



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Απόψεις μεταπτυχιακών φοιτητών για τις Συμπληρωματικές και  
Εναλλακτικές Θεραπείες πριν και μετά την ολοκλήρωση  
σχετικού μαθήματος.**

Γερασοπούλου Γιαννούλα  
Ειδικευόμενη Γενικής Ιατρικής Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Χατζόγλου Χρύσα, Αναπλ. Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Ιατρικό Τμήμα Λάρισας, Πανεπιστήμιο  
Θεσσαλίας, Επιβλέπων Καθηγητής

Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας, Μέλος Τριμελούς  
Επιτροπής

Βαβουράκη Ελένη, Πνευμονολόγος, συν. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, ΤΕΙ Αθηνών, Μέλος  
Τριμελούς Επιτροπής

**Λάρισα, 2016**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**Postgraduate students' attitudes before and after completion of  
Complementary and Alternative Medicine (CAM) course**

# Περιεχόμενα

	σελ
Πρόλογος-Ευχαριστίες	8
Περίληψη στα Ελληνικά	9
Abstract	10
1. Εισαγωγή	11
2. Γενικό Μέρος	13
2.1 Ορισμός Εναλλακτικής και Συμπληρωματικής Ιατρικής	13
2.2 Περιεχόμενο της Εναλλακτικής και Συμπληρωματικής Ιατρικής	15
2.3 Περιγραφή κυριότερων Εναλλακτικών και Συμπληρωματικών Μεθόδων Θεραπείας	18
2.4 Ενσωμάτωση των Εναλλακτικών και Συμπληρωματικών μορφών Θεραπείας στα Εθνικά Συστήματα Υγείας	21
2.5 Χρήση των Εναλλακτικών και Συμπληρωματικών μορφών θεραπείας παγκοσμίως	21
2.6 Αίτια ανόδου της Εναλλακτικής και Συμπληρωματικής Ιατρικής και Εμπόδια στη χρήση των Συμπληρωματικών και Εναλλακτικών μορφών Θεραπείας	26
2.7 Πηγές πληροφοριών για τις Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες	28
2.7.1 Πηγές πληροφοριών για τις Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες από ασθενείς	28
2.7.2 Πηγές πληροφοριών για τις Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες από επαγγελματίες υγείας και φοιτητές	29
2.8 Έρευνες στην Ελλάδα για χρήση Εναλλακτικών και Συμπληρωματικών Θεραπειών από ασθενείς	29
2.9 Η Συμπληρωματική και Εναλλακτική Ιατρική στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	31
2.9.1 Γενικά	31
2.9.2 Νομοθετικό πλαίσιο	31
2.9.3 Γνώσεις, απόψεις και στάσεις φοιτητών	34
2.9.3 α) Μελέτες σε φοιτητές χωρίς να έχει γίνει παρέμβαση	35
2.9.3 β) Μελέτες σε φοιτητές όπου έχει γίνει παρέμβαση	37
2.9.3 γ) Παράγοντες που ευθύνονται για τη διαφοροποίηση των	

αποτελεσμάτων	38
2.10 Στάσεις Επαγγελματιών Υγείας έναντι των Συμπληρωματικών και Εναλλακτικών Θεραπειών	39
2.10.1 Μελέτες σε επαγγελματίες υγείας όπου έχει γίνει παρέμβαση	40
2.11 Έρευνες στην Ελλάδα για τη στάση των επαγγελματιών υγείας έναντι των Συμπληρωματικών και Εναλλακτικών Θεραπειών	41
2.12 Εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των φοιτητών	42
3. Ειδικό μέρος	43
3.1 Σκοπός	43
3.2 Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδος	44
3.2.1 Διαδικασία και Ερωτηματολόγιο έρευνας	44
3.2.2 Υλικό της έρευνας	46
3.2.3 Παρέμβαση	46
3.2.4 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων	47
3.2.5 Ηθική και Δεοντολογία	47
3.2.6 Στατιστική Ανάλυση	48
3.3 Αποτελέσματα	53
3.4 Συζήτηση	85
3.4.1 Περιορισμοί	90
3.4.2 Μελλοντικές προτάσεις	91
4. Βιβλιογραφία	93
Παράρτημα	102
1. Έρευνες σε φοιτητές	102
2. Ερωτηματολόγιο CHBQ	105
3. Ερωτηματολόγιο IMAQ	105
4. Ερωτηματολόγιο Kreitzer	108
5. Ερωτηματολόγιο προσαρμοσμένο από Halterman-Cox et al	113
6. Ερωτηματολόγιο παρούσας έρευνας	114
7. Αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών για το μάθημα ΣΕΘ	120

## ΠΙΝΑΚΕΣ

Σελ

<b>Πίνακας 1.</b> Κατηγορίες Συμπληρωματικών και Εναλλακτικών Θεραπειών(ΣΕΘ)	17
<b>Πίνακας 2.</b> Ποσοστά χρήσης συχνότερων ΣΕΘ σε ενήλικες-σύγκριση 2002-2007-2009	24
<b>Πίνακας 3.</b> Οι πιο συχνές εναλλακτικές θεραπείες στην Ευρώπη με τα ποσοστά τους και ο αριθμός μελετών που έγιναν στις χώρες	25
<b>Πίνακας 4 :</b> Ποσοστά ασθενών που χρησιμοποιούν ΣΕΘ ανά Ευρωπαϊκή Χώρα	30
<b>Πίνακας 5 :</b> Πεδία που επικεντρώθηκε η έρευνα	50- 51
<b>Πίνακας 6 :</b> Διερευνητική αναζήτηση παραγόντων	52
<b>Πίνακας 7:</b> Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά της ομάδας παρέμβασης	53
<b>Πίνακας 8 :</b> Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά της ομάδας ελέγχου	54
<b>Πίνακας 9 :</b> Είδος εκπαίδευσης στις ΣΕΘ (ομάδα παρέμβασης)	55
<b>Πίνακας 10 :</b> Είδος εκπαίδευσης στις ΣΕΘ (ομάδα ελέγχου)	55
<b>Πίνακας 11 :</b> Χρήση ΣΕΘ (ομάδα παρέμβασης)	55
<b>Πίνακας 12 :</b> Χρήση ΣΕΘ (ομάδα ελέγχου)	56
<b>Πίνακας 13 :</b> Χρήση εναλλακτικών θεραπειών ανά είδος θεραπείας	57
<b>Πίνακας 14 :</b> Γενικές απόψεις και στάσεις για τις ΣΕΘ	59
<b>Πίνακας 15 :</b> Οι παράγοντες 1 και 2 που αξιολογήθηκαν στην έρευνα	60
<b>Πίνακας 16 :</b> Περιγραφική στατιστική των παραγόντων της ενότητας 1 του ερωτηματολογίου	61
<b>Πίνακας 17 :</b> Αποψη για την αποτελεσματικότητα των ΣΕΘ	62
<b>Πίνακας 18:</b> Εμπόδια στη χρήση ΣΕΘ για την ομάδα παρέμβασης	63
<b>Πίνακας 19 :</b> Εμπόδια στη χρήση ΣΕΘ για την ομάδα ελέγχου	64
<b>Πίνακας 20 :</b> Πηγές ενημέρωσης για ΣΕΘ στην ομάδα παρέμβασης	64
<b>Πίνακας 21 :</b> Πηγές ενημέρωσης για ΣΕΘ στην ομάδα ελέγχου	65
<b>Πίνακας 22:</b> Μεταβολή των απόψεων για τις ΣΕΘ κατά τη διάρκεια της παρέμβασης	67
<b>Πίνακας 23 :</b> Ερωτήσεις ενότητας 1 στις οποίες διαπιστώθηκε μεταβολή κατά την παρέμβαση	65
<b>Πίνακας 24:</b> Διαφορές απόψεων μεταξύ ομάδας ελέγχου και παρέμβασης	72
<b>Πίνακας 25 :</b> Ποσοστά άποψης περί «εξαιρετικής αποτελεσματικότητας» των ΣΕΘ, ανά θεραπεία	78

## ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

	σελ
<b>Γράφημα 1.</b> Ιδιοτιμές	52
<b>Γράφημα 2.</b> Αξιολόγηση της κατάστασης υγείας	56
<b>Γράφημα 3.</b> Χρήση ΣΕΘ ανά κατηγορία	58
<b>Γράφημα 4.</b> Δυνατότητα αυτοϊασης του σώματος	66
<b>Γράφημα 5.</b> Συνέργεια ΣΕΘ-συμβατικής ιατρικής	68
<b>Γράφημα 6.</b> Αποφυγή σύστασης <i>μη</i> επιστημονικά τεκμηριωμένων θεραπειών	68
<b>Γράφημα 7.</b> Γνώση των συμπληρωματικών εναλλακτικών μορφών θεραπείας	69
<b>Γράφημα 8.</b> Μεταβολή στον παράγοντα «οφέλη» πριν και μετά την παρέμβαση	69
<b>Γράφημα 9.</b> Χρήση ΣΕΘ και άποψη για «οφέλη»	70
<b>Γράφημα 10.</b> Συσχέτιση φύλου με τον παράγοντα 1 «απειλή»	70
<b>Γράφημα 11.</b> Διαφορές νοσηλευτών/ιατρών σχετικά με το αν οι απόψεις και οι πεποιθήσεις ενός ασθενούς για την υγεία του θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τη φροντίδα του.	71
<b>Γράφημα 12.</b> Άποψη για την αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής, ανάλογα με την εκπαίδευση ή μη στις ΣΕΘ	72
<b>Γράφημα 13.</b> Όφελος από συνέργεια ΣΕΘ-συμβατικής ιατρικής	73
<b>Γράφημα 14.</b> Η εναλλακτική ιατρική ως απειλή για τη δημόσια υγεία	73
<b>Γράφημα 15.</b> Σύσταση <i>μη</i> τεκμηριωμένων επιστημονικά θεραπειών	74
<b>Γράφημα 16.</b> Η δράση ΣΕΘ ως εικονικού φαρμάκου	74
<b>Γράφημα 17.</b> Προσωπικό ενδιαφέρον για τις ΣΕΘ	75
<b>Γράφημα 18.</b> Μελλοντική χρησιμότητα γνώσης για τις ΣΕΘ	75
<b>Γράφημα 19.</b> ΣΕΘ και ενεργοποίηση φυσικών θεραπευτικών δυνάμεων του σώματος	76
<b>Γράφημα 20.</b> Διαφορά ομάδας παρέμβασης και ελέγχου ως προς τον παράγοντα «απειλή»	76
<b>Γράφημα 21.</b> Διαφορά ομάδας παρέμβασης και ελέγχου ως προς τον παράγοντα «οφέλη»	77
<b>Γράφημα 22.</b> Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για τη χειροπρακτική μετά την παρέμβαση	80
<b>Γράφημα 23.</b> Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για τη οστεοπαθητική μετά την παρέμβαση	80

<b>Γράφημα 24.</b> Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για τη Reiki μετά την παρέμβαση	81
<b>Γράφημα 25.</b> Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για τη Σιάτσου μετά την παρέμβαση	81
<b>Γράφημα 26.</b> Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για τη Μουσικοθεραπεία μετά την παρέμβαση	82
<b>Γράφημα 27.</b> Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για τη Ρεφλεξολογία μετά την παρέμβαση	82
<b>Γράφημα 28.</b> Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για τη Βοτανοθεραπεία μετά την παρέμβαση	83
<b>Γράφημα 29.</b> Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για την ύπνωση μετά την παρέμβαση	83
<b>Γράφημα 30.</b> Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για την Ομοιοπαθητική μετά την παρέμβαση	84
<b>Γράφημα 31.</b> Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για το βελονισμό μετά την παρέμβαση	84
<b>Γράφημα 32.</b> Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για την αρωματοθεραπεία μετά την παρέμβαση	85

## **ΕΙΚΟΝΕΣ**

<b>Εικόνα 1.</b> Χρήση ΣΕΘ σε ενήλικες και παιδιά στις ΗΠΑ	23
<b>Εικόνα 2.</b> Οι 10 πιο συχνές συμπληρωματικές μέθοδοι προσέγγισης για την υγεία	23
<b>Εικόνα 3.</b> Ασθένειες και παθήσεις για τις οποίες οι ενήλικες χρησιμοποιούν συχνότερα ΣΕΘ στις ΗΠΑ	26
<b>Εικόνα 4.</b> Πηγές πληροφόρησης των ΣΕΘ για ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών	29
<b>Εικόνα 5.</b> Εκπαίδευση στις ΣΕΘ στα Πανεπιστήμια	32

## Πρόλογος- Ευχαριστίες

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία, εκπονήθηκε στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών με αντικείμενο την «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας σε σύμπραξη με το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Λάρισας. Συγκεκριμένα, αντικείμενο εστίασής της είναι η επίδραση της διδασκαλίας μαθήματος για τις εναλλακτικές και συμπληρωματικές μεθόδους θεραπείας στις απόψεις και στάσεις των μεταπτυχιακών φοιτητών για αυτές. Οι εκτιμήσεις, τα συμπεράσματα αλλά και τα στατιστικά αποτελέσματα προέρχονται από δεδομένα συλλεγμένα με τη διαδικασία συμπλήρωσης σχετικού Ερωτηματολογίου από τους φοιτητές μεταπτυχιακού επιπέδου, στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας και στο ΤΕΙ Λάρισας, οι οποίοι κλήθηκαν να αποτυπώσουν τις απόψεις τους αναφορικά με τις εναλλακτικές θεραπείες.

Στο σημείο αυτό, επιθυμώ να ευχαριστήσω:

Την κυρία **Χατζόγλου Χρύσα**, Αναπλ. Καθηγήτρια Τμήμα Ιατρικής ΠΘ, η οποία ανέλαβε με ευχαρίστηση την επίβλεψη της πορείας της Διπλωματικής Εργασίας μου, η οποία ανταποκρινόμενη θετικά στην πρότασή μου για συνεργασία, μου παρείχε τη δυνατότητα εστίασης της Διπλωματικής Εργασίας μου στις εναλλακτικές και συμπληρωματικές μορφές θεραπείας. Η προθυμία, οι κατευθύνσεις και η βοήθειά της, ήταν καθοριστικής σημασίας για την επιτυχή έκβαση της παρούσας εργασίας καθώς η μεταξύ μας επικοινωνία ήταν άριστη με την παροχή οποιασδήποτε συμβουλής και στήριξης, ανά πάσα χρονική στιγμή, χωρίς καμία αναβολή ή καθυστέρηση.

Ακόμη, σημαντικό ρόλο διαδραμάτισε στο σύνολο της χρονικής διάρκειας για την προετοιμασία της, η **οικογένειά μου**, καθώς χωρίς αυτήν δεν θα είχα φτάσει στο σημείο στο οποίο βρίσκομαι σήμερα. Η απεριόριστη στήριξη που μου παρέχει καθημερινά, αποτελεί την πηγή από την οποία αντλώ δύναμη για να προχωράω στο κάθε μου βήμα.



## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η αυξημένη χρήση της εναλλακτικής – συμπληρωματικής ιατρικής δημιουργεί την ανάγκη εξοικείωσης και εκπαίδευσης των φοιτητών με αυτή.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση των επιπέδων των στάσεων και απόψεων μεταπτυχιακών φοιτητών πριν και μετά την παρακολούθηση επιλεγόμενου μαθήματος εξοικείωσης για τις Εναλλακτικές και Συμπληρωματικές Θεραπείες (ΣΕΘ), τα εμπόδια και τις πηγές που διαμορφώνουν τις απόψεις τους και να συγκριθούν με εκείνες της ομάδας ελέγχου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πρόκειται για συγχρονική μελέτη με ομάδα ελέγχου. Η ομάδα παρέμβασης αποτελείται από 48 μεταπτυχιακούς φοιτητές του προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» και η ομάδα ελέγχου από 37 μεταπτυχιακούς φοιτητές του προγράμματος «Ψυχική Υγεία». Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο ανώνυμο και αυτοαναφοράς, αξιολόγησης απόψεων και στάσεων, μετά από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας. Η παρέμβαση ήταν η διδασκαλία μαθήματος για τις ΣΕΘ. Διανεμήθηκε στους φοιτητές πριν, μετά την παρέμβαση, και μετά από 3 μήνες. Στην ομάδα ελέγχου διανεμήθηκε μία φορά. Η ανάλυση έγινε με SPSS 22.0.

**Αποτελέσματα.** Το ένα τρίτο των συμμετεχόντων είχε χρησιμοποιήσει κάποιας μορφής ΣΕΘ με πιο συχνές τις βιολογικά βασισμένες θεραπείες. Παρατηρήθηκε βελτίωση στις απόψεις των φοιτητών της ομάδας παρέμβασης στα οφέλη της συμβατικής ιατρικής από την χρήση ΣΕΘ και στο ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν γνώση των ΣΕΘ, ενώ ήταν πιο θετικά διακείμενοι στις απόψεις τους σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η άποψη των φοιτητών για την αποτελεσματικότητα των διδαχθέντων εναλλακτικών θεραπειών αυξήθηκε κατά 10-30%, αλλά αυτή η αύξηση ήταν βραχύβια, με εξαίρεση την υψηλή διατηρησιμότητα της οστεοπαθητικής. Τα κύρια εμπόδια στη χρήση ΣΕΘ είναι η έλλειψη κατάρτισης προσωπικού και ο μικρός αριθμός «πιστοποιημένων» θεραπειών, ενώ επηρεάζονται περισσότερο από συναδέλφους και το διαδίκτυο.

**Συμπεράσματα.** Η διδασκαλία μαθήματος για την εναλλακτική ιατρική είχε θετικό αντίκτυπο στις γενικές απόψεις μεταπτυχιακών φοιτητών, αλλά και στις απόψεις για την αποτελεσματικότητά τους. Τα αποτελέσματα δείχνουν την ανάγκη εισαγωγής μαθημάτων εξοικείωσης για τις εναλλακτικές θεραπείες στα πανεπιστήμια και διαρκής επανάληψη αυτών.

**Λέξεις κλειδιά:** συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες, μεταπτυχιακοί φοιτητές, απόψεις και στάσεις

## Abstract

**Background.** The noticeable increase in use of complementary and alternative treatments creates a growing need to educate and familiarize students about CAM.

**Purpose.** To evaluate and assess changes in postgraduate students' attitudes before and after the completion of an elective CAM course, the perceived barriers and sources of information and compare with those of control group.

**Materials and methods.** It's a cross-sectional study with control group. The intervention group consisted of 48 "Palliative care" postgraduate students and the control group of 35 "Mental Health" postgraduate students. After searching relative literature, an anonymous, self-reported questionnaire was used to assess postgraduate students' attitudes and perception toward CAM. This was administered to the intervention group pre- and post-course and after 3 months, and only once to control group. Teaching about CAM was the intervention. The statistical tool was SPSS 22.0

**Results.** The participant group had significant improvements in general attitudes to CAM mostly in the benefits of conventional medicine and that health professionals should have knowledge about CAM after the course, and significant positive attitudes when compared to the control group. Effectiveness of all teaching CAM modalities increased about 10-30% after intervention, but was short-term with the exception of osteopathy.

Unavailability of credentialed providers and lack of staff training were considered the greatest barrier to the use of CAM. The colleagues and internet were the most frequent sources of information about CAM

**Conclusion.** It is possible to increase postgraduate students' attitudes toward CAM with a CAM course intervention and increase their opinions about effectiveness of selected CAM modalities. The results of this study call for CAM course incorporation and repetitiveness into universities.

**Key words:** complementary and alternative medicine (CAM), postgraduate students, attitudes and perceptions

## 1. Εισαγωγή

Η έννοια της εναλλακτικής ιατρικής συνήθως αναφέρεται στην περιγραφή πρακτικών που υποκαθιστούν ή συμπληρώνουν τις συμβατικές ιατρικές θεραπείες. Η συμπληρωματική ή εναλλακτική ιατρική έχει περιγραφεί ως «η διάγνωση, η θεραπεία ή και η πρόληψη, η οποία συμπληρώνει την κοινή ιατρική, συμβάλλοντας σε ένα κοινό σύνολο, ικανοποιώντας έτσι τη ζήτηση που δεν καλύπτει η ορθόδοξη ιατρική, και διαφοροποιώντας ακόμα και τα εννοιολογικά πλαίσια της κοινής ιατρικής». Οι πρακτικές των εναλλακτικών θεραπειών συχνά δεν καθορίζονται με συνέπεια στη βιβλιογραφία. Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής Ιατρικής, ο όρος περιλαμβάνει διάφορα είδη ιατρικών πρακτικών που δεν θεωρούνται τμήμα της σύγχρονης συμβατικής ιατρικής.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αναφέρει ότι τα κέρδη από το εμπόριο των εναλλακτικών θεραπειών, κυρίως των θεραπειών με φυτικά προϊόντα, παρουσιάζει μεγάλη αύξηση. Οι πιο διαδεδομένες εναλλακτικές θεραπείες είναι η ομοιοπαθητική, ο βελονισμός, η ιατρική με βότανα, και η χειροπρακτική.

Όπως συμπεραίνεται μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, οι εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες έχουν εξαπλωθεί και απολαμβάνουν ευρείας χρήσης από το κοινό. Η χρήση εναλλακτικών θεραπειών από τους επαγγελματίες υγείας αλλά και από τους ίδιους τους ασθενείς γίνεται όλο και πιο συχνή, καθώς και η ανάγκη για πληροφόρηση. Τα τελευταία χρόνια φαίνεται να υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για τις συμπληρωματικές θεραπείες, με αποτέλεσμα να παρατηρείται αξιοσημείωτη αύξηση της χρήσης των μη συμβατικών θεραπειών.

Ο επαγγελματίας υγείας σε όλους τους τομείς της σταδιοδρομίας του πρέπει να ενημερώνεται για τα τεκταινόμενα στο χώρο της υγείας και για τις νέες τάσεις που επικρατούν γύρω από το επάγγελμά του, ώστε να προσφέρει όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα φροντίδας στους ασθενείς. Αυτό προϋποθέτει ευρύτητα πνεύματος, συνεχή παρακολούθηση σεμιναρίων, συνεδρίων, ημερίδων και συμπληρωματικών προγραμμάτων.

Υπάρχει μεγάλη ετερογένεια παγκοσμίως στο νομοθετικό πλαίσιο για τους επαγγελματίες που εφαρμόζουν τις Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες (ΣΕΘ), αλλά και μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών στην ένταξη των ΣΕΘ στα πανεπιστήμια και το πως αυτές διδάσκονται.

Η διαδικασία του προσδιορισμού των στάσεων και των απόψεων είναι καίριας σημασίας, καθώς μέσα από την έρευνα, θα διαφανεί το κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας είναι πραγματικά έτοιμοι να εκπαιδευτούν και να καταστούν είτε η ίδιοι θεραπευτές, είτε να αποκτήσουν το ρόλο του ατόμου μέσα στην ομάδα υγείας που θα πληροφορήσει τόσο τον ασθενή όσο και την υπόλοιπη ομάδα για τις εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες.

Οι γνώσεις και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τις εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες, είναι ένα θέμα που δεν απασχολεί τον ιατρικό ερευνητικό κόσμο σε μεγάλο βαθμό, καθώς μέσα από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας υπήρξε περιορισμένος αριθμός ερευνών σχετικά με το θέμα. Οι εναλλακτικές θεραπείες δεν έχουν αναπτυχθεί ευρέως στην επιστημονική έρευνα και υπάρχει σχετικά μικρό πλήθος ερευνών και δημοσιεύσεων. Οι περισσότερες έρευνες έχουν γίνει σε ιατρούς και φοιτητές ιατρικής σχετικά με τις απόψεις τους για τις ΣΕΘ, αλλά και το εύρος γνώσεων τους γύρω από αυτές. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί και παράδοξο, αν αναλογιστεί κανείς το μέγεθος των θεραπειών που χρησιμοποιούνται ανά τον κόσμο και τα χρήματα που ξοδεύονται από τους ασθενείς για να αγοράσουν υπηρεσίες αυτού του είδους. Ακόμα λιγότερες έρευνες έχουν γίνει για να αποδειχτεί αν η διδασκαλία των ΣΕΘ στα πανεπιστήμια αλλάζει τις απόψεις των φοιτητών σχετικά με τις ΣΕΘ. Η ετερογένεια στους πληθυσμούς μελέτες, στον τρόπο διεξαγωγής του μαθήματος δίνει αντιφατικά αποτελέσματα, αν και οι περισσότερες έρευνες επισημαίνουν την θετική επίδραση που έχει η διδασκαλία ΣΕΘ στους φοιτητές.

Στην Ελλάδα και την Κύπρο τα τελευταία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες σε προσωπικό νοσοκομείου για την διερεύνηση των στάσεων και απόψεών τους σχετικά με τις ΣΕΘ. Δεν έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι στιγμής μελέτες που να καταδεικνύουν την επίδραση που έχει η διδασκαλία μαθημάτων για τις ΣΕΘ τόσο σε προπτυχιακό αλλά και σε μεταπτυχιακό επίπεδο.

Στην παρούσα μελέτη μετράται αυτή η αλλαγή στους φοιτητές μεταπτυχιακού προγράμματος «Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας» αφού διδαχθούν το επιλεγόμενο μάθημα «Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες». Η πρωτοτυπία της μελέτης είναι ο πληθυσμός του δείγματος που περιλαμβάνει επαγγελματίες μεταπτυχιακούς φοιτητές από διάφορους κλάδους της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και όχι αποκλειστικά ιατρούς. Είναι αναγκαία η ένταξη ειδικών μαθημάτων που σχετίζονται με τις εναλλακτικές θεραπείες στα προγράμματα σπουδών όλων των σχολών επαγγελματιών υγείας και η θέσπιση ειδικού νομικού πλαισίου, το οποίο θα δίνει το δικαίωμα χρήσης σε αυτούς τους επαγγελματίες. Στόχος της διδασκαλίας μαθημάτων για τις ΣΕΘ στα Πανεπιστήμια είναι να αυξηθεί η θετική στάση των φοιτητών απέναντι στις ΣΕΘ, κάτι που είναι σημαντικό για να ενταχθούν τελικά οι ΣΕΘ στα πανεπιστήμια, αλλά και να γίνουν πιο αποδεκτές οι ΣΕΘ από τους επαγγελματίες υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης από τους ασθενείς.

## 2. Γενικό Μέρος

### 2.1 Ορισμός Εναλλακτικής και Συμπληρωματικής Ιατρικής

Οι σημερινοί όροι που χρησιμοποιούνται για τη διάκριση μεταξύ Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής Ιατρικής (Complementary and Alternative Medicine-CAM) και της Ορθόδοξης ή Συμβατικής Ιατρικής (Αλλοπαθητική) είναι περισσότερο πολιτιστικά παρά επιστημονικά καθορισμένοι. Επομένως, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί επακριβώς τι είναι Εναλλακτική Ιατρική και τι περιλαμβάνει.

Το ζήτημα του ορισμού των εναλλακτικών μορφών θεραπείας είναι εξαιρετικά δύσκολο, καθώς-θεωρητικά τουλάχιστον, μπορεί να συμπεριλάβει 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 όλες έχουν κοινά χαρακτηριστικά που τις διαφοροποιούν από τη συμβατική ιατρική.

Στις χώρες όπου το κυρίαρχο σύστημα υγείας βασίζεται στην Αλλοπαθητική Ιατρική ή όπου η Παραδοσιακή Ιατρική (ΠΙ) δεν είναι ενσωματωμένη στο εθνικό σύστημα υγείας, η παραδοσιακή ιατρική συχνά ορίζεται σαν «συμπληρωματική», «εναλλακτική» ή «μη συμβατική». [1]

Οι Εναλλακτικές και Συμπληρωματικές θεραπείες, εμπίπτουν σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) στη γενικότερη κατηγορία των Παραδοσιακών Ιατρικών (ΠΙ) με τον τίτλο «Traditional Medicine» και αναφέρονται ως: «Alternative and Complementary Medicine-CAM» όπως ευρέως έχουν γίνει αποδεκτές από την διεθνή ιατρική βιβλιογραφία. [2]

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ παραδοσιακή ιατρική είναι το σύνολο των γνώσεων, δεξιοτήτων και πρακτικών που στηρίζονται σε θεωρίες, απόψεις και εμπειρίες γηγενών και διαφορετικών πληθυσμών, είτε είναι εξηγήσιμες είτε όχι και χρησιμοποιούνται για τη διατήρηση της υγείας, όπως επίσης και για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη βελτίωση ή τη θεραπεία της σωματικής και ψυχικής νόσου. [2] Με βάση τον ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) (WHO, World Health Organisation), «Η Συμπληρωματική και Εναλλακτική Ιατρική είναι ένα ευρύ σύνολο ιατρικών πρακτικών που δεν αποτελούν μέρος της παράδοσης μιας χώρας ή δεν συμπεριλαμβάνονται στο επικρατέστερο σύστημα ιατρικής περίθαλψης της χώρας αυτής». [2] Παρόμοιος είναι και ο ορισμός για τις Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές θεραπείες (ΣΕΘ) που χρησιμοποιεί το Εθνικό Κέντρο για τη Συμπληρωματική και Εναλλακτική Ιατρική (National Center for Complementary and Alternative Medicine): «ΣΕΘ είναι ένα σύνολο διαφόρων ιατρικών και άλλων συστημάτων ιατρικής περίθαλψης, πρακτικών και προϊόντων που δεν θεωρούνται να αποτελούν μέρος της συμβατικής ιατρικής». [3, 4, 5] Ενώ, σύμφωνα με τον Eisenberg 2001, Συμπληρωματική-Εναλλακτική Ιατρική

είναι «αυτές οι παρεμβάσεις που ούτε διδάσκονται ευρέως στις ιατρικές σχολές των ΗΠΑ, ούτε γενικά είναι διαθέσιμες στα νοσοκομεία των ΗΠΑ».[6]

Ο όρος **Εναλλακτική ιατρική** συνήθως χρησιμοποιείται για να περιγράψει πρακτικές που υποκαθιστούν τις συμβατικές ιατρικές θεραπείες και αναφέρεται σε ολοκληρωμένα ιατρικά συστήματα τα οποία δεν ταιριάζουν με την συμβατική ιατρική. Αυτά τα συστήματα έχουν τελείως διαφορετικές φιλοσοφίες μαζί με διαφορετικές ιδέες για την αιτία της νόσου, τις μεθόδους διάγνωσης και θεραπευτικές προσεγγίσεις και αποτελούν αντικαταστάτη της συμβατικής φροντίδας υγείας. [3, 7]

Ο όρος **Συμπληρωματική Ιατρική** αναφέρεται σε αυτές τις μεθόδους που μπορούν να χρησιμοποιηθούν παράλληλα ή συμπληρωματικά με τη συμβατική. [3, 7]

Οι αρχές της εναλλακτικής-συμπληρωματικής ιατρικής μπορούν να συνοψισθούν στη φράση ότι ο άνθρωπος είναι πολύ περισσότερο από μια βιολογική μηχανή και για αυτό, όταν προσπαθούμε να αντιμετωπίσουμε ένα πρόβλημα υγείας, δεν πρέπει να περιοριζόμαστε απλά στην αντιμετώπιση ενός βιολογικού συμπτώματος ή μιας κλινικής κατάστασης αλλά να προσπαθούμε για τη συνολική βελτίωση της κατάστασης υγείας του ανθρώπου. Εστιάζονται στο σύνολο του ανθρώπου, με κυρίαρχη την ιδέα πως μια ζωτική δύναμη διατρέχει τον άνθρωπο και διατηρεί το σωματικό, συγκινησιακό και διανοητικό επίπεδο σε μια δυναμική ισορροπία με τις επιδράσεις που δέχεται από το περιβάλλον. Αυτή η ζωτική ενέργεια είναι και ο άμεσος στόχος των διαφόρων εναλλακτικών μορφών θεραπείας, θεωρώντας πως είναι το κλειδί των αυτοθεραπευτικών δυνάμεων του οργανισμού. [8]

Ως **εναλλακτικά θεραπευτικά συστήματα** ορίζονται τα ολοκληρωμένα και αυτοτελή ιατρικά συστήματα, που είναι το ίδιο εκτενή και ολοκληρωμένα στη διάγνωση και θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής ευθύνης, όσο και στην συμβατική ιατρική. Σε αυτά ανήκουν η Ομοιοπαθητική Ιατρική, ο Βελονισμός, η Οστεοπαθητική και η Φυτοθεραπεία. Τα συστήματα αυτά είναι απαραίτητο να ασκούνται αποκλειστικά από ιατρούς για να ικανοποιείται και η συνθήκη της απαραίτητης τριάδας «διάγνωση, θεραπεία, ιατρική ευθύνη για την θεραπεία και την πορεία του ασθενούς».

Ως **συμπληρωματικά θεραπευτικά συστήματα** ορίζονται τα μη αυτοτελή, μη ιατρικά συστήματα τα οποία μπορούν να υπάρξουν ως συμπληρωματικά μιας 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 ιατρούς. Η ευθύνη της αναγνώρισης ιατρικών σημείων και συμπτωμάτων του ασθενούς περιορίζεται σε αυτά που είναι ήδη διαγνωσμένα και καταγεγραμμένα από ειδικό ιατρό, εναλλακτικό ή συμβατικό. Σε αυτά ανήκουν θεραπευτικά συστήματα όπως η Ρεφλεξολογία, η Αρωματοθεραπεία, το θεραπευτικό μασάζ κ.α.

## 2.2 Περιεχόμενο Εναλλακτικής και Συμπληρωματικής Ιατρικής

Ο καθορισμός της Εναλλακτικής Ιατρικής από το τι περιλαμβάνει, αποτελεί επίσης πρόβλημα καθώς πρόκειται για ετερογενή κατηγορία που περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος ποικίλων προϊόντων και πρακτικών. Οι θεραπευτικές πρακτικές της ΣΕΘ περικλείουν πολλαπλές και όχι πάντα σύμφωνες έννοιες για το σώμα και την ασθένεια.

