	9,23%
	Αντικαταθλιπτικά	3	3,08%
	Οπιοειδή αναλγητικά	5	7,69%
	Έγχυση αναισθητικού & κορτικοστεροειδή παράγοντα	1	1,54%
	Καμία φαρμακευτική αγωγή	6	9,23%
Ποιές συννοσηρότητες έχουν	CVD	6	13,33%
	Καρκίνος	1	2,22%
	Δυσλιπιδαιμία	6	13,33%
	Θυρεοειδοπάθεια	6	13,33%
	Μεταβολική νόσος των οστών	3	6,67%
	IMIDs	1	2,22%
	Αγχώδης διαταραχή	1	2,22%
	ΣΔ	4	8,89%
	Υπερουριχαιμία	2	4,44%
	Διαταραχή ουροποιητικού	1	2,22%
	Υπέρταση	9	20%
	Άλλο	5	11,11%

Αναλύοντας περαιτέρω το ιατρικό ιστορικό των συμμετεχόντων, εξετάστηκε αρχικά, το χρονικό διάστημα κατά το οποίο οι συμμετέχοντες βιώνουν πόνο για τον οποίο έχουν λάβει ή λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, συγκεκριμένα 16 άτομα (42,11%), ανέφεραν ότι πάσχουν από χρόνιο πόνο για διάστημα που κυμαίνεται μεταξύ 1 και 10 ετών. Ακολουθούν 14 άτομα (36,84%) που υποφέρουν από πόνο για χρονικό διάστημα μικρότερο του ενός έτους, ενώ μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα: 3 άτομα (7,89%) αντιμετωπίζουν πόνο για 11 έως 20 χρόνια, ακόμη 3 (7,89%) για 21 έως 30 χρόνια και μόλις 2 άτομα (5,26%) βιώνουν χρόνιο πόνο για πάνω από 30 χρόνια.

Σχετικά με τον αριθμό των παθήσεων που προκαλούν πόνο, οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν μία μόνο διάγνωση. Συγκεκριμένα, 34 άτομα (89,47%) δήλωσαν μία διάγνωση, 3 άτομα (7,89%) ανέφεραν δύο διαφορετικές διαγνώσεις που προκαλούν πόνο, ενώ μόλις 1 άτομο (2,63%) είχε τρεις διαγνώσεις που σχετίζονται με πόνο.

Αναφορικά με τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνεται για την αντιμετώπιση του πόνου, διαπιστώνεται ότι 15 συμμετέχοντες (39,47%) λαμβάνουν ένα μόνο φάρμακο. Ο συνδυασμός δύο και τριών φαρμάκων αφορά ίσο αριθμό συμμετεχόντων (8 άτομα για κάθε κατηγορία – 21,05%). Μόλις 1 άτομο (2,63%) δήλωσε χρήση τεσσάρων φαρμάκων. Σημαντικό είναι το ποσοστό των συμμετεχόντων που δεν λαμβάνουν καμία φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο, το οποίο ανέρχεται σε 6 άτομα (15,79%).

Όσον αφορά το χρονικό διάστημα της λήψης φαρμακευτικής αγωγής για τον πόνο, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, 15 άτομα (46,88%), αναφέρει χρήση φαρμάκων για διάστημα μεταξύ 1 και 10 ετών. Ακολουθούν 14 άτομα (43,75%) που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για διάστημα μικρότερο του ενός έτους. Σε μικρότερο ποσοστό, μόλις 2 άτομα (6,24%) αναφέρουν λήψη φαρμάκων για 21 έως 30 έτη, ενώ 1 άτομο (3,13%) ανέφερε διάρκεια λήψης φαρμάκων μεταξύ 11 και 20 ετών.

Εξετάζοντας την παρουσία συννοσηροτήτων, το 36,84% του δείγματος (14 άτομα) δεν αντιμετωπίζει άλλη πάθηση πέρα από αυτή που προκαλεί χρόνιο πόνο. Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος (34,21%, δηλαδή 13 άτομα) ανέφερε την ύπαρξη μίας συννοσηρότητας, ενώ μικρότερα ποσοστά καταγράφονται για περισσότερες συνοδές παθήσεις: 5 άτομα (13,16%) ανέφεραν 2 συννοσηρότητες, 3 άτομα (7,89%) ανέφεραν 3 συννοσηρότητες, 2 άτομα (5,26%) 4 συννοσηρότητες, και τέλος, 1 άτομο (2,63%) ανέφερε την ύπαρξη πέντε συνοδών παθήσεων. Εξετάζοντας το χρονικό διάστημα ύπαρξης των συννοσηροτήτων, η πλειοψηφία των περιπτώσεων (9 αναφορές – 39,13%) αφορά διάρκεια από 1 έως 10 έτη, ενώ ακολουθούν 6 αναφορές (26,07%) για συννοσηρότητες που διαρκούν από 21 έως 30 χρόνια. Σε μικρότερα ποσοστά εντοπίζονται συννοσηρότητες διάρκειας 11 έως 20 ετών (5 αναφορές – 21,74%), λιγότερο του ενός έτους (2 αναφορές – 8,7%) και άνω των 30 ετών (1 αναφορά – 4,35%). Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον Πίνακα 4.6.

Πίνακας 4.6

Συμπληρωματικά Στοιχεία Ιατρικού Ιστορικού χρηστών υπηρεσιών CAM

Μεταβλητή		**n**	**Ποσοστό %**
Πόσο χρονικό διάστημα έχουν πόνο και λαμβάνουν/	Λιγότερο από 1 χρόνο	14	36,84%
	Μεταξύ 1 και 10 χρόνων	16	42,11%
	Μεταξύ 11και 20 χρόνων	3	7,89%

	Μεταξύ 21 και 30 χρόνων	3	7,89%
	Μεταξύ 31 και 40 χρόνων	2	5,26%
Πόσες είναι οι διαγνώσεις για πόνο	Μία διάγνωση	34	89,47%
	Δύο διαγνώσεις	3	7,89%
	Τρεις διαγνώσεις	1	2,63%
Πόσα φάρμακα λαμβάνουν για πόνο	Κανένα	6	15,79%
	Ένα φάρμακο	15	39,47%
	Δύο φάρμακα	8	21,05%
	Τρία φάρμακα	8	21,05%
	Τέσσερα φάρμακα	1	2,63%
Πόσο χρονικό διάστημα λαμβάνουν φάρμακα για πόνο	Λιγότερο από 1 χρόνο	14	43,75%
	Μεταξύ 1 και 10 χρόνων	15	46,88%
	Μεταξύ 11και 20 χρόνων	1	3,13%
	Μεταξύ 21 και 30 χρόνων	2	6,24%
Αριθμός συννοσηροτήτων	Καμία	14	36,84%
	Μία συννοσηρότητα	13	34,21%
	Δύο συννοσηρότητες	5	13,16%
	Τρεις συννοσηρότητες	3	7,89%
	Τέσσερις συννοσηρότητες	2	5,26%
	Πέντε συννοσηρότητες	1	2,63%
Πόσο χρονικό διάστημα έχουν συννοσηρότητες	Λιγότερο από 1 χρόνο	2	8,7%
	Μεταξύ 1 και 10 χρόνων	9	39,13%
	Μεταξύ 11και 20 χρόνων	5	21,74%
	Μεταξύ 21 και 30 χρόνων	6	26,07%
	Πάνω από 30 χρόνια	1	4,35%

Στον Πίνακα 4.7 αποτυπώνονται τα χαρακτηριστικά χρήσης των 7 πιο δημοφιλών CAM θεραπειών από το σύνολο των 34 θεραπειών που αναφέρονται ενδεικτικά στη μελέτη. Οι υπόλοιπες 27 θεραπείες CAM δεν αναφέρθηκαν καθόλου από τους συμμετέχοντες. Στον πίνακα αυτό αναγράφονται τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τις απαντήσεις των ασθενών που επισκέφθηκαν κάποιον επαγγελματία συμπληρωματικής ή εναλλακτικής ιατρικής τους τελευταίους 12 μήνες. Στην ερώτηση «Τι είδους επαγγελματία επισκεφθήκατε; Αν είδατε περισσότερους από

έναν, παρακαλούμε αναφέρετε αυτόν που είδατε τις περισσότερες φορές τους τελευταίους 12 μήνες.» η πλειοψηφία των ασθενών σε ποσοστό 63% (24 ασθενείς) επισκέφθηκαν βελονιστή, ακολουθεί το 13% (5 ασθενείς) που επισκέφθηκε επαγγελματία στο μασάζ, ύστερα ακολουθεί το 8% (3 ασθενείς) που επισκέφθηκε χειροπράκτη όπως επίσης και το 8% (3 ασθενείς) επισκέφθηκε δάσκαλο Πιλάτες (Pilates). Επιπρόσθετα, 1 ασθενής (3%) επισκέφθηκε ρεφλεξολόγο, 1 ασθενής (3%) επισκέφθηκε οστεοπαθητικό και 1 επίσης ασθενής (3%) επισκέφθηκε ομοιοπαθητικό.

Στην ερώτηση «Πόσες φορές τους τελευταίους 12 μήνες επισκεφθήκατε τον επαγγελματία συμπληρωματικής ιατρικής;» οι 13 ερωτηθέντες (34%) απάντησαν πως τον επισκέπτονταν περίπου μία ή δύο φορές την εβδομάδα. Επίσης, οι 8 (21%) απάντησαν πως τον επισκέπτονταν περίπου μία ή δύο φορές το μήνα και οι 6 (16%) περίπου δύο ή τρεις φορές τους τελευταίους 12 μήνες. Ακολούθως, 5 (13%) ήταν εκείνοι που απάντησαν πως επισκέπτονταν τον θεραπευτή περισσότερες από δύο φορές την εβδομάδα, 4 (11%) τον επισκέφθηκαν περίπου τέσσερις ή έξι φορές τους τελευταίους 12 μήνες και τέλος, 2 (5%) τον επισκέφθηκαν περίπου μία φορά τους τελευταίους 12 μήνες.

Στην επόμενη ερώτηση «Ποιό, αν κάποιο από αυτά, περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο καταλήξατε να χρησιμοποιείτε αυτή τη συμπληρωματική θεραπεία;», οι 17 ερωτηθέντες (45%) απάντησαν πως τους βρήκαν μόνοι τους ή τους συνέστησε φίλος ή η οικογένειά τους. Ακολουθούν 11 ερωτώμενοι (29%) που απάντησαν πως ο γιατρός τους, τους παρέπεμψε ή τους συνέστησε, οι 6 (16%) ανέφεραν πως ένας άλλος επαγγελματίας υγείας (π.χ. σύμβουλος) τους παρέπεμψε, ακολουθούν 3 (8%) που δήλωσαν πως ο γιατρός τους ή άλλος επαγγελματίας του ΕΣΥ που επισκέπτονταν παρείχε τη συμπληρωματική θεραπεία ο ίδιος και 1 ασθενής (3%) απάντησε πως ένας άλλος επαγγελματίας συμπληρωματικής ιατρικής τον παρέπεμψε ή τον συνέστησε για CAM θεραπεία. Η θεραπεία που προσφέρθηκε από επαγγελματία του ΕΣΥ ήταν ο βελονισμός και στους 3 ερωτηθέντες που απάντησαν θετικά στην συγκεκριμένη δήλωση.

Στην ερώτηση «Πώς πληρώθηκε η θεραπεία συμπληρωματικής ιατρικής;» οι περισσότεροι δηλαδή οι 29 (76%) δήλωσαν πως οι ίδιοι ή η οικογένειά τους ή κάποιος φίλος τους πλήρωσε το σύνολο ή μέρος του ποσού που πληρώθηκε για τη θεραπεία. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν όσοι πλήρωσαν ολόκληρο το ποσό για τη θεραπεία CAM από την τσέπη τους. Οι 6 (16%) απάντησαν πως η ασφάλειά τους πλήρωσε το σύνολο ή μέρος του ποσού. Στην συγκεκριμένη κατηγορία ανήκουν όσοι

είχαν παραπεμπτικό για φυσιοθεραπεία και έκαναν και βελονισμό στο ιατρείο φυσιοθεραπείας πληρώνοντας την συμμετοχή τους (ένα μικρό ποσό) από την τσέπη τους σε θεραπευτή που παρείχε την θεραπεία CAM και ήταν συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ του ΕΣΥ ενώ το υπόλοιπο ποσό πλήρωσε ο ΕΟΠΥΥ. Επιπλέον, 2 ασθενείς (5%) απάντησαν πως το ΕΣΥ πλήρωσε το σύνολο ή μέρος του ποσού. Σε αυτή την περίπτωση ανήκουν όσοι ασθενείς επισκέπτονταν για βελονισμό σε πρωινό ραντεβού κάποιον ιατρό που παρείχε ο ίδιος αυτή την θεραπεία σε εξωτερικό ιατρείο εντός του νοσοκομείου. Ένας ασθενής (3%) απάντησε πως δεν γνωρίζει ή δεν θυμάται πώς πληρώθηκε το ποσό.

Στην επόμενη ερώτηση «Πόσο πληρώσατε κατά μέσο όρο εσείς ή η οικογένειά σας/ φίλος σας για κάθε επίσκεψη σε αυτόν τον επαγγελματία συμπληρωματικής ιατρικής;» καταγράφηκαν διάφορα ποσά πληρωμής. Οι 10 ασθενείς (26%) πλήρωσαν μεταξύ 1€ και 10€ και ανήκουν οι ασθενείς που πλήρωσαν την συμμετοχή τους από το παραπεμπτικό που τους συνταγογράφησε ο γιατρός τους για φυσικοθεραπεία, κατά τη διάρκεια της οποίας παρασχέθηκε και βελονισμός χωρίς επιπλέον χρέωση. 7 ήταν οι ασθενείς (18%) που πλήρωσαν μεταξύ 11€ και 20€ ενώ 7 ήταν και οι ασθενείς (18%) που πλήρωσαν μεταξύ 41€ και 50€. Ακολούθως, 4 ήταν οι ασθενείς (11%) που πλήρωσαν μεταξύ 21€ και 30€, 3 ήταν οι ασθενείς (8%) που έδωσαν ποσό μεταξύ 31€ και 40€ ενώ 3 ήταν και οι ασθενείς (8%) που διέθεσαν από 51€ έως και 60€ για την συμπληρωματική θεραπεία τους. Μόλις 2 ασθενείς (5%) διέθεσαν ποσό από 60 έως 100 ευρώ για τον ίδιο λόγο. Τέλος, 2 ήταν οι ασθενείς (5%) που δεν έδωσαν καθόλου χρήματα για να τους παρασχεθεί η θεραπεία. Στην τελευταία αυτή κατηγορία, ανήκουν οι ασθενείς που είχαν πρωινό ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου και ο ιατρός τους/ επαγγελματίας υγείας που ανήκει στο ΕΣΥ τους παρείχε ο ίδιος την θεραπεία CAM. Δεν καταγράφηκε κανένας ασθενής που να έδωσε ποσό πάνω από 100€ ή που να μην γνώριζε/ θυμόταν το ποσό ή να μην προτιμούσε να αναφέρει το οποιοδήποτε ποσό πλήρωσε για τη θεραπεία του στο ερωτηματολόγιο.

