

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ: «ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ –  
ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ (ΣΕΘ) ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ  
ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ »**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**  
**ΔΙΑΛΥΝΑΚΗ ΕΛΕΝΗ**

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:**  
**ΒΑΡΤΑΛΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2009**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Εκφράζω θερμές ευχαριστίες τόσο στους θεραπευτές Συμπληρωματικής- Εναλλακτικής Θεραπευτικής (ΣΕΘ) που μεσολάβησαν προκειμένου να συμμετέχουν ασθενείς τους στην συγκεκριμένη έρευνα, όσο και τους χρήστες ΣΕΘ που ανταποκρίθηκαν. Συγκεκριμένα, ευχαριστώ τον κο Λούκα Διονύση (Βελονιστή), τον κο Χαλκιαδάκη Εμμανουήλ (Φυσιοθεραπευτή-Βελονιστή) και την κα Τζιβεράκη Μαρία (Σιάτσου) που ζουν και εργάζονται στο Ηράκλειο, και τον κο Νεράντζη Γιώργο (Ρεφλεξολόγο) και κο Ντέμη Κυριάκου (Ψυχίατρο, Ομοιοπαθητικό, Δραματοθεραπευτή) που ζουν και εργάζονται στη Θεσσαλονίκη.

Επίσης ευχαριστώ θερμά την υπεύθυνη καθηγήτρια κα Διαλυνάκη Ελένη για την καθοδήγησή της προκειμένου να υλοποιηθεί η εργασία αυτή.

Η σπουδάστρια:  
Βαρταλά Σταυρούλα

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
<b>A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<i>1<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ</i>	
Ιατρική και ασθενείς στην πορεία του χρόνου.....	6
<i>2<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ</i>	
<i>Συμπληρωματική – Εναλλακτική Θεραπευτική (ΣΕΘ) και Συμβατική Ιατρική</i>	
A. Ορισμός της Συμπληρωματικής – Εναλλακτικής Θεραπευτικής.....	11
B. Η ποικιλομορφία της Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής Θεραπευτικής.....	12
B.1.Εναλλακτικές μορφές Θεραπείας.....	14
B.2. Συμπληρωματικές μορφές θεραπείας.....	18
Γ. Σύγκριση Συμβατικής Ιατρικής και ΣΕΘ.....	22
<i>3<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ</i>	
Το βιοϊατρικό παράδειγμα, η ιατρικοποίηση της κοινωνίας και οι κριτικές απέναντί τους.....	24
<i>4<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ</i>	
4.1. Η αμφισβήτηση της Βιοϊατρικής .....	30
4.2. Η άνοδος της Συμπληρωματικής – Εναλλακτικής Θεραπευτικής.....	34
<i>5<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ</i>	
5.1. Γιατί οι ασθενείς επιλέγουν ΣΕΘ;.....	42
5.2. Σχετικές έρευνες.....	45
5.3. Χαρακτηριστικά των χρηστών ΣΕΘ: Μια σύνθετη εικόνα.....	50
<b>B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<i>6<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ</i>	
Η μεθοδολογία της έρευνας.....	52
<i>7<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ</i>	
<i>ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ.</i>	
A. Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	56

Β. Σχέση με Συμβατική Ιατρική.....	57
Γ. Σχέση με Συμπληρωματική – Εναλλακτική Θεραπευτική(ΣΕΘ).....	64
Δ. Συσχετίσεις.....	73
Ε. Συζήτηση – Συμπεράσματα.....	75
ΣΤ.Προτάσεις.....	80
Βιβλιογραφία.....	81
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	84

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Συμπληρωματική - Εναλλακτική Θεραπευτική (ΣΕΘ) δεν είναι νέο φαινόμενο. Μη συμβατικές θεραπείες όπως η Ομοιοπαθητική, ο Βελονισμός και η Βοτανοθεραπεία υπήρχαν πριν την εμφάνιση της επιστημονικής Ιατρικής. Ιστορικά στοιχεία μας δείχνουν πως οι περισσότερες κοινωνίες υπήρξαν ιατρικά πλουραλιστικές. Το βιοϊατρικό μοντέλο κυριάρχησε στην επίσημη φροντίδα υγείας της Δύσης από τα τέλη του 18ου αιώνα και φαίνεται πως η αυξανόμενη εξειδίκευση της βιοϊατρικής συνδέεται με την ανάπτυξη της αγοράς ιατρικών υπηρεσιών καθώς περιλάμβανε ένα μεγάλο εύρος ιατρικών ειδικοτήτων, γεγονός που οδήγησε σε σχετική ύφεση τις εναλλακτικές μορφές θεραπείας. Σήμερα η κατάσταση φαίνεται διαφορετική, καθώς οι εναλλακτικές μορφές θεραπείας είναι ευρέως διαδεδομένες παγκοσμίως με τον αριθμό των εναλλακτικών θεραπευτών και ασθενών να αυξάνεται δραματικά, ενώ έχει ενταχθεί επισήμως στο σύστημα φροντίδας υγείας κάποιων προηγμένων κοινωνιών, όπως είναι η Αυστραλία, Καναδάς, Νέα Ζηλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο και ΗΠΑ.

Στην Ελλάδα, το φαινόμενο της ανόδου της ΣΕΘ δεν έχει τις ίδιες διαστάσεις, ωστόσο παρατηρείται και εδώ μια στροφή πολλών ανθρώπων στην εναλλακτική θεραπευτική όπου προστρέχουν για να βρουν λύση στα προβλήματα και τις ασθένειες που αντιμετωπίζουν. Κάτι φαίνεται πως αλλάζει και στην ελληνική πραγματικότητα. Τι συμβαίνει; Γιατί ολοένα και περισσότεροι επιλέγουν εναλλακτικές μορφές θεραπείας; Η αυξανόμενη δημοτικότητα της Συμπληρωματικής - Εναλλακτικής Θεραπευτικής υποδηλώνει μια σημαντική αλλαγή συμπεριφοράς απέναντι στη φροντίδα υγείας και καθώς αυτή η αλλαγή είναι πρωταρχικά αποτέλεσμα μιας κοινωνικής διαδικασίας, είναι αναγκαίο να εξεταστούν και να κατανοηθούν οι κοινωνικές δυνάμεις που τη διαμόρφωσαν.

Η αύξηση ταυτόχρονα της ζήτησης και προσφοράς της ΣΕΘ είναι ένα φαινόμενο που έχει αιφνιδιάσει και τους γιατρούς και τους ερευνητές. Η ανωτερότητα της μεταπολεμικής ιατρικής που βασίζεται σε σημαντικές κατακτήσεις, δέχεται τώρα πλήγμα από τη θέα των χιλιάδων ασθενών που καταφεύγουν σε «μη επιστημονικές» θεραπείες.

Με την συγκεκριμένη μελέτη θα γίνει μια προσπάθεια να διερευνηθούν οι στάσεις των χρηστών Συμπληρωματικής - Εναλλακτικής Θεραπευτικής (ΣΕΘ) απέναντι στην Συμβατική Ιατρική και να περιγραφεί το προφίλ τους στην ελληνική πραγματικότητα. Υπάρχει εμπιστοσύνη στις πρακτικές της Συμβατικής Ιατρικής ή είναι η δυσαρέσκεια που τους ωθεί στην αναζήτηση εναλλακτικών μορφών θεραπείας;

Στο πρώτο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους γίνεται μια ιστορική αναδρομή όπου φαίνεται πως εξελίχθηκε η Ιατρική επιστήμη στην πορεία του χρόνου.

Στο δεύτερο κεφάλαιο ορίζεται η έννοια της Συμπληρωματικής – Εναλλακτικής Θεραπευτικής (ΣΕΘ), γίνεται ο διαχωρισμός των θεραπειών ΣΕΘ ανάλογα με τις θεραπευτικές διαδικασίες και μεθόδους και επιχειρείται μια σύγκριση μεταξύ Συμπληρωματικής – Εναλλακτικής Θεραπευτικής και Συμβατικής Ιατρικής.

Στο τρίτο κεφάλαιο, μελετήθηκε η κυριαρχία του βιοϊατρικού παραδείγματος στο χώρο της υγείας και της ασθένειας, η διαδικασία ιατροκοποίησης της κοινωνίας και οι κριτικές απέναντί τους.

Στο τέταρτο κεφάλαιο επισημαίνονται τα σημεία κριτικής ενάντια στην επιστήμη της Βιοϊατρικής από τη σκοπιά της Κοινωνιολογίας της Υγείας και της Ασθένειας και αναλύονται κάποιοι παράγοντες που σχετίζονται με την άνθιση της ΣΕΘ.

Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στους λόγους που εξηγούν την αυξημένη δημοτικότητα της ΣΕΘ. Επίσης μελετώνται σχετικές με το θέμα έρευνες και παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των χρηστών ΣΕΘ σύμφωνα με τα υπάρχοντα εμπειρικά δεδομένα που προέρχονται από εκπονήματα άλλων ερευνών.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας περιλαμβάνει την εμπειρική έρευνα. Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι προκαταρκτικές ενέργειες για την διεξαγωγή της έρευνας, το αντικείμενο και ο σκοπός της καθώς και η ερευνητική μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, δηλαδή η ερευνητική στρατηγική, το ερευνητικό μέσο καθώς και η μεθοδολογία ανάλυσης.

Στο έβδομο κεφάλαιο της μελέτης γίνεται η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας με παρουσίαση πινάκων και σχεδιαγραμμάτων και παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της έρευνας καθώς και προτάσεις για το πώς θα μπορούσε να βελτιωθεί η υπάρχουσα κατάσταση.

## **A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **1<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

#### **Ιατρική και ασθενείς στην πορεία του χρόνου**

Το ανθρώπινο είδος αντιμετώπιζε ασθένειες προφανώς από την πρώτη στιγμή της εμφάνισής του, όπως άλλωστε κι όλα τ' άλλα ζωικά και φυτικά είδη. Για να μιλήσουμε όμως για φροντίδα για την υγεία, πολύ περισσότερο για ιατρική, πρέπει να φτάσουμε στις, στοιχειωδώς έστω, οργανωμένες κοινωνίες. Σ' αυτές τις «πρωτόγονες», λοιπόν, κοινωνίες η όποια γνώση αποκτιόταν από την εμπειρία, μεταφέρονταν προφορικά με κυριότερους φορείς της τους ηλικιωμένους (δηλαδή όσους είχαν την τύχη να επιβιώσουν μερικά χρόνια παραπάνω, πιθανόν μεσήλικες με τα σημερινά κριτήρια). Σοφοί, μάγοι, σαμάνοι ήταν φορείς της εμπειρίας που περιλάμβανε και τους τρόπους αντιμετώπισης των ασθενειών και των τραυματισμών. Όταν χιλιετηρίδες αργότερα θα συγκροτηθούν οι πρώτες κρατικές δομές (πόλεις-κράτη αρχικά, αυτοκρατορίες αργότερα) στις εύφορες περιοχές των μεγάλων πεδιάδων που διαρρέουν πλατιά ποτάμια (Κίνα, Ινδία, Μεσοποταμία, Αίγυπτος), η γνώση –που τώρα πλέον αρχίζει να μεταδίδεται και γραπτώς– βρίσκεται στα χέρια μιας συγκεκριμένης ομάδας, των ιερέων. Σ' αυτούς τους πολιτισμούς βρίσκονται οι ρίζες της ιατρικής, όπως και των άλλων επιστημών. Περιγραφή συμπτωμάτων, θεραπευτικές αγωγές, συμβουλές για την υγιεινή, ακόμα και εγχειρήσεις, αναφέρονται στις πηγές που έχουν φτάσει ως εμάς. Άλλωστε η κινεζική ιατρική που εντάσσεται στις σύγχρονες εναλλακτικές θεραπείες αποτελεί εξέλιξη ενός κομματιού αυτής ακριβώς της ιατρικής γνώσης και εμπειρίας. Να μην ξεχνάμε όμως ότι η όποια σχετικά ανεπτυγμένη ιατρική γνώση αφορούσε βασικά τους πολύ λίγους άρχοντες και πλούσιους, ενώ η μεγάλη πλειοψηφία των λαών αυτών εξακολουθούσε να βασίζεται στην προφορική παράδοση (όπως ακριβώς και στην προηγούμενη χρονικά περίοδο) για να αντιμετωπίσει, όσο μπορούσε, τα προβλήματα υγείας.

Η νεότερη, βέβαια, ιατρική επιστήμη τοποθετεί την αρχή της στην κλασική αρχαία ελληνική εποχή, καθώς «πατέρας» της ιατρικής θεωρείται ο Ιπποκράτης. Και δεν είναι η μόνη καθώς γενικά το σύνολο των επιστημών θεωρούν ότι έλκουν την καταγωγή τους από την αρχαιοελληνική σκέψη. Η τομή σε σχέση με τους άλλους πολιτισμούς

βρίσκεται στην προσπάθεια απελευθέρωσης της επιστημονικής γνώσης και των πρακτικών εφαρμογών της από την κυριαρχία των μεταφυσικών αντιλήψεων. Όχι, δηλαδή, ότι στις αρχαίες ελληνικές πόλεις-κράτη δεν ήταν κυρίαρχη η θέση της θρησκείας και δεν επικρατούσαν οι προλήψεις, αλλά υπήρχε η δυνατότητα διατύπωσης και υπεράσπισης διαφορετικών απόψεων και τέθηκαν οι βάσεις της καθιερωμένης επιστημονικής μεθόδου κυρίως με την επαγωγικο-απαγωγική μέθοδο του Αριστοτέλη.<sup>1</sup> Δεσπόζουσα θέση στην ιατρική της ύστερης αρχαιότητας κατέχει ο Γαληνός που όπως αναφέρει ο Π. Πεφάνης «τα επιχειρήματά του... καθίστανται κυρίαρχα και ακαταμάχητα, όχι μόνο ανάμεσα στους συγχρόνους του αλλά και στις γενιές που ακολούθησαν, για πάνω από 1000 χρόνια».<sup>2</sup>

Την περίοδο του Μεσαίωνα στην Ευρώπη οι περισσότερες αρχαίες γνώσεις θα ξεχαστούν, ενώ παράλληλα θα επικρατήσουν οι θρησκευτικές αντιλήψεις υποτάσσοντας τις επιστημονικές και φιλοσοφικές ιδέες. Το μεγαλύτερο μέρος της αρχαίας επιστήμης, της ιατρικής συμπεριλαμβανομένης, θα διασωθεί και θα αναπτυχθεί παραπάνω στον αραβικό κόσμο. Είναι γνωστό π.χ. πως οι Άραβες ήξεραν την καισαρική τομή επί αιώνες πριν τους Ευρωπαίους. Εξαιρετικά σημαντική μορφή του αραβο-ισλαμικού πολιτισμού είναι ο ιατρός και φιλόσοφος Αβικέννας, συγγραφέας του *Κανόνα της ιατρικής* «στον οποίο ενοποιούνται... όλοι οι τομείς της ιατρικής θεωρίας και πρακτικής».<sup>3</sup> Στα τέλη του Μεσαίωνα εμφανίζονται στην Ευρώπη τα πανεπιστήμια στα οποία οι βασικές σχολές είναι αυτές της θεολογίας, της νομικής και της ιατρικής (η μόνη δηλαδή από τις σημερινές φυσικές επιστήμες).<sup>4</sup> Παράλληλα πολλαπλασιάζονται οι μεταφράσεις αρχαιοελληνικών και αραβικών κειμένων, ενώ αρχίζει να εξαπλώνεται και ο θεσμός του νοσοκομείου που φαίνεται πως γεννήθηκε στο Βυζάντιο και υιοθετήθηκε από τους Άραβες.<sup>5</sup> Έτσι, λοιπόν, «μπορούμε να θεωρήσουμε πως η ύστερη μεσαιωνική περίοδος σηματοδοτεί την έναρξη της *ιατροκοποίησης* της ευρωπαϊκής κοινωνίας».<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> «Ο Αριστοτέλης είδε την επιστημονική έρευνα ως μια διαδικασία που πηγαινει από τις παρατηρήσεις στις γενικές αρχές και επιστρέφει πάλι πίσω στις παρατηρήσεις. Υποστήριξε, ότι ο επιστήμονας θα έπρεπε να επάγεται, δηλαδή να συνάγει επαγωγικά, ερμηνευτικές αρχές από τα φαινόμενα, τα οποία πρέπει να ερμηνευτούν, και μετά να παράγει προτάσεις για τα φαινόμενα ξεκινώντας από υποθέσεις, τις οποίες περιέχουν οι αρχές αυτές». John Losee, *Φιλοσοφία της επιστήμης – Μια ιστορική εισαγωγή* (Βάνιας, Θεσσαλονίκη 1991), 18.

<sup>2</sup> Παναγιώτης Πεφάνης, *Συνοπτική ιστορία της ιατρικής – Ανιχνεύοντας την αβεβαιότητα* (Εξάντας, Αθήνα 2004), 43.

<sup>3</sup> Π. Πεφάνης, *ό.π.*, 61.

<sup>4</sup> A.C. Crombie, *Από τον Αυγουστίνο στον Γαλιλαίο, τόμος Α': Η επιστήμη στον Μεσαίωνα* (Μ.Ι.Ε.Τ., Αθήνα 1989), 228.

<sup>5</sup> A.C. Crombie, *ό.π.*, 176, 241.

<sup>6</sup> Π. Πεφάνης, *ό.π.*, 69 (η έμφαση του συγγραφέα).



Στη διάρκεια της Αναγέννησης οι βασικές εξελίξεις είναι η ταξινόμηση και η ποσοτικοποίηση των συμπτωμάτων των ασθενειών,<sup>7</sup> καθώς και η ανατομία, που ήταν μεν γνωστή από την αρχαιότητα, όμως τώρα σημειώνει ταχύτατη ανάπτυξη βοηθούμενη όχι από κάποιο επιστημονικό κλάδο αλλά από την τέχνη.<sup>8</sup> Το 17<sup>ο</sup> αιώνα ο William Harvey θα ανακαλύψει την κυκλοφορία του αίματος (την οποία θα ανακοινώσει στο κυριότερο έργο του *De Motu Cordis et Sanguinis*, που κυκλοφόρησε το 1628) πραγματοποιώντας έτσι μια επιστημονική επανάσταση στο χώρο της ιατρικής που έθεσε τέλος στην κυριαρχία του γαληνικού μοντέλου.<sup>9</sup> Δεν είναι, βέβαια, καθόλου τυχαίο ότι τον ίδιο αιώνα έχουμε τη νευτώνεια επανάσταση στο χώρο της φυσικής.<sup>10</sup>

Ο Διαφωτισμός θα δώσει ώθηση στη μηχανοκρατική αντίληψη για τον κόσμο και για το ανθρώπινο σώμα. «Το βιοϊατρικό μοντέλο... κυριαρχεί στην επίσημη φροντίδα υγείας της Δύσης από τα τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα», όπως σημειώνει η S. Nettleton.<sup>11</sup> Βέβαια, όπως αναφέρει πάλι η ίδια, μέχρι τα τέλη αυτού του αιώνα «ο γιατρός είχε μια στενή προσωπική σχέση με τον ή την ασθενή του, ενώ ο ασθενής, όντας ο εργοδότης του γιατρού, ασκούσε μεγάλη επιρροή στις θεωρίες του γιατρού για τις παθήσεις».<sup>12</sup> Είναι επομένως φανερό ότι από τις προόδους της ιατρικής μπορούσαν επωφελούνταν κυρίως όσοι μπορούσαν να είναι «εργοδότες» ενός γιατρού, δηλαδή αρκετά πλούσιοι για να τον πληρώσουν, ενώ η μεγάλη πλειοψηφία των ανθρώπων στην Ευρώπη συνέχιζε να βασίζεται στις λαϊκές αντιλήψεις για τις ασθένειες και τις θεραπείες καθώς και στις φροντίδες των οικείων τους. Για τους λαούς εκτός της Ευρώπης τα πράγματα γίνονται χειρότερα όλους αυτούς τους αιώνες, καθώς «η επέκταση της ευρωπαϊκής αποικιοκρατίας από το δέκατο έκτο ως τα τέλη του δέκατου ένατου αιώνα ήταν φορέας διαδοχικών κυμάτων καταστροφικών επιδημιών στις αποικίες. Η ευλογία, η ιλαρά και ο τύφος ήταν ασθένειες σχεδόν άγνωστες στην κεντρική και τη νότιο Αμερική πριν την

---

<sup>7</sup> Βλ. Π. Πεφάνης, ό.π., 76-79.

<sup>8</sup> «Καθώς όμως προχωρούσε ο [16<sup>ος</sup>] αιώνας, μεγάλωσε το πρακτικό ενδιαφέρον για ζητήματα λειτουργίας αλλά και για τη δομή και την ανάπτυξη των ζώων. Και στις δύο αυτές εξελίξεις, ένας κάθε άλλο παρά ασήμαντος παράγοντας ήταν η λαμπρή επανάσταση που έφεραν οι ίδιοι οι καλλιτέχνες [οι ζωγράφοι και οι γλύπτες, αρκετοί από τους οποίους... είναι γνωστό ότι χρησιμοποίησαν το νυστέρι] στην ανατομική εικονογράφηση». A.C. Crombie, *Από τον Αυγουστίνο στον Γαλιλαίο, τόμος Β': Η επιστήμη στον όψιμο Μεσαίωνα και στις αρχές των Νέων Χρόνων* (Μ.Ι.Ε.Τ., Αθήνα 1992), 266.

<sup>9</sup> Π. Πεφάνης, ό.π., 91.

<sup>10</sup> Το βασικό έργο του Isaac Newton *Philosophia Naturalis Principia Mathematica* (Μαθηματικές αρχές της φυσικής φιλοσοφίας) δημοσιεύτηκε το 1687. J. Losee, ό.π., 119.

<sup>11</sup> S. Nettleton, ό.π., 24.

<sup>12</sup> S. Nettleton, ό.π., 54.

άφιξη των ισπανών στρατιωτών και εμπόρων. Αυτές οι ασθένειες σάρωσαν τον πληθυσμό που είχε μικρή, ή και δεν είχε, φυσική ανοσία. Παρόμοια τύχη είχαν πολλές φυλές της βορείου Αμερικής ως αποτέλεσμα των υποχρεωτικών επαφών τους με τους Άγγλους και τους Γάλλους. Η πιο καταστρεπτική αιτία θανατηφόρων ασθενειών ήταν το δουλεμπόριο, με το οποίο μεταφέρονταν αυτές οι ασθένειες στους απροστάτευτους πληθυσμούς από τη δυτική Αφρική στην Αμερική και, το αντίθετο, από την Αμερική πίσω στην Αφρική».<sup>13</sup>

Το 19<sup>ο</sup> αιώνα έχουμε γενική επέκταση της ιατρικοποίησης της κοινωνίας, με ανάπτυξη της «κλινικής» και της «εργαστηριακή ιατρικής» όπου «οι ασθενείς βρίσκονται στο νοσοκομείο. Αυτό σημαίνει ότι τον έλεγχο δεν έχουν πια οι ασθενείς, αλλά οι γιατροί, ενώ παράλληλα αναπτύσσεται μια συγκροτημένη θεωρία για τις παθήσεις... [και] οι επιστήμονες ελέγχουν τους τρόπους παραγωγής της γνώσης».<sup>14</sup> Οι εξελίξεις αυτές αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της νεοτερικότητας (μοντερνισμού) που ανθεί αυτήν την περίοδο στην Ευρώπη (ιδίως τη Δυτική) και επιταχύνονται όσο πλησιάζουμε προς το τέλος αυτού του αιώνα. «Περί τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, με το συνδυασμό των επιτυχιών της παθοφυσιολογικής ανατομίας και της μικροβιολογίας, άνοιξε ο δρόμος για την αιτιολογική διάγνωση, θεραπεία και πρόληψη των νοσημάτων. Οι δυνατότητες της ιατρικής εμφανίζονται τεράστιες, όχι μόνο στα μάτια των ερευνητών αλλά και της ευρύτερης κοινωνίας. Το χάσμα ανάμεσα στις ανακαλύψεις της βασικής έρευνας και τις επιτυχημένες εφαρμογές τους γεφυρώνεται πλέον γρηγορότερα από ποτέ».<sup>15</sup>

Έτσι το βιοϊατρικό μοντέλο καθίσταται το κυρίαρχο παράδειγμα στο χώρο των επιστημών υγείας μέχρι σήμερα. «Τον εικοστό αιώνα... τα προγράμματα ιατρικής περίθαλψης που βασίζονταν στη σύγχρονη ιατρική και συγκεκριμένα στον εμβολιασμό και στη βελτίωση της υγιεινής, προκάλεσαν μείωση του δείκτη θνησιμότητας στις αποικίες, ανάλογη με τη μείωση που είχε παρατηρηθεί νωρίτερα στην Ευρώπη. Μερικές ασθένειες, που προηγουμένως θεωρούνταν μοιραίες –η ευλογιά, η φυματίωση, η διφθερίτιδα και άλλες–, αντιμετωπίστηκαν ή, ουσιαστικά, εξαλείφθηκαν».<sup>16</sup> Η εικόνα αυτή είναι, ίσως, πιο αισιόδοξη από την πραγματικότητα, γιατί δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι

---

<sup>13</sup> Anthony Giddens, *Εισαγωγή στην κοινωνιολογία* (Οδυσσέας, Αθήνα 1989), 167-168.

<sup>14</sup> S. Nettleton, *ό.π.*, 54.

<sup>15</sup> Π. Πεφάνης, *ό.π.*, 153.

<sup>16</sup> A. Giddens, *ό.π.*, 168.

εκατομμύρια άνθρωποι στις φτωχές χώρες του πλανήτη θα μπορούσαν να επιμηκύνουν το χρόνο, και να βελτιώσουν την ποιότητα, της ζωής τους έχοντας απλώς πρόσβαση σ' ένα πιάτο φαΐ και σε λίγο καθαρό νερό.

Το τελευταίο τέταρτο του περασμένου αιώνα εμφανίζεται μια αυξανόμενη κριτική του κυρίαρχου βιοϊατρικού παραδείγματος (καθώς και γενικότερα του καθιερωμένου επιστημονικού τρόπου σκέψης), στοιχείο της οποίας είναι η άνοδος της συμπληρωματικής και εναλλακτικής θεραπευτικής. Παράλληλα έχουμε την επέκταση της παγκοσμιοποίησης των επιχειρηματικών δραστηριοτήτων και τη δραματική συρρίκνωση, έως και εξαφάνιση, του κράτους-πρόνοιας, γεγονότα που συνδέονται με το μοντέλο αντίληψης της φροντίδας υγείας στις κοινωνίες. Όλα αυτά αποτελούν δομικά στοιχεία της εποχής της ύστερης νεοτερικότητας ή μετανεοτερικότητας (μεταμοντερνισμού) και θα εξεταστούν διεξοδικότερα παρακάτω.

## 2<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ-ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ (ΣΕΘ) ΚΑΙ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

#### **A. Ορισμός της Συμπληρωματικής – Εναλλακτικής Θεραπευτικής (ΣΕΘ).**

Το ζήτημα του ορισμού των εναλλακτικών μορφών θεραπείας είναι εξαιρετικά δύσκολο, καθώς –θεωρητικά τουλάχιστον– μπορεί να περιλάβει οτιδήποτε βρίσκεται εκτός του πλαισίου της συμβατικής ιατρικής. Οι εναλλακτικές μορφές θεραπείας καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα θεραπευτικών πρακτικών και διαγνωστικών συστημάτων με μεγάλη ποικιλομορφία σε παραδόσεις, φιλοσοφίες και θεωρίες, ωστόσο έχουν όλες κάποια κοινά χαρακτηριστικά που τις διαφοροποιούν από την Συμβατική Ιατρική. Εστιάζονται στο σύνολο του ανθρώπου, με κυρίαρχη την ιδέα πως μία ζωική δύναμη διατρέχει τον άνθρωπο και διατηρεί το σωματικό, συγκινησιακό και διανοητικό επίπεδο σε δυναμική ισορροπία με τις επιδράσεις που δέχεται από το περιβάλλον. Αυτή η ζωική ενέργεια είναι και ο άμεσος στόχος των συνταγών των διαφόρων εναλλακτικών μορφών θεραπείας, θεωρώντας πως είναι το κλειδί των αυτοθεραπευτικών δυνάμεων του οργανισμού.

Η S.Nettleton σημειώνει πως «η αρμόζουσα ονομασία της μη ορθόδοξης φροντίδας υγείας είναι αμφιλεγόμενο ζήτημα. Όροι όπως “μη ορθόδοξη”, “εναλλακτική”, “συμπληρωματική”, “ολιστική”, “παραδοσιακή” και “μη συμβατική” χρησιμοποιούνται συχνά αδιάκριτα, παρ’ ότι μερικοί συγγραφείς εκφράζουν συγκεκριμένες προτιμήσεις για κάποιους όρους, λόγω των πολιτικών και αντικειμενικών τους συνεπειών».<sup>17</sup>

Θα προτιμήσουμε τη χρήση του όρου «Συμπληρωματική και Εναλλακτική Θεραπευτική», καθώς όπως αναφέρουν οι Ph.Tovey, G.Easthope και J.Adams, αυτός «ο όρος και το ακρωνύμιο ΣΕΘ<sup>18</sup> αποτελούν τώρα την αποδεκτή ορολογία στα ακαδημαϊκά συγγράμματα για το ζήτημα».<sup>19</sup> Στην υιοθέτηση αυτού του όρου συντείνει και το ότι,

<sup>17</sup> S. Nettleton, *ό.π.*, 283-284.

<sup>18</sup> Στα αγγλικά CAM (Complementary and Alternative Medicine). Προτιμήσαμε τον όρο «θεραπευτική» αντί του «ιατρική» ακολουθώντας τον Γ. Βαρθολομαίο, *ό.π.*

<sup>19</sup> Philip Tovey, Gary Easthope και Jon Adams, «Introduction» στο Ph. Tovey, G. Easthope και J. Adams (επ.), *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine – Studies in Social Context* (Routledge, Λονδίνο 2004), 7.

εκτός από αρκετά ευρύς, εισάγει και μια διάκριση σύμφωνα με την οποία «τα μη συμβατικά θεραπευτικά συστήματα διαφοροποιούνται σε εναλλακτικά και συμπληρωματικά. Ως εναλλακτικά θεραπευτικά συστήματα ορίζονται τα ολοκληρωμένα και αυτοτελή θεραπευτικά συστήματα που χρησιμοποιούνται αντί της Συμβατικής Ιατρικής, και τα οποία είναι το ίδιο εκτενή και ολοκληρωμένα στη διάγνωση και θεραπεία - συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής ευθύνης - όσο και η Συμβατική Ιατρική. Σε αυτά ανήκουν η Ομοιοπαθητική Ιατρική, ο Βελονισμός, η Οστεοπαθητική. Τα συστήματα αυτά είναι απαραίτητο να ασκούνται αποκλειστικά από γιατρούς. Ως συμπληρωματικά θεραπευτικά συστήματα ορίζονται τα μη αυτοτελή, μη ιατρικά συστήματα τα οποία μπορούν να υπάρξουν ως συμπληρωματικά μίας άλλης αυτόνομης θεραπείας, συμβατικής ή εναλλακτικής, και στα οποία δεν ανήκει η δικαιοδοσία της διάγνωσης ή της ιατρικής ευθύνης, ως εκ τούτου δύναται να ασκούνται από μη γιατρούς. Η ευθύνη της αναγνώρισης ιατρικών σημείων και συμπτωμάτων τους ασθενούς περιορίζεται σε αυτά που είναι ήδη διαγνωσμένα από ειδικό ιατρό, εναλλακτικό ή συμβατικό... Σε αυτά ανήκουν θεραπευτικά συστήματα όπως η Ρεφλεξολογία, η Αρωματοθεραπεία, το θεραπευτικό μασάζ, το Ρέικι κ.α.».<sup>20</sup>

## **B. Η ποικιλομορφία της Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής Θεραπευτικής (ΣΕΘ)**

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η Συμπληρωματική-Εναλλακτική Θεραπευτική καλύπτει ένα ευρύ φάσμα θεραπευτικών πρακτικών και διαγνωστικών συστημάτων με μεγάλη ποικιλομορφία σε παραδόσεις, φιλοσοφίες και θεωρίες.

Μπορεί να γίνει διαχωρισμός των θεραπειών ανάλογα με τις θεραπευτικές διαδικασίες και μεθόδους. Αυτό το διαχωρισμό ακολουθεί ο Τ. Βαρθολομαίος στο *Εγχειρίδιο συμπληρωματικής και εναλλακτικής θεραπευτικής*, ο οποίος προτείνει τη διάκριση σε 5 μεγάλες κατηγορίες:<sup>21</sup>

- **Θεραπευτικές με σκευάσματα.** Σ' αυτήν την κατηγορία υπάγονται όλες οι Θεραπευτικές που χρησιμοποιούν σκευάσματα, που χορηγούνται συνήθως από το στόμα, όπως είναι η Ομοιοπαθητική, η Φυτοθεραπεία, η Κινέζικη

<sup>20</sup> Σπύρος Κυβέλλος, 'Εναλλακτική ιατρική στη σημερινή οικογένεια', (<http://medicum.gr/epistimonika/index.cfm?pageID=3&areaID=9&naID=13&newsCategoryID=77&articleID=1818>, 2007).

<sup>21</sup> Τάσος Α. Βαρθολομαίος, «Εγχειρίδιο Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής Θεραπευτικής», ΠΥΡΙΝΟΣ ΚΟΣΜΟΣ, Αθήνα 2005, σελ. 14-16.

Βοτανοθεραπεία, η Οργανοθεραπεία, Ανθοθεραπεία (Ανθοϊάματα Bach)  
κ.α.

- **Θεραπευτικές με χειρισμούς και ελέγχους στο ανθρώπινο σώμα.** Εφαρμόζονται στο ανθρώπινο σώμα με χειρισμούς, στάσεις, ελέγχους. Σ' αυτές υπάγονται ο παραδοσιακός Βελονισμός, ο Ηλεκτροβελονισμός, η Ρεφλεξολογία, το Σιάτσου, η Οστεοπαθητική, η Χειροπρακτική, το Ρέικι, η Κινησιολογία, η Κρανιοϊερά Θεραπεία κ.α.
- **Θεραπευτικές με επικοινωνία θεραπευτή-ασθενούς.** Σ' αυτές η θεραπευτική διαδικασία βασίζεται στην λεκτική επικοινωνία με τον ασθενή. Τέτοιες θεωρούνται η Συμβουλευτική, η Συμβουλευτική Αυτοβελτίωσης, η Ψυχοσωματική Θεραπευτική, η Υπνοθεραπεία κ.α.
- **Θεραπευτικές με τρόπο ζωής και έκφρασης.** Σ' αυτές υπάγονται η Ολιστική Διατροφολογία, η Χοροθεραπεία, η Δραματοθεραπεία, η Μουσικοθεραπεία, η Εικαστική Θεραπεία, Tai Chi, Pilates, Sotai.
- **Θεραπευτικές συνδυαστικές.** Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει την Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική (Βελονισμός- Βοτανοθεραπεία-Μασάζ), την Φυσιοπαθητική, την Αγιουρβέδα κ.α.
- **Ανάλυση δεδομένων με συσκευές.** Εδώ υπάγονται κυρίως η Ιριδολογία και ο Ηλεκτροβελονισμός κατά Voll όπως έχει διαμορφωθεί σήμερα.

Μια άλλη διάκριση των συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών, μπορεί να βασιστεί στο βαθμό αναγνώρισης από την ακαδημαϊκή κοινότητα και ένταξης στα συστήματα υγείας. Για παράδειγμα, η Ομοιοπαθητική και η Οστεοπαθητική από τις εναλλακτικές και η Φυσιοθεραπεία από τις συμπληρωματικές αποτελούν –σε ορισμένες χώρες εδώ και δεκάδες χρόνια– τμήματα των προγραμμάτων σπουδών πανεπιστημιακών σχολών καθώς και γνωστές και σχετικά αποδεκτές πρακτικές από τους συμβατικούς γιατρούς και τους επίσημους φορείς φροντίδας υγείας. Από την άλλη δεν μπορεί να λεχθεί κάτι τέτοιο για την αγιουρβέδα, το ρέικι ή τη γεμμοθεραπεία, για να μην αναφερθούμε στην κρυσταλλοθεραπεία ή στο θεραπευτικό οραματισμό που μάλλον αντιμετωπίζονται ως τσαρλατανισμοί, ενώ οι υπόλοιπες συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπευτικές κινούνται κάπου μεταξύ αυτών των δύο άκρων. Στη συνέχεια ακολουθεί μια σύντομη περιγραφή κάποιων από τις πιο δημοφιλείς συμπληρωματικές

και εναλλακτικές θεραπείες, ξεκινώντας από τα ολοκληρωμένα και αυτοτελή θεραπευτικά συστήματα.

### 1. Εναλλακτικές μορφές θεραπείας.

Είναι σχεδόν σίγουρο ότι όταν μιλάμε για εναλλακτική ιατρική το πρώτο πράγμα που έρχεται στο μυαλό των περισσότερων ανθρώπων είναι η **Ομοιοπαθητική**. Ιδρυτής της είναι ο Γερμανός Samuel Hahnemann (1755-1843) και βασική της αρχή είναι η «*Similia similibus curantur* (“Τα όμοια θεραπεύονται από τα όμοια”))», δηλαδή ότι «η κατάλληλη θεραπευτική ουσία για μια πάθηση είναι εκείνη η ουσία που, όταν δοθεί σε ένα υγιές άτομο, παράγει τα ίδια συμπτώματα που παρουσιάζει και ο ασθενής».<sup>22</sup> Άλλα βασικά χαρακτηριστικά της είναι ότι απευθύνεται στο σύνολο του οργανισμού, ακολουθεί εξατομικευμένη θεραπεία (γι’ αυτό και οι ομοιοπαθητικοί γιατροί λαμβάνουν εκτεταμένο ιστορικό με πολλές πληροφορίες και για τις συνήθειες των ασθενών τους), υιοθετεί τη χορήγηση ελαχίστων δόσεων των ομοιοπαθητικών φαρμάκων,<sup>23</sup> καθώς και τη χορήγηση ενός και μοναδικού φαρμάκου κάθε φορά.<sup>24</sup>

Η Ομοιοπαθητική εμφανίστηκε ακριβώς την εποχή που ξεκινούσε η άνοδος του βιοϊατρικού παραδείγματος και ήταν από τις πρώτες που το αμφισβήτησαν. Σύμφωνα με τον Π. Πεφάνη «ήδη από τα τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα ο Franz-Anton Mesmer, με τη θεωρία του περί *ζωικού μαγνητισμού* (που οδήγησε στην *υπνωτιστική μέθοδο*) και ο Samuel Hahnemann, με το σύστημα της Ομοιοπαθητικής, προσπάθησαν να διαμορφώσουν εναλλακτικές προτάσεις. Όμως η Ομοιοπαθητική παραμένει ως σήμερα αποκομμένη από τον βασικό κορμό της ιατρικής».<sup>25</sup> Πάντως, όπως αναφέρει ο Σπ. Κυβέλλος «στη Μ. Βρετανία η Ομοιοπαθητική Ιατρική ασκείται στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας εδώ και πενήντα περίπου χρόνια σε πέντε Ομοιοπαθητικά νοσοκομεία»<sup>26</sup> και μπορούμε να πούμε ότι γενικά η στάση των συμβατικών γιατρών απέναντί της είναι, αν μη τι άλλο, περισσότερο ανεκτική σε σχέση με τις υπόλοιπες μορφές εναλλακτικών θεραπειών. Είναι χαρακτηριστικό ότι στην Ελλάδα λειτουργεί μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών με τον τίτλο «Ολιστικά Εναλλακτικά Θεραπευτικά Συστήματα - Κλασική

<sup>22</sup> Michael Weiner, *Το πλήρες βιβλίο της ομοιοπαθητικής* (Διόπτρα, Αθήνα 1992), 25.

<sup>23</sup> Τ. Βαρθολομαίος, *ό.π.*, 46-48.

<sup>24</sup> Μ. Weiner, *ό.π.*, 29.

<sup>25</sup> Π. Πεφάνης, *ό.π.*, 157.

<sup>26</sup> Σπ. Κυβέλλος, *ό.π.*

Ομοιοπαθητική» στο Πανεπιστήμιο Αιγαίου, όχι βέβαια χωρίς αντιδράσεις, όπως φαίνεται από σχετική επιστολή φοιτητών του μεταπτυχιακού στην εφημερίδα *Ελευθεροτυπία* (11/3/2008).<sup>27</sup>

Ένας άλλος κλάδος εναλλακτικής θεραπευτικής που είναι αρκετά αναγνωρισμένος, ιδιαίτερα στη Βρετανία και γενικά τον αγγλοσαξωνικό κόσμο, είναι η **Οστεοπαθητική**, που «ιδρύθηκε το 1870 από τον ιατρό Andrew Taylor Still», ο οποίος «είχε ένα πνεύμα πιο πολύ “μηχανικού”, πιστεύοντας στις μεγάλες αυτοθεραπευτικές δυνατότητες, εφόσον ο οργανισμός βρίσκεται απελευθερωμένος». Επίσης «απέδιδε κεντρικό ρόλο στη λειτουργία των αρθρώσεων και στη σχέση τους με τον μεταβολισμό». Έτσι η Οστεοπαθητική «είναι ένα σύστημα διάγνωσης και θεραπείας που δίνει ιδιαίτερη σημασία στα προβλήματα δομής του σώματος και στις διαταραχές που προέρχονται από τις μηχανικές ανισορροπίες, στατικής ή δυναμικής φύσης» και στο οποίο «χρησιμοποιούνται αγγίγματα και χειρισμοί του μυοσκελετικού συστήματος για να αποκατασταθεί η αρμονία στα όργανα».<sup>28</sup> Η **Κρανιοϊερά Θεραπευτική** μπορεί να θεωρηθεί παρακλάδι της Οστεοπαθητικής καθώς θεμελιώθηκε «από τον Αμερικανό Οστεοπαθητικό William Sutherland, μαθητή του Andrew Still». Σύμφωνα μ’ αυτήν «τα ανατομικά... συστατικά του κρανιοϊερού συστήματος είναι οι μήνιγγες, τα οστά του κρανίου και το ιερό οστόν, οι περιτονίες των μυών και οι ινώδεις χιτώνες ή ορογόνοι των οργάνων... Κάθε λειτουργική διαταραχή στο σώμα αντανακλάται σε μια ασυμμετρία του “κρανιοϊερού συστήματος”... Με χειρισμούς, που ανταποκρίνονται στο μοντέλο δυσλειτουργίας του “κρανιοϊερού συστήματος”, μπορεί να αποκατασταθεί η πλαστικότητα του, που είναι απαραίτητη για την ακεραιότητα της φυσιολογίας ιστών και οργάνων».<sup>29</sup>

Κάπως παρόμοια είναι και η **Χειροπρακτική** που «αναπτύχθηκε το 1895 από τον Καναδό D.D. Palmer, που αποκατέστησε την ακοή ενός ασθενούς τυχαία ενώ έκανε χειρισμούς στη σπονδυλική του στήλη». «Οι Χειροπρακτικοί χρησιμοποιούν τα χέρια τους για να διευθετήσουν σωστά τις αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης και των άκρων... Αρχικά χρειάζεται ένα πλήρες ιστορικό και μια σειρά από νευρολογικές και

---

<sup>27</sup> Εφημερίδα *Ελευθεροτυπία* (11 Μαρτίου 2008) ή στην ηλεκτρονική έκδοση [http://www.enet.gr/online/online\\_text/c=112,id=78460872](http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,id=78460872)

<sup>28</sup> Τ. Βαρθολομαίος, ό.π., 162

<sup>29</sup> Τ. Βαρθολομαίος, ό.π., 164-165.