Μερικοί συγγραφείς έχουν επιχειρήσει να ταξινομήσουν τις ΣΕΘ σε διαφορετικές κατηγορίες, αλλά ο αριθμός και η φύση αυτών των κατηγοριών διαφέρει σημαντικά. Οι Karchuk & Eisenberg 2001 [9] συγκεκριμένα επισήμαναν «ένα πιθανό εννοιολογικό χάος με καμία συμφωνία πάνω στην ορολογία», ωστόσο προχώρησαν σε ένα διπλό-διαστρωματικό σύστημα που διαχωρίζει τη ΣΕΘ από τις τυπικιστικές μη συμβατικές θεραπείες τις οποίες τις χωρίσανε σε τρεις κατηγορίες:

1. στην εθνο-ιατρική
2. στη θρησκευτική θρησκεία (χριστιανική επιστήμη)
3. και στη λαϊκή ιατρική (πχ. βραχιόλια χαλκού για την αρθρίτιδα)

Για τη ΣΕΘ πρότειναν πέντε κύριους τομείς

- τα επαγγελματικά συστήματα (πχ. μασάζ, ομοιοπαθητική)
- τις αναμορφώσεις υγείας (πχ. συμπληρώματα διατροφής)
- τις θεραπείες νέας εποχής (πχ. θεραπευτικό άγγιγμα, ρέϊκι)
- τις θεραπείες μυαλού-σώματος (π.χ. γκουρού, ύπνωση) και
- τις μη κανονιστικές επιστημονικές επιχειρήσεις (π.χ. ιριδολογία)

Ο Tatarzyn [10] προτείνει τέσσερα ιεραρχικά ταξινομημένα πρότυπα βασισμένα στις «θεωρήσεις για την υγεία και τις αρρώστιες που σχετίζονται με το καθένα». Αυτά είναι:

- στο σώμα (π.χ. μασάζ)
- στο μυαλό-σώμα (π.χ. ύπνωση, διαλογισμός)
- στο σώμα-ενέργεια (π.χ. αγιουβέρδα, θεραπευτικό άγγιγμα)
- στο σώμα-πνεύμα (π.χ. πνευματική θεραπεία)

Ο Kimby και οι συνεργάτες του [11] έκαναν το διαχωρισμό της ΣΕΘ με βάση δύο αρχές:

- στη καθιερωμένη (που προσφέρεται εξίσου σε όλους τους ασθενείς πχ. Βελονισμός, συμπληρώματα διατροφής) και
- στην εξατομικευμένη (που προσφέρεται σε επιλεγμένους ασθενείς πχ. Ομοιοπαθητική)

Μπορεί να γίνει διαχωρισμός των θεραπειών ανάλογα με τις θεραπευτικές διαδικασίες και μεθόδους. Σύμφωνα με αυτό το διαχωρισμό, γίνεται διάκριση σε 5 μεγάλες κατηγορίες.[12]

**Θεραπευτικές με σκευάσματα.** Σε αυτήν την κατηγορία υπάγονται όλες οι θεραπευτικές διαδικασίες που χρησιμοποιούνται συνήθως από το στόμα, όπως η ομοιοπαθητική, η φυτοθεραπεία, η κινέζικη βοτανοθεραπεία, η ανθοθεραπεία (ανθοϊάματα Bach)κ.α.

**Θεραπείες με χειρισμούς και ελέγχου στο ανθρώπινο σώμα.** Εφαρμόζονται στο ανθρώπινο σώμα με χειρισμούς, στάσεις, ελέγχους. Σε αυτές υπάγονται ο παραδοσιακός βελονισμός, ο ηλεκτροβελονισμός, η ρεφλεξολογία, το Σιάτσου, η οστεοπαθητική, η χειροπρακτική, το ρέικι κ.α.

**Θεραπευτικές με επικοινωνία θεραπευτή-ασθενούς.** Τέτοιες θεωρούνται η συμβουλευτική, η συμβουλευτική αυτοβελτίωσης, η ψυχοσωματική θεραπευτική, η υπνοθεραπεία κ.α.

**Θεραπευτικές με τρόπο ζωής και έκφρασης.** Σε αυτές υπάγονται η ολιστική διατροφολογία, η χοροθεραπεία, η μουσικοθεραπεία, Tai Chi, Pilates .

**Θεραπευτικές συνδυαστικές.** Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει την παραδοσιακή κινεζική ιατρική (βελονισμός, βοτανοθεραπεία, μασάζ), την φυσικοπαθητική, την Αγιουβέρδα.

**Ανάλυση δεδομένων με συσκευές.** Εδώ υπάγονται η ιριδολογία και ο ηλεκτροβελονισμός.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, το Εθνικό Κέντρο για τη Συμπληρωματική και Εναλλακτική Ιατρική (NCCAM) το 2004 ορίζει πέντε κατηγορίες: [13]

- *εναλλακτικά ιατρικά συστήματα* (π.χ.αγιουβέρδα, ομοιοπαθητική, παραδοσιακή κινεζική ιατρική, βελονισμός φυσικοπαθητική)
- *θεραπίες σώματος-μυαλού ή παρεμβατικές σε σώμα-πνεύμα τεχνικές* (π.χ. διαλογισμός, προσευχή, γιόγκα, μουσικοθεραπεία, βιοανάδραση, ύπνωση)
- *βιολογικά βασισμένες πρακτικές* (πχ. βότανα, συμπληρώματα διατροφής, βιταμίνες, φυσικά προϊόντα )
- *πρακτικές βασισμένες στο σώμα* (π.χ. χειροπρακτική, οστεοπαθητική, μασάζ, σιάτσου, ρεφλεξολογία)
- *θεραπίες χρήσης ενέργειας* (Qi gong, ρέϊκι)



**Πίνακας 1: Κατηγορίες Συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών** (ανατύπωση από Frass M, Strassl RP, Friehs H, Müllner M, Kundi M, Kaye AD. Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. Ochsner J , 2012, 12(1):45-56

Whole Medical Systems	Biologically Based Therapies	Energy Medicine	Manipulative and Body-Based Therapies	Mind-Body Therapies
Acupuncture Ayurveda Homeopathic treatment Naturopathy Traditional Chinese medicine	Aroma therapy Chelation therapy Diet-based therapies Folk medicine Iridology Megavitamin therapy Neural therapy Phytotherapy/herbal medicine	Healing Light therapy Magnetic therapy Millimeter wave therapy Qi gong Reiki Sound energy therapy	Acupressure Alexander technique Bowen technique Chiropractic manipulation Feldenkrais method Massage Osteopathic manipulation Reflexology Rolfing Trager bodywork Tui na	Anthroposophical medicine Autogenic training Biofeedback Bioresonance Cognitive-behavioral therapies Deep-breathing exercises Group support Hypnosis Imagery Meditation Prayer Relaxation Qi gong Tai chi Yoga Shiatsu Spiritual healing by others

Το 2007 ο NCCAM [3] χωρίζει τους τύπους ΣΕΘ σε κατηγορίες, όπως:

- *Φυσικά προϊόντα.* Περιλαμβάνουν βότανα, βιταμίνες, «άλλα φυσικά προϊόντα», συμπληρώματα διατροφής
- *Θεραπείες σώματος-νου.* Περιλαμβάνουν τον διαλογισμό, γιόγκα, ασκήσεις αναπνοής, υπνοθεραπεία, Qi gong, Tai chi, βελονισμός. \*Ο βελονισμός θεωρείται ότι ανήκει και στις θεραπείες βασισμένες στο σώμα, αλλά και στις ενεργειακές θεραπείες.
- *Πρακτικές βασισμένες στο σώμα.* Περικλείει χειρισμούς στη σπονδύλων (χειροπρακτική, οστεοπαθητική, φυσικοπαθητική) και μασάζ
- *Άλλες θεραπείες ΣΕΘ.* Περιλαμβάνουν θεραπείες κίνησης, παραδοσιακούς θεραπευτές και ενεργειακά πεδία είτε ηλεκτρομαγνητικά (μαγνητοθεραπεία, φωτοθεραπεία) ή βιοπεδία (qi gong, Reiki, θεραπευτικό άγγιγμα).
- *Ολικά ιατρικά συστήματα,* όπως Αγιουβέρδα, παραδοσιακή κινέζικη ιατρική, ομοιοπαθητική και φυσικοπαθητική.

Ενώ, σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο για την Συμπληρωματική και Ολιστική Ιατρική το 2012 (NCCIH National Center for Complementary and Integrative Health) οι προσεγγίσεις για την υγεία μέσω συμπληρωματικών θεραπειών εμπίπτουν σε δύο τύπους, τα φυσικά προϊόντα και οι θεραπείες σώματος-νου [7]:

- **Φυσικά προϊόντα**, περιλαμβάνουν ποικιλία προϊόντων όπως βότανα, βιταμίνες, ιχνοστοιχεία, και συμπληρώματα διατροφής.
- **Θεραπείες σώματος-νου**, όπως γιόγκα, χειροπρακτική, οστεοπαθητική, διαλογισμός, μασάζ, βελονισμός, τεχνικές χαλάρωσης, Tai chi, Qi gong, υπνοθεραπεία, θεραπείες κίνησης.

Κάποιες εναλλακτικές προσεγγίσεις για την υγεία, δεν περιλαμβάνονται στους δύο παραπάνω τύπους όπως για παράδειγμα η Αγιουβέρδα, οι παραδοσιακοί θεραπευτές, η παραδοσιακή κινέζικη ιατρική, η ομοιοπαθητική, και η φυσικοπαθητική. [7]

Στη συνέχεια ακολουθεί μια σύντομη περιγραφή κάποιων από τις πιο δημοφιλείς συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες

## 2.3 Περιγραφή κυριότερων Εναλλακτικών και Συμπληρωματικών Μεθόδων Θεραπείας

Είναι σχεδόν σίγουρο ότι όταν μιλάμε για εναλλακτική ιατρική στην Ελλάδα, το πρώτο πράγμα που έρχεται στο μυαλό των περισσότερων ανθρώπων είναι η **Ομοιοπαθητική**. Ιδρυτής της είναι ο Γερμανός Samuel Hahnemann (1755-1843) και η 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».

Τα ομοιοπαθητικά φάρμακα είναι φυτικές ή ζωικές ουσίες ή και μέταλλα σε αλκοολικά διαλύματα, χορηγούνται δε όταν φτάσουν σε υψηλές «δυναμοποιήσεις», όπως τις ονομάζουν, δηλαδή αφού υποστούν πολλαπλές αραιώσεις και δονήσεις, αρκετές δεκάδες, ώστε τελικά ο ασθενής να μη λαμβάνει ούτε ένα μόριο, της ουσίας. Η δράση τους όμως, σύμφωνα με τους ομοιοπαθητικούς, δεν ασκείται σε χημικό επίπεδο αλλά σε ενεργειακό.

Κατά τους ομοιοπαθητικούς, ο οργανισμός του ανθρώπου συνίσταται σε τρία λειτουργικά επίπεδα: το σωματικό, το συναισθηματικό-ψυχικό και το διανοητικό. Άλλα βασικά χαρακτηριστικά της είναι ότι απευθύνεται στο σύνολο του οργανισμού, ακολουθεί εξατομικευμένη θεραπεία (για 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, καθώς και τη χορήγηση ενός και μοναδικού φαρμάκου κάθε φορά. [5, 14]

Ένας άλλος κλάδος εναλλακτικής θεραπευτικής ιατρικής που είναι αρκετά αναγνωρισμένος, ιδιαίτερα στη Βρετανία, είναι η **οστεοπαθητική**, που ιδρύθηκε το 1870 από τον ιατρό Andrew Taylor Still. 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.[6, 11]

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 στην σπονδυλική στήλη. Η βασική μέθοδος αντιμετώπισης των προβλημάτων είναι οι ειδικοί διορθωτικοί μηχανισμοί που γίνονται στη σπονδυλική στήλη και σε ολόκληρο το μυοσκελετικό σύστημα. [14]

Στην Κίνα αναπτύχθηκε ένας αρχαίος πολιτισμός, όπου πολλές από τις γνώσεις και τις τεχνολογικές εφευρέσεις του η Ευρώπη τις γνώρισε αργότερα μέσα από τις εμπειρίες εμπόρων και ταξιδευτών. Τμήμα αυτού του πολιτισμού είναι και η **παραδοσιακή κινεζική ιατρική** η οποία βασίζεται στη γενικότερη οντολογία αυτού του πολιτισμού. Βασική έννοια στην Κινεζική Ιατρική είναι η ενέργεια Qi, που είναι η κινητήρια δύναμη των φαινομένων της ζωής. Αυτή η ζωτική ενέργεια εμφανίζεται με δύο αντιθετικές και αλληλοσυμπληρούμενες μορφές. Το Γινγκ και το Γιανγκ είναι οι πρωταρχικές δίδυμες δυνάμεις που ρυθμίζουν το σύμπαν και παρέχουν ενέργεια. Το Γιανγκ αντιπροσωπεύει την αρσενική θετική ενέργεια που παράγει φως, ζέστη και πληρότητα. Το Γινγκ είναι θηλυκό, «αρνητικό», η δύναμη του σκοταδιού, του κρύου και της κενότητας. Αυτή η δυαρχία επεκτείνεται σε όλο το ανθρώπινο σώμα . Η ασθένεια προκύπτει από την διατάραξη και ανισορροπία του γιν και γιανγκ. [5]

Βασική θεραπευτική μέθοδος είναι ο **Βελονισμός**. Αποτελεί βασικό συστατικό της θεραπευτικής της Κινεζικής Ιατρικής. 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 δύο ακριβώς ίδιοι μεσημβρινοί, ένας σε κάθε πλευρά του σώματος». 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 Γινγκ και του Γιανγκ, πιστεύεται ότι η θεραπεία είναι δυνατή αν θεραπεύσει κανείς ένα από αυτά τα δερματικά σημεία «εξόδου». Έτσι ο βελονισμός συνίσταται στην τοποθέτηση λεπτών βελονών σε συγκεκριμένα σημεία του δέρματος, ώστε ο επώδυνος ερεθισμός να επιδράσει στη λειτουργία των εσωτερικών οργάνων του σώματος. Αυτή η αρχή εξελίχθηκε σε πολύπλοκη τεχνική συνδυασμού σημείων στα οποία θα προκληθεί το άλγος με χάλκινη, αργυρή, ατσάλινη ή χρυσή βελόνα, η οποία εισέρχεται σε βάθος 4-20mm. Πολλά από τα αποτελέσματα του βελονισμού είναι δυνατόν να εξηγηθούν επιστημονικά, όπως π.χ. ότι ίσως τα επώδυνα ερεθίσματα προκαλούν έκκριση ενδορφινών. [5, 14] Υπάρχει μια ποικιλία μορφών βελονισμού πέραν του παραδοσιακού κινεζικού βελονισμού, όπως ο ωτοβελονισμός, ο ηλεκτροβελονισμός, κρανιοβελονισμός κλπ. [14]

Η **Αγιουβέρδα** είναι η παραδοσιακή ινδική ιατρική. Σχετίζεται με ένα περισσότερο κοσμολογικό παρά με ένα απλό ιατρικό σύστημα. Η Αγιουβέρδα 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 σεξουαλική ζωή, τη χρήση κοσμημάτων κ.α. Για την αντιμετώπισή τους προτείνονται εκτός από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω και φαρμακευτικά σκευάσματα. [5]

Η **Φυσικοπαθητική** στηρίζεται στην θεραπευτική δύναμη του σώματος η οποία καθιερώνει, διατηρεί και αποκαθιστά την υγεία. Οι φυσικοπαθητικοί βοηθούν τον ασθενή να ενισχύσει αυτή την θεραπευτική δύναμη μέσω θεραπειών όπως διατροφή, συμβουλές τρόπου ζωής, διαίτα, φυτά και άσκηση. [5]

**Βότανα/Φυσικά Ιατρικά Παρασκευάσματα:** όταν τα φυτά χρησιμοποιούνται για τις θεραπευτικές τους ικανότητες. Η βοτανική ιατρική μπορεί να χρησιμοποιεί ένα ολόκληρο φυτό ή απλώς τον φλοιό, τον καρπό, τον βλαστό, τη ρίζα ή τους σπόρους του. Τα βότανα διατίθενται φρέσκα ή αποξηραμένα και σε δισκία, κάψουλες και βάμματα. [5]

Η **Αρωματοθεραπεία** χρησιμοποιεί τα αιθέρια έλαια που προέρχονται από φυτά με διάφορους τρόπους, όπως «το λουτρό, η εφαρμογή μασάζ ή οι εισπνοές. [5]

Από τις πιο διαδεδομένες μορφές συμπληρωματικής θεραπείας είναι τα διάφορα είδη **μασάζ**. Οι μαλάξεις ως φροντίδα υγείας και ευεξίας είναι γνωστές από την αρχαιότητα και σχεδόν σε όλο τον κόσμο και κυρίως στην Ασία. Οι μορφές του μασάζ διακρίνονται με βάση το αν εστιάζουν σε κάποια σημεία του σώματος ή αν ακολουθούν συγκεκριμένες τεχνικές με καταγωγή τις παραδόσεις διαφόρων χωρών. [5, 14]

Αρκετά γνωστή μέθοδος μασάζ είναι και η **Ρεφλεξολογία** που ήταν γνωστή ως αντίληψη σε διάφορους πολιτισμούς. Εισηγητής της σύγχρονης εκδοχής θεωρείται ο Αμερικανός γιατρός William Fitzgerald, ο οποίος «εξέτασε και συστηματοποίησε τα παραδοσιακά σημεία του ποδιού και την επίδρασή τους». Σύμφωνα με τους ρεφλεξιολόγους, 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. [14]

Μια αρκετά δημοφιλής θεραπευτική μέθοδος προερχόμενη από την Ιαπωνία είναι το **Σιάτσου** που στα ιαπωνικά σημαίνει «δακτυλική πίεση». Στη σημερινή μορφή του αναπτύχθηκε τον 20ο αιώνα από τον Ταμάι Τεμπάκου και «αναγνωρίστηκε επίσημα ως θεραπεία από την ιαπωνική κυβέρνηση το 1964». Το Σιάτσου βασίζεται στο μασάζ, την ορθή στάση του σώματος και τη σωστή αναπνοή. Οι τεχνικές του έχουν κοινά σημεία με την ρεφλεξολογία και το βελονισμό που βοηθούν στην

επαναφορά της σωματικής και ψυχικής υγείας. Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί το σώμα και την ενέργειά του για να επιφέρει θεραπεία στο σώμα του ασθενούς. [14]

Το Ρέϊκι είναι μια φυσική μέθοδος αποκατάστασης της ισορροπίας της ενέργειας μέσα στο ανθρώπινο σώμα, αλλά και μια ολιστική μέθοδος που εξισορροπεί την ενέργεια στο σωματικό, συναισθηματικό και το νοητικό επίπεδο. Πρόκειται για μια θεραπευτική αντίληψη που προέρχεται από την Ιαπωνία, ιδρυτής της οποίας είναι ο Μίκαιο Ουσούι 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 ζωτική ενέργεια που ρέει στα ζωντανά όντα. 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 με αυτήν την αντίληψη, εφόσον ένα άτομο έχει ανοίξει το κανάλι για το Ρέϊκι, συγκεντρωμένη ζωτική ενέργεια θα ρέει από τα χέρια από τα χέρια διοχετεύοντάς την στο σώμα και εναρμονίζοντας τη λειτουργία των 7 ενεργειακών κέντρων. [5, 14]

## **2.4 Ενσωμάτωση των Εναλλακτικών και Συμπληρωματικών μορφών Θεραπείας στα Εθνικά Συστήματα Υγείας**

Ο (WHO) ΠΟΥ έχει ορίσει τρεις τύπους συστημάτων υγείας για να περιγράψει το βαθμό με τον οποίο η Παραδοσιακή Ιατρική (ΠΙ)/Συμπληρωματική-Εναλλακτική Θεραπεία (ΣΕΘ) επισήμως αναγνωρίζεται σαν στοιχείο του συστήματος υγείας:

Ολοκληρωμένο σύστημα (Integrative system): η ΠΙ/ΣΕΘ επισήμως αναγνωρίζεται και ενσωματώνεται σε όλες τις παροχές φροντίδας υγείας.

Συνολικό σύστημα (Inclusive system): αναγνωρίζει τις ΣΕΘ, αλλά δεν έχει πλήρως ενσωματώσει σε όλες τις διαστάσεις της φροντίδας υγείας (πχ εκπαίδευση, παροχές, νομοθεσία).

Ανεκτικό σύστημα (tolerant system): το εθνικό σύστημα υγείας βασίζεται εξολοκλήρου στην αλλοπαθητική ιατρική, αλλά σε κάποιες πρακτικές ΣΕΘ το νομοθετικό σύστημα είναι ανεκτικό. [1]

## **2.5 Χρήση των Εναλλακτικών και Συμπληρωματικών μορφών θεραπείας παγκοσμίως**

Τα συστήματα υγείας παγκοσμίως παρουσιάζουν αύξηση των επιπέδων ασθενών χρόνιας νόσου και κλιμακούμενη αύξηση στο κόστος της υγείας. Έτσι, τόσο οι ασθενείς όσο και οι επαγγελματίες υγείας απαιτούν ανανέωση του συστήματος υγείας με ιδιαίτερη έμφαση στην εξατομικευμένη

ασθενοκεντρική φροντίδα του ασθενούς. Αυτό περιλαμβάνει και πρόσβαση σε παραδοσιακά και εναλλακτικά προϊόντα, θεραπείες και θεραπευτές.

Πάνω από 100 εκατομμύρια Ευρωπαίοι είναι τωρινοί χρήστες παραδοσιακών και συμπληρωματικών/εναλλακτικών μορφών θεραπείας, με το ένα πέμπτο από αυτούς να είναι συστηματικοί χρήστες [15]. Τα ποσοστά που δίνει το EFCAM (European Federation of Complementary and Alternative Medicine) και ο CAMbrella (πανευρωπαϊκό δίκτυο έρευνας για τις ΣΕΘ) κυμαίνονται από 0.3-80% ανάλογα τη χώρα. [15-17]

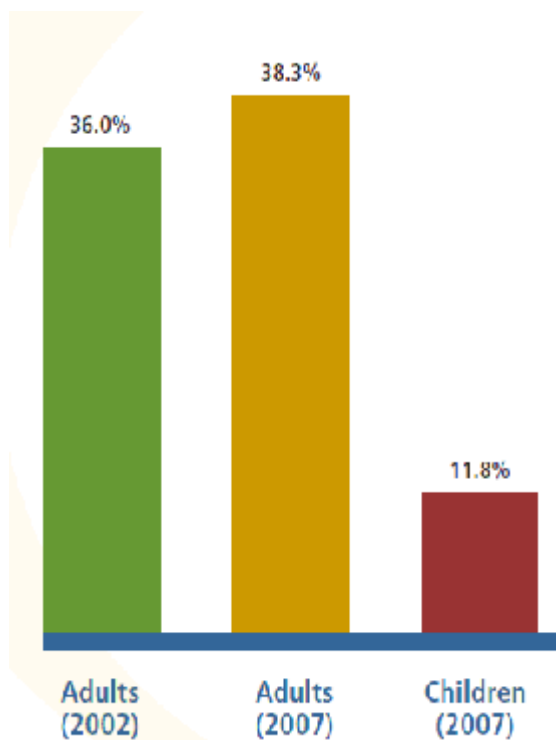
Στο Ηνωμένο Βασίλειο χρησιμοποιούνται 160 διαφορετικά είδη εναλλακτικών θεραπειών. Σε σχετική μελέτη στη χώρα, το 96% να δήλωσε πως έχει χρησιμοποιήσει μία εναλλακτική θεραπεία, το 52% δήλωσε πως η επιστημονική ιατρική δεν τους βοήθησε, το 25% ανησύχησε για τις παρενέργειες της, το 77% είχε βρει την εναλλακτική θεραπεία «πολύ χρήσιμη», το 17% «αρκετά εξυπηρετική» και το 94% δήλωσε πως θα ξαναχρησιμοποιούσε κάποια εναλλακτική θεραπεία [18].

Περισσότεροι χρήστες ΣΕΘ υπάρχουν σε χώρες όπως η Αφρική, Αυστραλία και Βόρεια Αμερική [15]. Τα ποσοστά του πληθυσμού που έχουν κάνει έστω μια φορά χρήση κάποιας ΣΕΘ είναι 48% στην Αυστραλία, 70% στον Καναδά, 75% στη Γαλλία, 38% στο Βέλγιο. [1]

Στην Αμερική το 2007 περίπου το 38% των ενηλίκων και το 12% των παιδιών χρησιμοποίησαν τουλάχιστον μία από τις συμπληρωματικές/εναλλακτικές θεραπείες [4]. (Εικόνα 1).

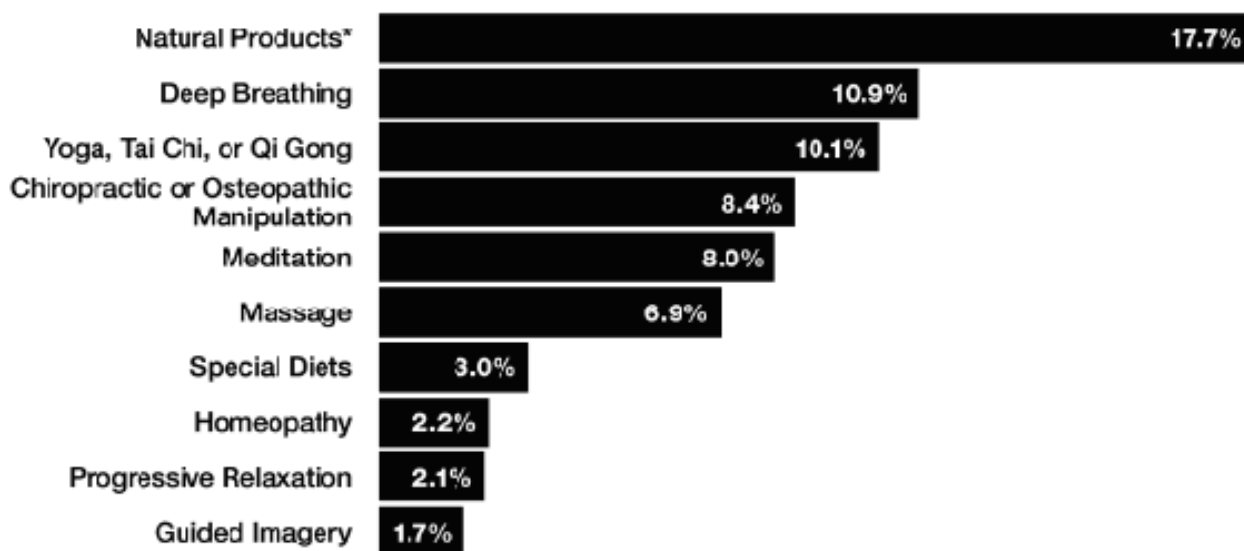
Το 2012 η χρήση των ΣΕΘ αυξήθηκε ώστε 34.525 ενήλικες Αμερικάνοι έκαναν χρήση ΣΕΘ. [19]

Στην εικόνα 2 βλέπουμε ότι οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται περισσότερο στις Ηνωμένες Πολιτείες για το έτος 2012 είναι: φυτικά προϊόντα (17,7%), Yoga, Tai Chi, qi gong (10,1%), χειροπρακτική/οστεοπαθητική (8,4%), διαλογισμός (8%) [14] και τα ποσοστά τους απεικονίζονται στον Πίνακα 2.



**Εικόνα 1:** Χρήση ΣΕΘ σε ενήλικες και παιδιά στις Η.Π.Α

(ανατύπωση από: <https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/camuse.pdf>)



**Εικόνα 2.** Οι 10 πιο κοινές συμπληρωματικές μέθοδοι προσέγγισης της υγείας στους ενήλικες για το 2012 (ανατύπωση από <http://nccih.nih.gov/health/integrative-health>)

## Πίνακας 2 : Ποσοστά χρήσης συχνότερων ΣΕΘ στους ενήλικες-σύγκριση 2002-2007-2012

(Ανατύπωση από <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr079.pdf>)

Complementary health approach	2002		2007		2012	
	Number (in thousands)	Age-adjusted percent <sup>1</sup> (standard error)	Number (in thousands)	Age-adjusted percent <sup>1</sup> (standard error)	Number (in thousands)	Age-adjusted percent <sup>1</sup> (standard error)
Nonvitamin, nonmineral dietary supplements . . . . .	38,183	18.9 (0.28)	38,797	17.7 (0.37)	40,579	17.7 (0.37)
Deep-breathing exercises <sup>2</sup> . . . . .	23,457	11.6 (0.24)	27,794	12.7 (0.30)	24,218	10.9 (0.26)
Yoga, tai chi, and qi gong . . . . .	11,768	5.8 (0.17)	14,436	6.7 (0.22)	22,281	10.1 (0.25)
Chiropractic or osteopathic manipulation <sup>3</sup> . . . . .	15,226	7.5 (0.19)	18,740	8.6 (0.27)	19,369	8.4 (0.22)
Meditation <sup>4</sup> . . . . .	15,336	7.6 (0.20)	20,541	9.4 (0.27)	17,948	8.0 (0.21)
Massage therapy . . . . .	10,052	5.0 (0.16)	18,068	8.3 (0.23)	15,411	6.9 (0.15)
Special diets <sup>5</sup> . . . . .	6,765	3.3 (0.12)	6,040	2.8 (0.14)	6,853	3.0 (0.13)
Homeopathic treatment <sup>6</sup> . . . . .	3,433	1.7 (0.09)	3,909	1.8 (0.11)	5,046	2.2 (0.11)
Progressive relaxation . . . . .	6,185	3.0 (0.12)	6,454	2.9 (0.15)	4,766	2.1 (0.10)
Guided imagery . . . . .	4,194	2.1 (0.10)	4,866	2.2 (0.16)	3,846	1.7 (0.10)
Acupuncture . . . . .	2,136	1.1 (0.07)	3,141	1.4 (0.10)	3,484	1.5 (0.08)
Energy healing therapy . . . . .	1,080	0.5 (0.05)	1,216	0.5 (0.06)	1,077	0.5 (0.05)
Naturopathy . . . . .	498	0.2 (0.03)	729	0.3 (0.04)	957	0.4 (0.04)
Hypnosis . . . . .	505	0.2 (0.03)	561	0.2 (0.04)	347	0.1 (0.03)
Biofeedback . . . . .	278	0.1 (0.02)	362	0.2 (0.04)	281	0.1 (0.02)
Ayurveda . . . . .	154	†0.1 (0.02)	214	†0.1 (0.03)	241	0.1 (0.02)

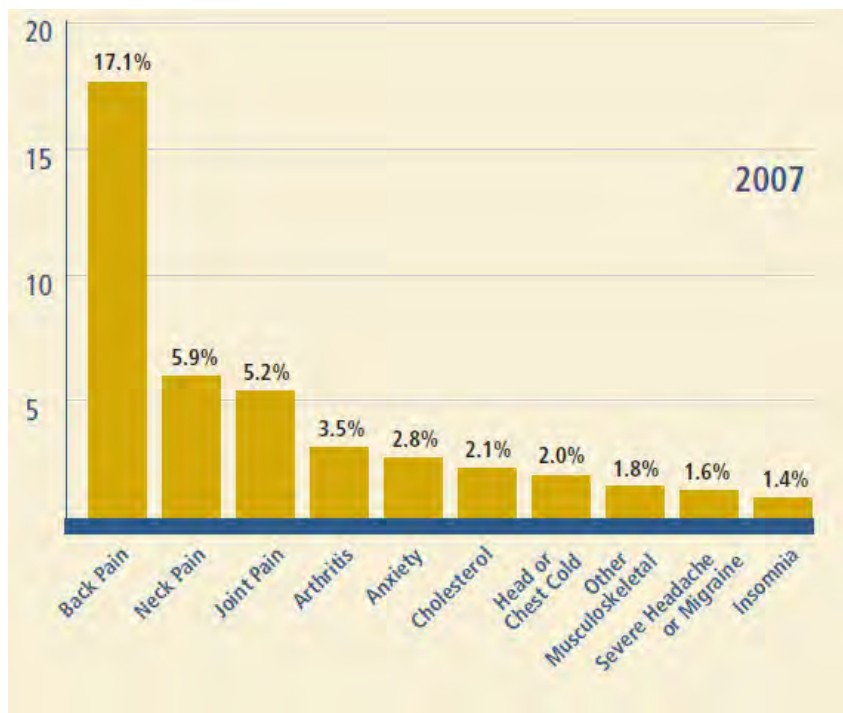
Στην Αυστραλία οι κυριότερες εναλλακτικές θεραπείες είναι: τα Βότανα (20,6%) και η Χειροπρακτική (15%). [20] Στον Καναδά είναι: η Χειροπρακτική (40%), το Θεραπευτικό Μασάζ (35%), οι Τεχνικές Χαλάρωσης (20%) και ο Βελονισμός (17%). [21] Στην Αγγλία οι κυριότερες μέθοδοι θεραπείας είναι τα βότανα και ακολουθούν η ομοιοπαθητική, αρωματοθεραπεία, μασάζ και ρεφλεξολογία. [22] Στην Ευρώπη η βοτανοθεραπεία είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη εναλλακτική θεραπεία [17] και τη χρησιμοποιούν κυρίως γυναίκες. [23]. Στον Πίνακα 3, φαίνεται η διακύμανση των ποσοστών στην Ευρώπη για τις πιο συχνές εναλλακτικές θεραπείες.[24] Από τα παραπάνω γίνεται φανερό οι πιο δημοφιλείς θεραπευτικές μέθοδοι είναι τα Βότανα, η Χειροπρακτική και η Ομοιοπαθητική.