Πίνακας 4.7

Χαρακτηριστικά χρήσης των 7 πιο δημοφιλών CAM

Μεταβλητή	**n**	**Ποσοστό %**

Τύπος θεραπευτή	Χειροπράκτης	3	7,89%
	Βελονιστής	24	63,16%
	Επαγγελματίας στο μασάζ	5	13,16%
	Δάσκαλος Πιλάτες (Pilates)	3	7,89%
	Ρεφλεξολόγος	1	2,63%
	Οστεοπαθητικός	1	2,63%
	Ομοιοπαθητικός	1	2,63%
	Άλλο	0	0%
	Δεν ξέρω	0	0%
Συχνότητα επίσκεψης	Περίπου μία ή δύο φορές την εβδομάδα	13	34,21%
	Περισσότερες από δύο φορές την εβδομάδα	5	13,16%
	Περίπου μία ή δύο φορές το μήνα	8	21,05%
	Περίπου μία φορά τους τελευταίους 12 μήνες	2	5,26%
	Περίπου δύο ή τρεις φορές τους τελευταίους 12 μήνες	6	15,79%
	Περίπου τέσσερις ή έξι φορές τους τελευταίους 12 μήνες	4	10,53%
	Δεν γνωρίζω	0	0%
Τρόπος χρήσης CAM	Ο γιατρός μου με παρέπεμψε ή μου συνέστησε	11	28,95%
	Ένας άλλος επαγγελματίας υγείας (π.χ. σύμβουλος) με παρέπεμψε	6	15,79%
	Ο γιατρός μου ή άλλος επαγγελματίας του ΕΣΥ που επισκεπτόμουν παρείχε τη συμπληρωματική θεραπεία ο ίδιος	3	7,89%
	Ένας άλλος επαγγελματίας συμπληρωματικής ιατρικής με παρέπεμψε ή μου συνέστησε	1	2,63%
	Τους βρήκα μόνος μου/ τους συνέστησε φίλος/ οικογένεια	17	44,74%
	Άλλο	0	0%
	Δεν γνωρίζω/ δεν θυμάμαι	0	0%
Τρόπος πληρωμής	Το ΕΣΥ πλήρωσε το σύνολο ή μέρος του	2	5,26%
	Εγώ ή η οικογένειά μου/ φίλος μου πλήρωσε το σύνολο ή μέρος αυτού	29	76,32%
	Ένας άλλος οργανισμός, όπως μια φιλανθρωπική οργάνωση, πλήρωσε για το σύνολο ή μέρος αυτού	0	0%
	Η ασφάλειά μου πλήρωσε το σύνολο ή μέρος της	6	15,79%

	Δεν ξέρω/ δεν θυμάμαι	1	2,63%
	Άλλο	0	0%
Ποσό για κάθε επίσκεψη	0 €	2	5,26%
	Μεταξύ 1€ και 10€	10	26,32%
	Μεταξύ 11€ και 20€	7	18,42%
	Μεταξύ 21€ και 30€	4	10,53%
	Μεταξύ 31€ και 40€	3	7,89%
	Μεταξύ 41€ και 50€	7	18,42%
	Μεταξύ 51€ και 60€	3	7,89%
	Μεταξύ 60€ και 100€	2	5,26%
	Πάνω από 100€	0	0%
	Άλλο	0	0%

Ακολουθεί ο Πίνακας 4.8 που συμπλήρωσαν μόνο οι 38 ασθενείς που απάντησαν θετικά στην επίσκεψή τους σε θεραπευτή CAM. Ο πίνακας συνοψίζει τα αποτελέσματα όπως καταγράφηκαν όταν απαντήθηκε η ερώτηση «Για ποιο λόγο ζητήσατε βοήθεια από τον επαγγελματία συμπληρωματικής ιατρικής;». Οι ερωτηθέντες μπορούσαν να δώσουν περισσότερους από έναν λόγους. Ο κυρίαρχος λόγος ήταν ο πόνος στην πλάτη ο οποίος δηλώθηκε 22 φορές (37%) και 14 φορές (23%) απαντήθηκε πως οι ασθενείς υπέφεραν από κάποιον άλλον μυοσκελετικό πόνο και συγκεκριμένα πόνο στον αυχένα, στον ώμο και στο γόνατο. Επίσης, 5 φορές (8%) οι ασθενείς αναζήτησαν θεραπεία CAM για αρθρίτιδα (οστεοαρθρίτιδα ή ρευματοειδής αρθρίτιδα) όπως επίσης 5 ήταν και οι φορές (8%) που ο λόγος ήταν ο πονοκέφαλος ή ημικρανία. Επιπρόσθετα, 3 φορές (5%) ο λόγος επίσκεψης ήταν η κούραση ή κόπωση και 2 φορές (3%) ήταν κάποια ελαφρά συμπτώματα ψυχικής υγείας, π.χ. ελαφρά κατάθλιψη, άγχος, στρες. Εν συνεχεία, ακολουθούν λόγοι που αναφέρθηκαν από 1 φορά και σε ποσοστό 2% έκαστος και είναι οι εξής: ινομυαλγία, προβλήματα ύπνου ή αϋπνία, καρκίνος, καρδιαγγειακά προβλήματα π.χ. καρδιακές παθήσεις, προβλήματα του ανοσοποιητικού συστήματος π.χ. HIV ή αυτοάνοσα νοσήματα, προβλήματα στο αυτί, προβλήματα του νευρικού συστήματος π.χ. εγκεφαλικό επεισόδιο ή επιληψία ή σκλήρυνση κατά πλάκας, πεπτικά προβλήματα π.χ. σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου ή νόσος του Κρον (Crohn) και στον «άλλο» λόγο συγκαταλέγεται η αναφορά ασθενούς για άλλο χρόνιο πόνο. Δεν καταγράφηκαν άλλοι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς ζήτησαν βοήθεια από θεραπευτή CAM.

Πίνακας 4.8

Καταστάσεις υγείας που αντιμετωπίστηκαν από θεραπευτή CAM

Μεταβλητή	n	Ποσοστό %
Πόνος στην πλάτη	22	36,66%
Αρθρίτιδα (οστεοαρθρίτιδα ή ρευματοειδής αρθρίτιδα)	5	8,33%
Ινομυαλγία	1	1,66%
Άλλος μυοσκελετικός πόνος π.χ. πόνος στον αυχένα, πόνο στον ώμο, πόνος στο γόνατο	14	23,33%
Πονοκέφαλοι ή ημικρανίες	5	8,33%
Ελαφρά συμπτώματα ψυχικής υγείας, π.χ. ελαφρά κατάθλιψη, άγχος, στρες	2	3,33%
Προβλήματα ύπνου ή αϋπνία	1	1,66%
Κούραση ή κόπωση	3	5%
Πεπτικά προβλήματα π.χ. σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, νόσος του Κρον (Crohn)	1	1,66%
Καρκίνος	1	1,66%
Καρδιαγγειακά προβλήματα π.χ. καρδιακές παθήσεις	1	1,66%
Προβλήματα του ανοσοποιητικού συστήματος π.χ. HIV, αυτοάνοσα νοσήματα	1	1,66%
Προβλήματα στο αυτί	1	1,66%
Προβλήματα του νευρικού συστήματος π.χ. εγκεφαλικό επεισόδιο, επιληψία, σκλήρυνση κατά πλάκας	1	1,66%
Άλλος χρόνιος πόνος	1	1,66%
Άλλοι λόγοι	0	0%

Στον παρακάτω Πίνακα 4.9 καταγράφονται τα χαρακτηριστικά μη χρήσης CAM και χαρακτηριστικά ενθάρρυνσης για χρήση CAM. Ξεκινώντας με την πρώτη κατηγορία, τα χαρακτηριστικά όσων δεν έχουν χρησιμοποιήσει CAM, οι απαντήσεις καταγράφηκαν από ερωτηθέντες που απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση σχετικά με την επίσκεψη σε κάποιον επαγγελματία CAM τους τελευταίους 12 μήνες. Συγκεκριμένα στην ερώτηση «Μπορείτε να μου πείτε γιατί όχι;», η πλειοψηφία με 12 ασθενείς (19%) απάντησε πως δεν ξέρει αρκετά γι' αυτό. Ακολουθούν 11 ασθενείς

(17%) που ανέφεραν άλλους λόγους πέρα από αυτούς που καταγράφονταν στο ερωτηματολόγιο.

Οι λόγοι αυτοί ήταν:

- φοβούνται μήπως η θεραπεία CAM επιδεινώσει την κατάσταση υγείας τους,
- δεν εμπιστεύονται αυτές τις θεραπευτικές μεθόδους,
- δεν ήταν απαραίτητο μέχρι στιγμής να τις χρησιμοποιήσουν
- ο πόνος τους δεν ήταν τόσο έντονος για να σκεφθούν μια τέτοια λύση.
- ο θεράπων γιατρός τους δεν τους ανέφερε αυτή την θεραπευτική επιλογή και
- γενικότερα κανείς δεν τους ανέφερε από το περιβάλλον τους αυτή τη λύση στον πρόβλημα του χρόνιου πόνου τους.

Εν συνεχεία, 9 ασθενείς (14%) ανέφεραν πως δεν τους πέρασε από το μυαλό, όπως 9 ασθενείς επίσης (14%) πίστευαν πως η θεραπεία CAM δεν θα τους βοηθούσε. Ακολούθως, 7 ασθενείς (11%) δεν πίστευαν σε αυτό, 4 ασθενείς (6%) ανησυχούσαν μήπως ο επαγγελματίας δεν έχει τα προσόντα ή δεν έχει κατοχυρωθεί νομικά, 3 ασθενείς (5%) ανέφεραν πως δεν είχαν χρόνο για αυτό όπως επίσης 3 ασθενείς (5%) δήλωσαν πως δεν ζητούσαν βοήθεια ή δεν είχαν προβλήματα υγείας. Ακόμη, 2 ασθενείς (3%) ανέφεραν πως ο γιατρός τους ή κάποιος άλλος επαγγελματίας υγείας του ΕΣΥ τους συμβούλεψε να μην το κάνουν. Επιπρόσθετα, 1 ασθενής (2%) κατέγραψε πως ο λόγος είναι πως δεν είναι διαθέσιμη η θεραπεία στο ΕΣΥ, 1 ασθενής (2%) επίσης δήλωσε πως η θεραπευτική αυτή επιλογή δεν διατίθεται τοπικά (στην περιοχή του) και τέλος 1 ασθενής (2%) φοβάται τις παρενέργειες ή την πιθανή αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα. Δεν υπήρχε κάποιο ποσοστό στο δείγμα που να δήλωσε πως δεν μπορεί να πληρώσει για αυτό, προτιμά να μην πει ή δεν γνωρίζει τον λόγο που δεν χρησιμοποίησε την θεραπευτική αυτή κατηγορία.

Στην ερώτηση που τέθηκε στους ερωτώμενους «Αν είχατε ένα πρόβλημα υγείας στο οποίο πιστεύατε ότι η συμπληρωματική ή εναλλακτική ιατρική θα μπορούσε να σας βοηθήσει, ποια, αν υπάρχει, από τις ακόλουθες δηλώσεις θα σας ενθάρρυνε να τη χρησιμοποιήσετε;», την οποία απάντησαν όλοι οι συμμετέχοντες στη μελέτη, καταγράφηκαν πολλές απαντήσεις που συνοψίζονται στον Πίνακα 6. Αναλυτικά, η πλειοψηφία με 29 συμμετέχοντες (29%) δήλωσε πως εάν ο γιατρός τους ανέφερε ότι μπορεί να βοηθήσει, αυτός θα ήταν και ο λόγος που θα τους ενθάρρυνε να χρησιμοποιήσουν μια τέτοια θεραπευτική μέθοδο. 17 συμμετέχοντες (17%) ανέφεραν σαν κίνητρο το να πίστευαν ότι θα βελτίωνε τη φροντίδα που ήδη λάμβαναν, οι 12

συμμετέχοντες (12%) θα τη χρησιμοποιούσαν αν ήταν δωρεάν μέσω του ΕΣΥ ή άλλου οργανισμού/ φιλανθρωπικού ιδρύματος και 12 (12%) δήλωσαν πως θα έπρεπε ο γιατρός τους να τους παραπέμψει στον θεραπευτή συμπληρωματικής ιατρικής. Ακολούθησαν 8 συμμετέχοντες (8%) που ανέφεραν ως ενθαρρυντικό λόγο το γεγονός η θεραπεία να πληρωνόταν εν μέρει από το ΕΣΥ ή από άλλο οργανισμό/ φιλανθρωπικό ίδρυμα και να έπρεπε να πληρώσουν μόνο ένα μικρό ποσό για αυτό. Έπειτα, 7 συμμετέχοντες (7%) υποστήριξαν πως ποτέ δεν θα την χρησιμοποιούσαν όπως επίσης 7 συμμετέχοντες (7%) δήλωσαν πως ο θεραπευτής συμπληρωματικής ιατρικής θα έπρεπε να ήταν επίσης επαγγελματίας υγείας στο ΕΣΥ. Επίσης, 5 συμμετέχοντες σε ποσοστό δείγματος 5% ανέφεραν πως το ΕΣΥ θα έπρεπε να κατοχύρωνε νομικά τον θεραπευτή συμπληρωματικής ιατρικής για να τον επιλέξουν, 2 συμμετέχοντες (2%) δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν κάποιον λόγο για να επιλέξουν τη χρήση CAM ενώ 1 συμμετέχοντας (1%) επιθυμούσε ο θεραπευτής συμπληρωματικής ιατρικής να είχε την έδρα του σε εγκατάσταση του ΕΣΥ. Ολοκληρώνοντας τις απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση, 1 συμμετέχοντας (1%) ανέφερε έναν άλλον λόγο για τη χρήση CAM και συγκεκριμένα, κάποιος που να εμπιστεύεται και έχει κάνει χρήση CAM να του επιβεβαιώσει πως η θεραπευτική αυτή επιλογή μπορεί να βοηθήσει. Δεν καταγράφηκε κάποιο ποσοστό που να ανέφερε σαν λόγους το να έπρεπε να περιμένει κάποιος πολύ καιρό για περίθαλψη από το ΕΣΥ, το να μην βοηθούσε η θεραπεία από το ΕΣΥ ή κανένας από τους λόγους που καταγράφηκαν παραπάνω.

Πίνακας 4.9

Χαρακτηριστικά μη χρήσης και ενθάρρυνσης για χρήση CAM

Μεταβλητή		**n**	**Ποσοστό %**
Παράγοντες για μη χρήση CAM	Δεν ζητούσα βοήθεια για προβλήματα υγείας/ Δεν είχα προβλήματα υγείας	3	4,76%
	Δεν μου πέρασε από το μυαλό	9	14,28%
	Δεν ξέρω αρκετά γι' αυτό	12	19,05%
	Δεν έχω χρόνο	3	4,76%
	Δεν νομίζω ότι θα με βοηθούσε	9	14,29%
	Δεν πιστεύω σε αυτό	7	11,11%

	Φοβάμαι τις παρενέργειες/ αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα	1	1,59%
	Ανησυχώ μήπως ο επαγγελματίες δεν έχει τα προσόντα ή δεν έχει κατοχυρωθεί νομικά	4	6,35%
	Ο γιατρός μου/ άλλος επαγγελματίας υγείας του ΕΣΥ με συμβούλεψε να μην το κάνω	2	3,17%
	Δεν είναι διαθέσιμο στο ΕΣΥ	1	1,59%
	Δεν διατίθεται τοπικά (στην περιοχή μου)	1	1,59%
	Δεν μπορώ να πληρώσω γι' αυτό	0	0%
	Άλλο	11	17,46%
	Προτιμώ να μην πω	0	0%
	Δεν γνωρίζω	0	0%
Παράγοντες ενθάρρυνσης χρήσης CAM	Εάν ήταν δωρεάν μέσω του ΕΣΥ ή άλλου οργανισμού/ φιλανθρωπικού ιδρύματος	12	11,88%
	Εάν πληρωνόταν εν μέρει από το ΕΣΥ ή από άλλο οργανισμό/ φιλανθρωπικό ίδρυμα (θα έπρεπε να πληρώσω ένα μικρό ποσό)	8	7,92%
	Εάν ο θεραπευτής συμπληρωματικής ιατρικής ήταν επίσης επαγγελματίας υγείας στο ΕΣΥ	7	6,93%
	Εάν ο θεραπευτής συμπληρωματικής ιατρικής είχε την έδρα του σε εγκατάσταση του ΕΣΥ	1	0,99%
	Εάν το ΕΣΥ κατοχύρωνε νομικά των θεραπευτή συμπληρωματικής ιατρικής	5	4,95%
	Εάν ο γιατρός μου ανέφερε ότι μπορεί να βοηθήσει	29	28,71%
	Εάν ο γιατρός μου με παρέπεμπε στον θεραπευτή συμπληρωματικής ιατρικής	12	11,88%
	Εάν πίστευα ότι θα βελτίωνε τη φροντίδα που ήδη λάμβανα	17	16,83%
	Εάν έπρεπε να περιμένω πολύ καιρό για περίθαλψη από το ΕΣΥ	0	0%
	Εάν η θεραπεία μου από το ΕΣΥ δεν με βοηθούσε	0	0%
	Κανένα από τα ανωτέρω	0	0%
	Άλλο	1	0,99%

	Δεν θα χρησιμοποιούσα ποτέ	7	6,93%
	Δεν γνωρίζω	2	1,98%

Στον Πίνακα 4.10 αναγράφεται η προθυμία πληρωμής έτσι όπως καταγράφηκε από όλους τους συμμετέχοντες στην μελέτη, ανεξάρτητα αν έχουν ή όχι επισκεφθεί θεραπευτή CAM.

Πίνακας 4.10

Προθυμία πληρωμής

Μεταβλητή		**n**	**Ποσοστό %**
Προθυμία πληρωμής	0 €	15	14,85%
	Λιγότερο από 10€	11	10,89%
	Μεταξύ 11€ και 20€	21	20,79%
	Μεταξύ 21€ και 30€	19	18,81%
	Μεταξύ 31€ και 40€	2	1,98%
	Μεταξύ 41€ και 50€	11	10,89%
	Μεταξύ 51€ και 60€	3	2,97%
	Μεταξύ 60€ και 100€	6	5,94%
	Πάνω από 100€	8	7,92%
	Δεν ξέρω	5	4,95%
	Προτιμώ να μην πω	0	0%

Συγκεκριμένα στην ερώτηση «Εάν είχατε ένα πρόβλημα υγείας στο οποίο πιστεύατε ότι η συμπληρωματική ή εναλλακτική ιατρική θα μπορούσε να σας βοηθήσει, ποια, αν υπάρχει, από τις ακόλουθες δηλώσεις θα σας ενθάρρυνε να τη χρησιμοποιήσετε;» 15 άτομα (15%) απάντησαν πως δεν είναι διατεθειμένα να πληρώσουν καθόλου, 11 άτομα (11%) είναι διατεθειμένα να πληρώσουν μέχρι 10€, 21 άτομα (21%) -που ήταν και η πλειοψηφία- θα πλήρωναν μεταξύ 11€ και 20€ και 19 άτομα (19%) θα ήταν διατεθειμένα να πληρώσουν μεταξύ 21€ και 30€. Μόλις 2 άτομα (2%) δήλωσαν ποσό πληρωμής μεταξύ 31€ και 40€, 11 άτομα (11%) ποσό μεταξύ 41€ και 50€, 3 άτομα (3%) ποσό μεταξύ 51€ και 60€ και 6 άτομα (6%) ποσό μεταξύ 60€ και 100€. Υπάρχουν επίσης 8 άτομα σε ποσοστό δείγματος 8% που δήλωσαν πως θα ήταν διατεθειμένα να πληρώσουν ποσό μεγαλύτερο των 100€ ενώ

τέλος, 5 άτομα (5%) δεν ήξεραν τι ποσό θα διέθεταν. Δεν υπήρχε κάποια καταγραφή που να διαπιστώθηκε πως κάποιος θα προτιμούσε να μην πει την γνώμη του για το ποσό που του ζητήθηκε υποθετικά να δηλώσει.