ορθοπεδικές δοκιμασίες... ενώ μπορεί να χρειασθούν και κάποιες ακτινογραφίες της αντίστοιχης περιοχής του σκελετού. Πέρα από τους θεραπευτικούς χειρισμούς στα μαλακά μόρια, δίνονται οδηγίες και για τον τρόπο ζωής, τη στάση του σώματος και ασκήσεις στο σπίτι».<sup>30</sup> Από τη χειροπρακτική προέρχεται και η *Κινησιολογία* καθώς δημιουργήθηκε το 1964 από τον Αμερικανό Χειροπρακτικό George Goodheart.<sup>31</sup> «Η κινησιολογία είναι ένα σύστημα που συνδέει τις παραδοσιακές (κινέζικες) ανατολικές απόψεις περί ενεργειακής ροής... με τις μυϊκές εξετάσεις δυτικού τύπου. Κεντρική ιδέα είναι να επικρατήσει ισορροπία εντός του σώματος, απομακρύνοντας τις τοξίνες, διαλύοντας ενεργειακά μπλοκαρίσματα, μειώνοντας την ένταση και ενισχύοντας τη φυσική ικανότητα ίασης του σώματος».<sup>32</sup>

Όπως μπορούμε να δούμε και οι τέσσερις παραπάνω εναλλακτικές θεραπευτικές δίνουν έμφαση σ' ένα σύστημα οργάνων και θεωρούν ότι με κατάλληλους χειρισμούς αυτού μπορούν να γιατρέψουν όλο τον οργανισμό. Παράλληλα όλες εμφανίστηκαν σε ανεπτυγμένες αγγλοσαξωνικές χώρες στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα (με εξαίρεση την Κινησιολογία που εμφανίζεται στα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα), δηλαδή σε χώρο και χρόνο που το βιοϊατρικό μοντέλο θριάμβευε χωρίς όμως ακόμη να έχει καταστεί θεσμικά κυρίαρχο κι ενώ μπορούν να θεωρηθούν ανταγωνιστικές του, συμμερίζονται μ' αυτό παρόμοιες αντιλήψεις για την επιστήμη και το σώμα (π.χ. μηχανιστικές), χρησιμοποιούν τεχνικές του (όπως ακτινογραφίες) και μπορούν –και επιδιώκουν– εντέλει να ενταχθούν σ' αυτό.

Στην Κίνα αναπτύχθηκε ένας αρχαίος πολιτισμός, όπου πολλές από τις γνώσεις και τις τεχνολογικές εφευρέσεις του τις γνώρισε η Ευρώπη αιώνες αργότερα μέσα από τις εμπειρίες εμπόρων και ταξιδευτών. Τμήμα αυτού του πολιτισμού είναι και η ***Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική*** η οποία βασίζεται στη γενικότερη οντολογία αυτού του πολιτισμού. «Στην Κινέζικη κοσμολογία το σύμπαν θεωρείται σαν μια άπειρη, αδιαίρετη οντότητα. Μέσα σ' αυτή το κάθε απλό ον έχει την καθορισμένη λειτουργία του».<sup>33</sup> «Βασική έννοια στην Κινεζική Ιατρική είναι η ενέργεια Chi, που είναι η κινητήρια δύναμη των φαινομένων της ζωής».<sup>34</sup> Αυτή η ζωτική ενέργεια εμφανίζεται με δύο

---

<sup>30</sup> Τ. Βαρθολομαίος, ό.π., 164.

<sup>31</sup> Ann Holdway, *Κινησιολογία – Μυϊκές εξετάσεις και ενεργειακή εξισορρόπηση για καλύτερη υγεία και ευεξία* (Αλκυών, Αθήνα 2001), 16.

<sup>32</sup> Πάτσι Γουέσκοτ και Λεϊάρντια Μπλακ, *Εναλλακτική Φροντίδα Υγείας για Γυναίκες*, όπως παρατίθεται στο A. Holdway, ό.π., σελ. 15-16.

<sup>33</sup> Βαλλνέφερ Χ., Ροττάουσερ Α., *Κινεζική λαϊκή ιατρική και βελονισμός* (Πύρινος Κόσμος, Αθήνα 1978), 9.

<sup>34</sup> Τ. Βαρθολομαίος, ό.π., 127.

αντιθετικές και αλληλοσυμπληρούμενες μορφές. «Το Γιν και το Γιαγκ είναι οι πρωταρχικές δίδυμες δυνάμεις που ρυθμίζουν το σύμπαν και παρέχουν ενέργεια... Το Γιαγκ αντιπροσωπεύει την αρσενική, θετική ενέργεια που παράγει φως, ζέστη και πληρότητα. Το Γιν είναι θηλυκό, “αρνητικό”, η δύναμη του σκοταδιού, του κρύου και της κενότητας». Αυτή η δυαρχία επεκτείνεται σ’ όλο το ανθρώπινο σώμα. «Η επιφάνεια του σώματος είναι Γιαγκ, το εσωτερικό είναι Γιν. Το Γιάνγκ είναι στο πίσω μέρος, το Γιν είναι στο μπροστινό μέρος του σώματος.»<sup>35</sup>

Αν και στην παραδοσιακή κινεζική ιατρική χρησιμοποιούνται φυτικά φαρμακευτικά σκευάσματα καθώς και ασκήσεις και μασάζ –όπως είδαμε και παραπάνω– μια βασική θεραπευτική μέθοδος είναι ο **Βελονισμός**. Η πρακτική αυτή βασίζεται στην αντίληψη ότι «η ενέργεια... του σώματος... ρέει πάνω σε δώδεκα διαφορετικές διαδρομές ή μεσημβρινούς. Ο κάθε μεσημβρινός ξεκινάει από ένα συγκεκριμένο σημείο του σώματος και ακολουθεί μια συγκεκριμένη ανοδική ή καθοδική πορεία προς ένα άλλο τελικό σημείο. Οι μεσημβρινοί είναι σε ζευγάρια, δηλαδή υπάρχουν δυο ακριβώς ίδιοι μεσημβρινοί, ένας σε κάθε πλευρά του σώματος».<sup>36</sup> Επίσης θεωρείται ότι υπάρχουν «365 σημεία στο δέρμα [που] είναι οι περιοχές όπου αυτοί οι μεσημβρινοί αναδύονται στην επιφάνεια. Αφού τα σημεία του δέρματος, οι μεσημβρινοί και τα σπλάχνα σχετίζονται μεταξύ τους και αφού όλα αυτά είναι υπεύθυνα για την εξασθένηση και τη ροή του Γιν και του Γιαγκ, πιστεύεται ότι η θεραπεία είναι δυνατή αν θεραπεύσει κανείς ένα απ’ αυτά τα δερματικά σημεία “εξόδου”».<sup>37</sup> Παράλληλα με την παραδοσιακή μορφή βελονισμού έχουν αναπτυχθεί κι άλλες όπως ο **Ηλεκτροβελονισμός** (στον οποίο «χρησιμοποιείται ρεύμα χαμηλής συχνότητας» και ο οποίος «ανακαλύφθηκε πριν μερικές δεκαετίες από τον Γιατρό Reinhold Voll»),

Η **Αγιουρβέδα** είναι η παραδοσιακή ινδική ιατρική. Έχουμε να κάνουμε περισσότερο μ’ ένα γενικότερο κοσμολογικό παρά μ’ ένα απλό ιατρικό σύστημα. Η Αγιουρβέντα αναφέρεται γενικά στον τρόπο ζωής περιλαμβάνοντας συμβουλές για την αναπνοή, τη διαίτα (με έμφαση στη χορτοφαγία αλλά και τη νηστεία –που μπορεί να επεκταθεί και στο λόγο και τον ύπνο), τις μαλάξεις, τον καθαρισμό, την άσκηση, τη

<sup>35</sup> Βαλλνέφερ Χ., Ροττάουσερ Α., ό.π.,17- 19.

<sup>36</sup> Τ. Βαρθολομαίος, ό.π., 127.

<sup>37</sup> Βαλλνέφερ Χ., Ροττάουσερ Α., ό.π., 121.

σεξουαλική ζωή, τη χρήση κοσμημάτων κ.ά.<sup>38</sup> Οι ασθένειες τώρα χωρίζονται σε τρία είδη: «αυτές που προέρχονται από τον εαυτό... από εξωτερικά αντικείμενα και... από θεόσταλτες αιτίες».<sup>39</sup> Για την αντιμετώπισή τους προτείνονται εκτός από τα όσα αναφέραμε παραπάνω και φαρμακευτικά σκευάσματα.

## 2. Συμπληρωματικές μορφές θεραπείας:

Η *Αρωματοθεραπεία* χρησιμοποιεί τα αιθέρια έλαια που προέρχονται από φυτά με διάφορους τρόπους, όπως «το λουτρό, η εφαρμογή μασάζ ή οι εισπνοές». Αν και είναι πολύ παλιά μέθοδος για την περιποίηση του σώματος, τη σύγχρονη μορφή της εισήγαγε ο Γάλλος χημικός Renie-Maurice Gattefossé, γύρω στα 1900.<sup>40</sup>

Παρόμοια με την παραπάνω μέθοδο είναι και η *Ανθοθεραπεία*, η οποία χρησιμοποιεί εκχυλίσματα ανθέων. Η θεραπευτική αυτή μέθοδος «αναπτύχθηκε από τον Άγγλο γιατρό Dr. Edward Bach (1886-1936)... [και] επαναφέρει με εντελώς φυσικό τρόπο την αρμονία στην προσωπικότητα και αποκαθιστά τις συναισθηματικές και διανοητικές συγκρούσεις που άμα δεν ληφθούν σοβαρά υπόψη μπορούν να προκαλέσουν ασθένειες και βάσανα σ' όλα τα επίπεδα».<sup>41</sup> Τα ανθοϊάματα Bach είναι συνολικά 38 και παρασκευάζονται είτε με την έκθεση στον ήλιο είτε με βράσιμο υδατικού διαλύματος που περιέχει στα σχετικά λουλούδια. Ο E. Bach, που ήταν και ομοιοπαθητικός, συνδέει την εμφάνιση της ασθένειας με μεταφυσικές και θρησκευτικές δοξασίες, καθώς αναφέρει «η καρδιά... πηγή της ζωής και της αγάπης, προσβάλλεται, όταν δεν ανθίζει μέσα μας η αγάπη για τον συνάνθρωπο... Ένα άρρωστο χέρι φανερώνει μια λαθεμένη ενέργεια ή την παράλειψη της σωστής. Ο εγκέφαλος, το κέντρο ελέγχου, προσβάλλεται όταν η προσωπικότητά μας βρίσκεται εκτός ελέγχου», ενώ σε άλλο σημείο σημειώνει «ο δυτικός πολιτισμός ακολούθησε τον ακραίο υλισμό... κι έχασε την αντίληψη της πνευματικής πλευράς της ανθρώπινης φύσης και ύπαρξης, γιατί τοποθέτησε τα εγκόσμια αποκτήματα, τη φιλοδοξία, την ηδονή και την απόλαυση πάνω από τις αληθινές αξίες της ζωής». Τέλος σε κοινωνικό επίπεδο εκφράζει έντονα παραδοσιακές, έως και

---

<sup>38</sup> Βλ. σχετικά Χάρις Γιοχάρη, *Αγιουρβέδα, Ένας πλήρης οδηγός για την υγιεινή ζωή* (Κέδρος, Αθήνα 2002), αλλά και στο Μπ. Ντας, ό.π.

<sup>39</sup> Μπ. Ντας, ό.π., 162.

<sup>40</sup> Shirley Price, *Αρωματοθεραπεία* (Ψύχαλου, Αθήνα 1998), 9.

<sup>41</sup> Edward Bach, Jans-Erik R. Petersen, *Θεράπευσε τον εαυτό σου με τα άνθη του Bach, Ανθοθεραπεία* (Ψύχαλου, Αθήνα χ.χ.), 51.

μοιρολατρικές απόψεις, όπως π.χ. «οι θέσεις πρέπει να πληρωθούν σε κάθε τομέα της ζωής, από τον χαμηλότερο μέχρι τον υψηλότερο, κι ο θεϊκός οδηγός του πεπρωμένου μας γνωρίζει να μας τοποθετεί στην κατάλληλη θέση, για το δικό μας καλό. Αυτό που καλούμαστε εμείς να κάνουμε είναι να εκπληρώνουμε το καθήκον μας χαρούμενα και καλά».<sup>42</sup>

Από τις πιο διαδεδομένες μορφές συμπληρωματικής θεραπευτικής είναι τα διάφορα είδη *Μασάζ*. Οι μαλάξεις ως φροντίδα υγείας και ευεξίας είναι γνωστές από την αρχαιότητα και σχεδόν σ' όλο τον κόσμο και κυρίως στην Ασία. Το μασάζ αναφέρεται από τον Ιπποκράτη και τον Αβικέννα, αλλά στη σύγχρονη Δύση εμφανίζεται στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα ως σουηδικό μασάζ με πρωτεργάτη τον Περ Χένρικ Λινγκ.<sup>43</sup> Οι μορφές του μασάζ διακρίνονται με βάση το αν εστιάζουν σε κάποια σημεία του σώματος ή αν ακολουθούν συγκεκριμένες τεχνικές που έλκουν την καταγωγή του από τις παραδόσεις διαφόρων χωρών. Αρκετά γνωστή μέθοδος μασάζ είναι και η *Ρεφλεξολογία* που ήταν γνωστή ως αντίληψη σε διάφορους πολιτισμούς. Εισηγητής της σύγχρονης εκδοχής της θεωρείται ο Αμερικανός γιατρός William Fitzgerald, ο οποίος «εξέτασε και συστηματοποίησε τα παραδοσιακά σημεία του ποδιού και την επίδρασή τους. Θεωρείται ο θεμελιωτής της λεγόμενης “θεραπείας ζωνών” και δημοσίευσε το 1917 ένα σύγγραμμα μ' αυτό τον τίτλο».<sup>44</sup> Με την πάροδο του χρόνου αναπτύχθηκαν εξελεγκμένοι χάρτες των ποδιών, αλλά και των χεριών, που δείχνουν την αντιστοιχία κάθε οργάνου ή ιστού σε κάποιο σημείο των άκρων του σώματος. Σύμφωνα με τους Ρεφλεξολόγους, όλα τα μέρη του σώματός μας συνδέονται μεταξύ τους με ήπια ενέργεια, η οποία ρέει μέσα στο σώμα μας, με φορά από το κεφάλι προς τα πόδια. Η ενέργεια αυτή περνάει από 10 κανάλια ή μεσημβρινούς. Η κάθε πάθηση εκδηλώνεται όταν παρεμποδίζεται αυτή η ενέργεια. Με τις κατάλληλες πιέσεις σε συγκεκριμένα σημεία η ενέργεια ξεμπλοκάρεται, βελτιώνοντας τις λειτουργίες του οργανισμού.<sup>45</sup>

Μία αρκετά δημοφιλής θεραπευτική μέθοδος προερχόμενη από την Ιαπωνία είναι το *Σιάτσου* που στα ιαπωνικά σημαίνει «δακτυλική πίεση». Στη σημερινή μορφή του

---

<sup>42</sup> E. Bach, J.-E. Petersen, ό.π., 18, 31.

<sup>43</sup> Eileen Bentley (επ.), «Το μεγάλο βιβλίο του μασάζ – Ο πλήρης οδηγός για τη βασική θεραπεία με τα χέρια», (Αλκίμαχον, Αθήνα 2006), 10.

<sup>44</sup> Hanne Marquardt, «Ρεφλεξοθεραπεία – Πρακτικό σύγγραμμα της θεραπείας μέσω των αντανακλαστικών ζωνών στον άκρο πόδα», (Παριστιάνου, Αθήνα 2004), 5.

<sup>45</sup> Shelley Hess, *Οδηγός Ρεφλεξολογίας για επαγγελματίες* (Ιων, Αθήνα 1999), 78-83.

αναπτύχθηκε στον 20<sup>ο</sup> αιώνα από τον Ταμάι Τεμπάκου και «αναγνωρίστηκε επίσημα ως θεραπεία από την ιαπωνική κυβέρνηση το 1964».<sup>46</sup> Το Σιάτσου βασίζεται στο μασάζ, την ορθή στάση του σώματος και τη σωστή αναπνοή. Οι τεχνικές του έχουν κοινά σημεία με τη ρεφλεξολογία και το βελονισμό που βοηθούν στην επαναφορά της σωματικής και ψυχικής υγείας. Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί το σώμα και την ενέργειά του για επιφέρει θεραπεία στο σώμα του ασθενούς.

Το *Ρέικι* είναι μια φυσική μέθοδος αποκατάστασης της ισορροπίας της ενέργειας μέσα στο ανθρώπινο σώμα, αλλά και μια ολιστική μέθοδος που εξισορροπεί την ενέργεια στο σωματικό, στο συναισθηματικό και το νοητικό επίπεδο. Μια ακόμα θεραπευτική αντίληψη που προέρχεται από την Ιαπωνία, ιδρυτής της οποίας είναι ο Μικάο Ουσουί που γεννήθηκε το 1864. Η λέξη αποτελείται από δύο ιδεογράμματα, το Rei που περιγράφει την παγκόσμια χωρίς όρια ενέργεια και το ki που είναι μέρος του Rei, και είναι η συγκεκριμένη ζωική ενέργεια που ρέει στα ζωντανά όντα.<sup>47</sup> Η βάση της φιλοσοφίας της θεραπευτικής αυτής μεθόδου βασίζεται ακριβώς στην ομαλή ροή αυτής της ενέργειας μέσα από τα 7 βασικά ενεργειακά κέντρα-τσάκρας, τα οποία υπάρχουν μέσα στο ανθρώπινο σώμα και λειτουργούν στο φυσικό, στο νοητικό, στο συναισθηματικό και στο πνευματικό επίπεδο. Σύμφωνα μ' αυτή την αντίληψη, εφόσον ένα άτομο έχει ανοίξει το κανάλι για το Ρέικι, συγκεντρωμένη ζωική ενέργεια θα ρέει από τα χέρια του διοχετεύοντάς την στο σώμα κι εναρμονίζοντας τη λειτουργία των επτά ενεργειακών κέντρων. Ως μέθοδος ενεργειακής θεραπείας μπορεί να χρησιμοποιηθεί συνδυαστικά με την κλασική ιατρική, ενισχύοντας και υποστηρίζοντάς την, με αποτέλεσμα την επιτάχυνση της ίασης.

Η *Ιριδολογία* είναι μια συμπληρωματική μέθοδος ανάλυσης (αλλά όχι διάγνωσης ή θεραπείας) που βασίζεται στη μελέτη της ίριδας του ματιού. Όσοι ασκούν αυτή τη μέθοδο χρησιμοποιούν λεπτομερείς χάρτες της ίριδας που αντιστοιχούν στα διάφορα μέρη του σώματος. Σ' έναν από τους πιο εξελιγμένους απ' αυτούς, το χάρτη Jensen, «υπάρχουν 166 κατονομασμένες περιοχές... από τις οποίες 80 βρίσκονται στη δεξιά ίριδα και 86 στην αριστερή».<sup>48</sup> Έτσι π.χ. η περιοχή του εγκεφάλου αντιστοιχεί στο πάνω

---

<sup>46</sup> Paul Lundberg, *Το βιβλίο του σιάτσου – Ζωτικότητα και υγεία μέσα από την τέχνη της αφής* (Ψύχαλου, Αθήνα 2004), 11-12.

<sup>47</sup> David F. Vennells, «Ρέικι – Μαθαίνοντας τεχνικές φυσικής θεραπείας» (Κέδρος, Αθήνα 2003), 41.

<sup>48</sup> Bernard Jensen και Donald Bodeen, «*Ιριδολογία*», (Διόπτρα, Αθήνα 1996), 40.

μέρος και τα πόδια στο κάτω μέρος της ίριδας, ενώ τα εσωτερικά όργανα βρίσκονται κοντά στην κόρη και το δέρμα στην εξωτερική περιφέρειά της (κατανομή που μοιάζει με τους νόμους του Hering που συναντήσαμε παραπάνω). Η ιριδολογία εμφανίστηκε στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα με πρωτεργάτες τον Ούγγρο γιατρό Ignatz von Peszely και το Σουηδό πάστορα Nils Liljequist, οι οποίοι σχεδίασαν τους πρώτους ιριδικούς χάρτες που έμοιαζαν μεταξύ τους παρότι ο ένας δεν γνώριζε την ύπαρξη και τη δουλειά του άλλου.<sup>49</sup> Από την αρχή της αυτή η μέθοδος ανάλυσης σχετίστηκε με άλλες εναλλακτικές μορφές φροντίδας υγείας, ιδιαίτερα με την ομοιοπαθητική και τη χειροπρακτική.

---

<sup>49</sup> B. Jensen και D. Bodeen, *ό.π.*, 19-21.

## **Γ. Σύγκριση Συμβατικής Ιατρικής και Συμπληρωματικής-Εναλλακτικής Θεραπευτικής (ΣΕΘ)**

Παρόλο που δεν υπάρχει μια ξεκάθαρη διαχωριστική γραμμή σε κλινικά, θεωρητικά και επαγγελματικά ζητήματα, αν γίνει σύγκριση μεταξύ Συμβατικής και Συμπληρωματικής-Εναλλακτικής προσέγγισης μπορούν να εντοπιστούν σημαντικές διαφορές:

► Η Συμβατική Ιατρική βασίζεται στην επιστημονική γνώση του σώματος και χρησιμοποιεί αγωγές που αποδείχτηκαν αποτελεσματικές μέσω επιστημονικής έρευνας. Βασικό χαρακτηριστικό της είναι η εξειδίκευση. Εστιάζεται στα όργανα του σώματος ενώ οι πρακτικές της στοχεύουν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων. Η Συμπληρωματική-Εναλλακτική Θεραπευτική δίνει έμφαση στο σύνολο του ανθρώπου, με κυρίαρχη την ιδέα πως το σώμα και τα συναισθήματα, η ψυχική και πνευματική ζωή, όλα διατηρούνται από μια ζωτική δύναμη η οποία μπορεί να ενισχύσει την αυτοθεραπευτική δύναμη του οργανισμού. Οι πρακτικές της ΣΕΘ στοχεύουν στη θεραπεία της αιτίας μιας διαταραχής και δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη.

► Η Συμβατική Ιατρική βλέπει το σώμα σαν ένα μηχανικό σύστημα ( η καρδιά είναι αντλία και τα νεφρά είναι φίλτρο) και πιστεύει πως οι περισσότερες διαταραχές μπορούν να εντοπιστούν σε χημικές ανισορροπίες και γι' αυτό αντιμετωπίζονται με φαρμακευτικές ουσίες. Τα συστήματα ΣΕΘ δέχονται πως το σώμα διαχέεται από ένα πλέγμα καναλιών μιας λεπτής ζωτικής ενέργειας. Οι ανισορροπίες και τα μπλοκαρίσματα της ενέργειας αυτής είναι που οδηγούν στην ασθένεια. Το καθάρισμα των μπλοκαρισμάτων και η ενδυνάμωση αυτής της ενέργειας είναι και ο κυρίαρχος σκοπός της ΣΕΘ.

► Η Συμβατική Ιατρική προτιμάται σε περιπτώσεις τραύματος και επειγόντων περιστατικών, ενώ η ΣΕΘ συνιστάται στη θεραπεία χρόνιων νόσων.

► Η Συμβατική Ιατρική αντιμετωπίζει τους ασθενείς ως παθητικά περιστατικά θεωρώντας δευτερεύουσας σημασίας την σχέση ασθενή-γιατρού. Η ΣΕΘ χωρίς εξαίρεση αντιμετωπίζει τον κάθε άνθρωπο ως ξεχωριστό, μοναδικό ον, που ως ασθενής καλείται να έχει ένα ενεργητικό και υπεύθυνο ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία.

► Η Συμβατική Ιατρική πιστεύει σε μια επιθετική παρέμβαση στην αντιμετώπιση της ασθένειας -με φάρμακα και χειρουργικές επεμβάσεις- και προτιμάει γρήγορες λύσεις (όπως και πολλοί ασθενείς). Η ΣΕΘ πιστεύει σε μια πιο ευγενική, μακροπρόθεσμη υποστήριξη που θα δώσει τη δυνατότητα να αναπτυχθούν οι έμφυτες δυνάμεις του σώματος για αυτοθεραπεία.

► Τα όπλα που χρησιμοποιεί η Συμβατική Ιατρική για να αντιμετωπίσει δύσκολες ασθένειες είναι οι χειρουργικές επεμβάσεις, η χημειοθεραπεία, η ακτινοβολία και δυνατές φαρμακευτικές ουσίες. Η ΣΕΘ προτείνει δοκιμασμένες, φυσικές και πιο ευγενικές θεραπείες.

► Η πρακτική της Συμβατικής Ιατρικής είναι άμεσα συνδεδεμένη με την όλη ιατροφαρμακευτική βιομηχανία, της οποίας πρώτη προτεραιότητα είναι το κέρδος. Παρόλο που οι περισσότεροι συμβατικοί γιατροί έχουν σαν πρώτη προτεραιότητα να θεραπεύσουν τον ασθενή, είναι δύσκολο να το κάνουν μέσα σ' ένα σύστημα με βιβλία κανονισμών, ιατρικούς επισκέπτες, πίεση χρόνου, ατέλειωτη γραφειοκρατία για την ικανοποίηση των ασφαλιστικών εταιρειών. Οι περισσότεροι εναλλακτικοί θεραπευτές δεν έχουν τέτοιου είδους περιορισμούς και πιέσεις και μπορούν να δώσουν στους ασθενείς την αδιαίρετη προσοχή τους.

Θα πρέπει βέβαια να σημειώσουμε πως οι διαφορές που επισημάνθηκαν παραπάνω δεν είναι απόλυτες. Υπάρχουν πολλοί εναλλακτικοί θεραπευτές που επιδιώκουν να έχουν επιστημονική προσέγγιση στην αντιμετώπιση της ασθένειας ή πολλές φορές η Συμβατική Ιατρική επιδιώκει την πρόληψη κτλ. Για πολλούς ασθενείς οι διαφορές στις φιλοσοφικές θέσεις των δύο προσεγγίσεων δεν είναι αντιληπτές ή δεν έχουν σημασία. Αυτό που θα παίζει ρόλο και θα καθορίσει εάν ακολουθήσει ο ασθενής κάποια αγωγή ΣΕΘ, είναι η φύση της θεραπείας και το πώς η θεωρία και η φιλοσοφία μεταφράζονται σε πράξη.<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> Hans R. Larsen, «Alternative Medicine – Why so popular?», 1999. [http://www.yourhealthbase.com/alternative\\_medicine.html](http://www.yourhealthbase.com/alternative_medicine.html), 2-4.



### 3<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

#### Το βιοϊατρικό παράδειγμα, η ιατρικοποίηση της κοινωνίας και οι κριτικές απέναντί τους

Στην ιστορική αναδρομή αναφέρθηκε ότι από τα τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα αρχίζει να κυριαρχεί στο χώρο της υγείας και της ασθένειας, το βιοϊατρικό μοντέλο ή παράδειγμα. Στην επιστημολογία «υπό την ευρεία έννοια [που είναι αυτή που χρησιμοποιούμε εδώ] ένα “παράδειγμα” είναι ένας “πίνακας επιστημονικών κλάδων” ή ένας “ολόκληρος αστερισμός πεποιθήσεων, αξιών, τεχνικών, κλπ, που ενστερνίζονται τα μέλη μιας δεδομένης (επιστημονικής) κοινότητας”. Τα μέλη μιας κοινότητας επαγγελματιών μπορεί να μοιράζονται τη δέσμευση για την ύπαρξη θεωρητικών οντοτήτων... να συμφωνούν για τα ποια είδη έρευνας και ερμηνείας είναι σημαντικά». <sup>51</sup> Η διαδοχή ενός επιστημονικού παραδείγματος από ένα άλλο δεν γίνεται ομαλά, αλλά με μια διαδικασία που ο Thomas Kuhn ονόμασε «επιστημονική επανάσταση» και η οποία συμβαίνει όταν ένα κυρίαρχο επιστημονικό παράδειγμα, αντιμετωπίζει σοβαρές δυσκολίες επίλυσης προβλημάτων και ταυτόχρονα εμφανίζεται κι ένα βιώσιμο ανταγωνιστικό επιστημονικό μοντέλο. <sup>52</sup>

Η εμφάνιση και η κυριαρχία του βιοϊατρικού παραδείγματος στο χώρο της υγείας και της ασθένειας αποτελεί την έκφραση στο συγκεκριμένο χώρο της ανόδου της νεωτερικότητας ή μοντερνισμού, έννοια που είναι πολυσυζητημένη και αγκαλιάζει όλα τα πεδία της ανθρώπινης δραστηριότητας. Χωρίς να επεκταθούμε σ’ αυτό το ζήτημα μπορούμε να πούμε ότι «συνήθως η έννοια της νεωτερικότητας, προβάλλεται ως αντέρρισμα στον ανορθολογισμό ή στην παράδοση, ως εκλογίκευση συμπεριφορών και νοοτροπιών, ως εκσυγχρονισμός... Η νεωτερικότητα αναφέρεται “σε τρόπους κοινωνικής ζωής ή οργάνωσης, που αναδύθηκαν στην Ευρώπη γύρω στον 17<sup>ο</sup> αιώνα και στη συνέχεια εξαπλώθηκαν λίγο πολύ σ’ ολόκληρο τον κόσμο”, που χαρακτηρίζονται από τον τεμαχισμό της παλαιάς, ομοιογενούς και ενιαίας κοσμοαντίληψης σε μια σειρά διακριτών τομέων της σκέψης και της ανθρώπινης δραστηριότητας, όπως τη σφαίρα της οικονομίας, της οικογένειας, της πολιτικής, της επιστήμης, τη σφαίρα της αισθητικής, της

<sup>51</sup> J. Losee, ό.π., 287 (τα εντός εισαγωγικών αποσπάσματα αποτελούν παραθέματα του συγγραφέα από το βιβλίο του Thomas Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions* –ελληνική έκδοση: *Η δομή των επιστημονικών επαναστάσεων*).

<sup>52</sup> Αναλυτικότερα βλ. J. Losee, ό.π., 283-289.

θηρσκευτικής πρακτικής».<sup>53</sup> Η σημασία αυτής της σύνδεσης θα φανεί και παρακάτω καθώς η άνθιση της συμπληρωματικής και εναλλακτικής θεραπευτικής αποτελεί ένα από τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν την περίοδο της ύστερης νεωτερικότητας ή μεταμοντερνισμού την οποία διανύουμε τις τελευταίες δεκαετίες.

Επανερχόμαστε, τώρα, στο ίδιο το βιοϊατρικό μοντέλο, το οποίο, σύμφωνα με τη S. Nettleton, «στηρίζεται σε πέντε παραδοχές: Πρώτον, ότι το πνεύμα και το σώμα μπορούν να αντιμετωπιστούν ως ξεχωριστές οντότητες, αρχή που είναι γνωστή ως ο *δυϊσμός πνεύματος-σώματος* της ιατρικής. Δεύτερον, ότι το σώμα μπορεί να “επισκευαστεί”, με την έννοια που επισκευάζεται μια μηχανή... Τρίτον... τα οφέλη από τις τυχόν τεχνολογικής φύσης ιατρικές παρεμβάσεις υπερτιμώνται, πράγμα που οδηγεί στην παραδοχή... της *επιτακτικής αναγκαιότητας της τεχνολογίας*. Τέταρτον, η βιοϊατρική είναι *αναγωγική*... με την έννοια ότι εστιάζει την προσοχή της στα βιολογικά αίτια των ασθενειών, παραβλέποντας κοινωνικούς ή ψυχολογικούς νοσογόνους παράγοντες. Τέλος... προϋπόθεση για την πρόκληση κάθε ασθένειας είναι ένας συγκεκριμένος, ανιχνεύσιμος παράγοντας, ο λεγόμενος “παθογόνος οργανισμός” (όπως τα παράσιτα, οι ιοί και τα βακτήρια). Αυτή η προσέγγιση είναι γνωστή ως *δόγμα της συγκεκριμένης αιτιολογίας*».<sup>54</sup>

Η κυριαρχία της κλασικής ιατρικής επιστήμης στο χώρο της υγείας και της ασθένειας έγινε σταδιακά. Ορόσημα για τον αγγλοσαξωνικό κόσμο (που έχουμε περισσότερες βιβλιογραφικές πηγές και όντας πιο ανεπτυγμένος και πολιτικά κυρίαρχος έδινε, και σε ορισμένο βαθμό ακόμα δίνει, τον τόνο στις παγκόσμιες εξελίξεις) αποτελούν για τη Μεγάλη Βρετανία ο Νόμος περί Ιατρικής του 1858,<sup>55</sup> τον οποίο σχετικά σύντομα ακολούθησαν παρόμοιοι νόμοι στις αποικίες (π.χ. στη Βικτόρια της Αυστραλίας το 1862 και στη Νέα Ζηλανδία το 1867),<sup>56</sup> ενώ για τη Βόρεια Αμερική η Έκθεση Flexner για την *Ιατρική Εκπαίδευση στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά*, που συντάχθηκε με τη φροντίδα του Ιδρύματος Carnegie μετά από αίτημα του

---

<sup>53</sup> Πέτρος Θεοδωρίδης, *Οι μεταμορφώσεις της ταυτότητας – Έθνος, νεωτερικότητα και εθνικιστικός λόγος* (Αντιγόνη, Θεσσαλονίκη 2004), 103· το απόσπασμα που παρατίθεται με πλάγια γράμματα προέρχεται από το A. Giddens, *The Consequences of Modernity*.

<sup>54</sup> S. Nettleton, *ό.π.*, 23-24.

<sup>55</sup> S. Nettleton, *ό.π.*, 61.

<sup>56</sup> Kevin Dew, «The regulation of practice – Practitioners and their interactions with organisations» στο Ph. Tovey, G. Easthope και J. Adams (επ.), *ό.π.*, 65.

Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου, το 1910.<sup>57</sup> Είναι χαρακτηριστικό των αντιλήψεων που επικράτησαν μέσω αυτών των ρυθμίσεων ότι ο Abraham Flexner, συντάκτης της προαναφερόμενης Έκθεσης, «είχε μια απροκάλυπτα μηχανιστική αντίληψη της υγείας, αναφερόμενος στο σώμα ως “μια απείρως σύνθετη μηχανή”».<sup>58</sup>

Η μηχανοκρατική αυτή αντίληψη είναι σύμφυτη άλλωστε με την άνοδο του βιομηχανικού καπιταλισμού, ο οποίος εκφράζεται στο χώρο της υγείας και της ασθένειας με την ανάπτυξη των μεγάλων νοσοκομείων. Είναι η περίοδος ανάπτυξης μαζικών δομών με εξειδικευμένη αποστολή (εργοστάσια, σχολεία, στρατώνες, φυλακές, ψυχιατρεία). Είναι αξιοσημείωτο ότι αυτές οι δομές έχουν παρόμοια κτιριακή μορφή που επιβάλλει συγκεκριμένη ιεραρχία, ενώ προωθούν την τυποποίηση και την ομογενοποίηση (της παραγωγής, της γνώσης, της εθνικής συνείδησης, της παραβατικότητας, της ψυχικής υγείας). Στο χώρο λοιπόν της ιατρικής, σύμφωνα με το M. Foucault, «ο βιοϊατρικός λόγος... επιδιώκει να ομογενοποιήσει τα σώματα και τις παθολογίες».<sup>59</sup> Παράλληλα, όπως αναφέρει ο Π. Πεφάνης «η άνθηση της κλινικής (βιο-) ιατρικής... συνδέεται με την πρωτοφανή για την ιστορία της πορεία εξειδίκευσης».<sup>60</sup>

Η σημασία, εξάλλου, που δίνει το βιοϊατρικό παράδειγμα στις τεχνολογικές εξελίξεις, ίσως οφείλεται στη σημασία που είχε ο έλεγχος αυτών των εξελίξεων για την επικράτησή του, όπως υποστηρίζει η άποψη της κοινωνικής μορφοποίησης. Η S. Nettleton σημειώνει σχετικά: «Το ιατρικό επάγγελμα δεν κατέλαβε την κυρίαρχη θέση του μεταξύ των επαγγελμάτων υγείας εξαιτίας των εκ προοιμίου εξαιρετικών δεξιοτήτων του, αλλά επειδή κατάφερε να αποκτήσει και να διατηρήσει τον έλεγχο ορισμένων τεχνολογικών διαδικασιών και πρακτικών».<sup>61</sup> Συνεχίζοντας, η ίδια συγγραφέας αναφέρει πως «πιθανότατα αυτό δεν είναι πουθενά πιο εμφανές απ’ ό,τι στην ιστορία της μαιευτικής... η εφεύρεση του εμβρυολογικού [γύρω στα 1920] ήταν καθοριστική... [καθώς] επιτρεπόταν να χρησιμοποιείται μόνο από εκπαιδευμένους άνδρες επαγγελματίες. Έτσι, αν παρουσιαζόταν προβλήματα στον τοκετό, το ιατρικό επάγγελμα επέμεινε ότι οι μαίες έπρεπε να αναζητήσουν έναν επαγγελματία γιατρό, ο οποίος, με τη

---

<sup>57</sup> Bryan S. Turner, «Foreword – The end(s) of scientific medicine?» στο Ph. Tovey, G. Easthope και J. Adams (επ.), ό.π., xiii-xiv· επίσης K. Dew, «The regulation...», στο ίδιο, 66.

<sup>58</sup> K. Dew, «The regulation...», στο Ph. Tovey, G. Easthope και J. Adams (επ.), ό.π., 66.

<sup>59</sup> Kathryn Hughes, «Health as individual responsibility – Possibilities and personal struggle» στο Ph. Tovey, G. Easthope και J. Adams (επ.), ό.π., 28.

<sup>60</sup> Π. Πεφάνης, ό.π., 155-156.

<sup>61</sup> S. Nettleton, ό.π., 54.

βοήθεια της τεχνολογίας, θα αναλάμβανε την ευθύνη της γέννας. Αυτή η τακτική καθόρισε και τις μελλοντικές εξελίξεις, κι έτσι, σήμερα είναι οι γιατροί εκείνοι που ελέγχουν την ιατρική τεχνολογία γύρω από τον τοκετό στα νοσοκομεία, πράγμα που με τη σειρά του εξασφαλίζει τον περιορισμό του ρόλου της μαίας». <sup>62</sup>

Βέβαια, δεν μπορούμε να μη σημειώσουμε και τη διάσταση του φύλου, καθώς οι μαίες είναι γυναίκες ενώ οι γιατροί άντρες (παλιότερα αποκλειστικά, σήμερα μάλλον απλώς πλειοψηφία). Μια παρόμοια διάσταση υπάρχει και στη σχέση και την ιεραρχία μεταξύ ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Ακόμη, πολλές φορές οι μαίες ήταν φορείς προνεωτερικών θεραπευτικών αντιλήψεων, όπως συμβαίνει στην ελληνική ταινία *Η κορά μας η μαμή* (1958) όπου ο γιατρός, εκπρόσωπος της επιστημονικής ορθολογικότητας, ξεριζώνει με ιεραποστολικό μένος τις προλήψεις της ελληνικής επαρχίας, τις οποίες εκφράζει η μαμή του χωριού.

Στη μαιευτική, λοιπόν, έχουμε ένα παράδειγμα όπου μια αρχικά φυσική διαδικασία, όπως η τεκνοποίηση, περνάει στον ιατρικό έλεγχο καθώς «περιβάλλεται από ένα ευρύ φάσμα ιατρικής τεχνολογίας και οι γυναίκες παρακολουθούνται στενά από τη διαπίστωση της σύλληψης μέχρι και μετά τον τοκετό». <sup>63</sup> Εδώ κάλλιστα μπορούμε να προσθέσουμε και τις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής που θέτουν τα γυναικεία σώματα υπό σχεδόν πλήρη ιατρικό έλεγχο και ενίοτε τα καθιστούν πεδία ριψοκίνδυνων πειραματισμών. Αυτή η διαδικασία επέκτασης της ισχύος των εξειδικευμένων κατόχων της επιστημονικής ιατρικής γνώσης σε διάφορους τομείς της ζωής αποκαλείται ιατρικοποίηση της κοινωνίας. Σύμφωνα με την περιγραφή του Π. Πεφάνη «με επίκεντρο το συνεχώς αναπτυσσόμενο σε έκταση, οργανωτική πολυπλοκότητα και λειτουργικό ρόλο νοσοκομειακό ίδρυμα, οικοδομείται με όλο και πιο έντονους ρυθμούς ένας σύμπλεγμα δραστηριοτήτων με συνεχώς διευρυνόμενη επίδραση, όχι μόνο στη φύση της ίδιας της ιατρικής πρακτικής αλλά και στην ευρύτερη κοινωνική ζωή, ακόμα και στις πιο μικρές λεπτομέρειες της καθημερινής ζωής του καθενός». <sup>64</sup>

Συνεχίζοντας ο ίδιος συγγραφέας αναφέρει πως «η ραγδαία... ιατρικοποίηση της κοινωνικής και προσωπικής ζωής... δένει για πολλά χρόνια με το κλίμα εμπιστοσύνης και αισιοδοξίας που διαμορφώνουν: Οι σημαντικές επιτυχίες στην αντιμετώπιση

---

<sup>62</sup> S. Nettleton, ό.π., 54-55.

<sup>63</sup> S. Nettleton, ό.π., 56.

<sup>64</sup> Π. Πεφάνης, ό.π., 156.

πλήθους παθολογικών καταστάσεων... Η συνεχώς αυξανόμενη αποτελεσματικότητα των χειρουργικών επεμβάσεων... Η εντυπωσιακή... αύξηση του μέσου όρου ζωής, αλλά και του προσδόκιμου ορίου ποιοτικής επιβίωσης υγιών και ασθενών».<sup>65</sup>

Τα στατιστικά δεδομένα είναι μεν αναμφισβήτητα αλλά οι απόψεις που κριτικάρουν την ιατρικοποίηση της κοινωνίας θέτουν το ερώτημα κατά πόσον αυτές οι επιτυχίες οφείλονται στην ιατρική. Ο André Gorz αναφέρει πως «το 1882, την χρονιά που ο Κωχ ανακάλυψε τον βάκιλο, η φυματίωση είχε ήδη υποχωρήσει στο μισό. Το 1910, τη στιγμή που δημιουργούνται τα πρώτα σανατόρια, η φυματίωση είχε ήδη υποχωρήσει κατά τα τρία τέταρτα». Συνεχίζοντας τονίζει την ταξική φύση της ασθένειας καθώς, όπως λέει, «με την ίδια θεραπευτική και ιατρική φροντίδα, οι φτωχοί εξακολουθούν να την αντιμετωπίζουν τέσσερις φορές συχνότερα από τους πλούσιους», για να καταλήξει στο συμπέρασμα ότι «οι ασθένειες... εμφανίζονται και εξαφανίζονται σε σχέση με παράγοντες που αφορούν το περιβάλλον, τη διατροφή, την κατοικία, τον τρόπο ζωής, την υγιεινή. Έτσι η εξαφάνιση της χολέρας και του τυφοειδούς, η σχεδόν εξαφάνιση της φυματίωσης, της ελονοσίας, του “επιλόχειου πυρετού”, δεν οφείλονται στην πρόοδο της θεραπευτικής αγωγής αλλά στον καθαρισμό του πόσιμου ύδατος, στην γενίκευση των αποχετεύσεων, στις καλύτερες συνθήκες εργασίας, κατοικίας και διατροφής, στην αποξήρανση των ελών, στη χρήση του σαπουνιού, των αποστειρωμένων εργαλείων και του αποστειρωμένου βαμβακιού από τις “πρακτικές” μαίες και μαιευτήρες. Οι γιατροί συνετέλεσαν στην ανάπτυξη αυτών των προληπτικών μεθόδων, αλλά οι τελευταίες δεν είχαν πλήρη αποτελεσματικότητα παρά μόνο όταν η υγιεινή και η ασηψία (όπως εξάλλου και οι μέθοδοι αντισηψίας) έπαυσαν να είναι ιατρικές τεχνικές για να γίνουν κανόνες για όλο τον κόσμο. Δεν είναι η ιατρική που εξασφαλίζει την υγεία, αλλά “η υγιεινή”... με την πρωταρχική της σημασία: το σύνολο των κανόνων και των συνθηκών ζωής».<sup>66</sup>

Επίσης από το 18<sup>ο</sup> και κυρίως το 19<sup>ο</sup> αιώνα η ιατρική επεκτείνεται και σ' ένα νέο τομέα, αυτόν της ψυχικής υγείας. Η ψυχιατρική θεωρεί ότι οι, οριζόμενες ως, προβληματικές συμπεριφορές είναι αποτέλεσμα ψυχικών ασθενειών που μπορούν να διαγνωσθούν και να θεραπευθούν όπως συμβαίνει και με τις σωματικές αρρώστιες. Έτσι

---

<sup>65</sup> Π. Πεφάνης, *ό.π.*, 156.

<sup>66</sup> Michel Bosquet (André Gorz), *Οικολογία και πολιτική* (Λιβάνη, Αθήνα 1984), 170-172.

