



Κινέζικη Ιατρική

ΤΕΥΧΟΣ 2 | ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2015



Φωτογραφία: Ντουάν Τζί Λιάνγκ

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΝΤΟΥΑΝ ΤΖΙ ΛΙΑΝΓΚ • ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΣΤΑ «ΚΛΑΣΙΚΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΤΟΥ ΣΦΥΓΜΟΥ» ΤΟΥ ΒΑΝΓΚ ΣΟΥ ΧΕ •
ΒΟΤΑΝΟ ΣΙΑΝ ΥΑΟ • ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ Ή ΒΟΤΟΧ; • ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΤΟΠΙΚΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΚΙΝΕΖΙΚΑ
ΒΟΤΑΝΑ • ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΓΙΟΓΚΑ • ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΠΡΟΣΦΑΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ



ΕΚΔΟΤΗΣ

Ελληνικός Σύλλογος Κινέζικης Ιατρικής
Παπαδιαμαντοπούλου 52, 15771 Αθήνα
info@eski.gr

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΣΚΙ

Πρόεδρος: Γ. Δημητρίου
Αντιπρόεδρος: Γ. Τζιγκουνάκης
Γεν. Γραμματέας: Χ. Μανιαβού
Ταμίας: Μ. Κατσαντώνης
Μέλος: Ι. Φερούκας

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Γ. Δημητρίου
Μέλη: Ι. Καζάλη, Ι. Φερούκας

ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΚΕΙΜΕΝΩΝ

Ε. Περβολαράκη

ΔΙΕΘΝΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

A.D.Vos (Holland), A.Mor (Israel), G. Ohmstede (Germany),
K. Durjun (UK), L. Bendova (Czech Republic), C. Shiu (US),
R.Aranda (Chile), F. Manja (Serbia), R. T. Valerio (Portugal)

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΕΣΚΙ

Υπεύθυνη: Χ. Μανιαβού
info@eski.gr, magazine@eski.gr

Το περιοδικό "Κινέζικη Ιατρική" φιλοξενεί εμπεριστατωμένα άρθρα, μελέτες και περιλήψεις για την Κινέζικη Ιατρική από την Ελλάδα και ολόκληρο τον κόσμο. Αρθρογράφοι και μελετητές, αφού έρθουν σε επικοινωνία με το περιοδικό (magazine@eski.gr), μπορούν να αποστέλλουν άρθρα προς έγκριση από τη συντακτική επιτροπή και δημοσίευσή.

Επίσκεψη φίλου όντας άρρωστος, του Πο Τσούι (772 - 846 μ.Χ)

Είμαι άρρωστος τόσο καιρό, που έχω ξεχάσει τις μέρες. Από το νότιο παράθυρο, βράδυ και πάλι βράδυ. Στενάχωρα κελαηδούν τα χόρτα κάτω από τις μαρκίζες μου. Τα σπουργίτια του χειμώνα τραγουδούν νύχτα μέρα. Με προσπάθεια σηκώνομαι και ακουμπώ βαριά στο κρεβάτι μου. Ετοιμόρροπος περπατώ προς την πόρτα της αυλής. Κατά τύχη συναντώ ένα φίλο που έχει έρθει να με δει, σαν επίτηδες να έχω πάει για να τον συναντήσω. Πήραν τον καναπέ μου και τον εβάλαν στον ήλιο που δύνει. Άπλωσαν το χαλί και ακούμπησα στον πυλώνα του μπαλκονιού. Τα ήρεμα λόγια ήταν καλύτερα από οποιοδήποτε φάρμακο. Τα αισθήματα σταδιακά επανήλθαν στην μουδιασμένη μου καρδιά.

Περιεχόμενα

- 03 **Μήνυμα του Προέδρου**
Γιάννης Δημητρίου MD PT CCH MSc PhD TCM
- 04 **Συνέντευξη του δασκάλου Ντουάν Τζι Λιάνγκ**
- 07 **Αντιμετώπιση της Ατοπικής Δερματίτιδας με Κινέζικα Βότανα**
Τζένυ Γιού MAOM, Ανουπάμα Κιζακεβέτηλ BAMS (Ayurveda) MAOM L.Ac.
Μετάφραση: Άσπα Ανωγιάτη Θ.Κ.Ι.
- 11 **Βελονισμός ή Botox;
Σύγκριση μεταξύ βελονισμού και βουτυλινικής νευροτοξίνης στο πεδίο της αισθητικής**
Σαμ Κόρμπαν
Μετάφραση: Ειρήνη Περβολαράκη Θ.Κ.Ι.
- 15 **Σχολιασμός στα «Κλασικά Κείμενα του Σφυγμού» του Βανγκ Σου Χε**
Λέον Χάμερ
Μετάφραση: Χριστίνα Μανιαβού, υποψ. MSc TCM
- 22 **Shan Yao – Radix Dioscorae Oppositae**
Αλέξανδρος Τηλικίδης, φυσιάτρος-βελονιστής-βοτανο-θεραπευτής
- 23 **Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ προβλημάτων υγείας και προχωρημένης πρακτικής στην Αστάγκα γιόγκα και αναφορά της αποτελεσματικότητας πρωτοκόλλων βελονισμού για την αντιμετώπιση του σχετικού πόνου**
Γιάννης Δημητρίου MD PT CCH MSc PhD TCM
- 32 **Ανασκοπήσεις**
Μετάφραση: Γιώργος Τζιγκουνάκης BSc (Hons) Acupuncture, MSc TCM

Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ προβλημάτων υγείας και προχωρημένης πρακτικής στην Αστάγκα γιόγκα και αναφορά της αποτελεσματικότητας πρωτοκόλλων βελονισμού για την αντιμετώπιση του σχετικού πόνου

Δημητρίου Γιάννης
MD PT CCH MSc PhD TCM
Ελληνική Εταιρία Κινέζικης
Ιατρικής (info@hccm.gr)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

1. Υπόβαθρο

Η γιόγκα συστήνεται συχνά από τους επαγγελματίες υγείας για την ευεξία του φυσικού, συναισθηματικού και πνευματικού επιπέδου του ανθρώπου που προσφέρει, παρότι είναι περιορισμένες οι δημοσιευμένες έρευνες για πιθανούς κινδύνους που σχετίζονται με τη γιόγκα. Επίσης δεν υπάρχουν δημοσιευμένες μελέτες για τη θεραπεία μυοσκελετικών προβλημάτων αθλητών της γιόγκα μέσω πρωτοκόλλων που εμπεριέχουν βελονισμό με «πυρακτωμένη βελόνα» και «απόμακρο βελονισμό».

2. Σκοπός

Διερεύνηση των σχέσεων πόνου στο γόνατο, στον αυχένα και στους οπίσθιους μηριαίους με την προχωρημένη πρακτική στην Αστάγκα γιόγκα (Ashtanga yoga). Αναφορά της αποτελεσματικότητας πρωτοκόλλων βελονισμού που εμπεριέχουν βελονισμό με «πυρακτωμένη βελόνα» και «απόμακρο βελονισμό» σε αθλητές Αστάγκα γιόγκα.

3. Μεθοδολογία

Μια ομάδα αθλητών Αστάγκα γιόγκα (N=28) εξετάστηκε κλινικά και όσοι υπέφεραν από πόνο στο γόνατο, τον αυχένα και τους οπίσθιους μηριαίους (N=23) αντιμετωπίστηκαν με βελονισμό με «πυρακτωμένη βελόνα» και «απόμακρο βελονισμό». Ομάδα ελέγχου (N=28) συλλέχθηκε και απάντησε σε ερωτηματολόγιο. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το τεστ Mc Nemar.

4. Αποτέλεσμα

Πόνος στους οπίσθιους μηριαίους: ομάδα γιόγκα έναντι ομάδας ελέγχου τιμή $p=0.070$. Πόνος στο γόνατο: ομάδα γιόγκα έναντι ομάδας ελέγχου, τιμή $p=0.388$. Αυχεναλγία: ομάδα γιόγκα έναντι ομάδας ελέγχου, τιμή $p=0.791$. Αϋπνία: γιόγκα έναντι ομάδας ελέγχου, τιμή $p=0.180$.