4.2 Αποτελέσματα Ερωτηματολογίου EQ-5D και EQ-VAS

Όπως επεξηγήθηκε και στον 1ο Κεφάλαιο, το ερωτηματολόγιο EuroQol 5D εξετάζει 5 διαστάσεις και η κάθε διάσταση αξιολογείται βάσει σοβαρότητας σε καμία, μέτρια και σοβαρή. Οι διαστάσεις που εξετάζονται είναι αυτή της κινητικότητας, της αυτοεξυπηρέτησης, της συμμετοχής στις καθημερινές δραστηριότητες, του πόνου ή της δυσφορίας και αυτή του άγχος ή θλίψης.

Συγκεκριμένα, σε ότι αφορά τη διάσταση της κινητικότητας, οι 55 ασθενείς και σε ποσοστό 54%, δήλωσαν πως δεν είχαν κανένα πρόβλημα στο περπάτημα. Ακολούθησαν 45 ασθενείς (45%) που είχαν μερικά προβλήματα στο περπάτημα ενώ 1 ασθενής (1%) ήταν καθηλωμένος στο κρεβάτι. Στον Πίνακα 4.11 αναφέρονται τα αποτελέσματα από τη διάσταση της κινητικότητας.

Πίνακας 4.11

Eq-5D Κινητικότητα

Μεταβλητή		**n**	**Ποσοστό %**
	Σύνολο δείγματος	101	100%
Κινητικότητα	Καμία δυσκολία	55	54,46%
	Μέτρια δυσκολία	45	44,55%
	Σοβαρή δυσκολία	1	0,99%

Στον Πίνακα 4.12 συνοψίζονται τα αποτελέσματα όταν εξετάστηκε η διάσταση της αυτοεξυπηρέτησης. Οι 78 ερωτώμενοι (77%) δεν είχαν κανένα πρόβλημα για να αυτοεξυπηρετηθούν. Ακολουθούν 22 άτομα (22%) που δήλωσαν πως έχουν μερικά προβλήματα στο να πλυθούν και να ντυθούν ενώ 1 μόλις άτομο (1%) παρουσίασε σοβαρή δυσκολία να ικανοποιήσει αυτές τις ανάγκες του.

Πίνακας 4.12

Eq-5D Αυτοεξυπηρέτηση

Μεταβλητή		n	Ποσοστό %
	Σύνολο δείγματος	101	100%
Αυτοεξυπηρέτηση	Καμία δυσκολία	78	77,23%
	Μέτρια δυσκολία	22	21,78%
	Σοβαρή δυσκολία	1	0,99%

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 4.13 καταγράφεται η δυνατότητα των συμμετεχόντων να εκτελούν τις συνήθεις δραστηριότητες. Οι 58 ασθενείς που αντιστοιχούν σε ποσοστό 57%, ανέφεραν καμία δυσκολία στην εκτέλεση των συνηθισμένων δραστηριοτήτων. Ακόμη, οι 42 ασθενείς (42%) ανέφεραν πως αντιμετωπίζουν μερικά προβλήματα και 1 ασθενής (1%) δήλωσε ανικανότητα εκτέλεσης των συνηθισμένων δραστηριοτήτων.

Πίνακας 4.13

Eq-5D Συνήθεις Δραστηριότητες

Μεταβλητή		n	Ποσοστό %
	Σύνολο δείγματος	101	100%
Συνήθεις Δραστηριότητες	Καμία δυσκολία	58	57,43%
	Μέτρια δυσκολία	42	41,58%
	Σοβαρή δυσκολία	1	0,99%

Ακολουθεί ο Πίνακας 4.14 που συγκεντρώνει τα αποτελέσματα των συμμετεχόντων όταν εξετάστηκε η διάσταση του πόνου/ δυσφορίας. Οι 15 ασθενείς (15%) απάντησαν πως την ημέρα που ερωτήθηκαν δεν είχαν καθόλου πόνο ή δυσφορία. Οι 59 ασθενείς (58%) ανέφεραν πόνο/δυσφορία μέτριας έντασης ενώ καταγράφηκαν και 27 απαντήσεις (27%) που αφορούσαν πόνο/δυσφορία υπερβολικής έντασης.

Πίνακας 4.14

Eq-5D Πόνος/ Δυσφορία

Μεταβλητή		n	Ποσοστό %
	Σύνολο δείγματος	101	100%
Πόνος/ Δυσφορία	Καθόλου	15	14,85%
	Μέτριος	59	58,42%
	Υπερβολικός	27	26,73%

Ολοκληρώνεται η ανάλυση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου EQ-5D με τον Πίνακα 4.15 που εξετάζει την διάσταση του άγχους/θλίψης. Η μειοψηφία των 25 ατόμων (25%) δήλωσε πως δεν έχει καθόλου άγχος ή θλίψη. Ακολουθεί η καταγραφή της πλειοψηφίας με 47 ασθενείς που ανέφεραν μέτριο άγχος ή θλίψη και τέλος 29 ασθενείς (29%) δήλωσαν υπερβολικό άγχος/θλίψη.

Πίνακας 4.15

Eq-5D Άγχος/Θλίψη

Μεταβλητή		n	Ποσοστό %
	Σύνολο δείγματος	101	100%
Άγχος/ Θλίψη	Καθόλου	25	24,75%
	Μέτριο	47	46,53%
	Υπερβολικό	29	28,71%

Ενσωματώνοντας τις απαντήσεις και για τις 5 διαστάσεις του EQ-5D για την ποιότητα ζωής, δημιουργήθηκε ένας νέος συνολικός δείκτης υγείας, ο EQ-5Dindex μέσω κατάλληλου αλγορίθμου που αναλύεται στην μελέτη του Dolan (1997).[103] Ακολουθεί ο Πίνακας 4.16 που απεικονίζει τον δείκτη Eq-5Dindex και τον δείκτη επιπέδου υγείας EQ-VAS.

Πίνακας 4.16

Eq-5Dindex και δείκτης EQ-VAS

Μεταβλητή	n	Ποσοστό %	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
Eq-5Dindex	101	100,00%	0,46	0,37	- 0.21	1

Δείκτης EQ-VAS	101	100,00%	58,17	24,29	0	100

Η μέση τιμή του EQ-5Dindex ήταν 0.468 με τυπική απόκλιση 0.370 και σημαντική διακύμανση ανάμεσα στους συμμετέχοντες. Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα που προκύπτει από το ερωτηματολόγιο, είναι τα αποτελέσματα του δείκτη επιπέδου υγείας EQ-VAS. Οι συμμετέχοντες με αυτή την κλίμακα κλήθηκαν να αυτοαξιολογήσουν το επίπεδο της υγείας τους την συγκεκριμένη ημέρα που συμμετείχαν στη μελέτη. Αναλυτικά, στην αποτίμηση του επιπέδου υγείας των ερωτώμενων, η μέση τιμή που προέκυψε από την κλίμακα 0-100 βαθμών είναι 58,17. Η τυπική απόκλιση καταγράφηκε ως 24,29 και η ελάχιστη τιμή που καταγράφηκε ήταν το 0 ενώ η μέγιστη το 100.

4.3 Ανάλυση Παλινδρόμησης

Στον Πίνακα 4.17 παρουσιάζεται ένα μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης που εξέτασε τη συσχέτιση της δυαδικής μεταβλητής της προθυμίας πληρωμής για ποσό μεγαλύτερο των 20€ για υπηρεσίες CAM σε ασθενείς με χρόνιο πόνο. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν η ηλικία άνω των 65 ετών, το φύλο, το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης, η πρόσφατη διάγνωση για χρόνιο πόνο, η ποιότητα ζωής καθώς και η προηγούμενη χρήση υπηρεσιών CAM.

Πίνακας 4.17

Πολυμεταβλητή Λογιστική Παλινδρόμηση

Εξαρτημένη μεταβλητή: Προθυμία πληρωμής >20€ για υπηρεσίες CAM

Ανεξάρτητη Μεταβλητή	**OR (Αναλογία Πιθανοτήτων)**	**95% Διάστημα Εμπιστοσύνης**	**P-τιμή**
Ηλικία >65 ετών	0,73	0,31-1,75	0,48
Άνδρας	0,92	0,34-2,45	0,86
Ανώτερη Εκπαίδευση	2,18	0,92-5,14	0,07
Πρόσφατη Διάγνωση	0,45	0,18-1,08	0,07
Eq-5Dindex	0,52	0,17-1,62	0,25

Έλαβε CAM	1,31	0,55-3,13	0,53

Εξετάζοντας κάθε μια μεταβλητή ξεχωριστά, ακολουθούν τα κάτωθι αποτελέσματα. Τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών είχαν κατά 27% μικρότερη πιθανότητα προθυμίας πληρωμής άνω των 20€ σε σχέση με τα άτομα ηλικίας έως 65 ετών, με το αποτέλεσμα να μην θεωρείται στατιστικά σημαντικό (p = 0,48). Ομοίως, οι άνδρες είχαν κατά 8% μικρότερη πιθανότητα προθυμίας πληρωμής >20€ σε σχέση με τις γυναίκες, αποτέλεσμα μη στατιστικά σημαντικό (p = 0,86). Ακολουθεί η ανώτερη εκπαίδευση στην οποία ανήκουν τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει επίπεδο εκπαίδευσης ΑΕΙ/ΤΕΙ ή κατέχουν Μεταπτυχιακό τίτλο. Τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία της ανώτερης εκπαίδευσης ήταν 2,18 φορές πιο πιθανό να εκδηλώσουν προθυμία πληρωμής >20€ συγκριτικά με τα άτομα χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Αντίστοιχα, τα άτομα με πρόσφατη διάγνωση χρόνιου πόνου (στην οποία ανήκουν όσοι υπέφεραν από χρόνιο πόνο τον τελευταίο χρόνο) διαπιστώθηκε πως είχαν 55% μικρότερη πιθανότητα προθυμίας πληρωμής >20€ σε σχέση με τα άτομα με μεγαλύτερη διάρκεια πόνου. Οι μεταβλητές ανώτερη εκπαίδευση και πρόσφατη διάγνωση χρόνιου πόνου δεν παρουσίασαν στατιστική σημαντικότητα στο επίπεδο 5% (p = 0,07), αλλά μπορούν να θεωρηθούν οριακά σημαντικές στο επίπεδο 10%. Σε ότι αφορά τον δείκτη ποιότητας ζωής Eq-5D, παρατηρήθηκε ότι για κάθε μονάδα αύξησης στον δείκτη, οι πιθανότητες προθυμίας πληρωμής >20€ είναι 48% μικρότερες, εύρημα που δεν είναι στατιστικά σημαντικό (p = 0,25). Τέλος, τα άτομα που έλαβαν θεραπεία CAM στο παρελθόν (εντός των τελευταίων 12 μηνών) ήταν 1,31 φορές πιο πιθανό να είναι πρόθυμα να πληρώσουν >20€ σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έλαβαν θεραπεία CAM στο παρελθόν. Ωστόσο, η συσχέτιση αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική (p = 0,53).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5
ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1 Συγκριτική Ανάλυση με τη Βιβλιογραφία

Η παρούσα μελέτη, επιχείρησε να αποτιμήσει την προθυμία πληρωμής των ασθενών με χρόνιο πόνο για υπηρεσίες συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής. Τα άτομα με χρόνιο πόνο αφορούσαν περισσότερες γυναίκες, ήταν ηλικίας πάνω από 65 έτη, συνταξιούχοι, είχαν οικογενειακό εισόδημα που ξεπερνούσε τα 2000€/μήνα, ζούσαν σε αστική περιοχή, ήταν Έλληνες και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ με δημόσια ασφαλιστική κάλυψη. Τα περισσότερα από αυτά τα ευρήματα ευθυγραμμίζονται με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας. Οι γυναίκες έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν χρόνιο πόνο λόγω βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων και έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία και εστίαση στον πόνο.[4,5,10,14] Οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας λόγω φυσικής φθοράς αναφέρουν αυξημένα ποσοστά χρόνιου πόνου[2,5,11,14,19] κυρίως στο μυοσκελετικό τους σύστημα που στη μελέτη μας όπως και σε άλλες[19,20,24] φαίνεται να είναι και η κυρίαρχη αιτία του πόνου. Οι συνταξιούχοι είναι λογικό να αναφέρουν συχνότερα χρόνιο πόνο σε σύγκριση με άλλες επαγγελματικές κατηγορίες αν αναλογιστούμε ότι είναι άνθρωποι μεγάλης ηλικίας, παρόλο που δεν βρέθηκε επάρκεια μελετών που να υποστηρίζει αυτό τον ισχυρισμό. Μια μεμονωμένη μελέτη που διεξήχθη στην Πορτογαλία αναφέρει την συνταξιοδότηση ως παράγοντα κινδύνου για χρόνιο πόνο λόγω κοινωνικών και ψυχολογικών αλλαγών που συντελούνται εκείνη την περίοδο.[86]

Σε ότι αφορά το οικογενειακό εισόδημα, το εύρημά μας δεν συμφωνεί πλήρως με την διεθνή βιβλιογραφία που υποστηρίζει πως τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα (π.χ. άτομα με εργασιακή αστάθεια, άνεργοι) διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης και επιδείνωσης του χρόνιου πόνου λόγω περιορισμένης πρόσβασης για φροντίδα, οικονομικής ανασφάλειας και περιορισμένων επιλογών για θεραπεία.[10,29,87] Επιπλέον έχει καταγραφεί ότι η συχνότητα του χρόνιου πόνου και της σχετικής αναπηρίας είναι υψηλότερη σε χώρες με χαμηλό εισόδημα συγκριτικά με χώρες υψηλού εισοδήματος.[4] Η Ελλάδα θεωρείται μια χώρα υψηλού εισοδήματος.[102] Ωστόσο, η κατηγοριοποίηση αυτή βασίζεται σε μακροοικονομικούς δείκτες, χωρίς να αποτυπώνει εσωτερικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες ή την πραγματική

αγοραστική δύναμη των νοικοκυριών. Στο πλαίσιο αυτό, το οικογενειακό εισόδημα άνω των 2.000€/μήνα (παρότι δεν προσδιορίζεται επακριβώς το ποσό) μπορεί να θεωρηθεί ως κατώφλι μεσαίου εισοδήματος που στην ελληνική πραγματικότητα, να μην επαρκεί πάντοτε για αξιοπρεπή διαβίωση και σταθερή πρόσβαση για φροντίδα του χρόνιου πόνου. Σε ότι αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης και την περιοχή κατοικίας, η έρευνά μας δεν συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία τεκμηριώνει ότι το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και η διαμονή σε αγροτικές περιοχές, σχετίζεται με την εμφάνιση χρόνιου πόνου.[4,10,14,19,29] Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από την επιλογή του δείγματος, καθώς άτομα με χαμηλότερη εκπαίδευση ενδέχεται να μην αναζητούν εξειδικευμένη φροντίδα για τον χρόνιο πόνο και να απουσιάζουν από το δείγμα όπως επίσης και τα άτομα που ζουν στην ύπαιθρο εφόσον το δείγμα συλλέχθηκε από νοσοκομεία της Αττικής. Σε ότι αφορά την υγειονομική ασφαλιστική κάλυψη, δεν βρέθηκαν μελέτες που να υποστηρίζουν κάποια συσχέτιση με τον χρόνιο πόνο. Ωστόσο το εύρημα της παρούσας μελέτης είναι αναμενόμενο βάσει της γενικής εικόνας του ελληνικού πληθυσμού, όπου η δημόσια ασφάλιση είναι σχεδόν καθολική.[88]

Η πλειοψηφία των ατόμων στο δείγμα ελάμβανε τουλάχιστον μια κατηγορία φαρμάκων για να ανακουφίσει τον χρόνιο πόνο του και η αγωγή αυτή αφορούσε κυρίως μη οπιοειδή αναλγητικά φάρμακα που ελήφθησαν για τουλάχιστον 1 χρόνο. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε Ευρώπη και Αμερική συμφωνεί με το εύρημά μας, ότι η πλειοψηφία των ασθενών ελάμβανε μη οπιοειδή αναλγητικά για τον έλεγχο του πόνου του, τη στιγμή της συνέντευξης, αν και δεν αναφέρεται η διάρκεια θεραπείας τους ή αν λαμβάνουν φάρμακα περισσότερα της μιας κατηγορίας.[14,25] Ωστόσο οι περισσότερες μελέτες διεξήχθησαν σε περιόδους θεραπείας διάρκειας κάποιων μηνών.[14] Επιπλέον, στην έρευνά μας, οι περισσότεροι υπέφεραν από χρόνιο πόνο καθώς και από συνυπάρχουσες συννοσηρότητες από 1 έως και 10 χρόνια. Το εύρημα αυτό είναι σε γενικές γραμμές συμβατό με τα ευρωπαϊκά δεδομένα, όπου η πλειοψηφία των ατόμων με χρόνιο πόνο αναφέρουν διάρκεια πόνου από 2 έως 15 έτη, στοιχείο που υπογραμμίζει τον επίμονο και μακροχρόνιο χαρακτήρα αυτής της κατάστασης.[14,19] Είναι σημαντικό επίσης να αναφερθεί πως όσο οι άνθρωποι μεγαλώνουν αυξάνονται και οι συννοσηρότητες[5], εύρημα που επιβεβαιώνεται στη μελέτη μας, με την πλειοψηφία των ασθενών να αναφέρει τουλάχιστον 1 συννοσηρότητα. Ο χρόνιος πόνος συχνά συνυπάρχει με άλλες χρόνιες ασθένειες όπως ο ΣΔ, καρδιαγγειακές και νευρολογικές παθήσεις. Η αρτηριακή υπέρταση που ήταν η