η ιατρική επιστήμη προσπαθεί να αποκτήσει τον έλεγχο όχι μόνο του σώματος αλλά και του μυαλού και των πιο μύχιων σκέψεων των ανθρώπων. Εδώ όμως τα πράγματα είναι ακόμη πιο ασαφή κι έτσι κατά καιρούς θα ανακαλυφθούν ψυχικές νόσοι για να χαρακτηρίσουν συμπεριφορές απόλυτα φυσιολογικές, όπως π.χ. η «δραπετομανία» ή η «τεμπελίτιδα» των νέγων σκλάβων στις ΗΠΑ, ενώ θα χαρακτηριστούν ψυχασθένειες ο αυνανισμός και η ομοφυλοφιλία (για κάποιους ακόμη και τώρα). Και βέβαια γι' όλα αυτά θα βρεθούν κι αντίστοιχες επώδυνες «θεραπείες».<sup>67</sup>

---

<sup>67</sup> Για περισσότερα βλ. Thomas S. Szasz, *Η βιομηχανία της τρέλας* (Εκδοτική Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 2006).

## 4<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### Η αμφισβήτηση της Βιοϊατρικής και η άνθιση της Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής Θεραπευτικής

#### 1. Η αμφισβήτηση της Βιοϊατρικής.

Η κριτική στο βιοϊατρικό μοντέλο θα εμφανισθεί ιδιαίτερα ισχυρή στις αρχές της δεκαετίας του '70, επηρεασμένη σαφώς από το παγκόσμιο επαναστατικό κίνημα της νεολαίας του 1968. Εκείνη την εποχή εμφανίζονται οι εργασίες του Ivan Illich και του Michel Foucault (αλλά και του Thomas Szasz στο χώρο της ψυχικής υγείας) που αμφισβητούν συνολικά την ιατροκοποίηση της κοινωνίας και αποτελούν στοιχεία της γενικότερης αντίληψης της αποδόμησης που ανοίγει το δρόμο στην περίοδο της ύστερης νεωτερικότητας ή μεταμοντερνισμού.

Η Sarah Nettleton επισημαίνει τα σημεία κριτικής ενάντια στην ιατρική. Στο επίκεντρο της κριτικής κατά του βιοϊατρικού μοντέλου βρίσκεται το ζήτημα της αποδοτικότητάς του. Η πιο ακραία έκφραση αυτής της αμφισβήτησης είναι σίγουρα το βιβλίο *Ιατρική Νέμεση* του I. Illich όπου υποστηρίζει πως η βιοιατρική συμβάλλει στη διατήρηση της ασθένειας, μέσω των ιατρογενών επιπτώσεων των παρεμβάσεων της, όπως είναι οι παρενέργειες των φαρμάκων και τα συχνά αρνητικά κλινικά αποτελέσματα της χειρουργικής. Διατυπώνει θέσεις όπως «η ιατρική αρρωσταίνει περισσότερους ανθρώπους απ' όσους θεραπεύει. Έχει γίνει η πιο σπάταλη, ρυπαντική και παθογενής απ' όλες τις βιομηχανίες. Με τον ισχυρισμό ότι θεραπεύει τον κάθε άνθρωπο, σε κάθε περίπτωση και πληθυσμούς όλο και πιο φιλάσθενους, συγκαλύπτει τις βαθιές αιτίες των ασθενειών τους, που είναι κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές. Με τον ισχυρισμό ότι ανακουφίζει όλους τους πόνους και τις αγωνίες, ξεχνά ότι, σε τελευταία ανάλυση, τα άτομα έχουν ερειπωθεί στο σώμα και τον ψυχισμό τους εξ αιτίας του τρόπου ζωής. Η ιατρική, βοηθώντας να ανέχονται ό,τι τους καταστρέφει, συντελεί σ' αυτήν την καταστροφή».<sup>68</sup>

Μπορεί η κριτική αυτή να φαντάζει υπερβολική αλλά θέτει τα βασικά στοιχεία καθώς θα μπορούσε να πει κανείς πως η σύγχρονη ιατρική είναι μια καπιταλιστική

---

<sup>68</sup> M. Bosquet, ό.π., 168.

βιομηχανία που έχει ως σκοπό το κέρδος. Οι τεχνολογικές εξελίξεις καθοδηγούνται από τις πολυεθνικές που έχουν τα χρήματα και γενικότερα τους πόρους να διεξάγουν προωθημένη επιστημονική έρευνα, επομένως την κατευθύνουν σε τομείς που θα αποδώσει περισσότερα χρήματα ενώ ταυτόχρονα αρνούνται να επιτρέψουν τη χρήση των επιτευγμάτων της από μεγάλα τμήματα του πληθυσμού αν δεν πληρωθούν τα «πνευματικά δικαιώματα» που κατοχυρώνουν στις ανακαλύψεις τους. Το πιο χτυπητό και πρόσφατο παράδειγμα είναι η διένεξη μεταξύ των πολυεθνικών, που έχουν βρει φάρμακα για τη θεραπεία ή την ανακούφιση των ασθενών με AIDS, και των κυβερνήσεων φτωχών και υπερχρεωμένων αφρικανικών χωρών με μεγάλους αριθμούς ασθενών που χρειάζονται αυτά τα φάρμακα, αλλά δεν έχουν χρήματα να τα αποκτήσουν. Οι φαρμακευτικές εταιρίες, λοιπόν, στρέφονται νομικά εναντίον εκείνων των κυβερνήσεων που προσπαθούν να «αντιγράψουν» τα φάρμακα αυτά και να τα διανείμουν στους κατοίκους των χωρών τους με χαμηλό κόστος.

Για το ζήτημα της αποδοτικότητας της ιατρικής ο Π. Πεφάνης επισημαίνει: «η αρχική αισιοδοξία σχετικά με την αποτελεσματικότητα αρκετών θεραπειών και φαρμάκων (όπως οι χημειοθεραπείες, οι πολύπλοκες εγχειρήσεις, τα αντιβιοτικά), υποχωρεί σε σημαντικό βαθμό όταν συσσωρεύονται ενδείξεις για ανεπιθύμητες ενέργειες και επιπλοκές, εν πολλοίς απρόβλεπτες». Επίσης, τα τελευταία χρόνια η ιατρική βρίσκεται «μπροστά σε νέες προκλήσεις, όπως είναι η εξάπλωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, η εμφάνιση σε επιδημική μορφή νέων παθολογικών φαινομένων ακόμη ανεξερεύνητων, όπως το AIDS, η επανεμφάνιση ξεχασμένων μεταδοτικών νοσημάτων... αλλά και το πρόσφατο SARS (ΣΟΑΣ – Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο)».<sup>69</sup>

Επίσης, ο McKeown (1976) έδειξε χρησιμοποιώντας ιστορικο-δημογραφικά στοιχεία πως η μείωση των δεικτών θνησιμότητας στις δυτικές κοινωνίες σχετίζεται περισσότερο με τις συνθήκες υγιεινής, τη διατροφή και τους ρυθμούς αναπαραγωγής παρά με τους εμβολιασμούς και τις άλλες ιατρικές μεθόδους παρέμβασης.

Ένα άλλο σημείο για το οποίο δέχεται κριτική η βιοϊατρική είναι ότι αρνείται να τοποθετήσει το ανθρώπινο σώμα στο κοινωνικο-περιβαλλοντικό του πλαίσιο. Επικεντρώνεται στις βιολογικές διαδικασίες που συμβαίνουν στο ανθρώπινο σώμα και παραβλέπει σε μεγάλο βαθμό τη σχέση ανάμεσα στις συνθήκες διαβίωσης και τις

---

<sup>69</sup> Π. Πεφάνης, ό.π., 159-160.



ασθένειες. Η κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας έχει δείξει ότι η υγεία και η ασθένεια διαμορφώνονται και προσδιορίζονται κοινωνικά. Η καλή υγεία είναι συνέπεια κι άλλων παραγόντων πέρα των βιολογικών. «Οι σταθερότυποι θνησιμότητας και νοσηρότητας, δηλαδή η βιωσιμότητα ενός ατόμου, σχετίζονται με τις κοινωνικές δομές και ποικίλουν ανάλογα με το φύλο, την κοινωνική τάξη, τη φυλή και την ηλικία. Επομένως, το βιοιατρικό μοντέλο αδυνατεί να εξετάσει τον ρόλο των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία»<sup>70</sup>

Επίσης η βιοιατρική επικρίνεται στο ότι αντιμετωπίζει τους ασθενείς ως παθητικά υποκείμενα και όχι ως ενεργητικά και σκεπτόμενα όντα. Οι κριτικοί της ιατρικής υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι δίνουν τις δικές τους ερμηνείες και αξιολογούν τις εμπειρίες τους οι οποίες θα έπρεπε να λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψιν για να είναι αποτελεσματικές οι θεραπείες. Σύμφωνα με την Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας, οι αντιλήψεις και εμπειρίες των ανθρώπων σε θέματα υγείας επηρεάζονται από κοινωνικο-πολιτιστικούς παράγοντες και δεν είναι δυνατό να θεωρούνται αποτέλεσμα σωματικών αλλαγών λόγω κάποιας ασθένειας.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα έντονης κριτικής που ασκείται από γυναίκες είναι αυτό του κινήματος για την υγεία των γυναικών που αντιδρά στις ιατρικές πρακτικές που σχετίζονται με τον τοκετό. Η ιατρικοποίηση της τεκνοποίησης οδήγησε στην αντιμετώπιση της γέννησης ως ασθένεια και των μητέρων ως ασθενείς, με αποτέλεσμα να μεταφερθεί η όλη διαδικασία από τον ιδιωτικό χώρο του σπιτιού στα νοσοκομεία, όπου ασκείται έλεγχος από μια ανδροκρατούμενη ιατρική ειδικότητα, τη γυναικολογία. Τις τελευταίες δεκαετίες η αντίδραση είναι μεγάλη και οι φεμινίστριες κατακρίνουν τη σύγχρονη ιατρική ως εγγενώς πατριαρχική και καταπιεστική κι αυτό φαίνεται από τον τρόπο που οι άνδρες κατέλαβαν τον έλεγχο του γυναικείου σώματος που θεωρείται εύθραυστο και χρήζει περιοδικής ιατρικής παρακολούθησης.

Επιπλέον αμφισβητείται και η επιστημονική βάση της βιοιατρικής η οποία επικεντρώνεται στην παραδοχή της ότι η επιστημονική μέθοδος ανακαλύπτει την αλήθεια για την ασθένεια. Από την άλλη, οι κοινωνιολόγοι υποστηρίζουν ότι η ασθένεια μορφοποιείται κοινωνικά. Οι κοινωνιολόγοι ισχυρίζονται, λοιπόν, ότι οι κατηγορίες των ασθενειών δεν είναι ακριβείς περιγραφές ανατομικών δυσλειτουργιών, αλλά είναι

---

<sup>70</sup> Sarah Nettleton, «Η Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας», Τυποθήτω, Αθήνα 2002, σελ.27.

κοινωνικά επινοήματα, αποτελέσματα μιας κοινωνικά καθοριζόμενης λογικής. Τα ιατρικά συστήματα αναφοράς εξαρτώνται από την κοινωνία που τα παράγει. «Η κοινωνική μορφοποίηση», που αντιπροσωπεύει τον σημαντικότερο τρόπο σκέψης στο πλαίσιο της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας, «είναι εκ διαμέτρου αντίθετη με τον εμπειρισμό που αποτελεί τη βάση της ιατρικής επιστήμης. Ενώ οι εμπειριστές και οι περισσότεροι ιατρικοί επιστήμονες ισχυρίζονται ότι παρατηρούμε πραγματικά αντικείμενα και στη συνέχεια αναπτύσσουμε τις περιγραφές μας γι' αυτά, οι υποστηρικτές της κοινωνικής μορφοποίησης ισχυρίζονται ότι αντιλαμβανόμαστε την πραγματικότητα μέσα από ιδέες και θεωρητικά υποδείγματα.»<sup>71</sup>

Τέλος, οι επικριτές της βιοϊατρικής ισχυρίζονται ότι τα όρια του ιατρικού επαγγέλματος περιγράφονται καλύτερα ως αποτελέσματα κοινωνικο-πολιτικών αγώνων, παρά ως συνέπειες της οριοθέτησης των πεδίων της επιστημονικής γνώσης. Με άλλα λόγια, η επίσημη ιατρική γνώση και πράξη εκπορεύονται από κοινωνικές διεργασίες και όχι από φυσικές οντότητες, την ακριβή γνώση γύρω από τις οποίες διαθέτει το επάγγελμα. Οι κοινωνικοπολιτικές διεργασίες, βασισμένες στις κοινωνικές δομές, επέτρεψαν να διατηρηθεί η κυριαρχία της επαγγελματικής ιατρικής. Με τη σειρά της η ιατρική κυριαρχία συνέβαλε στη διαιώνιση των καπιταλιστικών και πατριαρχικών δομών επισκιάζοντας τις θεραπευτικές δραστηριότητες της θεσμοθετημένης φροντίδας υγείας. Θα μπορούσε να πει κανείς πως η σύγχρονη ιατρική είναι μια καπιταλιστική βιομηχανία που έχει ως σκοπό το κέρδος. Οι τεχνολογικές εξελίξεις καθοδηγούνται από τις πολυεθνικές που έχουν τα χρήματα και γενικότερα τους πόρους να διεξάγουν προωθημένη επιστημονική έρευνα, επομένως την κατευθύνουν σε τομείς που θα αποδώσει περισσότερα χρήματα ενώ ταυτόχρονα αρνούνται να επιτρέψουν τη χρήση των επιτευγμάτων της από μεγάλα τμήματα του πληθυσμού αν δεν πληρωθούν τα «πνευματικά δικαιώματα» που κατοχυρώνουν στις ανακαλύψεις τους. Το πιο χτυπητό και πρόσφατο παράδειγμα είναι η διένεξη μεταξύ των πολυεθνικών, που έχουν βρει φάρμακα για τη θεραπεία ή την ανακούφιση των ασθενών με AIDS, και των κυβερνήσεων φτωχών και υπερχρεωμένων αφρικανικών χωρών με μεγάλους αριθμούς ασθενών που χρειάζονται αυτά τα φάρμακα, αλλά δεν έχουν χρήματα να τα αποκτήσουν. Οι φαρμακευτικές εταιρίες, λοιπόν, στρέφονται νομικά εναντίον εκείνων των

---

<sup>71</sup> Sarah Nettleton, *ό.π.*,σελ.57

κυβερνήσεων που προσπαθούν να «αντιγράψουν» τα φάρμακα αυτά και να τα διανείμουν στους κατοίκους των χωρών τους με χαμηλό κόστος.

## 2. Η άνοδος της ΣΕΘ.

Απόρροια της κριτικής που ασκείται στην επιστημονική βάση της ιατρικής είναι και η αμφισβήτηση της ανωτερότητάς της σε σχέση με άλλες θεραπευτικές μεθόδους. Και η αμφισβήτηση δεν περιορίζεται στο χώρο των κοινωνιολόγων, καθώς όλο και περισσότεροι άνθρωποι επιλέγουν να ζητήσουν βοήθεια και τελικά να θεραπευτούν από εναλλακτικούς γιατρούς.. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Mike Saks, «οι περιορισμοί που η γενικά αρνητική ιατρική αντίδραση επέβαλλε στην εναλλακτική ιατρική μέχρι τα μέσα του εικοστού αιώνα έχει μετριαστεί... από την πρόσφατη ανάκαμψη του ενδιαφέροντος για τις ανορθόδοξες μορφές φροντίδας υγείας. Αυτή τροφοδοτήθηκε ιδιαίτερα στις δεκαετίες του 1960 και 1970 από την ανάπτυξη μιας ισχυρής αντικουλτούρας στη Δύση».<sup>72</sup>

Όπως, όμως, είπαμε και παραπάνω υπό τον τίτλο συμπληρωματική και εναλλακτική θεραπευτική στεγάζονται μέθοδοι και προσεγγίσεις που είναι εντελώς ανόμοιες μεταξύ τους. Μιλώντας με επιστημολογικούς όρους μπορούμε να αναφερθούμε στο κριτήριο της διαψευσιμότητας, που έθεσε ο φιλόσοφος Karl Popper, ως υπέρτατο κανόνα για την ένταξη μιας μεθόδου στο στερέωμα των εμπειρικών επιστημών. «Αυτός ο υπέρτατος κανόνας του Popper δηλώνει, ότι όλοι οι κανόνες της εμπειρικής μεθόδου “πρέπει να διατυπώνονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να μην προφυλάσσουν οποιαδήποτε εμπειρική πρόταση από τη διαψευσιμότητα”».<sup>73</sup> Δηλαδή μια μέθοδος, για να χαρακτηριστεί επιστημονική πρέπει να μπορεί να διαψευστεί από πειράματα ή παρατηρήσεις. Ενώ, λοιπόν, μπορούμε να ισχυριστούμε κάτι τέτοιο για θεραπείες που αποτελούν εναλλακτικά, ως προς τη βιοϊατρική, επιστημονικά μοντέλα (π.χ. ομοιοπαθητική, Οστεοπαθητική κ.ά., σε γενικές γραμμές αυτά που ο Σπ. Κυβέλλος εντάσσει στα εναλλακτικά συστήματα –βλ. αρχή δευτέρου κεφαλαίου), άλλες μέθοδοι όπου παρεισφρύουν ή κυριαρχούν στοιχεία θρησκευτικών, ή γενικότερα μεταφυσικών,

---

<sup>72</sup> Mike Saks, *Orthodox and Alternative Medicine – Politics, Professionalization and Health Care* (Sage, Λονδίνο 2005), 5.

<sup>73</sup> J. Losee, ό.π., 239· το απόσπασμα σε εισαγωγικά προέρχεται από το Karl Popper, *The Logic of Scientific Discovery* (Basic Books, Νέα Υόρκη 1959), 54.

αντιλήψεων προφανώς δεν πληρούν αυτό το κριτήριο διαψευσιμότητας, αφού βασίζονται στην πίστη του κάθε ατόμου στη συγκεκριμένη μέθοδο, οπότε αν δεν θεραπευτεί κάποιος οι θιασώτες αυτών των αντιλήψεων μπορούν κάλλιστα να ισχυρισθούν ότι δεν είχε αρκετή πίστη, επομένως δεν υπάρχει καμία δυνατότητα να αποδειχθεί λανθασμένη η συγκεκριμένη μέθοδος.

Με την έννοια της επιστημονικότητας σχετίζεται, χωρίς όμως να ταυτίζεται, η νομιμοποίηση μιας μεθόδου. Όπως αναφέρουν οι E. Willis και K. White «η έννοια της νομιμοποίησης, που αναπτύχθηκε αρχικά από τον εκ των θεμελιωτών της κοινωνιολογίας Μαξ Βέμπερ, έχει τελειοποιηθεί από τον κριτικό θεωρητικό της Σχολής της Φραγκφούρτης, Χάμπερμας. Αναφέρεται στη διαδικασία μέσω της οποίας ένα σύνολο πρακτικών γίνεται αποδεκτό ως έγκυρο και γίνεται ηγεμονικό. Ο E. Willis διακρίνει, όσον αφορά στις συμπληρωματικές κι εναλλακτικές θεραπευτικές, «διαφορετικούς τύπους νομιμοποίησης: κλινική, επιστημονική και πολιτική-νομική». «Η πολιτική-νομική νομιμοποίηση», αναφέρουν οι δύο ερευνητές, «αναφέρεται στην αποδοχή στην ευρύτερη κοινωνία γενικά και στο σύστημα υγείας ιδιαίτερα. Μπορεί να ειπωθεί ότι μια θεραπευτική μέθοδος έχει πολιτική-νομική νομιμοποίηση όταν η επαγγελματική της επικράτεια προστατεύεται με επίσημη καταχώριση, οι αμοιβές γι' αυτήν καλύπτονται από διάφορους οργανισμούς πληρωμών περιλαμβανομένων εθνικών συστημάτων ασφάλισης υγείας που χρηματοδοτούνται από το δημόσιο (όπου υπάρχουν), όσοι την εξασκούν εκπαιδεύονται εντός του υποστηριζόμενου από το δημόσιο συστήματος ανώτατης εκπαίδευσης και ούτω καθεξής».<sup>74</sup>

Οι δυο αυτοί συγγραφείς στη συμβολή τους στο συλλογικό τόμο *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine* ασχολούνται με τη σχέση μεταξύ της Βασισμένης σε Αποδείξεις Ιατρικής και της Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής Θεραπευτικής. Συνεχίζοντας λοιπόν θεωρούν ότι βάσεις της πολιτικής-νομικής νομιμοποίησης μπορούν να είναι η επιστημονική νομιμοποίησης (της οποίας ένα στοιχείο είναι οι μετρήσεις των μεθόδων της βασισμένης σε αποδείξεις ιατρικής) και η αντίστοιχη κλινική νομιμοποίηση (η οποία αφορά τη διάθεση των καταναλωτών να πληρώσουν για συγκεκριμένες υπηρεσίες). Το συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουν είναι

---

<sup>74</sup> Evan Willis και Kevin White, «Evidence-based medicine and CAM» στο Ph. Tovey, G. Easthope και J. Adams (επ.), ό.π., 58.

ότι η «ανάλυση της ιστορίας των υπηρεσιών υγείας δείχνει ότι, ως βάση για την πολιτική-νομική νομιμοποίηση, η κλινική νομιμοποίηση είναι περισσότερο σημαντική από την επιστημονική νομιμοποίηση». Φέρνουν, δε, ως παράδειγμα τη χειροπρακτική η οποία επιβίωσε και βρίσκεται πλέον στα όρια της πολιτικής-νομικής νομιμοποίησης, παρά την ιατρική εχθρότητα, «όχι εξαιτίας επιστημονικά αποδεκτών αποδείξεων αλλά εξαιτίας της συνεχιζόμενης κλινικής νομιμοποίησης: οι ασθενείς συνεχίζουν να προσέρχονται σε αρκετά μεγάλους αριθμούς επειδή βρίσκουν ανακούφιση από προβλήματα υγείας σχετιζόμενα με το μυοσκελετικό σύστημα». Κατόπιν οι δύο ερευνητές καταλήγουν σε παρόμοια συμπεράσματα για το βάρος των μετρήσεων της βασισμένης σε αποδείξεις ιατρικής για τη νομιμοποίηση τόσο της παραδοσιακής κινέζικης ιατρικής όσο και της φυσιοπαθητικής, αναφερόμενοι βέβαια πάντα στην Αυστραλία.<sup>75</sup>

Αν και οι μορφές της συμπληρωματικής και εναλλακτικής θεραπευτικής είναι εξαιρετικά ανόμοιες μεταξύ τους, εντούτοις μοιράζονται κάποια κοινά στοιχεία. Ενώ, λοιπόν, πολλές απ' αυτές συμμερίζονται μηχανιστικές αντιλήψεις για το ανθρώπινο σώμα, όπως κάνει και η κλασική ιατρική (π.χ. η αντίληψη ότι η κατάσταση όλων των οργάνων ή των συστημάτων του σώματος αντικατοπτρίζεται στην ίριδα του ματιού ή στο πέλμα του ποδιού), ένα βασικό στοιχείο που τις ενοποιεί και ταυτόχρονα τις διακρίνει από τη βιοϊατρική είναι η απόρριψη του δυϊσμού σώματος-πνεύματος και η έμφαση που δίνουν στην ενότητα όλων των ψυχοσωματικών στοιχείων καθώς και στην επίδραση μη βιολογικών παραγόντων στην υγεία του ανθρώπου. Έτσι οι περισσότεροι εναλλακτικοί γιατροί, και κυρίως οι ομοιοπαθητικοί, λαμβάνουν ένα πολύ εκτεταμένο ιστορικό του ασθενούς και ακολουθούν γενικά εξατομικευμένη θεραπεία.

Αυτή η διαδικασία συνδέεται με την αντίληψη της ατομικής ευθύνης για την υγεία που θεωρείται ότι υπάρχει στις συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες. Πολλές φορές στην κλασική ιατρική ο γιατρός θα εστιάσει στο συγκεκριμένο ζήτημα το οποίο αναφέρει ο ασθενής και μετά από μια σύντομη εξέταση θα εκφράσει μια διάγνωση και θα συνταγογραφήσει ένα είδος θεραπείας χωρίς άλλες ιδιαίτερες συμβουλές για τον τρόπο ζωής αλλά και χωρίς να επιδέχεται οποιαδήποτε αντίρρηση ή, έστω, αμφιβολία από την πλευρά του ασθενούς καθώς «η σχέση γιατρού-ασθενούς είναι ασύμμετρη...Οι

---

<sup>75</sup> E. Willis και K. White, «Evidence-based...» στο Ph. Tovey, G. Easthope και J. Adams (επ.), ό.π., 58-60.

επαγγελματίες αποκομίζουν την εξουσία τους από το θεσμοθετημένο τους κύρος και την παραδοχή της τεχνικής τους εξειδίκευσης»<sup>76</sup>. Αυτό βέβαια προκαλεί αντιδράσεις από την πλευρά του κοινού. Όπως καταγράφεται από τη S. Nettleton, η «Επιτροπή Λογιστικού Ελέγχου (Audit Commission) (1993), που εξέτασε την επικοινωνία μεταξύ γιατρών και ασθενών, βρήκε ότι “οι ασθενείς και οι συγγενείς τους συχνά δεν λαμβάνουν αρκετές πληροφορίες, η διαδικασία της επικοινωνίας αντιμετωπίζεται επιπόλαια και λαμβάνει χώρα σε μη φιλικό περιβάλλον”».<sup>77</sup>

Αντίθετα η εικόνα που συνήθως προβάλλουν όσοι εξασκούν μορφές συμπληρωματικής και εναλλακτικής θεραπευτικής είναι αυτή όπου ο ειδικός συζητά αρκετά με τον ασθενή, μαθαίνοντας αρκετά για τον τρόπο ζωής και συχνά δίνοντας συμβουλές για μεγάλες ή μικρές αλλαγές σ’ αυτόν τον τομέα. Η K. Hughes σημειώνει σχετικά πως «από αναλύσεις των συνεντεύξεων με εξασκούντες ΣΕΘ και ασθενείς/χρήστες/πελάτες ΣΕΘ, αναδεικνύεται μια κεντρική ένταση σχετικά με το βαθμό ευθύνης του ασθενούς/χρήστη/πελάτη για την κακή υγεία... Ειδικότερα, οι ασθενείς/χρήστες/πελάτες γίνονται αντιληπτοί, και αντιλαμβάνονται οι ίδιοι τους εαυτούς τους, ως κεντρικά εμπλεκόμενους τόσο στη διατήρηση της ίδιας τους της υγείας όσο και στις ασθένειες τους».<sup>78</sup> Βέβαια, σε κάποιο βαθμό, η ενδυνάμωση της ατομικής ευθύνης σχετίζεται με τον περιθωριακό ακόμη χαρακτήρα των συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπευτικών μεθόδων, γιατί μπορεί μεν να γνωρίζουν άνθιση αλλά ακόμη δεν αποτελούν την πιο συνηθισμένη επιλογή που είναι η συμβατική ιατρική. Με άλλα λόγια η προσφυγή στις μη κλασικές μεθόδους αποτελεί πιο συνειδητή επιλογή και δήλωση διάθεσης ανάληψης μεγαλύτερης ευθύνης για την υγεία του, από πλευράς του ασθενούς. Από την άλλη μεριά, όλο και περισσότερο συμβουλές για τρόπο ζωής ενσωματώνονται στην κλασική ιατρική αντιμετώπιση (π.χ. η αποφυγή του καπνίσματος ή συγκεκριμένες διατροφικές συνήθειες) που μπορεί να ειπωθεί ότι αποτελούν ένα είδος επίδρασης της εναλλακτικής ιατρικής στη βιοϊατρική. Παράλληλα, όμως, διαφαίνονται και τα όρια της ατομικής ευθύνης για την υγεία καθώς πολλοί νοσογόνοι παράγοντες όπως η ρύπανση του περιβάλλοντος ή το εργασιακό στρες βρίσκονται σε μεγάλο βαθμό εκτός των δυνατοτήτων επηρεασμού του καθενός από εμάς ξεχωριστά.

---

<sup>76</sup> S. Nettleton, ό.π., 193.

<sup>77</sup> S. Nettleton, ό.π., 203-204.

<sup>78</sup> K. Hughes, «Health as...» στο Ph. Tovey, G. Easthope και J. Adams (επ.), ό.π., 29.

Παράλληλα «όλο και περισσότερες δραστηριότητες εξετάζονται σε σχέση με την υγεία: για παράδειγμα, το περπάτημα, η ποδηλασία, η κατανάλωση παγωτού, το κάπνισμα, η χαλάρωση, οι διακοπές και χιλιάδες άλλες πλευρές αντιμετωπίζονται ως “σχετικές με την υγεία”. Η εμπορευματοποίηση της υγείας, η αντιμετώπισή της ως καταναλωτικό αγαθό καθώς και ο καταναλωτισμός γύρω από την υγεία και τους υγιεινούς τρόπους ζωής (*lifestyle*), είναι φαινόμενα μιας, ολοένα και περισσότερο, υγιεινιστικής (*healthistic*) κοινωνίας».<sup>79</sup> Σαφές δείγμα αυτής της τάσης είναι ο αυξανόμενος αριθμός περιοδικών που κυκλοφορούν κι αφορούν την υγεία (*Forma, Vita,...*). Η άνοδος αυτής της καταναλωτικής αντίληψης για την υγεία ευνοεί σαφώς τις συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες, καθώς το προηγούμενο αυστηρά δομημένο μοντέλο αρχίζει να χαλαρώνει κι επιτρέπει στον ασθενή/χρήστη/πελάτη (σύμφωνα με το χαρακτηρισμό της K.Hughes, παραπάνω) να έχει μεγαλύτερη δυνατότητα επιλογών. Η M.Goldner αναλύει ως ιδιαίτερα θετική αυτή την εμπειρία. «Οι καταναλωτές», γράφει, «έχουν παίξει σπουδαίο ρόλο εντός του κινήματος της ΣΕΘ. Αποτέλεσαν αναπόσπαστο κομμάτι αυτού του κινήματος βάσης, δεδομένης της σπανιότητας εθνικών ηγετών και τυπικών οργανώσεων κοινωνικού κινήματος που θα μπορούσαν να το καθοδηγήσουν, όπως επίσης και του ότι στις ΗΠΑ κυριαρχεί ένα σύστημα φροντίδα υγείας βασισμένο στην αγορά. Οι ακτιβιστές χρησιμοποιούν διάφορες μορφές ΣΕΘ, λένε στους φίλους τους να χρησιμοποιήσουν ΣΕΘ, ζητούν από τους γιατρούς τους να είναι ανοικτοί σ’ αυτές τις τεχνικές και απαιτούν ασφαλιστική κάλυψη. Αν και αυτές είναι ατομικές πράξεις, οι καταναλωτές πιστεύουν ότι συμμετέχουν σε μια μορφή ακτιβισμού. Αισθάνονται συνδεδεμένοι μ’ ένα ευρύτερο κίνημα, δεδομένης της κοινής ιδεολογίας, τακτικής και στόχων. Οι καταναλωτές εξασκούν μια συλλογική επίδραση που είναι πολιτική, όχι απλώς ιατρική».<sup>80</sup> Η προσφυγή στη ΣΕΘ επίσης μπορεί να συνδεθεί με κάποια ταξικά χαρακτηριστικά, καθώς μπορούμε να ισχυρισθούμε ότι η αλλαγή στον τρόπο ζωής και η χρήση βοτάνων ή απλών σχετικά σκευασμάτων είναι σχετικά φθηνότερη από τα κλασικά φάρμακα ή τις, ακόμα κι απλές, χειρουργικές επεμβάσεις. Όμως και η M. Goldner, συνειδητοποιεί ότι ο καταναλωτισμός κρύβει και κινδύνους για τη ΣΕΘ, καθώς αναφέρει σχετικά «οι καταναλωτές μπορεί να

---

<sup>79</sup> S. Nettleton, *ό.π.*, 67.

<sup>80</sup> Melinda Goldner, «Consumption as activism – An examination of CAM as part of the consumer movement in health», στο Ph. Tovey, G. Easthope και J. Adams (επ.), *ό.π.*, 18-19.

τροφοδότησαν την αυξανόμενη αποδοχή της ΣΕΘ, όμως τα θεαματικά μοντέλα κατανάλωσής τους είναι δυνατό να οδηγήσουν στην εμπορευματοποίηση που μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για το κίνημα... Υπάρχει επίσης η πιθανότητα ότι τα ζητήματα ισότητας και πρόσβασης θα χειροτερέψουν καθώς η εμπορευματοποίηση εντείνεται».<sup>81</sup>

Αυτή η εμπορευματοποίηση, όμως, είναι πλέον γεγονός, τουλάχιστον για κάποιες χώρες. «Στην Αυστραλία», για παράδειγμα, «το 1993, οι υπηρεσίες ΣΕΘ είχαν τζίρο περίπου 480 εκ. δολάρια Αυστραλίας... Σχεδόν μια δεκαετία αργότερα, οι καταναλωτές ξόδευαν πάνω από 1,2 δισ. δολάρια Αυστραλίας το χρόνο μόνο στην κινέζικη ιατρική και 800 εκ. δολάρια Αυστραλίας το χρόνο σε προϊόντα φυσικών συμπληρωμάτων/ Στην πραγματικότητα, οι Αυστραλοί ξοδεύουν σχεδόν τα διπλάσια σε φάρμακα ΣΕΘ απ' ότι σε ορθόδοξα φαρμακευτικά σκευάσματα, γεγονός που έχει μικρή διαφορά από τις ΗΠΑ όπου οι καταναλωτές ξοδεύουν παρόμοια σε εναλλακτικά και κατεστημένα προϊόντα» (στην Αυστραλία το κρατικό σύστημα υγείας αποζημιώνει μόνο για τα κλασικά φάρμακα, ενώ στις ΗΠΑ κυριαρχεί γενικά η λογική της αγοράς).<sup>82</sup> Στο ίδιο άρθρο τονίζεται ότι, στην Αυστραλία, οι μεγάλες φαρμακευτικές βιομηχανίες έχουν εισχωρήσει στο χώρο της ΣΕΘ με εξαγορές, θυγατρικές, κ.λ.π.

Παράλληλα η άνθιση της ΣΕΘ συμπίπτει και με μια γενικότερη τάση εμπορευματοποίησης της φροντίδας υγείας. «Η επαναδόμηση των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει νέες συλλογικές διαδικασίες στρατηγικού σχεδιασμού, την επιβολή ορίων στα κονδύλια, δείκτες απόδοσης, υποχρεωτική υποβολή προσφορών για την εξασφάλιση συμβολαίων, μείωση των εξόδων μέσω της μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας, την ανάθεση-παραχώρηση προβλεπόμενων από το νόμο υπηρεσιών, την ευρύτερη χρήση τεχνικών της αγοράς και των σχέσεων με τον καταναλωτή, την αμφισβήτηση της επαγγελματικής κυριαρχίας και την καλλιέργεια επιχειρηματικών πολιτιστικών προτύπων... Οι αρχές της αγοράς ενσωματώθηκαν στο σύστημα με τη μορφή μιας εσωτερικής αγοράς, η οποία επιτρέπει την πώληση και την αγορά φροντίδας υγείας».<sup>83</sup> Ο όρος «επαναδόμηση» ακούγεται ωραίος, αλλά σύμφωνα με κριτικές φωνές, που πληθαίνουν τον τελευταίο καιρό, πρόκειται περισσότερο για «αποδόμηση» του κράτους

---

<sup>81</sup> M. Goldner, «Consumption...», στο Ph. Tovey, G. Easthope και J. Adams (επ.), ό.π., 21-22.

<sup>82</sup> Fran Collyer, «The corporatisation and commercialisation of CAM», στο Ph. Tovey, G. Easthope και J. Adams (επ.), ό.π., 84.

<sup>83</sup> S. Nettleton, ό.π., 290.



πρόνοιας, καθώς η μετάβαση από το πατερναλιστικό στο πλουραλιστικό σύστημα φροντίδας υγείας δίνει την ευκαιρία για μείωση της δημόσιας φροντίδας υγείας και μεγαλύτερη εμπορευματοποίηση αυτού του τομέα.

Δείγμα του πόσο γρήγορα προχωράει η εμπορευματοποίηση στον τομέα της υγείας είναι το σύγχρονο lifestyle πρότυπο της ευεξίας, το οποίο δεν ταυτίζεται με τη χρήση συμπληρωματικών κι εναλλακτικών θεραπευτικών μεθόδων, αλλά μέσα στο κλίμα του οποίου αναπτύσσονται περισσότερο αυτές οι μέθοδοι. Όπως αναφέρει ο συγγραφέας best-seller βιβλίων management P.Z. Pilzer: «Ο αναπτυσσόμενος κλάδος της ευεξίας περιλαμβάνει σήμερα μερικές από τις παρακάτω επιχειρηματικές δραστηριότητες: Βιταμίνες· διατροφικά συμπληρώματα· προϊόντα και υπηρεσίες περιποίησης του δέρματος· αισθητική πλαστική χειρουργική· εθελοντική χειρουργική οφθαλμών (διόρθωση μυωπίας με μικροχειρουργική ή laser)· αισθητική δερματολογία· γενετική μηχανική (επιλογή φύλου και ενίσχυση γονιμότητας)· αισθητική και διορθωτική οδοντιατρική (θήκες, εμφυτεύματα)· προληπτική ιατρική· λογαριασμούς ασφάλισης υγείας· ασφάλισης υγείας με μεγάλη έκπτωση (ευεξίας)· γυμναστήρια (και γυμναστές)· εξοπλισμός αθλητικός και γυμναστηρίων· εθελοντική φαρμακευτική αγωγή: Viagra (για την ανικανότητα), Rogaine (για την ανάπτυξη των μαλλιών)· προϊόντα υγιεινής διατροφής· εστιατόρια υγιεινής διατροφής· προϊόντα για μείωση του βάρους. Αν και οι περισσότερες από αυτές τις επιχειρηματικές δραστηριότητες δεν υπήρχαν σε οικονομικά σημαντικό επίπεδο πριν από δύο ή τρεις δεκαετίες, μέχρι το 2002 ο κύκλος εργασιών τους έφτασε τα 200 δισ. δολ. περίπου».<sup>84</sup> Αν και όπως φαίνεται από την απαρίθμηση πολλές από τις επιχειρηματικές αυτές δραστηριότητες ανήκουν στο χώρο των τεχνολογιών της βιοϊατρικής, άλλες συνδέονται με τη σημασία στη διατροφή και τον τρόπο ζωής που γενικά προωθεί η ΣΕΘ. Εδώ πλέον η έννοια του πλουραλισμού εξυπηρετεί απλώς την αύξηση των κερδών.

Επιπλέον ο ίδιος συγγραφέας σημειώνει, πολύ χαρακτηριστικά, παρακάτω: «Όλοι οι επιχειρηματίες της ευεξίας είναι απαραίτητο να καταλάβουν τη σχέση μεταξύ της ευεξίας και τη θρησκείας, προκειμένου να είναι σε θέση να παρακινήσουν καλύτερα του πελάτες τους στην επιλογή και στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Επιπλέον,

---

<sup>84</sup> Paul Zanie Pilzer, “Η νέα επανάσταση της ευεξίας – Κερδίστε μια περιουσία από την επόμενη αγορά των δισεκατομμυρίων” ,Κλειδάριθμος, Αθήνα 2007, σελ.53.

μερικοί επιχειρηματίες της ευεξίας μπορεί να θέλουν να συνδυάσουν τη διάδοση της ευεξίας μέσω της εκκλησίας τους με τη δραστηριότητά τους στην κερδοσκοπική επιχείρησή τους της ευεξίας». <sup>85</sup> Εδώ, λοιπόν, θρησκεία, χρήμα και υγεία διαπλέκονται μ' έναν κλασικά νεοφιλελεύθερο μεταμοντέρνο τρόπο. Κι όπως είδαμε στο τρίτο κεφάλαιο πολλές από τις συμπληρωματικές κι εναλλακτικές θεραπείες συνδυάζονται με θρησκευτικές ή έστω μεταφυσικές παραδοχές. Άλλωστε γενικά η περίοδος της ύστερης νεωτερικότητας χαρακτηρίζεται από πλουραλισμό και εξάπλωση όλων των ειδών του ανορθολογισμού (παραψυχολογικά φαινόμενα, μαντείες, αστρολογία, μαγεία, θαύματα κ.λπ.). Παράλληλα αυτή η εξάπλωση δημιουργεί μια ιδιαίτερα κερδοφόρα κι αναπτυσσόμενη αγορά.

Στο χώρο της υγείας και της ασθένειας, λοιπόν, υπάρχει ο κίνδυνος οι εναλλακτικές λύσεις –που προτάθηκαν εξαιτίας της κριτικής προς το βιοϊατρικό μοντέλο για επιβολή του επιστημονικού πατερναλισμού και προώθηση του κέρδους των μεγάλων επιχειρήσεων– να καταλήξουν σε καταστάσεις που θα επιβάλλουν ένα μεταφυσικό-ανορθολογικό πατερναλισμό (ο οποίος δεν μπορεί να αποδειχτεί λανθασμένος, σύμφωνα με το κριτήριο διαψευσσιμότητας στο οποίο αναφερθήκαμε στην αρχή αυτού του κεφαλαίου) και να προωθούν πάλι την κερδοφορία των μεγάλων επιχειρήσεων (παλιών και καινούργιων). Επίσης, παρατηρείται η τάση που αποκαλείται ολοκληρωμένη, περιεκτική (integrative) ιατρική που παίρνει δύο μορφές. Στην πρώτη οι «εναλλακτικές θεραπείες έχουν ενταχθεί στην ιατρική ορθοδοξία, χωρίς να υπονομεύουν τα φιλοσοφικά της θεμέλια... Ένα καλό παράδειγμα είναι ο βελονισμός, τον οποίο οι γιατροί πρωτίστως χρησιμοποιούν σαν αναλγητικό στη βάση ορθόδοξων νευροφυσιολογικών εξηγήσεων του *modus operandi* του». <sup>86</sup> Στην άλλη περίπτωση πρόσωπα που εξασκούν «ΣΕΘ εντάσσονται στα συμβατικά κέντρα υγείας (οι πιο δημοφιλείς ΣΕΘ γι' αυτό το είδος της ολοκλήρωσης φαίνεται να είναι η χειροπρακτική, η φυσιοπαθητική, ο μη ιατρικός βελονισμός και οι θεραπευτικές με χρήση μασάζ)». <sup>87</sup>

---

<sup>85</sup> P.Z. Pilzer, ό.π., 256.

<sup>86</sup> M. Saks, ό.π., 119.

<sup>87</sup> Ian Coulter, «Integration and paradigm clash – The practical difficulties of integrative medicine» στο Ph. Tovey, G. Easthope και J. Adams (επ.), ό.π., 105.