**Πίνακας 3. Οι πιο συχνές εναλλακτικές θεραπείες στην Ευρώπη με τα ποσοστά τους και ο αριθμός μελετών που έγιναν στις χώρες** (ανατύπωση από [http://www.cam-europe.eu/dms/files/CAMbrella\\_Reports/CAMbrella-WP4-part\\_1final.pdf](http://www.cam-europe.eu/dms/files/CAMbrella_Reports/CAMbrella-WP4-part_1final.pdf))

Therapy	Prevalence across countries	Reported singly Country & Study No
<b>Herbal Medicine</b>	5.9 – 48.3%	Denmark 2 Finland 5 Germany 11, 13, 15, 16, 18 Israel 24, 25, 26, 30 Italy 36, 37, 38, 39, Netherlands 40 Spain 52 Sweden 55, 56, 57, 63 Turkey 67, 68 UK 73, 74, 76, 78, 80, 86, 88, 89
<b>Homoeopathy</b>	2 – 27%	Denmark 3 Finland 4, 7, Germany 12, 18, 13 Italy 37, 38, 39 Norway 41, 48, 44, 45, 43 Spain 53 Sweden 54, 62 UK 73, 74, 75, 76, 82, 83, 84, 88, 87, 9
<b>Chiropractic</b>	0.4 - 28.8%	Finland 4 Germany 13, 18, Italy Norway 43, 44, 48, Sweden 54, 55 UK 73, 74, 75, 76, 82, 83, 84, 88, 87,
<b>Acupuncture</b>	0.44 – 23%	Denmark Finland, Germany 13 Israel 27, 29, 30 Italy, Norway 42, Sweden Turkey, UK 69, 73, 74, 76, 84, 87
<b>Reflexology</b>	0.4 – 21%	Denmark Finland, Israel 28, 29, 31, 34 Norway, Sweden 54 UK 73, 74, 76, 84, 87, 88

Ασθενείς με χρόνια νοσήματα κάνουν χρήση των ΣΕΘ πιο συχνά. Στις ΗΠΑ ασθενείς με μυοσκελετικά προβλήματα που επισκέπτονται οστεοπαθητικούς ανέρχονται στο 23% των επισκέψεων. Μεγάλος αριθμός ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση (MS) καταφεύγουν στις ΣΕΘ με το ποσοστό να κυμαίνεται από 41% στην Ισπανία, 70% στον Καναδά και 82% στην Αυστραλία. [23] Ο NCCAM αναφέρει τη χρήση ΣΕΘ από ενήλικες για ποικιλία παθήσεων και καταστάσεων. Οι ενήλικες Αμερικάνοι [4] τις χρησιμοποιούν κυρίως για μυοσκελετικά νοσήματα όπως και οι Ευρωπαίοι [17]. (Εικόνα 3)



**Εικόνα 3.** Ασθένειες και παθήσεις για τις οποίες οι ενήλικες χρησιμοποιούν συχνότερα τις ΣΕΘ στις ΗΠΑ (ανατύπωση από: <https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/camuse.pdf>)

## 2.6 Αίτια ανόδου της Εναλλακτικής και Συμπληρωματικής Ιατρικής και Εμπόδια στη χρήση των Συμπληρωματικών και Εναλλακτικών μορφών Θεραπείας

Η χρήση των ΣΕΘ ποικίλλει μεταξύ των χωρών και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως η κουλτούρα, οι ιστορικές πεποιθήσεις και το νομοθετικό σύστημα της κάθε χώρας. Οι παραδοσιακή ιατρική/ΣΕΘ είναι προσβάσιμες και οικονομικά προσιτές στις αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ αποτελούν εναλλακτική προσέγγιση για την υγεία στις αναπτυγμένες χώρες. Μελέτες δείχνουν ότι οι ΣΕΘ επιλέγονται από τους χρήστες για ποικίλους λόγους όπως:

- αυξημένη ζήτηση για όλες τις υπηρεσίες υγείας.
- η πρόσβαση του κοινού στην πληροφόρηση οδήγησε σε αύξηση των διαθέσιμων επιλογών.
- απογοήτευση από τα ισχύοντα συστήματα παροχής φροντίδας.
- αμφισβήτηση των προσεγγίσεων της αλλοπαθητικής ιατρικής.
- αναζωπύρωση του ενδιαφέροντος για ολιστική φροντίδα και πρόληψη ασθενειών.
- επικέντρωση στην ποιότητα ζωής στις περιπτώσεις εκείνες όπου δεν είναι δυνατή η θεραπεία.
- όταν όλες οι άλλες συμβατικές θεραπείες έχουν αποτύχει.
- είναι προσωπική επιλογή ασθενούς βάση της κουλτούρας του.

- έχουν βιώσει παρενέργειες ή ανεπιθύμητες ενέργειες από άλλες θεραπείες και χημικά φάρμακα. υπάρχει έντονη επιθυμία για έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής [15].

Κύριες δυσκολίες και προκλήσεις στην παραδοσιακή ιατρική/συμπληρωματική-εναλλακτική ιατρική αποτελούν: [1]

- η έλλειψη νομικής αναγνώρισης τόσο της ίδιας της ΣΕΘ όσο και των θεραπειών της,
- η έλλειψη κατάλληλων νόμων και κανονισμών για την άσκηση και τα προϊόντα ΣΕΘ,
- έλλειψη κατάλληλων μηχανισμών ελέγχου για τον έλεγχο της ασφάλειας, της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των ΣΕΘ,
- περιορισμένη διαθεσιμότητα κονδυλίων για έρευνα στις ΣΕΘ,
- έλλειψη εκπαιδευτικών προγραμμάτων και πιστοποίησης της άσκησης για τη χορήγηση άδειας άσκησης ΣΕΘ σε κατάλληλους θεραπευτές
- Σύμφωνα και με τον CAMbella η μη ένταξη των ΣΕΘ στα ασφαλιστικά ταμεία κάποιων χωρών είναι σημαντικό εμπόδιο [17].

Μια αμερικάνικη έρευνα 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» [6]. 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:

- 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 έπανε 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 αμφότερα, ενώ τους απασχολεί λιγότερο η αποδοκιμασία του συμβατικού γιατρού απ' ό,τι η ανικανότητά του να κατανοήσει ή να ενσωματώσει μεθόδους ΣΕΘ στην πρακτική του. [6]

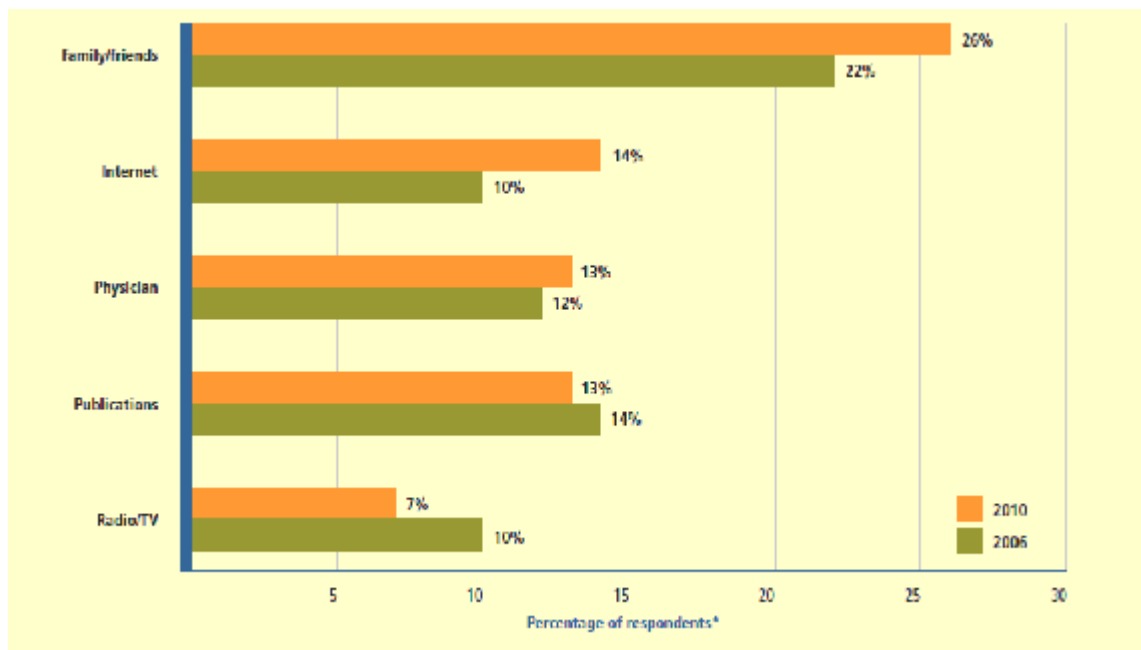
## **2.7 Πηγές πληροφοριών για τις Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες**

### **2.7.1 Πηγές πληροφοριών για τις Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες από Ασθενείς**

Σύμφωνα με τον NCCAM οι κυριότερες πηγές αναζήτησης πληροφορίας για ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών ήταν το φιλικό και συγγενικό περιβάλλον και ακολουθούν το διαδίκτυο και οι επαγγελματίες υγείας [25]. (Εικόνα 4)

Σε μελέτη στην Αμερική η κυριότερη πηγή αναζήτησης πληροφοριών για τις ΣΕΘ ήταν φίλοι και οικογένεια σε ποσοστό 36,2% και ακολουθεί το διαδίκτυο 16,7% και οι επαγγελματίες υγείας 15,7%. [26] Σε μια ποιοτική έρευνα με μορφή συνέντευξης οι καρκινοπαθείς ασθενείς αναζητούσαν πληροφορίες σχετικά με την Εναλλακτική Ιατρική από μια ποικιλία πηγών όπως το διαδίκτυο, οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας, οι φίλοι, συγγενείς και οι εφημερίδες [27]. Μάλιστα πολλοί εξέφρασαν αγανάκτηση για τον υπερβολικό αριθμό διαθέσιμων πληροφοριών. Ωστόσο, οι πληροφορίες χαρακτηρίζονταν ως αξιόπιστες όταν χρησιμοποιούνταν ως βάση για να καταλήξουν σε κάποια απόφαση σχετικά με τη ΣΕΘ.

Επιπλέον, σε μια άλλη μελέτη στην Ευρώπη πηγές πληροφόρησης για την Εναλλακτική Ιατρική αποτελούν: γνωστοί/φίλοι (56,5%), οικογένεια (29,1%), μέσα μαζικής ενημέρωσης (28,4%), συμβατικός ιατρός (18,6%), άλλοι εναλλακτικοί θεραπευτές (12,9%), το διαδίκτυο (9,3%) και η προσωπική γνώση/ενημέρωση (1,8%). [28]



**Εικόνα 4:** Πηγές πληροφόρησης των ενήλικων ασθενών μεγαλύτερους των 50 ετών για τις ΣΕΘ  
(Ανατύπωση από [https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/news/camstats/2010/NCCAM\\_aarp\\_survey.pdf](https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/news/camstats/2010/NCCAM_aarp_survey.pdf))

### 2.7.2 Πηγές πληροφοριών για τις Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες από επαγγελματίες υγείας και φοιτητές

Η χρήση των ΣΕΘ στους φοιτητές φαίνεται να επηρεάζεται από τα μέσα ενημέρωσης όπως διαδίκτυο, περιοδικά [29-32] καθώς και από την προσωπική τους εμπειρία [33, 34]. Στη Μαλαισία οι φοιτητές εκτός από το διαδίκτυο (69%) φαίνεται να επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τους φίλους και την οικογένεια (63%). [35] Σε έρευνα που έγινε στην Ελλάδα σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε νοσοκομείο, πηγές πληροφόρησης για τις εναλλακτικές θεραπείες ήταν από άλλους επαγγελματίες υγείας-συναδέλφους (38,8%), το φιλικό η συγγενικό περιβάλλον τους και το διαδίκτυο. [36] Σε μελέτη που έγινε στην Κύπρο σε νοσηλευτές η κύρια πηγή πληροφόρησης ήταν οι επαγγελματίες υγείας. [37]

## 2.8 Έρευνες στην Ελλάδα για χρήση Εναλλακτικών και Συμπληρωματικών Θεραπειών από ασθενείς

Μια έρευνα σε Ευρωπαϊκό επίπεδο έχει διεξαχθεί για τη διερεύνηση της χρήσης Εναλλακτικής Ιατρικής από ασθενείς με καρκίνο [28]. Συμμετείχαν 14 χώρες με συνολικό δείγμα 956 ατόμων. Το ποσοστό των χρηστών ανά χώρα φαίνεται στον Πίνακα 4 .

**Πίνακας 4. Ποσοστά ασθενών που χρησιμοποιούν ΣΕΘ ανά Ευρωπαϊκή χώρα**

Country	n	%	CAM use [n (%)]	CAM non-use [n (%)]
Spain	115	12	34 (29.8)	81 (70.2)
Israel	111	11.6	36 (32.4)	75 (67.6)
Turkey	100	10.5	37 (37)	63 (63)
Scotland	93	9.7	27 (29)	66 (71)
Greece	81	8.5	12 (14.8)	69 (85.2)
Switzerland	72	7.5	35 (48.6)	37 (51.4)
Sweden	59	6.2	18 (30.5)	41 (69.5)
Italy	52	5.4	38 (73.1)	14 (26.9)
Czech Republic	51	5.3	30 (58.8)	21 (39.2)
Serbia	50	5.2	16 (32)	34 (68)
Denmark	50	5.2	18 (36)	32 (64)
Belgium	45	4.7	18 (40)	27 (60)
Iceland	43	4.5	13 (30.2)	30 (69.8)
England	34	3.6	10 (29.4)	24 (70.6)

CAM=complementary alternative medicine (Συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες) (ανατύπωση από Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Ozden G, Scott JA, Panteli A. Use of complementary and Alternative Medicine in Cancer patients: a European survey. *Ann Oncol* 2005;16: 665-663)

Φαίνεται ότι η Ελλάδα έχει το χαμηλότερο ποσοστό από όλες τις χώρες όσον αφορά τη χρήση εναλλακτικών θεραπειών από καρκινοπαθείς ασθενείς, ενώ οι χώρες με το μεγαλύτερο ποσοστό είναι η Ιταλία και η Τσεχία. Επίσης, τα Βότανα είναι η κυριότερη θεραπεία που χρησιμοποιείται για αυτή την ασθένεια σε 9 χώρες, ανάμεσά τους και η Ελλάδα. Μια σημαντική θεραπεία η οποία συμπεριλαμβάνεται και στις 5 επικρατούσες θεραπείες για την Ελλάδα, είναι και η Ομοιοπαθητική. [28]

Παγκοσμίως αυξάνει ο αριθμός παιδιών με καρκίνο που χρησιμοποιούν τις ΣΕΘ. Στην Ελλάδα λόγω της θρησκευτικής κουλτούρας, σε μια έρευνα που έγινε αναδείχθηκε ότι η χρήση ΣΕΘ δεν ήταν δημοφιλής, αν και οι λίγοι που τις χρησιμοποίησαν είχαν θετική άποψη για τα αποτελέσματά τους. Συγκεκριμένα, 21% των οικογενειών με παιδιά με καρκίνο χρησιμοποίησαν τουλάχιστον μία ΣΕΘ, από τις οποίες η πιο κοινή ήταν η προσευχή 78% και ακολουθούν τα διαιτητικά συμπληρώματα, μασάζ, ομοιοπαθητική και βότανα. [38]

## 2.9 Η Συμπληρωματική και Εναλλακτική Ιατρική στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση

### 2.9.1 Γενικά

Η Συμπληρωματική-Εναλλακτική Ιατρική (CAM) περιλαμβάνει μια μίξη από διάφορες μεθόδους, των οποίων ο τρόπος λειτουργίας και η αποτελεσματικότητα είναι θέμα έντονης αντιπαράθεσης. Αυτή η κατάσταση όπως και η αυξανόμενη δημοτικότητα και χρήση των ΣΕΘ σε πολλές χώρες κάνει επιτακτική την ανάγκη γνωστοποίησης των ΣΕΘ στους γιατρούς. Στο παρελθόν το ερώτημα που απασχολούσε τις ιατρικές σχολές ήταν αν θα έπρεπε να διδάξουν ή όχι τις ΣΕΘ. Σήμερα η αντιπαράθεση έχει μετακινηθεί στο πόσο, ποιες μεθόδους, με ποιον τρόπο και πότε να διδαχθούν οι ΣΕΘ. [39]

Οι λόγοι της ανάπτυξης εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τις ΣΕΘ στην Αμερική είναι [39]:

- Ο επιπολασμός των ΣΕΘ και η αυξημένη χρήση τους
- Η ανάγκη ενίσχυσης της ασφαλούς χρήσης των ΣΕΘ
- Η αλληλεπίδραση των ΣΕΘ με τη συμβατική ιατρική
- Η θετική επίδραση της των ΣΕΘ στην επάρκεια και απόδοση των επαγγελματιών υγείας στη συμβατική ιατρική
- Η ανάγκη για καλύτερη επικοινωνία μεταξύ ιατρών και θεραπευτών ΣΕΘ
- Θετική επίδραση στην ποσότητα και ποιότητα έρευνας για τις ΣΕΘ
- Βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και παρόχων συμβατικής φροντίδας υγείας.

### 2.9.2 Νομοθετικό πλαίσιο

Έχει σημειωθεί σημαντική και σταθερή πρόοδος στην εφαρμογή, ρύθμιση και διαχείριση της παραδοσιακής/συμπληρωματικής ιατρικής (T&CM-Traditional & Complementary Medicine) στις περισσότερες περιοχές του κόσμου. Αν και τα κράτη-μέλη του WHO δρουν με δικές τους πρωτοβουλίες, τα προηγούμενα έγγραφα που είχαν θεσπιστεί για την παγκόσμια στρατηγική απέναντι στην παραδοσιακή/συμπληρωματική ιατρική, έπαιξε σημαντικό ρόλο σε αυτή την προσπάθεια. [15]

Με σκοπό την βελτίωση της ασφάλειας και των προϋποθέσεων για την χρήση των ΣΕΘ, οι χώρες-μέλη ανέπτυξαν ρυθμίσεις και νόμους για την ποιότητα, ποσότητα, διαπίστευση και εκπαίδευση των παρόχων ΣΕΘ. Για παράδειγμα, ο αριθμός των χωρών-μελών που παρέχουν υψηλού επιπέδου εκπαιδευτικά προγράμματα για τις ΣΕΘ (περιλαμβανομένων πτυχίων, μεταπτυχιακών και διδακτορικών διπλωμάτων) σε πανεπιστημιακό επίπεδο αυξήθηκε, αντιπροσωπεύοντας το 30% των χωρών στις οποίες έγινε έρευνα [15]. (Εικόνα 5)



Source: Interim data from 2nd WHO TRM global survey as of 11 June 2012.

**Εικόνα 5:** Εκπαίδευση στις ΣΕΘ/Παραδοσιακή ιατρική στα πανεπιστήμια παγκοσμίως.

T=traditional, CM=complementary medicine

Ανατύπωση από [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf)

### Αφρική

Στις περιοχές της Αφρικής, η παραδοσιακή ιατρική και οι γνώσεις πέρασαν προφορικά στους πρακτικούς για πολλές γενιές. Πρόσφατα, κάποιες χώρες έχουν εισάγει εκπαιδευτικά προγράμματα για την ανάπτυξη των γνώσεων των παραδοσιακών ιατρικών στους πρακτικούς θεραπευτές. Σε κάποιες χώρες η παραδοσιακή ιατρική περιλαμβάνεται στο πρόγραμμα σπουδών των ιατρικών σχολών. Πανεπιστήμια στη Δυτική Αφρική, Κογκό, Νότια Αφρική και Τανζανία περιλαμβάνουν τις ΣΕΘ στο πρόγραμμα σπουδών για φοιτητές ιατρικής και φαρμακευτικής. [15]

### Ασία

Στην Ινδία, και τα έξι συστήματα παραδοσιακής ιατρικής ( Αγιουβέρδα, Γιόγκα, Φυσικοπαθητική, Γιουνάνι, Σίντα και Ομοιοπαθητική) έχουν ενσωματωθεί στα εκπαιδευτικά συστήματα. Η Ινδία έχει 508 κολλέγια, τα οποία λειτουργούν υπό τον έλεγχο του κράτους, το οποίο έχει την τελική εποπτεία για το τι θα διδάσκουν και ποιο το ακριβές περιεχόμενο του κύκλου σπουδών.[15]

### Αμερική

Σε πρόσφατη μελέτη αναλύθηκαν μέσω των ιστοτόπων των πανεπιστημίων τα εκπαιδευτικά προγράμματα 125 ιατρικών σχολών και αναδείχθηκε ότι τα μισά από αυτά (50,8 %) πρόσφεραν τουλάχιστον ένα μάθημα ή εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τις ΣΕΘ. Συγκεκριμένα 127 εκπαιδευτικά προγράμματα προσφέρονταν σε 66 ιατρικές σχολές. Στο 26,9% των σχολών διδασκόταν μία ΣΕΘ, ενώ στο 10,8% τρία ή περισσότερα μαθήματα για τις ΣΕΘ. Στην πλειονότητα των σχολών (70,9%) τα μαθήματα ΣΕΘ που διδασκόταν ήταν επιλεγόμενα και μόνο σε 6 σχολές ήταν υποχρεωτική η παρακολούθησή τους. [40]



## Ευρώπη

Σε λίγες χώρες, διπλώματα για γιατρούς που έχουν λάβει πλήρη κύκλο σπουδών για κάποια ΣΕΘ, αναγνωρίζονται από τα εθνικά ιατρικά συμβούλια/ιατρικούς συλλόγους. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει αμοιβαία αναγνώριση αυτών των διπλωμάτων μεταξύ των διαφόρων χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Σπουδές εξοικείωσης για τις ΣΕΘ παρέχονται σε αρκετές χώρες σε προπτυχιακό επίπεδο των ιατρικών σχολών ως μάθημα για την Συμπληρωματική και Εναλλακτική Ιατρική. Αυτά τα μαθήματα είναι προαιρετικά σε κάποιες χώρες ή υποχρεωτικά σε άλλες. Μεταπτυχιακές σπουδές για συγκεκριμένες ΣΕΘ παρέχονται στους γιατρούς σε αρκετά πανεπιστήμια χωρών της Ευρώπης, ενώ στις υπόλοιπες χώρες παρέχονται σε ιδιωτικά εκπαιδευτικά κέντρα.

Θέσεις καθηγητών στα Πανεπιστήμια για τις ΣΕΘ/Ολιστική Ιατρική υπάρχουν στη Γαλλία, Γερμανία, Ουγγαρία, Ιταλία, Νορβηγία, Σουηδία, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία).

Στο 42% των ιατρικών παραρτημάτων των αρχικών 15 Ευρωπαϊκών χωρών της Ε.Ε και στο 20% των ιατρικών παραρτημάτων των νεοεισεχθέντων Ευρωπαϊκών χωρών, παρέχεται μόρφωση για τις ΣΕΘ. Στο 10% της Ε.Ε των 15 αρχικών χωρών και στο 7% των νέων χωρών στην Ε.Ε οι ΣΕΘ διδάσκονται σε ειδικά πανεπιστήμια. Μαθήματα εξοικείωσης για τις ΣΕΘ παρέχονται στο 42% των ιατρικών σχολών των αρχικών 15 Ευρωπαϊκών χωρών της Ε.Ε και στο 20% των ιατρικών σχολών των νεοεισεχθέντων Ευρωπαϊκών χωρών. Κύκλοι σπουδών για τις ΣΕΘ είναι υποχρεωτικά στο 13% των ιατρικών παραρτημάτων των αρχικών 15 Ευρωπαϊκών χωρών της Ε.Ε. Δεν ισχύει κάτι τέτοιο για τις νεοεισεχθείσες Ευρωπαϊκές χώρες. [41]

## Ελλάδα

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει νομοθεσία για τις ΣΕΘ. Ο βελονισμός θεωρείται ως ξεχωριστό ολοκληρωμένο θεραπευτικό σύστημα και επιτρέπεται να εξασκείται μόνο από ιατρούς, ενώ αναγνωρίζεται από τους ιατρικούς συλλόγους ως επιπρόσθετη ιατρική εκπαίδευση. Ο βελονισμός είναι μέρος προγραμμάτων της Συνεχόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης των ιατρών (Εκπαιδευτικό Ινστιτούτο Βελονισμού Ελλάδας), αλλά δεν εφαρμόζεται στα νοσοκομεία. [41]

Για την ομοιοπαθητική ο επίσημα αναγνωρισμένος επιστημονικός, εκπαιδευτικός και συνδικαλιστικός φορέας στη χώρα είναι η Ελληνική Εταιρεία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής (ΕΕΟΙ) που ιδρύθηκε το 1971. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν 400 μέλη της Εταιρείας (η οποία έχει μόνο ιατρούς) που εξασκούν την ομοιοπαθητική στα ιατρεία τους. Από τη μόνη (δυστυχώς) διαθέσιμη έρευνα που διενεργήθηκε προ δεκαετίας από το Νοσοκομείο Ερυθρός Σταυρός προέκυψε ότι ποσοστό μεγαλύτερο του 10% των κατοίκων του Λεκανοπεδίου έχει κάνει τουλάχιστον μία επίσκεψη σε ιατρό ομοιοπαθητικό. Να σημειωθεί ότι προ 10ετίας η ΕΕΟΙ είχε τα μισά μέλη από αυτά που έχει τώρα. Στο τμήμα της Φαρμακογνωσίας της Φαρμακευτικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών διδάσκεται το μάθημα της Ομοιοπαθητικής Φαρμακοτεχνίας. Κορύφωση μέχρι τώρα της

εκπαιδευτικής αναγνώρισης της Ομοιοπαθητικής αποτελεί η δημοσίευση στο ΦΕΚ 1912/τεύχος Β/29-12-2006 της έγκρισης προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών (Π.Μ.Σ) στο Πανεπιστήμιο Αιγαίου «για ιατρούς και οδοντιάτρους», διάρκειας 2 ετών, με τίτλο «Ολιστικά Εναλλακτικά Θεραπευτικά Συστήματα - Κλασική Ομοιοπαθητική». [42] Το συγκεκριμένο ΠΜΣ μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών υπήρχε μέχρι πριν από δύο χρόνια, ενώ δεν υφίσταται πλέον, διότι υπήρξε αντίρρηση για την διεξαγωγή του από τα πανεπιστήμια Ιατρικής της Ελλάδας, με το επιχείρημα ότι η ομοιοπαθητική δεν είναι μέθοδος αναγνωρισμένη από οποιαδήποτε ιατρική σχολή της χώρας, ούτε διδάσκεται σε κάποιο ΑΕΙ. Υπάρχουν όμως προγράμματα εκπαίδευσης στην κλασική ομοιοπαθητική που διοργανώνει η Ελληνική Εταιρεία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής.[43] Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επίσημες αναγνωρισμένες σχολές από την ελληνική νομοθεσία και όσοι θέλουν να λάβουν εκπαίδευση για εναλλακτικά ή και συμπληρωματικά θεραπευτικά συστήματα καταφεύγουν στις ιδιωτικές σχολές. [44-47]

Συνοψίζοντας, οι Εναλλακτικές και Συμπληρωματικές θεραπείες είναι ένας τομέας που επείγει να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με τα νομοθετικά πλαίσια και τον έλεγχό τους, καθώς η χρήση τους και η διάθεσή τους έχει εξαπλωθεί ραγδαία ανά την υφήλιο.

#### Πανεπιστήμια Ελλάδας

Στα πανεπιστήμια της Ελλάδας δεν διδάσκονται οι εναλλακτικές-συμπληρωματικές μέθοδοι θεραπείας είτε σαν υποχρεωτικό είτε ως κατ'επιλογήν υποχρεωτικό μάθημα. Αυτό που διδάσκεται στα πλαίσια των φαρμακευτικών σχολών στην Ελλάδα είναι η φαρμακευτική χρήση βοτάνων. Παρόλα αυτά στο πανεπιστήμιο Ιατρικής σχολής Αθηνών προσφέρεται ως επιλεγόμενο μάθημα «οι αρχές φυτοθεραπείας και φάρμακα φυτικής προέλευσης» [48]. Έτσι, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας αποφοιτούν από τις σχολές τους χωρίς να έχουν παρακολουθήσει κάποιο μάθημα εξοικείωσης για τις ΣΕΘ.

### **2.9.3 Γνώσεις, απόψεις και στάσεις φοιτητών**

Παγκοσμίως έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες για τις απόψεις των φοιτητών απέναντι στις ΣΕΘ και το πόσο επηρεάζονται από τη διδασκαλία των ΣΕΘ στα πανεπιστήμιά τους. Οι έρευνες έχουν γίνει τόσο σε φοιτητές φαρμακευτικής όσο και σε φοιτητές ιατρικής σε όλο τον κόσμο με σκοπό την ανάδειξη των γνώσεων, των απόψεων, την προσωπική χρήση, την ανάγκη για εκπαίδευση και τους παράγοντες που τους επηρεάζουν.

Τα κύρια αποτελέσματα των μελετών για την εκπαίδευση στις ΣΕΘ είναι τα παρακάτω: [39]

- Γενικά, οι γιατροί και οι φοιτητές ενδιαφέρονται για τις μεθόδους ΣΕΘ [49]
- Οι γιατροί ανησυχούν για την αποτελεσματικότητα και τις πιθανές επιβλαβείς επιδράσεις των ΣΕΘ
- Οι φοιτητές έχουν περιορισμένη γνώση για τις ΣΕΘ. [49]

- Η αξία και η αποτελεσματικότητα των ΣΕΘ διαφέρουν.

Στόχος της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης πρέπει να είναι η διδασκαλία των θεμελιωδών αρχών των ΣΕΘ ώστε οι φοιτητές να έχουν ένα πλαίσιο για να μάθουν για τις ΣΕΘ, επιλογή ειδικού περιεχομένου με βάση την απόδειξη (evidence-based medicine), τα δημογραφικά κάθε περιοχής και σε ποιες καταστάσεις είναι πιο κατάλληλες οι ΣΕΘ για θεραπεία και παροχή στους φοιτητές δεξιοτήτων για μελλοντική μάθηση, συμπεριλαμβανομένου και το που θα βρουν αξιόπιστη βιβλιογραφία και αξιόπιστη γνώση για τις ΣΕΘ

Το γεγονός ότι οι ΣΕΘ δεν διδάσκονται συστηματικά είναι το αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων, όπως: [39]

- Γενικός δισταγμός για τις ΣΕΘ. Επικρατεί ο φόβος ότι η διδασκαλία για τις ΣΕΘ στο πανεπιστήμιο θα ερμηνευτεί ως αποδοχή για αυτές τις μεθόδους
- Έλλειψη γνώσης και πρακτικής εμπειρίας
- Δισταγμός και απειρία αναφορικά με το περιεχόμενο των μαθημάτων
- Έλλειψη εκπαιδευτών
- Αν θα πρέπει να υπάρξει ανεξάρτητο πανεπιστημιακό ίδρυμα για τις ΣΕΘ ή αν θα πρέπει να ενσωματωθεί η διδασκαλία τους σε ποικίλους επιστημονικούς κλάδους

### **2.9.3 α) Μελέτες σε φοιτητές χωρίς να έχει γίνει παρέμβαση**

Σε μελέτες σε φοιτητές ιατρικής, νοσηλευτικής και φαρμακευτικής φάνηκε ότι οι φοιτητές έχουν θετική άποψη και επιθυμούν την εισαγωγή μαθημάτων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων στις σπουδές τους σχετικά με τις ΣΕΘ [29-34, 50-57], αν και νιώθουν ανεπαρκείς στο επίπεδο γνώσεων αυτών ώστε να συμβουλευθούν ή να συστήσουν στους ασθενείς κάποιες από τις ΣΕΘ. Μάλιστα, σε μελέτη φάνηκε ότι οι φοιτητές νοσηλευτικής επιθυμούσαν περισσότερο 61,3% την εισαγωγή μαθηματος για τις ΣΕΘ από ότι οι φοιτητές 37,9% ιατρικής [54]. Το ίδιο φάνηκε και από μελέτη 2012 όπου οι φοιτητές ιατρικής έδειξαν το μικρότερο ενδιαφέρον για τις ΣΕΘ σε σχέση με άλλους φοιτητές της φαρμακευτικής, νοσηλευτικής [58]

Οι περισσότερες έρευνες για τη διερεύνηση των στάσεων, απόψεων και χρήσης ΣΕΘ έχουν γίνει σε φοιτητές ιατρικής [29, 34, 50, 51, 57, 59-68], ενώ λιγότερες σε φοιτητές φαρμακευτικής [30-33, 35, 53, 55, 57, 66, 69-73,] και νοσηλευτικής. [54, 74]

Σε κάποιες από αυτές συγκρίθηκαν φοιτητές ιατρικής με άλλους φοιτητές παραϊατρικών επαγγελμάτων [34, 75] και γενικούς ιατρούς [76] καθώς και με άλλους φοιτητές ιατρικής τόσο στην ίδια χώρα [67, 77] όσο και σε άλλες χώρες [78].

Γενικά, θετική άποψη για τις ΣΕΘ αναδείχθηκε σε πάρα πολλές μελέτες που έχουν γίνει σε προπτυχιακούς φοιτητές τόσο φαρμακευτικής [53, 58, 70, 79] όσο και φοιτητών άλλων επαγγελμάτων υγείας [29, 34, 50, 58, 64].

Παρόλα αυτά, έρευνες δείχνουν πως όσο μεγαλύτερο έτος είναι κάποιος φοιτητής τόσο ελαττώνεται και η θετική άποψη για τις ΣΕΘ [50, 66, 67]. Το ίδιο παρατηρείται και στους πτυχιούχους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι έχουν λιγότερο θετική άποψη για τις ΣΕΘ σε σχέση με τους φοιτητές. Αυτή η μεταβολή πιθανότατα προκύπτει από την μεγαλύτερη έκθεση και επιρροή στην ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις και την προσωπική τους εμπειρία με ασθενείς.