κύρια συννοσηρότητα στη μελέτη μας, επιβεβαιώνει εν μέρει τη διεθνή τάση για σύνδεση χρόνιου πόνου με καρδιο-μεταβολικούς παράγοντες κινδύνου. [19,30]

Ειδικότερα, οι ασθενείς με χρόνιο πόνο που στην έρευνά μας επισκέφθηκαν θεραπευτή CAM τους τελευταίους 12 μήνες αποτέλεσαν τη μειοψηφία με ποσοστό 38%. Η σχετική βιβλιογραφία αναφέρει μεγαλύτερα ποσοστά της τάξης του 44-45% που συμμετέχουν σε αντίστοιχες μελέτες.[46,60] Γενικότερα, παρατηρείται το φαινόμενο, οι επαγγελματίες υγείας και κατά επέκταση και οι ασθενείς που επηρεάζονται από την γνώμη τους (όπως θα διαπιστωθεί και από τους παράγοντες ενθάρρυνσης για χρήση CAM) επικεντρώνονται πρωτίστως σε φαρμακολογικές προσεγγίσεις, ενώ συχνά κυριαρχεί η προκατάληψη, τα ασαφή επιστημονικά δεδομένα και η ελλιπής διαθεσιμότητα θεραπειών πέρα από αυτές της συμβατικής ιατρικής.[12,29] Η βιβλιογραφία γενικά συμφωνεί ότι η χρήση CAM είναι πιο διαδεδομένη μεταξύ ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις[64,71] και οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν ως κύριο λόγο χρήσης, την ανακούφιση του πόνου στην πλάτη.[38,43,61] Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι ο χρόνιος πόνος, και ειδικότερα ο μυοσκελετικός, αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που οδηγούν τα άτομα στην αναζήτηση εναλλακτικών θεραπευτικών επιλογών.

Η πλειονότητα των χρηστών CAM στη μελέτη μας είχαν τα κάτωθι χαρακτηριστικά. Ήταν γυναίκες, εύρημα που εναρμονίζεται με πολλές διεθνείς μελέτες[43,60,69,72,78,85], κυρίως λόγω ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας και αυξημένης ευαισθησίας στην πρόληψη. Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν τα 56 έτη, με τυπική απόκλιση 17,07 και ηλικίες που συγκεντρώνονται πάνω από τα 65 έτη. Το ετερογενές αυτό δείγμα ως προς την ηλικία, εξηγεί και την αντίφαση στην βιβλιογραφία. Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι ηλικιακή ομάδα περί τα 35-46 έτη είναι πιο δεκτική σε μη συμβατικές μορφές θεραπείας [43,60,72] αλλά υπάρχουν και άλλες μελέτες που αναφέρουν μεγαλύτερη χρήση CAM από μεγαλύτερες ηλικίες.[89,90] Η διαφοροποίηση αυτή μπορεί να εξηγηθεί ενδεχομένως από το αίτιο που προκαλεί τον πόνο καθώς οι μεγαλύτερες ηλικίες αναφέρουν χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα που συσσωρεύονται με το πέρας του χρόνου, ενώ οι νεότερες ηλικίες αναφέρουν άλλου είδους χρόνιους πόνους π.χ. κεφαλαλγία, με σκοπό να ανακουφιστούν όχι μόνο από τα φυσικά συμπτώματα αλλά και για ψυχοσωματική ανακούφιση και ευεξία.

Επιπλέον, οι συμμετέχοντες στην έρευνά μας είχαν συνταξιοδοτηθεί και είχαν μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα που κυμαινόταν μεταξύ 1000€ και 1500€. Η συνταξιοδότηση, παρά το γεγονός πως δεν αναφέρεται ως εύρημα στις μελέτες,

θεωρείται λογικό αν αναλογιστούμε ότι οι περισσότεροι χρήστες συγκεντρώνονται στην ηλικιακή ομάδα >65 έτη που οι περισσότεροι έχουν συνταξιοδοτηθεί. Το οικογενειακό εισόδημα των συμμετεχόντων υποδηλώνει ότι η αναζήτηση εναλλακτικών θεραπειών δεν περιορίζεται απαραίτητα σε υψηλότερες εισοδηματικές τάξεις, όπως έχει καταγραφεί σε ορισμένες μελέτες[60,81], αλλά μπορεί να αντικατοπτρίζει την ανάγκη εύρεσης πιο οικονομικά προσιτών θεραπευτικών λύσεων από ανθρώπους με μεσαία εισοδήματα.

Επιπλέον όλοι οι συμμετέχοντες ήταν Έλληνες, απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης (ΑΕΙ/ΤΕΙ) και ασφαλισμένοι στο δημόσιο σύστημα υγείας. Η μελέτη μας ευθυγραμμίζεται με τα Ελληνικά[69] και διεθνή δεδομένα[74]. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο, έχει διαπιστωθεί πως συσχετίζεται με αυξημένη ενημέρωση και μεγαλύτερη πιθανότητα αναζήτησης CAM θεραπειών πέρα από την συμβατική θεραπεία. Επιπρόσθετα, σε ότι αφορά την ασφαλιστική κάλυψη, τα βιβλιογραφική δεδομένα περιορίζονται στην αναφορά πως στην πλειοψηφία των χωρών οι θεραπείες CAM δεν περιλαμβάνονται στην κάλυψη των ασφαλιστικών ταμείων χωρίς να αναφέρεται το είδος της ασφάλισης στο οποίο αναφέρονται.[37,50,51]

Στη παρούσα μελέτη, το σύνολο των ασθενών που επισκέφθηκαν θεραπευτή CAM λάμβαναν ή είχαν λάβει στο παρελθόν φαρμακευτική αγωγή για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου, γεγονός που συμφωνεί με την διεθνή βιβλιογραφία, η οποία υποστηρίζει πως η αποτελεσματική αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου συχνά βασίζεται στο συνδυασμό φαρμακολογικών και μη παρεμβάσεων, αντί της αποκλειστικής εφαρμογής μιας μόνο θεραπευτικής προσέγγισης.[33,38] Επιπλέον στη μελέτη μας, οι περισσότεροι λάμβαναν μη οπιοειδή αναλγητικά, για διάστημα έως και 10 έτη. Μόνο μία μελέτη αναφέρει ρητά την παράλληλη χρήση CAM και φαρμακευτικής αγωγής (κυρίως αντιεπιληπτικά), χωρίς να προσδιορίζει τη διάρκειά της.[38]

Όσον αφορά τις διαγνώσεις, οι περισσότεροι ασθενείς παρουσίαζαν μία κύρια πάθηση που προκαλούσε χρόνο πόνο. Ωστόσο, αυτό το εύρημα δεν μπορεί να συγκριθεί άμεσα με τις προηγούμενες μελέτες, καθώς αυτές εστιάζουν είτε στις συννοσηρότητες είτε μόνο στην κύρια αιτία του πόνου, χωρίς να καταγράφουν το πλήρες φάσμα των διαγνώσεων που σχετίζονται με τον χρόνιο πόνο των πασχόντων. Οι περισσότεροι ασθενείς στην παρούσα μελέτη, είτε δεν είχαν συννοσηρότητες είτε παρουσίαζαν μόνο μία, με συχνότερη την υπέρταση και με διάρκεια από 1 έως 10 χρόνια. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι αναφορές μηδενικών συννοσηροτήτων ενδέχεται να μην αντανακλούν την πραγματικότητα. Η διεθνής βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι ο

χρόνος πόνος συχνά συνυπάρχει με μακροχρόνιες ασθένειες και κυρίως ψυχιατρικές, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, οι οποίες όμως συχνά παραμένουν αδιάγνωστες και κατά συνέπεια, μη καταγεγραμμένες.[33,43,91] Η ακριβής διάρκεια των συννοσηροτήτων δεν προσδιορίστηκε από τη βιβλιογραφία.

Στη μελέτη μας, ο βελονισμός ήταν η συχνότερη θεραπεία CAM που αναζητούν οι ασθενείς, γεγονός που τεκμηριώνεται από τη βιβλιογραφία.[43,46,54,60,69] Ο λόγος που πιθανότατα την κάνει προσιτή, είναι η μεγαλύτερη προσβασιμότητα των επαγγελματιών που την προσφέρουν καθώς και ο βαθμός εξοικείωσης των ιατρών με αυτή την μέθοδο.[43,69] Αναφορικά με τη συχνότητα επίσκεψης σε θεραπευτή CAM, η παρούσα μελέτη αφορούσε επίσκεψη σε θεραπευτή CAM 1 με 2 φορές την εβδομάδα ενώ άλλες μελέτες καταγράφουν συχνότητα επισκέψεων 2 έως 10 επισκέψεις ανά έτος.[43,60] Δεν μπορεί να βγει ασφαλές συμπέρασμα για τη συχνότητα της επίσκεψης καθώς δεν διευκρινίζεται το σύνολο του χρονικού διαστήματος των επισκέψεων στη μελέτη μας. Ωστόσο, οι όποιες διαφοροποιήσεις παρατηρούνται, ενδέχεται να σχετίζονται με κοινωνικοοικονομικούς, πολιτισμικούς παράγοντες, τη διαθεσιμότητα των CAM παρόχων ανά χώρα, καθώς και με το είδος της θεραπείας CAM που εφαρμόζεται.

Σε ότι αφορά το ποσό πληρωμής για κάθε επίσκεψη, αυτό κυμαινόταν μεταξύ 1€ και 10€ και καλύφθηκε είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε κάποιο οικογενειακό ή φιλικό πρόσωπο. Η επίσκεψη στον θεραπευτή CAM έγινε είτε με αυτοπαραπομπή, είτε με σύσταση από οικογενειακό ή φιλικό πρόσωπο. Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνονται εν μέρει από τη βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη των Sharp et al. (2018) αναφέρει αυτοπαραπομπή σε ποσοστό 70% και πλήρη οικονομική κάλυψη από τους ίδιους τους ασθενείς σε ποσοστό 67%. Στην ίδια μελέτη, η πλειοψηφία των χρηστών πλήρωσε 21-40£ ανά επίσκεψη δηλαδή περίπου 24-46€ με βάση τη συναλλαγματική ισοτιμία.[43] Ωστόσο, η σύγκριση με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης (1-10€ ανά επίσκεψη) απαιτεί προσοχή, καθώς τα δύο ποσά αναφέρονται σε διαφορετικά οικονομικά και συστημικά πλαίσια. Ειδικότερα, το κόστος των υπηρεσιών στο Ηνωμένο Βασίλειο επηρεάζεται από διάφορες δομές χρηματοδότησης, κόστος ζωής και επίπεδο εισοδημάτων, γεγονός που καθιστά την άμεση σύγκριση ενδεικτική αλλά όχι απόλυτα ισοδύναμη. Αντίθετα, έρευνα σε ελληνικό πληθυσμό αναφέρει κόστος επισκέψεων πολύ μεγαλύτερο από την δική μας μελέτη και συγκεκριμένα της τάξης των 50-60€ ανά συνεδρία.[69] Η διαφορά αυτή μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι αρκετοί από τους συμμετέχοντες της

παρούσας μελέτης, οι οποίοι δήλωσαν το κόστος 1–10€, είχαν ήδη παραπεμπτικό από ιατρό για φυσιοθεραπεία κατά την οποία τους παρασχέθηκε και η θεραπεία του βελονισμού, πληρώνοντας μόνο τη συμμετοχή τους χωρίς επιπλέον χρέωση στο παραπεμπτικό. Το στοιχείο αυτό φαίνεται εκ πρώτης όψεως να έρχεται σε αντίθεση με τη δήλωση αυτοπαραπομπής. Η φαινομενική αυτή αντίφαση μπορεί να ερμηνευτεί αν ισχύει το γεγονός οι συμμετέχοντες εξέλαβαν ως "αυτοπαραπομπή" την προσωπική πρωτοβουλία για επίσκεψη σε θεραπευτή CAM, ακόμη και αν τελικά εξασφάλισαν παραπεμπτικό (που αφορούσε την φυσιοθεραπεία) για οικονομική διευκόλυνση.

Στη μελέτη μας διερευνήθηκαν επίσης οι παράγοντες που ενθαρρύνουν τους συμμετέχοντες να κάνουν χρήση μεθόδων CAM. Η πρόθεση χρήσης CAM θεραπειών φάνηκε να ενισχύεται σημαντικά στην περίπτωση που ο θεράπων ιατρός ανέφερε ότι οι εν λόγω μέθοδοι μπορεί να βοηθήσουν. Το εύρημα αυτό συνάδει με τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία, αν και περιορισμένη στο συγκεκριμένο θέμα, υποδεικνύει πως η σύσταση του ιατρού αποτελεί ισχυρό κίνητρο για τη δοκιμή CAM παρεμβάσεων.[43,91] Πέρα από την επιρροή του ιατρού, η βιβλιογραφία αναγνωρίζει και άλλους παράγοντες ενθάρρυνσης, και κυρίως η προσδοκία για ανακούφιση των συμπτωμάτων και η επιθυμία για μείωση της φαρμακευτικής αγωγής.[38,74] Αντίθετα, οι συμμετέχοντες που δεν είχαν επισκεφθεί θεραπευτή CAM ρωτήθηκαν για τους λόγους της αποχής τους, και η πλειονότητα απάντησε ότι δεν γνωρίζει επαρκώς τις συγκεκριμένες θεραπείες. Το εύρημα αυτό είναι λογικό εάν λάβουμε υπόψη τον παράγοντα ενθάρρυνσης χρήσης CAM στο δείγμα. Η ενημέρωση και η στάση των γιατρών παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της γνώσης και της αποδοχής των ασθενών απέναντι στις θεραπείες CAM. Η έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης ή σύστασης από την πλευρά των γιατρών συμβάλλει ουσιαστικά στην αναφερόμενη άγνοια των ασθενών σχετικά με αυτές τις μεθόδους. Η διεθνής βιβλιογραφία εντοπίζει διάφορους λόγους για μη χρήση CAM. με τις κυριότερες να είναι η άγνοια και το γεγονός ότι η σκέψη αυτή απλώς δεν πέρασε από το μυαλό των ατόμων, γεγονός που πιθανά υποδηλώνει έλλειμμα πληροφόρησης.[43,92,93]

Σε ότι αφορά την προθυμία πληρωμής, οι συμμετέχοντες στη μελέτη μας ήταν πιο πιθανό να επιλέξουν ένα ποσό που κυμαίνεται μεταξύ 11€ και 20€ για κάθε επίσκεψη σε CAM θεραπευτή. Αυτό δείχνει ότι υπάρχει μια σχετική αποδοχή της ιδέας της οικονομικής επιβάρυνσης για τέτοιου είδους θεραπείες, τουλάχιστον εντός αυτών των οικονομικών ορίων. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία γύρω από την προθυμία πληρωμής

για CAM είναι περιορισμένη, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για πληθυσμούς που πάσχουν από χρόνιο πόνο. Βρήκαμε μόνο μία σχετική μελέτη η οποία εστιάζει στην προθυμία πληρωμής για CAM θεραπείες σε άτομα με χρόνιο πόνο, στην οποία αναφερόταν πρόθεση καταβολής ποσού της τάξεως των 20–25 δολαρίων ανά μονάδα μείωσης του πόνου.[78] Αυτό σημαίνει ότι η αξία της θεραπείας, κατά την άποψή τους, συνδεόταν άμεσα με το πόσο αποτελεσματική ήταν ως προς την ανακούφιση του πόνου και δεν μπορεί να γίνει άμεσα σύγκριση με τη δική μας μελέτη. Αντίθετα, άλλη μελέτη που εξέτασε γενικότερα την προθυμία πληρωμής για CAM, ανεξαρτήτως του λόγου χρήσης της, κατέδειξε ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων δεν ήταν διατεθειμένη να καταβάλει οποιοδήποτε ποσό.[43] Το εύρημα αυτό καταδεικνύει ότι η προθυμία πληρωμής μπορεί να επηρεάζεται σημαντικά από το κίνητρο για χρήση της CAM. Για παράδειγμα, άτομα με χρόνιο πόνο ίσως να εκτιμούν περισσότερο την αξία της θεραπείας σε σύγκριση με όσους τη χρησιμοποιούν για άλλους λόγους (π.χ. προαγωγή ευεξίας) και για αυτό το λόγο απαιτούνται περισσότερες μελέτες πάνω στο θέμα. Στη βιβλιογραφία εντοπίζονται και άλλες μελέτες που εξετάζουν την WTP χωρίς να αναφέρεται επακριβές ποσό πληρωμής.[36,64]