## 5<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### 1. Γιατί οι ασθενείς επιλέγουν ΣΕΘ;

Η παγκόσμια αύξηση του ενδιαφέροντος για τη χρήση της Συμπληρωματικής-Εναλλακτικής Θεραπευτικής αποτέλεσε κίνητρο πολλών ερευνητών να ασχοληθούν με το θέμα. Κυριαρχούν διάφορες υποθέσεις για τους λόγους που η ΣΕΘ ασκεί έλξη στην εποχή μας. Πολλοί συγγραφείς, κυρίως κοινωνιολόγοι, έχουν προτείνει ποικίλες εξηγήσεις για την αυξημένη δημοτικότητα της ΣΕΘ:

Οι *Williams & Calnan (1996)* σημειώνουν πως οι άνθρωποι γενικά ζουν περισσότερο και σε ελεύθερο από πόνο περιβάλλον, ωστόσο υπάρχει αυξημένη αμφιθυμία για την μοντέρνα τεχνολογική ιατρική που χρησιμοποιεί μέσα όπως οι χειρουργικές μεταμοσχεύσεις, οι νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής και η χρήση μοντέρνων φαρμάκων. Η συμβατική ιατρική είναι ταυτόχρονα μια πηγή ελπίδας και απόγνωσης και η ισορροπία μεταξύ εμπιστοσύνης και αμφιβολίας είναι πολύ ευαίσθητη. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν πως υπάρχει σημαντική απόσταση μεταξύ της μοντέρνας ιατρικής και του «κοινού». Το «κοινό» αποκτά μεγαλύτερη τεχνολογική γνώση που τους καθιστά μορφωμένους και απαιτητικούς καταναλωτές. «...σ' αυτόν τον κόσμο των αβέβαιων καιρών ένα πράγμα παραμένει ξεκάθαρο: δηλαδή ότι το κοινό δεν αποτελείται από καταναλωτές απλά παθητικούς ή ενεργητικούς, εξαρτημένους ή ανεξάρτητους, πιστούς ή σκεπτικιστές αλλά μάλλον πρόκειται για ένα μίγμα όλων αυτών (και ακόμη περισσότερων)».<sup>88</sup>

Η *Cassileth (1998)* πιστεύει πως η δημοτικότητα μιας συγκεκριμένης θεραπείας έχει να κάνει, εν μέρει, με το πόσο λειτουργεί και ταιριάζει στο κοινωνικο-πολιτιστικό πλαίσιο της εποχής. Υποστηρίζει πως υπάρχουν πέντε υποβόσκουσες κοινωνικές τάσεις που καθιστούν πιο δημοφιλείς συγκεκριμένες μεθόδους θεραπείας:

- Ποικίλα κινήματα για τα δικαιώματα (συμπεριλαμβανομένων των δικαιωμάτων των ασθενών)

---

<sup>88</sup> Merrijoy Kelner, Beverly Wellman, Bernice Pescosolido, Mike Saks, "Complementary and Alternative Medicine-Challenge and Change", Routledge, London 2003, σελ. 64

- Κινήματα καταναλωτών που μετατοπίζουν τους ασθενείς από ένα εξαρτημένο ρόλο σε ένα περισσότερο συνεργατικό / ενεργητικό ρόλο καταναλωτή που παίρνει την ευθύνη για την υγεία του.
- Το κίνημα της ολιστικής ιατρικής
- Έμφαση στην αυτοφροντίδα και την υγεία.
- Δυσaráσκεια και έλλειψη εμπιστοσύνης στην Συμβατική Ιατρική <sup>89</sup>

Ο *Bakx (1991)* κάνει μια κοινωνικο-πολιτική ανάλυση της δημοτικότητας της ΣΕΘ, σύμφωνα με την οποία, η κρίση της βιοιατρικής, οι αλλαγές στον ανεπτυγμένο καπιταλισμό που μετακινείται από μια φορντική σε μια μεταφορντική φάση με μια συνακόλουθη άνοδο της επιρροής των καταναλωτών στην παραγωγή, και η αφύπνιση σχετικά με «πράσινα» θέματα είναι όλα κομμάτι της ανάπτυξης μιας μεταμοντέρνας οικονομίας και κοινωνίας. Κατά συνέπεια διάφορες κοινωνικές δυνάμεις έχουν αυξήσει τόσο την δυσaráσκεια απέναντι στη βιοιατρική όσο και το πολιτιστικό χάσμα μεταξύ γιατρών και ασθενών.<sup>90</sup>

Η *Rosemary Taylor (1985)* εστιάζει στην σχέση γιατρού – ασθενή και στη φύση της σχέσης μεταξύ θεραπευτή και πελάτη που προσφέρει το εναλλακτικό σύστημα. Υποστηρίζει πως η επιστημονική ιατρική βλέπει το ανθρώπινο σώμα σαν μηχανή που χρειάζεται επισκευή. Αντιμετωπίζει τους ασθενείς σαν περιπτώσεις που δεν πρέπει να απασχολούν τον γιατρό με τα προσωπικά τους συναισθήματα και εμπειρίες. Για την Taylor ο συμβατικός γιατρός είναι δάσκαλος ενώ ο εναλλακτικός είναι θεραπευτής. Η Taylor δίνει διάφορες εξηγήσεις για την άνοδο της ΣΕΘ. Πρώτον, μια αλλαγή στο πολιτιστικό κλίμα. Έπειτα, η ιατρική δεν έχει αλλάξει και εξακολουθεί να στοχεύει στο να αποκαθιστά τους ανθρώπους στην παραγωγική διαδικασία. Τρίτον, η δημοτικότητα των εναλλακτικών μορφών θεραπείας αυξάνεται ή μειώνεται ανάλογα με τις επιτυχίες και αποτυχίες της συμβατικής ιατρικής. Τέλος, ο φόβος για ιατρογενείς νόσους που μπορεί να προκληθούν από την ιατρική παρέμβαση και τα φάρμακα που ενώ προορίζονται να θεραπεύσουν, συχνά επιδεινώνουν το πρόβλημα.

---

<sup>89</sup> Merrijoy Kelner, Beverly Wellman, Bernice Pescosolido, Mike Saks, "Complementary and Alternative Medicine-Challenge and Change", Routledge, London 2003, σελ. 65.

<sup>90</sup> Keith Bakx, "The 'eclipse' of folk medicine in western society", *Sociology of Health & Illness*, Vol. 13 No.1 1991 ISSN 0141-9889.

Ωστόσο, υποστηρίζει πως η δυσαρέσκεια για την Συμβατική Ιατρική λόγω των αποτυχιών, του κόστους και της άνισης πρόσβασης δεν είναι ο μόνος λόγος που οδήγησε στην άνοδο της ΣΕΘ καθώς δεν εξηγεί το πρόσφατο ενδιαφέρον, αφού το κόστος και η πρόσβαση είναι μόνιμα προβλήματα. Σύμφωνα μ' αυτή την άποψη, είναι *ταυτόχρονα* η δυσαρέσκεια για την συμβατική ιατρική και η έλξη για την εναλλακτική θεραπευτική που φαίνεται να εξηγεί καλύτερα το φαινόμενο. Η άνθιση και πτώση των διαφορετικών θεραπευτικών συστημάτων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την μεταβαλλόμενη φύση του ιατρικού χώρου.

Για την Taylor η ιατρική είναι βασικά μια επαγγελματική σχέση. Η μοίρα της ΣΕΘ καθορίζεται όχι τόσο από την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα των μεθόδων της, αλλά μάλλον από την απροθυμία ή την ανικανότητα των συμβατικών γιατρών να προσφέρουν αυτό που θέλει ο μοντέρνος ασθενής.<sup>91</sup>

**Ο J. Astin (1998)** προτείνει τρεις κυρίαρχες εξηγήσεις:

- *Απογοήτευση από τη συμβατική ιατρική*: Είναι λογικό να σκεφτεί κανείς πως το αυξανόμενο ενδιαφέρον για τις διάφορες εναλλακτικές μορφές θεραπείας προκύπτει, εν μέρει, από αρνητικές αντιλήψεις και εμπειρίες από τη Συμβατική Ιατρική.
- *Επιθυμία για προσωπικό έλεγχο*: Η άνθιση των πρακτικών ΣΕΘ μπορεί να συνδεθεί με την ανάγκη για μεγαλύτερη προσωπική αυτονομία και έλεγχο από την πλευρά των ασθενών. Αυτό φαίνεται από το μεγάλο αριθμό εναλλακτικών θεραπειών (π.χ. χαλάρωση, βοτανοθεραπεία, ομάδες αυτοβοήθειας κτλ) που δεν βασίζονται τόσο στις επαγγελματικές αρχές και έτσι ασκούν έλξη σε άτομα που επιθυμούν μεγαλύτερη αυτονομία ως προς τη λήψη αποφάσεων σε θέματα υγείας.
- *Φιλοσοφική και ιδεολογική συμβατότητα*: Οι άνθρωποι έλκονται από τις εναλλακτικές θεραπείες γιατί θεωρούν πως είναι περισσότερο συμβατές με τη δική τους κοσμοθεώρηση, με την πνευματική και θρησκευτική φιλοσοφία τους, με τις πεποιθήσεις τους όσον αφορά την υγεία και την ασθένεια.<sup>92</sup>

---

<sup>91</sup> Merrijoy Kelner, Beverly Wellman, Bernice Pescosolido, Mike Saks, "Complementary and Alternative Medicine-Challenge and Change", Routledge, London 2003,σελ. 66-67

<sup>92</sup> Ο.π., σελ. 101-105

## 2. Σχετικές έρευνες

Αξιίζει ν' αναφερθούν κάποιες μελέτες με αντικείμενο τις πεποιθήσεις και τα κίνητρα των χρηστών ΣΕΘ, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε διαφορετικές χώρες με διαφορετικούς πληθυσμούς και μεθόδους και είχαν ωστόσο παρόμοια αποτελέσματα:

► Η *Thomas(1991)* και οι ιατρικοί της συνεργάτες στο Ηνωμένο Βασίλειο επιδίωξαν συγκεκριμένα ν' ανακαλύψουν μήπως οι ασθενείς ΣΕΘ έστρεψαν την πλάτη τους στην συμβατική ιατρική. Η πλειοψηφία των ασθενών σ' αυτό το δείγμα (64%) δήλωσε πως είχε ακολουθήσει συμβατική θεραπεία για το κύριο πρόβλημα υγείας από γιατρό ή νοσοκομειακό ειδικό πριν δεχτεί θεραπεία ΣΕΘ. Μόλις το ένα τέταρτο αυτών συνέχισαν τη συμβατική θεραπεία ταυτόχρονα με τη θεραπεία ΣΕΘ. Το υπόλοιπο 36% δεν αναζήτησε καμία συμβατική ιατρική θεραπεία αλλά δέχτηκε συμβουλή από γιατρό για την κατάστασή του, ο οποίος μπορεί να πρότεινε κάποια θεραπεία ΣΕΘ. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι στο 3% των ασθενών έγινε σύσταση από τον θεραπευτή ΣΕΘ που συμβουλευόταν τότε, να επισκεφθεί γιατρό. Βασισμένη στα ευρήματα της έρευνας, η Thomas απέρριψε την άποψη ότι οι ασθενείς που αναζητούν θεραπευτές ΣΕΘ δεν καταλαβαίνουν ή δεν εκτιμούν τα οφέλη της συμβατικής ιατρικής ή ότι η αυξημένη δημοτικότητα της ΣΕΘ αντιπροσωπεύει μια «πήση μακριά από την επιστήμη». Αυτή και οι συνεργάτες της προτείνουν πως η ΣΕΘ δεν έχει αισθητά μεγαλύτερη ζήτηση από τις υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας, εν μέρει εξαιτίας του περιορισμένου εύρους των προβλημάτων που αντιμετωπίζει και της κλίμακας παροχής φροντίδας, αλλά κυρίως επειδή οι ασθενείς δεν έχουν γυρίσει την πλάτη τους στην συμβατική ιατρική φροντίδα. Η ΣΕΘ είναι γενικώς συμπλήρωμα παρά υποκατάστατο της συμβατικής ιατρικής και αυτό είναι εύρημα που είχαν όλοι οι ερευνητές πάνω σ' αυτό το ζήτημα.

► Ο *Ernst (1995)* ρώτησε τρεις ομάδες καθημερινών ιατρικών ασθενών (68 Αυστριακούς, 89 Βρετανούς και 54 Γερμανούς) για ποιο λόγο πίστευαν ότι «οι άνθρωποι αναζητούν θεραπεία σε εναλλακτικές μεθόδους όπως ο βελονισμός, η ομοιοπαθητική και η χειροπρακτική». Συμπέρανε, πρώτον, πως η απογοήτευση από την συμβατική ιατρική δεν αποτελεί τον πιο σημαντικό λόγο για επιλογή της ΣΕΘ. Ένα πιο θετικό κίνητρο (π.χ. να δοκιμάσουν όλες τις δυνατότητες επιλογής που παρέχει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης) μάλλον παίζει σημαντικό ρόλο. Δεύτερον, σημείωσε πως λίγοι ασθενείς είναι ενάντιοι της ΣΕΘ.

► Οι *Vincent και Furnham (1996)* ρώτησαν περισσότερους από 250 ασθενείς από τρεις μεθόδους ΣΕΘ – βελονισμό, οστεοπαθητική και ομοιοπαθητική- να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο εκτιμώντας 20 πιθανούς λόγους για την αναζήτηση εναλλακτικής θεραπείας. Οι λόγοι που επιδοκιμάστηκαν πιο έντονα ήταν:

- γιατί εκτιμώ την έμφαση στην θεραπεία του συνόλου στον άνθρωπο
- γιατί πιστεύω πως η εναλλακτική θεραπεία θα είναι πιο αποτελεσματική για το πρόβλημά μου από την ορθόδοξη ιατρική
- γιατί πιστεύω πως η εναλλακτική ιατρική θα μου επιτρέψει να πάρω ένα πιο ενεργό ρόλο στη διατήρηση της υγείας μου
- γιατί η συμβατική θεραπεία δεν ήταν αποτελεσματική

Πέντε παράγοντες προσδιορίστηκαν κατά σειρά σπουδαιότητας:

- Μια θετική αξιολόγηση της εναλλακτικής θεραπείας.
- Η αναποτελεσματικότητα της συμβατικής θεραπείας για την ασθένειά τους.
- Ανησυχία για τις δυσμενείς παρενέργειες της συμβατικής ιατρικής.
- Ανησυχία για την επικοινωνία με τους γιατρούς
- Η διαθεσιμότητα της εναλλακτικής ιατρικής.

Προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα: Οι λόγοι των ασθενών της οστεοπαθητικής υπέδειξαν πως τους απασχολούσε λιγότερο το ζήτημα των παρενεργειών της συμβατικής ιατρικής και πως επηρεάζονταν περισσότερο από την διαθεσιμότητα της οστεοπαθητικής για το πρόβλημά τους. Οι ασθενείς της ομοιοπαθητικής ήταν περισσότερο επηρεασμένοι από την αναποτελεσματικότητα της ιατρικής στα προβλήματα υγείας τους, γεγονός που συνδέεται με την χρονιότητα των ασθενειών τους.

Τρεις από τους παράγοντες έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων ασθενών. Οι ασθενείς του βελονισμού και της ομοιοπαθητικής φαίνονταν περισσότερο «εκνευρισμένοι» από τις πιθανές παρενέργειες της ιατρικής από την ομάδα της οστεοπαθητικής. Αυτό οφείλονταν πιθανώς στη φύση των προβλημάτων υγείας που παρουσίαζαν και στη χρήση φαρμάκων που πρότειναν οι γιατροί τους. Μια δεύτερη διαφορά μεταξύ των ομάδων έδειξε πως οι ασθενείς της οστεοπαθητικής θεωρούσαν την διαθεσιμότητα της θεραπείας τους πιο σημαντική σε σύγκριση με τις άλλες δύο ομάδες. Ο τελευταίος παράγοντας που αναφέρονταν στην αναποτελεσματική φύση της

συμβατικής ιατρικής, τονίστηκε ιδιαίτερα από την ομάδα της ομοιοπαθητικής που μπορεί να έχει ασθένειες ανθεκτικές στην συμβατική θεραπεία.

► Οι *Kelner και Wellman (1997)* πήραν συνέντευξη από 300 συνολικά Καναδούς ασθενείς 5 διαφορετικών μεθόδων, δηλαδή ασθενείς που απευθύνονται σε οικογενειακούς γιατρούς, σε χειροπρακτικούς, βελονιστές, φυσιοθεραπευτές και θεραπευτές Ρέικι. Ανήκαν σε πολύ διαφορετικές δημογραφικές ομάδες. Συνολικά, οι ασθενείς ΣΕΘ, σε σύγκριση με τους ιατρικούς ασθενείς, ανήκαν οι περισσότεροι στο γυναικείο φύλο, ήταν μορφωμένοι, εργαζόμενοι, σχετικά εύποροι και αγνωστικιστές. Οι ασθενείς πήγαν σε διαφορετικούς ειδικούς για διαφορετικά πράγματα: στο Χειροπρακτικό για μυοσκελετικά προβλήματα, στον συμβατικό γιατρό για καρδιαγγειακά προβλήματα και στον ειδικό του Ρέικι για συναισθηματικά ζητήματα. Τέσσερις ασθενείς που απευθύνθηκαν σε ειδικούς ΣΕΘ ήταν επίσης πολύ συχνοί ασθενείς συμβατικών ιατρών. Πράγματι όλοι οι ασθενείς ήταν χρήστες πολλαπλών θεραπευτικών μεθόδων. Οι ασθενείς των χειροπρακτικών διέφεραν περισσότερο γιατί αναζητούσαν θεραπεία σε πολύ συγκεκριμένα προβλήματα. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές τονίζουν: «Οι εναλλακτικές θεραπείες ακμάζουν παράλληλα με τη συμβατική ιατρική. Αυτό που βλέπουμε εδώ είναι ένα πλουραλιστικό και συμπληρωματικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στο οποίο οι ασθενείς επιλέγουν το είδος του επαγγελματία που πιστεύουν πως είναι σε θέση να βοηθήσει καλύτερα στο ιδιαίτερο πρόβλημά τους. Αυτό που δεν βλέπουμε είναι η απόφαση για το είδος του επαγγελματία που θεωρούν κατάλληλο να απευθυνθούν για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας.»<sup>93</sup>

► Μια άλλη αμερικάνικη έρευνα (*Eisenberg, 1997*) που αξίζει ν' αναφερθεί έχει θέμα «*Αντιλήψεις για Συμπληρωματικές Θεραπείες σχετικές με Συμβατικές Θεραπείες, μεταξύ ενηλίκων που χρησιμοποιούν και τις δύο-Αποτελέσματα μιας Εθνικής Έρευνας*». Σκοπός ήταν να ερευνηθούν αντιλήψεις για τις θεραπείες ΣΕΘ μεταξύ ατόμων που χρησιμοποιούν ΣΕΘ αλλά και Συμβατικές θεραπείες. Συμμετείχαν 831 ενήλικες που επισκέφτηκαν συμβατικό γιατρό και χρησιμοποίησαν θεραπείες ΣΕΘ το 1997. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως:

---

<sup>93</sup> Merrijoy Kelner, Beverly Wellman, Bernice Pescosolido and Mike Saks, *Complementary and Alternative Medicine-Challenge and Change*, Routledge, London 2003, σελ. 72.



- το 79% θεωρεί πως ο συνδυασμός των δύο είναι ανώτερος απ' ότι το κάθε θεραπευτικό σύστημα από μόνο του.
- από τους 411 που επισκέφτηκαν και συμβατικό γιατρό και θεραπευτή ΣΕΘ, το 70% πήγε πρώτα στον συμβατικό γιατρό ενώ το 15% πήγε πρώτα στο θεραπευτή ΣΕΘ
- όσον αφορά στο βαθμό εμπιστοσύνης στο θεραπευτή ΣΕΘ έναντι του συμβατικού γιατρού, δεν βρέθηκε ουσιαστική διαφορά.

Από τους 507 ερωτώμενους που ανέφεραν τους λόγους που δεν γνωστοποίησαν στο συμβατικό γιατρό ότι κάνουν χρήση ΣΕΘ, προέκυψαν οι εξής λόγοι:

- δεν ήταν σημαντικό να το γνωρίζει ο γιατρός 61%
- ο γιατρός δεν θα είναι ενημερωμένος περί ΣΕΘ 31%
- δεν ρώτησε ποτέ 60%
- δεν θα καταλάβαινε 20%
- ο γιατρός θα το απέρριπτε 14%
- ο γιατρός θα έπαυε τη συνεργασία 2%

Οι ερευνητές συμπέραναν πως τα στοιχεία της Εθνικής Έρευνας δεν υποστηρίζουν την άποψη πως η χρήση της Συμπληρωματικής- Εναλλακτικής Θεραπευτικής στις Ηνωμένες Πολιτείες δείχνει πρωτίστως την δυσαρέσκεια με τη συμβατική φροντίδα υγείας. Οι ενήλικες που χρησιμοποιούν και τα δύο θεραπευτικά συστήματα φαίνονται να τα εκτιμούν αμφοτέρωθεν, ενώ τους απασχολεί λιγότερο η αποδοκιμασία του συμβατικού γιατρού απ' ότι η ανικανότητά του να κατανοήσει ή να ενσωματώσει μεθόδους ΣΕΘ στην πρακτική του.<sup>94</sup>

► Κρίθηκε σημαντικό να αναφερθεί μια έρευνα με τίτλο «*Γιατί οι ασθενείς χρησιμοποιούν Εναλλακτική Ιατρική - Αποτελέσματα μιας Εθνικής Έρευνας*» ( **John A.Astin, 1998**). Η έρευνα διεξήχθη εντός και εκτός των Ηνωμένων Πολιτειών και περιέλαβε 1035 τυχαία επιλεγμένα άτομα, προκειμένου να ερευνηθούν πιθανοί παράγοντες χρήσης της εναλλακτικής φροντίδας υγείας. Τρεις υποθέσεις εξετάστηκαν. Οι άνθρωποι αναζητούν εναλλακτικές μορφές θεραπείας γιατί: (1) είναι δυσαρεστημένοι από τη συμβατική ιατρική, (2) οι εναλλακτικές θεραπείες προσφέρουν την δυνατότητα για περισσότερη προσωπική αυτονομία και έλεγχο ως προς τη λήψη αποφάσεων για την

<sup>94</sup> Eisenberg DM, Kessler RC, Van Rompay MI, Kaptchuk TJ, Wilkey SA, Appel S, Davis RB, "Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: results of a national survey", *Ann Intern Med.* 2001 Sep 4;135(5):344-51, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11529698>.

υγεία, (3) οι εναλλακτικές θεραπείες θεωρούνται πιο συμβατές με τις αξίες, την κοσμοθεώρηση και τις πεποιθήσεις των ασθενών όσον αφορά τη φύση και την έννοια της υγείας και της ασθένειας. Εξετάστηκαν επιπρόσθετες μεταβλητές όπως χρήση εναλλακτικών θεραπειών, κατάσταση υγείας, εμπειρίες και στάσεις απέναντι στη Συμβατική Ιατρική. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 69% των ερωτώμενων έκανε χρήση της εναλλακτικής ιατρικής στη διάρκεια της προηγούμενης χρονιάς. Προέκυψε πως η χρήση της εναλλακτικής φροντίδας υγείας συνδέεται με παράγοντες όπως:

- υψηλό μορφωτικό επίπεδο,
- χειρότερη κατάσταση υγείας σε σύγκριση με τους χρήστες συμβατικής ιατρικής,
- ολιστική προσέγγιση της υγείας (σώμα, νους και πνεύμα αντιμετωπίζονται συνολικά στη θεραπευτική διαδικασία),
- η εμπειρία ενός μεταμορφωτικού βιώματος που άλλαξε την κοσμοθεώρηση του ατόμου.

Επίσης, τα προβλήματα υγείας που συνδέονται με τη χρήση εναλλακτικής ιατρικής είναι: άγχος, μυοσκελετικά προβλήματα, χρόνιοι πόνοι. Σε αντίθεση με την αρχική υπόθεση της έρευνας, αρνητικές εμπειρίες ή στάσεις απέναντι στη Συμβατική Ιατρική δεν συνδέονται με τη χρήση εναλλακτικών θεραπειών. Ανάμεσα σ' αυτούς που δήλωσαν υψηλή ικανοποίηση με τους συμβατικούς γιατρούς τους (54%), το 39% χρησιμοποίησε εναλλακτικές θεραπείες, ενώ το 40% αυτών που δήλωσαν υψηλά ποσοστά δυσαρέσκειας (9% των ερωτώμενων) ήταν χρήστες εναλλακτικής θεραπευτικής. Επίσης, η επιθυμία για προσωπική αυτονομία και έλεγχο στη λήψη αποφάσεων σε σχέση με την υγεία δεν συνδέεται εντελώς με τη χρήση εναλλακτικής ιατρικής. Ωστόσο, όσον αφορά την τρίτη υπόθεση τα αποτελέσματα δείχνουν πως η συμβατότητα της φιλοσοφικής θεωρίας και αξιών της ΣΕΘ με την κοσμοθεώρηση του ατόμου συνδέεται με τη χρήση της ΣΕΘ. Δηλαδή, η ολιστική φιλοσοφία της υγείας αποτελεί σημαντικό παράγοντα χρήσης εναλλακτικών θεραπειών.<sup>95</sup>

«Εκτός του ότι είναι περισσότερο μορφωμένοι και δηλώνουν χειρότερη κατάσταση υγείας, η πλειοψηφία των χρηστών εναλλακτικής ιατρικής φαίνεται πως το κάνει όχι τόσο λόγω δυσαρέσκειας με τη συμβατική ιατρική, αλλά κυρίως γιατί βρίσκουν

---

<sup>95</sup>John A. Astin, "Why patients use Alternative Medicine – Results of a National Study", <http://wholechildcenter.yourmd.com/ypol/user/userMain.asp>

πως αυτές οι εναλλακτικές μορφές φροντίδας υγείας είναι περισσότερο σύμφωνες με τις δικές τους αξίες, πεποιθήσεις και φιλοσοφικές προσεγγίσεις απέναντι στη ζωή και την υγεία».

### **3. Χαρακτηριστικά των χρηστών ΣΕΘ: Μια σύνθετη εικόνα.**

Οι ερευνητές καταλήγουν πως δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος τύπος ανθρώπου που χρησιμοποιεί μη συμβατική ιατρική. Υποστηρίζουν, λοιπόν, πως είναι πλήρως λανθασμένο να μιλάμε για τους ασθενείς ΣΕΘ σαν να πρόκειται για μια ομοιογενή ομάδα. Οι ασθενείς που συμβουλευονται διαφορετικούς τύπους συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών έχουν διαφορετικές πεποιθήσεις για την υγεία και διαφορετικά επίπεδα σκεπτικισμού για την συμβατική ιατρική και δεν εμπίπτουν σε δύο ευδιάκριτες ομάδες. Θα ήταν επίσης ανακριβές να μιλάμε για ασθενείς που απλά ωθούνται ή έλκονται προς τις θεραπείες ΣΕΘ, καθώς ο σκεπτικισμός για την αποτελεσματικότητα της συμβατικής ιατρικής συνδυάζεται και με άλλα ζητήματα όπως η ανησυχία για τον πλανήτη, πιο υγιεινές προτάσεις ζωής, η πεποίθηση για τη σημασία της ψυχικής διάθεσης και η ανησυχία για τη φύση της θεραπείας. Είναι αυτός ο συνδυασμός που μαζί με τα ιδιαίτερα ιατρικά ιστορικά οδηγούν τους ασθενείς να συμβουλευονται θεραπευτές ΣΕΘ.

Ωστόσο, οι περισσότερες έρευνες στη Βρετανία και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, δείχνουν τα εξής: ένα σχετικά μεγαλύτερο αριθμό γυναικών έναντι των ανδρών, μεταξύ των χρηστών ΣΕΘ. Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών είναι μεσήλικες και νέοι ενήλικες. Έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο και αντιπροσωπεύουν όλες τις κοινωνικές τάξεις με επικρατέστερη την μεσαία τάξη. Αυτό που εμφανίζεται να δείχνει η ερευνητική λογοτεχνία είναι ότι η πλειοψηφία των ασθενών ΣΕΘ χρησιμοποιεί ταυτόχρονα και υπηρεσίες της Συμβατικής Ιατρικής. Θεωρεί ωστόσο, πως οι εναλλακτικές θεραπείες είναι περισσότερο αποτελεσματικές και έχει μικρότερη εμπιστοσύνη στη Συμβατική Ιατρική, αν και την προτιμά όταν πρόκειται για σοβαρές ασθένειες.

Είναι ωστόσο πιθανό οι πεποιθήσεις και το μορφωτικό επίπεδο αυτών που έλκονται από τη ΣΕΘ να διαφέρουν αρκετά, αρχικά τουλάχιστον, από αυτούς που καταφεύγουν σ' αυτή λόγω απογοήτευσης από τη συμβατική ιατρική. Θα μπορούσε να γίνει η υπόθεση πως συγκριτικά με την πιο απεγνωσμένη κατηγορία αυτών που ωθούνται

στη ΣΕΘ, η κατηγορία αυτών που έλκονται αποτελείται από μορφωμένους ενήλικες της μεσαίας τάξης, με μια καλά ανεπτυγμένη καταναλωτική συμπεριφορά ως ασθενείς.<sup>96</sup>

Το όλο ερώτημα για τις διαφορετικές θεραπευτικές οδούς είναι ένα ερώτημα που απαιτεί καλή, διεπιστημονική και παγκόσμια έρευνα.

---

<sup>96</sup> Merrijoy Kelner, Beverly Wellman, Bernice Pescosolido and Mike Saks, *Complementary and Alternative Medicine- Challenge and Change*, Routledge, London 2003, σελ. 75.

## **Β΄ ΜΕΡΟΣ**

### **6<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **1. Πεδίο μελέτης.**

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να διερευνήσει τις στάσεις των χρηστών Συμπληρωματικής–Εναλλακτικής Θεραπευτικής (ΣΕΘ) απέναντι στην Συμβατική Ιατρική και να σκιαγραφήσει το προφίλ των χρηστών της Συμπληρωματικής–Εναλλακτικής Θεραπευτικής εξετάζοντας τα χαρακτηριστικά τους προκειμένου να απαντήσει στο ερώτημα «*ποιοι άνθρωποι κάνουν χρήση της ΣΕΘ στην Ελλάδα;*». Είναι σημαντικό να εξεταστεί αν το δείγμα του πληθυσμού έχει διαμορφώσει μια θετική ή αρνητική στάση απέναντι στη Συμβατική Ιατρική, τους παράγοντες που ευθύνονται για τη διαμόρφωση αυτής της θετικής ή αρνητικής στάσης και κατά πόσο αυτή επηρεάζει στην επιλογή μεθόδων ΣΕΘ για ν' αντιμετωπίσει τα διάφορα προβλήματα και τις ασθένειες.

Συγκεκριμένα, θα διερευνηθούν οι εξής υποθέσεις:

- α) αν το δείγμα του πληθυσμού έχει διαμορφώσει μια θετική ή αρνητική στάση απέναντι στη Συμβατική Ιατρική,
- β) τους παράγοντες που ευθύνονται για τη διαμόρφωση αυτής της στάσης και
- γ) αν η θετική ή αρνητική στάση απέναντι στη Συμβατική Ιατρική επηρεάζει στην επιλογή συγκεκριμένων συμπληρωματικών- εναλλακτικών μορφών θεραπείας.

#### **2. Επιλογή και μέγεθος δείγματος.**

Η έρευνα περιέλαβε 150 χρήστες Συμπληρωματικής–Εναλλακτικής Θεραπευτικής (ΣΕΘ). Εφαρμόστηκε η συσσωρευτική δειγματοληψία ή η μέθοδος της Χιονοστιβάδας, καθώς η πληθυσμιακή ομάδα που μας ενδιαφέρει είναι μικρή σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η μέθοδος αυτή προϋποθέτει να αρχίσει κανείς με ένα δείγμα που περιλαμβάνει ένα περιορισμένο αριθμό ατόμων στα οποία προσθέτει άλλα άτομα, με τα οποία τα πρώτα σχετίζονται με κάποιο τρόπο και ούτω καθεξής, μέχρι να συμπληρωθεί το δείγμα. Η συνεργασία με θεραπευτές ΣΕΘ κρίθηκε απολύτως απαραίτητη προκειμένου να επιτευχθεί αυτό. Ο ένας θεραπευτής παρέπεμπε σε άλλον, και μ' αυτόν τον τρόπο 5 θεραπευτές ΣΕΘ μεσολάβησαν για να συμμετέχουν ασθενείς τους στην έρευνα. Έτσι λοιπόν, συγκεντρώθηκε το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας

που αποτελείται από 150 χρήστες διαφορετικών πρακτικών Συμπληρωματικής-Εναλλακτικής Θεραπευτικής.

### **3. Η επιλογή του τύπου της έρευνας.**

Η συγκεκριμένη έρευνα προσανατολίζεται στη μέτρηση των στάσεων των χρηστών ΣΕΘ απέναντι στη Συμβατική Ιατρική. «Στάσεις είναι το σύνολο των σταθερών γνωμών συνδεδεμένων μεταξύ τους και ανταποκρινόμενων σε μία σημαντική σύνθεση της προσωπικότητας. Ο όρος 'στάση' δηλώνει ένα αρκετά σταθερό τρόπο σκέψης ή συμπεριφοράς ενός ατόμου απέναντι σε κάποιο πρόβλημα ή συλλογικό θέμα. Σκοπός μιας τέτοιας προσπάθειας είναι να τοποθετήσει κανείς το σύνολο των ατόμων σε μία κλίμακα (κλίμακα στάσεων), της οποίας ορισμένες ευδιάκριτες βαθμίδες θα αντιστοιχούσαν σε κάποιο τύπο αρκετά προσδιορίσιμο»<sup>97</sup>.

Για την επίτευξη της συγκεκριμένης έρευνας κρίθηκε αναγκαίο να χρησιμοποιηθεί η εμπειρική μέθοδος στα πλαίσια της οποίας θα εφαρμοστούν:

- Η μέθοδος του ερωτηματολογίου.
- Διαδικασίες της περιγραφικής στατιστικής για την επεξεργασία του ερευνητικού υλικού με τη χρήση του προγράμματος εφαρμογής και επεξεργασίας των δεδομένων SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

### **4. Το ερωτηματολόγιο.**

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας ήταν ανώνυμο και αφορά στις στάσεις των χρηστών ΣΕΘ απέναντι στη Συμβατική Ιατρική. Χωρίζεται σε 3 θεματικές ενότητες: η πρώτη αναφέρεται στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, η δεύτερη στην επαφή των χρηστών με τις υπηρεσίες της Συμβατικής Ιατρικής και η τρίτη στην επαφή τους με την Συμπληρωματική-Εναλλακτική Θεραπευτική.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 38 ερωτήσεις (συμπεριλαμβανομένων των δημογραφικών στοιχείων) που στο μεγαλύτερο μέρος τους είναι κλειστές, ενώ κρίθηκε απαραίτητο να χρησιμοποιηθούν και 6 ανοιχτές. Είναι σημαντικό ν' αναφερθεί πως δεν μπορεί να γίνει στατιστική ανάλυση των ανοιχτών ερωτήσεων με το SPSS καθώς δεν

---

<sup>97</sup> Claude Javeau, «Η έρευνα με ερωτηματολόγιο-το Εγχειρίδιο του Καλού Ερευνητή», Τυποθήτω, Αθήνα 2000, σελ.104

πρόκειται για ποσοτικά δεδομένα. Έτσι λοιπόν, τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν για να εμπλουτίσουν τη μελέτη με επιπλέον στοιχεία.

«Κύριο χαρακτηριστικό των ανοιχτών ερωτήσεων είναι η ελευθερία που έχει το υποκείμενο του δείγματος να εκφράσει τις απόψεις του για το θέμα. Οι ανοιχτές ερωτήσεις, δίνουν τη δυνατότητα στον ερευνητή να βγάλει συμπεράσματα για την ψυχολογία του ατόμου, καθώς και στον ερωτηθέντα να στηρίξει, δικαιολογήσει τις απόψεις του και γενικά τον τρόπο σκέψης του. Στις κλειστές ερωτήσεις ο εξεταζόμενος μπορεί να επιλέξει ανάμεσα σε 2 ή περισσότερες απαντήσεις που του δίνονται, πράγμα που περιορίζει την ελευθερία του ατόμου. Ωστόσο, ο χρόνος απάντησης τους είναι περιορισμένος και ο ερευνητής δεν συναντά δυσκολίες κατά την ανάλυσή τους. Ακόμη επιτρέπουν στο υποκείμενο να αντιμετωπίσει και άλλες δυνατότητες που ίσως δεν τις έγγραφε αν η ερώτηση ήταν ανοιχτού τύπου.»<sup>98</sup>.

Χρησιμοποιήθηκαν κλειστές ερωτήσεις με προτεινόμενη απάντηση που διακρίνονται σε:

- Διαζευκτικές ή τύπου σωστό, λάθος ή διχοτομικές, π.χ.

«Έχετε ή είχατε στο παρελθόν κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας;»

Ναι  Όχι

- Πολλαπλής εκλογής, όπου ο ερωτηθείς μπορεί να επιλέξει ανάμεσα σε προτεινόμενες απαντήσεις π.χ.

«Σχετικά με τη λήψη αποφάσεων σε θέματα που αφορούν την υγεία σας, ποια από τις παρακάτω απόψεις σας εκφράζει περισσότερο;»

- Αφήνω το θέμα στα χέρια του γιατρού
- Προτιμώ μια ισότιμη σχέση συνεργασίας με τον γιατρό
- Προτιμώ να έχω εξ' ολοκλήρου τον έλεγχο στα χέρια μου
- Άλλο:.....

<sup>98</sup> Παπαναστασίου Κ., «Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας», Εκδ. Παιδαγωγικό Ινστιτούτο Κύπρου, Λευκωσία 1990, σελ 37-38.

### 3. Ερωτήσεις για διερεύνηση των στάσεων

Καθώς πρόκειται για έρευνα που εξετάζει στάσεις, τα ερωτήματα αποσκοπούν στη διερεύνηση των πραγματικών στάσεων του ατόμου. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει κλίμακες στάσεων όπου τα ερωτήματα έχουν να κάνουν με κλιμάκωση ή ιεράρχηση των απαντήσεων.

Π.χ. «Πόσο ενημερωμένος / η είστε για θέματα Συμπληρωματικής – Εναλλακτικής Θεραπευτικής ( ΣΕΘ);»

Πάρα πολύ       Πολύ       Μέτρια       Λίγο       Καθόλου

και

π.χ. «Πόση εμπιστοσύνη έχετε στον συμβατικό γιατρό που επισκέπτεστε;»

Πάρα πολύ       Πολύ       Μέτρια       Λίγο       Καθόλου



## 7<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ

#### Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Αναλύοντας τα δεδομένα της έρευνας αυτής και ξεκινώντας με τον πρώτο άξονα του ερωτηματολογίου που αφορά στα δημογραφικά στοιχεία, προκύπτουν τα εξής:

##### 1. Φύλο

Από τα 150 άτομα που απαρτίζουν το δείγμα, το 64% είναι γυναίκες και το 36% είναι άντρες.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Γυναίκα	96	64%
Άνδρας	54	36%
Σύνολο	150	100%

##### 2. Ηλικία

Οι χρήστες Συμπληρωματικής-Εναλλακτικής Θεραπευτικής που αποτελούν το δείγμα χωρίζονται στις ακόλουθες ηλικιακές ομάδες:

- μεταξύ 18 – 29 χρονών ανήκει το 20,7%
- μεταξύ 30 – 39 χρονών ανήκει το 34,7%
- μεταξύ 40 – 49 χρονών ανήκει το 28,7%
- μεταξύ 50 – 59 χρονών ανήκει το 10,7%
- από 60 και άνω ανήκει το 5,3%

##### 3. Οικογενειακή κατάσταση

Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος προκύπτουν τα εξής:

- Άγαμοι δηλώνουν 72 ερωτώμενοι, δηλ. το 48 %
- Έγγαμοι δηλώνουν 59 ερωτώμενοι, δηλ. το 39,3 %
- Διαζευγμένοι δηλώνουν 16, δηλ. το 10,7 %
- Χήρος/α δηλώνουν 3, δηλ. το 2,0 %

#### **4. Μορφωτικό επίπεδο**

Σύμφωνα με το σχήμα 4, το 50% του δείγματος είναι απόφοιτοι Ανώτατης Σχολής, το 24% είναι απόφοιτοι Λυκείου, το 16% είναι απόφοιτοι Τεχνικής Σχολής, το 6,7% έχουν απολυτήριο Γυμνασίου, ενώ το 3,3 % έχει τελειώσει το Δημοτικό.

#### **5. Απασχόληση**

Σχετικά με την απασχόληση του δείγματος, προκύπτει πως το 36% είναι Ιδιωτικοί Υπάλληλοι, το 17,3% είναι Ελεύθεροι Επαγγελματίες, το 14% είναι Δημόσιοι Υπάλληλοι, το 11,3% ασκεί Ακαδημαϊκό επάγγελμα, το 9,3% δηλώνουν άνεργοι, το 6 % είναι φοιτητές/ σπουδαστές, το 4 % είναι Συνταξιούχοι, ενώ το 2% δήλωσε πως είναι γεωργός / κτηνοτρόφος.

#### **6. Οικονομική κατάσταση**

Σύμφωνα με το Σχήμα 6, προκύπτει πως το 40,7% δηλώνει μέτρια οικονομική κατάσταση, το 35,3% δηλώνει καλή οικονομική κατάσταση, το 12,7% δηλώνει ότι η οικονομική του κατάσταση είναι πολύ καλή, το 10,7% δηλώνει κακή οικονομική κατάσταση, ενώ μόλις 0,7 % δηλώνει πολύ κακή οικονομική κατάσταση.

### **B. ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ**

#### **7. Κατάσταση υγείας**

Όσον αφορά την κατάσταση υγείας των ερωτώμενων, προκύπτουν τα εξής: Το 52% δηλώνει πως η κατάσταση της υγείας του είναι καλή, το 26,7% δηλώνει μέτρια κατάσταση υγείας, το 17,3% δηλώνει πολύ καλή κατάσταση υγείας, ενώ το 4% δηλώνει κακή κατάσταση υγείας.

#### **8. Συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας**

Όπως προκύπτει, το 71,3% απαντά καταφατικά πως έχει ή είχε συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας, ενώ το 28,7% απαντά όχι.

## **9. Προβλήματα υγείας**

Οι 107 ερωτώμενοι που απάντησαν καταφατικά στην προηγούμενη ερώτηση δηλώνουν τα εξής προβλήματα υγείας: Μυοσκελετικά προβλήματα δηλώνει το 19,6%, το 13,1% δηλώνει γυναικολογικά προβλήματα, ορθοπεδικά προβλήματα δηλώνει το 10,3 %, διάφορα προβλήματα υγείας δηλώνει το 9,3%, διαταραχές πεπτικού συστήματος δηλώνει το 7,5%, ορμονικά προβλήματα επίσης δηλώνει το 7,5%, ατύχημα/ τραυματισμό ανέφερε το 4,7 %, επίσης ένα 4,7% ανέφερε ψυχολογικά προβλήματα. Πονοκέφαλοι, δερματολογικά, διαταραχές αναπνευστικού και αλλεργίες δηλώνουν 3,7% για έκαστο πρόβλημα. Ευαίσθητο ανοσοποιητικό, παχυσαρκία, ωτορινολαρυγγολογικά, υπέρταση δηλώνει 1,9% για έκαστο πρόβλημα. Καρδιολογικά προβλήματα δηλώνει μόλις 1 ερωτώμενος.

## **10. Έχετε απευθυνθεί σε κάποιον γιατρό Συμβατικής Ιατρικής:**

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	150	100,0
Σύνολο	150	100,0

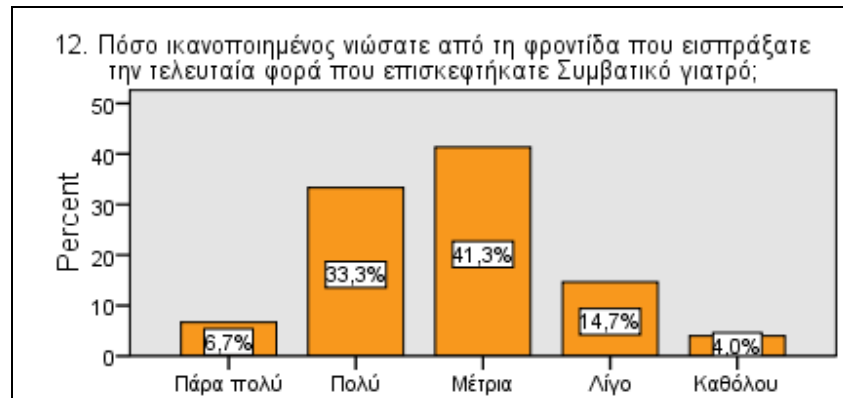
Προκύπτει πως το 100% απάντησε καταφατικά.

## **11. Συχνότητα επισκέψεων σε συμβατικό γιατρό**

Όσον αφορά τη συχνότητα επισκέψεων σε συμβατικό γιατρό, το 46,7% απάντησε πως επισκέπτεται συμβατικό γιατρό μόνο όταν έχει κάποιο πρόβλημα υγείας, το 26,7 % επισκέπτεται συμβατικό γιατρό τουλάχιστον 1 φορά το χρόνο, το 14% κάθε 6 μήνες, το 6,7% τουλάχιστον κάθε 2 χρόνια, το 5,3% απάντησε άλλο (π.χ.«ανάλογα με τον γιατρό/ειδικότητα», «μόνο αν είναι κάτι σοβαρό που απαιτεί άμεση επίλυση», «1 φορά», «όποτε νιώσω ότι δεν τα βγάζω πέρα μόνος μου», «σπάνια στο παρελθόν, έχω διακόψει με τη συμβατική ιατρική»,«πηγαίνω προγραμματισμένα κάθε μήνα», «μπορεί και 1 φορά την εβδομάδα»), ενώ 1 ερωτώμενος (0,7%) απάντησε πως επισκέπτεται συμβατικό γιατρό 1 φορά κάθε 3-4 χρόνια.