5. Συμπέρασμα

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ πόνου στο γόνατο, τον αυχένα και τους οπίσθιους μηριαίους και της προχωρημένης πρακτικής στην Αστάγκα γιόγκα. Παρόλα αυτά είναι πιθανό, η σχέση μεταξύ του πόνου στους οπίσθιους μηριαίους και της προχωρημένης πρακτικής στην Αστάγκα γιόγκα με τιμή $p=0.070$ να ήταν στατιστικά σημαντική σε μεγαλύτερο δείγμα αθλητών γιόγκα. Τα πρωτόκολλα βελονισμού είχαν θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του πόνου βραχυπρόθεσμα, αλλά είναι σημαντική η διερεύνηση και των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων.

Λέξεις κλειδιά: Κινέζικη Ιατρική, Αστάγκα γιόγκα, Βελονισμός, Πόνος

ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Η γιόγκα είναι αρχαία Ινδική φιλοσοφία και σημαίνει «ένωση». Η ένωση αυτή αναφέρεται στην ένωση του εαυτού με το «όλον». Η φιλοσοφία αυτή εμπεριέχει συστήματα κινήσεων για την επίτευξη ευεξίας στο φυσικό και νοητικό επίπεδο,

ενώ λέγεται πως βελτιώνει την ποιότητα ζωής (Leslie Kaminoff, 2007). Υπάρχουν διαφορετικά συστήματα πρακτικής γιόγκα, ένα από τα οποία είναι η Αστάγκα Γιόγκα (ΑΓ). Οι ρίζες της ΑΓ βρίσκονται στη γιόγκα Κορούντα (Korunta), η οποία περιγράφεται σε ένα χειρόγραφο το οποίο ανακάλυψε το 1930 ο Σρι

Τιρουμαλάι Κρισναματσαργιά (Sri Tirumalai Krishnamacharya) και ο μαθητής του Πατάμπι Τζόις (Pattabhi Jois), σε μία πανεπιστημιακή βιβλιοθήκη στην Καλκούτα της Ινδίας. Το χειρόγραφο αυτό χρονολογείται μεταξύ 500 και 1.500 μ.Χ. (Larry Schultz, 2000).

Οι αθλούμενοι στην ΑΓ εξασκούνται σε μια σειρά στάσεων (άσανας, asanas). Οι άσανας μπορεί να είναι εύκολες ή πολύ απαιτητικές σωματικά. Οι στάσεις σχηματίζονται μέσω συνεχών εναλλασσόμενων κινήσεων και είναι συγχρονισμένες με την αναπνοή. Καθ' όλη τη διάρκεια των κινήσεων γίνεται ήπια σύσπαση μυϊκών ομάδων (μπάντα, bandha) έτσι ώστε να προστατεύονται οι ασκούμενοι από πιθανούς τραυματισμούς, μέσω ανακατανομής του μηχανικού στρες, αλλά και για να κατευθύνεται η σωματική ενέργεια προς συγκεκριμένες περιοχές.

Τα κύρια σωματικά οφέλη της ΑΓ είναι το αυξημένο εύρος κίνησης στις περισσότερες αρθρώσεις, η αυξημένη διατασιμότητα των μαλακών μορίων του μυοσκελετικού συστήματος και η αύξηση της μυϊκής δύναμης και του μυϊκού όγκου.

Αν και αυτά τα οφέλη μπορεί να επιτευχθούν και με άλλες μορφές σωματικής άσκησης, όπως η γυμναστική, υπάρχει ένα βασικό στοιχείο που διακρίνει την πρακτική της γιόγκα. Αυτό το στοιχείο είναι ο συνδυασμός της αναπνοής, της στάσης του σώματος και της κίνησης στη βάση της αρχής ότι η πρακτική θα πρέπει να έχει ως αποτέλεσμα ένα υγιές μυαλό και σώμα. Η θεωρία της γιόγκα ορίζει ότι ο συγκεκριασμός όλων των παραπάνω είναι θεμελιώδους σημασίας για την ευεξία, καθώς επιδιώκει να ωφελήσει τον άνθρωπο ολιστικά, βοηθώντας την ανάπτυξη του νου, του σώματος και του πνεύματος.

Υπάρχουν πολλά στοιχεία που υποστηρίζουν τα οφέλη της γιόγκα (Lee M, Moon W, Kim J, 2014). Από την άλλη πλευρά ερευνητές αναφέρονται στον σωματικό τραυματισμό και τον πόνο ως την πιο συχνή παρενέργειά της (Uebelacker LA, Weinstock LM, Kraines MA, 2014). Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό να υπάρχει ενημέρωση για τους πιθανούς κινδύνους, έτσι ώστε οι γιατροί και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας να είναι σε θέση να δώσουν σωστές συμβουλές στους ασθενείς τους. Επίσης σημαντική είναι η ευαισθητοποίηση των δασκάλων γιόγκα ούτως ώστε να διασφαλίζεται η ασφαλής πρακτική της γιόγκα.

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε στην Κρήτη κατά τη διάρκεια ενός εξαήμερου σεμιναρίου ΑΓ το οποίο είχε σχεδιαστεί για δασκάλους της ΑΓ. Ο κύριος σκοπός της παρακολούθησης του σεμιναρίου ήταν η βελτίωση των άσανας που είδη γνώριζαν οι ασκούμενοι καθώς και η εκμάθηση νέων. Οι διοργανωτές του σεμιναρίου διευκόλυναν τη διαδικασία της άσκησης κάνοντας προσαρμογές με τα χέρια στα σώματα των αθλητών και υπενθυμίζοντας τους να αναπνέουν συνειδητά και να παραμένουν εστιασμένοι στην πρακτική τους.

Είκοσι οκτώ (28) ασκούμενοι στην ΑΓ εξετάστηκαν κλινικά με μεθόδους της κλασικής δυτικής ιατρικής και της Κινέζικης Ιατρικής (ΚΙ). Η εξέτάσή τους αποκάλυψε αυξημένη αναλογία αθλητών που ανέφεραν πόνο στα γόνατα, πόνο οπισθίων μηριαίων, αυχεναλγία και αϋπνία. Ο πόνος που ανέφεραν οι αθλητές μπορεί να χωριστεί σε δύο ομάδες. Στην πρώτη ομάδα πόνου ανήκουν οι αθλητές που ανέφεραν πόνο μόνο κατά τη

διάρκεια της εξάσκησης άσανας στις οποίες τοποθετούσαν τις αρθρώσεις σε συγκεκριμένες ακραίες θέσεις. Για παράδειγμα, ένας από τους αθλητές ανέφερε δεξιά οσφυαλγία μόνο όταν τοποθετούσε τα δύο κάτω άκρα πίσω από το κεφάλι του. Ένα άλλο παράδειγμα αυτής της κατηγορίας είναι ο πόνος στο γόνατο που δεν ήταν παρών κατά τη διάρκεια των καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως το περπάτημα, ή το ανέβασμα ή κατέβασμα σκάλας, αλλά μόνο κατά τη διάρκεια της στάσης του λωτού, όπου το γόνατο είναι σε κάμψη και έσω στροφή. Η δεύτερη ομάδα πόνου περιλαμβάνει αθλητές που ανέφεραν παρουσία πόνου κατά το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας, κατά την κανονική σωματική κίνηση ή την ανάπαυση. Για παράδειγμα, αθλητές αυτής της ομάδας ανέφεραν ότι ο πόνος στην οπίσθια επιφάνεια του μηρού ήταν συχνά παρών κατά τη βάδιση και κατά τη διάρκεια άλλων καθημερινών δραστηριοτήτων, ενώ επιδείνωση παρουσιαζόταν κατά τη διάρκεια της πρακτικής ΑΓ. Η αυχεναλγία επίσης ανήκει στη δεύτερη κατηγορία, όμως ο πόνος αν και παρών σε διαστήματα της ημέρας, εμφάνιζε βελτίωση κατά την εξάσκηση στην ΑΓ.

