



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΝΕΟΦΩΤΙΣΤΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Αίγιο, 2014

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πριν συνεχίσω με την παρουσίαση της εργασίας μου θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους εκείνους που συνέβαλαν ουσιαστικά στην πραγματοποίησή της.

Πρωτίστως θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους εθελοντές για την ευγένεια και προθυμία που επέδειξαν να συμμετάσχουν στην έρευνα μου αλλά και για τη διάθεση του πολύτιμου χρόνου τους.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους υπεύθυνους του φυσικοθεραπευτηρίου του ομίλου ΙΑΣΩ, τον κ. Κωνσταντίνο Ψαρογιώργο και τον κ. Σταύρο Τόιλο που μου έδωσαν την έγκριση ώστε να μοιραστούν ερωτηματολόγια στον χώρο τους. Επίσης ευχαριστώ τον κ. Αλέξανδρο Τηλικίδη ιδρυτή της Ακαδημίας Αρχαίας Ελληνικής και Κινέζικης Ιατρικής που μου επέτρεψε την διανομή ερωτηματολογίων στην ακαδημία του.

Μεγάλες ευχαριστίες για την συνεργασία οφείλω στον καθηγητή και εισηγητή μου, Δρ. Κωνσταντίνο Κουτσογιάννη για την τιμή που μου έκανε δίνοντας μου την ευκαιρία να πραγματοποιήσω την ιδέα μου και να υλοποιήσω την πτυχιακή μου εργασία, καθώς επίσης και γιατί στάθηκε σύμβουλος και αρωγός καθ' όλη τη διάρκεια της διαμόρφωσης και ολοκλήρωσης της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην Δρ. Σοφία Λαμπροπούλου για την σύσταση της στον κ. Σαλμά Παναγιώτη φυσικοθεραπευτή του Νοσοκομείου “Ευαγγελισμός” και βελονιστή . Όπως και τον ίδιο τον κ. Σαλμά καθώς στάθηκε σημαντικός σύμβουλος και βοηθός όλο το διάστημα εκπόνησης αυτής της εργασίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω επίσης την καθηγήτρια κ. Βασιλειάδη για την αποδοχή της να απαντήσει η ίδια στο ερωτηματολόγιο μου αλλά και για την προθυμία της να το προωθήσει σε συνεργάτες της.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την αμέριστη συμπαράσταση αλλά και στήριξη της όλα αυτά τα χρόνια και ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας μας αφού ήταν για μένα μια ιδιαίτερα δύσκολη και απαιτητική περίοδος της ζωής μου.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο άνθρωπος είναι ένας πολύπλοκος και πολυσύνθετος ζωντανός οργανισμός, ο οποίος αισθάνεται και σκέφτεται. Τα συναισθήματα του ο άνθρωπος δεν μπορεί να τα δει, μπορεί όμως να τα νιώσει στο σώμα του, κάτι που δείχνει την επίδραση που έχουν και εντέλει τη μεταβολή που προκαλούν στο σώμα και το αντίστροφο. Οι σκέψεις, υποσυνείδητες ή συνειδητές, διεγείρουν σωματικές λειτουργίες και άμεσα ή σταδιακά φέρνουν αλλαγές στο σώμα. Το παραμικρό ερέθισμα είτε αυτό συμβαίνει μέσω των πέντε αισθήσεων, ενός συναισθήματος ή μία σκέψης αποθηκεύεται στα κύτταρα (κυτταρική μνήμη) του εγκεφάλου και όλου του σώματος. Είναι γνωστό εδώ και δεκαετίες ότι ολόκληρο το σώμα είναι ένας αποθηκευτικός χώρος εμπειριών. Οτιδήποτε έχει συμβεί στη ζωή ενός ανθρώπου, οποιοδήποτε γεγονός, αφού επεξεργαστεί και φιλτραριστεί από το νευρικό σύστημα παραμένει ως πληροφορία και επηρεάζει το σώμα.

Η Υγεία του ανθρώπου σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) είναι "η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας". Βασική αρχή της ολιστικής υγείας είναι ότι δεν μπορούμε να ξεχωρίσουμε την υγεία του σώματος μας από την συναισθηματική, τη νοητική και την πνευματική κατάσταση της ύπαρξής μας. Έτσι λοιπόν, όταν υπάρχει μια σωματική διαταραχή, το σώμα αντιδρά και ενημερώνει, ότι πρέπει να ψάξει ο άνθρωπος πιο βαθιά τη συναισθηματική του κατάσταση, τις σκέψεις του και τη συμπεριφορά του, για να διαπιστώσει τι μπορεί να κάνει ώστε να επαναφέρει τη φυσική αρμονία και ισορροπία. Όταν ο οργανισμός νοσεί, έχει μπλοκαριστεί η ροή ζωτικής ενέργειας σε όλα τα επίπεδα της ύπαρξής μας. Εξάλλου και ο πατέρας της Ιατρικής, ο Ιπποκράτης, δεν εντοπίζει τη νόσο στα όργανα. Θεωρεί πως ο άρρωστος αποτελεί ενιαία ψυχοσωματική οντότητα και ότι η αρρώστια διέπεται από φυσικούς νόμους.

Η εποχή που ζούμε θεωρείται μια ενδιαφέρουσα περίοδος της ανθρώπινης ιστορίας. Σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, επιστήμη, πολιτική, οικονομία, οικολογία, θέατρο, μουσική παρατηρούνται ουσιαστικές αλλαγές. Αυτές οι αλλαγές αναγκαστικά διεισδύουν και στο χώρο της Ιατρικής. Έτσι η καθαρά υλιστική άποψη για τη δομή του κόσμου αρχίζει να αμφισβητείται και ταυτόχρονα να ερευνάται η ενεργειακή δομή που συνυπάρχει με την ύλη. Η αντίληψη για τον άνθρωπο ως ολοκληρωμένο ον αρχίζει να αντικαθιστά τις απόψεις της σύγχρονης Ιατρικής, που βλέπει τον άνθρωπο σαν τμήματα, δηλαδή σαν όργανα, όχι ως σύνολο. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο γίνονται γνωστές ξανά οι εναλλακτικές θεραπείες (βελονισμός, σιάτσου, ομοιοπαθητική, αρωματοθεραπεία, οστεοπαθητική, ιριδολογία κ.ά.).

Ο βελονισμός είναι μία πανάρχαια θεραπευτική μέθοδος, η οποία χρησιμοποιείται και σήμερα, έχοντας υποστεί με την πάροδο των αιώνων πολλές τροποποιήσεις και βελτιώσεις. Είναι μέρος της αρχαίας τεχνικής της Κινέζικης παραδοσιακής ιατρικής, η οποία στηρίζεται στην εφαρμογή βελονών σε ειδικά σημεία του σώματος, σημεία που τα ενώνουν οι λεγόμενοι μεσημβρινοί. Σε αυτά τα σημεία προκαλείται συχνά μπλοκάρισμα της ενέργειας απ' όπου ξεκινούν και όλα τα παθολογικά προβλήματα. Ο Βελονισμός βασίζεται στην Κινέζικη Φιλοσοφία, η οποία μας μιλάει για μια ενέργεια διπολική, που ρυθμίζει το σύμπαν και καθετί που βρίσκεται μέσα σ' αυτό. Οι ενέργειες αυτές είναι το yang και το yin. Όπου υπάρχει yang υπάρχει και yin και το αντίθετο. Αν χωρίσουν αυτά τα δύο, η δύναμη της ζωής χάνεται. Με τη βελονοθεραπεία ενεργοποιούνται μηχανισμοί αυτό-ίασης, που για κάποιους λόγους

υπολειπορούσαν, ή ερεθίζονται για πιο έντονη λειτουργία. Ο ασθενής μετά από μερικές συνεδρίες ανακουφίζεται συχνά από πολλά συμπτώματα, κυρίως όμως και σε πολλές των περιπτώσεων, από τα αίτια που δημιουργούν τα συμπτώματα αυτά.

Η παρούσα πτυχιακή μελέτη δημιουργήθηκε με σκοπό να παρουσιάσει τη μέθοδο του βελονισμού και την αξία της θεραπευτικής του δύναμης αλλά και την δυνατότητα ένταξης του στα σύγχρονα προγράμματα φυσικοθεραπείας. Μέσω αυτής της εργασίας γίνεται προσπάθεια παρουσίασης μια καινούργιας προοπτικής εκπαίδευσης και δραστηριοποίησης ενός φυσικοθεραπευτή, ένα ακόμα εργαλείο αποκατάστασης για την επίτευξη ενός ολοκληρωμένου, άρτιου και με σεβασμό στον άνθρωπο αποτελεσματικού προγράμματος φυσικοθεραπείας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η δημιουργία της παρούσας εργασίας είναι μια προσπάθεια ανάδειξης της θεραπευτικής δράσης του βελονισμού και των οφειλών που προσφέρει σε συνδυασμό με την φυσικοθεραπεία σαν ένα άρτιο και πολύπλευρο πρόγραμμα αποκατάστασης.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη δημιουργήθηκε με κίνητρο να συλλέξει πληροφορίες για τον βελονισμό, τα οφέλη του, την αποτελεσματικότητα του και την δημοτικότητα του στην Ελλάδα του 21ου αιώνα. Εξετάζονται οι απόψεις των βελονιστών-θεραπευτών και κυρίως οι απόψεις των φυσικοθεραπευτών που εφαρμόζουν την θεραπευτική του βελονισμού στα προγράμματα αποκατάστασης. Στόχος είναι να διαπιστωθεί η προοπτική ένταξης του βελονισμού σαν συμπληρωματικό μέσο αποκατάστασης ενός προγράμματος φυσικοθεραπείας. Παράλληλα εξετάζεται η απήχηση του βελονισμού από τους ασθενείς, η ανταπόκριση τους σε αυτή την μέθοδο, οι απόψεις και τα συμπεράσματα τους.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη κατά την οποία δημιουργήθηκαν ερωτηματολόγια για βελονιστές και ασθενείς. Μοιράστηκαν ερωτηματολόγια σε 21 βελονιστές-θεραπευτές οι οποίοι ήταν κυρίως φυσικοθεραπευτές και καταγράφηκαν οι απόψεις τους, οι τεχνικές βελονισμού που χρησιμοποιούν, τα περιστατικά που αντιμετωπίζουν και η απήχηση που θεωρούν ότι έχει σήμερα στους ασθενείς η μέθοδος αυτή. Επίσης μοιράστηκαν ερωτηματολόγια σε 50 ασθενείς και συλλέχθηκαν οι απόψεις τους, οι γνώσεις τους για τον βελονισμό, οι λόγοι για τους οποίους προτίμησαν τη μέθοδο αυτή και τα αποτελέσματα που διαπίστωσαν.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν τη θετική ανταπόκριση των βελονιστών και των ασθενών απέναντι στη θεραπευτική μέθοδο του βελονισμού. Φάνηκε ότι οι περισσότεροι βελονιστές είχαν πολυετή πείρα και θεωρούσαν αποτελεσματική την χρήση της θεραπευτικής του βελονισμού σε πλήθος παθήσεων με κύριο όφελος την μείωση του πόνου. Οι ασθενείς καταγράφηκε πώς προτιμούν το βελονισμό σε σχέση με άλλες θεραπείες καθώς θεωρούν ότι είναι ανώδυνη, αποτελεσματική και χωρίς παρενέργειες μέθοδος. Οι ασθενείς φάνηκε να προτιμούν τον βελονισμό κυρίως για την θεραπεία μυοσκελετικών και χρόνιων προβλημάτων.

Συμπεράσματα: Μέσα από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν και από την εκτεταμένη διεθνή βιβλιογραφία διαπιστώθηκε ότι ο βελονισμός είναι μια σημαντική θεραπευτική μέθοδος. Μάλιστα ο βελονισμός στο μέλλον μπορεί να αποτελέσει ένα ακόμα κομμάτι της κατάρτισης ενός φυσικοθεραπευτή αφού η εφαρμογή του σε συνδυασμό με τις τεχνικές και τα μέσα αποκατάστασης που διαθέτει ένας φυσικοθεραπευτής μπορεί να επιφέρει άριστα αποτελέσματα θεραπείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	i
Πρόλογος	ii
Περίληψη	iv
Πίνακας περιεχομένων	v
Κατάλογος εικόνων- πινάκων	viii
Κατάλογος διαγραμμάτων	x
Εισαγωγή	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗΣ ΚΙΝΕΖΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ.....	5-22
1.1 Εισαγωγή στην Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική	6
1.2 Η θεωρία του Γιν- Γιανγκ	7
1.3 Η θεωρία των 5 στοιχείων	9
1.4 Η θεωρία των 8 αρχών	12
1.5 Τα Zang- Fu όργανα	13
1.6 Η ενέργεια Τσι (Qi), το αίμα και οι ζωτικές ουσίες	13
1.7 Μεσημβρινοί	17
1.8 Παράγοντες ασθένειας	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ.....	23-43
2.1 Ορισμός Βελονισμού	24
2.2 Αναγνωρισιμότητα Βελονισμού.....	25
2.3 Είδη Βελονισμού	26
2.4 Εφαρμογή του Βελονισμού	28
2.5 Τεχνικές Βελονισμού.....	29
2.6 Τρόποι διάγνωσης ασθένειας	36
2.7 Χειρισμοί βελόνας.....	37
2.8 Ενδείξεις του βελονισμού	38
2.9 Αντενδείξεις προφυλάξεις και διαχείριση ατυχημάτων.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΟΣ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ: ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ.....	44-61
3.1 Εισαγωγή στη Δυτική προσέγγιση του βελονισμού.....	45
3.2 Λίγα λόγια για το Νευρικό Σύστημα.....	46

3.3 Βελονισμός και αναλγησία	52
3.4 Δράση βελονισμού μέσω του Νευρικού συστήματος.....	52
3.5 Χαρακτηριστικά και παράμετροι διέγερσης των σημείων βελονισμού.....	53
3.6 Θεωρίες δράσης του βελονισμού.....	53
3.7 Νευρωνική θεωρία του βελονισμού	55
3.8 Νευροφυσιολογική δράση του βελονισμού.....	59
3.9 Συνολική προσέγγιση της θεραπευτικής αξίας του βελονισμού.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΣΗΜΕΙΑ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥΣ.....	62-69
4.1 Κατηγοριοποίηση σημείων βελονισμού	63
4.2 Δράσεις σημείων βελονισμού	63
4.3 Γενικές αρχές θεραπείας και επιλογή σημείων βελονισμού.....	64
4.4 Αναλγητικά σημεία βελονισμού.....	65
4.5 Αντιϊσταμινική δράση σημείων βελονισμού	65
4.6 Σημεία βελονισμού με γενική δράση	66
4.7 Παρασπονδυλικά σημεία βελονισμού.....	66
4.8 Σημεία βελονισμού που υπακούουν στην Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική.....	67
4.9 Συμπτωματικά σημεία βελονισμού.....	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Ο ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΣΑΝ ΜΕΣΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗ	
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	70-77
5.1 Βελονισμός και φυσικοθεραπεία.....	71
5.2 Βελονισμός και μυοσκελετικά σύνδρομα	72
5.3 Βελονισμός και στοματογναθικός πόνος	73
5.4 Ηλεκτροβελονισμός και επικονδυλίτιδα	74
5.5 Βελονισμός και οσφυαλγία.....	75
5.6 Βελονισμός και οστεοαρθρίτιδα γόνατος	76
5.7 Λίγα λόγια για την χρήση του ηλεκτροβελονισμού	77
ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	78-80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	81-83
6.1 Μεθοδολογία.....	82

6.2 Δείγμα υπό μελέτη.....	82
6.3 Χρόνος και τόπος που πραγματοποιήθηκε η έρευνα.....	82
6.4 Συλλογή δεδομένων	83
6.5 Κωδικοποίηση και στατιστική	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	84-133
7.1 Αποτελέσματα από τα ερωτηματολόγια των βελονιστών.....	85
7.2 Αποτελέσματα από τα ερωτηματολόγια των ασθενών	110
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ	134-144
8.1 Ανάλυση αποτελεσμάτων για τους βελονιστές.....	135
8.2 Γενικά σημεία συζήτησης και συμπεράσματα για τις απόψεις των βελονιστών.....	138
8.3 Ανάλυση αποτελεσμάτων θεραπευόμενων	140
8.4 Γενικά σημεία συζήτησης και συμπεράσματα για τις απόψεις των θεραπευόμενων.....	141
8.5 Δημοτικότητα βελονισμού	143
8.6 Περιορισμοί μελέτης	143
8.7 Συμπεράσματα	143
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ- ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ	145-149
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	150
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	153

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ- ΠΙΝΑΚΩΝ

- Εικόνα 1.1:** Η ισορροπία της φύσης μέσα από το νόμο του Γιν- Γιανγκ. (<http://blitzconditioning.com/yinyang-test>)
- Εικόνα 1.2:** Ο άνθρωπος σαν κομμάτι του σύμπαντος. (<http://www.comicvine.com>)
- Εικόνα 1.3:** Τα πέντε στοιχεία και οι σχέσεις που τα διέπουν (http://alttherapy.blogspot.gr/2012/11/blog-post_8185.html#axzz3lsMXHGOn)
- Εικόνα 1.4:** Παραγωγικός κύκλος των πέντε στοιχείων. (Τηλικίδης, 1999)
- Εικόνα 1.5:** Σχέση ελέγχου των πέντε στοιχείων. (Τηλικίδης, 1999)
- Εικόνα 1.6:** Σχέση υπερελέγχου. (Τηλικίδης, 1999)
- Εικόνα 1.7:** Σχέση αντιελέγχου. (Τηλικίδης, 1999)
- Εικόνα 1.8:** Ταξινομήσεις της ενέργειας Τσι (Qi). (τροποποιημένη εικόνα από: Καράβης, 2011)
- Εικόνα 1.9:** Πρόσθια και οπίσθια σωματική κατανομή των πρωτευόντων μεσημβρινών. (http://ianisdo-anando2.blogspot.gr/2012_07_20_archive.html, 2014)
- Εικόνα 1.10:** Κατανομή Αγγείου Συλλήψεως. (<http://www.care.gr/post/1073/oi-paradosiakoi-mesimvrinoi-kai-ta-simeia-velonismou>)
- Εικόνα 1.11:** Κατανομή Κυβερνητικού Αγγείου. (<http://www.care.gr/post/1073/oi-paradosiakoi-mesimvrinoi-kai-ta-simeia-velonismou>)
- Εικόνα 2.1:** Τα κύρια μέρη μιας βελόνας. (<http://www.chinesemedicineliving.com/blog/acupuncture/anatomy-of-an-acupuncture-needle>)
- Εικόνα 2.2:** Κατάλληλη τοποθέτηση ασθενή στην καθιστή θέση για την εφαρμογή βελονισμού. (Liangyue et al., 1993)
- Εικόνα 2.3:** Κατάλληλες θέσεις ασθενή για την εφαρμογή βελονισμού. (Liangyue et al., 1993)
- Εικόνα 2.4:** Κατάλληλες θέσεις ασθενή για την εφαρμογή βελονισμού στα άνω άκρα και το κεφάλι. (Liangyue et al., 1993)
- Εικόνα 2.5:** Τεχνική έπαρσης της βελόνας με κάθετη πίεση. (Liangyue et al., 1993)
- Εικόνα 2.6:** Έπαρση της βελόνας με χειρισμό και των δύο χεριών. (Liangyue et al., 1993)
- Εικόνα 2.7:** Έπαρση της βελόνας με διάταση του δέρματος. (Liangyue et al., 1993)
- Εικόνα 2.8:** Έπαρση της βελόνας με συμπίεση του δέρματος. (Liangyue et al., 1993)
- Εικόνα 2.9:** Γωνίες έπαρσης της βελόνας. (<http://www.care.gr/post/1078/texnikes-eisodoutis-velonas-velonismou>)

Εικόνα 2.10: Μονάδα μέτρησης απόστασης σημείων βελονισμού.
(http://www.tcmstudent.com/study_tools/Cun%20Measurements.html)

Πίνακας 1.1: Ιδιότητες γιν- γιανγκ. (Τροποποιημένος πίνακας από: Τηλικίδης, 1999)

Πίνακας 1.2: Η εφαρμογή της θεωρίας γιν- γιανγκ στην ανατομία και φυσιολογία του σώματος. (Τροποποιημένος πίνακας από: Τηλικίδης, 1999)

Πίνακας 1.3: Σχέση υπερβολής- ανεπάρκειας. (Τροποποιημένος πίνακας από: Τηλικίδης, 1999)

Πίνακας 1.4: Σχέση εσωτερικού- εξωτερικού. (Τροποποιημένος πίνακας από: Τηλικίδης, 1999)

Πίνακας 2.1: Τμήμα ενδεικτικού καταλόγου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.
(Τροποποιημένος και μεταφρασμένος πίνακας από: Καράβης, 1999)

Πίνακας 2.2: Τμήμα ενδεικτικού καταλόγου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.
(Τροποποιημένος και μεταφρασμένος πίνακας από: Καράβης, 1999)

Πίνακας 2.3: Η αποτελεσματικότητα του βελονισμού στον πόνο. (Τροποποιημένος πίνακας από: Καράβης, 1999)

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 7.1-1: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο τους.

Διάγραμμα 7.1-2: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με την ηλικία τους.

Διάγραμμα 7.1-3: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το βασικό τους επάγγελμα.

Διάγραμμα 7.1-4: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευση

Διάγραμμα 7.1-5: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων ανάλογα με την χώρα που διδάχθηκαν το βελονισμό.

Διάγραμμα 7.1-6: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσα έτη διήρκεσε η εκπαίδευση τους.

Διάγραμμα 7.1-7: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων για τα έτη επαγγελματικής τους ενασχόλησης με τον βελονισμό.

Διάγραμμα 7.1-8: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων στο ερώτημα αν κατά την προσωπική τους εκτίμηση η Ανατολική φιλοσοφία του βελονισμού αντικρούεται με την Δυτική φιλοσοφία ή όχι.

Διάγραμμα 7.1-9: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων στην ερώτηση αν θεωρούν τον βελονισμό κύρια ή συμπληρωματική μέθοδο θεραπείας.

Διάγραμμα 7.1-10: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων στην ερώτηση αν θεωρούν τον βελονισμό ως μονοθεραπεία.

Διάγραμμα 7.1-11: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων στην ερώτηση αν θεωρούν ότι ο βελονισμός μπορεί να αντικαταστήσει την επεμβατική μέθοδο.

Διάγραμμα 7.1-12: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων στην ερώτηση αν ο βελονισμός χρησιμοποιείται σε αντικατάσταση φαρμακευτικής αγωγής.

Διάγραμμα 7.1-13: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το ποια μέθοδο βελονισμού χρησιμοποιούν.

Διάγραμμα 7.1-14: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το ηλικιακό φάσμα των ασθενών τους.

Διάγραμμα 7.1-15: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν θεωρούν πιο θετικούς τους άνδρες ή τις γυναίκες στη θεραπεία με βελονισμό.

Διάγραμμα 7.1-16: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων στο ερώτημα αν με την εφαρμογή βελονισμού έχουμε άμεσα αποτελέσματα θεραπείας.

Διάγραμμα 7.1-15: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν έχει αυξηθεί η απήχηση του βελονισμού στην Ελλάδα τα τελευταία έτη.

Διάγραμμα 7.1-18: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν οι ασθενείς αποδέχονται τον βελονισμό ως κύρια μέθοδο θεραπείας.

Διάγραμμα 7.1-19: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με τους λόγους που οι ασθενείς τους κατέφυγαν στη μέθοδο του βελονισμού.

Διάγραμμα 7.1-20: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν οι ασθενείς είναι επιφυλακτικοί κατά την έναρξη της θεραπείας.

Διάγραμμα 7.1-21: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν οι ασθενείς γνωρίζουν για την δράση του βελονισμού.

Διάγραμμα 7.1-22: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν η εμφάνιση πόνου κατά την εφαρμογή του βελονισμού είναι ανασταλτικός παράγοντας για την εξέλιξη της θεραπείας.

Διάγραμμα 7.1-23: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν ο φόβος του πόνου είναι ανασταλτικός παράγοντας για την εξέλιξη της θεραπείας.

Διάγραμμα 7.1-24: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με την άποψη τους για το αν η εμφάνιση πόνου κατά την εφαρμογή βελονισμού σχετίζεται με την ανοχή των ασθενών στον πόνο ή με τη μέθοδο θεραπείας που χρησιμοποιείται.

Διάγραμμα 7.1-25: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν μπορούν να εμφανιστούν παρενέργειες μετά την εφαρμογή βελονισμού.

Διάγραμμα 7.2-1: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το φύλο τους.

Διάγραμμα 7.2-2: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με την ηλικία τους.

Διάγραμμα 7.2-3: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το επάγγελμα τους.

Διάγραμμα 7.2-4: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευσή τους.

Διάγραμμα 7.2-5: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με τα πώς ενημερώθηκαν για τον βελονισμό.

Διάγραμμα 7.2-6: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν τον βελονισμό εναλλακτική θεραπεία ή ιατρική μέθοδο.

Διάγραμμα 7.2-7: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους τους οποίους έκαναν θεραπεία με βελονισμό.

Διάγραμμα 7.2-8: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με τον αν έχουν ακολουθήσει θεραπεία βελονισμού στο παρελθόν.

Διάγραμμα 7.2-9: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος του βελονισμού που πραγματοποιούσαν το διάστημα της έρευνας.

Διάγραμμα 7.2-10: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το ποίο είδος βελονισμού πραγματοποιούσαν κατά την περίοδο της έρευνας.

Διάγραμμα 7.2-11: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος του βελονισμού που έχουν κάνει στο παρελθόν.

Διάγραμμα 7.2-12: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το είδους του βελονισμού που εφαρμόζαν στο παρελθόν.

Διάγραμμα 7.2-13: : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το τι τους οδήγησε να επιλέξουν το βελονισμό σε σχέση με άλλες μεθόδους.

Διάγραμμα 7.2-14: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με την άποψη τους για το αν ο βελονισμός είναι αποτελεσματικότερος από άλλες μεθόδους θεραπείας.

Διάγραμμα 7.2-15: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν δέχονταν παράλληλα με το βελονισμό άλλος είδος θεραπείας- αγωγής.

Διάγραμμα 7.2-16: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με τον τρόπο που αναζήτησαν βελονιστή.

Διάγραμμα 7.2-17: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν ένιωσαν επιφυλακτικότητα κατά την έναρξη της θεραπείας.

Διάγραμμα 7.2-18: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με την άποψη τους για τον αν η προσέγγιση του βελονιστή επηρεάζει την ομαλή διεξαγωγή της θεραπείας

Διάγραμμα 7.2-19: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το χρονικό διάστημα που είδαν αποτελέσματα από τη χρήση του βελονισμού.

Διάγραμμα 7.2-20: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν κατά την διάρκεια του βελονισμού ένιωσαν πόνο.

Διάγραμμα 7.2-21: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το είδος του πόνου που αισθάνθηκαν κατά την εφαρμογή βελονισμού.

Διάγραμμα 7.2-22: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με τι παρενέργειες που μπορεί να διαπίστωσαν μετά την εφαρμογή του βελονισμού.

Διάγραμμα 7.2-23: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν θα ξαναέκαναν βελονισμό στο μέλλον.

Διάγραμμα 7.2-24: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα πρότειναν την θεραπεία με βελονισμό και σε άλλους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο βελονισμός είναι μια από τις αρχαιότερες επεμβατικές θεραπευτικές τεχνικές που χρησιμοποιείται στον κόσμο. Κοιτίδα της αρχαίας αυτής θεραπευτικής τέχνης θεωρείται η Κίνα. Από αρχαιολογικά ευρήματα και καταγραφές φαίνεται ότι στην Κίνα της Παλαιολιθική εποχής, χρησιμοποιούνταν λίθινα αντικείμενα για την διάνοιξη αποστημάτων, την παροχέτευση πύον και αίματος για θεραπευτικούς σκοπούς. Σε αρχαιολογικές έρευνες σε περιοχές της Μογγολίας, ανάμεσα στα ευρήματα που ανασκάφηκαν, περιλαμβάνονται και λίθινες βελόνες της Νεολιθικής εποχής. Τα ευρήματα αυτά μαρτυρούν την εφαρμογή του Βελονισμού ως θεραπευτικής μεθόδου από τα προϊστορικά χρόνια (Lewith, 1999).

Στην ιστορική περίοδο (από το 2600 π.χ.) ο Χοάνγκ Τι (Κίτρινος Αυτοκράτορας) λέγεται ότι έγραψε ένα μεγάλο ιατρικό έργο που ονομάζεται Νεί Κίνγκ (το Βιβλίο της Ιατρικής) αλλά και το βιβλίο με τίτλο “ Κλασσικά Κείμενα Εσωτερικής Παθολογίας” (Huang Ti Nei Jing – Yellow Emperor’s Classic of Internal Medicine) (White & Ernst, 2004). Από νεότερη σωζόμενη επανέκδοση του Νεί Κίνγκ του 270 μ.Χ. μαθαίνουμε ότι η κινέζικη ιατρική στηρίζεται την εποχή εκείνη στη φαρμακολογία (2000 συνταγές σκευασμάτων από βότανα), στην χειρουργική και στο βελονισμό. Στο Νεί Κίνγκ περιγράφονται οι βασικές θεωρίες: η θεωρία Γιν - Γιανγκ, η θεωρία των πέντε στοιχείων, των σφυγμών, των ζωτικών ουσιών (Τσι, Αίμα, Ιδιοσυστασία, Ενέργεια), των εξωγενών και των ενδογενών παθολογικών παραγόντων (Chon & Lee, 2013). Ο Βελονισμός αναπτύχθηκε στην Κίνα, παράλληλα με τη φιλοσοφία του Ταοϊσμού που διαπιστώνει, ότι το σύμπαν λειτουργεί σε μια διαρκή κυκλική κίνηση. Χαρακτηριστικό αυτής της κίνησης είναι οι μεταβολές, και σ’ αυτή την αρχή υπακούει η φύση και ο άνθρωπος. Είναι ο ίδιος ο κύκλος της ζωής όπως εκδηλώνεται μέσα από μια συνεχή εναλλαγή των εποχών, των στοιχείων της φύσης που βρίσκονται σε μια απόλυτη ισορροπία μεταξύ τους όπως το φως με το σκοτάδι, το αρσενικό με το θηλυκό, το θετικό με το αρνητικό, το πάνω με το κάτω και ούτω καθεξής. Κάθε διατάραξη αυτής της ισορροπίας των αντιθέτων «πόλων» που στα κινέζικα είναι το ΓΙΝ και ΓΙΑΝΓΚ, σημαίνει ανωμαλία τόσο στη φύση όσο και στον άνθρωπο (Wu, 1996).

Μαρτυρίες για την πλήρη ένταξη του βελονισμού στο ιατρικό σύστημα της Κίνας έχουμε από την εποχή της δυναστείας των Τσιν (περίπου το 265-420 μ.Χ.). Στο κλασσικό σύγγραμμα Zhenjiu Jia Yi Jing για πρώτη φορά καθορίζονται επακριβώς τα 349 βασικά σημεία βελονισμού.

Την εποχή της δυναστείας των Τσινγκ (618-907 μ.Χ.) ιδρύθηκε το Αυτοκρατορικό Κολλέγιο Ιατρικής η πρώτη ιατρική σχολή της Κίνας με ξεχωριστό τμήμα βελονισμού.

Στην δυναστεία των Σανγκ (960 - 1279 μ.Χ.) ο βελονισμός εφαρμόζεται και από μεγάλο μέρος των ιατρών ενώ συστηματικά καταγράφονται τα αποτελέσματα των θεραπειών και οι τεχνικές βελονισμού.

Έπειτα από αυτή την περίοδο η Κίνα γνώρισε περιόδους ακμής (δυναστεία των Μίνγκ 1368 – 1644 μ.Χ.) και παρακμής (δυναστεία Dao Guang 1822 – 1950 μ.Χ.) παρόλα αυτά το θεραπευτικό σύστημα του βελονισμού παρέμεινε αναλλοίωτο μέχρι τις μέρες μας.

Στην Δύση, ο πρώτος ιατρός που περιέγραψε τον Βελονισμό ήταν ο Δανός Willem ten Rhijne, τον 17ο αιώνα. Ο ίδιος εργάστηκε στην Ιάβα και εκεί ήρθε σε επαφή με τον Βελονισμό μέσω Ιαπώνων ιατρών. Πολύ αργότερα, τον 19ο αιώνα, συγγράφονται τα πρώτα βιβλία Βελονισμού στην Ευρώπη (Verwaal, 2009). Ο πατέρας του Βελονισμού στην Ευρώπη, είναι ο Γάλλος ιατρός Soulie de Morant ο οποίος έζησε στην Κίνα 20 χρόνια όπου και έμαθε τον Βελονισμό και όταν επέστρεψε στην Γαλλία το 1928, τον διέδωσε σε αρκετούς ιατρούς. Ένας μαθητής του, ο ιατρός De le Fuye, ήταν αυτός που το 1943 ίδρυσε την Γαλλική Εταιρεία Βελονισμού και διοργάνωσε το πρώτο Παγκόσμιο συνέδριο Βελονισμού το 1949. Έκτοτε ο Βελονισμός κέρδιζε συνεχώς έδαφος, λόγω της αποτελεσματικότητας της μεθόδου, για να φτάσουμε το 1972, να γίνει το επίσημο ταξίδι του Προέδρου των ΗΠΑ, Nixon, στην Κίνα. Το ταξίδι αυτό στάθηκε αφορμή για την διάδοση του Βελονισμού στην Δύση. Το 1975 ο Ρώσος καθηγητής Γοϊδέγκο ιδρύει μεγάλη κρατική κλινική στη Μόσχα, όπου εκπαιδεύει μέχρι σήμερα ιατρούς στο Βελονισμό (Ramey & Buell, 2010).

Ο βελονισμός στη Ρωσία συνεχίζει να παρουσιάζει μεγάλη ανάπτυξη, καθώς διδάσκεται επίσημα στις ιατρικές σχολές των εκεί πανεπιστημίων, παράλληλα με πειραματισμούς στη νευροφυσιολογία και τη φωτογράφηση Kirlian. Η εφαρμογή του στην Ευρώπη έχει πάρει νέες διαστάσεις μετά από τα τελευταία δεδομένα σχετικά με τα «αλγινά σημεία» (trigger points) και τη θεωρία του πόνου από τους Melzack και Wall το 1965 (Melzack & Wall, 1984). Το στόχαστρο του επιστημονικού κόσμου επικεντρώνεται τα τελευταία χρόνια και στην αναλγησία κατά την διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων, όπου μέχρι τις μέρες μας γίνονται πολυάριθμα πειράματα.

Στην Ελλάδα, ο Βελονισμός κάνει τα πρώτα βήματα του στις αρχές της δεκαετίας του '70 με σημαντικό υποστηρικτή του τον ιατρό Γιάγκο Καραβή και το 1975 ιδρύεται η Ελληνική Εταιρεία Βελονοθεραπείας. Το 1990 ιδρύεται το Διεθνές Μετεκπαιδευτικό Κέντρο Βελονισμού και το 2000 ιδρύεται το Ερευνητικό Μετεκπαιδευτικό Ινστιτούτο Βελονισμού με έδρα τη Θεσσαλονίκη, με κύριο στόχο την εκπαίδευση των ιατρών της Βόρειας Ελλάδας στην ιατρική πράξη του Βελονισμού. Οι τριακόσιες ώρες θεωρητικής και πρακτικής άσκησης που απαιτούνται για την απόκτηση πτυχίου Ιατρικής Βελονισμού, είναι από τις υψηλότερες στην Ευρώπη αλλά και σε όλο τον κόσμο, εξασφαλίζοντας την άρτια επιστημονική κατάρτιση των Ελλήνων ιατρών Βελονιστών. Το Σεπτέμβριο του 2002, η Ιατρική Εταιρεία Θεσσαλονίκης, που αποτελεί τον αρχαιότερο επιστημονικό φορέα της Βόρειας Ελλάδας, αναγνωρίζει και αποδέχεται την Ιατρική Εταιρεία Βελονισμού Βόρειας Ελλάδας ως το 33^ο μέλος της. Το 2009 η Ιατρική Εταιρεία Βελονισμού Βόρειας Ελλάδας διοργάνωσε το Παγκόσμιο συνέδριο Ιατρικού Βελονισμού με αξιοσημείωτη επιτυχία καθώς παραβρέθηκαν 250 ξένοι και 300 Έλληνες ιατροί Βελονιστές.

Μιλώντας για την ιστορική εξέλιξη του βελονισμού φαίνεται πως στην προσπάθεια κατανόησης του ο παραδοσιακός κινέζικος βελονισμός έχει ερευνηθεί, αλλά και αμφισβητηθεί από πολλούς. Η δυσκολία για επιστημονική απόδειξη της δράσης του, αποτελεί την κυριότερη αιτία γι' αυτήν την αμφισβήτηση, όπως και η απροθυμία πολλών εκπροσώπων του ιατρικού κόσμου να αποδεχτούν κάτι, το οποίο σύμφωνα με πολλές ενδείξεις λειτουργεί (Chon & Lee, 2013). Για τον λόγο αυτό, έχουν ήδη γίνει πολλές προσπάθειες επιστημονικής τεκμηρίωσής του μέσα από συγκριτικές πειραματικές μελέτες. Ιδιαίτερα έχει μελετηθεί η δράση του βελονισμού στην αντιμετώπιση του πόνου, ενώ είναι ευρέως γνωστά πειράματα που έχουν γίνει με εγχειρήσεις, όπου κύριο αναλγητικό ή αναισθητικό μέσο, ήταν ο βελονισμός. Η γέννηση και η συμπεριφορά του ανθρώπινου πόνου (νευροφυσιολογία του πόνου) βασίζεται σε πολύπλοκους μηχανισμούς, πολλοί από τους οποίους μόλις τα

τελευταία χρόνια γίνονται φανεροί στην ιατρική έρευνα και αν μη τι άλλο, εξηγούν πολλά φαινόμενα, τα οποία αποτελούσαν άλυτα μυστήρια για πολλά χρόνια στο παρελθόν (Stux et al., 2003).

Η ονομασία του βελονισμού - acupuncture αποτελείται από τα λατινικά acus που σημαίνει βελόνα και punctura που σημαίνει τρύπημα, αντιστοιχεί στην παραδοσιακή κινέζικη ονομασία Tsen Tsou(καρφωτή βελόνα) (Verwaal, 2009).

Σημείο εκκίνησης της κινέζικης ιατρικής σκέψης αλλά και του βελονισμού λοιπόν, ήταν η διάκριση όλων των στοιχείων του ανθρώπινου σώματος με βάση τα χαρακτηριστικά Γιν και Γιανγκ. Από τη συνεχή αλληλεπίδραση αυτών των δυναμικών ροπών γεννιέται το Τσι, η ζωτική ενέργεια του ανθρώπου. Αυτή η ενέργεια κυκλοφορεί μέσα στο ανθρώπινο σώμα σε συγκεκριμένα κανάλια, τους 14 μεσημβρινούς. Σε κάθε λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού αντιστοιχούν συγκεκριμένοι μεσημβρινοί, πάνω στους οποίους βρίσκονται ενεργειακοί κόμβοι, τα «ενεργά σημεία» του βελονισμού. Από την αρμονική ροή της ενέργειας του σώματος μέσα στους μεσημβρινούς, εξαρτώνται οι ζωτικές του λειτουργίες (Vadivelu et al., 2011).

Όταν η ροή διαταράσσεται, υπάρχει άρρωστη ροή ενέργειας. Όταν η ενεργειακή ροή χάνεται το σώμα πεθαίνει. Στόχος του βελονισμού, είναι να διορθώσει κάθε διαταραχή της ενεργειακής ροής, να αποκαταστήσει δηλαδή την ισορροπία του σώματος με την εισαγωγή βελόνων στα σημεία των μεσημβρινών που αντιστοιχούν στη συγκεκριμένη αρρώστια, ελαττώνοντας την υπεραφθονία ενέργειας σε κάποια περιοχή ή αναπληρώνοντας την έλλειψη της (Stux et al., 2003).

Η επιστήμη, έχει αποδείξει την ύπαρξη των μεσημβρινών μετρώντας την ηλεκτρική αντίσταση του σώματος, στα σημεία όπου μπαίνουν οι βελόνες ενώ έχει διαπιστωθεί ότι όταν ένας οργανισμός ασθενεί, τα σημεία που αντιστοιχούν στην ασθένεια πονούν, όταν τα πιέσεις.

Τελικά, με τον κατάλληλο συνδυασμό, οι βελόνες, μπαίνουν στο δέρμα επιφανειακά, ενώ ο ασθενής νιώθει ένα ελαφρό τσίμπημα και δρουν για 15 με 20 λεπτά. Ανάλογα με την ασθένεια, ένας κύκλος από 5 με 10 επισκέψεις μπορεί να έχει πολύ καλά αποτελέσματα.

Από την ιστορική αναδρομή και την εξέλιξη του βελονισμού γίνεται φανερό ότι είναι ένα σύστημα θεραπείας που συμβάλει στην αποκατάσταση των παθολογιών του οργανισμού με σεβασμό προς τον άνθρωπο. Με παρόμοιο τρόπο δρα και η φυσικοθεραπεία αφού κύριο μέλημα της είναι η αποκατάσταση και η ίαση του ασθενή με χρήση μη παρεμβατικών μεθόδων (Payne & Weight, 2013).

Όσο αφορά λοιπόν την τέχνη της φυσικοθεραπείας, φαίνεται να είναι και αυτή απόλυτα συνδεδεμένη με τον άνθρωπο, την υγεία και την ευεξία του. Η Φυσικοθεραπεία προάγει, υποστηρίζει κι αποκαθιστά όχι μόνο την σωματική, αλλά και την ψυχολογική και κοινωνική υγεία, καθώς έχει ως σκοπό την πλήρη επανένταξη του ατόμου στο εργασιακό και κοινωνικό του γίγνεσθαι.

Ο φυσικοθεραπευτής είναι ο ειδικός που μπορεί να βοηθήσει τον κάθε άνθρωπο να προσεγγίσει την προσωπική του συνταγή ευεξίας, μέσα από παρεμβάσεις με φυσικά μέσα και τεχνικές χωρίς φάρμακα ή χειρουργείο, αλλά μέσα από συμβουλές υγείας, εργονομίας, και γενικότερης αλλαγής στη στάση ζωής.

Μέσω της φυσικοθεραπείας ο άνθρωπος μαθαίνει πώς να είναι λειτουργικός και ευτυχισμένος στην καθημερινότητά του, αναγνωρίζοντας αυτό που ήταν ήδη γνωστό κατά την ελληνική αρχαιότητα, δηλαδή πως ο άνθρωπος αποτελείται από πνεύμα, σώμα και

ψυχή, και πως η ισορροπία μεταξύ τους είναι εκείνη που πραγματικά προσδιορίζει το επίπεδο της υγείας ενός ανθρώπου.

Φαίνεται πως τόσο ο βελονισμός όσο και η φυσικοθεραπεία είναι δυο τέχνες που έχουν σαν επίκεντρο τον άνθρωπο και την θεραπεία του σώματος του άλλα και των ψυχοσυναισθηματικών λειτουργιών του. Αυτό είναι και το βασικό ζήτημα που διερευνάται σε αυτή την εργασία. Η παρουσίαση της τέχνης του βελονισμού και η συμβολή στην αποτελεσματικότητα της φυσικοθεραπείας (Payne & Weight, 2013).

1⁰ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗΣ ΚΙΝΕΖΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΚΙΝΕΖΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Η Κινεζική ιατρική είναι ένα πλήρες και ανεξάρτητο σύστημα θεωρίας και πρακτικής που έχει αναπτυχθεί τουλάχιστον δυο χιλιετίες πριν. Βασισμένη σε αρχαία κείμενα, είναι το αποτέλεσμα μιας συνεχούς διαδικασίας κριτικής σκέψης καθώς και εκτεταμένων κλινικών παρατηρήσεων και δοκιμών. Αντιπροσωπεύει μια λεπτομερή διατύπωση και αναδιατύπωση υλικών από αναγνωρισμένους κλινικούς και θεωρητικούς. Στηρίζεται όμως και στη φιλοσοφία, τη λογική, την ευαισθησία και τις συνήθειες ενός πολιτισμού εντελώς ξένου προς το δικό μας, γι' αυτό και έχει αναπτύξει τη δική της αντίληψη για το σώμα, την υγεία και την ασθένεια.

Μέσα στην Ανατολίτικη κοσμοθεωρία, ένας ανθρώπινος οργανισμός είναι ένας ζωντανός μικρόκοσμος, ένα σύμπαν σε μικρογραφία, ο απόγονος του Ουρανού και της Γης, μια σύντηξη κοσμικών και επίγειων δυνάμεων. Οι άνθρωποι αναγνωρίζονται σαν όντα έχοντας ψυχή με αυτογνωσία που ενσωματώνεται σε φυσική μορφή. Το αόρατο και το ορατό, η ψυχή και το σώμα, είναι αλληλένδετα και αλληλοεξαρτώμενα. Το σώμα παρέχει καταφύγιο για το μυαλό, και το πνεύμα που φωλιάζει ασφαλές μέσα στο σώμα και ζωντανεύει τη φυσική ζωή (Beijing college, 1993).

Ενώ η σύγχρονη ιατρική βασίζεται στην Καρτεσιανή και Νευτώνεια επιστήμη, η Κινεζική ιατρική ενσωματώνεται μέσα στη φιλοσοφία της φύσης. Ένα αξίωμα της Κινεζικής ιατρικής είναι ότι με την παρατήρηση μοτίβων στο φυσικό κόσμο, γίνεται γνωστή και η δυναμική της ανθρώπινης φύσης όπως είναι πάνω έτσι είναι και κάτω. Ο κόσμος είναι μια μοναδική, αδιάρρηκτη ολότητα που υφίσταται τόσο εκτός όσο και εντός. Η λογική της Κινεζικής ιατρικής βασίζεται στη λογική των αντιστοιχιών, δηλαδή πράγματα που σχετίζονται με το ίδιο αντικείμενο, υλικό, άτομο, σχετίζονται και μεταξύ τους. Η ανθρώπινη φυσιολογία και ταυτότητα στην Κινεζική ιατρική προχωρούν με την υπόθεση ότι κάθε άτομο είναι ένα σύμπαν σε μικρογραφία, άρα οι ίδιες δυνάμεις που σχηματίζουν το μακρόκοσμο στροβιλίζουν μέσα στον κάθε οργανισμό, οργανώνοντας το εσωτερικό του. Η ζωή προκύπτει από την μαγνητική αλληλεπίδραση των πολικών δυνάμεων Γιανγκ και Γιν, Ουρανού και Γης, ζέστης και κρύου, ήλιου και σκιάς, ξηρασίας και υγρασίας, καλοκαιριού και χειμώνα. Ακριβώς όπως αυτοί οι διαχωρισμοί είναι σχετικοί έτσι και όλες οι διαδικασίες της ζωής αντιμετωπίζονται σαν ένα μωσαϊκό συνδεδεμένων σχέσεων και συνθηκών (Mole, 2007).



Εικόνα 1.1: Η ισορροπία της φύσης μέσα από το νόμο του καλού και του κακού.

Εν ολίγοις, το ανθρώπινο σώμα αντιμετωπίζεται σαν ένα οικοσύστημα και η γλώσσα της Κινεζικής Ιατρικής βασίζεται σε μεταφορές από τη φύση. Ο κάθε άνθρωπος έχει μια μοναδική περιοχή για να χαρτογραφηθεί, μια ανθεκτική αλλά και ευαίσθητη οικολογία που πρέπει να διατηρηθεί. Όπως ο κηπουρός προσαρμόζει την άρδευση και το λίπασμα, έτσι και οι παραδοσιακοί Κινέζοι γιατροί χρησιμοποιούν τον βελονισμό, τα βότανα, την τροφή, το μασάζ (Τούι Να) και την άσκηση (Τάι Τσι και Τσι Γκονγκ) για να αποκαταστήσουν και να διατηρήσουν την υγεία.

Η υγεία είναι αποτέλεσμα της ισορροπίας μεταξύ ανταγωνιστικών δυνάμεων. Με απλά λόγια, η διάγνωση αναγνωρίζει την ανισορροπία, ενώ η θεραπεία στοχεύει στην επαναφορά της αρμονίας. Ενώ στη Δυτική ιατρική, η διάγνωση είναι μια προσπάθεια να καθοριστεί η ασθένεια, στην Κινεζική ιατρική ο στόχος είναι να αναγνωριστούν μοτίβα δυσαρμονίας. Η υγεία θεωρείται ως η ικανότητα του οργανισμού να ανταποκρίνεται σωστά σε μια ποικιλία προκλήσεων και παράλληλα να διατηρεί την ισορροπία, την ακεραιότητα και την συνάφεια.

Η οντολογία και η παθολογία συνδέονται στενά, το πώς οι άνθρωποι αρρωσταίνουν είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το ποιοι είναι. Η θεωρία της Κινεζικής ιατρικής είναι ολογραφική. Η κάθε όψη της σωματικής ζωής αντικατοπτρίζει το σύνολο του οποίου είναι μέρος, όλα τα μέρη είναι σε συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ τους, και γενικά μοτίβα αντιγράφονται σε κάθε επίπεδο της ανθρώπινης ύπαρξης. Οι κατηγορίες ταξινόμησης στην Κινεζική ιατρική είναι αλληλεξαρτώμενες, βρίσκονται σε μια συνέχεια και δεν είναι ούτε σταθερές ούτε απόλυτες. Το σώμα αντιμετωπίζεται κυρίως ως λειτουργική παρά ως δομική οντότητα (Chaudhury & Rafei, 2001).



Εικόνα 1.2: Ο άνθρωπος σαν κομμάτι του σύμπαντος.

1.2. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΓΙΝ ΚΑΙ ΓΙΑΝΓΚ

Σύμφωνα με την Παραδοσιακή Κινεζική ιατρική η υγεία του οργανισμού είναι αποτέλεσμα της αρμονικής ισορροπίας δύο αντίθετων αλλά συμπληρωματικών δυνάμεων που ονομάζονται Γιν και Γιανγκ. Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι τα πάντα στη φύση (και ο άνθρωπος αφού αποτελεί κομμάτι της) επηρεάζονται από αυτές τις 2 δυνάμεις (Τηλικίδης, 1999).

Κατά την Κινεζική γλώσσα το γιν θεωρείται “ η σκοτεινή, σκιερή, κρύα πλευρά του βουνού.” Γενικά το γιν συνδέεται με την διακοπή, την παύση, την ακινησία και την αδράνεια. Επίσης το γιν αντιπροσωπεύεται από το σκοτάδι, το κρύο, το γαλήνιο, το παθητικό, το εσωτερικό, το κατώτερο, τη γη. Είναι τραχύ, βαρύ και κινείται προς τα κάτω (Πιν. 1.1). Από την άλλη πλευρά, το γιανγκ θεωρείται “η φωτεινή πλευρά του βουνού.” Το γιανγκ συνδέεται με την κίνηση και την δράση. Αντιπροσωπεύεται από το θερμό, το ανήσυχο το ενεργητικό, το εξωτερικό, το ανώτερο, το φώς. Είναι το καθαρό, το ελαφρύ και κινείται προς τα πάνω, έχει την τάση να επεκτείνεται και να διασπείρεται και εκπροσωπείται από τον ουρανό (Lianguye et al., 1993) (Πιν. 1.1).

YIN	YANG
ΣΚΟΤΑΔΙ	ΦΩΣ
ΝΥΚΤΑ	ΜΕΡΑ
ΑΚΙΝΗΣΙΑ	ΚΙΝΗΣΗ
ΚΡΥΟ	ΖΕΣΤΗ
ΦΕΓΓΑΡΙ	ΗΛΙΟΣ
ΓΗ	ΟΥΡΑΝΟΣ
ΧΩΡΟΣ	ΧΡΟΝΟΣ
ΔΥΣΗ	ΑΝΑΤΟΛΗ
ΧΕΙΜΩΝΑΣ	ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΑΝΔΡΑΣ

Πίνακας 1.1: Ιδιότητες γιν- γιανγκ

Συνοψίζοντας, το γιν και το γιανγκ θεωρούνται οι δύο βασικές ενεργειακές μορφές από τις οποίες αποτελούνται όλα τα φαινόμενα, είναι αντίθετες αλλά και παράλληλα αλληλεξάρτητες μορφές της ζωτικής ενέργειας Τσι. Ουσιαστικά, μιλώντας για τις δυνάμεις γιν- γιανγκ μιλάμε για δυνάμεις ακινησίας – κίνησης που αναμφίβολα είναι δύο δυνάμεις που δομούν τα πάντα (Thambirajah, 2009).

ΑΝΑΦΟΡΑ ΒΑΣΙΚΩΝ ΑΡΧΩΝ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΓΙΝ ΚΑΙ ΓΙΑΝΓΚ

1. Αντίθεση γιν και γιανγκ : ουσιαστικά σε αυτή την περίπτωση η αντίθεση δημιουργεί ενότητα και συνεργασία. Υποδηλώνει τη διαφορετικότητα και όχι την ουσιαστική αντίθεση.
2. Αλληλεξάρτηση γιν και γιανγκ : το ένα πρέπει να είναι πάντα ισοδύναμο του άλλου ώστε να διατηρείται η ισορροπία.
3. Ισορροπία μεταξύ των δύο δυνάμεων γιν και γιανγκ.
4. Κυκλική εναλλαγή των δύο δυνάμεων γιν και γιανγκ.
5. Αλληλομεταμόρφωση γιν και γιανγκ.
6. Το ένα ενυπάρχει μέσα στο άλλο.
7. Σχετικότητα μεταξύ γιν και γιανγκ.

Κατά τη θεωρία του γιν και γιανγκ, οι δύο αυτές δυνάμεις πρέπει να βρίσκονται σε πλήρη αρμονία και ισορροπία ώστε να εξασφαλίζεται η σωστή λειτουργία των οργάνων και κατ' επέκταση η υγεία του οργανισμού. Αν για οποιοδήποτε λόγο ένα από τα δύο αποκλίνουν από την ισορροπία τότε μιλάμε για παθολογία η οποία θα είναι φύσεως υπερβολής η ανεπάρκειας(Beijing college, 1993).

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΓΙΝ ΚΑΙ ΓΙΑΝΓΚ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

Χρήση της θεωρίας γιν- γιανγκ φαίνεται πως γίνεται σε όλες τις εφαρμογές της Παραδοσιακής Κινέζικης Ιατρικής. Μάλιστα, ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος της στον τομέα της διάγνωσης καθώς οι περισσότερες κλινικές καταστάσεις αναλύονται ως μορφές ανισορροπίας γιν-γιανγκ (Chaudhury & Rafei 2001).

Επίσης η θεωρία αυτή έχει εφαρμογή και ως προς την ανατομία του σώματος, δίνοντας τα παρακάτω στοιχεία (Πιν., 1.2) (Focks, 1998):

1. Από τον ομφαλό και πάνω το τμήμα του σώματος θεωρείται γιανγκ ενώ από τον ομφαλό και κάτω θεωρείται γιν.
2. Το πιο γιανγκ μέρος του σώματος θεωρείται το κεφάλι ενώ το πιο γιν είναι τα πέλματα.
3. Το πρόσθιο μέρος του σώματος θεωρείται γιν ενώ το οπίσθιο γιανγκ.
4. Δέρμα και μύες επειδή είναι οι εξωτερικές στιβάδες του σώματος και προφυλάσσουν τα όργανα θεωρούνται γιανγκ ενώ τα όργανα θεωρούνται γιν.

5. Το αριστερό μέρος του σώματος είναι γιανγκ και το δεξί μέρος το σώματος είναι γιν.
6. Από τα εσωτερικά όργανα ο στόμαχος, το λεπτό έντερο, το παχύ έντερο, η ουροδόχος κύστη και η χοληδόχος κύστη θεωρούνται γιανγκ γιατί είναι τα όργανα που διακινούν ενέργεια.
7. Το ήπαρ, ο νεφρός, ο σπλήνας, ο πνεύμονας, η καρδιά είναι γιν γιατί είναι τα όργανα που κατά κύριο λόγο αποθηκεύουν ενέργεια.

Η θεωρία γιν- γιανγκ έχει εφαρμογή και στην φυσιολογία του σώματος, δίνοντας μέσα από καταγραφές τα παρακάτω στοιχεία (Τηλικίδης, 1999):

1. Σύμφωνα με την Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική και την γιν- γιανγκ θεωρία οι δομές των οργάνων θεωρούνται γιν και οι λειτουργίες τους γιανγκ (Πιν. 1.2).
2. Οι ζωτικές ουσίες που θρέφουν αυτές τις δομές θεωρούνται γιν ενώ οι ουσίες που τις προστατεύουν θεωρούνται γιανγκ (Πιν. 1.2).

YIN	YANG
ΚΑΤΩ ΤΜΗΜΑ ΣΩΜΑΤΟΣ	ΑΝΩ ΤΜΗΜΑ ΣΩΜΑΤΟΣ
ΠΕΛΜΑΤΑ	ΚΕΦΑΛΙ
ΠΡΟΣΩΙΟ ΜΕΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	ΟΠΙΣΘΙΟ ΜΕΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ	ΔΕΡΜΑ - ΜΥΕΣ
ΔΕΞΙ ΜΕΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ
ΣΥΜΠΑΓΗ ΟΡΓΑΝΑ	ΚΟΙΛΑ ΟΡΓΑΝΑ
ΔΟΜΕΣ	ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ
YING Qi	WEI Qi

Πίνακας 1.2: Η εφαρμογή της θεωρίας γιν-γιανγκ στη ανατομία και φυσιολογία του σώματος.

Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΓΙΝ ΓΙΑΝΓΚ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

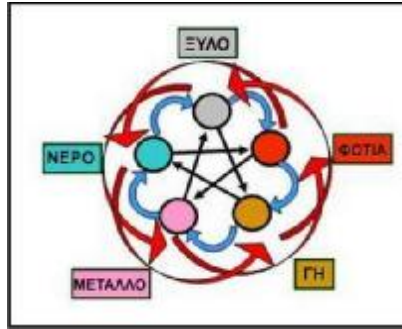
Κατά την Κινέζικη Ιατρική όλες οι κλινικές καταστάσεις μπορούν να διαγνωστούν με αυτή την θεωρία. Έχουμε λοιπόν τέσσερις εκδοχές διάγνωσης (Liangyue et al., 1993).

1. Ανεπάρκεια Γιν: εμφανίζεται πρώτα ανεπάρκεια γιν και έπειτα υπεροχή του γιανγκ.
2. Υπερβολή Γιν: εμφανίζεται πρώτα υπερβολή γιν και έπειτα σχετική ανεπάρκεια του γιανγκ.
3. Ανεπάρκεια Γιανγκ: οι κλινικές εκδηλώσεις που προκύπτουν είναι κυρίως από ανεπάρκεια του γιανγκ.
4. Υπερβολή Γιανγκ: οι κλινικές εκδηλώσεις χαρακτηρίζονται κυρίως από την υπερβολή του γιανγκ και λιγότερο από την ανεπάρκεια του γιν.

Η θεραπεία των συνδρόμων ανεπάρκειας και των συνδρόμων υπερβολής βασίζεται στη εύρεση και αποκατάσταση της ενεργειακής ανισορροπίας.

1.3. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ 5 ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Κατά την Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική τα πέντε στοιχεία αντιπροσωπεύουν τις πέντε θεμελιώδεις ενέργειες και ποιότητες που επικρατούν στη φύση. Πρόκειται για τα πέντε θεμελιώδη στοιχεία του υλικού κόσμου και αυτά είναι το ξύλο, η φωτιά, η γη, το μέταλλο και το νερό. Σύμφωνα με την θεωρία των πέντε στοιχείων όλα τα φαινόμενα στη φύση αντιστοιχούν στη φύση και τις ιδιότητες των πέντε αυτών στοιχείων αλλά και στη δυνατότητα τους να αλλάζουν κατάσταση (Beijing college, 1993) (εικ. 1.3).



Εικόνα 1.3: Τα πέντε στοιχεία και οι σχέσεις που τα διέπουν.

Κάθε στοιχείο έχει μια μοναδική ενεργειακή συμπεριφορά και ποιότητα, βρίσκεται σε συνεχή μεταβολή, αλληλεξάρτηση και αλληλεπίδραση με τα υπόλοιπα στοιχεία. Βασικοί στόχοι αυτής της θεωρίας είναι τόσο να ερμηνεύσει τα φαινόμενα με βάση τη σχέση που εμφανίζουν τα πέντε στοιχεία, όσο και να καταφέρει να ταξινομήσει τα φαινόμενα με βάση την ομοιότητα τους με τις ενεργειακές συμπεριφορές των πέντε στοιχείων (Vadivelu et al., 2011).

ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΠΕΝΤΕ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Τα στοιχεία επιδρούν μεταξύ τους παράγοντας, ελέγχοντας ή και καταστρέφοντας το ένα το άλλο.

1. Σχέση παραγωγής(παραγωγικός κύκλος): η βασικότερη σχέση μεταξύ των 5 στοιχείων είναι η σχέση της παραγωγής ή της γέννησης του ενός στοιχείου από το άλλο. Μέσα από αυτή τη σχέση εκφράζεται η διαδικασία γέννησης της ζωής. Μέσα από κάθε στοιχείο προωθείται η ανάπτυξη του επόμενου. Έτσι επικρατεί ότι το ξύλο παράγει την φωτιά, η φωτιά παράγει το μέταλλο, το μέταλλο παράγει το νερό και το νερό με την σειρά του παράγει το ξύλο. Αυτή η σχέση των στοιχείων είναι γνωστή ως σχέση μητέρας και γιού στην οποία κάθε στοιχείο είναι ο υιός του στοιχείου που το παράγει. Στη σχέση αυτή κάθε στοιχείο είναι ο υιός του προηγούμενου και η μητέρα του επόμενου.(Γιν εκδοχή σχέσεων) (Liangyue et al., 1993) (εικ. 1.4).



Εικόνα 1.4: Παραγωγικός κύκλος των 5 στοιχείων

2. Σχέση ελέγχου: τα στοιχεία έχουν επίσης την δυνατότητα να ασκούν έλεγχο το ένα στο άλλο. Έτσι το ξύλο διατρύπεί τη γη άρα την ελέγχει, η γη εμποδίζει το νερό άρα το ελέγχει, το νερό σβήνει την φωτιά άρα την ελέγχει, η φωτιά λιώνει το μέταλλο άρα το ελέγχει και το μέταλλο με την σειρά του κόβει το ξύλο άρα το ελέγχει.(Γιανγκ εκδοχή σχέσεων) (Vadivelu et al., 2011) (εικ. 1.5).



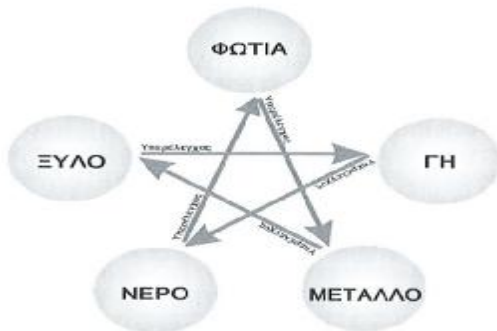
Εικόνα 1.5: Σχέση ελέγχου των στοιχείων.

Αυτές οι δύο σχέσεις προσπαθούν να εκφράσουν την ισορροπία που υπάρχει στη φύση. Όμως υπάρχουν και σχέσεις που εκφράζουν τα φαινόμενα ανισορροπίας οι οποίες είναι εξίσου σημαντικές στην εφαρμογή της ιατρικής. Η ανισορροπία που δημιουργείται δεν αφορά τις σχέσεις των πέντε στοιχείων αλλά δημιουργείται από κάποιο εξωτερικό παράγοντα που αποδυναμώνει ή ενισχύει ενεργειακά κάποιο από τα στοιχεία διαταράσσοντας έτσι τις σχέσεις παραγωγής ή ελέγχου (Τηλικίδης, 2011).

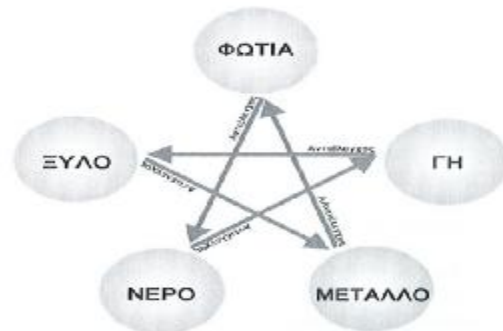
Οι καταστάσεις ανισορροπίας εκφράζονται με τις δύο παρακάτω σχέσεις:

- 1) Σχέση Υπερελέγχου: σε αυτή την σχέση το στοιχείο που δέχεται την εξωτερική ενισχυτική επίδραση δυναμώνει ενεργειακά σε τέτοιο βαθμό ώστε να υπερνικά το στοιχείο το οποίο ελέγχει. Έτσι το ξύλο υπερελέγχει τη γη, η γη το νερό, το νερό τη φωτιά, η φωτιά υπερνικά την ενέργεια του μετάλλου και το μέταλλο με την σειρά του καταστρέφει το ξύλο (εικ. 1.7).
- 2) Σχέση Αντιελέγχου: Σε αυτή την σχέση το στοιχείο που δέχεται την εξωτερική επίδραση αποδυναμώνεται ενεργειακά με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ελέγξει το στοιχείο που θα έπρεπε φυσιολογικά, αντιστρέφοντας έτσι την φορά του κύκλου ελέγχου. Έτσι το ξύλο ελέγχει το μέταλλο, το μέταλλο ελέγχει τη φωτιά, η φωτιά το νερό, το νερό τη γη και η γη με την σειρά της ελέγχει το ξύλο (εικ. 1.8).

Μέσω αυτών των σχέσεων ο θεραπευτής εντοπίζει το στοιχείο που πάσχει ενεργειακά και μέσω της σωστής χρήσης των σχέσεων επαναφέρει την ισορροπία (Mole, 2007).



Εικόνα 1.6: Σχέση υπερελέγχου.



Εικόνα 1.7: Σχέση αντιελέγχου.

1.4. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΟΚΤΩ ΑΡΧΩΝ

Η θεωρία των οκτώ αρχών είναι μια σχετικά πρόσφατη θεωρία της βιβλιογραφίας της Παραδοσιακής Κινέζικης Ιατρικής και ουσιαστικά αποτελεί επέκταση της Γιν- Γιανγκ θεωρίας, προσθέτοντας άλλα τρία είδη αντιθέσεων. Σε γενικές γραμμές όλα τα κλινικά προβλήματα μπορούν να περιγραφούν με αυτή την θεωρία (Beijing college, 1993).

Η πρώτη αντίθεση είναι η αντίθεση Κρύου - Ζέστης και σχετίζεται με την θερμική φύση των συμπτωμάτων (Τηλικίδης, 1999).

Η δεύτερη αντίθεση είναι αυτή της Ανεπάρκειας – Υπερβολής, αφορά την ένταση με την οποία μπορούν να εμφανιστούν τα συμπτώματα (πιν. 1.3) (Τηλικίδης, 1999).

	ΥΠΕΡΒΟΛΗ	ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	1. Εισβολή εξωτερικών βλαπτικών παραγόντων 2. Υπερ ή υποδραστικότητα λειτουργικών εξωτερικών οργάνων 3. Μπλοκάρισμα στην κίνηση της ενέργειας Qi και του αίματος Xue.	1. Ανεπάρκεια ζωτικών ουσιών 2. Λειτουργική υποδραστικότητα των οργάνων
ΤΡΟΠΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ	Οξεία εκδήλωση. Η εκδήλωση είναι οξεία ακόμα και όταν συμβαίνει επί εδάφους χρονιότητας.	Χρόνια εκδήλωση. Οι οξείες εκδηλώσεις επί εδάφους χρονιότητας ανήκουν στο σύνδρομο υπερβολής.
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ Qi	Καλή ή ηπικώς ανεπαρκούς	Ανεπαρκής
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ	Ενδεχομένως θανατηφόρα	Απλάως νοσηφάρα
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	Δυνατή ψυχή, χειρωνακίες, κόκκινα προσώπα, κρητικό ταπαρένιο, υπερβολικό ιδρώμα στην προσπάθεια, πόνος που επιδεινώνεται με την πίεση.	Λάσθημη ψυχή, αχνότητα σπασία, πόνος υπερβολικό ιδρώμα χωρίς προσπάθεια, πόνος που ανακουφίζεται με πίεση

Πίνακας 1.3: Σχέση υπερβολής –ανεπάρκειας.