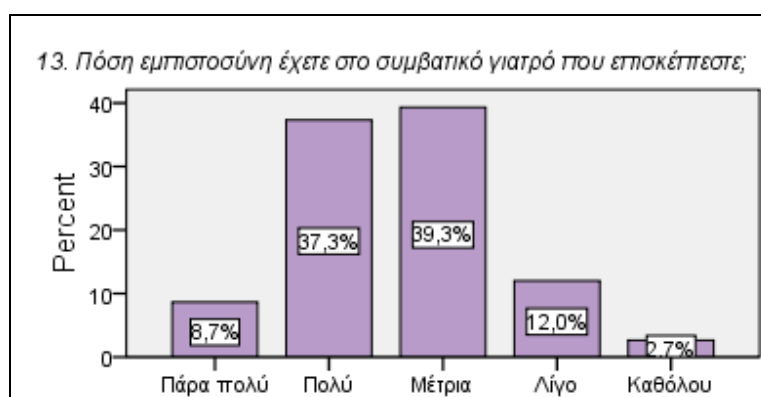
## 12. Βαθμός ικανοποίησης

Όπως φαίνεται στο παρακάτω σχήμα, το 41,3% δηλώνει μέτρια ικανοποίηση από την τελευταία επίσκεψη σε συμβατικό γιατρό, το 33,3% δηλώνει πολύ ικανοποιημένο, το 14,7% δηλώνει λίγο ικανοποιημένο, το 6,7% δηλώνει πάρα πολύ ικανοποιημένο, ενώ το 4% δηλώνει καθόλου ικανοποιημένο.



## 13. Βαθμός εμπιστοσύνης

Όπως φαίνεται παρακάτω, το 39,3% δηλώνει πως έχει μέτρια εμπιστοσύνη στο συμβατικό γιατρό που επισκέπτεται, το 37,3% δηλώνει πως έχει πολύ εμπιστοσύνη στο συμβατικό γιατρό, το 12% δηλώνει λίγη εμπιστοσύνη, το 8,7% δηλώνει πάρα πολύ εμπιστοσύνη, ενώ το 2,7% καθόλου.

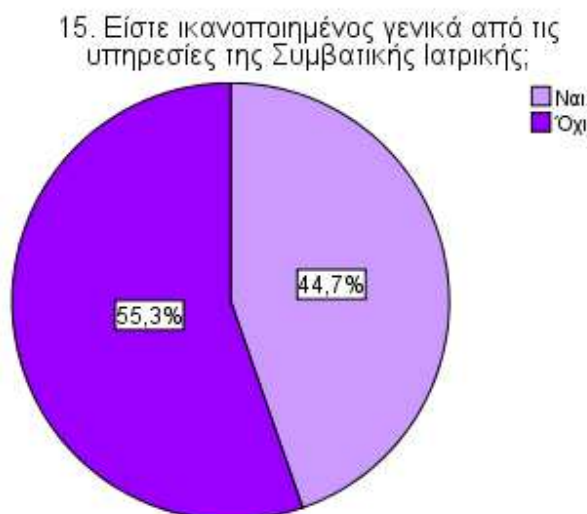


#### **14. Απόψεις όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων σε θέματα υγείας**

Όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων σε θέματα υγείας, το 60,7% προτιμά μια ισότιμη σχέση συνεργασίας με το γιατρό, το 24% απαντά πως αφήνει το θέμα στα χέρια του γιατρού, το 13,3% δηλώνει πως προτιμά να έχει εξολοκλήρου τον έλεγχο στα χέρια του, ενώ το 2% απαντά άλλο (π.χ. «μόνο όταν έχω κάποιο πρόβλημα υγείας που δεν μπορώ να αντιμετωπίσω με φυσικά μέσα και για το οποίο χρειάζεται ιατρική διάγνωση», «συνεργασία συμβατικού κα εναλλακτικού θεραπευτή»).

#### **15. Γενική ικανοποίηση από τις υπηρεσίες της Συμβατικής Ιατρικής**

Στην ερώτηση αν είναι ικανοποιημένοι γενικά από τις υπηρεσίες της Συμβατικής Ιατρικής, το 55,3% των ερωτώμενων απαντά αρνητικά και το 44,7% απαντά θετικά, όπως φαίνεται και στο παρακάτω σχήμα.



#### **16. Εάν ναι, γιατί; (Ανοιχτή ερώτηση)**

Αυτή η ανοιχτή ερώτηση απευθύνεται στους 67 ερωτώμενους (44,7%) που δηλώνουν ικανοποιημένοι γενικά από τις υπηρεσίες της Συμβατικής Ιατρικής. Εκφράζουν λόγους ικανοποίησης με τη Συμβατική Ιατρική όπως: «Γενικά δίνει λύσεις σε προβλήματα με αρκετά αποτελεσματικό τρόπο», «Μου προσφέρει μια εμπειριστατωμένη άποψη για τα προβλήματα

υγείας που με απασχολούν, ειδικά αν αυτά τα προβλήματα είναι επείγοντα», «Γενικά προσφέρει άμεση αντιμετώπιση άμεσων προβλημάτων υγείας», «Εμείνα ικανοποιημένη από τις υπηρεσίες του Ιδιωτικού τομέα», «Ο γιατρός ήταν υποστηρικτικός και αποτελεσματικός στην αγωγή που πρότεινε», «Οι γιατροί που με περιθάλψανε ήταν αξιόλογοι και με βοήθησαν να ξεπεράσω το πρόβλημα», «Έχω επιλέξει γιατρούς που δείχνουν ενδιαφέρον και έχουν διάθεση για συνεργασία», «Ακόμη κι αν δεν επιτυγχάνεται το επιθυμητό αποτέλεσμα, γίνεται η αναγνώριση του προβλήματος», «Στην οξεία φάση των τραυματισμών είναι πιο άμεση από την ΣΕΘ», «Διότι η Ιατρική έχει κάνει φοβερά άλματα για την αντιμετώπιση διαφόρων νόσων», «Γιατί βρίσκουν τις άμεσες αιτίες των προβλημάτων υγείας μου», «Κάνουν ότι μπορούν» κ.τ.λ.

Αξίζει να σημειωθεί πως οι περισσότερες απαντήσεις σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα της Συμβατικής Ιατρικής: «Αποκαταστάθηκε η υγεία μου», «Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει ίαση», «Είχα θετικές εμπειρίες», «Σε γενικές γραμμές μ' έχει βοηθήσει», «Επιλύθηκαν προβλήματα υγείας», «Γιατί τις περισσότερες φορές ήταν αποτελεσματική», «Είδα βελτίωση», «Γιατί έχει σίγουρα αποτελέσματα», «Αποτελεσματική στη συγκεκριμένη πάθηση», «Βρήκα λύση στο πρόβλημά μου», «Νιώθω ανακούφιση», «Με καλύπτει» κ.τ.λ.

### **17. Εάν όχι, γιατί; (Ανοιχτή ερώτηση)**

Το 55,3% του δείγματος που δήλωσε πως δεν είναι ικανοποιημένο γενικά από τις υπηρεσίες της Συμβατικής Ιατρικής εξέφρασε γι' αυτό λόγους όπως: «Αντιμετωπίζει το πρόβλημα μεμονωμένα και συνήθως με φάρμακα που καταστέλλουν το σύμπτωμα, αντί να θεραπεύουν το πρόβλημα, δημιουργώντας παρενέργειες», «Γιατί δεν ασχολούνται με την ιδιαιτερότητα του ασθενή και δεν ενδιαφέρονται για την αιτία αλλά μόνο για το σύμπτωμα», «Το ανθρώπινο δυναμικό (γιατροί, νοσοκόμες) στο χώρο της δημόσιας υγείας αντιμετωπίζει τους ασθενείς όχι σαν άτομα με προσωπικότητα που χρειάζονται υποστήριξη ψυχολογική και σωματική, αλλά σαν ενοχλητικούς περαστικούς που εκφράζουν γι' αυτούς απλά την αρρώστια (ο τάδε καρκινοπαθής)», «Γιατί χρειάστηκε να περάσω πολύ χρόνο στο ογκολογικό συνοδεύοντας κοντινό οικογενειακό πρόσωπο και απογοητεύτηκα. Από τότε έχασα την εμπιστοσύνη μου στη δυτική ιατρική», «Σε περίοδο που ήμουν ανασφάλιστη, ήταν απρόσιτη για μένα.», «Θεωρώ πως χορηγούν με μεγάλη ευκολία δυνατά φάρμακα με έντονες παρενέργειες», «Γιατί συνήθως αντιμετωπίζεται το επείγον πρόβλημα και όχι ως σύνολο ο οργανισμός. Επίσης,

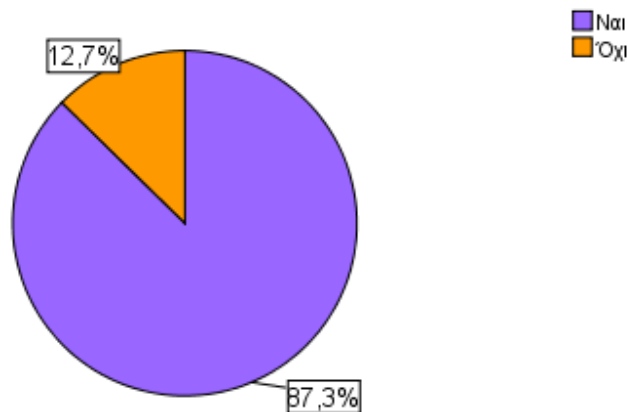
η κάθε ειδικότητα δεν συνεργάζεται με την άλλη και έτσι προβλήματα που εμπλέκουν πολλές ειδικότητες δεν αντιμετωπίζονται εύκολα», «Κακή επαφή με τους γιατρούς», «Ανεπάρκεια ικανοποιητικών συνθηκών για τη διευκόλυνση παροχής ιατρικών υπηρεσιών στους ασθενείς και έλλειψη συγχρονισμού στη σχέση ασθενεία- ιατρείο(επίσκεψη)», «Υπερβολική προώθηση φαρμακευτικών σκευασμάτων με σκοπό το κέρδος», «Γιατί δημιουργεί μονίμως ιαζόμενους (φαρμακευμένους)», «Δεν νοιάζονται για τον ασθενή αλλά για το χρήμα» κ.τ.λ.

Πολλές απαντήσεις δήλωναν την αναποτελεσματικότητα της Σ.Ι.: «Σε χρόνιες καταστάσεις δε βοηθάει πολύ», «Οι θεραπείες που ακολούθησα με επιβάρυναν», «Δεν ξεπεράστηκε το πρόβλημα», «Η συμβατική θεραπεία απέτυχε», «Δεν είδα διαφορά», «Το πρόβλημα υγείας παραμένει», «Δεν βοηθάνε. Τα κάνουν χειρότερα» κ.τ.λ.

### **18. Θεωρείτε πως υπάρχει δυσaráεσκεια με την Συμβατική Ιατρική;**

Προκύπτει πως το 87,3% των ερωτηθέντων απαντά πως θεωρεί ότι υπάρχει δυσaráεσκεια με την Συμβατική Ιατρική, ενώ το 12,7% απαντά αρνητικά.

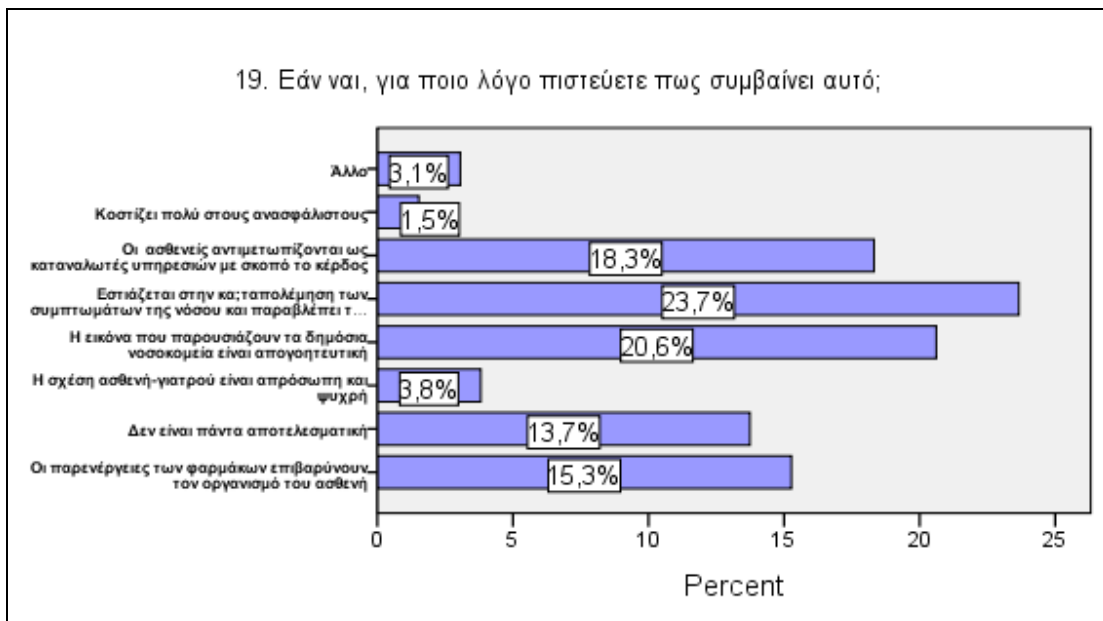
18. Θεωρείτε πως υπάρχει δυσaráεσκεια με την Συμβατική Ιατρική;



### **19. Λόγος δυσaráεσκειας με την Συμβατική Ιατρική**

Οι 131 ερωτώμενοι που απάντησαν καταφατικά στην προηγούμενη ερώτηση δηλώνουν τους εξής λόγους δυσaráεσκειας με την Συμβατική Ιατρική, όπως φαίνεται και παρακάτω: το 23,7 % θεωρεί πως ο λόγος δυσaráεσκειας με την συμβατική ιατρική είναι πως «εστιάζεται στην καταπολέμηση των συμπτωμάτων της νόσου και παραβλέπει το σύνολο του ανθρώπου», το 20,6 % θεωρεί πως η απογοητευτική εικόνα που

παρουσιάζουν τα δημόσια νοσοκομεία είναι λόγος δυσαρέσκειας με την συμβατική ιατρική, το 18,3% δηλώνουν σαν λόγο πως «οι ασθενείς αντιμετωπίζονται ως καταναλωτές των υπηρεσιών με σκοπό το κέρδος», το 15,3% θεωρεί λόγο πως «οι παρενέργειες των φαρμάκων επιβαρύνουν τον οργανισμό του ασθενή», το 13,7% πως «δεν είναι πάντα αποτελεσματική», το 3,8% πως «η σχέση ασθενή γιατρού είναι απρόσωπη και ψυχρή», το 3,1% απαντά άλλο ( π.χ. «όλα τα παραπάνω»),ενώ το 1,5% πως «κοστίζει πολύ στους ανασφάλιστους».



## **20. Βαθμός ενημέρωσης για θέματα ΣΕΘ**

Στην ερώτηση πόσο ενημερωμένοι είναι για θέματα ΣΕΘ, το 5,3% του δείγματος δηλώνει πάρα πολύ ενημερωμένο, το 21,3% δηλώνει πολύ ενημερωμένο, το 52% δηλώνει μέτρια ενημέρωση για θέματα ΣΕΘ, το 19,3% δηλώνει λίγο ενημερωμένο ενώ το 2% καθόλου ενημερωμένο για θέματα ΣΕΘ.



## Γ. ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ-ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ

### 21. ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΜΕ ΑΠΟΨΕΙΣ ΠΕΡΙ ΣΕΘ

ΑΠΟΨΕΙΣ		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Αδιαφορώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1. Η υγεία και η ασθένεια είναι η αντανάκλαση της ισορροπίας μεταξύ θετικών ζωογόνων και αρνητικών καταστροφικών δυνάμεων	N	3	8	24	66	49
	%	2,0%	5,3%	16,0%	44,0%	32,7%
2. Οι περισσότερες εναλλακτικές θεραπείες ενεργοποιούν τις φυσικές θεραπευτικές δυνάμεις του σώματος	N	2	0	9	75	64
	%	1,3%	0,0%	6,0%	50,0%	42,7%
3. Τα συμπτώματα ενός ασθενή θα έπρεπε να θεωρούνται ως εκδήλωση μιας γενικής ανισορροπίας ή δυσλειτουργίας που επηρεάζει όλο το σώμα	N	1	2	7	75	65
	%	0,7%	1,3%	4,7%	50,0%	43,3%
4. Οι προσδοκίες, οι πεποιθήσεις και οι αξίες ενός ασθενή θα έπρεπε να λαμβάνονται υπόψη στη θεραπευτική διαδικασία	N	2	2	16	68	62
	%	1,3%	1,3%	10,7%	45,3%	41,3%
5. Η ΣΕΘ περιλαμβάνει ιδέες και μεθόδους από τις οποίες θα μπορούσε να ωφεληθεί η Συμβατική Ιατρική	N	2	1	7	52	88
	%	1,3%	0,7%	4,7%	34,7%	58,7%
6. Το σώμα είναι ουσιαστικά αυτοθεραπευόμενο και ο ρόλος του θεραπευτή είναι να βοηθήσει στη θεραπευτική διαδικασία	N	4	10	21	76	39
	%	2,7%	6,7%	14,0%	50,7%	26,0%

**21.1** Η υγεία και η ασθένεια είναι η αντανάκλαση της ισορροπίας μεταξύ θετικών ζωογόνων και αρνητικών καταστροφικών δυνάμεων.

Το 44% του δείγματος συμφωνεί με την πρώτη άποψη, το 32,7% συμφωνεί απόλυτα μ' αυτήν την άποψη, το 16% αδιαφορεί, το 5,3% διαφωνεί, και το 2% διαφωνεί απόλυτα.

**21.2** Οι περισσότερες εναλλακτικές θεραπείες ενεργοποιούν τις φυσικές θεραπευτικές δυνάμεις του σώματος.

Το 50% συμφωνεί μ' αυτήν την άποψη, το 42,7% συμφωνεί απόλυτα, το 6% αδιαφορεί και το 1,3% διαφωνεί απόλυτα.

**21.3** Τα συμπτώματα ενός ασθενή θα έπρεπε να θεωρούνται ως εκδήλωση μιας γενικής ανισορροπίας ή δυσλειτουργίας που επηρεάζει όλο το σώμα.

Με την τρίτη άποψη το 50% συμφωνεί, το 43,3% συμφωνεί απόλυτα, το 4,7% αδιαφορεί, το 1,3% διαφωνεί και το 0,7% διαφωνεί απόλυτα.

**21.4** Οι προσδοκίες, οι πεποιθήσεις και οι αξίες ενός ασθενή θα έπρεπε να λαμβάνονται υπόψη στη θεραπευτική διαδικασία.

Με αυτήν την άποψη το 45,3% συμφωνεί, το 41,3% συμφωνεί απόλυτα το 10,7% αδιαφορεί, ενώ από 1,3% αντιστοιχούν στις απαντήσεις διαφωνώ και διαφωνώ απόλυτα.

**21.5** Η ΣΕΘ περιλαμβάνει ιδέες και μεθόδους από τις οποίες θα μπορούσε να ωφεληθεί η Συμβατική Ιατρική.

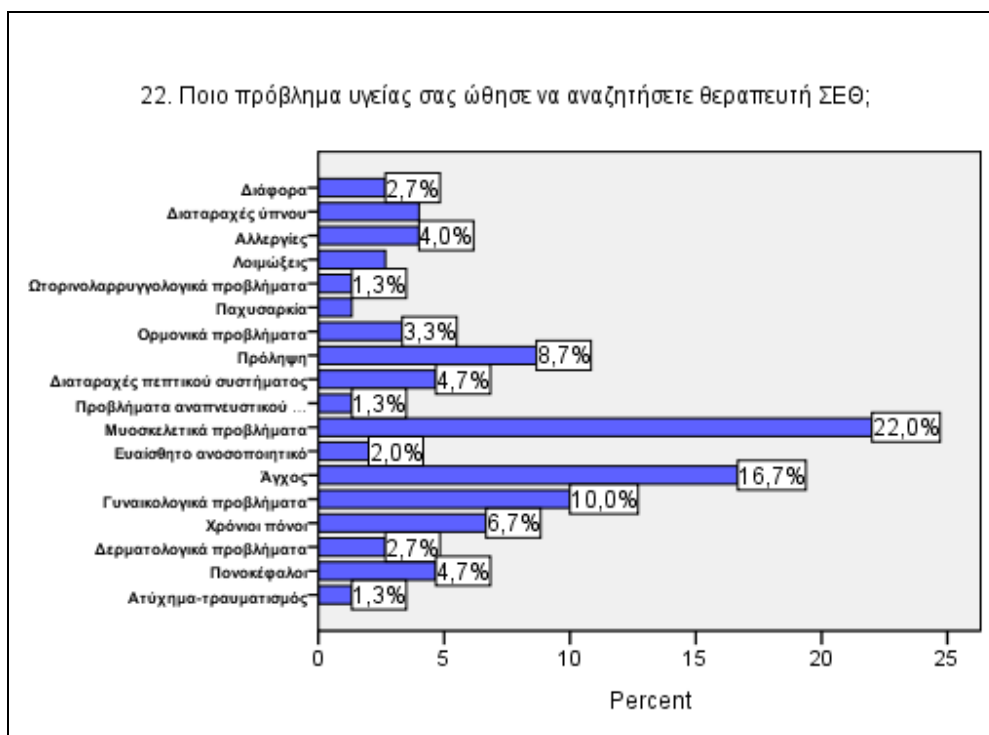
Μ' αυτήν την άποψη το 58,7% συμφωνεί απόλυτα, το 34,7% συμφωνεί, το 4,7% αδιαφορεί, το 1,3% διαφωνεί απόλυτα και το 0,7% διαφωνεί.

**21.6** Το σώμα είναι ουσιαστικά αυτοθεραπευόμενο και ο ρόλος του θεραπευτή είναι να βοηθήσει στη θεραπευτική διαδικασία.

Μ' αυτή την άποψη συμφωνεί το 50,7%, το 26% συμφωνεί απόλυτα το 14% αδιαφορεί, το 6,7% διαφωνεί, ενώ το 2,7% διαφωνεί απόλυτα.

**22. Ποιο πρόβλημα υγείας σας ώθησε να αναζητήσετε κάποιον θεραπευτή ΣΕΘ;**

Όπως φαίνεται και στο παρακάτω σχήμα, το 22% του δείγματος αναζήτησε θεραπευτή ΣΕΘ για ν' αντιμετωπίσει μυοσκελετικά προβλήματα, το 16,7% για την αντιμετώπιση του άγχους, το 10% για γυναικολογικά προβλήματα, το 8,7% για πρόληψη, το 6,7% για χρόνιους πόνους, το 4,7% για πονοκεφάλους ενώ ένα ίσο ποσοστό δηλώνει διαταραχές πεπτικού συστήματος, αλλεργίες και διαταραχές ύπνου αναφέρονται αντίστοιχα από 4%, δερματολογικά προβλήματα, το 3,3% δηλώνει ορμονικά προβλήματα, λοιμώξεις και διάφορα αναφέρονται αντίστοιχα από 2,7%, το 2% του δείγματος αναφέρει ευαίσθητο ανοσοποιητικό, ενώ ατύχημα-τραυματισμός, προβλήματα αναπνευστικού, ωτορινολαρυγγολογικά προβλήματα και παχυσαρκία αναφέρονται αντίστοιχα από 1,3% του δείγματος.

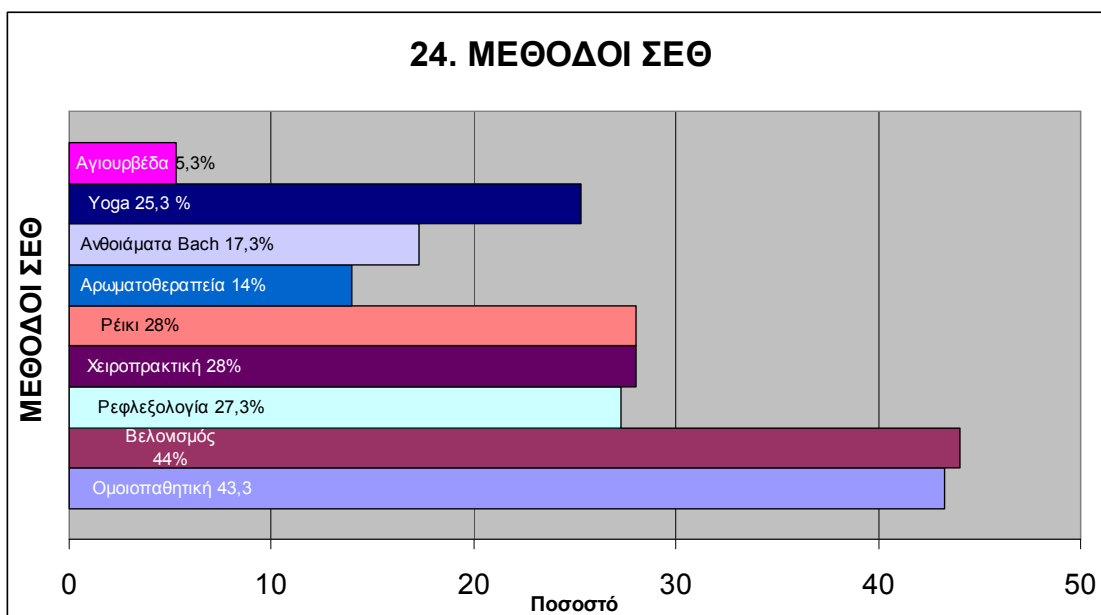


### **23. Αναζητήσατε θεραπευτή ΣΕΘ πριν απευθυνθείτε σε Συμβατικό γιατρό;**

Σ' αυτήν την ερώτηση, το 67,3% απαντά αρνητικά, ενώ το 32,7% απαντά θετικά.

### **24. Μέθοδοι ΣΕΘ.**

Όπως φαίνεται στο σχήμα, ο Βελονισμός έχει χρησιμοποιηθεί από το 44% του δείγματος, η Ομοιοπαθητική από το 43,3%, Χειροπρακτική χρησιμοποίησε το 28%, Ρέικι χρησιμοποίησε επίσης ένα 28%, η Ρεφλεξολογία δοκιμάστηκε από το 27,3%, η Yoga από το 25,3%, τα Ανθοιάματα Bach από το 17,3%, η Αρωματοθεραπεία από το 14%, ενώ η Αγιουρβέδα από το 5,3%. Επίσης, 8 από τους ερωτώμενους (5,3%) απάντησαν Άλλο αναφέροντας εναλλακτικές θεραπείες όπως Κινέζικο μασάζ (TUNA), Βοτανοθεραπεία, Διατροφολογία, Θεραπεία-καθαρισμός αύρας με Χρώμα και Άρωμα, Διαλογισμός, Μουσικοθεραπεία, Κρυσταλλοθεραπεία, Thai massage, Tai Chi, Visualization.



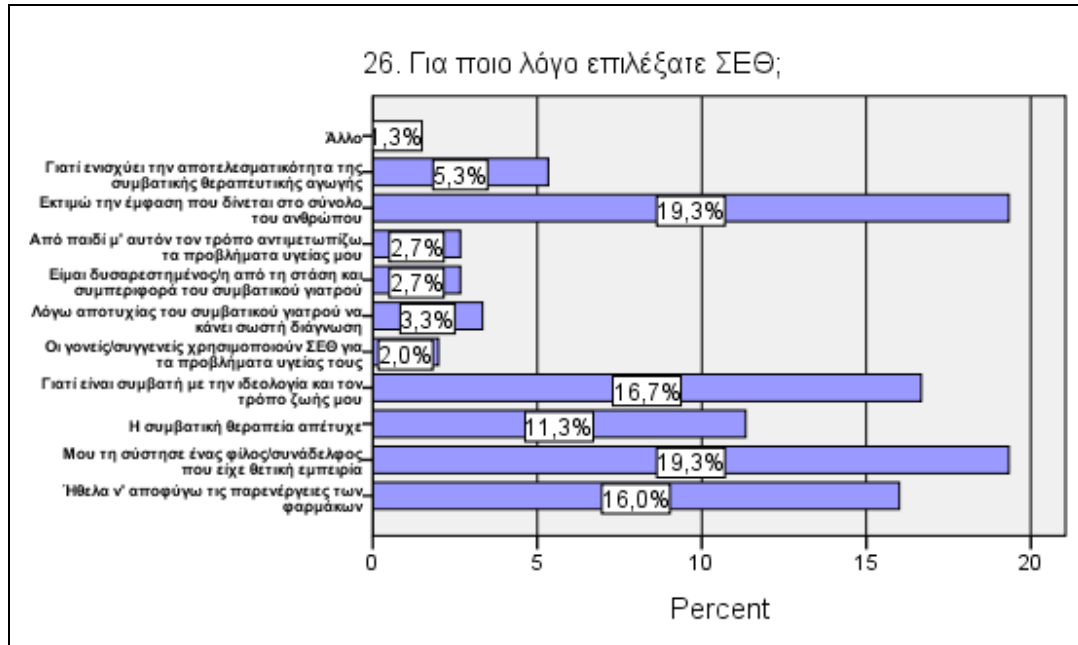
### **25. Τρόπος επαφής με την ΣΕΘ.**

Όπως προκύπτει, το 61,3% ήρθε σ' επαφή με την ΣΕΘ μέσω φίλων, το 19,3% μέσω οικογενειακού περιβάλλοντος, το 10% μέσω εργασίας, το 6% μέσω Μ.Μ.Ε, ενώ το 3,3% απάντησε άλλο (π.χ. «μέσω σεμιναρίων», «μέσω του φυσιοθεραπευτή μου», «πήγα κατευθείαν στο ιατρείο», «ήταν φυσική εξέλιξη του τρόπου ζωής μου, ήταν κοντά στις ανησυχίες μου», «τυχαία»).

### **26. Λόγος επιλογής ΣΕΘ**

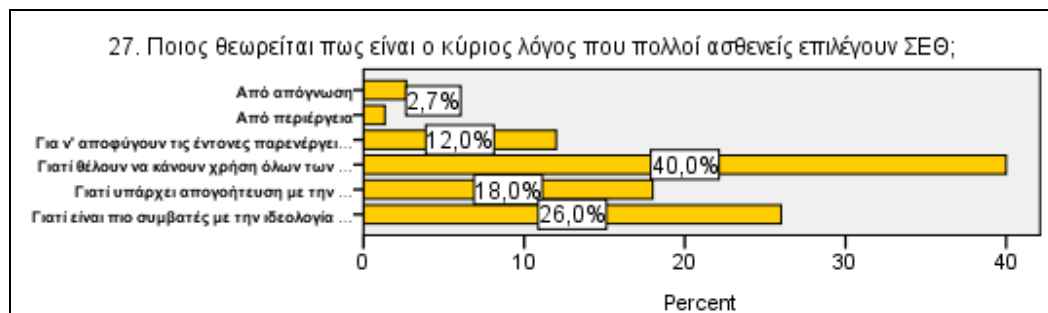
Όπως φαίνεται και στο σχήμα που ακολουθεί, το 19,3% του δείγματος επέλεξε ΣΕΘ γιατί τη σύστησε ένας φίλος /συνάδελφος που είχε θετική εμπειρία ενώ επίσης ένα 19,3% επέλεξε ΣΕΘ γιατί εκτιμά την έμφαση που δίνεται στο σύνολο του ανθρώπου. Το 16,7 % επέλεξε ΣΕΘ γιατί είναι συμβατή με την ιδεολογία και τον τρόπο ζωής του, το 16% ήθελε ν' αποφύγει τις παρενέργειες των φαρμάκων, το 11,3% γιατί η συμβατική θεραπεία απέτυχε, το 5,3% γιατί ενισχύει την αποτελεσματικότητα της συμβατικής θεραπευτικής αγωγής, το 3,3% λόγω αποτυχίας του συμβατικού γιατρού να κάνει σωστή διάγνωση. Ένα 2,7% δηλώνει σα λόγο πως είναι δυσαρεστημένο από τη στάση και συμπεριφορά του συμβατικού γιατρού, ενώ ένα ισόποσο ποσοστό αναφέρει πως από παιδί μ' αυτόν τον τρόπο αντιμετωπίζει τα προβλήματα υγείας του. Το 2% λόγω του ότι

οι γονείς / συγγενείς χρησιμοποιούν ΣΕΘ για τα προβλήματα υγείας τους, ενώ το 1,3% απαντά άλλο (π.χ. «ήταν φυσική εξέλιξη του τρόπου ζωής μου», «ήταν η έσχατη λύση»).



## 27. Λόγος επιλογής άλλων

Στην ερώτηση ποιος θεωρούν πως είναι ο κυριότερος λόγος που πολλοί ασθενείς επιλέγουν ΣΕΘ, το 40% του δείγματος απαντά πως οι ασθενείς θέλουν να κάνουν χρήση όλων των διαθέσιμων επιλογών. Το 26% γιατί είναι πιο συμβατές με την ιδεολογία και τον τρόπο ζωής τους, το 18% γιατί υπάρχει απογοήτευση με την Συμβατική Ιατρική, το 12% για ν' αποφύγουν τις έντονες παρενέργειες των φαρμάκων της συμβατικής ιατρικής, το 2,7% θεωρεί πως πολλοί ασθενείς επιλέγουν ΣΕΘ από απόγνωση, ενώ το 1,3% από περιέργεια, όπως φαίνεται και στο παρακάτω σχήμα.



## **28. Χρόνος χρήσης της ΣΕΘ**

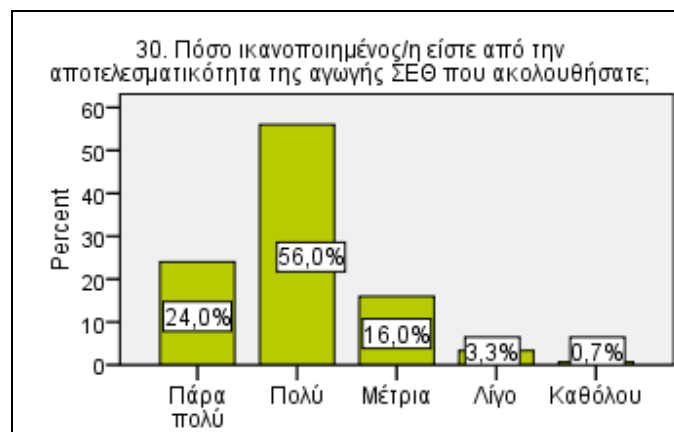
Σύμφωνα με το παρακάτω σχήμα, το 38% του δείγματος κάνει χρήση της ΣΕΘ λίγους μήνες ως 1 χρόνο, το 34,7% κάνει χρήση της ΣΕΘ 2 - 4 χρόνια, το 10,7% 4 – 6 χρόνια, άλλο ένα 10,7% 10 χρόνια & πάνω, το 4% 6 – 10 χρόνια και το 2% απάντησε άλλο («σποραδικές επισκέψεις», «25 χρόνια», «έχω κάνει 2 φορές»).

## **29. Συχνότητα επισκέψεων σε θεραπευτή ΣΕΘ**

Όσον αφορά τη συχνότητα επισκέψεων σε θεραπευτή ΣΕΘ, το 43,3% του δείγματος απευθύνεται σε θεραπευτή ΣΕΘ μόνο όταν έχει κάποιο πρόβλημα υγείας, το 26,7% απευθύνεται κάθε 6 μήνες, το 17,3% απαντά άλλο (π.χ. «ανάλογα με τον θεραπευτή/προσέγγιση», «σποραδικές επισκέψεις», «1 φορά τον μήνα», «σε περίοδο δυνατών πόνων 2-3 φορές την εβδομάδα, μετά την κρίση 1-2 φορές το μήνα», «όποτε νιώσω ότι δεν τα βγάζω πέρα μόνος μου», «2 επισκέψεις», «σχεδόν καθημερινά λόγω εργασίας», «πιο συχνά», «κάθε μήνα») το 10,7% τουλάχιστον 1 φορά το χρόνο, το 1,3% τουλάχιστον κάθε 2 χρόνια, ενώ το 0,7 1 φορά κάθε 3-4 χρόνια.

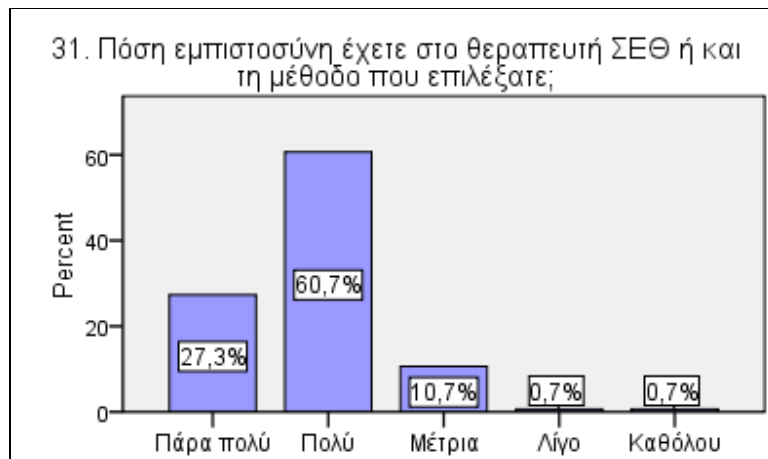
## **30. Βαθμός ικανοποίησης από τη ΣΕΘ**

Όπως φαίνεται και στο σχήμα που ακολουθεί, το 56% των ερωτώμενων δηλώνει πολύ ικανοποιημένο από την αποτελεσματικότητα της αγωγής ΣΕΘ που ακολούθησε, το 24% δηλώνει πάρα πολύ ικανοποιημένο, το 16% μέτρια ικανοποιημένο, το 3,3% λίγο ικανοποιημένο, ενώ 1 ερωτώμενος (0,7%) δηλώνει καθόλου ικανοποιημένος.



### **31. Βαθμός εμπιστοσύνης**

Ως προς το βαθμό εμπιστοσύνης το 60,7% του δείγματος απαντά πως έχει πολύ εμπιστοσύνη στο θεραπευτή ΣΕΘ ή και στη μέθοδο που επέλεξε, το 27,3% δηλώνει πάρα πολύ εμπιστοσύνη, το 10,7% μέτρια εμπιστοσύνη, ενώ 1 ερωτώμενος (0,7%) απάντησε Λίγο και 1 Καθόλου.



### **32. Συνδυασμός αγωγών**

Στην ερώτηση αν συνδυάζουν την αγωγή ΣΕΘ ταυτόχρονα με αυτή της Συμβατικής Ιατρικής, το 55,3% απάντησε θετικά και το άλλο 44,7% αρνητικά.

### **33. Εάν ναι, γιατί; (Ανοιχτή ερώτηση)**

Το 55,3% δείγματος που απάντησε πως συνδυάζει την αγωγή ΣΕΘ με αγωγή της Συμβατικής Ιατρικής, αιτιολόγησαν κάπως έτσι την απάντησή τους: «Απλά ψάχνω να βρω λύσεις», «Γιατί πιστεύω ότι μ' αυτόν τον τρόπο καλύπτω ένα ευρύτερο φάσμα γνώσεων και ιατρικών επιλογών», «Θεωρώ ότι η θεραπεία είναι πιο πλήρης και τα αποτελέσματα καλύτερα», «Γιατί και οι δύο αγωγές έχουν κάτι να προσφέρουν», «Οι ΣΕΘ που διάλεξα δεν αντιτίθενται στη συμβατική ιατρική, είναι συμπληρωματικές», «Οι ενεργειακές θεραπείες συμπληρώνουν θαυμάσια τη συμβατική ιατρική», «Είναι συμβουλή του γιατρού μου», «Για πιο γρήγορη ανάρρωση σε συνδυασμό με παυσίπονα», «Για ενίσχυση του αποτελέσματος της συμβατικής αγωγής», «Για βαθύτερη θεραπεία», «Για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και μικρότερο χρόνο αποθεραπείας», «Πιστεύω

ότι οι γνώσεις της ΣΕΘ και της συμβατικής ιατρικής από κοινού, μπορούν να ωφελήσουν την υγεία», «Η κλινική εξέταση πρέπει να γίνει από συμβατικό γιατρό», «Η μία συμπληρώνει την άλλη. Η συμβατική ιατρική έχει να προσφέρει σε οξείες περιπτώσεις και η ΣΕΘ για χρόνια χωρίς παρενέργειες θεραπεία», «Σε περιπτώσεις πολύ δυνατού πόνου», « Γιατί καμία μέθοδος δεν είναι πανάκεια », «Κάποια πράγματα δεν μπορεί να τα κάνει η ΣΕΘ (οδοντιατρική)», «Χρειάζομαι και το γυναικολόγο μου παράλληλα», «Η λήψη ινσουλίνης είναι αναγκαία» κ.τ.λ.

#### **34. Εάν όχι, γιατί; (Ανοιχτή ερώτηση)**

Το άλλο 44,7% που απάντησε πως δεν συνδυάζει τις μεθόδους εξέφρασε λόγους γι' αυτό όπως: « Όσο με καλύπτει η θεραπευτική αγωγή της ΣΕΘ, δεν έχει χρειαστεί να καταφύγω σε κάτι άλλο ή στην συμβατική ιατρική», «Γιατί αποσκοπούν σε διαφορετική αντίδραση του οργανισμού και μπορεί να είναι αντιτιθέμενες μεταξύ τους», «Δεν έχει νόημα. Τα συμβατικά φάρμακα αναιρούν τ' αποτελέσματα της ΣΕΘ», «Η συμβατική ιατρική δεν βοήθησε», «Προτιμώ πιο φυσικούς και ήπιους τρόπους θεραπείας», «Δεν συνδυάζονται φάρμακα και Ομοιοπαθητική», «Έχω εμπιστοσύνη στις ΣΕΘ που ακολουθώ», «Δεν ήταν απαραίτητο», «Εδώ και 5 χρόνια έχω ξεχάσει τη συμβατική ιατρική», «Παύση επαφής με συμβατικό γιατρό», «Δεν υπάρχει συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας για να γίνει αυτός ο συνδυασμός», «Γιατί έτσι μου συνέστησε ο θεραπευτής ΣΕΘ», «Τα φάρμακα δεν βοηθούν τον οργανισμό να φτάσει στην αυτοίαση», «Η αγωγή ΣΕΘ που ακολουθώ αρκεί για το πρόβλημά μου», «Ηθελα να δοκιμάσω μια μέθοδο χωρίς παρενέργειες», «Τα τελευταία χρόνια στηρίζομαι στην Ομοιοπαθητική», «Δεν συνδυάζονται», «Με καλύπτει η ΣΕΘ», «Για να έχω θετικά αποτελέσματα», «Δεν χρειάζομαι τη συμβατική ιατρική» κ.τ.λ.

#### **35. Ενημέρωση γιατρού**

Οι 83 ερωτώμενοι που απάντησαν καταφατικά στο αν συνδυάζουν τις αγωγές απάντησαν στην ερώτηση αυτή ως εξής: το 69,0% δήλωσε πως ενημέρωσε τον συμβατικό γιατρό γι' αυτό, ενώ το 31,0% απάντησε πως δεν ενημέρωσε τον συμβατικό γιατρό.