Στην παρούσα μελέτη, η γενική κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων αξιολογήθηκε τόσο μέσω του δείκτη EQ-5Dindex, όσο και της οπτικής αναλογικής κλίμακας VAS. Το EQ-5D έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως και έχει επικυρωθεί σε πληθυσμούς με χρόνιο πόνο. Και οι δυο δείκτες ανέδειξαν μέτριο επίπεδο ποιότητας ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, το οποίο είναι σαφώς χαμηλότερο από το γενικό πληθυσμό που οι μέσες τιμές του EQ-5D κυμαίνονται μεταξύ 0.80 έως 0.93 και οι τιμές του VAS υπερβαίνουν συνήθως το 70, ανάλογα με τη χώρα και την ηλικιακή ομάδα.[94,95] Στη παρούσα μελέτη, ο δείκτης EQ-5Dindex παρουσιάζει τιμές από -0,208 έως 1, όπου αρνητικές τιμές υποδηλώνουν καταστάσεις που σύμφωνα με κοινωνικές προτιμήσεις, αξιολογούνται ως χειρότερες από τον θάνατο. Η χαμηλότερη τιμή (-0,208) αντιστοιχεί σε πολύ σοβαρού βαθμού προβλήματα σε όλες ή τις περισσότερες διαστάσεις της υγείας. Η μέση τιμή EQ-5Dindex στη μελέτη μας ήταν 0,46, πολύ κοντά σε άλλες μελέτες για χρόνιο πόνο (π.χ. 0,43 στην μελέτη των Obradovic et al. και 0,47 στην μελέτη των Torrance et al.).[96,97] Γενικότερα, οι μέσες τιμές του δείκτη EQ-5D σε ασθενείς με χρόνιο πόνο κυμαίνονται από 0,33 όταν πόνος είναι πολύ έντονος[97] και φθάνουν στις περισσότερες μελέτες σε καταγεγραμμένες τιμές της τάξης του 0,5 με 0,7.[98-100] Σε σύγκριση με τον γενικό

πληθυσμό, όπου η τιμή είναι περίπου 0,92, φαίνεται η σημαντική επίπτωση του χρόνιου πόνου στην ποιότητα ζωής των ασθενών.[94,95,100]

Τέλος, η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε πως η προθυμία πληρωμής για χρήση υπηρεσιών CAM από τους ασθενείς με χρόνιο πόνο συσχετίστηκε με το επίπεδο εκπαίδευσης και με το χρόνο διάγνωσης του χρόνιου πόνου. Συγκεκριμένα, στη μελέτη μας διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης παρουσίασαν αυξημένη πιθανότητα να εκδηλώσουν προθυμία πληρωμής για χρήση υπηρεσιών CAM, σε σύγκριση με άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου. Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες που είχαν πρόσφατα διαγνωστεί με χρόνιο πόνο (εντός του τελευταίου έτους) εμφάνισαν μειωμένη πιθανότητα να εκδηλώσουν αντίστοιχη προθυμία, συγκριτικά με άτομα που πάσχουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Τα ευρήματα αυτά κρίνονται αναμενόμενα και συμβατά με τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία τεκμηριώνει ότι η υψηλότερη εκπαίδευση σχετίζεται με μεγαλύτερη πληροφόρηση και καλύτερη υγειονομική παιδεία, αυξημένη κριτική ικανότητα απέναντι στις καθιερωμένες, συμβατικές μεθόδους θεραπείας, ευκολότερη πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και μεγαλύτερη έμφαση στη πρόληψη και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Το γεγονός αυτό επιτρέπει στα άτομα υψηλής μόρφωσης να αναζητούν και να αξιολογούν εναλλακτικές μη συμβατικές θεραπευτικές επιλογές.[64,71,73] Σχετικά με το χρόνο διάγνωσης του πόνου, η βιβλιογραφία δεν τεκμηριώνει άμεσα τη σύνδεση μεταξύ χρονικής διάρκειας του χρόνιου πόνου και προσφυγής σε θεραπείες CAM. Ωστόσο, το εύρημα μπορεί έμμεσα να υποστηριχθεί, καθώς η στροφή σε εναλλακτικές θεραπείες συχνά ακολουθεί την αποτυχία συμβατικών μεθόδων ή την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Επιπλέον, έρευνα σε αγγλικό πληθυσμό (2018) έδειξε -πέρα από το γεγονός ότι η πλειοψηφία δεν θα πλήρωνε κανένα ποσό για θεραπείες CAM- ότι άτομα που δεν είχαν χρησιμοποιήσει CAM, θα την εξέταζαν σαν επιλογή θεραπείας σε περίπτωση καθυστερημένης περίθαλψης ή αναποτελεσματικότητας της θεραπείας από το NHS, στοιχείο που ενισχύει την έμμεση συσχέτιση.[43,76] Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα ευρήματα της παρούσας μελέτης διαφοροποιούνται σε ορισμένα σημεία από τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία συχνά αναφέρει το εισόδημα και την ένταση του πόνου ως κύριους παράγοντες που επηρεάζουν την προθυμία πληρωμής για CAM υπηρεσίες.[43,64,78] Αυτή η διαφοροποίηση μπορεί να ερμηνευτεί με βάση τα χαρακτηριστικά του δείγματος στη μελέτη μας. Συγκεκριμένα, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν συνταξιούχοι με ομοιογενές και σχετικά σταθερό εισόδημα, με

αποτέλεσμα να μην παρατηρούνται μεγάλες διαφοροποιήσεις στη μεταβλητή του εισοδήματος. Αντίστοιχα, η ένταση του πόνου εμφάνισε μικρή μεταβλητότητα, καθώς πάνω από το 50% του δείγματος ανέφερε μέτριας έντασης πόνο, στοιχείο που ενδέχεται να εξηγεί την απουσία στατιστικά σημαντικής συσχέτισης με την προθυμία πληρωμής. Επιπλέον, η ένταση του πόνου δεν συνεπάγεται πάντα προθυμία πληρωμής καθώς πολλοί άνθρωποι μπορεί να υποφέρουν, αλλά να μην έχουν εμπιστοσύνη στις θεραπείες CAM. Το στοιχείο αυτό ενισχύεται από το γεγονός ότι, σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, η σύσταση από γιατρό αποτελεί καθοριστικό παράγοντα που θα μπορούσε να επηρεάσει θετικά την απόφασή τους για επίσκεψη σε CAM θεραπευτή. Επομένως, εξωγενείς παράγοντες, όπως η στάση του επαγγελματία υγείας, η κοινωνική επιρροή και το επίπεδο ενημέρωσης, διαδραματίζουν πιθανώς συνεπικουρικό ρόλο στη διαμόρφωση της τελικής απόφασης για πληρωμή και χρήση CAM. Αξίζει να σημειωθεί ότι και οι δύο μεταβλητές (επίπεδο εκπαίδευσης και χρόνος διάγνωσης του χρόνιου πόνου) παρουσίασαν στατιστική σημαντικότητα στο 10% επίπεδο ($p=0,07$). Το εύρημα αυτό υποδεικνύει την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης των συγκεκριμένων παραγόντων σε μεγαλύτερα ή αντιπροσωπευτικότερα δείγματα.

5.2 Περιορισμοί

Η παρούσα μελέτη έχει ορισμένους περιορισμούς. Αρχικά, η μελέτη χρησιμοποίησε ένα δείγμα ευκολίας από ασθενείς σε νοσοκομεία μόνο εντός Αττικής και συνεπώς η συνάφεια αυτών των ευρημάτων σε άλλες γεωγραφικές περιοχές δεν είναι σαφής. Επιπλέον, η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε σύντομο χρονικό διάστημα 2 μηνών και συνεπώς οι περιπτώσεις που καταγράφηκαν ήταν σχετικά λίγες παρά την συγκέντρωση του αριθμού ερωτηματολογίων που είχαν αρχικά καθοριστεί.

Επιπρόσθετα, παρόλο που ορισμένοι ασθενείς δήλωσαν πρόθυμοι να πληρώσουν για τις υπηρεσίες, παραμένει αβέβαιο αν πράγματι θα πλήρωναν όταν τους προσφερόταν η σχετική υπηρεσία καθώς η WTP μπορεί να καθοδηγείται και από άλλους εξωτερικούς παράγοντες και οι απαντήσεις να μην είναι τελικά αμερόληπτες.

5.3 Μελλοντικές Προτάσεις

Προτείνεται, να πραγματοποιηθούν περισσότερες έρευνες πάνω στο θέμα καθώς η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη και επικεντρώνεται στην αυξητική τάση χρήσης των

θεραπειών CAM, την αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα και ικανοποίηση από τους χρήστες, χωρίς να διερευνάται η οικονομική αξία που αποδίδονται για αυτές τις θεραπείες. Επιπλέον, οι έρευνες επικεντρώνονται κυρίως σε νοσηλευόμενους ασθενείς ή στο γενικό πληθυσμό χωρίς να εστιάζουν στα άτομα με χρόνιο πόνο.

Επιπλέον, δεδομένου ότι η παροχή των θεραπειών CAM στηρίζεται και στην αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα αυτών των μεθόδων από τους ασθενείς, η οποία δεν μελετήθηκε, θα είχε αξία μελλοντικά να διερευνηθεί αν οι πάσχοντες που χρησιμοποίησαν αυτές τις μεθόδους έμειναν ικανοποιημένοι από αυτές. Η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς τους θα διευκολύνει την -πρωτίστως επιστημονικά υποστηριζόμενη- ενσωμάτωσή τους στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε πολυδιάστατες πτυχές της εμπειρίας χρόνιου πόνου στον ελληνικό πληθυσμό, αναδεικνύοντας δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά και κλινικά χαρακτηριστικά των πασχόντων. Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν τη διεθνώς τεκμηριωμένη συσχέτιση του χρόνιου πόνου με το γυναικείο φύλο, την προχωρημένη ηλικία, τις μυοσκελετικές παθήσεις και την ύπαρξη συννοσηροτήτων. Αν και αρκετά αποτελέσματα ευθυγραμμίζονται με τη διεθνή βιβλιογραφία, η μελέτη διαφοροποιείται σε συγκεκριμένες κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, όπως το επίπεδο εισοδήματος, περιοχή κατοικίας και εκπαίδευσης, πιθανώς λόγω χαρακτηριστικών του δείγματος της μελέτης (αστικό κέντρο, ανώτερο μορφωτικό επίπεδο, δημόσια ασφαλιστική κάλυψη).

Η χρήση φαρμακευτικής αγωγής για την ανακούφιση του πόνου ήταν καθολική, με έμφαση στα μη οπιοειδή αναλγητικά. Ωστόσο, σημαντικό ποσοστό των ασθενών (38%) προσέφυγε και σε μεθόδους CAM και κυρίως βελονισμό, υποδηλώνοντας συμπληρωματική προσέγγιση. Η χρήση CAM ήταν πιο διαδεδομένη σε γυναίκες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, επιβεβαιώνοντας τα διεθνή δεδομένα. Αντίθετα, δεν περιορίζεται σε υψηλά εισοδήματα, όπως παρατηρείται αλλού, καθώς στην Ελλάδα το χαμηλό κόστος επίσκεψης (1-10€) οφείλεται συχνά στη χρήση παραπεμπτικών φυσιοθεραπείας που συνδυάζονται με βελονισμό. Η σύσταση των ιατρών αποτελεί σημαντικό κίνητρο για τη χρήση CAM, ενώ η έλλειψη πληροφόρησης είναι ο βασικός λόγος αποχής.

Η προθυμία πληρωμής για CAM σχετίστηκε με το μορφωτικό επίπεδο και με το χρόνο διάγνωσης της νόσου. Τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο έχουν καλύτερη υγειονομική παιδεία, αυξημένη κριτική σκέψη απέναντι στη συμβατική ιατρική, ευκολότερη πρόσβαση στην υγεία και μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη και την ποιότητα ζωής, γεγονός που διευκολύνει την αναζήτηση και την αξιολόγηση εναλλακτικών θεραπειών, παρουσιάζοντας μια αυξημένη προθυμία πληρωμής για υπηρεσίες CAM. Η μεγαλύτερη χρονική εμπειρία του πόνου τεκμηριώνεται έμμεσα λαμβάνοντας υπόψη το χρόνο εμφάνισης παρενεργειών ή αναποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής. Αντίθετα, η ένταση του πόνου και το εισόδημα δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την προθυμία πληρωμής, πιθανόν

λόγω της ομοιογένειας του δείγματος (κυρίως συνταξιούχοι με υψηλότερο εισόδημα και μέτριο πόνο).

Η μέτρια ποιότητα ζωής που καταγράφηκε στη μελέτη, τόσο μέσω του δείκτη EQ-5Dindex όσο και της κλίμακας VAS, ενισχύει την άποψη ότι ο χρόνιος πόνος αποτελεί σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα της καθημερινότητας και της λειτουργικότητας των ατόμων. Οι τιμές των δεικτών είναι σαφώς υποδεέστερες σε σύγκριση με τις αναμενόμενες τιμές στον γενικό πληθυσμό το οποίο τεκμηριώνεται με τη διεθνή βιβλιογραφία καθώς ο χρόνιος πόνος συνδέεται με νευρολογικές αλλοιώσεις, αναπηρία, ψυχοκοινωνική δυσφορία, αδιάγνωστες ή αθεράπευτες καταστάσεις και συννοσηρότητες.

Τέλος, το γεγονός ότι κάποιες μεταβλητές παρουσίασαν οριακή στατιστική σημαντικότητα (p=0,07) δείχνει την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα με μεγαλύτερα ή πιο αντιπροσωπευτικά δείγματα, ώστε να ενισχυθεί η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη στάση απέναντι στην οικονομική αξία των CAM υπηρεσιών στους ασθενείς με χρόνιο πόνο.

Συνοψίζοντας, η μελέτη καταδεικνύει την πολυπλοκότητα του χρόνιου πόνου, την ανάγκη για πολυδιάστατες θεραπευτικές προσεγγίσεις βάση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου αξιολόγησης και την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα ώστε να είναι δυνατή η αποτελεσματικότερη διαχείριση του χρόνιου πόνου εξετάζοντας την επιλογή των θεραπειών CAM, όπως αυτή αποδεικνύεται από το ενδιαφέρον των ασθενών και τη δηλωμένη προθυμία τους να πληρώσουν για τις υπηρεσίες αυτές. Τέλος, το γεγονός ότι στην παρούσα μελέτη καταγράφεται σαφής προθυμία πληρωμής για υπηρεσίες Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής Ιατρικής από άτομα με χρόνιο πόνο υποδεικνύει ότι οι ασθενείς αποδίδουν ουσιαστική προσωπική και οικονομική αξία σε αυτές τις θεραπείες. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα ενισχύουν την ανάγκη ένταξης των CAM υπηρεσιών στο σχεδιασμό πολιτικών υγείας και αποζημίωσης, με βάση την εκφραζόμενη ζήτηση και τις προτιμήσεις των ίδιων των ασθενών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / /

Σημειώστε όπου υπάρχει ☐ με ✓

ΓΕΝΙΚΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Εθνικότητα: _____
2. Φύλο: ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα
3. Ημερομηνία γέννησης: ____ / ____ / _____
4. Η περιοχή κατοικίας σας είναι: ☐ Αγροτική ☐ Ημιαστική ☐ Αστική
5. Ποιο επίπεδο εκπαίδευσης έχετε ολοκληρώσει;
   ☐ Δημοτικό ☐ Γυμνάσιο ☐ Λύκειο ☐ ΑΕΙ / ΤΕΙ ☐ Μεταπτυχιακά
6. Ποια είναι η επαγγελματική σας απασχόληση;
   ☐ Άνεργος ☐ Ιδιωτικός Υπάλληλος ☐ Δημόσιος Υπάλληλος ☐ Ελεύθερος Επαγγελ. ☐ Οικιακά ☐ Συνταξιούχος ☐ Φοιτητής / Μαθητής ☐ Άλλο
7. Ποιο είναι το οικογενειακό σας εισόδημα ανά μήνα;
   ☐ Δεν έχω εισόδημα ☐ Κάτω από 500 € ☐ 500 – 1000 € ☐ 1000 – 1500 € ☐ 1500 – 2000 € ☐ Πάνω από 2000 € ☐ Δεν επιθυμώ να το δηλώσω
8. Ασφαλιστική κάλυψη;
   ☐ Δημόσια ☐ Ιδιωτική ☐ Και τα δύο ☐ Καμία

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

9η ΕΡΩΤΗΣΗ: Πάσχετε από κάποια νόσο που σας προκαλεί πόνο, για την οποία παίρνετε (ή παίρνατε κατά το παρελθόν) φάρμακα;
☐ Ναι ☐ Όχι

Εάν ναι, ποιά νόσος;	Έτος διάγνωσης
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

10η ΕΡΩΤΗΣΗ: Τι φάρμακα λαμβάνετε για τον πόνο και για πόσο χρονικό διάστημα;

Φάρμακο	Χρονικό διάστημα
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

11η ΕΡΩΤΗΣΗ: Πάσχετε από κάποια άλλη νόσο, για την οποία παίρνετε (ή παίρνατε κατά το παρελθόν) φάρμακα; ☐ Ναι ☐ Όχι

Εάν ναι, ποιά νόσος;	Έτος διάγνωσης
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ-ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

12η ΕΡΩΤΗΣΗ: <u>Τους τελευταίους 12 μήνες</u> έχετε επισκεφθεί έναν επαγγελματία συμπληρωματικής ή εναλλακτικής ιατρικής για κάποιο πρόβλημα υγείας; (Ρωτά μόνο για τους επαγγελματίες που έχετε επισκεφθεί, όχι για προϊόντα που έχετε αγοράσει σε κατάστημα ή για αυτοφροντίδα στο σπίτι. Στους επαγγελματίες περιλαμβάνονται οι θεραπευτές και οι δάσκαλοι).