Όμως υπάρχει και μελέτη όπου οι απόψεις των φοιτητών για τις ΣΕΘ παραμένουν θετικά σταθερές στη διάρκεια των σπουδών τους και δεν επηρεάζονται από την κλινική εκπαίδευση στην αλλοπαθητική ιατρική. Στην ίδια μελέτη το ίδιο θετική με των φοιτητών ήταν και οι απόψεις των ειδικευομένων ιατρών. [29]

Μεγάλο ποσοστό φοιτητών έχουν χρησιμοποιήσει οι ίδιοι κάποια ΣΕΘ. Σε έρευνα σε φοιτητές φαρμακευτικής στην Τσεχία το 92% χρησιμοποίησε τουλάχιστον μία ΣΕΘ ( 17% μία ΣΕΘ και 74% δύο ή περισσότερες [31]. Παρόμοιο υψηλό ποσοστό χρήσης είχαν φοιτητές φαρμακευτικής στην Αυστραλία 78% [80]. Στην Αμερική, το 74,8% των φοιτητών φαρμακευτικής έχει χρησιμοποιήσει ΣΕΘ στο παρελθόν [33] και οι φοιτητές ιατρικής 70% [81] ενώ σε μελέτη στην Ουαλία το 30% των φοιτητών είχε κάνει προσωπική χρήση ΣΕΘ [82] και στο Λονδίνο το 43% [83]. Σε άλλες περιοχές του κόσμου όπως Κουβέιτ το 55% των φοιτητών έχει κάνει χρήση ΣΕΘ [57]. Στο πανεπιστήμιο του Χιούστον έγινε έρευνα σε όλους τους φοιτητές ανεξαρτήτως τομέα και φάνηκε ότι το 35,8% ήταν χρήστες ΣΕΘ με το μεγαλύτερο ποσοστό χρήσης 42% να λαμβάνουν τα βότανα, βιταμίνες συμπληρώματα, φυτικά προϊόντα [84]. Όσοι χρησιμοποίησαν προηγουμένως οι ίδιοι κάποια ΣΕΘ φαίνεται να έχουν πιο θετική στάση απέναντι στις ΣΕΘ [31, 33] Οι βιταμίνες, τα βότανα και το μασάζ είναι από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες ΣΕΘ μεταξύ των φοιτητών. [29-32, 57, 66]

Πιο αποτελεσματικές ΣΕΘ από τους φοιτητές θεωρούνται ο βελονισμός, χειροπρακτική, βότανα, μασάζ, φυτικά συμπληρώματα [50, 51, 53, 57]. Ο βελονισμός (88,6%) και κατόπιν η βοτανοθεραπεία (67,6%) θεωρούνται πιο αποτελεσματικές στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης [63]. Ανάλογα με την κουλτούρα της χώρα όπου πραγματοποιείται η παρέμβαση παρατηρείται διαφορά στις απόψεις για κάποιες μορφές ΣΕΘ. Παράδειγμα αποτελούν οι μελέτες όπου οι φοιτητές θεωρούσαν ότι πιο αποτελεσματικές την παραδοσιακή κινεζική ιατρική και η μουσικοθεραπεία [35] ενώ στην Τουρκία θεωρούν αποτελεσματική και την ύπνωση [50]. Η οστεοπαθητική, ομοιοπαθητική, φυσικοπαθητική και αγιουβέρδα είναι ΣΕΘ για τις οποίες οι φοιτητές στη Σιγκαπούρη δεν είναι σίγουροι για την αποτελεσματικότητά τους . [51]

Η πλειοψηφία των φοιτητών πιστεύει ότι οι ΣΕΘ περιλαμβάνουν ιδέες και μεθόδους από τις οποίες η συμβατική ιατρική μπορεί να ωφεληθεί [30, 31, 33, 35, 51, 57, 63, 85] καθώς επίσης πιστεύουν ότι θα τους είναι χρήσιμες στην επαγγελματική τους σταδιοδρομία. [30, 33, 34, 50, 51, 57, 59, 69, 70, 85] Οι φοιτητές φαρμακευτικής και ιατρικής πιστεύουν ότι τα οφέλη των ΣΕΘ δεν οφείλονται σε επίδραση placebo [51], καθώς και ότι οι ΣΕΘ δεν είναι απειλητικές για τη δημόσια υγεία [31, 53, 57,

63, 69]. Σε μελέτη στη Μαλαισία το ¼ των φοιτητών δήλωσε ότι αποτελούν απειλή για τη δημόσια υγεία ενώ έχουν ουδέτερη στάση για την δράση τους ως placebo. (69)

Η χρήση των ΣΕΘ φαίνεται να επηρεάζεται από τα μέσα ενημέρωσης όπως διαδίκτυο, περιοδικά [29, 31, 32] καθώς και από την προσωπική τους εμπειρία[33, 34]. Στη Μαλαισία οι φοιτητές εκτός από το διαδίκτυο (69%) φαίνεται να επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τους φίλους και την οικογένεια(63%).[35] Ο πιο σημαντικός παράγοντας που αποτελεί εμπόδιο στην χρήση ΣΕΘ αλλά και στην εισαγωγή τους στην εκπαίδευση είναι η έλλειψη επιστημονικών αποδείξεων για την αποτελεσματικότητά τους [30, 32, 34, 35, 51, 53, 57, 86] και η έλλειψη κατάλληλα εκπαιδευμένων θεραπειών [30, 32, 57, 86].

Οι γυναίκες έχουν πιο θετική στάση απέναντι στη χρήση ΣΕΘ και στην εκπαίδευσή τους. [31-33, 50, 57, 65, 87] Στις περισσότερες μελέτες ανά τον κόσμο, το μεγαλύτερο ποσοστό φοιτητών δεν είχε προηγούμενη εκπαίδευση ούτε είχε παρακολουθήσει μαθήματα για τις ΣΕΘ [51]. Όμως στην Ελβετία το 46,2% από τους φοιτητές παρακολούθησε μάθημα για τις ΣΕΘ στο πανεπιστήμιο [63]. Η έκθεση των φοιτητών μέσω μαθημάτων για τις ΣΕΘ αύξησε την θετική στάση για αυτές [49, 63, 69, 72, 75, 77].

### **2.9.3 β) Μελέτες σε φοιτητές όπου έχει γίνει παρέμβαση**

Η ενσωμάτωση της διδασκαλίας των ΣΕΘ στα πανεπιστήμια παρέχει στους φοιτητές όχι μόνο την εξειδικευμένη γνώση, αλλά επιπλέον και την ενίσχυση της κριτικής αξιολόγησης των ενδείξεων [52], αποτελώντας τη γέφυρα μεταξύ αλλοπαθητικής ιατρικής και ΣΕΘ ενισχύοντας έτσι τον πλουραλισμό στην αντιμετώπιση των ασθενών. [88]

Μελέτες έγιναν για να αναδείξουν το αν επηρεάζεται η στάση και η γνώση των φοιτητών για τις ΣΕΘ αφού παρακολουθήσουν κάποιο μάθημα, ή εκπαίδευση σχετικά με τις ΣΕΘ τόσο σε προπτυχιακό επίπεδο (φοιτητές) [55, 60-62, 70-74, 77, 86, 88] όσο και σε ήδη επαγγελματίες [58, 61, 89, 90, 91]. Παράρτημα 2

Οι παρεμβάσεις αυξάνουν τη γνώση για τις ΣΕΘ. [55, 71, 73, 88]. Μάλιστα σε μελέτη στην Αμερική σε πανεπιστήμιο νοσηλευτικής, το 70% των φοιτητών (προπτυχιακοί, μεταπτυχιακοί, διδακτορικοί) ανέφεραν ότι οι γνώσεις τους αυξήθηκαν. [74] Μετά από παρέμβαση που έγινε σε φοιτητές φαρμακευτικής με την ενημέρωσή τους για τα διαιτητικά συμπληρώματα, αυξήθηκε σημαντικά η γνώση τους μετά την παρέμβαση [71]. Παρόμοιο αποτέλεσμα είχε και μελέτη μετά από εκπαιδευτικό πρόγραμμα 4 εβδομάδων για τα διατροφικά συμπληρώματα, στο οποίο η γνώση των φοιτητών φαρμακευτικής αυξήθηκε μετά την παρέμβαση [73].

Σε μελέτες που έγιναν, φάνηκε θετική αλλαγή στις απόψεις των φοιτητών φαρμακευτικής και ιατρικής που αφορούσαν είτε το *προσωπικό ενδιαφέρον*, είτε *επαγγελματικό ενδιαφέρον* ή *μελλοντική τους αξιοποίηση* [71, 72, 77]. Σε μία μελέτη μετρήθηκε αυτή η αλλαγή, αλλά δεν ήταν δυνατόν ο

προσδιορισμός προς ποια κατεύθυνση θετική ή αρνητική αυτές οι απόψεις άλλαξαν μετά από την παρέμβαση. [70]

Όσον αφορά τις γενικές απόψεις για τις ΣΕΘ υπήρξαν αντιφατικά αποτελέσματα στις διάφορες μελέτες. Σε κάποιες μελέτες δεν φάνηκε ιδιαίτερη διαφορά στις απόψεις των φοιτητών πριν και μετά την παρέμβαση με εξαίρεση την αρνητική αλλαγή που παρατηρήθηκε στην ερώτηση για το αν «οι ΣΕΘ περιλαμβάνουν ιδέες και μεθόδους από τις οποίες θα μπορούσε να ωφεληθεί η συμβατική ιατρική». [60] Σε μια άλλη μελέτη [88] οι γενικές απόψεις των φοιτητών αυξήθηκαν θετικά απέναντι στις ΣΕΘ, αλλά στατιστικά σημαντική διαφορά είχε η ερώτηση για την απειλή των ΣΕΘ, όπου οι φοιτητές μετά την παρέμβαση διαφωνούσαν ότι είναι απειλή. Όμως υπάρχουν μελέτες όπου οι φοιτητές μετά από την παρέμβαση έγιναν πιο σκεπτικοί και είχαν αρνητικότερη άποψη για τις ΣΕΘ. Παράδειγμα, αρνητική αλλαγή παρατηρήθηκε στην ερώτηση «τα αποτελέσματα των ΣΕΘ οφείλονται σε φαινόμενο placebo» [34, 60, 77] και στην ερώτηση για το αν «οι ΣΕΘ αποτελούν απειλή για τη δημόσια υγεία»[60] και που φαίνεται να δικαιολογείται ως αύξηση του σκεπτικισμού απέναντι στις ΣΕΘ μετά από τα μαθήματα. Η μετα-έκθεση αρνητικοποίηση κάποιων απόψεων για τις ΣΕΘ (όσον αφορά την ασφάλειά τους και την αποτελεσματικότητά τους) αντανακλάται σε μελέτες που έδειξαν ότι με την πάροδο των ετών στο πανεπιστήμιο ελαττώνεται και η θετική άποψη για τις ΣΕΘ [67]. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία που αναφέρει ότι η έκθεση στις ΣΕΘ αυξάνει την αποδοχή τους από τους φοιτητές. [49, 61, 62, 69, 75, 77, 88]

### **2.9.3 γ) Παράγοντες που ευθύνονται για τη διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων**

Δεν είναι δυνατή μια ξεκάθαρη σύγκριση μεταξύ των προγραμμάτων σπουδών στα διαφορετικά πανεπιστήμια λόγω έλλειψης αντικειμενικών μέτρων σύγκρισης της γνώσης και των ικανοτήτων που αποκτούν οι φοιτητές μετά τη διδασκαλία των ΣΕΘ.

Στις παραπάνω μελέτες, σημαντικό ρόλο για το αν υπήρξε θετική ή αρνητική αλλαγή στις απόψεις, στάσεις και επίπεδο γνώσεων των φοιτητών έναντι των ΣΕΘ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο φορέας που πραγματοποιεί την παρέμβαση, ο τρόπος διδασκαλίας (διαλέξεις μόνο, διαλέξεις και συζήτηση περιστατικών, ερωτήσεις, διαδικτυακό μάθημα, αν είναι evidence-based CAM course), ο διδάσκοντας (αν αποτελεί μέλος του Πανεπιστημίου, αν είναι πιστοποιημένος θεραπευτής, αν είναι ιατρός, ή μη-ιατρός επαγγελματίας ΣΕΘ), αν περιλαμβάνονταν στο επίσημο πρόγραμμα σπουδών της σχολής είτε ως επιλεγόμενο ή υποχρεωτικό και αν στο τέλος υπήρξαν εξετάσεις για το συγκεκριμένο μάθημα από τον ίδιο το διδάσκοντα.

Σε μελέτη του 2014, η παρέμβαση ήταν η διδασκαλία της χειροπρακτικής σε τριτοετείς φοιτητές ιατρικής. Το μάθημα χειροπρακτική ήταν στο επίσημο πρόγραμμα σπουδών και ο διδάσκοντας ήταν καθηγητής χειροπρακτικής μέλος του Πανεπιστημίου με μεταπτυχιακό. Η διδασκαλία περιλάμβανε διαλέξεις και συζήτηση μεταξύ των φοιτητών και του καθηγητή διάρκειας 1 ώρας. Τα αποτελέσματα

έδειξαν αύξηση της θετικής στάσης των φοιτητών έναντι στην χειροπρακτική [62], κάτι που συνάδει και με άλλες μελέτες που έδειξαν ότι αν οι ΣΕΘ περιλαμβάνονται στο επίσημο πρόγραμμα σπουδών τα πρώτα έτη τότε υπάρχει θετική παρέμβαση. [92]

Σε αντίθεση, μια μελέτη του 2008/2009 πραγματοποιήθηκε στους πρωτοετείς και δευτεροετείς φοιτητές ιατρικής, η παρέμβαση ήταν η διδασκαλία μαθήματος για τις ΣΕΘ ως επιλεγόμενο από τους φοιτητές, αλλά στηρίχθηκε σε διαλέξεις ΣΕΘ βασισμένη σε ενδείξεις. Ποικιλία εκπαιδευτών (τόσο γιατροί όσο και μη ιατροί) κλήθηκαν να εκθέσουν τις εμπειρίες τους με έμφαση στις βασικές γνώσεις για τις πιο συνηθισμένες ΣΕΘ (CAM-based course). Τα μαθήματα ήταν 10 διάρκειας 50λεπτά το καθένα. Σε αυτή την μελέτη, αν ο διδάσκοντας ήταν ένας μη-ιατρός εκπαιδευτής ΣΕΘ, τότε οι απόψεις των φοιτητών μειωνόταν μετά τη διδασκαλία, δηλαδή είχε αρνητική επίδραση στις απόψεις των φοιτητών. [60]

Παρέμβαση στους πρωτοετείς φοιτητές παραϊατρικής σχολής περιλάμβανε 8 ωρών διαλέξεις για τις ΣΕΘ και ο τρόπος διδασκαλίας έδινε έμφαση στη διαδραστικότητα μεταξύ των εκπαιδευτών και των φοιτητών (συμμετείχαν σε ύπωση και βελονισμό). Οι διδάσκοντες ήταν συμβατικοί ιατροί ή επαγγελματίες ΣΕΘ χωρίς ιατρική εκπαίδευση ή συνδυασμός και των δύο. Στο τέλος υπήρχαν εξετάσεις για το μάθημα το οποίο περιλαμβανόταν στο πρόγραμμα σπουδών. Τελικά, δεν αποδείχθηκε αλλαγή στις απόψεις των φοιτητών για τις ΣΕΘ [91]. Το γεγονός ότι η προσωπική ή κλινική έκθεση (διαδραστική διδασκαλία) στις ΣΕΘ είναι πιο αποτελεσματικό στην αποδοχή των ΣΕΘ συγκριτικά με τις απλές διδακτικές παρεμβάσεις (διαλέξεις) δεν αποτρέπει την ανάγκη των φοιτητών για ΣΕΘ βασισμένη σε ενδείξεις. Ομοίως, και σε μελέτη στην οποία οι φοιτητές παρακολούθησαν μάθημα διάρκειας 24 ωρών και βασιζόταν σε ΣΕΘ βασισμένη σε ενδείξεις. Παρατηρήθηκε θετική αλλαγή στις απόψεις των φοιτητών και στην ασθενοκεντρική προσέγγιση [72]. Φαίνεται ότι οι φοιτητές πείθονται από τις επιστημονικές αποδείξεις (evidence-based CAM) [91].

Από τις παραπάνω μελέτες αλλά και από μια συστηματική ανασκόπηση που έγινε το 2012 και αφορούσε γιατρούς και φοιτητές ιατρικής, εξάγεται το συμπέρασμα ότι τα προγράμματα επιμόρφωσης και εξοικείωσης ΣΕΘ ήταν ετερογενή ως προς το περιεχόμενο, τη διάρκεια και η παιδαγωγική προσέγγιση. Όταν ο διδάσκοντας ήταν παραδοσιακός θεραπευτής και όχι πιστοποιημένος κλινικός ιατρός, τότε παρατηρούνταν αρνητικά αποτελέσματα μετά την παρέμβαση. [93]

## **2.10 Στάσεις Επαγγελματιών Υγείας έναντι των Συμπληρωματικών και Εναλλακτικών Θεραπειών**

Η χρήση εναλλακτικών θεραπειών από τους επαγγελματίες υγείας αλλά και από τους ίδιους τους ασθενείς γίνεται όλο και πιο συχνή, καθώς και η ανάγκη για πληροφόρηση [94]. Χαρακτηριστικά, φαίνεται τα 2/3 των Αμερικανών πολιτών να έχουν κάνει χρήση εναλλακτικών θεραπειών.[95]

Τα τελευταία χρόνια φαίνεται να υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για τις συμπληρωματικές θεραπείες, με αποτέλεσμα να παρατηρείται αξιοσημείωτη αύξηση της χρήσης των μη συμβατικών θεραπειών.

Οι επαγγελματίες υγείας, λόγω του αντικειμένου εργασίας τους, έρχονται σε συχνή επαφή με τον ασθενή και μέσα από αυτή την επαφή καλούνται να ανακαλύψουν, να εκπαιδευτούν και να εφαρμόσουν επιστημονικά αποδεκτά μεθόδους, συνεργατικά με την εξατομικευμένη συμβατική φροντίδα που παρέχουν. Στις περισσότερες μελέτες οι επαγγελματίες υγείας ζητούν περισσότερη εκπαίδευση [34, 79, 96-98]. Σε πολλές χώρες, η εφαρμογή τέτοιων θεραπειών είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη και ενταγμένη ουσιαστικά στην κουλτούρα των λαών αυτών. [18, 95, 99]

Σε μελέτες όμως παρόλη την εκπαίδευση δεν αισθάνονται άνετα να συζητήσουν ή να τις συστήσουν στους ασθενείς [97, 100, 101], ενώ άλλοι πιστεύουν ότι δεν έχουν τις κατάλληλες γνώσεις και δεν έχουν εκπαιδευτεί αρκετά [101-103]. Οι νοσηλεύτριες έχουν θετική άποψη για την ολιστική ιατρική/ΣΕΘ [100, 104, 105]. Χρήση ΣΕΘ. Σε μεγάλο ποσοστό οι νοσηλευτές στη Σουηδία κάνουν οι ίδιοι χρήση ΣΕΘ [106]. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες ΣΕΘ από νοσηλευτές Σουηδία είναι το μασάζ (59,7%), διαιτητικά συμπληρώματα (51,3%) θεραπείες σώματος μυαλού [106]. Στην Αμερική οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν για ίδια χρήση τις βιταμίνες (84%) [97] και συστήνουν κυρίως το μασάζ στους ασθενείς [97]. Οι γενικοί γιατροί, οι νοσοκομειακοί ιατροί, οι νοσηλευτές έχουν θετική άποψη για τις ΣΕΘ [58, 100, 103, 106, 107].

Σε διεθνείς μελέτες [28, 75, 79, 101, 108] οι φοιτητές σχολών επαγγελματίων υγείας και οι επαγγελματίες υγείας αντίστοιχα, ανέφεραν ότι, η εναλλακτική ιατρική πρέπει να διδάσκεται ως ξεχωριστό μάθημα στο πρόγραμμα σπουδών και πως θα επιθυμούσαν να διαθέτουν γνώσεις για τουλάχιστον μια μορφή εναλλακτικής θεραπείας, μόνο με στόχο την επιστημονική τεκμηρίωση και την υιοθέτηση ασφαλών τεχνικών από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας.

### **2.10.1 Μελέτες σε επαγγελματίες υγείας όπου έχει γίνει παρέμβαση**

Μελέτες έγιναν για να αναδείξουν αν επηρεάζεται η στάση και η γνώση για τις ΣΕΘ αφού παρακολουθήσουν κάποιο μάθημα, ή εκπαίδευση σχετικά με τις ΣΕΘ σε επαγγελματίες [89-91,].

#### **Παράρτημα 1**

Σε μελέτη που έγινε σε επαγγελματίες ιατρούς (καρδιολόγους) αποδείχτηκε ότι πριν την παρέμβαση (8-ωρο μάθημα για τις ΣΕΘ) είχαν ελάχιστη γνώση και αρνητική άποψη για τις ΣΕΘ, αλλά οι απόψεις αυτές είχαν θετική αλλαγή μετά την παρέμβαση σε σύγκριση και με την ομάδα ελέγχου [89] Στη συγκεκριμένη μελέτη οι επαγγελματίες ιατροί (καρδιολόγοι) μεγάλου ακαδημαϊκού ιατρικού κέντρου δέχθηκαν την 8ωρών παρέμβαση η οποία αποτελούνταν από διαδραστικά σεμινάρια στα οποία συμμετείχαν ενεργά και περιλαμβάνουν γιόγκα, μασάζ, ρέϊκι και άλλες ΣΕΘ, διαλέξεις οι



οποίες παρουσιάζουν επιστημονικά δεδομένα για τις ΣΕΘ και το πώς συνεργούν με την αλλοπαθητική ιατρική. Οι διδάσκοντες ήταν τα δύο μέλη του ιατρικού κέντρου που κάνουν και την μελέτη, 2 ιατροί ειδικοί για την ολιστική ιατρική και 4 τοπικοί θεραπευτές. Τα αποτελέσματα έδειξαν σαφή και στατιστικά σημαντική θετική επίδραση στις απόψεις τους για τις ΣΕΘ, γεγονός που υποστηρίζει ότι οι απόψεις αλλάζουν όταν βασίζονται σε επιστημονικά δεδομένα. [89]

## **2.11 Έρευνες στην Ελλάδα για τη στάση των επαγγελματιών υγείας έναντι των Συμπληρωματικών και Εναλλακτικών Θεραπειών**

Οι σχετικές έρευνες στην Ελλάδα είναι λιγότερες και προκύπτει μια μάλλον θετική άποψη για τις ΣΕΘ. Θα σημειωθεί μια σχετικά πρόσφατη έρευνα [109] που αφορά τη στάση ιατρών στη χώρα μας σχετικά με τη ΣΕΘ, αλλά και αυτή η έρευνα αφορά θεραπείες για τον καρκίνο. Τα κυριότερα συμπεράσματα που προέκυψαν είναι ότι οι Έλληνες ιατροί είναι περισσότερο εξοικειωμένοι με την ομοιοπαθητική (58,5%), δίαιτες (58,1%), αντιοξειδωτικά- βιταμίνη C (55,9%) και το βελονισμό (47,9%) και οι περισσότεροι από αυτές θεωρούν τις συγκεκριμένες θεραπείες ότι βοηθούν αρκετά. Ωστόσο, θεωρούν ότι το ποσοστό των πελατών που χρησιμοποιούν ΣΕΘ είναι χαμηλό (11% το μεγαλύτερο) από τη δική τους άποψη. Επίσης, η γνώση τους σχετικά με την εναλλακτική ιατρική αυξάνεται με την ηλικία και την εμπειρία. Παρόλα αυτά, βασίζονται κατά πολύ σε συμβατικές μεθόδους θεραπείας και δείχνουν σκεπτικισμό απέναντι στην εναλλακτική ιατρική. Επομένως, συμπεραίνουν οι Theodoropoulos και συνεργάτες, η ΣΕΘ δεν παίζει σημαντικό ρόλο για τους ογκολόγους ιατρούς στη χώρα μας και ένας λόγος για αυτό είναι το χαμηλό ποσοστό των ασθενών που θεωρούν ότι χρησιμοποιούν εναλλακτική ιατρική. Στις άλλες χώρες, όπως στη Γερμανία και στις Η.Π.Α., οι ιατροί έχουν ήδη ενεργό ρόλο στον τομέα της ΣΕΘ. Η Ελλάδα δεν φαίνεται να ακολουθεί αυτή τη τάση και χαρακτηριστικό αυτού είναι και το γεγονός ότι οι εναλλακτικές θεραπείες δεν συμπεριλαμβάνονται στο πρόγραμμα μαθημάτων των ιατρικών σχολών, ενώ η ομοιοπαθητική και ο βελονισμός δεν είναι ειδικότητες αναγνωρισμένες από το κράτος. Επισημαίνουν όμως ότι ο ολοένα αυξανόμενος καταγισμός πληροφοριών από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και το διαδίκτυο, μπορεί να προκαλέσει αυξανόμενη ζήτηση για τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας στο μέλλον και οι ιατροί θα χρειάζεται να είναι περισσότερο ενημερωμένοι.

Σε μελέτη για τη διερεύνηση των στάσεων και απόψεων των επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομείο στην Ελλάδα οι (33,8%) δήλωσαν ότι είχαν καταφύγει σε κάποια μορφή εναλλακτικής θεραπείας, προκειμένου να αντιμετωπίσουν κάποιο προσωπικό τους πρόβλημα υγείας. Σχετικά με την άποψη των επαγγελματιών υγείας για το αν η βοήθεια που προσφέρουν οι εναλλακτικές θεραπείες θα μπορούσε να αποδοθούν σε φαινόμενο placebo, το 69,6% του δείγματος απάντησε αρνητικά. Πολύ

υψηλό ποσοστό σε αυτή την μελέτη (77,9%), θεωρούσε ότι, εναλλακτικές θεραπείες δεν μπορεί να έχουν βλαπτική επίδραση, ενώ ικανό ποσοστό (20,8%) πιστεύει το αντίθετο, γεγονός που ίσως να οφείλεται σε διαφορές εκπαίδευσης και προσωπικών πεποιθήσεων [36].

Σε μελέτη που έγινε σε νοσηλευτές στην Κύπρο, το 1/3 είχε κάνει ίδια χρήση κάποιας ΣΕΘ στο παρελθόν, και πολύ μεγάλο ποσοστό αυτών 74% δεν θεωρεί ότι τα αποτελέσματα της χρήσης ΣΕΘ αποδίδονται σε φαινόμενο placebo. Οι μισοί όμως θεωρούν ότι μπορούν να βλάψουν την υγεία. [37]

## **2.12 Εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των φοιτητών**

Μελέτες έχουν καταγράψει τις γενικές απόψεις των φοιτητών ιατρικής [49, 60, 88, 91] και των φοιτητών νοσηλευτικής, φαρμακευτικής [34, 53, 70], αλλά οι μελέτες αυτές χρησιμοποίησαν εργαλεία χωρίς να είναι σταθμισμένα, ή εργαλεία που συνδύαζαν ερωτήσεις από άλλα ερωτηματολόγια. Έτσι τα εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί δεν είναι ίδια σε όλες τις μελέτες για τη διερεύνηση στάσεων και απόψεων.

Το ερωτηματολόγιο των Lie Boker 2004 [81], έχει εγκυρότητα και υψηλή αξιοπιστία με Cronbach  $\alpha=0,75$ , και ονομάζεται CHBQ (CAM Health Belief Questionnaire) και αποτελούνταν από 10 ερωτήσεις για τις γενικές απόψεις και στάσεις των φοιτητών ιατρικής απέναντι στην συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική. (Παράρτημα 2). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι έγκυρο και αξιόπιστο για την μέτρηση των απόψεων/στάσεων των φοιτητών ιατρικής και έχει βασική χρήση την μέτρηση της επίδρασης διδασκαλίας ΣΕΘ.

Το IMAQ (Integrative Medicine Attitude Questionnaire)- ερωτηματολόγιο απόψεων Ολιστικής Ιατρικής, σταθμίστηκε από τους Schneider, Meek, Bell 2003, και είναι αξιόπιστο και έγκυρο για τη μέτρηση απόψεων για τις ΣΕΘ/ολιστική ιατρική και της αξίας ολιστικής προσέγγισης του ασθενούς [110]. (Παράρτημα 3)

Ένα άλλο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε από το Kreitzer 2002 [34], για τη διερεύνηση απόψεων έναντι ΣΕΘ σε φοιτητές αλλά και επαγγελματίες ιατρούς, νοσηλευτές και φαρμακοποιούς (Παράρτημα 4), και τροποποιήθηκε από άλλους ερευνητές [60] για να μελετήσουν γενικές απόψεις, εμπόδια στη χρήση των ΣΕΘ, πηγές, προσωπική χρήση. (Παράρτημα 5 )

Από τα παραπάνω συνάγουμε το συμπέρασμα ότι τα ερωτηματολόγια διαφέρουν και αυτός είναι ένας από τους λόγους που δεν μπορεί να γίνει σύγκριση απόλυτη των στάσεων και των πεποιθήσεων για τις ΣΕΘ. Προκύπτει η ανάγκη για τη δημιουργία ενιαίου ερωτηματολογίου που να είναι έγκυρο αξιόπιστο και σταθμισμένο για την μέτρηση της συμπεριφοράς έναντι των ΣΕΘ.

### 3. Ειδικό μέρος

#### 3.1 Σκοπός

Η διαδικασία του προσδιορισμού των στάσεων και των απόψεων είναι καίριας σημασίας, καθώς μέσα από την έρευνα, θα διαφανεί το κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας είναι πραγματικά έτοιμοι να εκπαιδευτούν και να καταστούν είτε η ίδιοι θεραπευτές, είτε να αποκτήσουν το ρόλο του ατόμου μέσα στην ομάδα υγείας που θα πληροφορήσει τόσο τον ασθενή όσο και την υπόλοιπη ομάδα για τις εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες.

Στην Ελλάδα δεν έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι στιγμής μελέτες που να καταδεικνύουν την επίδραση που έχει η διδασκαλία μαθημάτων για τις ΣΕΘ τόσο σε προπτυχιακό αλλά και σε μεταπτυχιακό επίπεδο.

Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε για να εκτιμήσει την χρήση συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών από τους μεταπτυχιακούς φοιτητές. Επίσης, αξιολογήθηκαν οι προσωπικές απόψεις και στάσεις για τις συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες, η αποτελεσματικότητα των πιο συχνών εναλλακτικών θεραπειών, τα πιθανά εμπόδια στη χρήση των θεραπειών αυτών και οι παράγοντες που επηρεάζουν την γνώμη και τη χρήση εναλλακτικών θεραπειών (πηγές πληροφόρησης). Μετρήθηκε επίσης αν υπάρχει αλλαγή σε αυτούς τους παράγοντες μετά την παρέμβαση για να εξάγουμε συμπεράσματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της διδασκαλίας μαθήματος εξοικείωσης για τις ΣΕΘ στα πανεπιστήμια.

Σκοπός της διπλωματικής εργασίας ήταν να μελετήσει την επίδραση της διδασκαλίας μαθήματος για τις ΣΕΘ στις απόψεις, στάσεις και αντιλήψεις των μεταπτυχιακών φοιτητών για τις ΣΕΘ. Πιο συγκεκριμένα τα βασικά ερωτήματα που έχει σκοπό να απαντήσει η έρευνα είναι:

1. Ποσοστό των μεταπτυχιακών φοιτητών που έχει κάνει ίδια χρήση των ΣΕΘ, ποιες είναι οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες ΣΕΘ από τους συμμετέχοντες και αν αυτοί που έχουν δοκιμάσει κάποια ΣΕΘ έχουν καλύτερη άποψη για τις ΣΕΘ
2. Συσχέτιση δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη συχνότητα χρήσης της εναλλακτικής ιατρικής;
3. Ποσοστό συμμετεχόντων που θεωρεί ότι έχει λάβει κάποιου είδους προηγούμενη εκπαίδευση για τις ΣΕΘ και αν αυτό επηρεάζει τα αποτελέσματα για τις απόψεις και την αποτελεσματικότητα των ΣΕΘ
4. Διαφορά στις απόψεις/στάσεις/αποτελεσματικότητα σε σχέση με τα δημογραφικά (ποιοι έχουν πιο θετική άποψη)
5. Αλλαγή απόψεων για τις ΣΕΘ (προσωπικό ενδιαφέρον, συνέργεια με την συμβατική ιατρική, απειλή για τη δημόσια υγεία) μετά την παρέμβαση

6. Σύγκριση των αποτελεσμάτων για τις γενικές απόψεις στις ΣΕΘ μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ελέγχου
7. Ποιες εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες θεωρούνται τις πιο αποτελεσματικές πριν την παρέμβαση
8. Αλλαγή άποψης για την αποτελεσματικότητα των διδαχθέντων ΣΕΘ μετά την παρέμβαση με σκοπό να διαπιστωθεί ότι η παρέμβαση ήταν αποτελεσματική. Αν δεν είναι αποτελεσματική για ποιους λόγους και σε ποιες ΣΕΘ.
9. Σταθερότητα απόψεων μετά την παρέλευση του τριμήνου. Αν υπάρχει μεταβολή για ποιούς λόγους.
10. Ποιοι είναι οι λόγοι που αποθαρρύνουν τους συμμετέχοντες να χρησιμοποιήσουν εναλλακτική ιατρική (εμπόδια στη χρήση ΣΕΘ)
11. Ποιες είναι οι βασικές πηγές ενημέρωσης για τις ΣΕΘ.

## 3.2 Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδος

### 3.2.1 Διαδικασία και ερωτηματολόγιο της έρευνας

Η αξιολόγηση της επίδρασης της διδακτέας ύλης για τις συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες είναι περίπλοκη εξαιτίας της ετερογένειας των απόψεων των εκπαιδευόμενων για τις διάφορες ΣΕΘ, αλλά και στην εφαρμογή των ΣΕΘ στην ιατρική πράξη. Μία επιπλέον δυσκολία είναι η απουσία αξιόπιστων πρακτικών και έγκυρων μετρήσεων των αποτελεσμάτων που έχει η διδασκαλία των ΣΕΘ.

Το εργαλείο για την συλλογή των αποτελεσμάτων ήταν ερωτηματολόγιο ανώνυμο και αυτοαναφοράς. Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας στηρίχθηκε σε παρόμοια ερωτηματολόγια [29, 33, 34, 61, 70] μετά από αναζήτηση της διεθνούς βιβλιογραφίας. Η αναζήτηση στο Medline αφορούσε άρθρα γραμμένα στην αγγλική γλώσσα και το χρονικό διάστημα προσδιορίστηκε στην 20ετία. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν *complementary and alternative medicine, students' attitudes, health care professionals' attitudes, course*. Επιπλέον, έγινε αναζήτηση σε ιστοσελίδες του Εθνικού Κέντρου για Συμπληρωματική και Ολιστική Ιατρική NCCIH –National Center for Complementary and Integrative Health (<https://nccih.nih.gov/>) καθώς και στον φορέα CDC-Center for Disease Control and Prevention και στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO). Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε σε προηγούμενη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές φαρμακευτικής [33] στην οποία χρησιμοποιήθηκε 15 προτάσεων ερωτηματολόγιο. Έγινε μετάφραση και προσαρμογή στα ελληνικά. Η μετάφραση, προσαρμογή και η τροποποίηση υλοποιήθηκε από τον Ερευνητή και την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 5 μέρη.