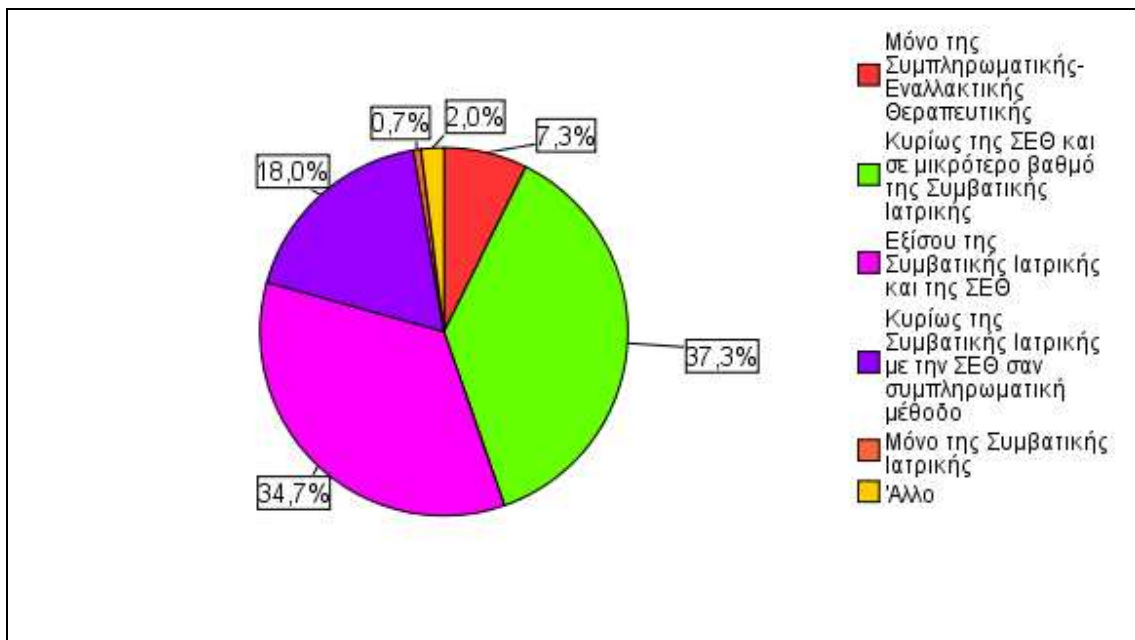


### **36. Εάν όχι, γιατί;**

Οι 26 που απάντησαν ότι δεν ενημέρωσαν τον συμβατικό γιατρό πως συνδυάζουν τις μεθόδους απάντησαν ως εξής σ' αυτήν την ερώτηση: οι 13 δηλώνουν σαν λόγο πως ο γιατρός θα το απέρριπτε, οι 6 απαντούν πως ο γιατρός δεν θα είχε γνώσεις περί ΣΕΘ, οι 4 πως δεν ήταν σημαντικό να το γνωρίζει ο γιατρός, 1 απαντά πως ξέχασε να το αναφέρει, 1 πως ο γιατρός δεν θα καταλάβαινε και 1 απάντησε άλλο («γιατί η μέθοδος ΣΕΘ δεν επηρεάζει την μέθοδο του συμβατικού γιατρού»).

### **37. Θεωρείτε τον εαυτό σας υποστηρικτή και χρήστη:**

Όπως φαίνεται και στο παρακάτω σχήμα, το 37,3% του δείγματος θεωρεί τον εαυτό του υποστηρικτή και χρήστη κυρίως της ΣΕΘ και σε μικρότερο βαθμό της Συμβατικής Ιατρικής, το 34,7% θεωρεί τον εαυτό του υποστηρικτή και χρήστη εξίσου της Συμβατικής Ιατρικής και της ΣΕΘ, το 18% κυρίως της Συμβατικής Ιατρικής με την ΣΕΘ σαν συμπληρωματική μέθοδο, το 7,3% μόνο της ΣΕΘ, το 2% απάντησε Άλλο (π.χ. «ανάλογα την περίπτωση», «είμαι επιφυλακτική», «εξαρτάται από την περίπτωση»), ενώ 1 ερωτώμενος δήλωσε υποστηρικτής και χρήστης μόνο της Συμβατικής Ιατρικής.



## **Α. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ**

Για τον έλεγχο συσχέτισης επιμέρους ερωτήσεων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο  $\chi^2$ . Στην ανάλυση με τη μέθοδο  $\chi^2$  προέκυψαν οι εξής στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις:

### **1. Γενική ικανοποίηση από την Συμβατική Ιατρική – Βαθμός ικανοποίησης από τον συμβατικό γιατρό.**

Ο έλεγχος  $\chi^2$  υπέδειξε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην γενική ικανοποίηση από τη συμβατική ιατρική και το βαθμό ικανοποίησης από το συμβατικό γιατρό ( $p=0,000$ ). Από τους 67 χρήστες ΣΕΘ που είναι ικανοποιημένοι με τη Συμβατική Ιατρική, η πλειοψηφία (36) δηλώνει πολύ ικανοποιημένη από το συμβατικό γιατρό, ενώ από τους 83 που δεν είναι ικανοποιημένοι γενικά από τη συμβατική ιατρική οι περισσότεροι δηλώνουν μέτρια (41) προς λίγο (21) εμπιστοσύνη στο συμβατικό γιατρό.

### **2. Γενική ικανοποίηση από την Συμβατική Ιατρική – Βαθμός εμπιστοσύνης στον συμβατικό γιατρό.**

Επίσης προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ικανοποίηση από τη συμβατική ιατρική και το βαθμό εμπιστοσύνης στον συμβατικό γιατρό ( $p=0,000$ ). Από τα 67 άτομα που είναι ικανοποιημένα με τη Συμβατική Ιατρική, τα 39 έχουν πολύ εμπιστοσύνη στον συμβατικό γιατρό, ενώ από τα 83 άτομα που δεν είναι ικανοποιημένα με τη συμβατική ιατρική τα 42 έχουν μέτρια εμπιστοσύνη στον συμβατικό γιατρό.

### **3. Γενική ικανοποίηση από την Συμβατική Ιατρική – Συνδυασμός αγωγών.**

Εξετάστηκε η σχέση της γενικής ικανοποίησης από την Συμβατική ιατρική με τον συνδυασμό αγωγής ΣΕΘ και συμβατικής θεραπείας από τους χρήστες ΣΕΘ. Ο έλεγχος  $\chi^2$  επιβεβαιώνει αυτή τη σχέση ( $p=0,022$ ), καθώς η πλειοψηφία (44) αυτών που δεν είναι ικανοποιημένοι από την συμβατική ιατρική δεν συνδυάζει τις μεθόδους και αρκείται στην αγωγή ΣΕΘ.

#### **4. Γενική ικανοποίηση από την Συμβατική Ιατρική – Υποστηρικτής και χρήστης**

Εδώ εξετάστηκε η σχέση της γενικής ικανοποίησης από την Συμβατική ιατρική με το κατά πόσο οι ερωτώμενοι είναι υποστηρικτές και χρήστες της Συμβατικής Ιατρικής και της ΣΕΘ. Ο έλεγχος  $\chi^2$  επιβεβαιώνει αυτή τη σχέση ( $p=0,000$ ), καθώς από τους 83 ερωτηθέντες που δεν είναι ικανοποιημένοι από τη συμβατική ιατρική οι 46 δηλώνουν υποστηρικτές και χρήστες «κυρίως της ΣΕΘ και σε μικρότερο βαθμό της Συμβατικής Ιατρικής». Ενώ από τους 67 που είναι ικανοποιημένοι από τη Συμβατική Ιατρική οι 30 δηλώνουν υποστηρικτές και χρήστες «εξίσου της Συμβατικής Ιατρικής και της ΣΕΘ» και οι 23 «κυρίως της Συμβατικής ιατρικής με τη ΣΕΘ σαν συμπληρωματική μέθοδο».

#### **5. Μορφωτικό επίπεδο – Βαθμός εμπιστοσύνης στον θεραπευτή ΣΕΘ.**

Προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και τον βαθμό εμπιστοσύνης στον θεραπευτή ΣΕΘ ( $p=0,038$ ). Η πλειοψηφία των χρηστών ΣΕΘ που έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο (48) τείνουν να έχουν πολύ εμπιστοσύνη στον θεραπευτή ΣΕΘ.

#### **6. Κατάσταση υγείας – ΣΕΘ πριν.**

Ο έλεγχος  $\chi^2$  υπέδειξε επίσης στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην κατάσταση υγείας του δείγματος και στην αναζήτηση αγωγής ΣΕΘ πριν της συμβατικής αγωγής ( $p=0,004$ ). Από τους 101 που αναζήτησαν πρώτα συμβατικό γιατρό οι περισσότεροι δηλώνουν καλή (50) προς μέτρια (34) κατάσταση υγείας.

#### **7. Χρόνος χρήσης της ΣΕΘ – Βαθμός ενημέρωσης για θέματα ΣΕΘ.**

Προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον χρόνο χρήσης της ΣΕΘ και στον βαθμό ενημέρωσης για θέματα ΣΕΘ ( $p=0,022$ ). Από τους 16 που χρησιμοποιούν την ΣΕΘ 10 χρόνια και πάνω, οι περισσότεροι (10) δηλώνουν πολύ ενημερωμένοι για θέματα ΣΕΘ.

## Ε. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 1. Χαρακτηριστικά των χρηστών ΣΕΘ.

Βάση της ανάλυσης των αποτελεσμάτων, προκύπτει ένας σχετικά μεγαλύτερος αριθμός γυναικών (64%) έναντι των ανδρών (36%) μεταξύ των χρηστών ΣΕΘ του δείγματος της έρευνας. Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών είναι νέοι ενήλικες και μεσήλικες εργαζόμενοι. Έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο καθώς το 50% δηλώνει απόφοιτος ανώτατης σχολής. Η πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει μέτρια (40,7%) προς καλή (35,3%) οικονομική κατάσταση. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τις περισσότερες έρευνες στη Βρετανία και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες που δείχνουν εκτός των άλλων ότι οι χρήστες ΣΕΘ αντιπροσωπεύουν όλες τις κοινωνικές τάξεις με επικρατέστερη την μεσαία τάξη.

Η πλειοψηφία του δείγματος (52%) είναι σε καλή προς μέτρια (26,7%) κατάσταση υγείας και οι περισσότεροι χρήστες ΣΕΘ της έρευνας (43,3%) επισκέπτονται θεραπευτή ΣΕΘ μόνο όταν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας, ενώ το 26,7% απευθύνεται κάθε 6 μήνες. Τα προβλήματα υγείας που συνδέονται με τη χρήση εναλλακτικής ιατρικής είναι: μυοσκελετικά προβλήματα (22%), άγχος (16,7%), γυναικολογικά προβλήματα (10%), πρόληψη (8,7%), χρόνιοι πόνοι (6,7%), πονοκέφαλοι, αλλεργίες, διαταραχές ύπνου, δερματολογικά προβλήματα, ευαίσθητο ανοσοποιητικό, προβλήματα αναπνευστικού κ.τ.λ. Ο *John A. Astin, (1998)* συμπέρανε πως οι ασθενείς απευθύνονται στην ΣΕΘ για προβλήματα υγείας όπως άγχος, μυοσκελετικά προβλήματα, χρόνιοι πόνοι.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα πως μόνο το 5,3% του δείγματος δηλώνει πάρα πολύ ενημερωμένο για θέματα ΣΕΘ, ενώ η πλειοψηφία (52%) είναι μέτρια ενημερωμένη. Η ανάλυση έδειξε πως ο βαθμός ενημέρωσης για θέματα ΣΕΘ συνδέεται με το χρόνο χρήσης της ΣΕΘ. Η μέτρια ενημέρωση μπορεί να συνδέεται με το γεγονός πως το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών ΣΕΘ της έρευνας (38%) είναι νέοι χρήστες

της ΣΕΘ, δηλ. λίγους μήνες ως 1 χρόνο, ενώ οι 16 που χρησιμοποιούν την ΣΕΘ 10 χρόνια & πάνω δηλώνουν πολύ ενημερωμένοι.

Οι μέθοδοι ΣΕΘ που είναι περισσότερο δημοφιλείς στους χρήστες ΣΕΘ αυτής της έρευνας είναι οι εξής: ο Βελονισμός (έχει χρησιμοποιηθεί από το 44% του δείγματος), η Ομοιοπαθητική (43,3%), η Χειροπρακτική (28%), Ρέικι (28%), η Ρεφλεξολογία (27,3%), η Yoga (25,3%), τα Ανθοϊάματα Bach (17,3%), η Αρωματοθεραπεία (14%) και η Αγιουρβέδα (5,3%). Ενώ, το 5,3% δήλωσε και εναλλακτικές θεραπείες όπως Κινέζικο μασάζ (TUNA), Βοτανοθεραπεία, Διατροφολογία, Θεραπεία-καθαρισμός αύρας με Χρώμα και Άρωμα, Διαλογισμός, Μουσικοθεραπεία, Κρυσταλλοθεραπεία, Thai massage, Tai Chi, Visualizations.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει πως από τους 83 χρήστες ΣΕΘ που συνδυάζουν την αγωγή ΣΕΘ ταυτόχρονα με αυτή της Συμβατικής Ιατρικής, το μεγαλύτερο ποσοστό (69%) ενημέρωσε τον συμβατικό γιατρό γι' αυτό, παρά το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Οι 26 που δεν το έκαναν το αιτιολόγησαν κυρίως πως «ο γιατρός θα το απέρριπτε» (50%), «ο γιατρός δεν θα είχε γνώσεις περί ΣΕΘ» (23,1%).

Το 60,7% του δείγματος προτιμάει μια ισότιμη σχέση συνεργασίας με το γιατρό όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων σε σχέση με την υγεία., πράγμα που μπορεί να δηλώνει την διάθεση για ενεργητική συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία.

## **2. Ερευνητικές υποθέσεις.**

α) Η πρώτη αναφέρεται στο αν οι χρήστες θεραπειών ΣΕΘ έχουν διαμορφώσει μια θετική ή αρνητική στάση απέναντι στη Συμβατική Ιατρική.

Προκύπτει πως η πλειοψηφία των ασθενών θεωρεί πως οι εναλλακτικές θεραπείες είναι περισσότερο αποτελεσματικές και έχει σχετικά μικρότερη εμπιστοσύνη στη Συμβατική Ιατρική και αυτό είναι εύρημα που συμφωνεί μ' αυτό που εμφανίζεται να δείχνει η ερευνητική λογοτεχνία. Συγκεκριμένα, το 56% είναι πολύ προς πάρα πολύ (24%) ικανοποιημένο από τη ΣΕΘ και έχει πολύ (60,7%) προς πάρα πολύ εμπιστοσύνη (27,3%) στον θεραπευτή ΣΕΘ, ενώ δηλώνει μέτρια ικανοποίηση (41,3%) και μέτρια

εμπιστοσύνη (39,3%) στη Συμβατική Ιατρική. Επιπλέον, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (55,3%) δηλώνει ανικανοποίητο από τις υπηρεσίες της Συμβατικής Ιατρικής, ενώ το 87,3% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι υπάρχει δυσαρέσκεια με τη Συμβατική Ιατρική. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι υπάρχει μια «αρνητική» φόρτιση απέναντι στις υπηρεσίες της Συμβατικής Ιατρικής.

β) Όσον αφορά τη δεύτερη υπόθεση, προσδιορίζονται οι εξής παράγοντες διαμόρφωσης αυτής της αρνητικής στάσης, :

- Η μη ικανοποίηση γενικά από τις υπηρεσίες της Συμβατικής Ιατρικής από το 55,3% των χρηστών ΣΕΘ της συγκεκριμένης έρευνας, μπορεί να θεωρηθεί κύριος παράγοντας διαμόρφωσης αρνητικής στάσης απέναντι στη Συμβατική Ιατρική.
- Η αρνητική αξιολόγηση διαφόρων πτυχών της συμβατικής ιατρικής από το 62,6% των χρηστών ΣΕΘ της έρευνας (το 23,7% δηλώνει κύριο λόγο δυσαρέσκειας πως εστιάζεται στην καταπολέμηση των συμπτωμάτων της νόσου και παραβλέπει το σύνολο του ανθρώπου, το 20,6 % αναφέρει σαν κύριο λόγο την απογοητευτική εικόνα που παρουσιάζουν τα δημόσια νοσοκομεία, το 18,3% πως οι ασθενείς αντιμετωπίζονται ως καταναλωτές των υπηρεσιών με σκοπό το κέρδος).
- Η αναποτελεσματικότητα της συμβατικής θεραπείας για την ασθένειά τους (το 13,7% απαντά πως δεν είναι πάντα αποτελεσματική).
- Ανησυχία για τις δυσμενείς παρενέργειες της συμβατικής ιατρικής από το 15,3% του δείγματος.
- Ανησυχία για την επικοινωνία με τους γιατρούς από το 3,8% ( θεωρεί πως η σχέση ασθενή γιατρού είναι απρόσωπη και ψυχρή).

γ) Η τρίτη ερευνητική υπόθεση έχει να κάνει με το αν η αρνητική στάση απέναντι στη Συμβατική Ιατρική επηρεάζει στην επιλογή μεθόδων ΣΕΘ.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, απορρίπτεται η υπόθεση ότι οι ασθενείς που αναζητούν θεραπευτές ΣΕΘ δεν εκτιμούν τα οφέλη της συμβατικής ιατρικής ή ότι η αυξημένη δημοτικότητα της ΣΕΘ αντιπροσωπεύει την απόρριψη της συμβατικής ιατρικής. Όσον αφορά τον λόγο για τον οποίο οι ίδιοι οι ερωτώμενοι επέλεξαν ΣΕΘ, οι

λόγοι που επιδοκιμάστηκαν πιο έντονα έχουν να κάνουν με μια θετική αξιολόγηση της ΣΕΘ. Συγκεκριμένα, το 19,3% του δείγματος απάντησε πως εκτιμά την έμφαση που δίνεται στο σύνολο του ανθρώπου, ένα 19,3% επέλεξε ΣΕΘ γιατί τη σύστησε ένας φίλος /συνάδελφος που είχε θετική εμπειρία ενώ το 16,7 % επέλεξε ΣΕΘ γιατί είναι συμβατή με την ιδεολογία και τον τρόπο ζωής του. Δηλαδή το 55,3% του δείγματος φαίνεται πως το κάνει όχι λόγω δυσαρέσκειας με τη Συμβατική Ιατρική, αλλά μάλλον γιατί έλκεται από τις εναλλακτικές μορφές φροντίδας υγείας τις οποίες αξιολογεί θετικά και που ενδέχεται να είναι σύμφωνες με τις δικές τους φιλοσοφικές προσεγγίσεις απέναντι στη ζωή και την υγεία.

Επίσης, όσον αφορά την άποψη του δείγματος για τον κυρίαρχο λόγο που πολλοί ασθενείς επιλέγουν ΣΕΘ, το 40% απαντά πως οι ασθενείς θέλουν να κάνουν χρήση όλων των διαθέσιμων επιλογών ενώ το 26% γιατί είναι πιο συμβατές με την ιδεολογία και τον τρόπο ζωής τους. Προκύπτει λοιπόν πως η απογοήτευση από την συμβατική ιατρική *δεν* αποτελεί τον πιο σημαντικό λόγο για επιλογή της ΣΕΘ εύρημα που συμφωνεί με τα συμπεράσματα του *Ernst (1995)*. Ένα πιο θετικό κίνητρο (π.χ. να δοκιμάσουν όλες τις δυνατότητες επιλογής που παρέχει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης) μάλλον παίζει σημαντικότερο ρόλο.

Επιπλέον, όπως συμπέρανε και η *Thomas (1991)* με τους ιατρικούς συνεργάτες της στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι ασθενείς δεν έχουν γυρίσει την πλάτη τους στην συμβατική ιατρική φροντίδα. Συγκεκριμένα, το 55,3% συνδυάζει την αγωγή ΣΕΘ ταυτόχρονα με τη συμβατική ιατρική αγωγή, ενώ το 63,7% απευθύνθηκε πρώτα σε συμβατικό γιατρό και μετά σε θεραπευτή ΣΕΘ, εύρημα που συμφωνεί με αυτό του *Eisenberg (1997)* όπου το 70% του δείγματός του πήγε πρώτα στον συμβατικό γιατρό ενώ το 15% πήγε πρώτα στο θεραπευτή ΣΕΘ. Κάτι άλλο που ενισχύει αυτό το συμπέρασμα είναι πως η πλειοψηφία του δείγματος (37,3%) δηλώνει υποστηρικτής και χρήστης «κυρίως της ΣΕΘ και σε μικρότερο βαθμό της Συμβατικής Ιατρικής», ενώ το 34,7% «εξίσου της ΣΕΘ και της Συμβατικής Ιατρικής». Η ΣΕΘ λοιπόν φαίνεται πως είναι γενικώς συμπλήρωμα παρά υποκατάστατο της συμβατικής ιατρικής. Οι ενήλικες που χρησιμοποιούν και τα δύο θεραπευτικά συστήματα φαίνονται να τα εκτιμούν αμφότερα. και αυτό είναι εύρημα που είχαν όλοι οι ερευνητές πάνω σ' αυτό το ζήτημα.

Ωστόσο, είναι σημαντικό ν' αναφερθεί πως οι ερευνητές καταλήγουν πως δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος τύπος ανθρώπου που χρησιμοποιεί μη συμβατική ιατρική. Υποστηρίζουν πως είναι πλήρως λανθασμένο να μιλάμε για τους ασθενείς ΣΕΘ σαν να πρόκειται για μια ομοιογενή ομάδα. Οι ασθενείς που συμβουλευονται διαφορετικούς τύπους συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών έχουν διαφορετικές πεποιθήσεις για την υγεία και διαφορετικά επίπεδα σκεπτικισμού για την συμβατική ιατρική και οι λόγοι που κάνουν τις όποιες επιλογές είναι πολύπλοκοι.



## ΣΤ. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η αύξηση ταυτόχρονα της ζήτησης και προσφοράς της ΣΕΘ είναι ένα φαινόμενο που έχει αιφνιδιάσει και τους γιατρούς και τους ερευνητές. Προτείνονται λοιπόν τα παρακάτω προκειμένου ο σύγχρονος ασθενής να μπορεί να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις και τις ανάγκες του και να μπορεί να αναζητήσει και «εναλλακτικές» λύσεις στα προβλήματα υγείας του:

- ▶ Θα έπρεπε να είναι διαθέσιμη περισσότερη έγκυρη, χρήσιμη και εύκολα προσβάσιμη ενημέρωση για την ΣΕΘ.
- ▶ Δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς θα έπρεπε να υποστηρίξουν και να επεκτείνουν την έρευνα για την Συμπληρωματική-Εναλλακτική Θεραπευτική, η οποία χρειάζεται ένα πιο ισχυρό ερευνητικό υπόβαθρο.
- ▶ Τα επαγγέλματα που σχετίζονται με τη Συμβατική Ιατρική θα έπρεπε να εξοικειώνονται συστηματικά με τη ΣΕΘ και ο διάλογος μεταξύ των επαγγελματιών ΣΕΘ και Συμβατικής Ιατρικής θα έπρεπε ν' αναπτυχθεί.
- ▶ Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας θα έπρεπε ν' αναπτύξει στρατηγικές που θα επιτρέπουν την πρόσβαση σε ασφαλείς και αποτελεσματικές μεθόδους της ΣΕΘ.
- ▶ Θα έπρεπε να δημιουργηθεί μια υπηρεσία που να συντονίζει τις δραστηριότητες της ΣΕΘ και να διευκολύνει την ένταξη στο Εθνικό Σύστημα Υγείας Συμπληρωματικών-Εναλλακτικών Θεραπειών για τις οποίες υπάρχουν αποδείξεις αποτελεσματικότητας, όπως συμβαίνει σε Ηνωμένο Βασίλειο, Η.Π.Α κι αλλού.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. A.C. Crombie, «Από τον Αυγουστίνο στον Γαλιλαίο», τόμος Α΄: Η επιστήμη στον Μεσαίωνα (Μ.Ι.Ε.Τ., Αθήνα 1989)
2. A.C. Crombie, «Από τον Αυγουστίνο στον Γαλιλαίο», τόμος Β΄: Η επιστήμη στον όψιμο Μεσαίωνα και στις αρχές των Νέων Χρόνων (Μ.Ι.Ε.Τ., Αθήνα 1992).
3. Anthony Giddens, «Εισαγωγή στην κοινωνιολογία», (Οδυσσέας, Αθήνα 1989).
4. Ann Holdway, «Κινησιολογία – Μυϊκές εξετάσεις και ενεργειακή εξισορρόπηση για καλύτερη υγεία και ευεξία» (Αλκυών, Αθήνα 2001).
5. Bernard Jensen και Donald Bodeen, «Ιριδολογία» (Διόπτρα, Αθήνα 1996).
6. Claude Javeau, «Η έρευνα με ερωτηματολόγιο-το Εγχειρίδιο του Καλού Ερευνητή», Τυποθήτω, Αθήνα 2000.
7. Charles Vincent and Adrian Furnham, «Complementary Medicine- A Research Perspective», Wiley, London 1997
8. David F. Vennells, «Ρέικι – Μαθαίνοντας τεχνικές φυσικής θεραπείας» (Κέδρος, Αθήνα 2003).
9. Edward Bach, Jans-Erik R. Petersen, «Θεράπευσε τον εαυτό σου με τα άνθη του Bach, Ανθοθεραπεία» (Ψύχαλου, Αθήνα χ.χ.).
10. Eilean Bentley (επ.), «Το μεγάλο βιβλίο του μασάζ – Ο πλήρης οδηγός για τη βασική θεραπεία με τα χέρια» (Αλκίμαχον, Αθήνα 2006).
11. Hanne Marquardt, «Ρεφλεξοθεραπεία – Πρακτικό σύγγραμμα της θεραπείας μέσω των αντανακλαστικών ζωνών στον άκρο πόδα» (Παρισιάνου, Αθήνα 2004).
12. John Losee, «Φιλοσοφία της επιστήμης – Μια ιστορική εισαγωγή», Βάνιας, Θεσσαλονίκη 1991.
13. Keith Bakx, “The ‘eclipse’ of folk medicine in western society”, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 13.
14. Michael Weiner, «Το πλήρες βιβλίο της Ομοιοπαθητικής», Διόπτρα, Αθήνα 1992.
15. Mike Saks, «Orthodox and Alternative Medicine - Politics, Professionalization and Health Care», Sage, Λονδίνο 2005.
16. Mike Saks, «Alternative Medicine in Britain», Clarendon Press, Oxford 1992.

17. Merrijoy Kelner, Beverly Wellman, Bernice Pescosolido and Mike Saks, «Complementary and Alternative Medicine - Challenge and Change», Routledge, London and New York 2003.
18. Paul Lundberg, «Το βιβλίο του σιάτσου – Ζωτικότητα και υγεία μέσα από την τέχνη της αφής» (Ψύχαλου, Αθήνα 2004).
19. Paul Zanie Pilzer, «Η νέα επανάσταση της ευεξίας – Κερδίστε μια περιουσία από την επόμενη αγορά των δισεκατομμυρίων», Κλειδάριθμος, Αθήνα 2007.
20. Shelley Hess, «Οδηγός Ρεφλεξολογίας για επαγγελματίες» (Ιων, Αθήνα 1999).
21. Sarah Nettleton, «Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας», Τυπωθήτω, Αθήνα 2002.
22. Shelley Hess, «Οδηγός Ρεφλεξολογίας για επαγγελματίες» (Ιων, Αθήνα 1999).
23. Shirley Price, «Αρωματοθεραπεία», (Ψύχαλου, Αθήνα 1998).
24. Ursula Sharma, «Complementary Medicine today- Practitioners and Patients», Routledge, London 1995.
25. Βαλλνέφερ Χ., Ροττάουσερ Α., «Κινεζική λαϊκή ιατρική και βελονισμός» (Πύρινος Κόσμος, Αθήνα 1978).
26. Τάσος Βαρθολομαίος, «Εγχειρίδιο Συμπληρωματικής – Εναλλακτικής Θεραπευτικής», Πύρινος Κόσμος, Αθήνα 2005.
27. Παναγιώτης Πεφάνης, «Συνοπτική ιστορία της ιατρικής – Ανιχνεύοντας την αβεβαιότητα» (Εξάντας, Αθήνα 2004).
28. Πέτρος Θεοδωρίδης, «Οι μεταμορφώσεις της ταυτότητας – Έθνος, νεωτερικότητα και εθνικιστικός λόγος» (Αντιγόνη, Θεσσαλονίκη 2004).
29. Κασσωτάκη Μ., «Η εμπειρική έρευνα στις επιστήμες της αγωγής», χ.ε., Αθήνα 1978.
30. Παπαναστασίου Κ., «Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας», Εκδ. Παιδαγωγικό Ινστιτούτο Κύπρου, Λευκωσία 1990.
31. Χάρις Γιοχάρι, «Αγιουρβέδα, Ένας πλήρης οδηγός για την υγιεινή ζωή» (Κέδρος, Αθήνα 2002),

## ΑΛΛΕΣ ΠΗΓΕΣ

32. Εφημερίδα *Ελευθεροτυπία* (11 Μαρτίου 2008) ή στην ηλεκτρονική έκδοση <http://www.enet.gr/online/>
34. Περιοδικό *Άβατον*, «Συνέντευξη με τον Γιώργο Βυθούλκα», Οκτώβριος 2007.
35. Hans R. Larsen, «Alternative Medicine – Why so popular?», 1999. [http://www.yourhealthbase.com/alternative\\_medicine.html](http://www.yourhealthbase.com/alternative_medicine.html)
36. Eisenberg DM, Kessler RC, Van Rompay MI, Kaptchuk TJ, Wilkey SA, Appel S. Davis RB, «Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: results of a national survey», *Ann Intern Med.*2001, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11529698>.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Α. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε το ακόλουθο ερωτηματολόγιο απολύτως μόνος / η σας. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και θα χρησιμοποιηθεί για επιστημονικούς σκοπούς. Η συνεργασία σας και η ειλικρίνεια στις απαντήσεις σας είναι απαραίτητη και πολύτιμη.

#### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

1. ΦΥΛΟ:      Γυναίκα       Άνδρας

2. ΗΛΙΚΙΑ:

- 18 – 29        
30 – 39        
40 – 49        
50 – 59        
60 και πάνω

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

- Άγαμος /η        
Έγγαμος /η        
Διαζευγμένος /η   
Χήρος /α

4. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:

- Απόφοιτος Δημοτικού        
«      Γυμνασίου        
«      Λυκείου        
«      Τεχνικής σχολής        
«      Ανώτατης σχολής

5. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ:

6. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

- Πολύ καλή        
- Καλή        
- Μέτρια        
- Κακή        
- Πολύ κακή

7. Θεωρείτε ότι η κατάσταση της υγείας σας είναι:

Πολύ καλή       Καλή       Μέτρια       Κακή       Πολύ κακή

8. Έχετε ή είχατε στο παρελθόν κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας;

Ναι       Όχι

9. Εάν ναι, ποιο είναι αυτό;

10. Έχετε απευθυνθεί σε κάποιον γιατρό Συμβατικής Ιατρικής, του ιδιωτικού ή δημοσίου τομέα, για την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας;

Ναι       Όχι

11. Εάν ναι, πόσο συχνά απευθύνεστε σε συμβατικό γιατρό; (Επιλέξτε 1 απάντηση)

- Κάθε 6 μήνες
- Τουλάχιστον 1 φορά το χρόνο
- Τουλάχιστον κάθε 2 χρόνια
- Μια φορά κάθε 3-4 χρόνια
- Μόνο όταν έχω κάποιο πρόβλημα υγείας
- Άλλο:.....

12. Λαμβάνοντας υπόψη την τελευταία φορά που επισκεφτήκατε ένα συμβατικό γιατρό, πόσο ικανοποιημένος /η νιώσατε με τη φροντίδα που εισπράξατε;

Πάρα πολύ       Πολύ       Μέτρια       Λίγο       Καθόλου

13. Πόση εμπιστοσύνη έχετε στον συμβατικό γιατρό που επισκέπτεστε;

Πάρα πολύ       Πολύ       Μέτρια       Λίγο       Καθόλου

14. Σχετικά με τη λήψη αποφάσεων σε θέματα που αφορούν την υγεία σας, ποια από τις παρακάτω απόψεις σας εκφράζει περισσότερο; (Επιλέξτε 1 απάντηση)

- Αφήνω το θέμα στα χέρια του γιατρού
- Προτιμώ μια ισότιμη σχέση συνεργασίας με τον γιατρό
- Προτιμώ να έχω εξ' ολοκλήρου τον έλεγχο στα χέρια μου
- Άλλο:.....

15. Είστε ικανοποιημένος / η γενικά από τις υπηρεσίες της Συμβατικής Ιατρικής ;

Ναι  Όχι

16. Εάν ναι, γιατί;

17. Εάν όχι, γιατί;

18. Θεωρείτε πως υπάρχει δυσaréσκεια με την Συμβατική Ιατρική;

Ναι  Όχι

19. Εάν ναι, για ποιο λόγο πιστεύετε πως συμβαίνει αυτό;  
(Επιλέξτε 1 απάντηση)

- Οι παρενέργειες των φαρμάκων επιβαρύνουν τον οργανισμό του ασθενή
- Δεν είναι πάντα αποτελεσματική
- Η σχέση ασθενή-γιατρού είναι απρόσωπη και ψυχρή
- Η εικόνα που παρουσιάζουν τα δημόσια νοσοκομεία είναι απογοητευτική
- Εστιάζεται στην καταπολέμηση των συμπτωμάτων της νόσου και παραβλέπει το σύνολο του ανθρώπου
- Οι ασθενείς αντιμετωπίζονται ως καταναλωτές των υπηρεσιών της, με σκοπό το κέρδος
- Κοστίζει πολύ στους ανασφάλιστους
- Άλλο:.....

20. Πόσο ενημερωμένος / η είστε για θέματα Συμπληρωματικής – Εναλλακτικής Θεραπευτικής ( ΣΕΘ);

Πάρα πολύ  Πολύ  Μέτρια  Λίγο  Καθόλου

21. Στη συνέχεια ακολουθούν κάποιες απόψεις σχετικά με τη Συμπληρωματική–Εναλλακτική Θεραπευτική. Παρακαλούμε σημειώστε πόσο συμφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις, χρησιμοποιώντας τους αριθμούς 1 - 5, σε κάθε πρόταση ξεχωριστά.

1. Συμφωνώ απόλυτα 2. Συμφωνώ 3. Αδιαφορώ 4. Διαφωνώ 5. Διαφωνώ απόλυτα

Η υγεία και η ασθένεια είναι η αντανάκλαση της ισορροπίας μεταξύ θετικών ζωογόνων και αρνητικών καταστροφικών δυνάμεων	
Οι περισσότερες εναλλακτικές θεραπείες ενεργοποιούν τις φυσικές θεραπευτικές δυνάμεις του σώματος	
Τα συμπτώματα ενός ασθενή θα έπρεπε να θεωρούνται ως εκδήλωση μιας γενικής ανισορροπίας ή δυσλειτουργίας που επηρεάζει όλο το σώμα	
Οι προσδοκίες, οι πεποιθήσεις και οι αξίες ενός ασθενή θα έπρεπε να λαμβάνονται υπόψη στη θεραπευτική διαδικασία	
Η ΣΕΘ περιλαμβάνει ιδέες και μεθόδους από τις οποίες θα μπορούσε να ωφεληθεί η Συμβατική Ιατρική	
Το σώμα είναι ουσιαστικά αυτοθεραπευόμενο και ο ρόλος του θεραπευτή είναι να βοηθήσει στη θεραπευτική διαδικασία	

22. Ποιο πρόβλημα υγείας σας ώθησε να αναζητήσετε κάποιον θεραπευτή Συμπληρωματικής – Εναλλακτικής Θεραπευτικής (ΣΕΘ);

23. Αναζητήσατε κάποιον θεραπευτή ΣΕΘ πριν απευθυνθείτε σε Συμβατικό γιατρό;

Ναι  Όχι

24. Ποια ή ποιες μεθόδους Συμπληρωματικής-Εναλλακτικής Θεραπευτικής (ΣΕΘ) έχετε χρησιμοποιήσει ή χρησιμοποιείτε; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από 1 απαντήσεις)

- Ομοιοπαθητική
- Βελονισμός
- Σιάτσου
- Ρεφλεξολογία
- Χειροπρακτική
- Ρέικι
- Αρωματοθεραπεία
- Ανθοϊάματα Bach
- Yoga
- Αγιουρβέδα
- Άλλο:.....



25. Πώς ήρθατε σ' επαφή με τη συγκεκριμένη Συμπληρωματική- Εναλλακτική Θεραπευτική (ΣΕΘ);  
(Επιλέξτε 1 απάντηση)

- Μέσω οικογενειακού περιβάλλοντος
- Μέσω φίλων
- Μέσω εργασίας
- Μέσω Μ.Μ.Ε
- Άλλο:.....

26. Για ποιο λόγο επιλέξατε Συμπληρωματική- Εναλλακτική Θεραπευτική (ΣΕΘ);  
(Επιλέξτε 1 απάντηση)

- Ήθελα να αποφύγω τις παρενέργειες των φαρμάκων
- Μου τη σύστησε ένας φίλος / συνάδελφος που είχε θετική εμπειρία
- Η συμβατική θεραπεία απέτυχε
- Γιατί είναι συμβατή με την ιδεολογία και τον τρόπο ζωής μου
- Οι γονείς / συγγενείς χρησιμοποιούν ΣΕΘ για τα προβλήματα υγείας τους
- Λόγω αποτυχίας του συμβατικού γιατρού να κάνει σωστή διάγνωση
- Είμαι δυσαρεστημένος / η από τη στάση και συμπεριφορά του συμβατικού γιατρού
- Από παιδί μ' αυτό τον τρόπο αντιμετωπίζω τα προβλήματα υγείας μου
- Η ασθένειά μου είναι σοβαρή με μικρή πιθανότητα ανάρρωσης
- Εκτιμώ την έμφαση που δίνεται στο σύνολο του ανθρώπου
- Γιατί ενισχύει την αποτελεσματικότητα της συμβατικής θεραπευτικής αγωγής
- Άλλο:.....

27. Ποιος θεωρείτε πως είναι ο κύριος λόγος που πολλοί ασθενείς επιλέγουν ΣΕΘ;  
(Επιλέξτε 1 απάντηση)

- Γιατί είναι πιο συμβατές με την ιδεολογία και τον τρόπο ζωής τους
- Γιατί υπάρχει απογοήτευση με την Συμβατική Ιατρική
- Γιατί θέλουν να κάνουν χρήση όλων των διαθέσιμων επιλογών
- Για ν' αποφύγουν τις έντονες παρενέργειες των φαρμάκων της συμβατικής ιατρικής
- Από περιέργεια
- Από απόγνωση
- Άλλο:.....

28. Πόσο καιρό κάνετε χρήση της ΣΕΘ; (Επιλέξτε 1 απάντηση)

- Λίγους μήνες ως 1 χρόνο
- 2 ως 4 χρόνια
- 4 ως 6 χρόνια
- 6 ως 10 χρόνια
- 10 χρόνια και πάνω
- Άλλο:.....

29. Πόσο συχνά επισκέπτεστε κάποιον θεραπευτή ΣΕΘ; (Επιλέξτε 1 απάντηση)

- Κάθε 6 μήνες
- Τουλάχιστον 1 φορά το χρόνο
- Τουλάχιστον κάθε 2 χρόνια
- Μια φορά κάθε 3-4 χρόνια
- Μόνο όταν έχω κάποιο πρόβλημα υγείας
- Άλλο:.....

30. Πόσο ικανοποιημένος / η είστε από την αποτελεσματικότητα της αγωγής ΣΕΘ που ακολουθήσατε;

- Πάρα πολύ  Πολύ  Μέτρια  Λίγο  Καθόλου

31. Πόση εμπιστοσύνη έχετε στο θεραπευτή ΣΕΘ ή και τη μέθοδο που επιλέξατε για την αντιμετώπιση του προβλήματός σας;

- Πάρα πολύ  Πολύ  Μέτρια  Λίγο  Καθόλου

32. Συνδυάζετε την θεραπευτική αγωγή της ΣΕΘ ταυτόχρονα με αυτή της Συμβατικής Ιατρικής;

- Ναι  Όχι

33. Εάν ναι, γιατί;

34. Εάν όχι, γιατί;

35. Σε περίπτωση που συνδυάζετε και τις δύο μεθόδους, έχετε ενημερώσει τον συμβατικό γιατρό γι' αυτό;

- Ναι  Όχι

36. Εάν όχι, γιατί;

- Ξέχασα να το αναφέρω
- Δεν ήταν σημαντικό να το γνωρίζει ο γιατρός
- Ο γιατρός δεν θα καταλάβαινε
- Ο γιατρός δεν θα είχε γνώσεις περί ΣΕΘ
- Ο γιατρός θα το απέρριπτε
- Άλλο:.....

37. Λαμβάνοντας κάθε τι υπόψη σε σχέση με την υγεία σας, θεωρείτε τον εαυτό σας υποστηρικτή και χρήστη:  
(Επιλέξτε 1 απάντηση)

- μόνο της Συμπληρωματικής - Εναλλακτικής Θεραπευτικής (ΣΕΘ)
- κυρίως της ΣΕΘ και σε μικρότερο βαθμό της Συμβατικής Ιατρικής
- εξίσου της Συμβατικής Ιατρικής και της ΣΕΘ
- κυρίως της Συμβατικής Ιατρικής με τη ΣΕΘ σαν συμπληρωματική μέθοδο
- μόνο της Συμβατικής Ιατρικής
- Άλλο:.....