Η τρίτη αντίθεση είναι αυτή του Εσωτερικού – Εξωτερικού, αφορά στην τοποθεσία εμφάνισης των συμπτωμάτων στο σώμα (πιν. 1.4).

	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ
ΕΝΤΟΠΙΣΗ	Δέρμα, μύες, εξωτερική πορεία Μεσημβρινών και κλάδων, Wei Qi	Εσωτερικά (Zang Fu) όργανα, οστά
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	Εισβολή εξωτερικών βλαπτικών παραγόντων	Διαταραχές στη Yin-Yang ισορροπία των Zang Fu οργάνων
ΤΡΟΠΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ	Οξείες καταστάσεις	Χρόνιες καταστάσεις (συνήθως)
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ	Άμεση και εντυπωσιακή ανταπόκριση στη θεραπεία με βελονισμό	Σχετικά καθυστερημένη ανταπόκριση στη θεραπεία με βελονισμό
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	Αιφνιδίως εγκατασταθείς χαμηλός ή μέτριος πυρετός, δυσανεξία στον άνεμο και το κρύο, μυαλγίες, σφυγμός επιφανειακός	Κλινικές εκδηλώσεις: βλέπε τα αντίστοιχα κεφάλαια των οργάνων

Πίνακας 1.4: Σχέση εσωτερικού- εξωτερικού

Επίσης δημιουργείται και μια τέταρτη αντίθεση που αποτελεί συνδυασμό των προηγούμενων. Δηλαδή τα σημεία και συμπτώματα που εκδηλώνονται με ζέστη και υπερβολή σε εξωτερικότερα επίπεδα του σώματος θεωρούνται γιανγκ, ενώ όσα εκδηλώνονται με κρύο και ανεπάρκεια εσωτερικά του σώματος θεωρούνται γιν (Τηλικίδης, 1999).

1.5. ΤΑ ZANG – FU ΟΡΓΑΝΑ

Ο όρος Zang- Fu αναφέρεται στα εσωτερικά όργανα του ανθρωπίνου σώματος τα οποία χωρίζονται σε έξι Zang, έξι Fu όργανα και στα παράδοξα Fu όργανα (Liangyue et al., 1993).

Zang σημαίνει συμπαγές, τα όργανα που αποκαλούνται Zang έχουν την ιδιότητα να παράγουν και να συσσωρεύουν τις ζωτικές ουσίες. Θεωρούνται τα βασικότερα όργανα γιατί ελέγχουν τη λειτουργία των υπόλοιπων οργάνων και ιστών του σώματος καθορίζουν την ομοιόσταση του οργανισμού και ελέγχουν τόσο τις πνευματικές όσο και τις συναισθηματικές λειτουργίες του ανθρώπου (Τηλικίδης, 1999). Στα Zang όργανα συμπεριλαμβάνονται η καρδιά, το ήπαρ, ο πνεύμονας, ο σπλήνας, ο νεφρός και το περικάρδιο. Το περικάρδιο αρχικά και μέχρι να αποδειχθεί ότι είναι η προστατευτική μεμβράνη της καρδιάς θεωρείτο ως παράδοξο Fu (Liangyue et al, 1993). Όλα τα Zang όργανα έχουν γιν χαρακτήρα.

Fu σημαίνει κενό ή κοίλο, τα όργανα λοιπόν που αποκαλούνται Fu έχουν την ιδιότητα να δέχονται, να επεξεργάζονται και να διακινούν την τροφή και το νερό μέσα στο σώμα. Έχουν γιανγκ χαρακτήρα και βάση της ανατομικής κατασκευής και της ενεργειακής τους συμπεριφοράς επηρεάζονται από τις διαταραχές τις ενέργειας Τσι (Qi) και από την ενεργειακή κατάσταση των Zang οργάνων. Στα Fu όργανα συμπεριλαμβάνονται η χοληδόχος κύστη, ο στόμαχος, η ουροδόχος κύστη, το λεπτό έντερο, το παχύ έντερο και ο τριπλός θερμαστής (Saad, 2011). Ο τριπλός θερμαστής δεν είναι όργανο αλλά χαρακτηρίζει τη σχέση ανάμεσα στα όργανα. Ελέγχει τις δραστηριότητες όλων των οργάνων όπως του αναπνευστικού, του γαστρεντερικού. Σχετίζεται με τον υποθάλαμο δηλαδή τον σύνδεσμο ανάμεσα στο νευρικό και το ενδοκρινικό σύστημα και θεωρείται η δίοδος των υγρών. Ωστόσο κατά την Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική ο τριπλός θερμαστής συμπεριλαμβάνεται στα Fu όργανα και είναι σημαντική λειτουργική μονάδα του σώματος.

(<http://www.yinyang.gr/index.php?t=pages&alias=yuanpoints>, 2014)

Παράδοξα Fu όργανα θεωρούνται τα όργανα που έχουν παρόμοια λειτουργία με αυτή των Zang οργάνων και ανατομικά έχουν κοινά χαρακτηριστικά με τα Fu όργανα. Σε αυτά τα όργανα συμπεριλαμβάνονται ο εγκέφαλος, ο μυελός, τα οστά, τα αγγεία, η χοληδόχος κύστη και η μήτρα. (Beijing college, 1993)

1.6. Η ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΣΙ (QI) ΤΟ ΑΙΜΑ ΚΑΙ ΟΙ ΖΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Η ενέργεια Τσι, το αίμα και τα υγρά του σώματος είναι οι βασικές ουσίες με τις οποίες διατηρούνται οι φυσιολογικές ζωτικές λειτουργίες του ανθρωπίνου σώματος. Είναι τα βασικά στοιχεία για την σωστή λειτουργία των Zang- Fu οργάνων, των ιστών και των μεσημβρινών. Η ενέργεια Τσι, το αίμα και οι ζωτικές ουσίες αποτελούν ξεχωριστή θεωρία από αυτή των μεσημβρινών και των Zang- Fu οργάνων όμως ο συνδυασμός τους είναι απαραίτητος για τη ανάλυση της φυσιολογικής λειτουργίας του σώματος (Mole, 2007). Το Τσι είναι η βασική ζωτική ενέργεια του οργανισμού, οι υπόλοιπες ζωτικές ουσίες αποτελούν διαφορετικές εκφάνσεις της ενέργειας αυτής. Οι ζωτικές ουσίες αυτές πέρα από την ενέργεια Τσι είναι το αίμα (Xue), η πεμπουσία Ζινγκ (Jing), τα οργανικά υγρά(Jing-ye) και το πνεύμα (Shen) (Τηλικίδης, 1999).

ΖΩΤΙΚΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΣΙ (QI)

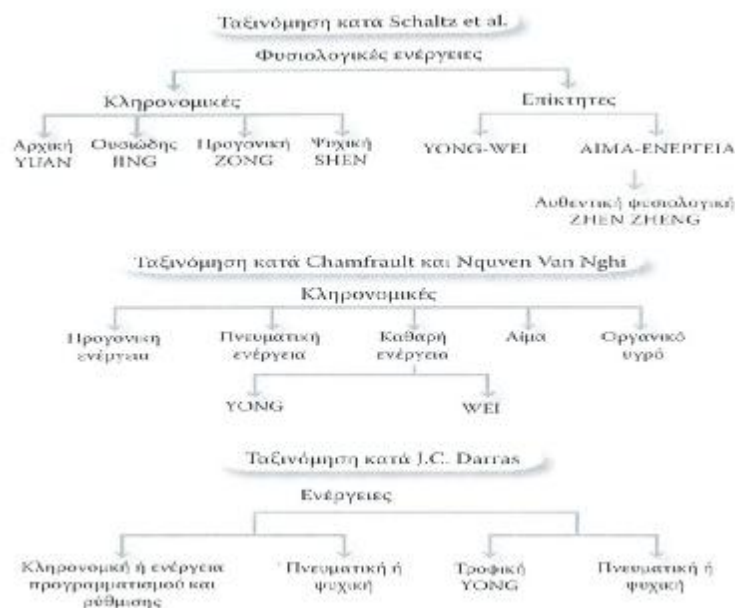
Σύμφωνα με την αρχαία Κινέζικη φιλοσοφία η ενέργεια Τσι ήταν η βασική ουσία από την οποία αποτελούνταν τα πάντα στο σύμπαν και όλα τα φαινόμενα ήταν αποτέλεσμα των αλλαγών και της κίνησης του Τσι (Chaudhury & Rafei, 2001). Γενικά με τον όρο Τσι στην Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική υποδηλώνονται όλες οι βασικές ουσίες του ανθρωπίνου σώματος οι οποίες διατηρούν τις ζωτικές λειτουργίες του σώματος, των οργάνων των ιστών και των μεσημβρινών (Liangyue et al, 1993). Όλες οι ζωτικές λειτουργίες του σώματος εξηγούνται με τις μεταβολές κίνησης του Τσι.

Κατά την φιλοσοφική άποψη η ενέργεια Τσι μπορεί να αλλάζει μορφές δηλαδή να εκδηλώνεται πότε ως κάτι υλικό και πότε ως κάτι αιθέριο, υπάρχει όμως πάντα και τα πάντα προέρχονται από τη ροή της και της αλλαγές της. Θεωρείται η βασική ουσία δόμησης αλλά και κίνησης του ανθρωπίνου οργανισμού (Mole, 2007).

ΕΙΔΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ

- 1) Προγονική Ενέργεια ή Γιανγκτσι (Yuanqi): Είναι η ενέργεια για ζωή την οποία κληρονομεί κάθε άνθρωπος με την γέννηση του από τους γονείς του. Αυτή η ενέργεια είναι κληρονομικά καθορισμένη και μετά τη γέννηση διατηρείται από την ουσία των τροφών. Εδράζεται στο νεφρό και εξαπλώνεται σε όλο το σώμα μέσω του τριπλού θερμαστή. Προάγει και τονώνει τις βασικές λειτουργίες των οργάνων και των συνδεόμενων με αυτά ιστών. Σε όσο μεγαλύτερη αφθονία βρίσκεται η προγονική ενέργεια τόσο καλύτερα λειτουργούν τα όργανα (Zang- Fu) και οι ιστοί τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το σώμα να είναι υγιές και να μην νοσεί. Σε περιπτώσεις που η προγονική ενέργεια δαπανάται υπερβολικά δημιουργούνται διάφορες παθολογικές καταστάσεις (Liangyue et al., 2009) (εικ. 1.6).
- 2) Θωρακική Ενέργεια (Zong Qi): Η θωρακική ενέργεια προέρχεται από συνδυασμό της τροφικής ενέργειας (Yin Qi) η οποία εισέρχεται από τους πνεύμονες και από την ενέργεια των τροφών που παράγεται από τον σπλήνα και το στομάχι. Η θωρακική ενέργεια προωθεί την λειτουργία των πνευμόνων για τον έλεγχο της αναπνοής και την λειτουργία της καρδιάς για την υπεροχή του αίματος και των αιμοφόρων αγγείων (Beijing college, 1993) (εικ. 1.6).
- 3) Τροφική ενέργεια(Ying Qi): Πηγάζει από την ενέργεια των τροφών που παράγεται από τον σπλήνα και το στομάχι και διανέμεται μέσω των αγγείων. Η βασική λειτουργία του είναι να παράγει αίμα και να κυκλοφορεί μέσω αυτού προάγοντας την θρέψη (Focks, 1998) (εικ. 1.6) .
- 4) Αμυντική Ενέργεια (Wei Qi): Πηγάζει και αυτή από την ενέργεια των τροφών μόνο που σε αντίθεση με την τροφική ενέργεια δεν κυκλοφορεί μέσω των αγγείων αλλά παραπλεύρως αυτών. Η λειτουργία της είναι να προστατεύει την επιφάνεια του δέρματος από εξωγενής βλαπτικούς παράγοντες, ο έλεγχος της λειτουργίας των δερματικών πόρων, η ενυδάτωση του δέρματος και των μαλλιών, η θερμορύθμιση του σώματος και τέλος η διατήρηση της θέρμανσης των (Zang-Fu) οργάνων (Focks, 1998) (εικ. 1.6).

Τα Zang- Fu όργανα και οι μεσημβρινοί έχουν τη δική τους ενέργεια Τσι (Qi). Είναι ένας συνδυασμός του τσι των τροφών , της προγονικής ενέργειας και του ζωτικού (essential) Τσι που παράγεται στο νεφρό. Το Τσι των μεσημβρινών αναφέρεται ως Ζωτικό Τσι (Zen Qi) και ρέει διαμέσων αυτών (Liangyue et al, 1993).



Εικόνα 1.8: Ταξινομήσεις της ενέργειας Τσι.

ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΤΣΙ(Qi) Ή ΖΩΤΙΚΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ

Η ενέργεια Τσι κυκλοφορεί σε ολόκληρο το ανθρώπινο σώμα. Δεν υπάρχει σημείο το οποίο να μην διαπερνάτε από την ενέργεια Τσι. Εάν η κυκλοφορία του Τσι μειωθεί ή διακοπεί σε κάποιο σημείο τότε κάποιες ζωτικές λειτουργίες του σώματος θα παρουσιάσουν πρόβλημα. Η βάση για την σωστή λειτουργία και την υγεία του σώματος είναι η σωστή ροή της ενέργειας Τσι, η διαταραχή της ροής της ζωτικής ενέργειας μπορεί να οδηγήσει σε ασθένεια (Mole, 2007). Η ενέργεια Τσι συμβάλει στην ανάπτυξη του οργανισμού, στη διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας των οργάνων (Zang- Fu) και των μεσημβρινών, στη κυκλοφορία του αίματος και των ζωτικών ουσιών. Είναι φανερό ότι οποιαδήποτε παθολογική αλλαγή της ενέργειας δημιουργεί παθολογίες στα προαναφερθέντα συστήματα. Σημαντική είναι επίσης η συμβολή της ζωτικής ενέργειας στη διατήρηση της σωστής θερμοκρασίας του σώματος αλλά και στην προστασία του οργανισμού από εξωγενής βλαπτικούς παράγοντες. Τέλος η ενέργεια Τσι ελέγχει και ρυθμίζει τη μεταβολική δραστηριότητα του οργανισμού αλλά και την θρέψη όλων των ιστών και δομών του σώματος (Thambirajah, 2009).

ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΑΝΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΤΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΤΣΙ

Όπως προαναφέρθηκε κατά την Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική βασική αιτία νόσου θεωρείται η διαταραχή της κυκλοφορίας της ζωτικής ενέργειας. Οι διαταραχές που μπορεί να συμβούν είναι τέσσερις και προκαλούν τα αντίστοιχα σύνδρομα (Τηλικίδης, 1999).

1. Σύνδρομο ανεπάρκειας της ενέργειας Τσι: οφείλεται συνήθως σε παρατεταμένη νόσο, χρόνια υπερδραστηριότητα, κακές διατροφικές συνήθειες κ.α
2. Σύνδρομο καθίζησης της ενέργειας Τσι: αποτελεί τελικό στάδιο παραμέλησης του συνδρόμου ανεπάρκειας.
3. Σύνδρομο στάσης της ενέργειας Τσι: προκαλείται από συναισθηματικό στρες, ανεπάρκεια ενέργειας Τσι, εξωτερικούς βλαπτικούς παράγοντες, τραυματισμούς ακόμα και από υπερβολική λήψη φαγητού.
4. Σύνδρομο αντίθεσης της ενέργειας Τσι: οφείλεται σε διαταραχή της προς τα άνω και κάτω κυκλοφορίας της ροής ενέργειας. Υπάρχει περίπτωση η ενέργεια για κάποιο ανεξήγητο λόγο να

κινείται αντίθετα της φυσιολογικής της πορείας, η οποία είναι πάντα από πάνω προς τα κάτω. (Chaudhury & Rafei, 2001)

AIMA (XUE)

Το αίμα περιγράφεται ως ένα κόκκινο υγρό το οποίο κυκλοφορεί μέσα στα αγγεία και θεωρείται ζωτικής σημασίας ουσίας του ανθρωπίνου σώματος (Thambirajah, 2009). Ορίζεται ως μια πιο υλική μορφή της ενέργειας Τσι και είναι στενά συνδεδεμένο με την προγονική ενέργεια. Το αίμα όπως γνωρίζουμε κυκλοφορεί μέσα στα αγγεία τα οποία κατά την Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική ονομάζονται Xue Mai και θεωρείται ότι αποτελούν τμήματα των πρωτευόντων μεσημβρινών (Τηλικίδης, 1999).

Το αίμα σχηματίζεται από τη ενέργεια των τροφών που παράγεται από την σπλήνα και το στομάχι, καθώς αυτά τα όργανα θεωρούνται οι πηγές της ζωτικής ενέργειας Τσι και του αίματος (Thambirajah, 2009).

Το αίμα κυκλοφορεί σε ολόκληρο το σώμα, διατρέχει εσωτερικά όλα τα όργανα (Zang- Fu) και εξωτερικά το δέρμα, τους μυς, τους τένοντες και τα οστά. Με αυτό τον τρόπο το αίμα ενυδατώνει και τρέφει όλους τους ιστούς και τα όργανα του σώματος (Beijing college, 1993).

Θωρείται επίσης το βασικό συστατικό για τις διανοητικές (ψυχικές) δραστηριότητες του ατόμου. Η σωστή παροχή αίματος εξασφαλίζει καθαρή συνείδηση και δυνατό πνεύμα (Liangyue et al., 1993).

Όπως και η ζωτική ενέργεια Τσι έτσι και το αίμα μπορεί να εμφανίσει ενεργειακές δυσλειτουργίες, εκ των οποίων βασικές είναι τρεις. Σε αυτές ανήκουν η ανεπάρκεια αίματος, η στάση αίματος και η φωτιά στο αίμα (Beijing college, 1993).

ΟΡΓΑΝΙΚΑ (ΣΩΜΑΤΙΚΑ) ΥΓΡΑ

Τα οργανικά υγρά προέρχονται από την τροφή και το νερό που καταναλώνουμε αφού γίνει η πέψη τους και η απορρόφηση τους από τον σπλήνα και το στομάχι.

Στη Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική αναφέρονται δυο είδη σωματικών υγρών, έτσι υπάρχουν τα οργανικά υγρά που εφυγραίνουν δέρμα και μύες και εξέρχονται διαμέσου των πόρων του δέρματος σαν ιδρώτας (jing) και τα οργανικά υγρά τα οποία εφυγραίνουν τους πιο εν το βάθει ιστούς, τα όργανα, τα οστά και το μυελό (ye) (Chaudhury & Rafei, 2001).

ΠΕΜΠΤΟΥΣΙΑ JING

Η πεμπτουσία Jing θεωρείται και αυτή μαζί με το αίμα μια πιο υλική μορφή της ζωτικής ενέργειας με σύσταση λεπτόρρευστου υγρού. Έχει τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις ώστε να της αποδοθούν όλες οι ιδιότητες της. Έτσι φαίνεται πως κατηγοριοποιείται στη προγονική πεμπτουσία Jing, στη πεμπτουσία Jing της τροφής και στη πεμπτουσία Jing (Saad, 2011).

Η προγονική πεμπτουσία προκύπτει από την ένωση της γιανγκ πεμπτουσίας του άνδρα (σπέρμα) και της γιν πεμπτουσίας της γυναίκας (ωάριο) και νοείται επακριβώς την ώρα της ένωσης των δύο γονικών ενεργειών. Αμέσως μετά και παράλληλα με την θρεπτική επίδραση των ενεργειών της μητέρας η προγονική πεμπτουσία εξελίσσεται σε πεμπτουσία Jing. Η προγονική πεμπτουσία αποτελεί την αρχή όλων των γιν- γιανγκ ενεργειών του σώματος (Τηλικίδης, 1999).

Η πεμπτουσία της τροφής από την άλλη είναι η ουσία που προέρχεται από την πρόσληψη και αποδόμηση της τροφής μέσα στο στομάχι με την ενεργειακή επίδραση του Σπλήνα. Η λειτουργία της είναι να θρέφει την πεμπτουσία Jing (Καράβης, 2011).

Τέλος η πεμπτουσία Jing είναι η σημαντικότερη ουσία που προκύπτει από την αλληλεπίδραση της προγονικής πεμπτουσίας και της πεμπτουσίας της τροφής. Εδράζεται στο νεφρό και είναι αυτή που καθορίζει την κληρονομικότητα. Κατά την Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική θεωρείται ότι είναι ένα λεπτόρρευστο υγρό που διακινείται στους παράδοξους μεσημβρινούς. Η πεμπτουσία jing ποτέ δεν έρχεται σε υπερβολή και όσο ισχυρότερη είναι τόσο καλύτερο για την κατάσταση του άτομου. Δαπανάται από παρατεταμένη κόπωση και κακές διατροφικές συνήθειες. Οι βασικές της λειτουργίες είναι η ανάπτυξη, η αύξηση και η αναπαραγωγή του ατόμου, η παραγωγή μυελού και η παραγωγή της ζωτικής ενέργειας στους νεφρούς. Τέλος καθορίζει την αμυντική αλλά και την προγονική ενέργεια. (Τηλικίδης, 1999).

ΠΝΕΥΜΑ SHEN

Το πνεύμα Shen είναι και αυτό μια μορφή της ζωτικής ενέργειας, θεωρείται ως η πιο γιανγκ μορφή ενέργειας κατά ένα τρόπο η πιο αιθέρια μορφή που κυκλοφορεί στο ανθρώπινο σώμα. Η θρέψη του πνεύματος κατά κύριο λόγο γίνεται από το αίμα και το κύριο όργανο που σχετίζεται με το πνεύμα είναι η καρδιά. Το πνεύμα Shen καθορίζει την ψυχοδιανοητική και συναισθηματική υπόσταση ενός ατόμου (Τηλικίδης, 1999).

1.7. ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΟΙ

Οι μεσημβρινοί είναι ενεργειακά κανάλια στα οποία κυκλοφορεί η ζωτική ενέργεια Τσι και το αίμα σε όλο το ανθρώπινο σώμα. Οι μεσημβρινοί στο ανθρώπινο σώμα θεωρούνται ένα τέταρτο κύκλωμα κυκλοφορίας αυτό της ενεργειακής κυκλοφορίας το οποίο βρίσκεται παράλληλα στην αρτηριακή, φλεβική, λεμφική κυκλοφορία και το νευρικό σύστημα (Liangyue et al., 1993).

Ξεκινούν την πορεία τους εσωτερικά από τα Zang- Fu όργανα και επεκτείνονται προς την εξωτερική επιφάνεια του σώματος σχηματίζοντας ένα δίκτυο που συνδέει τους ιστούς και τα όργανα. Το σύστημα των μεσημβρινών περιλαμβάνει δώδεκα κύριους μεσημβρινούς, οκτώ παράδοξους μεσημβρινούς, δεκαπέντε κλάδους ή Αγγεία Λουό, δώδεκα διακεκριμένους μεσημβρινούς, δώδεκα τενοντομυϊκούς μεσημβρινούς και δώδεκα επιφανειακούς δερματικούς κλάδους (Focks, 1998).

Από αυτούς οι δώδεκα κύριοι μεσημβρινοί ονομάζονται πρωτεύοντες, καθένας από αυτούς ξεκινάει από ένα Zang ή Fu όργανο παίρνοντας και την ονομασία τους από το όργανο που ξεκινούν. Κατά την πορεία τους ανεβαίνουν επιφανειακά στο δέρμα, όπου βρίσκονται τα σημεία βελονισμού τους και τα οποία είναι συγκεκριμένα για τον κάθε μεσημβρινό (Καράβης, 2011).

Οι υπόλοιποι μεσημβρινοί ονομάζονται δευτερεύοντες μεσημβρινοί, δεν ξεκινούν από κάποιο όργανο ή σπλάχνο και ουσιαστικά αποτελούν την παράπλευρη κυκλοφορία ενέργειας. Δεν έχουν δικά τους σημεία βελονισμού αλλά δανείζονται τα σημεία βελονισμού των πρωτευόντων μεσημβρινών (Beijing college, 1993).

Σκοπός των μεσημβρινών που διανέμονται τόσο εσωτερικά όσο και εξωτερικά σε ολόκληρο το σώμα είναι να μεταφέρουν την ζωτική ενέργεια και το αίμα για να θρέψουν κάθε δομή του σώματος, όπως τα Zang- Fu όργανα, το δέρμα, τους μύς, τους τένοντες και τα οστά. Με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζεται η φυσιολογική λειτουργία των οργάνων και διατηρείται η ισορροπία στο σώμα (Liangyue et al., 1993).

ΠΡΩΤΕΥΟΝΤΕΣ ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΟΙ

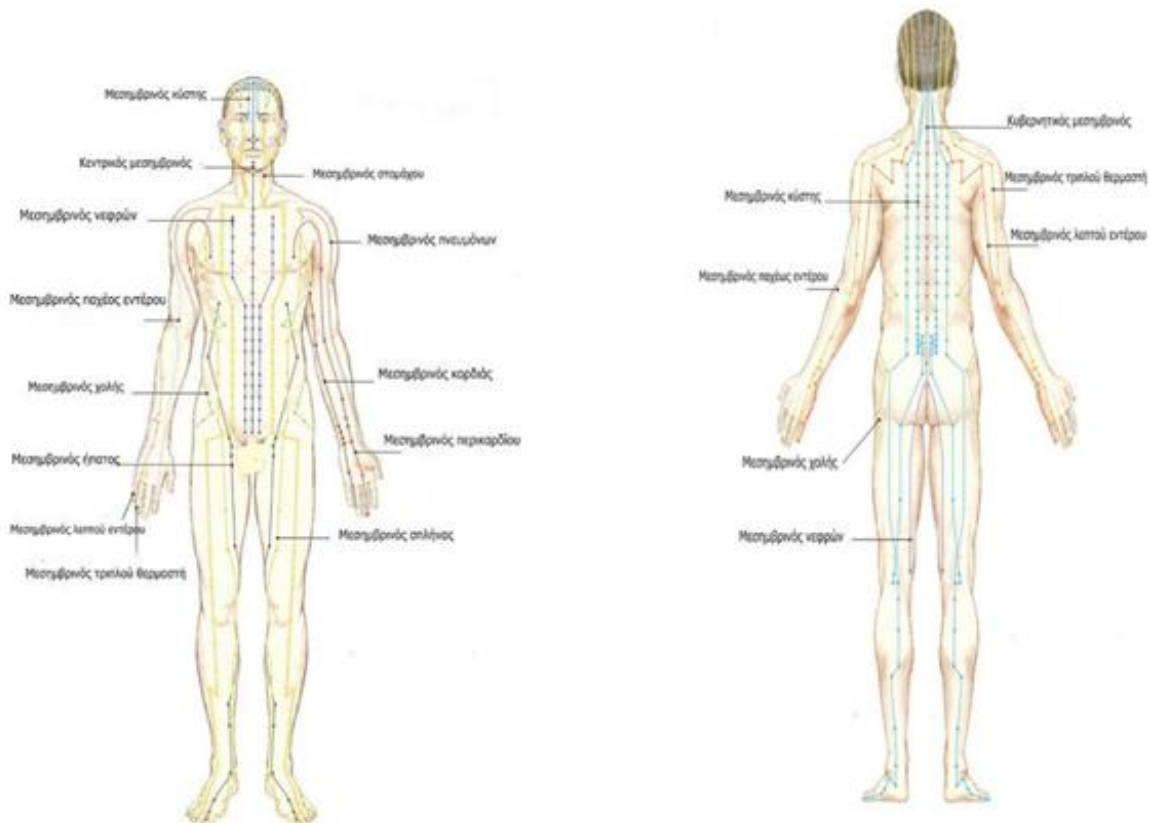
Κατά τους Κινέζους οι πρωτεύοντες μεσημβρινοί διαχωρίζονται σε γιν και γιανγκ μεσημβρινούς με την ίδια αντιστοιχία που εμφανίζουν και τα ζωτικά όργανα από τα οποία ξεκινάνε. Οι δώδεκα κύριοι μεσημβρινοί περιλαμβάνουν έξι μεσημβρινούς των άνω άκρων και έξι μεσημβρινούς των κάτω άκρων, οι οποίοι χωρίζονται σε τρεις γιν και τρεις γιανγκ μεσημβρινούς αντίστοιχα (Focks, 1998).

Οι μεσημβρινοί γιν των άνω άκρων ξεκινούν από τον θώρακα πορεύονται στην εσωτερική επιφάνεια των άνω άκρων και καταλήγουν στα άκρα των δακτύλων. Ως γιν μεσημβρινοί θεωρούνται ο μεσημβρινός του Πνεύμονα, ο μεσημβρινός του Περικαρδίου και ο μεσημβρινός της Καρδιάς (Jing, 1990).

Οι μεσημβρινοί γιανγκ των άνω άκρων ξεκινούν την πορεία τους από τα άκρα των δακτύλων ακολουθούν την εξωτερική επιφάνεια του χεριού και καταλήγουν στο πρόσωπο. Στους γιανγκ μεσημβρινούς του άνω άκρου ανήκουν ο μεσημβρινός του Παχέος Εντέρου, ο μεσημβρινός του Λεπτού Εντέρου και ο μεσημβρινός του Τριπλού Θερμαστή (Καράβης, 2011).

Οι μεσημβρινοί γιν των κάτω άκρων αρχίζουν την πορεία τους από τα άκρα των δακτύλων συνεχίζουν στην εσωτερική επιφάνεια των κάτω άκρων και καταλήγουν στον θώρακα. Στους μεσημβρινούς γιν των κάτω άκρων ανήκουν ο μεσημβρινός του Σπλήνα, ο μεσημβρινός του Ύπατος και ο μεσημβρινός των Νεφρών (Jing, 1990) (εικ. 1.8).

Οι μεσημβρινοί γιανγκ των κάτω άκρων αρχίζουν από το πρόσωπο και διατρέχουν την εξωτερική και οπίσθια επιφάνεια του σώματος και καταλήγουν στις άκρες των δακτύλων. Στους μεσημβρινούς γιανγκ ανήκουν ο μεσημβρινός του Στομάχου, ο μεσημβρινός της Χοληδόχου Κύστης και ο μεσημβρινός της Ουροδόχου Κύστης (Liangyue et al., 1993) (εικ. 1.8).

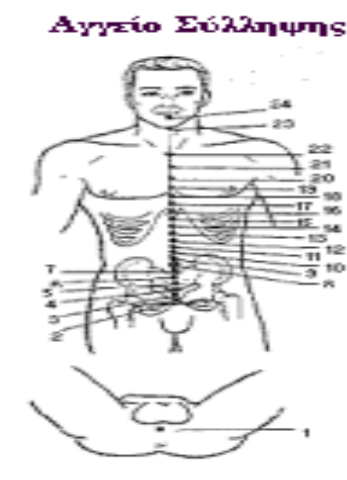


Εικόνα 1.9: Πρόσθια και οπίσθια σωματική κατανομή των πρωτευόντων μεσημβρινών

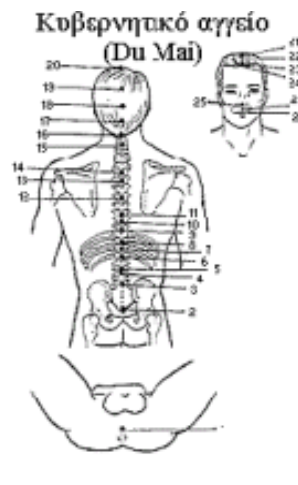
ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΕΣ ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΟΙ

Στους δευτερεύοντες μεσημβρινούς ανήκουν οι οκτώ παράδοξοι μεσημβρινοί οι οποίοι διαφέρουν από τους δώδεκα κύριους μεσημβρινούς. Βασική τους λειτουργία θεωρείται η μεταφορά της προγονικής ενέργειας από τους νεφρούς στα υπόλοιπα όργανα. Οι πιο σημαντικοί από τους παράδοξους μεσημβρινούς είναι ο παράδοξος μεσημβρινός Αγγείο Συλλήψεως (Ren meridian) και ο παράδοξος μεσημβρινός Κυβερνητικό Αγγείο (Du meridian) οι οποίοι είναι οι μόνοι από τους παράδοξους μεσημβρινούς που έχουν δικά τους σημεία βελονισμού και χρησιμοποιούνται σε πλήθος παθολογικών καταστάσεων και διαταραχών (Stux et al., 2003).

Το Αγγείο Συλλήψεως (Ren Mai) διατρέχει την πρόσθια επιφάνεια του κορμού από το περίνεο έως την γενειοχειλική αύλακα και είναι υπεύθυνο για όλους τους γιν μεσημβρινούς (Zing, 1990) (εικ.1.10).



Εικόνα 1.10: Κατανομή Αγγείου Συλλήψεως.



Εικόνα 1.11: Κατανομή Κυβερνητικού Αγγείου.

Το Κυβερνητικό Αγγείο (Du Mai) καλύπτει την μέση γραμμή της οπίσθιας επιφάνειας του σώματος, ξεκινάει από το κόκκυγα και καταλήγει στη ρινοχειλική αύλακα του άνω χείλους και θεωρείται ότι κυβερνά όλους τους γιανγκ μεσημβρινούς (Zing, 1990) (εικ. 1.11).

Οι υπόλοιποι παράδοξοι μεσημβρινοί έχουν βοηθητικό ρόλο και ενώνονται με τους δώδεκα κύριους μεσημβρινούς και με τους παράδοξους μεσημβρινούς Αγγείο Συλλήψεως και Κυβερνητικό Αγγείο.

Οι δώδεκα διακεκριμένοι μεσημβρινοί σχετίζονται με τη μεταφορά της αμυντικής ενέργειας από τους δώδεκα τενοντομυϊκούς μεσημβρινούς εσωτερικά του σώματος.

Οι δεκαπέντε κλάδοι ή αγγεία LUO (Λουό) έχουν σαν βασική λειτουργία την ρύθμιση της ενεργειακής κυκλοφορίας στους κύριους μεσημβρινούς (Focks, 1998).

Οι διακεκριμένοι μεσημβρινοί και τα αγγεία LUO προκύπτουν από τους κύριους μεσημβρινούς και θεωρούνται παρακλάδια τους.

Οι δώδεκα τενοντομυϊκοί μεσημβρινοί έχουν ως βασικό ρόλο τη μεταφορά της αμυντικής ενέργειας προς την επιφάνεια του σώματος. Οι τενοντομυϊκοί μεσημβρινοί μαζί με τους δώδεκα επιφανειακούς δερματικούς κλάδους συνδέονται με τον αντίστοιχο κύριο μεσημβρινό αντιστοίχως ο καθένας και παίρνουν το όνομα τους από το αν είναι μεσημβρινός χεριού ή ποδιού, γιν ή γιανγκ (Καράβης, 2011).

Είναι φανερό ότι οι πρωτεύοντες, οι δευτερεύοντες μεσημβρινοί και οι συνδέσεις μεταξύ τους σχηματίζουν ένα ολοκληρωμένο κλειστό κύκλωμα στο οποίο ρέει αδιάκοπα η ζωτική ενέργεια (Zing, 1990).

ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΩΝ ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΩΝ

Το δίκτυο των μεσημβρινών είναι στενά συνδεδεμένο με τους ιστούς και τα όργανα του σώματος, διαδραματίζοντας σημαντικό ρόλο στην ανθρώπινη ψυχολογία, παθολογία, πρόληψη και θεραπεία των παθήσεων. Οι σημαντικότερες λειτουργίες αυτού του δικτύου είναι τρεις και αναφέρονται παρακάτω (Liangyue et al., 1993).

- 1) Οι μεσημβρινοί είναι υπεύθυνοι για την μεταφορά της ζωτικής ενέργεια Τσι αλλά και του αίματος όπως και για την ρύθμιση του γιν και του γιανγκ. Υπό φυσιολογικές συνθήκες οι μεσημβρινοί λειτουργούν για την σωστή και συνεχή μεταφορά της ζωτικής ενέργειας και του αίματος αλλά και για την διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ του γιν και του γιανγκ, την θρέψη των τενόντων και των οστών και την βελτίωση της αρθρικής λειτουργίας. Διανέμονται εγκάρσια αλλά και κατά μήκος, διασταυρώνονται ο ένας με τον άλλο τόσο εσωτερικά όσο και επιφανειακά του σώματος. Αύτη η διακλάδωση των μεσημβρινών σε όλο το σώμα συμβάλει στην διατήρηση της ισορροπία ώστε να μπορούν να πραγματοποιηθούν οι απαραίτητες δραστηριότητες του σώματος (Chaudhury & Rafei, 2001).
- 2) Οι μεσημβρινοί έχουν την ικανότητα να αντιστέκονται σε παθογόνους παράγοντες και να αντανakλούν συμπτώματα και σημεία. Κάτω από παθολογικές συνθήκες το σύστημα των μεσημβρινών συμβάλει στην καταπολέμηση των παθογόνων παραγόντων και αντανakλά συστηματικά ή τοπικά συμπτώματα και σημεία. Πολλά σοβαρά συμπτώματα και σημεία ασθένειας των εσωτερικών οργάνων μπορούν να εκδηλωθούν κατά μήκος των αντίστοιχων μεσημβρινών που συνδέονται με τα πάσχοντα εσωτερικά όργανα (Vadivelu et al., 2011).
- 3) Οι μεσημβρινοί προσφέρουν σημεία βελονισμού και είναι υπεύθυνοι για την ρύθμιση της ανεπάρκειας ή της υπερβολής της ζωτικής ενέργειας. Η διέγερση των σημείων βελονισμού μεταβιβάζεται στα αντίστοιχα Zang- Fu όργανα με σκοπό να επανέλθει η ισορροπία. Κατά συνέπεια μέσω της διέγερσης των σημείων βελονισμού ρυθμίζεται η φυσιολογική ροή της ζωτικής ενέργειας και του αίματος, ρυθμίζεται η λειτουργία των Zang- Fu οργάνων και η ασθένεια θεραπεύεται. Η θεραπευτική δράση του βελονισμού πραγματοποιείται κυρίως μέσω της λειτουργίας των μεσημβρινών και την εξισορρόπηση του γιν και του γιανγκ (Stux et al., 2003).

1.8. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Όπως ήδη έχει αναφερθεί η Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική υποστηρίζει ότι η σωστή λειτουργία του οργανισμού είναι εξαρτώμενη από την ομαλή ροή της ζωτικής ενέργειας Τσι. Οποιαδήποτε διαταραχή της ζωτικής ενέργειας θεωρείται παράγοντας ασθένειας. Η ζωτική ενέργεια επηρεάζεται και διαταράσσεται από εσωτερικούς βλαπτικούς παράγοντες, εξωτερικούς βλαπτικούς παράγοντες αλλά και διάφορους παράγοντες που δεν ανήκουν στις δυο πρώτες κατηγορίες (Τηλικίδης, 1999).

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ ΒΛΑΠΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ως εξωτερικοί βλαπτικοί παράγοντες θεωρούνται οι καιρικές συνθήκες δηλαδή ο άνεμος, η υγρασία, η ζέση και η ξηρασία. Έχουν άμεση σύνδεση με κλιματολογικές συνθήκες και μετεωρολογικά φαινόμενα. Οι εξωτερικοί παράγοντες δεν είναι απαραίτητα και παράγοντες ασθένειας, θεωρούνται βλαπτικοί όταν προκαλούν κάποια κλινική συμπτωματολογία. Οι εξωτερικοί βλαπτικοί παράγοντες λειτουργούν στο σώμα μας με τον ίδιο τρόπο που λειτουργούν στη φύση δίνοντας συμπτώματα

ανάλογα του κάθε φαινομένου. Κατά την Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική το μεγαλύτερο κομμάτι νοσολογίας αποδίδεται στους εξωτερικούς βλαπτικούς παράγοντες σε αντίθεση με τη Δυτική Ιατρική που το αποδίδει στην ύπαρξη των μικροβίων. (Thambirajah, 2009)

ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΒΛΑΠΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στη Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική όταν γίνεται αναφορά στους εσωτερικούς βλαπτικούς παράγοντες εννοούνται τα επτά βασικά συναισθήματα τα οποία είναι ο θυμός, η χαρά, η ανησυχία, η υπερβολική σκέψη, η θλίψη, ο φόβος και ο πανικός (Beijing college, 1993).

Στους εσωτερικούς βλαπτικούς παράγοντες που θεωρούνται αιτίες ασθένειας κατά αυθαιρεσία αναφέρεται και μια ακόμα κατηγορία παραγόντων οι οποίοι είναι το εσωτερικό κρύο, ο εσωτερικός άνεμος, η εσωτερική υγρασία, το φλέγμα, η εσωτερική ζέστη και η εσωτερική ξηρασία. Αυτοί οι παράγοντες θεωρούνται ως μια ομάδα βλαπτικών ενεργειών που μπορούν να προέλθουν είτε από μακροχρόνια παραμονή ενός εξωτερικού βλαπτικού παράγοντα στο σώμα είτε από προϋπάρχουσα ενεργειακή δυσλειτουργία ενός ζωτικού οργάνου ή οποία δεν είχε γίνει αντιληπτή και δεν είχε αποκατασταθεί (Liangyue et al., 1993).

Όσο αφορά την αντίληψη για την δράση των συναισθημάτων στο σώμα, η Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική θεωρεί τόσο τα συναισθήματα όσο και τη ψυχοδιανοητική δραστηριότητα ενός ατόμου ως μορφές ενέργειας. Τα συναισθήματα που νιώθει το άτομο είναι μορφές ενέργεια που παράγονται είτε από εσωτερική επίδραση του πνεύματος (Shen) είτε από εξωτερικό ερέθισμα. Επίσης επισημαίνεται ότι τα συναισθήματα δεν βιώνονται μόνο στον εγκέφαλο αλλά και στα εσωτερικά όργανα, κυρίως σε εκείνα που έχουν παρόμοια ενεργειακή συμπεριφορά με τα αντίστοιχα συναισθήματα. Τα συναισθήματα από μόνα τους δεν αποτελούν παράγοντες ασθένειας. Αυτό συμβαίνει μόνο όταν το άτομο τα βιώνει για παρατεταμένο χρονικό διάστημα χωρίς να τα εξωτερικεύει, όταν η παραγωγή τους είναι υπερβολική, όταν κάποια συναισθήματα παράγονται υπερβολικά σε σχέση με τα υπόλοιπα και φυσικά όταν υπάρχει προδιάθεση του οργανισμού (Vadivelu et al., 2011).

Ένας τρόπος για να κατανοηθούν τα χαρακτηριστικά των συναισθημάτων αλλά και η ενεργειακή ομοιότητα που εμφανίζουν με κάποια εσωτερικά όργανα είναι η συσχέτιση τους με την θεωρία των πέντε στοιχείων η οποία παρέχει μια πολύ ενδιαφέρουσα διάσταση των σχέσεων μεταξύ των συναισθημάτων και των εσωτερικών οργάνων. Έτσι εμφανίζεται η παρακάτω αντιστοίχιση.

- 1) Ξύλο – Θυμός – Ήπαρ
- 2) Φωτιά – Χαρά – Καρδία
- 3) Γη – Πολύ Σκέψη – Σπλήνας
- 4) Μέταλλο – Μελαγχολία – Πνεύμονας
- 5) Νερό – Φόβος – Νεφρός

Τα συναισθήματα μπορούν να αναλυθούν και μέσα από τη θεωρία Γιν – Γιανγκ. Έτσι η μη εξωτερίκευση των συναισθημάτων θεωρείται γιν ενώ αντίθετα η υπερβολική παραγωγή τους και η εκδήλωσή τους θεωρείται γιανγκ. Τα συναισθήματα όπως φόβος, μελαγχολία και υπερβολική σκέψη θεωρούνται γιν και προκαλούν στασιμότητα ή λίμνασμα της ζωτικής ενέργειας ενώ συναισθήματα θυμού και χαράς θεωρούνται γιανγκ και ανακουφίζουν ενεργειακά μπλοκαρίσματα (Τηλικίδης, 1999).

ΔΙΑΦΟΡΟΙ ΜΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ ΜΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Σε αυτή την κατηγορία υπάγονται παράγοντες που δεν μπορούν να υπαχθούν σε κάποια από τις προαναφερθέντες κατηγορίες. Είναι παράγοντες που μπορεί να γίνουν κάποια στιγμή αιτίες ασθένειας του ατόμου και εξαρτώνται από την υπάρχουσα κατάσταση ισορροπίας του ατόμου. Αυτοί οι παράγοντες είναι η ιδιοσυγκρασία του ατόμου, οι διατροφικές του συνήθειες, οι γενικές συνθήκες ζωής, η σεξουαλική δραστηριότητα, οι τραυματισμοί, τα παράσιτα και τέλος η λάθος θεραπευτική προσέγγιση και αποκατάσταση ασθένειας (Liangyue et al, 1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Ο βελονισμός έχει καθιερωθεί διεθνώς ως ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό σύστημα. Ένας μεγάλος αριθμός ιατρών τόσο στην Ασία όσο και στη Δύση εφαρμόζουν τον βελονισμό είτε σύμφωνα με την πρακτική της Παραδοσιακής Κινεζικής Ιατρικής (TCM), είτε ακολουθώντας τα σύγχρονα δεδομένα και γνώσεις της νευροανατομίας και φυσιολογίας. Έτσι ο βελονισμός κατά μία έννοια χωρίζεται στον Παραδοσιακό Κινέζικο βελονισμό (κλασσικός βελονισμός) και στον Ιατρικό βελονισμό.

Ο ιατρικός βελονισμός, θεωρείται η ιστορική εξέλιξη του παραδοσιακού βελονισμού διατηρώντας πολλά στοιχεία και θεωρίες, βασίζεται όμως στην κλινική αποτελεσματικότητα του βελονισμού και είναι εμπλουτισμένος με γνώσεις ενός βιολογικού μηχανισμού δράσης (Καράβης, 2011).

Ο βελονισμός θεωρείται μια σχετικά ανώδυνη θεραπευτική τεχνική κατά την οποία ειδικές και λεπτές βελόνες τοποθετούνται σε επιφανειακούς ή εν τω βάθει ιστούς του σώματος, σε ειδικά επιλεγμένες ευαίσθητες ή επώδυνες στη πίεση δερματικές και μυϊκές περιοχές και στα κατάλληλα σημεία βελονισμού με στόχο την θεραπευτική αντιμετώπιση λειτουργικών αναστρέψιμων παθήσεων, συνδρόμων ή συμπτωμάτων (Καράβης, 2011).

Ο βελονισμός έχει καθιερωθεί σαν ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό σύστημα. Είναι μια ακίνδυνη μέθοδος και δεν προκαλεί παρενέργειες με βασική φυσικά προϋπόθεση να εφαρμόζεται από σωστά εκπαιδευμένους θεραπευτές, και να τηρούνται αυστηρά οι κανόνες εφαρμογής του. Οι βελόνες που χρησιμοποιούνται είναι μίας χρήσεως ή ατομικές και αποστειρωμένες (Liangyue et al., 1993).

Η θεραπευτική διαδικασία του βελονισμού θεωρείται ως μια σύνθετη διαδικασία. Για τη σωστή εφαρμογή του βελονισμού και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, ο θεραπευτής πρέπει να πάρει πλήρες ιστορικό, να εξετάσει κλινικά τον ασθενή και να τον αξιολογήσει ώστε να θέσει την ακριβή διάγνωση και να επιλέξει τον πιο κατάλληλο συνδυασμό σημείων βελονισμού (White & Ernst, 2004). Μετά την αξιολόγηση ο θεραπευτής καλείται να επιλέξει τα καταλληλότερα σημεία βελονισμού, ο συνδυασμός των οποίων θα δώσει το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα στον ασθενή. Βασική αρχή είναι ο βελονιστής να γνωρίζει σε βάθος την ανατομία, τη φυσιολογία του σώματος άλλα και τις ανατομικές θέσεις των σημείων βελονισμού και των ιστών (νεύρα, αρτηρίες, φλέβες, περιφερικά γάγγλια κλπ) που βρίσκονται κοντά στα βελονιστικά σημεία. Επίσης είναι απαραίτητη η γνώση των ιδιοτήτων και των διασυνδέσεων των μεσημβρινών, ώστε να επιτευχθεί η εξισορρόπηση της ενέργειας (Focks, 2008). Ο θεραπευτής έχει τη δυνατότητα να επιλέξει πιο τρόπο διάγνωσης και θεραπείας θα χρησιμοποιήσει και αν θα βασιστεί στον Παραδοσιακό Κινέζικο Βελονισμό, εφαρμόζοντας τους φιλοσοφικούς νόμους του Γιν και του Γιανγκ, των Πέντε Στοιχείων, τη διαγνωστική των σφυγμών και της γλώσσας ή αν θα εφαρμόσει τον Βιοϊατρικό βελονισμό (Jin et al, 2007). Η επιλογή αυτή εξαρτάται τόσο από τις γνώσεις του, την ιδιοσυγκρασία του και την φύση της ασθένειας που έχει να αντιμετωπίσει.

2.2 ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Το 1990 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) αναγνώρισε τον βελονισμό ως θεραπευτική μέθοδο με πλήθος ενδείξεων. Επίσης, οργανισμοί όπως το National Institutes of Health (NIH) της Αμερικής και η International Association for the study of Pain (IASP) αποδέχονται τον βελονισμό ως θεραπευτική τεχνική (Jin et al., 2007). Επιπλέον, το 2010 η UNESCO (Εκπαιδευτικός, Επιστημονικός και Πολιτιστικός Οργανισμός των Ηνωμένων Εθνών) συμπεριέλαβε τον βελονισμό στον κατάλογο Άυλης Πολιτιστικής Κληρονομιάς της Ανθρωπότητας (<http://www.unesco.org>, 2014).

Η αναγνωσιμότητα του βελονισμού και η μεγάλη αποδοχή του από την ιατρική κοινότητα δημιούργησε την ανάγκη ένταξης του στα μαθήματα ιατρικής και στα μεταπτυχιακά προγράμματα (Stollberg, 2006). Έτσι τα μεγαλύτερα πανεπιστήμια στις ΗΠΑ όπως τα Columbia, Cornell, Yale, Harvard, Hopkins, Mayo, Maryland, Chicago, UCLA, Stanford έχουν εντάξει τον βελονισμό στα μαθήματα της ιατρικής και οργανώνουν μεταπτυχιακά προγράμματα για γιατρούς.

Το ίδιο συμβαίνει και στις πανεπιστημιακές κοινότητες διαφόρων χωρών στην Ευρώπη, όπως στα πανεπιστήμια Nantes, Berlin, Duisburg- Essen, Rostock, Munich, Vienna, Innsbruck, Graz, Pecs, Bologna, Sapienza- Rome, Florence, Padova, Pavia, Milan, Sofia, Zurich, Bern, Stockholm, Kingston, Oxford, Brookes, Coventry, Westminster, Southampton, Exeter, Sheffield (<http://www.mediacus.gr>, 2014).

Φυσικά και στη χώρα μας ο βελονισμός αναγνωρίζεται ως ιατρική πράξη. Μέσα από στατιστικές μελέτες στην Ελλάδα υπάρχει εμπειρία πάνω από 35 χρόνια στην εφαρμογή του βελονισμού και υπολογίζεται ότι έχουν λάβει επαρκή εκπαίδευση στη μέθοδο περισσότεροι από 1.500 ιατροί. Ακόμη στις ιατρικές σχολές της χώρας εκπονούνται ερευνητικά πρωτόκολλα, διδακτορικές διατριβές και μεταπτυχιακά προγράμματα που υιοθετούν και εφαρμόζουν τον βελονισμό. Στις μέρες μας πολλά ιατρεία πόνου τόσο σε δημόσια νοσοκομεία (Αρεταίειο, Σισμανόγλειο, Κρατικό Νίκαιας, Ευαγγελισμός, Ερυθρός Σταυρός, Ελπίς, ΓΝΑ. "Γεννηματάς", Κ.Α.Τ. στην Αθήνα, ΑΧΕΠΑ και Θεαγένειο στη Θεσσαλονίκη, ΠΕΠΑΓΝΗ στο Ηράκλειο), όσο και σε ιδιωτικά ιατρεία εφαρμόζεται η θεραπευτική αυτή πρακτική. Βέβαια ο βελονισμός δεν έχει εισαχθεί επίσημα σαν μάθημα στα πανεπιστήμια και στις ιατρικές σχολές της Ελλάδας παρόλο που η αναγνωσιμότητα του στις ιατρικές κοινότητες είναι μεγάλη (Ελληνική Εταιρία Αλγολογίας, 2014).

Έχει διαπιστωθεί πως η ιατρική δεν κρίνεται μόνο από το εθνικό σύστημα υγείας και τους ιατρούς που την υπηρετούν, αλλά και από τους αρρώστους που καταφεύγουν σ' αυτήν και ζητούν τη βοήθεια της (4-10% των Ευρωπαίων και Αμερικανών πολιτών προσφεύγουν στον βελονισμό για την επίλυση προβλημάτων υγείας). Έτσι φανερώνεται ότι η ζήτηση για βελονισμό από τους ίδιους τους ασθενείς επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητά του. Κάτι τέτοιο, δημιουργεί πίεση στην ιατρική κοινότητα για επιστημονική τεκμηρίωση μέσα από

σύγχρονες συγκριτικές μελέτες καθώς και την ανάγκη για διασφάλιση των ασθενών που επιλέγουν αυτήν τη μέθοδο. Η Πολιτεία και οι θεσμικοί φορείς (ιατρικοί σύλλογοι) θα πρέπει να προχωρήσουν ένα βήμα παραπέρα θεωρώντας τον βελονισμό ως μια εξειδίκευση στα πλαίσια της ιατρικής επιστήμης.

2.3 ΕΙΔΗ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Ο βελονισμός περιλαμβάνει διάφορες τεχνικές ενεργοποίησης και απενεργοποίησης των σημείων βελονισμού. Εδώ θα αναφερθούν τα σημαντικότερα είδη του βελονισμού.

1. Παραδοσιακός βελονισμός

Αποτελεί μέρος της Κινέζικης Παραδοσιακής Ιατρικής. Θεωρείται ο αρχαιότερος τρόπος βελονισμού καθώς εφαρμόζεται στις Ανατολικές χώρες για περισσότερο από 4500 χιλιάδες χρόνια (Ramey & Buell, 2004). Η τεχνική είναι απλή. Μιας χρήσεως βελόνες, ειδικά κατασκευασμένες, ιδιαίτερα λεπτές, τοποθετούνται σε ειδικά σημεία που ονομάζονται σημεία βελονισμού (Mann, 2000). Τα σημεία βελονισμού έχουν καθορισμένη τοπογραφική θέση στην επιφάνεια του δέρματος. Η νοητή γραμμή που τα ενώνει (κατά ομάδες) ονομάζεται μεσημβρινός. Κάθε όργανο του σώματος συνδέεται με έναν μεσημβρινό επάνω στον οποίον αναπτύσσονται μερικές δεκάδες σημείων βελονισμού. Στο ανθρώπινο σώμα υπάρχουν 12 κύριοι και αρκετοί δευτερευούσης σημασίας μεσημβρινοί και περίπου 5000 σημεία βελονισμού. Θεωρείται ότι κάθε ασθένεια προκαλείται από την διαταραχή της ενέργειας ενός ή περισσότερων μεσημβρινών και η βασική αποστολή του ιατρού είναι, χρησιμοποιώντας τα σημεία βελονισμού να ισορροπήσει την ενεργειακή ροή στο σώμα (Lewith, 1999). Στην Κινέζικη Παραδοσιακή Ιατρική, για να εντοπισθεί ο μεσημβρινός ή το σύστημα που πάσχει, χρησιμοποιούνται σαν διαγνωστικά μέσα το ιστορικό της ασθένειας, η καταγραφή των συμπτωμάτων, η επισκόπηση της γλώσσας, η ψηλάφηση των σφυγμών, η παρατήρηση του σώματος, του προσώπου, η στάση και η κίνηση του ασθενούς (Jin et al, 2007).

2. Ιατρικός Βελονισμός

Όσον αφορά στην τεχνική είναι παρόμοιος με τον Παραδοσιακό Κινέζικο Βελονισμό. Διαφέρει ως προς την προσέγγιση του ασθενούς και αυτό είναι πολύ φυσικό, αφού ο ιατρικός βελονισμός αποτελεί εξέλιξη του παραδοσιακού βελονισμού προς μια πιο τεκμηριωμένη και επιστημονική σκοπιά. Πιο αναλυτικά, οι ιατροί που εφαρμόζουν βελονισμό, από τη μια μεριά διαπιστώνουν τα θεραπευτικά αδιέξοδα της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης από την άλλη μεριά, το ότι αποδέχονται το βελονισμό δε σημαίνει ότι απαρνούνται την επιστήμη τους ή ότι γυρίζουν την πλάτη στα ασύλληπτα επιτεύγματα της σύγχρονης ιατρικής και φαρμακολογίας (<http://www.elitesportstherapy.com>, 2014). Έτσι εφαρμόζουν τον βελονισμό συμπληρωματικά και όχι εναλλακτικά της ιατρικής. Στον Σύγχρονο ιατρικό βελονισμό χρησιμοποιείται δυτικού τύπου ονομασία των ασθενειών (π.χ. επικονδυλίτιδα, οσφυαλγία, ωμαλγία, κεφαλαλγία, κ.α.) και δυτικού τύπου διαγνωστικά μέσα (π.χ. ακτινογραφία, υπέρηχο, αξονική ή μαγνητική τομογραφία) (Thambirajah, 2009). Η ιατρική επιστήμη δεν δέχεται (προς το παρόν) την ύπαρξη των

μεσημβρινών, ενώ τα σημεία βελονισμού είναι σημεία που βρίσκονται σε συγκεκριμένους ιστούς (εν τω βάθει δομές του σώματος, νεύρα, μύες, σύνδεσμοι, τένοντες). Για τον δυτικό ιατρό ο βελονισμός είναι μια ειδική τεχνική που εφαρμόζεται σε συγκεκριμένες ασθένειες (περιγράφονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) και με πολύ προσοχή όσον αφορά τους κανόνες αντισηψίας, την ανατομία των περιοχών που ενθέτουν τη βελόνα, τη φυσιολογία των οργάνων και των ιστών και τη φυσιοπαθολογία της κάθε ασθένειας (Καράβης, 2011). Οι οδοί και οι μηχανισμοί δράσης εξηγούνται με βάση τη φυσιολογία και βιολογία του σώματος και όχι με βάση την παραδοσιακή θεωρία περί δημιουργίας των ασθενειών (Mann, 2000).

3. Ηλεκτροβελονισμός

Είναι μια σύγχρονη τεχνική διέγερσης των σημείων βελονισμού. Μερικές από τις βελόνες του βελονισμού, που είναι ήδη τοποθετημένες στο σώμα, υφίστανται μια επιπλέον διέγερση. Για να επιτευχθεί αυτό τις συνδέουμε με ειδική συσκευή ηλεκτροβελονισμού, ειδικά κατασκευασμένη και πιστοποιημένη για την θεραπευτική παρέμβαση (Kim et al., 2013). Οι συσκευές ηλεκτροβελονισμού παράγουν ασθενές ηλεκτρικό ρεύμα σε ειδικό φάσμα συχνοτήτων, που δρα θεραπευτικά για τους ιστούς του σώματος. Ο ηλεκτροβελονισμός είναι μια ιδιαίτερα χρήσιμη μέθοδος για την αντιμετώπιση συνδρόμων οξέος ή χρόνιου πόνου (Καράβης, 2011).

4. Laser Βελονισμός

Στην τεχνική αυτή χρησιμοποιούνται αντί βελονών, ακτίνα laser που εκπέμπεται από ειδική συσκευή. Έτσι η διέγερση δεν γίνεται με νυγμό (τσίμπημα βελόνας) αλλά με θερμότητα (δέσμη πολωμένου φωτός laser). Χρησιμοποιείται κυρίως σε παιδιά, σε περιοχές που φλεγμαίνουν ή ευαίσθητες περιοχές του σώματος (Abbate, 2004).

5. Ωτοβελονισμός

Οι κινέζοι έλεγαν ότι στο πτερύγιο του αυτιού συναντώνται όλοι οι μεσημβρινοί καθώς και ότι υπάρχουν στενές σχέσεις (αντανακλαστικά) μεταξύ πτερυγίου του αυτιού και λειτουργιών του σώματος. Στην επιφάνεια του πτερυγίου περιγράφονται συνολικά 110 σημεία βελονισμού που χρησιμοποιούνται για θεραπευτικούς σκοπούς (Gori & Firenzuoli, 2007). Θεωρείται σήμερα ότι τα σημαντικότερα σημεία ωτοβελονισμού αν διεγερθούν κατάλληλα, επιτυγχάνουν θεραπευτικό αποτέλεσμα μέσω των νεύρων που νευρώνουν αισθητικά το πτερύγιο (τριδύμο, πνευμονογαστρικό, παραπληρωματικό, επιπολής αυχενικό πλέγμα). Στο πτερύγιο του αυτιού βρίσκονται σημεία βελονισμού που χρησιμοποιούνται για την αναστολή της όρεξης, το κάπνισμα (εξαρτήσεις), τις αλλεργίες (σημείο κορτιζόλης), τη νευραλγία τριδύμου, το στρες κ.α. (Abbate, 2004).

6. Κρανιοβελονισμός

Όπως στον ωτοβελονισμό χρησιμοποιούμε κυρίως σημεία βελονισμού που βρίσκονται στο πτερύγιο του αυτιού, στον κρανιοβελονισμό χρησιμοποιούμε μόνο σημεία ή περιοχές που βρίσκονται σε ζώνες του τριχωτού της κεφαλής. Οι βελόνες τοποθετούνται μόνο λίγα χιλιοστά κάτω από το δέρμα χωρίς να αγγίζουν τα οστά του κρανίου. Παραμένουν στη θέση τους για 20 λεπτά και μετά αφαιρούνται (Wang, 2009).

7. Μόξα

Με τη μέθοδο αυτή τα σημεία βελονισμού διεγείρονται με τη θερμότητα που προέρχεται με το κάψιμο ειδικών ουσιών (κυρίως φύλλων του φυτού artemisia Bulgaris) που τοποθετείται με ειδικούς κώνους σε ορισμένα σημεία βελονισμού (Lewith, 1999). Η

θερμότητα που παράγεται είναι θεραπευτική (στους 40-42 βαθμούς Κελσίου) και όχι βλαπτική (πάνω από 45 βαθμοί Κελσίου) (Wang, 2009).

8. Staple Puncture

Είναι μια μέθοδος θεραπείας η οποία υπακούει στη φιλοσοφία και τους κανόνες βελονισμού. Σε αυτό το είδος θεραπείας τοποθετούνται στο σώμα ημιμόνιμες μικρές αυτοκόλλητες βελόνες που παραμένουν στο σημείο για μεγάλο χρονικό διάστημα.

9. Neural Therapy

Είναι μια θεραπευτική τεχνική η οποία βασίζεται στις γνώσεις της ανατομίας, της φυσιολογίας, της νευροφυσιολογίας και της νευροανοσολογίας. Η μέθοδος αυτή έχει ως σκοπό την επαναφορά της δυναμικής ισορροπίας του οργανισμού και της ομοιόστασης του, με την χρήση τοπικού αναισθητικού (κυρίως προκαΐνη και λιδοκαΐνη) (<http://www.neuraltherapy.gr>, 2014).

10. Su Jok

Αποτελεί μια θεραπευτική μέθοδο που χρησιμοποιεί τα άνω και κάτω άκρα για να πετύχει αποτελέσματα όμοια του βελονισμού. Είναι μια μέθοδος απλή, ασφαλής και αποτελεσματική (<http://www.sujok.com>, 2014).

11. Δακτυλοπιέσεις (Acupressure)

Αποτελεί μια απλή μη επεμβατική μέθοδο θεραπείας κατά την οποία κατάλληλες τεχνικές πίεσης με τα δάχτυλα εφαρμόζονται στα σημεία βελονισμού (Wang, 2009).

2.4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Ο βελονισμός θεωρείται μια δημοφιλής, συμπληρωματική, ηπιώς επεμβατική, μη φαρμακευτική και ασφαλής θεραπευτική τεχνική. Η θεραπευτική διαδικασία του βελονισμού αρχίζει με την ένθεση της βελόνας στο δέρμα, το υποδόριο ή τον μυϊκό ιστό, σε νευροδραστικά σημεία που ονομάζονται σημεία βελονισμού (Chon & Lee, 2013). Η επαναλαμβανόμενη διαδικασία θεραπείας και η επιλογή των κατάλληλων για κάθε περίπτωση σημείων βελονισμού θα μειώσει τον πόνο, θα αποκαταστήσει τη μυϊκή δυσλειτουργία και δυσπραγία, θα ομαλοποιήσει τον έλεγχο και τη ρύθμιση της λειτουργίας των οργάνων, θα ρυθμίσει την ανοσοποιητική ικανότητα του οργανισμού και τις ενδοκρινικές, αυτόνομες και εγκεφαλικές λειτουργίες, ενώ ταυτόχρονα θα ενεργοποιήσει και θα επιταχύνει διεργασίες αποκατάστασης και αναγέννησης των ιστών που δυσλειτουργούν (Stux et al., 2003).

Οι βελόνες που χρησιμοποιούνται διαφέρουν τόσο σε μήκος όσο και σε πλάτος ενώ το υλικό κατασκευής τους μπορεί να είναι χρυσάφι, ασήμι, πλατίνα ή ανοξείδωτο ατσάλι (Chon & Lee, 2013). Συνήθως χρησιμοποιούνται μιας χρήσεως, ειδικές πολύ λεπτές αποστειρωμένες βελόνες διαμέτρου συνήθως από δύο έως είκοσι χιλιοστά και σε κάποιες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται και μεγαλύτερες βελόνες έως σαράντα χιλιοστά ανάλογα με την σωματική διάπλαση του ασθενή και της περιοχής θεραπείας (Liangyue et al., 1993). Οι ειδικές αυτές βελόνες τοποθετούνται σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος ανάλογα με την πάθηση του ασθενή. Ο αριθμός των επισκέψεων, ο αριθμός των βελόνων, το είδος της τεχνικής που εφαρμόζεται, ο χρόνος παραμονής των βελόνων, οι συνεδρίες και ο χρόνος αναμονής ανάμεσα τους καθορίζονται από την βαρύτητα της πάθησης και την γενική εικόνα του ασθενή. Στο βελονισμό το πρωτόκολλο θεραπείας είναι ξεχωριστό για κάθε ασθενή (Beijing college, 1993).

Σε μια θεραπευτική συνεδρία χρησιμοποιούνται κατά μέσο όρο 3- 5 έως 15 βελόνες οι οποίες τοποθετούνται στα σημεία βελονισμού που έχουν οριστεί για την θεραπεία του προβλήματος του ασθενή. Η εφαρμογή διαρκεί από δέκα έως τριάντα λεπτά της ώρας (εκτός αν εφαρμοστεί μηχανική διέγερση με παλίνδρομες κινήσεις οπότε οι βελόνες αφαιρούνται αμέσως μετά την ολοκλήρωση της τεχνικής) (Chon & Lee, 2013). Μια ένδειξη ότι ο χρόνος παραμονής της βελόνας στο σημείο έχει λήξει είναι όταν η βελόνα εξέρχεται από το δέρμα με ευκολία (Liangyue et al., 1993). Οι συνεδρίες που ορίζονται κυμαίνονται από 10 ως 12 συνεδρίες δύο με τρεις φορές την εβδομάδα (Payne & Weight, 2013).

Οι βελόνες μπορούν να τοποθετηθούν σε πλήθος προκαθορισμένων περιοχών όπως (Καράβης, 2011):

- Ενδομυϊκά στα ενεργά σημεία trigger
- Κατά μήκος της τεταμένης μυϊκής δεσμίδας
- Στην μυοτενόντια περιοχή
- Στις καταφύσεις του μυός ή των μυών που πάσχουν
- Στο περιόστεο
- Παρασπονδυλικά πλησίον της αισθητικής ρίζας του νευροτομίου που άγει τον πόνο
- Σε δερματικά σημεία στα όρια των περιοχών αντανακλαστικού πόνου.
- Σε σημεία βελονισμού των κατάλληλων μεσημβρινών.