Η βελτίωση ή επιδείνωση του πόνου εξαρτάται κυρίως από το αίτιο του πόνου και τις άσανας στις οποίες κάνουν πρακτική οι ασκούμενοι. Μελέτες για ασκήσεις όπως η έντονη ισομετρική, η αεροβική και η δυναμική αντιστάσεων, αναφέρουν πως η άσκηση μπορεί να μειώσει την αντίληψη του πόνου σε πειραματικά επαγόμενο πόνο σε υγιείς ανθρώπους, με τα αποτελέσματα να κυμαίνονται από μικρά έως μεγάλα, ανάλογα με τον τρόπο επαγωγής του πόνου και το πρωτόκολλο της άσκησης (Kelly M. Naugle, Roger B. Fillingim, Joseph L. Riley, 2012). Οι ίδιες μελέτες αναφέρουν πως η άσκηση είναι αποτελεσματική στη μείωση της αντίληψης του χρόνιου πόνου, αν και το αποτέλεσμα διαφέρει ανάλογα με το εάν η άσκηση είναι αεροβική ή ισομετρική. Η ΑΓ είναι συνδυασμός ισομετρικής και ισοτονικής άσκησης. Μελέτες αναφέρουν πως η γιόγκα μειώνει τον πόνο, όπως την οσφυαλγία, την ημικρανία, τον πόνο στο γόνατο κ.λπ. (Lee M, Moon W, Kim J, 2014). Τα παραπάνω υποστηρίζουν αυτά που ανέφεραν οι αθλητές της ΑΓ, δηλαδή τη βελτίωση της αυχεναλγίας και του πόνου στους οπίσθιους μηριαίους κατά τη διάρκεια της άσκησης της ΑΓ και την επιδείνωση του πόνου στους οπίσθιους μηριαίους κατά την έντονη διάτασή τους.

Η συμβατική ιατρική ορίζει τον πόνο ως την αίσθηση που προκύπτει από ένα ερέθισμα το οποίο είναι αρκετά έντονο ούτως ώστε να προκαλέσει τραυματισμό. Το ερέθισμα μπορεί να είναι θερμικό, χημικό, μηχανικό ή ένας συνδυασμός αυτών. Αυτό το ερέθισμα διεγείρει αλγοϋποδοχείς, που μεταδίδουν το σήμα του πόνου στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) είτε μέσω εμμέλων Αδ ινών είτε μέσω αμμέλων C ινών. Οι εμμέλες Αδ ίνες είναι υπεύθυνες για την αντίληψη του γρήγορου πόνου, ο οποίος εντοπίζεται εύκολα και οι αμμέλες C ίνες είναι υπεύθυνες για την αντίληψη του αργού πόνου, που δεν είναι εύκολο να ορισθεί και να εντοπισθεί. Μελέτες υποστηρίζουν ότι οι Αδ και C ίνες παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην ανακούφιση του πόνου μέσω της δράσης του βελονισμού (Christopher M. Norris, 2001). Σύμφωνα με αυτές, τα ερεθίσματα του βελονισμού ενεργοποιούν μηχανοϋποδοχείς, οι οποίοι μεταδίδουν τα σήματά τους μέσω Αδ ινών του ΚΝΣ. Σε αυτή τη φάση απελευθερώνονται οπιοειδή από το ΚΝΣ που αναστέλλουν τη

μετάδοση των ινών C. Επιπλέον ερεθίσματα του βελονισμού μεταδίδονται μέσω Αα ινών στον εγκεφαλικό φλοιό και διευκολύνουν την απελευθέρωση ενδορφινών, η οποία προκαλεί μείωση του πόνου μέσω της οπιοειδούς απελευθέρωσης στο ραχιαίο κέρας του νωτιαίου μυελού (Christopher M. Norris, 2001).

Ο πόνος στην ΚΙ είναι ένα σύμπτωμα που μπορεί είτε να είναι τύπου υπερβολής είτε τύπου ανεπάρκειας. Ο πόνος υπερβολής (π.χ. οξύς ή καυστικός πόνος) μπορεί να προκληθεί είτε λόγω της στάσης τσι ή σούε-αίματος (خیه, 血) ή και των δύο, είτε λόγω εξωτερικών παθογόνων (π.χ. κρύο). Πόνος ανεπάρκειας (π.χ. χρόνιος πόνος, βουβός πόνος) μπορεί να οφείλεται σε ανεπάρκεια τσι, σούε-αίματος, τζινγκ γιέ-υγρών (津液), γιν ή γιανγκ που επίσης μπορεί να οδηγήσει σε στάση και ούτω καθεξής. Ο πόνος στο μυοσκελετικό σύστημα συχνά σχετίζεται με τραυματισμό ή κόπωση, αλλά θα μπορούσε επίσης να σχετίζεται με τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή, εισβολή παθογόνων, ανεπάρκεια τσι, σούε-αίματος κ.λπ. καθώς και οργανικές δυσλειτουργίες. Κατά την εξέταση των αθλητών με μεθόδους της ΚΙ βρέθηκε πως το πιο συχνό αίτιο λόγω του οποίου οι ασκούμενοι στην ΑΓ υπέφεραν από πόνο στον αυχένα, το γόνατο ή τους οπίσθιους μηριαίους, ήταν ο τραυματισμός που οδήγησε σε στάση του τσι ή/και του σούε-αίματος. Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί πως πολλές φορές ο τραυματισμός οφείλεται σε κάποιο υπόστρωμα παθολογίας στη συγκεκριμένη περιοχή του τραυματισμού, το οποίο έχει δημιουργηθεί από τον τρόπο ζωής ή/και την ιδιοσυγκρασία του ατόμου. Η ΚΙ αναφέρει ότι η άσκηση, όπως η ΑΓ, κινεί το σούε-αίμα και τσι και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του πόνου, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που ο πόνος οφείλεται σε στάση.

Η θεραπεία του βελονισμού εμπεριέχει διαφορετικές μεθόδους και τεχνικές. Ο βελονισμός με πυρακτωμένη βελόνα είναι μία από αυτές. Κατά την εφαρμογή αυτής της μεθόδου μια ειδικά σχεδιασμένη νηματοειδής βελόνα θερμαίνεται από ένα καυτό βαμβάκι και γρήγορα εισάγεται στο μαλακό ιστό του ασθενή (Liu En Ming, 2011). Ο απόμακρος βελονισμός είναι επίσης μια μέθοδος επιλογής σημείων κατά την οποία τα σημεία βελονισμού επιλέγονται με βάση τη διάγνωση της ΚΙ και χρησιμοποιούνται αποκλειστικά περιφερικά σημεία για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης παθολογίας. Για παράδειγμα, αν υπάρχει πόνος στην άρθρωση του καρπού, μπορούν να χρησιμοποιηθούν κανάλια και σημεία που βρίσκονται στην ποδοκνημική άρθρωση. Αυτή η μέθοδος βασίζεται στις σχέσεις εξισορρόπησης των καναλιών μεταξύ τους, καθώς και στις σχέσεις μεταξύ των ιστών.

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι διττός. Έχει σκοπό αφενός να διερευνήσει αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης του πόνου ή της αϋπνίας και της προχωρημένης πρακτικής της ΑΓ και αφετέρου να γίνει αναφορά στην αποτελεσματικότητα των μεθόδων βελονισμού «πυρακτωμένη βελόνα» και «απόμακρος βελονισμός» στα μυοσκελετικά προβλήματα των αθλητών της ΑΓ και ειδικότερα την αυχεναλγία, τον πόνο στο γόνατο και τον πόνο στους οπίσθιους μηριαίους.