Το *πρώτο μέρος* αποτελείται από 14 προτάσεις και αναφέρεται σε δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων αλλά και σε προσωπικές ερωτήσεις για την χρήση ΣΕΘ και για το αν έχουν λάβει προηγούμενη εκπαίδευση στις ΣΕΘ.

Το *δεύτερο μέρος* του ερωτηματολογίου (ΠΕΔΙΟ/ ΕΝΟΤΗΤΑ 1) αποτελείται από 14 ερωτήσεις που αφορούν τις απόψεις και στάσεις των φοιτητών απέναντι στις ΣΕΘ. Από τις 14 ερωτήσεις, οι 9 ερωτήσεις πάρθηκαν από το ερωτηματολόγιο του CHBQ το οποίο χρησιμοποιήθηκε σε πολλές μελέτες για την μέτρηση των απόψεων και των στάσεων σε φοιτητές ιατρικής και φαρμακευτικής [ 34, 53, 65, 75]. Συγκεκριμένα οι ερωτήσεις που πάρθηκαν από το CHBQ ήταν οι ερωτήσεις με το νούμερο 1-8 και η 14. Οι εναπομείναντες 5 ερωτήσεις (προτάσεις 9-13) στηρίχθηκαν σε προηγούμενες μελέτες υπολογισμού των απόψεων για τις ΣΕΘ [34, 61, 70]. Οι ερωτήσεις 6,7,8,9 αντιστράφηκαν στην βαθμολογία στην κλίμακα Λίκερτ κατά την στατιστική ανάλυση.

Το *τρίτο μέρος* του ερωτηματολογίου ( ΠΕΔΙΟ/ ΕΝΟΤΗΤΑ 2) αποτελείται από 12 προτάσεις που αφορούν τις 12 πιο συνηθισμένες εναλλακτικές μορφές θεραπείας στην Ελλάδα και κατά πόσο οι φοιτητές τις θεωρούν αποτελεσματικές. Βασίστηκε σε ερωτηματολόγιο των Harris, Richard, Kingston, Rodriguez, Choudary (2006) και χρησιμοποιήθηκε σε μελέτες [30, 53].

Στο *τέταρτο μέρος* του ερωτηματολογίου ( ΠΕΔΙΟ/ ΕΝΟΤΗΤΑ 3) οι 5 ερωτήσεις αφορούν τα εμπόδια στη χρήση των ΣΕΘ [30, 32, 53], ενώ στο *πέμπτο μέρος* του ερωτηματολογίου ( ΠΕΔΙΟ/ ΕΝΟΤΗΤΑ 4) οι 6 προτάσεις αφορούν τις πηγές ενημέρωσής τους για τις ΣΕΘ [29, 30, 32, 33].

Έτσι, προέκυψε το τελικό ερωτηματολόγιο της μελέτης συνολικής έκτασης 51 ερωτήσεων, από τις οποίες οι 14 ερωτήσεις για δημογραφικά και ανίχνευση προσωπικής χρήσης ΣΕΘ από τους φοιτητές, και 37 ερωτήσεων κλειστού τύπου αναφερόμενων στις εξής **ενότητες /πεδία**: Βλέπε και Πίνακα 5

1. Γενικές απόψεις και στάσεις σχετικά με τις συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες
2. Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας για τις κάποιες εναλλακτικές θεραπείες
3. Εμπόδια στη χρήση των συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών από τους επαγγελματίες υγείας
4. Παράγοντες που επηρεάζουν την γνώμη αλλά και την ίδια χρήση των συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών

Όλοι αυτοί συγκρίθηκαν στην ομάδα παρέμβασης πριν και μετά την παρέμβαση, αλλά και σε διάστημα 3 μηνών μετά την παρέμβαση.

Επίσης συγκρίθηκε η ομάδα παρέμβασης με την ομάδα ελέγχου για αυτές τις ενότητες/πεδία

Το τελικό ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα 6.

Οι ερωτήσεις μετρήθηκαν και αξιολογήθηκαν με την 5 βάθμια κλίμακα Λίκερτ (5-point Likert Scale) για τα πεδία/ενότητες 1, 2, 3, κυμαινόμενων από την μονάδα (1) προσδιορίζοντας ανάλογα με το περιεχόμενο της εκάστοτε ερώτησης, την πρόταση «Διαφωνώ Πολύ» ή «Επιβλαβής», μέχρι το νούμερο (5) για τις προτάσεις «Συμφωνώ Πολύ» ή «Πολύ Αποτελεσματικές».

Για τον παράγοντα 4 μετρήθηκαν με την 4 βάθμια κλίμακα Λίκερτ (4-point Likert Scale) κυμαινόμενων από την μονάδα (1) για την πρόταση «Δεν με επηρεάζει Καθόλου», μέχρι το νούμερο (4) για την πρόταση «Με επηρεάζει Πάρα Πολύ».

Στην ουσία δηλαδή ο κάθε ερωτώμενος κλήθηκε να αποτυπώσει το βαθμό συμφωνίας/διαφωνίας, αποτελεσματικότητας/επιβλάβειας με το περιεχόμενο της κάθε ερώτησης.

### 3.2.2 Το υλικό της έρευνας

Το υλικό αποτέλεσαν η ομάδα παρέμβασης που αποτελείται από 48 εγγεγραμμένους πρωτοετείς μεταπτυχιακούς φοιτητές του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας Τμήμα Ιατρικής για το έτος 2013-2014 και η ομάδα ελέγχου (control group) που αποτελείται από 35 μεταπτυχιακούς φοιτητές του μεταπτυχιακού προγράμματος «Ψυχική Υγεία» που διενεργεί το ΤΕΙ Λάρισας. Κοινός παρανομαστής για όλους τους συμμετέχοντες, ανεξαρτήτως βασικού πτυχίου, ήταν η συμμετοχή σε πρόγραμμα Μεταπτυχιακών σπουδών Επιστημών Υγείας με έμφαση στις υπηρεσίες υγείας στην κοινότητα.

Το εργαλείο για την συλλογή των αποτελεσμάτων ήταν ερωτηματολόγιο ανώνυμο και αυτοαναφοράς. Το ίδιο ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στους φοιτητές που ανήκαν στην ομάδα παρέμβασης 3 φορές. Η πρώτη φορά ήταν προτού παρακολουθήσουν το συγκεκριμένο μάθημα που αφορούσε τις ΣΕΘ ώστε να ανιχνευθούν οι απόψεις των μεταπτυχιακών φοιτητών. Συγκεκριμένα, στις 6/3/2014 προτού ξεκινήσει το μάθημα «Συμπληρωματικές-Εναλλακτικές Θεραπείες» μοιράστηκε το ερωτηματολόγιο και δόθηκε χρόνος περίπου 10 λεπτών για την συμπλήρωσή του από τους φοιτητές. Η δεύτερη φορά ήταν αμέσως μετά την ολοκλήρωση του μαθήματος-σεμιναριακών διαλέξεων στις 8/3/2014, ενώ η τρίτη φορά ήταν μετά από διάστημα 3 μηνών ακριβώς λίγο πριν εισέλθουν στο χώρο διεξαγωγής των τελικών γραπτών εξετάσεων της εξεταστικής Ιουνίου, με στόχο να διαπιστωθεί αν η τυχόν αλλαγή που είχε επιφέρει η παρακολούθηση του μαθήματος-σεμιναριακών διαλέξεων για τις ΣΕΘ στις απόψεις τους παρέμεινε στο ίδιο επίπεδο ή είχε αλλαγή.

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στην ομάδα ελέγχου μία φορά στις 29/3/2014.

### 3.2.3 Παρέμβαση

Στο συγκεκριμένο ΠΜΣ «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» γίνεται προσπάθεια εξοικείωσης των μεταπτυχιακών φοιτητών με τις ΣΕΘ. Σύμφωνα με το αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών σκοπός του μαθήματος «Συμπληρωματικές-Εναλλακτικές Θεραπείες» είναι η απόκτηση βασικών γνώσεων για τις εναλλακτικές – συμπληρωματικές μεθόδους θεραπείας, αλλά και η γνωριμία του μεταπτυχιακού φοιτητή με τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα εναλλακτικά θεραπευτικά σχήματα και τα θεραπευτικά όρια αυτών. Η διάρκεια όλων των ενότητων του μαθήματος είναι 24 ώρες. Οι θεματικές ενότητες περιλαμβάνουν την αναγκαιότητα για μια ολιστική προσέγγιση του ασθενούς, την Ομοιοπαθητική, Βελονισμό, Φυτοθεραπεία, Μουσικοθεραπεία, και άλλα εναλλακτικά/συμπληρωματικά θεραπευτικά σχήματα όπως Κινεζική Ιατρική, Σιάτσου, Αγιουβέρδα, Γιουνάνι, Χειροπρακτική, Οστεοπαθητική,

Πεφλεξολογία, Φυσικοπαθητική. Οι διδάσκοντες του μαθήματος ήταν 2 γιατροί και μία μουσικοθεραπεύτρια. Το αναλυτικό πρόγραμμα και οι διδάσκοντες του μαθήματος αναφέρονται στο Παράρτημα 7

#### 3.2.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Τα δεδομένα της μελέτης συλλέχθηκαν με τη διαδικασία των ανώνυμων ερωτηματολογίων (μέθοδος αυτοαναφοράς) με ερωτήσεις κλειστού τύπου, κατάλληλη διαδικασία για τη συλλογή δεδομένων που αναφέρονται σε απόψεις, στάσεις, πεποιθήσεις και αξίες. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε ατομικά στον κάθε συμμετέχοντα, κατόπιν σχετικής ενημέρωσής του και ο χρόνος συμπλήρωσής του ήταν διάρκειας περίπου δέκα λεπτών.

Στην ομάδα παρέμβασης την πρώτη φορά που μοιράστηκε το ερωτηματολόγιο, συμπληρώθηκαν 44 ερωτηματολόγια (44/48). Την δεύτερη φορά μετά την ολοκλήρωση του μαθήματος συμπληρώθηκαν από τους φοιτητές 44 ερωτηματολόγια (44/48), ενώ την τρίτη φορά που μοιράστηκε το ερωτηματολόγιο μετά το πέρας των εξετάσεων του Ιουνίου, διάστημα 3 μηνών, επεστράφησαν 40 ερωτηματολόγια συμπληρωμένα (40/48)

Οι λόγοι για τη μη συμπλήρωση όλων των ερωτηματολογίων από τους φοιτητές είναι οι εξής:

- ποσοστό φοιτητών δεν προσήλθαν στις τελικές εξετάσεις (1/48)
- κάποιιοι φοιτητές δεν ολοκλήρωσαν την παρακολούθηση του μαθήματος και αποχώρησαν κατά τη διάρκεια του (1/48)
- απροθυμία συμπλήρωσης (5/48)
- μη έγκαιρη προσέλευση στο μάθημα την πρώτη φορά που το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε 10 λεπτά προτού ξεκινήσει το μάθημα (1/48)

Το ερευνητικό πρωτόκολλο για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας κατατέθηκε προς έγκριση στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Κατόπιν της λήψης έγκρισης από το Επιστημονικό Συμβούλιο, η ερευνητική ομάδα πραγματοποίησε επισκέψεις στο αμφιθέατρο της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας όπου και θα διδασκόταν το μάθημα για τις Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές μορφές Θεραπείας για να μοιραστεί στους μεταπτυχιακούς φοιτητές όπου και αποτελούν την ομάδα παρέμβασης.

#### 3.2.5 Ηθική και δεοντολογία

Η ταυτότητα των συμμετεχόντων παρέμεινε ανώνυμη καθ' όλη τη διάρκεια της συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων και θα παραμείνει μυστική και μετά τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων. Οι επαγγελματίες υγείας/φοιτητές του ΠΜΣ συμμετείχαν εθελοντικά χωρίς να δημιουργηθεί κώλυμα στον χώρο και τις ώρες διδασκαλίας του μαθήματος. Δεν υπήρξε καμία οικονομική επιβάρυνση για το Πανεπιστήμιο ή τους συμμετέχοντες. Τα συμπεράσματα της μελέτης θα χρησιμοποιηθούν στην ακαδημαϊκή κοινότητα, αποκλειστικά για επιστημονικούς λόγους.

### 3.2.6 Στατιστική ανάλυση

Κατά την εισαγωγή των απαντήσεων του ερωτηματολογίου όσες ερωτήσεις συμπεριελάμβαναν στο περιεχόμενό τους το στοιχείο της άρνησης, μετατράπηκαν σε θετικές, τόσο στη διατύπωσή τους όσο και στα αποτελέσματά τους με την σχετική αναστροφή στην κλίμακα των απαντήσεων, προκειμένου η κατανόηση και η ανάλυση των αποτελεσμάτων να είναι πιο εύκολη.

Αξιολογήθηκαν η εσωτερική αξιοπιστία και η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου.

Οι όψεις της εγκυρότητας ενός ερωτηματολογίου που εξετάστηκαν είναι :

- Εγκυρότητα προσώπου : Στην αξιολόγηση εγκυρότητας προσώπου ζητείται από έμπειρους ερευνητές να αξιολογήσουν την ευκολία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και τη δυνατότητα κατανόησης των ερωτήσεων από τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνεται [111]. Για το παρόν ερωτηματολόγιο αυτό πραγματοποιήθηκε από την ερευνήτρια και την επιβλέπουσα.
- Εγκυρότητα περιεχομένου (content validity): Η εγκυρότητα περιεχομένου αναφέρεται στην επάρκεια των στοιχείων του ερωτηματολογίου, έτσι ώστε να υποστηρίζεται εννοιολογικά. Η εξασφάλιση της εγκυρότητας αυτής στην παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε με τον πιλοτικό έλεγχο (μετά τη μετάφραση του ερωτηματολογίου) σε πληθυσμό 10 φοιτητών. Οι συμμετέχοντες σε πιλοτικό έλεγχο έγραψαν σχόλια για κάθε ερώτηση σχετικά με τη σαφήνεια της έννοιας που εμπεριεχόταν στην κάθε πρόταση και την απόδοση των ερωτήσεων στα ελληνικά. Έγιναν μικρές προσαρμογές σύμφωνα με τα σχόλια τους.
- Δομική εγκυρότητα (construct validity). Η αξιολόγηση της εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής (δομικής εγκυρότητας) είναι μια διαδικασία που εφαρμόζεται κυρίως όταν δημιουργούνται όργανα ψυχομετρικών χαρακτηριστικών, αντιλήψεων και πεποιθήσεων. Με την ανάλυση αυτή ελέγχεται εάν οι προτάσεις ανήκουν στατιστικά σε ένα όργανο μέτρησης, σύμφωνα προς την εννοιολογική κατασκευή του. Στην παρούσα μελέτη η διερεύνηση της δομικής εγκυρότητας πραγματοποιήθηκε με την ανάλυση κυρίων συνιστωσών.

Οι δύο βασικές ιδιότητες των χρησιμοποιούμενων κλιμάκων είναι η αξιοπιστία και η εγκυρότητά τους αναφορικά με την σταθερότητα των απαντήσεων και την εξακρίβωση της ορθής μέτρησης των μεγεθών για τα οποία κατασκευάστηκαν.

Η τιμή άλφα του Cronbach (Cronbach's alpha) είναι μία ένδειξη του βαθμού απόκλισης της εξήγησης ενός παράγοντα, χρησιμοποιώντας τον ως υποθετική μεταβλητή της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα ο Cronbach, προσδιόρισε το 0,7 ως την τιμή – βάση του αναφερόμενου συντελεστή α γύρω από την οποία πρέπει να κυμαίνεται και όσο είναι δυνατόν να την ξεπερνά και να πλησιάζει τη μονάδα, ο κάθε παράγοντας προκειμένου να γίνεται αποδεκτό το συμπέρασμα ότι οι διαφορετικές



ερωτήσεις που επιλέχθηκαν για την εκτίμησή του διακρίνονται από εσωτερική συνέπεια και επομένως σωστά επιλέχθηκαν και αξιόπιστα τον μετρούν.

Υψηλότερες τιμές του δείκτη  $\alpha$  παρατηρήθηκαν στους παράγοντες : 1) *Απειλή για τη δημόσια υγεία* και 2) *Οφέλη των ΣΕΘ*, δηλαδή τη βάση διαμόρφωσης των υποθέσεων της παρούσας ανάλυσης. Πιο συγκεκριμένα

Παράγοντας 1= Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες ως *Απειλή για τη δημόσια υγεία*- Οι ερωτήσεις 6, 8 και 9 του ερωτηματολογίου οδήγησαν με τις απαντήσεις του δείγματος στην τιμή  $\alpha=0,63$ , με αποτέλεσμα να κρίνεται ότι μετρούν τον ίδιο παράγοντα και οριακά αποδεκτή συνέπεια.

Παράγοντας 2=Προσωπικό ενδιαφέρον για τις Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες και συνέργειά τους με την συμβατική ιατρική ως *Οφέλη των ΣΕΘ*- Οι ερωτήσεις 4, 7, 11, 12, 13 οδήγησαν σε τιμή  $\alpha=0,53$  με αποτέλεσμα να ελέγχεται η αξιοπιστία. (Πίνακας 5)

Η μελέτη της δομικής εγκυρότητας της κλίμακας «στάσεις και απόψεις απέναντι στην εναλλακτική ιατρική» πραγματοποιήθηκε με ανάλυση παραγόντων (κυρίων συνιστωσών), ενώ μέτρο της εσωτερικής αξιοπιστίας ήταν ο συντελεστής  $\alpha$  Cronbach. Η περιγραφή των δεδομένων έγινε με τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση (ποσοτικές μεταβλητές), ενώ για τις ποιοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε η απόλυτη (N) και σχετική (%) συχνότητα. Οι συγκρίσεις των ποσοτικών μεταβλητών έγιναν με τη δοκιμασία t-test και των ποιοτικών με το  $\chi^2$ , μαζί με τη διόρθωση του Yates, προκειμένου για τετράπτυχους πίνακες και το δείκτη Likelihood ratio (λόγος πιθανοφάνειας). Για τη σύγκριση των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Repeated measures analysis. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε  $p=0,05$ . Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 22.

#### *Ανάλυση παραγόντων (ανάλυση κυρίων συνιστωσών) :*

Η καταλληλότητα των στοιχείων για την ανάλυση παραγόντων εξετάστηκε μέσω του μέτρου Kaiser –Meyer- Olkin (KMO), το οποίο εξετάζει τους μερικούς συσχετισμούς μεταξύ των στοιχείων και η αξία του θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη του 0,60 προκειμένου να επιτευχθεί μια ικανοποιητική ανάλυση. Το αποτέλεσμα σε αυτήν τη μελέτη για το KMO ισούταν με 0,748, ενώ εφαρμόστηκε και η δοκιμασία Bartlett's. Τα δεδομένα της έρευνας αναλύθηκαν αρχικά με τη μέθοδο ανάλυσης πρωταρχικών παραγόντων (Principal Components Analysis – PCA) με περιστροφή Varimax και υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των μεμονωμένων στοιχείων του ερωτηματολογίου και των παραγόντων (factor loadings). Ως κριτήριο για την επιλογή του αριθμού των παραγόντων που θα δημιουργούνταν χρησιμοποιήθηκαν οι χαρακτηριστικές ρίζες (ιδιοτιμές)

**Πίνακας 5. Πεδία που επικεντρώθηκε η έρευνα**

<b>ΠΕΔΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ</b>	<b>Ερωτήσεις</b>	<b>Cronbach a</b>
<b>Απειλή</b> (παράγοντας 1)	6. Θεραπείες οι οποίες δεν έχουν αποδειχτεί επιστημονικά δεν θα πρέπει να συστήνονται στους ασθενείς. 8. Οι συμπληρωματικές θεραπείες είναι απειλή για τη δημόσια υγεία 9. Η εναλλακτική ιατρική είναι απειλή για τη δημόσια υγεία	0,63
<b>Προσωπικό ενδιαφέρον και συνέργεια με συμβατική ιατρική-οφέλη</b> (παράγοντας 2)	4. Οι εναλλακτικές/συμπληρωματικές θεραπείες περιλαμβάνουν ιδέες και μεθόδους από τις οποίες η συμβατική ιατρική θα μπορούσε να ωφεληθεί 7. Τα οφέλη των εναλλακτικών/ συμπληρωματικών θεραπειών είναι όμοια με τα αποτελέσματα εικονικού φαρμάκου (placebo) 11. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν γνώση των συμπληρωματικών εναλλακτικών μορφών θεραπείας 12. Προσωπικά με ενδιαφέρουν οι χρήσεις των συμπληρωματικών/εναλλακτικών θεραπειών 13. Η γνώση στις εναλλακτικές/συμπληρωματικές θεραπείες θα μου είναι χρήσιμη μελλοντικά για την καλύτερη εξάσκηση του επαγγέλματός μου	0,53
<b>Αυτο-ίαση και ισορροπία</b>	2. Το σώμα έχει την ικανότητα να «αυτο-ιάται» και ο ρόλος του επαγγελματία υγείας είναι να βοηθά στην διαδικασία της ίασης	
<b>Συνέργεια</b>	4. Οι εναλλακτικές/συμπληρωματικές θεραπείες περιλαμβάνουν ιδέες και μεθόδους από τις οποίες η συμβατική ιατρική θα μπορούσε να ωφεληθεί	
<b>Τεκμηρίωση</b>	6. Θεραπείες οι οποίες δεν έχουν αποδειχτεί επιστημονικά δεν θα πρέπει να συστήνονται στους ασθενείς.	
<b>Κατάρτιση/Γνώση</b>	11. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν γνώση των συμπληρωματικών εναλλακτικών μορφών θεραπείας	
<b>Άποψη για την αποτελεσματικότητα/</b>	1. Αρωματοθεραπεία 2. Βελονισμός	

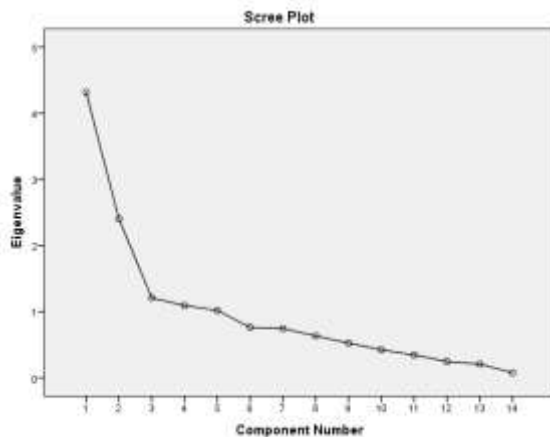
ζημία των συχνότερα χρησιμοποιούμενων εναλλακτικών θεραπειών	3. Βοτανοθεραπεία 4. Μουσικοθεραπεία 5. Ομοιοπαθητική 6. Οστεοπαθητική 7. Reiki 8. Ρεφλεξολογία 9. Σιάτσου 10. Ύπνωση 11. Φυτικά Συμπληρώματα 12. Χειροπρακτική
Εμπόδια	1. Έλλειψη επιστημονικών αποδείξεων για τη δράση των εναλλακτικών θεραπειών 2. Έλλειψη κατάλληλου εξοπλισμού 3. Έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού στην πόλη/περιοχή κατοικίας σας 4. Μικρός αριθμός «πιστοποιημένων» θεραπειών 5. Ανεπιθύμητες δράσεις ή παρενέργειες των εναλλακτικών/ συμπληρωματικών θεραπειών
Διαμόρφωση Γνώμης	1. Συνάδελφοι 2. Φίλοι 3. Οικογένεια 4. Σεμινάρια και Διαλέξεις 5. Προσωπική Εμπειρία 6. Τηλεόραση Internet Περιοδικά

(eigenvalues). Η χαρακτηριστική ρίζα ενός παράγοντα μετρά τη διακύμανση όλων των άλλων μεταβλητών που ερμηνεύεται από τον παράγοντα αυτό.

Χαμηλές τιμές της χαρακτηριστικής ρίζας υποδηλώνουν μικρή συμβολή του παράγοντα στην ερμηνεία των διακυμάνσεων των μεταβλητών. Για το λόγο αυτό είθισται να παραλείπονται παράγοντες με τιμές χαμηλότερες της μονάδος. Επίσης, κατασκευάστηκε γράφημα ιδιοτιμών (scree plot) (Γράφημα 1). Με τη χρήση του κριτηρίου Kaiser και του γραφήματος ιδιοτιμών, γίνονται αποδεκτοί 2 παράγοντες. Έγινε αντιστροφή ορισμένων ερωτήσεων, έτσι ώστε υψηλότερη βαθμολογία να αντιστοιχεί σε θετικότερη στάση απέναντι στις ΣΕΘ. Ο συντελεστής  $\alpha$  Cronbach κυμάνθηκε μεταξύ 0,53-0,63, δείχνοντας οριακή εσωτερική αξιοπιστία. (Πίνακας 6)

**Πίνακας 6. Διερευνητική ανάλυση παραγόντων**

<b>Ενότητα 1 : απόψεις και στάσεις απέναντι στην εναλλακτική ιατρική</b>		<b>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (φορτίσεις)</b>	
	1 («ΑΠΕΙΛΗ»)	2 ( «ΟΦΕΛΗ»)	
EP.1.1			
EP.1.2			
EP.1.3			
EP.1.4	0,771		
EP.1.5			
EP.1.6		0,903	
EP.1.7	0,828		
EP.1.8		0,899	
EP.1.9		0,934	
EP.1.10			
EP.1.11	0,579		
EP.1.12	0,846		
EP.1.13	0,811		
EP.1.14			
a Cronbach		0,63	0,53
Kaiser-Meyer-Olkin			
Measure of Sampling			
Adequacy:0,748			
Bartlett's Test of			
Sphericity:486,364,			
p<0.001			



Γράφημα 1. Ιδιοτιμές

### 3.3 Αποτελέσματα

#### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην ομάδα παρέμβασης η μέση τιμή της ηλικίας ήταν τα  $33,32 \pm 7,33$  έτη. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν νοσηλευτές (59,1%), ενώ συμμετείχαν επίσης 4 ιατροί (9,1%) και 5 κοινωνικοί λειτουργοί (11,4%). Το 45,5% εργαζόταν σε νοσοκομείο και το 31,8% σε δημόσιο τομέα (πλην νοσοκομείου). Το 63,6% είχε μέχρι 10 έτη προϋπηρεσία. (Πίνακας 7)

Στην ομάδα ελέγχου η μέση τιμή της ηλικίας ήταν τα  $37,01 \pm 16,3$  έτη. Νοσηλευτές ήταν το 40,5%, ενώ συμμετείχαν επίσης 6 ψυχολόγοι (16,2%) και 8 παιδαγωγοί (21,6%). Το 24,3% εργαζόταν σε νοσοκομείο και το 32,4% στο δημόσιο τομέα. Το 59,4% είχε μέχρι 10 έτη προϋπηρεσία. (Πίνακας 8)

**Πίνακας 7. Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά της ομάδας παρέμβασης**

		N	%	Μέση τιμή $\pm$ Τυπική απόκλιση
<b>Ηλικία</b>				$33,32 \pm 7,33$
<b>Φύλο</b>	Θήλυ	40	90,9	
	Άρρεν	4	9,1	
<b>Επάγγελμα</b>	Ιατρός	4	9,1	
	Νοσηλεύτης	26	59,1	
	Ψυχολόγος	1	2,3	
	Παιδαγωγός	1	2,3	
	Κοινωνικός	5	11,4	
	Λειτουργός			
	Άλλο	7	15,9	
<b>Χώρος Εργασίας</b>	Νοσοκομείο	20	45,5	
	Δημόσιος τομέας(εκτός	14	31,8	

	νοσοκομείου)		
	Ιδιωτικός	7	15,9
	τομέας		
	Άνεργος	3	6,8
<b>Έτη εργασίας</b>	0-5	15	34,1
	6-10	13	29,5
	11-15	8	18,2
	>16	8	18,2

**Πίνακας 8. Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά της ομάδας ελέγχου**

		N	%	Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση
<b>Ηλικία</b>				37,01±16,3
<b>Φύλο</b>	Θήλυ	32	86,5	
	Άρρεν	5	13,5	
<b>Επάγγελμα</b>	Νοσηλεύτης	15	40,5	
	Ψυχολόγος	6	16,2	
	Παιδαγωγός	8	21,6	
	Κοινωνικός	4	10,8	
	Λειτουργός			
	Άλλο	4	10,8	
<b>Χώρος Εργασίας</b>	Νοσοκομείο	9	24,3	
	Δημόσιος	12	32,4	
	τομέας(εκτός νοσοκομείου)			
	Ιδιωτικός	8	21,6	
	τομέας			
	Ελεύθερος	2	5,4	
	επαγγελματίας			
	Άνεργος	4	10,8	
<b>Έτη εργασίας</b>	Άλλο	2	5,4	
	0-5	18	48,6	
	6-10	4	10,8	
	11-15	6	16,2	
	>16	9	24,3	

Συνολικά 9 άτομα (20,5%) της ομάδας παρέμβασης είχαν λάβει κάποιου είδους εκπαίδευση στις ΣΕΘ. Από αυτά, στη θεωρία ΣΕΘ είχαν εκπαιδευτεί 6 άτομα (66,6%), με 5 άτομα (55,5%) να αναφέρουν σεμιναριακή εκπαίδευση. (Πίνακας 9)

**Πίνακας 9. Είδος εκπαίδευσης στις ΣΕΘ (ομάδα παρέμβασης)**

		N	%
Εκπαίδευση	Ναι	9	20,5
	Όχι	35	79,5
	Θεωρία	6	66,6
	Θεωρία και πράξη	2	22,2
	Άλλο	1	11,1
	Τριτοβάθμια Σεμινάριο Άλλο	1 5 3	11,1 55,5 33,3

Στην ομάδα ελέγχου 6 άτομα (16,6%) είχαν λάβει κάποιου είδους εκπαίδευση για ΣΕΘ με το μεγαλύτερο ποσοστό 83,3% μέσω θεωρητικής κατάρτισης χωρίς να προσδιορίζουν με ποιον τρόπο τις διδάχθηκαν όπως φαίνεται και στον πίνακα 10.

**Πίνακας 10. Είδος εκπαίδευσης στις ΣΕΘ (ομάδα ελέγχου)**

		N	%
Εκπαίδευση	Ναι	6	16,2
	Όχι	31	83,8
	Θεωρία	5	83,3
	Θεωρία και πράξη	1	16,7
Άλλο		6	100,0

Το 34,1% στην ομάδα παρέμβασης έχει κάνει χρήση ΣΕΘ τουλάχιστον μια φορά στο παρελθόν, είτε για πρόληψη (33,3%), είτε για θεραπεία (46,6%), είτε για προαγωγή/τόνωση υγείας (40,0%). (Πίνακας 11).

**Πίνακας 11. Χρήση ΣΕΘ (ομάδα παρέμβασης).**

		N	%
<b>Χρήση</b>	Ναι	15	34,1
	Όχι	29	65,9
<b>Λόγος</b>	Πρόληψη	5	33,3
	Θεραπεία	7	46,6
	Προαγωγή/Τόνωση	6	40,0
	Υγείας		

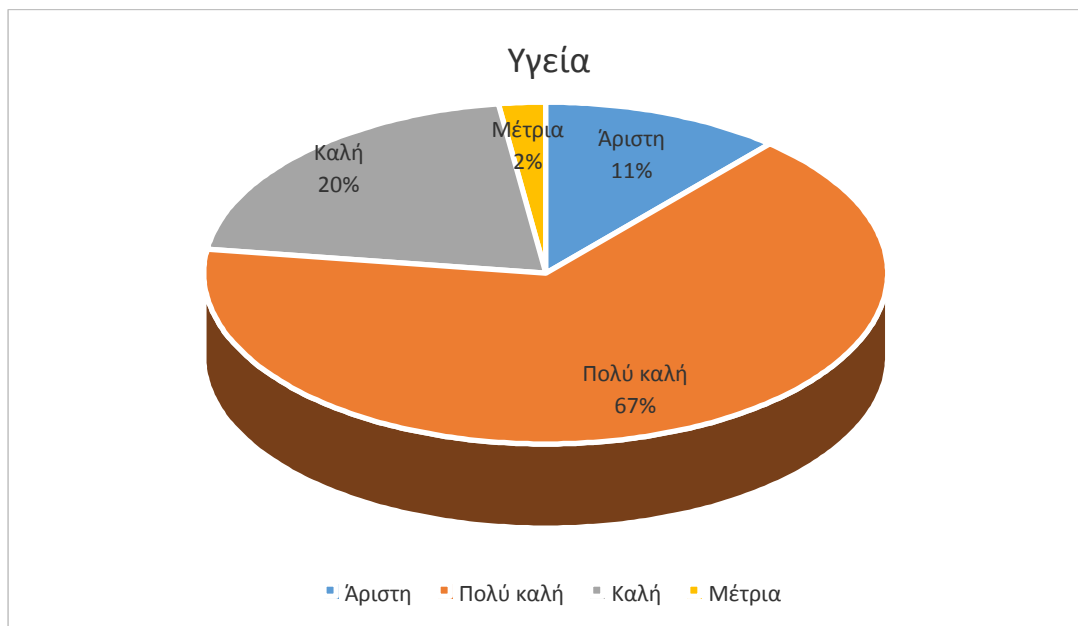
Στην ομάδα ελέγχου το 37,8% αναφέρει ότι είχε κάνει χρήση ΣΕΘ κυρίως για προαγωγή και τόνωση της υγείας, όπως φαίνεται στον πίνακα 12.

**Πίνακας 12. Χρήση ΣΕΘ (ομάδα ελέγχου)**

		N	%
<b>Χρήση</b>	Ναι	14	37,8
	Όχι	23	62,2
<b>Λόγος</b>	Πρόληψη	6	26,1
	Θεραπεία	7	30,4
	Προαγωγή/Τόνωση	10	43,5
	Υγείας		

Στην ομάδα παρέμβασης, το 66% αξιολόγησε την υγεία του ως πολύ καλή και ως άριστη το 11%. (Γράφημα 2)





**Γράφημα 2. Αξιολόγηση της κατάστασης υγείας**

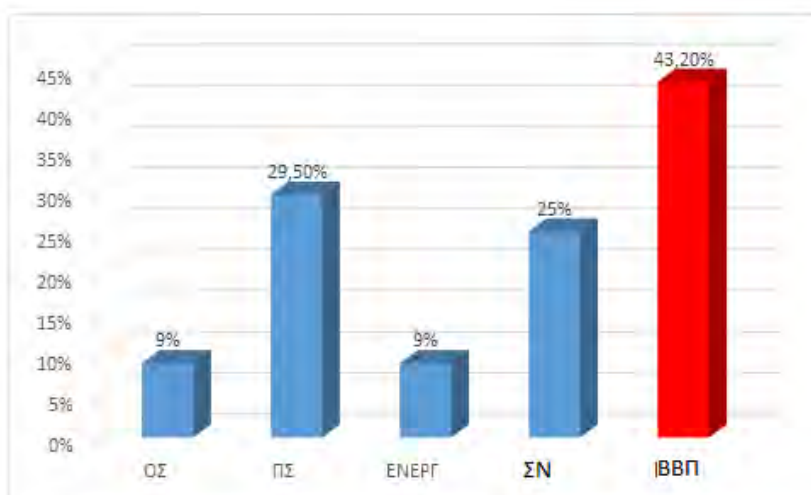
Το 34,6% του συνόλου των φοιτητών είχε κάνει χρήση βιταμινών και ιχνοστοιχείων, 25% μασάζ, το 16% είχε χρησιμοποιήσει συμπληρώματα διατροφής, το 16% yoga, το 14,8% ομοιοπαθητική, και το 13,5% βοτανοθεραπεία και αρωματοθεραπεία. Το 29,6% δεν είχε κάνει καμία χρήση ΣΕΘ. (Πίνακας 13) Ανά κατηγορία, αναφορικά με τα **ολικά ιατρικά συστήματα** (ΟΣ) πχ. αγιουβέρδα, ομοιοπαθητική, παραδοσιακή κινεζική ιατρική, φυσικοπαθητική χρήση τουλάχιστον μία φορά είχε κάνει το 9%, σε σχέση με τις **θεραπείες σώματος-νου (ΣΝ)** (ή παρεμβατικές σε σώμα-πνεύμα τεχνικές) (πχ. διαλογισμός, προσευχή, γιόγκα, μουσικοθεραπεία, αρωματοθεραπεία) χρήση είχε κάνει το 25%, ενώ κάποια θεραπεία από τις **βιολογικά βασισμένες πρακτικές** (πχ. βότανα, συμπληρώματα διατροφής, βιταμίνες, φυτικά προϊόντα) είχε επιλέξει το 43,2%. Οι **πρακτικές βασισμένες στο σώμα (ΠΣ)** (πχ. χειροπρακτική, οστεοπαθητική, μασάζ, σιάτσου, ρεφλεξολογία) προτιμήθηκαν από το 29,5%. Κάποια **ενεργειακή θεραπεία** (ΕΝΕΠΓ) (βελονισμός, ρέικι) είχε ακολουθήσει το 9%, συνεπώς οι δημοφιλέστερες κατηγορίες ήταν οι ΒΒΠ, οι ΠΣ και οι ΣΝ. (Γράφημα 3)

**Πίνακας 13. Χρήση εναλλακτικών θεραπειών ανά είδος θεραπείας**

	Ομάδα Παρέμβασης %	Ομάδα Ελέγχου%	Σύνολο %
<b>Αρωματοθεραπεία</b>	9,1	13,5	11,1
<b>Βοτανοθεραπεία</b>	13,6	13,5	13,6
<b>Μουσικοθεραπεία</b>	6,8	10,8	8,6
<b>Reiki</b>	2,3	5,4	3,7

<b>Συμπληρώματα Διατροφής</b>	11,4	21,6	16,0
<b>Χειροπρακτική</b>	0	18,9	8,6
<b>Βελονισμός</b>	6,8	16,2	11,1
<b>Γιόγκα(Yoga)</b>	18,2	13,5	16,0
<b>Οστεοπαθητική</b>	0	0	0,0
<b>Ρεφλεξολογία</b>	2,3	5,4	3,7
<b>Ύπνωση</b>	0	0	0,0
<b>Βιταμίνες/ Ιχνοστοιχεία</b>	31,8	37,8	34,6
<b>Μασάζ</b>	27,3	24,3	25,9
<b>Ομοιοπαθητική</b>	9,1	21,6	14,8
<b>Σιάτσου (Shiatsu)</b>	4,5	2,7	3,7
<b>Φυσικοπαθητική</b>	0	0	0,0
<b>Τίποτε από τα παραπάνω</b>	31,8	27	29,6

---



**Γράφημα 3. Χρήση ΣΕΘ ανά κατηγορία** ΟΣ=ολοκληρωμένα συστήματα, ΠΣ=πρακτικές βασισμένες στο σώμα, ΕΝΕΡΓ=ενεργειακή θεραπεία, ΣΝ=παρεμβάσεις σώματος-νου, ΒΒΠ=βιολογικά βασισμένες πρακτικές

## **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

### **(ΠΕΔΙΟ-ΕΝΟΤΗΤΑ 1 του ερωτηματολογίου)**

Η πλειονότητα των φοιτητών (75%) θεωρεί ότι οι απόψεις και οι πεποιθήσεις ενός ασθενούς για την υγεία του θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τη φροντίδα του, ενώ το 61,4% πιστεύει ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν γνώση των συμπληρωματικών/ εναλλακτικών θεραπειών. Επίσης, το 59,1% συμφωνεί πολύ με τη φράση ότι «Τα συμπτώματα ενός ασθενή θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως εκδήλωση της γενικότερης ανισορροπίας ή δυσλειτουργίας του σώματος», ενώ το 52,3% πιστεύει ότι οι συμπληρωματικές/εναλλακτικές θεραπείες ενεργοποιούν τις φυσικές θεραπευτικές δυνάμεις του ίδιου του σώματος και το 50% είναι της άποψης ότι «η γνώση στις εναλλακτικές/ συμπληρωματικές θεραπείες θα μου είναι χρήσιμη μελλοντικά για την καλύτερη εξάσκηση του επαγγέλματός μου». Το 31,8% πιστεύει ότι οι ΣΕΘ έχουν δράση εικονικού φαρμάκου και το 2,3% τις θεωρεί απειλή για τη δημόσια υγεία. (Πίνακας 14)

**Πίνακας 14. Γενικές απόψεις και στάσεις για τις ΣΕΘ στην ομάδα παρέμβασης.**

ΕΝΟΤΗΤΑ – ΠΕΔΙΟ 1	Διαφωνώ πολύ		Διαφωνώ λίγο		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ λίγο		Συμφωνώ πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Τα συμπτώματα ενός ασθενή θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως εκδήλωση της γενικότερης ανισορροπίας ή δυσλειτουργίας του σώματος.	0	0,0	1	2,3	3	6,8	14	31,8	26	59,1
Το σώμα «αυτο-ιάται» και ο ρόλος του επαγγελματία υγείας είναι να βοηθά στην διαδικασία της ίασης.	2	4,5	5	11,4	9	20,5	9	20,5	19	43,2
Η υγεία και η ασθένεια είναι αντανakλάσεις της ισορροπίας μεταξύ θετικών ενισχυτικών δυνάμεων και αρνητικών καταστροφικών δυνάμεων.	0	0,0	0	0,0	14	31,8	18	40,9	12	27,3
Οι εναλλακτικές/συμπληρωματικές θεραπείες περιλαμβάνουν ιδέες και μεθόδους από τις οποίες η ιατρική θα μπορούσε να ωφεληθεί.	0	0,0	0	0,0	8	18,2	18	40,9	18	40,9
Οι απόψεις και οι πεποιθήσεις ενός ασθενούς για την υγεία του θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τη φροντίδα του.	1	2,3	0	0,0	0	0,0	10	22,7	33	75,0
Θεραπείες οι οποίες δεν έχουν αποδειχτεί επιστημονικά δεν θα πρέπει να συστήνονται στους ασθενείς.	18	40,9	8	18,2	14	31,8	3	6,8	1	2,3
Τα αποτελέσματα των εναλλακτικών/συμπληρωματικών θεραπειών είναι αποτέλεσμα εικονικού φαρμάκου (placebo)	14	31,8	4	9,1	16	36,3	7	15,9	3	6,8
Οι συμπληρωματικές θεραπείες είναι απειλή για τη δημόσια υγεία	27	61,4	11	25,0	5	11,4	1	2,3	0	0,0
Η εναλλακτική ιατρική είναι απειλή για τη δημόσια υγεία	28	63,6	11	25,0	3	6,8	1	2,3	1	2,3
Οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν μεταξύ της συμβατικής ιατρικής και εναλλακτικών μορφών θεραπείας για την αποκατάσταση της υγείας τους.	1	2,3	4	9,1	6	13,7	15	34,1	18	40,9
Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν γνώση των συμπληρωματικών/εναλλακτικών θεραπειών	0	0,0	2	4,5	4	9,1	11	25,0	27	61,4
Προσωπικά με ενδιαφέρουν οι χρήσεις των συμπληρωματικών/εναλλακτικών θεραπειών.	0	0,0	2	4,5	4	9,1	17	38,6	21	47,7
Η γνώση στις εναλλακτικές/συμπληρωματικές θεραπείες θα μου είναι χρήσιμη μελλοντικά για την καλύτερη εξάσκηση του επαγγέλματός μου.	0	0,0	3	6,8	4	9,1	15	34,1	22	50,0
Οι συμπληρωματικές/εναλλακτικές θεραπείες ενεργοποιούν τις φυσικές θεραπευτικές δυνάμεις του ίδιου του σώματος.	0	0,0	1	2,3	4	9,1	16	36,4	23	52,3

*Οι ερωτήσεις 6,7,8,9 είναι αντίστροφα αριθμημένες*

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ 1 ΚΑΙ 2 ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Οι παράγοντες που αξιολογήθηκαν στην παρούσα έρευνα ήταν η «απειλή» και η «ωφέλεια», με τις ερωτήσεις τους όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 15.

**Πίνακας 15. Οι παράγοντες που αξιολογήθηκαν στην έρευνα**

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Ερωτήσεις	Cronbach a
«Απειλή» (παράγοντας 1)	6. Θεραπείες οι οποίες δεν έχουν αποδειχτεί επιστημονικά δεν θα πρέπει να συστήνονται στους ασθενείς. 8. Οι συμπληρωματικές θεραπείες είναι απειλή για τη δημόσια υγεία 9. Η εναλλακτική ιατρική είναι απειλή για τη δημόσια υγεία	0,63
Προσωπικό ενδιαφέρον και συνέργεια με συμβατική ιατρική- «οφέλη» (παράγοντας 2)	4. Οι εναλλακτικές/συμπληρωματικές θεραπείες περιλαμβάνουν ιδέες και μεθόδους από τις οποίες η συμβατική ιατρική θα μπορούσε να ωφεληθεί 7. Τα οφέλη των εναλλακτικών/ συμπληρωματικών θεραπειών είναι όμοια με τα αποτελέσματα εικονικού φαρμάκου (placebo) 11. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν γνώση των συμπληρωματικών εναλλακτικών μορφών θεραπείας 12. Προσωπικά με ενδιαφέρουν οι χρήσεις των συμπληρωματικών/εναλλακτικών θεραπειών 13. Η γνώση στις εναλλακτικές/συμπληρωματικές θεραπείες θα μου είναι χρήσιμη μελλοντικά για την καλύτερη εξάσκηση του επαγγέλματός μου	0,53

Σε μια κλίμακα από το 1 έως το 5, όπου το 1 είναι το *ελάχιστο* όφελος και η *μέγιστη* απειλή, η μέση τιμή στις δύο κλίμακες ήταν 3,67 για την απειλή και 4,13 για τα οφέλη, που σημαίνει ότι οι φοιτητές αντιμετωπίζουν τις ΣΕΘ ως μικρή απειλή για τη συμβατική ιατρική, ενώ προσδοκούν υψηλά οφέλη και συνέργειες από το συνδυασμό τους. (Πίνακας 16)

**Πίνακας 16. Περιγραφική στατιστική των παραγόντων της ενότητα 1 του ερωτηματολογίου**

Ομάδα παρέμβασης	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
«ΑΠΕΙΛΗ»	44	2,00	5,00	3,67	0,71
«ΟΦΕΛΗ»	44	2,40	5,00	4,13	0,56

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

**(ΠΕΔΙΟ-ΕΝΟΤΗΤΑ 2 του ερωτηματολογίου)**

Η μουσικοθεραπεία, η βοτανοθεραπεία και ο βελονισμός θεωρούνται ως οι πιο αποτελεσματικές θεραπείες (βαθμολογία 5 στην κλίμακα Likert) από την πλειονότητα των φοιτητών. Άγνοια για την οστεοπαθητική και το Reiki αναφέρει το 59,1% και το 68,2% αντίστοιχα., ενώ για το σιάτσου και την ύπνωση δε γνωρίζουν αντίστοιχα το 43,2% και το 47,8%. Από τις θεραπείες που ερωτήθηκαν για την αποτελεσματικότητά τους, η οστεοπαθητική είναι αυτή που θεωρείται από τους φοιτητές ως καθόλου αποτελεσματική σε ποσοστό 9%. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο βελονισμός και η ύπνωση θεωρούνται ως επιβλαβείς θεραπείες σε ποσοστό 4,5% η κάθε μία. Αναλυτικά τα αποτελέσματα για την αποτελεσματικότητα των θεραπειών απεικονίζονται στον Πίνακα 17.

**Πίνακας 17. Αποψη για την αποτελεσματικότητα των ΣΕΘ**

<b>ΕΝΟΤΗΤΑ 2- αποτελεσματικότητα</b>	<b>Επιβλαβής</b>		<b>Καθόλου αποτελεσματική</b>		<b>Ήπια αποτελεσματική</b>		<b>Μέτρια αποτελεσματική</b>		<b>Πολύ αποτελεσματική</b>		<b>Δεν γνωρίζω</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Αρωματοθεραπεία	0	0,0	1	2,3	16	36,4	7	15,9	4	9,1	16	36,4
Βελονισμός	2	4,5	0	0,0	10	22,7	11	25,0	11	25,0	10	22,7
Βοτανοθεραπεία	0	0,0	0	0,0	13	29,5	10	22,7	14	31,8	7	15,9
Μουσικοθεραπεία	0	0,0	2	4,5	2	4,5	12	27,3	22	50,0	6	13,6
Ομοιοπαθητική	0	0,0	1	2,3	11	25,0	15	34,1	7	15,9	10	22,7
Οστεοπαθητική	0	0,00	4	9,1	7	15,9	4	9,1	3	6,8	26	59,1
Reiki	0	0,0	2	4,5	6	13,6	3	6,8	3	6,8	30	68,2
Ρεφλεξολογία	0	0,0	3	6,8	8	18,2	13	29,5	7	15,9	13	29,6
Σιάτσου	0	0,0	3	6,8	10	22,7	7	15,9	5	11,4	19	43,2
Ύπνωση	2	4,5	3	6,8	8	18,2	5	11,4	5	11,4	21	47,8
Φυτικά συμπληρώματα	0	0,0	0	0,0	12	27,3	12	27,3	9	20,5	11	25,0
Χειροπρακτική	0	0,0	0	0,0	10	22,7	12	27,3	9	20,5	13	29,5

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

### (ΕΝΟΤΗΤΑ-ΠΕΔΙΟ 3 του ερωτηματολογίου)

Τόσο στην ομάδα παρέμβασης όσο και στην ομάδα ελέγχου, η έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού στην πόλη / περιοχή κατοικίας και ο μικρός αριθμός «πιστοποιημένων» θεραπειών είναι τα κυριότερα εμπόδια στην εφαρμογή των ΣΕΘ και εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας από τους φοιτητές. (Πίνακας 18) και (Πίνακας 19)

**Πίνακας 18. Εμπόδια στη χρήση ΣΕΘ για την ομάδα παρέμβασης**

	Διαφωνώ πολύ		Διαφωνώ λίγο		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ λίγο		Συμφωνώ πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Έλλειψη επιστημονικών αποδείξεων για την δράση των εναλλακτικών θεραπειών.	1	2,3	1	2,3	9	20,5	16	36,4	17	38,6
Έλλειψη κατάλληλου εξοπλισμού	3	6,8	3	6,8	8	18,2	14	31,8	16	36,4
Έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού στην πόλη / περιοχή κατοικίας σας.	1	2,3	0	0,0	2	4,5	8	18,2	33	75,0
Μικρός αριθμός «πιστοποιημένων» θεραπειών.	1	2,3	1	2,3	3	6,8	11	25,0	28	63,7
Ανεπιθύμητες δράσεις ή παρενέργειες των εναλλακτικών/ συμπληρωματικών θεραπειών.	5	11,4	5	11,4	15	34,1	11	25,0	8	18,2



**Πίνακας 19. Εμπόδια στη χρήση ΣΕΘ (ομάδα ελέγχου)**

	Συμφωνώ Πολύ		Συμφωνώ Λίγο		Ούτε συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ		Διαφωνώ Λίγο		Διαφωνώ Πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Έλλειψη επιστημονικών αποδείξεων για την δράση των εναλλακτικών θεραπειών.	10	27,0	16	43,2	7	18,9	2	5,4	2	5,4
Έλλειψη κατάλληλου εξοπλισμού	11	29,7	12	32,4	6	16,2	5	13,5	3	8,1
Έλλειψη εκπαιδευτικού προσωπικού στην πόλη / περιοχή κατοικίας σας.	17	45,9	13	35,1	7	18,9	0	0,0	0	0,0
Μικρός αριθμός «πιστοποιημένων» θεραπειών.	17	45,9	16	43,2	4	10,8	0	0,0	0	0,0
Ανεπιθύμητες δράσεις ή παρενέργειες των εναλλακτικών/ συμπληρωματικών θεραπειών.	13	35,1	11	29,7	6	16,2	4	10,8	3	8,1

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΚΑΙ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΤΟΥΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

### (ΕΝΟΤΗΤΑ-ΠΕΔΙΟ 4 του ερωτηματολογίου)

Οι συνάδελφοι και το διαδίκτυο μαζί με την τηλεόραση και τα περιοδικά ήταν οι κυριότερες πηγές ενημέρωσης στην ομάδα παρέμβασης. (Πίνακας 20)

**Πίνακας 20. Πηγές ενημέρωσης για ΣΕΘ στην ομάδα παρέμβασης**

	Με επηρεάζει πάρα πολύ		Με επηρεάζει αρκετά		Με επηρεάζει πολύ λίγο		Δεν με επηρεάζει καθόλου	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Φίλοι	9	20,5	13	29,5	17	38,6	5	11,4
Συνάδελφοι	10	<b>22,7</b>	17	<b>38,6</b>	12	27,3	5	11,4
Οικογένεια	5	11,5	10	22,7	19	43,2	10	22,7
Σεμινάρια και διαλέξεις	1	2,3	9	20,5	18	40,9	16	36,3
Προσωπική εμπειρία	0	0,0	1	2,3	14	31,8	29	65,9
Τηλεόραση / Διαδίκτυο / Περιοδικά	9	<b>20,5</b>	18	<b>40,9</b>	15	34,1	2	4,6

Στην ομάδα ελέγχου, η προσωπική εμπειρία ήταν η αφετηρία της εξοικείωσης με τις ΣΕΘ και ακολουθούσαν τα σεμινάρια και οι διαλέξεις. (Πίνακας 21)

**Πίνακας 21. Πηγές ενημέρωσης για ΣΕΘ (ομάδα ελέγχου)**

	Με επηρεάζει πάρα πολύ		Με επηρεάζει αρκετά		Με επηρεάζει πολύ λίγο		Δεν με επηρεάζει καθόλου	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Φίλοι	2	5,4	14	37,8	13	35,1	8	21,6
Συνάδελφοι	1	2,7	13	35,1	12	32,4	11	29,7
Οικογένεια	5	13,5	14	37,8	8	21,6	10	27,0
Σεμινάρια και διαλέξεις	6	<b>16,2</b>	19	<b>51,4</b>	8	21,6	4	10,8
Προσωπική εμπειρία	19	<b>51,4</b>	12	<b>32,4</b>	5	13,5	1	2,7
Τηλεόραση / Διαδίκτυο / Περιοδικά	4	10,8	6	16,2	14	37,8	13	35,1

## **ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

### **(ΠΕΔΙΟ-ΕΝΟΤΗΤΑ 1 του ερωτηματολογίου)**

Σε όλες τις ερωτήσεις της ενότητας 1 παρατηρήθηκε αύξηση στην συμφωνία μετά την παρέμβαση. (Πίνακας 22 Βλ. παρακάτω σελ.70). Όμως οι ερωτήσεις που είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά  $P<0,05$  ήταν οι ερωτήσεις 2, 4, 6, 11. (Πίνακας 23)

**Πίνακας 23. Ερωτήσεις ενότητας 1 στις οποίες διαπιστώθηκε μεταβολή κατά την παρέμβαση**

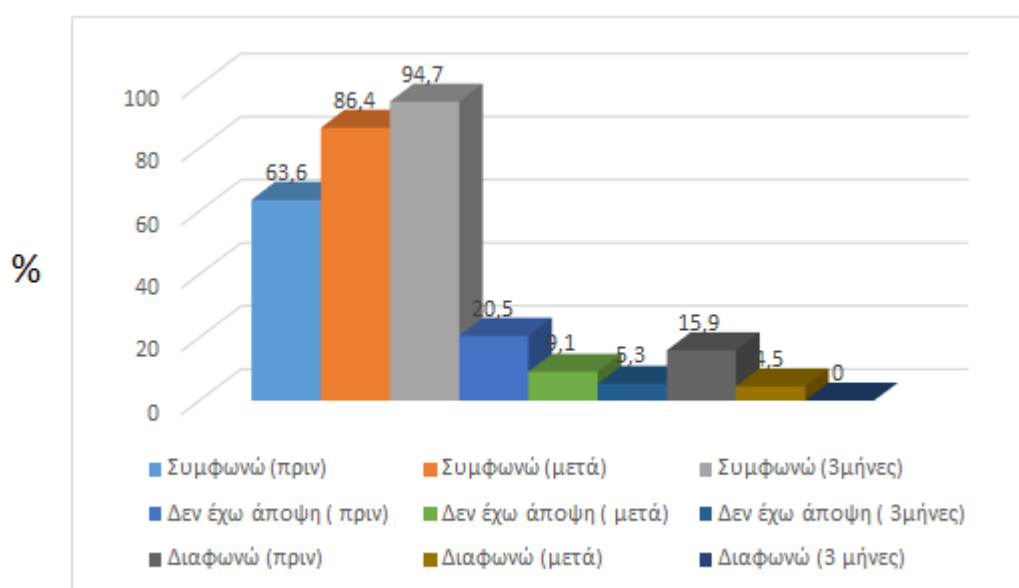
Αυτο-ίαση και ισορροπία	2. Το σώμα έχει την ικανότητα να «αυτο-ιάται» και ο ρόλος του επαγγελματία υγείας είναι να βοηθά στην διαδικασία της ίασης
Συνέργεια	4. Οι εναλλακτικές/συμπληρωματικές θεραπείες περιλαμβάνουν ιδέες και μεθόδους από τις οποίες η συμβατική ιατρική θα μπορούσε να ωφεληθεί
Τεκμηρίωση	6. Θεραπείες οι οποίες δεν έχουν αποδειχτεί επιστημονικά δεν θα πρέπει να συστήνονται στους ασθενείς.
Κατάρτιση	11. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν γνώση των συμπληρωματικών εναλλακτικών μορφών θεραπείας

Στις ερωτήσεις 2 «Το σώμα έχει την ικανότητα να «αυτο-ιάται» και ο ρόλος του επαγγελματία υγείας είναι να βοηθά στην διαδικασία της ίασης», ερώτηση 4 «Οι εναλλακτικές/συμπληρωματικές θεραπείες περιλαμβάνουν ιδέες και μεθόδους από τις οποίες η συμβατική ιατρική θα μπορούσε να

ωφεληθεί» και ερώτηση 11 «Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν γνώση των συμπληρωματικών εναλλακτικών μορφών θεραπείας» εντοπίζεται κυρίως η θετική μεταστροφή των απόψεων των φοιτητών, με στατιστικά σημαντική διαφορά όπως φαίνεται και στα γραφήματα 4, 5, 7. Τα ακριβή ποσοστά και το p για κάθε ερώτηση φαίνονται στον Πίνακα 22.

Το υψηλό ποσοστό διαφωνίας (γράφημα 6) στην ερώτηση 6 ερώτηση «Θεραπείες οι οποίες δεν έχουν αποδειχτεί επιστημονικά δεν θα πρέπει να συστήνονται στους ασθενείς» (η οποία είναι αντίστροφα αριθμημένη στην κλίμακα Λίκερτ) σημαίνει ότι οι εναλλακτικές θεραπείες θα πρέπει να συστήνονται πλέον στους ασθενείς.

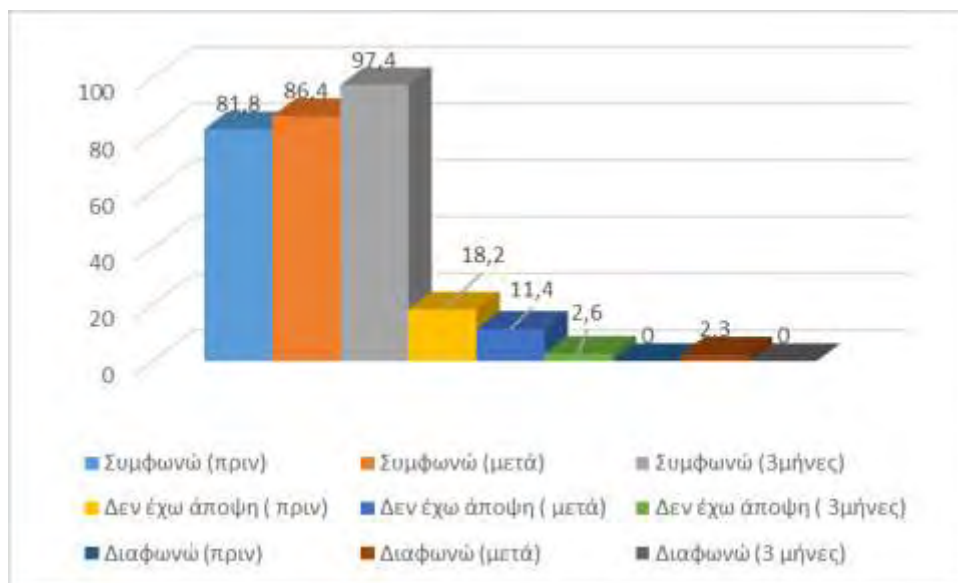
Για αυτές τις ερωτήσεις τα ποσοστά βελτιώνονται κατά 10-30% και τείνουν να παραμένουν υψηλά ακόμα και 3 μήνες μετά την παρέμβαση. (Γραφήματα 4, 5, 6, 7)



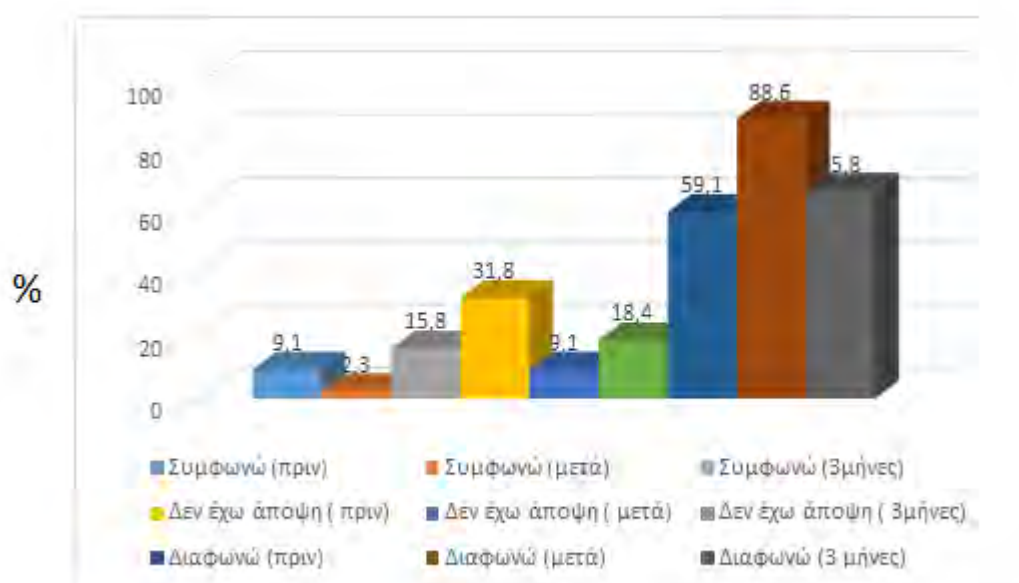
**Γράφημα 4. Δυνατότητα αυτοϊασης του σώματος** (ερώτηση 2: Το σώμα έχει την ικανότητα να «αυτο-ιάται» και ο ρόλος του επαγγελματία υγείας είναι να βοηθά στην διαδικασία της ίασης)

**Πίνακας 22. Μεταβολή των απόψεων για τις ΣΕΘ κατά τη διάρκεια της παρέμβασης.**

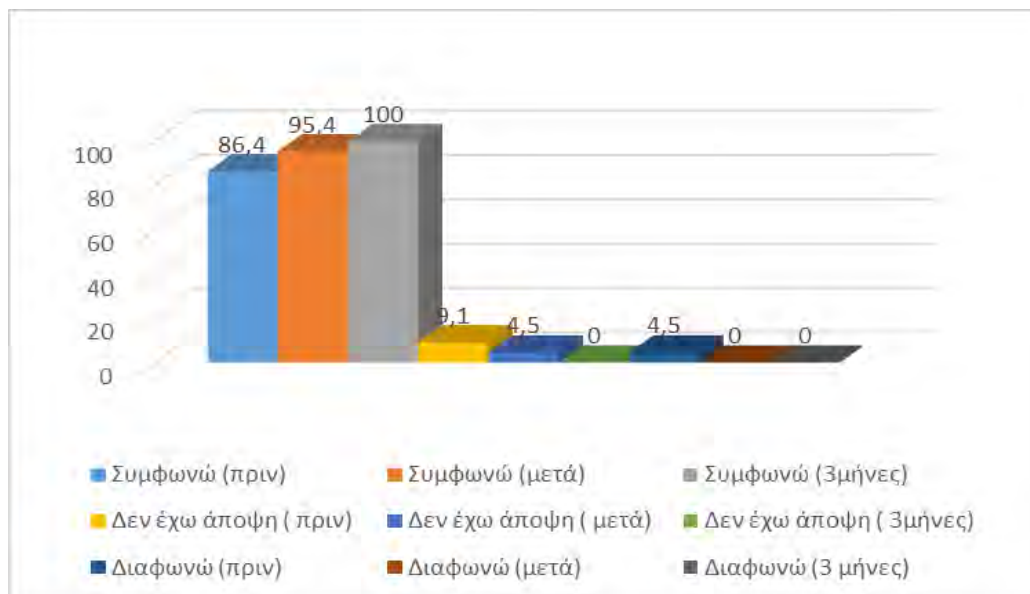
	ΠΡΙΝ			ΜΕΤΑ			3ΜΗΝΟ			p
	Συμφωνώ	Δεν έχω άποψη	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Δεν έχω άποψη	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Δεν έχω άποψη	Διαφωνώ	
Ερ1	90,9	6,8	2,3	93,2	6,8	0,0	92,1	5,3	2,6	0,933
<b>Ερ2</b>	<b>63,6</b>	20,5	15,9	<b>86,4</b>	9,1	4,5	<b>94,7</b>	5,3	0,0	<b>0,011</b>
Ερ3	68,2	31,8	0,0	84,1	13,6	2,3	81,6	10,5	7,9	0,183
<b>Ερ4</b>	<b>81,8</b>	18,2	0,0	<b>86,4</b>	11,4	2,3	<b>97,4</b>	2,6	0,0	<b>0,020</b>
Ερ5	97,7	0,0	2,3	97,7	2,3	0,0	97,4	2,6	0,0	0,564
<b>Ερ6</b>	9,1	31,8	<b>59,1</b>	2,3	9,1	<b>88,6</b>	15,8	18,4	<b>65,8</b>	<b>0,002</b>
Ερ7	40,9	36,4	22,7	59,1	25,0	15,9	52,6	26,3	21,1	0,271
Ερ8	86,4	11,4	2,3	84,1	6,8	9,1	84,2	15,8	0,0	0,478
Ερ9	88,6	6,8	4,5	86,4	4,5	9,1	89,5	10,5	0,0	0,412
Ερ10	75,0	13,6	11,4	77,3	9,1	13,6	86,8	7,9	5,3	0,123
<b>Ερ11</b>	<b>86,4</b>	9,1	4,5	<b>95,5</b>	4,5	0,0	<b>100,0</b>	0,0	0,0	<b>0,001</b>
Ερ12	86,4	9,1	4,5	93,2	2,3	4,5	76,3	18,4	5,3	0,391
Ερ13	84,1	9,1	6,8	90,9	4,5	4,5	71,1	23,7	5,3	0,352
Ερ14	88,6	9,1	2,3	88,6	9,1	2,3	84,2	13,2	2,6	0,914



**Γράφημα 5. Συνέργεια ΣΕΘ-συμβατικής ιατρικής** (ερώτηση 4 «Οι εναλλακτικές/συμπληρωματικές θεραπείες περιλαμβάνουν ιδέες και μεθόδους από τις οποίες η συμβατική ιατρική θα μπορούσε να ωφεληθεί»)



**Γράφημα 6. Αποφυγή σύστασης μη επιστημονικά τεκμηριωμένων θεραπειών** (ερώτηση 6 «Θεραπείες οι οποίες δεν έχουν αποδειχτεί επιστημονικά δεν θα πρέπει να συστήνονται στους ασθενείς» )

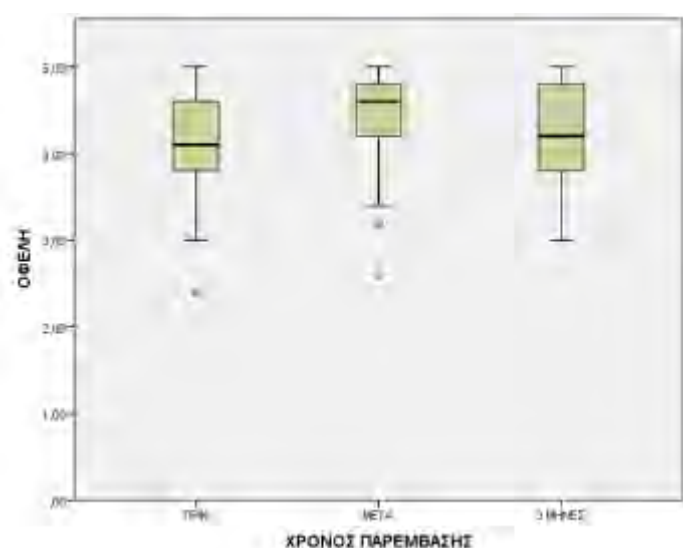


**Γράφημα 7. Γνώση των συμπληρωματικών εναλλακτικών μορφών θεραπείας (ερώτηση 11 «Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν γνώση των συμπληρωματικών εναλλακτικών μορφών θεραπείας»)**

## ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ 1 ΚΑΙ 2 ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Όσον αφορά τον παράγοντα 1 που εκφράζει απειλή για τις ΣΕΘ δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην ομάδα παρέμβασης πριν και μετά την παρέμβαση.

Ο παράγοντας 2, που εκφράζει τα οφέλη των ΣΕΘ, παρουσίασε οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,07$ ) με μέση βαθμολογία  $4,13 \pm 0,56$  πριν την παρέμβαση,  $4,41 \pm 0,55$  μετά την παρέμβαση και  $4,28 \pm 0,55$ . (Γράφημα 8)

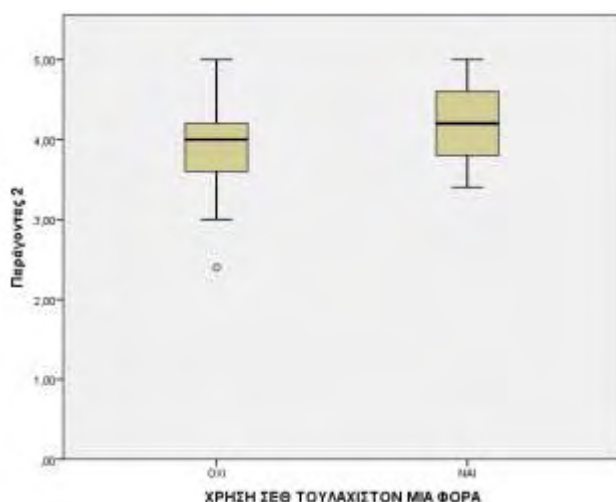


**Γράφημα 8. Μεταβολή στον παράγοντα «οφέλη» πριν και μετά την παρέμβαση**

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ (πεδίο/ενότητα 1 του ερωτηματολογίου)

### Συσχέτιση χρήσης ΣΕΘ με τον παράγοντα 2 που εκφράζει τα οφέλη των ΣΕΘ

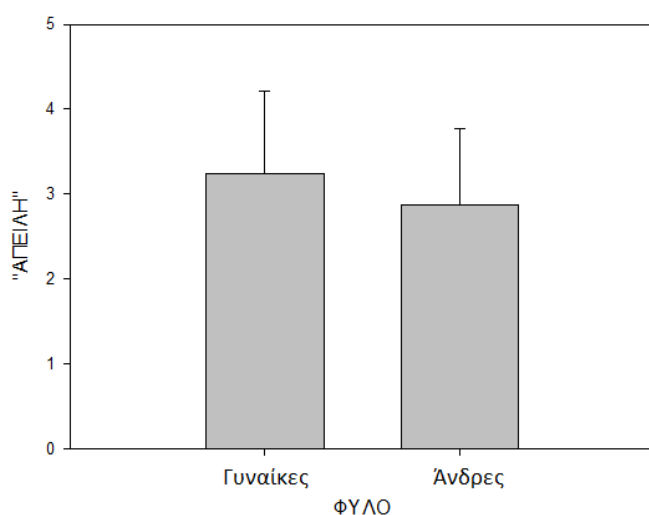
Όσοι είχαν χρησιμοποιήσει τουλάχιστον μία φορά ΣΕΘ, διέφεραν από τους υπολοίπους ως προς τον παράγοντα «οφέλη», έχοντας υψηλότερη μέση βαθμολογία ( $3,91 \pm 0,55$ ), έναντι  $3,42 \pm 0,80$  των υπολοίπων ( $p=0,014$ ). (Γράφημα 9)



**Γράφημα 9. Χρήση ΣΕΘ και άποψη για “οφέλη”**

### Συσχέτιση φύλου με τον παράγοντα 1=απειλή

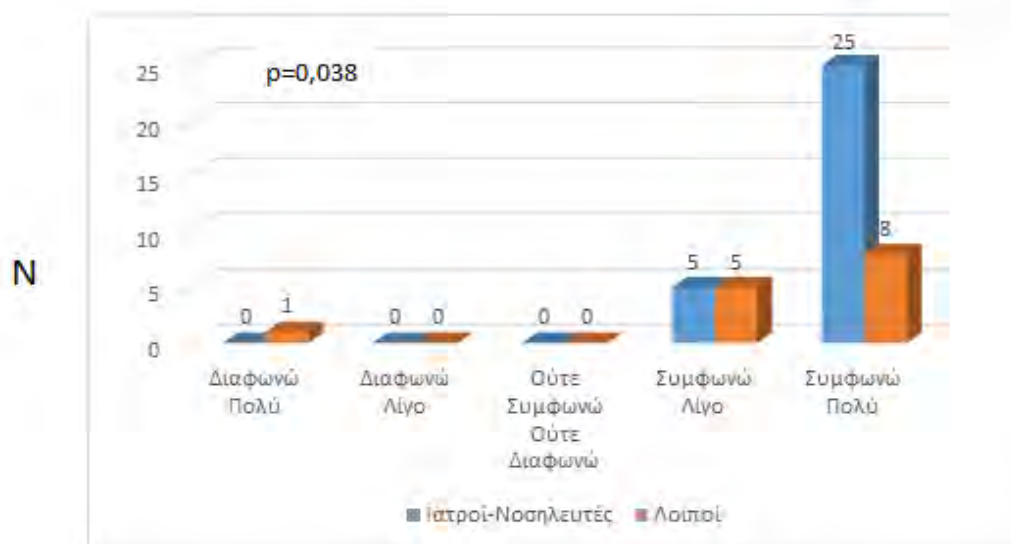
Οι γυναίκες θεωρούν λιγότερο απειλή τις ΣΕΘ (με μέση βαθμολογία  $3,73 \pm 0,70$ ) σε σχέση με τους άνδρες ( $3,08 \pm 0,57$ ) με στατιστικά σημαντική διαφορά  $p < 0,008$ . (Γράφημα 10).



**Γράφημα 10. Συσχέτιση φύλου με τον παράγοντα 1 «απειλή»**

### Συσχέτιση επαγγέλματος με ενότητα/πεδίο 1

Ποσοστό 83,3% (n=25) των ιατρών/νοσηλευτών του συνόλου του δείγματος συμφωνούσε ότι οι απόψεις και οι πεποιθήσεις ενός ασθενούς για την υγεία του θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τη φροντίδα του, ενώ στους υπόλοιπους φοιτητές το ποσοστό αυτό περιοριζόταν σε 61,5% (n=8), διαφορά στατιστικά σημαντική. (Γράφημα 11)

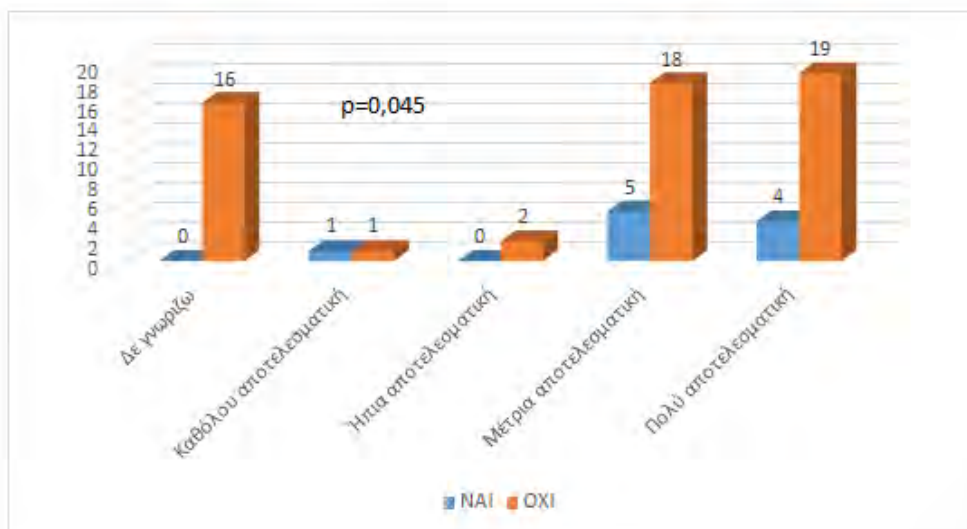


**Γράφημα 11. Διαφορές νοσηλευτών/ιατρών σχετικά με το αν οι απόψεις και οι πεποιθήσεις ενός ασθενούς για την υγεία του θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τη φροντίδα του.**

### **ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΕΘ (πεδίο/ενότητα 2 του ερωτηματολογίου)**

Ποσοστό 90% (n=9) όσων είχαν λάβει εκπαίδευση θεωρούσε ότι η ομοιοπαθητική είναι αποτελεσματική, σε σχέση με το 66% (n=37), όσων δεν είχαν λάβει εκπαίδευση, στο σύνολο του δείγματος. (Γράφημα 12)





Γράφημα 12. Άποψη για την αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής, ανάλογα με την εκπαίδευση ή μη στις ΣΕΘ.

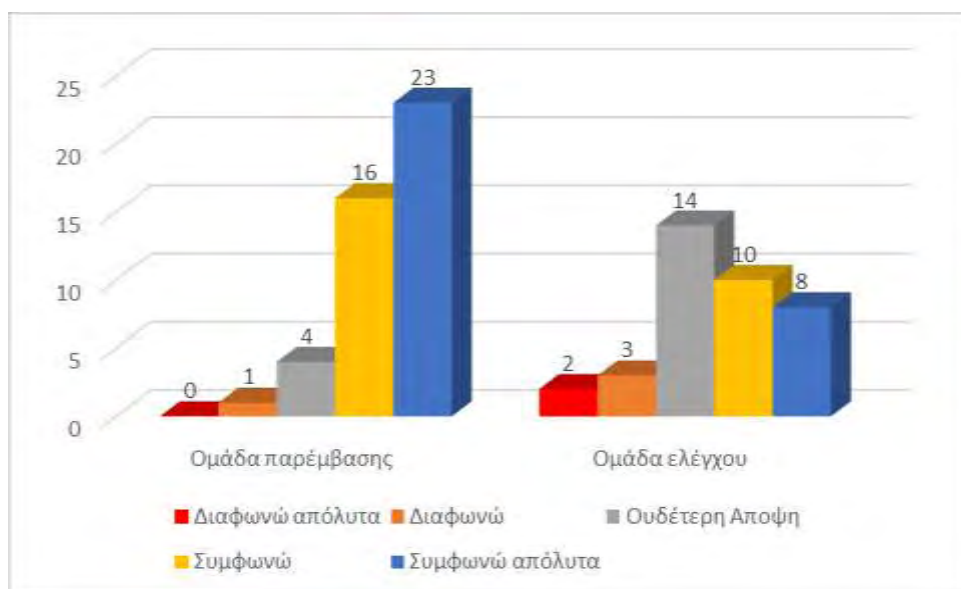
### ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΟΜΑΔΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΟΜΑΔΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ( πεδίο/ ενότητα 1)

Όταν συγκρίνεται η ομάδα ελέγχου με την ομάδα παρέμβασης, οι διαφορές εντοπίζονται στις ακόλουθες ερωτήσεις και τον παράγοντα 1 και 2, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 24. Η **ομάδα παρέμβασης** εμφανίζει **υψηλότερα** ποσοστά συμφωνίας.

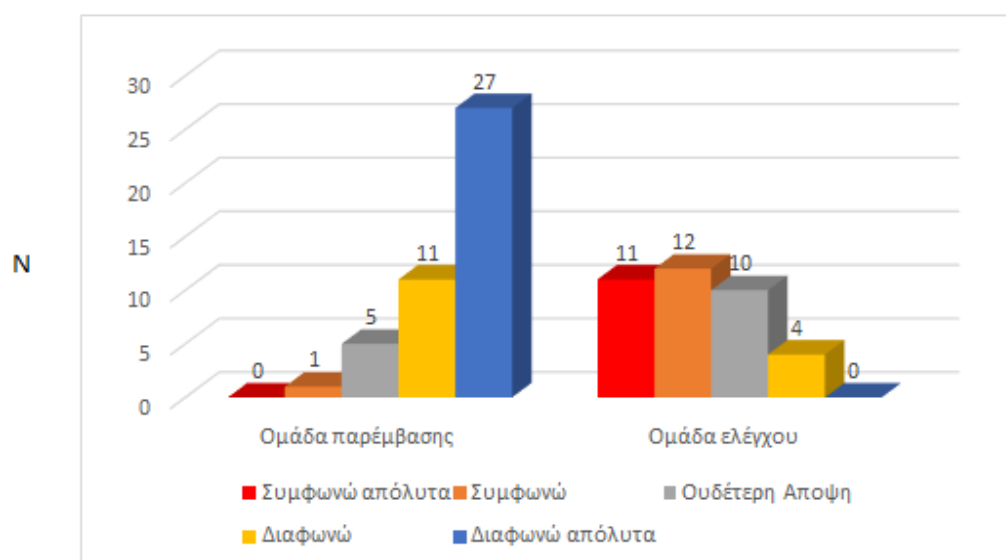
#### Πίνακας 24. Διαφορές απόψεων μεταξύ ομάδας ελέγχου και παρέμβασης

4. Οι εναλλακτικές/συμπληρωματικές θεραπείες περιλαμβάνουν ιδέες και μεθόδους από τις οποίες η ιατρική θα μπορούσε να ωφεληθεί.
6. Θεραπείες οι οποίες δεν έχουν αποδειχτεί επιστημονικά δεν θα πρέπει να συστήνονται στους ασθενείς.
7. Τα αποτελέσματα των εναλλακτικών/συμπληρωματικών θεραπειών είναι αποτέλεσμα εικονικού φαρμάκου (placebo)
8. Οι συμπληρωματικές θεραπείες είναι απειλή για τη δημόσια υγεία
9. Η εναλλακτική ιατρική είναι απειλή για τη δημόσια υγεία
12. Προσωπικά με ενδιαφέρουν οι χρήσεις των συμπληρωματικών/εναλλακτικών θεραπειών.
13. Η γνώση στις εναλλακτικές/ συμπληρωματικές θεραπείες θα μου είναι χρήσιμη μελλοντικά για την καλύτερη εξάσκηση του επαγγέλματός μου.
14. Οι συμπληρωματικές / εναλλακτικές θεραπείες ενεργοποιούν τις φυσικές θεραπευτικές δυνάμεις του ίδιου του σώματος.
Παράγοντας 1=απειλή. Ερωτήσεις 6, 8,9
Παράγοντας 2=οφέλη. Ερωτήσεις 4, 7, 11,12,13

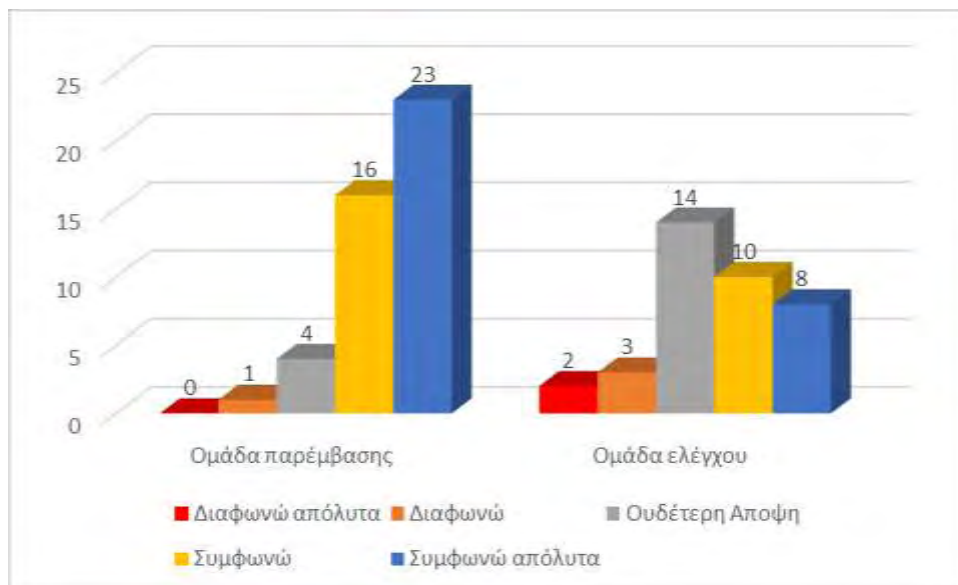
Ακολουθούν τα γραφήματα στα οποία απεικονίζεται η διαφορά μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και ελέγχου. Γραφήματα 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21



**Γράφημα 13. Όφελος από συνέργεια ΣΕΘ-συμβατικής ιατρικής** (ερώτηση 4. Οι εναλλακτικές/συμπληρωματικές θεραπείες περιλαμβάνουν ιδέες και μεθόδους από τις οποίες η συμβατική ιατρική θα μπορούσε να ωφεληθεί)

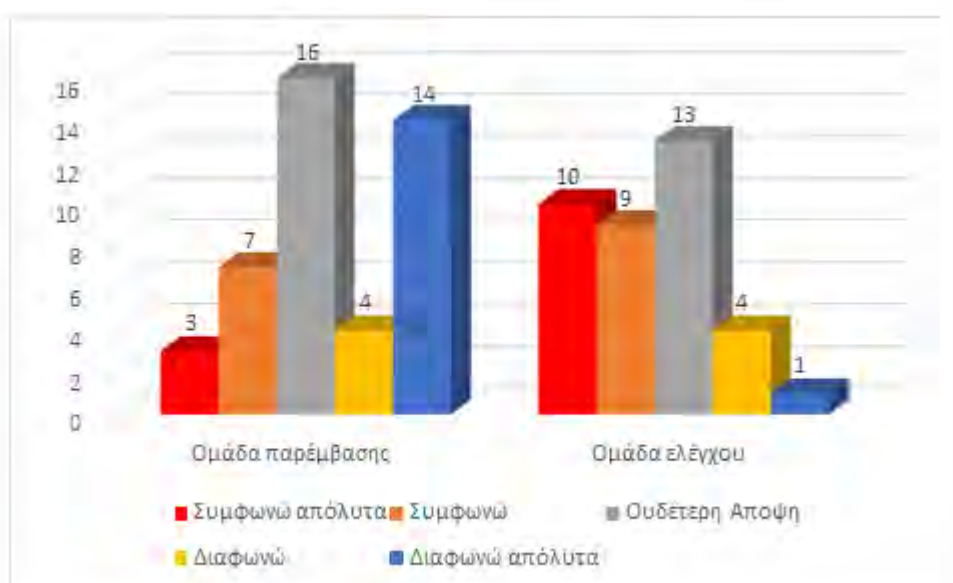


**Γράφημα 14. Η εναλλακτική ιατρική ως απειλή για τη δημόσια υγεία** (ερώτηση 9 Η εναλλακτική ιατρική είναι απειλή για τη δημόσια υγεία)

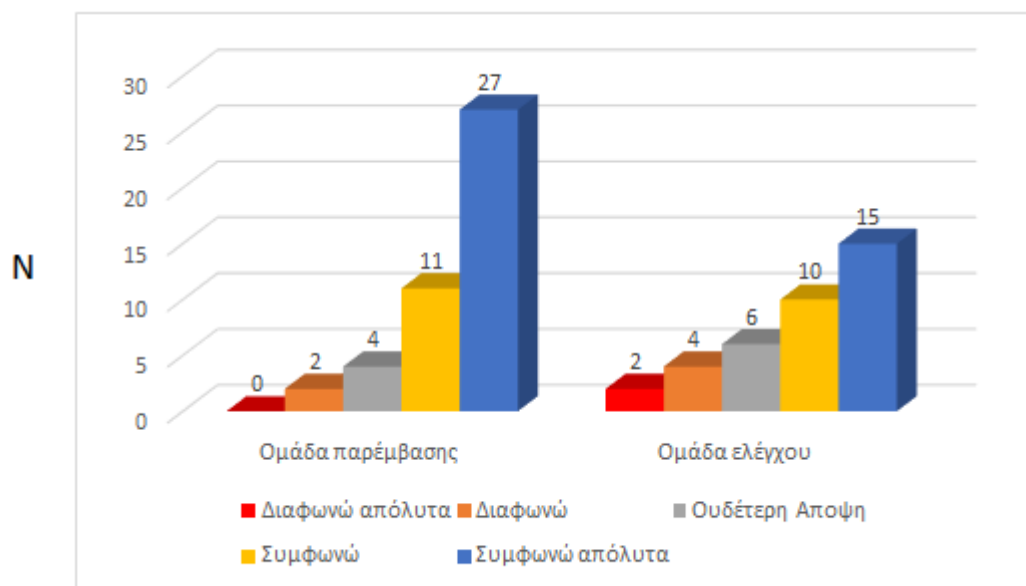


**Γράφημα 15. Σύσταση μη τεκμηριωμένων επιστημονικά θεραπειών** (ερώτηση 6. Θεραπείες οι οποίες δεν έχουν αποδειχτεί επιστημονικά δεν θα πρέπει να συστήνονται στους ασθενείς.)

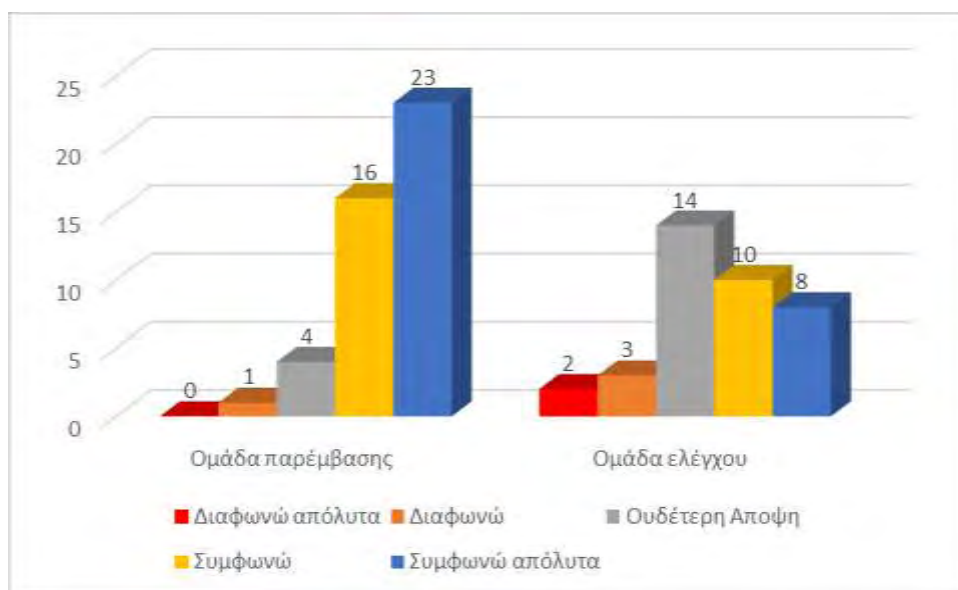
Τα αποτελέσματα των εναλλακτικών/συμπληρωματικών θεραπειών είναι αποτέλεσμα εικονικού φαρμάκου (placebo). Γράφημα 16



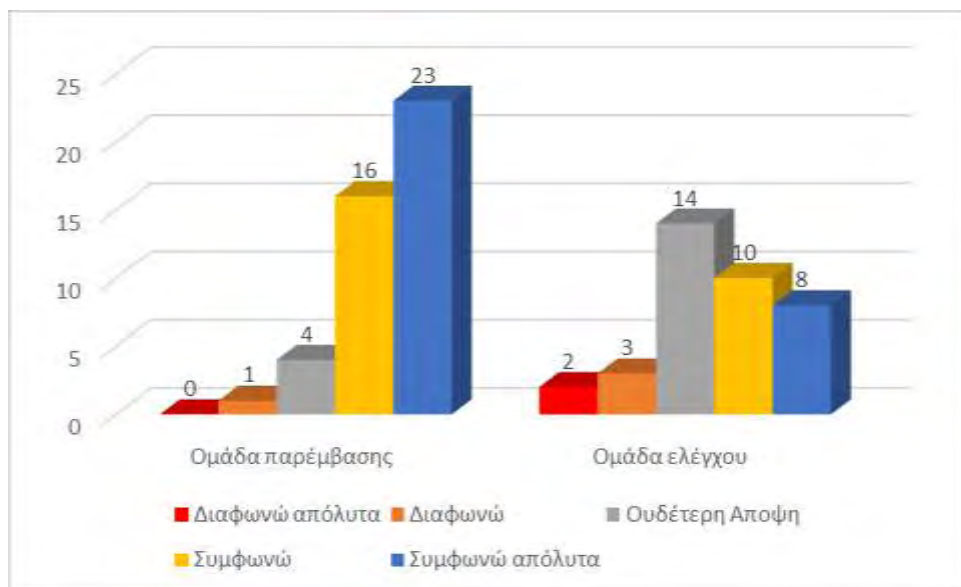
**Γράφημα 16. Η δράση ΣΕΘ ως εικονικού φαρμάκου** (ερώτηση 7. Τα αποτελέσματα των εναλλακτικών/συμπληρωματικών θεραπειών είναι αποτέλεσμα εικονικού φαρμάκου (placebo))



**Γράφημα 17. Προσωπικό ενδιαφέρον για τις ΣΕΘ** (ερώτηση 12. Προσωπικά με ενδιαφέρουν οι χρήσεις των συμπληρωματικών/εναλλακτικών θεραπειών.

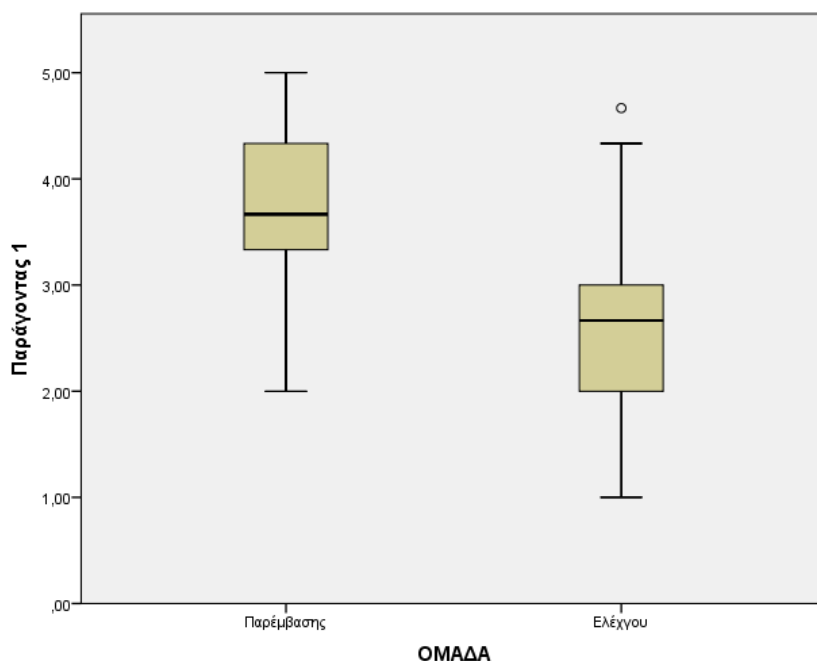


**Γράφημα 18. Μελλοντική χρησιμότητα γνώσης για τις ΣΕΘ** (ερώτηση 13. Η γνώση στις εναλλακτικές/ συμπληρωματικές θεραπείες θα μου είναι χρήσιμη μελλοντικά για την καλύτερη εξάσκηση του επαγγέλματός μου.



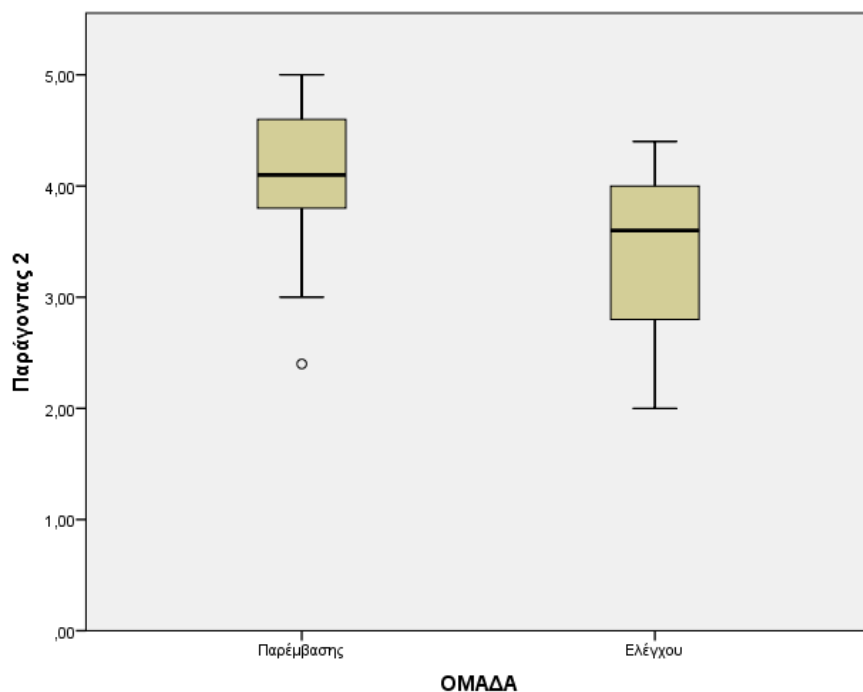
**Γράφημα 19. ΣΕΘ και ενεργοποίηση φυσικών θεραπευτικών δυνάμεων του σώματος (ερώτηση 14. Οι συμπληρωματικές / εναλλακτικές θεραπείες ενεργοποιούν τις φυσικές θεραπευτικές δυνάμεις του ίδιου του σώματος.)**

Η ομάδα παρέμβασης διέφερε από την ομάδα ελέγχου ως προς τον παράγοντα 1=«απειλή», με την ομάδα παρέμβασης να σημειώνει υψηλότερη βαθμολογία ( $3,67 \pm 0,71$ ), έναντι  $2,61 \pm 0,10$  της ομάδας ελέγχου ( $p < 0,001$ ), που σημαίνει ότι *δεν* θεωρούσαν τις ΣΕΘ απειλή, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. (Γράφημα 20)



**Γράφημα 20. Διαφορά ομάδας παρέμβασης και ελέγχου ως προς τον παράγοντα « απειλή»**

Επίσης διαφορά παρατηρήθηκε στον παράγοντα 2= ‘‘οφέλη’’ με την ομάδα παρέμβασης να σημειώνει υψηλότερη βαθμολογία ( $4,13 \pm 0,57$ ), έναντι της ομάδας ελέγχου ( $3,37 \pm 0,68$ ) ( $p < 0,001$ ), που σημαίνει ότι πίστευαν περισσότερα στα οφέλη των ΣΕΘ (συνέργεια με συμβατική ιατρική και αυξημένο προσωπικό ενδιαφέρον) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. (Γράφημα 21)



**Γράφημα 21. Διαφορά ομάδας παρέμβασης και ελέγχου ως προς τον παράγοντα « οφέλη»**

## ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

(ΠΕΔΙΟ-ΕΝΟΤΗΤΑ 2 του ερωτηματολογίου)

Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η βελτίωση στην περίπτωση του βελονισμού, της ομοιοπαθητικής, της ρεφλεξολογίας, της χειροπρακτικής και της οστεοπαθητικής, όπως προκύπτει και από τα ποσοστά εκείνων που δήλωσαν ότι τις θεωρούν *εξαιρετικά αποτελεσματικές*. (Πίνακας 25)

**Πίνακας 25. Ποσοστά άποψης περί «εξαιρετικής αποτελεσματικότητας» των ΣΕΘ, ανά θεραπεία.**

Βαθμολογία 5 στη Λίκερτ (πολύ αποτελεσματικές)	% Πριν	% Μετά	% Μετά από 3 μήνες
Αρωματοθεραπεία	4,5	4,5	4,5
Βελονισμός	25	54,5	43,2
Βοτανοθεραπεία	31,8	38,6	34,1
Μουσικοθεραπεία	50	52,3	29,5
Ομοιοπαθητική	27,3	38,6	40,9
Οστεοπαθητική	15,9	11,4	22,7
Reiki	6,8	13,6	15,7
Ρεφλεξολογία	6,8	15,9	25
Σιάτσου	15,9	15,9	22,7
Υπνωση	11,4	4,5	4,5
Φυτικά Συμπληρώματα	11,4	15,9	15,9
Χειροπρακτική	20	29,5	38,6

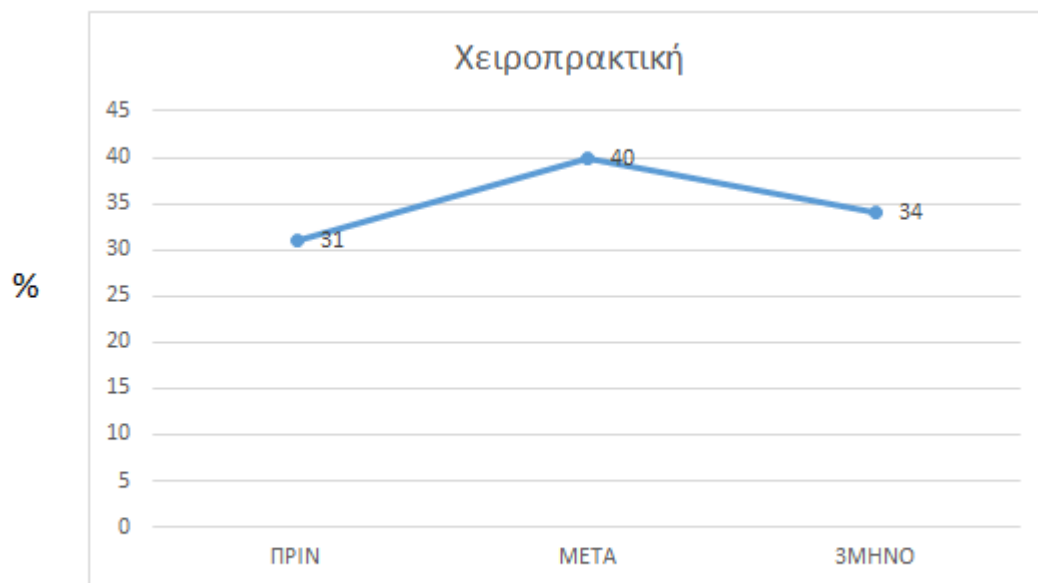
Σε όλες τις περιπτώσεις, πλην της αρωματοθεραπείας και ύπνωσης, η άποψη για την αποτελεσματικότητα (ήπια-μέτρια πολύ αποτελεσματική) των θεραπειών (βαθμολογία 3-5 στην κλίμακα Λίκερτ) βελτιώθηκε κατά 10-30%, με τη βελτίωση να είναι εμφανής αμέσως μετά την παρέμβαση και να φθίνει όμως με την πάροδο του χρόνου. (Πίνακας 26)

Στα γραφήματα 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 φαίνεται ότι όλες οι ΣΕΘ είχαν μεγάλη αύξηση αμέσως μετά την παρέμβαση στην θεωρούμενη αποτελεσματικότητα (βαθμολογία 3-5 στην κλίμακα Λίκερτ) από τους φοιτητές με εξαίρεση την αρωματοθεραπεία. Η αύξηση αυτή όμως είναι βραχύβια, γιατί μετά το πέρας τριμήνου υπάρχει πτώση στην θεωρούμενη αποτελεσματικότητα στα ίδια επίπεδα περίπου όπως πριν από την παρέμβαση, με εξαίρεση την οστεοπαθητική που συνεχίζει να διατηρεί υψηλά επίπεδα. Οι θεραπείες που δε διδάχθηκαν στους φοιτητές όπως Reiki, αρωματοθεραπεία, ύπνωση μετά το τρίμηνο παρουσιάζουν ακόμη χαμηλότερα ποσοστά αποτελεσματικότητας από ότι πριν από την παρέμβαση. Η μουσικοθεραπεία, ενώ ξεκίνησε με πολύ υψηλό ποσοστό, δεν το διατήρησε μετά το τρίμηνο, παρόλο που διδάχθηκε στους φοιτητές.