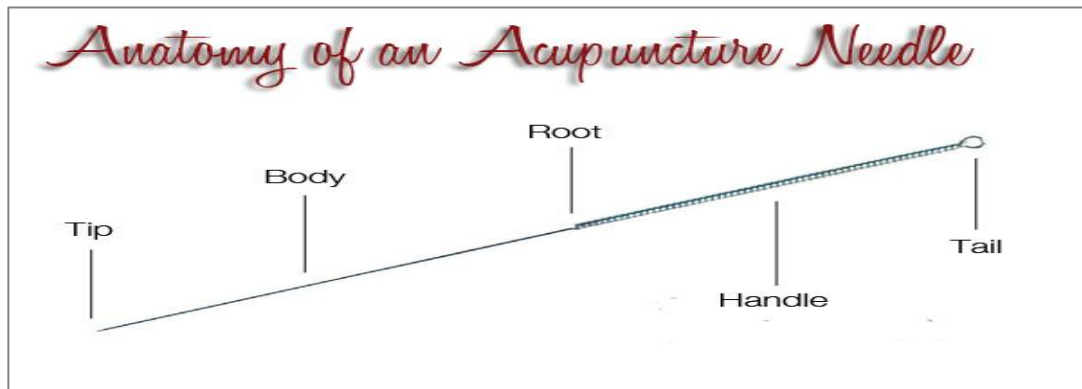
Οι βελόνες του βελονισμού πρέπει να τοποθετούνται στο κέντρο του σημείου ή όσο το δυνατόν πλησιέστερα σε αυτό. Σε περίπτωση που υπάρχει απόκλιση από το κέντρο του σημείου είναι πιθανό να έχουμε ελαττωμένη δράση του βελονισμού.

2.5 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΒΕΛΟΝΩΝ

Υπάρχουν διάφορα είδη βελόνων. Η βελόνα που χρησιμοποιείται ευρύτερα στη κλινική εφαρμογή του βελονισμού ονομάζεται νηματοειδής (filiform) βελόνα (Lewith, 1999). Μπορεί να είναι φτιαγμένες από χρυσό, ασήμι και διάφορα άλλα κράματα μετάλλων αλλά οι περισσότερες κατασκευάζονται από ανοξείδωτο ατσάλι. Μια τέτοια βελόνα αποτελείται από 5 μέρη τα οποία είναι τα εξής (Liangyue et al, 1993) (εικ. 2.1):

1. Ουρά της βελόνας (tail)
2. Λαβή της βελόνας (handle)
3. Βάση της βελόνας (root)
4. Κύριο σώμα της βελόνας (body)
5. Άκρο της βελόνας (tip)



Εικόνα 2.1. Τα κύρια μέρη μιας βελόνας

ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Κατά την εφαρμογή βελονισμού ο ασθενής πρέπει να είναι καθιστός ή ξαπλωμένος ώστε να μπορεί να χαλαρώσει αλλά και να γίνεται με ασφάλεια η τοποθέτηση των βελόνων. Στη πρώτη συνεδρία προτείνεται ο ασθενής να βρίσκεται ξαπλωμένος ώστε να νιώθει μεγαλύτερη ασφάλεια και άνεση. Η στάση που θα τοποθετηθεί ο ασθενής εξαρτάται από το σημείο που εντοπίζεται το πρόβλημα, τα βελονιστικά σημεία που θα επιλεγθούν, τον τρόπο που θα τοποθετηθούν οι βελόνες αλλά και την εμπειρία του θεραπευτή. Η χρυσή τομή είναι να νιώθει άνετα τόσο ο ασθενής όσο και ο θεραπευτής (Beijing college, 1993).

Στις εικόνες που ακολουθούν, περιγράφονται οι πιο συχνές στάσεις που χρησιμοποιούνται.

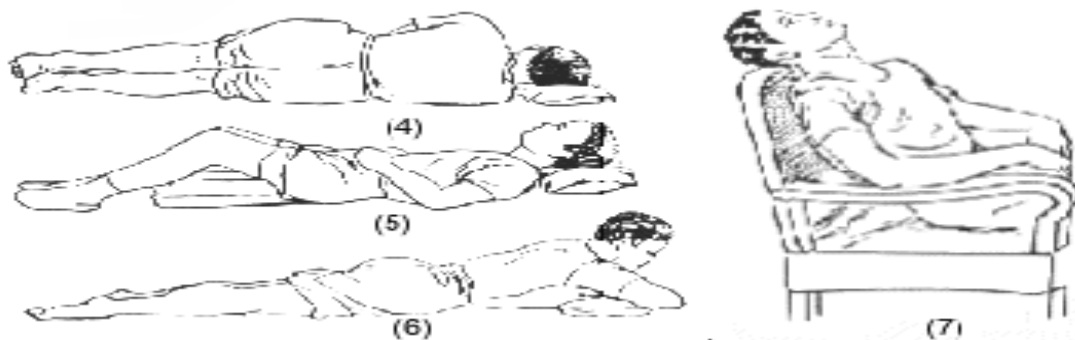


Εικόνα 2.2. Κατάλληλες τοποθετήσεις ασθενή στην καθιστή θέση για την εφαρμογή βελονισμού.

(1) Καθιστή θέση με το κεφάλι υποστηριζόμενο με τα χέρια: Είναι κατάλληλη για σημεία που εντοπίζονται στην κεφαλή και τον αυχένα (εικ. 2.2).

(2) Καθιστή θέση με το κεφάλι και τα χέρια πάνω στο κρεβάτι ή σε τραπέζι: Κατάλληλη για σημεία που εντοπίζονται ετερόπλευρα στην κεφαλή, τον αυχένα, τους ώμους και τα άνω άκρα (εικ. 2.2).

(3) Καθιστή θέση με τα χέρια πάνω στο κρεβάτι ή σε τραπέζι: Κατάλληλη για σημεία που εντοπίζονται στην κεφαλή, τον αυχένα και την ράχη(εικ. 2.2).



Εικόνα 2.3. Κατάλληλες θέσεις ασθενή για την εφαρμογή βελονισμού.

(4) Πλάγια θέση: Κατάλληλη για σημεία που εντοπίζονται στη μία πλευρά του σώματος (εικ. 2.3).

(5) Ύπτια θέση με κεκαμένα και υποστηριζόμενα τα γόνατα: Κατάλληλη για σημεία που εντοπίζονται στην κεφαλή, το πρόσωπο, το θώρακα, την κοιλιά, τα άνω και κάτω άκρα (εικ. 2.3).

(6) Πρηγής θέση: Κατάλληλη για σημεία που εντοπίζονται στην κεφαλή, τον αυχένα, τη θωρακική και οσφυϊκή χώρα, τους γλουτούς και την οπίσθια επιφάνεια των κάτω άκρων (εικ. 2.3).

(7) Καθιστή θέση με υποστήριξη στην πλάτη και τον αυχένα σε έκταση: Κατάλληλη για σημεία που εντοπίζονται στο πρόσωπο, το λαιμό και το θώρακα (εικ. 2.3).



Εικόνα 2.4: Κατάλληλες θέσεις ασθενή για την εφαρμογή βελονισμού στα άνω άκρα και το κεφάλι.

(8) (9) Καθιστή θέση: Κατάλληλη για σημεία που εντοπίζονται στην κεφαλή, τον αυχένα, τους ώμους και τα άνω άκρα (εικ. 2.4).

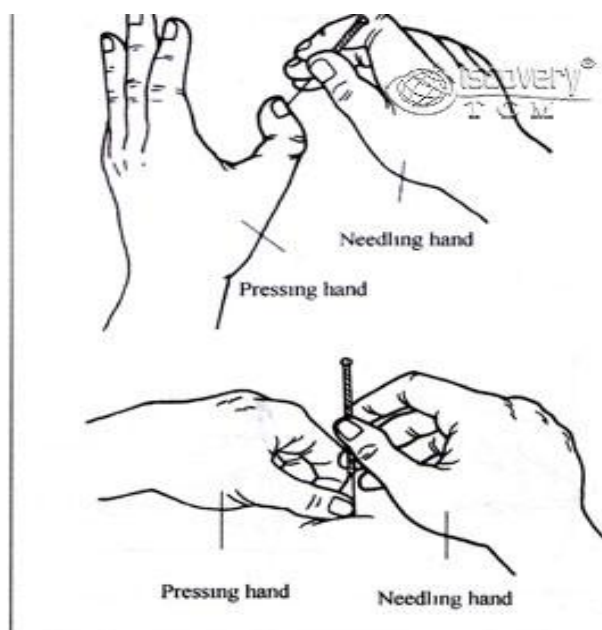
Κατά τη διάρκεια του βελονισμού, ο ασθενής θα πρέπει να είναι ήρεμος και να αποφεύγει απότομες κινήσεις, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι θα πρέπει να είναι καθλωμένος και παντελώς ακίνητος, για τα 20 - 30 λεπτά που διαρκεί η κάθε συνεδρία. Συνιστάται, ο χώρος που πραγματοποιούνται οι θεραπείες να είναι ήσυχος και χωρίς έντονο φωτισμό ώστε ο ασθενής να μπορεί να χαλαρώσει (Καράβης, 2011).

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΠΑΡΣΗΣ ΚΑΙ ΓΩΝΙΕΣ ΕΠΑΡΣΗΣ ΤΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ

Η εισαγωγή της βελόνας γίνεται με συγκεκριμένο τρόπο και ταχύτητα, έτσι ορίζεται πως η βελόνα πρέπει να εισάγεται γρήγορα με την βοήθεια και των δυο χεριών. Η έπαρση των βελονών γίνεται συνήθως με το δεξί χέρι το οποίο είναι γνωστό και ως «βελονιστικό χέρι» ενώ το αριστερό χέρι, γνωστό και ως το χέρι της πίεσης, πιέζει σταθερά την περιοχή γύρω από το σημείο βελονισμού. Έτσι γίνεται αντιληπτό ότι η συνεργασία των δύο χεριών είναι απαραίτητη για την ομαλή εισαγωγή της βελόνας. Ανάλογα με τη θέση του βελονιστικού σημείου και το μέγεθος της βελόνας που θα χρησιμοποιηθεί, εφαρμόζεται και η αντίστοιχη μέθοδος έπαρσης της βελόνας (Liangyue et al, 1993). Οι τεχνικές εισαγωγής της βελόνας που χρησιμοποιούνται αναλύονται παρακάτω.

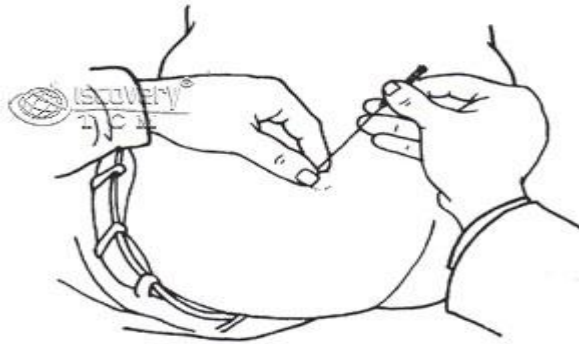
Τεχνικές έπαρσης της βελόνας:

1. Η εισαγωγή της βελόνας γίνεται με την βοήθεια της πίεσης που ασκείται με το αριστερό χέρι. Με το αριστερό χέρι ψηλαφάτε το σημείο βελονισμού και ασκείται πίεση δίπλα από αυτό με το νύχι του αντίχειρα ή του δείκτη. Το δεξί χέρι κρατάει την βελόνα ενάντια στο νύχι του άλλου χεριού πάνω ακριβώς από το σημείο βελονισμού και έπειτα εισάγεται στο σημείο (Liangyue et al, 1993) (εικ. 2.5).



Εικόνα 2.5. Τεχνική έπαρσης τις βελόνας με κάθετη πίεση.

2. Η εισαγωγή της βελόνας γίνεται με την βοήθεια και των δύο χεριών. Η κάτω πλευρά της βελόνας συγκρατείται μεταξύ του δείκτη και του αντίχειρα του αριστερού χεριού αφήνοντας ελεύθερη την άκρη της βελόνας ενώ η πάνω πλευρά της βελόνας συγκρατείται ανάμεσα από τον δείκτη και τον αντίχειρα του δεξιού χεριού. Η βελόνα τοποθετείται γρήγορα στο επιλεγμένο σημείο με το αριστερό χέρι ενώ το δεξί ελέγχει το βάθος διείσδυσης της βελόνας. Αυτή η μέθοδος εφαρμόζεται σε βελονισμό με μεγαλύτερες βελόνες (Beijing college, 1993)(εικ. 2.6).



Εικόνα 2.6. Έπαρση της βελόνας με χειρισμό και των δύο χεριών.

3. Η εισαγωγή της βελόνας γίνεται σε διατεταμένο δέρμα. Μεταξύ του δείκτη και του αντίχειρα του αριστερού χεριού συγκρατείται σε διάταση η περιοχή που βρίσκεται το σημείο βελονισμού και η βελόνα τοποθετείται γρήγορα με το δεξί χέρι στο απαιτούμενο βάθος (Mann, 2000)(εικ. 2.7).



Εικόνα 2.7. Έπαρση της βελόνας με διάταση του δέρματος.

4. Η εισαγωγή της βελόνας γίνεται αφού συμπιεστεί η περιοχή. Πρακτικά τσιμπάμε το δέρμα με το δείκτη και τον αντίχειρα του αριστερού χεριού και η βελόνα τοποθετείται γρήγορα στο σημείο με το δεξί χέρι. Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται σε περιοχές όπως το κεφάλι, το πρόσωπο και σε περιοχές που υπάρχουν μικροί μύες (Beijing college)(εικ. 2.8).



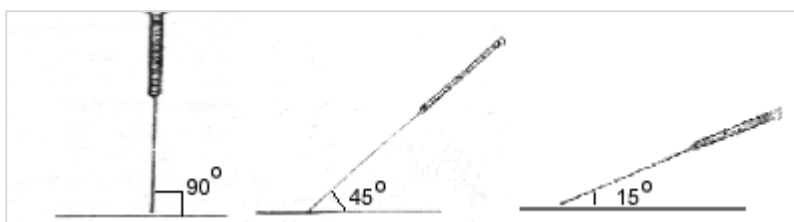
Εικόνα 2.8. Έπαρση της βελόνας με συμπίεση του δέρματος.

ΓΩΝΙΑ ΕΠΑΡΣΗΣ ΤΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ

Ανάλογα με τα σημεία που επιλέγεται να γίνει ο βελονισμός, η βελόνα τοποθετείται κάθετα ή υπό γωνία. Υπάρχουν περιπτώσεις που οι βελόνες εισέρχονται κάθετα στο δέρμα και περιπτώσεις που οι βελόνες τοποθετούνται σχεδόν παράλληλα με αυτό (Longbottom, 2010). Σύνηθες βέβαια είναι μετά από λίγο χρονικό διάστημα οι περισσότερες βελόνες να κλίνουν προς το πλάι και σχεδόν να ακουμπήσουν το δέρμα, κάτι που σχετίζεται με το σημείο και με το βάθος τοποθέτησης της βελόνας. Αυτό το φαινόμενο θεωρείται ως ένδειξη ότι η συνεδρία βελονισμού ολοκληρώθηκε (Beijing college, 1993).

ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΑΡΣΗΣ ΤΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ

1. Κατακόρυφη γωνία έπαρσης: Η βελόνα εισέρχεται κάθετα στο δέρμα υπό γωνία 90° . Τα περισσότερα σημεία στο σώμα βελονίζονται με αυτό τον τρόπο (εικόνα 2.9) (Liangyue et al., 1993).
2. Λοξή γωνία έπαρσης: Η βελόνα εισέρχεται στο δέρμα υπό γωνία 45° . Αυτή η μέθοδος συνίσταται για σημεία που βρίσκονται κοντά σε μεγάλα αγγεία ή όταν κάτω από το δέρμα υπάρχουν μικρές μυϊκές ομάδες (Beijing college, 1993)(εικ. 2.9).
3. Οριζόντια ή εγκάρσια γωνία έπαρσης: Η βελόνα εισέρχεται στο δέρμα υπό γωνία περίπου 15° . Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται σε περιοχές που οι μύες είναι ιδιαίτερα μικροί και λεπτοί όπως στο κεφάλι και το πρόσωπο (Thambirajah, 2009)(εικ. 2.9).



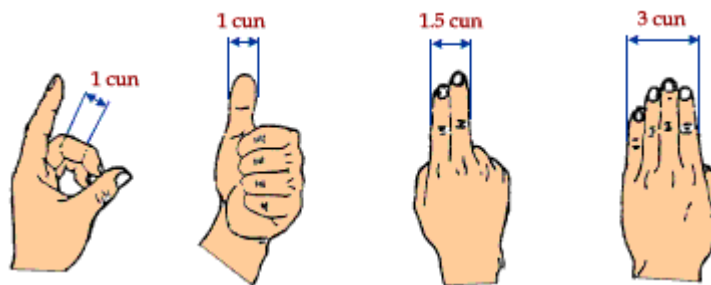
Εικόνα 2.9. Γωνίες έπαρσης της βελόνας.

ΒΑΘΟΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ

Συγκεκριμένο βάθος βελονισμού δεν υπάρχει, κατάλληλο βάθος θεωρείται αυτό που δίνει καλό αίσθημα βελονισμού και δεν υπάρχει κίνδυνος να τραυματιστούν ζωτικά όργανα. Κλινικά το βάθος εισαγωγής της βελόνας εξαρτάται από τον οργανισμό του ασθενή, την περιοχή βελονισμού και την παθολογική κατάσταση του ασθενή (Mann, 2000). Μια γενική αρχή είναι ότι σε ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν από ανεπάρκεια ενέργειας Τσι και αίματος, σε βρέφη και σε περιοχές όπως το κεφάλι, το πρόσωπο, την πλάτη η τοποθέτηση των βελόνων γίνεται επιφανειακά (Mole, 2007). Ενώ αντίστοιχα σε νεαρά και μέσης ηλικίας άτομα ή για σημεία που βρίσκονται στα άνω και κάτω άκρα, στους γλουτούς και σε ορισμένα σημεία της κοιλιακής χώρας συνίσταται βαθύτερος βελονισμός (Liangyue et al, 1993).

ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΟΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Ο τοπογραφικός εντοπισμός των σημείων βελονισμού γίνεται με τη βοήθεια χαρτών, ειδικά σχεδιασμένων ανθρώπινων ομοιωμάτων, αλλά και περιγραφικά. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται ένας αναλογικός κινέζικος τρόπος μέτρησης, που σαν μονάδα έχει το τσουν (cun) . Ένα τσουν (cun) ισούται με το μέγεθος του νυχιού του αντίχειρα ή με το μήκος της δεύτερης φάλαγγας του μεσαίου δακτύλου. Δύο τσουν (cun) είναι το άθροισμα της διαμέτρου των τριών μεσαίων δακτύλων στο ύψος της δεύτερης φάλαγγας και τρία τσουν (cun) είναι η διάμετρος των τεσσάρων δακτύλων (Coyle et al., 2000).



Εικόνα 2.10 : Μονάδα μέτρησης απόστασης σημείων βελονισμού.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο θεραπευτής πριν ξεκινήσει τη θεραπεία βελονισμού είναι απαραίτητο να έχει συλλέξει όλα τα απαραίτητα μέσα και προφυλάξεις για την ομαλή διεξαγωγή της θεραπείας τα οποία αναφέρονται παρακάτω. (Liangyue et al., 1993).

1. Συλλογή των μέσων που θα χρησιμοποιηθούν όπως βελόνες διαφόρων μεγεθών, δοχείο, αποστειρωμένες γάζες ή βαμβάκι, οινόπνευμα κ.α.
2. Επιλογή κατάλληλης θέσης του ασθενή.
3. Αποστείρωση. Σε περίπτωση που δεν χρησιμοποιούνται βελόνες μιας χρήσεως είναι απαραίτητη η επιμελής αποστείρωσή τους. Επίσης απαραίτητη προϋπόθεση για την έναρξη της θεραπείας θεωρείται και ο καθαρισμός του δέρματος στη περιοχή βελονισμού με οινόπνευμα.

2.6 ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Κατά την Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική η διάγνωση αποτελεί πολύ σημαντικό κομμάτι για την εξέλιξη της θεραπείας. Υπάρχουν τέσσερις τρόποι διάγνωσης οι οποίοι θα αναφερθούν αναλυτικά και αυτοί είναι η επισκόπηση, η ακρόαση και η όσφρηση, η εξέταση και τέλος η ψηλάφηση (Mole, 2007). Μετά τη συλλογή των στοιχείων και την λήψη ιστορικού για την ολοκλήρωση της διάγνωσης συγκρίνονται τα αντικειμενικά ευρήματα χρησιμοποιώντας τις θεωρίες των οκτώ αρχών, τη θεωρία του Γιν- Γιανγκ, τη θεωρία των πέντε στοιχείων, της ενέργειας Τσι και των ζωτικών ουσιών και την θεωρία των Zang- Fu οργάνων ώστε να δημιουργηθεί το κατάλληλο πρωτόκολλο θεραπείας (Liangyue et al, 1993).

A) ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Μέσω της επισκόπησης και της παρατήρησης ο θεραπευτής συλλέγει στοιχεία και κατανοεί τις παθολογικές αλλαγές των εσωτερικών οργάνων. Αυτό επιτυγχάνεται με την παρατήρηση μη φυσιολογικών αλλαγών στην ζωτικότητα, το χρώμα, την εμφάνιση, τις εκκρίσεις, του προσώπου και της γλώσσας του ασθενή. Η Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική υποστηρίζει ότι υπάρχει στενή σύνδεση μεταξύ των εξωτερικών περιοχών του σώματος και κυρίως του προσώπου και της γλώσσας με την λειτουργία των εσωτερικών (Zang– Fu) οργάνων (Stux et al., 2003).

B) ΑΚΡΟΑΣΗ ΚΑΙ ΟΣΦΡΗΣΗ

Δύο είναι οι βασικές αρχές που ακολουθεί ο θεραπευτής, να ακούσει και να μυρίσει. Μέσω της ακοής, της ομιλίας, της αναπνοής και του βήχα συλλέγονται στοιχεία για τα πιθανά αίτια της παθολογίας του ασθενή όπως και για το αν είναι ένα σύνδρομο υπερβολής ή ανεπάρκειας. Επιπροσθέτως μέσω της όσφρησης και της παρατήρησης των εκκρίσεων συλλέγονται περισσότερες πληροφορίες για το είδος της παθογένειας που μπορεί να υπάρχει και για το όργανο που πιθανά δυσλειτουργεί (Mole, 2007) .

Γ) ΕΞΕΤΑΣΗ

Ο Θεραπευτής καλείται να λάβει το ιστορικό του ασθενή ώστε να συλλέξει πληροφορίες για την πορεία της ασθένειας την κατάσταση του ασθενούς και τη γνώση του για την ασθένεια του. Η εξέταση του ασθενή γίνεται συστηματικά με ερωτήσεις που επικεντρώνονται στα κύρια συμπτώματα του (Cheung et al, 2001).

Δ) ΨΗΛΑΦΗΣΗ

Είναι μια μέθοδος διάγνωσης κατά την οποία τα παθολογικά ευρήματα ανιχνεύονται με την ψηλάφηση, την αίσθηση και την πίεση ορισμένων περιοχών του σώματος. Η εξέταση συμπεριλαμβάνει την ψηλάφηση του παλμού σε διάφορες περιοχές του σώματος (Mole, 2007). Βασική περιοχή ψηλάφησης του σφυγμού είναι ο καρπός, στον οποίο υπάρχουν τρία βασικά σημεία ψηλάφησης του σφυγμού στην εσωτερική πλευρά του καρπού και συνδέονται με τρία Zang– Fu όργανα (πνεύμονα, σπλήνα, νεφρό). Μετά τον εντοπισμό του μη φυσιολογικού παλμού εντοπίζεται και η κλινική του σημασία (Liangyue et al, 1993). Κάθε ανώμαλη διάγνωση του σφυγμού συνδέεται και με διαφορετικά παθολογικά αίτια. Μπορούν να εντοπιστούν διάφορα είδη σφυγμού όπως επιφανειακός ή βαθύς σφυγμός, αργός ή γρήγορος, αδύναμος, ήρεμος, τραχύς ή διαλείπων κ.α.

Όπως ήδη αναφέρθηκε εκτός του χεριού υπάρχουν και άλλα σημεία που ψηλαφίζονται όπως η περιοχή του επιγαστρίου, του υπογαστρίου και διάφορα σημεία βελονισμού.

2.7 ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Οι χειρισμοί της βελόνας πολλές φορές συνοδεύονται από αντίδραση του σώματος στο βελονισμό με πόνο, αίσθημα βάρους, μούδιασμα ή διάταση της περιοχής γύρω από το σημείο βελονισμού. Αύτη η αντίδραση κατά τον κλασσικό βελονισμό ονομάζεται φαινόμενο Τε-Τσι και υποδηλώνει την άφιξη του Τσι (Devitt, 2002).

A) ΟΙ ΒΑΣΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ

1. Παλινδρομικοί χειρισμοί: Η μύτη της βελόνας διεισδύει στο δέρμα και έπειτα ανυψώνεται και ωθείται κάθετα στο σημείο βελονισμού σε ασφαλές βάθος. Ο χειρισμός δεν πρέπει να επαναλαμβάνεται με πάρα πολλές επαναλήψεις διότι μπορεί να προκληθεί τοπική βλάβη των ιστών (Jin et al., 2007).
2. Περιστροφικοί χειρισμοί: Η βελόνα εισχωρεί στο επιτρεπόμενο βάθος και έπειτα περιστρέφεται από την μία προς την άλλη κατεύθυνση συνεχόμενα. Η βελόνα περιστρέφεται σε εύρος από 180⁰ έως 360⁰ (Liangyue et al., 1993).

Ποίος χειρισμός θα εφαρμοστεί σε ποία σημεία βελονισμού και σε τη βάθος εξαρτάται από το είδος της πάθησης, το σημείο, και το θεραπευτικό αποτέλεσμα που πρέπει να επιτευχθεί (Mann, 2000).

B) ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΕ-ΤΣΙ

Στο κλασσικό βελονισμό η βελόνα είναι το μέσω που επιδρά στη ροή της ενέργειας, γίνεται αγωγός της, συμβάλει στη μεταβολή της πορείας της και στα ενεργειακά μπλοκαρίσματα που υπάρχουν στο σώμα.

Υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι αν και οι χειρισμοί έχουν εφαρμοστεί σωστά δεν έχουν το αίσθημα του φαινομένου Τε- Τσι. Σε μια τέτοια κατάσταση χρησιμοποιούνται επιπλέον χειρισμοί για την προώθηση του Τσι, οι χειρισμοί αυτοί είναι έξι και θα αναφερθούν περιληπτικά παρακάτω (Stux et al., 2003).

1. Πίεση: Η ελαφριά πίεση στη πορεία του μεσημβρινού που βελονίζεται ενθαρρύνει την κίνηση του Τσι διευκολύνοντας την αίσθηση βελονισμού στο σημείο (Jin et al., 2007).
2. Τράβηγμα: Ελαφρύ τράβηγμα της άκρης της βελόνας προκαλεί διέγερση της περιοχής και συμβάλει στην απόκτηση του Τσι (Liangyue et al., 1993).
3. Ξύσιμο: Εφαρμόζεται την ώρα που η βελόνα εισχωρεί στο σημείο. Ουσιαστικά πρόκειται για περιστροφική κίνηση που εφαρμόζεται με το δείκτη στη λαβή της βελόνας και έχει ως στόχο την διάδοση του αισθήματος βελονισμού (Jin et al., 2007).
4. Τίναγμα: Μικρού εύρους κινήσεις σαν τίναγμα της βελόνας η οποία δυναμώνει το βελονιστικό αίσθημα (Chaudhury & Rafei, 2001).

5. Δόνηση: Εφαρμογή παλίνδρομων κινήσεων σε μικρό εύρος κίνησης που προκαλούν αίσθημα δόνησης που συμβάλει στη προώθηση της ενέργειας Τσι (Wang, 2009) .
6. Γρήγορο στροβίλισμα: Εφαρμογή τριών γρήγορων περιστροφικών κινήσεων που επαναλαμβάνονται με παύσεις μέχρι να ισχυροποιηθεί το αίσθημα βελονισμού (Liangyue et al., 1993).

Κατά την εφαρμογή βελονισμού το φαινόμενο της άφιξης του Τσι πρέπει να επιτευχθεί διότι μέσω αυτού η θεραπεία είναι αποτελεσματική. Η επίτευξη του φαινομένου Τε- Τσι εμφανίζεται όπως προαναφέρθηκε με διάφορες εκδηλώσεις όπως αίσθημα βάρους και άλγος (Devitt, 2002).

Επίσης έχουν διαπιστωθεί και καταγραφεί διάφοροι παράγοντες που αναστέλλουν την άφιξη του Τσι. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με την σωστή εφαρμογή τόσο της θεωρίας όσο και των τεχνικών του βελονισμού. Οι πιο συχνοί λόγοι που καθυστερούν ή αναστέλλουν την άφιξη του Τσι είναι η τοποθέτηση των βελόνων σε λάθος σημείο βελονισμού ή σε μεγάλη απόσταση από το κέντρο το κατάλληλου σημείου, το ακατάλληλο βάθος διείσδυσης της βελόνας, η ελλειπής ή λανθασμένη εφαρμογή του χειρισμού και τέλος η κατάσταση του ασθενή καθώς αδύναμοι οργανισμοί δεν εμφανίζουν έντονο αίσθημα βελονισμού (Liangyue et al., 1993).

2.8 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΟ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ ΣΤΟ ΔΥΤΙΚΟ ΚΟΣΜΟ

Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα που ο βελονισμός έκανε την εμφάνιση του στη δύση δημιουργήθηκε έντονος προβληματισμός στους δυτικούς ιατρούς σχετικά με την αποτελεσματικότητά του. Με την παρατήρηση των θεραπευτικών κλινικών αποτελεσμάτων του βελονισμού και παράλληλα με την εξέλιξη των νευροεπιστημών και των διαγνωστικών μέσων η αξιοπιστία του ισχυροποιήθηκε (Jin et al, 2007).

Η επιστημονική θεώρηση του βελονισμού και ο όγκος των εργασιών που εκπονούνται εδώ και δεκαετίες με αυστηρά επιστημονικά και μεθοδολογικά κριτήρια, καθημερινά μεγαλώνει, με αποτέλεσμα την πληρέστερη καταγραφή της αποτελεσματικότητας του βελονισμού.

Τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχουν σημαντικά επιστημονικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα του βελονισμού σε πληθώρα παθήσεων και κυρίως για την αποτελεσματικότητά του στο οξύ και χρόνια πόνο (White & Ernst, 2004).

Μέσω ερευνών και παρατηρήσεων και με την χρήση της σύγχρονης ιατρικής έχουν καταγραφεί οι ενδείξεις, οι αντενδείξεις, οι παρενέργειες του βελονισμού και έχουν θεσπιστεί αυστηροί κανόνες ως προς τη θεραπευτική διαδικασία. Έτσι, πολλοί διεθνείς οργανισμοί και διεθνείς επιστημονικές εταιρείες έχουν συντάξει καταλόγους με τις κυριότερες ενδείξεις του βελονισμού (Mole, 2007).

Η θεραπευτική του βελονισμού φαίνεται πως είναι αποτελεσματική για περίπου τριακόσιες παθήσεις, στις σαράντα από αυτές η αποτελεσματικότητά του έχει πιστοποιηθεί και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) στη συνεδρίαση του οργανισμού τον Δεκέμβρη του 1979 (Καράβης, 1999).

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

- Σύνδρομα πόνου: Κεφαλαλγίες, ημικρανίες, νευραλγία τριδύμου, οσφυαλγία, ισχιαλγία, οστεοαρθρίτιδες (ώμου, αγκώνα, καρπού και δακτύλων, γόνατος κ.λ.π), επικονδυλίτιδα του αγκώνα, περιαρθρίτιδα του ώμου, αυχενικό σύνδρομο, επώδυνες μυϊκές συσπάσεις (κράμπες), πλευροδυνίες, δυσμηνόρροια.
- Ψυχοσωματικά νοσήματα: Αϋπνία, εξάντληση, αγχώδεις εκδηλώσεις, γαστρίτιδα, δυσκοιλιότητα, κολίτιδες (ελκώδης - σπαστική), σεξουαλικές διαταραχές, αλλεργική ρινίτιδα, Βρογχικό άσθμα, εθισμός (παχυσαρκία-κάπνισμα-αλκοολισμός), νυκτερινή ενούρηση, έκζεμα, έρπης ζωστήρας.
- Παραλύσεις και παρέσεις: πάρεση του προσωπικού νεύρο, κινητικές διαταραχές των άνω και κάτω άκρων μετά από Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ ΒΑΣΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ (WHO) (Chon & Lee, 2013)

- Λειτουργικές παθήσεις: αλλεργικό βρογχικό άσθμα, παιδικό άσθμα, αλλεργική ρινίτιδα, ιγμορίτιδα, έλκος στομάχου και δωδεκαδάκτυλου, σπαστική κολίτιδα, δυσκοιλιότητα, κλιμακτηριακές διαταραχές.
- Παθήσεις του Νευρικού συστήματος: κεφαλαλγίες – ημικρανίες, νευραλγία τριδύμου, πάρεση προσωπικού νεύρου, ίλιγγος, εμβοές.
- Μυοσκελετικά επώδυνα σύνδρομα: αυχενοβραχιόνιο σύνδρομο, οσφυαλγία – ισχιαλγία, αυχεναλγίες – θωρακαλγίες, αρθρίτιδες και περιαρθρίτιδες, μυϊκά άλγη.
- Ψυχικές και ψυχοσωματικές διαταραχές: χρόνια κόπωση, αγχώδεις νεύρωση, φοβίες, νευροφυτικές διαταραχές, διαταραχές μνήμης, προσαρμογής, ύπνου και συμπεριφοράς.
- Δερματικές παθήσεις: ψωρίαση, αλλεργικά εκζέματα, εξανθήματα, ακμή.

Συνοπτικά από το σύνολο των εργασιών που αναφέρονται στη δράση του βελονισμού φαίνεται ότι με την εφαρμογή του βελονισμού επιτυγχάνονται συνήθως και ανεξαρτήτως με την πάθηση στους περισσότερους ασθενείς τα παρακάτω αποτελέσματα (Καράβης, 2011).

1. Εμφανίζεται αναλγητική δράση μακράς διάρκειας.
2. Υπάρχει εμφανής βελτίωση της μικροκυκλοφορίας περιφερικά και κεντρικά.
3. Ρυθμίζεται η αρτηριακή πίεση.
4. Εμφανίζεται άμεση αντικαταθλιπτική και αγχολυτική αντίδραση.
5. Αυξάνεται η δυνατότητα ανοσοβιολογικής απάντησης του οργανισμού.
6. Εμφανίζεται ήπιο υπναγωγό αποτέλεσμα.
7. Φαίνεται να υπάρχει μείωση των συμπτωμάτων στέρησης σε εξαρτημένα άτομα από ουσίες.
8. Καταγράφεται επιτάχυνση του ρυθμού αναγέννησης των νεύρων.
9. Παρατηρείται αντιεμετική δράση.
10. Παρατηρείται γενικευμένη δράση σε διαταραχές του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος.

Παρακάτω παραθέεται ένα τμήμα από τον ενδεικτικό κατάλογο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) (Jin et al., 2007)

Πίνακας 2.1: Τμήμα ενδεικτικού καταλόγου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Γυναικολογία	Δερματολογία	Ψυχικές διαταραχές	Αποκατάσταση
<p>Δυσμηνόρρεια</p> <p>Άμηνόρρεια (υποθαλαμική) *</p> <p>Διαταραχές κύκλου</p> <p>Μικροπολυκυστικές ωοθήκες *</p> <p>Μεταμηνόπαυσιακό σύνδρομο</p> <p>Διαλειπνομητρικές μητροσαρμίες</p> <p>Γυναικείος πόνος **</p> <p>Ανάλυνος ταπεινός</p>	<p>Ακμή</p> <p>Ψωρίαση *</p> <p>Νευροδερματίτιδες *</p> <p>Κνίδωση</p> <p>Κνισαίος αλλεργικής αιτιολογίας</p> <p>Εκζέματα *</p>	<p>Νευρώσεις</p> <p>Αγχώδης φοβική νεύρωση</p> <p>Διαταραχές ύπνου (αυπνίες)</p> <p>Διαταραχές συμπεριφοράς</p> <p>Μελαγχολία, κατάθλιψη *</p> <p>Σύνδρομο χρόνιος κόπωσης *</p> <p>Νευροφυτικές διαταραχές</p> <p>Άγχος, stress, ένταση.</p>	<p>Σύνδρομο Sudech *</p> <p>Σύνδρομο υπέρτασης</p> <p>Παθολογικό σύνδρομο *</p> <p>Απεκέντωση σε Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια *</p> <p>Απεκέντωση σε μυϊκό σύνδρομο.</p> <p>Εκφυλιστικές παθήσεις σπονδυλικής στήλης</p> <p>Πάρεση προσωπικού *</p> <p>Διαλεπτομητική ουροδόχος κύστη</p>
Οξείος πόνος (οξεία σύνδρομα)	Χρόνιος πόνος	Κεφαλαλγίες (πρωτοπαθείς)	Διάφορα
<p>Μεταχηρητική ευαλγησία</p> <p>Επιδεικός υπεραλγία</p> <p>Ανώδυνος τακτικός</p> <p>Οξεία μυοσκελετική άλγη</p> <p>Νευροπαθητικός πόνος</p> <p>Μεθαρρητική νευραλγία</p> <p>Άλγος κραταφαιναθικής διάρθρωσης</p>	<p>Αλγυαλγίες</p> <p>Θωρακικές, συχνώς επιλογίας</p> <p>Οσφυαλγίες</p> <p>Οσφυο-ισχιαλγία</p> <p>Μυοπρωτονοικός πόνος</p> <p>Σύνδρομο νοσημολγίας *</p> <p>Μονοαρθρίτιδες η Πολυαρθρικά σύνδρομα</p> <p>Εξομαρθρικά σύνδρομα</p> <p>(σπικονδυλίτιδες, θυλακίτιδες, κλυτρίτιδες, περιαρθρίτιδες)</p> <p>Ρευματοειδής αρθρίτις *</p> <p>Φαινόμενο Raupold's</p> <p>Οστεοαρθρίτις</p>	<p>Ημικρανία *</p> <p>Κεφαλαλγία τάσεως</p> <p>(επασσόνοκη και χρόνια)</p> <p>Κεφαλαλγία κραταφαιναθικής διάρθρωσης</p> <p>Τριδυμική νευραλγία *</p> <p>Ινιακή νευραλγία</p>	<p>Ανεστολή της όρασης / παχυσαρκία</p> <p>Προγράμματα επεδόρτησης από κόπωση, αλκοόλ</p> <p>Δράση στις νευρο-ενδοκρικό-ανοσολογικό όργανο</p> <p>Αντιεμετική δράση (μετά χημειοθεραπεία, μετακωστική, εγκυμοσύνης, travel sickness)</p>

Πίνακας 2.2: Τμήμα ενδεικτικού καταλόγου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Πεπτικό σύστημα	Καρδιαγγειακό σύστημα	Αναπνευστικό σύστημα	Ω. Ρ. Α.
Γαστρίτις	Ιδιοπαθής υπέρταση *	Ασθμα **	Αλλεργική ριτίτις
Ελκώσ στομάχου	Στηθάγγικός πόνος **	Υπερνωτρωστικότητα βρόγχων	Αλλεργική ιμορίτις
Επιγαστραλγία	Νευροφυμικές αρρυθμίες **	Αλλεργική ασθματική βρογχίτις	Νόσος Meniere
Ελκώσ 12δακτύλου	Περιφερική αγγειακή νόσος *	Νευροεπιληπτική δυστονία - όληως	Επιεσοτρία, Εποφθαλμία **
Ευερέθ στο έντερο, σπαστική κολίτιδα			Νόσος, ζάλη, ίλινοι **
Δυσκοιλιότητα, διάρροια **			(νευροφυμική, αγγειακή ή αλκοολική απειλομία)
Νευροφυμικές διαταραχές πεπτικού			
Γυναικολογία	Δερματολογία	Ψυχικές διαταραχές	Αποκατάσταση
Δυσμηνόρροια	Ακμή	Νευρώσας	Σύνδρομο Sjogren *
Αιμινόρροια (υποθαλαμική) *	Ψωρίαση *	Αγχώδης εσθιακή νευρώσας	Σύνδρομο υπέρτασης
Διαταραχές κύκλου	Νευροδερμτίτιδες **	Διαταραχές ύπνου (συνίτες)	Παρηλετικά σύνδρομα *
Μικροπαλινωστικές αοθήκες **	Κλιθωση	Διαταραχές συμπεριφοράς	Αποκατάσταση σε Άνωσας Εγκεφαλικό
Μετεμηνουσασικό σύνδρομο	Κνηυός αλλεργικής επιτολγίας	Μελαγχολία, κατάθλιψη *	Επιαόδια *
Διαλειπομηνιακές μετατοραγίες	Εκδύματα *	Ευνύσομο χρόνιος κόπιαος **	Αποκατάσταση σε μυικά σύνδρομα
Πυελικός πόνος **		Νευροφυμικές διαταραχές	Εσραμιατικές παθήσεις σπονδυλικής στήλης
Ανωόλιος πακετός		Αγχος, stress, έντοια	Πάροση ηρωστικόλ **
			Διαλεπομηνιακή οισαόδοχος κόπιαση

* Απαιτείται μεγαλύτερο πλήθος εργασιών και συγκριτικών μελετών για ασφαλή συμπεράσματα.
 ** Πρόκειται για σύμπτωμα που συναντάται σε πολλές ασθένειες. Απαιτείται προσοχή στη διαφοροδιάγνωση.

Ο κατάλογος αυτός είναι ενδεικτικός και δεν υποκαθιστά την προσεκτική επιλογή των περιστατικών μετά από μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Βασίζεται στις ενδείξεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, chronicle 34/249,1980), του National Institute of Health της Αμερικής (Consensus Development Conference Statement, 1997), της IASP (International Association for the Study of Pain, Newsletter May / June, 1994), σε ανασκοπήσεις διπλών τυφλών μελετών με ομάδα ελέγχου, δημοσιευμένων σε έγκριτα ιατρικά περιοδικά και σε συγγράμματα ιατρικού βελονισμού, (Medical Acupuncture - White & Filshie 1998, Acupuncture, a Scientific Appraisal, Ernst & White, 1999, Φυσιολογία του Βελονισμού, Μ. Καράβης, 1999).

Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ

Διάγνωση (# ασθενών)	> 20% μείωση άλγους μετά τη μελέτη	Ελεύθεροι πόνοι στα 2 χρόνια
Άλγη προσώπου και αυχένα (177)	77 (43,5%)	36 (21,4%)
Ελασποδερμικός πόνος (105)	57 (54,2%)	35 (33,3%)
Χρόνια ημικρανία (16)	16 (62,5%)	0
Κροταφονοσθία (7)	4 (57,1%)	1 (14,2%)
Κεφαλαλγία τέναντος (38)	19 (48,7%)	16 (41%)
Αμυγδαλιώδης (μυογενής) (43)	24 (55,8%)	19 (44,1%)
Νευραλγία τριδύμου (1ος & 2ος κλάδος) (50)	17 (36,6%)	2 (6,6%)
Ψυχγενής πόνος (35)	7 (19,4%)	0
Κεντρικός πόνος (50)	30 (50%)	0
Νοη ποδερμική οσεία (72)	27 (37,5%)	2 (2,7%)

Πίνακας 2.3: Η αποτελεσματικότητα του βελονισμού στον πόνο.

Ο πίνακας είναι απο τον International Association for the study of Pain, IASP Press, Pain, Clinical Updates, Vol iV, Issue 3, Nov 1996. (Άρθρο που υποστηρίχθηκε από το Institute de la Douleur, Paris, France).

2.9 ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΑΝΤΕΝΔΕΞΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΑΥΤΗΧΗΜΑΤΩΝ

1. Δεν εφαρμόζεται θεραπεία βελονισμού ή αν εφαρμόζεται τοποθετούνται λίγες βελόνες σε ασθενείς που είναι υπερβολικά αδύναμοι και εξασθενημένοι, υπό την επίβλεψη μέθης ή ακόμα και όταν είναι πεινασμένοι ή έχουν φάει εκείνη τη στιγμή (Jin et al., 2007).
2. Δεν εφαρμόζεται θεραπεία βελονισμού κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης κυρίως κατά τους πρώτους τέσσερις μήνες της κύησης στη κοιλιά και στην οσφυοϊερή μοίρα διότι μπορεί αν δημιουργηθούν σοβαρά προβλήματα στο έμβρυό και πρόωρη πρόκληση τοκετού (Mole, 2007).
3. Δεν εφαρμόζεται θεραπεία βελονισμού σε παιδιά που δεν συνεργάζονται με τον θεραπευτή τους. Επίσης δεν εφαρμόζεται βελονισμός σε περιοχές του κρανίου σε παιδιά που δεν έχουν κλείσει οι ραφές του κρανίου γιατί μπορεί αν υπάρξει σοβαρός τραυματισμός (Mole, 2007).
4. Πρέπει να αποφεύγεται ο βελονισμός κοντά σε μεγάλα αιμοφόρα αγγεία. Επίσης με μεγάλη προσοχή πρέπει να βελονίζονται περιοχές της πλάτης και της κοιλίας για την αποφυγή τραυματισμού ζωτικών οργάνων (Liangyue et al, 1993).

5. Εάν πρέπει να βελονιστούν σημεία πάνω σε μεγάλα αγγεία ή ζωτικά όργανα σωστό είναι να βελονίζονται λοξά ή οριζόντια για την αποφυγή ατυχημάτων (Beijing college, 1993).

ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΠΙΘΑΝΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Παρόλο που ο βελονισμός είναι μια ασφαλή μέθοδος χωρίς παρενέργειες, η αμέλεια των αντενδείξεων, οι υπερβολικοί χειρισμοί και η κακή γνώση της ανατομίας μπορεί να προκαλέσουν ατυχήματα. Σε αυτή την περίπτωση ο θεραπευτής πρέπει να διατηρήσει την ψυχραιμία του και να αντιδράσει άμεσα για την αποφυγή σοβαρών συνεπειών. Τα πιθανά ατυχήματα είναι τα εξής (Liangyue et al, 1993):

1. Λιποθυμικό επεισόδιο: Μπορεί να συμβεί όταν ο ασθενής είναι πιεσμένος, κουρασμένος, νηστικός, βρίσκεται σε λάθος θέση ή ακόμα και από πολύ έντονο χειρισμό. Εάν ο ασθενής νιώσει ζάλη, ναυτία, δεν μπορεί να ανασάνει και έχει αδύναμους σφυγμούς αφαιρούνται άμεσα οι βελόνες και ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση.
2. Παγίδευση της βελόνας: Μια τέτοια επιπλοκή μπορεί να συμβεί από νευρικότητα του ασθενή, έντονο μυϊκό σπασμό μετά την είσοδο της βελόνας, από έντονο περιστροφικό χειρισμό της βελόνας μόνο προς μια κατεύθυνση και τέλος από αλλαγή της θέσης του ασθενή κατά την διάρκεια της θεραπείας. Σε μια τέτοια περίπτωση ζητείται από τον ασθενή να χαλαρώσει ή σε περίπτωση αλλαγής θέσης επανατοποθετείται ο ασθενής στην αρχική του θέση. Επίσης προτείνεται η περιστροφή της βελόνας σε αντίθετη κατεύθυνση εάν αίτιο είναι ο περιστροφικός χειρισμός.
3. Λύγισμα βελόνας: Η επιπλοκή αυτή μπορεί να οφείλεται σε αδέξιο ή υπερβολικά έντονο χειρισμό, σε περίπτωση που η βελόνα προσκρούσει σε σκληρό ιστό και σε περίπτωση που κατά τη διάρκεια της θεραπείας ο ασθενής αλλάξει την θέση του. Σε αυτή την περίπτωση η βελόνα αποσύρεται αργά ακλουθώντας την φορά της κλίσης της βελόνας. Εάν ο ασθενής βρίσκεται σε άλλη θέση του ζητείται να επανέλθει στην αρχική στάση και σε περίπτωση μυϊκού σπασμού χρησιμοποιούνται τεχνικές για την χαλάρωση της περιοχής.
4. Σπάσιμο βελόνας: Είναι μια αρκετά σπάνια και σοβαρή επιπλοκή που μπορεί να συμβεί από κακής ποιότητας υλικό της βελόνας, πολύ έντονο χειρισμό, υπερβολικά δυνατό μυϊκό σπασμό και από απότομη αλλαγή της θέσης του ασθενή κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η αντιμετώπιση σχετίζεται με το βάθος που βρίσκεται το σπασμένο κομμάτι της βελόνας και μπορεί να χρειαστεί άμεση χειρουργική αντιμετώπιση.
5. Αιμάτωμα: Μπορεί να προκληθεί από μικρή αιμορραγία κάποιου αιμοφόρου αγγείου κατά την είσοδο της βελόνας ή από ελλιπή πίεση του σημείου βελονισμού μετά την απόσυρση της βελόνας
6. Πόνος μετά την συνεδρία: Συνήθως προκαλείται από αδέξιο και έντονο χειρισμό της βελόνας. Ο ασθενής διαμαρτύρεται για ενόχληση που διαρκεί για αρκετό διάστημα μετά τη θεραπεία. Αντιμετωπίζεται με εφαρμογή πίεσης τοπικά της επώδυνης περιοχής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3⁰

ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΟΣ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ: ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ.

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΔΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Στο δυτικό κόσμο ο βελονισμός ήταν άγνωστος σχεδόν μέχρι τον 17ο αιώνα ώσπου έφτασαν στην Κίνα οι πρώτες ιεραποστολές των Ιησουϊτών για να διαδώσουν τον χριστιανισμό. Σε εκείνο το χρονικό διάστημα καταφθάνουν στη Δύση μεμονωμένες αναφορές και ανακοινώσεις (Duruis, 2010). Ο πρώτος Ευρωπαίος Ιατρός που περιέγραψε τον βελονισμό ήταν ο Δανός Willem ten Rhijne όπου εργαζόταν στην Ιάβα το 1673 και γνώρισε την θεραπευτική αξία του βελονισμού από Ιάπωνες Ιατρούς που τον είχαν διδαχθεί (<http://www.acupuncture.gr>, 2014). Εκείνη την περίοδο όλο και περισσότεροι Ευρωπαίοι Ιατροί διέδιδαν τα αποτελέσματα του βελονισμού στον Δυτικό Ιατρικό κόσμο, ο οποίος τον αντιμετώπιζε με μεγάλη δυσπιστία (Melzack & Wall, 1984).

Το 19ο αιώνα συγγράφονται τα πρώτα βιβλία βελονισμού στην Ευρώπη, τα οποία παρακάμπτουν το θεωρητικό και φιλοσοφικό μανδύα της Παραδοσιακής Κινέζικης Ιατρικής και ασχολούνται κυρίως με την πρακτική εφαρμογή του στις διάφορες ασθένειες. Επίσης, τα μεγάλα ιατρικά περιοδικά της εποχής εκείνης, όπως το Lancet και το British Medical Journal, αφιερώνουν κάποιο μέρος της ύλης τους, στην πρωτόγνωρη θεραπευτική τεχνική (<http://www.acupuncture.gr>, 2014). Στις αρχές τις δεκαετίας το 1960 ο βελονισμός αρχίζει να εφαρμόζεται διστακτικά στη Δύση στηριζόμενος στις αρχές και στα αξιώματα της Παραδοσιακής Κινέζικης Ιατρικής εφόσον δεν είχε μελετηθεί και αναγνωριστεί ο βιολογικός μηχανισμός με τον οποίο η ένθεση της βελόνας στο δέρμα πυροδοτούσε διαδικασίες ίασης (Lewith, 1999). Οι Δυτικοί Ιατροί παρέμειναν δύσπιστοι για αρκετές δεκαετίες απέναντι στη μέθοδο του βελονισμού. Οι βασικοί λόγοι δυσπιστίας τους σχετίζονταν τόσο ότι το θεωρητικό και φιλοσοφικό πλαίσιο που στηριζόταν η Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική δεν είχε συνάφεια με την Δυτική ορθολογική σκέψη όσο και με το γεγονός ότι οι διαθέσιμες πληροφορίες ήταν στην Κινέζικη γλώσσα από μη Κινέζους Ιατρούς και χωρίς επιστημονική τεκμηρίωση. Επιπροσθέτως υπήρχε αυστηρή κριτική από την επιστημονική κοινότητα λόγω πλήρης έλλειψης σοβαρών βιβλιογραφικών στοιχείων τεκμηρίωσης της δράσης του βελονισμού και ανάγκη σχεδίασης νέων εργασιών με αυστηρά μεθοδολογικά κριτήρια.

Στη σύγχρονη εποχή, ο πρώτος που σπούδασε το Βελονισμό στην Κίνα και κατόπιν τον διέδωσε στην Ευρώπη, ήταν ο Γάλλος Soulie de Morant. Αφού έζησε στην Κίνα επί 20 χρόνια ως σύμβουλος της Γαλλικής Πρεσβείας, σπούδασε τον Βελονισμό στο Guangdong, το Kunming και τη Shanghai και επέστρεψε στη Γαλλία το 1928 (Ramey & Buell, 2010). Ο μαθητής του De la Fuye, ίδρυσε το 1943 την Γαλλική Εταιρεία Βελονισμού και διοργάνωσε το πρώτο παγκόσμιο συνέδριο Βελονισμού το 1949 (<http://www.acupuncture.gr>, 2014). Ωστόσο η αποτελεσματικότητα του βελονισμού παρέμενε γνώστη και επίφοβη σε πολλές παθήσεις της Δυτικής Ιατρικής. Όμως ένα ταξίδι του Προέδρου των ΗΠΑ Nixon στην Κίνα το 1972, στάθηκε καταλυτικό για τον Βελονισμό (Ramey & Buell, 2010). Αργότερα ο δημοσιογράφος James Reston των New York Times, περιέγραψε την προσωπική του εμπειρία με τον Βελονισμό και οι ανταποκρίσεις του έδωσαν στην ιατρική κοινότητα την αφορμή, για να ασχοληθεί σε βάθος με την νέα μέθοδο (White & Ernst, 2004).

Από εκείνη την εποχή και μέχρι σήμερα ο Ιατρικός βελονισμός εξελίσσεται ραγδαία καθώς συχνά δημοσιεύονται σε διεθνούς κύρους ιατρικά συγγράμματα εργασίες, που εκπονούνται

με αυστηρά επιστημονικά και μεθοδολογικά κριτήρια. Μια μορφή θεραπείας που για 4000 χρόνια αποτελούσε εμπειρική παρατήρηση, καταλήγει να αποδεικνύεται με τις σύγχρονες τεχνικές απεικόνισης. Σήμερα η ιατρική κοινότητα παγκοσμίως αποδέχεται την θεραπευτική αξία του βελονισμού αφού έχουν αποσαφηνιστεί και καταγραφεί οι πλειοψηφία των ενδείξεων, των αντενδείξεων και των παρενεργειών του βελονισμού (Lewith, 1999). Επίσης έχουν θεσπιστεί σαφείς κανόνες και πρωτόκολλα για την εφαρμογή του βελονισμού. Η επιστημονική θεώρηση του βελονισμού επιτρέπει στους ιατρούς να εφαρμόσουν θεραπεία με βελονισμό βασισμένοι σε σύγχρονες τεχνικές (Neural therapies, dry needling, Percutaneous electrical stimulation, Trigger point therapy, TENS κλπ).

Ο όγκος των εργασιών που εκπονούνται με αυστηρά επιστημονικά και μεθοδολογικά κριτήρια, καθημερινά μεγαλώνει, με αποτέλεσμα την πληρέστερη στατιστική καταγραφή της αποτελεσματικότητας του βελονισμού για κάθε κατηγορία νοσημάτων χωριστά. Η πρόοδος της φυσιολογίας η ανάπτυξη νέων τεχνικών απεικόνισης, η περιγραφή ενδογενών ρυθμιστικών μηχανισμών αλλά κυρίως η ραγδαία ανάπτυξη της νευροφυσιολογίας στη δεκαετία του '90 (η οποία χαρακτηρίστηκε ως η δεκαετία του εγκεφάλου) μας επέτρεψε να διευκρινίσουμε και να κατανοήσουμε μέρος των θεραπευτικών μηχανισμών τους οποίους ενεργοποιεί ο βελονισμός και μέσω των οποίων επιτυγχάνεται η θεραπεία (Lewith, 1999). Στις επόμενες σελίδες που θα ακολουθήσουν αναφέρονται τόσο τα βασικά μέρη του νευρικού συστήματος όσο και τα νευροφυσιολογικά συστήματα που ενεργοποιούνται μέσω του βελονισμού.

3.2 ΛΙΓΑ ΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το νευρικό σύστημα είναι εκείνο το σύστημα που ελέγχει όλες τις λειτουργίες όλων των οργάνων του σώματος και τις συντονίζει ανάλογα με τα εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα. Ο ρόλος του είναι να εξετάζει, να αξιολογεί, να επεξεργάζεται τις πληροφορίες που δέχεται και να απαντά με φυγόκεντρες ώσεις. Επιπλέον στο νευρικό σύστημα εδράζονται οι πνευματικές και ψυχικές λειτουργίες του ανθρώπου (Παρασκευάς, 2008).

Το νευρικό σύστημα θεωρείται το μέσο επικοινωνίας του οργανισμού με το περιβάλλον. Γίνεται φανερό ότι για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο πολύπλοκες λειτουργίες θα πρέπει να εκτελούνται. Για αυτό το σκοπό το νευρικό σύστημα διαιρείται στα παρακάτω λειτουργικά μέρη.

A) Τα υποδεκτικά όργανα: τα οποία είναι ειδικά σημεία στα αισθητηριακά όργανα και το δέρμα και δέχονται τα διάφορα ερεθίσματα από το περιβάλλον. Είναι ευαίσθητα σε αλλαγές θερμοκρασίας, πίεσης, δόνησης κ.α.

B) Τα συντονιστικά κέντρα: που περιέχουν νευρικά κύτταρα τα οποία συμβάλουν στην ερμηνεία των ερεθισμάτων, στην συσχέτιση τους με ανάλογα ερεθίσματα του παρελθόντος και στην αποστολή εντολών στα εκτελεστικά όργανα.

Γ) Τις αντιδρώσες συσκευές: οι οποίες βρίσκονται μέσα στα εκτελεστικά όργανα και καθορίζουν τη λειτουργία τους.

Δ) Τις νευρικές οδούς: οι οποίες συνδέουν την περιφέρεια με το κέντρο.

ΔΟΜΗ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το νευρικό σύστημα υποδιαιρείται σε δυο μεγάλα συστήματα, το εγκεφαλονωτιαίο ή ζωικό νευρικό σύστημα και το αυτόνομο ή φυτικό νευρικό σύστημα.

Α) Εγκεφαλονωτιαίο νευρικό σύστημα: απαρτίζεται από το κεντρικό και το περιφερικό νευρικό σύστημα. Το κεντρικό συμπεριλαμβάνει τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό ενώ στο περιφερικό αντιστοιχούν τα εγκεφαλικά και νωτιαία νεύρα μαζί με τα γάγγλια τους.

- Κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Το σπουδαιότερο τμήμα του κεντρικού νευρικού συστήματος θεωρείται ο εγκέφαλος. Ο εγκέφαλος βάση της εμβρυολογικής του διάπλασης χωρίζεται στον τελικό εγκέφαλο, τον διάμεσο εγκέφαλο, τον μέσο εγκέφαλο, τον οπίσθιο εγκέφαλο και τον έσχατο εγκέφαλο ενώ από λειτουργικής απόψεως διαιρείται στα ημισφαίρια, το στέλεχος και την παρεγκεφαλίδα. Τα ημισφαίρια αποτελούνται από πέντε λοβούς, τον μετωπιαίο, τον βρεγματικό, τον ινιακό, τον κροταφικό και τον κεντρικό λοβό. Στο μετωπιαίο λοβό βρίσκεται το κινητικό κέντρο ενώ στον βρεγματικό το αισθητικό κέντρο, κέντρα ιδιαίτερης σημασίας για την αναγνώριση ερεθισμάτων και την εκτέλεση εντολών. Εν συνεχεία του εγκεφάλου βρίσκεται ο νωτιαίος μυελός ο οποίος καταλαμβάνει το άνω ήμισυ του σπονδυλικού σωλήνα, είναι σχοινοειδής νευρικό μόρφωμα που προστατεύεται μέσα στο σπονδυλικό σωλήνα. Τριάντα ένα ζεύγη νωτιαίων νεύρων συνδέονται με τον νωτιαίο μυελό μέσω των πρόσθιων και οπίσθιων νευρικών ριζών. Επίσης στο νωτιαίο μυελό εντοπίζονται το αυχενικό και το οσφυϊκό όγκωμα από όπου εκπορεύονται οι νευρώνες που κατανέμονται στα άνω και κάτω άκρα (Παρασκευάς, 2008).
- Περιφερικό νευρικό σύστημα (ΠΝΣ). Αποτελείται από τα εγκεφαλονωτιαία γάγγλια και τα εγκεφαλονωτιαία νεύρα, τα εγκεφαλονωτιαία γάγγλια αποτελούν μικρά και συμπαγή νευρικά σωματίδια που βρίσκονται εκτός του ΚΝΣ. Σε αυτά αθροίζονται τα σώματα αισθητικών νευρώνων. Τα εγκεφαλονωτιαία νεύρα συνδέουν το ΚΝΣ με τα διάφορα όργανα του ανθρωπίνου σώματος και ανάλογα με την φορά αγωγής των διεγέρσεων διακρίνονται σε κινητικά, αισθητικά και μεικτά νεύρα (Guyton, 2009).

Β) Αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ): χωρίζεται στο συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό σύστημα και στο σύνολο του ρυθμίζει τις ακούσιες λειτουργίες του σώματος όπως τις συσπάσεις των λείων μυών, των σπλάχνων και τις εκκρίσεις των αδένων (Fithgerald et al., 2009).

- Συμπαθητικό σύστημα. Το συμπαθητικό σύστημα οφείλει την ονομασία του στο γεγονός ότι δρα με βάση τα συναισθήματα. Μαζί με το θυμό ή το φόβο το συμπαθητικό σύστημα προετοιμάζει τον οργανισμό να αντιδράσει. Αυξάνει τον καρδιακό παλμό και την εφίδρωση, προκαλεί διαστολή των κορών, μειώνει την αιμάτωση του δέρματος και του γαστρεντερικού σωλήνα για να αυξηθεί η αιμάτωση των γραμμωτών μυών και συγκλείονται οι σφιγκτήρες του ουροποιητικού και πεπτικού συστήματος (Longbottom, 2010).
- Παρασυμπαθητικό σύστημα. Το παρασυμπαθητικό σύστημα ασκεί τις αντίθετες δράσεις από το συμπαθητικό σύστημα. Ρυθμίζει την προσήλωση των οφθαλμών στην κοντινή όραση, επιβραδύνει τον καρδιακό ρυθμό, αυξάνει την έκκριση των σιελογόνων αδένων και των αδένων του γαστρεντερικού συστήματος (Παρασκευάς, 2008).

ΒΑΣΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η λειτουργική μονάδα του νευρικού συστήματος καλείται νευρικό κύτταρο ή νευρώνας, το κύτταρο αυτό είναι εξειδικευμένο για καθορισμένη λειτουργία και διακρίνεται για την μεγάλη του διεγερσιμότητα. Οι νευρώνες ενώνουν τις εγκεφαλικές περιοχές και τους εγκεφαλικούς πυρήνες μεταξύ τους, το περιφερικό με το κεντρικό νευρικό σύστημα και το νευρικό σύστημα με όλους τους άλλους ιστούς. Κάθε νευρώνας αποτελείται από το σώμα και τις αποφυάδες οι οποίες διανέμονται στους δενδρίτες και τον νευρίτη. Το σημείο που ενώνονται οι τελικές απολήξεις των δενδριτών με άλλους δενδρίτες ή με εκτελεστικά όργανα ονομάζεται σύναψη και είναι η περιοχή επαφής δύο νευρώνων (Guyton, 2009). Κύρια λειτουργία της είναι η μεταβίβαση του ερεθίσματος, η οποία γίνεται με την απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών. Οι περισσότερες συνάψεις του οργανισμού μας είναι χημικές συνάψεις. Στις συνάψεις αυτές ο πρώτος νευρώνας απελευθερώνει τον νευροδιαβιβαστή ο οποίος επιδρά ανασταλτικά ή διεγερτικά στους πρωτεϊνικούς υποδοχείς της μεμβράνης του επόμενου νευρώνα. Η αγωγή του σήματος γίνεται πάντα προς μια κατεύθυνση δηλαδή από τον προσυναπτικό νευρώνα στο μετασυναπτικό (Fithgerald, 2009).

TΑΧΕΙΑΣ ΔΡΑΣΗΣ ΝΕΥΡΟΔΙΑΒΙΒΑΣΤΕΣ

Νευροδιαβιβαστές ταχείας δράσης θεωρούνται εκείνοι που προκαλούν τις περισσότερες από τις άμεσες αντιδράσεις στο νευρικό σύστημα. Οι σπουδαιότεροι νευροδιαβιβαστές που ενεργοποιούνται και με τον βελονισμό είναι (Guyton, 2009):

A) Ακετυλοχολίνη. Εκκρίνεται από νευρώνες διαφόρων περιοχών του εγκεφάλου όπως από τα μεγάλα πυραμιδικά κύτταρα του κινητικού φλοιού, από νευρώνες των βασικών γαγγλίων, από τους προαγγλιακούς νευρώνες του ΑΝΣ, από τους μετααγγλιακούς νευρώνες του παρασυμπαθητικού συστήματος και από κάποιους μετααγγλιακούς νευρώνες του συμπαθητικού συστήματος. Η κύρια δράση της ακετυλοχολίνης είναι διεγερτική αν και καταγεγραμμένα δρα ανασταλτικά σε κάποιες περιοχές του περιφερικού παρασυμπαθητικού συστήματος. Επίσης η ίδια δρα ως αισθητηριακός νευροδιαβιβαστής σε υποδοχείς θερμού, σε γευστικές απολήξεις, σε χημειούποδοχείς και σε βλαπτοδεκτικούς υποδοχείς .

B) Νοραδρεναλίνη. Εκκρίνεται από νευρώνες κυττάρων που βρίσκονται στο εγκεφαλικό στέλεχος και στον υποθάλαμο. Σε αυτές τις περιοχές η νοραδρεναλίνη βοηθάει στον έλεγχο της γενικής δραστηριότητας του οργανισμού άλλα και στη διάθεση του πνεύματος, ενεργοποιώντας συνήθως διεγερτικούς υποδοχείς. Επίσης η νοραδρεναλίνη εκκρίνεται από τους περισσότερους μετααγγλιακούς νευρώνες του συμπαθητικού συστήματος επιδρώντας είτε ανασταλτικά είτε διεγερτικά σε μερικά όργανα (Καράβης, 2011).

Γ) Ντοπαμίνη. Εκκρίνεται από νευρώνες που βρίσκονται μέσα στη μέλαινα ουσία και η επίδραση της συνήθως είναι ανασταλτική (Cheung, 2001).

Δ) Γλυκίνη. Εκκρίνεται σε συνάψεις του νωτιαίου μυαλού. Θεωρείται ανασταλτικός διαβιβαστής (Guyton, 2009).

E) γ- Αμινοβουτυρικό οξύ (GABA). Εκκρίνεται από νευρικές απολήξεις του νωτιαίου μυελού, την παρεγκεφαλίδα, τα βασικά γάγγλια και από φλοιώδεις περιοχές. Έχει πάντα ανασταλτική δράση (Kim et al., 2013).

Στ) Γλουταμινικό άλας. Πιθανόν εκκρίνεται από προσυναπτικές απολήξεις αισθητικών οδών ασκώντας διεγερτική δράση (Guyton, 2009).

Z) Σερετονίνη. Εκκρίνεται από πυρήνες που βρίσκονται στην μέση ραφή του εγκεφαλικού στελέχους. Δρα ως αναστολέας των οδών του πόνου στον νωτιαίο μυελό και βοηθά στον έλεγχο της διάθεσης του πόνου και πιθανό να προσφέρει υπναγωγό αποτέλεσμα (Cheung, 2001).

ΓΝΩΡΙΜΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥΣ ΥΠΟΔΟΧΕΙΣ

Η είσοδος των εξωτερικών γνωστικών μηνυμάτων στο νευρικό σύστημα πραγματοποιείται από τους αισθητικούς υποδοχείς που αναγνωρίζουν αισθητικά ερεθίσματα όπως την αφή, τον ήχο, τη θερμοκρασία, το φως. Οι αισθητικοί υποδοχείς είναι εξειδικευμένοι νευρώνες που απαντούν διαφορετικά ανάλογα με την ποσότητα και την ποιότητα των ερεθισμάτων. Έχουν την ικανότητα της προσαρμογής σε συνεχές ερέθισμα (Παρασκευάς, 2008).

Οι βασικότεροι αισθητικοί υποδοχείς που υπάρχουν είναι οι εξής.