Επί του παρόντος, δεν υπάρχει καμία μελέτη που να ελέγχει τη

δράση των μεθόδων «πυρακτωμένη βελόνα» και «απόμακρος βελονισμός» στον μυοσκελετικό πόνο ασκούμενων στη γιόγκα. Επιπλέον, δεν υπάρχουν γνωστές μελέτες σχετικά με τις μυοσκελετικές επιπλοκές που σχετίζονται με την προχωρημένη άσκηση στην ΑΓ και δεδομένου ότι η ΑΓ είναι αρκετά δημοφιλής στη δύση, η μελέτη αυτή θα ήθελε να συμβάλει σε αυτόν τον τομέα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στη μελέτη αυτή έγινε σύγκριση μεταξύ μιας ομάδας αθλητών της ΑΓ, η οποία εξετάστηκε και έλαβε θεραπεία και μιας ομάδας ελέγχου η οποία δεν έλαβε καμία θεραπεία. Όλοι οι προχωρημένοι ασκούμενοι στην ΑΓ επισκέφτηκαν τον ιατρό κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων ημερών του εξαήμερου σεμιναρίου. Όλοι οι ασκούμενοι εξετάστηκαν σύμφωνα με τις μεθόδους της συμβατικής ιατρικής και της ΚΙ. Η εξέταση περιελάμβανε:

1. Λήψη ιστορικού: Το κύριο σύμπτωμα - σημείο, το ιατρικό ιστορικό, χρήση φαρμάκων και συμπληρωμάτων, χειρουργεία, γυναικολογικές παθήσεις, πεπτικές διαταραχές, διαταραχές του ύπνου και ούτω καθεξής.
2. Οικογενειακό ιστορικό: συγγενείς παθήσεις, προβλήματα υγείας οικογενειακού περιβάλλοντος, αίτια θανάτου μελών της οικογένειας και ούτω καθεξής.
3. Παρατήρηση: γενική κατάσταση, νύχια, πρόσωπο, γλώσσα και περιοχές παθολογίας.
4. Ψηλάφηση: σφυγμού, σπονδυλικής στήλης, κοιλιάς, μυϊκού τόνου, θερμοκρασίας ιστών, επώδυνων σημείων, σημείων βελονισμού, καναλιών και ούτω καθεξής.
5. Όσφρηση: γενική οσμή
6. Εξέταση του μυοσκελετικού συστήματος: παθητικές και ενεργητικές κινήσεις, εύρος κινήσεων και ούτω καθεξής.

Η εξέταση δεν περιελάμβανε ακτινογραφίες, μαγνητικές τομογραφίες (MRI) και εργαστηριακά δεδομένα.

Τα αρχεία των 28 ατόμων εξετάστηκαν και τα δεδομένα συγκρίθηκαν με τα δεδομένα της ομάδας ελέγχου, που ήταν 28 άτομα με παρόμοια δημογραφικά στοιχεία που δεν ασκούν ΑΓ ή οποιαδήποτε άλλη μορφή γιόγκα.

Στην ομάδα ΑΓ, για τους σκοπούς της μελέτης, η θεραπεία του πόνου στο γόνατο, του πόνου του αυχένα, του πόνου στην οπίσθια επιφάνεια του ισχίου και της αϋπνίας περιελάμβανε μόνο τις προκαθορισμένες θεραπευτικές μεθόδους βελονισμού «πυρακτωμένη βελόνα» και «απόμακρος βελονισμός». Τα κανάλια και τα σημεία που χρησιμοποιήθηκαν, ποίκιλλαν και η επιλογή τους έγινε με βάση τη διάγνωση της ΚΙ.

Η πλειοψηφία των ασθενών έλαβαν μία μόνο θεραπευτική συνεδρία και δεν υπήρξε περαιτέρω παρακολούθηση μετά την ολοκλήρωση του σεμιναρίου ΑΓ, δεδομένου ότι οι περισσότεροι ασθενείς θα επέστρεφαν στις χώρες προέλευσής τους. Μετά από κάθε θεραπεία οι ασθενείς συμπλήρωναν ένα έντυπο αξιολόγησης με τη βοήθεια του ιατρού. Για τη μελέτη έγινε χρήση ενός εντύπου αξιολόγησης του πόνου, το οποίο περιελάμβανε μια κλίμακα από το 0% έως το 100% κατά τον ακόλου-

θο τρόπο: ο αρχικός πόνος κατά την έναρξη της θεραπείας ήταν 100% και η κλίμακα μείωσης του πόνου ήταν 0%, 10%, 20%, 30%, 40%, 50%, 60%, 70%, 80%, 90% και 100%.

Η ομάδα ελέγχου αποτελούνταν από άτομα που ανταποκρίθηκαν στο κάλεσμα για έρευνα μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίου που αποστάλθηκε σε 138 άτομα μέσω e-mail. Το αποτέλεσμα δεν ήταν αρκετό για να αντιστοιχηθεί η ομάδα ελέγχου με την ομάδα ΑΓ, έτσι μια δεύτερη διαδικασία επιλογής ακολούθησε με τη διαδικασία συνεντεύξεων. Τα κριτήρια επιλογής περιελάμβαναν ηλικία, φύλο και άτομα που ασκούνται τακτικά αλλά και άτομα που δεν ασκούνται τακτικά. Δεκαοκτώ (18) από τους είκοσι οκτώ (28) στην ομάδα ελέγχου, δήλωσαν ότι ασκούνται τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα (64,2%). Η αντιστοίχιση των δύο φύλων μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της ομάδας ΑΓ ήταν καθολική. Η αντιστοίχιση της ηλικίας ήταν + - 2 έτη. Οι ασκούμενοι στη γιόγκα αποκλείστηκαν από τη διαδικασία.

Τριάντα ένα (31) άτομα ανταποκρίθηκαν στο κάλεσμα για έρευνα μέσω e-mail (22,4%) και έντεκα (11) έλαβαν μέρος σε αυτή απαντώντας στο ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε. Οι ερωτήσεις που απάντησαν ήταν:

1. Ασκείτε σήμερα και κατά τους τελευταίους 3 μήνες τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα; Αν ναι, τι είδους ασκήσεις κάνετε και πόσες φορές την εβδομάδα;
2. Υποφέρετε πρόσφατα από αυχεναλγία; (περιγράψτε)
3. Υποφέρετε πρόσφατα από πόνο στο γόνατο; (περιγράψτε)
4. Υποφέρετε πρόσφατα από πόνο στην οπίσθια επιφάνεια του μηρού; (περιγράψτε)
5. Αντιμετωπίζετε προβλήματα ύπνου; (δυσκολία στον ύπνο, συχνή έγερση το βράδυ κ.λπ.)

1. Θεραπευτικά πρωτόκολλα

Πόνος στην οπίσθια περιοχή του μηρού

Διαδικασία 1: μέθοδος πυρακτωμένης βελόνας στην περιοχή του σημείου BL 37 Παχιά Πύλη (*Yīn Mén*, 殷门)

Διαδικασία 2: εάν ο πόνος δεν μειώθηκε αμέσως πάνω από 50%, τότε η μέθοδος πυρακτωμένης βελόνας εφαρμόστηκε πάλι στην περιοχή του σημείου BL 40 Ιγνυακό Κέντρο (*Wěi Zhōng*, 委中). Μετά από αυτό δεν εφαρμόστηκε ξανά πυρακτωμένη βελόνα άσχετα με το αποτέλεσμα, για λόγους ασφάλειας.

Διαδικασία 3: απόμακρος βελονισμός σε σημεία άσι (*ā shì xué*, 阿是穴) στην περιοχή μεταξύ του SI 9 Ώμου Πρώτο (*Jiān Zhēn*, 肩贞) και SI 8 Μικρή Θάλασσα (*Xiǎo Hǎi*, 小海).

Αυχεναλγία

Διαδικασία 1: μέθοδος πυρακτωμένης βελόνας στην περιοχή μεταξύ DU 16 Ανέμου Μέγαρο (*Fēng Fǔ*, 风府), GB 20 Ανέμου Λίμνη (*Fēng Chí*, 风池) και GB 12 Μαστοειδής Απόφυση (*Wán Gǔ*, 完骨).

Διαδικασία 2: εάν ο πόνος δεν μειώθηκε αμέσως πάνω από 50%, τότε η μέθοδος πυρακτωμένης βελόνας εφαρμόστηκε πάλι στην ίδια περιοχή. Μετά από αυτό δεν εφαρμόστηκε ξανά πυρακτωμένη βελόνα άσχετα με το αποτέλεσμα, για λόγους ασφάλειας.

Διαδικασία 3: απόμακρος βελονισμός σε σημεία άσι στην περιοχή μεταξύ του σημείου BL 58 Ιπτάμενο Ανοδικά (*Fēi Yáng*, 飞扬) και BL 60 Κουν Λουν (*Kūn Lún*, 昆仑).