38. Παρακάτω μπορείτε να προσθέσετε οτιδήποτε θέλετε σχετικά με το θέμα της συγκεκριμένης έρευνας:

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ

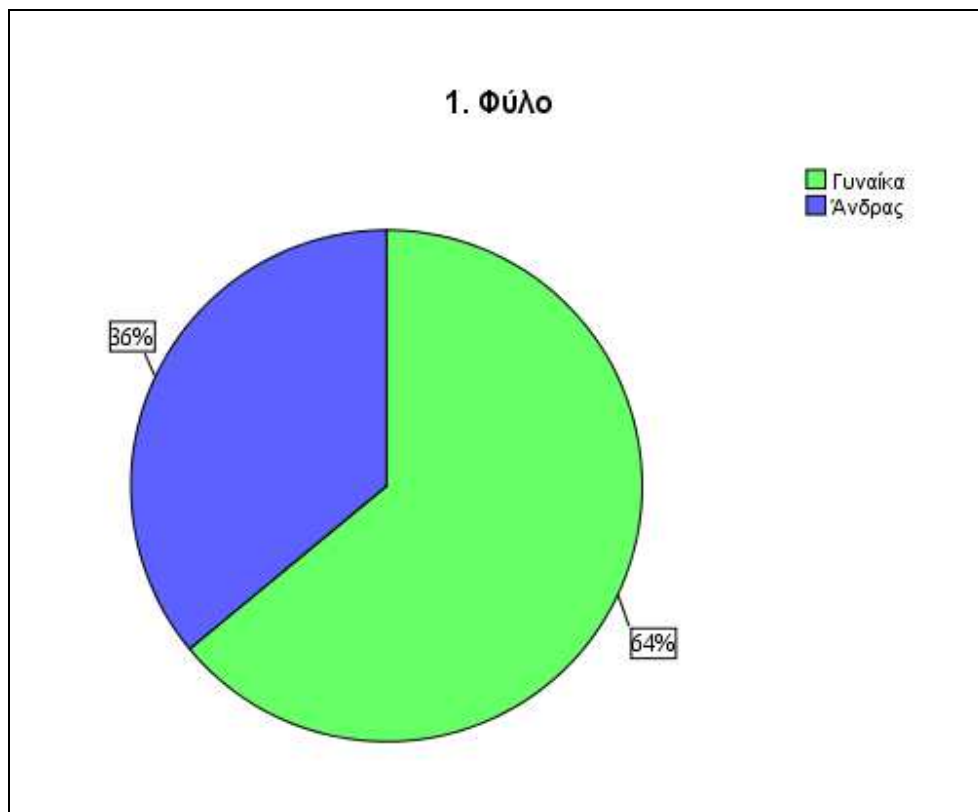
## Β. ΠΙΝΑΚΕΣ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

#### 1. ΦΥΛΟ

	Συχνότητα	Ποσοστό
Γυναίκα	96	64,0
Άνδρας	54	36,0
Σύνολο	150	100,0

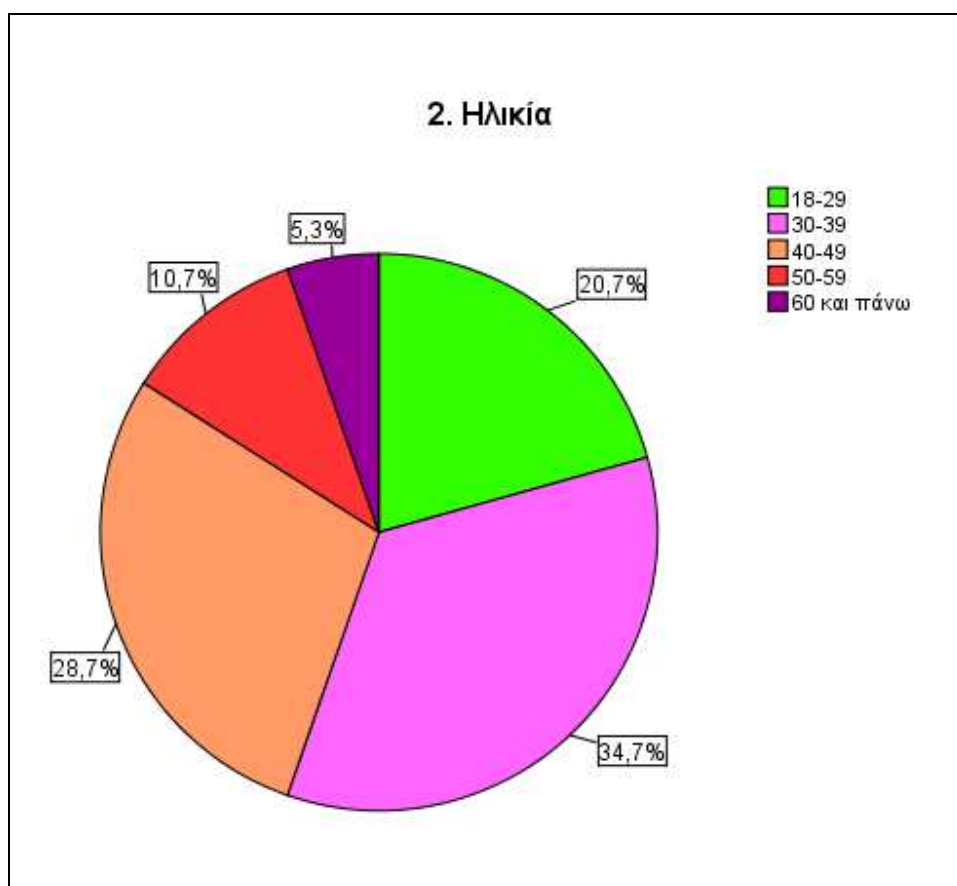
Σχήμα 1



## 2. ΗΛΙΚΙΑ

ΗΛΙΚΙΑ	Συχνότητα	Ποσοστό
18-29	31	20,7
30-39	52	34,7
40-49	43	28,7
50-59	16	10,7
60 και πάνω	8	5,3
Σύνολο	150	100,0

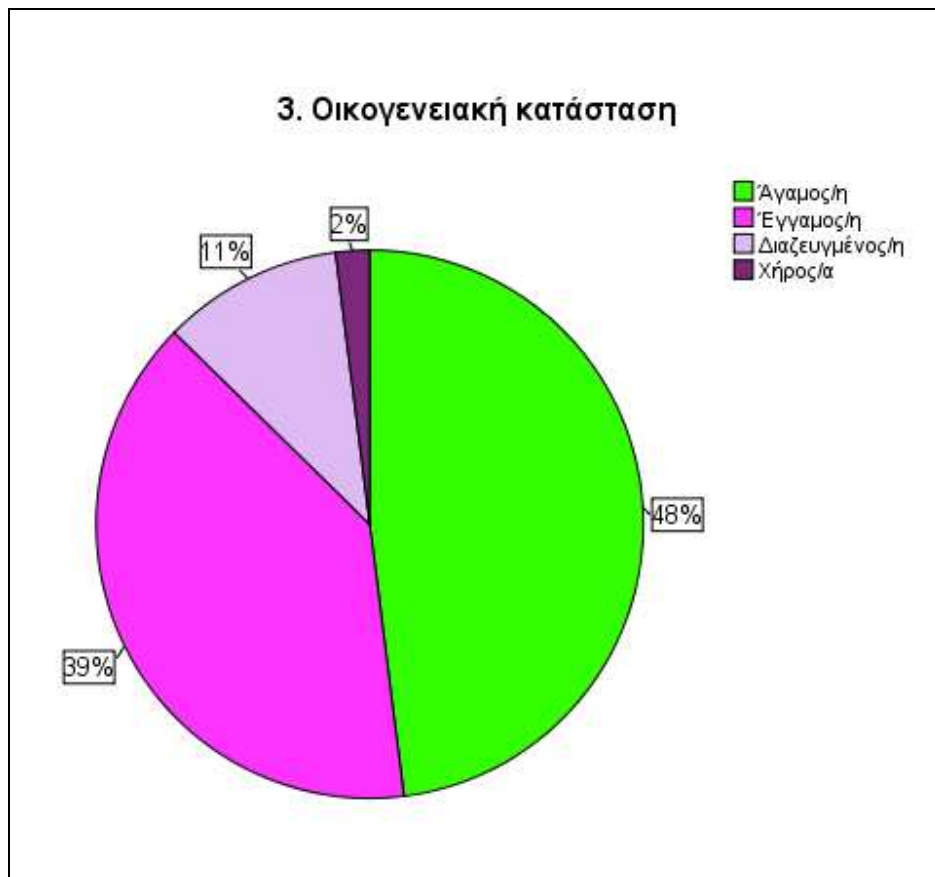
Σχήμα 2



### 3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	Συχνότητα	Ποσοστό
Άγαμος/η	72	48,0
Έγγαμος/η	59	39,3
Διαζευγμένος/η	16	10,7
Χήρος/α	3	2,0
Σύνολο	150	100,0

Σχήμα 3

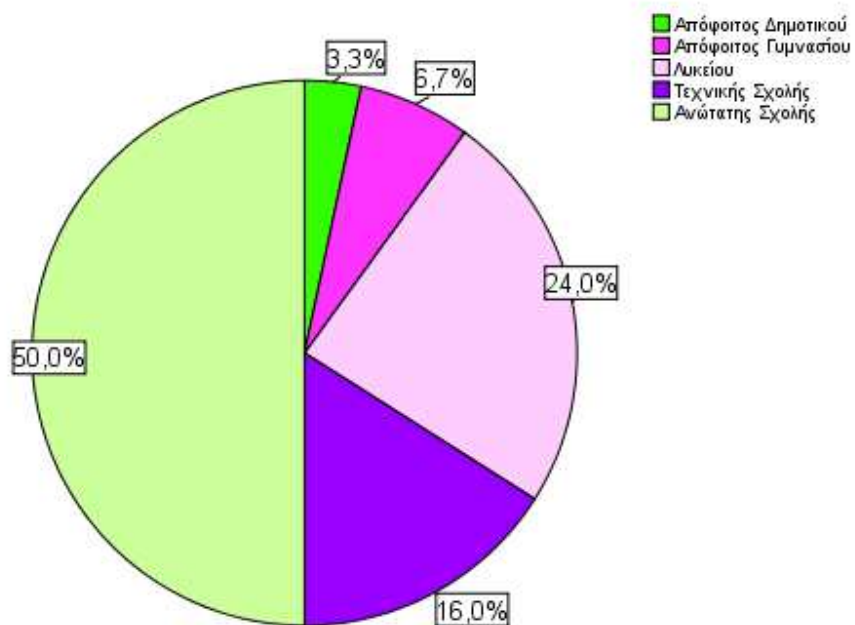


#### 4.ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	Συχνότητα	Ποσοστό
Απόφοιτος Δημοτικού	5	3,3
Απόφοιτος Γυμνασίου	10	6,7
Λυκείου	36	24,0
Τεχνικής Σχολής	24	16,0
Ανώτατης Σχολής	75	50,0
Σύνολο	150	100,0

Σχήμα 4

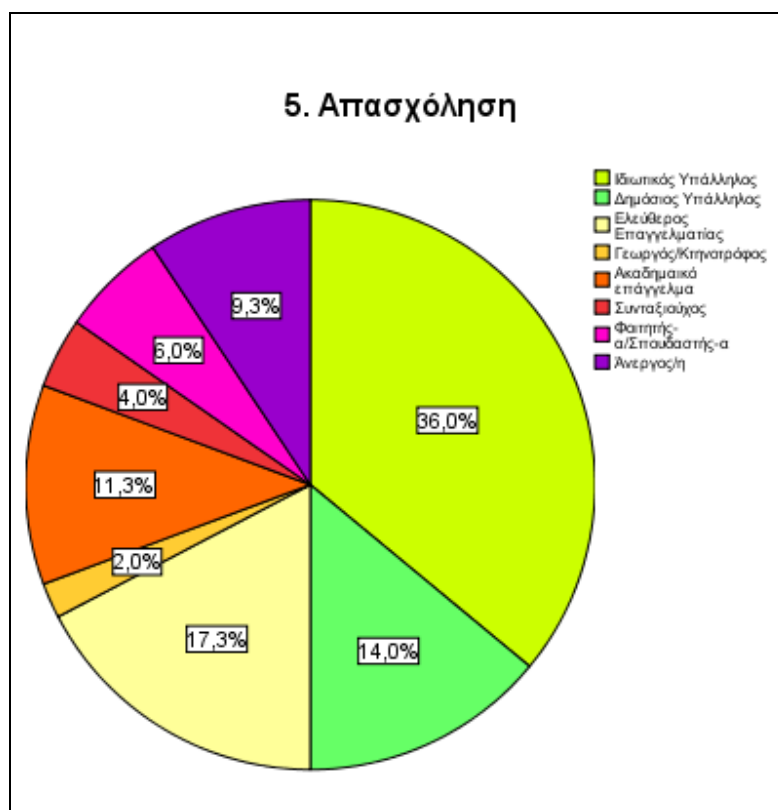
#### 4. Μορφωτικό επίπεδο



## 5. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ιδιωτικός Υπάλληλος	54	36,0
Δημόσιος Υπάλληλος	21	14,0
Ελεύθερος Επαγγελματίας	26	17,3
Γεωργός/Κτηνοτρόφος	3	2,0
Ακαδημαϊκό επάγγελμα	17	11,3
Συνταξιούχος	6	4,0
Φοιτητής-α/Σπουδαστής-α	9	6,0
Άνεργος/η	14	9,3
Σύνολο	150	100,0

Σχήμα 5



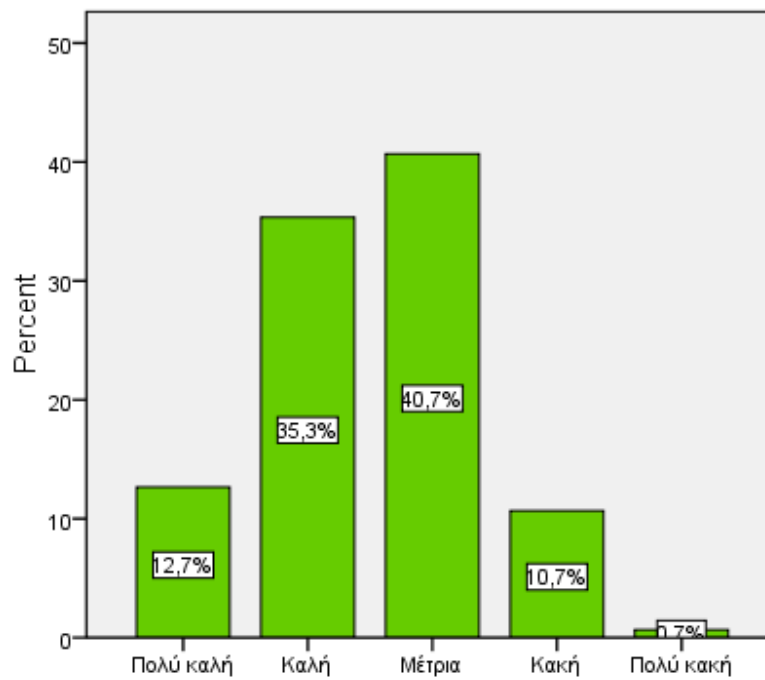


## 6. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	Συχνότητα	Ποσοστό
Πολύ καλή	19	12,7
Καλή	53	35,3
Μέτρια	61	40,7
Κακή	16	10,7
Πολύ κακή	1	0,7
Σύνολο	150	100,0

Σχήμα 6

### 6. Οικονομική κατάσταση

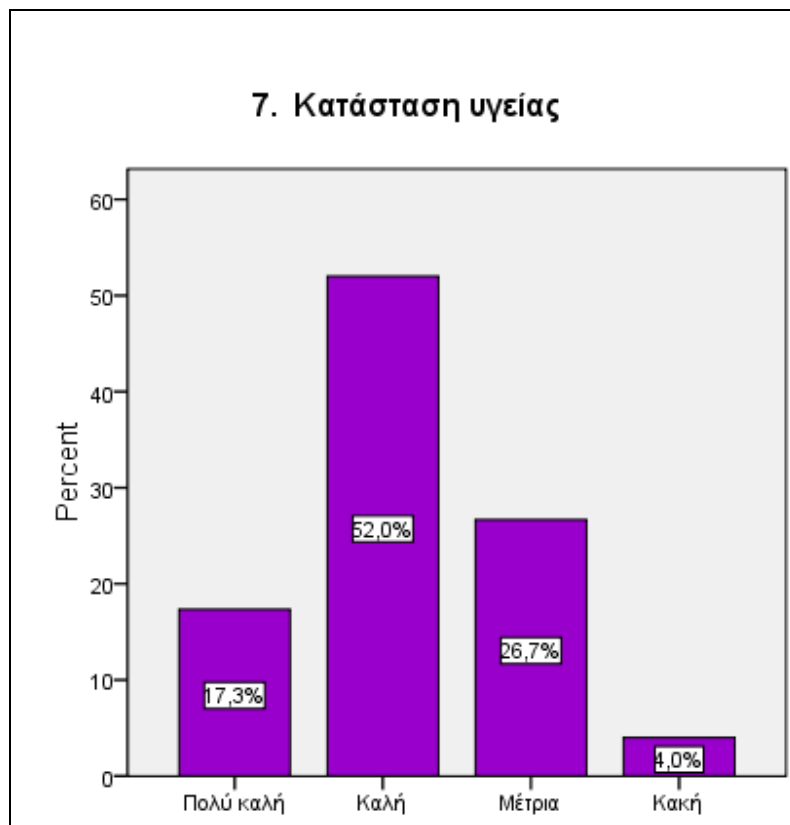


## Β. ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

### 7. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό
Πολύ καλή	26	17,3
Καλή	78	52,0
Μέτρια	40	26,7
Κακή	6	4,0
Σύνολο	150	100,0

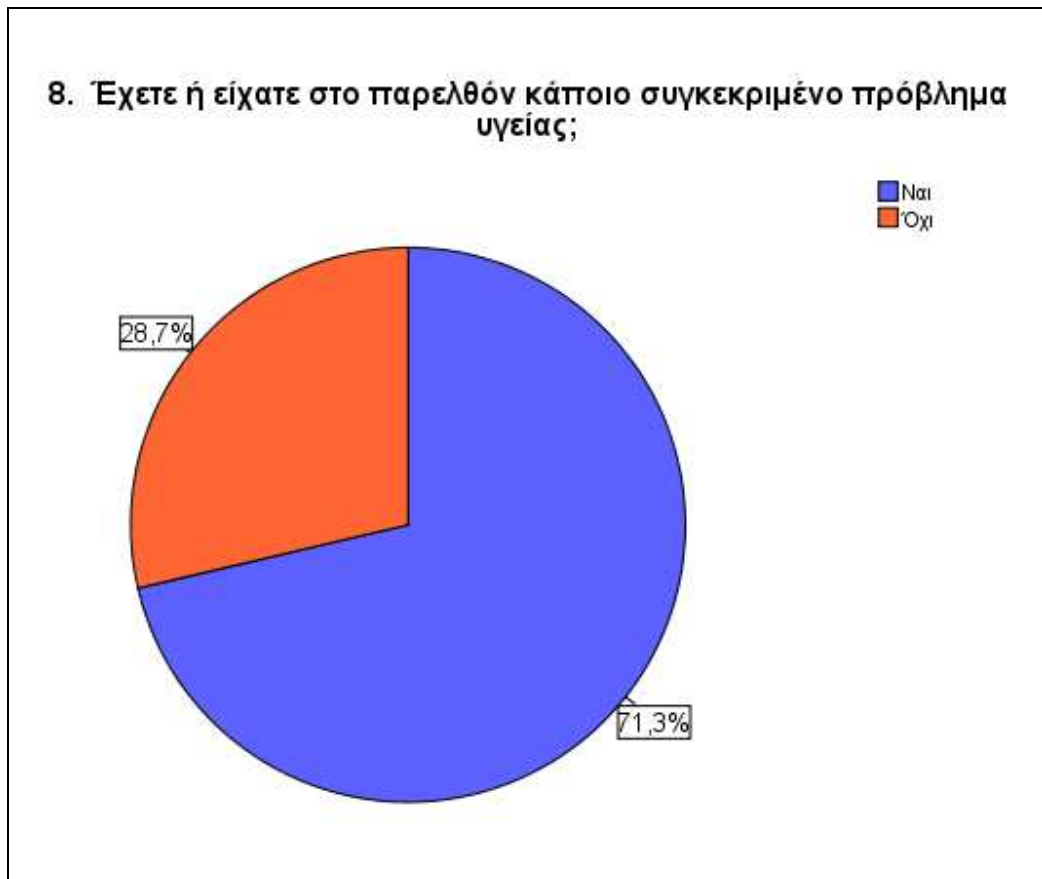
Σχήμα 7



## 8. ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	107	71,3
Όχι	43	28,7
Σύνολο	150	100,0

Σχήμα 8

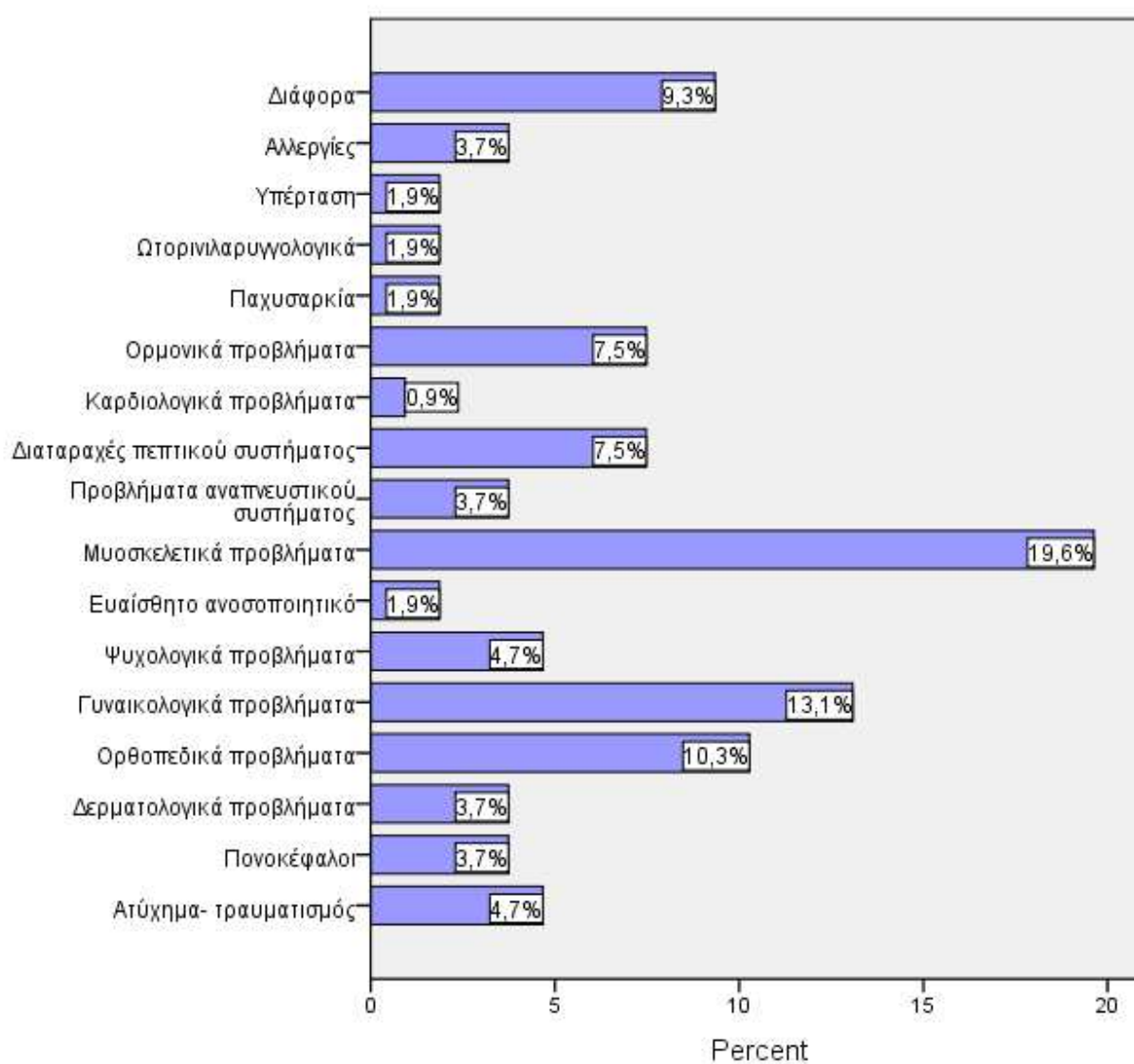


## 9. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Προβλήματα υγείας	Συχνότητα	Ποσοστό
Ατύχημα- τραυματισμός	5	4,7
Πονοκέφαλοι	4	3,7
Δερματολογικά προβλήματα	4	3,7
Ορθοπεδικά προβλήματα	11	10,3
Γυναικολογικά προβλήματα	14	13,1
Ψυχολογικά προβλήματα	5	4,7
Ευαίσθητο ανοσοποιητικό	2	1,9
Μυοσκελετικά προβλήματα	21	19,6
Προβλήματα αναπνευστικού συστήματος	4	3,7
Διαταραχές πεπτικού συστήματος	8	7,5
Καρδιολογικά προβλήματα	1	0,9
Ορμονικά προβλήματα	8	7,5
Παχυσαρκία	2	1,9
Ωτορινολαρυγγολογικά	2	1,9
Υπέρταση	2	1,9
Αλλεργίες	4	3,7
Διάφορα	10	9,3
Σύνολο	107	100,0

## Σχήμα 9

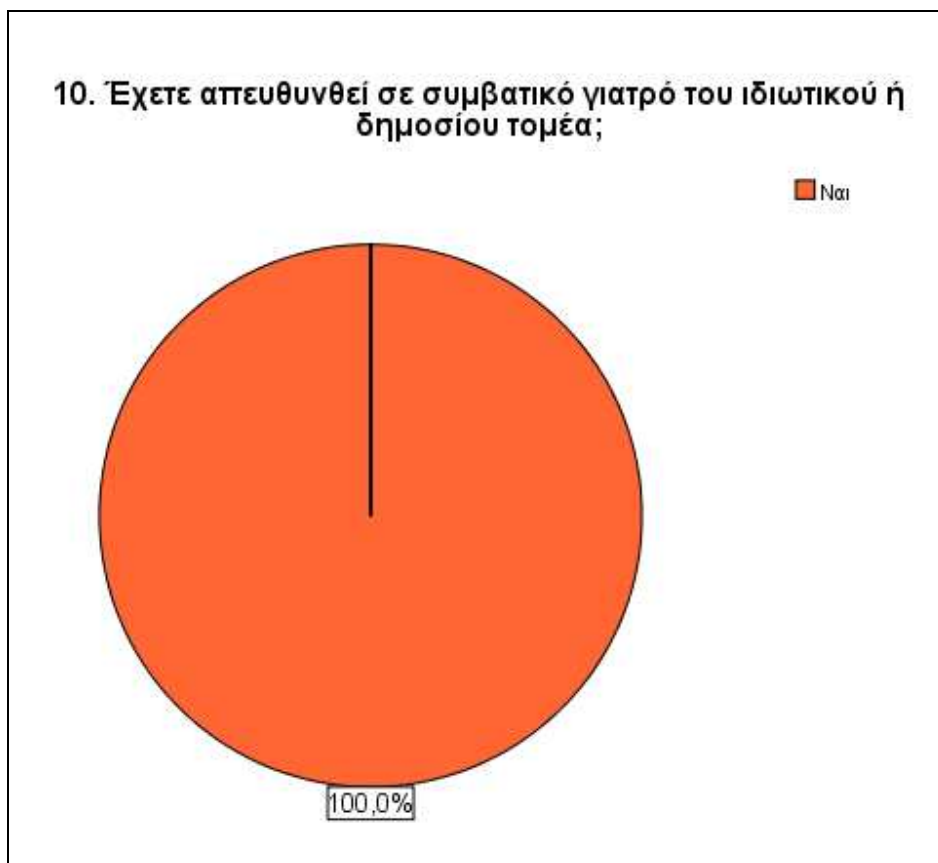
### 9. Εάν ναι, ποιο είναι αυτό;



**10. Έχετε απευθυνθεί σε κάποιον γιατρό Συμβατικής Ιατρικής;**

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	150	100,0
Σύνολο	150	100,0

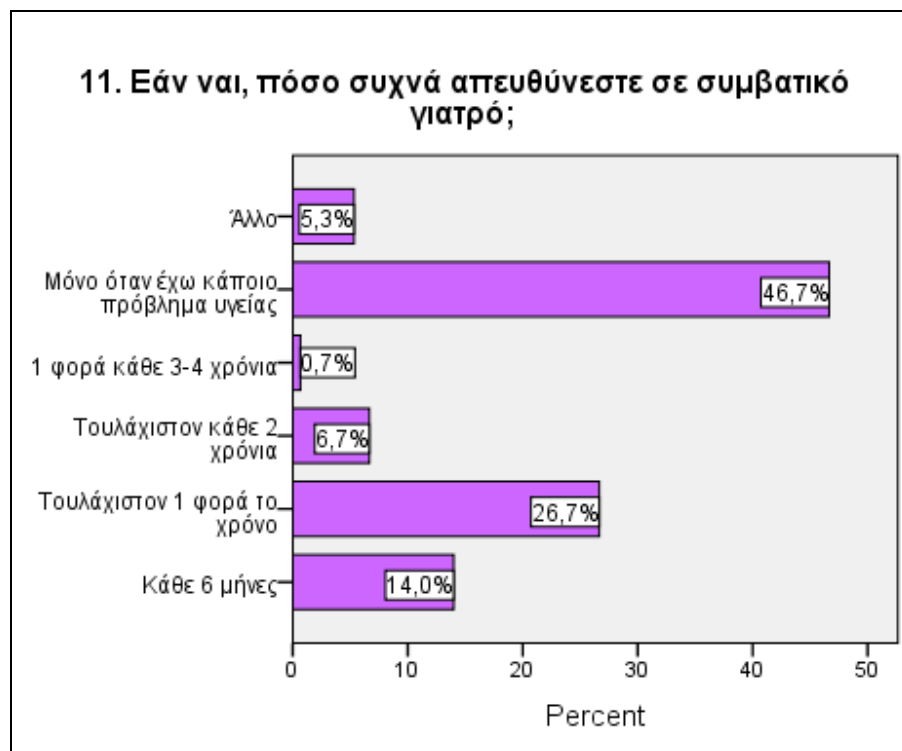
Σχήμα 10



### 11. Συχνότητα επισκέψεων σε συμβατικό γιατρό

Συχνότητα επισκέψεων σε συμβατικό γιατρό	Συχνότητα	Ποσοστό
Κάθε 6 μήνες	21	14,0
Τουλάχιστον 1 φορά το χρόνο	40	26,7
Τουλάχιστον κάθε 2 χρόνια	10	6,7
1 φορά κάθε 3-4 χρόνια	1	0,7
Μόνο όταν έχω κάποιο πρόβλημα υγείας	70	46,7
Άλλο	8	5,3
Σύνολο	150	100,0

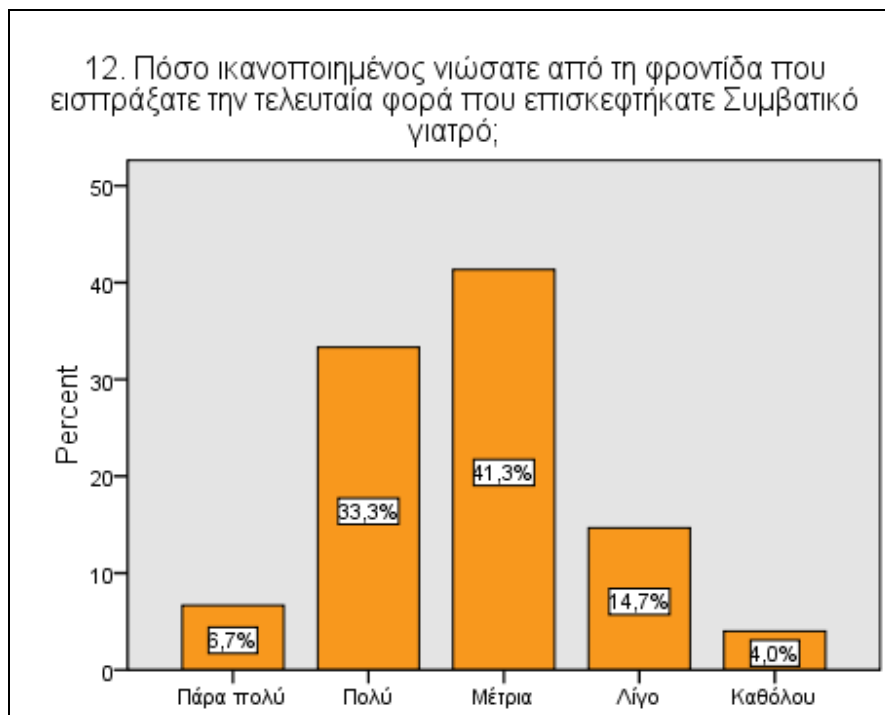
**Σχήμα 11**



## 12. ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό
Πάρα πολύ	10	6,7
Πολύ	50	33,3
Μέτρια	62	41,3
Λίγο	22	14,7
Καθόλου	6	4,0
Σύνολο	150	100,0

Σχήμα 12

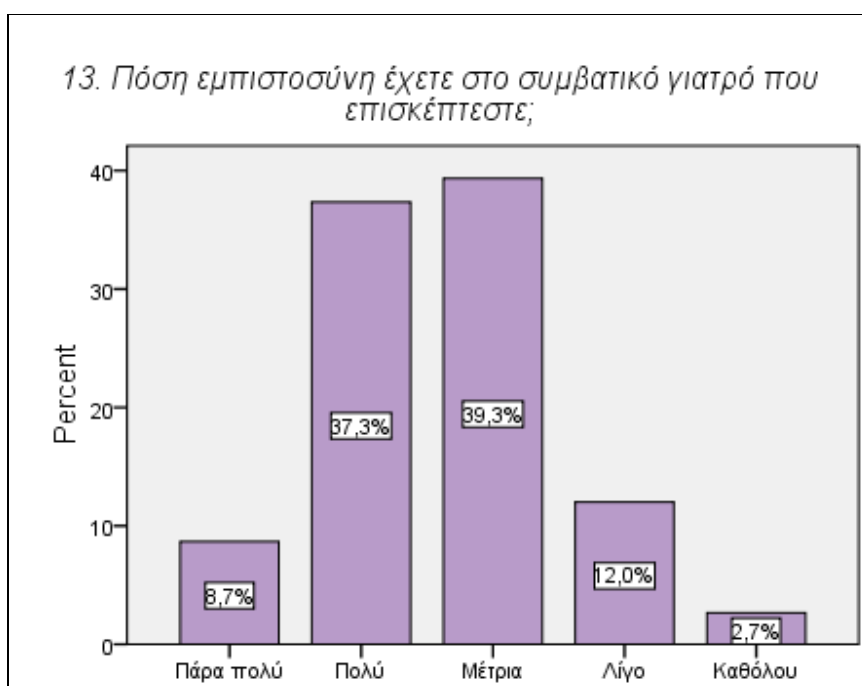




### 13. ΒΑΘΜΟΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό
Πάρα πολύ	13	8,7
Πολύ	56	37,3
Μέτρια	59	39,3
Λίγο	18	12,0
Καθόλου	4	2,7
Σύνολο	150	100,0

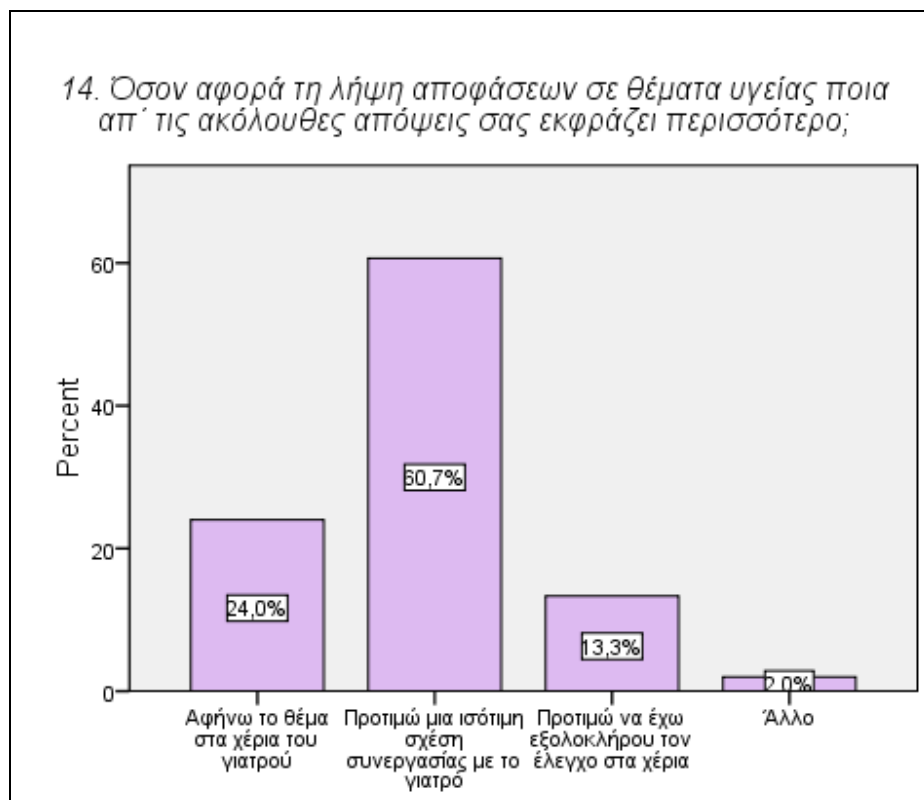
Σχήμα 13



#### 14. ΑΠΟΨΕΙΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Απόψεις	Συχνότητα	Ποσοστό
Αφήνω το θέμα στα χέρια του γιατρού	36	24,0
Προτιμώ μια ισότιμη σχέση συνεργασίας με το γιατρό	91	60,7
Προτιμώ να έχω εξολοκλήρου τον έλεγχο στα χέρια μου	20	13,3
Άλλο	3	2,0
Σύνολο	150	100,0

Σχήμα 14



## 15. ΓΕΝΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	67	44,7
Όχι	83	55,3
Σύνολο	150	100,0

Σχήμα 15



**18. Θεωρείτε πως υπάρχει δυσαρέσκεια με την Συμβατική Ιατρική;**

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	131	87,3
Όχι	19	12,7
Σύνολο	150	100,0

**Σχήμα 16**

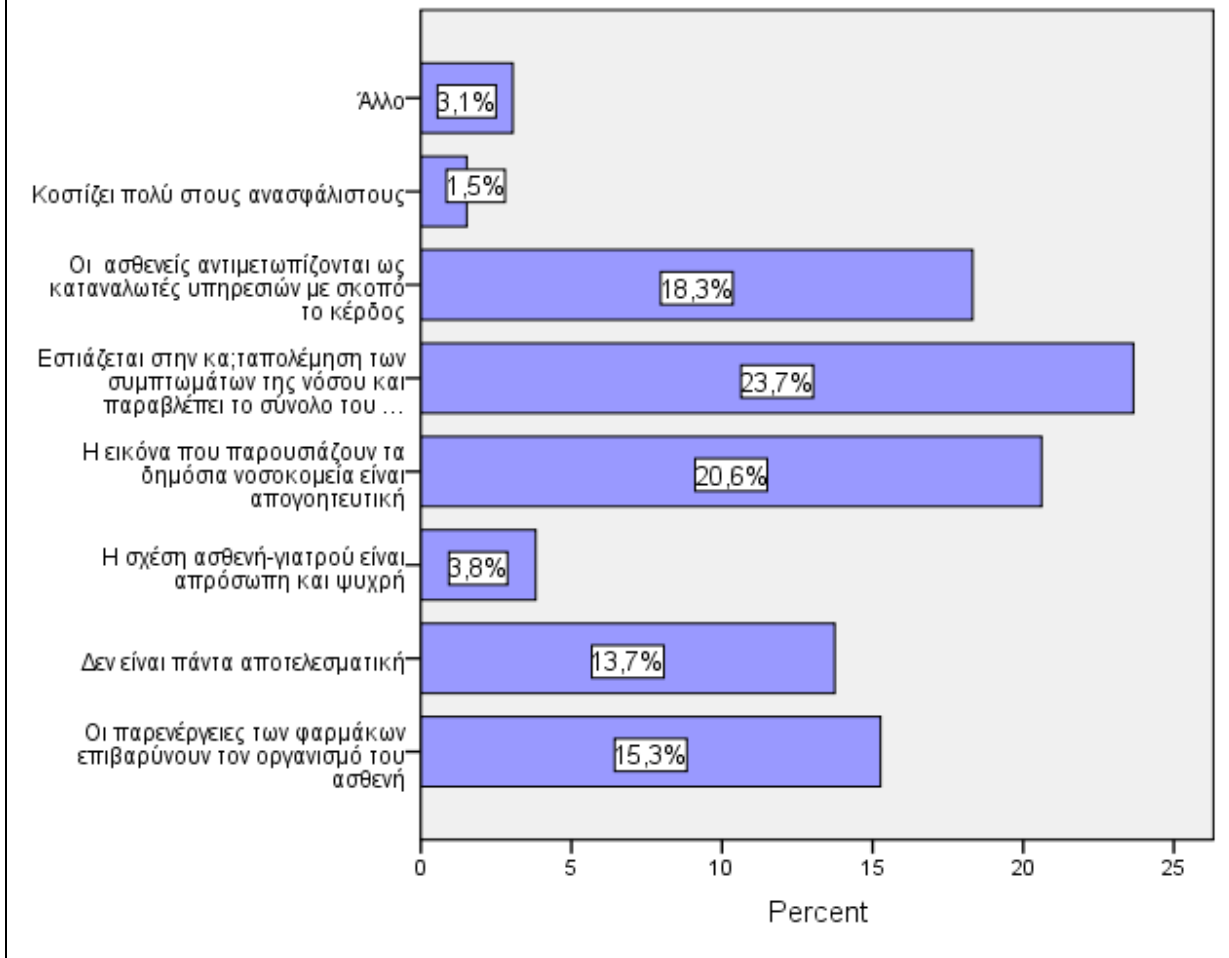


## 19. ΛΟΓΟΣ

ΛΟΓΟΣ	Συχνότητα	Ποσοστό
Οι παρενέργειες των φαρμάκων επιβαρύνουν τον οργανισμό του ασθενή	20	15,3
Δεν είναι πάντα αποτελεσματική	18	13,7
Η σχέση ασθενή-γιατρού είναι απρόσωπη και ψυχρή	5	3,8
Η εικόνα που παρουσιάζουν τα δημόσια νοσοκομεία είναι απογοητευτική	27	20,6
Εστιάζεται στην καταπολέμηση των συμπτωμάτων της νόσου και παραβλέπει το σύνολο του ανθρώπου	31	23,7
Οι ασθενείς αντιμετωπίζονται ως καταναλωτές υπηρεσιών με σκοπό το κέρδος	24	18,3
Κοστίζει πολύ στους ανασφάλιστους	2	1,5
Άλλο	4	3,1
Σύνολο	131	100,0
Missing	19	
Total	150	

### Σχήμα 17

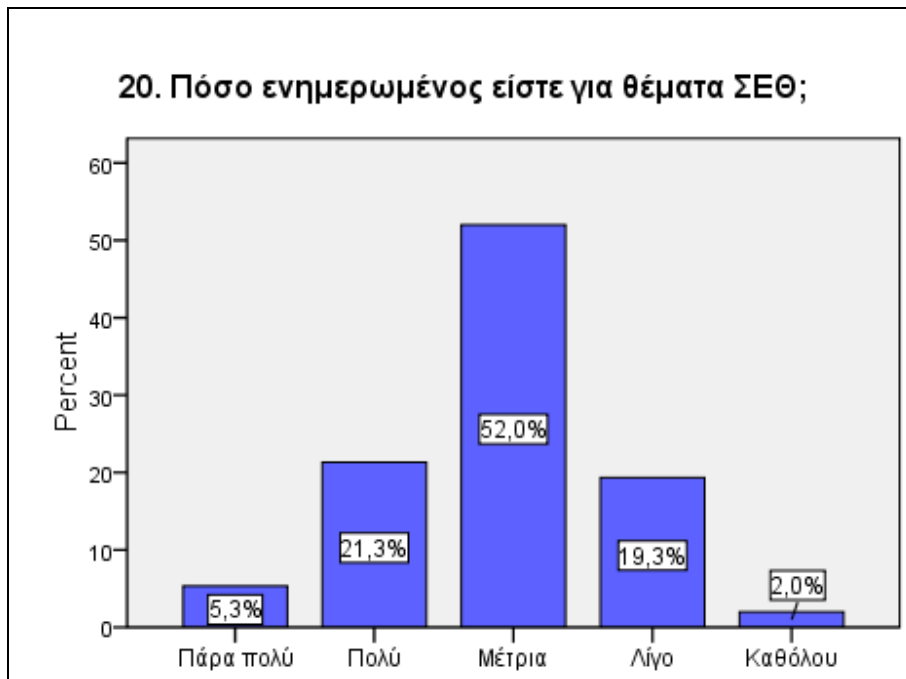
19. Εάν ναι, για ποιο λόγο πιστεύετε πως συμβαίνει αυτό;



## 20. ΒΑΘΜΟΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό
Πάρα πολύ	8	5,3
Πολύ	32	21,3
Μέτρια	78	52,0
Λίγο	29	19,3
Καθόλου	3	2,0
Σύνολο	150	100,0

Σχήμα 18



## Γ. ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΣΕΘ

### 21. ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΜΕ ΑΠΟΨΕΙΣ ΠΕΡΙ ΣΕΘ

ΑΠΟΨΕΙΣ		Λιαφονώ απόλυτα	Λιαφονώ	Αδιαφορώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1. Η υγεία και η ασθένεια είναι η αντανάκλαση της ισορροπίας μεταξύ θετικών ζωογόνων και αρνητικών καταστροφικών δυνάμεων	N	3	8	24	66	49
	%	2,0%	5,3%	16,0%	44,0%	32,7%
2. Οι περισσότερες εναλλακτικές θεραπείες ενεργοποιούν τις φυσικές θεραπευτικές δυνάμεις του σώματος	N	2	0	9	75	64
	%	1,3%	0,0%	6,0%	50,0%	42,7%
3. Τα συμπτώματα ενός ασθενή θα έπρεπε να θεωρούνται ως εκδήλωση μιας γενικής ανισορροπίας ή δυσλειτουργίας που επηρεάζει όλο το σώμα	N	1	2	7	75	65
	%	0,7%	1,3%	4,7%	50,0%	43,3%
4. Οι προσδοκίες, οι πεποιθήσεις και οι αξίες ενός ασθενή θα έπρεπε να λαμβάνονται υπόψη στη θεραπευτική διαδικασία	N	2	2	16	68	62
	%	1,3%	1,3%	10,7%	45,3%	41,3%
5. Η ΣΕΘ περιλαμβάνει ιδέες και μεθόδους από τις οποίες θα μπορούσε να ωφεληθεί η Συμβατική Ιατρική	N	2	1	7	52	88
	%	1,3%	0,7%	4,7%	34,7%	58,7%
6. Το σώμα είναι ουσιαστικά αυτοθεραπευόμενο και ο ρόλος του θεραπευτή είναι να βοηθήσει στη θεραπευτική διαδικασία	N	4	10	21	76	39
	%	2,7%	6,7%	14,0%	50,7%	26,0%