A) Μηχανοϋποδοχείς. Βρίσκονται στο δέρμα, τους μυς, τις αρθρώσεις και τα σπλάχνα. Ανιχνεύουν την μηχανική παραμόρφωση των κυττάρων.

B) Θερμοϋποδοχείς. Βρίσκονται κυρίως στο δέρμα και στα σπλάχνα, ανιχνεύουν τις μεταβολές της θερμοκρασίας.

Γ) Αλγούποδοχείς. Βρίσκονται στο δέρμα, στους μυς, στις αρθρώσεις, στα σπλάχνα, στις περιτονίες, τους τένοντες, τις μήνιγγες. Ανιχνεύουν τον πόνο μετά από οποιαδήποτε ιστική βλάβη.

Δ) Ηλεκτρομαγνητικοί υποδοχείς. Ανιχνεύουν το φως στον αμφιβληστροειδή του ματιού.

Ε) Χημειοϋποδοχείς. Βρίσκονται στα σπλάχνα, στο αρτηριακό τοίχωμα και σε εγκεφαλικές δομές, ανιχνεύουν τη γεύση, την όσφρηση, τη συγκέντρωση του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα, τη συγκέντρωση του διοξειδίου του άνθρακα, της συγκέντρωση της γλυκόζης στο αίμα και άλλους παράγοντες που απαρτίζουν τα χημικά συστατικά του οργανισμού.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΙΝΩΝ

Πριν μεταβιβαστούν οι αισθητικές ίνες στο ΚΝΣ επεξεργάζονται ώστε να αναγνωριστεί αν πρέπει οι πληροφορίες να μεταβιβαστούν γρήγορα ή όχι, για αυτό το λόγο οι νευρικές είναι διαχωρίζονται σε διάφορους τύπους άγοντας τις ώσεις σε αργές και γρήγορες ταχύτητες.

Οι νευρικές ίνες διαχωρίζονται σε τύπου A και C , οι τύπου A υποδιαιρούνται σε ίνες α, β, γ, δ. Οι τύπου A είναι εμμύελες νευρικές ίνες ενώ οι τύπου C είναι μικρές αμύελες νευρικές ίνες που άγουν ώσεις σε πολύ μικρές ταχύτητες, νευρικές ίνες τύπου C είναι τουλάχιστον οι μισές αισθητικές ίνες των περιφερικών νευρών και όλες οι μεταγαγγλιακές αυτόνομες ίνες (Guyton, 2009).

Οι αισθητικές ίνες όμως εμφανίζουν και περαιτέρω ταξινόμηση όσο συνεχίζουν το ταξίδι τους προς τον αισθητικοκινητικό φλοιό. Έτσι οι Αα νευρικές ίνες είναι και I^{ns} τάξεως αισθητικές ίνες, οι Αβ είναι II^{ns} τάξεως αισθητικές ίνες, οι Αγ είναι II^{ns} και III^{ns} τάξεως αισθητικές ίνες, οι Αδ είναι III^{ns} τάξεως και οι C είναι IV^{ns} τάξεως αισθητικές ίνες (Fithgerald et al., 2009).

ΠΟΝΟΣ

Ο πόνος είναι μια δυσάρεστη, δύσκολα ανεκτή, αίσθηση που συνήθως προκύπτει από ένα πολύ έντονο ή καταστροφικό σωματικό ερέθισμα. Ο πόνος βιώνεται υποκειμενικά καθώς επηρεάζεται από την κατάσταση του εγκεφάλου μέσα στον οποίο σχηματίζεται η επώδυνη αίσθηση καθώς ο πόνος θεωρείται ως προέκτασή της αίσθησης αυτής. Η συνήθεια, η ψυχική κατάσταση, το αν βρίσκεται το

άτομο υπό την επήρεια ουσιών που επιδρούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και κάνουν την αίσθηση του πόνου υποκειμενική (Καράβης, 2011).

Ως γνωστόν οι περισσότερες βλάβες του σώματος προκαλούν αίσθημα πόνου. Ο πόνος είναι ένα πολύπλοκο αίσθημα καθώς από την κλινική παρατήρηση παρουσιάζονται ποικίλα αισθήματα πόνου σε άτομα που νοσούν αλλά και σε άτομα που κλινικά είναι υγιή. Επίσης οι διάφορες ποιότητες που χαρακτηρίζουν τον πόνο είναι σημαντικό κριτήριο για την διάγνωση πολλών παθήσεων.

Ο πόνος είναι ένας σημαντικός προστατευτικός μηχανισμός του οργανισμού που παρουσιάζεται σε περίπτωση ιστικής βλάβης και αναγκάζει το άτομο να αντιδράσει απομακρύνοντας το αλγογόνο ερέθισμα. Είναι μια εμπειρία που οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν βιώσει με διαφορετική ένταση αλλά και τρόπο. Η αίσθηση του πόνου έχει μεγάλη σπουδαιότητα η οποία γίνεται εμφανή στις περιπτώσεις που χάνεται η αίσθηση του, προκαλώντας σοβαρές επιπτώσεις στα άτομα που δεν έχουν την δυνατότητα να νιώσουν τον πόνο όπως σε περιπτώσεις κάκωσης του νωτιαίου μυελού ή σε περιπτώσεις συγγενούς απλασίας των οδών του πόνου (Guyton, 2009).

Ο πόνος έχει περιγραφεί με πολλούς τρόπους. Βάσει αυτών των χαρακτηρισμών μπορεί να διαιρεθεί κλινικά σε δύο κύριους τύπους, στο γρήγορο πόνο και στον αργό πόνο.

Ο γρήγορος πόνος περιγράφεται ως διαξιφιστικός, οξύς, ηλεκτρικός, νυγμώδης και γίνεται άμεσα αντιληπτός όταν το δέρμα τρυπηθεί, κοπεί ή διαπεραστεί από ηλεκτρικό ρεύμα. Ο γρήγορος πόνος δεν γίνεται αντιληπτός από εν τω βάθει ιστούς, είναι κατά κύριο λόγο επιφανειακός και μεταβιβάζεται με ίνες τύπου Αδ (Melzack & wall, 1984).

Αντίστοιχα ο αργός πόνος περιγράφεται ως καυστικός, βύθιος, αμβλύς, σφύζων, πόνος με ναυτία, χρόνιος και συνήθως συνοδεύει καταστροφή ιστών. Παρατηρείται τόσο στο δέρμα όσο και σε όλους τους εν τω βάθει ιστούς και τα σπλάχνα. Ο αργός πόνος γίνεται αφόρητος και οδηγεί σε παρατεταμένη διαταραχή της υγείας. Μεταβιβάζεται με ίνες τύπου C (Stux et al., 2003).

Από νευροφυσιολογικής απόψεως ο πόνος περιγράφεται συνήθως ως επιπολής σωματικός πόνος, προβαλλόμενος πόνος (αντανακλαστικός) και εν τω βάθει σπλαχνικός πόνος.

ΥΠΟΔΟΧΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Οι υποδοχείς του πόνου είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις στο δέρμα και στους υπόλοιπους ιστούς, βρίσκονται κατά κύριο λόγο στις επιπολής στοιβάδες του δέρματος, το περίοστεο, στις επιφάνειες των αρθρώσεων, στους δρεπανοειδείς συνδέσμους και στο σκηνίδιο του θόλου του κρανίου. Οι υποδοχείς αυτοί διεγείρονται από μηχανικά, θερμικά και χημικά ερεθίσματα. Έτσι οι υποδοχείς του πόνου κατηγοριοποιούνται σε μηχανοευαίσθητους υποδοχείς, θερμοευαίσθητους υποδοχείς και σε χημιοευαίσθητους υποδοχείς (Guyton, 2009) .

Οι σημαντικότερες χημικές ουσίες που ενεργοποιούν τους υποδοχείς του πόνου είναι η βραδυκίνηνη, η σερετονίνη, η ισταμίνη, η ακετυλοχολίνη, τα οξέα, τα ιόντα καλίου και τα πρωτεολυτικά ένζυμα.

ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΤΩΝ ΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η μεταβίβαση του ερεθισμάτων του πόνου από την περιφέρεια και τους υποδοχείς του πόνου προς το κεντρικό νευρικό σύστημα γίνεται με δύο οδούς που αντιστοιχούν στους δύο βασικούς τύπους του πόνου, την οδό του γρήγορου ή οξέος πόνου και την οδό του αργού ή χρόνιου πόνου.

Ο γρήγορος πόνος μεταδίδεται με νευρικές εμμέλες ίνες τύπου Αδ οι οποίες ενεργοποιούνται σε κλάσματα του δευτερολέπτου μετά την ιστική βλάβη και άγουν το ερέθισμα προς τον κεντρικό νευρικό σύστημα με μεγάλη ταχύτητα προκαλώντας άμεση κινητοποίηση αντανεκλαστικών μηχανισμών και απομάκρυνσης από το αλγογόνο ερέθισμα. Οι ίνες αυτές ενεργοποιούνται κυρίως από θερμικά και μηχανικά ερεθίσματα. Εάν οι Αδ ίνες αποκλειστούν με ήπια συμπίεση του νευρικού στελέχους ο οξύς πόνος εξαφανίζεται (ΖQ, 2008).

Ο αργός πόνος μεταφέρεται με ίνες τύπου C οι οποίες ενεργοποιούνται από δευτερογενή έκλυση αλγογόνων ουσιών που απελευθερώνονται στη περιοχή της ιστικής βλάβης. Οι ίνες αυτές είναι λεπτές αμύελες ίνες με υψηλό ουδό ενεργοποίησης του πόνου και διεγείρονται από ποικίλα ερεθίσματα όπως πίεση, υψηλή ή χαμηλή θερμοκρασία, χημικές ουσίες. Αν αποκλειστούν με έγχυση αναισθητικού διαλύματος ο αργός πόνος εξαφανίζεται (ΖQ, 2008).

ΟΔΟΙ ΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Τα σήματα του πόνου μετά την είσοδο τους στο νωτιαίου μυελό διαχωρίζονται και πορεύονται προς τον εγκέφαλο με δύο διαφορετικές οδούς το νεονωτιαιοθαλαμικό δεμάτιο (νωτιαιοθαλαμικό) και το παλαιονωτιαιοθαλαμικό δεμάτιο (σχηματίζεται από το νωτιαιοδικτυωτό και το νωτιαιομεσεγκεφαλικό δεμάτιο) (Ma, 2004).

Το νεονωτιαιοθαλαμικό δεμάτιο θεωρείται δεμάτιο αγωγής του γρήγορου πόνου. Οι ίνες Αδ καταλήγουν στα I και V πέταλα των οπίσθιων κεράτων και διεγείρουν δεύτερης τάξης νευρώνες. Από τους νευρώνες αυτούς εξέρχονται ίνες μεγάλου μήκους που αμέσως χιάζονται και ανέρχονται από την αντίθετη πλευρά του νωτιαίου μυελού προς τον εγκέφαλο με το προσθιοπλάγιο δεμάτιο (Fithgerald, 2009).

Το παλαιονωτιαιοθαλαμικό δεμάτιο θεωρείται οδός μεταβίβασης του αργού πόνου. Μεταβιβάζει αισθήματα πόνου που μεταφέρονται με τις περιφερικές τύπου C ίνες όπου οι περισσότερες από αυτές καταλήγουν στα πέταλα II και III των οπίσθιων κεράτων του νωτιαίου μυελού (Fithgerald, 2009).

ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

Είναι γνωστό ότι κάθε άνθρωπος αντιδρά διαφορετικά στο αίσθημα του πόνου. Η ένταση του πόνου και η συμπεριφορά του ασθενή στο επώδυνο ερέθισμα καθορίζεται και από παράγοντες οι οποίοι δρουν ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της ιστικής βλάβης και έχει να κάνει με την ικανότητα του εγκεφάλου να ελέγχει το βαθμό εισόδου των σημάτων του πόνου στο νευρικό σύστημα. Αυτό επιτυγχάνεται με την ενεργοποίηση ενός συστήματος ελέγχου του πόνου που ονομάζεται σύστημα αναλγησίας (Cheung, 2001).

Το ενδογενές αυτό σύστημα αναλγησίας είναι ένα φυγόκεντρο σύστημα ελέγχου του πόνου και αποτελείται από φυγόκεντρες ίνες που ξεκινούν από πυρήνες του εγκεφάλου και σταματούν τα ερεθίσματα του πόνου στο επίπεδο του νωτιαίου μυελού. Ανατομικά το σύστημα αναλγησίας αποτελείται από φλοιικά και διεγκεφαλικά κέντρα, τη φαιά χώρα περί το μεσεγκέφαλο και την άνω γέφυρα όπου νευρώνες από αυτή την περιοχή εκπέμπουν σήματα προς τον πυρήνα της μέσης ραφής και από εκεί μέσω των οπισθιοπλάγιων δεματίων τα σήματα μεταβιβάζονται στο νωτιαίο σύμπλεγμα αναστολής του πόνου, στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού (Kim et al, 2013). Στο νωτιαίο σύμπλεγμα αναστολής του πόνου τα σήματα αναλγησίας μπορούν να προκαλέσουν αποκλεισμό των ώσεων του πόνου που μεταδίδονται από τα περιφερικά νεύρα πριν αναμεταδοθούν στον εγκέφαλο (Ma, 2004).

Στο σύστημα αναλγησίας ο έλεγχος του πόνου γίνεται μέσω δυο άλλων συστημάτων του οπιοειδούς και του μη οπιοειδούς συστήματος.

Στο οπιοειδή σύστημα ενδογενούς αναλγησίας ανήκουν οι εγκεφαλίνες (μετ-εγκεφαλίνη, λευ-εγκεφαλίνη) οι ενδορφίνες με πιο σημαντικές την β-ενδορφίνη και τη δυνορφίνη. Το σύστημα αυτό αποτελείται από κατιούσες ίνες που ξεκινούν την πορεία τους έπο την περιϋδραγωγίο φαιά ουσία και καταλήγουν στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού όπου διαμορφώνουν την ποιότητα και την ποσότητα των σημάτων του πόνου (Chaudhury & Rafei, 2001).

Το μη οπιοειδές σύστημα συγκροτείται από την κατιούσα σεροτονινεργική, τη νοραδρενεργική και τη αδρενεργική οδό. Το σύστημα αυτό δρα ομοίως με το οπιοειδές σύστημα στο επίπεδο των οπίσθιων κεράτων του νωτιαίου μυελού μόνο που είναι υπεύθυνο για την αναλγησία εκ καταπονήσεως (Mann, 1983).

3.3 ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

Το σώμα αντιλαμβάνεται τον βελονισμό ως ένα εξωγενές ερέθισμα με αποτέλεσμα να ενεργοποιούνται διάφοροι μηχανισμοί αναγνώρισης και άμυνας (Chon & Lee, 2013).

Η βελόνα (όπως έχει ήδη αναφερθεί και στα προηγούμενα κεφάλαια) τοποθετείται σε συγκεκριμένα σημεία του δέρματος ή των μυών. Μέσω της τεχνικής βελονισμού που χρησιμοποιείται (για παράδειγμα απλή βελόνα, έγχυση φαρμακευτικών ουσιών, ηλεκτρικός ερεθισμός) και του σημείου τοποθέτησης της βελόνας που μπορεί να είναι στην επιδερμίδα, στο μυϊκό ή οστίτη ιστό, σε αισθητική ή κινητική νευρική ίνα και σε περιφερικά γάγγλια, ενεργοποιούνται ποικίλοι αισθητικοί υποδοχείς, οι εμμύελες και αμύελες περιφερικές ίνες ή η αυτόματη τοιχωματική νεύρωση των αγγείων (Jin et al., 2007). Οι αισθητικοί αυτοί υποδοχείς βρίσκονται κάτω από το 60% των σημείων βελονισμού και εμπλέκονται στην ενεργοποίηση περιφερικών και κεντρικών μηχανισμών αναλγησίας. Ο βελονισμός κυρίως για την Δυτική ιατρική έχει δύο σημαντικές δράσεις, στην μείωση του οξύ και του χρόνιου πόνου (Longbottom, 2010).

Για την αναστολή του οξέος πόνου χρησιμοποιούνται ειδικές τεχνικές βελονισμού και ηλεκτροβελονισμού δίνοντας άμεσο αναλγητικό αποτέλεσμα που διαρκεί περίπου 90' έως 120' (Jin et al., 2007). Για να επέλθει το αναλγητικό αποτέλεσμα στα οξέα συμπτώματα πόνου απαιτείται έντονος, επώδυνος και διαρκείας χειρισμός της βελόνας με ακρίβεια στην εντόπιση του σημείου (Cheung, 2001). Συμπερασματικά όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των αισθητικών νευρικών απολήξεων που διεγείρονται μηχανικά τόσο μεγαλύτερη είναι η ποσότητα των νευροδιαβιβαστών που παράγονται και διανέμονται στο περιφερικό και κεντρικό νευρικό σύστημα και τόσο καλύτερα είναι τα αποτελέσματα αναλγησίας που προσφέρονται με τον βελονισμό (Ulett et al, 1998).

Σε περιστατικά χρόνιου πόνου κυρίως σε μυοσκελετικά σύνδρομα χρόνιου πόνου, με οργανικά σύνδρομα που συνοδεύουν τον χρόνιο πόνο ή λειτουργικές διαταραχές η θεραπεία σχετίζεται με την χρήση σημείων βελονισμού που βρίσκονται κοντά στον ιστό που πάσχει ή σε περιφερικές περιοχές με την ίδια τμηματική νεύρωση με την επώδυνη περιοχή. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο χειρισμός της βελόνας είναι ήπιος και ανώδυνος, τα αποτελέσματα εμφανίζονται μετά από ώρες ή μέρες και το αναλγητικό αποτέλεσμα διαρκεί από μέρες έως και χρόνια από τη λήξη της θεραπείας (Saad, 2011).

3.4 ΔΡΑΣΗ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Μέσα από πλήθος πειραμάτων και ερευνών που διεξάχθηκαν τόσο σε ζώα όσο και σε ανθρώπους έδειξαν ότι η ακεραιότητα του νευρικού συστήματος είναι απαραίτητη για την εφαρμογή βελονισμού.

Για την επίτευξη αναλγητικού αποτελέσματος μέσω του βελονισμού θεωρείται αναγκαία η ακεραιότητα της προσθιοπλάγιας, οπισθιοπλάγιας και νωτιαιοθαλαμικής δέσμης (Kim et al., 2013). Η αναλγησία στο κλασσικό βελονισμό επιτυγχάνεται με την εμφάνιση του φαινομένου Τε-Τσι. Η φύση του Τε-Τσι δεν έχει ακόμα αποσαφηνιστεί πλήρως και δεν είναι γνωστό αν το αίσθημα πόνου του ασθενούς οφείλεται σε διέγερση των Αδ ή C ινών ή σε διέγερση των II^{ns}, III^{ns}, IV^{ns} τάξεως νευρικών αισθητικών ινών (Jin et al, 2007). Τα συμπεράσματα που προήλθαν από διάφορα πειράματα δείχνουν ότι το βιολογικό αποτέλεσμα του βελονισμού και το φαινόμενο Τε-Τσι εξαρτώνται από την διέγερση συγκεκριμένων νευρικών ινών και την διέγερση αισθητικών υποδοχέων των μυών (Cheung, 2001). Οι Lu & Needham (1980) έδειξαν πως αναισθητοποίηση των νευρικών ινών IV^{ns} τάξεως ή διαφορετικά οι αμύελες C ίνες δεν επηρεάζει την αναλγητική επίδραση του βελονισμού ενώ των II^{ns}, III^{ns} τάξεως νευρικών ινών ή αλλιώς των Αβ και Αδ ινών την καταργεί (Stux et al., 2003).

3.5 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΤΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Ο βελονισμός είναι αποτελεσματικός όταν εφαρμόζεται στα κατάλληλα βελονιστικά σημεία και στόχος του είναι η επιλεκτική διέγερση των ειδικών αυτών σημείων. Μέσα από έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι πάνω από τα μισά σημεία βελονισμού είναι σημεία trigger (Longbottom, 2010). Επίσης πολλά σημεία βελονισμού αντιστοιχούν στην ανατομική θέση του κινητικού σημείου του μυός και τα περισσότερα σημεία εντοπίζονται στη ευρύτερη περιοχή της νευρομυϊκής σύναψης. Πλέον μετά από παρατηρήσεις και έρευνες χρόνων γίνεται γνωστό ότι μερικά σημεία trigger, κινητικά σημεία και σημεία βελονισμού βρίσκονται στην ίδια ανατομική περιοχή, έχουν ίδιο νευρομυϊκό υπόστρωμα και γίνονται ευαίσθητα ή επώδυνα με τους ίδιους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς (Longbottom, 2010).

Έχει διαπιστωθεί ότι κάθε συνδυασμός σημείων βελονισμού και κάθε τεχνική που χρησιμοποιείται ενεργοποιεί διαφορετικά νευρωνικά κυκλώματα. Επίσης η επιλογή του βάθους και του τρόπου διέγερσης είναι εξέχουσας σημασίας για την επιτυχία της θεραπείας με βελονισμό. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας καθορίζεται κατά κύριο λόγο από το βάθος διέγερσης της βελόνας, την ένταση της διέγερσης, την ανατομική περιοχή της διέγερσης και των συνδυασμό σημείων ή περιοχών διέγερσης (Wang, 2009). Από τα παραπάνω προκύπτει ότι ανάλογα με της παραμέτρους, τις τεχνικές που εφαρμόζονται σε κάθε θεραπεία και τον χαρακτήρα της διέγερσης το βελονιστικό ερέθισμα κινητοποιεί διαφορετικά κυκλώματα αναλγησίας (Mann, 2000).

3.6 ΘΕΩΡΙΕΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Υπάρχουν τέσσερις βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις που ερμηνεύουν την αναλγητική δράση του βελονισμού μέσα από έρευνες, παρατηρήσεις και ενδείξεις. Οι θεωρίες αυτές θα αναλυθούν στις παρακάτω γραμμές.

1) Θεωρία περί πύλης του πόνου των Melzack και Wall.

Σύμφωνα με την θεωρία αυτή οι σωματικές αισθήσεις όπως η αφή, η πίεση και η δόνηση μεταδίδονται με ίνες τύπου Α ενώ ο πόνος μεταδίδεται με ίνες Αδ και C. Μετά την είσοδο τους οι αισθητικές ίνες οδεύουν μέσω των περιφερικών νεύρων στα κύτταρα T, πριν καταλήξουν όμως σε αυτά περνάνε από τη πηκτωματώδη ουσία που βρίσκεται στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού. Σε αυτή την περιοχή οι διαφορετικού τύπου αισθητικές ίνες ασκούν μια παλίνδρομη αρνητική ρύθμιση η μία στην άλλη. Οι νευρωνικοί μηχανισμοί που ενεργοποιούνται στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού δρουν σαν μια πύλη ελέγχου που καθορίζει πια σήματα θα περάσουν και έχει την ικανότητα να αυξήσει ή να μειώσει την μεταβίβαση των νευρικών ώσεων προς τα ανώτερα κέντρα. Στο πηκτωματώδη πυρήνα παράγεται η ουσία P η οποία αποτελεί τον κύριο νευροδιαβιβαστή του πόνου και παράγεται από την διέγερση των Αδ και C ινών. Μέσω ήπιου επιφανειακού βελονισμού,

όπως και με την αφή και την πίεση, διεγείρονται οι Αβ αισθητικές ίνες. Η διέγερση τους αναστέλλει την διέγερση των Αδ και C ινών με αποτέλεσμα να μην εκλύεται ουσία P και να αναστέλλεται ο πόνος (Φραγκοράπτης, 2008). Η θεωρία περί πύλης του πόνου μπορεί να εξηγήσει μόνο ένα μέρος της αναλγητικής δράσης του βελονισμού καθώς μπορεί να ερμηνεύσει μόνο το άμεσο αποτέλεσμα του απλού δερματικού βελονισμού και ηλεκτροβελονισμού χωρίς να μπορεί να ερμηνεύσει μονιμότερα αποτελέσματα αναλγησίας (Melzack & Wall, 1984).

2) Θεωρία DNIC (Diffuse Noxious Inhibitory Controls)

Ο βελονισμός δεν είναι πάντοτε ένα ήπιο ερέθισμα. Είναι γνωστό ότι σε πολλά περιστατικά ο έντονος χειρισμός Τε- Τσι είναι απαραίτητος ως ένδειξη ακριβούς εντοπισμού του σημείου ή ως ένδειξη επιτυχούς βελονισμού. Γενικά γίνεται φανερό ότι ο βελονισμός μπορεί να θεωρηθεί επώδυνος είτε λόγω έντονου χειρισμού είτε επειδή η απενεργοποίηση των σημείων μπορεί να είναι επώδυνη. Ο όρος DNIC αναφέρεται σε ένα ισχυρότατο ενδογενές σύστημα αναστολής του πόνου. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία το επώδυνο ερέθισμα ενεργοποιεί τις Αδ και C ίνες. Με βάση αυτή την παραδοχή οποιοδήποτε επώδυνο μηχανικό, χημικό, ηλεκτρικό και θερμικό ερέθισμα εφαρμοστεί σε οποιαδήποτε περιοχή του σώματος δρα κατασταλτικά με μεγάλη αποτελεσματικότητα για οποιονδήποτε προϋπάρχοντα πόνο (Le Bars et al., 1979). Η δράση του DNIC αναφέρεται σε ένα οπιοεργικό μηχανισμό ο οποίος ενεργοποιείται σε συγκεκριμένους εγκεφαλικούς πυρήνες, δρα απευθείας στο επίπεδο του νωτιαίου μυελού μειώνοντας τον πόνο. Η καταστολή του πόνου μέσω DNIC πραγματοποιείται από ανιούσες και κατιούσες δέσμες των προσθιοπλάγιων και οπισθιοπλάγιων δεσμών και την ενεργοποίηση αναλγητικών μηχανισμών μέσω αυτών. Μέσω αυτής της θεωρίας συμπεραίνεται ότι ο έντονος εν τω βάθει βελονισμός με εμφάνιση του φαινομένου Τε- Τσι δρα μέσω αυτής της θεωρίας και όχι μέσω της πύλης του πόνου, ο ηλεκτροβελονισμός και τα ΤΕΝΣ μεγάλης έντασης δρουν και αυτά μέσω της συγκεκριμένης θεωρίας και τέλος η εφαρμογή μόξας προκαλεί βλαπτικό θερμικό ερέθισμα προκαλώντας αναλγητικό αποτέλεσμα πάλι επιβεβαιώνοντας την θεωρία DNIC (Καράβης, 1999). Το σύστημα αυτό έχει σαν κύριο νευροδιαβιβαστή την σεροτονίνη και ενεργοποιείται τόσο με περιοχικά όσο και με απόμακρα σημεία βελονισμού. Η θεωρία αυτή δεν μπορεί να ερμηνεύσει την μακράς διάρκειας αναλγητική δράση του βελονισμού στα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα και την δράση του ήπιου επιφανειακού και ανώδυνου βελονισμού (Longbottom, 2010).

3) Εγκεφαλινεργική θεωρία του Pomeranz

Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι ο βελονισμός διεγείρει μυϊκούς αισθητικούς υποδοχείς, δηλαδή τις μικρής διαμέτρου προσαγωγές ίνες II^{ns} και III^{ns} τάξεως, αφού τις περισσότερες φορές η βελόνα τοποθετείται σε μυϊκούς ιστούς και όχι επιδερμικά. Η διέγερση των μυϊκών αισθητικών υποδοχέων μέσω του νωτιαίου μυελού και των προσθιοπλάγιων δεματίων ενεργοποιεί τρία κέντρα, το νωτιαίο μυελό, των μεσεγκέφαλο και το υποθάλαμο-υποφυσιακό σύστημα (Ma, 2004).

Στο πρώτο επίπεδο αυτό του νωτιαίου μυελού το αναλγητικό αποτέλεσμα επιτυγχάνεται μέσω της ενεργοποίησης της ενδορφίνης, της δυνορφίνης και του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (Chaudhury & Rafei, 2001). Με την ενεργοποίηση αυτών των νευροδιαβιβαστών σε αυτό το επίπεδο μέσω του βελονισμού επιτυγχάνεται περιοχική αναλγητική δράση.

Στο δεύτερο επίπεδο αυτό του μεσεγκέφαλο η αναλγητική δράση επιτυγχάνεται κυρίως με παραγωγή εγκεφαλίνης και δευτερευόντως με παραγωγή σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης (Stux et al., 2003).

Στο τρίτο επίπεδο αυτό του υποθάλαμο-υποφυσιακού συστήματος ενεργοποιείται κυρίως η β-ενδορφίνη και η ACTH προκαλώντας γενική αναλγητική δράση.

Συνοψίζοντας την εγκεφαλινεργική θεωρία φανερώνεται ότι η αναλγητική δράση του βελονισμού συσχετίζεται με το αν η βελόνα τοποθετείται πάνω ή κοντά στην ιστική βλάβη ή σε απομακρυσμένα σημεία. Συμπεραίνεται ότι εάν η βελόνα τοποθετηθεί πάνω ή κοντά στην ιστική βλάβη ενεργοποιεί το κύκλωμα καταστολής του πόνου μέσω του νωτιαίου μυελού προκαλώντας

τμηματική αναλγησία (Καράβης, 1999). Αντίθετα εάν η βελόνα τοποθετηθεί σε απόμακτρα σημεία βελονισμού ενεργοποιεί κυκλώματα του μεσεγκεφάλου και του υποθάλαμο-υποφυσιακού συστήματος προκαλώντας γενική αναλγησία (Stux et al., 2003).

Τα παραπάνω αποτελέσματα τροποποιούνται με το βάθος και την ένταση του βελονισμού όπως και με το είδος του ιστού που θα βελονιστεί. Επίσης μέσα από έρευνες έχει φανεί ότι ο μικρής συχνότητας και μεγάλης έντασης ηλεκτροβελονισμός ενεργοποιεί και τα τρία επίπεδα αναλγησίας ενώ ο μεγάλης συχνότητας και μικρής έντασης ενεργοποιεί τα επίπεδα αναλγησίας του νωτιαίου μυελού και του μεσεγκέφαλου (Jin et al., 2007).

4) Θεωρία της μυϊκής συμμετοχής του Andersson.

Κατά την άποψη του Andersson ο βελονισμός προκαλεί τις ίδιες φυσιολογικές αλλαγές με αυτές που προκαλούνται κατά την άσκηση. Αυτή η παραδοχή γίνεται αποδεκτή εφόσον μέσα από έρευνες σε πειραματόζωα φαίνεται ότι ενεργοποιούνται παρόμοια οπιοειδή συστήματα μέσω της άσκησης και του ηλεκτροβελονισμού χαμηλής συχνότητας (ενεργοποίηση μηχανισμών β-ενδορφίνης και ACTH) (Andersson & Lundeborg, 1995). Η θεωρία υποστηρίζει την τμηματική δράση του βελονισμού και περιγράφει μηχανισμούς που ενεργοποιούνται με τον βελονισμό και ελέγχουν την αγωγή του πόνου και τον τόνο του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Η τοποθέτηση της βελόνας στο μυϊκό ιστό ενεργοποιεί μηχανισμούς δράσης-αντίδρασης από το κεντρικό νευρικό σύστημα με αποτέλεσμα αυξημένη δραστηριότητα του αγγειοκινητικού κέντρου και απελευθέρωση ενδογενών οπιοειδών ουσιών(Μέσα από παρόμοιες διεγέρσεις μπορεί να έχουμε διαφορετική αντίδραση του οργανισμού (Andersson & Lundeborg, 1995). Γίνεται φανερό ότι ο οργανισμός μπορεί στην ίδια διέγερση να ανταποκρίνεται με διαφορετική αντίδραση και αυτό διότι πρέπει να διατηρείται πάντοτε η ομοιόσταση σε όλα τα όργανα και τα συστήματα του. Η θεωρία υποστηρίζει ότι οι ίνες που άγουν τα βλαπτικά ερεθίσματα από την περιφέρεια συνάπτονται στο επίπεδο του νωτιαίου μυελού με τριών ειδών νευρωνικών κυκλωμάτων (Καράβης, 1999).

Ο πρώτος σχηματισμός περιλαμβάνει ίνες του νωτιαιοθαλαμικού δεματίου, οι οποίες άγουν τον πόνο στα ανώτερα εγκεφαλικά κέντρα όπως γίνεται η επεξεργασία του και η αναγνώριση του ως αίσθηση πόνου. Ο δεύτερος σχηματισμός αποτελείται από τους κινητικούς νευρώνες του πρόσθιου κέρατος, οι διεγέρσεις των οποίων προκαλεί τον μυϊκό σπασμό (Andersson & Lundeborg, 1995). Τέλος το τρίτο κύκλωμα σχηματίζεται από συμπαθητικούς νευρώνες των προσθιοπλάγιων κεράτων, οι οποίοι με την διέγερση τους προκαλούν διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος (αγγειακές και τροφικές αλλοιώσεις) (Ma, 2004). Αυτό το σύστημα των τριών κυκλωμάτων αυτοτροφοδοτείται προκαλώντας πόνο, μυϊκό σπασμό και αγγειακές αλλοιώσεις. Για μείωση των συμπτωμάτων και αναστολή της διέγερσης του φαίνεται ότι είναι αποτελεσματικοί ήπιο χειρισμοί όπως απλός βελονισμός, ηλεκτροβελονισμός, ήπια φυσικοθεραπεία και μάλαξη, οι οποίοι ενεργοποιούν ανασταλτικούς μηχανισμούς (Καράβης, 2011).

3.7 ΝΕΥΡΩΝΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Η νευρωνική θεωρία είναι η πιο πιθανή θεωρητική προσέγγιση της δράσης του βελονισμού κατά την Δυτική προσέγγιση. Στηρίζεται σε αρχές φυσιολογίας και φυσιοπαθολογίας ενώ έχει αφαιρεθεί μεγάλο κομμάτι της ιδεολογικής και φιλοσοφικής φύσης του βελονισμού.

Σύμφωνα με την νευρωνική θεωρία το νευρικό σύστημα με τους αισθητικούς περιφερικούς υποδοχείς, τις κεντρομόλες και φυγόκεντρες οδούς, τους κεντρικούς εγκεφαλικούς πυρήνες και τα εκτελεστικά του όργανα κατευθύνει τους μηχανισμούς δράσης του οργανισμού όταν σε αυτόν επιδρά ένα εξωγενές ή ένα ενδογενές ερέθισμα. Όσο αφορά τον βελονισμό, το ερέθισμα θεωρείται εξωγενές και ενεργοποιεί ομοιοστατικούς μηχανισμούς. Μέσω τις νευρωνικής θεωρίας και των θεωριών δράσης του βελονισμού υποστηρίζεται ότι η τοποθέτηση βελόνων σε καθορισμένα σημεία μπορεί να ενεργοποιήσει νευρωνικά

κυκλώματα σε τρία διαφορετικά επίπεδα προκαλώντας τοπικές, περιοχικές και γενικευμένες αντιδράσεις (Mann, 1983).

Τοπική δράση των σημείων βελονισμού.

Η τοπική δράση του βελονισμού αφορά μια μικρή δερματική περιοχή γύρω από την βελόνα περίπου 2-5 cm και οφείλεται στην ιστική βλάβη που προκαλεί η τοποθέτηση της βελόνας, αφορά σε όλα τα σημεία βελονισμού και είναι το πρώτο στάδιο μιας κλιμακούμενης διαδικασίας που τελικά θα φέρει το αναλγητικό αποτέλεσμα. Η τοπική δράση των σημείων βελονισμού γίνεται εμφανής με δύο τρόπους, είτε με την απενεργοποίηση επιπολής επώδυνων σημείων είτε με την απενεργοποίηση εν τω βάθει επώδυνων σημείων (Longbottom, 2001).

Απενεργοποίηση επιπολής δερματικών σημείων.

Η τοπική αντίδραση είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων. Αρχικά κατά την είσοδο της βελόνας στις στοιβάδες του δέρματος δημιουργείται διαφορά θερμοκρασίας και ηλεκτρικού δυναμικού με αποτέλεσμα να παράγεται γαλβανικό ρεύμα μικρής εντάσεως περίπου 5 mV, το οποίο είναι ικανό να διεγείρει την κυτταρική μεμβράνη και να προκαλέσει διέγερση στους αισθητικούς υποδοχείς και τις νευρικές απολήξεις της περιοχής. Επίσης ο τραυματισμός του χορίου του δέρματος προκαλεί απελευθέρωση αλγογόνων χημικών ουσιών στο εξωκυττάριο χώρο, οι οποίες προκαλούν επιπλέον διέγερση στους αλγοαισθητικούς υποδοχείς της περιοχής, αυξάνοντας έτσι την απαντητική ικανότητα τους στο επώδυνο ερέθισμα. Υπάρχουν τρεις μηχανισμοί οι οποίοι συντελούν στη διέγερση της περιοχής και στην αγωγή του άλγους. Ο πρώτος μηχανισμός επιδρά μέσω ενεργοποίησης αλγοϋποδοχέων συντελώντας στην έκλυση πόνου λόγο άμεσου χημικού ερεθισμού. Ο δεύτερος μηχανισμός ενεργοποιείται διαμέσου αύξησης της ευερεθιστότητας των αισθητικών υποδοχέων και των ελεύθερων απολήξεων της περιοχής. Τέλος ο τρίτος μηχανισμός επιδρά μέσω της δημιουργίας οιδήματος στην περιοχή. Αυτό επιτυγχάνεται με την παραγωγή της ουσίας P, η οποία ενεργοποιεί μηχανισμούς που δημιουργούν συνθήκες πόνου στη περιφέρεια και καθοδηγούν την απάντηση του νευρικού συστήματος στην επιλεγμένη δερματική περιοχή (Dung, 2014).

Η τοπική δράση του βελονισμού επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση βελόνων κοντά στη πάσχουσα περιοχή, στο αντίστοιχο δερμοτόμιο, μυοτόμιο, σκληροτόμιο, προκαλώντας μικρής έντασης και έκτασης τραύμα (Mann, 1983). Ο τραυματισμός επουλώνεται εντός τριών ημερών και στο διάστημα αυτό ενεργοποιούνται ενδογενείς ομοιοστατικοί μηχανισμοί επούλωσης και αναλγησίας.

Απενεργοποίηση εν τω βάθει επώδυνων σημείων.

Η ποιότητα του ερεθίσματος που προκαλείται από την ένθεση της βελόνας εξαρτάται τόσο από το βάθος ένθεσης όσο και από το είδος του ιστού στον οποίο αυτή τοποθετείται. Η βελόνα μπορεί να τοποθετηθεί στο δέρμα, στο υποδόριο ιστό, σε μυς, σε περιτονίες, σε τένοντες ακόμα και σε οστά. Συχνά η βελόνα τοποθετείται ενδομυϊκά στην περιοχή της νευρομυϊκής σύναψης σε ειδικά σημεία που ονομάζονται σημεία πυροδότησης πόνου ή σημεία trigger. Τα σημεία πυροδότησης είναι επώδυνα σημεία του μυϊκού ιστού με ειδικά χαρακτηριστικά και ανιχνεύονται σε πλήθος εκφυλιστικών παθήσεων της σπονδυλικής στήλης, σε μυοσυνδεσμικές και αρθρικές κακώσεις κυρίως εκ καταπονήσεως (Longbottom, 2010).

Η παρουσία σημείων trigger χαρακτηρίζει το μυοπεριτονιακό σύνδρομο και το σύνδρομο ινομυαλγίας. Εντοπίζονται στη μυϊκή μάζα στην ανατομική περιοχή της νευρομυϊκής σύναψης και είναι μια ψηλαφητή διατεταμένη μυϊκή δεσμίδα (Mann, 1983).

Τα κλινικά χαρακτηριστικά ενός σημείου πυροδότησης είναι η μεγάλη ευαισθησία κατά την δακτυλική πίεση και η αντανάκλαση του πόνου σε συγκεκριμένη αντανακλαστική περιοχή που ονομάζεται ζώνη αντανακλαστικού άλγους. Συνήθως συντελούν στη μείωση του εύρους κίνησης των μυών και των αρθρώσεων αλλά και στη μυϊκή αδυναμία.

Τα σημεία αυτά απενεργοποιούνται με διάφορες τεχνικές όπως με χειρισμούς διάτασης, ενδομυϊκή έγχυση αναλγητικής ουσίας, ειδικές φυσικοθεραπευτικές τεχνικές και βελονισμός.

Ο βελονισμός των σημείων πυροδότησης είναι γνωστός στον Παραδοσιακό Κινέζικο βελονισμό καθώς σήμερα γνωρίζουμε ότι πολλά σημεία βελονισμού συμπίπτουν με σημεία πυροδότησης και όχι τυχαία. Τα σημεία αυτά είχαν αναγνωρισθεί από τους Κινέζους ιατρούς για την θεραπευτική τους δράση (Καράβης, 2011).

Ο βελονισμός των σημείων αυτών φέρνει διάφορα αποτελέσματα. Η απλή τοποθέτηση της βελόνας στα σημεία επιτυγχάνει την απενεργοποίηση των σημείων πυροδότησης και την ενεργοποίηση τμηματικών νωτιαίων αντανάκλαστικών μέσω τον οποίων μειώνεται ο πόνος, χαλαρώνει ο μυϊκός ιστός και βελτιώνεται η αιμάτωση του μυός. Στη διαδικασία αυτή συμμετέχουν οι υποδοχείς της μυϊκής ατράκτου και τα κύτταρα των πρόσθιων και οπίσθιων κεράτων του νωτιαίου μυελού. Επίσης ο μικροτραυματισμός που προκαλείται από την βελόνα ενεργοποιεί αυτόματη μυϊκή σύσπαση δρώντας σπασμολυτικά (Vadivelou et al., 2011).

Η αποτελεσματικότητα της τεχνικής απενεργοποίησης των εν τω βάθει σημείων και της μείωσης του πόνου εξαρτάται από την ακρίβεια ένθεσης της βελόνας στο σημείο πυροδότησης, αλλά και την παραμονή της βελόνας στο σημείο, η οποία πρέπει να μένει λίγα λεπτά και το ερέθισμα να είναι επαναλαμβανόμενο.

Περιοχική δράση των σημείων βελονισμού.

Η πρώτη αναφορά για την περιοχική δράση του βελονισμού έγινε το 1977 από τον χειρουργό και βελονιστή Felix Mann και δημοσιεύτηκε στο βιβλίο του «Scientific Aspects of Acupuncture».

Με τον όρο περιοχική δράση των σημείων βελονισμού περιγράφεται η ενεργοποίηση μιας περιοχής μέσω αντανάκλαστικών, τα οποία παράγονται με τον ερεθισμό ενός περιφερικού αισθητικού υποδοχέα. Το ερέθισμα άγεται μέσω κεντρομόλων οδών σε ένα αισθητικό ή κινητικό πυρήνα του νωτιαίου μυελού παράγοντας μια αντίστοιχη απαντητική αντίδραση. Η αντίδραση μπορεί να επεκταθεί και να εκδηλωθεί σε μια περιοχή δύο η τριών δερματομίων. Αυτές οι απομακρυσμένες αντιδράσεις εκδηλώνονται μέσω συγκεκριμένων αντανάκλαστικών τόξων. Τα αντανάκλαστικά τόξα που ενεργοποιούνται μέσω του βελονισμού, ονομαστικά είναι τα εξής: Σπλαγχνοδερματικό αντανάκλαστικό, Δερματοσπλαγχνικό αντανάκλαστικό, Δερματομυϊκό αντανάκλαστικό, αντανάκλαστικά του Sherrington, Σπλαγχνομυϊκά και σπλαγχνοσπλαγχνικά αντανάκλαστικά και Φυτικά αντανάκλαστικά τόξα (Mann, 1983).

Βάση της εμβρυολογικής κατανομής σε κάθε νευροτόμιο συρρέουν αισθητικές ίνες από κάθε σημείο των δερμοτόμιων, μυοτόμιων, σπλαγχνοτόμιων και οστεοτόμιων. Η δομή του νευρικού συστήματος είναι τέτοια ώστε το ίδιο μυελικό κέντρο, νευροτόμιο ή μυελοτόμιο είναι ικανό να ελέγχει μια δερματική περιοχή, ένα μυ, ένα σύνδεσμο, ένα κομμάτι του οστού ή ένα σπλάγχο.

Κλινικά μια σπλαγχνική βλάβη (σπλαγχνοτόμιο) μπορεί να δημιουργήσει δερματικές περιοχές υπεραλγησίας, μυϊκή δυσλειτουργία, περιαρθρική εκδήλωση άλγους μέσω σπλαγχνοδερματικών, σπλαγχνομυϊκών και σπλαγχνοσωματικών αντανάκλαστικών. Σε περίπτωση σπλαγχνικής βλάβης θεραπεία με διάφορα φυσικά μέσα και τεχνικές όπως εφαρμογή θερμών- ψυχρών επιθεμάτων, τεχνικές φυσικοθεραπείας, βελονισμός, laser θα επηρεάσει τη λειτουργία του πάσχοντος οργάνου μέσω ενεργοποίησης των αντανάκλαστικών που προαναφέρθηκαν (Longbottom, 2010).

Η τμηματική αυτή οργάνωση του νωτιαίου μυελού περιγράφεται σύμφωνα με την θεωρία της σύγκλισης ή τη θεωρία Mackenzie, (Martyn, 1864; Stutge, 1883; Ross, 1887; Head, 1893; Mackenzie, 1912; Rush, 1960; Pomeranz, Wall & Weber, 1968; Foreman, 1981; Cervero 1982).

Η θεωρία υποστηρίζει ότι η αισθητική διέγερση μιας περιοχής του δέρματος μπορεί να προκαλέσει λειτουργικές αντανάκλαστικές αντιδράσεις στους μύες, τα αγγεία, τους συνδέσμους και τα σπλάγχνα που δέχονται αισθητικούς και κινητικούς νευρώνες από το ίδιο μυελοτόμιο.

Στις επόμενες σελίδες που ακολουθούν θα αναλυθούν περιληπτικά τα σημαντικότερα από αυτά τα αντανακλαστικά.

Σπλαγχνοδερματικό αντανακλαστικό.

Μια λειτουργική ή οργανική διαταραχή ενός σπλάγγχνου προκαλεί πόνο, υπαισθησία, τάση ή ερύθημα σε συγκεκριμένη περιοχή του δέρματος. Η περιοχή του δέρματος που αντανακλάται ο σπλαγγχνικός πόνος ονομάζονται σπλαγγχνοτόμιο (Mann, 1983).

Δερματοσπλαγγχνικό αντανακλαστικό.

Ο ερεθισμός ενός δερματικού σημείου επηρεάζει λειτουργικά το όργανο με το οποίο η δερματική περιοχή συνδέεται νευροτομικά.

Η γνώση της τοπογραφικής ανατομίας των ζωνών αυτών είναι απαραίτητη στο βελονισμό και έχει ιδιαίτερη κλινική σημασία για την εντόπιση παθήσεων των οπίσθιων και πρόσθιων ριζών των νωτιαίων νεύρων αλλά και για την ορθή επιλογή των σημείων που πρέπει να βελονιστούν.

Υποστηρίζεται ότι ο βελονισμός επιδρά σε νωτιαίο και υπερνωτιαίο επίπεδο με νευρικές οδούς παρόμοιες με αυτές που προκαλούν τη ζώνη αντανακλαστικού άλγους (Mann, 1983).

Η εξέταση της τοπογραφικής κατανομής των σημείων βελονισμού οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η επιλογή των σημείων βελονισμού για κάθε νόσημα δεν γίνεται τυχαία αλλά επιλέγονται σημεία, δερματικά, μυϊκά, οστικά, αρθρικά και γάγγλια του αυτόνομου νευρικού σημείου που έχουν σαφή νευροτομική σχέση με την πάσχουσα περιοχή. Όλοι οι μεσημβρινοί του κορμού ακολουθούν πορεία παράλληλη τη μέση πρόσθια και τη μέση οπίσθια γραμμή όμοια με την τμηματική κατανομή του εν τω βάθει άλγους που χαρτογράφησαν οι J.H. Kellgren, J.W. Ranson, S.L. Clark. Επίσης υπάρχει μια ταύτιση των σημείων βελονισμού του μεσημβρινού της ουροδόχου κύστης και των σημείων του παράδοξου μεσημβρινού κυβερνητικό αγγείο με την γενική κατανομή των συμπαθητικών νεύρων.

Τα σημεία βελονισμού φαίνεται πως δεν είναι απλά δερματικά σημεία που επιλέχτηκαν τυχαία από τους Κινέζους θεραπευτές αλλά σημεία ιδιαίτερης θεραπευτικής αξίας με σαφές νευρικό υπόστρωμα και συγγένεια με τις ζώνες δερματικής προβολής του σπλαγγχνικού άλγους, γνωστές και ως ζώνες Head (Beissner et al., 2011).

ΖΩΝΕΣ HEAD

Παρατηρήθηκαν και χαρτογραφήθηκαν από τον Head το 1893. Είναι δερματικές, επιδερμικές περιοχές στις οποίες αντανακλάται πόνο, ευαισθησία, αυτόματο άλγος και ερύθημα από έναν εν τω βάθει σπλαγγχνικό πόνο (Beissner et al., 2011).

Αντανακλαστικά του Sherrington.

Είναι μακρά σπλαγγχνοκινητικά αντανακλαστικά που ερευνήθηκαν από τον Sherrington (Νομπελίστας Νευρολόγος, 1857-1952). Μέσα από τα πειραματικά του δεδομένα υποστηρίζει ότι ο επιδερμικός ερεθισμός μιας καθορισμένης περιοχής μπορεί να επηρεάσει λειτουργικά μυϊκές ομάδες ή σπλάγγχνα που βρίσκονται έως και δέκα μυελοτόμια μακριά από το σημείο ερεθισμού. Παρόμοια αντανακλαστικά έχουν περιγραφεί και από τον Brown – Sequard. Φαίνεται πιθανό πολλά σημαντικά σημεία βελονισμού που βρίσκονται στις ονυχοφόρους φάλαγγες των δακτύλων των άνω και κάτω άκρων να ενεργοποιούν τέτοια αντανακλαστικά τόξα δρώντας εξισοροπιστικά στη καρδιακή, αναπνευστική, πεπτική αλλά και σε άλλες λειτουργίες του οργανισμού (Καράβης, 1999).

Σπλαγγχνομυϊκά και Σπλαγγχνοσπλαγγχνικά αντανακλαστικά.

Είναι εσωτερικά αντανακλαστικά τόξα των κεντρομόλων οδών του συμπαθητικού και παρασυμπαθητικού συστήματος. Παρατηρούνται σε παθήσεις εσωτερικών οργάνων επεξηγώντας την μυϊκή σύσπαση και τον αγγειακό σπασμό που εμφανίζεται σε τέτοιες περιπτώσεις. Με το αντανακλαστικό αυτό ερμηνεύεται το μυϊκό άλγος κατά την λειτουργία του μυ με μειωμένη αιμάτωση ή τη σύσπαση των μυών του κοιλιακού τοιχώματος και την τοπική δερματική αγγειοδιαστολή που

παρατηρείται σε παθήσεις εσωτερικών οργάνων και σε ομόπλευρη μυϊκή ατροφία περιφερικών μυϊκών ομάδων των νοσούντων σπλάγχων. Το αντανεκλαστικό αυτό καταργείται σε περιπτώσεις κατάργησης των νωτιαίων ριζών ή διατομής των σπλαγχνικών νεύρων (Dung, 2014).

Σπαγχοσπαγχνικά αντανεκλαστικά μπορούν να ενεργοποιηθούν με τον βελονισμό πάνω ή γύρω από γάγγλιο. Ιδιαίτερο γνωστό σημείο για αυτή του την δράση είναι το 18 σημείο του μεσημβρινού του λεπτού εντέρου, το οποίο βρίσκεται στο πρόσωπο και χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση των οξέων μυοσκελετικών πόνων.

Φυτικά αντανεκλαστικά.

Η δράση του βελονισμού στο φυτικό νευρικό σύστημα είναι αμφιλεγόμενη. Κάποιες έρευνες υποστηρίζουν ότι ο βελονισμός αυξάνει την συμπαθητική δραστηριότητα, ενώ άλλες υποστηρίζουν ότι μειώνει το συμπαθητικό τόνο. Υπάρχουν επίσης έρευνες που υποστηρίζουν ότι με τον βελονισμό αρχικά παρατηρείται αύξηση της συμπαθητικής δραστηριότητας η οποία ακολουθείται από μακράς διάρκειας μείωση της συμπαθητικής λειτουργίας. Οι σημαντικές αυτές αποκλίσεις οφείλονται τόσο στη δυσκολία παρακολούθησης της συμπαθητικής λειτουργίας όσο και στη διαφορετική τεχνική βελονισμού που χρησιμοποιείται, καθώς σε κάθε έρευνα βελονίστηκαν διαφορετικά σημεία με ποικίλες τεχνικές (Καράβης, 2011).

Γενική δράση των σημείων βελονισμού.

Είναι πλέον γνωστή τόσο η αναλγητική δράση του βελονισμού όσο και η ομοιοστατική δράση του στο αυτόνομο νευρικό σύστημα. Τα οφέλη του βελονισμού αποδίδονται σε φυσιολογικούς και ψυχολογικούς μηχανισμούς με βιολογική βάση. Η γενικευμένη δράση του βελονισμού είναι αναλγητική και θεραπευτική ανάλογα φυσικά με τις γνώσεις του θεραπευτή, τις τεχνικές και τα σημεία που επιλέγονται (Cheung, 2001).

3.8 ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ.

Βελονισμός και ανοσιακό σύστημα.

Πολλές έρευνες έχουν διεξαχθεί με στόχο να ανακαλύψουν εάν ο βελονισμός επιδρά στο ανοσιακό σύστημα, στη κυτταρική ανοσία και στην απελευθέρωση βιοδραστικών ουσιών.

Στη δύση τα αποτελέσματα των ερευνών δεν είναι σημαντικά καθώς υπάρχουν αρκετά μεθοδολογικά προβλήματα. Αντίθετα οι Κινέζοι ερευνητές αναφέρουν σαφή δράση του βελονισμού σε όλες τις διαδικασίες ανοσοποίησης. Περιγράφουν συνδυασμό συγκεκριμένων βελονιστικών σημείων, τα οποία φαίνεται να αυξάνουν τα ουδετερόφιλα στο αίμα αλλά και να αυξάνουν τον αριθμό φαγοκυττάρωσης από τα λευκά αιμοσφαίρια (Mann, 2000).

Βελονισμός και δικτυωτός σχηματισμός

Ο δικτυωτός σχηματισμός φαίνεται να είναι υπεύθυνος για την συγκινησιακή διάσταση της συμπεριφοράς του αλγούντος ασθενούς και πιστεύεται ότι μέσω αυτού διαμορφώνονται οι παράμετροι αντίληψης και έκφρασης του πόνου. Από λειτουργικής απόψεως ελέγχει την εγρήγορση, τον ύπνο, τον μυϊκό τόνο, το επίπεδο συνείδησης, τον καρδιακό και αναπνευστικό ρυθμό και τον αγγειακό τόνο. Μέσω του δικτυωτού σχηματισμού ελέγχονται με τί ισχύ θα περάσουν τα ερεθίσματα από την περιφέρεια στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Ma, 2004). Έχει την ικανότητα να καταστέλλει ή να ισχυροποιεί τα σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Η δράση του βελονισμού σε σχέση με τον δικτυωτό σχηματισμό είναι εξισορροπιστική κυρίως όσον αφορά ψυχικά νοσήματα (Καράβης, 1999).

Βελονισμός και πνευμονογαστρικό νεύρο.

το πνευμονογαστρικό είναι το μεγαλύτερο από τα εγκεφαλικά νεύρα. Αποτελείται από μια κινητική και μια αισθητική ρίζα, από δύο γάγγλια, από το στέλεχος και τους περιφερικούς κλάδους. Περιέχει

πλήθος φυγόκεντρων και κεντρομόλων ινών του φυτικού νευρικού συστήματος. Οι φυγόκεντρες ίνες διανέμονται στα θωρακικά και κοιλιακά σπλάγχνα και στο άνω τμήμα της κοιλιακής αορτής ενώ οι κεντρομόλες ίνες, οι οποίες κυρίως είναι παρασυμπαθητικές σπλαγχναιοθητικές, συνδέονται με τα σπλαγχνικά αντανάκλαστικά και είναι υπεύθυνες για την οργανική αίσθηση και το σπλαγχνικό άλγος που προκαλείται από τα σπλαγχνικά αντανάκλαστικά. Η σπλαγχναιοθητική οδός είναι ιδιαίτερα σημαντική διότι άγει τα ερεθίσματα από το σπλάγχνα προς το κεντρικό νευρικό σύστημα αλλά και αντίστροφα. Διαμέσου αυτής της οδού τα σπλαγχνικά ερεθίσματα φτάνουν στο αισθητικό εγκεφαλικό φλοιό αναλύονται και αντλούνται πληροφορίες για λειτουργίες ζωτικής σημασίας για τον οργανισμό όπως για την αναπνευστική, καρδιακή και γαστρεντερική λειτουργία (Wang, 2009).

Ο βελονισμός σε σημεία που ενεργοποιούν το πνευμονογαστρικό νεύρο φαίνεται να έχει ρυθμιστική δράση στον τόνο του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος. Σε πολλές περιπτώσεις ασθενών με χρόνιο πόνο μετά την θεραπεία με βελονισμό πέρα από την καταστολή του πόνου παρατηρήθηκε ύφεση συμπτωμάτων όπως ταχυκαρδίες και δύσπνοια. Η γενικευμένη αυτή δράση του βελονισμού παρατηρείται μετά από χρήση γενικών σημείων και κυρίως υπινιακών σημείων στην βάση του κρανίου διότι η αγγειορυθμιστική δράση που ασκούν αυτά τα σημεία επηρεάζει την αιμάτωση του πυρήνα του πνευμονογαστρικού νεύρου (Gori & Firenzuoli, 2007). Επίσης σημαντική δράση φαίνεται να έχουν και βελονιστικά σημεία που βρίσκονται στη κόγχη του αυτιού καθώς αυτή η περιοχή νευρώνεται αισθητικά από νευρικό κλάδο του πνευμονογαστρικού νεύρου. Ο ωτοβελονισμός σε αυτά τα σημεία φαίνεται να κινητοποιεί δερματοσπλαγχνικά αντανάκλαστικά επηρεάζοντας τη λειτουργία διαφόρων οργάνων και σπλάγχνων, του στομάχου, της χοληδόχου κύστης, του λεπτού και του παχέος εντέρου, της καρδιάς και τον πνευμόνων (Abbate, 2004).

Βελονισμός και τρίδυμο νεύρο.

Η δράση του βελονισμού στη λειτουργία του τρίδυμου νεύρου φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντική. Μέσα από την μελέτη του Antonije Skokljec η οποία πραγματοποιήθηκε στο Γναθοχειρουργική Κλινική του Στρατιωτικού Νοσοκομείου στο Βελιγράδι και μελετήθηκαν είκοσι χιλιάδες ασθενής που αντιμετωπίστηκαν με βελονισμό και εξακόσιες εξήντα δύο χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες οι αναλγησία επιτεύχθηκε δια μέσω του βελονισμού συλλέχθηκαν σημαντικά αποτελέσματα. Φαίνεται ότι τα σημεία βελονισμού της κεφαλής, του προσώπου, του λαιμού και κυρίως αυτά που νευρώνονται από το τρίδυμο νεύρο επιλέγονται συχνά λόγω των σημαντικών διαγνωστικών και θεραπευτικών ιδιοτήτων τους. Το τρίδυμο νεύρο είναι εκείνο που ενεργοποιείται κατά κύριο λόγο στον ωτοβελονισμό, κρανιοβελονισμό, ρινοβελονισμό και στοματοβελονισμό (Wang, 2009). Επίσης το τρίδυμο νεύρο φαίνεται να είναι ιδιαίτερα πλούσιο σε βελονιστικά σημεία και περιλαμβάνει σαράντα έξι κλασσικά σημεία βελονισμού, εκατόν είκοσι τέσσερα σημεία εκτός μεσημβρινών με τοπική δράση και είναι κυρίως ρινικά και ωτιαία σημεία βελονισμού, είκοσι περιστοματικά σημεία μεσημβρινών και χαρτογραφήθηκαν και δεκατέσσερις κρανιακές και έξι οφθαλμικές ζώνες. Σήμερα γνωρίζουμε ότι στις περιοχές νεύρωσης του τριδύμου νεύρου εντοπίζονται τριακόσια είκοσι πέντε σημεία βελονισμού και τριάντα δύο βελονιστικές ζώνες ενώ σε περιοχές νεύρωσης του ξεκινούν ή καταλήγουν οκτώ μεσημβρινοί. Τέλος τα θεραπευτικά σημεία της περιοχής του τριδύμου χρησιμοποιούνται σε νευραλγίες τριδύμου, επώδυνα σύνδρομα, τικ, διαφόρων ειδών κεφαλαλγίες, άλγη κρανιακών νεύρων, ψυχογενή νοσήματα και εξαρτήσεις και πληθώρα άλλων παθήσεων (Wang, 2009). Σε γενικές γραμμές ο βελονισμός σε αυτά τα σημεία επιδρά αναλγητικά αλλά και ρυθμιστικά στον αγγειακό τόνο, στο μυϊκό τόνο, σε περιπτώσεις κατάθλιψης, και ενισχύει το ανοσιακό σύστημα.

3.9 ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ.

Μέσα από αυτό το κεφάλαιο γίνεται προσπάθεια να δοθεί μια περιληπτική περιγραφή της θεραπευτικής δράσης του βελονισμού. Γίνεται εύκολα αντιληπτό πως για την κατανόηση της δράσης του είναι αναγκαία η βαθιά γνώση των αρχών του βελονισμού, της ιστορικής του εξέλιξης, των

μηχανισμών δράσης του οργανισμού τόσο σε φυσιολογικές όσο και σε παθολογικές συνθήκες και την εκτίμηση του οργανισμού σαν ένα λειτουργικό σύνολο. Βασική αρχή θεωρείται η παράλληλη γνώση και αποδοχή της Ανατολικής θεωρίας γύρω από τον βελονισμό, η αναγνώριση και η παρακολούθηση των μεσημβρινών στους οποίους κινείται η ζωτική ενέργεια αλλά και η δυνατότητα εύρεσης των κατάλληλων βελονιστικών σημείων για την κάθε μοναδική περίπτωση ασθενούς. Τέλος μέσα από αυτές τις σελίδες φανερώνεται ότι η Δυτική με την Ανατολική θεωρία δεν αντικρούονται αλλά αλληλοσυμπληρώνονται, καθώς η θεωρητική Ανατολικά προσέγγιση επιβεβαιώνεται καθημερινά από την ιατρική κλινική πράξη και αποτελεί οδηγό σημείο των σύγχρονων ιατρικών ερευνητικών πράξεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο
ΣΗΜΕΙΑ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥΣ

Μέσα από μελέτες και έρευνες χρόνων φαίνεται ότι ο βελονισμός είναι μια μέθοδος που δίνει την δυνατότητα στο θεραπευτή να παρέμβει σε ομοιοστατικούς μηχανισμούς. Είναι επιστημονικά αποδεκτό ότι ο οργανισμός διαθέτει την ικανότητα της εσωτερικής αυτό-οργάνωσης και αυτορρύθμισης, μηχανισμοί των οποίων οι ενεργοποίηση εξαρτάται από εσωτερικούς αλλά και εξωτερικούς παράγοντες (Καράβης, 2011).

Βάση της παραπάνω αρχής ο βελονισμός μπορεί να θεωρηθεί και ως μια θεραπευτική τεχνική που παρεμβαίνει ρυθμιστικά στους εσωτερικούς μηχανισμούς του οργανισμού.

4.1 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΣΗΜΕΙΩΝ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Όλα τα σημεία βελονισμού κατατάσσονται σε τρεις γενικές κατηγορίες ανάλογα με το που βρίσκονται και τι αντίδραση προκαλούν. Έτσι έχουμε σημεία με τοπική δράση, σημεία με τμηματική δράση και σημεία με γενική ομοιοστατική δράση.

- 1) Σημεία με τοπική δράση. Στα σημεία με τοπική δράση ανήκουν δερματικά, μυϊκά, τενόντια και οστικά επώδυνα σημεία που βρίσκονται στη περιοχή της βλάβης ή του άλγους. Είναι σημεία τα οποία υπάρχουν μόνο σε επώδυνα σύνδρομα και ανεξαρτήτως από το αν ανήκουν σε πρωτεύοντα μεσημβρινό ή είναι σημεία εκτός μεσημβρινών έχουν μεγάλη θεραπευτική αξία (Cheung et al., 2001).
- 2) Σημεία με περιοχική δράση. Τα σημεία αυτά σχετίζονται με την τμηματική νεύρωση της περιοχής του πόνου, είτε αυτή είναι αισθητική είτε είναι κινητική. Ως περιοχικά σημεία θεωρούνται όλα τα παρασπονδυλικά σημεία όλης της σπονδυλικής στήλης και τα σημεία βελονισμού που βρίσκονται στο ίδιο δερμοτόμιο ή μυοτόμιο με την περιοχή του αντανεκλαστικού πόνου. Επίσης σημεία με περιοχική δράση θεωρούνται τα σημεία βελονισμού που βρίσκονται πάνω ή περιφερικά του ίδιου νευρικού κλάδου (Mann, 1983).
- 3) Σημεία με γενική ομοιοστατική δράση. Είναι σημεία που βρίσκονται στα άνω και κάτω άκρα κυρίως από τον αγκώνα ως την άκρα χείρα και από το γόνατο ως τον άκρο πόδα. Ο βελονισμός σε αυτά τα σημεία επιφέρει φυσιολογικές αλλαγές στο σύνολο του οργανισμού. Τα σημεία αυτά έχουν αναλγητική, ανοσοβιολογική, αντικνησμώνδη, αγχολυτική και υπναγωγό δράση (Jin et al., 2007).

4.2 ΔΡΑΣΕΙΣ ΣΗΜΕΙΩΝ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Κάθε σημείο βελονισμού έχει την ικανότητα να δρα και στα τρία διαφορετικά επίπεδα έχοντας ταυτόχρονα τοπική, περιοχική και γενική δράση. Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο απαιτούνται άριστες γνώσεις ανατομίας, νευρολογίας και φυσιολογίας. Επίσης είναι απαραίτητη η ικανότητα ψηλάφησης των μυϊκών ομάδων για την αξιολόγηση του επώδυνου συνδρόμου αλλά και η ικανότητα ψηλάφησης και εύρεσης των κατάλληλων βελονιστικών σημείων. Παράλληλα για την χρήση των σημείων βελονισμού με γενική δράση χρειάζονται καλές γνώσεις παραδοσιακού βελονισμού και γνώσεις της ανατομικής θέσης των μεσημβρινών (Beijing college, 1993).

Βασική αρχή για την αποτελεσματική θεραπεία με βελονισμό είναι ότι για κάθε ασθενή πρέπει να σχεδιάζεται ξεχωριστό πρωτόκολλο θεραπείας. Τα σημεία βελονισμού που επιλέγονται δεν είναι πότε ακριβώς τα ίδια για αυτό είναι απαραίτητο σε κάθε πάθηση και σε κάθε ασθενή να ανιχνεύονται μέσω της ψηλάφησης του δέρματος, του υποδόριου ιστού και των μυών τα κατάλληλα σημεία βελονισμού (συνήθως είναι επώδυνα σημεία). Είναι φανερό πως είναι δύσκολο να δημιουργηθούν πρωτόκολλα θεραπείας που να μπορούν να

εφαρμόζονται σε όλους τους ασθενείς. Ο βελονισμός είναι μια μέθοδος θεραπείας που ασχολείται με ασθενείς και όχι με ασθένειες και έχει ως βασικό γνώμονα τον άνθρωπο, τον χαρακτήρα του, τα συμπτώματά του και τις ανάγκες του (Καράβης, 2011).

Ο σύγχρονος ιατρικός βελονισμός για την διάγνωση και την εύρεση των σημείων βελονισμού που θα επιλεχθούν αρχικά στηρίζεται στη λήψη σωστού ιστορικού, στην κλινική εξέταση και στις παρακλινικές εξετάσεις (Cheung et al., 2001). Απαραίτητη είναι η λεπτομερής καταγραφή του πόνου και των γενικότερων συμπτωμάτων του πόνου (διαδικασία σημαντική και κατά την παραδοσιακή κινέζικη ιατρική). Συμπληρωματικά και για καλύτερα αποτελέσματα μπορούν να εφαρμοστούν και τεχνικές διάγνωσης της παραδοσιακής κινέζικης ιατρικής όπως η ψηλάφηση των σφυγμών και η επισκόπηση της γλώσσας (Liangyue et al., 1993). Φυσικά κάτι τέτοιο εφαρμόζεται μόνο εάν ο θεραπευτής γνωρίζει την Ανατολική θεραπευτική και πιστεύει στις θεωρίες και αρχές της.