Πόνος στο γόνατο

Διαδικασία 1: ανάλογα με την εντόπιση του πόνου στο γόνατο, η μέθοδος πυρακτωμένης βελόνας εφαρμόστηκε στην περιοχή BL 37 Παχιά Πύλη (*Yīn Mén*, 殷门) ή ST 35 Μοσχαριού Μύτη (*Dú Bǐ*, 犊鼻) ή EX-LE 5 Γονάτου Μάτια (*Xī Yǎn*, 膝眼).

Διαδικασία 2: εάν ο πόνος δεν μειώθηκε αμέσως πάνω από 50%, τότε η μέθοδος πυρακτωμένης βελόνας εφαρμόστηκε πάλι στην ίδια περιοχή. Μετά από αυτό δεν εφαρμόστηκε ξανά πυρακτωμένη βελόνα άσχετα με το αποτέλεσμα, για λόγους ασφάλειας.

Διαδικασία 3: ανάλογα με την εντόπιση του πόνου στο γόνατο, απόμακρος βελονισμός σε σημεία άσι στην περιοχή LI 11 Κύρτωμα Λίμνης (*Qū Chí*, 曲池) LU 5 Ωλένιος Βάλτος (*Chǐ Zé*, 尺泽) και PC 3 Κυρτό Έλος (*Qū Zé*, 曲泽).

Αϋπνία

Ο βελονισμός χρησιμοποιήθηκε επίσης για τη θεραπεία της αϋπνίας. Η θεραπεία των διαταραχών του ύπνου βασίστηκε στη διάγνωση που έγινε σύμφωνα με τις μεθόδους της ΚΙ. Αυτού του είδους η θεραπεία είναι πιο σύνθετη και η λεπτομερής περιγραφή της δεν είναι βασικός στόχος του παρόντος κειμένου.

2. Περιορισμοί

Όλοι οι αθλητές ΑΓ έλαβαν θεραπεία βελονισμού και δεν χωρίστηκαν σε ομάδα θεραπείας και ομάδα ελέγχου (χωρίς αγωγή) ή σε ομάδες σύγκρισης με άλλες μεθόδους θεραπείας (κλασική ιατρική, βοτανοθεραπεία και ούτω καθεξής).

Δεν υπήρξε αξιολόγηση για τα μακροπρόθεσμα οφέλη των συγκεκριμένων πρωτοκόλλων βελονισμού.

Οι αθλητές ΑΓ εκτός από τον βελονισμό έλαβαν επικουρικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως η θεραπευτική συμβουλευτική, η οποία θα μπορούσε να μειώσει την αξιοπιστία των ευρημάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ομάδα των προχωρημένων ασκούμενων στην ΑΓ αποτελούνταν από 28 άτομα (πίνακας 1) επτά (7) άντρες (25%) και 21 γυναίκες (75%). Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 41 χρόνων, με εύρος 22 έως 70 ετών. Επτά (7) ανέφεραν πόνο στην οπίσθια περιοχή του μηρού (25%), εννέα (9) ανέφεραν πόνο στο γόνατο (32.1%), οκτώ (8) αυχεναλγία (28.5%) και δέκα (10) προβλήματα ύπνου (35.7%) (πίνακας 2).

Είκοσι οκτώ (28) μη ασκούμενοι στη γιόγκα συλλέχθηκαν για τη δημιουργία της ομάδας ελέγχου (πίνακας 1), 7 άνδρες (25%) και 21 γυναίκες (75%). Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 41 χρόνια, με εύρος 22-68 ετών. Ένας (1) ανέφερε πόνο στην οπίσθια περιοχή του μηρού (3.5%), πέντε (5) ανέφεραν πόνο στο γόνατο (17.8%), δέκα (10) ανέφεραν αυχεναλγία (35.7%) και πέντε (5) προβλήματα ύπνου (17.8%) (Πίν. 3).

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία

Αθλητές	28
Άντρες	7
Γυναίκες	21
Ομάδα ελέγχου	28
Άντρες	7
Γυναίκες	21

Πίνακας 2. Ποσοστά προβλημάτων υγείας των αθλητών ΑΓ

Αθλητές ΑΓ	N=28	Ποσοστό
Πόνος στην οπίσθια περιοχή του μηρού	7	25%
Πόνος στο γόνατο	9	32,1%
Αυχεναλγία	8	28,5%
Προβλήματα ύπνου	10	35,7%
Τίποτα από τα παραπάνω	5	17,8%
Συνδυασμός των παραπάνω	10	35,7%

Πίνακας 3. Ποσοστά προβλημάτων υγείας της ομάδας ελέγχου

Ομάδα ελέγχου	N=28	Ποσοστό
Συχνά ασκούμενοι	18	64,2%
Πόνος στην οπίσθια περιοχή του μηρού	1	3,5%
Πόνος στο γόνατο	5	17,5%
Αυχεναλγία	10	17,8%
Προβλήματα ύπνου	5	17,8%
Τίποτα από τα παραπάνω	13	46,4
Συνδυασμός των παραπάνω	4	14,2%

Τα αποτελέσματα όσον αφορά τη μείωση του πόνου με τη θεραπεία πρωτοκόλλου βελονισμού που περιείχε το συνδυασμό μεθόδων «πυρακτωμένη βελόνα» και «απόμακρος βελονισμός» για τους προχωρημένους ασκούμενους στην ΑΓ με πόνο στην οπίσθια περιοχή του μηρού ήταν: πρώτη θεραπεία περισσότερο από 50% μείωση του πόνου στο 100% των ασθενών, περισσότερο από 80% μείωση του πόνου στο 57.1% των ασθενών (Πιν. 4).

Πίνακας 4. Μείωση του πόνου στην οπίσθια μηριαία περιοχή κατά τις θεραπείες βελονισμού

Αθλητές της ΑΓ με πόνο στην οπίσθια μηριαία περιοχή	Μείωση του πόνου στην πρώτη θεραπεία περισσότερο από 80%	Μείωση του πόνου στην πρώτη θεραπεία περισσότερο από 50%	Μείωση του πόνου στην πρώτη θεραπεία λιγότερο από 50%
9	4	3	0
	Μείωση του πόνου στην δεύτερη θεραπεία περισσότερο από 80%	Μείωση του πόνου στην δεύτερη θεραπεία περισσότερο από 50%	Μείωση του πόνου στην δεύτερη θεραπεία λιγότερο από 50%
3	2	1	0
	Μείωση του πόνου στην τρίτη θεραπεία περισσότερο από 80%	Μείωση του πόνου στην τρίτη θεραπεία περισσότερο από 50%	Μείωση του πόνου στην τρίτη θεραπεία λιγότερο από 50%
1	0	1	0

Τα αποτελέσματα μείωσης του πόνου με τη θεραπεία πρωτοκόλλου βελονισμού που περιείχε το συνδυασμό μεθόδων «πυρακτωμένη βελόνα» και «απόμακρος βελονισμός» για τους προχωρημένους ασκούμενους στην ΑΓ με πόνο στο γόνατο ήταν: στην πρώτη θεραπεία περισσότερο από 50% μείωση του πόνου για το 44.4% των ασθενών, πάνω από 80% μείωση του πόνου για το 22.3%, λιγότερο από 50% μείωση του πόνου στο 55.5% των ασθενών.

Πίνακας 5. Μείωση του πόνου στο γόνατο κατά τις θεραπείες βελονισμού

Αθλητές της ΑΓ με πόνο στο γόνατο	Μείωση του πόνου στην πρώτη θεραπεία περισσότερο από 80%	Μείωση του πόνου στην πρώτη θεραπεία περισσότερο από 50%	Μείωση του πόνου στην πρώτη θεραπεία λιγότερο από 50%
9	2	2	5
	Μείωση του πόνου στην δεύτερη θεραπεία περισσότερο από 80%	Μείωση του πόνου στην δεύτερη θεραπεία περισσότερο από 50%	Μείωση του πόνου στην δεύτερη θεραπεία λιγότερο από 50%
3	2	1	0

Τα αποτελέσματα μείωσης του πόνου με τη θεραπεία πρωτοκόλλου βελονισμού που περιείχε το συνδυασμό μεθόδων «πυρακτωμένη βελόνα» και «απόμακρος βελονισμός» για τους προχωρημένους εξασκούμενους στην ΑΓ με αυχεναλγία: στην πρώτη θεραπεία πάνω από 50% μείωση του πόνου στο 87,5% των ασθενών περισσότερο από 80% μείωση του πόνου στο 75% των ασθενών, λιγότερο από 50% μείωση του πόνου στο 12,5% των ασθενών.