☐ Ναι
☐ Όχι
☐ Δεν ξέρω

Για παράδειγμα:

-Βελονιστής	-Μουσικοθεραπευτής	-Ιατρός παραδοσιακής ιατρικής
-Θεραπευτής Κινεζικής φυτικής ιατρικής	-Δάσκαλος Πιλάτες (Pilates)	-Πρακτικός του Ρέικι
-Βοτανολόγος	-Δάσκαλος γιόγκα	-Θεραπευτής Ανθρωποσοφικής Ιατρικής
-Ομοιοπαθητικός	-Δάσκαλος τεχνικής Alexander	- (Μπαχ) Bach ή άλλες θεραπείες λουλουδιών
-Υπνοθεραπευτής	-Αρωματοθεραπευτής	-Επαγγελματίας βιοανάδρασης
-Δάσκαλος διαλογισμού /ενσυνειδητότητας	-Θεραπευτής τέχνης	-Πρακτικός τεχνικής συναισθηματικής ελευθερίας
-Επαγγελματίας στο μασάζ	-Θεραπευτής Αγιουρβέδα (Ayurveda)	-Πρακτικός του Φέλντενκραϊς (Feldenkrais)
-Χειροπρακτικός	-Θεραπευτής Κρανιοϊερής θεραπείας (Cranio Sacral Therapy CST)	-Επαγγελματίας καθοδηγούμενης απεικόνισης
-Οστεοπαθητικός	-Θεραπευτής (π.χ. πνευματικός θεραπευτής)	
-Θεραπευτής σιάτσου (Shiatsu)	-Δάσκαλος Τάι Τσι (Tai chi)	-Πρακτικός ιατρός Trager
-Ρεφλεξολόγος	-Διατροφολόγος-θεραπευτής	-Νατουροπαθητικός
	-Δάσκαλος Τσι Γκονγκ (Qi gong)	-Ιατρός Unani

Παρακαλώ μην συμπεριλάβετε:

-Ασκήσεις αναπνοής	-Φωτοθεραπεία	-Ψυχοθεραπεία

-Χρωματοθερα-πεία	-Νευρογλωσσικός Προγραμματισμός (NLP)	-Ειδικές δίαιτες (π.χ. χορτοφαγία)
-Συμβουλευτική	-Προσευχή	-Οποιαδήποτε θεραπεία στην οποία δεν συμμετείχε ιατρός-θεραπευτής, π.χ. αγορασμένη από κατάστημα ή αυτοφροντίδα
-Χοροθεραπεία	-Παιγνιοθεραπεία	
-TENS (διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση)		

Απαντήστε την επομένη ερώτηση μόνο αν τους τελευταίους 12 μήνες επισκεφθήκατε έναν επαγγελματία συμπληρωματικής ή εναλλακτικής ιατρικής για κάποιο πρόβλημα υγείας.

13η ΕΡΩΤΗΣΗ: Τι είδους επαγγελματία επισκεφτήκατε; Αν είδατε περισσότερους από έναν, παρακαλούμε αναφέρετε αυτόν που είδατε τις περισσότερες φορές τους τελευταίους 12 μήνες.

☐ Βελονιστής	☐ Μουσικοθεραπευτής	☐ Ιατρός παραδοσιακής ιατρικής
☐ Βοτανολόγος	☐ Δάσκαλος Πιλάτες (Pilates)	☐ Πρακτικός του Ρέικι
☐ Θεραπευτής Κινεζικής φυτικής ιατρικής	☐ Δάσκαλος γιόγκα	☐ Θεραπευτής Ανθρωποσοφικής Ιατρικής
☐ Ομοιοπαθητικός	☐ Δάσκαλος τεχνικής Alexander	☐ (Μπαχ) Bach ή άλλες θεραπείες λουλουδιών
☐ Υπνοθεραπευτής	☐ Αρωματοθεραπευτής	☐ Ιατρός Unani
☐ Δάσκαλος διαλογισμού /ενσυνειδητότητας	☐ Πρακτικός τεχνικής συναισθηματικής ελευθερίας	☐ Πρακτικός του Φέλντενκραϊς (Feldenkrais)
☐ Επαγγελματίας στο μασάζ	☐ Θεραπευτής Αγιουρβέδα (Ayurveda)	
☐ Χειροπρακτικός	☐ Θεραπευτής Κρανιοϊερής θεραπείας (Cranio Sacral Therapy)	☐ Επαγγελματίας καθοδηγούμενης απεικόνισης
☐ Οστεοπαθητικός	☐ Θεραπευτής (π.χ. πνευματικός θεραπευτής)	
☐ Θεραπευτής σιάτσου (Shiatsu)	☐ Δάσκαλος Τάι Τσι (Tai chi)	☐ Πρακτικός ιατρός Trager
☐ Ρεφλεξολόγος	☐ Διατροφολόγος-θεραπευτής	☐ Νατουροπαθητικός
☐ Θεραπευτής τέχνης	☐ Δάσκαλος Τσι Γκονγκ (Qi gong)	☐ Επαγγελματίας βιοανάδρασης
☐ Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε) ……		
☐ Δεν ξέρω		

Απαντήστε την επομένη ερώτηση μόνο αν τους τελευταίους 12 μήνες επισκεφθήκατε έναν επαγγελματία συμπληρωματικής ή εναλλακτικής ιατρικής για κάποιο πρόβλημα υγείας.

14η ΕΡΩΤΗΣΗ: Πόσες φορές τους τελευταίους 12 μήνες επισκεφτήκατε τον επαγγελματία συμπληρωματικής ιατρικής;

☐ Περίπου μία φορά τους τελευταίους 12 μήνες

☐ Περίπου δύο ή τρεις φορές τους τελευταίους 12 μήνες

☐ Περίπου τέσσερις έως έξι φορές τους τελευταίους 12 μήνες

☐ Περίπου μία ή δύο φορές το μήνα

☐ Περίπου μία ή δύο φορές την εβδομάδα

☐ Περισσότερες από δύο φορές την εβδομάδα

☐ Δεν γνωρίζω

Απαντήστε την επομένη ερώτηση μόνο αν τους τελευταίους 12 μήνες επισκεφθήκατε έναν επαγγελματία συμπληρωματικής ή εναλλακτικής ιατρικής για κάποιο πρόβλημα υγείας.

15η ΕΡΩΤΗΣΗ: Για ποιο λόγο ζητήσατε βοήθεια από τον επαγγελματία συμπληρωματικής ιατρικής; Μπορείτε να δώσετε περισσότερους από έναν λόγους.

Μυοσκελετικός / πόνος :

☐ Πόνος στην πλάτη

☐ Αρθρίτιδα (οστεοαρθρίτιδα ή ρευματοειδής αρθρίτιδα)

☐ Ινομυαλγία

☐ Άλλος μυοσκελετικός πόνος π.χ. πόνος στον αυχένα, πόνος στον ώμο, πόνος στο γόνατο

☐ Πονοκέφαλοι ή ημικρανίες

☐ Άλλος χρόνιος πόνος

Ψυχική υγεία :

☐ Ελαφρά συμπτώματα ψυχικής υγείας, π.χ. ελαφρά κατάθλιψη, άγχος, στρες,

☐ Σοβαρές καταστάσεις ψυχικής υγείας, π.χ. μείζων κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή

☐ Προβλήματα ύπνου ή αϋπνία

☐ Κούραση ή κόπωση

☐ Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης /Μυαλγική εγκεφαλομυελίτιδα (CFS/ME)

☐ Άνοια

Άλλο :

☐Πεπτικά προβλήματα π.χ. σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, νόσος του Κρον (Crohn)		
☐Προληπτικά, δηλαδή για να παραμείνετε καλά, να προλάβετε την ασθένεια, να ενισχύσετε το ανοσοποιητικό σύστημα		
☐Υγεία της γυναίκας π.χ. προβλήματα περιόδου, εγκυμοσύνη, τοκετός, γονιμότητα, συμπτώματα εμμηνόπαυσης		
☐Διαταραχές του ουροποιητικού συστήματος π.χ. κυστίτιδα, πέτρες στα νεφρά, ακράτεια		
☐Καρκίνος	☐Αλλεργίες π.χ. αλλεργική ρινίτιδα, αλλεργία στη σκόνη ή στα ζώα	☐Αναπνευστικά προβλήματα π.χ. βήχας, κρυολόγημα ή

☐Λοιμώξεις	☐Δερματικά προβλήματα ή δερματικές λοιμώξεις π.χ. έκζεμα, ψωρίαση	γρίπη, άσθμα, βρογχίτιδα, εμφύσημα
☐Διαβήτης	☐Καρδιαγγειακά προβλήματα, π.χ. καρδιακές παθήσεις	
☐Προβλήματα των ματιών	☐Προβλήματα του νευρικού συστήματος π.χ. εγκεφαλικό επεισόδιο, επιληψία, σκλήρυνση κατά πλάκας	
☐Προβλήματα στο αυτί	☐Προβλήματα του ανοσοποιητικού συστήματος π.χ. HIV, αυτοάνοσα νοσήματα	
☐Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)……		
☐Δεν ξέρω		

Απαντήστε την επομένη ερώτηση μόνο αν τους τελευταίους 12 μήνες επισκεφθήκατε έναν επαγγελματία συμπληρωματικής ή εναλλακτικής ιατρικής για κάποιο πρόβλημα υγείας.

16η ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποιο, αν κάποιο από αυτά, περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο καταλήξατε να χρησιμοποιείτε αυτή τη συμπληρωματική θεραπεία;

☐ Ο γιατρός μου με παρέπεμψε ή μου συνέστησε

☐ Ένας άλλος επαγγελματίας υγείας (π.χ. σύμβουλος) με παρέπεμψε

☐ Ο γιατρός μου ή άλλος επαγγελματίας υγείας του ΕΣΥ που επισκεπτόμουν παρείχε τη συμπληρωματική θεραπεία ο ίδιος

☐ Ένας άλλος επαγγελματίας συμπληρωματικής ιατρικής με παρέπεμψε ή με συνέστησε

☐ Τους βρήκα μόνος μου/τους συνέστησε φίλος/οικογένεια

☐ Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)

……

☐ Δεν γνωρίζω/δεν θυμάμαι

Απαντήστε την επομένη ερώτηση μόνο αν τους τελευταίους 12 μήνες επισκεφθήκατε έναν επαγγελματία συμπληρωματικής ή εναλλακτικής ιατρικής για κάποιο πρόβλημα υγείας.

17η ΕΡΩΤΗΣΗ: Πώς πληρώθηκε η θεραπεία συμπληρωματικής ιατρικής; Παρακαλώ επιλέξτε ό,τι από τα παρακάτω ισχύει.

☐ Το ΕΣΥ πλήρωσε το σύνολο ή μέρος του

☐ Εγώ ή η οικογένειά μου/φίλος μου πλήρωσε το σύνολο ή μέρος αυτού

☐ Ένας άλλος οργανισμός, όπως μια φιλανθρωπική οργάνωση, πλήρωσε για το σύνολο ή μέρος αυτού

☐ Η ασφάλειά μου πλήρωσε το σύνολο ή μέρος της

☐ Δεν ξέρω/δεν θυμάμαι

☐ Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)

……

Απαντήστε την επομένη ερώτηση μόνο αν τους τελευταίους 12 μήνες επισκεφθήκατε έναν επαγγελματία συμπληρωματικής ή εναλλακτικής ιατρικής για κάποιο πρόβλημα υγείας.

18η ΕΡΩΤΗΣΗ: Πόσο πληρώσατε κατά μέσο όρο εσείς ή η οικογένεια σας/φίλος σας <u>για κάθε επίσκεψη</u> σε αυτόν τον επαγγελματία συμπληρωματικής ιατρικής;

☐0€
☐ Μεταξύ 1 και 10€
☐ Μεταξύ 11€ και 20€
☐ Μεταξύ 21€ και 30€
☐ Μεταξύ 31€ και 40€
☐ Μεταξύ 41€ και 50€
☐ Μεταξύ 51€ και 60€
☐ Μεταξύ 60€ και 100€
☐ Πάνω από 100€
☐ Δεν ξέρω/δεν θυμάμαι
☐ Προτιμώ να μην πω

*Απαντήστε την επομένη ερώτηση μόνο αν τους τελευταίους 12 μήνες **δεν επισκεφθήκατε** έναν επαγγελματία συμπληρωματικής ή εναλλακτικής ιατρικής για κάποιο πρόβλημα υγείας.*

19η ΕΡΩΤΗΣΗ: Μπορείτε να μου πείτε γιατί όχι;

☐ Δεν ζητούσα βοήθεια για προβλήματα υγείας/ Δεν είχα προβλήματα υγείας
☐ Δεν μου πέρασε από το μυαλό
☐ Δεν ξέρω αρκετά γι' αυτό
☐ Δεν έχω χρόνο
☐ Δεν νομίζω ότι θα με βοηθούσε
☐ Δεν πιστεύω σε αυτό
☐ Φοβάμαι τις παρενέργειες/την αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα
☐ Ανησυχώ μήπως ο επαγγελματίας δεν έχει τα προσόντα ή δεν έχει κατοχυρωθεί νομικά
☐ Ο γιατρός μου/άλλος επαγγελματίας υγείας του ΕΣΥ με συμβούλεψε να μην το κάνω
☐ Δεν είναι διαθέσιμο στο ΕΣΥ
☐ Δεν διατίθεται τοπικά (στην περιοχή μου)
☐ Δεν μπορώ να πληρώσω γι' αυτό
☐ Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)
……
☐ Προτιμώ να μην πω
☐ Δεν γνωρίζω

*Απαντήστε την επομένη ερώτηση **ανεξαρτήτως** τι απαντήσατε στα προηγούμενα.*

20η ΕΡΩΤΗΣΗ: Αν είχατε ένα πρόβλημα υγείας στο οποίο πιστεύατε ότι η συμπληρωματική ή εναλλακτική ιατρική θα μπορούσε να σας βοηθήσει, ποια, αν υπάρχει, από τις ακόλουθες δηλώσεις θα σας ενθάρρυνε να τη χρησιμοποιήσετε;

☐ Εάν ήταν δωρεάν μέσω του ΕΣΥ ή άλλου οργανισμού/φιλανθρωπικού ιδρύματος
☐ Εάν πληρωνόταν εν μέρει από το ΕΣΥ ή από άλλο οργανισμό/φιλανθρωπικό ίδρυμα (θα έπρεπε να πληρώσω μόνο ένα μικρό ποσό)
☐ Εάν ο θεραπευτής συμπληρωματικής ιατρικής ήταν επίσης επαγγελματίας υγείας του ΕΣΥ
☐ Εάν ο θεραπευτής συμπληρωματικής ιατρικής είχε την έδρα του σε εγκατάσταση του ΕΣΥ
☐ Εάν το ΕΣΥ κατοχύρωνε νομικά τον θεραπευτή συμπληρωματικής ιατρικής
☐ Αν ο γιατρός μου ανέφερε ότι μπορεί να βοηθήσει
☐ Εάν ο γιατρός μου με παρέπεμπε στον θεραπευτή συμπληρωματικής ιατρικής
☐ Αν πίστευα ότι θα βελτίωνε τη φροντίδα που ήδη λάμβανα
☐ Αν έπρεπε να περιμένω πολύ καιρό για περίθαλψη από το ΕΣΥ
☐ Αν η θεραπεία μου από το ΕΣΥ δεν με βοηθούσε
☐ Κανένα από τα ανωτέρω
☐ Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)
……
☐ Δεν θα το χρησιμοποιούσα ποτέ
☐ Δεν γνωρίζω

*Απαντήστε την επομένη ερώτηση **ανεξαρτήτως** τι απαντήσατε στα προηγούμενα.*
21η ΕΡΩΤΗΣΗ: Εάν είχατε ένα πρόβλημα υγείας που πιστεύατε ότι θα βελτιωνόταν από την επίσκεψη σε έναν επαγγελματία συμπληρωματικής ή εναλλακτικής ιατρικής, ποιο είναι το ανώτατο ποσό που θα ήσασταν διατεθειμένοι να πληρώσετε για κάθε επίσκεψη;

☐ 0€
☐ Λιγότερο από 10€
☐ Μεταξύ 11€ και 20€
☐ Μεταξύ 21€ και 30€
☐ Μεταξύ 31€ και 40€
☐ Μεταξύ 41€ και 50€
☐ Μεταξύ 51€ και 60€
☐ Μεταξύ 60€ και 100€
☐ Πάνω από 100€
☐ Δεν ξέρω
☐ Προτιμώ να μην πω

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ EQ-5D

Παρακαλούμε σημειώστε ποιές δηλώσεις περιγράφουν την κατάσταση της υγείας σας ΣΗΜΕΡΑ.