Τέλος μέσα από παρατηρήσεις και έρευνες δίνεται η δυνατότητα καταγραφής κάποιων σημείων βελονισμού που χρησιμοποιούνται συχνότερα σε ορισμένες νοσολογικές καταστάσεις. Οι γενικοί αυτοί κανόνες είναι οι εξής:

1. Σε μία θεραπευτική συνεδρία χρησιμοποιούνται τόσο γενικά όσο και τοπικά σημεία βελονισμού. Συνήθως προτιμούνται σημεία του μεσημβρινού που διέρχεται από την πάσχουσα περιοχή (Jing, 1998).
2. Καλό είναι να χρησιμοποιούνται τουλάχιστον δύο σημεία από τον βασικό μεσημβρινό που επιλέγεται για θεραπεία (Καράβης, 2011).
3. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν και τοπικά σημεία που δεν είναι επώδυνα και βρίσκονται σε σταθερή ανατομική περιοχή (Jin et al., 2007).
4. Η ειδική τοπική σημειολογία πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστή νοσολογική οντότητα και τα συμπτώματα θα πρέπει να συσχετίζονται με το κύριο πρόβλημα υγείας (Liangyue et al., 1993).
5. Σημαντική θεραπευτική αξία έχουν και τα παρασπονδυλικά σημεία βελονισμού και προσδιορίζεται εύκολα η ανατομική τους θέση (Focks, 2008).
6. Ιδιαίτερα βοηθητική είναι και η εφαρμογή ωτοβελονισμού και κρανιοβελονισμού κυρίως στην αντιμετώπιση επώδυνων συνδρόμων (Wang, 2009).
7. Σωστό είναι να χρησιμοποιούνται λίγα και καλά εντοπισμένα σημεία βελονισμού σε κάθε θεραπεία. Μετά από κάθε τρείς περίπου συνεδρίες, η πορεία του ασθενή αξιολογείται και αν παρατηρείται στασιμότητα της κατάστασης τα αρχικά σημεία βελονισμού μπορούν να τροποποιηθούν για καλύτερο αποτέλεσμα (Καράβης, 2011).

4.3 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΣΗΜΕΙΩΝ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Έχει καταγραφεί ότι περισσότεροι από το 50% των ασθενών καταφεύγουν σε βελονισμό λόγο κάποιου μυοσκελετικού συνδρόμου που τους προκαλεί τοπικό, περιοχικό και σε σοβαρές καταστάσεις ακόμα και γενικευμένο πόνο (Payne & Weight, 2013). Οι πιο συνήθεις λόγοι που προκαλούν πόνο στον ασθενή είναι η ήπια φλεγμονή που μπορεί να εντοπίζεται σε μια άρθρωση ή στα μαλακά μόρια γύρω από αυτή όπως τενοντίτιδες, θυλακίτιδες κ.α. ή κάποιο χρόνια ρευματικό νόσημα. Επίσης άλλοι πιθανοί παράγοντες είναι η ύπαρξη κάποιου αυτοάνοσου νοσήματος (ινοσίτιδα, αγκυλωτική σπονδυλίτιδα) ή εντοπισμένες εκφυλιστικές εκδηλώσεις σε μυς, οστά, αρθρώσεις, δίσκους, συνδέσμους και νεύρα (Jin et al., 2007).

Για την εύρεση των κατάλληλων σημείων βελονισμού που σχετίζονται με τα αναφερόμενα μυοσκελετικά προβλήματα δίνονται κάποιοι απλοί κανόνες οι οποίοι περιγράφονται παρακάτω (Καράβης, 2011):

- 1) Αρχικά ανιχνεύονται τα επώδυνα μυϊκά ή δερματικά σημεία με ειδική ψηλάφηση περιοχών του δέρματος (Jin et al., 2007).
- 2) Εν συνεχεία ανιχνεύονται και αξιολογούνται τα μυϊκά, περιαρθρικά ή αρθρικά συμπτώματα και σημεία (Mann, 1983).
- 3) Αν το πρόβλημα αφορά σε λειτουργικές διαταραχές εσωτερικών οργάνων, πρέπει να γίνεται ανίχνευση της δερματικής κατανομής του βάσης του σπλαγχνοδερματικού αντανακλαστικού (Mann, 1983).
- 4) Ιδιαίτερα ωφέλιμη είναι η τοποθέτηση βελόνων παρασπονδυλικά σύμφωνα με την τμηματική κατανομή του πόνου (Cheung et al., 2001).
- 5) Επιλογή κατάλληλων απόμακρων σημείων βελονισμού μέσω της παρατήρησης των ενδείξεων (Καράβης, 2011).
- 6) Τοποθέτηση βελόνων σε τοπικά επώδυνα σημεία, trigger σημεία ή σε σημεία βελονισμού των μεσημβρινών που διέρχονται από την περιοχή της βλάβης (Longbottom, 2010).
- 7) Παράλληλη εφαρμογή φυσικοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής για γρηγορότερα και καλύτερα αποτελέσματα (Payne & Weight, 2013).
- 8) Τέλος σημαντικό είναι οι θεραπευτές να θυμούνται ότι τα σημεία βελονισμού πρέπει να ανιχνεύονται σε κάθε καινούργια περίπτωση ασθενή. Κάθε πάθηση και κάθε ασθενής χρειάζεται διαφορετική προσέγγιση, για αυτό και τα σημεία βελονισμού δεν μπορούν να θεωρούνται ως δεδομένα (Cheung et al., 2001).

4.4 ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Κύριος στόχος της θεραπευτικής του “Δυτικού” βελονισμού είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα του πόνου. Αυτό συμβαίνει είτε γιατί η αιτιολογική παρέμβαση δεν είναι πάντα εφικτή είτε διότι δεν είναι γνωστό το αίτιο της νόσου που προκαλεί πόνο. Επίσης μερικές φορές η θεραπεία με βελονισμό επικεντρώνεται μόνο στην αναλγησία διότι μπορεί ένα μέρος να είναι γνωστό το αίτιο που προκαλεί τον πόνο αλλά να μην είναι εύκολο να εξαλειφθεί (ριζίτιδες, προβολή δίσκου κ.α.) (Dung, 2014).

Τα αναλγητικά σημεία είναι γνωστά και 35 από αυτά θεωρούνται τα πιο συνήθη στη χρήση τους. Φαίνεται ότι η περιφερική διέγερση αυτών των σημείων πυροδοτεί νωτιαίους και υπερνωτιαίους μηχανισμούς αναλγησίας (Dung, 2014). Επίσης τα αναλγητικά σημεία βελονισμού έχουν ευρύτερη δράση, που οφείλεται κυρίως στους κεντρικούς ομοιοστατικούς μηχανισμούς που κινητοποιούν και στα νευροπεπτιδία που εκκρίνονται στην περιφέρεια και στο κεντρικό νευρικό σύστημα μετά από την διέγερση αυτών των σημείων (Cheung et al., 2001).

4.5 ΑΝΤΙΪΣΤΑΜΙΝΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΣΗΜΕΙΩΝ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Κλινικές εργασίες και έρευνες έχουν δείξει πως ο βελονισμός έχει αντιϊσταμινική, αντιαλλεργική, αντικνησμώδη και αγγειοσυσταλτική δράση. Σε όσες Δυτικές έρευνες έχουν γίνει φάνηκε πως ο βελονισμός έχει πολύ καλά αποτελέσματα στην καταπολέμηση του κνησμού και σε αρκετές δερματικές παθήσεις όπως ψωρίαση, εκζέματα, αλωπεκία, ακμή (Καράβης, 2011).

Φαίνεται πως υπάρχει κατά 65% συσχέτιση των αντιισταμινικών σημείων με τα αναλγητικά σημεία βελονισμού.

Δυστυχώς στη Δύση ο βελονισμός για δερματικές παθήσεις χρησιμοποιείται μόνο συμπληρωματικά, ενώ η φαρμακοθεραπεία αποτελεί ακόμα τον κύριο τρόπο αντιμετώπισης τους. Οι Δυτικοί θεραπευτές που ασχολούνται με την θεραπευτική του βελονισμού στα δερματολογικά νοσήματα, στηρίζουν την δράση του στη σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ νευρικού ανοσοιακού και ενδοκρινικού συστήματος (υπόφυσης- υποθαλάμου- επινεφριδίων) (Ma, 2004). Επίσης φαίνεται να υπάρχει σχέση μεταξύ ψυχισμού και της έξαρσης ή της ύφεσης των συμπτωμάτων.

Στην Κίνα ο βελονισμός στη δερματολογία εφαρμόζεται εκτενώς και με πολύ καλά αποτέλεσμα παράλληλα όμως με την χρήση βοτανοθεραπείας και σωστής διατροφής (Maciocia, 1994). Κάτι που δημιουργεί στους Δυτικούς θεραπευτές κάποιες αμφιβολίες για τη δράση του βελονισμού στη δερματολογία και στα αποτελέσματα που επιφέρει, με αποτέλεσμα να αναμένονται νέες έρευνες που θα τεκμηριώσουν τα αναπάντητα ερωτήματα και την δράση του βελονισμού στο πεδίο της δερματολογίας.

4.6 ΣΗΜΕΙΑ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ ΜΕ ΓΕΝΙΚΗ ΔΡΑΣΗ

Τα σημεία βελονισμού που υπάρχουν σε κάθε μεσημβρινό διαχωρίζονται σε δυο κατηγορίες σημείων. Έτσι, υπάρχουν τα σημεία που επηρεάζουν λειτουργικά την ανατομική περιοχή στην οποία ανήκουν, αλλά και μια μικρή περιφερική περιοχή και τα σημεία που εκτός από τοπική δράση ασκούν και γενικευμένη θεραπευτική δράση (Dung, 2014). Τα σημεία με γενικευμένη δράση ασκούν ορμονική, ανοσοβιολογική, αντιφλεγμονώδη δράση και πλήθος άλλων γενικευμένων δράσεων σε απόμακρες περιοχές, όργανα και λειτουργίες του σώματος (Jin et al., 2007).

Τα τοπικά σημεία βελονισμού φαίνεται ότι βρίσκονται κατά κύριο λόγο στη περιοχή της κεφαλής, του προσώπου και του κορμού (Wang, 2009). Αντίθετα τα σημεία βελονισμού με γενική δράση βρίσκονται κυρίως στα χέρια από το ύψος του αγκώνα ως τα δάκτυλα και στα κάτω άκρα από την περιοχή του γόνατος ως τα δάκτυλα. Τα σημεία αυτά είναι μέγιστης ενεργειακής δραστηριότητας και μεγάλης κλινικής σημασίας (Focks, 2008). Μάλιστα κατά την σύγχρονη Δυτική θεραπευτική θεωρούνται ως σημεία με γενικευμένη ομοιοστατική δράση.

4.7 ΠΑΡΑΣΠΟΝΔΥΛΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Στην κλινική εφαρμογή του βελονισμού υπάρχουν πολλές περιπτώσεις που οι βελόνες τοποθετούνται σε σημεία τα οποία δεν ανήκουν στους πρωτεύοντες μεσημβρινούς. Τα σημεία αυτά ονομάζονται extra σημεία και είναι σημεία με τοπική και περιοχική δράση (Cheung et al., 2001).

Από τα extra σημεία βελονισμού ιδιαίτερα σημαντική δράση έχουν τα extra 21 όπως ονομάζονται τα οποία βρίσκονται εκατέρωθεν της σπονδυλικής στήλης, περίπου 0,5 cm από την μέση γραμμή από τον πρώτο αυχενικό έως τον τέταρτο ιερό σπόνδυλο. Χρησιμοποιούνται κατά κύριο λόγο σε παθήσεις εσωτερικών οργάνων και για αυτό και είναι σημαντικά σημεία (Dung, 2014). Είναι σημεία ευαίσθητα στην πίεση όταν το αντίστοιχο εσωτερικό όργανο νοσεί. Βελονίζονται βαθιά περίπου 2-3 cm και υπό γωνία 45⁰ με

κατεύθυνση προς το σπονδυλικό τμήμα (Καράβης, 2011). Πλέον υπάρχουν σαφείς θεραπευτικές γνώσεις οι οποίες έχουν ερμηνευτεί και αποσαφηνιστεί πλήρως.

4.8 ΣΗΜΕΙΑ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ ΠΟΥ ΥΠΑΚΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΣΗ ΚΙΝΕΖΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΝΩΤΙΑΙΑ ΣΟΥ(SHU) ΚΑΙ ΠΡΟΣΘΙΑ ΜΟΥ (MU) ΣΗΜΕΙΑ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Τα οπίσθια ή νωτιαία σημεία Σου, είναι συγκεκριμένα σημεία που βρίσκονται εκατέρωθεν της σπονδυλικής στήλης (σε απόσταση 1,5 cun), ανήκουν στον Μεσημβρινό της Ουροδόχου Κύστης και βρίσκονται στη θωρακική, οσφυϊκή και ιερά μοίρα της σπονδυλικής στήλης (Beissner, 2011). Κατά την παραδοσιακή κινέζικη θεώρηση εκεί συγκεντρώνεται η ενέργεια Γιανγκ των οργάνων και των σπλάγχχνων (Cheung et al., 2001).

Τα πρόσθια ή κοιλιακά σημεία Μου, βρίσκονται κατά μήκος και εκατέρωθεν της πρόσθιας μέσης γραμμής, στην περιοχή του θώρακα και της κοιλιάς και δεν ανήκουν σε ένα συγκεκριμένο Μεσημβρινό, αλλά σε περισσότερους. Θεωρείται ότι εκεί συγκεντρώνεται η ενέργεια Γιν των οργάνων και των σπλάγχχνων (Liangyue et al., 1993).

Υπάρχουν 12 σημεία Σου και 12 σημεία Μου , και το καθένα αντιστοιχεί σε ένα συγκεκριμένο εσωτερικό όργανο. Όταν ένα όργανο πάσχει , τότε το αντίστοιχο σημείο Σου και Μου γίνεται επώδυνο και ευαίσθητο στη ψηλάφηση (Beissner, 2011).

Με βάση την παραδοσιακή θεραπευτική αρχή για την θεραπεία των νοσημάτων των Γιν οργάνων τοποθετούνται βελόνες στα οπίσθια Σου σημεία και σε νοσήματα το Γιανγκ οργάνων τοποθετούνται βελόνες στα πρόσθια Μου σημεία βελονισμού. Επίσης πολλές φορές σε ένα νόσημα μπορεί να βελονιστούν ταυτόχρονα το αντίστοιχο οπίσθιο Σου και πρόσθιο Μου σημείο (panepisthmia,1993). Η θεραπευτική εφαρμογή των σημείων αυτών είναι πολύ σημαντική στην κλινική πράξη και έχει πολύ καλά αποτελέσματα.

Τα σημεία Σου και Μου έχουν καθαρά νευροτομική κατανομή στο σώμα, έχουν άμεση σχέση με την συμπαθητική νεύρωση των οργάνων και μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανεξάρτητα ή σε συνδυασμό (Καράβης, 2011).

ΤΑ 5 ΑΡΧΑΙΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΟΥ (Shu)

Τα 5 αρχαία σημεία Shu βρίσκονται στα περιφερικά τμήματα κάθε Μεσημβρινού , από τις ονυχοφόρες φάλαγγες των δακτύλων , μέχρι τα γόνατα και τους αγκώνες (panepisthmia, 1993).

Σύμφωνα με την παραδοσιακή κινέζικη θεώρηση , στα σημεία αυτά ρέει η ενέργεια Τσι (Qi) των Μεσημβρινών. Κάθε ένα από τα αρχαία σημεία Shu αντιστοιχεί σε ένα από τα 5 στοιχεία(<http://www.acupuncture.gr>,2014).

Επιπλέον , ένα από τα αρχαία σημεία Shu κάθε Μεσημβρινού , εκπροσωπεί εξ ολοκλήρου το Μεσημβρινό μια ορισμένη εποχή και μια συγκεκριμένη ώρα της ημέρας. Το σημείο αυτό ονομάζεται ωριαίο σημείο. Πριν από το ωριαίο σημείο κάθε μεσημβρινού , βρίσκεται το σημείο τόνωσής του και μετά από το ωριαίο σημείο βρίσκεται το σημείο διασποράς του (Cheung et al., 2001).

ΣΗΜΕΙΑ ΓΙΟΥΑΝ (YUAN) ΚΑΙ ΛΟΥΟ (LUO)

Σύμφωνα με την παραδοσιακή κινέζικη θεώρηση κάθε Μεσημβρινός Γιν (Πνευμόνων, Σπλήνα, Καρδιάς, Νεφρού, Περικαρδίου, Ήπατος) είναι συζευγμένος με έναν Μεσημβρινό Γιανγκ (Παχέως Εντέρου, Στομάχου, Λεπτού Εντέρου, Ουροδόχου Κύστης, Τριπλού Θερμαστή, Χοληδόχου Κύστης) (Jing, 1998). Οι Μεσημβρινοί Γιανγκ διατρέχουν επιφανειακότερα τα άκρα σε αντίθεση με τους Μεσημβρινούς Γιν που βρίσκονται βαθύτερα. Έτσι σχηματίζονται 6 ζεύγη Μεσημβρινών που οδεύουν παράλληλα (σχέση εσωτερικού - εξωτερικού) (<http://www.acupuncture.gr>, 2014).

Το σημείο Λουό βρίσκεται δίπλα στο σημείο Γιουάν του κάθε Μεσημβρινού και δεν ανήκει στα αρχαία σημεία Σου, αλλά αποτελεί ξεχωριστή κατηγορία σημείων. Από εκεί ξεκινά το εγκάρσιο αγγείο Λουό, το οποίο καταλήγει στο σημείο Γιουάν του συζευγμένου Μεσημβρινού. Επίσης από το σημείο Λουό ξεκινά το επίμηκες αγγείο Λουό το οποίο κατευθύνεται βαθύτερα, καταλήγοντας στο αντίστοιχο όργανο ή σπλάγγχο του μεσημβρινού (Focks, 2008).

Τα σημεία Λουό είναι 15 σημεία που εντοπίζονται κυρίως στους βραχίονες και στις κνήμες εκτός τριών σημείων που εντοπίζονται στον κορμό. Οι 12 κύριοι μεσημβρινοί έχουν από ένα τέτοιο σημείο εκτός από τον σπλήνα, που έχει σημείο Λουό και για τον μείζονα αποκλίνοντα μεσημβρινό του σπλήνα. Αυτό διότι ο σπλήνας ελέγχει όλους τους μυς που υπάρχουν σε όλο το σώμα, με αποτέλεσμα να χρειάζεται περισσότερους μεσημβρινούς Λουό για να το επιτύχει αυτό (Cheung et al., 2001).

Τα 12 σημεία Γιουάν (πρωταρχικά σημεία) είναι η πρώτη ομάδα σημείων, στην οποία αναφέρθηκαν οι ιατροί της αρχαιότητας λόγω της κλινικής τους αξίας. Είναι τα πρώτα σημεία που αναγνωρίστηκαν και που έχουν πολλές φυσιολογικές ιδιότητες και θεραπευτικές εφαρμογές. Σύμφωνα με τα "Κλασσικά Κείμενα του Κίτρινου Αυτοκράτορα" τα σημεία Γιουάν συνδέονται με το πρωταρχικό γιουάν τσι (πρωταρχική ενέργεια) του σώματος. Συγκεκριμένα αναφέρεται πως όποτε υπάρχει παθολογία στα πέντε Zang όργανα και τα 6 Fu όργανα, τότε μπορεί να χρησιμοποιηθούν τα σημεία Γιουάν. (Cheung et al., 2001) Τα σημεία αυτά δεν ενδείκνυνται για όλες τις παθήσεις, αλλά συγκεκριμένα για τις παθήσεις ανεπάρκειας (Maciocia, 1994).

Όταν ενεργειακά πάσχει ένας Μεσημβρινός μπορούμε να βελονίσουμε το σημείο Γιουάν του πάσχοντος Μεσημβρινού και το σημείο Λουό του συζευγμένου του (Dung, 2014).

ΣΗΜΕΙΑ ΣΙ (XI) ΣΗΜΕΙΑ ΕΠΗΡΕΙΑΣ Ή ΣΗΜΕΙΑ ΚΛΕΙΔΙΑ

Τα σημεία Σι (Xi-cleft Points) βρίσκονται ανάμεσα σε μυϊκές σχισμές και είναι ο τόπος συγκέντρωσης της βλαπτικής ενέργειας πριν αυτή επιχειρήσει να κατακτήσει το αντίστοιχο όργανο ή σπλάγγχο (<http://www.acupuncture.gr>, 2014). Ο βελονισμός των σημείων αυτών έχει καλά αποτελέσματα σε οξείες νόσους των αντίστοιχων οργάνων και των σπλάγγχων (Liangyue et al., 1993).

4.9 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Τα σημεία αυτά δεν επιλέγονται σύμφωνα με κάποια παθοφυσιολογική ή ανατομική σχέση , αλλά χρησιμοποιούνται προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα που προβάλλει ο ασθενής. (Καράβης, 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5⁰

“Ο βελονισμός σαν μέσο αποκατάστασης στη Φυσικοθεραπεία”

5.1 ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η φυσικοθεραπεία είναι η επιστήμη που ασχολείται με την θεραπεία, την πρόληψη τραυματισμού και νόσου με φυσικά μέσα. Ο στόχος της φυσικοθεραπείας είναι να βοηθήσει στην ανακούφιση του πόνου, στην αποκατάσταση φυσιολογικής κίνησης και ισορροπημένης λειτουργίας του ανθρωπίνου σώματος χωρίς ιατρική και φαρμακευτική παρέμβαση (Payne & Weight, 2013).

Η φυσικοθεραπεία προάγει, υποστηρίζει και αποκαθιστά όχι μόνο την σωματική αλλά και την ψυχολογική και κοινωνική υγεία του ατόμου. Η φυσικοθεραπεία είναι μια ξεχωριστή μορφή θεραπείας-φροντίδας η οποία μπορεί να γίνει είτε μεμονωμένα είτε σε συνεργασία με άλλους τύπους ιατρικής φροντίδας. Όταν υπάρχει συνεργασία με ορισμένες ιατρικές ή χειρουργικές μεθόδους, η φυσικοθεραπεία μπορεί να συμπληρώσει τις μεθόδους αυτές και να συμβάλει στην ταχεία επιστροφή στη φυσιολογική δραστηριότητα χωρίς επιπλοκές (Payne & Weight, 2013).

Οι φυσικοθεραπευτές έχουν κλινική αυτονομία και πείρα για να αποφασίσουν την καλύτερη θεραπεία για τον ασθενή βασιζόμενοι στην εμπειρική τους γνώση, στην κλινική τους εμπειρία και στα συνεχώς αυξανόμενα ερευνητικά στοιχεία. Έχει φανεί ότι η φυσικοθεραπεία είναι αποτελεσματικότερη όταν συνδυάζονται σωστά οι διαγνωστικές και θεραπευτικές δεξιότητες και τεχνικές του φυσικοθεραπευτή.

Από τη άλλη πλευρά ο βελονισμός είναι μια θεραπευτική μέθοδος που βασίζεται στην Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική. Όπως είναι ήδη γνωστό, αποτελεί μια ολοκληρωμένη και πολύπλοκη θεραπευτική τεχνική η οποία βασίζεται στην ανώδυνη τοποθέτηση βελόνων με σαφώς καθορισμένα σημεία του δέρματος.

Είναι ένα είδος ολιστικής ιατρικής που δίνει τη δυνατότητα στο σώμα να θεραπεύσει τον εαυτό του, μπορεί να αντιμετωπίζει τη ρίζα του προβλήματος και όχι μόνο το σύμπτωμα και είναι σχετικά ανώδυνος στην εφαρμογή του. Ο βελονισμός θεωρείται μια θεραπευτική μέθοδος που υποστηρίζει τον οργανισμό χωρίς ιατρική και φαρμακευτική επέμβαση και ακόμα δρα με πάρα πολύ καλά αποτελέσματα σαν συμπληρωματική θεραπεία σε περίπτωση που είναι αναπόφευκτη η ιατρική ή η φαρμακευτική παρέμβαση (Vadivelu et al., 2011).

Ο βελονισμός στοχεύει στη θεραπεία λειτουργικών αναστρέψιμων συμπτωμάτων, ασθενειών και συνδρόμων με αποτέλεσμα την εσωτερική ισορροπία και την αυτοοργάνωση του οργανισμού. Βασικές εφαρμογές του η πρόκληση αναλγησίας, ηρεμιστικής δράσης, αντιφλεγμονώδης δράσης και λειτουργικής εξισορρόπησης.

Φαίνεται λοιπόν πως τόσο η φυσικοθεραπεία όσο και ο βελονισμός ασχολούνται με την αποκατάσταση της φυσικής λειτουργίας του οργανισμού χωρίς να παρεμβαίνουν στις φυσιολογικές λειτουργίες του σώματος και ενεργοποιώντας συστήματα αυτορρύθμισης του οργανισμού.

Εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι ο βελονισμός μπορεί να μετατραπεί σε ένα ιδιαίτερα ωφέλιμο μέσο θεραπείας αν συνδυαστεί με τις γνώσεις και τις τεχνικές που διαθέτει ένα φυσικοθεραπευτής. Ο συνδυασμός φυσικοθεραπείας και βελονισμού μπορεί να επιφέρει άμεσα και άριστα αποτελέσματα αποκατάστασης αλλά και ίασης.

Στο κεφάλαιο αυτό δίνεται ένα μικρό δείγμα των δυνατοτήτων του βελονισμού σε παθήσεις και περιστατικά που συχνά καλείται να αντιμετωπίσει ένας φυσικοθεραπευτής. Όσα αναφέρονται είναι βασισμένα σε διεθνή αρθρογραφίες και επίσημες έρευνες.

5.2 ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΙΝΟΜΥΑΛΓΙΑ

Η ινομυαλγία είναι ένα μυοσκελετικό σύνδρομο πόνου που χαρακτηρίζεται από διάχυτο χρόνιο πόνο (τουλάχιστον για 3 μήνες) κυρίως στην αυχενική και οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, στην ωμική ζώνη, τον θώρακα αλλά και τα άκρα. Επίσης παρουσιάζεται ευαισθησία σε ειδικές ανατομικές περιοχές γνωστές ως σημεία ευαισθησίας (tender points) (Jin et al., 2007). Είναι μια ασθένεια κατά την οποία οι μυς και οι ινώδεις ιστοί εκδηλώνουν πόνο και ευαισθησία. Ο πόνος συχνά μοιάζει να εκτείνεται σε όλο το σώμα. Είναι μια μορφή ρευματισμού που προσβάλλει τους μυς (κυρίως των ώμων, των γλουτών, του αυχένα και της μέσης) αλλά και άλλους συνδετικούς ιστούς όμως είναι οι σύνδεσμοι και οι τένοντες. (Κοτζαηλίας, 2011). Η ινομυαλγία κατηγοριοποιείται σε πρωτοπαθής, δευτεροπαθής και μετατραυματική. Το σύνδρομο συνοδεύεται από διαταραχή του νευρικού και ενδοκρινικού συστήματος, διαταραχές ύπνου, σωματική κόπωση, πρωινή δυσκαμψία και διάφορες ψυχογενής αντιδράσεις.

Από ινομυαλγία πάσχει το 5% του ενήλικου πληθυσμού μιας χώρας, ηλικίας από 35 έως 70 ετών. Οι γυναίκες ηλικίας από 25 έως 45 ετών αποτελούν το 90% των πασχόντων από ινομυαλγία παράγοντας που δείχνει την συμμετοχή του νευροενδοκρινικού συστήματος στην αιτιοπαθογένεια της ασθένειας (Marcus & Deodhar, 2011).

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΙΝΟΜΥΑΛΓΙΑΣ

Η ινομυαλγία θεραπεύεται δύσκολα, αν και τα συμπτώματα μπορούν να ανακουφιστούν με διάφορους τρόπους. Ωστόσο μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών. Όσο περισσότερο ερευνάται η αιτιοπαθογένεια της τόσο περισσότερα νέα θεραπευτικά σχήματα δημιουργούνται. Φαίνεται πως αποδεδειγμένη δράση έχει η φαρμακευτική αγωγή, η αερόβια άσκηση, η φυσικοθεραπεία, ο βελονισμός και ο ηλεκτροβελονισμός καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη (Mayhew & Ernst, 2006).

Ο βελονισμός αν και δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα του στην ινομυαλγία φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ωφέλιμος σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή, αερόβια άσκηση και άλλες συντηρητικές μεθόδους θεραπείας, όπως φυσικοθεραπεία. Ο βελονισμός και ο ηλεκτροβελονισμός σε χαμηλές συχνότητες φαίνεται ότι βοηθάει στη μείωση του πόνου, στη βελτίωση του ύπνου και δημιουργεί ένα αίσθημα ευεξίας και ψυχικής ανάτασης των ασθενών.

Οι Deluze et al το 1992 πραγματοποίησαν κλινική εργασία η οποία περιλάμβανε 70 ασθενείς με ινομυαλγία οι οποίοι χωρίστηκαν σε 2 ομάδες. Στην μία ομάδα εφαρμόστηκε πλήρης πρωτόκολλο ηλεκτροβελονισμού ενώ στην ομάδα ελέγχου εφαρμόστηκε ψευδοβελονισμός σε περιοχές που δεν συνδέονταν με το πρόβλημα. Η θεραπεία διήρκησε 3 εβδομάδες με συχνότητα βελονισμού αν μία μέρα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα ηλεκτροβελονισμού βελτιώθηκε στις 7 από τις 8 παραμέτρους (πόνος, ποιότητα ύπνου, άγχος, κ.α.) και το 70% αυτών παρουσίασαν βελτίωση στον πόνο σε σχέση με το 4% της ομάδας ελέγχου.

Άλλη μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Saldberg et al το 1998 οι οποίοι εφάρμοσαν βελονισμό σε 10 ασθενείς με ινομυαλγία για 2 μήνες. Σε αυτό το διάστημα εφαρμόστηκαν 10 με 14 συνεδρίες βελονισμού και οι παράμετροι όπως ο πόνος, η ποιότητα των φαρμάκων, η ψυχολογία, η δυσκαμψία, το εύρος τροχιάς, και ο αριθμός επώδυνων σημείων ελεγχθήκαν την 2^η, 4^η, 8^η, 12^η και 24^η εβδομάδα. Τα αποτελέσματα έδειξαν βελτίωση σε όλες σχεδόν τις παραμέτρους, βελτίωση του ύπνου και τις δυσκαμψίας, μείωση του πόνου και των επώδυνων σημείων. Τα αποτελέσματα διήρκησαν για 24 εβδομάδες μετά τη λήξη των θεραπειών.

ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Ο μυοπεριτονιακός πόνος (myofascial pain, MP) είναι ένα πολύ συχνό κλινικό πρόβλημα και η κύρια αιτία προσέλευσης του 80% των ασθενών που επισκέπτονται τα ρευματολογικά, ορθοπαιδικά ιατρεία και τα ιατρεία πόνου. Η εμφάνιση εντοπισμένου περιοχικού πόνου σε πολλαπλά σημεία στα μαλακά μόρια, χωρίς ενεχόμενη νευρολογική σημειολογία, καλείται σύνδρομο μυοπεριτονιακού πόνου (myofascial pain syndrome MPS), και αποτελεί διαφορετική κλινική οντότητα από την ινομυαλγία. (Κοτζαηλίας, 2011).

Το μυοπεριτονιακό σύνδρομο αναγνωρίζεται από τα σημεία ψηλαφητής τοπικής ευαισθησίας εντός του μυός, που καλούνται «πυροδοτικά σημεία» (trigger points), και χαρακτηριστικά ανταποκρίνεται θεραπευτικά στην εφαρμογή εγχύσεων τοπικών αναισθητικών ή αντιφλεγμονωδών φαρμάκων καθώς και στην φυσικοθεραπεία (Longbottom, 2010).

Το μυοπεριτονιακό σύνδρομο πόνου είναι μια αμιγώς νευρομυϊκή πάθηση με σαφή διαγνωστικά κριτήρια και ιδιαίτερα νευροφυσιολογικά αίτια και φαίνεται ότι απασχολεί μεγάλο μέρος του πληθυσμού μιας χώρας.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής (αντιφλεγμονώδη, παυσίπονα, μυοχαλαρωτικά), επεμβατικών τεχνικών (διηθήσεις, dry needling) και φυσικών μέσων (υπέρηχοι και αναλγητική ηλεκτροθεραπεία) έχουν φανεί ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του οξέως πόνου. Επίσης η άσκηση έντονης πίεσης στο σημείο πυροδότησης πόνου για 20-30 δευτερόλεπτα αποτελεί την ευκολότερη και με πολύ καλά αποτελέσματα αντιμετώπιση του μυοπεριτονιακού συνδρόμου. Μπορεί ωστόσο να εφαρμοστεί και έγχυση τοπικού αναισθητικού ή κορτικοστεροειδούς ή αντιφλεγμονώδους φαρμάκου. (Καράβης και συν., 2000).

Ένας άλλος τρόπος αντιμετώπισης του μυοπεριτονιακού πόνου είναι ο ξηρός βελονισμός. Η βελόνα τοποθετείται στο πυροδοτικό σημείο και τις περισσότερες φορές γίνεται αισθητή η χαρακτηριστική εντοπισμένη σύσπαση του μυ που ακολουθεί, ενώ αναπαράγεται ο πόνος του ασθενή σε εντονότερο βαθμό για κάποια δευτερόλεπτα. Επίσης καλά αποτελέσματα έχει και η χρήση dry needling δηλαδή η ένθεση βελόνων για έγχυση φαρμακευτικών ουσιών. Ο Lewit (1979), περιγράφει ότι υπάρχει καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα με ένθεση βελόνας στην μυοτενόντια περιοχή, τεχνική που φαίνεται ότι είναι αποτελεσματική σε πολλούς ασθενείς.

5.3 ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Οι κρανιογναθικές διαταραχές είναι χρόνιες καταστάσεις πόνου οι οποίες τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει αντικείμενο μελέτης και έρευνας καθώς ταλαιπωρούν όλο και μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Τα κυριότερα συμπτώματα τους είναι πόνος στους μυς του

στοματογναθικού συστήματος και των κροταφογναθικών διαρθρώσεων, μειωμένη κινητικότητα της κάτω γνάθου και κεφαλαλγία τύπου τάσεως (Κωνστατοπούλου και συν., 1995).

Οι κраниογναθικές διαταραχές είναι περιστατικά που απασχολούν κυρίως τους οδοντιάτρους αλλά η δράση της φυσικοθεραπείας (κινήσιοθεραπεία, υπέρηχοι, ιοντοφόρηση, T.E.N.S) και του βελονισμού φαίνεται ότι έχει πολύ καλά αποτελέσματα στη μείωση του πόνου και την βελτίωση της κινητικότητας κυρίως όταν εφαρμόζονται συμπληρωματικά και με άλλες μεθόδους.

Πλήθος ερευνών αλλά και συγγραφέων έδειξε ότι η χρήση βελονισμού μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα πόνου, την εμφάνιση της κεφαλαλγίας τύπου τάσεως και να βελτιώσει την κινητικότητα των κροταφογναθικών διαρθρώσεων. Σε συγκριτική έρευνα που αξιολογήθηκαν η αποτελεσματικότητα του βελονισμού σε σύγκριση με τη χρήση νάρθηκα ολικής επικάλυψης σε 110 ασθενείς με στοματογναθικό πόνο για τρεις μήνες διαπιστώθηκε ότι τα αποτελέσματα ήταν θετικά και στις δυο περιπτώσεις. Φάνηκε όμως ότι μετά από 6 έως 8 μήνες από την λήξη της θεραπείας ο βελονισμός είχε καλύτερα υποκειμενικά θεραπευτικά αποτελέσματα σε σχέση με τη χρήση νάρθηκα.

Επίσης σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 1995 για θεραπευτικό σκοπό παρατηρήθηκε η πορεία αποκατάστασης 7 γυναικών με στοματογναθικό πόνο για 3 μήνες οι οποίες παράλληλα με τα υπόλοιπα μέσα θεραπείας έκαναν και βελονισμό. Στους 3 μήνες όλες οι ασθενείς είχαν μείωση ή εξάλειψη του πόνου. Τον τελευταίο μήνα 2 ασθενείς σταμάτησαν τον βελονισμό ενώ οι υπόλοιποι 5 που συνέχισαν όταν πήγαν για επαναξιολόγηση μετά από 3 μήνες είχαν σταθερά θεραπευτικά αποτελέσματα συγκριτικά με τα δυο άτομα που δεν ολοκλήρωσαν την θεραπεία. (Κωνσταντινοπούλου και συν., 1995).

5.4 ΗΛΕΚΤΡΟΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ

Η επικονδυλίτιδα είναι ένα σύνδρομο υπέρχρησης που καλείται συχνά ένας φυσικοθεραπευτής να αποκαταστήσει. Ο βελονισμός φαίνεται πως έχει και αυτός πολύ καλά αποτελέσματα εάν εφαρμόζεται παράλληλα με την φυσικοθεραπεία.

Κατά τις θεωρίες του βελονισμού η επικονδυλίτιδα θεωρείται ως ένα Βι σύνδρομο. Με τον όρο Βι κατά την παραδοσιακή κινέζικη ιατρική περιγράφεται το μπλοκάρισμα. Τα συμπτώματα ενός τέτοιου συνδρόμου είναι ο πόνος, το οίδημα η ερυθρότητα, το αίσθημα καύσου, η μειωμένη κινητικότητα, η αίσθηση μουδιάσματος των μυών, των αρθρώσεων και τον τενόντων (λόγω μπλοκαρίσματος της ροής της ενέργειας τσι και του αίματος στους μεσημβρινούς).

Σε έρευνα που δημοσιεύτηκε στο Journal of Traditional Chinese Medicine τον Ιούνιο του 2014 παρουσιάστηκαν τα οφέλη του ηλεκτροβελονισμού και της μάλαξης παράλληλα με την έγχυση φαρμάκων σε σύγκριση με την έγχυση μόνο φαρμάκων.

Στην μελέτη συμμετείχαν 86 άτομα εκ των οποίων τα 43 συμμετείχαν στην ομάδα ελέγχου. Σε αυτό το διάστημα η ομάδα θεραπείας έκανε ηλεκτροβελονισμό σε συγκεκριμένα σημεία με χαμηλή συχνότητα για 30' κάθε μέρα για 10 μέρες. Κάθε θεραπεία μάλαξης περιλάμβανε 10 συνεδρίες οι οποίες εφαρμόζονταν κάθε μέρα. Μεταξύ των θεραπειών μάλαξης υπήρχε μια κενή εβδομάδα. Τέλος η έγχυση φαρμάκου εφαρμοζόταν 1 φορά την εβδομάδα για 2 με 3 φορές μόνο. Στην ομάδα ελέγχου εφαρμόστηκε το ίδιο πρωτόκολλο έγχυσης φαρμάκου χωρίς άλλη συμπληρωματική θεραπεία. Η κατάσταση των ασθενών ελέγχθηκε πριν την

θεραπεία και 6, 12 και 24 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας. Το αποτέλεσμα των δυο ομάδων ήταν παρεμφερές καθώς μετά από 24 μήνες και οι δυο ομάδες υποτροπιάσαν. Η ομάδα που έκανε συνδυασμό θεραπευτικών αποτελεσμάτων φάνηκε όμως να διατηρεί μια πιο σταθερή πορεία εμφανίζοντας λιγότερα συμπτώματα της νόσου. Το διάστημα της θεραπείας και για κάποιους μήνες μετά όλες οι ομάδες είχαν αποτελέσματα βελτίωσης με την ομάδα όμως του βελονισμού να υπερτερεί. (Li et al., 2014).

5.5 ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Η οσφυαλγία και η οσφυοϊσχιαλγία είναι από τα πιο συχνά προβλήματα που αναγκάζουν τους ασθενείς να απευθυνθούν στους ειδικούς ιατρούς και στους φυσικοθεραπευτές. Το 80 % του πληθυσμού θα προσβληθεί κάποια στιγμή στη ζωή του από οξύ οσφυϊκό πόνο.

Βασικότερη αιτία για την πρόκληση οσφυαλγίας- ισχιαλγίας είναι η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου. Όμως υπάρχουν και άλλοι παράγοντες οι οποίοι ευθύνονται για την πρόκληση αυτών των συμπτωμάτων. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι, μηχανικά αίτια, κακώσεις της σπονδυλικής στήλης, φλεγμονώδεις παθήσεις της σπονδυλικής στήλης, συγγενείς ανωμαλίες της σπονδυλικής στήλης, νεοπλασίες και παθήσεις των γειτονικών οργάνων. (Κοτζαηλίας, 2011).

Βέβαια υπάρχουν και προδιαθεσικοί παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση της οσφυαλγίας- ισχιαλγίας, τους οποίους αποτελούν η μυϊκή αδυναμία των ραχιαίων και κοιλιακών μυών, η αυξημένη οσφυϊκή λόρδωση, η παχυσαρκία, η βαριά χειρωνακτική εργασία, η επαναλαμβανόμενη άρση βάρους με περιστροφή, το κάπνισμα και οι συνθήκες εργασίας.

Τα πιο συνήθη κλινικά ευρήματα είναι ο πόνος στη περιοχή της οσφύς, μούδιασμα και παραισθησίες στη πορεία του ισχιακού νεύρου, μυϊκή αδυναμία του σύστοιχου κάτω άκρου και πιθανή αδυναμία βάδισης. Συνήθως ένα περιστατικό οσφυαλγίας αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή, ανάπαυση, φυσικοθεραπεία, βελονισμό και ειδικό πρόγραμμα ασκήσεων.

Ο βελονισμός φαίνεται που είναι αποτελεσματικός στην αντιμετώπιση περιστατικών οσφυαλγίας κάθε αιτιολογίας εκτός κάποιων περιστατικών που χρίζουν χειρουργικής επέμβασης. Η δράση του φαίνεται να είναι κυρίως αναλγητική και αντιφλεγμονώδη. Οι βελόνες τοποθετούνται σε επιλεγμένα σημεία βελονισμού ανάλογα της κάθε περίπτωσης (Hutchinson et al., 2012).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από ιατρό βελονιστή στους δικούς του ασθενείς κατά την περίοδο 1985- 1995 στην Ελλάδα έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα. Ο βελονισμός εφαρμόστηκε σε 211 ασθενείς. Το δείγμα χωρίστηκε σε δύο κατηγορίες, η μία περιλάμβανε άτομα παραγωγικής ηλικίας από 24 έως 59 ετών και η άλλη κατηγορία περιλάμβανε άτομα ηλικίας από 60 έως 86 ετών. Ο βελονισμός εφαρμόστηκε για ένα μήνα και έγιναν 10 με 12 συνεδρίες βελονισμού με συχνότητα 3 φορές την εβδομάδα. Ενώ παράλληλα δεν εφαρμοζόταν άλλου είδους θεραπεία για το πρόβλημα της οσφυαλγίας (Παρούση, 2007).

Στο τέλος της έρευνας διαπιστώθηκε ότι μετά την λήξη της θεραπείας το 86,5% των ατόμων της πρώτης ομάδας είχε άριστα αποτελέσματα και μόνο το 1,5 % δεν είχε δείξει βελτίωση. Στην δεύτερη ομάδα το 75,3% έδειξε άριστη βελτίωση ενώ το 4,7% δεν είδε θετικά αποτελέσματα.

Συμπερασματικά ο βελονισμός φαίνεται ότι έχει πολύ καλά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του πόνου της οσφυαλγίας και στην χαλάρωση της επώδυνης περιοχής, άμεσα χωρίς παρενέργειες και χωρίς τον συνδυασμό με άλλες μεθόδους (Παρούση, 2007).

Τέλος υπάρχει πιλοτική μελέτη που έρευνα την επίδραση του βελονισμού σε συμπτώματα οσφυαλγίας λόγω σπονδυλολίστεσης. Η έρευνα περιλάμβανε 14 άτομα ηλικίας 18-65 ετών με βασικό κριτήριο να έχουν πρώτου ή δευτέρου βαθμού σπονδυλολίστεση και συμπτώματα πόνου στην οσφύ για τουλάχιστον ένα χρόνο. Τα άτομα χωρίστηκαν σε 2 τυχαίες ομάδες. Στην πειραματική ομάδα εφαρμόζονταν βελονισμός παράλληλα με επισκληρίδιο ένεση οπιούχων ενώ στην ομάδα ελέγχου γινόταν μόνο επισκληρίδιο ένεση οπιούχων. Η περίοδος θεραπείας διήρκησε τρεις εβδομάδες. Γινόταν μια επισκληρίδιο ένεση μία φορά την εβδομάδα και στις δυο ομάδες ένα στην πειραματική ομάδα εφαρμόζονταν παράλληλα και βελονισμός τρεις φορές την εβδομάδα. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν με τις κλίμακες VAS, PainVision, SF-MPQ, ODI την 1^η και 3^η εβδομάδα θεραπείας και δυο εβδομάδες μετά την λήξη της θεραπείας. Τα αποτελέσματα της μελέτης είναι σε εξέλιξη και αναμένονται μέσα στο 2015 (Lee et al., 2014).

Ο στόχος αυτής της πιλοτικής μελέτης ήταν να παρουσιάσει τη σκοπιμότητα για περαιτέρω μελέτη του βελονισμού στην οσφυαλγία σαν μια αποτελεσματική και ασφαλή θεραπεία για την μείωση του πόνου και βελτίωσης της λειτουργικότητας σε ασθενείς με σπονδυλολίστεση (Lee et al., 2014).

5.6 ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΓΟΝΑΤΟΣ

Η οστεοαρθρίτιδα είναι χρόνια ρευματική πάθηση που εντοπίζεται σε περιφερικές αρθρώσεις, δηλαδή σε αρθρώσεις των άνω και κάτω άκρων, αλλά και σε αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης. Συνήθως αφορά μία άρθρωση (π.χ. γόνατο ή ισχίο) και μερικές φορές δύο ή περισσότερες αρθρώσεις, ενώ στα χέρια και στη σπονδυλική στήλη είναι συνήθως η εντόπιση σε πολλές αρθρώσεις. Τα πιο συνήθη αίτια εμφάνισης της είναι η ανομοιόμορφη κατανομή φορτίων στην άρθρωση, η πύρωση καταγμάτων σε πλημμελή θέση κοντά στις περιοχές των αρθρώσεων του άνω και του κάτω άκρου, η αλλοίωση του αρθρικού χόνδρου της άρθρωσης, τα ραιβά η βλαισά γόνατα και το συγγενές εξάρθημα ισχίου (Κοτζαηλίας, 2011). Τα συμπτώματα συνήθως είναι πόνος δυσκαμψία της άρθρωσης και σε τελικά στάδια παραμόρφωση της άρθρωσης.

Στην οστεοαρθρίτιδα του γονάτου διογκώνεται ο υποδόριος ιστός, ειδικά στην έσω επιφάνεια που υπάρχει ευαισθησία στην πίεση. Συχνά επίσης υπάρχει υγρό στην άρθρωση ιδιαίτερα σε περιόδους παρόξυνσης και σε προχωρημένα στάδια κατά τις κινήσεις του γονάτος. Κριγμός, πλάγια αστάθεια από χαλάρωση των συνδέσμων και παραμόρφωση. Συστήνονται ασκήσεις για την ενίσχυση του τετρακέφαλου γιατί από αυτόν τον μυ εξαρτάται η σταθερότητα του γονάτος. Επειδή υπάρχει περιορισμός στην κινητικότητα της άρθρωσης, ο τετρακέφαλος είναι συνήθως ατροφικός, και σε αυτό οφείλεται ένα μέρος από τον πόνο του γονάτος κατά το βάδισμα.

Η αποκατάσταση και η θεραπεία της οστεοαρθρίτιδας περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, φυσικοθεραπεία, απώλεια βάρους, επιλεγμένη άσκηση (κολύμπι, περπάτημα, ποδήλατο) χειρουργική αποκατάσταση και τα τελευταία χρόνια έχει συμπεριληφθεί και ο βελονισμός.

Σε έρευνα που δημοσιεύτηκε στο Annals of Internal Medicine τον Ιουλίου του 2006 αναφέρεται η αποτελεσματικότητα του βελονισμού συγκριτικά με άλλες θεραπείες. Στην έρευνα συμμετείχαν 1007 ασθενείς με πόνο στο γόνατο λόγω οστεοαρθρίτιδας τουλάχιστον για 6 μήνες. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 3 ομάδες εκ των οποίων η πρώτη έκανε πραγματικό βελονισμό, η δεύτερη ομάδα έκανε ψευδοβελονισμό (βελονισμό σε σημεία που δεν σχετίζονταν με την πάθηση) και η τρίτη έκανε επισκέψεις στο γιατρό. Όλες οι ομάδες έκαναν 10 θεραπείες σε διάστημα περίπου 6 εβδομάδων. Μετά από 26 εβδομάδες οι ασθενείς αξιολογήθηκαν για τα συμπτώματα του πόνου. Οι δυο πρώτες ομάδες είχαν μεγάλη μείωση των συμπτωμάτων πόνου σε σχέση με την ομάδα που δεν έκανε βελονισμό. Το περίεργο

που έδειξε η έρευνα ήταν ότι οι δυο πρώτες ομάδες δεν είχαν μεγάλες διαφορές στην αποτελεσματικότητα.

Οι ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα γόνατος που ακολουθούσαν πρόγραμμα φυσικοθεραπείας και αντιφλεγμονώδη φαρμακευτική αγωγή είχαν σχεδόν τα ίδια αποτελέσματα με τους ασθενείς που ακολουθούσαν βελονισμό και ψευδοβελονισμό στη μείωση του πόνου μετά από 26 εβδομάδες (Scharf et al., 2006).

Τέλος μέσα από πλήθος δημοσιευμένων ερευνών σε επιστημονικά περιοδικά, ο βελονισμός φαίνεται να έχει πολύ μεγάλες δυνατότητες στην περίπτωση της οστεοαρθρίτιδας του γονάτου με πόνο. Βελτιώνει την ανατομία και την φυσιολογία της άρθρωσης, μειώνει αισθητά τον πόνο και καθυστερεί για αρκετά χρόνια την χειρουργική επέμβαση.

5.7 ΛΙΓΑ ΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΗΛΕΚΤΡΟΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Από τα όσα αναφέρθηκαν και από το πλήθος ερευνών που υπάρχουν εύκολα γίνεται αντιληπτό πως ο συνδυασμός φυσικοθεραπείας και βελονισμού μπορεί να επιφέρει άριστα αποτελέσματα θεραπείας. Ο φυσικοθεραπευτής όντας γνώστης ηλεκτροθεραπείας έχει την δυνατότητα πέρα του κλασσικού βελονισμού να χρησιμοποιήσει σαν μέσο θεραπείας και τον ηλεκτροβελονισμό.

Ο ηλεκτροβελονισμός είναι τμήμα της θεραπευτικής του βελονισμού και μέσου αυτού δίνεται η δυνατότητα ηλεκτρικού ερεθισμού των σημείων βελονισμού με αποτέλεσμα την συνεχή, έντονη και με ελεγχόμενες παραμέτρους διέγερση (Abbate, 2004).

Στον ηλεκτροβελονισμό οι βελόνες, αφού τοποθετηθούν στα σημεία βελονισμού που έχουν επιλεγεί, διαμέσου ηλεκτροδίων συνδέονται με μια ειδική συσκευή, από την οποία παράγεται ηλεκτρικό ερέθισμα ελεγχόμενης συχνότητας και έντασης. Οι συσκευές αυτές χρησιμοποιούν σαν πηγή ενέργειας εναλλασσόμενο ρεύμα χαμηλής τάσης (3-15 V). Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η καλή γνώση της συσκευής και η σωστή επιλογή των ηλεκτρικών παραμέτρων που θα εφαρμοστούν. Ανάλογα με τις ηλεκτρικές παραμέτρους που χρησιμοποιούμε και τα σημεία βελονισμού που εκλεκτικά διεγείρουμε, μπορούμε να επιτύχουμε αναλγητική, μυοχαλαρωτική, αγχολυτική, αντικαταθλιπτική ή άλλη δράση (Καράβης, 2011).

Σημαντικές παράμετροι του ηλεκτροβελονισμού είναι η συχνότητα και η ένταση. Οι χαμηλές συχνότητες (2 Hz) προκαλούν την απελευθέρωση ενδορφινών στον εγκέφαλο και εγκεφαλινών στο νωτιαίο μυελό, με αποτέλεσμα βραδεία επίτευξη διάχυτης αναλγησίας και μεγάλη διάρκεια του αναλγητικού αποτελέσματος. Οι υψηλές συχνότητες (100 - 200 Hz) προκαλούν την απελευθέρωση δυνορφινών στο νωτιαίο μυελό, με αποτέλεσμα ταχεία αλλά τοπική αναλγητική δράση, μικρής διάρκειας. Ενδιάμεσες συχνότητες (15 Hz) προκαλούν την ταυτόχρονη απελευθέρωση ενδορφίνης και δυνορφίνης. Σχεδόν σε όλες τις παθήσεις που εφαρμόζεται ο κλασσικός βελονισμός μπορεί να εφαρμοστεί και ο ηλεκτροβελονισμός, δίνοντας όμως καλύτερα αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του οξέως και χρόνιου πόνου (π.χ αυχενικό σύνδρομο, νευραλγία τριδύμου, οσφυαλγία, παρέςεις νεύρων) (Macdonald et al., 1983; Saad, 2011; Plank et al., 2013).

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η βασική ιδέα της παρούσας μελέτης είναι η γνωριμία με την μέθοδο του βελονισμού, η εισαγωγή στη φιλοσοφία του (Ανατολική και Δυτική), η ανάλυση των θεωριών του, η προσέγγιση της πρακτικής του και της αποτελεσματικότητας του. Βασικό κομμάτι της μελέτης είναι η γνωστοποίηση των δυνατοτήτων που προσφέρει ο βελονισμός στη φυσικοθεραπεία σαν συμπληρωματική μέθοδος ίασης και αποκατάστασης.

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ

Η φυσικοθεραπεία είναι η θεραπευτική προσέγγιση που βασίζεται στα φυσικά μέσα (κίνηση, φως, νερό, ηλεκτρικό ρεύμα, κ.α) που χρησιμοποιούνται από τον εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας, πτυχιούχο Φυσικοθεραπευτή για θεραπευτικούς σκοπούς. Έχει εφαρμογή σε ασθενείς όλων των ιατρικών ειδικοτήτων . Ο φυσικοθεραπευτής για την αποκατάσταση και την αποθεραπεία των παθήσεων χρησιμοποιεί διάφορους τρόπους και μέσα όπως μάλαξη, χειροπρακτική, μηχανοθεραπεία, κινησιοθεραπεία, διατάσεις και βελονισμό.

Ο βελονισμός είναι μια ιατρική πράξη κατά την οποία τοποθετούνται βελόνες σε διάφορα σημεία του σώματος τα οποία είναι καθορισμένα για κάθε ασθένεια. Ο Βελονισμός, παραδοσιακός ή σύγχρονος επεμβαίνει δυνητικά στις δυσλειτουργίες των οργάνων και συστημάτων του σώματος με σκοπό την επαναφορά και την εναρμόνιση της λειτουργίας του οργανισμού (Payne & Weight, 2013).

Ο φυσικοθεραπευτής με τις γνώσεις του, την κλινική εμπειρία του και, βέβαια, με την πιστοποιημένη εξειδίκευση του στην Αλγολογία και τον Βελονισμό μπορεί να προσφέρει πολλά κατά των επώδυνων μυοσκελετικών συνδρόμων. Άλλωστε, αυτά αποτελούν το κατ' εξοχήν πεδίο δράσης του, μέσω της διαχείρισης του οξέος και του χρόνιου πόνου. Ο στόχος του δεν είναι μόνο να καταστείλει τον πόνο προσφέροντας πρόσκαιρη ανακούφιση, αλλά επιβάλλεται να ρυθμίσει και να αποκαταστήσει φυσιολογικές λειτουργίες. Χρησιμοποιεί όλα τα μέσα που διαθέτει, μέσα σε αυτά και τα πολύτιμα οφέλη του βελονισμού, τον οποίον χρησιμοποιεί (με ή χωρίς ηλεκτρικό ρεύμα ή μόξα) (Payne & Weight, 2013). Χρησιμοποιεί σύγχρονες συσκευές ανίχνευσης των σημείων ενέργειας που έχουν χαμηλή ωμική αντίσταση και το αλγόμετρο για να θέτει όρια στην πορεία του πόνου και αναζητά την αιτία των συμπτωμάτων ή της επιδείνωσης.

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα για αρκετές δεκαετίες ο βελονισμός θεωρείτο ξένος προς τα πολιτισμικά δεδομένα της χώρας. Όταν όμως οι πρώτοι γιατροί άρχισαν να τον εφαρμόζουν και κυρίως μετά το 1973 που ιδρύθηκε η πρώτη επιστημονική εταιρεία βελονισμού στην Ελλάδα, οι Έλληνες ασθενείς άρχισαν να τον εμπιστεύονται και κάθε χρόνο όλο και περισσότερα άτομα να ζητούν να υποβληθούν σε θεραπεία με βελονισμό (<http://www.acupuncture.gr>, 2014).

Τα τελευταία χρόνια ο βελονισμός έχει γίνει ιδιαίτερα γνωστός στη χώρα μας και θεωρείται μια δημοφιλής, συμπληρωματική, ηπίως επεμβατική, μη φαρμακευτική θεραπευτική αγωγή και χρησιμοποιείται κυρίως για την θεραπεία του οξέος πόνου.

Ο βελονισμός από το νομοθετικό πλαίσιο της χώρας θεωρείται αυστηρά ιατρική πράξη ωστόσο τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται όλο και περισσότερο από μη ιατρούς που κατέχουν τα κατάλληλα πιστοποιητικά και ανήκουν σε αναγνωρισμένους συλλόγους Βελονισμού και Αλγολογίας. Η αποτελεσματικότητά του και τα οφέλη του είναι πλέον καταγεγραμμένα και σημαντικό θα ήταν η εφαρμογή του να είναι εφικτή στα κέντρα πόνου όλων των

νοσοκομείων, στα εξωτερικά ιατρεία των τμημάτων Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης και στα κέντρα Υγεία (www.karavis.gr, 2014)

Στην Ελλάδα τα τελευταία 20 χρόνια έχουν εκπαιδευτεί περισσότεροι από 1.400 ιατροί και πάρα πολλοί φυσικοθεραπευτές . Οι περισσότεροι βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα, την Θεσσαλονίκη και την Κρήτη καθώς και σε άλλες μεγάλες πόλεις της Ελλάδας (<http://www.algologia.gr>, 2014).

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας γεννήθηκε μέσα από παρατηρήσεις και βαθιά μελέτη του βελονισμού, με βασικό γνώμονα την σημαντική εξέλιξη του βελονισμού στην Ελλάδα, την ολοένα και μεγαλύτερη εφαρμογή του από πλήθος θεραπειών και την αυξημένη ανταπόκριση του κόσμου προς αυτή τη μέθοδο αλλά και την αποτελεσματικότητα της μεθόδου αυτή.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

- Η αναζήτηση θεραπειών- βελονιστών που δεν είναι ιατροί και κυρίως την εύρεση φυσικοθεραπευτών- βελονιστών. Η διερεύνηση της γνώσης των θεραπειών για τις θεωρίες του βελονισμού, τα είδη του και την αποτελεσματικότητά του. Την άποψη των θεραπειών για τα οφέλη του βελονισμού, τους λόγους για τους οποίους τον χρησιμοποιούν και τέλος την απήχηση που θεωρούν ότι έχει σήμερα στους ασθενείς η μέθοδος αυτή.
- Η διερεύνηση της άποψης των ασθενών για τον βελονισμό, η γνώση τους σε σχέση με το θεωρητικό υπόβαθρο του βελονισμού, τους λόγους για τους οποίους προτίμησαν θεραπεία με βελονισμό, την επιφυλακτικότητά τους απέναντι σε αυτή τη μέθοδο και τα οφέλη που οι ίδιοι βίωσαν μετά από τις θεραπείες τους με βελονισμό.
- Η διερεύνηση της δημοτικότητας του βελονισμού σε θεραπευτές και ασθενείς στην σύγχρονη Αθήνα του 2014.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε για την συλλογή δεδομένων που σχετίζονται με την απήχηση του βελονισμού στην Ελλάδα, την δυνατότητα εφαρμογής του από φυσικοθεραπευτές και την συλλογή γνώσεων γύρω από τις θεωρίες του βελονισμού. Για την παρούσα έρευνα δημιουργήθηκαν κατάλληλα σχεδιασμένα ερωτηματολόγια που απευθύνονταν σε βελονιστές-θεραπευτές και ασθενείς που είχαν εμπειρίες βελονισμού.

6.2 ΔΕΙΓΜΑ ΥΠΟ ΜΕΛΕΤΗ

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν δύο τύπων ερωτηματολόγια εκ των οποίων το ένα απευθυνόταν στους βελονιστές-θεραπευτές και το άλλο στους ασθενείς που είχαν δεχθεί βελονισμό. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από ηλικιακή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Τα ερωτηματολόγια είχαν συνταχθεί σε γλώσσα ελληνική όποτε απευθυνόταν σε άτομα με μητρική γλώσσα την ελληνική ή σε άτομα που την γνώριζαν. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια τα όποια στην πλειοψηφία τους μοιράστηκαν εντύπως εκτός από τα ερωτηματολόγια των βελονιστών τα οποία χρησιμοποιήθηκαν και σε online μορφή. Τα ερωτηματολόγια των βελονιστών αποτελούνταν από 27 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 4 από αυτές είχαν και δεύτερο σκέλος ερωτήσεων. Οι 25 ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου ,εκ των οποίων οι 21 ήταν πολλαπλής επιλογής και οι 6 ερωτήσεις ήταν ανοικτού τύπου. Τα ερωτηματολόγια των ασθενών αποτελούνταν από 22 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 3 είχαν και δεύτερο σκέλος. Έτσι υπήρχαν ουσιαστικά 15 ερωτήματα εκ των οποίων τα 23 ήταν κλειστού τύπου και τα 2 ήταν ανοικτού τύπου. Τέλος από του κλειστού τύπου οι 21 ερωτήσεις ήταν πολλαπλής επιλογής.

Κριτήρια ένταξης στην έρευνα:

- Άτομα που να εφαρμόζουν βελονισμό επαγγελματικά
- Άτομα που να έχουν δεχθεί θεραπεία με βελονισμό τουλάχιστον μία φορά
- Άτομα με καλό νοητικό επίπεδο
- Άτομα ηλικίας από 16 ετών και άνω

Κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα:

- Άτομα που είχαν μόνο θεωρητικές γνώσεις πάνω στο βελονισμό
- Άτομα που εφάρμοζαν το βελονισμό δοκιμαστικά ή ερασιτεχνικά
- Άτομα που εφάρμοζαν το βελονισμό χωρίς την απαραίτητη θεωρητική κατάρτιση
- Άτομα που εφάρμοζαν τον βελονισμό χωρίς να έχουν τις αναγκαίες πιστοποιήσεις.
- Άτομα που δεν είχαν δεχθεί ποτέ θεραπεία με βελονισμό
- Άτομα με διαταραγμένη γνωστική ή διανοητική κατάσταση
- Παιδιά και έφηβη έως 15 ετών

Το δείγμα που πληρούσε τα παραπάνω κριτήρια και δέχθηκε να απαντήσει στα ερωτηματολόγια τελικά ήταν μικρό και αφορούσε ένα αριθμό 50 ασθενών και 21 θεραπευτών.

6.3 ΧΡΟΝΟΣ ΚΑΙ ΤΟΠΟΣ ΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΕ Η ΕΡΕΥΝΑ

Τα στοιχεία της έρευνας συλλέχθηκαν από τις αρχές Μαΐου του 2014 έως το τέλος του Ιουλίου του 2014. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα και τα ερωτηματολόγια

μοιράστηκαν στο Τμήμα φυσικοθεραπείας του ΙΑΣΩ GENERAL, στην Ακαδημία Παραδοσιακής Ελληνικής και Κινέζικης Ιατρικής, σε φυσικοθεραπευτές μέσω ηλεκτρονικής μορφής, σε φυσικοθεραπευτές μέσω του Α.Τ.Ε.Ι Αιγίου που δέχθηκαν να βοηθήσουν, σε φυσικοθεραπευτές που έκαναν κατ οίκον θεραπεία και τέλος σε άτομα του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος του ερευνητή. Οι δύο κύριοι φορείς που μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια ενημερώθηκαν εκτενώς για τον σκοπό της έρευνας και ορίστηκαν άτομα τα οποία δέχθηκαν να βοηθήσουν στο μοίρασμα των ερωτηματολογίων εν απουσία του ερευνητή, εάν και τα περισσότερα ερωτηματολόγια δόθηκαν από τον ίδιο τον ερευνητή. Μάλιστα σε μερικές περιπτώσεις οι ερωτηθέντες έδωσαν και μια μορφής συνέντευξης.

6.4 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα ερωτηματολόγια συντάχθηκαν με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν στην πλειοψηφία τους γραπτά ενώ ένα μικρό μόνο μέρος συλλέχθηκε ηλεκτρονικά. Σε κάθε περίπτωση επισημάνθηκε στους εθελοντές πως η έρευνα είναι καθαρά για εκπαιδευτικούς σκοπούς και πως διερευνά την απήχηση του βελονισμού στην Ελλάδα. Επίσης τονίστηκε ιδιαίτερα ότι η ερευνά ήταν ανώνυμη και το δείγμα τυχαίο, ενώ στα ερωτηματολόγια ήταν καταγεγραμμένα τα στοιχεία του φορέα της έρευνας και τα στοιχεία της σχολής φοίτησης του ερευνητή. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και στις δύο κατηγορίες διαρκούσε περίπου 10 λεπτά της ώρας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

6.5 ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το IBM SPSS Statistics 21.00 για χρήση σε Windows. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων. Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7⁰
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

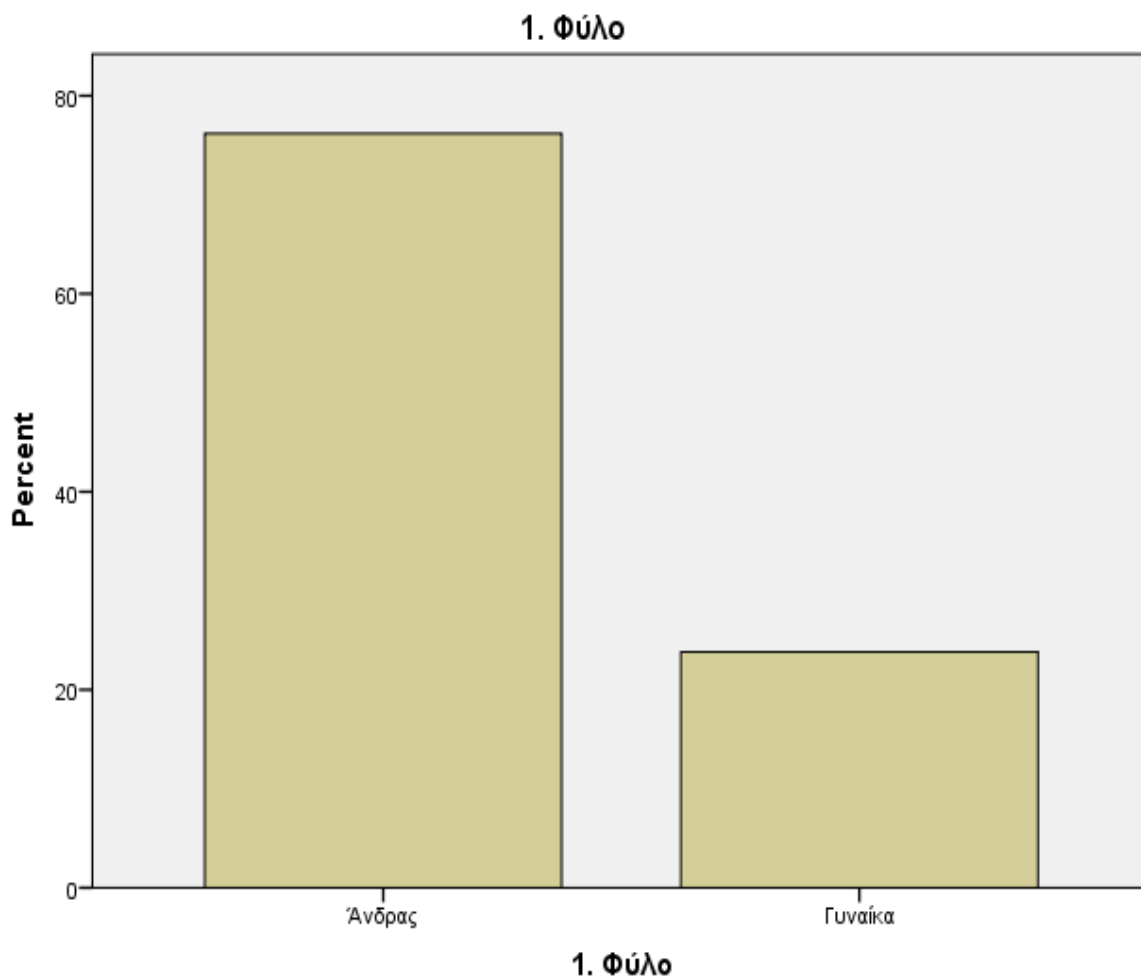
7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της έρευνας τόσο για τους βελονιστές- θεραπευτές όσο και για τους ασθενείς, παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους. Πρώτα θα αναλυθούν τα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια των βελονιστών και έπειτα τα ερωτηματολόγια των ασθενών.