Πίνακας 6. Μείωση του πόνου στον αυχένα κατά τις θεραπείες βελονισμού

Αθλητές της ΑΓ με αυχεναλγία	Μείωση του πόνου στην πρώτη θεραπεία περισσότερο από 80%	Μείωση του πόνου στην πρώτη θεραπεία περισσότερο από 50%	Μείωση του πόνου στην πρώτη θεραπεία λιγότερο από 50%
9	4	3	0
	Μείωση του πόνου στην δεύτερη θεραπεία περισσότερο από 80%	Μείωση του πόνου στην δεύτερη θεραπεία περισσότερο από 50%	Μείωση του πόνου στην δεύτερη θεραπεία λιγότερο από 50%
3	2	1	0
	Μείωση του πόνου στην τρίτη θεραπεία περισσότερο από 80%	Μείωση του πόνου στην τρίτη θεραπεία περισσότερο από 50%	Μείωση του πόνου στην τρίτη θεραπεία λιγότερο από 50%
1	0	1	0

1. Πόνος στην οπίσθια περιοχή του μηρού

Για να διερευνηθεί αν ο πόνος στην οπίσθια περιοχή του μηρού συνδέεται με την ομάδα αθλητών (ομάδα γιόγκα έναντι ομάδας ελέγχου) χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Mc Nemar. Η προκύπτουσα τιμή $p = 0.070$ δεν είναι στατιστικά σημαντική, αλλά υποδεικνύει μια πιθανή συσχέτιση.

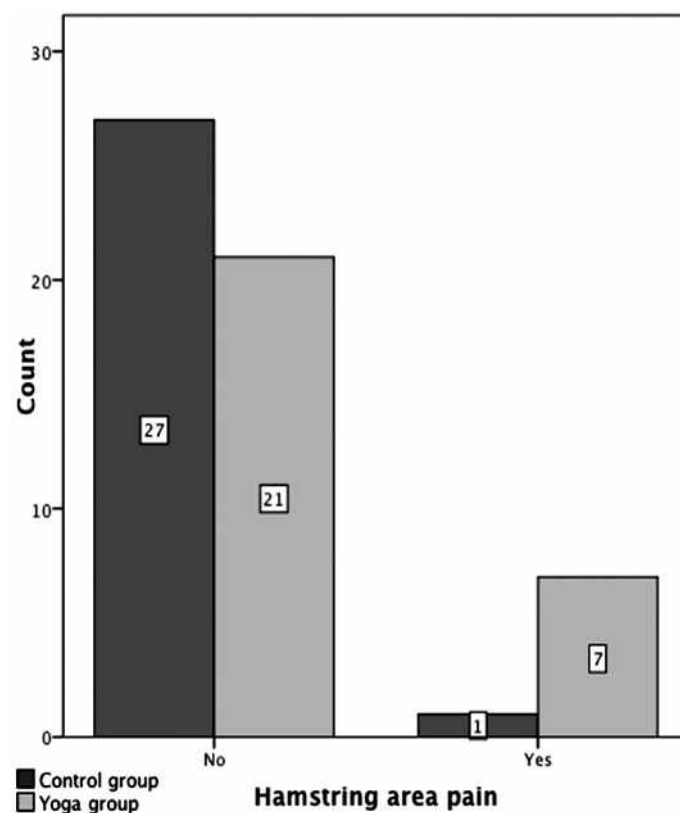
Πίνακας 7. Πόνος στην οπίσθια επιφάνεια του μηρού (συνολικά)

	Συχνότητα	Ποσοστό
Όχι	48	85,7%
Ναι	8	14,3%
Σύνολο	56	100,0%

Πίνακας 8. Πόνος στην οπίσθια μηριαία επιφάνεια κατά ομάδες

Ομάδες		Συχνότητα	Ποσοστό
Ομάδα ελέγχου	0	27	96,4%
	1	1	3,6%
	Σύνολο	28	100,0%
Ομάδα Γιόγκα	0	21	75,0%
	1	7	25%
	Σύνολο	28	100,0%

Εικόνα 1. Πόνος στην οπίσθια μηριαία επιφάνεια ανά ομάδα



2. Πόνος στο γόνατο

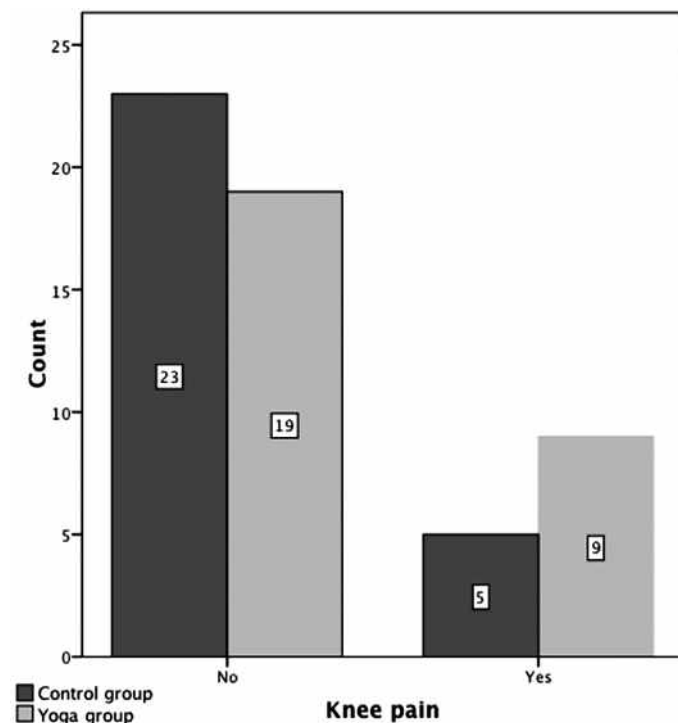
Για να διερευνηθεί αν ο πόνος στο γόνατο συνδέεται με την ομάδα αθλητών (ομάδα γιόγκα έναντι ομάδας ελέγχου) χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Mc Nemar. Η προκύπτουσα τιμή $p = 0.388$ δεν είναι στατιστικά σημαντική. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών στον πληθυσμό αναφοράς.

Πίνακας 9. Πόνος στο γόνατο (συνολικά)

	Συχνότητα	Ποσοστό
0	42	75,0%
1	14	25,0%
Σύνολο	56	100,0%

Πίνακας 10. Πόνος στο γόνατο ανά ομάδα

Ομάδες		Συχνότητα	Ποσοστό
Ομάδα ελέγχου	0	23	82,1%
	1	5	17,9%
	Σύνολο	28	100,0%
Ομάδα Γιόγκα	0	17	69,9%
	1	9	32,1%
	Σύνολο	28	100,0%

Εικόνα 2. Πόνος στο γόνατο ανά ομάδα**3. Αυχεναλγία**

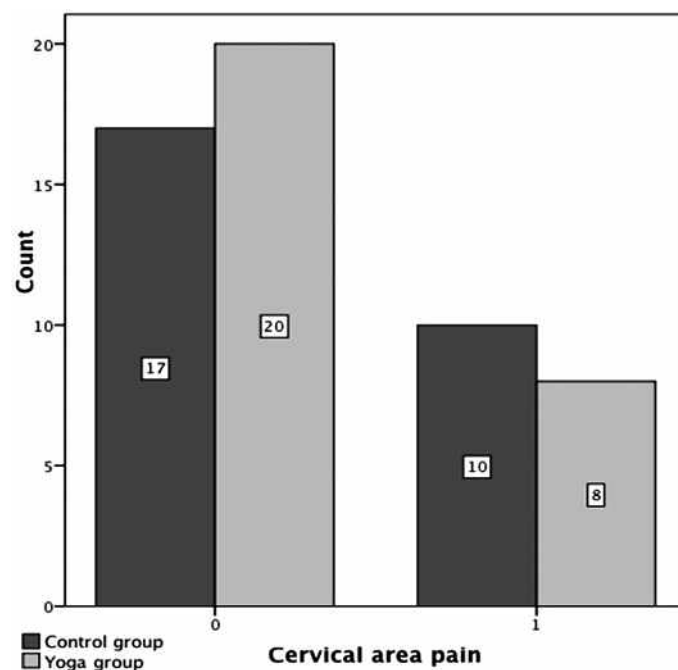
Για να διερευνηθεί αν ο πόνος στον αυχένα συνδέεται με την ομάδα αθλητών (ομάδα γιόγκα έναντι ομάδας ελέγχου) χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Mc Nemar. Η προκύπτουσα τιμή $p=0.791$ δεν είναι στατιστικά σημαντική. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών στον πληθυσμό αναφοράς.