1. Κινητικότητα
☐ Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα
☐ Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα
☐ Είμαι καθηλωμένος/η στο κρεβάτι

2. Αυτοεξυπηρέτηση
☐ Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή μου
☐ Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι
☐ Είμαι ανίκανος/η να πλυθώ ή να ντυθώ

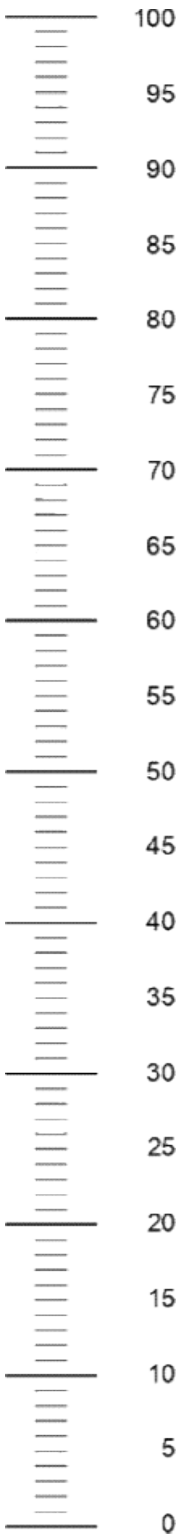
3. Συνηθισμένες δραστηριότητες (π.χ. δουλειά, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου)
☐ Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
☐ Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
☐ Είμαι ανίκανος/η να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου

4. Πόνος/Δυσφορία
☐ Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία
☐ Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία
☐ Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία

5. Άγχος/Θλίψη
☐ Δεν έχω άγχος ή θλίψη
☐ Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη
☐ Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη

ΟΠΤΙΚΟΑΝΑΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ

Παρακαλώ σημειώστε ένα ✕ επάνω στην κλίμακα από το 0 (η **χειρότερη** κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε) έως το 100 (η **καλύτερη** κατάσταση υγείας που μπορείτε να φανταστείτε) που εκφράζει την κατάσταση της δικής σας υγείας ΣΗΜΕΡΑ σύμφωνα με την παρακάτω κλίμακα.



Τώρα, παρακαλείστε να γράψετε τον αριθμό που σημειώσατε στην κλίμακα στο παρακάτω κουτάκι.

Η ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ ΣΗΜΕΡΑ:

Σας ευχαριστούμε πολύ για την προσοχή και το χρόνο σας!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Βελονισμός: Θεραπεία της νόσου με την εισαγωγή βελόνων κατά μήκος συγκεκριμένων οδών ή μεσημβρινών.

Κινεζική φυτική ιατρική: Ένα σύστημα παραδοσιακής ιατρικής που βασίζεται σε κινέζικα φυτικά εκχυλίσματα που χρησιμοποιούνται ως φάρμακα για τη θεραπεία ασθενειών ή την προώθηση της γενικής ευημερίας.

Βοτανοθεραπεία: Χρήση φυτών ή βοτάνων για τη θεραπεία ασθενειών ή για την ανακούφιση του πόνου.

Ομοιοπαθητική: Οι ασθένειες αντιμετωπίζονται με πολύ αραιωμένες ουσίες που προκαλούν, σε υγιή άτομα, συμπτώματα όπως αυτά της νόσου που πρόκειται να αντιμετωπιστεί.

Υπνοθεραπεία: Μια κατάσταση αυξημένης δεκτικότητας στην υποβολή και την κατεύθυνση, που αρχικά προκαλείται από την επιρροή ενός άλλου ατόμου ή του εαυτού του.

Θεραπεία διαλογισμού/ενσυνειδητότητας: Μια κατάσταση συνείδησης στην οποία το άτομο εξαλείφει τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα από την επίγνωση, έτσι ώστε το μυαλό να μπορεί να επικεντρωθεί σε ένα μόνο πράγμα.

Μασάζ: Οι συστηματικοί και μεθοδικοί χειρισμοί των ιστών του σώματος εκτελούνται καλύτερα με τα χέρια με σκοπό να επηρεάσουν το νευρικό και μυϊκό σύστημα και τη γενική κυκλοφορία.

Χειροπρακτική: Διαδικασίες που χρησιμοποιούνται από χειροπράκτες για τη θεραπεία νευρομυοσκελετικών παθήσεων.

Οστεοπαθητική: Μυοσκελετικοί χειρισμοί βασισμένοι στις αρχές της οστεοπαθητικής ιατρικής.

Θεραπεία σιάτσου (Shiatsu): Ένας τύπος μασάζ στον οποίο η πίεση των δακτύλων σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος χρησιμοποιείται για την προώθηση της επούλωσης, την ανακούφιση από την κόπωση κ.λπ.

Τάι Τσι (Tai chi): Μία από τις πολεμικές τέχνες και επίσης μια μορφή διαλογιστικής άσκησης που χρησιμοποιεί μεθοδικά αργές κυκλικές διατατικές κινήσεις και θέσεις ισορροπίας σώματος.

Πιλάτες (Pilates): Μέθοδοι ή προγράμματα σωματικών δραστηριοτήτων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την προώθηση, τη διατήρηση ή την αποκατάσταση της σωματικής και φυσιολογικής ευεξίας ενός ατόμου.

Γιόγκα: Περιλαμβάνει ένα σύστημα ασκήσεων για την επίτευξη σωματικού ή διανοητικού ελέγχου και ευεξίας με απελευθέρωση του εαυτού και ένωση με το παγκόσμιο πνεύμα.

Τεχνική Alexander: Μια ολοκληρωμένη τεχνική ψυχοσωματικής επανεκπαίδευσης για τη βελτίωση της σωματικής λειτουργίας.

Αρωματοθεραπεία: Η χρήση αρωμάτων και αποσταγμάτων από φυτά για να επηρεάσει ή να αλλάξει τη διάθεση ή τη συμπεριφορά ενός ατόμου και να διευκολύνει τη σωματική, ψυχική και συναισθηματική ευεξία.

Θεραπεία τέχνης: Η χρήση της τέχνης ως συμπληρωματική θεραπεία στη θεραπεία νευρολογικών, ψυχικών ή συμπεριφορικών διαταραχών.

Θεραπεία Αγιουρβέδα (Ayurveda): Η παραδοσιακή ιατρική που βασίζεται σε έθιμα, πεποιθήσεις και πρακτικές του ινδουιστικού πολιτισμού.

Κρανιοϊερή θεραπεία (Cranio Sacral Therapy – CST): Διάφοροι χειρισμοί των ιστών του σώματος, των μυών και των οστών με τα χέρια ή τον εξοπλισμό για τη βελτίωση της υγείας και της κυκλοφορίας, την ανακούφιση της κόπωσης και την προώθηση της επούλωσης.

Θεραπεία πνεύματος: Μυστικιστικές, θρησκευτικές ή πνευματικές πρακτικές που εκτελούνται προς όφελος της υγείας.

Μουσικοθεραπεία: Η χρήση της μουσικής ως συμπληρωματική θεραπεία στη θεραπεία νευρολογικών, ψυχικών ή συμπεριφορικών διαταραχών.

Διατροφική θεραπεία: Βελτίωση της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου με προσαρμογή των ποσοτήτων, της ποιότητας και των μεθόδων πρόσληψης θρεπτικών συστατικών.

Θεραπεία Τσι Γκονγκ (Qi gong): Ένα αρχαίο κινεζικό σύστημα στάσεων, ασκήσεων, τεχνικών αναπνοής και διαλογισμού που έχουν σχεδιαστεί για να βελτιώσουν και να ενισχύσουν το QI του σώματος.

Ρεφλεξοθεραπεία: Θεραπεία κάποιας νοσηρής κατάστασης με την παραγωγή αντανακλαστικής δράσης, όπως στην οικιακή θεραπεία της ρινορραγίας από ένα κομμάτι πάγου που εφαρμόζεται στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης.

Ρέικι: Τοποθέτηση των χεριών του θεραπευτή πάνω στο άτομο που πρόκειται να θεραπευτεί με σκοπό την πνευματική ενεργειακή θεραπεία.

Ανθρωποσοφική Ιατρική: Γνώση της φύσης του ανθρώπου.

Μπαχ (Bach) ή άλλες θεραπείες λουλουδιών: Υδατικά εκχυλίσματα λουλουδιών που χρησιμοποιούνται σε θεραπευτικά συστήματα.

Βιοανάδραση: Η θεραπευτική τεχνική της παροχής της κατάστασης της λειτουργίας του ίδιου του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (π.χ. θερμοκρασία δέρματος, καρδιακοί παλμοί, εγκεφαλικά κύματα) ως οπτική ή ακουστική ανατροφοδότηση.

Τεχνική της συναισθηματικής ελευθερίας: Θεραπεία για την ταχεία απελευθέρωση αρνητικών συναισθημάτων χτυπώντας με τα δάχτυλα στα σημεία μεσημβρινού βελονισμού ενώ επαναλαμβάνονται συγκεκριμένες φράσεις.

Πρακτική του Φέλντενκραϊς (Feldenkrais): Ένα μείγμα επιστήμης και αισθητικής που κατευθύνει τους μαθητές να κινηθούν με συγκεκριμένους τρόπους που σχετίζονται με τις πρώιμες βασικές κινήσεις και προσαρμόζει την κίνηση στις μοναδικές ανάγκες κάθε μαθητή.

Καθοδηγούμενη απεικόνιση: Η χρήση νοητικών εικόνων που παράγονται από τη φαντασία ως μορφή ψυχοθεραπείας.

Παραδοσιακή ιατρική: Συστήματα ιατρικής βασισμένα σε πολιτισμικές πεποιθήσεις και πρακτικές που μεταβιβάζονται από γενιά σε γενιά και που μπορεί να μην εξηγούνται από τη σύγχρονη ιατρική.

Θεραπεία Trager: Αυτή η μέθοδος εκπαιδεύει εκ νέου το σώμα/νου για να απελευθερώσει παλιά μοτίβα κράτησης που μας περιορίζουν σωματικά και διανοητικά.

Νατουροπαθητική: Ένα σύστημα θεραπείας χωρίς φάρμακα, κάνοντας χρήση φυσικών δυνάμεων όπως ο αέρας, το φως, το νερό, η θερμότητα, το μασάζ.

Ιατρική Unani: Αντικατοπτρίζει την αραβική ιατρική που αναμειγνύεται με την ελληνική φιλοσοφία, επιστήμη και ιατρική.

Ασκήσεις αναπνοής: Οι θεραπευτικές ασκήσεις στοχεύουν στην διεύρυνση της εισπνοής ή της εκπνοής ή ακόμα και στην αλλαγή του ρυθμού της αναπνοής.

Χρωματοθεραπεία: Μια μορφή φωτοθεραπείας που χρησιμοποιεί χρώμα για να επηρεάσει την υγεία και να θεραπεύσει διάφορες σωματικές ή ψυχικές διαταραχές.

Συμβουλευτική: Η παροχή συμβουλών και βοήθειας σε άτομα με εκπαιδευτικά ή προσωπικά προβλήματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

2. Mantyselkä, P., Kumpusalo, E., Ahonen, R., Kumpusalo, A., Kauhanen, J., Viinamäki, H., Halonen, P., & Takala, J. (2001). Pain as a reason to visit the doctor: A study in Finnish primary health care. *PAIN*, 89(2), 175–180. https://doi.org/10.1016/s0304-3959(00)00361-4.

3. Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., Svensson, P., Vlaeyen, J. W. S., & Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *PAIN*, 160(1), 19–27. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384.

4. Cohen, S. P., Vase, L., & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: An update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*, 397(10289), 2082–2097. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7.

5. Mills, S. E. E., Nicolson, K. P., & Smith, B. H. (2019). Chronic pain: A review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, 123(2), e273–e283. https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023.

6. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. (2023). Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: A systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatology*, 5, e316–e329. https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00098-X

8. Raffaeli, W., Tenti, M., Corraro, A., Malafoglia, V., Ilari, S., Balzani, E., & Bonci, A. (2021). Chronic pain: What does it mean? A review on the use of the term chronic pain in clinical practice. *Journal of Pain Research*, 14, 827–835. https://doi.org/10.2147/JPR.S303186.

9. Reid, K. J., Harker, J., Bala, M. M., et al. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: Narrative review of prevalence, pain treatments and pain

impact. *Current Medical Research and Opinion*, 27(2), 449–462. https://doi.org/10.1185/03007995.2010.545813.

10. Kovačević, I., Pavić, J., Filipović, B., Ozimec Vulinec, Š., Ilić, B., & Petek, D. (2024). Integrated approach to chronic pain—The role of psychosocial factors and multidisciplinary treatment: A narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(9), 1135. https://doi.org/10.3390/ijerph21091135.

11. Schmid, A. A., Atler, K. E., & Malcolm, M. P. (2018). Yoga improves quality of life and fall risk factors in a sample of people with chronic pain and type 2 diabetes. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 31, 369–373. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.01.003.

12. Pizzo, P. A., & Clark, N. M. (2012). Alleviating suffering 101—Pain relief in the United States. *New England Journal of Medicine*, 366, 197–199. https://doi.org/10.1056/NEJMp1115055.

13. The Lancet. (2021). Rethinking chronic pain. *The Lancet*, 397(10289), 2023. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01194-6.

14. Hanna, M. (2012). Pain in Europe: A public health priority. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 26(2), 182–184. https://doi.org/10.3109/15360288.2012.681839.

15. Vlaeyen, J. W. S., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Giamberardino, M. A., Goebel, A., Korwisi, B., Perrot, S., Svensson, P., Wang, S. J., & Treede, R. D. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic primary pain. *PAIN*, 160(1), 28–37. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390.

16. Benoliel, R., Svensson, P., Evers, S., Wang, S. J., Barke, A., Korwisi, B., Rief, W., & Treede, R. D. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic secondary headache or orofacial pain. *PAIN*, 160(1), 60–68. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001391.

17. Headache Classification Committee. (2018). The international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*, 38(1), 1–211. https://doi.org/10.1177/0333102417738202.

18. Hadi, M. A., McHugh, G. A., & Closs, S. J. (2019). Impact of chronic pain on patients' quality of life: A comparative mixed-methods study. *Journal of Patient Experience,* 6(2), 133–141. https://doi.org/10.1177/2374373518786013

19. Pandelani, F. F., Nyalunga, S. L. N., Mogotsi, M. M., & Mkhatshwa, V. B. (2023). Chronic pain: Its impact on the quality of life and gender. *Frontiers in Pain Research*, 4, 1253460. https://doi.org/10.3389/fpain.2023.1253460.

20. Igumbor, E. U., Puoane, T., Gansky, S. A., & Plesh, O. (2011). Prevalence and risk indicators of chronic pain in a rural community in South Africa. *Journal of Rural and Tropical Public Health*, 10, 61–69. http://hdl.handle.net/10566/430.

21. Rauf, W. N., Marcus, T. S., Becker, P. J., & Meyer, H. P. (2003). The impact of chronic pain on the quality of life of patients attending primary healthcare clinics. *South African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 20(2), 122–126. https://doi.org/10.1080/22201173.2003.10872990.

22. Smith, M. T., & Haythornthwaite, J. A. (2004). How do sleep disturbance and chronic pain inter-relate? Insights from the longitudinal and cognitive behavioral clinical trials literature. *Sleep Medicine Reviews*, 8(2), 119–132. https://doi.org/10.1016/S1087-0792(03)00044-3.

23. Vartiainen, P., Heiskanen, T., Sintonen, H., Roine, R. P., & Kalso, E. (2016). Health-related quality of life and burden of disease in chronic pain measured with the 15D instrument. *Pain*, 157(10), 2269–2276. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000641.

24. Yong, R. J., Mullins, P. M., & Bhattacharyya, N. (2022). Prevalence of chronic pain among adults in the United States. *Pain*, 163(2), e328–e332. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002291.

25. Elliott, T. E., Renier, C. M., & Palcher, J. A. (2003). Chronic pain, depression, and quality of life: Correlations and predictive value of the SF-36. *Pain Medicine*, 4(4), 331–339. https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2003.03040.x.

26. Ilgen, M. A., Kleinberg, F., Ignacio, R. V., Bohnert, A. S., Valenstein, M., McCarthy, J. F., Blow, F. C., & Katz, I. R. (2013). Noncancer pain conditions and risk of suicide. *JAMA Psychiatry*, 70(7), 692–697. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.908.

29. Geneen, L. J., Moore, R. A., Clarke, C., Martin, D., Colvin, L. A., & Smith, B. H. (2017). Physical activity and exercise for chronic pain in adults: An overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(4), CD011279. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011279.pub3.

30. Dourouka, V., Vlastos, D. D., & Theofilou, P. (2023). Psychotherapy and chronic pain management: A quantitative study evaluating the contribution of psychotherapy to quality of life and treatment compliance in chronic disease patients. *Health Psychology Report*, 12(3), 209–218. https://doi.org/10.5114/hpr/171847.

32. Chou, R., Deyo, R., Friedly, J., et al. (2017). Systemic pharmacologic therapies for low back pain: A systematic review for an American College of Physicians clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 480–492. https://doi.org/10.7326/M16-2459.

34. Brummett, C. M., Waljee, J. F., Goesling, J., et al. (2017). New persistent opioid use after minor and major surgical procedures in US adults. JAMA Surgery, 152(6), e170504. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0504.

35. Baldini, A., Von Korff, M., & Lin, E. H. (2012). A review of potential adverse effects of long-term opioid therapy: A practitioner's guide. *Primary Care Companion* for CNS Disorders, 14(3). https://doi.org/10.4088/PCC.11r01370.