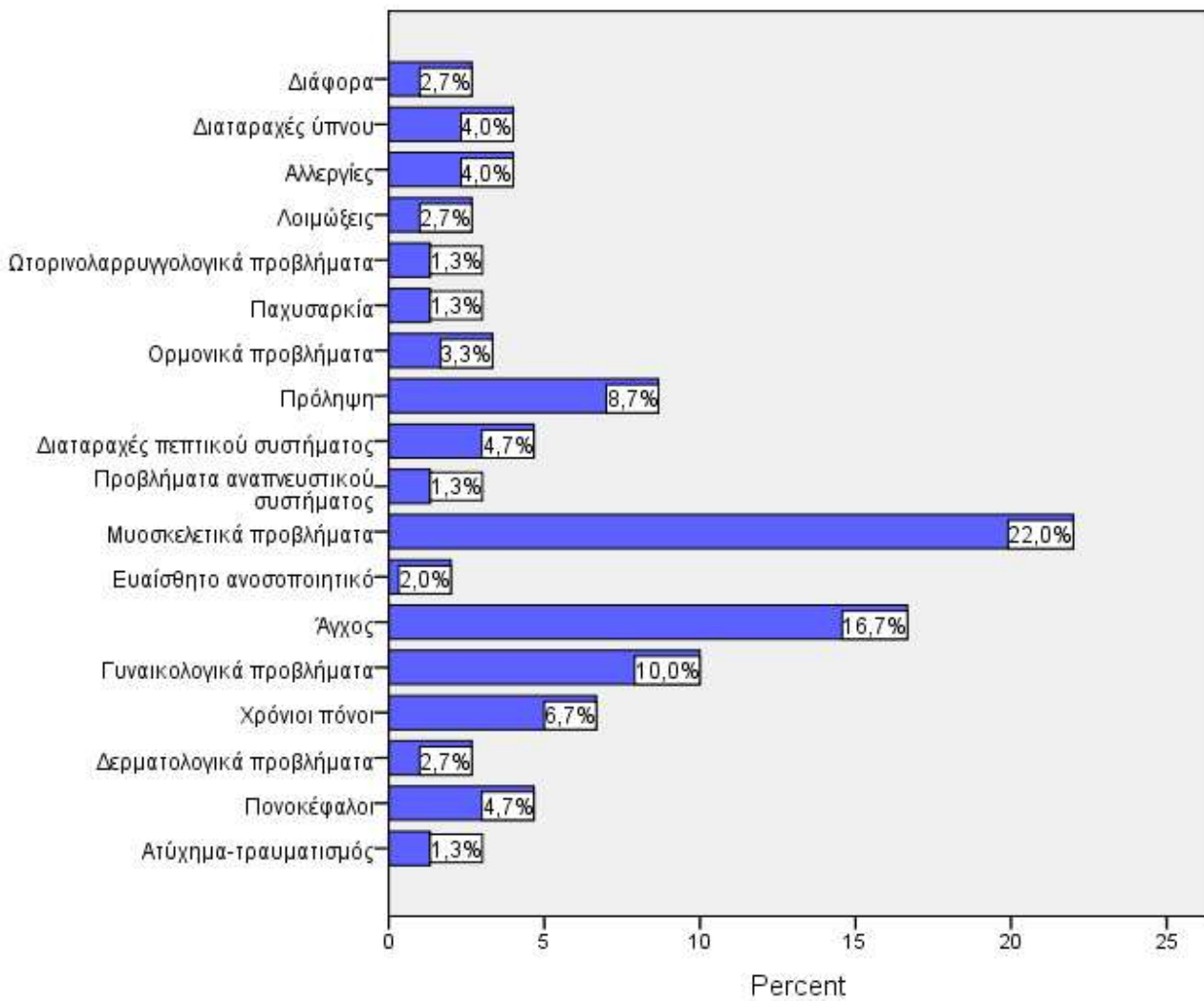


**22. Ποιο πρόβλημα υγείας σας ώθησε να αναζητήσετε κάποιον θεραπευτή ΣΕΘ**

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	Συχνότητα	Ποσοστό
Ατύχημα-τραυματισμός	2	1,3
Πονοκέφαλοι	7	4,7
Δερματολογικά προβλήματα	4	2,7
Χρόνιοι πόνοι	10	6,7
Γυναικολογικά προβλήματα	15	10,0
Άγχος	25	16,7
Ευαίσθητο ανοσοποιητικό	3	2,0
Μυοσκελετικά προβλήματα	33	22,0
Προβλήματα αναπνευστικού συστήματος	2	1,3
Διαταραχές πεπτικού συστήματος	7	4,7
Πρόληψη	13	8,7
Ορμονικά προβλήματα	5	3,3
Παχυσαρκία	2	1,3
Ωτορινολαρυγγολογικά προβλήματα	2	1,3
Λοιμώξεις	4	2,7
Αλλεργίες	6	4,0
Διαταραχές ύπνου	6	4,0
Διάφορα	4	2,7
Σύνολο	150	100,0

### Σχήμα 25

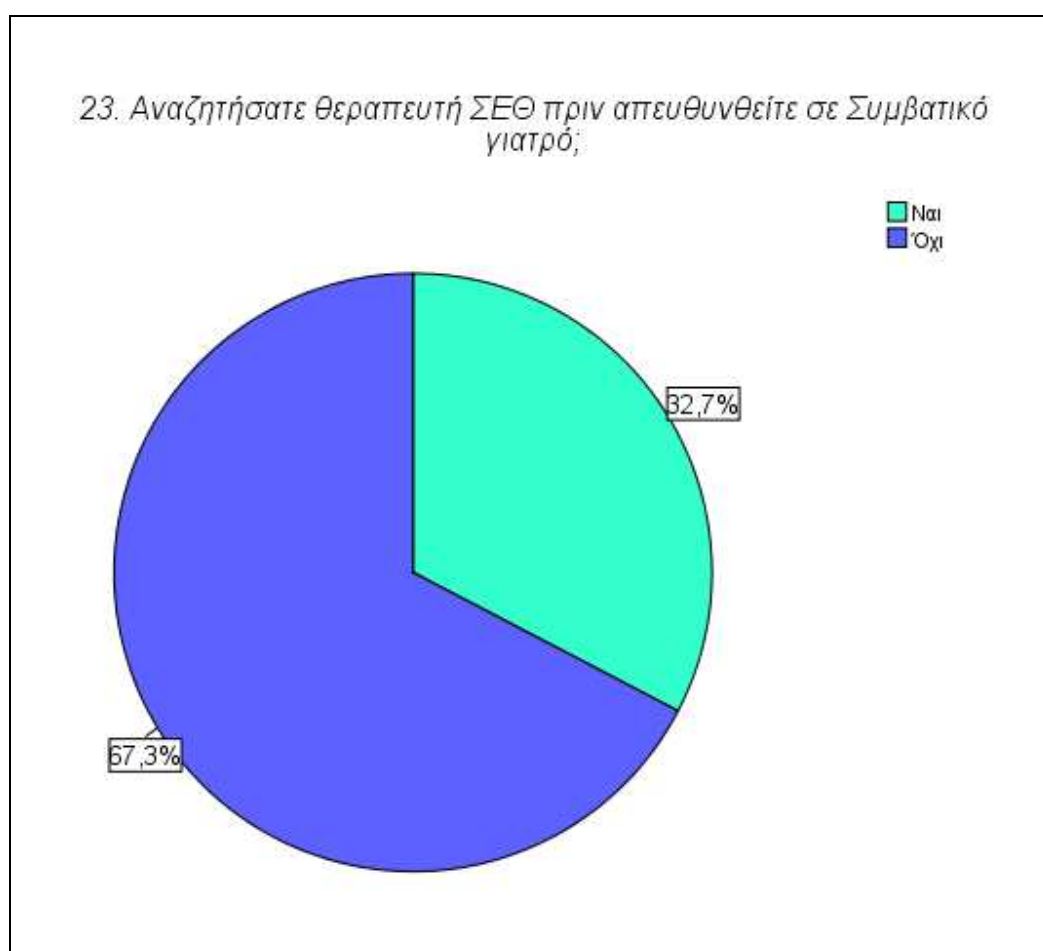
22. Ποιο πρόβλημα υγείας σας ώθησε να αναζητήσετε θεραπευτή ΣΕΘ;



**23. Αναζητήσατε θεραπευτή ΣΕΘ πριν απευθυνθείτε σε Συμβατικό γιατρό;**

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	49	32,7
Όχι	101	67,3
Σύνολο	150	100,0

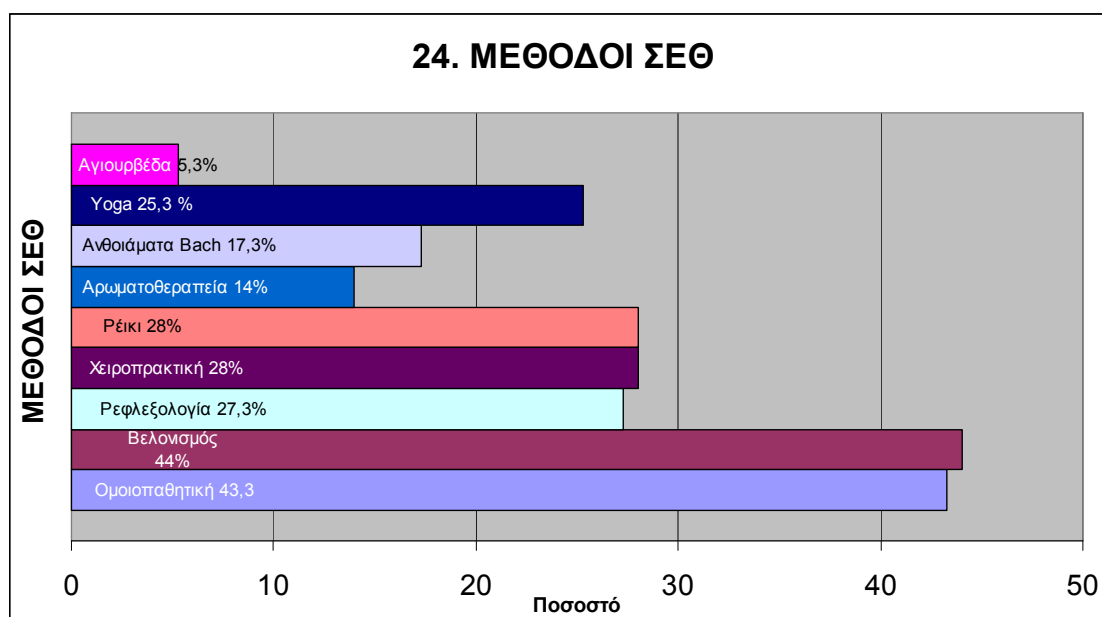
Σχήμα 26



## 24. ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΕΘ

ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΕΘ	Συχνότητα	Ποσοστό
Ομοιοπαθητική	65	43,3
Βελονισμός	66	44,0
Σιάτσου	37	24,7
Ρεφλεξολογία	41	27,3
Χειροπρακτική	42	28,0
Ρέικι	42	28,0
Αρωματοθεραπεία	21	14,0
Ανθοιάματα Bach	26	17,3
Yoga	38	25,3
Αγιουρβέδα	8	5,3
Άλλο	8	5,3

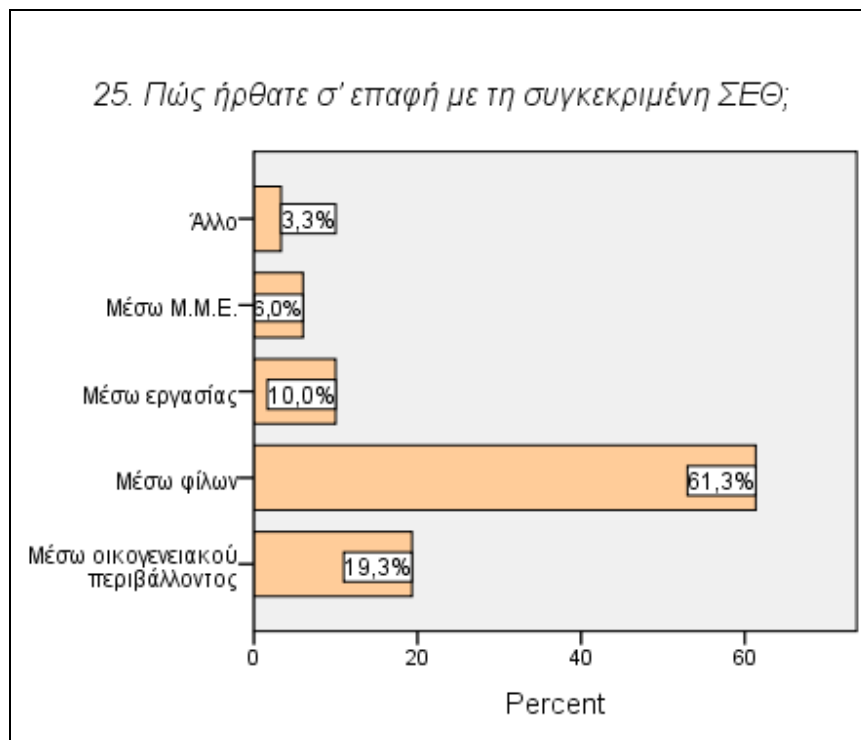
Σχήμα 28



## 25. ΤΡΟΠΟΣ ΕΠΑΦΗΣ

ΤΡΟΠΟΣ ΕΠΑΦΗΣ	Συχνότητα	Ποσοστό
Μέσω οικογενειακού περιβάλλοντος	29	19,3
Μέσω φίλων	92	61,3
Μέσω εργασίας	15	10,0
Μέσω Μ.Μ.Ε.	9	6,0
Άλλο	5	3,3
Σύνολο	150	100,0

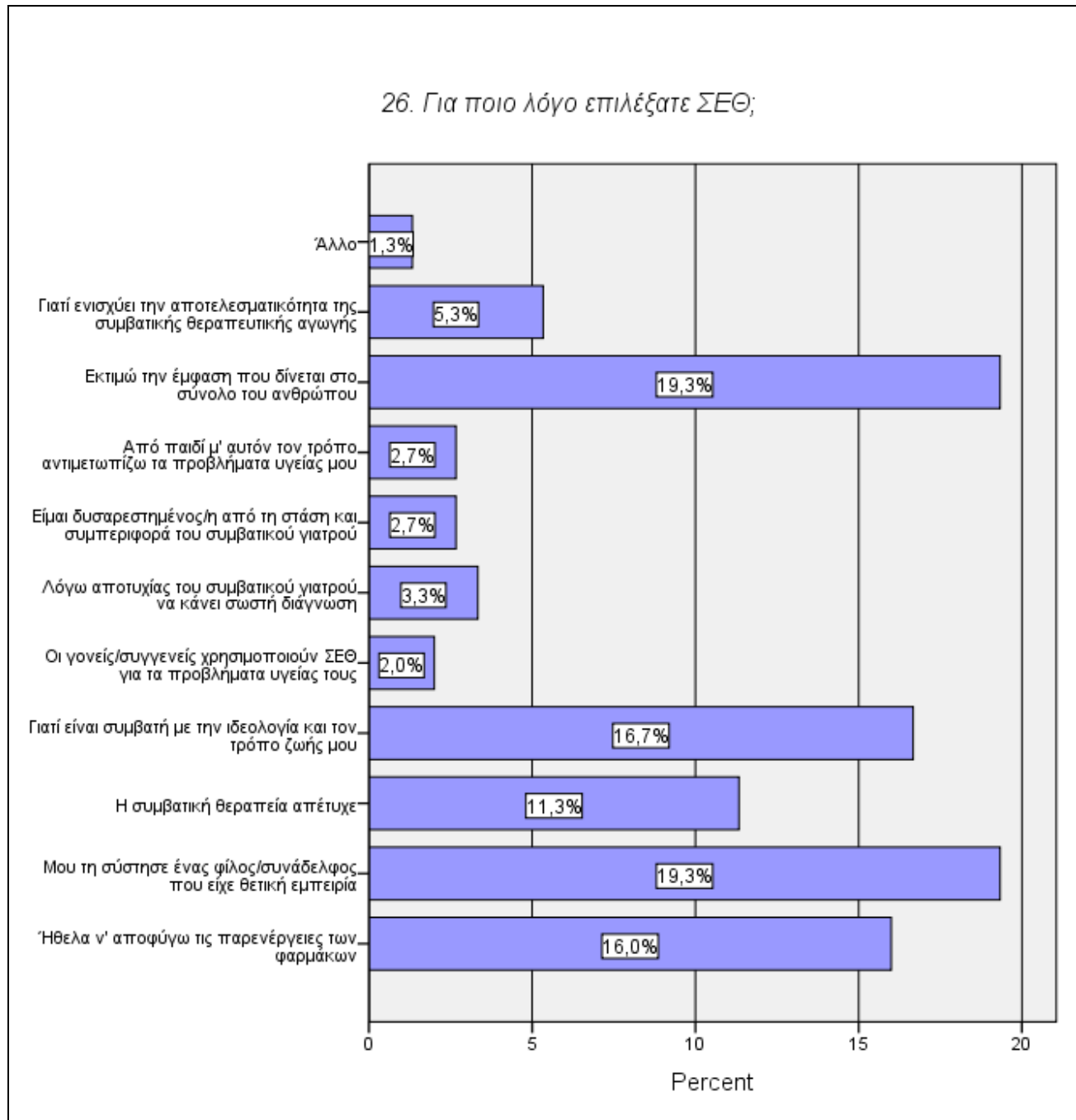
Σχήμα 29



## 26. ΛΟΓΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΣΕΘ

ΛΟΓΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ	Συχνότητα	Ποσοστό
Ήθελα ν' αποφύγω τις παρενέργειες των φαρμάκων	24	16,0
Μου τη σύστησε ένας φίλος/συνάδελφος που είχε θετική εμπειρία	29	19,3
Η συμβατική θεραπεία απέτυχε	17	11,3
Γιατί είναι συμβατή με την ιδεολογία και τον τρόπο ζωής μου	25	16,7
Οι γονείς/συγγενείς χρησιμοποιούν ΣΕΘ για τα προβλήματα υγείας τους	3	2,0
Λόγω αποτυχίας του συμβατικού γιατρού να κάνει σωστή διάγνωση	5	3,3
Είμαι δυσαρεστημένος/η από τη στάση και συμπεριφορά του συμβατικού γιατρού	4	2,7
Από παιδί μ' αυτόν τον τρόπο αντιμετωπίζω τα προβλήματα υγείας μου	4	2,7
Εκτιμώ την έμφαση που δίνεται στο σύνολο του ανθρώπου	29	19,3
Γιατί ενισχύει την αποτελεσματικότητα της συμβατικής θεραπευτικής αγωγής	8	5,3
Άλλο	2	1,3
Σύνολο	150	100,0

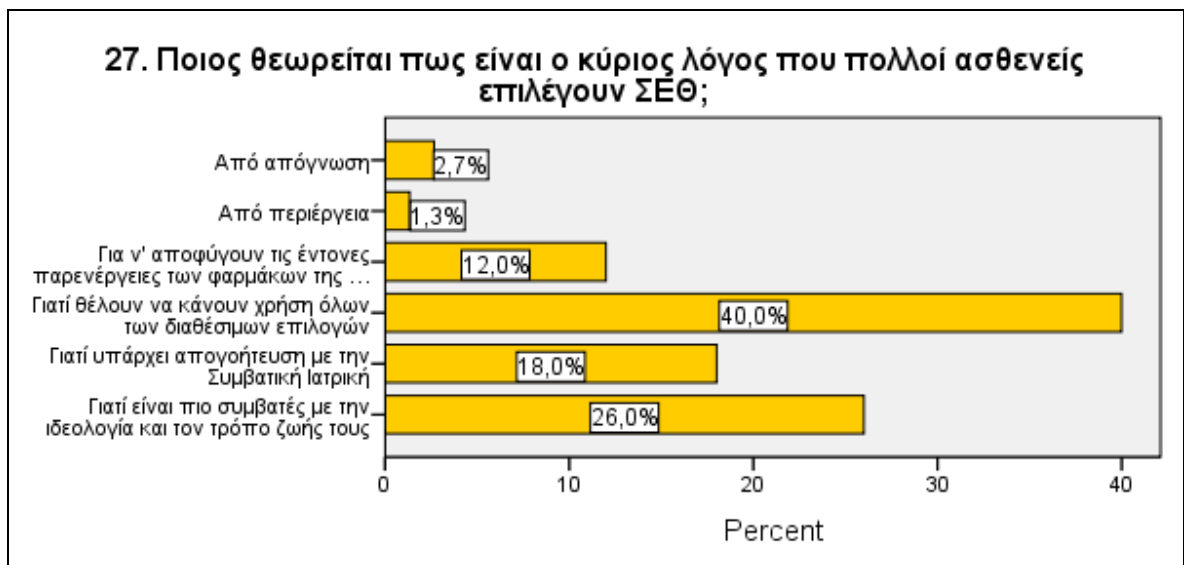
**Σχήμα 30**



## 27. ΛΟΓΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΑΛΛΩΝ

ΛΟΓΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΑΛΛΩΝ	Συχνότητα	Ποσοστό
Γιατί είναι πιο συμβατές με την ιδεολογία και τον τρόπο ζωής τους	39	26,0
Γιατί υπάρχει απογοήτευση με την Συμβατική Ιατρική	27	18,0
Γιατί θέλουν να κάνουν χρήση όλων των διαθέσιμων επιλογών	60	40,0
Για ν' αποφύγουν τις έντονες παρενέργειες των φαρμάκων της συμβατικής ιατρικής	18	12,0
Από περιέργεια	2	1,3
Από απόγνωση	4	2,7
Σύνολο	150	100,0

Σχήμα 31



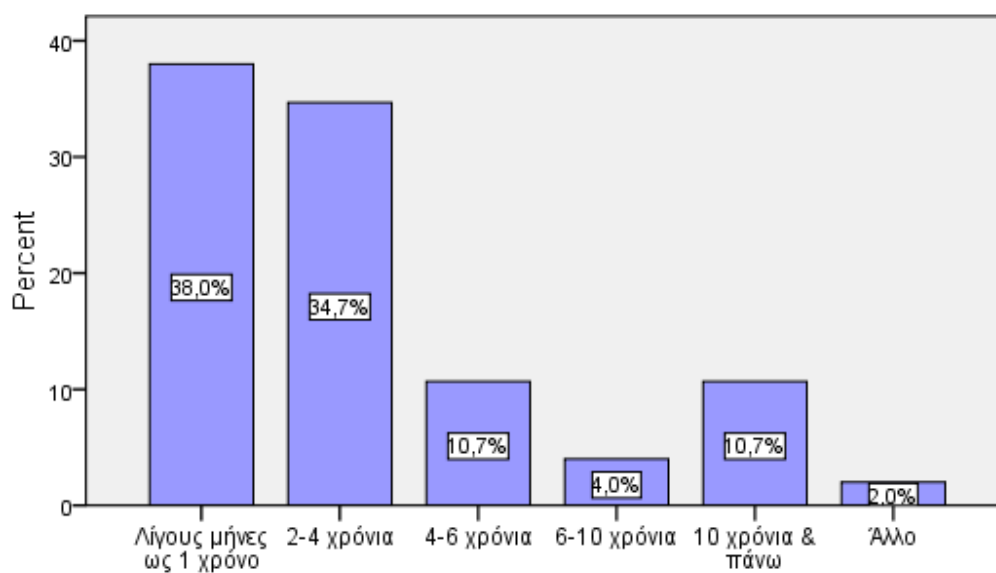


## 28. ΧΡΟΝΟΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΕΘ

ΧΡΟΝΟΣ ΧΡΗΣΗΣ	Συχνότητα	Ποσοστό
Λίγους μήνες ως 1 χρόνο	57	38,0
2-4 χρόνια	52	34,7
4-6 χρόνια	16	10,7
6-10 χρόνια	6	4,0
10 χρόνια & πάνω	16	10,7
Άλλο	3	2,0
Σύνολο	150	100,0

Σχήμα 32

### 28. Πόσο καιρό κάνετε χρήση της ΣΕΘ;

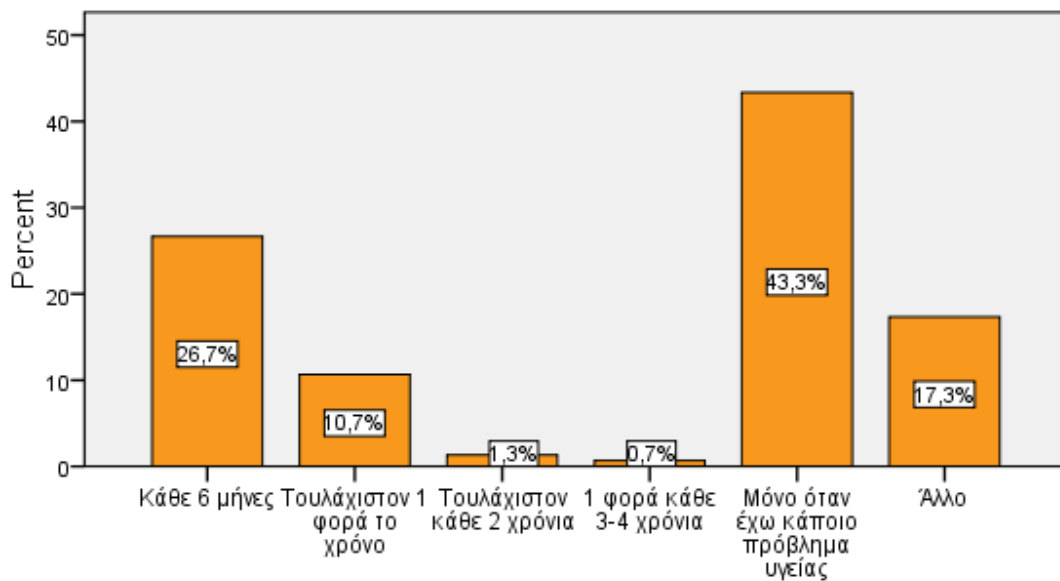


## 29. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	Συχνότητα	Ποσοστό
Κάθε 6 μήνες	40	26,7
Τουλάχιστον 1 φορά το χρόνο	16	10,7
Τουλάχιστον κάθε 2 χρόνια	2	1,3
1 φορά κάθε 3-4 χρόνια	1	0,7
Μόνο όταν έχω κάποιο πρόβλημα υγείας	65	43,3
Άλλο	26	17,3
Σύνολο	150	100,0

Σχήμα 33

### 29. Πόσο συχνά επισκέπτεστε κάποιον θεραπευτή ΣΕΘ;

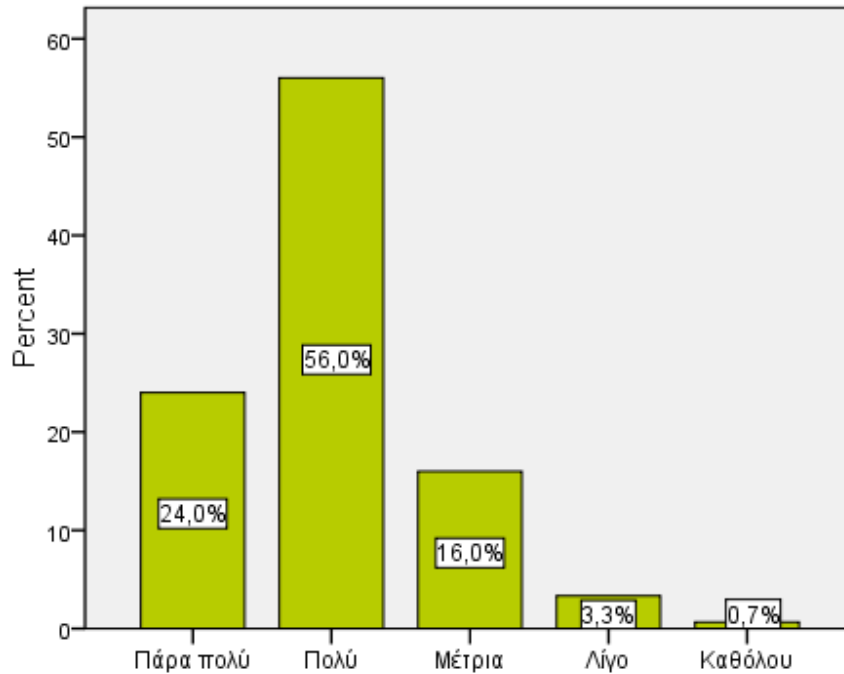


### 30. ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΕΘ

	Συχνότητα	Ποσοστό
Πάρα πολύ	36	24,0
Πολύ	84	56,0
Μέτρια	24	16,0
Λίγο	5	3,3
Καθόλου	1	0,7
Σύνολο	150	100,0

Σχήμα 34

30. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την αποτελεσματικότητα της αγωγής ΣΕΘ που ακολουθήσατε;

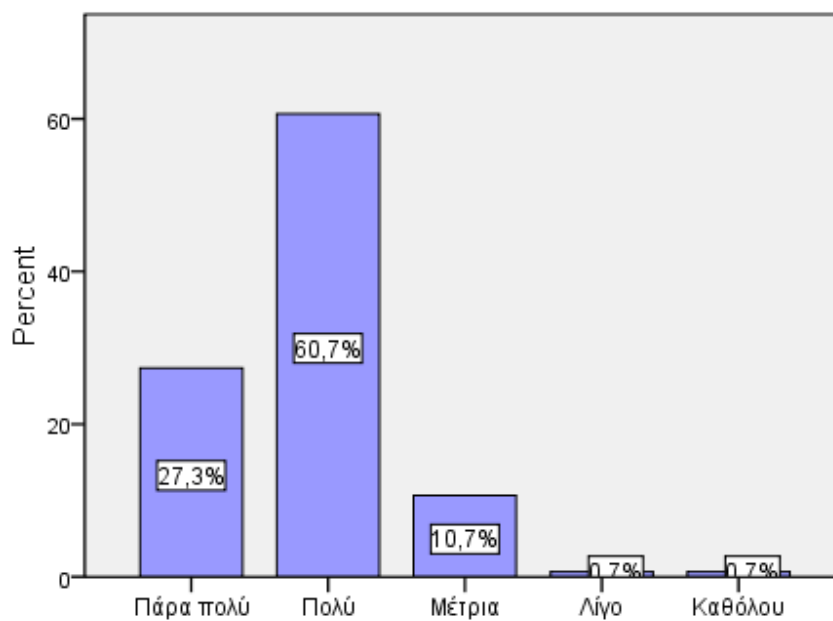


### 31. ΒΑΘΜΟΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό
Πάρα πολύ	41	27,3
Πολύ	91	60,7
Μέτρια	16	10,7
Λίγο	1	0,7
Καθόλου	1	0,7
Σύνολο	150	100,0

Σχήμα 35

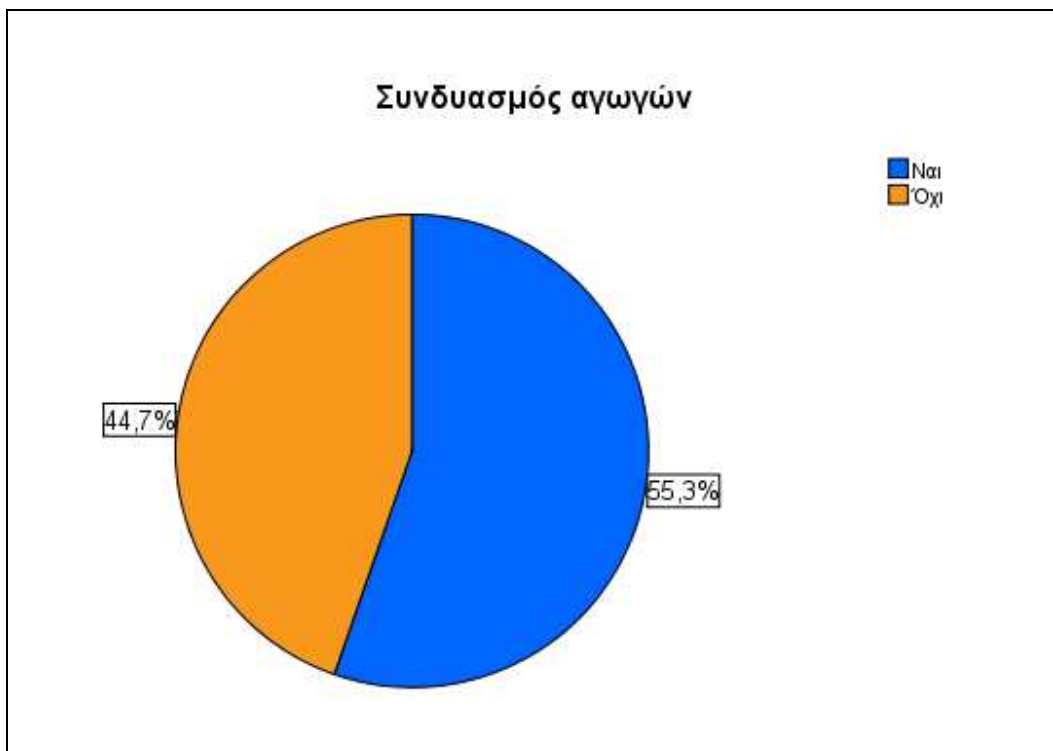
31. Πόση εμπιστοσύνη έχετε στο θεραπευτή ΣΕΘ ή και τη μέθοδο που επιλέξατε;



### 32. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΑΓΩΓΩΝ

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	83	55,3
Όχι	67	44,7
Σύνολο	150	100,0

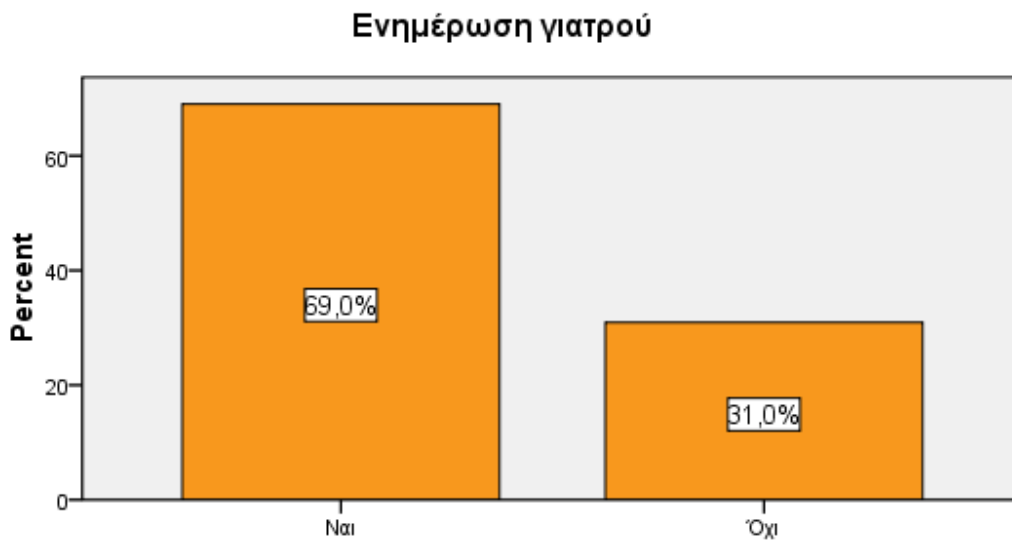
Σχήμα 36



### 35. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ

	Συχνότητα	Ποσοστό	Valid Percent
Ναι	57	38,7	69,0
Όχι	26	17,3	31,0
Total	83	55,3	100,0
Missing	67	44,7	
Σύνολο	150	100,0	

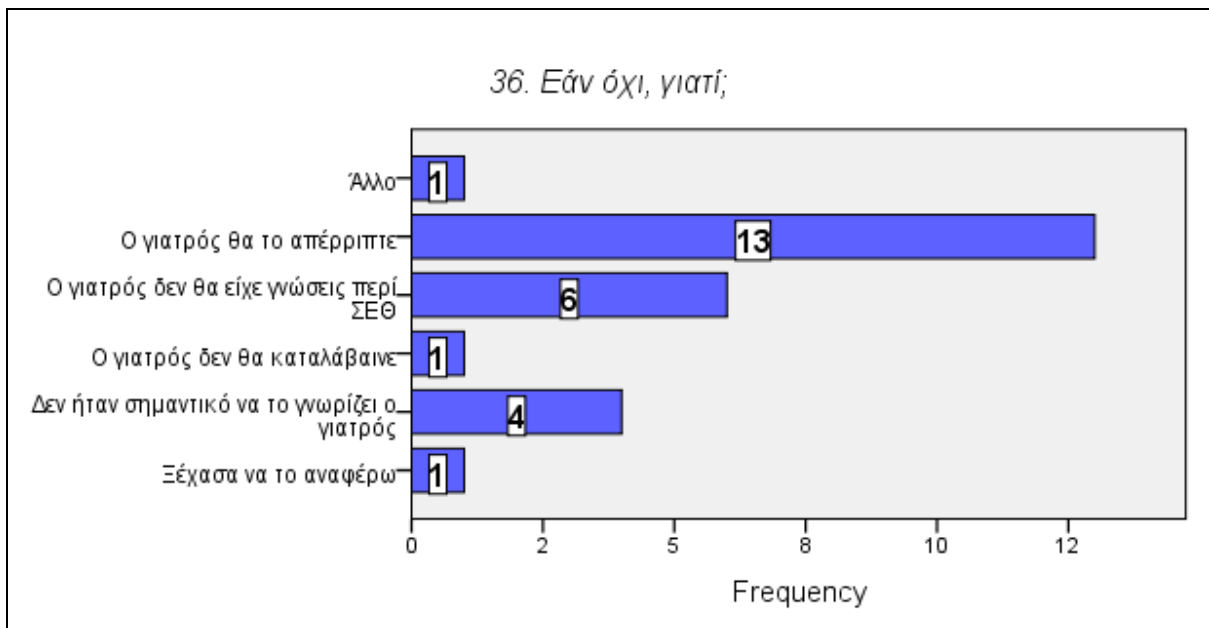
Σχήμα 37



### 36. Εάν όχι, γιατί;

ΛΟΓΟΣ	Συχνότητα	Ποσοστό	Valid Percent
Ξέχασα να το αναφέρω	1	0,7	3,8
Δεν ήταν σημαντικό να το γνωρίζει ο γιατρός	4	2,7	15,4
Ο γιατρός δεν θα καταλάβαινε	1	0,7	3,8
Ο γιατρός δεν θα είχε γνώσεις περί ΣΕΘ	6	4,0	23,1
Ο γιατρός θα το απέρριπτε	13	8,7	50,0
Άλλο	1	0,7	3,8
Σύνολο	26	17,3	100,0
Missing	124	82,7	
	150	100,0	

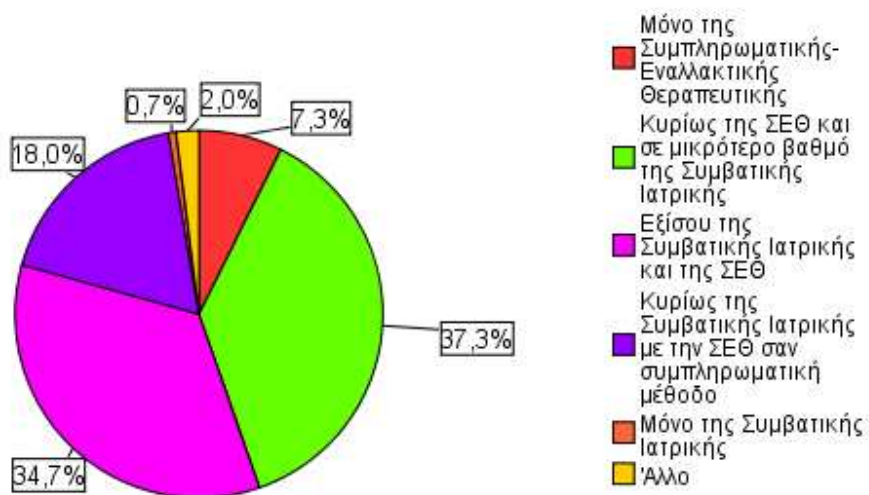
**Σχήμα 38**



### 37.ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΗ ΚΑΙ ΧΡΗΣΤΗ:

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΗΣ & ΧΡΗΣΤΗΣ	Συχνότητα	Ποσοστό
Μόνο της Συμπληρωματικής- Εναλλακτικής Θεραπευτικής	11	7,3
Κυρίως της ΣΕΘ και σε μικρότερο βαθμό της Συμβατικής Ιατρικής	56	37,3
Εξίσου της Συμβατικής Ιατρικής και της ΣΕΘ	52	34,7
Κυρίως της Συμβατικής Ιατρικής με την ΣΕΘ σαν συμπληρωματική μέθοδο	27	18,0
Μόνο της Συμβατικής Ιατρικής	1	0,7
Άλλο	3	2,0
Σύνολο	150	100,0

Σχήμα 39





## ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

**Βαθμός ικανοποίησης από Συμβατικό Γιατρό \* Γενική ικανοποίηση από τη Συμβατική Ιατρική Crosstabulation**

Count		Γενική ικανοποίηση από τη Συμβατική Ιατρική		
		Ναι	Όχι	Total
Βαθμός ικανοποίησης από Συμβατικό Γιατρό	Καθόλου	0	6	6
	Λίγο	1	21	22
	Μέτρια	21	41	62
	Πολύ	36	14	50
	Πάρα πολύ	9	1	10
	Total	67	83	150

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45,525 <sup>a</sup>	4	,000
Likelihood Ratio	52,920	4	,000
N of Valid Cases	150		

**Βαθμός εμπιστοσύνης στο Συμβατικό γιατρό \* Γενική ικανοποίηση από τη Συμβατική Ιατρική Crosstabulation**

Count		Γενική ικανοποίηση από τη Συμβατική Ιατρική		
		Ναι	Όχι	Total
Βαθμός εμπιστοσύνης στο Συμβατικό γιατρό	Καθόλου	0	4	4
	Λίγο	0	18	18
	Μέτρια	17	42	59
	Πολύ	39	17	56
	Πάρα πολύ	11	2	13
	Total	67	83	150

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	46,287 <sup>a</sup>	4	,000
Likelihood Ratio	55,464	4	,000
N of Valid Cases	150		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,79.

**Συνδυασμός αγωγών \* Γενική ικανοποίηση από τη Συμβατική Ιατρική**

**Crosstabulation**

Count		Γενική ικανοποίηση από τη Συμβατική Ιατρική		
		Ναι	Όχι	Total
Συνδυασμός αγωγών	Ναι	44	39	83
	Όχι	23	44	67
	Total	67	83	150

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,236 <sup>a</sup>	1	,022
Continuity Correction <sup>b</sup>	4,508	1	,034
N of Valid Cases	150		1,000000

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,93.

**Υποστηρικτής και χρήστης: \* Γενική ικανοποίηση από τη Συμβατική Ιατρική Crosstabulation**

Count		Γενική ικανοποίηση από τη Συμβατική Ιατρική		
		Ναι	Όχι	Total
Υποστηρικτής και χρήστης:	Μόνο της Συμπληρωματικής-Εναλλακτικής Θεραπευτικής	2	9	11
	Κυρίως της ΣΕΘ και σε μικρότερο βαθμό της Συμβατικής Ιατρικής	10	46	56
	Εξίσου της Συμβατικής Ιατρικής και της ΣΕΘ	30	22	52
	Κυρίως της Συμβατικής Ιατρικής με την ΣΕΘ σαν συμπληρωματική μέθοδο	23	4	27
	Μόνο της Συμβατικής Ιατρικής	1	0	1
	'Άλλο	1	2	3
	Total	67	83	150

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42,307 <sup>a</sup>	5	,000
Likelihood Ratio	45,928	5	,000
N of Valid Cases	150		

**Μορφωτικό επίπεδο \* Βαθμός εμπιστοσύνης στον θεραπευτή ΣΕΘ Crosstabulation**

Count		Βαθμός εμπιστοσύνης στον θεραπευτή ΣΕΘ				
		Καθόλου	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	Total
Μορφωτικό επίπεδο	Απόφοιτος Δημοτικού	0	0	4	1	5
	Απόφοιτος Γυμνασίου	1	1	7	1	10

Λυκείου	0	2	21	13	36
Τεχνικής Σχολής	0	3	11	10	24
Ανώτατης Σχολής	0	10	48	17	75
Total	1	16	91	42	150

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,967 <sup>a</sup>	12	,038
Likelihood Ratio	14,275	12	,283
N of Valid Cases	150		

#### Κατάσταση υγείας \* ΣΕΘ πριν Crosstabulation

Count		ΣΕΘ πριν		
		Ναι	Όχι	Total
Κατάσταση υγείας	Κακή	5	1	6
	Μέτρια	6	34	40
	Καλή	28	50	78
	Πολύ καλή	10	16	26
	Total	49	101	150

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,446 <sup>a</sup>	3	,004
Likelihood Ratio	13,827	3	,003
N of Valid Cases	150		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,96.

#### Chi-Square Tests

<b>Χρόνος χρήσης της ΣΕΘ * Βαθμός ενημέρωσης Crosstabulation</b>			
	Value	df	sided)
Pearson Chi-Square	34,613 <sup>a</sup>	20	,022