Πίνακας 11. Αυχεναλγία (συνολικά)

	Συχνότητα	Ποσοστό
0	27	66,1%
1	18	32,1%
Σύνολο	55	98,2%
Έλειψη	1	1,8%
Σύνολο	56	100,0%

Πίνακας 12. Αυχεναλγία ανά ομάδα

Ομάδες		Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο Ποσοστό
Ομάδα ελέγχου	0	17	60,7%	63%
	1	10	35,7%	33%
	Σύνολο	37	96,4%	100,0%
	Έλειψη	1	3,6%	
	Σύνολο	28	100,0%	
Ομάδα Γιόγκα	0	20	71,4%	71,4%
	1	8	28,6%	28,6%
	Σύνολο	28	100,0%	

Εικόνα 3. Αυχεναλγία ανά ομάδα**4. Αϋπνία**

Για να διερευνηθεί αν η αϋπνία συνδέεται με την ομάδα αθλητών (ομάδα γιόγκα έναντι ομάδας ελέγχου) χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Mc Nemar. Η προκύπτουσα τιμή $p=0.180$ δεν είναι στατιστικά σημαντική. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών στον πληθυσμό αναφοράς.

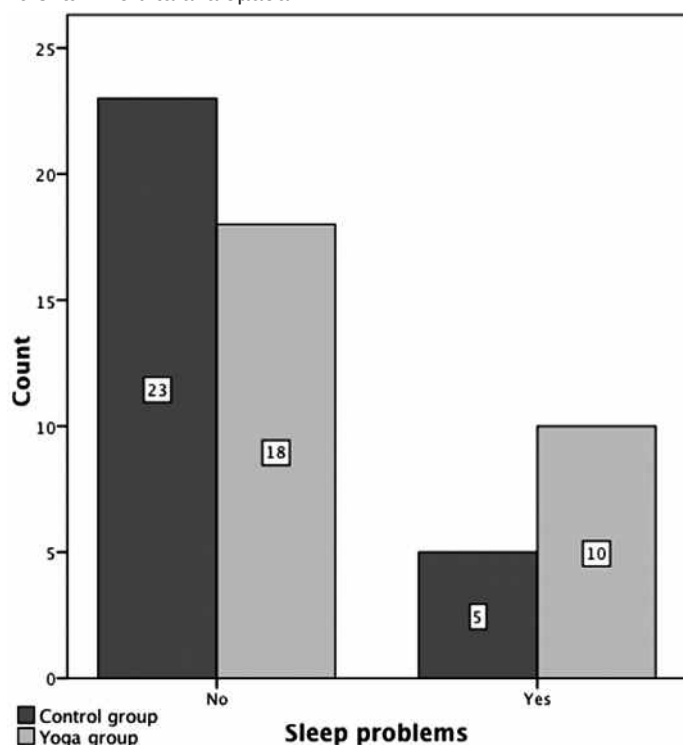
Πίνακας 13. Αϋπνία (συνολικά)

	Συχνότητα	Ποσοστό
0	37	66,1%
1	18	32,1%
Σύνολο	55	98,2%
Έλειψη	1	1,8%
Σύνολο	56	100,0%

Πίνακας 14. Αϋπνία ανά ομάδα

Ομάδες		Συχνότητα	Ποσοστό
Ομάδα ελέγχου	0	23	82,1%
	1	5	17,9%
	Σύνολο	28	100,0%
Ομάδα Γιόγκα	0	18	64,3%
	1	10	35,7%
	Σύνολο	28	100,0%

Εικόνα 4. Αϋπνία ανά ομάδα



ΣΗΖΗΤΗΣΗ

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι στην ομάδα ΑΓ το 64% ανέφερε την ύπαρξη πόνου στον αυχένα, στο γόνατο, στους οπίσθιους μηριαίους μύες ή σε συνδυασμό των παραπάνω. Ο πόνος στην οπίσθια επιφάνεια του μηρού (25%) μπορεί να συσχετίζεται με την πρακτική στην ΑΓ, ειδικά σε περίπτωση που η ομάδα που διερευνούνταν ήταν μεγαλύτερη, οπότε και η σχέση θα ήταν στατιστικά σημαντική. Ωστόσο είναι πιθανό η γιόγκα να κάνει αντιληπτό τον πόνο που υπήρχε εκεί ούτως ή άλλως αλλά όχι σε τέτοιο βαθμό, επειδή αυτοί οι μύες ενεργοποιούνται περισσότερο απ' ό,τι στην καθημερινότητα. Για εκείνους που αναφέρουν πόνο στις στάσεις που απαιτούν σημαντική φόρτιση των αρθρώσεων, ενώ δεν υπάρχει πόνος σε άλλες στιγμές, ο πόνος μπορεί να αποδοθεί μόνο στη γιόγκα.

Από τα ιατρικά ιστορικά των αθλητών της ΑΓ είναι προφανές ότι ο πόνος ξεκίνησε ή επιδεινώθηκε τα χρόνια που η εξάσκηση τους έγινε πιο προχωρημένη και έντονη, γεγονός που υποδηλώνει μια πιθανή συσχέτιση, αν και τα στατιστικά ευρήματα δεν δείχνουν κάτι τέτοιο. Η γιόγκα είναι μια πρακτική που στοχεύει στην ανάπτυξη του ατόμου σε κάθε επίπεδο. Μια από τις συνεχείς προκλήσεις και κατ' επέκταση δίδαγμα, είναι να αποκτήσει ο ασκούμενος συνειδητότητα ώστε να αναγνωρίζει τότε το εγώ του εμποδίζει την εξάσκηση του, μιας και θεμελιώδης πτυχή της γιόγκα είναι η απόκτηση υπομονής όσον αφορά την πρόοδο του σώματος, η ψυχική και σωματική ευελιξία ώστε να μπορέσει να λάβει χώρα η αλλαγή, και ταυτόχρονα η αποδοχή των φυσικών περιορισμών. Η γιόγκα απαιτεί κατανόηση των περιορισμών του σώματος και αναγνώριση του ότι το σώμα ενός ατόμου μπορεί να βελτιωθεί χωρίς να υπάρξει τραυματισμός. Όπως προαναφέρθηκε, στην ομάδα αθλητών ΑΓ το 64% ανέφερε πόνο. Οπότε, όταν πρόκειται ένας επαγγελμα-

ματίας υγείας να δώσει συμβουλές υγείας, κρίνεται σκόπιμο να συμβουλέψει και να προειδοποιήσει τους ασθενείς του για τους πιθανούς κινδύνους της προχωρημένης εξάσκησης στη γιόγκα και να τονίσει τη σημασία της επιλογής των σωστών εκπαιδευτών γιόγκα, οι οποίοι είναι αναγνωρισμένοι και έχουν εκπαιδευτεί ορθά, καθώς και τη σημασία του να «ακούν» το σώμα τους, δηλαδή να είναι συνειδητοί κατά τη διάρκεια της άσκησης τους.