36. Montross-Thomas, L. P., Meier, E. A., Reynolds-Norolahi, K., Raskin, E. E., Slater, D., Mills, P. J., MacElhern, L., & Kallenberg, G. (2017). Inpatients' preferences, beliefs, and stated willingness to pay for complementary and alternative medicine treatments. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(4), 259–263. https://doi.org/10.1089/acm.2016.0288.

37. Frass, M., Strassl, R. P., Friehs, H., Müllner, M., Kundi, M., & Kaye, A. D. (2012). Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: A systematic review. *Ochsner Journal*, 12(1), 45–56. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3307506/.

38. Houzé, B., El-Khatib, H., & Arbour, C. (2017). Efficacy, tolerability, and safety of non-pharmacological therapies for chronic pain: An umbrella review on various CAM approaches. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 79(Pt B), 192–205. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.06.035.

39. Herman, P. M., Craig, B. M., & Caspi, O. (2005). Is complementary and alternative medicine (CAM) cost-effective? A systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 5(11). https://doi.org/10.1186/1472-6882-5-11.

43. Sharp, D., Lorenc, A., Morris, R., Feder, G., Little, P., Hollinghurst, S., & MacPherson, H. (2018). Complementary medicine use, views, and experiences: A national survey in England. *BJGP Open*. https://doi.org/10.3399/bjgpopen18X101614.

44. Thomas, K., & Coleman, P. (2004). Use of complementary or alternative medicine in a general population in Great Britain. *Journal of Public Health*, 26(2), 152–157. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdh139.

45. Hunt, K. J., Coelho, H. F., Wider, B., et al. (2010). Complementary and alternative medicine use in England: Results from a national survey. *International Journal of Clinical Practice*, 64(11), 1496–1502. https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2010.02484.x.

46. Jonsdottir, T., Jonsdottir, H., & Gunnarsdottir, S. (2016). Use of complementary/alternative therapy for chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 12(1), 124. https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.05.022.

50. National Center for Complementary and Integrative Health. (2008). Paying for complementary and alternative medicine treatment: Information for patients. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 22(2), 153–157. https://doi.org/10.1080/15360280801992165.

51. Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M., & Kessler, R. C. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997. *JAMA*, 280(18), 1569–1575. https://doi.org/10.1001/jama.280.18.1569.

54. Theodoropoulos, I., Manolopoulos, K., Von Georgi, R., Bohlmann, M., & Münstedt, K. (2005). Physicians and complementary and alternative medicine cancer therapies in Greece: A survey. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(4), 703–708. https://doi.org/10.1089/acm.2005.11.703.

59. Mao, J. J., Cronholm, P. F., Stein, E., Straton, J. B., Palmer, S. C., & Barg, F. K. (2010). Positive changes, increased spiritual importance, and complementary and alternative medicine (CAM) use among cancer survivors. *Integrative Cancer Therapies*, 9(4), 339–347. https://doi.org/10.1177/1534735410387419.

60. Fleming, S., Rabago, D. P., Mundt, M. P., & Fleming, M. F. (2007). CAM therapies among primary care patients using opioid therapy for chronic pain. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 7, 15. https://doi.org/10.1186/1472-6882-7-15.

61. Rubinstein, S. M., van Middelkoop, M., Kuijpers, T., Ostelo, R., Verhagen, A. P., de Boer, M. R., Koes, B. W., & van Tulder, M. W. (2010). A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. *European Spine Journal*, 19(8), 1213–1228. https://doi.org/10.1007/s00586-010-1356-3.

62. Wang, C., Schmid, C. H., & Hibberd, P. L. (2009). Tai chi is effective in treating knee osteoarthritis: A randomized controlled trial. *Arthritis & Rheumatism*, 61(11), 1545–1553. https://doi.org/10.1002/art.24832.

63. Hall, A., Copsey, B., & Richmond, H. (2017). Effectiveness of tai chi for chronic musculoskeletal pain conditions: Updated systematic review and meta-analysis. *Physical Therapy*, 97(3), 227–238. https://doi.org/10.2522/ptj.20160246.

64. Meng, F., Ji, Z., Song, F., Bai, T., Fan, X., & Wang, D. (2020). Patients' familiarity with, trust in and willingness to pay for traditional Chinese medicine in Chinese community health care centres. *European Journal of Integrative Medicine*, 36, 101118. https://doi.org/10.1016/j.eujim.2020.101118.

65. Warren, N., Canaway, R., Unantenne, N., & Manderson, L. (2012). Taking control: Complementary and alternative medicine in diabetes and cardiovascular disease management. *Health*, 17(4), 323–339. https://doi.org/10.1177/1363459312460699.

66. Leong, M., Smith, T. J., & Rowland-Seymour, A. (2015). Complementary and integrative medicine for older adults in palliative care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 31(2), 177–191. https://doi.org/10.1016/j.cger.2015.01.004.

67. Zencirci, A. D. (2013). Complementary therapy use of cardiovascular patients. *Internal Medicine Open Access*. https://doi.org/10.4172/2165-8048.1000e113.

68. Chatterjee, A. (2023). Evaluating the barriers to the utilization of complementary and alternative medicine (CAM) in the United States: An exploratory study. *Advances in Integrative Medicine*, 10(4), 161–171. https://doi.org/10.1016/j.aimed.2023.10.002.

69. Triantafillidis, J. K., Gikas, A., Kontrarou, G., Konstantoulakis, M., & Papalois, A. (2024). Use of complementary and alternative medicine by Greek patients with inflammatory bowel disease. *Nutrients*, 16(21), 3679. https://doi.org/10.3390/nu16213679.

70. Fjær, E. L., Landet, E. R., McNamara, C. L., & Eikemo, T. A. (2020). The use of complementary and alternative medicine (CAM) in Europe. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20(1). https://doi.org/10.1186/s12906-020-02903-w.

71. Astin, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: Results of a national study. *JAMA*, 279(19), 1548–1553. https://doi.org/10.1001/jama.279.19.1548.

72. Hopton, A. K., Curnoe, S., Kanaan, M., et al. (2012). Acupuncture in practice: Mapping the providers, the patients and the settings in a national cross-sectional survey. *BMJ Open*, 2(1), e000456. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000456.

73. Kemppainen, L. M., Kemppainen, T. T., Reippainen, J. A., Salmenniemi, S. T., & Vuolanto, P. H. (2017). Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(4), 448–455. https://doi.org/10.1177/1403494817733869.

74. Wemrell, M., Olsson, A., & Landgren, K. (2020). The use of complementary and alternative medicine (CAM) in psychiatric units in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(10), 946–957. https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1744203.

75. Spinks, J., & Hollingsworth, B. (2009). Are the economics of complementary and alternative medicine different to conventional medicine? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 9(1), 1–4. https://doi.org/10.1586/14737167.9.1.1.

76. Kong, Y.-C., Arounlangsy, P., Kimman, M., Subramaniam, S., Yip, C.-H., Jan, S., Aung, S., Khoa, M. T., Ngelangel, C. A., Nyein, H. L., Sangrajrang, S., Tanabodee, J., Bhoo-Pathy, N., & the ACTION Study Group. (2022). Out-of-pocket payments for complementary medicine following cancer and the effect on financial outcomes in middle-income countries in Southeast Asia: A prospective cohort study. *The Lancet Global Health*, 10(3), e416–e428. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00595-7.

77. Lorenc, A., Ilan-Clarke, Y., Robinson, N., & Blair, M. (2009). How parents choose to use CAM: A systematic review of theoretical models. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 9(9). https://doi.org/10.1186/1472-6882-9-9.

78. Herman, P. M., Luoto, J. E., Kommareddi, M., Sorbero, M. E., & Coulter, I. D. (2019). Patient willingness to pay for reductions in chronic low back pain and chronic neck pain. *The Journal of Pain*, 20(11), 1317–1327. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.05.002.

79. Misra, S. M., Guffey, D., Tran, X., & Giardino, A. P. (2016). Survey of complementary and alternative medicine (CAM) services in freestanding US children's hospitals. *Clinical Pediatrics*, 56(1), 33–36. https://doi.org/10.1177/0009922816645513.

80. Hübner, J., Keinki, C., & Büntzel, J. (2023). Komplementäre und alternative Medizin – eine Option bei chronischen Schmerzpatienten? *Schmerz*, 37(3), 215–227. https://doi.org/10.1007/s00482-023-00719-4.

83. Mariani, A. W., & Pêgo-Fernandes, P. M. (2014). Willingness to pay... What??? São Paulo Medical Journal, 132(3), 131–132. https://doi.org/10.1590/1516-3180.2014.0000131.

84. Abbas, S. M., Usmani, A., & Imran, M. (2019). Willingness to pay and its role in health economics. *Journal of Bahria University Medical and Dental College*, 9(1), 62–66. https://doi.org/10.51985/JBUMDC2019009.

85. Bustamante, A. V., Ojeda, G., & Castañeda, X. (2008). Willingness to pay for cross-border health insurance between the United States and Mexico. *Health Affairs (Millwood)*, 27(1), 169–178. https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.1.169.

86. Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: A population-based nationwide study on its prevalence, characteristics, and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13(8), 773–783. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012.

87. Valvi, N., Tamargo, J. A., Braithwaite, D., Fillingim, R. B., & Karanth, S. D. (2024). Household income is associated with chronic pain and high-impact chronic pain among cancer survivors: A cross-sectional study using NHIS data. Cancers (Basel), 16(16), 2847. https://doi.org/10.3390/cancers16162847.

89. Morrissey, A. M., O'Neill, A., O'Sullivan, K., & Robinson, K. (2022). Complementary and alternative medicine use among older adults with musculoskeletal pain: Findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *British Journal of Pain*, 16(1), 109–118. https://doi.org/10.1177/20494637211023293.

90. Yen, L., Jowsey, T., & McRae, I. S. (2013). Consultations with complementary and alternative medicine practitioners by older Australians: Results from a national survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13, 73. https://doi.org/10.1186/1472-6882-13-73.

91. Chatterjee, A. (2021). Why do chronic illness patients decide to use complementary and alternative medicine? A qualitative study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 43, 101363. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101363.

92. Jain, N., & Astin, J. A. (2001). Barriers to acceptance: An exploratory study of complementary/alternative medicine disuse. *The Journal of Alternative and*

Complementary Medicine, 7(6), 689–696. https://doi.org/10.1089/10755530152755243.

93. Burke, A., Nahin, R. L., & Stussman, B. J. (2015). Limited health knowledge as a reason for non-use of four common complementary health practices. *PLoS ONE*, 10(6), e0129336. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129336.

94. Meregaglia, M., Malandrini, F., Finch, A. P., Ciani, O., & Jommi, C. (2023). EQ-5D-5L population norms for Italy. *Applied Health Economics and Health Policy*, 21(2), 289–303. https://doi.org/10.1007/s40258-022-00772-7.

95. Grochtdreis, T., Dams, J., König, H. H., & Konnopka, A. (2019). Health-related quality of life measured with the EQ-5D-5L: Estimation of normative index values based on a representative German population sample and value set. *The European Journal of Health Economics*, 20(6), 933–944. https://doi.org/10.1007/s10198-019-01054-1.

96. Obradovic, M., Lal, A., & Liedgens, H. (2013). Validity and responsiveness of EuroQol-5 Dimension (EQ-5D) versus Short Form-6 Dimension (SF-6D) questionnaire in chronic pain. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 110. https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-110.

97. Torrance, N., Lawson, K. D., Afolabi, E., Bennett, M. I., Serpell, M. G., Dunn, K. M., & Smith, B. H. (2014). Estimating the burden of disease in chronic pain with and without neuropathic characteristics: Does the choice between the EQ-5D and SF-6D matter? *Pain*, 155(10), 1996–2004. https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.07.001.

98. Barton, G. R., Sach, T. H., Avery, A. J., Doherty, M., Jenkinson, C., & Muir, K. R. (2009). Comparing the performance of the EQ-5D and SF-6D when measuring the benefits of alleviating knee pain. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 7(12). https://doi.org/10.1186/1478-7547-7-12.

99. Harrison, M. J., Davies, L. M., Bansback, N. J., McCoy, M. J., Verstappen, S. M., Watson, K., & Symmons, D. P. (2009). The comparative responsiveness of the EQ-5D and SF-6D to change in patients with inflammatory arthritis. *Quality of Life Research*, 18(9), 1195–1205. https://doi.org/10.1007/s11136-009-9539-2.

100. Fong, H. Y., Choi, S. K., Leung, M. W., et al. (2024). Determinants of health-related quality of life in older people with chronic musculoskeletal pain: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 24, 119. https://doi.org/10.1186/s12877-024-04669-z.

101. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. (2023). Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: A systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatology*, 5, e316–e329. https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00098-X

103. Dolan P. Modeling valuations for EuroQol health states. *Med Care.* 1997 Nov;35(11):1095-108. doi: 10.1097/00005650-199711000-00002. PMID: 9366889.

Ελληνική

81. Galanis, P. (2017). Methodological design of studies. *Archives of Hellenic Medicine*, 34, 559–566.

Διαδικτυακές Πηγές

1. International Association for the Study of Pain. (n.d.). Definitions of chronic pain syndromes. Retrieved November 3rd, 2024, from https://www.iasp-pain.org/advocacy/definitions-of-chronic-pain-syndromes/.

7. World Health Organization. (2011). World report on disability. Retrieved January 23rd, 2025, from https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182.

27. U.S. Department of Health and Human Services. (2019). Pain management best practices inter-agency task force report: Updates, gaps, inconsistencies, and recommendations. Retrieved February 2nd, 2025, from https://www.hhs.gov/ash/advisory-committees/pain/reports/index.html.

28. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: Assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. NG193. Retrieved March 14th, 2025, from https://www.nice.org.uk/guidance/ng193.

31. European Pain Federation. (n.d.). What is the bio-psycho-social model of pain? Retrieved January 5th, 2025, from https://europeanpainfederation.eu/what-is-the-bio-psycho-social-model-of-pain/.

33. Dydyk, A. M., & Conermann, T. (2024). Chronic pain. In *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Retrieved December 3rd, 2024, from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553030/.

40. Complementary and Alternative Health Care Industry | EBSCO Research Starters. (n.d.). EBSCO. Retrieved February 22th, 2025, from https://www.ebsco.com/research-starters/consumer-health/complementary-and-alternative-health-care-industry.

41. NHS. (2018, April 9). Complementary and alternative medicine. Retrieved January 5th, 2025, from https://www.nhs.uk/conditions/complementary-and-alternative-medicine/.

42. National Library of Medicine. (2018). Complementary and alternative medicine. In *Collection Development Guidelines of the National Library of Medicine*. Retrieved January 15th, 2025, from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518811/.

47. World Health Organization. (n.d.). Traditional, complementary and integrative medicine. Retrieved February 1st, 2025, from https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine.

48. World Bank. (2014). Health expenditure per capita (current US$). Retrieved February 12th, 2025, from http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP.

49. World Health Organization. (2017). WHO health in transition series. Retrieved February 12th, 2025, from http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits.

52. TaxHeaven. (n.d.). Κ.Α.Δ. https://www.taxheaven.gr/codes/kad?page=673. Ημερομηνία πρόσβασης 1 Φεβρουαρίου 2025.

53. Expat Focus. (2023, August 5). Greece - Complementary and alternative medicine. Retrieved February 1st, 2025, from https://www.expatfocus.com/greece/guide/greece-complementary-and-alternative-medicine.

55. Υπουργείο Υγείας. (n.d.). Θετική λίστα. https://www.moh.gov.gr/articles/times-farmakwn/thetikh-lista/. Ημερομηνία πρόσβασης 1 Φεβρουαρίου 2025.

56. ΟΜ.Κ.Ε. (14 Φεβρουαρίου, 2022). 'Τροποποίηση και αντικατάσταση της με αριθμ. πρωτ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/19-06-2018 (Β΄ 2315) κοινής υπουργικής απόφασης, με περιεχόμενο «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)» (ΦΕΚ 4898/2018)'. https://www.omke.gr/nomoi/fek-4898-2018/. Ημερομηνία πρόσβασης 1 Φεβρουαρίου 2025.

57. ΔικαίωμΑ Νομική Βάση. (n.d.). 'Άρθρο 45: Θεραπείες ειδικής αγωγής (ΥΑ ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157 ΦΕΚ Β 4898 2018): Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του ΕΟΠΥΥ'. https://dikaioma.autismthessaly.gr/blog/dt_articles/eidikes-therapeies-logotherapeies-ergotherapeies/. Ημερομηνία πρόσβασης 1 Φεβρουαρίου 2025.

58. ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α. (n.d.). 'Η Ρεφλεξολογία ως συμπληρωματική αγωγή στο Ιατρείο Πόνου του Αρεταίειου Νοσοκομείου'. https://grpalliative.gr/testimonials/i-reflexologia-os-sympliromatiki-agogi-sto-iatreio-ponoy-toy-aretaieioy-nosokomeioy/. Ημερομηνία πρόσβασης 1 Φεβρουαρίου 2025.

82. EuroQol. (n.d.). EuroQol, helping the world make better health decisions. Retrieved February 2nd, 2025, from https://euroqol.org/.

88. EHFCN. (2024, November 27). Greece. March 15th, 2025, from https://ehfcn.org/home/members/greece/.

102. World Bank. (n.d.). World Bank country and lending groups – World Bank Data Help Desk. Retrieved March 15th, 2025, from https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups.