



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΛΓΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ/ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία
«Η χρήση συμπληρωματικών μεθόδων στη γηριατρική
παρηγορική φροντίδα»

Υπό

Λίντινα Μαρία

Ειδικευομενη Αωαισθησιολογιας, Γενικο Νοσοκομειο Λαρισας

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Αλγολογία και Ανακουφιστική/Παρηγορική Φροντίδα»

Λάρισα, 2025

Επιβλέπουσα: κ. Κασσιανη Θεοδωράκη, MD, PhD, DESA, Καθηγήτρια
Αναισθησιολογιας ΕΚΠΑ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Κ. Θεοδωρακη
2. Ε. Αρναουτογλου
3. Α. Μελεμενη

Αναπληρωματικό μέλος: Μ. Μπαρεκα

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

"The use of complementary methods in geriatric palliative care".

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας ακόμη έναν ακόμη κύκλο σπουδών, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα άτομα τα οποία συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της διπλωματικής μου, ο καθένας με τον δικό του τρόπο.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα και ταυτόχρονα καθηγήτρια μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα, την κ. Θεοδωράκη, για τη βοήθεια της, την στήριξή της, τα σχόλια και τις διορθώσεις της ώστε να επιτύχουμε ένα άρτιο και ολοκληρωμένο αποτέλεσμα.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω και την οικογένεια μου για τη στήριξη τους και την κατανόηση τους, στην προσπάθεια να γίνω καλύτερη επαγγελματίας.

Περίληψη

Σκοπός: Τα τελευταία χρόνια η χρήση των μεθόδων εναλλακτικής και συμπληρωματικής θεραπείας έχει αυξηθεί δραστικά στον ηλικιωμένο πληθυσμό και ιδιαίτερα στην παρηγορική φροντίδα, με κύριο στόχο τον έλεγχο του πόνου, της ναυτίας και του εμέτου αλλά και άλλων συμπτωμάτων όπως το άγχος και η αυπνία, ώστε να επιτευχθεί καλύτερη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να ερευνήσει τη χρήση των συμπληρωματικών μεθόδων στη γηριατρική παρηγορική φροντίδα.

Μεθοδολογία: Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Pubmed και GoogleScholar. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν Complementary therapy, geriatrics, palliative care. Οι περιορισμοί που χρησιμοποιήθηκαν αφορούσαν την αγγλική γλώσσα, το είδος της μελέτης - Clinical Study, Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, και το έτος δημοσίευσης. Αρχικά, προκειμένου να μειωθεί ο όγκος των άρθρων αλλά και ώστε να αναφερθούν οι τελευταίες εξελίξεις, επιλέχθηκαν άρθρα της τελευταίας δεκαετίας. Στη συνέχεια όμως, αναιρέθηκε αυτός ο περιορισμός και χρησιμοποιήθηκαν και κάποιες παλαιότερες μελέτες, λόγω του ενδιαφέροντος της συγκεκριμένης προσέγγισης σε βάθος χρόνου. Καθώς δεν πρόκειται για συστηματική ανασκόπηση, αλλά για μια απλή ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, τα 49 άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν για τη συγγραφή του ειδικού μέρους επιλέχθηκαν με βάση τις περιλήψεις τους, χωρίς να γίνει κάποια πιο δομημένη διαδικασία.

Αποτελέσματα: Μέθοδοι όπως η αρωματοθεραπεία, η μουσικοθεραπεία, το μασάζ, ο βελονισμός και κάποιες διατροφικές παρεμβάσεις φαίνεται να έχουν οφέλη κατά την παρηγορική φροντίδα γηριατρικών ασθενών. Η μη επεμβατική φύση αυτών των μεθόδων τις καθιστά μια ιδιαίτερα ελκυστική επιλογή για αυτή την κατηγορία ασθενών που μπορεί να είναι ευαίσθητοι σε φαρμακευτικές παρεμβάσεις ή που αναζητούν εναλλακτικές θεραπείες για να συμπληρώσουν την υπάρχουσα φροντίδα τους, χωρίς να προκαλούν ανεπιθύμητες παρενέργειες στην πλειονότητα τους. Ωστόσο, η νομοθετική ρύθμιση των μεθόδων αυτών λείπει από πολλές χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, γεγονός που δυσχεραίνει την ευρεία εισαγωγή τους μεταξύ των μεθόδων αντιμετώπισης των διαφόρων νόσων.

Λέξεις κλειδιά: Συμπληρωματική θεραπεία, γηριατρική, παρηγορική φροντίδα

Abstract

Purpose: In recent years, the use of alternative and complementary therapies has increased dramatically in the elderly population and especially in palliative care, with the main goal of controlling pain, nausea and vomiting, as well as other symptoms such as anxiety and insomnia, in order to achieve a better quality of life for patients and their families. The purpose of this study was to investigate the use of complementary methods in geriatric palliative care.

Methodology: For the needs of this study, a research was carried out in the Pubmed and GoogleScholar databases. The keywords used were Complementary therapy, geriatrics, palliative care. The restrictions used concerned the English language, the type of study - Clinical Study, Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, and the year of publication. Initially, in order to reduce the volume of articles and to report the latest developments, articles from the last decade were selected. However, this limitation was later lifted and some older studies were also used, due to the interest of this specific approach in the long term. As this is not a systematic review, but a simple review of the international literature, the 49 articles used to write the special section were selected based on their abstracts, without any more structured process.

Results: Methods such as aromatherapy, music therapy, massage, acupuncture and some nutritional interventions appear to have benefits in the palliative care of geriatric patients. The non-invasive nature of these methods makes them a particularly attractive option for this category of patients who may be sensitive to pharmaceutical interventions or who are looking for alternative treatments to complement their existing care, without causing unwanted side effects in the majority of them. However, legislative regulation of these methods is lacking in many countries, including Greece, which makes it difficult to widely introduce them among the methods of treating various diseases.

Keywords: Complementary therapy, geriatrics, palliative care

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	2
Περίληψη	3
Abstract	4
Γενικό Μέρος.....	6
Εισαγωγή.....	6
1. Το φαινόμενο της γήρανσης και η γηριατρική φροντίδα.....	8
2. Ασθένειες που σχετίζονται με τη γήρανση	12
3. Η εναλλακτική και συμπληρωματική θεραπεία	14
4. Είδη εναλλακτικής θεραπείας.....	17
5. Παράγοντες που σχετίζονται με τη χρήση εναλλακτικής ιατρικής	21
Ειδικό Μέρος.....	25
6. Μεθοδολογία.....	25
7. Συμπληρωματικές μέθοδοι στη γηριατρική παρηγορική φροντίδα	26
8. Συζήτηση – Συμπεράσματα.....	38
9. Βιβλιογραφία.....	42

Γενικό Μέρος

Εισαγωγή

Η φιλοσοφία και οι πρακτικές του εκάστοτε ιατρικού συστήματος των χωρών συχνά επηρεάζονται από πολιτιστικούς και γεωγραφικούς παράγοντες, με τη φύση του τι θεωρείται συμβατική ή εναλλακτική ιατρική πρακτική να ποικίλει και να αλλάζει δυναμικά με βάση τη χρονική περίοδο καθώς και τη γεωγραφική περιοχή (Tabish, 2008). Για παράδειγμα, στον Ευρωπαϊκό Μεσαίωνα, πολλές ασθένειες θεραπεύονταν με πρόκληση αιμορραγίας, καθώς οι άνθρωποι τότε πίστευαν ότι οι ασθένειες προκαλούνταν από υπερβολική ποσότητα αίματος. Ο Ιπποκράτης, ο αρχαίος Έλληνας γιατρός γνωστός ως «πατέρας της ιατρικής», έγραψε για το πώς το σώμα μπορούσε να θεραπευθεί με αιμορραγία, βεντούζες και βδέλλες. Τα γραπτά του επηρέασαν την πλειονότητα της ιατρικής πρακτικής της μεσαιωνικής Ευρώπης και αποτέλεσαν τη βάση πολλών πανεπιστημιακών διαλέξεων εκείνη την εποχή (Hajar, 2012; Craig 2021). Αντίθετα μοναχοί και καλόγριες εξέτασαν την πνευματική επιρροή στο σώμα και αντ' αυτού ασκούσαν τη βοτανολογία ως θεραπευτική προσέγγιση των διαφόρων παθήσεων. Η Ρωμαϊκή Καθολική Εκκλησία τροφοδότησε πολλές θεωρίες σχετικά με την προέλευση της ασθένειας, μέσω κειμένων που διατηρήθηκαν στα μοναστήρια, καθώς δεν υπήρχε παράδοση επιστημονικής ιατρικής εκείνη την εποχή (Hajar, 2012).



Εικόνα 1. Θεραπεία πληγής με τη χρήση αλοιφής από βότανα (Hajar, 2012).

Η εξέλιξη των ιδεών σχετικά με το τι συνιστά συμβατική ή μη συμβατική φροντίδα μπορεί να φανεί μέσω των σημαντικών αλλαγών και των προόδων της επιστημονικής έρευνας. Με την πρόοδο στη μελέτη της ανατομίας, την ανάπτυξη της θεωρίας των μικροβίων και την ανάπτυξη επίσημων επιστημονικών μεθόδων αναπτύχθηκε η ιατρική και η έρευνα που βασίζεται σε στοιχεία. Έτσι, άλλαξε και ο τρόπος με τον οποίο ορίζεται η «συμβατική» έναντι της «μη συμβατικής» ιατρικής (Hajar, 2012; Murrel 2023).

Ορισμένες χώρες έχουν ιατρικά συστήματα που είναι περισσότερο πλουραλιστικής φύσης – έχοντας τόσο συμβατικές ιατρικές πρακτικές όσο και παραδοσιακές πρακτικές. Μεταξύ αυτών είναι η Αγιουρβέδα, ένα ιατρικό σύστημα που προέρχεται από την Ινδία πριν από περισσότερα από 5000 χρόνια και το οποίο βασίζεται στην ιδέα ότι η ασθένεια οφείλεται σε ανισορροπία στο σώμα και μπορεί να αντιμετωπιστεί με ειδικά φυτικά φάρμακα και με πρακτικές όπως η γιόγκα και ο διαλογισμός (Payyappallimana & Venkatasubramanian, 2016). Ομοίως, η παραδοσιακή κινεζική ιατρική, που έχει γραπτά που χρονολογούνται από τον τρίτο αιώνα π.Χ. και ασκείται για περίπου 3000 χρόνια βασίζεται σε πρακτικές όπως ο βελονισμός και τα φυτικά φάρμακα για τη διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ του Γιν και του Γιανγκ μέσα στο σώμα (Gu & Pei 2017). Και για τα δύο αυτά ιατρικά συστήματα, η άποψη για το αν θεωρούνται επί του παρόντος συμβατικά ή εναλλακτικά ποικίλλει ανάλογα με τον πολιτισμό και τη γεωγραφική περιοχή. Στην Ινδία, οι ασκούμενοι υποβάλλονται σε εκπαίδευση αναγνωρισμένη από το κράτος, θεσμοθετημένη, με πάνω από 240 κολέγια να προσφέρουν πτυχίο μεταπτυχιακού επιπέδου στην Αγιουρβεδική Ιατρική και Χειρουργική (Patwardhan et al., 2011). Ωστόσο, στις Ηνωμένες Πολιτείες, δεν υπάρχει εκπαίδευση για επαγγελματίες της Αγιουρβέδα και δεν υπάρχει εθνικός κανονισμός (Johns Hopkins Medicine, 2025). Ομοίως, οι πρακτικές της παραδοσιακής κινέζικης ιατρικής διδάσκονται σε γιατρούς στην Κίνα (Zhang & Tang, 2020) αλλά όχι στα προγράμματα σπουδών της ιατρικής σχολής του Καναδά και των Ηνωμένων Πολιτειών.

Έτσι, είναι σαφές ότι παρόλο που πρακτικές όπως η Αγιουβέρδα και η παραδοσιακή κινέζικη ιατρική εφαρμόζονται συνήθως στις αντίστοιχες χώρες τους, θεωρούνται εξ ολοκλήρου συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική στον δυτικό κόσμο. Επίθετα όπως «συμπληρωματική», «εναλλακτική» και «ολοκληρωτική» θεωρούνται δυτικοποιημένοι όροι και σε πολλούς μη δυτικούς πολιτισμούς, οι παραδοσιακές ιατρικές πρακτικές δεν διακρίνονται από τη συμβατική ιατρική (World Health Organization. Programme on Traditional Medicine, 2001).

1. Το φαινόμενο της γήρανσης και η γηριατρική φροντίδα

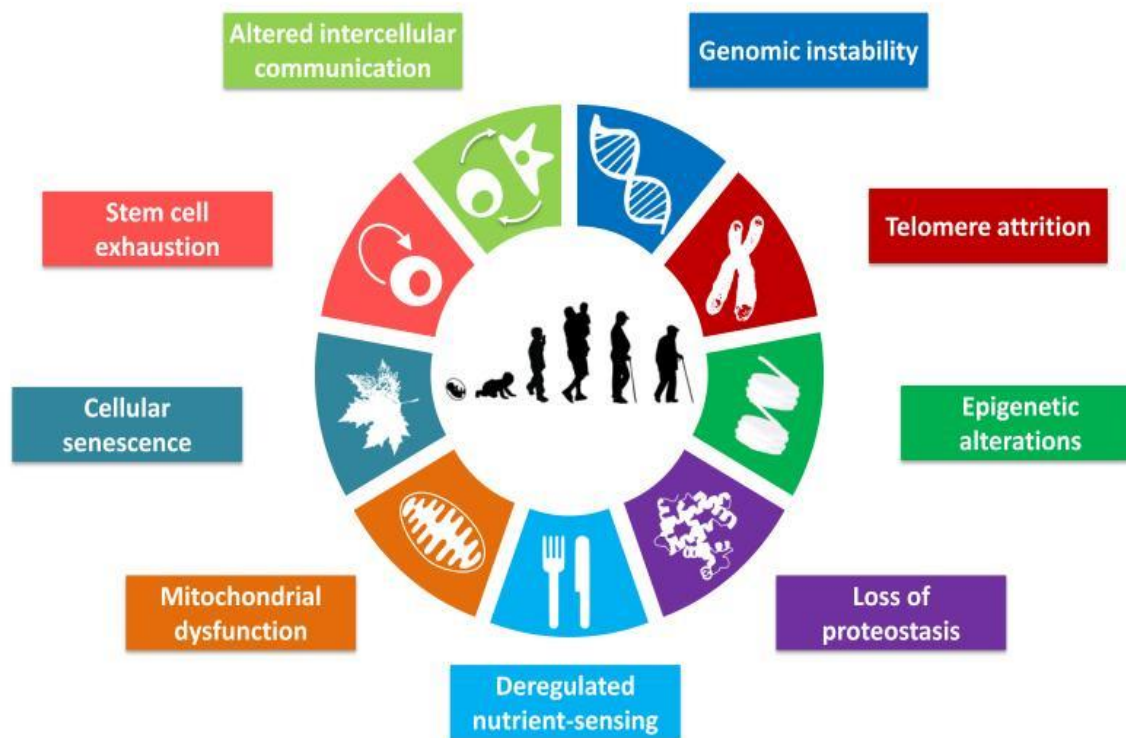
Η γήρανση είναι μια καθολική βιολογική διαδικασία που οδηγεί σε μια προοδευτική και μη αναστρέψιμη μείωση της φυσικής λειτουργίας όλων των συστημάτων ενός οργανισμού, και προκαλείται από τη συσσώρευση βλάβης ως απόκριση σε στρεσογόνους παράγοντες (Niccoli & Partridge, 2012). Συνοδεύεται από μια ποικιλία αλλαγών σε όλα τα συστήματα του σώματος, οι οποίες απαιτούν ιδιαίτερη φροντίδα και διαχείριση, σε δομικό, λειτουργικό και μοριακό επίπεδο σε όλα τα συστήματα του σώματος επισπεύδοντας μια απότομη πτώση, περίπου στην ηλικία των 60-70 ετών, στη φυσιολογική λειτουργική ικανότητα, την καρδιαγγειακή ανταπόκριση και την ομοιοστάση (Young & Maguire, 2019). Οι εκτιμήσεις είναι ότι ο αριθμός των ενηλίκων άνω των 65 ετών θα φτάσει τα 88,5 εκατομμύρια έως το 2050, γεγονός που σίγουρα θα δημιουργήσει μεγαλύτερη ανάγκη διαχείρισης αυτών των ασθενών και των νοσηροτήτων τους (Pallin et al., 2014).

Λόγω της εξατομικευμένης διαδικασίας γήρανσης του ανθρώπου, η έναρξη της τρίτης ηλικίας είναι δύσκολο να προσδιοριστεί. Επομένως, η απαρχή της μετράται σύμφωνα με τη λεγόμενη ημερολογιακή ηλικία, που αντιστοιχεί στο κατώφλι του γήρατος. Δεν υπάρχει ενιαίο αναγνωρισμένο και εφαρμοσμένο κατώφλι γήρατος, αν και σύμφωνα με τον Γερμανό ψυχολόγο Aschoffa, η γήρανση ξεκινά από την ηλικία των 45, ενώ κατά τη ρωσική γεροντολογία, στην ηλικία των 80 ετών. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υιοθέτησε το όριο ηλικίας των 60 ετών αλλά τα Ηνωμένα Έθνη (ΟΗΕ) αποφάσισαν ότι η ηλικία γήρατος αρχίζει στα 65 και αυτό το όριο είναι αποδεκτό και στις ΗΠΑ και στο Ηνωμένο Βασίλειο. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η τρίτη ηλικία χωρίζεται σε 3 περιόδους (Dziechciaż & Filip, 2014):

- 1) πρώιμη τρίτη ηλικία: «νεαρός-ηλικιωμένος»: 60–74 ετών.
- 2) όψιμη ηλικία: «γηραιά»: 75–90 ετών.
- 3) μακροζωία: 90 ετών και άνω

Από βιολογική άποψη η γήρανση είναι μια χρόνια, φυσιολογική κορύφωση της απώλειας συγκεκριμένων αναγεννητικών και προστατευτικών μηχανισμών, που συμβαίνει με την πάροδο του χρόνου σε έναν οργανισμό. Επεκτείνοντας αυτή την ιδέα, θα έλεγε κανείς ότι η γήρανση εξ ορισμού είναι μια κατάσταση με τελικό προορισμό τη νόσο (Hernandez-Segura et al., 2018). Το

2013, οι López-Otín et al. συνόψισαν το φαινόμενο της κυτταρικής γήρανσης σε εννέα χαρακτηριστικά, στα οποία περιλαμβάνονται η γονιδιωματική αστάθεια, η μείωση των τελομερών, οι επιγενετικές αλλοιώσεις, η απώλεια πρωτεόστασης (της ομοιοστασίας του πρωτεόματος), η απορρύθμιση της αίσθησης των θρεπτικών ουσιών, η μιτοχονδριακή δυσλειτουργία, η κυτταρική γήρανση, η διαταραχή της διακυτταρικής επικοινωνίας και η εξάντληση των βλαστοκυττάρων (López-Otín et al., 2013). Καθώς όλα τα συστήματα οργάνων αποτελούνται από κύτταρα, εμπλέκονται και στις φυσιολογικές αλλαγές που σχετίζονται με τη γήρανση. Σωρευτικά, η απώλεια του κυτταρικού κύκλου, η μειωμένη λειτουργία των βλεννογόνων, η καχεξία, η απώλεια σκελετικής μυϊκής μάζας και η εγκεφαλική ατροφία συμβάλλουν στην ποικιλία των αλλαγών που βλέπουμε στη γήρανση (Hernandez-Segura et al., 2018). Τέλος, συχνά παρατηρείται ευθραυστότητα, μια διαδικασία που οδηγεί στη μείωση της ικανότητας αντιμετώπισης του στρες, της ασθένειας ή του τραυματισμού. Εμφανίζεται ως μέρος της φυσιολογικής γήρανσης ανεξάρτητα από τη συννοσηρότητα, αλλά μπορεί να επιδεινωθεί από περιβαλλοντικούς παράγοντες, ασθένειες και την κακή διατροφή (Young & Maguire, 2019).



Εικόνα 2. Τα εννέα χαρακτηριστικά της γήρανσης (López-Otín et al., 2013).

Οι σημαντικότερες δομικές αλλαγές που συμβαίνουν σε έναν γηράσκοντα οργανισμό περιλαμβάνουν:

- Ατροφία ιστών και οργάνων, με αργή ανάπτυξη που τελικά οδηγεί τελικά στο θάνατο
- Πολυμορφικό εκφυλισμό αμυλοειδούς (σε περιοχές των ιστών όπου εναποτίθεται αμυλοειδές) και λιποφουσκινοειδές (συσσώρευση στο κυτταρόπλασμα κυττάρων συμπαγών οργάνων της χρωστικής λιποφουσκίνη, που ονομάζεται «γεροντική χρωστική ουσία»)
- Εσωτερική και εξωτερική κυτταρική αφυδάτωση, στην οποία ο συνολικός όγκος των σωματικών υγρών μειώνεται από το 60% του σωματικού βάρους σε νεότερους και ενήλικες, στο 45% περίπου του σωματικού βάρους των ηλικιωμένων)
- Αύξηση του λιπώδους ιστού και μείωση του μυϊκού ιστού

Όταν τα άτομα μεγάλης ηλικίας αρρωσταίνουν, συχνά αναφέρονται ως γηριατρικοί ασθενείς. Σε γενικές γραμμές, οι ηλικιωμένοι ασθενείς υποφέρουν από γηριατρικές παθήσεις, δηλαδή μια συλλογή σημείων και συμπτωμάτων που είναι κοινά σε ηλικιωμένους ασθενείς. Αυτά συχνά περιλαμβάνουν ακράτεια, πτώσεις, υποσιτισμό ή χαμηλό δείκτη μάζας σώματος, αφυδάτωση, δυσκοιλιότητα, κατάθλιψη, κινητική αναπηρία, ζάλη, προβλήματα όρασης, προβλήματα ακοής, γνωστικές διαταραχές, παραλήρημα και αϋπνία. Καθώς αυτές οι καταστάσεις συχνά δεν συνδέονται με μια συγκεκριμένη ασθένεια και επομένως δεν εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής των παραδοσιακών μοντέλων παροχής φροντίδας που εστιάζονται στην ασθένεια, έχει υποστηριχθεί ότι οι ολιστικές παρεμβάσεις φροντίδας είναι ιδιαίτερα σημαντικές για αυτόν τον πληθυσμό-στόχο (Chen et al., 2011).

Η γηριατρική φροντίδα εστιάζει στην υγειονομική περίθαλψη των ηλικιωμένων. Αναπτύχθηκε ως απάντηση στην πολυνοσηρότητα του αυξανόμενου πληθυσμού ηλικιωμένων ασθενών και επικεντρώνεται στην πρόληψη, την αξιολόγηση και τη διαχείριση των ειδικών προβλημάτων υγείας τους σε όλες τις πτυχές της νόσου - τις σωματικές, ψυχικές, κοινωνικές και πνευματικές διαστάσεις. Βασικοί στόχοι είναι η διατήρηση και αποκατάσταση των λειτουργικών δυνατοτήτων, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής και την κοινωνική συμμετοχή. Στο πλαίσιο της γενικής φροντίδας για ηλικιωμένους, η γηριατρική προσφέρει εξειδικευμένη φροντίδα για πολύ ηλικιωμένους ασθενείς. Οι περισσότεροι ασθενείς θα είναι άνω των 65 ετών, αλλά τα προβλήματα που αντιμετωπίζει καλύτερα η ειδικότητα γίνονται πολύ πιο συχνά στην ηλικιακή ομάδα άνω των 80 ετών. Αυτοί οι ασθενείς έχουν συχνά υψηλό βαθμό αδυναμίας και πολλαπλές ενεργές χρόνιες παθολογίες (Voumard et al., 2018).

Η αποκατάσταση των ασθενών είναι βασικός στόχος της γηριατρικής φροντίδας και μπορεί να έχει κρίσιμη σημασία στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ανθρώπων. Η ανάρρωση των γηριατρικών ασθενών έχει κάποιες ιδιαιτερότητες, καθώς είναι πιο δύσκολη, αργή και προοδευτική διαδικασία και πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στη φυσιολογική για την ηλικία εκφύλιση και στις ενδεχόμενες συννοσηρότητες. Η αποκατάσταση λοιπόν, στοχεύει στην ανάπτυξη σωματικής ανεξαρτησίας και την ικανότητα να κάνουν όσο το δυνατόν περισσότερες καθημερινές δραστηριότητες, λαμβάνοντας υπ όψη τις ακόλουθες αρχές:

Επανενεργοποίηση: οι ακινητοποιημένοι ασθενείς πρέπει να αναπτύξουν την αυτονομία τους όσο το δυνατό και να αποκτήσουν την ικανότητα να φροντίζουν τον εαυτό τους, εστιάζοντας στην βέλτιστη κατάσταση και όχι στην αρχική, όπως γίνεται με νεότερους ασθενείς.

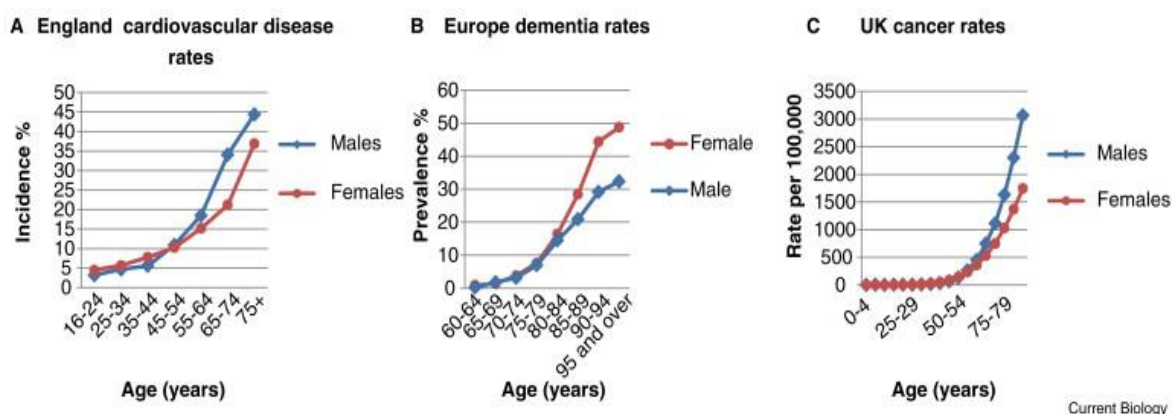
Κοινωνική επανένταξη: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς πρέπει να επιστρέφουν στην οικογένεια και τους φίλους τους, αποφεύγοντας την απομόνωση

Επαναφορά στην κοινωνία: συμμετοχή σε μέτριες επαγγελματικές δραστηριότητες, σε δραστηριότητες χαμηλές φυσικής καταπόνησης (περπάτημα, χειροτεχνίες) ή χόμπι (π.χ. κηπουρική) (Paraschiv et al., 2015).

Η πολυδιάστατη φύση της γηριατρικής αποκατάστασης απαιτεί διεπιστημονική ομάδα που αποτελείται από γιατρό, φυσιοθεραπευτή, ψυχολόγο, νοσηλεύτη, κοινωνικό λειτουργό και διατροφολόγο, οι οποίοι έχουν εξειδικευθεί στις απαιτήσεις των ασθενών αυτής της ηλικιακής ομάδας. Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των φροντιστών και των ασθενών είναι μια σημαντική αρχή της γηριατρικής φροντίδας, όπως και η ενεργή συμμετοχή του ασθενούς στη διαδικασία. Ο ασθενής και η οικογένειά του βρίσκονται στο κέντρο του στόχου και πρέπει να ενημερώνονται και να εξωτερικεύουν τις επιθυμίες, προτιμήσεις και τις προσδοκίες τους. Τέλος, κάθε θεραπεία οφείλει να είναι εξατομικευμένη στον ασθενή λαμβάνοντας υπόψη πτυχές όπως η ικανότητα τους, η προγενέστερη κατάσταση τους και οι υπάρχουσες συννοσηρότητες (Paraschiv et al., 2015).

2. Ασθένειες που σχετίζονται με τη γήρανση

Η καλύτερη ιατρική περίθαλψη και οι καλύτερες συνθήκες διαβίωσης στις ανεπτυγμένες χώρες έχουν αυξήσει το προσδόκιμο ζωής, από περίπου 50 χρόνια στις αρχές του 1900 σε πάνω από 80 σήμερα. Ωστόσο, η ηλικία είναι ο κύριος παράγοντας κινδύνου για απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, των καρδιαγγειακών παθήσεων και του νευροεκφυλισμού, που κατά συνέπεια αυξάνονται σε επιπολασμό. Για αρκετές δεκαετίες, οι βιολόγοι πρότειναν ότι μπορεί να υπάρχει μια σημαντική σχέση μεταξύ της γήρανσης και πολλών χρόνιων διαταραχών στον άνθρωπο, καθώς η γήρανση αυξάνει τον κίνδυνο για νόσο Alzheimer (Cortes-Canteli et al., 2020) καρδιαγγειακή νόσο (Yan et al., 2021) χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Hernández Cordero et al., 2022) οστεοπόρωση (Grunewald et al., 2021) ακόμη και οστεοαρθρίτιδα (Chen et al., 2022). Επιπλέον, πολλοί ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν πολλαπλές συννοσηρότητες με την προχωρημένη ηλικία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 60 ετών, και απαιτούνται συνδυασμοί διαφορετικών θεραπειών για να επιτευχθούν μακροπρόθεσμα θεραπευτικά αποτελέσματα (Ding et al., 2023).



Εικόνα 3. Ποσοστά επίπτωσης των πιο συχνών ασθενειών της τρίτης ηλικίας (Niccoli & Partridge, 2012).

Στις φυσιολογικές αλλαγές που σχετίζονται με τη γήρανση συμμετέχουν σχεδόν όλα τα συστήματα των οργάνων ενός οργανισμού. Είναι σημαντικό να διακριθούν οι φυσιολογικές διεργασίες γήρανσης από τις παθολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στο πλαίσιο της νόσου και οι οποίες είναι σημαντικά πιο δραστικές λόγω της μειωμένης ή ολικής απώλειας των αντισταθμιστικών μηχανισμών. Συνδυαστικά, μερικές από τις πολλές αλλαγές που συμβαίνουν αφορούν:

- Το νευρικό σύστημα: Οι μη φυσιολογικοί κυτταρικοί μηχανισμοί στα ηλικιωμένα άτομα προδιαθέτουν σε νευροεκφυλισμό και άνοια, νόσο Πάρκινσον και γενικευμένη εγκεφαλική ατροφία (Wyss-Coray, 2016).

- Το γαστρεντερικό σύστημα: Οι αλλαγές στη γεύση και την όσφρηση, στην κινητικότητα του εντέρου και οι ανωμαλίες της εντερικής μικροχλωρίδας μπορεί να οδηγήσουν σε ανορεξία και επακόλουθη θερμιδική ή/και διατροφική ανεπάρκεια. Η αποδυνάμωση των λείων μυικών ινών στην εντερική οδό μπορεί να προάγει την ανάπτυξη εκκολπωματικής νόσου και να συμβάλλει στην απόφραξη του εντέρου ή στη δυσκοιλιότητα. Η μειωμένη μεταβολική δραστηριότητα, ειδικά στο ήπαρ, μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στο μεταβολισμό των φαρμάκων (Bhutto & Morley, 2008).

- Το ουροποιητικό σύστημα: Η γήρανση οδηγεί σε μειωμένο αριθμό λειτουργικών σπειραμάτων με αποτέλεσμα μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης σε προχωρημένη ηλικία, γεγονός που θέτει τους ηλικιωμένους σε πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο για επιπλοκές όπως να αναπτύξουν χρόνια ή οξεία νεφρική νόσο, καθώς έχουν λιγότερα λειτουργικά σπειράματα λόγω της φυσιολογικής φυσιολογίας της γήρανσης (Denic et al., 2016).

- Το καρδιαγγειακό σύστημα: Η αγγειακή σκλήρυνση, το αυξημένο πάχος του τοιχώματος της αριστερής κοιλίας, η ίνωση του μυοκαρδίου, η ασβεστοποίηση των βαλβίδων, καθώς και η μειωμένη αερόβια ανοχή, αυξάνουν τους κινδύνους για καρδιαγγειακές παθήσεις με τη γήρανση (Strait et al., 2012).

- Το αναπνευστικό σύστημα: Οι αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία στο αναπνευστικό σύστημα επικεντρώνονται κυρίως στην απώλεια ελαστικότητας, οδηγώντας σε αυξημένη αναπνοή και αυξημένο υπολειπόμενο όγκο. Επιπλέον, παρατηρείται μειωμένη δύναμη και λειτουργία των αναπνευστικών μυών. Αυτές οι αλλαγές μειώνουν την ικανότητα ενός ηλικιωμένου ασθενούς για αντιστάθμιση μιας οξείας ασθένειας ή αναπνευστικής ανεπάρκειας (Janssens et al., 1999).

- Το ενδοκρινικό σύστημα: Η σχετιζόμενη με την ηλικία μείωση της ενδοκρινικής λειτουργίας μπορεί να επιφέρει διάφορα αποτελέσματα στον μεταβολικό και ορμονικό έλεγχο. Η έκκριση θυροξίνης και τριωδοθυρονίνης μειώνεται, με αποτέλεσμα τη συνολική μείωση της μεταβολικής δραστηριότητας. Οι αλλαγές στον μεταβολισμό της γλυκόζης και στην έκκριση ινσουλίνης, προάγουν την ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη. Οι γυναίκες τυπικά βιώνουν εμμηνόπαυση στην έκτη δεκαετία της ζωής τους, που συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων, απώλεια οστικής μάζας και ατροφία λόγω έλλειψης οιστρογόνων (Brownlee, 2000).

3. Η εναλλακτική και συμπληρωματική θεραπεία

Ο ιατρικός πλουραλισμός ορίζεται ως η ύπαρξη περισσότερων του ενός ιατρικών συστημάτων και περιγράφει διαφορετικές προσεγγίσεις που είναι διαθέσιμες στους ασθενείς για την προαγωγή της υγείας και τη θεραπεία ασθενειών. Πιο συγκεκριμένα, θα μπορούσε να θεωρηθεί ως η ιδέα της συνύπαρξης μεταξύ «συμβατικής ιατρικής» και «μη συμβατικής ιατρικής», που περιλαμβάνει την εναλλακτική, τη συμπληρωματική και την ολιστική θεραπεία. Ένας ευρέως χρησιμοποιούμενος ορισμός της συμπληρωματικής και εναλλακτικής θεραπείας (complementary and alternative medicine – CAM) είναι ότι περιλαμβάνει ετερογενείς θεραπείες που δεν διδάσκονται στην ιατρική σχολή και συνήθως δεν συνταγογραφούνται από συμβατικούς γιατρούς (Wade et al., 2008).

Σύμφωνα με το NIH (National Institute of Health), η ολιστική ιατρική (Integrative medicine) είναι μια προσέγγιση που συνδυάζει τη συμβατική ιατρική με πρακτικές CAM που έχουν αποδειχθεί μέσω της επιστήμης ασφαλείς και αποτελεσματικές.

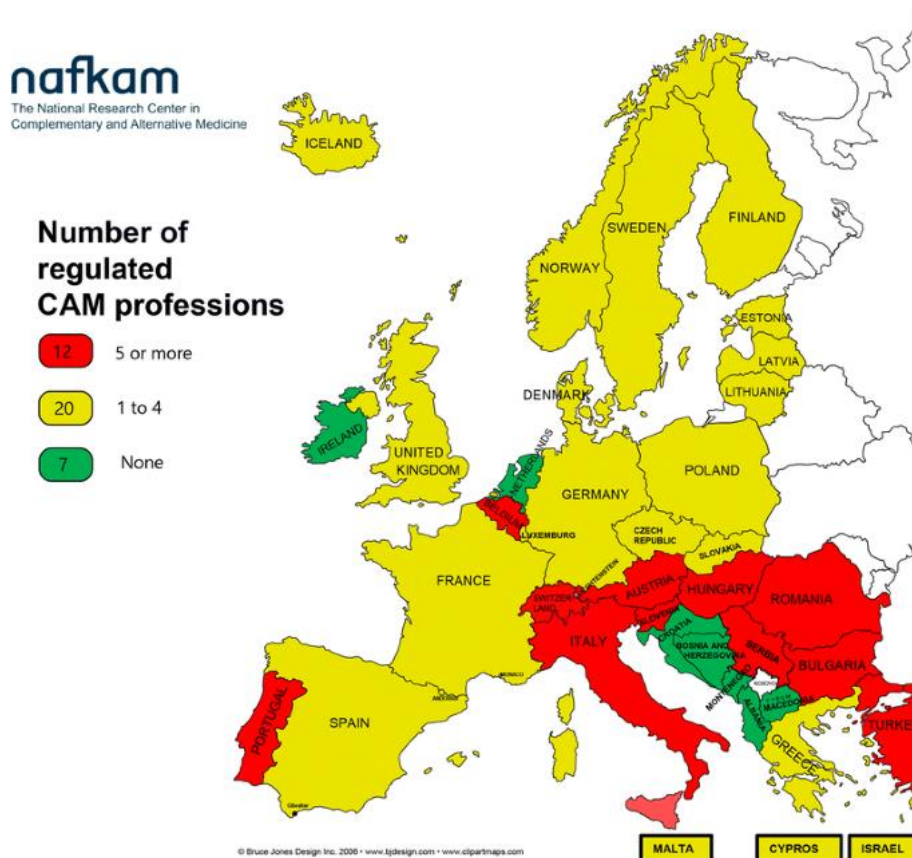
Η συμβατική ιατρική είναι ένα σύστημα στο οποίο οι επαγγελματίες υγείας είναι κάτοχοι ιατρικού διπλώματος και χρησιμοποιούν για τη θεραπεία των ασθενειών φάρμακα, ακτινοβολία ή χειρουργική επέμβαση. Ασκείται επίσης και από άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως νοσηλευτές, και βοηθούς.

Η συμπληρωματική ιατρική αναφέρεται σε μεθόδους που χρησιμοποιούνται μαζί με την τυπική ιατρική θεραπεία, αλλά δεν θεωρούνται από μόνες τους ως τυπική θεραπεία. Ένα παράδειγμα είναι η χρήση του βελονισμού για τη μείωση ορισμένων παρενεργειών της θεραπείας του καρκίνου.

Η εναλλακτική ιατρική αναφέρεται σε μεθόδους που χρησιμοποιούνται αντί της τυπικής ιατρικής θεραπείας. Ένα παράδειγμα είναι η χρήση ειδικής διαίτας για τη θεραπεία του καρκίνου αντί για αντικαρκινικά φάρμακα που συνταγογραφούνται από ογκολόγο (NIH, 2024).

Η χρήση των CAM έχει αυξηθεί ως αποτέλεσμα της αυξανόμενης δυσαρέσκειας από την συμβατική ιατρική (Eardley et al., 2012). Ωστόσο, η νομοθεσία και οι κανονισμοί διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των χωρών. Όπως έδειξε και μία πρόσφατη μελέτη στην Ευρώπη το 2018, 12 χώρες κατατάσσουν τις θεραπείες CAM ως υψηλού κινδύνου, 20 ως χαμηλού κινδύνου, και 7 με πολύ μικρό ή καθόλου κίνδυνο. Οι μέθοδοι που θεωρούνται ότι ενέχουν αρκετά υψηλό κίνδυνο ώστε να δικαιολογούν επαγγελματική ρύθμιση στον μεγαλύτερο αριθμό χωρών είναι η χειροπρακτική, ο βελονισμός, το μασάζ, η ομοιοπαθητική και η οστεοπαθητική. Οι θεραπείες αυτές ρυθμίζονται σχεδόν αποκλειστικά ως συγκεκριμένα επαγγέλματα υγείας με

προστατευμένους τίτλους στις χώρες που έχουν επιλέξει να τα ρυθμίσουν. Οι χώρες που φαίνεται να κατανοούν ότι η θεραπεία με CAM σχετίζεται με δυνητικά υψηλό κίνδυνο ασθενών κατανέμονται ομοιόμορφα σε όλη την Ευρώπη. Με δύο εξαιρέσεις (Πορτογαλία και Βέλγιο), είναι όλες συγκεντρωμένες στη νοτιοανατολική περιοχή της Ευρώπης (Wiesener et al., 2018). Σε ορισμένες χώρες, οι μέθοδοι CAM ρυθμίζονται από την εθνική νομοθεσία και σε άλλες χώρες από μια εθνική επαγγελματική ένωση ή απαιτείται η ολοκλήρωση επιπλέον μαθημάτων ή μπορεί να μην ρυθμίζεται και καθόλου. Σε γενικές γραμμές, οι εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας είναι είτε μη ρυθμιζόμενες είτε είναι μέρος του δημόσιου συστήματος υγείας (Pokladnikova & Telec, 2020). Ωστόσο, η χρήση των CAM είναι κοινή μεταξύ του γενικού πληθυσμού στην Ευρώπη και συνδέεται με την υγεία, τα κοινωνικοοικονομικά στοιχεία και τους δημογραφικούς δείκτες (Kemppainen et al., 2018).



Εικόνα 4. Η κατανόηση του κινδύνου και ο αριθμός των ρυθμιζόμενων επαγγελμάτων CAM στην Ευρώπη (Wiesener et al., 2018).

Σε ότι αφορά το νομικό και ρυθμιστικό καθεστώς των πρακτικών CAM στην Ελλάδα, δεν υπάρχει νόμος που να διέπει την άσκηση των πρακτικών αυτών, αλλά ρυθμίζονται σε συνδυασμό με την υπάρχουσα νομοθετική ρύθμιση. Η εφαρμογή μεθόδων εναλλακτικής και συμπληρωματικής θεραπείας αναγνωρίζεται ως πρόσθετο προσόν για ιατρούς. Για παράδειγμα,

μόνο γιατροί που είναι εξουσιοδοτημένοι μπορούν να ασκήσουν τον βελονισμό και τα διπλώματα εκδίδονται από τον εθνικό ιατρικό σύλλογο. Άλλες θεραπείες CAM εφαρμόζονται τόσο από γιατρούς όσο και από μη, χωρίς να υπάρχουν επίσημες απαιτήσεις προσόντων (Wiesener et al., 2012).

Σε ότι αφορά τα στοιχεία για τη χρήση των μεθόδων CAM, οι Έλληνες γιατροί φαίνεται να είναι πιο εξοικειωμένοι με την ομοιοπαθητική (58,5%), τη διατροφή (58,1%), τα αντιοξειδωτικά (βιταμίνη C) (55,9%) και τον βελονισμό (47,9%), μέθοδοι που χαρακτηρίζονται ως συμπληρωματικές. Η καλύτερη γνώση σχετικά με τις μεθόδους CAM συσχετίστηκε σημαντικά με την μεγαλύτερη ηλικία και την ιατρική εμπειρία ($p=0,05$), ενώ το φύλο δεν είχε καμία επιρροή. Επίσης, οι ιατροί με εξειδίκευση στον τομέα της ογκολογίας ισχυρίστηκαν ότι ήταν καλά ενημερωμένοι για τις CAM, και ειδικά για την πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδο, τα αντιοξειδωτικά ($p=0,05$). Τα καταγεγραμμένα ποσοστά των ασθενών που χρησιμοποιούν CAM είναι χαμηλά, έως και 11%, πολύ χαμηλότερα από τα ποσοστά που αναφέρθηκαν από άλλες χώρες στον κόσμο, τα οποία κυμαίνονται μεταξύ 25% και 75% (Theodoropoulos et al., 2005).

Παρόλο που σε άλλες χώρες, όπως η Γερμανία και οι Ηνωμένες Πολιτείες, οι γιατροί φαίνεται να έχουν ενεργό ρόλο στις μεθόδους CAM, στην Ελλάδα δεν φαίνεται να ακολουθείται αυτή η τάση. Αξιοσημείωτο είναι ότι, στην Ελλάδα, οι θεραπείες αυτές συνήθως δεν αποτελούν μέρος του προγράμματος σπουδών των φοιτητών ιατρικής, ενώ συνέδρια και άλλα μέσα επιμόρφωσης των ιατρών είναι επίσης σπάνια. Η ομοιοπαθητική και ο βελονισμός δεν είναι αναγνωρισμένα από το κράτος ως υποειδικότητες, και δεν υπάρχουν εξειδικευμένες κλινικές. Τέλος, η θεραπεία των ασθενών περιορίζεται μόνο σε ιατρούς. Όλα τα παραπάνω στοιχεία δείχνουν την ανάγκη για καλύτερη εκπαίδευση των ιατρών και κατά συνέπεια ενημέρωση των ασθενών στον τομέα της CAM (Theodoropoulos et al., 2005).

4. Είδη εναλλακτικής θεραπείας

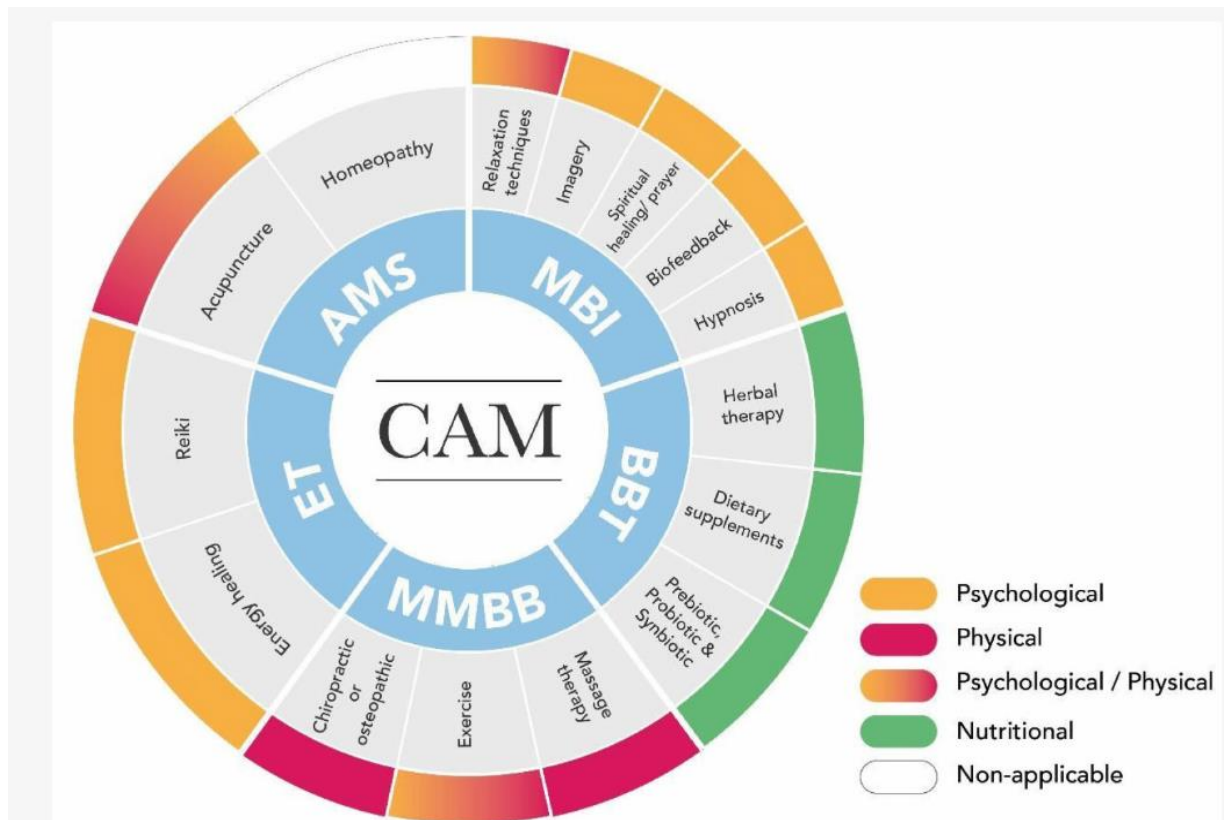
Οι θεραπείες που περιλαμβάνονται στον ορισμό της CAM είναι σκόπιμα ευρείες, καθώς οι πρακτικές που θεωρούνται συμπληρωματικές ή παραδοσιακές σε μια χώρα ή σε μια συγκεκριμένη κουλτούρα μπορεί να θεωρηθούν ως μέρος της συμβατικής ιατρικής σε διαφορετική χώρα (Smith et al., 2020). Έτσι, έχουν προταθεί διάφορες ταξινομήσεις από διαφορετικούς μελετητές. Το NCCIH προτείνει τρεις κατηγορίες με βάση τη θεραπευτική τους συμβολή:

- Πρακτικές βασισμένες στο σώμα: μασάζ, βελονισμός
- Βιολογικά βασισμένες θεραπείες: π.χ. προβιοτικά, βοτανοθεραπεία
- Θεραπείες μυαλού: ύπνωση, πνευματική θεραπεία/προσευχή
- Συνδυασμοί όπως μυαλού και σώματος (π.χ. γιόγκα, τάι τσι, βελονισμός, χορός) ή μυαλού και διατροφής (π.χ. προσεκτική διατροφή) (NIH 2021)

Μια άλλη ταξινόμηση που έχει προταθεί είναι η ακόλουθη:

- Εναλλακτικό ιατρικό σύστημα (alternative and medical system- AMS): βελονισμός και ομοιοπαθητική
- Παρεμβάσεις μυαλού-σώματος (mind-body interventions - MBI): τεχνικές χαλάρωσης, πνευματική θεραπεία/προσευχή, βιοανάδραση και ύπνωση
- Θεραπείες βιολογικής βάσης (biologically based therapies - BBT): φυτική θεραπεία και συμπληρώματα διατροφής
- Πρακτικές βασισμένες στο σώμα: θεραπεία μασάζ, άσκηση και χειροπρακτική ή οστεοπαθητική φροντίδα
- Ενεργειακές θεραπείες (energy therapies - ET): ρέικι (Romero-García et al., to 2024)

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η συντριπτική πλειοψηφία των παρεμβάσεων CAM μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά, μία μεμονωμένη παρέμβαση μπορεί να εμπίπτει σε διαφορετικές κατηγορίες. Ως εκ τούτου, οι Romero-García et al., to 2024 πρότειναν την ακόλουθη προσαρμοσμένη ταξινόμηση και κατηγοριοποίηση, σε κατηγορίες, υποομάδες και κλάσεις.



Εικόνα 5. Ο εσωτερικός κύκλος εμφανίζει την κλάση CAM (μπλε), ακολουθούμενη από την υποομάδα CAM (γκρι) και ο εξωτερικός κύκλος εμφανίζει την κατηγορία CAM. Κάθε κατηγορία CAM υποδιαιρείται περαιτέρω σε διαφορετικά χρώματα ανάλογα με το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Συντομογραφίες: AMS: εναλλακτικό ιατρικό σύστημα. MBI: παρεμβάσεις μυαλού - σώματος. BBT: Θεραπείες βιολογικής βάσης, MBBM: Πρακτικές βασισμένες στο σώμα. ET: ενεργειακές θεραπείες (Romero-García et al., 2024).

Η θεραπεία με μασάζ είναι μια αρχαία κινεζική πρακτική που αποσκοπεί στο χειρισμό των μαλακών ιστών και των μυών του ανθρώπινου σώματος. Οι τεχνικές εκτελούνται πιο συχνά στα σημεία βελονισμού (Gao et al., 2018). Το μασάζ πιστεύεται ότι θεραπεύει αυξάνοντας τη θερμοκρασία τοπικά στον ιστό προάγοντας τον μεταβολισμό του στοχευόμενου ιστού. Αυτό προκαλεί τη διαστολή των τριχοειδών αγγείων και επιταχύνει την κυκλοφορία του αίματος και της λέμφου. Ενισχύει επίσης την παροχή θρεπτικών ουσιών στους γύρω μύες και ιστούς, προάγοντας ταυτόχρονα την ανάπτυξη τους (Taspinar et al., 2013).

Το tai chi είναι μια άσκηση μυαλού-σώματος με ρίζες στην κινεζική κουλτούρα και θεωρείται μια φιλοσοφική και θεωρητική πρακτική που αναζητά την ισορροπία μέσω του διαλογισμού. Η πρακτική περιλαμβάνει δυναμικές στάσεις που μοιάζουν με χορό, χαλάρωση και έλεγχο της αναπνοής. Στο γενικό πληθυσμό, έχει χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία μιας μεγάλης ποικιλίας καταστάσεων και ασθενειών. Τα υπάρχοντα επιστημονικά στοιχεία δείχνουν ότι το tai tsi είναι

χρήσιμο στη μείωση του πόνου, στην αύξηση του εύρους κίνησης, στη βελτίωση της ιδιοδεκτικότητας και στην ενίσχυση της ψυχικής υγείας και ευεξίας. Επιπλέον, χρησιμοποιείται για τη θεραπεία παθήσεων του αναπνευστικού και ως πρόσθετη θεραπεία για καρδιαγγειακές παθήσεις όπως η υπέρταση και η καρδιακή ανεπάρκεια (Jahnke et al., 2010).



Εικόνα 6. Οι οκτώ τεχνικές αντιπροσωπεύουν τις οκτώ θεμελιώδεις μεθόδους εκγύμνασης της δύναμης του σώματος και θέτει τα θεμέλια όλων των δεξιοτήτων και τεχνικών του tai chi (<https://govt.chinadaily.com.cn/s/202302/28/WS63fdae7d498ea274927b0d4b/basics-of-tai-chi-the-8-techniques.html>).

Η γιόγκα είναι μια αρχαία ινδουιστική πρακτική που έχει γίνει δημοφιλής στις δυτικές χώρες τα τελευταία χρόνια. Χρησιμοποιείται γενικά ως μορφή άσκησης και κίνησης, ενώ η θεραπευτική γιόγκα λειτουργεί ενώνοντας το μυαλό, το σώμα και το πνεύμα μέσω της συνειδητής αναπνοής και των στάσεων του σώματος. Πιστεύεται ότι η γιόγκα επηρεάζει το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα, μειώνοντας τα επίπεδα κορτιζόλης και τον καρδιακό ρυθμό (Section on integrative medicine, 2016).

Ο βελονισμός προέρχεται από την αρχαία κινεζική ιατρική και λειτουργεί με το «chi» (τσι) δηλαδή τη ζωτική ενέργεια που ρέει δια μέσω καναλιών/ οδών στο ανθρώπινο σώμα (Lam et al., 2012). Σύμφωνα με αυτή την πρακτική, ένας οργανισμός αρρωσταίνει όταν η ροή του «τσι» εμποδίζεται ή διακόπτεται. Ως εκ τούτου, ο βελονισμός στοχεύει στην αποκατάσταση της ροής ζωτικής ενέργειας, διεγείροντας ορισμένα σημεία αυτών των καναλιών / οδών (Mora et al., 2022).

Το Ρέικι είναι μια ενεργειακή θεραπεία ή θεραπεία βιολογικού πεδίου που ξεκίνησε στην Ιαπωνία γύρω στα τέλη του 19ου αιώνα. Κυριολεκτικά, το "rei" σημαίνει καθολική και το "ki"

σημαίνει ενέργεια ζωής και ο όρος μπορεί να μεταφραστεί σε "καθολική ενέργεια ζωής". Το Ρέικι υποστηρίζει την ιδέα ότι η παγκόσμια ενέργεια υποστηρίζει άμεσα την ικανότητα του ανθρώπινου σώματος να θεραπεύει. Ως εκ τούτου, αυτή η τεχνική επιδιώκει να στείλει ενέργεια μέσω των χεριών του θεραπευτή στο σώμα, ενισχύοντας την έμφυτη ικανότητά του να θεραπεύει και να αποκαθιστά τη φυσική του ισορροπία. Θεωρείται ότι μειώνει το στρες, τα επίπεδα πόνου, βοηθά στην κατάθλιψη/άγχος, βελτιώνει την κόπωση και την ποιότητα ζωής (Bat, 2021).

5. Παράγοντες που σχετίζονται με τη χρήση εναλλακτικής ιατρικής

Υπάρχει μια ταχεία αύξηση στη χρήση των μεθόδων CAM, και ειδικά μεταξύ των ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω, με το ποσοστό να υπερβαίνει το 53% των ασθενών, σε μια κοινή έρευνα της Αμερικανικής Ένωσης Συνταξιούχων (AARP) και του Εθνικού Κέντρου Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής Ιατρικής (NCCAM) (AARP and NCCAM Survey Report, 2011).

Οι ηλικιωμένοι πληθυσμοί είναι πιο ευαίσθητοι σε χρόνιες παθήσεις λόγω της φυσικής διαδικασίας της γήρανσης. Οι ασθενείς χρησιμοποιούν εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας για χρόνιες παθήσεις όπως η οστεοαρθρίτιδα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η γνωστική διαταραχή, η κατάθλιψη, το άγχος, οι διαταραχές ύπνου, η υπέρταση, το εγκεφαλικό και άλλες καρδιαγγειακές διαταραχές (Siddiqui et al., 2014).

Η δυσaréσκεια με την ιατρική τους περίθαλψη, το υποκειμενικό αίσθημα βελτίωσης της υγείας τους με τη χρήση μεθόδων CAM, η αναζήτηση άλλων, πιο αποτελεσματικών θεραπειών, η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η ανακούφιση από τον πόνο, είναι μερικοί επιπλέον από τους παράγοντες που ωθούν τους ασθενείς στις εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους (Gaylord & Crotty, 2002). Οι Sackett et al., στη μελέτη τους υποδηλώνουν ότι για τους ασθενείς αυτές οι μέθοδοι είναι γενικά πιο «φυσικές» και ασφαλέστερες από τη συμβατική ιατρική και είναι συνεπής με τις πεποιθήσεις και τη φιλοσοφία τους για την υγεία. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι επιλογές επηρεάστηκαν και από την εθνική και πολιτιστική τους προέλευση, χωρίς να δίνει περαιτέρω στοιχεία, ενώ οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους απέκρυσαν από τον κλινικό τους ιατρό τη χρήση άλλων μεθόδων θεραπείας (Sackett et al., 2014).

Ωστόσο οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους δεν εγκαταλείπουν τη συμβατική ιατρική, αλλά υιοθετούν μια πλουραλιστική προσέγγιση, με μελέτες να δείχνουν προτίμηση από φυλετικές/εθνοτικές ομάδες, ηλικιωμένους που ανήκουν σε κάποια μειονότητα και γυναίκες. Στη μελέτη τους, οι Wade et al. παρατήρησαν ότι η υψηλότερη εκπαίδευση και η κακή κατάσταση υγείας αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες αυτών των προσεγγίσεων στην υγειονομική περίθαλψη, ενώ τα βότανα και οι βιταμίνες ήταν οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μέθοδοι (Wade et al., 2008).

Το 2020 πραγματοποιήθηκε μια μελέτη σχετικά με τη χρήση εναλλακτικών μεθόδων στη νότια Ινδία, στην οποία συμμετείχαν 200 ηλικιωμένοι ασθενείς. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 57,5% χρησιμοποιούσαν συμπληρωματικές και εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, με την πλειονότητα των ασθενών (49,57%) να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 60-69 ετών και το 59,1% των ασθενών να είναι γυναίκες. Εδώ, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα των Wade et al., οι ασθενείς με χαμηλότερη εκπαίδευση ανέφεραν υψηλότερη χρήση μεθόδων CAM, με το 66,08% των ασθενών να είναι κάτοικοι αγροτικής περιοχής και το 33,91% χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (Mehra & Khajuria, 2020).

Parameter	Number of patients N (%)
Age group (years)	
60-69	57 (49.57)
70-79	48 (33.04)
>80	20 (17.39)
Sex	
Females	68 (59.1)
Males	47 (40.87)
Education	
Below high school	82 (71.3)
High school or above	33 (28.69)
Residence	
Rural	76 (66.08)
Urban	39 (33.91)
Socio-economic status	
Low income	94 (81.73)
High income	21 (18.26)
Indication	
Chronic pain	32 (27.82)
Endocrine disease	26 (22.60)
Cardiovascular disease	22 (19.13)
Gastrointestinal disease	14 (12.17)
Psychological disease	10 (8.69)
Metabolic disease	7 (6.08)
Non-specific	4 (3.47)

Εικόνα 7. Το προφίλ το συμμετεχόντων που χρησιμοποίησαν εναλλακτικές θεραπείες και οι συσχετιζόμενοι παράγοντες (Mehra & Khajuria, 2020).

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν πιο συχνά ήταν τα συμπληρώματα διατροφής (61,7%), οι βιταμίνες και τα μέταλλα (56,52%), η γιόγκα (51,3%) και τα φυτικά φάρμακα (42,6%). Άλλες θεραπείες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το μασάζ, το πράσινο τσάι, ο βελονισμός, ο διαλογισμός και η ομοιοπαθητική. Τα διάφορα βότανα και φυσικά προϊόντα που λαμβάνουν οι ασθενείς

περιλαμβάνουν τσάι μάραθου, τσάι μέντας, κουρκουμά σε σκόνη, τζίντζερ σε σκόνη, σκόρδο, χυμό γκρέιπφρουτ και απροσδιόριστο χυμό λαχανικών. Οι βιταμίνες B, C, D, E, το φολικό οξύ και μέταλλα όπως ο σίδηρος και το ασβέστιο καταναλώνονταν επίσης από τους ασθενείς.

Η πιο κοινή ένδειξη για την οποία οι ασθενείς έλαβαν CAM ήταν ο χρόνιος πόνος (28 %). Άλλες ενδείξεις ήταν ο σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακές παθήσεις, γαστρεντερικές παθήσεις, και ορισμένες μη ειδικές ενδείξεις όπως γενική ευεξία. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς (57,39 %) χρησιμοποιούσαν περισσότερες από 1 θεραπεία CAM ενώ το 70,43 % των ασθενών συνδύαζαν τη συμβατική θεραπεία μαζί με τη θεραπεία CAM. Ο πιο συνηθισμένος λόγος (30,43 %) για τη χρήση CAM ήταν ότι οι ασθενείς το ένιωθαν «φυσικό και πιο ασφαλές». Άλλοι λόγοι που αναφέρθηκαν ήταν δυσμενείς επιπτώσεις της συμβατικής θεραπείας, μικρότερο κόστος και προαγωγή της καλής υγείας. Οι περισσότεροι από τους μισούς (56,52 %) δήλωσαν ότι δεν μπορούσαν να αξιολογήσουν εάν η εναλλακτική θεραπεία θα είχε παρενέργειες ή όχι. Το 25,21 % δεν ανέφερε καμία επιβλαβή επίδραση. Το 11,30 % ανέφερε ήπιες ανεπιθύμητες ενέργειες όπως στομαχικές διαταραχές και εξανθήματα και μόνο το 6,95 % γνώριζε για τις πιθανώς επιβλαβείς αλληλεπιδράσεις με τα φάρμακα. Το 76,52 % δεν το ανέφεραν ποτέ στον κλινικό τους ιατρό, κυρίως επειδή δεν ερωτήθηκαν ποτέ αλλά και επειδή δεν αισθάνονταν άνετα να το συζητήσουν (Mehra & Khajuria, 2020).

Σε μια πρόσφατη μελέτη του Ευρωπαϊκού πληθυσμού, συνολικά, το 25,9% του γενικού πληθυσμού είχε χρησιμοποιήσει CAM τους τελευταίους 12 μήνες. Τυπικά, είχε χρησιμοποιηθεί μόνο μία θεραπεία CAM και χρησιμοποιήθηκε πιο συχνά ως συμπληρωματική και όχι ως εναλλακτική θεραπεία. Η συχνότητα χρήσης των θεραπειών διέφερε πολύ ανά χώρα, από 10% στην Ουγγαρία έως σχεδόν 40% στη Γερμανία. Σε σύγκριση με εκείνους με καλή υγεία, η χρήση CAM ήταν δύο έως τέσσερις φορές μεγαλύτερη μεταξύ αυτών με προβλήματα υγείας. Διαφορές παρατηρήθηκαν και στα προφίλ υγείας των ασθενών. Για παράδειγμα, ο πόνος στην πλάτη ή στον αυχένα συσχετίστηκε με όλους τους τύπους CAM, ενώ η κατάθλιψη συσχετίστηκε μόνο με τη χρήση θεραπειών μυαλού-σώματος. Τα άτομα με δύσκολα διαγνωστικά προβλήματα υγείας είχαν μεγαλύτερη τάση να χρησιμοποιούν CAM και η χρήση CAM ήταν πιο κοινή μεταξύ των γυναικών και εκείνων με ανώτερη εκπαίδευση. Το χαμηλότερο εισόδημα συσχετίστηκε με τη χρήση θεραπειών μυαλού-σώματος, ενώ οι άλλες μέθοδοι CAM συσχετίστηκαν με υψηλότερο εισόδημα (Kemppainen et al., 2018).

Παρά τον υψηλό επιπολασμό και τη σχετική επιβάρυνση από το μυοσκελετικό πόνο σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, και την αναμενόμενη αύξηση του λόγω της γήρανσης του πληθυσμού παγκοσμίως (Cimas et al., 2018), η διαχείριση του εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική

πρόκληση για την υγειονομική περίθαλψη. Οι φαρμακολογικές προσεγγίσεις, όπως η χρήση οπιοειδών αναλγητικών, δεν συνιστώνται πλέον, ιδιαίτερα μακροπρόθεσμα, λόγω του αυξημένου κινδύνου τόσο των ανεπιθύμητων ενεργειών όσο και της διακοπής της θεραπείας (Riva et al., 2020). Η επόμενη μελέτη εστιάζει στη χρήση συμπληρωματικών και εναλλακτικών μεθόδων σε αυτή την κατηγορία ασθενών, σε 21 ευρωπαϊκές χώρες, με συμμετέχοντες ηλικίας 55 ετών και άνω, οι οποίοι ανέφεραν μυοσκελετικό πόνο που παρεμπόδιζε τις καθημερινές δραστηριότητες τους τελευταίους 12 μήνες (Morrissey et al., 2022).

Από τους 4950 ηλικιωμένους συμμετέχοντες, η πλειοψηφία (63,5%) ήταν από τη Δυτική Ευρώπη, ανέφεραν δευτεροβάθμια εκπαίδευση ή λιγότερο (78,2%) και τουλάχιστον ένα άλλο πρόβλημα που σχετίζεται με την υγεία (74,6%). Συνολικά, 1657 (33,5%) ανέφεραν ότι χρησιμοποίησαν τουλάχιστον μία θεραπεία CAM το προηγούμενο έτος. Οι πρακτικές που βασίζονται στο σώμα (Manual body-based therapies MBBT) χρησιμοποιήθηκαν περισσότερο, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας μασάζ (17,9%) και της οστεοπαθητικής (7,0%). Ακολούθως, χρησιμοποιήθηκε σε ποσοστό 6,5% η ομοιοπαθητική και σε ποσοστό 5,3% θεραπείες με βότανα. Παρατηρήθηκε μια τάση υψηλότερης χρήσης CAM σε νεότερους συμμετέχοντες, ενώ η χρήση εναλλακτικής θεραπείας συνδέθηκε με τη χρήση φυσιοθεραπείας, το γυναικείο φύλο, τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης, την απασχόληση και τη ζωή στη Δυτική Ευρώπη. Επιπλέον, όσοι ανέφεραν πολλαπλά προβλήματα υγείας ήταν πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν όλες τις θεραπείες CAM, εκτός από τις MBBT (Morrissey et al., 2021).

6. Μεθοδολογία

Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Pubmed και GoogleScholar. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν Complementary therapy, geriatrics, palliative care. Οι περιορισμοί που χρησιμοποιήθηκαν αφορούσαν την αγγλική γλώσσα, το είδος της μελέτης - Clinical Study, Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, και το έτος δημοσίευσης. Αρχικά, προκειμένου να μειωθεί ο όγκος των άρθρων αλλά και ώστε να αναφερθούν οι τελευταίες εξελίξεις, επιλέχθηκαν άρθρα της τελευταίας δεκαετίας. Στη συνέχεια όμως, αναιρέθηκε αυτός ο περιορισμός και χρησιμοποιήθηκαν και κάποιες παλαιότερες μελέτες, λόγω του ενδιαφέροντος της συγκεκριμένης προσέγγισης σε βάθος χρόνου. Καθώς δεν πρόκειται για συστηματική ανασκόπηση, αλλά για μια απλή ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, τα 49 άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν για τη συγγραφή του ειδικού μέρους επιλέχθηκαν με βάση τις περιλήψεις τους, χωρίς να γίνει κάποια πιο δομημένη διαδικασία.

7. Συμπληρωματικές μέθοδοι στη γηριατρική παρηγορική φροντίδα

Οι ασθενείς με παθήσεις που σχετίζονται με τον πόνο ή περιορίζουν την κινητικότητα τους είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν κάποιας μορφής εναλλακτική θεραπεία (Yen et al., 2013). Συνεπώς είναι αναμενόμενο ότι οι CAM βρίσκουν ευρεία εφαρμογή σε ρευματικές παθήσεις, με το ποσοστό να φτάνει το 38% μεταξύ των ατόμων με αρθρίτιδα στην Αγγλία (Ernst & Posadzki, 2011) και από 20–86% σε παγκόσμια κλίμακα. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια χρόνια, αυτοάνοση φλεγμονώδης κατάσταση που κατά κύριο λόγο επηρεάζει τις αρθρώσεις, οδηγώντας άμεσα σε αναπηρία, και έμμεσα μέσω συνοδών νοσημάτων (Tamhane et al., 2014).

Τα ιχθυέλαια είναι ίσως η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μορφή CAM για αυτή την πάθηση, με το 19% των ασθενών να αναφέρει τη χρήση του (Hill et al., 2009). Τα έλαια είτε εξάγονται από ολόκληρα ψάρια (π.χ. ρέγγα, σαρδέλες, σκουμπρί) είτε από το συκώτι του ψαριού (π.χ. μπακαλιάρος). Είναι πλούσια σε μακράς αλυσίδας, ωμέγα-3 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα (PUFAs), (Wall et al., 2010) και πλούσια σε βιταμίνη D. Έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν τον πόνο των επώδυνων αρθρώσεων και την πρωινή δυσκαμψία και μπορεί να έχουν αποτελέσματα παρόμοια με των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (Galarraga et al., 2008).

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα σχετίζεται επίσης και με αυξημένη καρδιαγγειακή θνησιμότητα και αυξημένο επιπολασμό παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου όπως η δυσλιπιδαιμία (Nurmohamed et al., 2015). Έλαια πλούσια σε n-3 έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο στη ρευματοειδή αρθρίτιδα και συνεπώς τα ιχθυέλαια και μια διατροφή πλούσια σε λιπαρά ψάρια, θα πρέπει να συνιστάται στη διαχείριση της νόσου για τα πολλά πιθανά οφέλη της. Οι παρενέργειες είναι ασυνήθιστες και συνήθως δευτερεύουσες, με τις πιο συνηθισμένες να περιλαμβάνουν γαστρεντερικές διαταραχές όπως μετεωρισμό και διάρροια (Cleland et al., 2006).

Το κλήμα Thunder God ή «Lei Gong Teng» είναι μία ποικιλία αμπελιού εγγενές στην Κίνα που έχει χρησιμοποιηθεί στην παραδοσιακή κινέζικη ιατρική για την αντιφλεγμονώδη δράση του (Cameron et al., 2011). Τα εκχυλίσματα παρασκευάζονται από την αποφλοιωμένη ρίζα του αμπέλου, ενώ τα άλλα μέρη του φυτού είναι δηλητηριώδη, με το δραστικό συστατικό του να είναι ασαφές. Τα διτερπενοειδή όπως η τριπτολίδη έχουν επιδείξει ανοσοκατασταλτικές και αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες (Gu et al., 1995). Σε μια ανασκόπηση τεσσάρων μελετών στη ρευματοειδή αρθρίτιδα παρατηρήθηκε μια σχετική βελτίωση στους ασθενείς (Cameron et al., 2011). Ωστόσο είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το κλήμα Thunder God έχει συσχετιστεί με

σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως απλαστική αναιμία και λοιμώξεις της αναπνευστικής οδού (Canter et al., 2006). Δεδομένου του δυσμενούς προφίλ κινδύνου-οφέλους, το thunder god vine δεν θα πρέπει να συνιστάται για χρήση στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, με αρκετούς φορείς να έχουν εκδώσει προειδοποιήσεις κατά της χρήσης του (MHRA, 2014).

Το *Uncaria tomentosa* και το *Uncaria guianensis* είναι ποικιλίες αμπελιών που έχουν χρησιμοποιηθεί στην περουβιανή παράδοση ως φάρμακο για τις ρευματικές παθήσεις. Η δραστική χημική ουσία πιστεύεται ότι είναι τα πεντακυκλικά οξύ -ινδολικά αλκαλοειδή, αλλά περιέχουν και άλλα αντιοξειδωτικά. Τα εκχυλίσματα έχουν ανοσοτροποποιητικές ιδιότητες *in vitro* και κάποιο όφελος όταν χρησιμοποιούνται με άλλα φάρμακα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Γενικά είναι καλά ανεκτά με κάποιες μικρές γαστρεντερικές παρενέργειες και τα εκχυλίσματα υψηλής ποιότητας είναι σχετικά ασφαλή (Mur et al., 2002).

Το Rose hip, ο καρπός της αγριοτριανταφυλλιάς *Rosa canina*, είναι επίσης πλούσιο σε αντιοξειδωτικά (Halvorsen et al., 2002), όπως πολυφαινόλες και βιταμίνη C, και GLA. Οι ελεύθερες ρίζες που παράγονται από την οξείδωση του μπορούν να βελτιώσουν τη δραστηριότητα της νόσου (Willich et al., 2010; Larsen et al., 2003).

Κάποιες μελέτες υποστηρίζουν ότι το μασάζ αρωματοθεραπείας και η ρεφλεξολογία μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του πόνου και της κόπωσης σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Ο στόχος της επόμενης μελέτης ήταν να εξετάσει και να συγκρίνει τα αποτελέσματα του μασάζ αρωματοθεραπείας και της ρεφλεξολογίας στον πόνο και την κόπωση σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Το δείγμα της μελέτης κατανεμήθηκε τυχαία είτε σε μασάζ αρωματοθεραπείας ($n = 17$), είτε σε ρεφλεξολογία ($n = 17$) είτε στην ομάδα ελέγχου ($n = 17$). Το μασάζ αρωματοθεραπείας εφαρμόστηκε και στα δύο γόνατα των ατόμων της πρώτης ομάδας για 30 λεπτά και η ρεφλεξολογία εφαρμόστηκε και στα δύο πόδια των ατόμων της δεύτερης ομάδας παρέμβασης για 40 λεπτά, ενώ τα άτομα της ομάδας ελέγχου δεν έλαβαν καμία παρέμβαση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο πόνος και η κόπωση μειώθηκαν σημαντικά και στις δύο ομάδες σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ($p < 0.05$). Η ρεφλεξολογική παρέμβαση άρχισε να μειώνει τον μέσο πόνο και την κόπωση νωρίτερα από το μασάζ αρωματοθεραπείας (εβδομάδα 1 έναντι εβδομάδας 2 για τον πόνο, και εβδομάδα 1 έναντι εβδομάδας 4 για την κόπωση) ($p < 0.05$). Φαίνεται λοιπόν ότι το μασάζ αρωματοθεραπείας και η ρεφλεξολογία είναι απλές και αποτελεσματικές μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν στη διαχείριση του πόνου και της κόπωσης στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Gok Metin & Ozdemir, 2016).

Η πρόσφατη μελέτη των Wu et al., είχε σκοπό να αναλύσει την επίδραση της παραδοσιακής κινεζικής ιατρικής (TCM) στην κλινική και ψυχολογική βελτίωση των ηλικιωμένων ασθενών με αρθρίτιδα γόνατος. Διεξήχθη μια αναδρομική ανάλυση σε 114 ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα γόνατος που υποβλήθηκαν σε ελάχιστα επεμβατική αρθροσκοπική επέμβαση. Από αυτούς, οι 55 ασθενείς έλαβαν συνήθη νοσηλεία ως ομάδα ελέγχου (CG) και οι υπόλοιποι 59 ασθενείς φροντίδας TCM ως ομάδα παρακολούθησης (OG). Οι ασθενείς επανεξετάστηκαν δύο εβδομάδες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και συγκρίθηκε μεταξύ των δύο ομάδων η αποκατάσταση της λειτουργίας της άρθρωσης του γόνατος, τα επίπεδα πόνου, η νοσηλευτική ικανοποίηση, καθώς και οι αλλαγές στη διάθεση, τα έξοδα νοσηλείας και η διάρκεια νοσηλείας κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Σε σύγκριση με το CG, το OG είχε σημαντικά καλύτερη κλινική αποτελεσματικότητα και χαμηλότερη βαθμολογία HSS (Hospital for Special Surgery Score – κλίμακα αξιολόγησης της λειτουργίας του γόνατος μετά από επέμβαση) και VAS (Visual Analogue Scale, ένα εργαλείο μέτρησης της έντασης ενός συγκεκριμένου συμπτώματος) ($p<0,05$). Μετά την παρέμβαση, η ομάδα OG έδειξε σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία SF-36 (το ερωτηματολόγιο SF-36 είναι ένα εργαλείο μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής) καθώς και σημαντικά μειωμένες βαθμολογίες άγχους και κατάθλιψης από το CG ($p<0,05$). Η ικανοποίηση των ασθενών κατά τη νοσηλεία στο OG ήταν συγκριτικά καλύτερη από εκείνη του CG ($p<0,05$). Για το κόστος νοσηλείας και τη διάρκεια παραμονής, το OG αποδείχθηκε πιο οικονομικό και αποτελεσματικό και στους δύο δείκτες ($p<0,05$). Η ηλικία, η πορεία της νόσου και το πρόγραμμα νοσηλείας ήταν παράγοντες κινδύνου που επηρέασαν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας στους ασθενείς ($p<0,05$). Η ολοκληρωμένη φροντίδα με TCM βελτίωσε σημαντικά την κλινική αποτελεσματικότητα των ηλικιωμένων με αρθρίτιδα γόνατος, ανακούφισε τον πόνο των ασθενών και βελτίωσε τη λειτουργία και την ποιότητα ζωής του γόνατος, καθώς και μείωσε το άγχος και την οικονομική πίεση των ασθενών (Wu et al., 2022).

Η μέθοδος LooH ορίζεται ως η χρήση των χεριών πάνω ή κοντά στο σώμα για να βοηθήσει στην «επούλωση». Αν και οι μηχανισμοί της θεραπείας δεν είναι καλώς διευκρινισμένοι, ορισμένες θεωρίες υποθέτουν ότι το ανθρώπινο σώμα αποτελείται από «ενεργειακά πεδία», και ο ασθενής μπορεί να ανταλλάξει ενέργεια με τους θεραπευτές, ακόμη και χωρίς φυσική επαφή. Η LooH είναι μέθοδος CAM που χρησιμοποιείται ανά τον κόσμο, ανάμεσα σε διαφορετικούς πολιτισμούς και θρησκείες και περιλαμβάνει: Ρέικι, βιοενέργεια και θεραπευτική αφή (Zacaron et al., 2020).

Η επόμενη μελέτη είχε σκοπό την αξιολόγηση των επιπτώσεων της τοποθέτησης των χεριών στο σώμα (LooH) ως συμπληρωματική θεραπεία στην κινησιοθεραπεία, στον πόνο, τη δυσκαμψία

των αρθρώσεων και τη λειτουργική ικανότητα των ηλικιωμένων γυναικών με οστεοαρθρίτιδα γόνατος σε σύγκριση με ομάδα ελέγχου. Σε αυτήν την τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη κλινική δοκιμή, οι 120 συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε 3 ομάδες: LooH με μεταφορά ενέργειας από πνευματικό θεραπευτή (SPG), LooH χωρίς μεταφορά ενέργειας από πνευματικό θεραπευτή (LHG), και ομάδα ελέγχου που δεν λαμβάνει καμία συμπληρωματική παρέμβαση (CG). Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν στην αρχή, στις 8 εβδομάδες και στις 16 εβδομάδες.

Στις 8 εβδομάδες, το SPG διέφερε σημαντικά από το LHG ως προς την λειτουργική κατάσταση των ασθενών στην κλίμακα WOMAC (διαφορά μεταξύ ομάδων στη μεταβολή = 0,97; 95% CI: 0,35 έως 1,59, $p = ,001$), ως προς τα επίπεδα άγχους (διαφορά μεταξύ των ομάδων = 1,38; 95% CI: 0,11 έως 2,65, $p = 0,027$) αλλά και από το CG για όλα τα αποτελέσματα με εξαίρεση το WOMAC Stiffness. Μετά από 16 εβδομάδες, το SPG διέφερε σημαντικά από το LHG μόνο για λειτουργική κατάσταση WOMAC (διαφορά μεταξύ ομάδων = 0,92; 95% CI: 0,32 έως 1,52, $p = 0,001$) και από το CG για όλα τα αποτελέσματα με εξαίρεση το WOMAC Stiffness και χρονομετρημένη up-and-go. Τα αποτελέσματά αυτά υποδηλώνουν ότι το LooH με μεταφορά ενέργειας από πνευματικό θεραπευτή μπορεί να προάγει καλύτερα μακροπρόθεσμα λειτουργικά αποτελέσματα από το LooH χωρίς με μεταφορά ενέργειας από πνευματικό θεραπευτή και από την ομάδα ελέγχου χωρίς LooH (Zacaron et al., 2020).

Η τήρηση της Μεσογειακής Διατροφής (Med-Diet) έχει συσχετιστεί με χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης χρόνιων ασθενειών και μπορεί να σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο για κατάθλιψη. Σκοπός της παρακάτω μελέτης ήταν η διερεύνηση η συσχέτιση της τήρησης της Med-Diet με τα καταθλιπτικά συμπτώματα και την πολυνοσηρότητα σε μια ομάδα 143 γηριατρικών ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της βαθμολογίας διατήρησης της Med-Diet - MDQ, της γηριατρικής κατάθλιψης - GDS και της γηριατρικής πολυνοσηρότητας - CIRSG-SI (βαθμολογία MDQ και GDS: $r = -0,206$, $p = 0,014$; βαθμολογία MDQ και CIRSG-SI: $r = -0,247$, $p = 0,003$; GDS και CIRSG-SI: $r = 0,251$; $p = 0,003$). Η ανάλυση έδειξε επίσης την άμεση, στατιστικώς σημαντική επίδραση της γηριατρικής πολυνοσηρότητας στην κατάθλιψη ($b = 1,330$, $se = 0,59$, $p = 0,028$), με αυτό το αποτέλεσμα να αντισταθμίζεται από υψηλότερες βαθμολογίες MDQ. Αυτά τα ευρήματα αποδεικνύουν ότι η Med-Diet μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία στους ηλικιωμένους ασθενείς και προτείνουν ότι η Med-Diet μπορεί να συμβάλει, τουλάχιστον εν μέρει, στην προστασία της γηριατρικής πολυνοσηρότητας (Vicinanza et al., 2020).

Επιπρόσθετα στα παραπάνω, και με παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η μελέτη των Morris et al., σχετικά με τρία διατροφικά πρότυπα - DASH, MedDiet, MIND - και την νόσο Alzheimer, σε 923 συμμετέχοντες ηλικίας 58 έως 98 ετών, μετά από παρακολούθηση κατά μέσο όρο 4,5 ετών.

Η υψηλή διατήρηση και των 3 διατροφικών προτύπων έδειξε ότι μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο για νόσο Alzheimer, ενώ για την διατροφή MIND το αποτελέσματα διατηρείται ακόμη και για μέτρια συμμόρφωση (Morris et al., 2015).

Η ρίζα βαλεριάνας είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο φυτικό συμπλήρωμα με αγχολυτική δράση και έχει χρησιμοποιηθεί παγκοσμίως για περισσότερα από 1000 χρόνια και μπορεί να λειτουργεί παρόμοια με τις βενζοδιαζεπίνες ή τα βαρβιτουρικά, με GABA-εργική δράση. Σε μια πιλοτική μελέτη 4 εβδομάδων που περιελάμβανε 36 ασθενείς με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων βαλεριάνας και εικονικού φαρμάκου ή των ομάδων βαλεριάνας και διαζεπάμης στις συνολικές βαθμολογίες (Miyasaka et al., 2006). Επίσης, σε μια πρόσφατη μελέτη με σκοπό τον εντοπισμό βοτάνων που δείχνουν αλληλεπίδραση με το σύστημα GABA, εντοπίστηκαν δέκα βότανα: kava, βαλεριάνα, pennywort – σεντέλα, λυκίσκος, χαμομήλι, Ginkgo biloba, πασιφλόρα, ασβαγκάντα - ashwagandha, σκουτελάρια - skullcap και lemon balm, αποκαλύπτοντας στοιχεία για τα διάφορα βότανα που ρυθμίζουν τις οδούς GABA, με αγχολυτικό αποτέλεσμα συγκρίσιμο με την τρέχουσα σειρά φαρμακευτικών προϊόντων, μαζί με καλά επίπεδα ασφάλειας και ανεκτικότητας (Savage et al., 2018).

Οι πτώσεις είναι επίσης μία από τις κύριες αιτίες νοσηλείας σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω και αυξάνουν τον κίνδυνο εισαγωγής των ηλικιωμένων σε ίδρυμα φροντίδας, με το ένα τρίτο των ηλικιωμένων να εμφανίζουν κάποιο τραυματισμό από πτώσεις ετησίως. Η σωματική άσκηση που αποσκοπεί στην ενίσχυση της ισορροπίας έχει αποδειχθεί ότι αποτρέπει τις πτώσεις. Την υπόθεση αυτή είχε σκοπό να επιβεβαιώσει και η επόμενη συστηματική ανασκόπηση με μετα-ανάλυση, για να προσδιοριστεί ο αντίκτυπος της άσκησης που βασίζεται στη γιόγκα στην ισορροπία και τη σωματική κινητικότητα σε άτομα ηλικίας άνω των ετών σε συνολικά 307 συμμετέχοντες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι παρεμβάσεις γιόγκα είχαν μικρή επίδραση στην απόδοση και μέτρια επίδραση στη φυσική κινητικότητα, οδηγώντας σε μικρές βελτιώσεις στην ισορροπία και μέτριες βελτιώσεις στη σωματική κινητικότητα. Ωστόσο, οι συγγραφείς προτείνουν περαιτέρω έρευνα για να διαπιστωθεί εάν βελτιώσεις στην ισορροπία και την κινητικότητα από τη γιόγκα μεταφράζονται σε πρόληψη των πτώσεων σε ηλικιωμένους (Youkhana et al., 2015).

Η απώλεια κινητικότητας κατά τη γήρανση επηρεάζει την ανεξαρτησία και οδηγεί σε περαιτέρω αναπηρία, νοσηρότητα και μειωμένο προσδόκιμο ζωής. Στόχο της επόμενης μελέτης ήταν να εξετάσει τη σκοπιμότητα και την ασφάλεια της διεξαγωγής μιας τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμής για την επίδραση της γιόγκα σε ηλικιωμένους ενήλικες που διατρέχουν κίνδυνο για περιορισμούς κινητικότητας (Groessl et al., 2015). Οι συμμετέχοντες ήταν 46 ηλικιωμένοι, ηλικίας 60–89 ετών με μειωμένη σωματική δραστηριότητα, οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν είτε στην ομάδα

της γιόγκα είτε στην ομάδα ελέγχου. Οι συνεδρίες γιόγκα ήταν 60 λεπτών και πραγματοποιούνταν 2 φορές την εβδομάδα και οι συνεδρίες αγωγής υγείας της ομάδας ελέγχου ήταν 90 λεπτών και πραγματοποιούνταν εβδομαδιαία, για 10 εβδομάδες.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το όφελος διήρκεσε 6 μήνες, η συμμόρφωση των συμμετεχόντων στην παρακολούθηση 10 εβδομάδων ήταν υψηλή (89%), με το 82% των συμμετεχόντων στη γιόγκα και το 74% των συμμετεχόντων στην εκπαίδευση υγείας να παρακολουθούν τουλάχιστον το 50% των συνεδριών. Δεν αναφέρθηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες και η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεμβάσεις ήταν υψηλή. Το μέσο μέγεθος επίδρασης για τα μέτρα φυσικής απόδοσης ήταν 0,35 με μερικά πάνω από 0,50. Το μέσο μέγεθος επίδρασης για τα μέτρα έκβασης αυτοαναφοράς ήταν 0,36. Τα παραπάνω στοιχεία υποδηλώνουν ότι η γιόγκα μπορεί να έχει σημαντικά οφέλη για αυτόν τον πληθυσμό και θα πρέπει να μελετηθεί περαιτέρω (Groessl et al., 2015).

Η Hatha - γιόγκα είναι μια αρχαία ινδική πρακτική που θεωρείται ότι ενισχύει τη σωματική, γνωστική και πνευματική και ψυχολογική ευημερία όσων την υιοθετούν ως μέρος της σωματικής τους δραστηριότητας. Ένας πιστοποιημένος θεραπευτής γιόγκα έκανε δύο συνεδρίες την εβδομάδα για 75 λεπτά ανά συνεδρία και για 12 εβδομάδες σε 14 ηλικιωμένους άνω των 60 ετών, που είχαν εμφανίσει φόβο πτώσης τους τελευταίους 12 μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρξε μια σημαντική βελτίωση στο συνολικό σκορ των ανασταλτικών παραγόντων συμμετοχής σε δραστηριότητες αναψυχής από τις μετρήσεις κατά την έναρξη της παρέμβασης και των 12 εβδομάδων ($t = -2,072$, $p = 0,05$), υποδηλώνοντας μείωση των ανασταλτικών παραγόντων (Van Puymbroeck et al., 2017).

Παρόλο που η γιόγκα βελτιώνει την ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένους 65 ετών, οι μελέτες σε ηλικιωμένους με χρόνιο πόνο είναι λίγες. Για το σκοπό αυτό, διεξήχθη μια μελέτη για την επίδραση ήπιας γιόγκα την ανεξάρτητη διαβίωση των ηλικιωμένων. Συμμετείχαν 26 ενήλικες άνω των 65 ετών, με μέση ηλικία 86.6 +/- 4.4 έτη και αυτοπροσδιοριζόμενο χρόνιο πόνο (3 σε κλίμακα 10 βαθμών, διάρκειας 3 μήνες) και συμμετείχαν σε δέκα εβδομαδιαία μαθήματα ήπιας γιόγκα διάρκειας 60 λεπτών, προσαρμοσμένα σε ηλικιωμένους ενήλικες. Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν κατά την έναρξη, και στις 5 εβδομάδες, στις 10 εβδομάδες (τέλος παρέμβασης) και στις 20 εβδομάδες (παρακολούθηση), ως προς τη σκοπιμότητα (συμμόρφωση, διατήρηση, ασφάλεια), τον πόνο, το άγχος, την κατάθλιψη, την κόπωση, τις διαταραχές ύπνου και τη σωματική λειτουργικότητα. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι ήταν πιθανό να συστήσουν τη γιόγκα σε έναν φίλο και πολύ πιθανό να κάνουν ξανά γιόγκα. Στο τέλος της παρέμβασης, τέσσερις από τους είκοσι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι συνέχισαν τις συνεδρίες γιόγκα. Το άγχος μειώθηκε

σημαντικά από 5,80 σε 4,44 ($p = 0,014$), αλλά δεν υπήρξαν αλλαγές σε άλλα μέτρα. Συμπερασματικά, η μελέτη έδειξε ότι συνεδρίες γιόγκα 10 εβδομάδων ήταν γενικά ασφαλείς και κατάλληλες για την υποβοήθηση της ανεξάρτητης διαβίωσης των ηλικιωμένων (Boehnke et al., 2020).

Γενικά, οι ηλικιωμένοι ασθενείς νοσηλεύονται συχνά στη μονάδα εντατικής θεραπείας λόγω καρδιαγγειακών παθήσεων, οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας, σήψης ή τραύματος. Τέτοιοι ασθενείς μπορεί να μην τρέφονται από το στόμα λόγω νευρομυϊκών, γαστρεντερικών και καρδιαγγειακών παθήσεων και ως εκ τούτου, χρησιμοποιείται παρεντερική σίτιση για την κάλυψη των καθημερινών ενεργειακών αναγκών τους, που οδηγούν σε ορισμένα προβλήματα όπως δυσκοιλιότητα, διάταση της κοιλιάς, διάρροια και έμετο. Η ακόλουθη μελέτη πραγματοποιήθηκε σε μονάδες εντατικής θεραπείας, με σκοπό να διερευνηθεί η επίδραση του κοιλιακού μασάζ στον γαστρικό υπολειπόμενο όγκο, τη διάταση, τον έμετο και την αφόδευση σε γηριατρικούς ασθενείς, που και τρέφονταν παρεντερικά. Το κοιλιακό μασάζ εφαρμόστηκε στους 30 ασθενείς της ομάδας παρέμβασης δύο φορές την ημέρα για 15-20 λεπτά πριν από τη σίτιση.

Ο γαστρικός υπολειπόμενος όγκος μειώθηκε σημαντικά στην ομάδα παρέμβασης και αυξήθηκε σημαντικά στην ομάδα ελέγχου ($p < 0,05$). Η συχνότητα της αφόδευσης αυξήθηκε σημαντικά στην ομάδα παρέμβασης ($p < 0,05$), αλλά διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχε θετική επίδραση του κοιλιακού μασάζ στον έμετο ($p > 0,05$) (Çetinkaya et al., 2020).

Μία από τις πιο γνωστές τεχνικές μασάζ στην Ιαπωνία είναι το μασάζ Anma, το οποίο χρησιμοποιήθηκε σε ασθενείς με νόσο Parkinson σε εγκαταστάσεις γηριατρικών υπηρεσιών υγείας, ώστε να μετρηθεί η άμεση και έμμεση επίδραση του στο εύρος κίνησης του ώμου. Συνολικά 10 ασθενείς, μέσης ηλικίας 79,5 – 85,5 ετών έλαβαν συνεδρίες 30-40 λεπτών θεραπείας μασάζ Anma και το εύρος κίνησης (range of movement - ROM) μετρήθηκε πριν και μετά από κάθε συνεδρία. Στη συνέχεια, έξι ασθενείς με έλαβαν τις ίδιες συνεδρίες μασάζ μία φορά την ημέρα για επτά εβδομάδες. Μία εβδομάδα μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, μετρήθηκε η ROM των αρθρώσεων των ώμων.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι η θεραπεία της πιο προσβεβλημένης πλευράς οδηγεί σε σημαντικές επεκτάσεις στο ROM της απαγωγής ως άμεσο αποτέλεσμα ενώ η θεραπεία της λιγότερο προσβεβλημένης πλευράς οδηγεί σε οριακά σημαντική επέκταση της κάμψης. Μετά από δύο μήνες συνεχούς θεραπείας, υπήρξε σημαντική βελτίωση στην απαγωγή και οριακά σημαντική βελτίωση στην κάμψη στη ROM και στις δύο πλευρές (Suoh et al., 2016).

Η παρηγορητική φροντίδα αναφέρεται στην «φροντίδα ασθενών των οποίων η νόσος δεν ανταποκρίνεται στη θεραπευτική αγωγή, με κύριο στόχο τον έλεγχο του πόνου, και άλλων συμπτωμάτων και των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων». Συνεπώς, ο στόχος της είναι η επίτευξη της καλύτερης ποιότητας ζωής για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους» (WHO, 1990).

Οι ετοιμοθάνατοι ασθενείς βιώνουν ένα βαρύ φορτίο συμπτωμάτων. Σε μια έρευνα, το 84% των ασθενών με καρκίνο που βρίσκονται κοντά στο θάνατο ανέφερε έντονο πόνο, το 49% είχε δυσκολία στην αναπνοή και το 33% είχε ναυτία. Αν και η θεραπεία αυτών των συμπτωμάτων μπορεί να σχετίζεται με ενοχλητικές παρενέργειες, ορισμένες θεραπείες CAM μπορεί να έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από τις παραδοσιακές θεραπείες ή να προσφέρουν θεραπευτικές λύσεις που είναι περισσότερο αποδεκτές με τις πολιτισμικές πεποιθήσεις των ασθενών (Pan et al., 2000).

Ο πόνος είναι ένα από τα πιο διαδεδομένα συμπτώματα προς το τέλος της ζωής. Η μέθοδος της διαδερμικής ηλεκτρικής νευρικής διέγερσης (transcutaneous electrical nerve stimulation – TENS) μελετήθηκε σε 15 ασθενείς με καρκίνο, οι οποίοι χωρίστηκαν σε 3 ομάδες και έλαβαν θεραπεία TENS, εικονική θεραπεία TENS ή καμία πρόσθετη θεραπεία επιπλέον των τυπικών θεραπειών για τον πόνο. Παρόλο που η μελέτη δεν είχε την ικανότητα να ανιχνεύσει επίδραση στον πόνο, είχε επίδραση στην κόπωση η οποία βελτιώθηκε κατά 8 φορές στην ομάδα TENS σε σύγκριση με την εικονική TENS και κατά 16 φορές σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου που δεν έλαβε καμία θεραπεία. Η συνολική ποιότητα ζωής βελτιώθηκε επίσης σε σύγκριση και με τις δύο ομάδες (Gadsby et al., 1997).

Σε μια άλλη μελέτη με 60 ασθενείς με ανίατο πόνο λόγω καρκίνου, 2 εβδομάδες θεραπείας TENS οδήγησαν σε βελτίωση του πόνου, την οποία το 28% αξιολόγησε ως εξαιρετική και το 36% ως μέτρια. Ωστόσο, το 35% δεν είδε καμία βελτίωση. Μετά από 3 μήνες, το 15% συνέχισε να δηλώνει εξαιρετική ανταπόκριση, το 18% μέτρια και το 67% καμία διαφορά στον πόνο (Avellanosa & West, 1982).

Η επίδραση του TENS σε συνδυασμό με τον βελονισμό στον πόνο εξετάστηκε σε 29 ασθενείς με καρκίνο συνοδευόμενο από έντονο πόνο. Ανακούφιση ή μείωση του πόνου συνοδευόμενη από διακοπή των ενέσιμων αναλγητικών παρατηρήθηκε στο 62% των ασθενών, και μείωση του πόνου με μειωμένη ανάγκη για ενέσεις παρατηρήθηκε στο 27% (Cardamone, 1977).

Σε μία μελέτη 92 ασθενών με κοιλιακό πόνο λόγω τοπικά διηθητικού ή μεταστατικού καρκίνου αξιολογήθηκε ο βελονισμός ως θεραπεία για τον έλεγχο του πόνου, με τα αποτελέσματα να

διατηρούνται για τουλάχιστον 1 μήνα σε όλους τους ασθενείς με ήπιο ή μέτριο πόνο και στο 72% των ασθενών με έντονο πόνο (Xu et al., 1995). Εξίσου θετικά αν και μικρότερης διάρκειας ήταν τα αποτελέσματα για την επίδραση του βελονισμού στον πόνο που συσχετίζεται με καρκίνο και δεν ανταποκρίθηκε στη συμβατική θεραπεία σε 146 ασθενείς μιας άλλης μελέτης. Στο 48% αυτών, αναφέρθηκαν περισσότερες από 3 ημέρες ανακούφισης από τον πόνο ή/και αύξηση της κινητικότητας. Η διάρκεια της ανταπόκρισης ήταν μεγαλύτερη για ασθενείς με μυϊκό σπασμό, ίνωση μετά από ακτινοβολία και ισχαιμικό πόνο στα άκρα (Filshie & Redman, 1985).

Σε ασθενείς με HIV, μια δοκιμή σε 239 ασθενείς συνέκρινε την θεραπεία με βελονισμό έναντι εικονικής παρέμβασης για την περιφερική νευροπάθεια, αλλά δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στις 6 ή 14 εβδομάδες παρακολούθησης (Shlay et al., 1998).

Σε μια μη τυφλή τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη (RCT), 28 ασθενείς με καρκίνο έλαβαν είτε σουηδικό μασάζ είτε έναν επισκέπτη για 10 λεπτά. Ο πόνος αξιολογήθηκε με την οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) από 0 έως 10. Οι άνδρες παρουσίασαν άμεση ανακούφιση από τον πόνο (VAS από 4,2 έως 2,9, $P < 0,01$), αλλά αυτό το αποτέλεσμα υποχώρησε μία ώρα μετά το μασάζ. Δεν υπήρξε σημαντικό όφελος στις γυναίκες, αν και το βασικό επίπεδο πόνου ήταν ήπιο (1,7/10) (Weinrich & Weinrich, 1990). Αντίστοιχα ήταν και τα αποτελέσματα 9 ανδρών ασθενών με καρκίνο που έλαβαν δύο συνεχόμενα βραδινά μασάζ και ανέφεραν σημαντική μείωση στον πόνο (σύμφωνα με το VAS 0–100 mm) σε σύγκριση με την αρχική τιμή (Ferrell-Torrey & Glick, 1993). Υπήρξε μια μέση μείωση στον πόνο κατά 29,5 mm την 1η ημέρα ($p = 0,007$) και 22,6 mm την 2η ημέρα ($p = 0,025$). Υπήρξε επίσης μείωση στο άγχος και αύξηση του αισθήματος χαλάρωσης. Σε 103 ασθενείς με καρκίνο, ένας συνδυασμός μασάζ και αρωματοθεραπείας προήγαγε την ανακούφιση από τον πόνο στο 33% των ασθενών που ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Ωστόσο, δεν υπήρξε ποσοτική αξιολόγηση της ανακούφισης από τον πόνο (Wilkinson, 1995).

Οι επιδράσεις του μασάζ και της άσκησης στον πόνο και τη διάθεση διερευνήθηκαν σε 24 ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο τελικού σταδίου, οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η ομάδα Α έλαβε μια παρέμβαση που αποτελούνταν από διάφορες τεχνικές μασάζ και ασκήσεις και η ομάδα Β έλαβε μια απλή επαφή/αφή με τα χέρια στις περιοχές πόνου, η οποία διατηρήθηκε για το ίδιο χρονικό διάστημα με την ομάδα παρέμβασης. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν έξι συνεδρίες διάρκειας 30-35 λεπτών σε διάστημα 2 εβδομάδων. Τα αποτελέσματα συλλέχθηκαν κατά την έναρξη, στην 1η εβδομάδα και μετά από 2 εβδομάδες από την ολοκλήρωση της θεραπείας από έναν αξιολογητή που δεν γνώριζε την κατανομή της θεραπείας στους ασθενείς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχαν σημαντικές βασικές διαφορές μεταξύ των ομάδων ($p > 0,2$). Ωστόσο, ο

συνδυασμός μασάζ και ασκήσεων μπορεί να μειώσει τον πόνο και να βελτιώσει τη διάθεση σε ασθενείς με καρκίνο σε τελικό στάδιο.

Οι γνωστικές – συμπεριφορικές θεραπείες έχουν χρησιμοποιηθεί συχνά για την αντιμετώπιση του πόνου, αλλά λίγες μελέτες έχουν γίνει σε ετοιμοθάνατους ασθενείς. Σε μια μελέτη 58 ασθενών με προχωρημένο καρκίνο διαπιστώθηκε ότι ο πόνος μειώθηκε στο 38% των ασθενών. Ωστόσο, η αξιολόγηση του πόνου ήταν ασαφής και το σχήμα της θεραπείας χαλάρωσης ήταν εξατομικευμένο για κάθε ασθενή (Fleming, 1985).

Η θεραπεία του πόνου σε ασθενείς που λαμβάνουν παρηγορητική φροντίδα είναι δύσκολη. Στόχος της ακόλουθης μελέτης ήταν να προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητα μιας μόνο συνεδρίας μουσικοθεραπείας στη μείωση του πόνου σε ασθενείς που λαμβάνουν παρηγορητική φροντίδα. Οι 200 ασθενείς που συμμετείχαν κατανεμήθηκαν τυχαία σε μία από τις δύο ομάδες: μόνο τυπική φροντίδα (ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα που περιελάμβανε προγραμματισμένα αναλγητικά) ή φροντίδα με μουσικοθεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικά μεγαλύτερη μείωση στις βαθμολογίες πόνου στην ομάδα μουσικοθεραπείας ($p < 0,0001$). Η αλλαγή στην βαθμολογία της Κλίμακας Λειτουργικού Πόνου ήταν επίσης σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα μουσικοθεραπείας ($p < 0,0001$) καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι έστω και μία μεμονωμένη παρέμβαση μουσικοθεραπείας ήταν αποτελεσματική στη μείωση του πόνου σε ασθενείς παρηγορητικής φροντίδας (Gutgsell et al., 2013).

Σε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή 94 ασθενών με μεταμόσχευση μυελού των οστών συγκρίθηκαν τέσσερις θεραπείες: η συνήθης θεραπεία (UT), η συνήθης θεραπεία με υποστήριξη από θεραπευτή, η συνήθης θεραπεία με εκπαίδευση χαλάρωσης/οπτικοποίησης και η συνήθης θεραπεία με γνωστικές δεξιότητες, συμπεριλαμβανομένης της χαλάρωσης/οπτικοποίησης. Αυτές οι παρεμβάσεις αποτελούνταν από συνεδρίες 30 λεπτών δύο φορές την εβδομάδα για 5 εβδομάδες. Οι ασθενείς που έλαβαν δεξιότητες χαλάρωσης/φαντασίας και γνωστικές δεξιότητες ανέφεραν λιγότερο πόνο (VAS 0-100 mm) από τους ασθενείς στις άλλες δύο ομάδες ($p < 0,01$). Ωστόσο, δεν επιτεύχθηκε μεγαλύτερη ανακούφιση από τον πόνο με την προσθήκη γνωστικών συμπεριφορικών δεξιοτήτων στη χαλάρωση/φαντασία. Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στην αναλγητική αγωγή μεταξύ των ομάδων (Syrjala et al., 1995).

Η επόμενη μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα της αρωματοθεραπείας ως συμπληρωματική θεραπεία για τη μείωση του άγχους σε ασθενείς που λαμβάνουν παρηγορητική φροντίδα. Περιελάμβανε 20 ασθενείς που λαμβάνουν παρηγορητική φροντίδα και αντιμετώπιζαν μέτρια έως σοβαρά επίπεδα άγχους, στους οποίους χορηγήθηκαν

παρεμβάσεις αρωματοθεραπείας χρησιμοποιώντας αιθέρια έλαια γνωστά για τις ηρεμιστικές τους ιδιότητες, όπως λεβάντα και χαμομήλι. Τα αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης έδειξαν πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα, με αισθητή μείωση των επιπέδων άγχους μεταξύ των συμμετεχόντων μετά από συνεδρίες αρωματοθεραπείας, υποδηλώνοντας ότι η αρωματοθεραπεία είχε ηρεμιστική επίδραση στους ασθενείς. Πολλοί ασθενείς ανέφεραν ότι αισθάνονταν πιο χαλαροί και άνετοι κατά τη διάρκεια και μετά από τις συνεδρίες αρωματοθεραπείας, ενώ άλλοι ανέφεραν επίσης βελτιωμένο ύπνο (Kyle, 2006).

Μια άλλη πολύ πρόσφατη μελέτη των Gonçaves et al. (2024) υποστηρίζει επίσης τη χρήση της αρωματοθεραπείας σε περιβάλλοντα παρηγορητικής φροντίδας. Πρόκειται για μία συστηματική ανασκόπηση που διαπίστωσε ότι τα αιθέρια έλαια, ιδιαίτερα η λεβάντα, το τριαντάφυλλο και το χαμομήλι, προκαλούν σημαντική βελτίωση στη μείωση του πόνου, την ανακούφιση από το άγχος και τη συνολική χαλάρωση ασθενών που λαμβάνουν παρηγορητική φροντίδα. Τα στοιχεία από αυτήν την ανασκόπηση υποδηλώνουν ότι η αρωματοθεραπεία μπορεί να αποτελέσει μια οικονομικά αποδοτική και μη επεμβατική συμπληρωματική θεραπεία στις παραδοσιακές μεθόδους φροντίδας (Gonçaves et al., 2024).

Η επόμενη μελέτη αξιολόγησε τόσο τον διαλογισμό όσο και το μασάζ για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής προς το τέλος της ζωής. Συνολικά συμμετείχαν 58 ασθενείς οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν σε μία από τις τέσσερις ομάδες: 1 μήνας διαλογισμού ή μασάζ ή συνδυασμού διαλογισμού και μασάζ ή τυπικής φροντίδας. Οι μετρήσεις έγιναν κατά την έναρξη, στο τέλος των εβδομάδων 2 και 4 κατά τη διάρκεια της περιόδου παρέμβασης και 1 μήνα μετά την παρέμβαση (Εβδομάδα 8). Η ομάδα συνδυασμού διαλογισμού και μασάζ έδειξε τη μεγαλύτερη συνολική βελτίωση ακόμη, με στατιστικώς σημαντική διαφορά από τις άλλες ομάδες (Williams, 2005).

Η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που λαμβάνουν παρηγορητική φροντίδα μελετήθηκε και με τη χρήση ρεφλεξολογίας, όπου 12 ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες. Τους ανατέθηκε τυχαία είτε ρεφλεξολογία είτε εικονική ρεφλεξολογία, χωρίς να γνωρίζουν ποια παρέμβαση λάμβαναν. Όλοι οι συμμετέχοντες ένιωσαν ότι η ποιότητα ζωής τους είχε βελτιωθεί, ακόμη και εκείνοι που είχαν λάβει την εικονική θεραπεία. Η ομάδα ρεφλεξολογίας, ωστόσο, ανέφερε μεγαλύτερο όφελος με στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p = 0,004$) μεταξύ των ομάδων (Hodgson, 2000).

Η ναυτία και ο έμετος είναι συχνά συμπτώματα που σχετίζονται με τον καρκίνο και τις θεραπείες του, καθώς και με άλλες νοσολογίες, ειδικά προς το τέλος της ζωής. Έχει αποδειχθεί ότι το τζίντζερ βοηθά στη ναυτία σε ποικίλες περιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένων της

μετεγχειρητικής ναυτίας (Mandal et al., 2014), της ναυτίας που προκαλείται από HIV και αντιρετροϊκά φάρμακα (Dabaghzadeh et al., 2014) και της ναυτίας που προκαλείται από χημειοθεραπεία, αν και τα δεδομένα μέχρι στιγμής είναι αντικρουόμενα (Marx et al., 2014). Μια συστηματική ανασκόπηση διαπίστωσε ότι 5 από τις 7 μελέτες ανέφεραν ευνοϊκά αποτελέσματα, με τα μικτά αποτελέσματα να οφείλονται ίσως στις ποικίλες δοσολογίες και συνδυασμούς που χρησιμοποιήθηκαν στις διαφορετικές μελέτες. Η αποτελεσματική δοσολογία κυμαίνονταν από 500 έως 1000 mg εκχύλισμα ρίζας τζίντζερ κάθε 4-6 ώρες ανάλογα με τις ανάγκες, ή 1 κουταλάκι του γλυκού ή 5 g κρυσταλλωμένου τζίντζερ κάθε 2 έως 3 ώρες ανάλογα με τις ανάγκες ή ακόμη και τσάι τζίντζερ (Marx et al., 2013).

Η κάνναβη έχει αποδειχθεί ότι βοηθά στην ανακούφιση της ναυτίας και του εμέτου. Μια πρόσφατη μελέτη ανέλυσε 23 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές κανναβινοειδών σε σύγκριση με εικονικό φάρμακο ή με άλλα αντιεμετικά φάρμακα. Οι ασθενείς ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν πλήρη απουσία ναυτίας και εμέτου με την κάνναβη παρά με το εικονικό φάρμακο. Ωστόσο, καμία από τις δοκιμές δεν περιελάμβανε τους παράγοντες που χρησιμοποιούνται πλέον ευρύτερα - τους αγωνιστές της σεροτονίνης 5-HT₃. Η κάνναβη περιέχει πολλά δυνητικά θεραπευτικά κανναβινοειδή, συμπεριλαμβανομένης της D9-τετραϋδροκανναβινόλης (THC), και της κανναβιδιόλης (Smith et al., 2015).

Ο βελονισμός, εκτός από τις επιδράσεις του στον πόνο έχει μελετηθεί και για την ναυτία και τον εμετό που προκαλούνται από χημειοθεραπεία. 70 ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν για να λάβουν είτε βελονισμό πριν από την έγχυση χημειοθεραπείας είτε ονδανσετρόνη 8 mg ενδοφλεβίως 30 λεπτά πριν από τον πρώτο κύκλο χημειοθεραπείας. Η ομάδα βελονισμού είχε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό πλήρους ανταπόκρισης στην πρόληψη της ναυτίας και του εμέτου (52,8% και 35,7%, $p = 0,02$) και ανέφερε σημαντικά χαμηλότερη καθυστερημένη ναυτία (45,7% και 65,7%, $p = 0,004$) και λιγότερες δόσεις επιπλέον ονδανσετρόνης από το στόμα ($p = 0,002$). Οι ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν επίσης σημαντικά χαμηλότερες στην ομάδα βελονισμού με λιγότερο συχνή δυσκοιλιότητα ($p = 0,02$) και αϋπνία ($p = 0,01$). Ο βελονισμός φάνηκε να είναι αποτελεσματικός στην προώθηση καλύτερης ποιότητας ζωής, με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτική θεραπευτική επιλογή (Rithirangsriroj et al., 2015).

8. Συζήτηση – Συμπεράσματα

Για χιλιάδες χρόνια, η μακροζωία και η απουσία νόσου ήταν στόχοι που επιδιώκουν τα ανθρώπινα όντα. Με τη δημιουργία και τη βελτίωση του υγειονομικού συστήματος, το προσδόκιμο ζωής του ανθρώπου έχει αυξηθεί σημαντικά, αλλά αντιμετωπίζει και την πρόκληση της αύξησης του αριθμού των ασθενειών που σχετίζονται με τη γήρανση. Κατά συνέπεια η επιδίωξη της υγιούς γήρανσης είναι αναμφίβολα σημαντική εργασία για τους οργανισμούς δημόσιας υγείας.