Παρά το γεγονός ότι δεν υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του πόνου των ασκουμένων και της ΑΓ, το γεγονός ότι μερικοί από αυτούς αναφέρουν πόνο μόνο σε μερικές άσanas δεν μπορεί να μη ληφθεί υπόψη, διότι σε αυτές τις περιπτώσεις ο πόνος είναι μια ένδειξη η οποία προειδοποιεί ότι η φόρτιση στο μυοσκελετικό σύστημα μπορεί να είναι υπερβολική. Αυτή η μελέτη δεν αξιολόγησε κατά πόσον οι αθλητές αποφεύγουν αυτές τις στάσεις, ή χρησιμοποιούν παραλλαγές, ή αν αδιαφορούν για τον πόνο και διατηρούν αυτήν τη στάση του σώματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Για τον πόνο στην οπίσθια μηριαία επιφάνεια η τιμή p που προκύπτει της ομάδας ΑΓ έναντι της ομάδας ελέγχου $p = 0.070$ δεν είναι στατιστικά σημαντική, ωστόσο, είναι ενδεικτική πιθανής συσχέτισης. Στο μέλλον μελέτη με μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος μπορεί να οδηγήσει σε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο παραπάνω μεταβλητών. Δεν υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ του πόνου στο γόνατο και της προχωρημένης πρακτικής στην ΑΓ στον πληθυσμό αναφοράς. Δεν υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ του πόνου στον αυχένα και της προχωρημένης πρακτικής στην ΑΓ στον πληθυσμό αναφοράς. Δεν υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ των διαταραχών του ύπνου και της προχωρημένης πρακτικής στην ΑΓ στον πληθυσμό αναφοράς. Στο μέλλον ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η έρευνα της συχνότητας του είδους του πόνου που παρουσιάζει αυτή η ομάδα αθλητών. Δηλαδή αν πρόκειται για χρόνια ή οξύ πόνο.

Από αυτή τη μελέτη, αν και συνολικά δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της πρακτικής στην ΑΓ και μυοσκελετικών ή άλλων προβλημάτων, κρίνεται ωστόσο σημαντικό να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση όσον αφορά το πώς οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τη γιόγκα και να γίνει κατανοητό ότι η εξάσκηση στην ΑΓ μπορεί να προκαλέσει τραυματισμό, ειδικά χωρίς την κατάλληλη καθοδήγηση και όταν η συνειδητότητα και η αναπνοή δεν είναι συνδεδεμένα με την κίνηση.

Το πρωτόκολλο βελονισμού που συνδυάζει τις μεθόδους «πυρακτωμένη βελόνα» και «απόμακρος βελονισμός» είναι αποτελεσματικό βραχυπρόθεσμα. Σε μια μελλοντική μελέτη ενδιαφέρον θα ήταν να γίνει σύγκριση αυτού του πρωτοκόλλου με άλλες θεραπείες, όπως η χειρομάλαξη, η βοτανοθεραπεία, η κλασική φαρμακολογική προσέγγιση, αν και μια τέτοια μελέτη θα αφαιρούσε την ολιστική προσέγγιση της ΚΙ. Επιπλέον, η μακροχρόνια παρακολούθηση είναι απαραίτητη προκειμένου να γίνει γνωστό αν η θεραπεία που εφαρμόστηκε είναι κλινικά αποτελεσματική μακροπρόθεσμα και αν πρόκειται για θεραπεία ή απλά ανακούφιση του πόνου.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τη δασκάλα Αστάγκα γιόγκα, Χριστίνα Καρυτινού, για την άδειά της να παρακολουθήσω το «Σεμινάριο Αστάγκα Γιόγκα για Δασκάλους», τη Χριστίνα Μανιαβού Msc TCM για τη συλλογή των δεδομένων της ομάδας ελέγχου, τη Βάλια Δημαράκη BSc. TCM για την επιμέλεια του αγγλικού κειμένου και την Ειρήνη Περβολαράκη ΘΚΙ για την επιμέλεια του ελληνικού κειμένου. Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου προς τον Αλέξανδρο Γρυπάρη για τη διενέργεια της στατιστικής ανάλυσης.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Leslie Kaminoff. (2007) Yoga Anatomy. US: Human Kinetics
2. Larry Schultz. (2000) Ashtanga Yoga as taught by Shri K. Pattabhi Jois. San Francisco California: Nauli Press
3. Lee M, Moon W, Kim J. (2014) Effect of yoga on pain, brain-derived neurotrophic factor, and serotonin in premenopausal women with chronic low back pain. Evidence Based Alternative and Complementary Medicine
4. Uebelacker LA, Weinstock LM, Kraines MA. (2014) Self-reported benefits and risks of yoga in individuals with bipolar disorder. Journal of Psychiatric Practice
5. Kelly M. Naugle, Roger B. Fillingim, Joseph L. Riley. (2012) A Meta-Analytic Review of the Hypoalgesic Effects of Exercise. The Journal of Pain
6. Christopher M. Norris. (2001) Acupuncture: Treatment of Musculoskeletal Conditions. Butterworth Heinemann
7. Liu En Ming. (2011) Filiform Fire Needle Therapy. People's Military Medical Press

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aviva Petrie, Xaroline Sabin. (2009) Medical Statistics at a Glance. UK: Wiley Blackwell
2. Andrew Horvai, Thomas Link. (2012) Bone and Soft Tissue Pathology. Philadelphia: Elsevier
3. Bowman KF Jr, Cohen SB, Bradley JP. (2013) Operative management of partial-thickness tears of the proximal hamstring muscles in athletes. The American Journal of Sport Medicine
4. Cheung C, Wyman JF, Resnick B, Savik K. (2014) Yoga for managing knee osteoarthritis in older women: a pilot randomized controlled trial. BMC Complementary and Alternative Medicine

5. Cramer H, Krucoff C, Dobos G. (2013) Adverse events associated with yoga: a systematic review of published case reports and case series. PLoSOne
6. Haden SC, Daly L, Hagins M. A. (2014) Randomized Controlled Trial Comparing the Impact of Yoga and Physical Education on the Emotional and Behavioral Functioning of Middle School Children. Focus on Alternative Complementary Therapies Journal
7. Halpern J, Cohen M, Kennedy G, Reece J, Cahan C, Baharav A. (2014) Yoga for improving sleep quality and quality of life for older adults. Alternative Therapies in Health and Medicine
8. Jayaseelan DJ, Moats N, Ricardo CR. (2014) Rehabilitation of proximal hamstring tendinopathy utilizing eccentric training, lumbopelvic stabilization, and trigger point dry needling: 2 case reports. The Journal of orthopaedic Sports and Physical Therapy
9. Kisan R, Sujan M, Adoor M, Rao R, Nalini A, Kutty BM, Chindanda Murthy B, Raju T, Sathyaprabha T. (2014) Effect of Yoga on migraine: A comprehensive study using clinical profile and cardiac autonomic functions. International Journal of Yoga
10. Reddy S, Dick AM, Gerber MR, Mitchell K. (2014) The Effect of a Yoga Intervention on Alcohol and Drug Abuse Risk in Veteran and Civilian Women with Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Complementary and Alternative Medicine
11. Naji-Esfahani H, Zamani M, Marandi SM, Shaygannejad V, Javanmard SH. (2014) Preventive Effects of a Three-month Yoga Intervention on Endothelial Function in Patients with Migraine. International Journal of Preventive Medicine.
12. Roberto Rossi, Fabrizio Margheritini. (2014) Knee Ligament Injuries, Extraarticular Surgical Techniques. Italy: Springer
13. Skowronek IB, Mounsey A, Handler L. (2014) Clinical Inquiry: Can yoga reduce symptoms of anxiety and depression? The Journal of Family Practice
14. Taneja DK. (2014) Yoga and health. Indian Journal of Community Medicine.
15. Thiyagarajan R, Pal P, Pal GK, Subramanian SK, Trakroo M, Bobby Z, Das AK. (2014) Additional benefit of yoga to standard lifestyle modification on blood pressure in prehypertensive subjects: a randomized controlled study. Hypertension Research: official journal of the Japanese Society of Hypertension.
16. Val Hopwood. (2004) Acupuncture in Physiotherapy, Key Concepts and Evidence Based Practice. Philadelphia: Elsevier
17. Wang YY, Chang HY, Lin CY. (2014) Systematic review of yoga for depression and quality of sleep in the elderly. Ju Li Za Zhi The Journal of Nursing