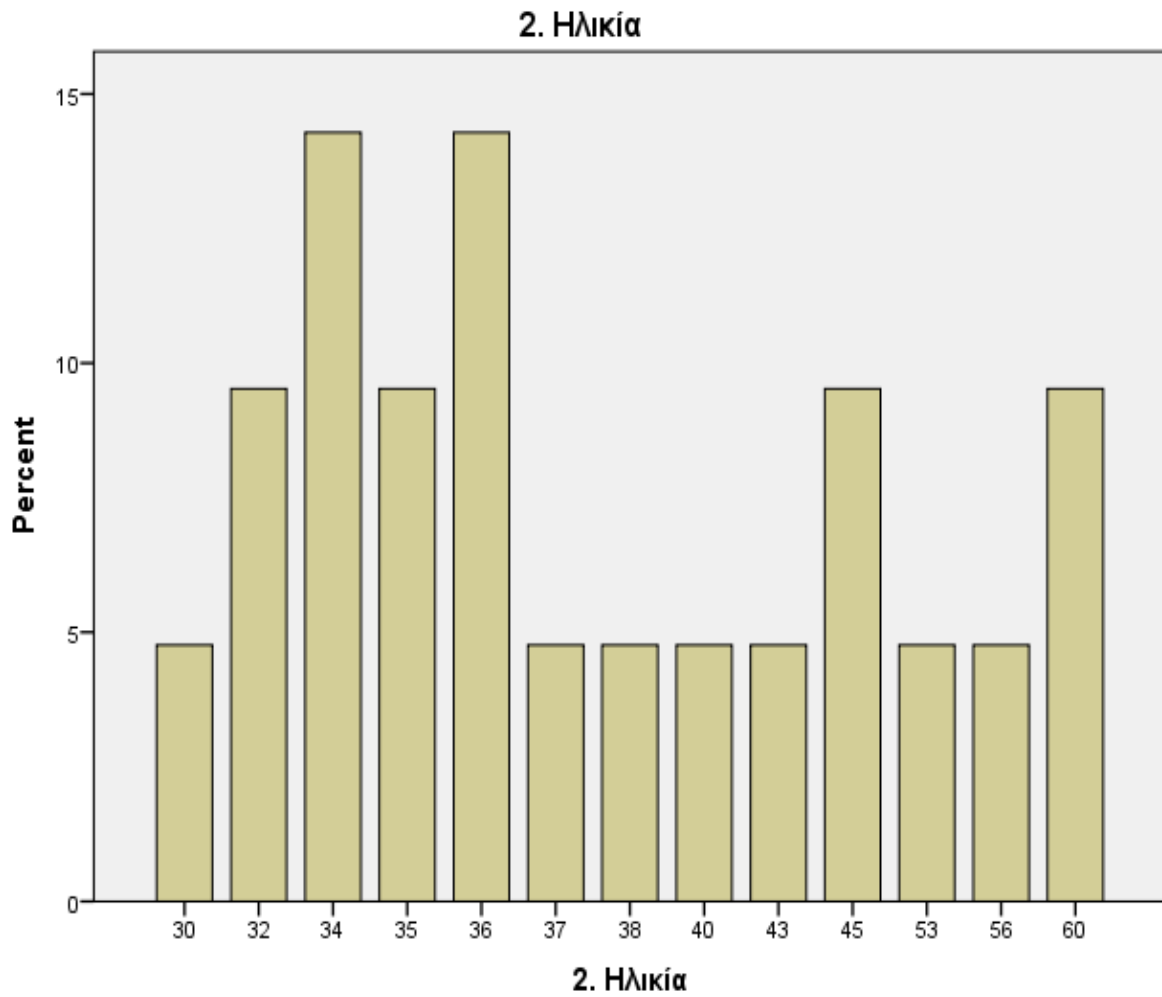
7.1 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΒΕΛΟΝΙΣΤΩΝ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (ΒΕΛΟΝΙΣΤΩΝ)

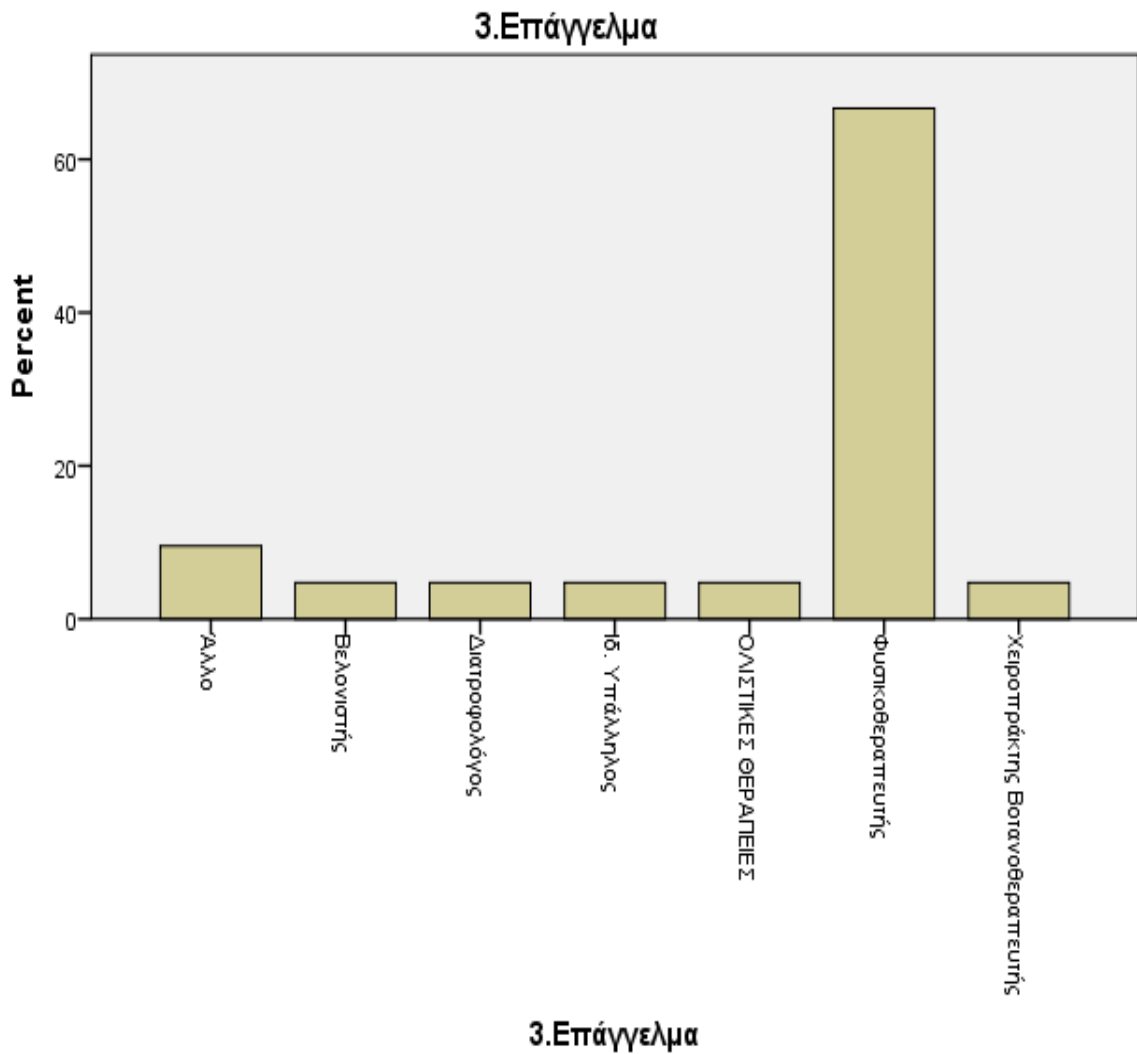
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο τους. Στη παρούσα μελέτη πήραν μέρος 21 βελονιστές- θεραπευτές Ελληνικής καταγωγής στην πόλη της Αθήνα εκ των οποίων οι 16 (75%) ήταν άνδρες και οι 6 (25%) ήταν γυναίκες.



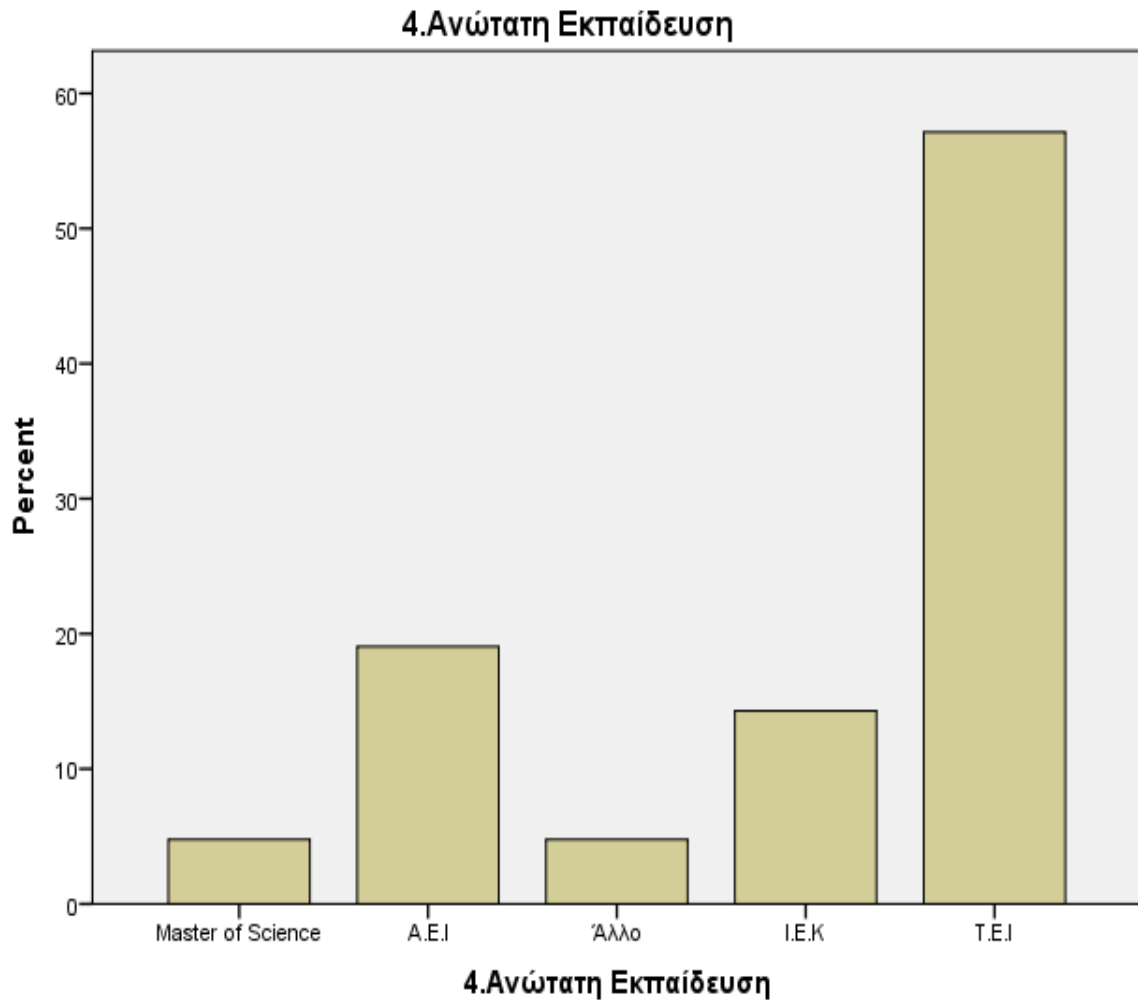
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με την ηλικία τους. Το εύρος ηλικίας κυμαίνεται από 30 έως 60 ετών. Με μέσο όρο ηλικίας τα 40 έτη.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το βασικό τους επάγγελμα. Φαίνεται ότι οι 14 (65%) ήταν φυσικοθεραπευτές ενώ τα υπόλοιπα 7 (35%) άτομα έκαναν άλλα επαγγέλματα



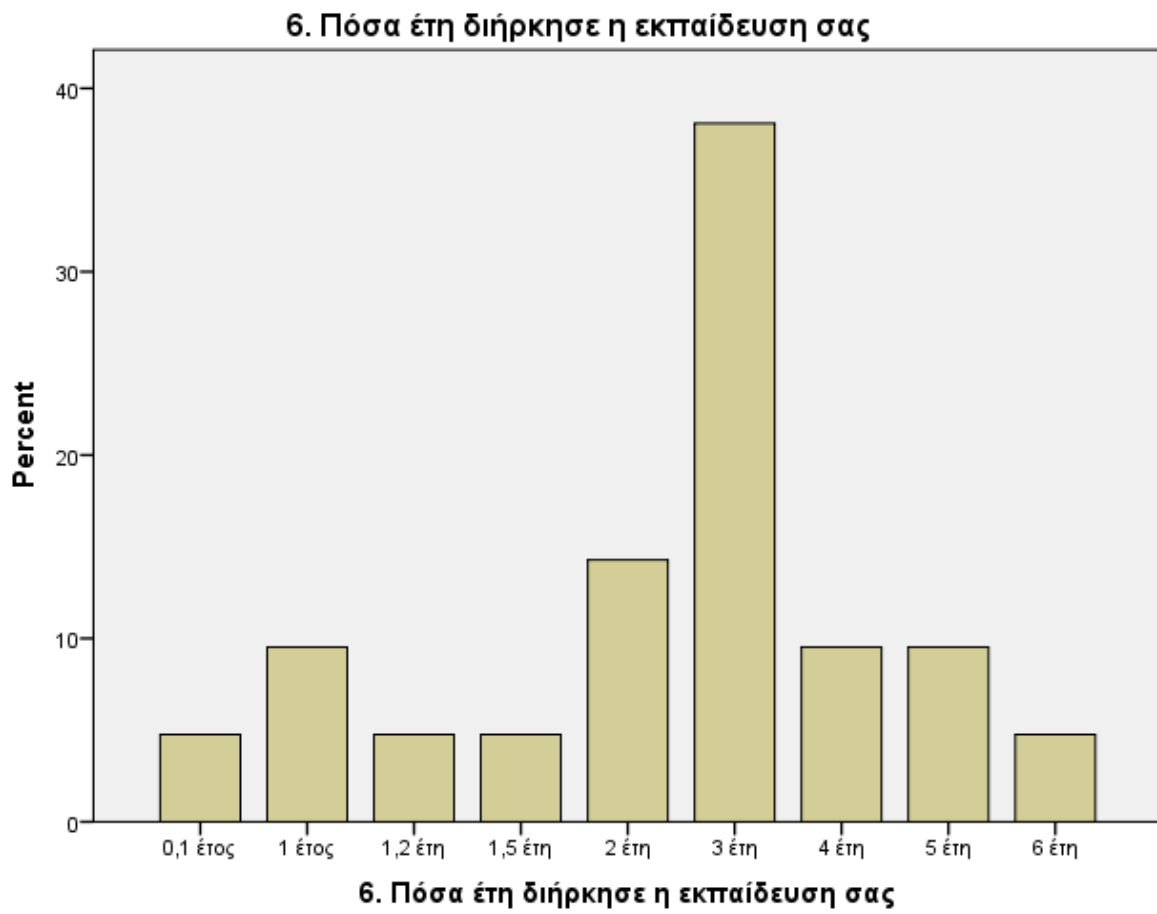
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 :Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευση. Όλοι οι ερωτηθέντες είχαν τελειώσει την Ανώτατη εκπαίδευση και είχαν τουλάχιστον ένα πτυχίο. Από αυτούς τα 12 (57,1%) άτομα ήταν απόφοιτοι Τ.Ε.Ι, τα 4 (19%) ήταν απόφοιτοι Α.Ε.Ι και τα 5(23.9%) άτομα ήταν απόφοιτοι από Ι.Ε.Κ και άλλα εκπαιδευτικά ιδρύματα.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων ανάλογα με την χώρα που διδάχθηκαν το βελονισμό. Στις απαντήσεις που λήφθηκαν και οι 21 ερωτηθέντες διδάχθηκαν τον βελονισμό στην Ελλάδα (100 % του δείγματος) ενώ ένα άτομο είχε διδαχθεί παράλληλα των βελονισμό στην Κίνα και ένα στην Ρωσία. Η κατανομή στο γράφημα μας δίνει ότι τα 19 άτομα διδάχθηκαν το βελονισμό στην Ελλάδα (90,5%), 1 άτομο διδάχθηκε τον βελονισμό σε Ελλάδα και Κίνα (4,8%) και ένα άτομο διδάχθηκε τον βελονισμό σε Ελλάδα και Ρωσία (4,8%)



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσα έτη διήρκησε η εκπαίδευσή τους.

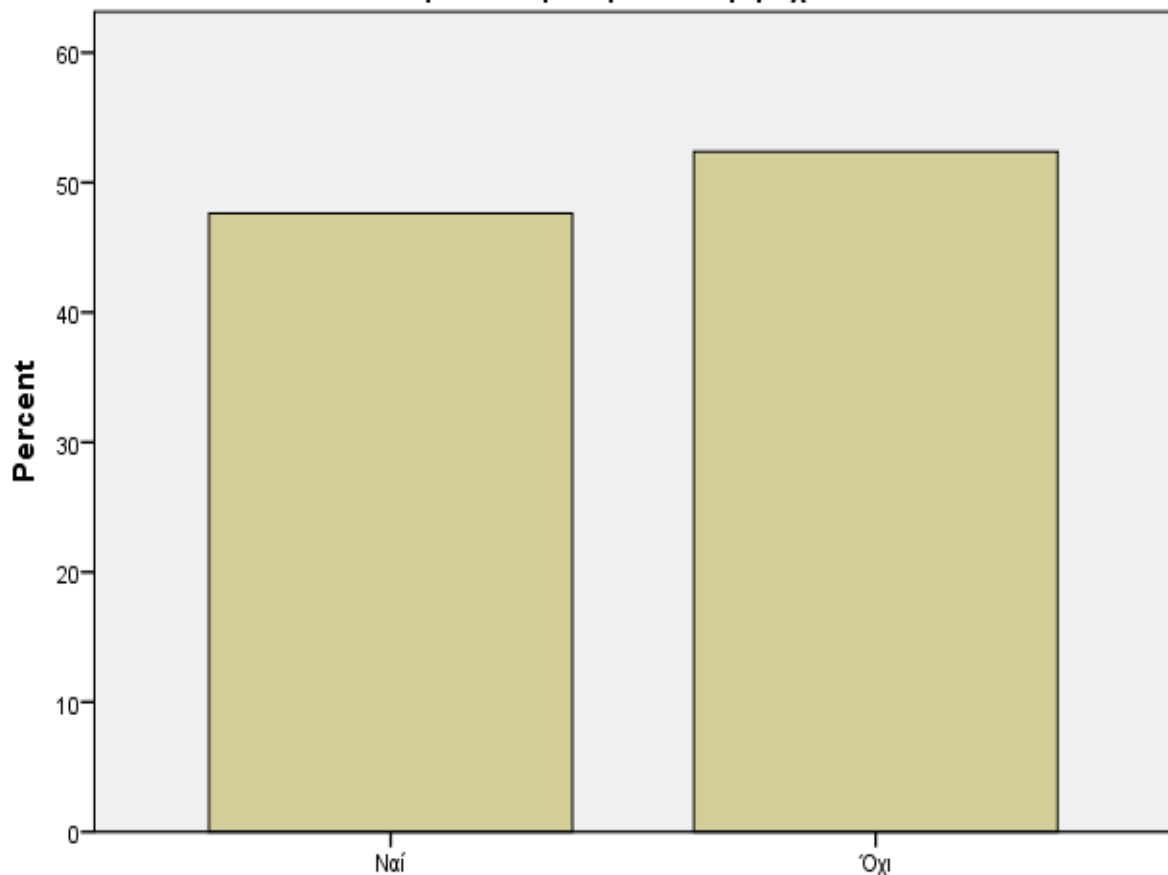


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων για τα έτη επαγγελματικής τους ενασχόλησης με τον βελονισμό.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων στο ερώτημα αν κατά την προσωπική τους εκτίμηση η Ανατολική φιλοσοφία του βελονισμού αντικρούεται με την Δυτική φιλοσοφία ή όχι. Τα 11 άτομα (52,4%) δηλώνουν πως δεν αντικρούονται αλλά αλληλοσυμπληρώνονται ενώ τα 10 άτομα (47,6%) δηλώνει ότι αντικρούονται οι δύο φιλοσοφίες.

8α. Κατά την προσωπική σας εκτίμηση, η Ανατολική Φιλοσοφία του βελονισμού αντικρούεται με την Δυτική ή όχι



8α. Κατά την προσωπική σας εκτίμηση, η Ανατολική Φιλοσοφία του βελονισμού αντικρούεται με την Δυτική ή όχι

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων στην ερώτηση αν θεωρούν τον βελονισμό κύρια ή συμπληρωματική μέθοδο θεραπείας. Τα 7 άτομα(33,3%) δηλώνουν ότι θεωρούν τον βελονισμό κύρια μέθοδο θεραπείας, άλλα 7 άτομα (33,3%) θεωρούν τον βελονισμό και κύρια και συμπληρωματική, 5 άτομα (23,8) θεωρούν τον βελονισμό ως συμπληρωματική ένα 1 μόνο άτομο (4,8%) θεωρεί ότι ο βελονισμός μπορεί να είναι κατά περίπτωση είτε κύρια είτε συμπληρωματική μέθοδος. Εδώ δεν μπορεί να βγει ένα ξεκάθαρο αποτέλεσμα καθώς φαίνεται ότι το δείγμα διχάζεται.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων στην ερώτηση αν θεωρούν τον βελονισμό ως μονοθεραπεία. Από το δείγμα φαίνεται ότι 12 άτομα πιστεύουν ότι ο βελονισμός θεωρείται ως μονοθεραπεία κατά περίπτωση (57,1%), 8 άτομα υποστηρίζουν ότι ο βελονισμός δεν είναι μονοθεραπεία (38,1%) ενώ μόνο ένα άτομο θεωρεί τον βελονισμό σαν μονοθεραπεία(4,8%). Συμπεραίνεται ότι η φύση του προβλήματος είναι αυτή που θα καθορίσει αν ο βελονισμός θα χρησιμοποιηθεί σαν μονοθεραπεία.



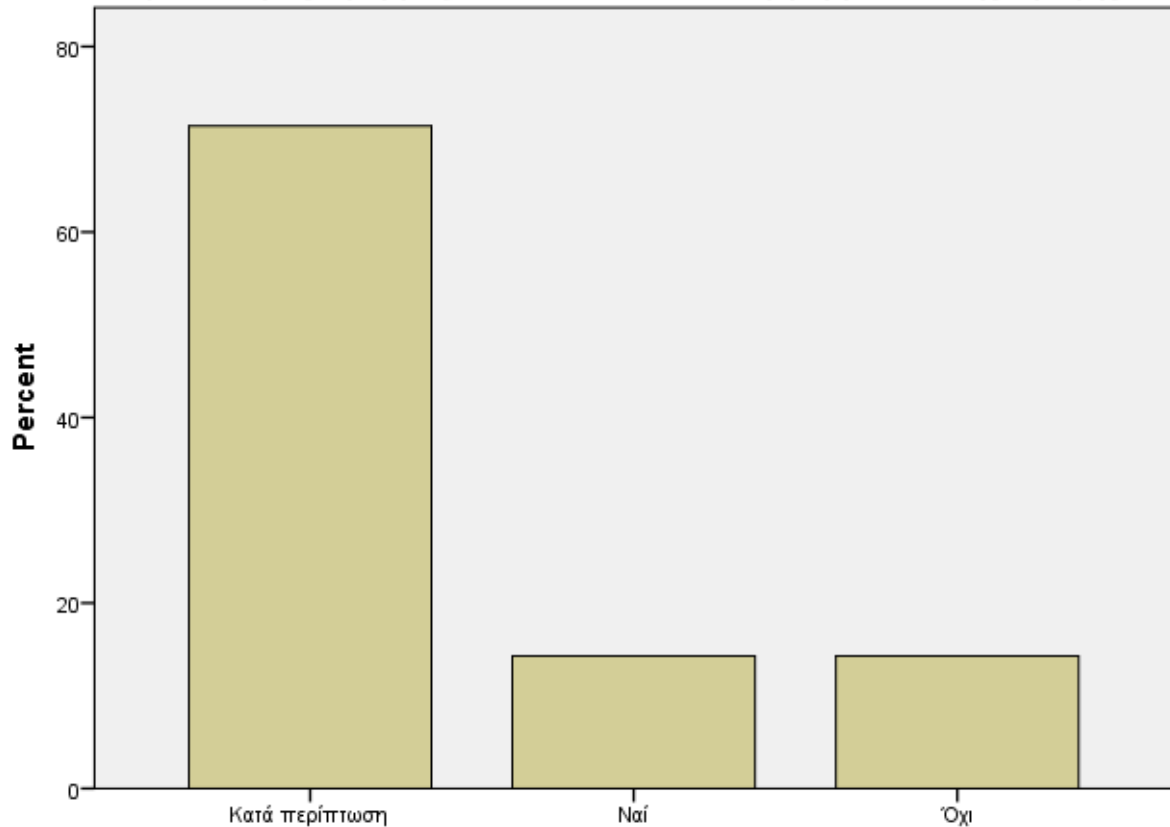
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων στην ερώτηση αν θεωρούν ότι ο βελονισμός μπορεί να αντικαταστήσει την επεμβατική μέθοδο. Από τα άτομα που συμμετείχαν τα 15(71,4%) πιστεύουν ότι ο βελονισμός μπορεί κατά περίπτωση να αντικαταστήσει την επεμβατική μέθοδο, οι 5(23,8%) πιστεύουν ότι ο βελονισμός δεν μπορεί να αντικαταστήσει την επεμβατική μέθοδο ενώ 1 άτομο (4,8%) απάντησε θετικά.

11. Θεωρείτε ότι ο βελονισμός μπορεί να αντικαταστήσει την επεμβατική μέθοδο



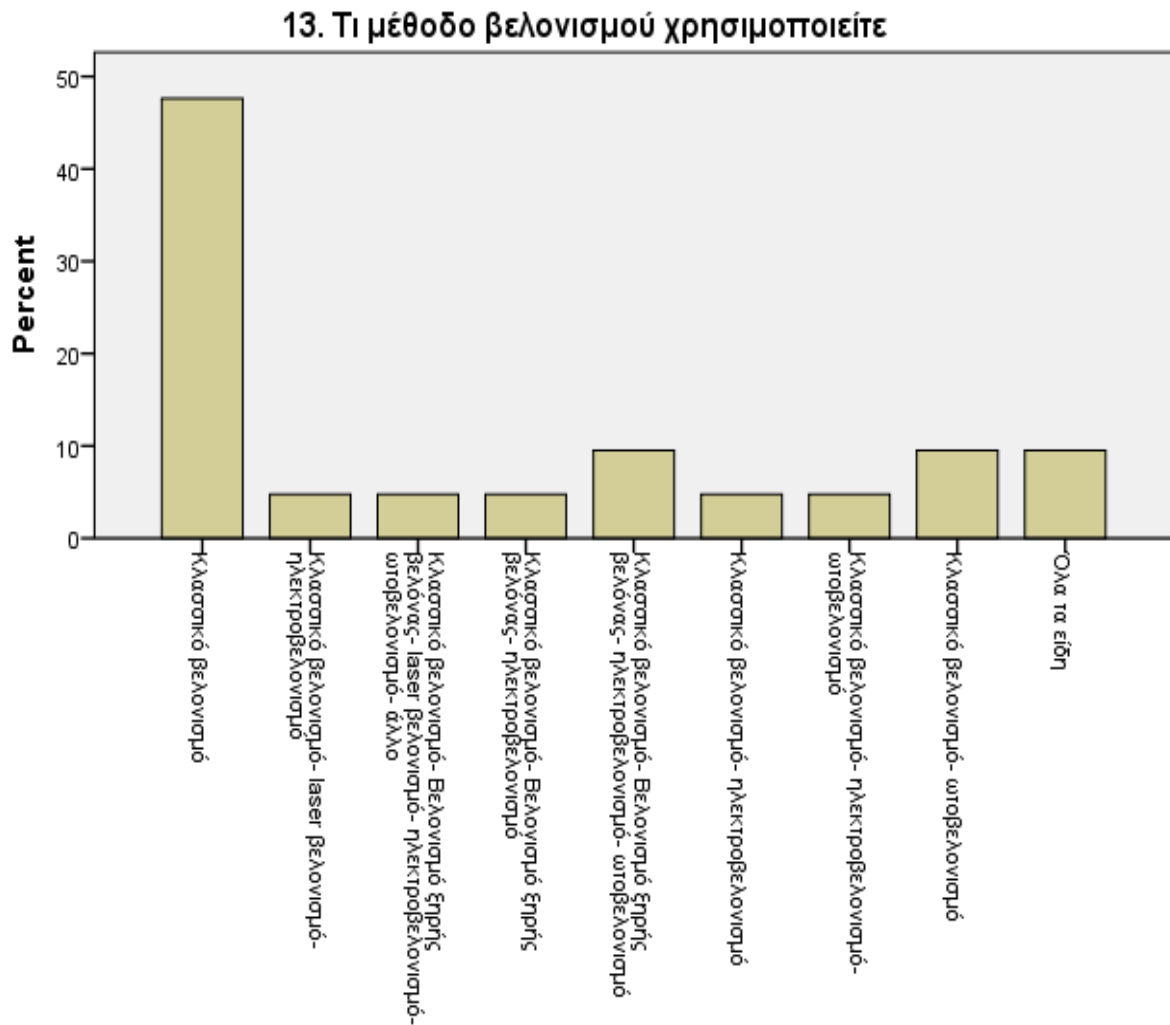
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων στην ερώτηση αν ο βελονισμός χρησιμοποιείται σε αντικατάσταση φαρμακευτικής αγωγής. Οι συμμετέχοντες στην πλειοψηφία τους, 15 άτομα (71,4%) πιστεύουν ότι ο βελονισμός αντικαθιστά κατά περίπτωση την φαρμακευτική αγωγή, ενώ τα υπόλοιπα άτομα ισόποσα δίνουν 3(14,3%) αρνητικές και 3(14,3%) θετικές απαντήσεις.

12α. Ο βελονισμός εφαρμόζεται σε αντικατάσταση φαρμακευτικής αγωγής



12α. Ο βελονισμός εφαρμόζεται σε αντικατάσταση φαρμακευτικής αγωγής

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το ποια μέθοδο βελονισμού χρησιμοποιούν. Όλοι οι ερωτηθέντες εφαρμόζουν κλασσικό βελονισμό είτε σαν μοναδικό είδος είτε παράλληλα με άλλα είδη βελονισμού. Στο γράφημα φαίνεται πώς 10 άτομα εφαρμόζουν μόνο κλασσικό βελονισμό (47,6%) ενώ 11 άτομα (52,4%) εκπονούν και άλλα είδη βελονισμού (κυρίως ωτοβελονισμό και ηλεκτροβελονισμό).

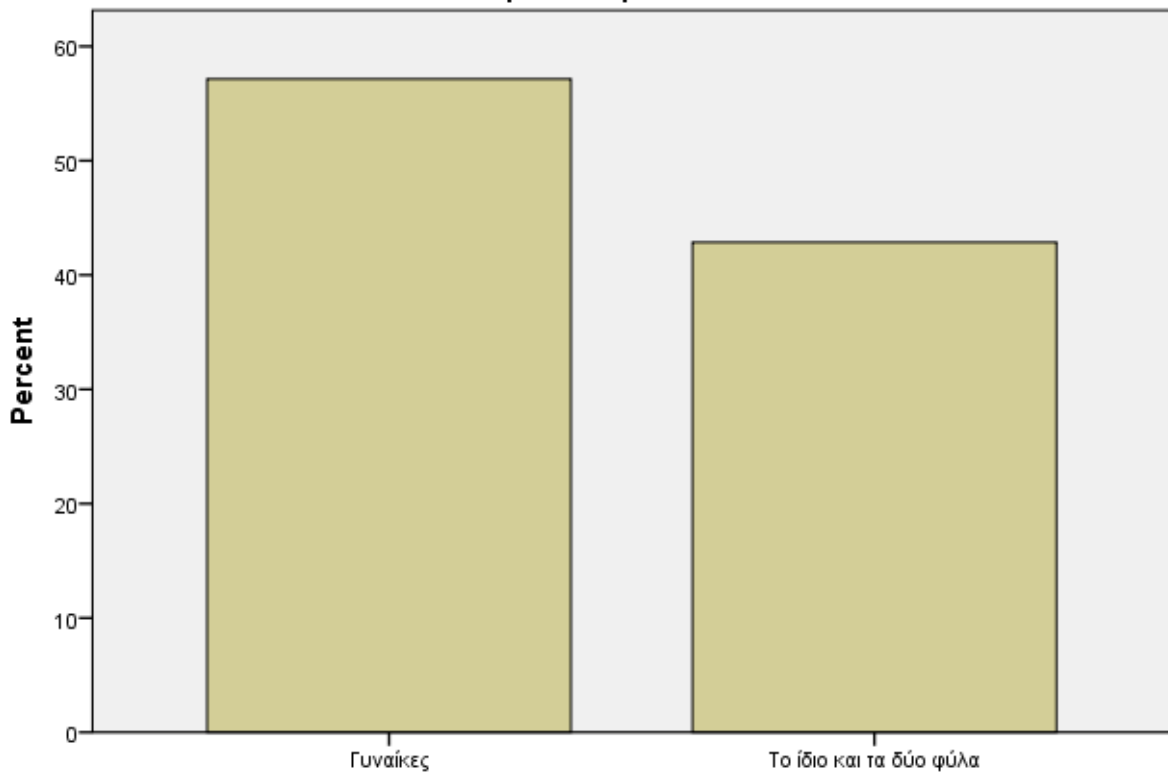


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ14 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το ηλικιακό φάσμα των ασθενών τους. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες, 19 (90,5%) από αυτούς υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς είναι όλων των ηλικιών και 2 μόνο άτομα (9,5%) υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς είναι 25 ετών και άνω.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν θεωρούν πιο θετικούς τους άνδρες ή τις γυναίκες στη θεραπεία με βελονισμό. Οι απαντήσεις που λήφθηκαν δείχνουν πως 12 άτομα (57,1%) υποστηρίζουν πως οι γυναίκες είναι πιο θετικές, ενώ 9(42,9%) άτομα υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα.

16. Θεωρείτε ότι οι άντρες ή οι γυναίκες είναι πιο θετικοί στην θεραπεία με βελονισμό



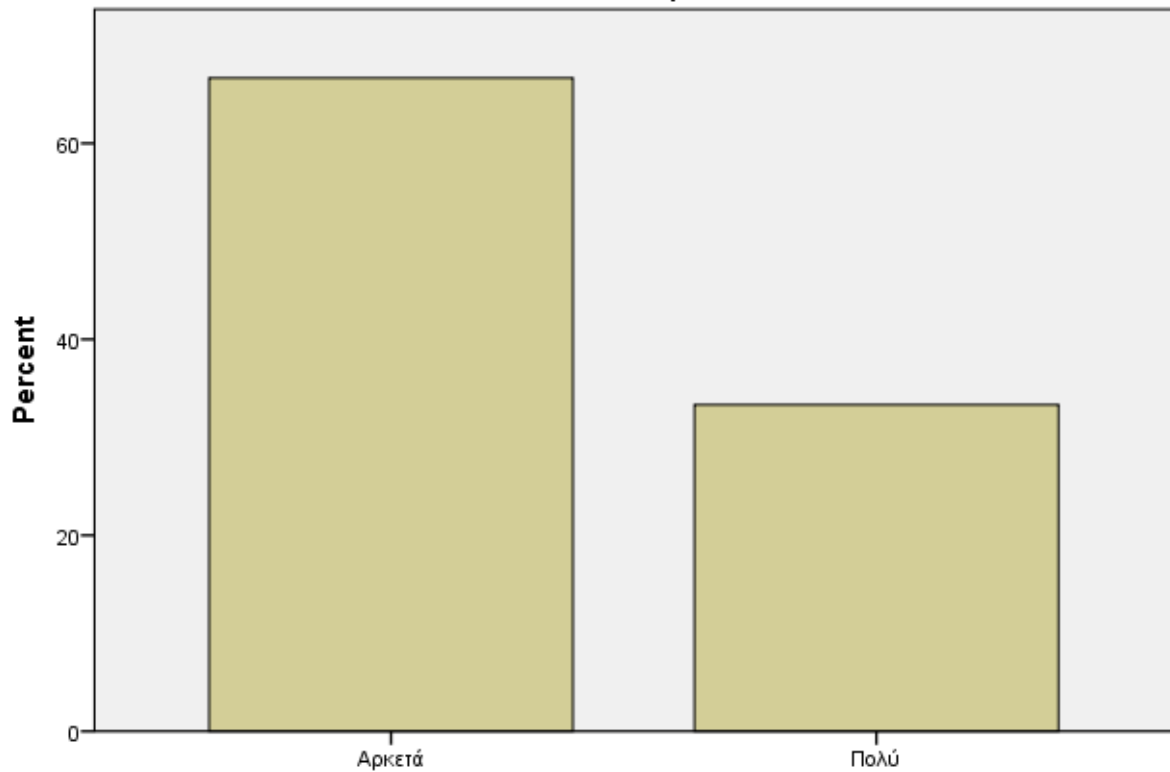
16. Θεωρείτε ότι οι άντρες ή οι γυναίκες είναι πιο θετικοί στην θεραπεία με βελονισμό

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων στο ερώτημα αν με την εφαρμογή βελονισμού έχουμε άμεσα αποτελέσματα θεραπείας. Στη πλειοψηφία των απαντήσεων, 19 (90,5%) άτομα εκ των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η αμεσότητα των αποτελεσμάτων εξαρτάται από την περίπτωση και 2(9,5%) θεωρούν ότι σε όλες τις περιπτώσεις έχουμε άμεσα αποτελέσματα θεραπείας.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν έχει αυξηθεί η απήχηση του βελονισμού στην Ελλάδα τα τελευταία έτη. Όλοι οι ερωτηθέντες υποστηρίζουν ότι η απήχηση του βελονισμού έχει αυξηθεί, από αυτούς οι 14 (66,7%) πιστεύουν ότι έχει αυξηθεί αρκετά και οι 7 από τους ερωτηθέντες (33,3%) θεωρούν ότι η απήχηση έχει αυξηθεί πολύ τα τελευταία έτη στη χώρα μας.

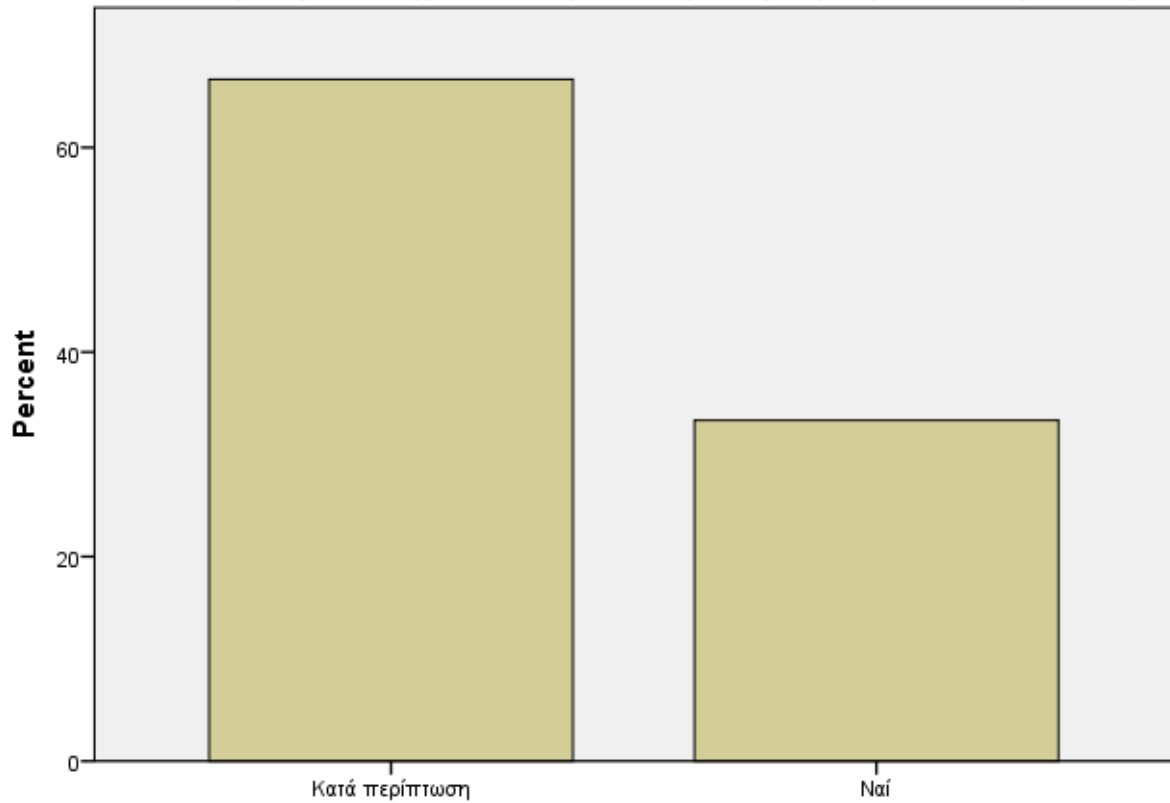
19. Πιστεύετε ότι έχει αυξηθεί η απήχηση του βελονισμού στην Ελλάδα τα τελευταία έτη



19. Πιστεύετε ότι έχει αυξηθεί η απήχηση του βελονισμού στην Ελλάδα τα τελευταία έτη

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν οι ασθενείς αποδέχονται τον βελονισμό ως κύρια μέθοδο θεραπείας. Στο σύνολο των ερωτηθέντων φαίνεται πως οι 14 (66,7%) υποστηρίζουν ότι ο βελονισμός μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κύρια μέθοδος θεραπείας ανάλογα με την περίπτωση ενώ οι 7(33,3%) υποστηρίζουν πως είναι μια κύρια μέθοδος θεραπείας σε κάθε περίπτωση.

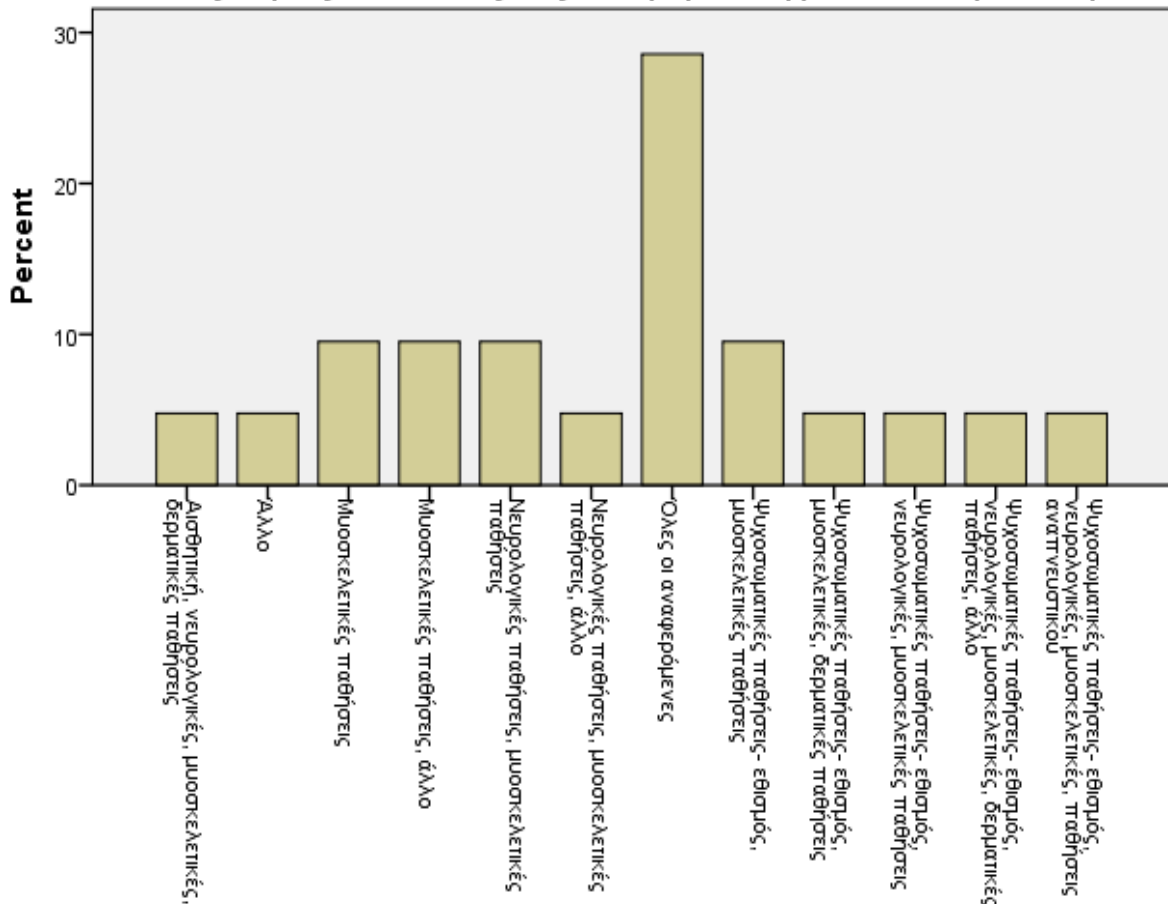
20. Οι ασθενείς σας αποδέχονται τον βελονισμό ως κύρια μέθοδο θεραπείας



20. Οι ασθενείς σας αποδέχονται τον βελονισμό ως κύρια μέθοδο θεραπείας

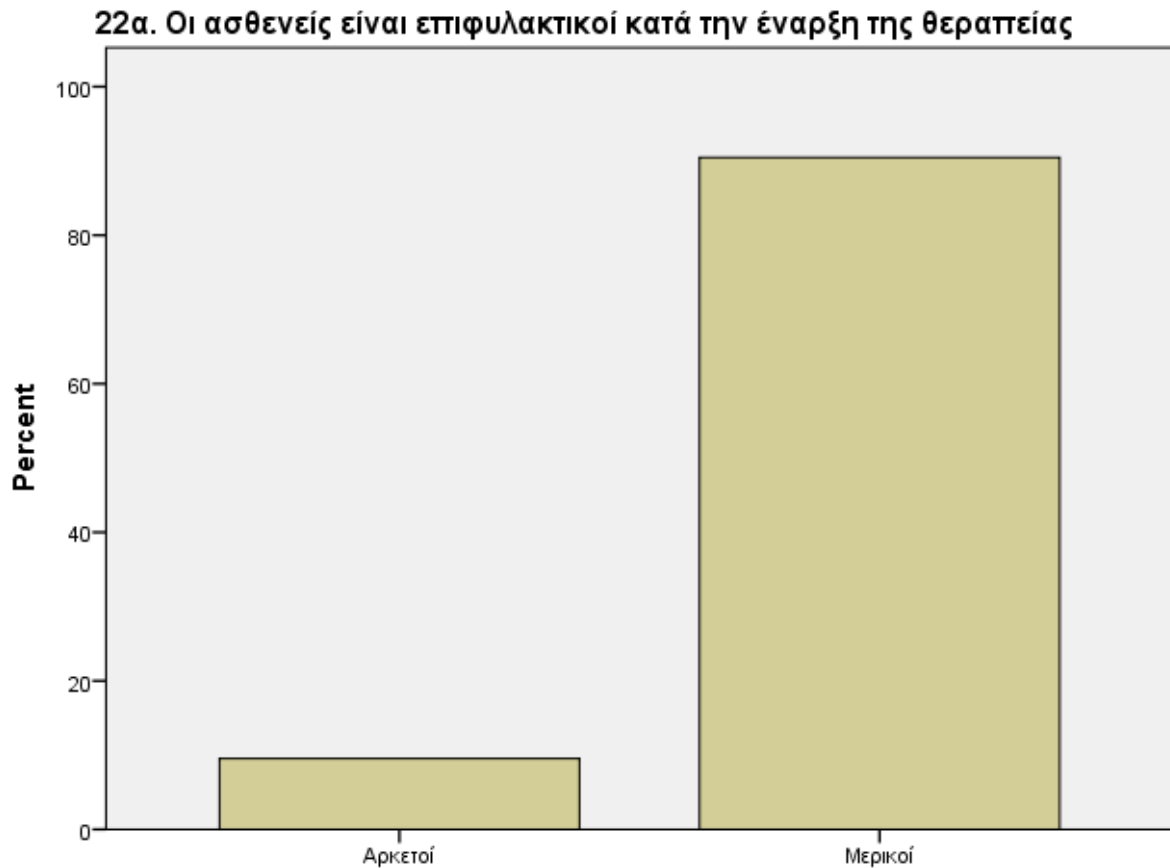
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με τους λόγους που οι ασθενείς τους κατέφυγαν στη μέθοδο του βελονισμού. Εδώ τα αποτελέσματα δεν είναι ξεκάθαρα αφού κάθε ερωτώμενος είχε αντιμετωπίσει διαφορετικά περιστατικά. Μια γενική εικόνα δείχνει πως οι ασθενείς καταφεύγουν στο βελονισμό για πλήθος μυοσκελετικών, νευρολογικών, ψυχοσωματικών και άλλων παθήσεων και νόσων.

21. Για ποιούς λόγους οι ασθενείς σας κατέφυγαν στη μέθοδο του βελονισμού



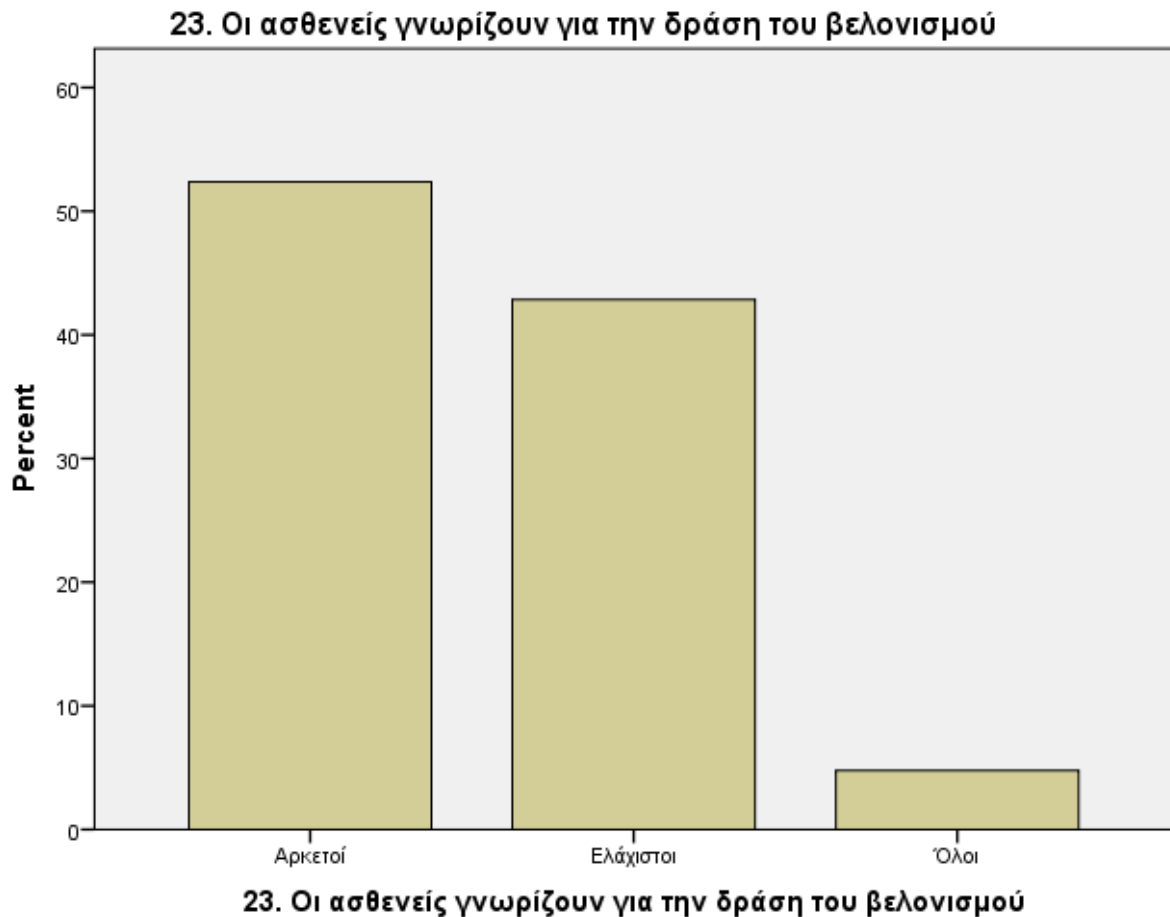
21. Για ποιούς λόγους οι ασθενείς σας κατέφυγαν στη μέθοδο του ...

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν οι ασθενείς είναι επιφυλακτικοί κατά την έναρξη της θεραπείας. Στο σύνολο των απαντήσεων, 19 (90,5%) άτομα από τους ερωτηθέντες υποστηρίζουν ότι λίγοι μόνο από τους ασθενείς τους είναι επιφυλακτικοί και 2(9,5%) άτομα υποστηρίζουν ότι αρκετοί από τους ασθενείς τους είναι επιφυλακτικοί.



22α. Οι ασθενείς είναι επιφυλακτικοί κατά την έναρξη της θεραπείας

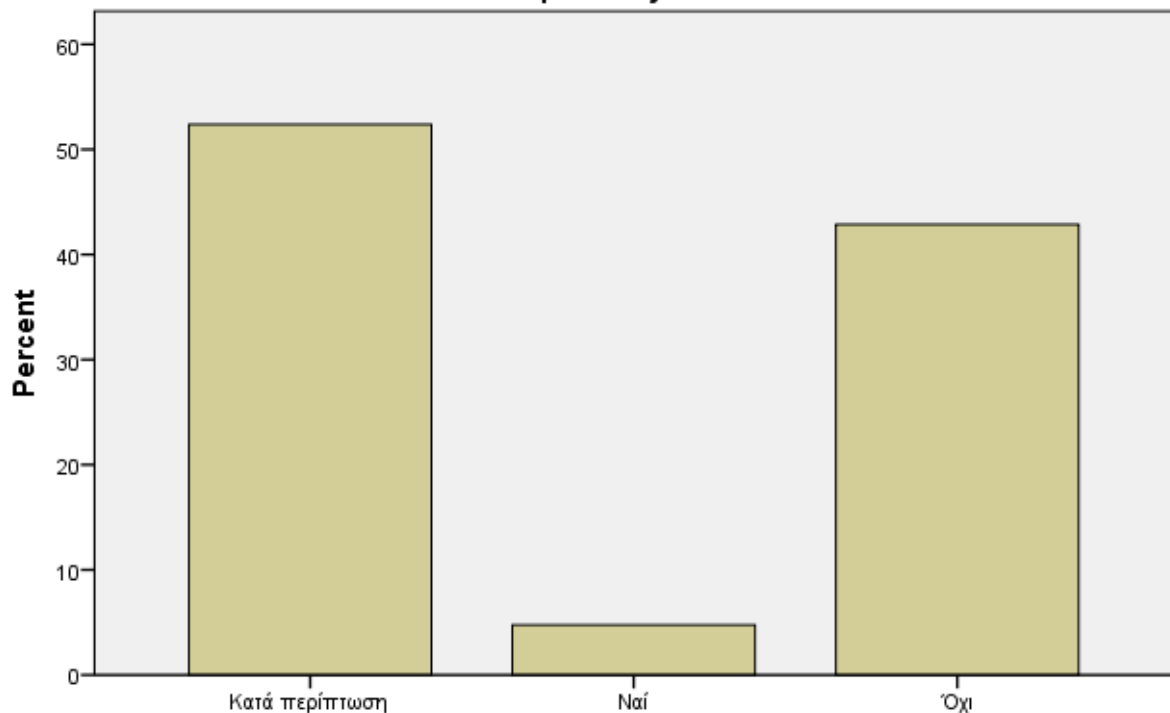
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν οι ασθενείς γνωρίζουν για την δράση του βελονισμού. Σε αυτή την ερώτηση το δείγμα παρουσίασε διχογνωμία καθώς οι 11 (52,4%) ερωτώμενοι υποστήριξαν πως αρκετοί ασθενείς γνωρίζουν για την δράση του βελονισμού ενώ οι 9(42,9%) υποστήριξαν ότι λίγοι ασθενείς γνωρίζουν την δράση του βελονισμού. Τέλος μόνο 1(4,8%) άτομο θεωρούσε ότι όλοι οι ασθενείς που πάνε για θεραπεία γνωρίζουν τη δράση του βελονισμού.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν η εμφάνιση πόνου κατά την εφαρμογή του βελονισμού είναι ανασταλτικός παράγοντας για την

εξέλιξη της θεραπείας. Σε αυτή την ερώτηση το δείγμα παρουσίασε διχογνωμία καθώς οι 11 (52,4%) ερωτώμενοι υποστήριζαν πως το αν ο πόνος είναι ανασταλτικός παράγοντας σχετίζεται με την περίπτωση, ενώ οι 9(42,9%) υποστήριζαν ότι η εμφάνιση πόνου δεν αναστέλλει την εξέλιξη της θεραπείας. Τέλος μόνο 1(4,8%) άτομο θεωρούσε ότι ο πόνος είναι ανασταλτικός παράγοντας.

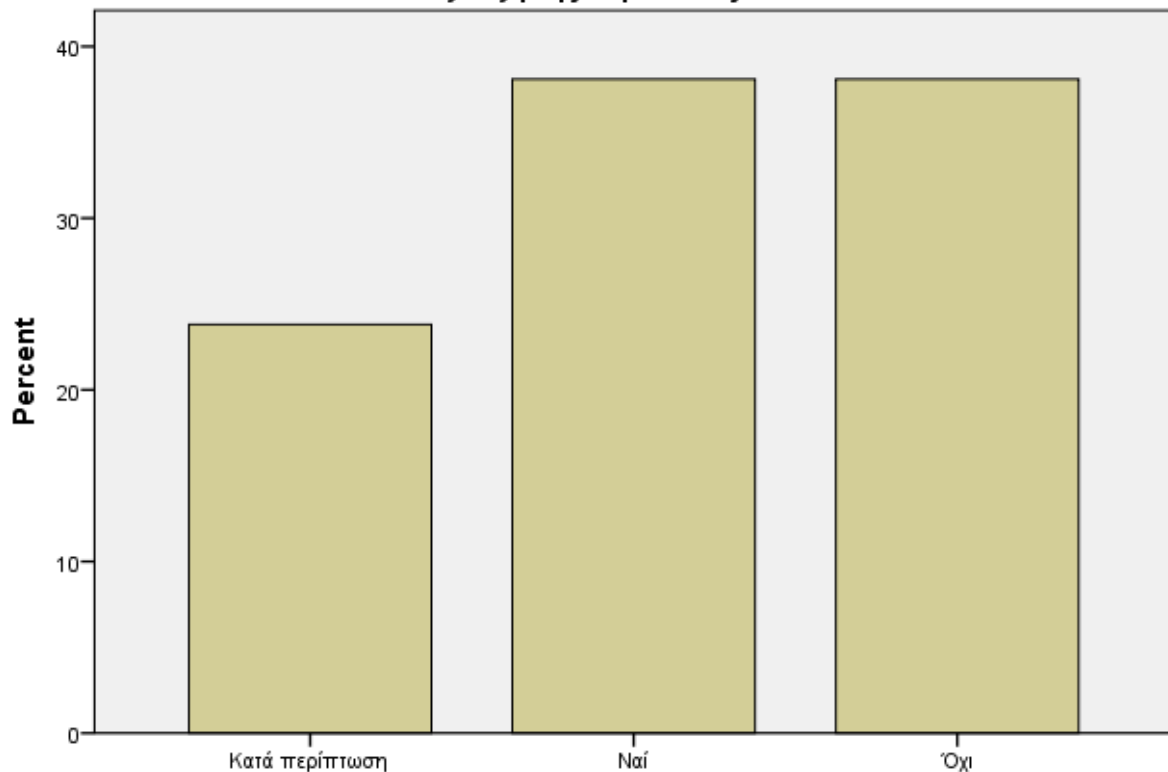
24. Η εμφάνιση "πόνου" (είτε πόνος σημείου είτε γενικός πόνος) κατά την εφαρμογή του βελονισμού, είναι ανασταλτικός παράγοντας για την εξέλιξη της θεραπείας



24. Η εμφάνιση "πόνου" (είτε πόνος σημείου είτε γενικός πόνος) κατά την εφαρμογή του βελονισμού, είναι ανασταλτικός παράγοντας για την εξέλιξη της θεραπείας

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 23: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν ο φόβος του πόνου είναι ανασταλτικός παράγοντας για την εξέλιξη της θεραπείας. Συνολικά οι 16 ερωτηθέντες δίνουν αντικρουόμενες απαντήσεις καθώς 8 (38,1%) από αυτούς πιστεύουν ότι ο φόβος του πόνου είναι ανασταλτικός παράγοντας και 8 (38,1%) υποστηρίζουν ότι δεν είναι. Τα υπόλοιπα 11 (52,4%) άτομα υποστηρίζουν ότι ο φόβος του πόνου μπορεί να φανεί ανασταλτικός σε κάποιες περιπτώσεις. Συνοψίζοντας τα παραπάνω φαίνεται πως ο φόβος του πόνου μπορεί να θεωρηθεί ανασταλτικός παράγοντας της εξέλιξης της θεραπείας.

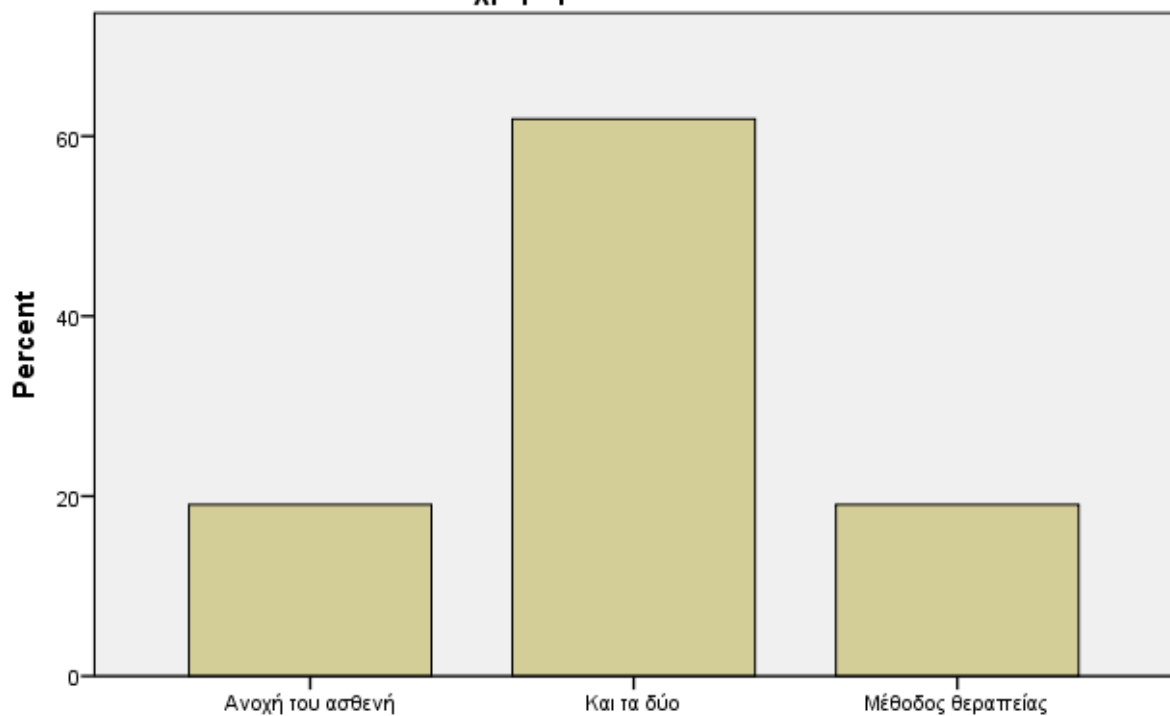
25. Πιστεύετε ότι ο φόβος του πόνου είναι ανασταλτικός παράγοντας για την εξέλιξη της θεραπείας



25. Πιστεύετε ότι ο φόβος του πόνου είναι ανασταλτικός παράγοντας για την εξέλιξη της θεραπείας

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 24: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με την άποψη τους για το αν η εμφάνιση πόνου κατά την εφαρμογή βελονισμού σχετίζεται με την ανοχή των ασθενών στον πόνο ή με τη μέθοδο θεραπείας που χρησιμοποιείται. Οι 13 (61,9%) ερωτηθέντες υποστηρίζουν ότι η εμφάνιση πόνου σχετίζεται τόσο με την ανοχή των ασθενών όσο και με την μέθοδο θεραπείας, ενώ 4 (19%) ερωτηθέντες υποστηρίζουν ότι σχετίζεται μόνο με την ανοχή των ασθενών και άλλοι 4(19%) ερωτηθέντες υποστηρίζουν ότι η ανοχή στο πόνο σχετίζεται μόνο με την μέθοδο θεραπείας.

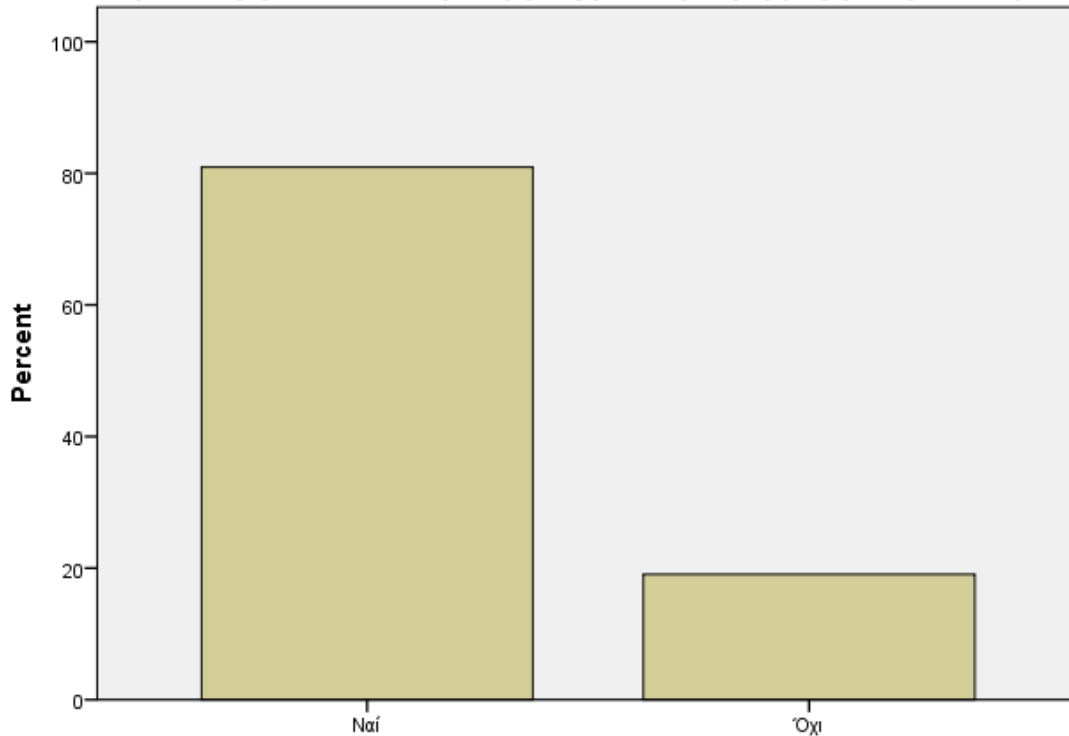
26. Θεωρείτε ότι η εμφάνιση "πόνου" κατά την εφαρμογή του βελονισμού σχετίζεται με την ανοχή των ασθενών στον πόνο ή με την μέθοδο θεραπείας που χρησιμοποιείτε



26. Θεωρείτε ότι η εμφάνιση "πόνου" κατά την εφαρμογή του βελονισμού σχετίζεται με την ανοχή των ασθενών στον πόνο ή με την μέθοδο θεραπείας που χρησιμοποιείτε

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 25: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν μπορούν να εμφανιστούν παρενέργειες μετά την εφαρμογή βελονισμού. Στην πλειοψηφία των απαντήσεων 17 (81%) εκ των ερωτηθέντων θεωρούν ότι μπορεί να εμφανιστούν παρενέργειες μετά την εφαρμογή του βελονισμού και 4(19%) άτομα θεωρούν ότι δεν υπάρχουν παρενέργειες.