Η έρευνα για τις ασθένειες που σχετίζονται με τη γήρανση έχει επίσης γίνει κύριος στόχος της επιστημονικής έρευνας και των συστημάτων δημόσιας υγείας. Νέες ερευνητικές μέθοδοι και νέες κλινικές θεραπείες εμφανίζονται, προσφέροντας ευκαιρίες για την αποκάλυψη των μηχανισμών της γήρανσης και την πρόληψη ή θεραπεία ασθενειών που σχετίζονται με τη γήρανση. Ωστόσο, παρά τις εξελίξεις, η γηριατρική φροντίδα εξακολουθεί να είναι ένας πολύπλοκος τομέας όπου πολλές φορές οι προτεινόμενες θεραπείες δεν είναι αρκετές για να επιτευχθούν οι βασικοί στόχοι της διατήρησης και αποκατάστασης των λειτουργικών δυνατοτήτων των ασθενών, και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και της κοινωνικής συμμετοχής τους.

Πιθανότατα, λοιπόν, για αυτούς τους λόγους τα τελευταία χρόνια παρατηρείται η προτίμηση των ασθενών σε συμπληρωματικές και εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, με τις διάφορες ηλικιακές ομάδες να αποτελούν σημαντικό παράγοντα στη διαμόρφωση συμπεριφορών υγειονομικής περίθαλψης και χρήσης υπηρεσιών. Επιπλέον, οι ευρύτερες πολιτισμικές αλλαγές, η σύγχρονη ολιστική αντίληψη που κάνει την εμφάνισή της, καθώς και η αποτυχία πολλές φορές των μεθόδων της κλασσικής ιατρικής να ανταποκριθεί στις επιθυμίες των ασθενών, τους ωθούν στη θέληση να αποκτήσουν κάποιο έλεγχο όσον αφορά στην υγεία και τη ζωή τους, αρνούμενοι να παραμείνουν απλοί θεατές στη λήψη, από τους επαγγελματίες υγείας, σημαντικών αποφάσεων που τους αφορούν.

Έχει παρατηρηθεί μια ταχεία αύξηση στη χρήση των μεθόδων CAM, και ειδικά μεταξύ των ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω, με το ποσοστό να υπερβαίνει το 53% των ασθενών. Οι κύριες νόσοι για τις οποίες χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν χρόνιες παθήσεις όπως η οστεοαρθρίτιδα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η γνωστική διαταραχή, η κατάθλιψη, το άγχος και οι διαταραχές ύπνου, αλλά η πιο κοινή ένδειξη για την οποία οι ασθενείς έλαβαν CAM ήταν ο χρόνιος πόνος (28 %). Ωστόσο οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους δεν εγκαταλείπουν τη συμβατική ιατρική, αλλά υιοθετούν μια πλουραλιστική προσέγγιση, με το 70,43 % των ασθενών να συνδυάζουν τη συμβατική θεραπεία μαζί με τη θεραπεία CAM, και με μελέτες να δείχνουν προτίμηση από

φυλετικές/εθνοτικές ομάδες, ηλικιωμένους που ανήκουν σε κάποια μειονότητα και το γυναικείο φύλο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης μελέτης του 2020, το 57,5% των συμμετεχόντων χρησιμοποιούσαν συμπληρωματικές και εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, με την πλειονότητα των ασθενών (49,57%) να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 60-69 ετών και το 59,1% των ασθενών να είναι γυναίκες. Οι ασθενείς με χαμηλότερη εκπαίδευση ανέφεραν υψηλότερη χρήση μεθόδων CAM, με το 66,08% των ασθενών να είναι κάτοικοι αγροτικής περιοχής και το 33,91% χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης.

Σε μια άλλη μεγάλη μελέτη, από τους 4950 ηλικιωμένους που χρησιμοποίησε κάποια μέθοδο εναλλακτικής ή συμπληρωματικής ιατρικής, η πλειοψηφία (63,5%) ήταν από τη Δυτική Ευρώπη, ανέφεραν δευτεροβάθμια εκπαίδευση ή λιγότερο (78,2%) και τουλάχιστον ένα άλλο πρόβλημα που σχετίζεται με την υγεία (74,6%). Συνολικά, 1657 (33,5%) ανέφεραν ότι χρησιμοποίησαν τουλάχιστον μία θεραπεία CAM το προηγούμενο έτος.

Ένας σημαντικός τρόπος, λοιπόν, για την επίτευξη υγιούς γήρανσης είναι η έγκαιρη παρέμβαση. Είναι ενδιαφέρον ότι διάφορες προσεγγίσεις εναλλακτικής ιατρικής, συμπεριλαμβανομένης της παραδοσιακής κινεζικής ιατρικής θεραπείας, του βελονισμού, των συμπληρωμάτων διατροφής, έχουν επίσης δείξει κάποια αποτελεσματικότητα στην αντιγήρανση και τη θεραπεία ασθενειών που σχετίζονται με τη γήρανση. Ωστόσο, ορισμένες από αυτές τις μεθόδους εξακολουθούν να στερούνται συστηματικών μελετών και κλινικών ιατρικών αξιολογήσεων βασισμένων σε στοιχεία, που μπορεί να αποτελέσουν κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα.

Τα ιχθυέλαια έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν τον πόνο των επώδυνων αρθρώσεων και την πρωινή δυσκαμψία και μπορεί να έχουν αποτελέσματα παρόμοια με των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Το κλήμα Thunder God έχει χρησιμοποιηθεί στην παραδοσιακή κινέζικη ιατρική για την αντιφλεγμονώδη δράση του, αλλά η χρήση του περιορίζεται από το δυσμενές προφίλ κινδύνου-οφέλους, με αποτέλεσμα να έχουν εκδοθεί προειδοποιήσεις κατά της χρήσης του. Μελέτες υποστηρίζουν επίσης ότι και το μασάζ αρωματοθεραπείας και η ρεφλεξολογία μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του πόνου και της κόπωσης σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, ενώ η παραδοσιακή κινεζική ιατρική βελτιώνει την κλινική και ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων ασθενών με αρθρίτιδα γόνατος. Η ρίζα βαλεριάνας είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο φυτικό συμπλήρωμα με αγχολυτική δράση.

Η Med-Diet έχει θετικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων ασθενών και προτείνεται ότι μπορεί να συμβάλει, τουλάχιστον εν μέρει, στην προστασία της γηριατρικής πολυνοσηρότητας. Επιπλέον, η διατήρηση της MedDiet, όπως και τα διατροφικά πρότυπα DASH και MIND έδειξαν ότι μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο για νόσο Alzheimer.

Η γιόγκα είναι ιδανική για άσκηση για ηλικιωμένους, μπορεί να βοηθήσει στην επιβράδυνση των επιπτώσεων της γήρανσης διατηρώντας την ευλυγισία των μυών, μειώνοντας το άγχος και ενδυναμώνοντας τους μυς και τις αρθρώσεις, βελτιώνοντας έτσι την ισορροπία και τη σωματική κινητικότητα προσθέτοντας ζωή στα χρόνια των ηλικιωμένων.

Το κοιλιακό μασάζ μείωσε τον υπολειπόμενο γαστρικό όγκο και αύξησε τη συχνότητα της αφόδευσης αν και δεν είχε επίδραση στον έμετο, σε γηριατρικούς ασθενείς που τρέφονται εντερικά, χωρίς να εμφανίσει καμία παρενέργεια.

Μέθοδοι όπως η αρωματοθεραπεία, η μουσικοθεραπεία, το μασάζ, ο βελονισμός και κάποιες διατροφικές παρεμβάσεις φαίνεται να έχουν οφέλη κατά την παρηγορική φροντίδα γηριατρικών ασθενών, σε συμπτώματα όπως ο πόνος, η ναυτία, ο εμετός, η απνία το άγχος. Οι μέθοδοι αυτές προσφέρουν μια ολιστική υποστήριξη στους ασθενείς κατά τη γηριατρική παρηγορική φροντίδα, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους και ανακουφίζοντας από τα διάφορα συμπτώματα. Η γηριατρική παρηγορητική φροντίδα επικεντρώνεται στην ανακούφιση από τα συμπτώματα και το άγχος που σχετίζονται με τις ανίατες ασθένειες σε ηλικιωμένους ενήλικες. Καθώς ο πληθυσμός των ηλικιωμένων αυξάνεται παγκοσμίως, η ανάγκη για αποτελεσματικές στρατηγικές διαχείρισης των συμπτωμάτων καθίσταται ολοένα και πιο σημαντική. Η μη επεμβατική φύση αυτών των μεθόδων τις καθιστά μια ιδιαίτερα ελκυστική επιλογή για αυτή την κατηγορία ασθενών που μπορεί να είναι ευαίσθητοι σε φαρμακευτικές παρεμβάσεις ή που αναζητούν εναλλακτικές θεραπείες για να συμπληρώσουν την υπάρχουσα φροντίδα τους, χωρίς να προκαλούν ανεπιθύμητες παρενέργειες στην πλειονότητα τους.

Αν και υπάρχουν πολλές προκλήσεις στην έρευνα για τη γήρανση και τις ασθένειες που σχετίζονται με τη γήρανση και πολλά ερωτήματα πρέπει ακόμη να αντιμετωπιστούν, η προώθηση της υγιούς γήρανσης έχει σημαντικές και εκτεταμένες κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις και επιπτώσεις στη δημόσια υγεία. Η χρήση των μεθόδων CAM είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη μεταξύ των ασθενών και επομένως θα πρέπει να γίνουν συστηματικές μελέτες, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση σε ηλικιωμένους ασθενείς με συννοσηρότητες. Επιπρόσθετα, οι κλινικοί γιατροί οφείλουν να είναι καλά ενημερωμένοι και άνετοι να συζητούν για αυτές τις θεραπείες με τους ασθενείς τους, ιδιαίτερα όσον αφορά τις επιπτώσεις τους, τις παρενέργειές τους και πιθανές αλληλεπιδράσεις με

τις συμβατικές θεραπείες και να είναι ενήμεροι για θεραπείες που είναι γνωστό ότι είναι αναποτελεσματικές ή μη ασφαλείς. Ένα καλώς τεκμηριωμένο εκπαιδευτικό υλικό για τις CAM θα πρέπει να είναι να γίνει διαθέσιμο και για τους ασθενείς. Τέλος, η ρύθμιση των CAM λείπει από πολλές χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, γεγονός που δυσχεραίνει την ευρεία εισαγωγή των CAM μεταξύ των μεθόδων αντιμετώπισης των διαφόρων νόσων.

9. Βιβλιογραφία

AARP and NCCAM Survey Report: U.S. National Institute of Health: Department of Health and Human Services, National Institute of Health; 2011. Complementary and Alternative Medicine: What People Aged 50 and Older Discuss with their Health Care Providers.

Avellanosa, A. M., & West, C. R. (1982). Experience with transcutaneous electrical nerve stimulation for relief of intractable pain in cancer patients. *Journal of medicine*, 13(3), 203–213.

Bat N. (2021). The effects of reiki on heart rate, blood pressure, body temperature, and stress levels: A pilot randomized, double-blinded, and placebo-controlled study. *Complementary therapies in clinical practice*, 43, 101328. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101328>

Bhutto, A., & Morley, J. E. (2008). The clinical significance of gastrointestinal changes with aging. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 11(5), 651–660. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e32830b5d37>

Boehnke, K. F., LaMore, C., Hart, P., & Zick, S. M. (2020). Feasibility study of a modified yoga program for chronic pain among elderly adults in assisted and independent living. *EXPLORE*. doi:10.1016/j.explore.2020.11

Brownlee M. (2000). Negative consequences of glycation. *Metabolism: clinical and experimental*, 49(2 Suppl 1), 9–13. [https://doi.org/10.1016/s0026-0495\(00\)80078-5](https://doi.org/10.1016/s0026-0495(00)80078-5)

Cameron, M., Gagnier, J. J., & Chrubasik, S. (2011). Herbal therapy for treating rheumatoid arthritis. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD002948. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002948.pub2>

Canter, P. H., Lee, H. S., & Ernst, E. (2006). A systematic review of randomised clinical trials of *Tripterygium wilfordii* for rheumatoid arthritis. *Phytomedicine : international journal of phytotherapy and phytopharmacology*, 13(5), 371–377. <https://doi.org/10.1016/j.phymed.2006.01.010>

Cardamone J. M. (1977). Four months with a dull pain in the back. *Modern medicine of Asia*, 13(3), 12–13.

Çetinkaya, O., Ovayolu, Ö., & Ovayolu, N. (2020). The Effect of Abdominal Massage on Enteral Complications in Geriatric Patients. *SAGE open nursing*, 6, 2377960820963772. <https://doi.org/10.1177/2377960820963772>

- Chen, C. C., Yen, C. J., Dai, Y. T., Wang, C., & Huang, G. H. (2011). Prevalence of geriatric conditions: a hospital-wide survey of 455 geriatric inpatients in a tertiary medical center. *Archives of gerontology and geriatrics*, 53(1), 46–50. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.06.003>
- Chen, X., Gong, W., Shao, X., Shi, T., Zhang, L., Dong, J., Shi, Y., Shen, S., Qin, J., Jiang, Q., & Guo, B. (2022). METTL3-mediated m6A modification of ATG7 regulates autophagy-GATA4 axis to promote cellular senescence and osteoarthritis progression. *Annals of the rheumatic diseases*, 81(1), 87–99. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2021-221091>
- Cimas, M., Ayala, A., Sanz, B., Agulló-Tomás, M. S., Escobar, A., & Forjaz, M. J. (2018). Chronic musculoskeletal pain in European older adults: Cross-national and gender differences. *European journal of pain (London, England)*, 22(2), 333–345. <https://doi.org/10.1002/ejp.1123>
- Cleland, L. G., Caughey, G. E., James, M. J., & Proudman, S. M. (2006). Reduction of cardiovascular risk factors with longterm fish oil treatment in early rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, 33(10), 1973–1979.
- Cortes-Canteli, M., & Iadecola, C. (2020). Alzheimer's Disease and Vascular Aging: JACC Focus Seminar. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(8), 942–951. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.10.062>
- Craig R. (2021) Bloodletting and medical practice. The University of Queensland Australia Faculty of Medicine; Weblog <https://medicine.uq.edu.au/blog/2021/06/bloodletting-and-medical-practice>
- Dabaghzadeh, F., Khalili, H., Dashti-Khavidaki, S., Abbasian, L., & Moeinifard, A. (2014). Ginger for prevention of antiretroviral-induced nausea and vomiting: a randomized clinical trial. *Expert opinion on drug safety*, 13(7), 859–866. <https://doi.org/10.1517/14740338.2014.914170>
- Denic, A., Glassock, R. J., & Rule, A. D. (2016). Structural and Functional Changes With the Aging Kidney. *Advances in chronic kidney disease*, 23(1), 19–28. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2015.08.004>
- Ding, J., Lohman, K., Molina, A., Delbono, O., Bertoni, A., Shea, S., Post, W., Guo, X., Barr, R. G., Manichaikul, A. W., Pankow, J. S., Rotter, J. I., Hoeschele, I., Kritchevsky, S. B., & Liu, Y. (2023). The association between aging-related monocyte transcriptional networks and comorbidity burden: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *GeroScience*, 45(1), 197–207. <https://doi.org/10.1007/s11357-022-00608-1>

Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of agricultural and environmental medicine* : AAEM, 21(4), 835–838. <https://doi.org/10.5604/12321966.1129943>

Eardley, S., Bishop, F. L., Prescott, P., Cardini, F., Brinkhaus, B., Santos-Rey, K., Vas, J., von Ammon, K., Hegyi, G., Dragan, S., Uehleke, B., Fønnebø, V., & Lewith, G. (2012). A systematic literature review of complementary and alternative medicine prevalence in EU. *Forschende Komplementarmedizin* (2006), 19 Suppl 2, 18–28. <https://doi.org/10.1159/000342708>

Ernst, E., & Posadzki, P. (2011). Complementary and alternative medicine for rheumatoid arthritis and osteoarthritis: an overview of systematic reviews. *Current pain and headache reports*, 15(6), 431–437. <https://doi.org/10.1007/s11916-011-0227-x>

Ferrell-Torry, A. T., & Glick, O. J. (1993). The use of therapeutic massage as a nursing intervention to modify anxiety and the perception of cancer pain. *Cancer nursing*, 16(2), 93–101.

Filshie, J., & Redman, D. (1985). Acupuncture and malignant pain problems. *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 11(4), 389–394.

Fleming U. (1985). Relaxation therapy for far-advanced cancer. *The Practitioner*, 229(1403), 471–475.

Gadsby, J. G., Franks, A., Jarvis, P., & Dewhurst, F. (1997). Acupuncture-like transcutaneous electrical nerve stimulation within palliative care: a pilot study. *Complementary Therapies in Medicine*, 5(1), 13–18. doi:10.1016/s0965-2299(97)80084-2

Galarraga, B., Ho, M., Youssef, H. M., Hill, A., McMahon, H., Hall, C., Ogston, S., Nuki, G., & Belch, J. J. (2008). Cod liver oil (n-3 fatty acids) as an non-steroidal anti-inflammatory drug sparing agent in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford, England)*, 47(5), 665–669. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ken024>

Gao, L., Jia, C., & Huang, H. (2018). Paediatric massage for treatment of acute diarrhoea in children: a meta-analysis. *BMC complementary and alternative medicine*, 18(1), 257. <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2324-4>

Gaylord, S., & Crotty, N. (2002). Enhancing Function with Complementary Therapies in Geriatric Rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 18(2), 63–80. doi:10.1097/00013614-200212000-00007

Gok Metin, Z., & Ozdemir, L. (2016). The Effects of Aromatherapy Massage and Reflexology on Pain and Fatigue in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial. *Pain Management Nursing*, 17(2), 140–149. doi:10.1016/j.pmn.2016.01.004

Gonçalves, S., Marques, P., & Grande, N. (2024). Exploring aromatherapy as a complementary approach in palliative care: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 27(9), 1–8. <https://doi.org/10.1089/jpm.2024.0019>

Groessl, E. J., Maiya, M., Schmalzl, L., Wing, D., & Jeste, D. V. (2018). Yoga to prevent mobility limitations in older adults: feasibility of a randomized controlled trial. *BMC geriatrics*, 18(1), 306. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0988-8>

Grunewald, M., Kumar, S., Sharife, H., Volinsky, E., Gileles-Hillel, A., Licht, T., Permyakova, A., Hinden, L., Azar, S., Friedmann, Y., Kupetz, P., Tzuberi, R., Anisimov, A., Alitalo, K., Horwitz, M., Leebhoff, S., Khoma, O. Z., Hlushchuk, R., Djonov, V., Abramovitch, R., ... Keshet, E. (2021). Counteracting age-related VEGF signaling insufficiency promotes healthy aging and extends life span. *Science (New York, N.Y.)*, 373(6554), eabc8479. <https://doi.org/10.1126/science.abc8479>

Gu S, Pei J. (2017) Innovating Chinese herbal medicine: from traditional health practice to scientific drug discovery. *Front Pharmacol.*;8:381. doi:10.3389/fphar.2017.00381

Gu, W. Z., Chen, R., Brandwein, S., McAlpine, J., & Burres, N. (1995). Isolation, purification, and characterization of immunosuppressive compounds from tripterygium: triptolide and triptodioid. *International journal of immunopharmacology*, 17(5), 351–356. [https://doi.org/10.1016/0192-0561\(95\)00022-t](https://doi.org/10.1016/0192-0561(95)00022-t)

Gutgsell, K. J., Schluchter, M., Margevicius, S., DeGolia, P. A., McLaughlin, B., Harris, M., Mecklenburg, J., & Wiencek, C. (2013). Music therapy reduces pain in palliative care patients: a randomized controlled trial. *Journal of pain and symptom management*, 45(5), 822–831. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.008>

Hajar R. (2012) The air of history (Part II): medicine in the Middle Ages. *Heart Views*;13(4):158–162. doi:10.4103/1995-705X.105744.

Halvorsen, B. L., Holte, K., Myhrstad, M. C., Barikmo, I., Hvattum, E., Remberg, S. F., Wold, A. B., Haffner, K., Baugerød, H., Andersen, L. F., Moskaug, Ø., Jacobs, D. R., Jr, & Blomhoff, R. (2002). A systematic screening of total antioxidants in dietary plants. *The Journal of nutrition*, 132(3), 461–471. <https://doi.org/10.1093/jn/132.3.461>

Hernández Cordero, A. I., Yang, C. X., Yang, J., Horvath, S., Shaipanich, T., MacIsaac, J., Lin, D. T. S., Kobor, M. S., Guillemi, S., Harris, M., Lam, W., Lam, S., Montaner, J., Man, S. F. P., Sin, D. D., & Leung, J. M. (2022). Airway Aging and Methylation Disruptions in HIV-associated Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 206(2), 150–160. <https://doi.org/10.1164/rccm.202106-1440OC>

Hernandez-Segura, A., Nehme, J., & Demaria, M. (2018). Hallmarks of Cellular Senescence. *Trends in Cell Biology*, 28(6), 436–453. doi:10.1016/j.tcb.2018.02.00

Hill, C., Gill, T. K., Appleton, S., Cleland, L. G., Taylor, A. W., & Adams, R. J. (2009). The use of fish oil in the community: results of a population-based study. *Rheumatology (Oxford, England)*, 48(4), 441–442. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ken498>

Hodgson H. (2000). Does reflexology impact on cancer patients' quality of life?. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 14(31), 33–38. <https://doi.org/10.7748/ns2000.04.14.31.33.c2817>

Jahnke, R., Larkey, L., Rogers, C., Etnier, J., & Lin, F. (2010). A comprehensive review of health benefits of qigong and tai chi. *American journal of health promotion : AJHP*, 24(6), e1–e25. <https://doi.org/10.4278/ajhp.081013-LIT-248>

Janssens, J. P., Pache, J. C., & Nicod, L. P. (1999). Physiological changes in respiratory function associated with ageing. *The European respiratory journal*, 13(1), 197–205. <https://doi.org/10.1034/j.1399-3003.1999.13a36.x>

Johns Hopkins Medicine (2025) Ayurveda. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/ayurveda>

Kemppainen, L. M., Kemppainen, T. T., Reippainen, J. A., Salmenniemi, S. T., & Vuolanto, P. H. (2018). Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scandinavian journal of public health*, 46(4), 448–455. <https://doi.org/10.1177/1403494817733869>

Kyle G. (2006). Evaluating the effectiveness of aromatherapy in reducing levels of anxiety in palliative care patients: results of a pilot study. *Complementary therapies in clinical practice*, 12(2), 148–155. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2005.11.003>

Mandal, P., Das, A., Majumdar, S., Bhattacharyya, T., Mitra, T., & Kundu, R. (2014). The efficacy of ginger added to ondansetron for preventing postoperative nausea and vomiting in ambulatory surgery. *Pharmacognosy research*, 6(1), 52–57. <https://doi.org/10.4103/0974-8490.122918>

Marx, W. M., Teleni, L., McCarthy, A. L., Vitetta, L., McKavanagh, D., Thomson, D., & Isenring, E. (2013). Ginger (*Zingiber officinale*) and chemotherapy-induced nausea and vomiting: a systematic literature review. *Nutrition reviews*, 71(4), 245–254. <https://doi.org/10.1111/nure.12016>

Marx, W., McCarthy, A. L., Ried, K., Vitetta, L., McKavanagh, D., Thomson, D., Sali, A., & Isenring, L. (2014). Can ginger ameliorate chemotherapy-induced nausea? Protocol of a randomized double blind, placebo-controlled trial. *BMC complementary and alternative medicine*, 14, 134. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-134>

Lam, C. F., Leung, K. S., Heng, P. A., Lim, C. E., & Wong, F. W. (2012). Chinese Acupuncture Expert System (CAES)-a useful tool to practice and learn medical acupuncture. *Journal of medical systems*, 36(3), 1883–1890. <https://doi.org/10.1007/s10916-010-9647-0>

Larsen, E., Kharazmi, A., Christensen, L. P., & Christensen, S. B. (2003). An antiinflammatory galactolipid from rose hip (*Rosa canina*) that inhibits chemotaxis of human peripheral blood neutrophils in vitro. *Journal of natural products*, 66(7), 994–995. <https://doi.org/10.1021/np0300636>

López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M., & Kroemer, G. (2013). The hallmarks of aging. *Cell*, 153(6), 1194–1217. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2013.05.039>

Medicines and Healthcare products and Regulatory Agency. (2014) The MHRA issues warning over traditional Chinese medicines containing Lei Gong Teng (*Tripterygium wilfordii*) <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20141206011902/http://www.mhra.gov.uk/Safetyinformation/Generalsafetyinformationandadvice/Herbalmedicines/Herbalsafetyupdates/Allherbalsafetyupdates/CON123310>

Mehra, A. & Khajuria, V. (2020). Complementary and alternative medicines usage in elderly patients in tertiary care teaching hospital of North India. *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*. 9. 1434. 10.18203/2319-2003.ijbcp20203632.

Miyasaka, L. S., Atallah, A. N., & Soares, B. G. (2006). Valerian for anxiety disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD004515. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004515.pub2>

Mora, D. C., Kristoffersen, A. E., Overvåg, G., Jong, M. C., Mentink, M., Liu, J., & Stub, T. (2022). Safety of Complementary and Alternative Medicine (CAM) treatment among children and young adults who suffer from adverse effects of conventional cancer treatment: A systematic

review. Integrative cancer therapies, 21, 15347354221105563.
<https://doi.org/10.1177/15347354221105563>

Morris, M. C., Tangney, C. C., Wang, Y., Sacks, F. M., Bennett, D. A., & Aggarwal, N. T. (2015). MIND diet associated with reduced incidence of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*, 11(9), 1007–1014.
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.11.009>

Morrissey, A. M., O'Neill, A., O'Sullivan, K., & Robinson, K. (2021). Complementary and alternative medicine use among older adults with musculoskeletal pain: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *British journal of pain*, 16(1), 109–118. <https://doi.org/10.1177/20494637211023293>

Mur, E., Hartig, F., Eibl, G., & Schirmer, M. (2002). Randomized double blind trial of an extract from the pentacyclic alkaloid-chemotype of *uncaria tomentosa* for the treatment of rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, 29(4), 678–681.

Murrel D. (2023) What was medieval and Renaissance medicine? *MedicalNewsToday*.
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/323533>

Niccoli, T., & Partridge, L. (2012). Ageing as a risk factor for disease. *Current biology : CB*, 22(17), R741–R752. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2012.07.024>

NIH, 2024 <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/cam>

NIH: National Center for Complementary and Integrative Health (2021) Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's in a Name? Available online: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>

Nurmohamed, M. T., Heslinga, M., & Kitas, G. D. (2015). Cardiovascular comorbidity in rheumatic diseases. *Nature reviews. Rheumatology*, 11(12), 693–704.
<https://doi.org/10.1038/nrrheum.2015.112>

Pallin, D. J., Espinola, J. A., & Camargo, C. A. (2014). US population aging and demand for inpatient services. *Journal of Hospital Medicine*, 9(3), 193–196. doi:10.1002/jhm.2145

Pan, C. X., Morrison, R. S., Ness, J., Fugh-Berman, A., & Leipzig, R. M. (2000). Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the

end of life. A systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 20(5), 374–387. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(00\)00190-1](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(00)00190-1)

Paraschiv, C., Esanu, I., Ghiuru, R., & Gavrilescu, C. M. (2015). General principles of geriatric rehabilitation. *Romanian Journal of Oral Rehabilitation*, 7(1), 76-80. Retrieved April 5, 2025, from <https://www.scribd.com/document/429759260/General-Principles-of-Geriatric-Rehabilitation>

Patwardhan K, Gehlot S, Singh G, Rathore HC. (2011) The Ayurveda education in India: how well are the graduates exposed to basic clinical skills? *Evid Based Complement Alternat Med.*;2011(7279):197391. doi:10.1093/ecam/nep113

Payyappallimana, U., & Venkatasubramanian, P. (2016). Exploring Ayurvedic Knowledge on Food and Health for Providing Innovative Solutions to Contemporary Healthcare. *Frontiers in public health*, 4, 57. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00057>

Pokladnikova, J., & Telec, I. (2020). Provision of Complementary and Alternative Medicine: Compliance with the Health Professional Requirements. *Health Policy*. doi:10.1016/j.healthpol.2020

Rithirangsiroj, K., Manchana, T., & Akkayagorn, L. (2015). Efficacy of acupuncture in prevention of delayed chemotherapy induced nausea and vomiting in gynecologic cancer patients. *Gynecologic oncology*, 136(1), 82–86. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.10.025>

Riva, J. J., Noor, S. T., Wang, L., Ashoorion, V., Foroutan, F., Sadeghirad, B., Couban, R., & Busse, J. W. (2020). Predictors of Prolonged Opioid Use After Initial Prescription for Acute Musculoskeletal Injuries in Adults : A Systematic Review and Meta-analysis of Observational Studies. *Annals of internal medicine*, 173(9), 721–729. <https://doi.org/10.7326/M19-3600>

Romero-García, P. A., Ramirez-Perez, S., Miguel-González, J. J., Guzmán-Silahua, S., Castañeda-Moreno, J. A., Komninou, S., & Rodríguez-Lara, S. Q. (2024). Complementary and Alternative Medicine (CAM) Practices: A Narrative Review Elucidating the Impact on Healthcare Systems, Mechanisms and Paediatric Applications. *Healthcare*, 12(15), 1547. <https://doi.org/10.3390/healthcare12151547>

Sackett K, Carter M, Stanton M. (2014) Elders' use of folk medicine and complementary and alternative therapies: an integrative review with implications for case managers. *Prof Case Manag*;19(3):113-25

Savage, K., Firth, J., Stough, C., & Sarris, J. (2018). GABA-modulating phytomedicines for anxiety: A systematic review of preclinical and clinical evidence. *Phytotherapy research : PTR*, 32(1), 3–18. <https://doi.org/10.1002/ptr.5940>

SECTION ON INTEGRATIVE MEDICINE (2016). Mind-Body Therapies in Children and Youth. *Pediatrics*, 138(3), e20161896. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1896>

Siddiqui, M. J., Min, C. S., Verma, R. K., & Jamshed, S. Q. (2014). Role of complementary and alternative medicine in geriatric care: A mini review. *Pharmacognosy reviews*, 8(16), 81–87. <https://doi.org/10.4103/0973-7847.134230>

Shlay, J. C., Chaloner, K., Max, M. B., Flaws, B., Reichelderfer, P., Wentworth, D., Hillman, S., Brizz, B., & Cohn, D. L. (1998). Acupuncture and amitriptyline for pain due to HIV-related peripheral neuropathy: a randomized controlled trial. Terry Bein Community Programs for Clinical Research on AIDS. *JAMA*, 280(18), 1590–1595. <https://doi.org/10.1001/jama.280.18.1590>

Smith, C. A., Collins, C. T., Levett, K. M., Armour, M., Dahlen, H. G., Tan, A. L., & Mesgarpour, B. (2020). Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD009232. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009232.pub2>

Smith, L. A., Azariah, F., Lavender, V. T., Stoner, N. S., & Bettiol, S. (2015). Cannabinoids for nausea and vomiting in adults with cancer receiving chemotherapy. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(11), CD009464. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009464.pub2>

Strait, J. B., & Lakatta, E. G. (2012). Aging-associated cardiovascular changes and their relationship to heart failure. *Heart failure clinics*, 8(1), 143–164. <https://doi.org/10.1016/j.hfc.2011.08.011>

Suoh, S., Donoyama, N., & Ohkoshi, N. (2016). Anma massage (Japanese massage) therapy for patients with Parkinson's disease in geriatric health services facilities: Effectiveness on limited range of motion of the shoulder joint. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 20(2), 364–372. doi:10.1016/j.jbmt.2015.11.008

Syrjala, K. L., Donaldson, G. W., Davis, M. W., Kippes, M. E., & Carr, J. E. (1995). Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain*, 63(2), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(95\)00039-U](https://doi.org/10.1016/0304-3959(95)00039-U)

Tabish S. A. (2008). Complementary and Alternative Healthcare: Is it Evidence-based?. *International journal of health sciences*, 2(1), V–IX.

Tamhane, A., McGwin, G., Jr, Redden, D. T., Hughes, L. B., Brown, E. E., Westfall, A. O., Conn, D. L., Jonas, B. L., Smith, E. A., Brasington, R. D., Moreland, L. W., Bridges, S. L., Jr, & Callahan, L. F. (2014). Complementary and alternative medicine use in African Americans with rheumatoid arthritis. *Arthritis care & research*, 66(2), 180–189. <https://doi.org/10.1002/acr.22148>

Taspinar, F., Aslan, U. B., Sabir, N., & Cavlak, U. (2013). Implementation of matrix rhythm therapy and conventional massage in young females and comparison of their acute effects on circulation. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, 19(10), 826–832. <https://doi.org/10.1089/acm.2012.0932>

Theodoropoulos, I., Manolopoulos, K., Von Georgi, R., Bohlmann, M., & Münstedt, K. (2005). Physicians and complementary and alternative medicine cancer therapies in Greece: a survey. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, 11(4), 703–708. <https://doi.org/10.1089/acm.2005.11.703>

Van Puymbroeck M, Schmid A, Walter A, Hawkins B. (2017) Improving Leisure Constraints in Older Adults with a Fear of Falling through Hatha Yoga: an Acceptability and Feasibility Study *Int J Gerontol Geriatr Res.*;1(1):8–13.

Vicinanza, R., Bersani, F. S., D'Ottavio, E., Murphy, M., Bernardini, S., Crisciotti, F., ... Cacciafesta, M. (2020). Adherence to Mediterranean diet moderates the association between multimorbidity and depressive symptoms in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 88, 104022. doi:10.1016/j.archger.2020.104022

Voumard, R., Rubli Truchard, E., Benaroyo, L., Borasio, G. D., Büla, C., & Jox, R. J. (2018). Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. *BMC geriatrics*, 18(1), 220. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0914-0>

Wade, C., Chao, M., Kronenberg, F., Cushman, L., & Kalmuss, D. (2008). Medical Pluralism among American Women: Results of a National Survey. *Journal of Women's Health*, 17(5), 829–840. doi:10.1089/jwh.2007.0579

Wall, R., Ross, R. P., Fitzgerald, G. F., & Stanton, C. (2010). Fatty acids from fish: the anti-inflammatory potential of long-chain omega-3 fatty acids. *Nutrition reviews*, 68(5), 280–289. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2010.00287.x>

Weinrich, S. P., & Weinrich, M. C. (1990). The effect of massage on pain in cancer patients. *Applied nursing research : ANR*, 3(4), 140–145. [https://doi.org/10.1016/s0897-1897\(05\)80135-1](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(05)80135-1)

Wiesener S., Falkenberg T., Hegyi G., Hök J., Roberti di Sarsina P., Fønnebø V. (2012) Legal status and regulation of CAM in Europe. Part I – CAM regulations in the European countries Final report of CAMbrella Work Package 2 (leader: Vinjar Fønnebø)

Wiesener, S., Salamonsen, A. & Fønnebø, V. (2018) Which risk understandings can be derived from the current disharmonized regulation of complementary and alternative medicine in Europe?. BMC Complement Altern Med 18, 11. <https://doi.org/10.1186/s12906-017-2073-9>

Williams, A. L., Selwyn, P. A., Liberti, L., Molde, S., Njike, V. Y., McCorkle, R., Zeltermann, D., & Katz, D. L. (2005). A randomized controlled trial of meditation and massage effects on quality of life in people with late-stage disease: a pilot study. Journal of palliative medicine, 8(5), 939–952. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.939>

Willich, S. N., Rossnagel, K., Roll, S., Wagner, A., Mune, O., Erlendson, J., Kharazmi, A., Sörensen, H., & Winther, K. (2010). Rose hip herbal remedy in patients with rheumatoid arthritis - a randomised controlled trial. Phytomedicine : international journal of phytotherapy and phytopharmacology, 17(2), 87–93. <https://doi.org/10.1016/j.phymed.2009.09.003>

Wilkinson, S. (1995) Aromatherapy and massage in palliative care, Int J Palliat Nurs.; 1:21-30

WHO, 1990: Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. (1990). World Health Organization technical report series, 804, 1–75.

World Health Organization. Programme on Traditional Medicine. (2001). Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine : a worldwide review. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42452>

Wu, J., Gong, X., Lu, W., Wang, D., Tan, C., Liao, J., & Feng, J. (2022). Clinical efficacy and psychological improvement in elderly patients with knee arthritis after comprehensive traditional Chinese medicine care. American journal of translational research, 14(8), 5491–5500.

Wyss-Coray T. (2016). Ageing, neurodegeneration and brain rejuvenation. Nature, 539(7628), 180–186. <https://doi.org/10.1038/nature20411>

Xu, S., Liu, Z., & Xu, M. (1995). Treatment of cancerous abdominal pain by acupuncture on zusanli (ST 36)--a report of 92 cases. Journal of traditional Chinese medicine = Chung i tsa chih ying wen pan, 15(3), 189–191.

Yan, M., Sun, S., Xu, K., Huang, X., Dou, L., Pang, J., Tang, W., Shen, T., & Li, J. (2021). Cardiac Aging: From Basic Research to Therapeutics. *Oxidative medicine and cellular longevity*, 2021, 9570325. <https://doi.org/10.1155/2021/9570325>

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

Youkhana, S., Dean, C. M., Wolff, M., Sherrington, C., & Tiedemann, A. (2015). Yoga-based exercise improves balance and mobility in people aged 60 and over: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 45(1), 21–29. doi:10.1093/ageing/afv175

Young, F., & Maguire, S. (2019). Physiology of ageing. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. doi:10.1016/j.mpaic.2019.10.0

Zacaron, K. A. M., Santos, C. S., Corrêa, C. P. S., Cotta e Silva, Y., Reis, I. C. F., Sant'Ana Simões, M., & Lucchetti, G. (2020). Effect of laying on of hands as a complementary therapy for pain and functioning in older women with knee osteoarthritis: A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Rheumatic Diseases*. doi:10.1111/1756-185x.13952

Zhang K, Tang Q. (2020) The dilemma and hope of Traditional Chinese Medicine practitioners in China. *Integr Med Res.*;9(2):100411. doi:10.1016/j.imr.2020.100411