27α. Μπορεί να εμφανιστούν παρενέργειες μετά την εφαρμογή του βελονισμού

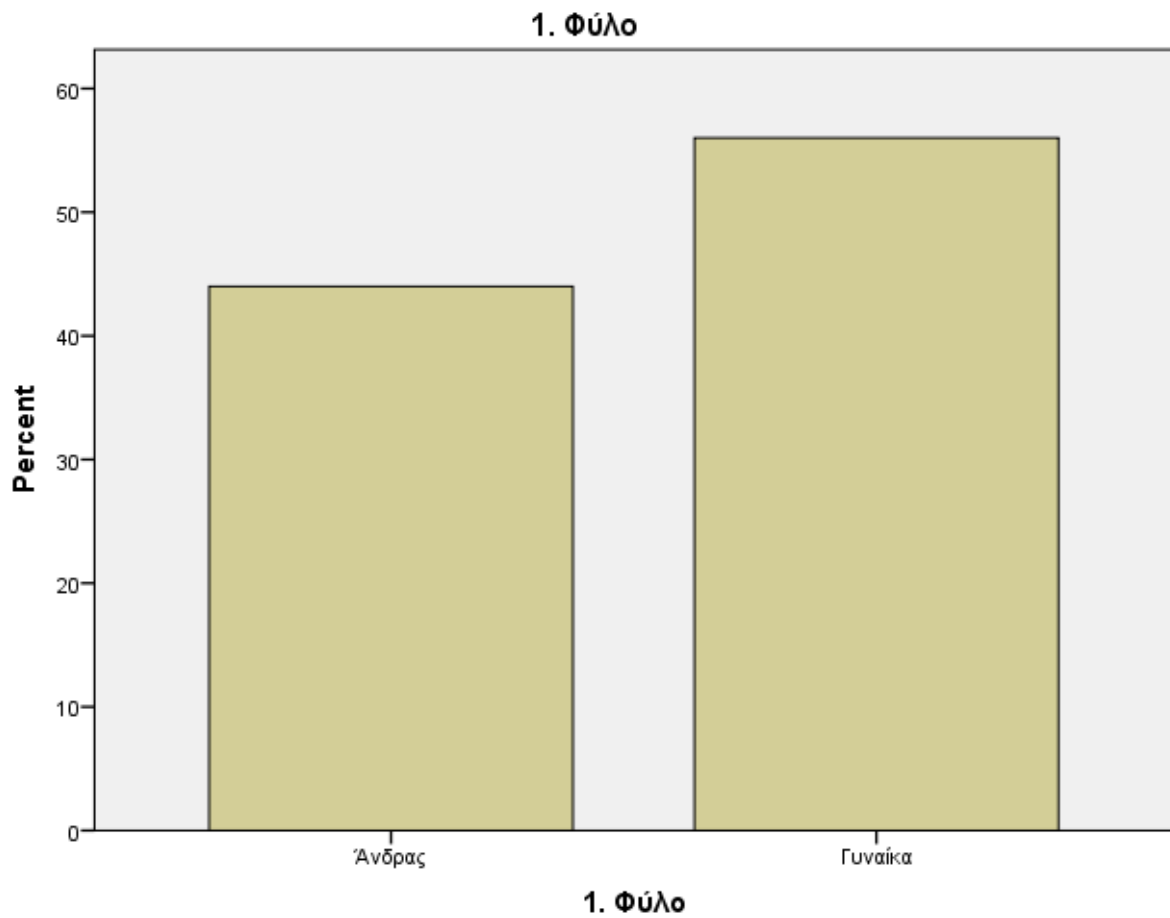


27α. Μπορεί να εμφανιστούν παρενέργειες μετά την εφαρμογή του βελονισμού

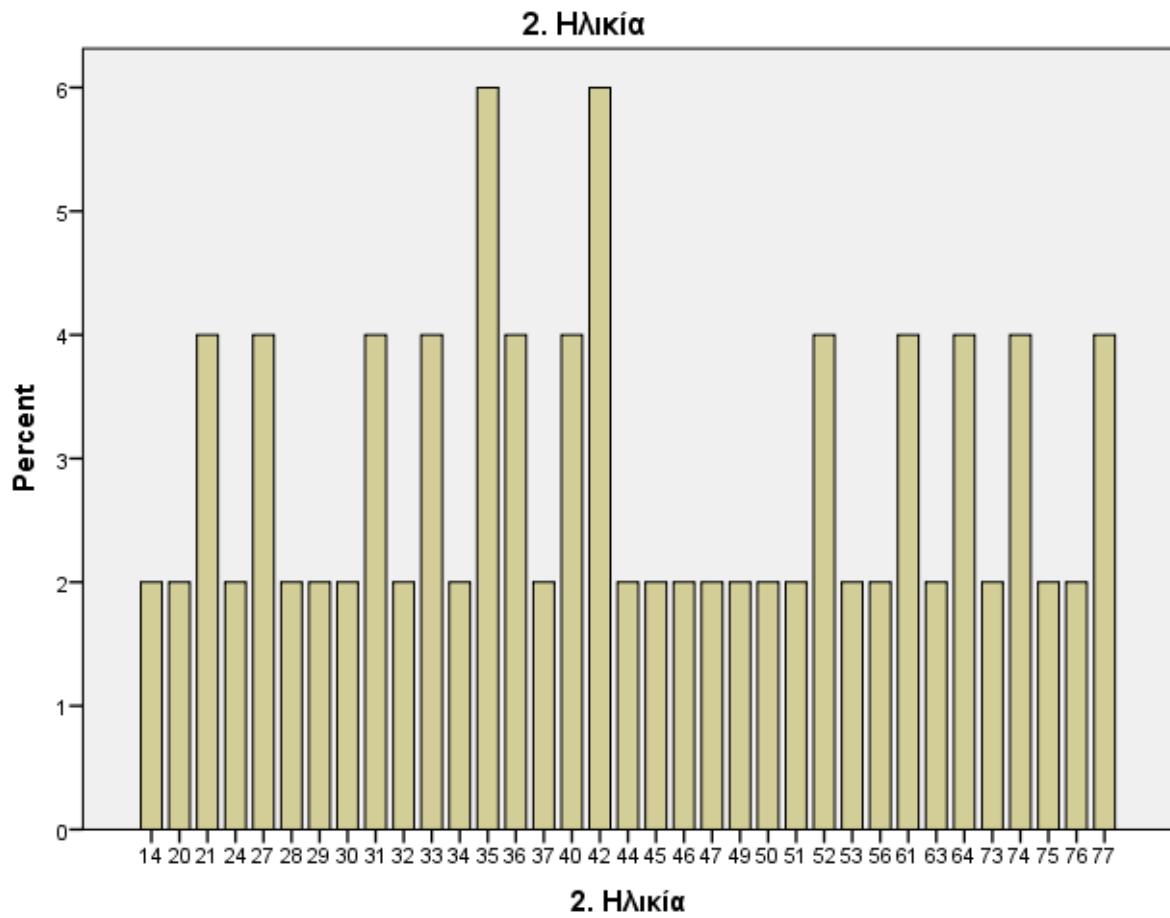
7.2 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ- ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΩΝ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.

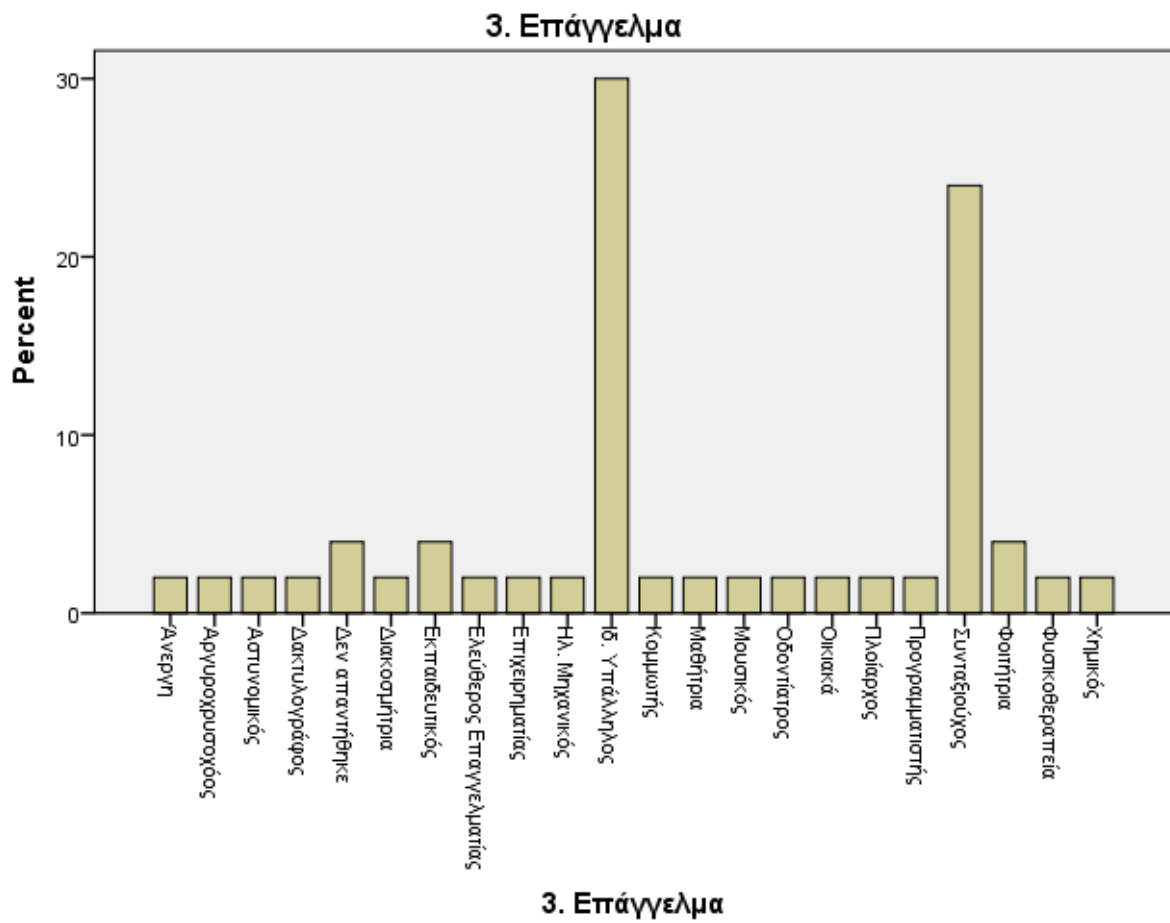
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Στη παρούσα μελέτη πήραν μέρος 50 ασθενείς Ελληνικής καταγωγής στη περιοχή της Αθήνας, το μεγαλύτερο δείγμα λήφθηκε από το Τμήμα Φυσικοθεραπείας του ΙΑΣΩ GENERAL και από την Ακαδημία Αρχαίας Ελληνικής και Κινέζικης Ιατρικής. Στην έρευνα συμμετείχαν 22(44%) άνδρες και 28 (56%) γυναίκες όλων των ηλικιών.



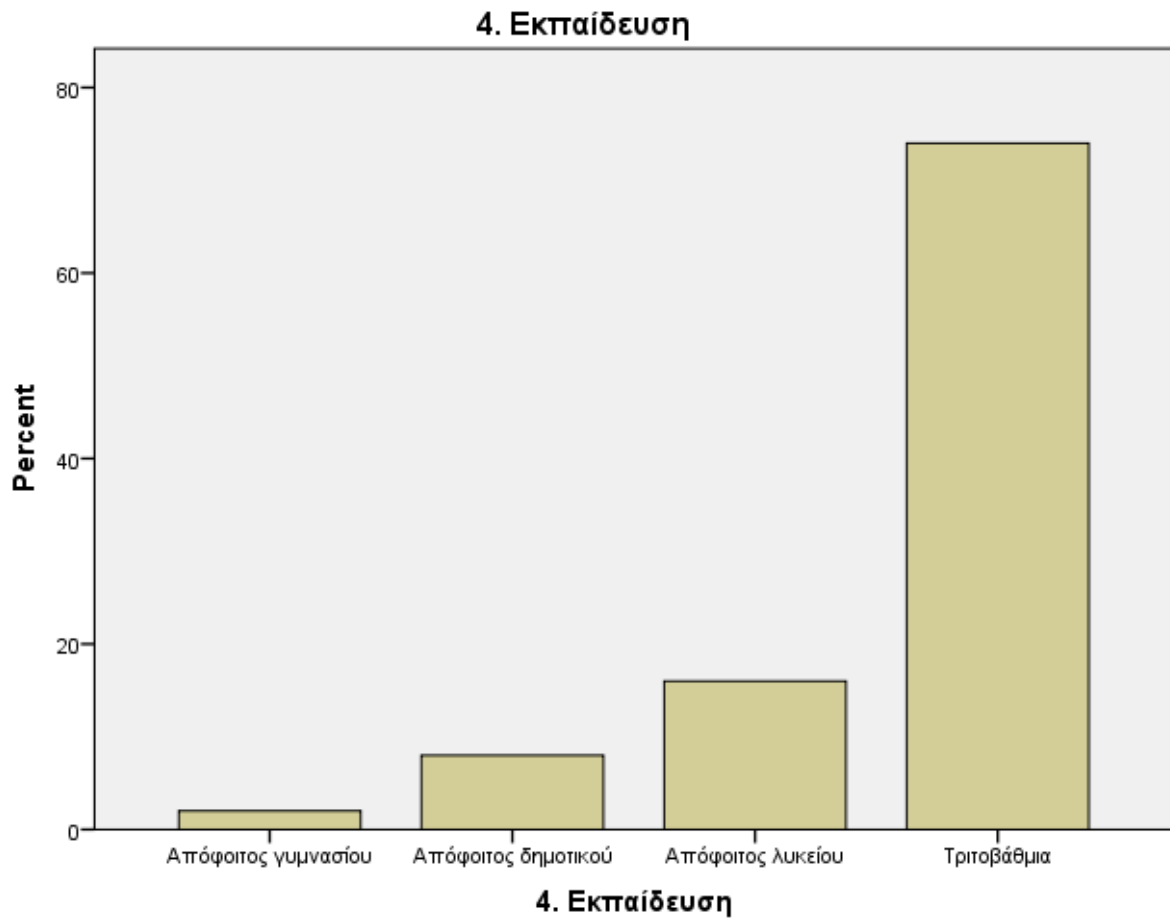
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με την ηλικία τους. Το φάσμα των ηλικιών κυμαίνεται από 14 ετών έως 77 ετών με μέσο όρο τα 45 έτη.



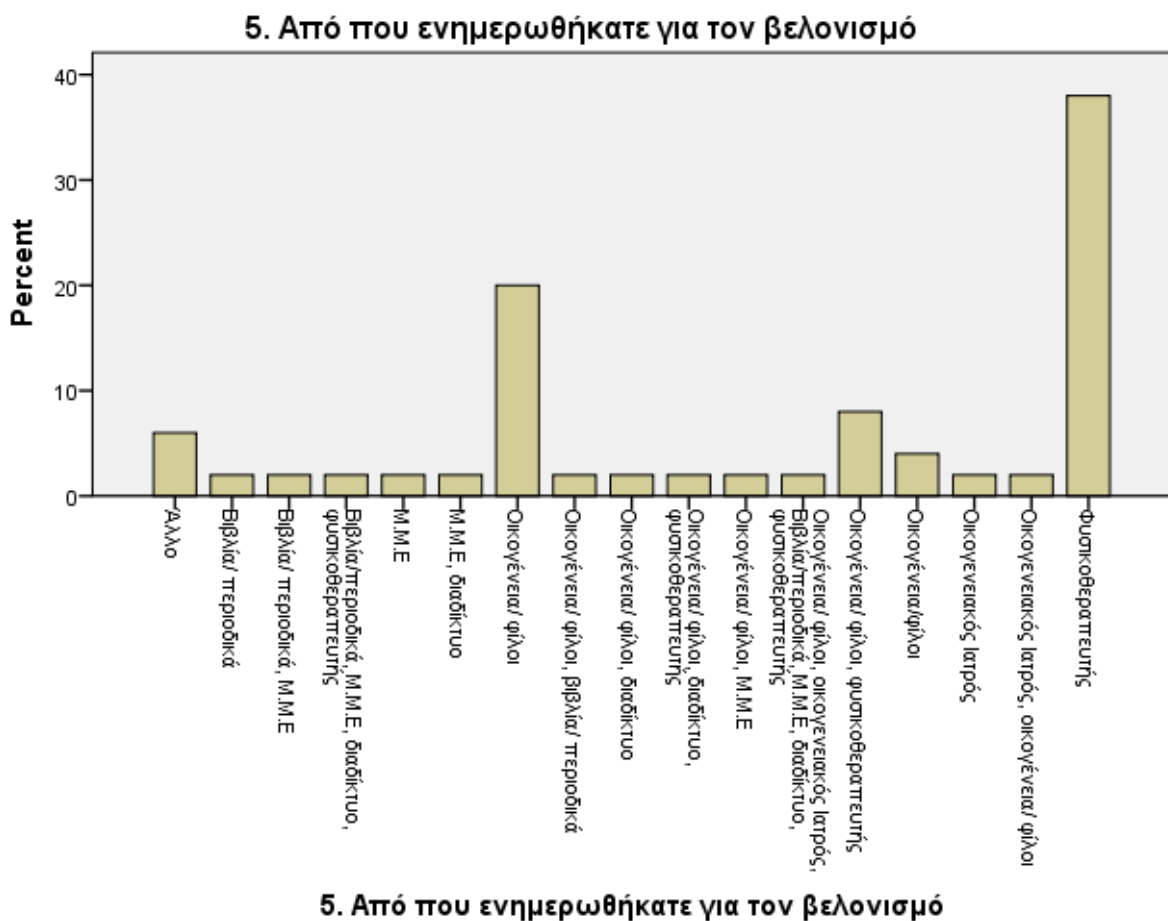
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το επάγγελμα τους. Στην πλειοψηφία του δείγματος φαίνεται να είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι και συνταξιούχοι.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευση τους. Φαίνεται ότι οι 37 (54%) ερωτηθέντες ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, 8(16%) ερωτηθέντες ήταν απόφοιτοι λυκείου και μόνο 5(10%) ήταν χαμηλότερης εκπαίδευσης.



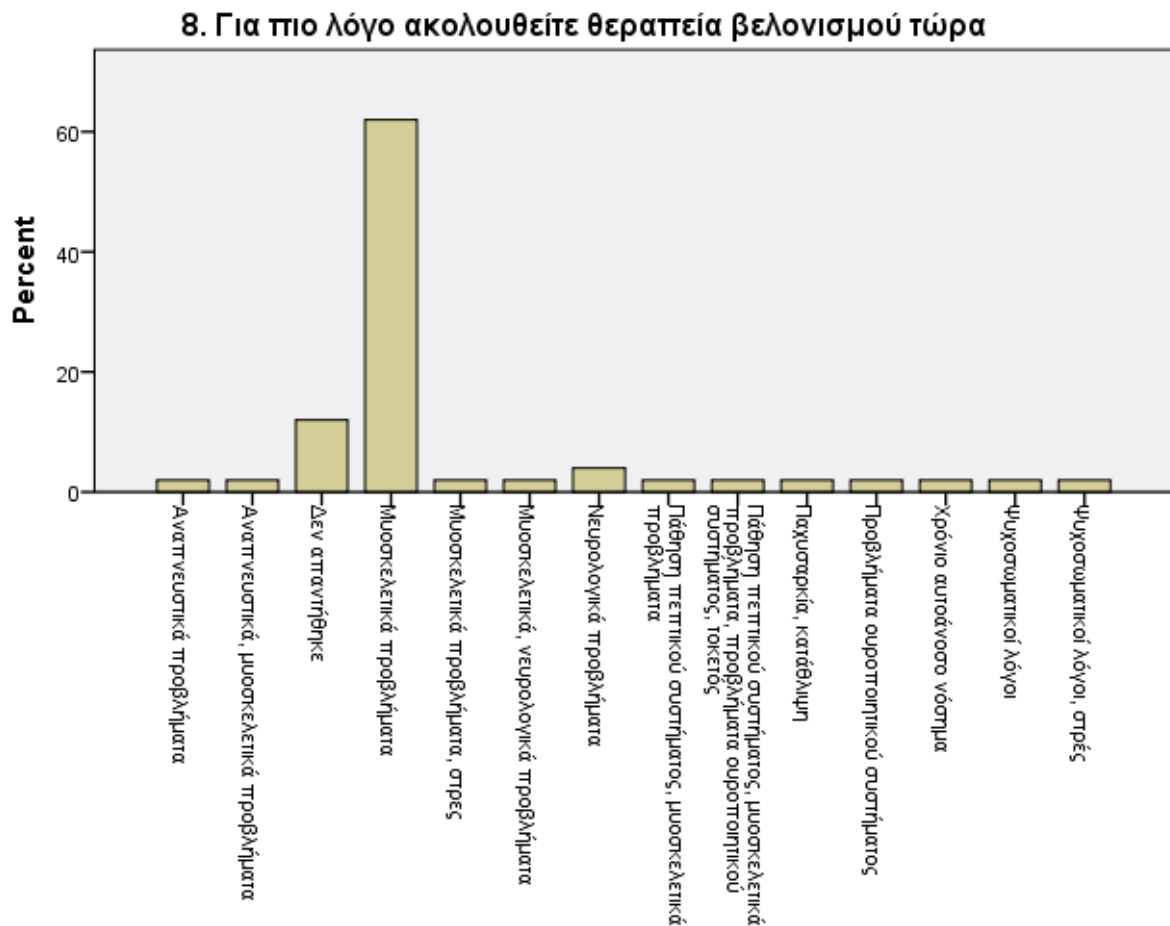
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με τα πώς ενημερώθηκαν για τον βελονισμό. Φαίνεται πως στην πλειοψηφία οι ερωτηθέντες ενημερώθηκαν για τον βελονισμό από οικογένεια και φίλους ή από τους φυσικοθεραπευτές τους. Έτσι τα 19(38%) άτομα είχαν ενημερωθεί από τον φυσικοθεραπευτή τους, τα 10(20%) άτομα από οικογένεια και φίλους και τα υπόλοιπα 21(42%) από οικογένεια, Μ.Μ.Ε, οικογενειακούς ιατρούς ,βιβλία και από άλλα μέσα.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν τον βελονισμό εναλλακτική θεραπεία ή ιατρική μέθοδο. Οι 38(76%) ασθενείς θεωρούν τον βελονισμό εναλλακτική θεραπεία, οι 10(20%) ασθενείς θεωρούν τον βελονισμό ιατρική μέθοδο και 2(4%) ασθενείς θεωρούν πως ο βελονισμός μπορεί να είναι και εναλλακτική θεραπεία και ιατρική μέθοδος.



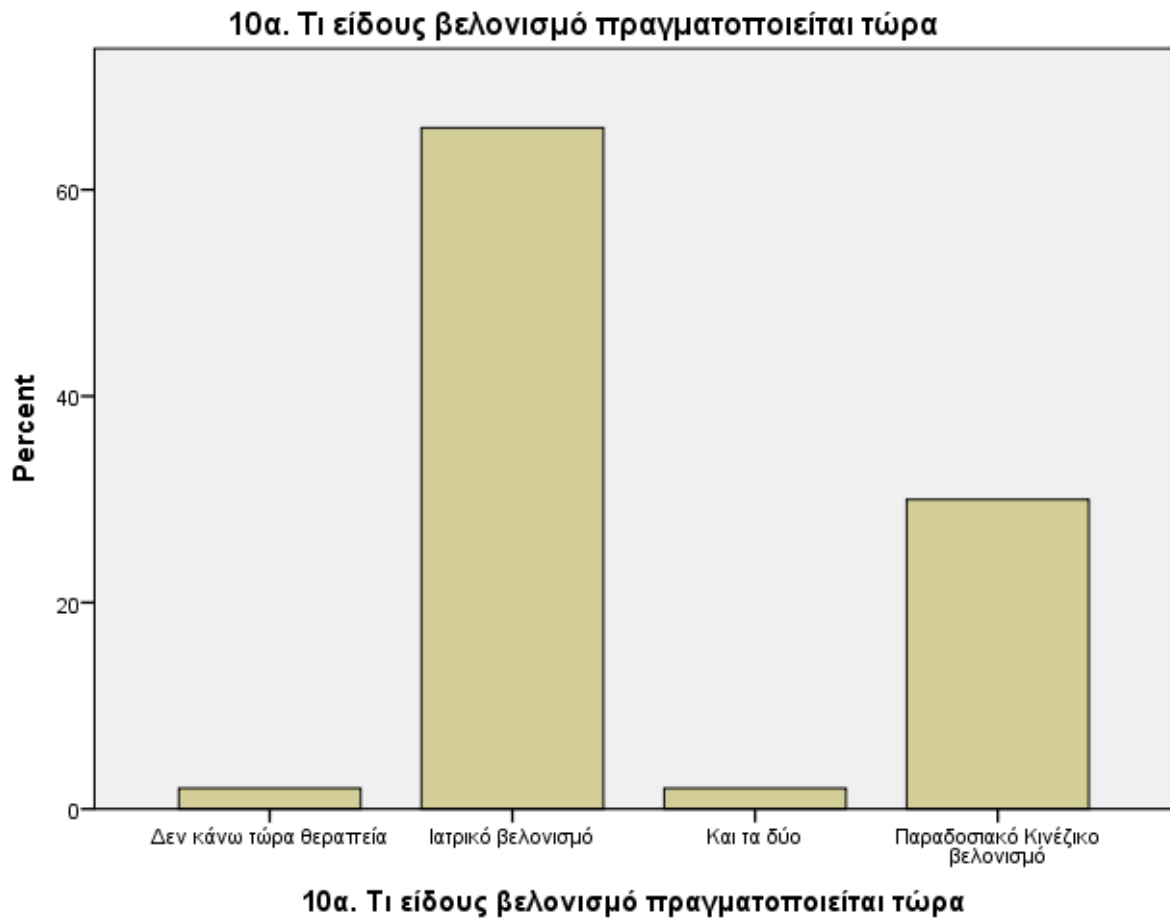
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους τους οποίους έκαναν θεραπεία με βελονισμό. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι λόγοι ήταν καθαρά μυοσκελετικοί καθώς 31(62%) έκαναν θεραπεία μόνο για μυοσκελετικά προβλήματα. Από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες 6(12%) άτομα δεν θέλησαν να απαντήσουν τους λόγους για τους οποίους κάνουν θεραπεία, ενώ τα 13(26%) άτομα έκαναν θεραπεία για νευρολογικές διαταραχές, ψυχοσωματικές διαταραχές και άλλες παθολογίες.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με τον αν έχουν ακολουθήσει θεραπεία βελονισμού στο παρελθόν. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν προηγούμενη εμπειρία βελονισμού τουλάχιστον μια φορά. Φαίνεται ότι τα 14(28%) άτομα είχαν μονό μια προηγούμενη εμπειρία, τα 16(32%) άτομα είχαν παραπάνω από μία φορά δοκιμάσει θεραπεία με βελονισμό ενώ τα 20(40%) άτομα δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία.



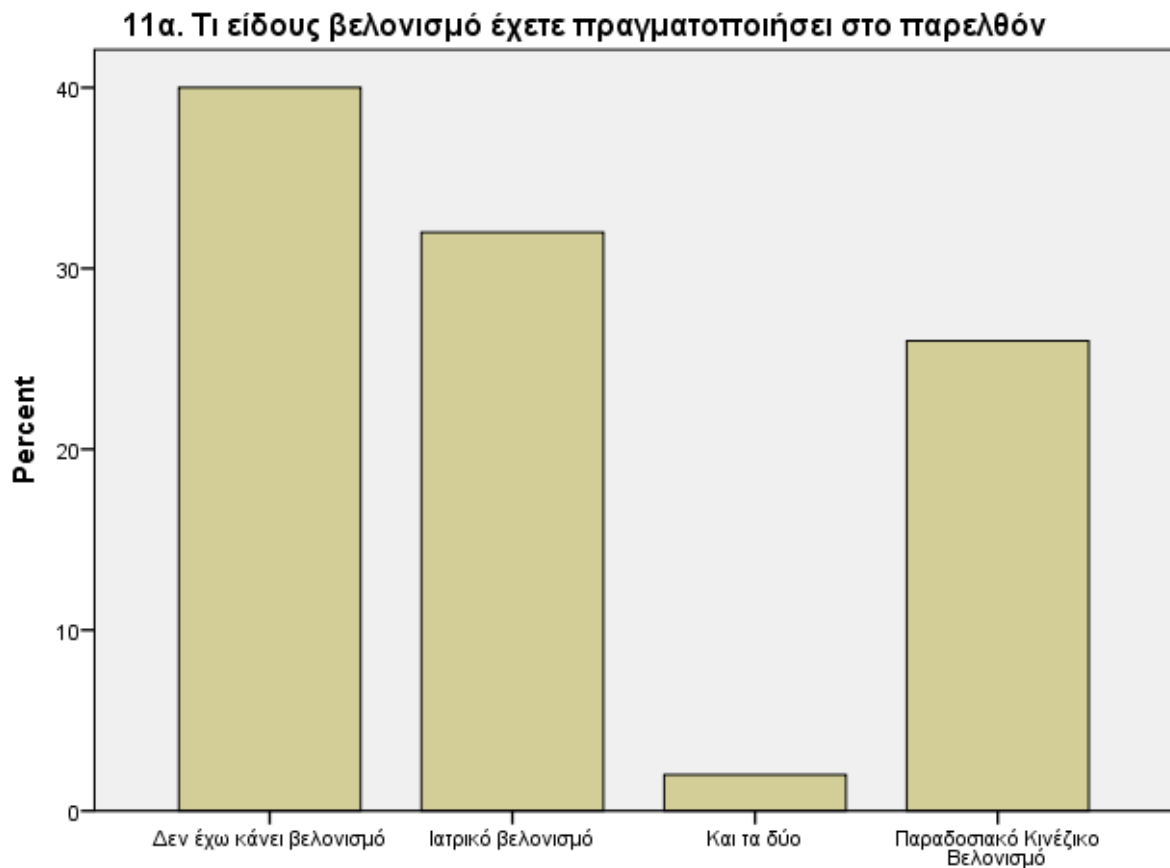
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος του βελονισμού που πραγματοποιούσαν το διάστημα της έρευνας. Οι 33 (66%) ασθενείς έκαναν ιατρικό βελονισμό, οι 15(30%) έκαναν παραδοσιακό κινέζικο βελονισμό, ενώ 1(2%) ασθενής έκανε και τα δύο είδη.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιο είδος βελονισμού πραγματοποιούσαν κατά την περίοδο της έρευνας. Οι 43(86%) δηλώσαν ότι έκαναν θεραπεία μόνο με βελόνες, οι 3(6%) ότι παράλληλα με της βελόνες έκαναν και ηλεκτροβελονισμό και οι 3 (6%) δήλωσαν παράλληλα ότι έκαναν και ωτοβελονισμό. Τέλος 1 άτομο δεν δεχόταν θεραπεία εκείνο το διάστημα.

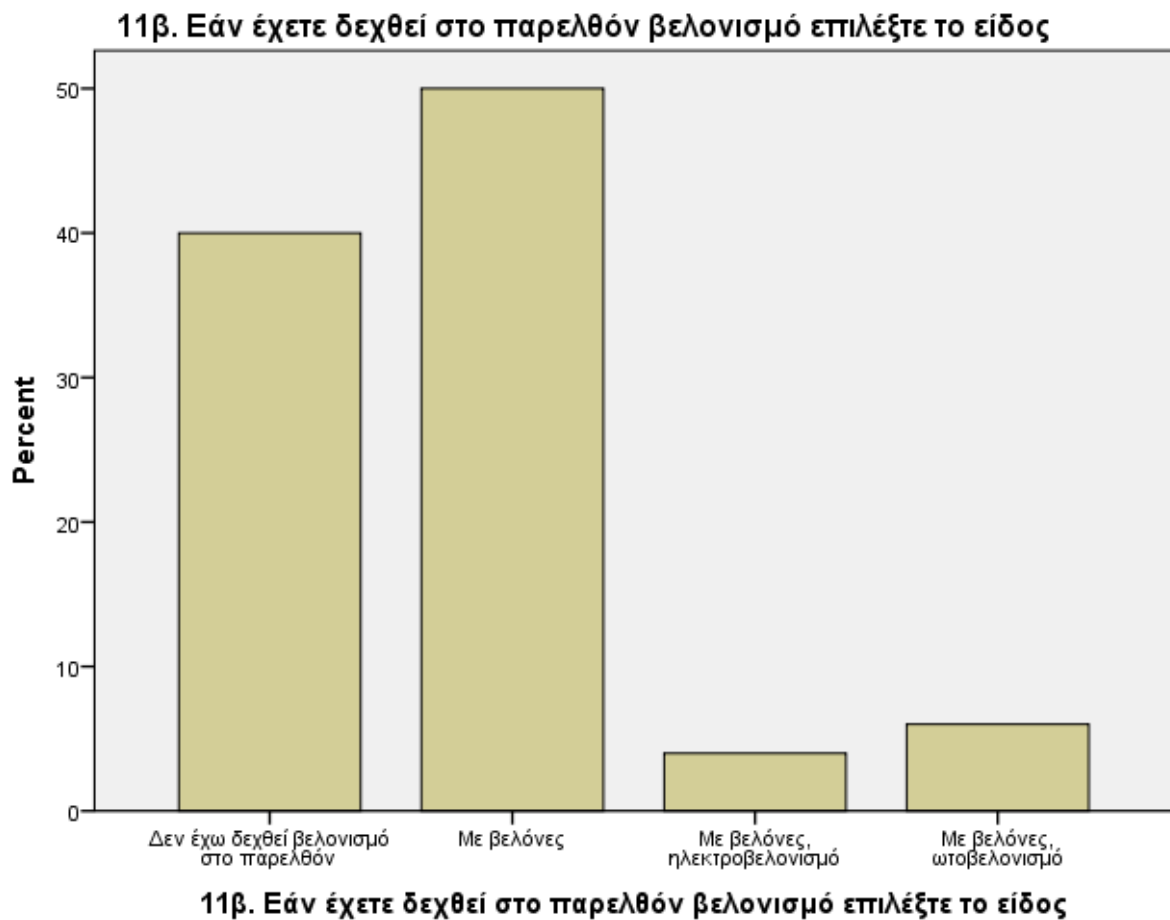


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος του βελονισμού που έχουν κάνει στο παρελθόν. Οι 29(58%) από τους ερωτηθέντες είχαν ακολουθήσει θεραπεία με βελονισμό και στο παρελθόν, από αυτούς οι 16(32%) ασθενείς είχαν κάνει ιατρικό βελονισμό και οι 13(26%) είχαν κάνει παραδοσιακό κινέζικο βελονισμό, ενώ 20(40%) από τους ερωτηθέντες δεν είχαν κάνει στο παρελθόν βελονισμό.

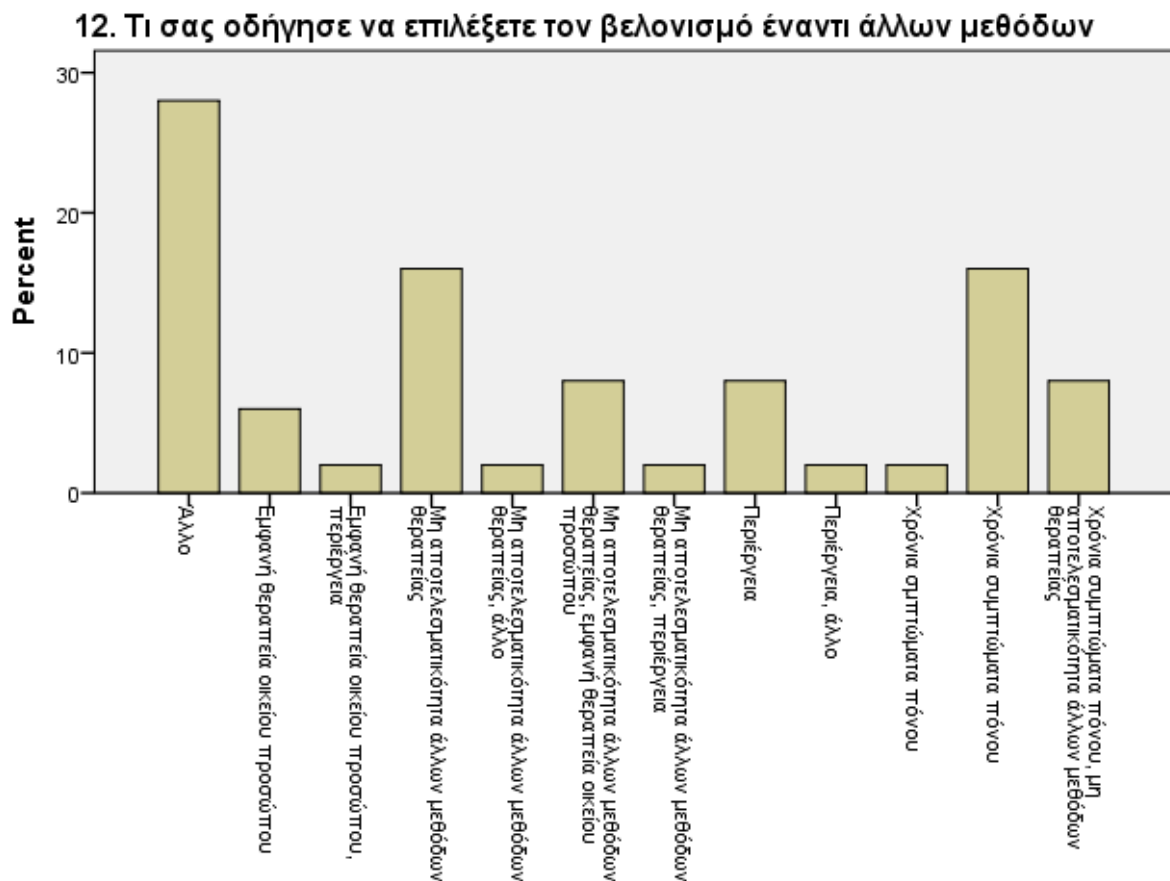


11α. Τι είδους βελονισμό έχετε πραγματοποιήσει στο παρελθόν

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος του βελονισμού που εφαρμόζαν στο παρελθόν. Οι 25(50%) ασθενείς έκαναν βελονισμό με βελόνες, οι 3(6%) παράλληλα έκαναν και ωτοβελονισμό, οι 2(4%) έκαναν παράλληλα και ηλεκτροβελονισμό και 20(40%) των ερωτηθέντων δεν είχαν ξανακάνει βελονισμό στο παρελθόν.



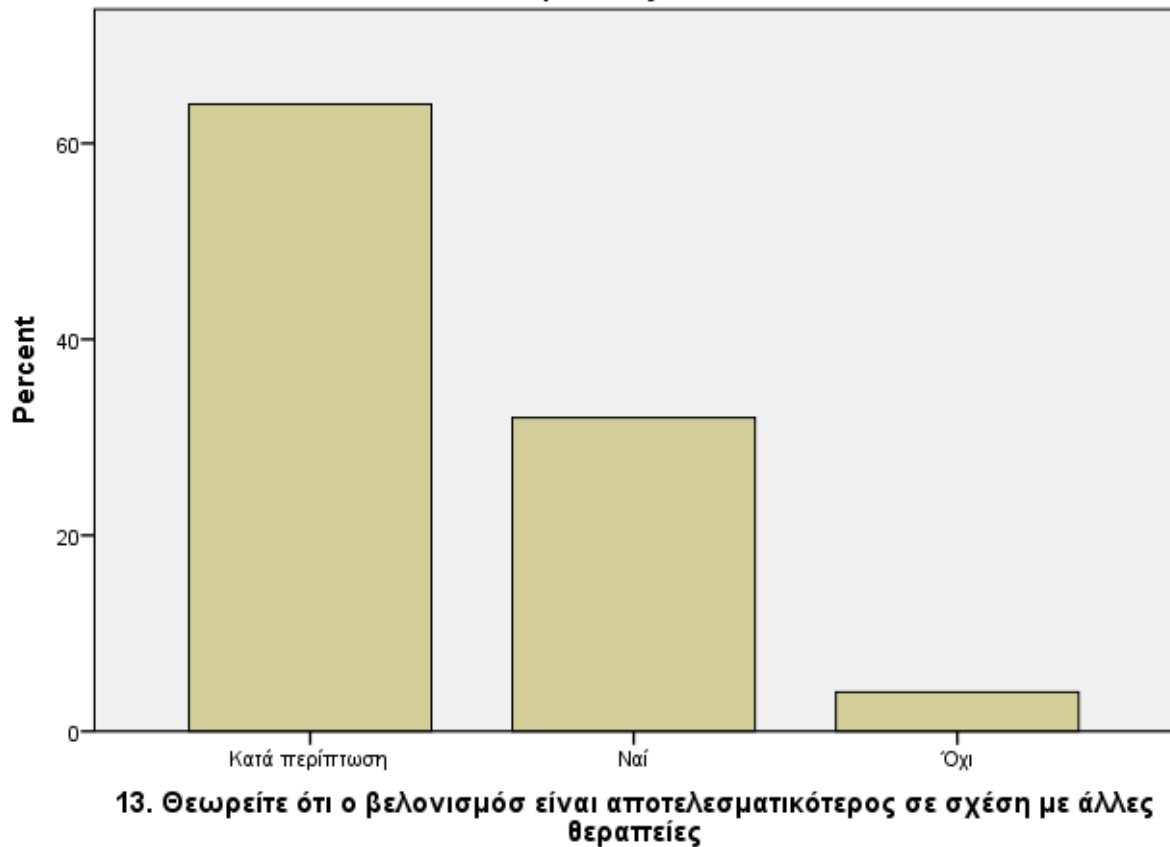
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το τι τους οδήγησε να επιλέξουν το βελονισμό σε σχέση με άλλες μεθόδους. Φαίνεται από τις απαντήσεις που λήφθηκαν ότι οι λόγοι ποικίλουν. Οι 14(28%) ερωτηθέντες ανέφεραν άλλους λόγους από τους προτεινόμενους, 8(16%) άτομα κατέληξαν στο βελονισμό λόγω μη αποτελεσματικότητας άλλων μεθόδων, 8(16%) άτομα κατέληξαν στο βελονισμό λόγω χρόνιων συμπτωμάτων πόνου. Επίσης οι υπόλοιποι ερωτηθέντες προτίμησαν τον βελονισμό λόγω διαφόρων αιτιών όπως θεραπεία οικείου προσώπου, περιέργεια κ.α.



12. Τι σας οδήγησε να επιλέξετε τον βελονισμό έναντι άλλων μεθόδων

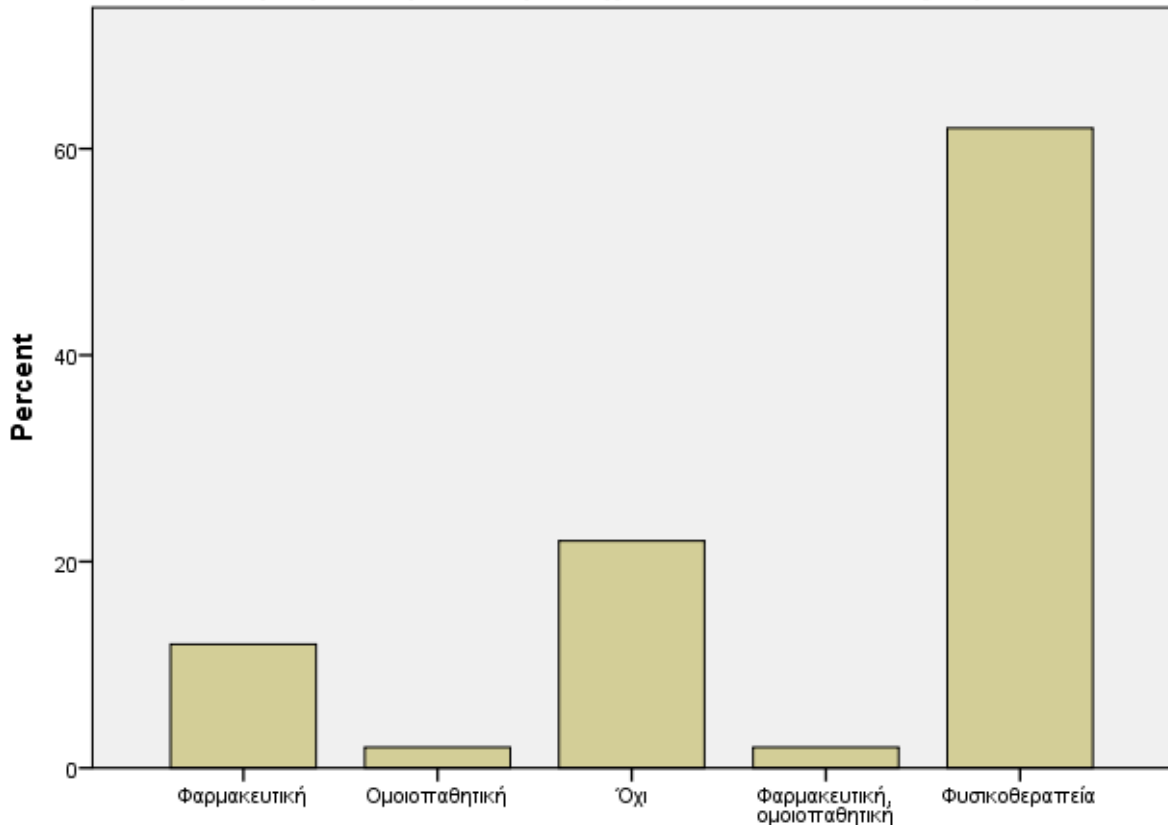
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με την άποψη τους για το αν ο βελονισμός είναι αποτελεσματικότερος από άλλες μεθόδους θεραπείας. Φαίνεται ότι οι 32(64%) από τους ερωτηθέντες θεωρούν ότι η αποτελεσματικότητα του βελονισμού εξαρτάται από την περίπτωση, 16(32%) θεωρούν τον βελονισμό αποτελεσματικότερο και μόνο 2(4%) θεωρούν ότι ο βελονισμός δεν είναι αποτελεσματικότερος από άλλες μεθόδους.

13. Θεωρείτε ότι ο βελονισμός είναι αποτελεσματικότερος σε σχέση με άλλες θεραπείες



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν δέχονταν παράλληλα με το βελονισμό άλλο είδος θεραπείας- αγωγής. Στην πλειοψηφία του δείγματος, 31(62%) ερωτηθέντες έκαναν παράλληλα και φυσικοθεραπεία, 11(22%) ερωτηθέντες έκαναν θεραπεία μόνο με βελονισμό και 6(12%) άτομα έπαιρναν παράλληλα και φαρμακευτική αγωγή. Τέλος 1(2%) μόνο άτομο έκανε ομοιοπαθητική αγωγή και 1(2%) δήλωσε ότι παράλληλα έκανε φαρμακευτική και ομοιοπαθητική αγωγή.

14. Παράλληλα με τον βελονισμό δέχεστε και άλλου είδους θεραπεία

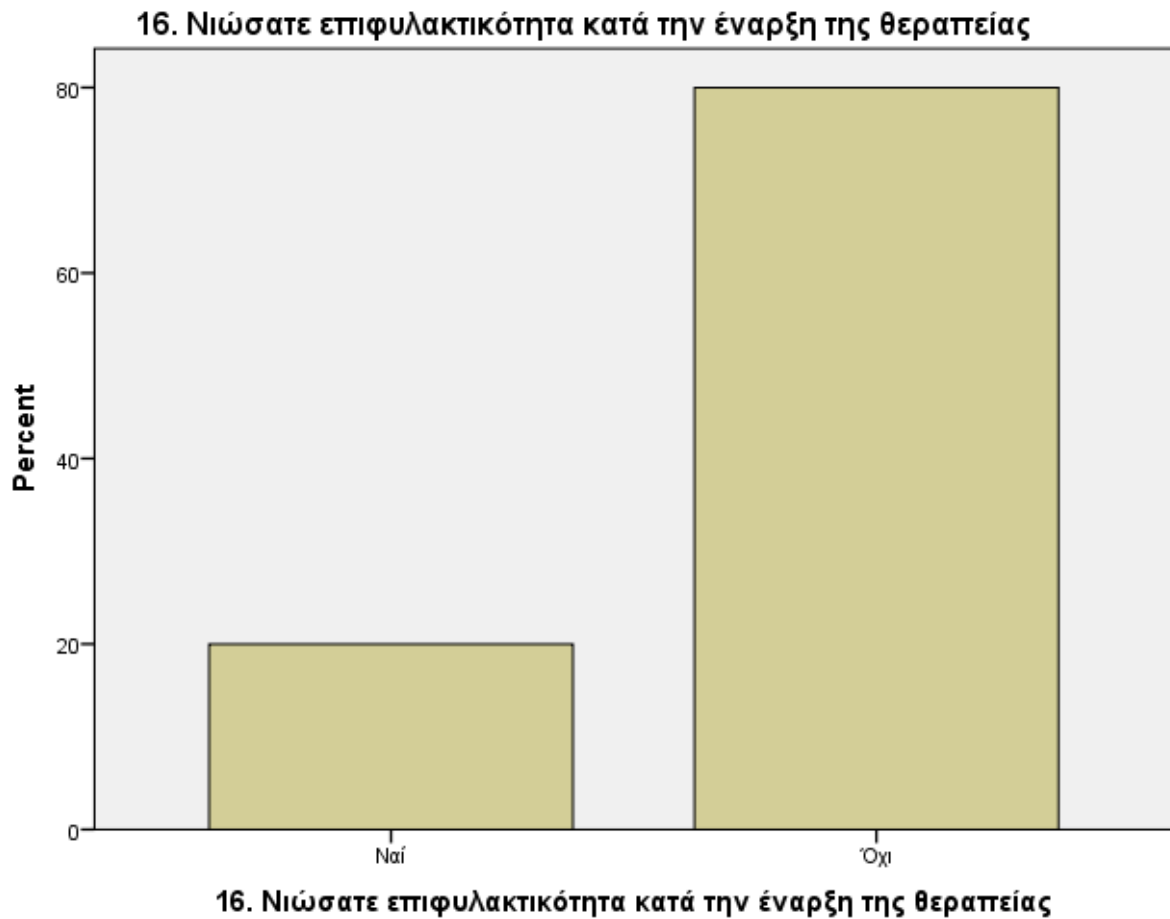


14. Παράλληλα με τον βελονισμό δέχεστε και άλλου είδους θεραπεία

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με τον τρόπο που αναζήτησαν βελονιστή. Οι 31(62%) από τους ερωτηθέντες είχαν σύσταση από κάποιον, ενώ οι 19(38%) αναζήτησαν μόνοι τους βελονιστή.

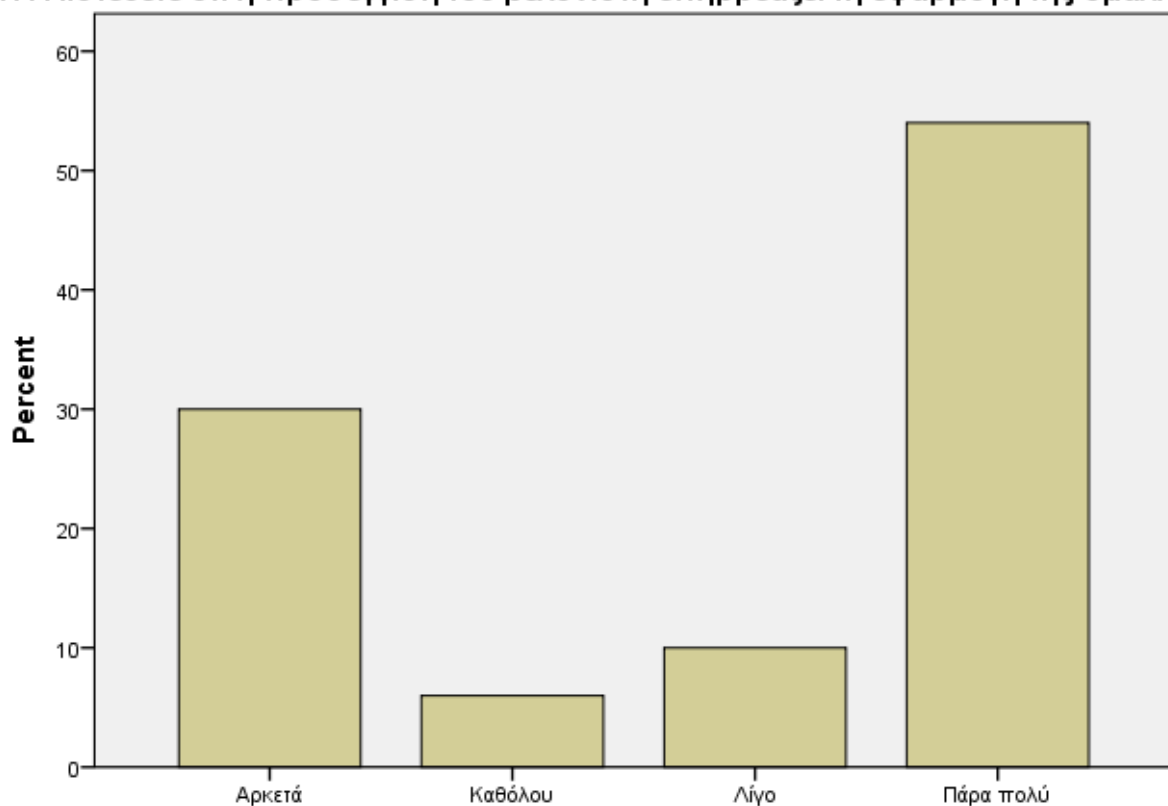


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν ένιωσαν επιφυλακτικότητα κατά την έναρξη της θεραπείας. Στην πλειοψηφία των ερωτηθέντων, 40(80%) άτομα δεν ένιωσαν καθόλου επιφυλακτικοί και μόλις 10(20%) των ερωτηθέντων ήταν επιφυλακτικοί κατά την έναρξη της θεραπείας.



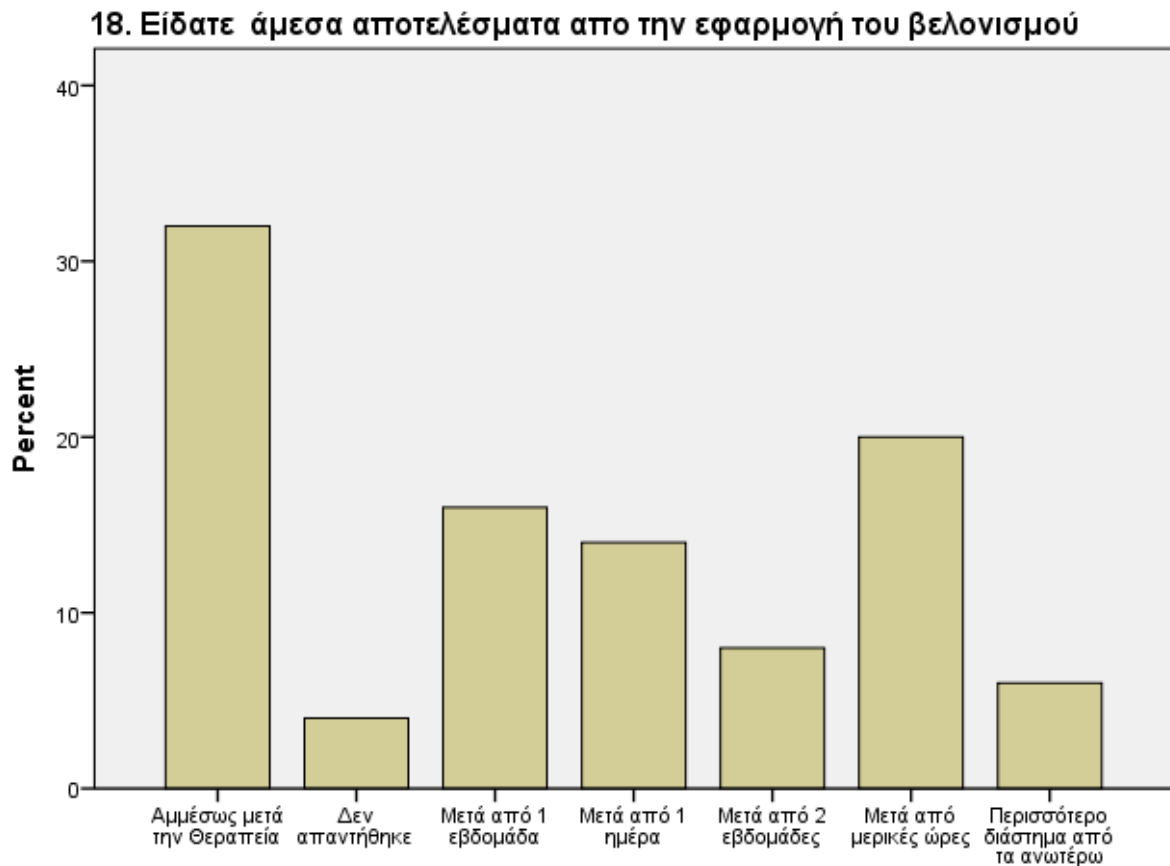
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με την άποψη τους για τον αν η προσέγγιση του βελονιστή επηρεάζει την ομαλή διεξαγωγή της θεραπείας. Στη πλειοψηφία του δείγματος απάντησαν ότι η προσέγγιση του βελονιστή επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό. Οι 27(54%) υποστήριξαν ότι η προσέγγιση του βελονιστή επηρεάζει πάρα πολύ την μετέπειτα εξέλιξη της θεραπείας και 15(30%) υποστήριξαν ότι επηρεάζει αρκετά. Τέλος 5(10%) άτομα θεωρούσαν ότι η προσέγγιση του βελονιστή επηρεάζει λίγο την εξέλιξη της θεραπείας και 3(6%) άτομα υποστήριξαν ότι η προσέγγιση δεν επηρεάζει καθόλου την εξέλιξη της θεραπείας.

17. Πιστεύετε ότι η προσέγγιση του βελονιστή επηρεάζει τη εφαρμογή της ομαλή



17. Πιστεύετε ότι η προσέγγιση του βελονιστή επηρεάζει τη εφαρμογή της ομαλή

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το χρονικό διάστημα που είδαν αποτελέσματα από τη χρήση του βελονισμού. Οι 16(32%) ερωτηθέντες δηλώνουν ότι είδαν αποτελέσματα αμέσως μετά την θεραπεία, οι 10(20%) είδαν αποτελέσματα μετά από μερικές ώρες, οι 8(16%) είδαν αποτελέσματα μετά από μία εβδομάδα, οι 7(14%) είδαν αποτελέσματα μετά από μία ώρα και οι υπόλοιποι 9(18%) είδαν αποτελέσματα μετά από περισσότερο χρόνο.

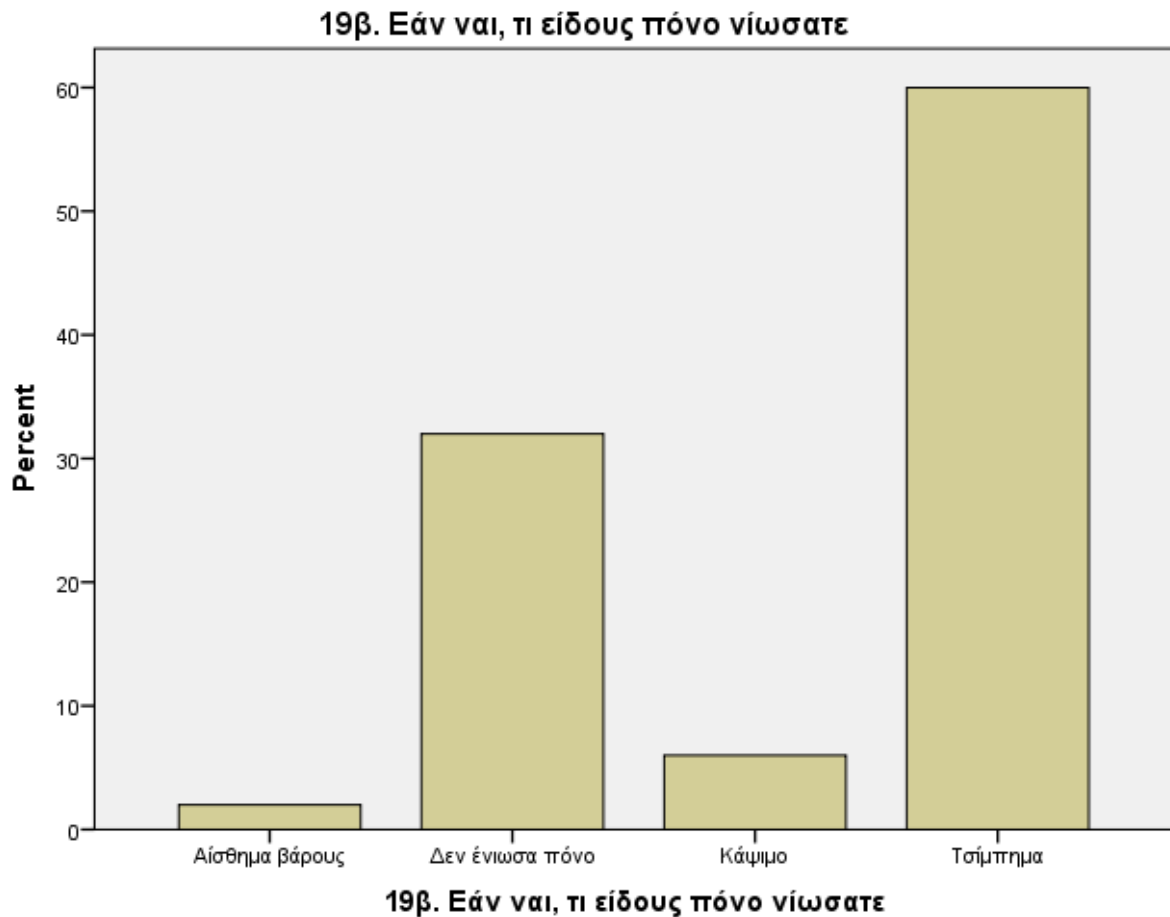


18. Είδατε άμεσα αποτελέσματα απο την εφαρμογή του βελονισμού

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν κατά την διάρκεια του βελονισμού ένιωσαν πόνο. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ένιωσαν λίγο ή καθόλου πόνο. Οι 28(56%) ένιωσαν λίγο πόνο, οι 16(32%) ένιωσαν ελάχιστο πόνο και μόνο 6(12%) άτομα δήλωσαν ότι ένιωσαν αρκετό πόνο.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το είδος του πόνου που αισθάνθηκαν κατά την εφαρμογή βελονισμού. Οι 30(56%) εκ των ερωτηθέντων ένιωσαν τσίμπημα, οι 3(6%) ένιωσαν κάψιμο, 1(2%) άτομο ένιωσε αίσθημα βάρους και 16(32%) από τους ερωτηθέντες δεν ένιωσαν καθόλου πόνο.

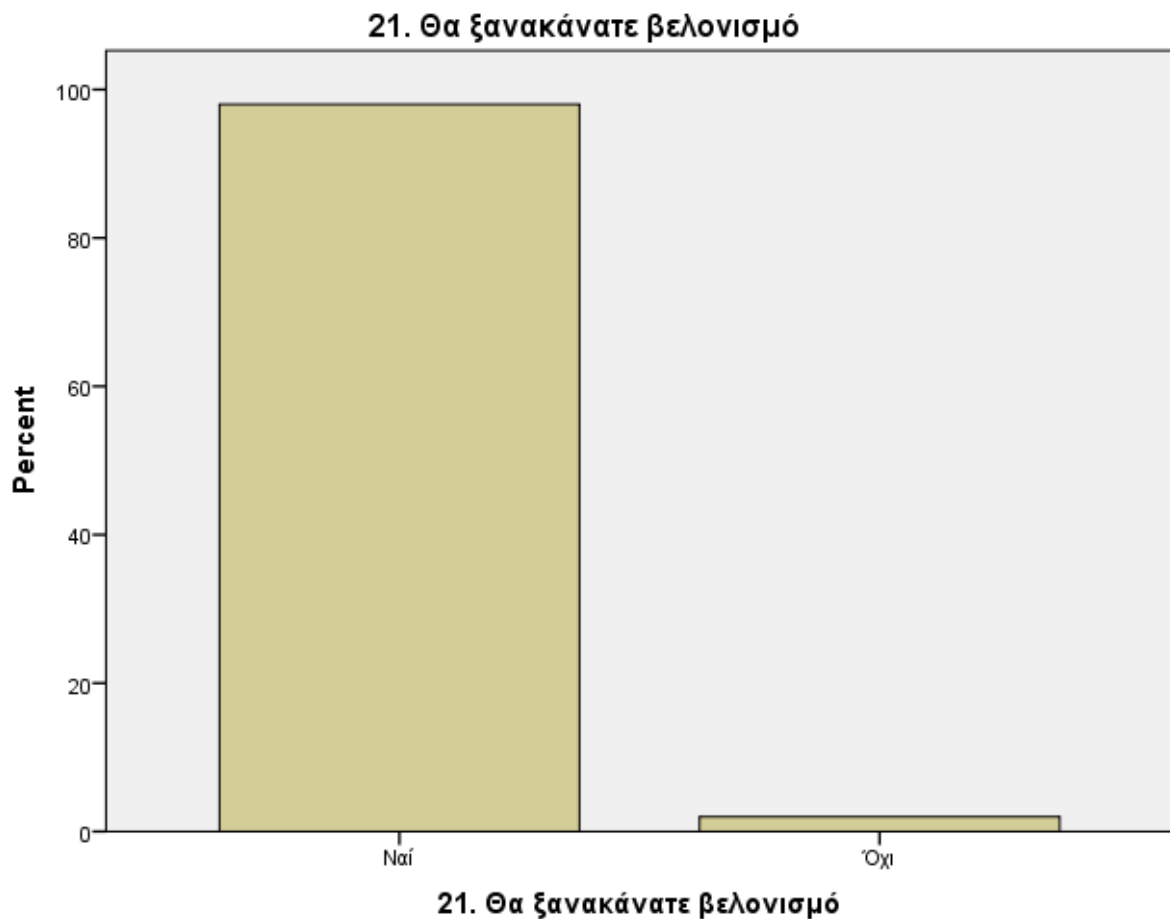


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με τις παρενέργειες που μπορεί να διαπιστώσουν μετά την εφαρμογή του βελονισμού. Όλοι σχεδόν οι ερωτηθέντες, 49 (98%) άτομα δεν διαπίστωσαν καμία παρενέργεια και 1 (2%) άτομο δηλώνει ότι μετά την θεραπεία εμφανίστηκαν παρενέργειες.

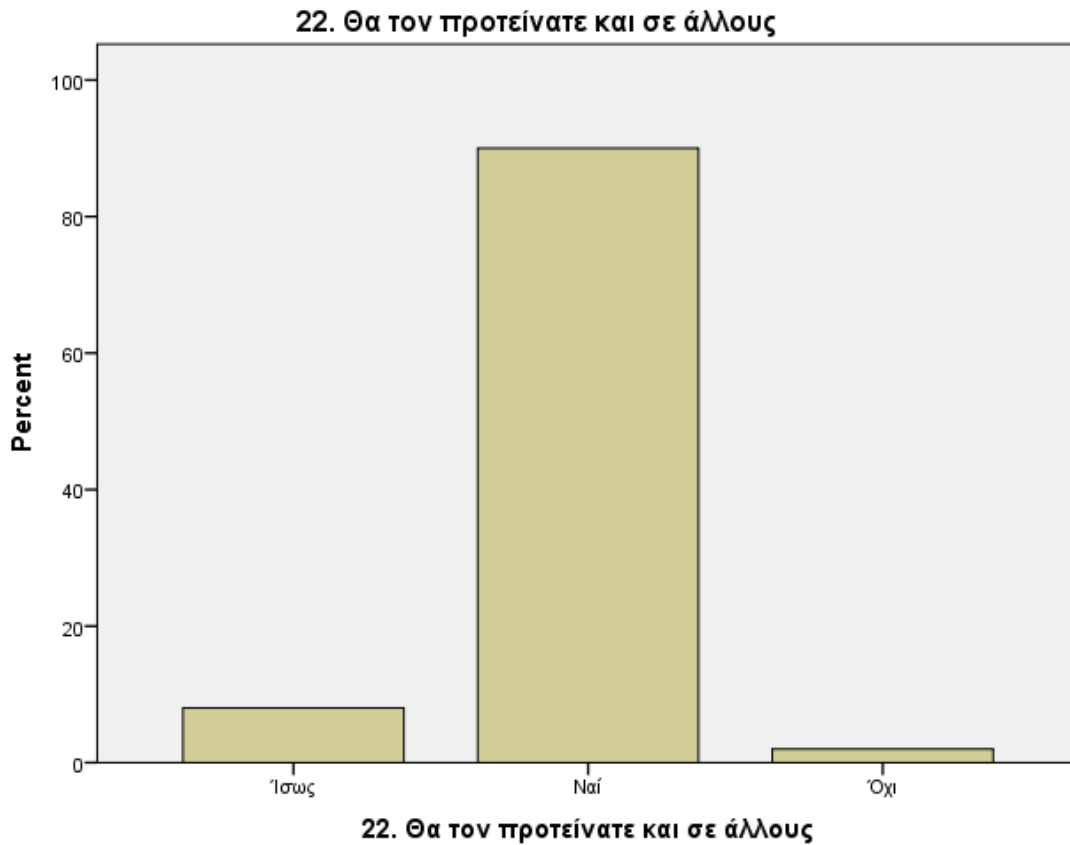


20. Διαπιστώσατε παρενέργειες από την εφαρμογή του βελονισμού

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 23: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν θα ξαναέκαναν βελονισμό στο μέλλον. Όλοι σχεδόν οι ερωτηθέντες φάνηκαν ικανοποιημένοι αφού 49(98%) άτομα θα ξαναέκαναν στο μέλλον βελονισμό και 1(2%) μόνο άτομο δηλώνει ότι δεν θα ξαναέκανε.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 24: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα πρότειναν την θεραπεία με βελονισμό και σε άλλους. Στη πλειοψηφία οι ερωτηθέντες είχαν την πρόθεση να τον προτείνουν και σε άλλους καθώς τα 45(90%) άτομα έδωσαν θετική απάντηση, 4(8%) άτομα φάνηκαν δύσπιστα στο να τον προτείνουν και 1(2%) μόνο άτομο έδωσε αρνητική απάντηση.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8⁰

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η σύνθεση της εργασίας αυτής μέσα από όσα καταγράφηκαν και από όσα συλλέχθηκαν ερευνητικά είχε σαν στόχο να αναδείξει και να γνωστοποιήσει την ιστορία, τις θεωρίες και τη μέθοδο του βελονισμού. Βασικό κίνητρο της έρευνας ήταν η παρουσίαση του βελονισμού ως πρόσθετο επιστημονικό πεδίο της επιστήμης της φυσικοθεραπείας, καθώς ο βελονισμός μπορεί να φανεί ένα ιδιαίτερα βοηθητικό μέσο στην αμεσότερη και αποτελεσματικότερη αποκατάσταση ενός ασθενή.

Φάνηκε ενδιαφέρουσα η συστηματική μελέτη, η αναζήτηση και η συλλογή απόψεων για την θεραπευτική και την απήχηση του βελονισμού στην Ελλάδα καθώς διαπιστώθηκε πως μια τέτοια μελέτη δεν είχε πραγματοποιηθεί ξανά στην Ελλάδα.

Στα προηγούμενα κεφάλαια συλλέχθηκαν και καταγράφηκαν πληροφορίες τόσο για τις θεωρίες του βελονισμού όσο και για τους μηχανισμούς δράσης του. Παράλληλα έγινε προσπάθεια γνωστοποίησης της Ανατολικής φιλοσοφίας του βελονισμού, της ιστορίας του και της πορείας του μέχρι το Δυτικό κόσμο του 21^{ου} αιώνα.

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία και αρθρογραφία αλλά και με την διεξαγωγή εκτενούς μελέτης, πραγματοποιήθηκε μια πολύπλευρη προσέγγιση του βελονισμού η οποία δίνει τη δυνατότητα στον αναγνώστη να ενημερωθεί για τη μέθοδο του βελονισμού, να προβληματιστεί και να κατανοήσει τόσο τη μέθοδο όσο και τα οφέλη του βελονισμού αλλά και τους λόγους που αυτή η εναλλακτική μέθοδος κάθε χρόνο κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος ανάμεσα στις Δυτικές θεραπείες.

8.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΒΕΛΟΝΙΣΤΕΣ.

Το δείγμα των βελονιστών που δέχθηκε να συμμετάσχει ήταν μικρό με αποτέλεσμα να μην μπορεί να δοθεί μια άρτια εικόνα των απόψεων των Ελλήνων βελονιστών. Κατά την διάρκεια της αναζήτησης εύρεσης βελονιστών διαπιστώθηκε ότι οι κοινότητες των βελονιστών είναι κλειστές ομάδες και αντιμετώπισαν στην αρχή με αρκετή δυσπιστία την έρευνα. Επίσης μέσω της αναζήτησης διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν αρκετοί οργανισμοί, σύλλογοι, εταιρίες, ακαδημίες και κέντρα στα οποία διδάσκεται είτε ο Παραδοσιακός Κινέζικος βελονισμός είτε ο Βιοϊατρικός βελονισμός.

Παράλληλα με την συζήτηση των αποτελεσμάτων θα αναλυθούν οι απαντήσεις ανοιχτού τύπου που δόθηκαν από τους βελονιστές καθώς και κάποιες προσωπικές συνεντεύξεις που έδωσαν κάποιοι από αυτούς.

Οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν εάν πιστεύουν ότι ακόμα και αν η Ανατολική φιλοσοφία του βελονισμού αντικρούεται με τη Δυτική φιλοσοφία μπορεί να υπάρχει το ίδιο αποτέλεσμα κατά την εφαρμογή τους.

- Όσοι βελονιστές δέχθηκαν να απαντήσουν φάνηκαν να διχάζονται καθώς εννέα βελονιστές θεωρούν πως το αποτέλεσμα δεν μπορεί να είναι το ίδιο καθώς μέσω της ανατολικής φιλοσοφίας αντιμετωπίζεται ο άνθρωπος ολιστικά και αναζητάτε και αναγνωρίζεται η ρίζα της παθολογίας με αποτέλεσμα να επέρχεται η ίαση ή τα θεραπευτικά αποτελέσματα να διαρκούν περισσότερο. Οι ίδιοι τονίζουν ότι η Δυτική φιλοσοφία εστιάζει κυρίως στα συμπτώματα και την πάθηση και όχι στο τι την προκάλεσε αγνοώντας το σωματικό, ψυχικό και συναισθηματικό υπόβαθρο του ασθενή με αποτέλεσμα η θεραπεία να μην είναι σφαιρική και τα αποτελέσματα της να είναι παροδικά. Από την άλλη πλευρά επτά άτομα εξηγούν πως το θεραπευτικό

αποτέλεσμα είναι το ίδιο είτε εξηγείται επιστημονικά με βάση τη Δυτική προσέγγιση είτε με βάση την Κινέζικη φιλοσοφία. Υποστηρίζουν μάλιστα ότι ο βελονισμός έχει αντικειμενική δράση και η διαφορετικότητα των δύο φιλοσοφιών έχει να κάνει μόνο με την συναισθηματική και ψυχολογική προσέγγιση του ασθενή και της φύσης του προβλήματος του.

Ένα μικρό ποσοστό βελονιστών δέχθηκε να μοιραστεί την άποψη του σχετικά με το αν ο βελονισμός μπορεί να αντικαταστήσει την επεμβατική μέθοδο, ενώ ζητήθηκε να εξηγήσουν αναλυτικά τους λόγους.

- Οι περισσότεροι υποστήριξαν ότι ο βελονισμός μπορεί να αντικαταστήσει την χειρουργική μέθοδο στα αρχικά στάδια μιας πάθησης ενώ σε οξείες περιπτώσεις ή σε περιπτώσεις που δεν μπορεί να αποφευχθεί η χειρουργική επέμβαση ο βελονισμός δρα καλύτερα συμπληρωματικά (Pacholyk, 2014). Οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι ο βελονισμός μπορεί να ρυθμίσει ορισμένα όργανα του σώματος που υπέρ λειτουργούν να επανέλθουν στα φυσιολογικά όρια και τα όργανα που υπολειτουργούν να δυναμώσουν. Επίσης αναφέρουν ότι ο βελονισμός αν γίνει από τα αρχικά στάδια μπορεί να αντικαταστήσει την χειρουργική επέμβαση σε περιπτώσεις δισκοκήλης (Wang & Tronnier, 2000), καρπιαίου σωλήνα, κακώσεων μηνίσκου και ακόμα να μειώσει σε μέγεθος και αριθμό καλοήγη ογκίδια και φυσικά σε πλήθος άλλων περιπτώσεων (Payne & Weight, 2013).

Απαντήσεις που λήφθηκαν στην ερώτηση αν η συνδυαστική εφαρμογή βελονισμού και φαρμακευτικής αγωγής επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα.

- Οι περισσότεροι θεραπευτές απάντησαν ότι ο βελονισμός μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη απορρόφηση των φαρμάκων από τον οργανισμό είτε γιατί τα σημεία βελονισμού όταν χρησιμοποιούνται για έγχυση κάποιου φαρμάκου έχουν μεγάλη απορροφητικότητα είτε γιατί ο βελονισμός ενισχύει και αποτοξινώνει τον οργανισμό αυξάνοντας την δράση των φαρμάκων (Chaundhury & Rafei, 2001). Όλοι τονίζουν ότι καμία μέθοδος δεν είναι πανάκεια και όλα καθορίζονται από την φύση της πάθησης, τον τρόπο προσέγγισης και τον χαρακτήρα του ασθενή. Φαίνεται όμως ότι ο συνδυασμός βελονισμού και φαρμακευτικής αγωγής ή βοτανοθεραπείας μαζί με σωστή διατροφή και αλλαγή των συνθηκών ζωής επιφέρουν πολύ καλά αποτελέσματα θεραπείας (Maciocia, 1004).

Επίσης ζητήθηκε από τους βελονιστές να αναφέρουν οι ίδιοι τις κυριότερες παθήσεις που αντιμετωπίζουν με εφαρμογή του βελονισμού.

- Από αυτά που καταγράφηκαν φαίνεται πως αντιμετωπίζουν πλήθος περιστατικών και παθήσεων. Μέσα από τις αναφορές τους φαίνεται ότι πιο συχνά αντιμετωπίζουν τα εξής (με φθίνουσα σειρά) : Μυοσκελετικές παθήσεις, ψυχοσωματικές παθήσεις και εθισμοί, νευρολογικές παθήσεις, γυναικολογικές διαταραχές και προβλήματα γονιμότητας, δερματολογικές παθήσεις και αλλεργίες, παθήσεις αναπνευστικού, αντιμετώπιση χρόνιου πόνου, παθήσεις ουροποιητικού, καρδιολογικές παθήσεις, και προβλήματα του κυκλοφορικού συστήματος, παθήσεις πεπτικού και γαστρεντερικού συστήματος, ημικρανίες και κεφαλαλγίες, αυτοάνοσα νοσήματα και αισθητική. Όλες οι παθήσεις και τα προβλήματα που αναφέρθηκαν έχουν μελετηθεί από την διεθνή βιβλιογραφία και αρθρογραφία και πιστοποιούν την αποτελεσματικότητα του

βελονισμού σε πλήθος παθήσεων (Longbottom, 2010, Saab, 2011, Thambirajah, 2009, Chon & Lee, 2013). Επίσης οι παθήσεις αυτές συμπεριλαμβάνονται και στις ενδείξεις βελονισμού από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO).

Αναφορά απαντήσεων που λήφθηκαν στην ερώτηση από τι εξαρτάται η αποτελεσματικότητα του βελονισμού.

- Η πλειοψηφία των θεραπευτών τονίζει ότι η αποτελεσματικότητα του βελονισμού εξαρτάται κυρίως από την δεκτικότητα και τον χαρακτήρα του ασθενούς και από τις γνώσεις και τις ικανότητες του θεραπευτή. Επίσης σημαντικό ρόλο έχει και η σωστή λήψη ιστορικού και η ικανότητα του θεραπευτή να διαγνώσει την διαταραχή, η επιλογή σωστών σημείων βελονισμού, η κατάλληλη επιλογή τεχνικής και χειρισμού, την σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ θεραπευτή και ασθενή, το είδος και η βαρύτητα του περιστατικού, την ηλικία του θεραπευόμενου, το σύστημα βελονισμού που εφαρμόζεται (ιατρικός ή κινέζικος βελονισμός) και την γενικότερη ψυχική και σωματική κατάσταση του ασθενή (Liangyue et al., 1993; Καράβης, 2011).

Συλλογή απαντήσεων σχετικά με τους λόγους επιφυλακτικότητας των ασθενών στη μέθοδο του βελονισμού που διαπιστώνουν οι θεραπευτές.

- Έπειτα από την μελέτη των απαντήσεων που συλλέχθηκαν διαπιστώθηκε πως τρεις θεωρούνται οι βασικότεροι λόγοι επιφυλακτικότητας των ασθενών, ο φόβος στον πόνο, ο φόβος στην βελόνα, ο φόβος στο άγνωστο (Suttie, 2013). Επίσης αναφέρεται μέσα από τις εμπειρίες των ασθενών πως υπάρχει επιφυλακτικότητα ως προς την αποτελεσματικότητα του βελονισμού καθώς και ως προς τη μέθοδο. Αυτό συνήθως συμβαίνει διότι δεν είναι εύκολα κατανοητός ο τρόπος δράσης του βελονισμού, κυρίως σε άτομα που δεν τον έχουν διδαχθεί καθώς έχει ένα πολύπλοκο και δυσνόητο θεωρητικό υπόβαθρο ειδικά για τις Δυτικές κοινωνίες.

Συλλογή απαντήσεων των θεραπευτών σχετικά με τις παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν μετά την θεραπεία με βελονισμό. Βάση των αναφορών των θεραπευτών και παράλληλα με την βιβλιογραφία και αρθρογραφία οι παρενέργειες που μπορούν να εμφανιστούν είναι οι κάτωθι:

- Αποβολή κατά την κύηση. Μια τέτοια επιπλοκή συμβαίνει όταν βελονιστούν συγκεκριμένα σημεία τα οποία είναι γνωστά από την θεωρία ή από λάθος επιλογή συνδυασμού σημείων βελονισμού. Καλό είναι να αποφεύγεται ο βελονισμός κατά την κύηση και κυρίως τους πρώτους τέσσερις μήνες (Liangyue et al., 1993).
- Καρδιακές ανωμαλίες. Πιθανή είναι η εμφάνιση αρρυθμιών, ταχυκαρδιών ή βραδυκαρδιών κυρίως όταν παράλληλα με άλλες παθήσεις υπάρχουν καρδιακά προβλήματα ή βηματοδότης. Η ενεργοποίηση κάποιων σημείων βελονισμού επηρεάζει τον συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό τόνο διαταράσσοντας την καρδιακή λειτουργία (Beijing college, 1993).
- Ταχύπνοιες, δύσπνοια, ταχυκαρδίες, βραδυκαρδίες και ζάλη. Εμφανίζονται κυρίως σε ασθενείς μεγάλους σε ηλικία, σε ασθενείς με χρόνια προβλήματα ή σε καχεκτικούς και αδύναμους ασθενείς. Τα συμπτώματα αυτά οφείλονται στην ενεργοποίηση σημείων που επιδρούν στη ζωτικότητα του οργανισμού και αποβάλουν την ενέργεια (Mole, 2007).

- Πνευμοθώρακας και αιμοθώρακας. Σε περιπτώσεις εν τω βάθει χειρισμού στη περιοχή της κοιλίας και του θώρακα (Liangyue et al., 1993).

Επίσης οι θεραπευτές αναφέρουν σε αρκετές περιπτώσεις επιδείνωση των συμπτωμάτων του ασθενή, ζάλη και λιποθυμικά επεισόδια, αιματώματα και μελανιές, κόπωση και πόνο ακόμα και ορμονικές και αγγειοκινητικές διαταραχές. Τα συμπτώματα αυτά ωστόσο είναι αναμενόμενα και η επιδείνωση που μπορεί να υπάρξει για κάποιες μέρες θεωρείται θεραπευτική επιδείνωση (Καράβης, 2011; Saad, 2011).

Όλα αυτά όμως αν κανείς ψάξει σε βάθος τις θεωρίες του βελονισμού θα καταλάβει ότι είναι αναμενόμενα αποτελέσματα τις θεραπειάς του βελονισμού και αποτελέσματα λανθασμένων χειρισμών του βελονιστή. Η επιδείνωση των συμπτωμάτων ονομάζεται θεραπευτική επιδείνωση και σε πολλές περιπτώσεις είναι επιθυμητή, οι διαταραχές όπως ζάλη, αλλαγές στη καρδιακή λειτουργία και στην αναπνοή οφείλονται στην επίδραση του βελονισμού στο συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό τόνο ή κατά την Ανατολική φιλοσοφία στη διασπορά ή στη συσσώρευση της ζωτικής ενέργειας σε κάποια σημεία.

8.2 ΓΕΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ.

Το δείγμα που συλλέχθηκε ενώ είναι μικρό και δεν έχει μεγάλη στατιστική δύναμη και φαίνεται πως είναι αντιπροσωπευτικό ως προς τις απόψεις των βελονιστών, είτε για τους βελονιστές που ασκούν ιατρικό βελονισμό είτε για τους βελονιστές που ασκούν Παραδοσιακό Κινέζικο βελονισμό παρόλο που στατιστικά δεν αποδεικνύεται. Οι απόψεις που συλλέχθηκαν φαίνεται να συμβαδίζουν με την διεθνή βιβλιογραφία και αρθρογραφία που μελετήθηκε αλλά και με πλήθος άλλων μελετών.

Μέσω της μελέτης διαπιστώθηκε πως ο βελονισμός στην Ελλάδα αντιμετωπίζεται με επιφυλακτικότητα από αρκετές ειδικότητες στον τομέα της υγείας καθώς η νομοθεσία στη χώρα μας είναι αυστηρή και αναφέρει πως ο βελονισμός θεωρείται ιατρική πράξη και πρέπει να εφαρμόζεται μόνο από ιατρούς.

Παρόλα αυτά, από τις συζητήσεις που έγιναν με τους ίδιους τους βελονιστές φάνηκε πως υπάρχει ιδιαίτερα μεγάλος αριθμός βελονιστών οι οποίοι δεν είναι ιατροί. Ο αριθμός αυτός όμως δεν μπορεί να υπολογιστεί καθώς είναι άτομα που ανήκουν σε διάφορους συλλόγους και ομοσπονδίες και τα στοιχεία ήταν ανέφικτο να βρεθούν καθώς δεν υπάρχουν επίσημα στατιστικά στοιχεία. Φαίνεται ότι μετά τους ιατρούς οι φυσικοθεραπευτές είναι αυτοί που εξασκούν τον βελονισμό παράλληλα με τα υπόλοιπα μέσα θεραπείας που διαθέτουν καθώς ο βελονισμός αποτελεί σπουδαίο εφόδιο τους. Έχει πλέον διαπιστωθεί ότι ο ταυτόχρονος συνδυασμός του βελονισμού με την σύγχρονη θεραπευτική φροντίδα δίνει αμεσότερα και καλύτερα αποτελέσματα.

Παράλληλα με τους ιατρούς και με τα άτομα που ανήκουν σε επαγγέλματα υγείας έχουν αρχίσει τα τελευταία χρόνια να ασχολούνται με τον βελονισμό και άτομα που ανήκουν σε άλλους χώρους, αλλά διαθέτουν γνώσεις ιατρικής και είναι εκπαιδευμένοι πάνω στη Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική και διαθέτουν όλα τα απαιτούμενα πιστοποιητικά. Σωστό είναι κάθε ασθενής που θα απευθυνθεί σε κάποιον βελονιστή να φανεί προσεκτικός στην επιλογή του καθώς δυστυχώς στο χώρο υπάρχουν άνθρωποι που καλούνται θεραπευτές χωρίς να διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις.

Ένα άλλο μεγάλο κεφάλαιο του βελονισμού είναι οι θεωρίες και οι πρακτικές που ασκούνται. Ο βελονισμός είναι ένα μέσο θεραπείας που φέρνει την Δυτική με την Ανατολική αντίληψη σε σύγκρουση. Η ανατολική φιλοσοφία αιώνων που περικλείει τον βελονισμό παραμένει σε μεγάλο βαθμό ανεξήγητη από την λογική που διατρέχει τους Δυτικούς πολιτισμούς κάτι που την κάνει να θεωρείται δυσνόητη και αιρετική. Τα τελευταία χρόνια ένα μεγάλο κομμάτι τις Ανατολικής θεωρίας έχει αποσαφηνιστεί και τεκμηριωθεί ερευνητικά (Ma, 2004; Andersson & Lundeborg, 1995). Όμως το αν οι δύο αυτές θεωρίες αλληλοσυμπληρώνονται ή αντιτίθεται είναι ένα θέμα που δεν έχει διευκρινιστεί απόλυτα από τους Δυτικούς θεραπευτές. Από τις πληροφορίες που συλλέχθηκαν φαίνεται πως αυτό είναι ένα ζήτημα που διχάζει. Πολλοί βελονιστές υποστηρίζουν ότι οι δύο θεωρίες είναι οι όψεις του ίδιου νομίσματος και πώς περιγράφουν τις ίδιες λειτουργίες και διαδικασίες από άλλη σκοπιά. Άλλοι βελονιστές υποστηρίζουν δυο θεωρίες που διαφέρουν και μάλιστα είναι αντικρουόμενες. Συμπερασματικά φαίνεται ότι οι θεωρίες αυτές έχουν πολλά κοινά αλλά και διαφορές αλλά εν γένει περιγράφουν το ίδιο θεραπευτικό σκοπό. Το αν αλληλοσυμπληρώνονται ή αντικρούονται είναι θέμα των γνώσεων και της οπτικής γωνίας που εξετάζει ο βελονιστής τον βελονισμό και το θεραπευτικό του πλαίσιο.

Οι γνώσεις των περισσότερων θεραπευτών φάνηκαν επαρκείς καθώς οι περισσότεροι γνώριζαν σε βάθος τόσο τις θεωρίες του βελονισμού όσο και τις πρακτικές εφαρμογής του. Όλοι οι βελονιστές πίστευαν στην αποτελεσματικότητα και τα οφέλη της θεραπείας με βελονισμό άλλοι χρησιμοποιώντας την σαν κύρια μέθοδο θεραπείας και άλλοι συμπληρωματικά με άλλες μεθόδους (φυσικοθεραπεία, ολιστική ιατρική, βοτανοθεραπεία). Το αν ο βελονισμός χρησιμοποιείται σαν κύρια ή σαν συμπληρωματική μέθοδος καθορίζεται τόσο από την φύση της πάθησης και το χαρακτήρα του ασθενή όσο και από την κρίση του θεραπευτή. Μάλιστα πολλοί θεραπευτές είτε εξασκούσαν ιατρικό βελονισμό είτε παραδοσιακό κινέζικο βελονισμό υποστήριζαν ότι σε μερικές περιπτώσεις έχει τόσο καλά αποτελέσματα που μπορεί να εφαρμόζεται σαν μονοθεραπεία.

Από την μελέτη των δεδομένων που καταγράφηκαν και παράλληλα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία και αρθρογραφία συμπεραίνεται ότι η φύση του προβλήματος, η ιδιοσυγκρασία του ασθενή και η κρίση του θεραπευτή είναι οι παράγοντες που καθορίζουν αν ο βελονισμός θα χρησιμοποιηθεί σαν κύρια μέθοδος ή συμπληρωματικά, αν θα αντικαταστήσει τη φαρμακευτική αγωγή ή θα δράσει παράλληλα με αυτή και αν θα αντικαταστήσει την χειρουργική επέμβαση. Τέλος όλοι αυτοί οι παράγοντες παράλληλα με το ψυχισμό του ασθενή, τον τρόπο ζωής του και τις τεχνικές, τα πρωτόκολλα θεραπείας και τις ικανότητες του θεραπευτή καθορίζουν την αποτελεσματικότητα του βελονισμού. Διαπιστώνεται πως σπάνια ο βελονισμός δεν είναι αποτελεσματικός με προϋπόθεση πάντα την σωστή εφαρμογή και την επιλογή του σωστού πρωτοκόλλου θεραπείας (Liangyue et al., 1993).

Όπως ήδη έχει αναφερθεί σε προηγούμενα κεφάλαια ο βελονισμός έχει διάφορα είδη εφαρμογής όπως βελονισμό ξηρής βελόνας, βελονισμός laser, βελονισμός με μόξα, ηλεκτροβελονισμό, ωτοβελονισμό, φυσικά κλασικό βελονισμό και άλλα είδη (Wang, 2009). Ανά τον κόσμο χρησιμοποιούνται όλα αυτά τα είδη όμως το ερώτημα είναι στους Έλληνες θεραπευτές ποια είδη είναι οικεία και ποια χρησιμοποιούν περισσότερο. Τα αποτελέσματα έδειξαν πώς οι θεραπευτές του δείγματος εξασκούν κατά κύριο λόγο τον κλασικό βελονισμό, τον οποίον μπορούν να χρησιμοποιήσουν παράλληλα με ρεύμα (ηλεκτροβελονισμός) ή να τον εφαρμόζουν στο αυτί (ωτοβελονισμός), ενώ φάνηκε πως λίγοι θεραπευτές εξασκούσαν άλλα είδη βελονισμού παρόλο που αρκετοί από αυτούς τα είχαν διδαχθεί.

Τέλος μέσα από την έρευνα αλλά και των εκτενών συζητήσεων που έγιναν με κάποιους θεραπευτές επισημάνθηκε ότι η απήχηση του βελονισμού σαν μέθοδο θεραπείας κάθε χρόνο αυξάνεται με γοργό ρυθμό. Τονίζεται ότι όλο και περισσότεροι άνθρωποι προτιμούν την μέθοδο του βελονισμού έναντι άλλων μεθόδων καθώς φαίνεται να εμπιστεύονται τις δυνατότητες του και τα οφέλη του και να τον θεωρούν ως μια εναλλακτική μέθοδο που σέβεται το ανθρώπινο σώμα. Επίσης η αύξηση της απήχησης του βελονισμού στρέφει πολλά άτομα από τον ιατρικό και παραϊατρικό χώρο στο να εκπαιδευτούν και να ασχοληθούν με αυτή την καινούργια και πολλά υποσχόμενη κατά τα Ελληνικά δεδομένα μέθοδο θεραπείας.

8.3 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΩΝ

Το δείγμα των ασθενών που δέχθηκε να συμμετάσχει στην έρευνα έδειξε μεγάλη προθυμία να απαντήσει αναλυτικά σε όλες τις ερωτήσεις και στη πλειοψηφία του φάνηκε ικανοποιημένο από την θεραπεία με βελονισμό.

Οι ασθενείς κλίθηκαν να αναλύσουν τους λόγους που προτίμησαν και εμπιστεύτηκαν την θεραπευτική του βελονισμού.

- Η πλειοψηφία των ασθενών προτίμησε την μέθοδο του βελονισμού καθώς οι ίδιοι διαπίστωσαν άμεση ανακούφιση από τον πόνο και άμεσο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Πολλοί ασθενείς κατέφυγαν στη θεραπευτική του βελονισμού λόγω του ότι είναι ένα είδος εναλλακτικής, ολιστικής θεραπείας η οποία δίνει αποτελέσματα χωρίς λήψη φαρμάκων και έχει μεγάλη θεραπευτική δύναμη χωρίς παρενέργειες. Οι περισσότεροι ασθενείς διαπίστωσαν πως ο βελονισμός είναι μια ανώδυνη μέθοδος, η οποία τους πρόσφερε γενική χαλάρωση και ευεξία, άμεση ανακούφιση και βελτίωση της κινητικότητας σε μυοσκελετικά προβλήματα. Επίσης μέσα στις απαντήσεις αναφέρθηκε ότι έχει πολύ καλά αποτελέσματα, τόσο στην πρόκληση όσο και κατά την διάρκεια του τοκετού και πώς το θεραπευτικό και φιλοσοφικό του πλαίσιο κάνει τους ασθενείς να βλέπουν πιο ψύχραιμα και με περισσότερη αισιοδοξία την κατάσταση της υγείας τους.

Οι ασθενείς επίσης κλίθηκαν να αναφέρουν αναλυτικά τα αίτια για τα οποία έκαναν βελονισμό την περίοδο που μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια ή τα αίτια για τα οποία έκαναν βελονισμό στο παρελθόν.

- Στην πλειοψηφία των περιστατικών οι λόγοι που ανέφεραν ήταν κυρίως μυοσκελετικά προβλήματα και προβλήματα σπονδυλικής στήλης. Κατά κύριο λόγο αναφέρθηκαν προβλήματα οσφυαλγίας, οσφυοίσχιαλγίας και αυχεναλγίας, αντιμετώπιση περιστατικών δισκοκήλης πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση, μυϊκοί πόνοι, αντιμετώπιση ρήξεων σε χιαστούς και μηνίσκους, ρήξεις τενόντων και μετά από χειρουργεία κυρίως ώμου και γόνατος, σε περιστατικά τενοντίτιδας, φλεγμονών ή συνδρόμων υπέρχρησης. Επιπροσθέτως αναφέρεται και πλήθος παθολογικών και ψυχοσωματικών προβλημάτων όπως αντιμετώπιση ιγμορίτιδας, κολικών, σπαστικής κολίτιδας, αυτοάνοσων νοσημάτων, παχυσαρκίας, γυναικολογικών προβλημάτων, προβλήματα ουροποιητικού συστήματος, περιστατικά έντονου βήχα, ζαλάδες και ημικρανίες, περιστατικά άγχους, αϋπνίες, συμπτώματα κατάθλιψης ακόμα και περιπτώσεις διακοπής καπνίσματος και άλλων εθισμών (Vadivelu et al., 2011; Coeytaux & Garland, 2013; Dorsher & McIntosh, 2011).

8.4 ΓΕΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΩΝ

Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα φάνηκαν ιδιαίτερα προσίτοι και αρκετοί από αυτούς είχαν την θέληση να συζητήσουν περαιτέρω για τον βελονισμό. Γνωρίζοντας ή μη τι ακριβώς είναι ο βελονισμός ακόμα και μη ξέροντας αν τα αποτελέσματα προόδου τους ήταν από την θεραπεία με βελονισμό οι περισσότεροι συμμετέχοντες φάνηκαν θετικοί απέναντι στη θεραπεία με βελονισμό.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει πως αν και ο βελονισμός στην Ελλάδα φαινομενικά δεν είναι ιδιαίτερα γνωστός όλοι σχεδόν οι συμμετέχοντες γνώριζαν για την θεωρία του και για κάποια από τα αποτελέσματα του χωρίς φυσικά να γνωρίζουν απόλυτα το θεωρητικό του υπόβαθρο και τους τρόπους δράσης του. Όλοι οι ασθενείς κατά την έναρξη της θεραπείας έδειχναν μικρή δυσπιστία ως προς την αποτελεσματικότητα του. Η έρευνα έδειξε ότι τα περισσότερα άτομα είχαν γνώσεις για τον ιατρικό βελονισμό ενώ η Ανατολική φιλοσοφία τους φαινόταν δυσνόητη και μη συμβατή με την πραγματικότητα. Λίγοι πίστευαν βαθιά τις θεωρίες της Παραδοσιακής Κινέζικης Ιατρικής και του βελονισμού όπως ορίζει η Ανατολική φιλοσοφία. Επιπροσθέτως υπήρχαν άτομα που πίστευαν πως ο βελονισμός είναι μια ιατρική μέθοδο που δεν υπολείπεται σε τίποτα από άλλες μεθόδους θεραπείας.

Επίσης όπως ήταν αναμενόμενο φάνηκε πως ο βελονισμός θεωρείται εναλλακτική μέθοδος. Μια μέθοδος θεραπείας που μπορεί να δράσει μόνη της ή συμπληρωματικά με άλλες μεθόδους θεραπείας και η οποία εξετάζει τον άνθρωπο σαν σύνολο και δεν επιβαρύνει επιπροσθέτως τον οργανισμό. Επιβεβαιώθηκε μάλιστα ότι ο βελονισμός είναι ένα είδος θεραπείας που μπορεί να βοηθήσει σε πλήθος προβλημάτων και παθήσεων. Ο κόσμος βέβαια έδειξε να τον προτιμάει κυρίως σε μυοσκελετικά προβλήματα και συνήθως σαν μέσο αναλγησίας αλλά αναφέρθηκε και πλήθος άλλων παθήσεων στις οποίες είχε δράση με μεγάλη αποτελεσματικότητα (Liangyue et al., 1993; Vadivelu et al., 2011; Mole, 2007; Lewith, 1999)

Μέσα από τις προσωπικές συνεντεύξεις που δόθηκαν διαπιστώθηκε πως δεν υπάρχει σωστή ενημέρωση των ασθενών για το είδος βελονισμού που του εφαρμόζεται και πως επικρατεί μια σύγχυση στο διαχωρισμού του ιατρικού από τον Παραδοσιακό Κινέζικο Βελονισμό. Η δυσκολία του διαχωρισμού που αναφέρεται έχει να κάνει με το θεωρητικό μέρος του βελονισμού και όχι με το πρακτικό καθώς και τα δύο είδη έχουν μικρές διαφορές κατά την διαδικασία εφαρμογής τους. Επισημαίνεται επίσης πως στη χώρα μας δεν είναι ιδιαίτερα γνωστά προς το ευρύ κοινό όλα τα είδη εφαρμογής του βελονισμού καθώς λίγοι θεραπευτές τα εφαρμόζουν. Έτσι, η πλειοψηφία των ασθενών είχε δεχθεί κλασσικό βελονισμό, ηλεκτροβελονισμό και ωτοβελονισμό ή βελονισμό ξηρής βελόνης.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασαν οι λόγοι που ο κόσμος δείχνει την προτίμηση του στο βελονισμό όλο και περισσότερο. Αρχικά ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενών φάνηκε να επέλεξε το βελονισμό παρακινούμενος από το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον ακόμα και από τον ιατρό, φυσικοθεραπευτή ή θεραπευτή του. Σημαντικοί επίσης λόγοι είναι η μη αποτελεσματικότητα άλλων μεθόδων θεραπείας, η θεραπεία οικείου προσώπου του ασθενούς αλλά και η περιέργεια. Βασική ιδέα που στρέφει τους ασθενείς στη μέθοδο του βελονισμού είναι η επικράτηση της ως μια μέθοδος μη παρεμβατική, ελάχιστα επώδυνη, χωρίς παρενέργειες και με μεγάλη αποτελεσματικότητα. Φυσικά ο βελονισμός δεν είναι πανάκεια και φαίνεται οι ασθενείς να το αναγνωρίζουν καθώς και να μην πιστεύουν ότι είναι μια

αποτελεσματική μέθοδος αλλά ξέρουν ότι αυτό είναι κάτι που σχετίζεται τόσο με την φύση του προβλήματος όσο και με τις γνώσεις και ικανότητες του θεραπευτή.

Προφανής επίσης ήταν η βαρύτητα που δίνουν οι ασθενείς στον τρόπο που θα τους προσεγγίσει ο θεραπευτής. Ο τρόπος που θα μιλήσει ο θεραπευτής στον ασθενή, που θα του εξηγήσει τους θεραπευτικούς στόχους και η ασφάλεια που θα τον κάνει να νιώσει είναι πάρα πολύ σημαντικά κριτήρια για την επιτυχία την θεραπείας. Η προσέγγιση του θεραπευτή φαίνεται να είναι βασικό μέρος της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Οι ασθενείς τονίζουν ότι όταν η σχέση τους με τον θεραπευτή είναι ειλικρινής και ομαλή, οι ίδιοι νιώθουν εμπιστοσύνη και ασφάλεια κάτι που επιδρά θετικά τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο (Mole, 2007).

Οι πλειοψηφία των ασθενών έδειξε μικρή επιφυλακτικότητα κατά την έναρξη της πρώτης συνεδρίας ως προς την μέθοδο του βελονισμού. Μια αντίδραση που δεν ήταν η αναμενόμενη καθώς λογικό θα ήταν κατά την έναρξη της πρώτης θεραπείας να υπάρχει ένας φόβος και μια επιφύλαξη ως προς το άγνωστο. Αντιθέτως κανένας σχεδόν ασθενής δεν έδειξε κάτι τέτοιο παρόλο που δεν γνώριζαν την αίσθηση που προκαλεί η βελόνα ή αν θα υπάρχουν παρενέργειες και τι αποτελέσματα θα υπήρχαν. Αντιφατική δε είναι η άποψη των θεραπευτών οι οποίοι δηλώνουν πως οι ασθενείς στις πρώτες θεραπείες έχουν των φόβο της βελόνας ή ακόμα και φόβο προς το άγνωστο λόγω δυσκολίας στη κατανόηση αυτής της μεθόδου. Ωστόσο οι ασθενείς δηλώσαν ελάχιστα επιφυλακτικοί ως προς την μέθοδο και έδειξαν ανοχή στον πόνο ο οποίος κατά την άποψη της πλειοψηφίας δεν ήταν έντονος ή ανυπόφορος.

Συνεχίζοντας, το σύνολο των ασθενών παραδέχθηκε πως δεν διαπίστωσε καμία παρενέργεια. Στην αρχή έγινε αντιληπτή μια σύγχυση για το τι περικλείει ο όρος παρενέργειες στο βελονισμό, μετά όμως την επεξήγηση που δόθηκε με σιγουριά ανέφεραν πως δεν παρατήρησαν κάποια παρενέργεια πέρα από κάποιες πιθανές μελανιές τις οποίες θεωρούσαν φυσιολογικές. Ελάχιστα περιστατικά δήλωσαν την αίσθηση ζάλης ή μιας μικρής επιδείνωσης των συμπτωμάτων τους για κάποιες μέρες, οι οποίοι όμως και πάλι τα θεώρησαν σαν κομμάτι της θεραπείας και όχι σαν παρενέργειες (Jin et al.,2007; Abbate, 2004;).

Συνοψίζοντας τις πληροφορίες που συλλέχθηκαν για τον βελονισμό μέσα από τις απόψεις των ασθενών, είναι επιτακτική ανάγκη να αναφερθούν τα οφέλη που οι ίδιοι οι ασθενείς βίωσαν κατά την διάρκεια του θεραπειών και μετά την ολοκλήρωση των θεραπειών με βελονισμό. Όλοι οι ασθενείς μετά την ολοκλήρωση των θεραπειών τους είδαν βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους και δήλωναν πως μέσω του βελονισμού είχαν επιτευχθεί οι αρχικοί στόχοι που είχαν οριστεί. Φυσικά υπήρχαν και περιστατικά τα οποία δεν είχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα, όλοι όμως διαπίστωσαν κάποιου βαθμού πρόοδο της κατάστασης τους (Vadivelu et al, 2011).

Τέλος συλλέχθηκαν οι απόψεις των ασθενών για το προσωπικά οφέλη που έλαβαν από την θεραπεία τους με βελονισμό. Καταγράφηκε πώς η θεραπεία με βελονισμό είχε επίδραση τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία των ασθενών καθώς δεν ήταν λίγα τα περιστατικά που δήλωσαν ότι ο βελονισμός τους προκαλούσε ένα αίσθημα χαλάρωσης, σωματικής και ψυχικής ευεξία. Επίσης με την πάροδο των συνεδριών και την συνεργασία τους με τον θεραπευτή πολλοί αισθάνθηκαν μεγαλύτερη πίστη στο εαυτό τους και αισιοδοξία για την πορεία και βελτίωση της κατάσταση τους. Παράγοντας πολύ σημαντικός για την

πρόοδο της υγείας ενός ασθενούς καθώς η ψυχολογία διαδραματίζει βασικό ρόλο στην ολοκλήρωση της αποκατάστασης.

8.5 ΔΗΜΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΥ

Αν και τα δείγματα τις παρούσας έρευνας ήταν μικρά, φάνηκε πως ο βελονισμός θεωρείται μια αρκετά δημοφιλής μέθοδος. Τα τελευταία χρόνια κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος ανάμεσα στα είδη των θεραπευτικών τεχνικών, καθώς είναι ένα μέσο θεραπείας με πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα και ολιστική προσέγγιση των ασθενών.

8.6 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη εξαρχής παρουσίαζε αρκετούς περιορισμούς όμως έγινε μια προσπάθεια παρουσίασης του βελονισμού και της απήχησης του σε θεραπευτές και ασθενείς σαν μια προοπτική διεύρυνσης του πεδίου γνώσεων ενός φυσικοθεραπευτή. Ένας βασικός περιορισμός ήταν ότι δεν βρέθηκε κάποια παρόμοια έρευνα η οποία να δίνει σημαντικά στατιστικά στοιχεία τόσο για τους θεραπευτές όσο και για τους ασθενείς. Επίσης επειδή η νομοθεσία στη χώρα μας τονίζει ότι ο βελονισμός είναι ιατρική πράξη δεν ήταν δυνατόν να βρεθούν στατιστικά στοιχεία για τους φυσικοθεραπευτές που έχουν εκπαιδευτεί πάνω στον βελονισμό καθώς και οι σύλλογοι και οι ομοσπονδίες δύσκολα έδιναν περαιτέρω στοιχεία για τους απόφοιτους τους.

Άλλος ένας περιορισμός της μελέτης μας είναι ότι τα δείγματα που συλλέχθηκαν ήταν μικρά και δεν μπόρεσαν να μας δώσουν στατιστικά σημαντική εικόνα των απόψεων που επικρατούν στη χώρα μας, αν και οι απαντήσεις που λήφθηκαν φαίνεται να είναι αντιπροσωπευτικές.

Επίσης ασάφειες προκάλεσε το γεγονός πως κάποιοι ασθενείς παράλληλα με την θεραπεία με βελονισμό εφάρμοζαν και άλλα ήδη θεραπείας. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να μην μπορεί να κριθεί με σιγουριά αν το θεραπευτικό αποτέλεσμα ήταν κυρίως από τον βελονισμό ή από την συνδυασμό των θεραπευτικών αγωγών.

Τέλος ανασταλτικός παράγοντας για την άντληση πληροφοριών στάθηκε το γεγονός πως οι βελονιστές ανήκουν σε κλειστές ομάδες και δύσκολα δίνουν στοιχεία για τις μεθόδους που χρησιμοποιούν, το λόγο που το εξασκούν και την αποτελεσματικότητα που πιστεύουν πως έχει. Κανένας σχεδόν δεν έδωσε σαφή περιγραφή της φιλοσοφίας την οποία ασπάζεται σχετικά με τον βελονισμό.

8.7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν και από την εκτεταμένη διεθνή βιβλιογραφία διαπιστώθηκε ότι ο βελονισμός είναι μια αποτελεσματική μη παρεμβατική ολιστική μέθοδος θεραπείας η οποία μπορεί να συνδυαστεί αρμονικά με τις σύγχρονες φυσικοθεραπευτικές τεχνικές και να δώσει γρηγορότερα και αμεσότερα θεραπευτικά αποτελέσματα με λιγότερες παρενέργειες. Μάλιστα ο βελονισμός στο μέλλον μπορεί να αποτελέσει ένα ακόμα κομμάτι της κατάρτισης ενός φυσικοθεραπευτή αφού η εφαρμογή του σε συνδυασμό με τις τεχνικές και τα μέσα αποκατάστασης που διαθέτει ένας φυσικοθεραπευτής μπορεί να επιφέρει άριστα αποτελέσματα θεραπείας.

Η μελέτη αυτή μπορεί να αποτελέσει έναυσμα για εκτενέστερη έρευνα των οφελών του βελονισμού στην επιστήμη της φυσικοθεραπείας, καθώς φαίνεται ότι μπορεί να αποτελέσει

σημαντικό εργαλείο, κομμάτι των γνώσεων και των ικανοτήτων ενός φυσικοθεραπευτή και τμήμα της εκπαίδευσης του από τα πανεπιστημιακά ιδρύματα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βιβλία (στην Αγγλική γλώσσα):

1. Thambirajah, R. (2009) *Cosmetic Acupuncture: A traditional Chinese medicine approach to cosmetic and dermatological problems*. Churchill Livingstone.
2. Chaitow, L., U.D., D.O. (1984) *Instant pain control: Using the body's trigger points*. The Chausser Press.
3. Wang, Y. (2009) *Micro- Acupuncture in practice*. Churchill Livingstone.
4. Maciocia, G. (1994) *The practice of Chinese Medicine*. Churchill Livingstone.
5. Jing, C. (1990) *Anatomical Atlas of Chinese acupuncture points*. Shandong Science and technology press.
6. Abbate, S. (2004) *Chinese auricular acupuncture*. CRC Press LLC.
7. Jinlin, Q. (2006) *Hand acupuncture therapy*. Foreign Languages Press Beijing.
8. Mole, P. (2007) *Acupuncture for body, mind and spirit*. How To Content.
9. Saad, M. (2011) *Acupuncture- Concepts and Physiology*. InTech
10. Cheung, L., Li, P., Wong, C. (2001) *The Mechanism of Acupuncture Therapy and Clinical Case Studies*. Taylor & Francis.
11. Landgren, K. (2008) *Ear Acupuncture a practical guide*. Churchill Livingstone.
12. Longbottom, J. (2010) *Acupuncture in Manual Therapy*. Churchill Livingstone.
13. Jin, G., Y., J., L. (2007) *Contemporary Medical Acupuncture: A systems Approach*. Higher Education Press.
14. Saad, M. (2011) *Acupuncture – Clinical Practice, Particular Techniques and Special Issues*. InTech.
15. Mann, F. (2000) *Reinventing Acupuncture: A New Concept of Ancient Medicine*. Butterworth Heinemann
16. Mann, F. (1983) *Scientific Aspects of Acupuncture*. William Heinemann Medical Books LTD.
17. Focks, CL. (2008) *Atlas of Acupuncture*. Churchill Livingstone
18. Liangyue, D., Yijun, G., Shuhui, H., Xiaoping, J., Yang, L., Rufen, W., Wenjing, W., Xuetai, W., Hengze, X., Xiuling, X., Jiuling Y. (1993) *Chinese Acupuncture and Moxibustion*. Foreign Languages Press.
19. Chaudhury, R.R., Rafei, U.M. (2001) *Traditional Medicine in Asia*. World Health Organization
20. Ramey, D., Buell, P. (2014) *Focus on Alternative and Complementary Therapies*. Royal Pharmaceutical Society.
21. Vadivelu, N., Urman, R.D., Hines, R.L. (2011) *Essentials of Pain Management*. Springer
22. Marcus, D.A., Deodhar, A. (2011) *Fibromyalgia. A practice guide*. Springer.
23. Dung, H. (2014) *Acupuncture: An anatomical approach*. CRC Press.
24. Stux, G., Berman, B., Pomeranz, B. (2003) *Basicw of Acupuncture*. Springer
25. Beijing college, Shanghai college, Nanjing college, The Acupunture Institute of the academy of Traditional Chinese Medicine. (1993) *Essentials of Chinese Acupuncture*. Foreign languages press.

Βιβλία (Μεταφρασμένα στα Ελληνικά):

1. Fitzgerald M.J.T., Gruener G., Mtui E. (2009). *Κλινική Νευροανατομία και Νευροεπιστήμες*. ΕΚΔ Πασχαλίδης, έκδοση 5^η.

2. Guyton A.C. (2009). Φυσιολογία του Ανθρώπου. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, έκδοση 5^η.

Βιβλία (Στην Ελληνική γλώσσα):

1. Καράβης, Μ.Γ. (2011) Βιοϊατρικός Βελονισμός: Μηχανισμοί Δράσης και Θεραπευτικές Αρχές του Βελονισμού και του Ηλεκτροβελονισμού. Εκδόσεις dKS.
2. Τηλικίδης, Α.Ι. (1999) Η Βασική θεωρία της Παραδοσιακής Κινέζικης Ιατρικής. Εκδόσεις KM Press, έκδοση 1^η.
3. Φραγκοράπτης, Ε. (2008) Εφαρμοσμένη Ηλεκτροθεραπεία: Θεωρία και πράξη μεθόδων ηλεκτροθεραπείας. Εκδόσεις Λιθογραφία.
4. Κοτζαηλίας , Α., Δ. (2011). Φυσικοθεραπεία σε παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος. Θεσσαλονίκη: University Studio Press A.E.
5. Κοτζαηλίας , Α., Δ. (2008). Φυσικοθεραπεία σε κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος. Θεσσαλονίκη: University Studio Press A.E.
6. Παρασκευάς, Γ.Κ. (2008) Ανατομία του Ανθρώπου. Εκδόσεις University Studio Press A.E, έκδοση 1^η.

Διεθνής Αρθρογραφία:

1. Li, X., Zhou, K., Zhang, E., Qi, ZH., Sun, W., Xu, L., Xu, J., Cai, Y., Wang, R. (2014) Therapeutic effect of electroacupuncture, massage, and blocking therapy on external humeral epicondylitis, Journal of Traditional Chinese Medicine, 34(3): 261-266
2. Sun, Zh.R., Yue, J.H., Zhang, Q.H. (2013) Electroacupuncture at Jing-jiaji points for neckpain caused by cervical spondylosis: a study protocol for a randomized controlled pilot trial, Trials Journal, 14: 360
3. Corbett, M.S., Rice, S.J.C., Madurasinghe, V., Slack, R., Fayter, D.A., Harden, M., Sutton, A.J., Macpherson, H., Woolacott, N.F. (2013) Acupuncture and other physical treatments for the relief of pain due to osteoarthritis of the knee: network meta-analysis, Osteoarthritis research society international.
4. Chen, L.X., Mao, J.J., Fernandes, S., Galantino, M.L., Guo, W., Lariccia, P., Teal, V., Bowman, M.A., Schumacher, H.R., Farrar, J.T. (2013) Integrating acupuncture with exercise- based physical therapy for knee osteoarthritis: A randomized controlled trial, J Clin Rheumatol, 19(6): 308–316
5. Li, N., Tian, F., Wang, CH., Yu, P., Zhou, X., Wen, Q., Qiao, X., Huang, L. (2012) Therapeutic effect of acupuncture and massage for shoulder-hand syndrome in hemiplegia patients: a clinical two-center randomized controlled trial, Journal of Traditional Chinese Medicine, 32(3): 343-349
6. Hutchinson, A.J.P., Ball, S., Andrews, J.C.H., Jones, G.G. (2012) The effectiveness of acupuncture in treating chronic non-specific low back pain: a systematic review of the literature, Journal of Orthopaedic Surgery and Research, 7: 36
7. Allais, G., Rolando, S., Gabellari, I.C., Burzio, C., Airola, G., Borgogno, P., Schiapparelli, P., Allais, R., Benedetto, CH. (2012) Acupuncture in the control of migraine- associated nausea, Neurol Sci, (suppl I) 33: 207-210
8. Urruela, M.A., Suarez- Almazor, M.E. (2012) Acupuncture in the treatment of Rheumatic diseases, Curr Rheumatol Rep, 14(6): 589–597
9. Hyun-jong Lee, Jung-Chul Seo, Min-Ah Kwak³, Sung-Hoon Park, Bo-Mi Min, Min-su Cho⁴, ImHee Shins⁵, Jin-yong Jung⁴ and Woon-seok Roh.(2014) Acupuncture for low

- back pain due to spondylolisthesis: study protocol for a randomized controlled pilot trial. *Trials Journal*, 15:105
10. Gori, L., Firenzuoli, F. (2007) Ear acupuncture in European Traditional Medicine, *Ecam*.
 11. Melzack, R., Wall, P. (1984) Acupuncture and transcutaneous electrical nerve stimulation, *Postgraduate Medical Journal*, 60: 893-896.
 12. Verwaal, R.E. (2009) Hippocrates meets the Yellow Emperor: On the reception of Chinese and Japanese Medicine in Early Modern Europe 1650-1750. *Utrecht*
 13. Macdonald, A.J.R., Macrae, K.D., Master, B.R., Rubin, A.P. (1983) Superficial acupuncture in the relief of chronic low back pain: A placebo- controlled randomised trial. *Annals of the Royal college of Surgeons of England*, vol.65
 14. Chon, T.Y., Lee, M.C. (2013) Acupuncture. *Mayo clinic proceedings*, 88(10): 1141-1146.
 15. Coneytaux, R.R., Garland, E. (2013) Acupuncture for the Treatment or Management of Chronic Pain. *N C Med J.*,74(3):221-225.
 16. Plank, S., Goodard, J., Pasierb, L., Simunich, T., Croner, J. (2013) Standardized Set-point Acupuncture for Migraines. *Alternative therapies* vol.19, 6
 17. Wand, B.M., Abbaszadeh, S., Smith, A.J., Catley, M.J., Moseley, G.L. (2013) Acupuncture applied as a sensory discrimination training tool decreases movement related pain in patients with chronic low back pain more than acupuncture alone: a randomised cross-over experiment. *Br J Sports Med*. 47: 1085-1089
 18. Ulett, G.A., Han, H., Han, J. (1998) Electroacupuncture: Mechanisms and Clinical Application. *Biol Psychiatry*, 44: 129-138
 19. Kim, W., Kim, S.K., Min, B.(2013) Mechanisms of Electroacupuncture – Induced Analgesia on Neuropathic Pain in Animal Model. *Hindawi Publishing Corporation*.
 20. Napadow, V., Ahm, A., Longhurst, J., Lao, L., Stener- Victorin, E., Harris, R., Langevin H.M. (2008) The status and Future of Acupuncture Mechanism Research. *The journal of alternative and complementary medicine*, vol.14, pp. 861-869
 21. Quispe- Cabanillas, J.G., Damasceno A., Glehn, F., Bandao C.O., Damasceno, B.P., Silveira, W.D., Sandos, L.MB., (2012) Impact of electroacupuncture on quality of life for patients with Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis under treatment with immunomodulators: A randomized study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12: 209
 22. Ma, S. (2004) Neurobiology of Acupuncture: Toward CAM. *eCAM*, 1(1): 41-47
 23. Dorsher, P.T., McIntosh, P.M. (2011) Acupuncture's Effects in Treating the Sequelae of Acute and Chronic Spinal Cord Injuries: A Review of Allopathic and Traditional Chinese Medicine Literature. *Hindawi Publishing Corporation*.
 24. Mayhew, E., Ernst, E. (2006) Acupuncture for fibromyalgia- a systematic review of randomized clinical trials. *Oxford journals*, vol.45, pp. 801-804
 25. Scharf, H.P., Mansmann, U., Streitberger, K., Witte, S., Kramer, J., Maier, C., Trampish, H.J., Victor, N. (2006) Acupuncture and Knee Osteoarthritis: A Three-Armed Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine*, vol.145, pp.12-20
 26. Longbottom, J. (2009) The Treatment of Pelvic Pain with Acupuncture: Part 1. *Journal of Chinese Medicine*.
 27. White, A., Ernst, E. (2004) A brief history of acupuncture. *Oxford Journals*, vol. 43, pp. 662-663
 28. Lewit, G.T. (1999) Acupuncture in China. *Scientific Acupuncture*.

29. Beissner, Fl., Henke, Ch., Unschuld, P.U. (2011) Forgotten Features of Head Zones and Their Relation to Diagnostically Relevant Acupuncture Points. Hindawi Publishing Corporation.
30. Andersson, S., Lundeberg, T. (1995) Acupuncture- from Empiricism to science functional background to Acupuncture Effects in pain and Disease. Medical Hypotheses (45): 271-281
31. Coyle, M., Aird, M., Cobbin, DM., Zaslowski, C. (2000) The Cun Measurement System: an Investigation into its Suitability in Current Practice. Acupuncture in Medicine, vol.18
32. Payne, C., Weight, K. (2014) Acupuncture treatment for pain relief in musculoskeletal conditions. NHS foundation Trust.
33. Lin, JG., Chen., WL. (2008) Acupuncture analgesia. A review of its mechanisms of actions. Am j Chin Med. 36(4) : 635-645
34. Zhao, ZQ. (2008) Neural mechanism underlying acupuncture analgesia. Prog Neurobiol. 85(4):355-375
35. Lee, H., Ernst, E. (2005) Acupuncture analgesia during surgery: a systematic review. Pain. 114: 511-517.
36. Le Bars, D., Dickenson, AH., Besson, JM. (1979) Diffuse noxious inhibitory controls (DNIC). II. Lack of effect on non-convergent neurones, supraspinal involvement and theoretical implications. Pain 6(3): 305-327.
37. Devitt, M. (2002) Needle Manipulation May Hold the Key to Acupuncture's Effects. Acupuncture Today vol.3
38. Stollberg, G. (2014) Acupuncture in Western Europe.
39. British Acupuncture Council (2011) Acupuncture and Fibromyalgia.

Ηλεκτρονικές πηγές:

1. <http://www.karavis.gr>, 2014
2. <http://www.icmart.org> , 2014
3. <http://www.mediacus.gr> , 2014
4. <http://www.acupuncture.org.uk> , 2014
5. <http://www.acupuncture.gr> ,2014
6. <http://www.jcm.co.uk> , 2014
7. <http://eski.gr/links.php>, 2014
8. <http://www.scientificacupuncture.com/whatisacupucnture.htm>, 2014
9. <http://www.medicalacupuncture.org> , 2014
10. <http://www.elitesportstherapy.com> , 2014
11. www.AcupunctureProducts.com. (2007) Atlas of Acupuncture Points: Points locations
12. Pacholyk, A. (2014) Acupuncture: Pre and Post Surgery.
(<https://www.acufinder.com/Acupuncture+Information/Detail/Acupuncture+Pre+and+Post+Surgery>)
13. Suttie, E. (2013) The Fear of Needles - Why a Fear of Needles Shouldn't Discourage you from Trying Acupuncture.
(http://www.acupuncture.com/newsletters/m_apr13/needles.htm)
14. http://www.alqologia.gr/sam/iatreia_ponou.pdf, 2014
15. <http://www.iatronet.gr/ygeia/enallaktikes-therapeies/article/1181/therapeia-osfio-ixialgias-me-velonismo.html> ,2014
16. <http://www.karavis.gr/?p=352>, 2014

17. <http://www.karavis.gr/?p=349>, 2014
18. <http://www.karavis.gr/?p=345>, 2014
19. <http://www.karavis.gr/?p=332>, 2014
20. <http://www.yinyang.gr>, 2014

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΙΓΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Φοιτήτρια: Νεοφωτίστου Δήμητρα

Α.Μ. : 1393 / Επιβλέπων καθηγητής: Δρ Κουτσογιάννης Κωνσταντίνος

Πτυχιακή Εργασία : Φυσικοθεραπεία & Βελονισμός

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟ

1. Φύλο

- Άνδρας
 Γυναίκα

2. Ηλικία

3. Επάγγελμα

4. Εκπαίδευση

- Απόφοιτος δημοτικού
 Απόφοιτος γυμνασίου
 Απόφοιτος λυκείου
 Τριτοβάθμια

5. Από που ενημερωθήκατε για τον βελονισμό

- Οικογενειακός Ιατρός
 Οικογένεια / φίλοι
 Βιβλία / περιοδικά
 Μ.Μ.Ε
 Διαδίκτυο
 Με ενημέρωσε ο φυσικοθεραπευτής μου
 Άλλο :

6. Τι ήταν αυτό που σας κέρδισε περισσότερο σε αυτήν την μέθοδο θεραπείας

.....
.....
.....

7. Θεωρείτε τον βελονισμό είδος εναλλακτικής θεραπείας ή ιατρική μέθοδο

- Εναλλακτική θεραπεία
 Ιατρική μέθοδος

8. Για ποιο λόγο ακολουθείτε θεραπεία βελονισμού τώρα
(αναφέρατε περιληπτικά)

.....
.....
.....

9. Έχετε ακολουθήσει θεραπεία με βελονισμό στο παρελθόν

- Πρώτη φορά
 Μία φορά
 Περισσότερες από μια (αναφέρατε τους λόγους των θεραπειών) :

10. α. Τι είδους βελονισμό πραγματοποιείτε τώρα

- Ιατρικός βελονισμός Παραδοσιακός Κινέζικος Βελονισμός

β. Ποιά μέθοδο βελονισμού πραγματοποιείτε τώρα

- Με βελόνες
 Ηλεκτροβελονισμός
 Βελονισμός Laser
 Ωτοβελονισμός
 Άλλο:

11. α. Τι είδους βελονισμό πραγματοποιείτε τώρα

- Ιατρικός βελονισμός Παραδοσιακός Κινέζικος Βελονισμός

β. Εάν έχετε δεχθεί στο παρελθόν βελονισμό επιλέξτε το είδος

- Με βελόνες
 Ηλεκτροβελονισμός
 Βελονισμός Laser
 Ωτοβελονισμός
 Άλλο:

12. Τι σας οδήγησε να επιλέξετε τον βελονισμό έναντι άλλων μεθόδων θεραπείας

- Χρόνια συμπτώματα πόνου
 Μη αποτελεσματικότητα άλλων μεθόδων θεραπείας
 Εμφανή θεραπεία οικείου προσώπου
 Περιέργεια

Άλλο:

13. Θεωρείτε ότι ο βελονισμός είναι αποτελεσματικότερος σε σχέση με άλλες θεραπείες

- Ναι
 Όχι
 Κατά περίπτωση

14. Παράλληλα με τον βελονισμό δέχεστε και άλλου είδους θεραπεία

- Ναι
 Όχι

Εάν Ναι, ποια άλλη μέθοδο χρησιμοποιείτε :

15. Αναζητήσατε μόνοι σας τον βελονιστή σας, ή σας τον πρότειναν

- Μόνος/η
 Σύσταση από :

16. Νιώσατε επιφυλακτικότητα κατά την έναρξη της θεραπείας

- Ναι
 Όχι

Εάν Ναι τι σας προβλημάτισε περισσότερο :

17. Πιστεύετε ότι η προσέγγιση του βελονιστή επηρεάζει την ομαλή εφαρμογή της θεραπείας

- Πάρα πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

18. Είδατε άμεσα αποτελέσματα από την εφαρμογή του βελονισμού

- Αμέσως μετά την θεραπεία
- Μετά από μερικές ώρες
- Μετά από 1 ημέρα
- Μετά από 1 εβδομάδα
- Μετά από 2 εβδομάδες
- Περισσότερο διάστημα από τα ανωτέρω

19. α. Κατά την διάρκεια της εφαρμογής του βελονισμού νιώσατε "πόνο"
(διαβαθμίστε)

- Καθόλου
- Ελάχιστο
- Αρκετό
- Πολύ

β. Εάν ναι, τι είδους πόνο νιώσατε

- αίσθημα βάρους Άλλο:
- κάψιμο
- μούδιασμα
- τσίμπημα

20. Διαπιστώσατε παρενέργειες από την εφαρμογή του βελονισμού

- Ναι
- Όχι

Εάν Ναι, τι δείγματα είχατε, μετά από πόση ώρα εμφανίστηκαν, πόσο διήρκεσαν και πως τα αντιμετωπίσατε :

.....
.....
.....
.....

21. Θα ξανακάνετε βελονισμό

- Ναι
- Όχι

22. Θα τον προτείνετε σε άλλους

- Ναι
- Όχι
- Ίσως

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΙΓΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Φοιτήτρια: Νεοφωτίστου Δήμητρα

Α.Μ. : 1393 / Επιβλέπων καθηγητής: Δρ Κουτσαγιάννης Κωνσταντίνος

Πτυχιακή Εργασία : Φυσικοθεραπεία & Βελονισμός

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΒΕΛΟΝΙΣΤΕΣ

1. **Φύλο**
 Άνδρας
 Γυναίκα
2. **Ηλικία**
3. **Επάγγελμα**
 Ιατρός
 Φυσικοθεραπευτής
 Άλλο:
4. **α. Ανώτατη Εκπαίδευση**
 Α.Ε.Ι.
 Τ.Ε.Ι.
 Ι.Ε.Κ.
 Άλλο :
5. **Σε ποιά χώρα έχετε διδαχθεί τον βελονισμό**
 Ελλάδα
 Κίνα
 Άλλο:
6. **Πόσα έτη διήρκησε η εκπαίδευσή σας**
(παρακαλώ σημειώστε αριθμό)
7. **Πόσα έτη ασχολείστε επαγγελματικά με τον βελονισμό**
(παρακαλώ σημειώστε αριθμό)
8. **α. Κατά την προσωπική σας εκτίμηση, η Ανατολική Φιλοσοφία του βελονισμού αντικρούεται με την Δυτική ή όχι**
 Ναι
 Όχι
β. Εάν ναι πιστεύετε ότι κατά την εφαρμογή βελονισμού έχουμε το ίδιο αποτέλεσμα;
(παρακαλώ τεκμηριώστε την απάντησή σας)
.....
.....
.....

9. Θεωρείτε τον βελονισμό κύρια ή συμπληρωματική μέθοδο θεραπείας

- Κύρια
- Συμπληρωματική
- Άλλο :

10. Θεωρείτε τον βελονισμό ως μονοθεραπεία

- Ναι
- Όχι
- Κατά περίπτωση

11. Θεωρείτε ότι ο βελονισμός μπορεί να αντικαταστήσει την επεμβατική μέθοδο

- Ναι
- Όχι
- Κατά περίπτωση

(προαιρετικά περαιτέρω ανάλυση απάντησης)

.....

.....

.....

12. α. Ο βελονισμός εφαρμόζεται σε αντικατάσταση φαρμακευτικής αγωγής

- Ναι
- Όχι
- Κατά περίπτωση

β. Εάν όχι θεωρείτε ότι η συνδυαστική εφαρμογή των δυο επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα

.....

.....

.....

13. Τι μέθοδο βελονισμού χρησιμοποιείτε

- Κλασικό βελονισμό
- Βελονισμό ξηρής βελόνας
- Βελονισμό Laser
- Ηλεκτροβελονισμό
- Στοβελονισμό
- Άλλο:

14. Ποιές οι κυριότερες παθήσεις που αντιμετωπίζονται με την εφαρμογή του βελονισμού

(Αναφέρατε τις 3-5 σημαντικότερες)

.....

.....

.....

.....

β. Εάν υπάρχουν θετικές απαντήσεις, αναφέρατε πιθανούς λόγους επιφυλακτικότητας

.....
.....
.....

23. **Οι ασθενείς γνωρίζουν για την δράση του βελονισμού**

- Όλοι
 Αρκετοί
 Ελάχιστοι
 Κανένα

24. **Η εμφάνιση "πόνου" (είτε πόνος σημείου είτε γενικός πόνος) κατά την εφαρμογή του βελονισμού, είναι ανασταλτικός παράγοντας για την εξέλιξη της θεραπείας**

- Ναι
 Όχι
 Κατά περίπτωση

25. **Πιστεύετε ότι ο φόβος του πόνου είναι ανασταλτικός παράγοντας για την εξέλιξη της θεραπείας;**

- Ναι
 Όχι
 Κατά περίπτωση

26. **Θεωρείτε ότι η εμφάνιση "πόνου" κατά την εφαρμογή του βελονισμού σχετίζεται με την ανοχή των ασθενών στον πόνο ή με την μέθοδο θεραπείας που χρησιμοποιείτε**

- Ανοχή του Ασθενή
 Μέθοδος Θεραπείας
 Και τα δύο

Άλλο :

27. **α. Μπορεί να εμφανιστούν παρενέργειες μετά την εφαρμογή του βελονισμού;**

- Ναι
 Όχι

β. Εάν Ναι , Ποιές είναι αυτές και από τι εξαρτάται η εμφάνισή τους :

.....
.....
.....