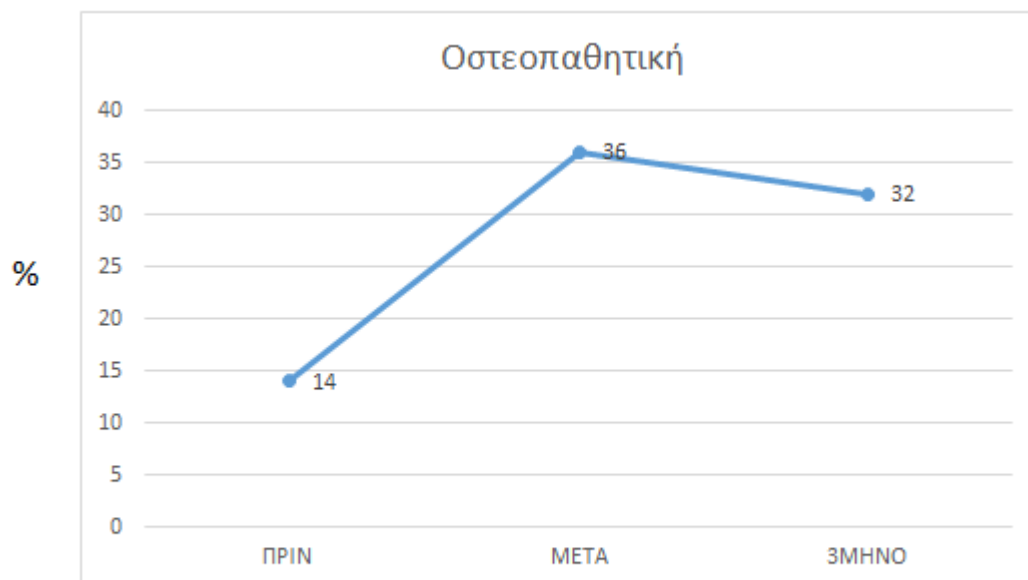
**Πίνακας 26. Άποψη για την αποτελεσματικότητα των ΣΕΘ ανά θεραπεία.**

	ΠΡΙΝ			ΜΕΤΑ			3ΜΗΝΟ			p
	ΔΞ/ΔΑ	Επιβλαβής	Αποτελεσματική	ΔΞ/ΔΑ	Επιβλαβής	Αποτελεσματική	ΔΞ/ΔΑ	Επιβλαβής	Αποτελεσματική	
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	
Αρωμ	15	1	28	12	2	30	17	0	21	<0,001
Βελον	10	2	32	0	0	44	2	4	32	<0,001
Βοτανο	7	0	37	2	1	41	5	0	33	<0,001
Μουσι	6	2	36	2	3	39	9	0	29	<0,001
Ομοιο	10	1	33	1	0	43	2	3	33	<0,001
Οστεο	26	4	14	8	0	36	5	1	32	<0,001
Reiki	29	2	13	25	2	17	24	3	11	<0,025
Ρεφλεξ	12	3	29	5	2	37	7	1	30	<0,001
Σιατσ	19	3	22	6	0	38	5	0	33	<0,001
Υπνωσ	20	5	19	17	3	24	21	2	5	<0,001
Φυτικ	11	0	33	5	2	37	6	0	32	<0,001
Χειρο	13	0	31	4	0	40	4	0	34	<0,001

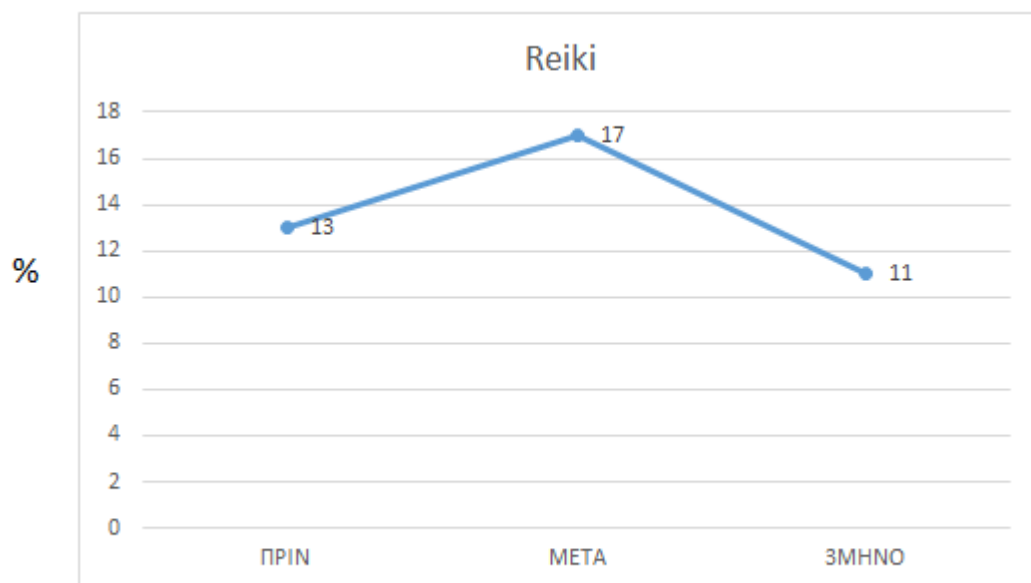




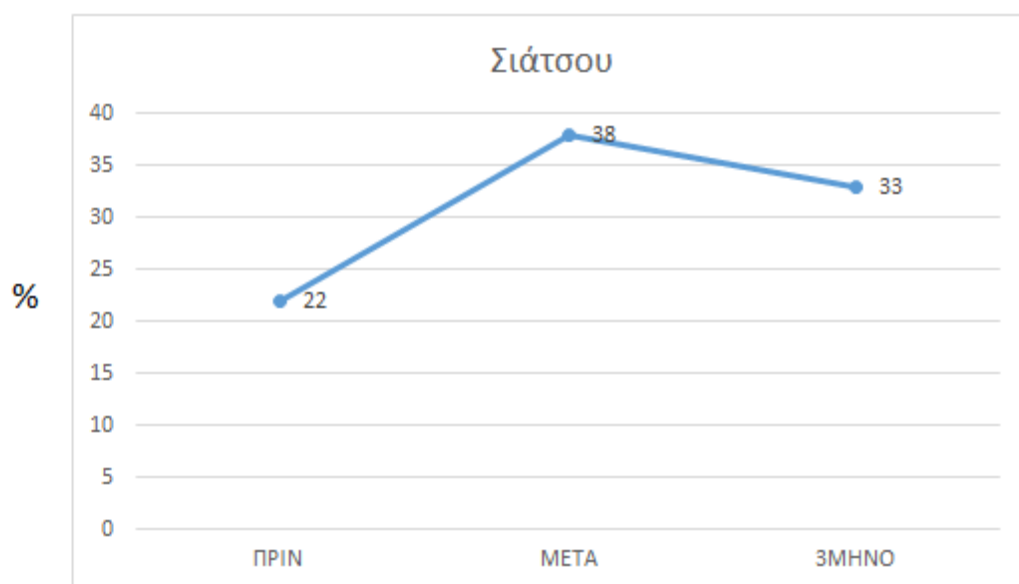
**Γράφημα 22. Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για τη χειροπρακτική μετά την παρέμβαση**



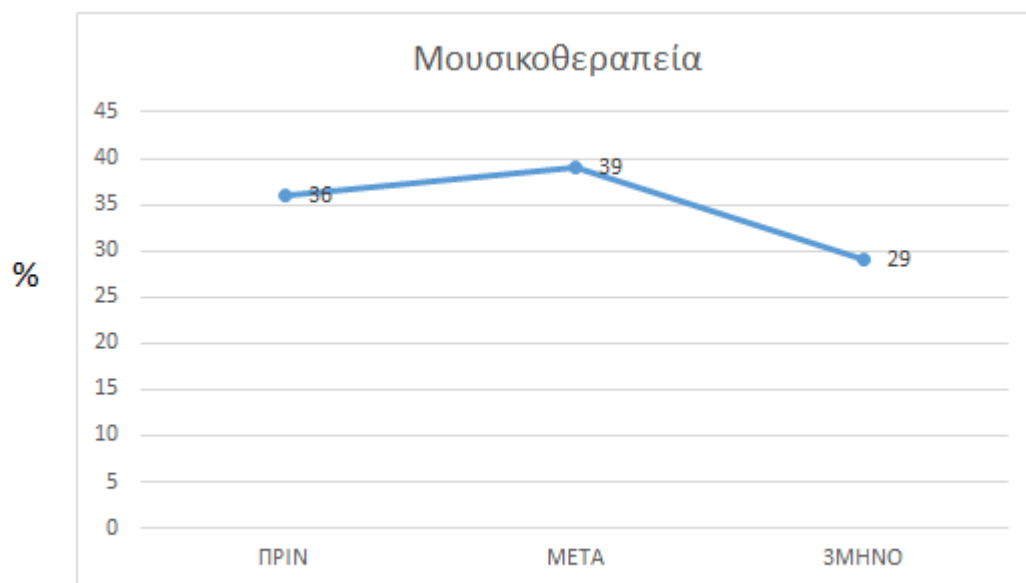
**Γράφημα 23. Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για τη οστεοπαθητική μετά την παρέμβαση**



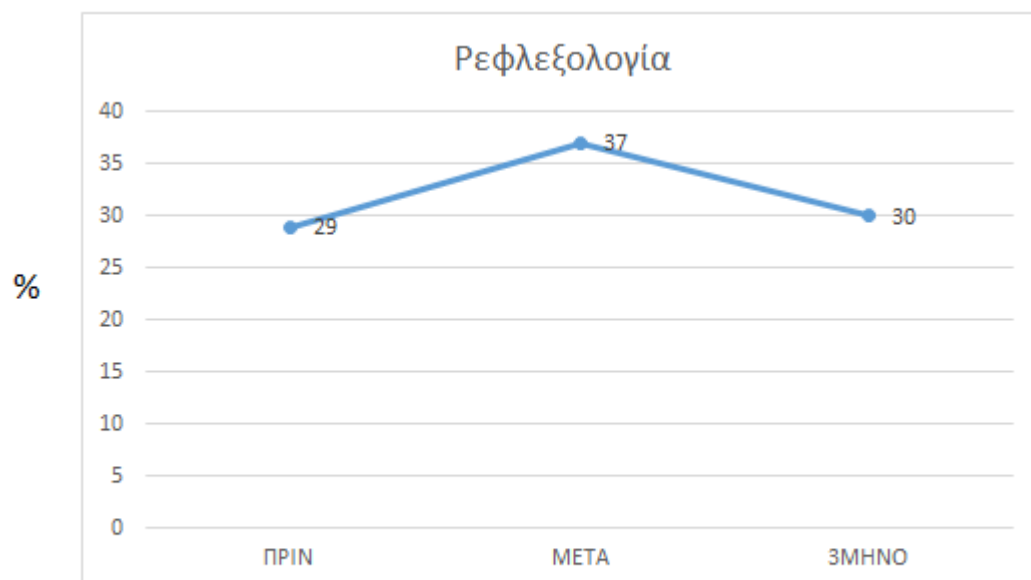
**Γράφημα 24. Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για τη Reiki μετά την παρέμβαση**



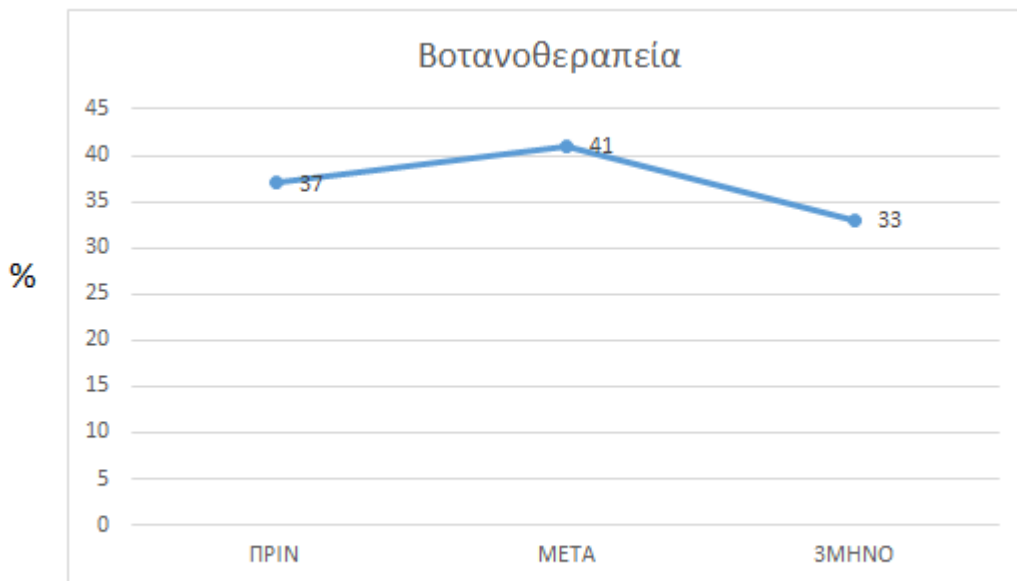
**Γράφημα 25. Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για το Σιάτσου μετά την παρέμβαση**



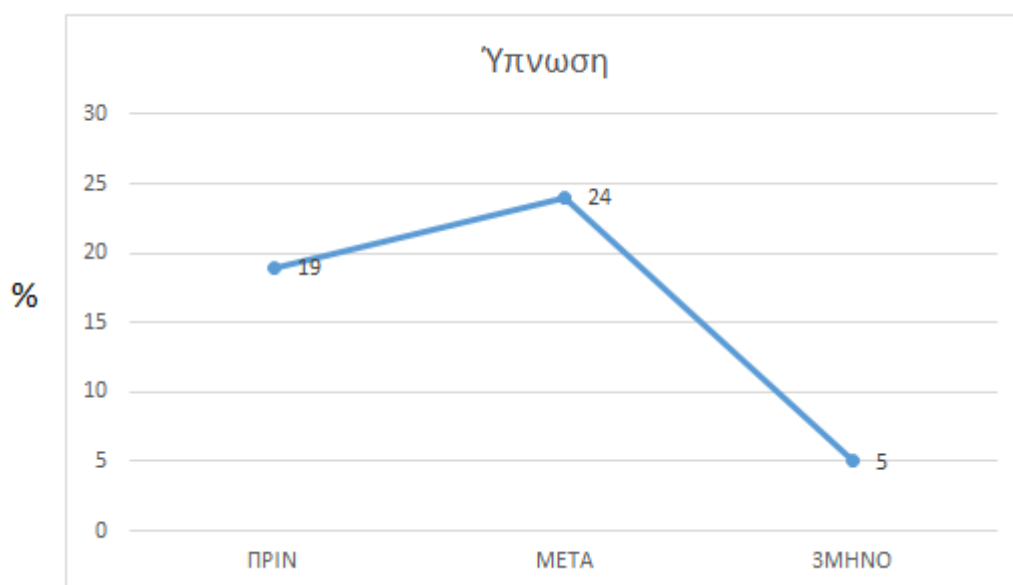
**Γράφημα 26. Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για τη Μουσικοθεραπεία μετά την παρέμβαση**



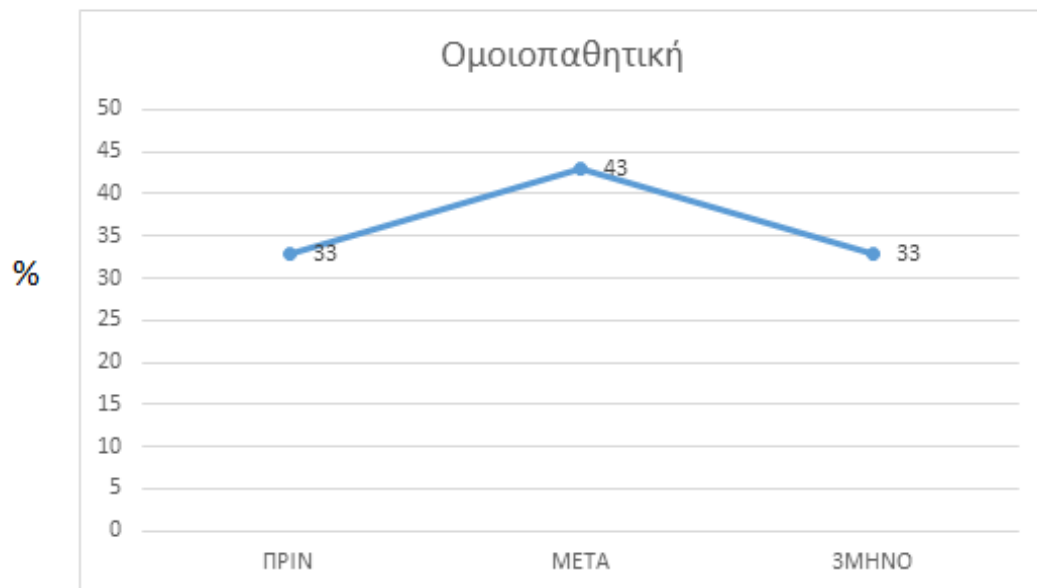
**Γράφημα 27. Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για τη Ρεφλεξολογία μετά την παρέμβαση**



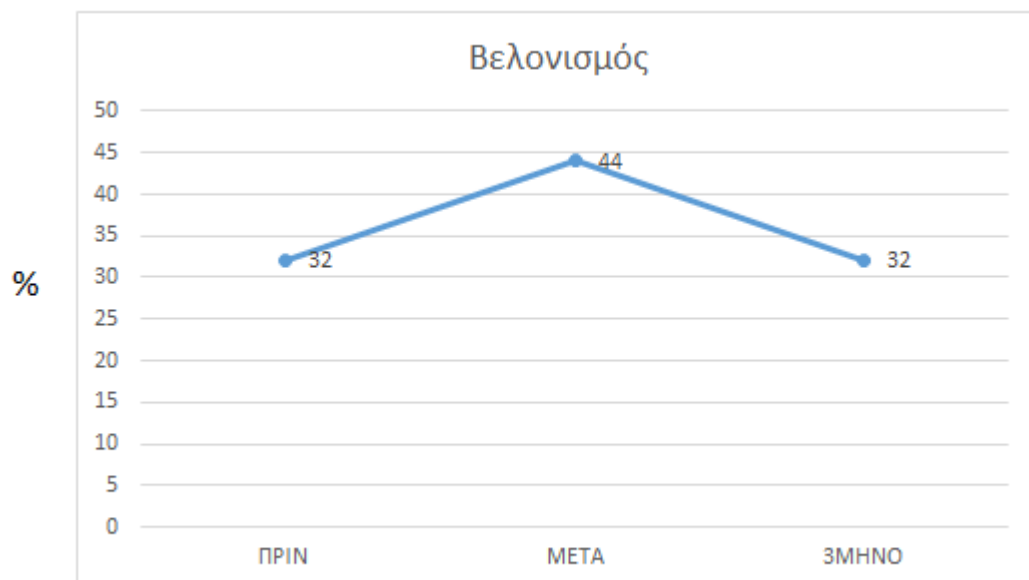
**Γράφημα 28. Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για τη Βοτανοθεραπεία μετά την παρέμβαση**



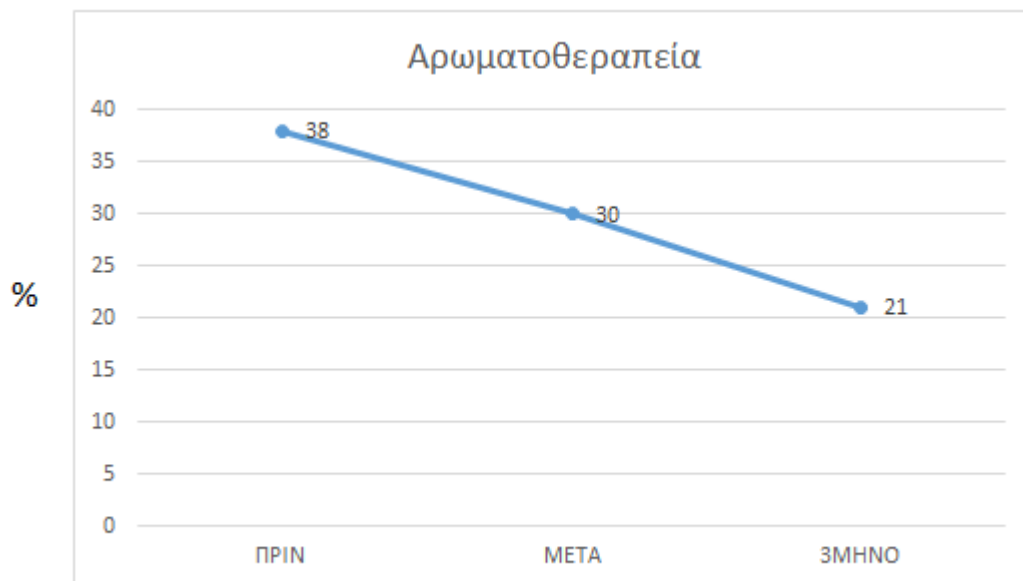
**Γράφημα 29. Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για την Ύπνωση μετά την παρέμβαση**



**Γράφημα 30. Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για την Ομοιοπαθητική μετά την παρέμβαση**



**Γράφημα 31. Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για το Βελονισμό μετά την παρέμβαση**



**Γράφημα 32. Ποσοστά βελτίωσης της άποψης για την Αρωματοθεραπεία μετά την παρέμβαση**

### 3.4 Συζήτηση

Οι εναλλακτικές θεραπείες αποτελούν μια σύγχρονη συνεργατική προσέγγιση της θεραπευτικής η οποία κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος με αποτέλεσμα να γίνεται ανάγκη η απόκτηση εξειδικευμένης γνώσης για τους επαγγελματίες υγείας και για όσους εμπλέκονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δεδομένου του ότι η απόκτηση γνώσεων αποτελεί την ασπίδα προστασίας στην εφαρμογή τους, με στόχο πάντα την αποτελεσματικότερη μέθοδο θεραπείας προς τον ασθενή.

Η διαδικασία του προσδιορισμού των στάσεων και των απόψεων είναι καίριας σημασίας, καθώς μέσα από την έρευνα, θα διαφανεί το κατά πόσο οι φοιτητές είναι πραγματικά έτοιμοι να εκπαιδευτούν και να καταστούν είτε οι ίδιοι θεραπευτές, είτε να αποκτήσουν το ρόλο του ατόμου μέσα στην ομάδα υγείας που θα πληροφορήσει τόσο τον ασθενή όσο και την υπόλοιπη ομάδα για τις εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες.

Η πρωτοτυπία της μελέτης αυτής έγκειται στο ότι πραγματοποιήθηκε σε μεταπτυχιακούς φοιτητές και ερευνά τις απόψεις και στάσεις τους σχετικά με τις ΣΕΘ και την αλλαγή των απόψεών τους μετά από παρέμβαση. Οι περισσότερες μελέτες παρέμβασης αφορούν φοιτητές [55, 60-62, 70-73, 77, 88, 91, 112] και πολύ λίγες γιατρούς και επαγγελματίες [89, 113], αλλά καμία δεν έχει γίνει που να περιλαμβάνει μεταπτυχιακούς φοιτητές με τόσο μεγάλη ετερογένεια στα βασικά πτυχία σπουδών τους. Το κοινό σε όλους τους συμμετέχοντες ήταν η συμμετοχή τους σε προγράμματα

μεταπτυχιακών σπουδών σχετικών με την ιατρική της κοινότητας («Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» και «Ψυχική Υγεία»). Επίσης, σε 3 μόνο προηγούμενες μελέτες παρέμβασης σε φοιτητές [60, 88, 91] εξετάζονται τα πεδία/ενότητες και οι παράγοντες για τις απόψεις και στάσεις των φοιτητών τα οποία εξετάστηκαν και στην παρούσα έρευνα και 1 σε γιατρούς[89].

Το ποσοστό συμμετοχής των μεταπτυχιακών φοιτητών ήταν αρκετά υψηλό, με σαράντα τέσσερις φοιτητές (91,6%) να έχουν συμπληρώσει το εργαλείο της έρευνας (ερωτηματολόγιο) πριν και μετά την παρέμβαση, ενώ το 83% (n=40) μετά από 3 μήνες.

Το 1/3 των φοιτητών και των δύο ομάδων στην παρούσα έρευνα έχουν κάνει χρήση των εναλλακτικών θεραπειών. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με μελέτες που δείχνουν αυξημένη χρήση ΣΕΘ από τους φοιτητές [31, 33, 55, 67, 80, 81]. Όμως οι μελέτες αυτές έγιναν σε φοιτητές φαρμακευτικής και ιατρικής και όχι σε φοιτητές διαφόρων σχολών, όπως στην παρούσα έρευνα. Μάλιστα μια μελέτη στην Αμερική όπου η έρευνα για τις ΣΕΘ έγινε στους φοιτητές ενός πανεπιστημίου που περιλάμβανε φοιτητές από διαφορετικές σχολές ανέδειξε αποτελέσματα όμοια με την παρούσα έρευνα, δηλαδή 36% είχαν χρησιμοποιήσει ΣΕΘ [84].

Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες εναλλακτικές θεραπείες για το σύνολο των φοιτητών ήταν οι βιταμίνες/ιχνοστοιχεία, το μασάζ και ακολουθούν η γιόγκα και τα βότανα κάτι που φαίνεται και σε άλλες μελέτες ειδικά σε περιοχές με παρόμοια κουλτούρα όπως Βαλκάνια, Τσεχία. [31, 90]

Το 43% των φοιτητών είχαν προηγούμενα χρησιμοποιήσει βιολογικά βασισμένες θεραπείες, και το 30% πρακτικές βασισμένες στο σώμα.

Δεν είχε κάνει χρήση οστεοπαθητικής και φυσικοπαθητικής κανένας από τους συμμετέχοντες, κάτι που αναδεικνύει την έλλειψη ενημέρωσης για αυτές τις θεραπείες.

Εκπαίδευση θεωρεί ότι έχει λάβει το 1/5 των φοιτητών και μάλιστα το μεγαλύτερο ποσοστό είχε λάβει τη γνώση μέσω ιδιωτικού σεμιναρίου. Τα ποσοστά αυτά είναι μικρά σε σύγκριση με άλλες χώρες, κάτι που αναμένεται λόγω της έλλειψης νομοθετικού πλαισίου στα πανεπιστήμια για την διδασκαλία των ΣΕΘ, με αποτέλεσμα στην Ελλάδα οι φοιτητές να μη διδάσκονται τις ΣΕΘ εντός πανεπιστημιακού πλαισίου, αλλά να τις επιλέγουν μέσω ιδιωτικών σχολών [42, 44, 45, 47].

Όσοι έχουν λάβει κάποιας μορφής εκπαίδευση στο παρελθόν έχουν θετικότερη άποψη για τις ΣΕΘ κατά 15%, και μάλιστα το 90% θεωρούσαν την ομοιοπαθητική πιο αποτελεσματική.

Λαμβάνοντας υπόψη τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες θεραπείες αλλά και τα άλλα πεδία της έρευνας δεν φάνηκε διαφορά στα δύο φύλα όμοια με άλλες μελέτες [80, 83]. Εξαίρεση αποτελεί ο παράγοντας 1 απειλή, όπου οι γυναίκες θεωρούν τις ΣΕΘ λιγότερο απειλή. Στο τελευταίο συνηγορούν μελέτες που αναδεικνύουν ότι οι γυναίκες είναι πιο δεκτικές στις ΣΕΘ [66, 81, 87, 92].

Πριν από την παρέμβαση, τα 3/4 των φοιτητών συμφωνούσαν ότι οι απόψεις και οι πεποιθήσεις ενός ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τη φροντίδα του, όπως φάνηκε και από προηγούμενες μελέτες [30, 33]. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές είχαν θετικότερη άποψη στην ερώτηση σε σχέση με

τους υπόλοιπους μεταπτυχιακούς φοιτητές, κάτι που δικαιολογείται από την επαγγελματική τους ιδιότητα.

Οι φοιτητές που έκαναν χρήση κάποιας μορφής ΣΕΘ είχαν μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας με τον παράγοντα 2 που αφορά τα *οφέλη* των ΣΕΘ

Μετά την παρέμβαση, παρατηρήθηκε βελτίωση των ποσοστών κατά 10-30% στις ερωτήσεις για την αυτοϊαση, συνέργεια με συμβατική ιατρική, και επαγγελματική κατάρτιση. Έτσι εδραιώνεται η πεποίθηση της θετικής συμβολής της διδασκαλίας των ΣΕΘ στο επαγγελματικό ενδιαφέρον των φοιτητών [71, 72]. Η ανάγκη ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν γνώση των ΣΕΘ αυξάνει σε συμφωνία στο 100% μετά την παρέλευση τριμήνου με μεγάλη στατιστική σημαντικότητα. Όσον αφορά αυτή την αναγκαιότητα για επαγγελματική κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας για τις ΣΕΘ υποστηρίζεται και από άλλη μελέτη [71]. Αντίθετα, σε μια άλλη έρευνα των Cook et al [61], η άποψη των φοιτητών δεν αλλάζει μετά την παρέμβαση ίσως γιατί διδάχθηκαν ΣΕΘ μέσω του ίντερνετ ή διότι ήταν φοιτητές ιατρικής και ειδικευόμενοι ιατροί.

Στην ερώτηση «Θεραπείες οι οποίες δεν έχουν αποδειχτεί επιστημονικά δεν θα πρέπει να συστήνονται στους ασθενείς», αυξάνεται η διαφωνία σε αρνητική όμως βαθμολογία, δηλαδή μετά την διδασκαλία του μαθήματος οι φοιτητές έγιναν πιο δεκτικοί στις εναλλακτικές θεραπείες παρόλο που δεν υπάρχουν τεκμηριωμένες αποδείξεις, σε αντίθεση με μελέτη όπου μετά την παρέμβαση έγιναν πιο σκεπτικοί και πείθονται μόνο με επιστημονικές αποδείξεις [91], πιθανόν γιατί ήταν φοιτητές ιατρικής και στηρίζονται στο evidence based medicine.

Για τον παράγοντα 2 *οφέλη των ΣΕΘ*, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ομάδα παρέμβασης πριν και μετά την παρέμβαση. Μετά την παρέμβαση φαίνεται να βελτιώθηκε η άποψη ότι η «εναλλακτική ιατρική περιλαμβάνει ιδέες και μεθόδους από τις οποίες η συμβατική ιατρική μπορεί να ωφεληθεί», δηλαδή αυξήθηκε η άποψη ότι η *συνεργεία* τους βοηθά στην καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενή. Σε αυτό οδηγούν και άλλες μελέτες [34, 51, 55]

Όσον αφορά το *προσωπικό ενδιαφέρον* για τις ΣΕΘ (αν θεωρούν ότι θα τους είναι χρήσιμες στην επαγγελματική τους πορεία) φαίνεται να υπάρχει πιο θετική στάση μετά την παρέμβαση. Πιθανά, η άγνοια για τις ΣΕΘ να τους έκανε επιφυλακτικούς για τις ΣΕΘ, ενώ μετά το μάθημα κατανόησαν καλύτερα ότι η αύξηση της ζήτησης ΣΕΘ από τους ασθενείς παγκοσμίως είναι κάτι που θα τους κάνει να αντιμετωπίσουν στο μέλλον και άρα πρέπει να είναι πιο προετοιμασμένοι και δεκτικοί με τις ΣΕΘ [70, 72].

Για τον παράγοντα 1 *Απειλή*, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ομάδα παρέμβασης πριν και μετά την παρέμβαση, αν και πριν από την παρέμβαση θεωρούσαν τις ΣΕΘ μικρή απειλή για την υγεία. Αυτό σημαίνει ότι οι φοιτητές δεν άλλαξαν γνώμη παρά την παρέμβαση που τους έγινε. Σε αυτό το γεγονός συνηγορούν και άλλες μελέτες [55, 88].



Όμως ο συγκεκριμένος παράγοντας *απειλή* είχε χαμηλότερες επιδόσεις στην ομάδα ελέγχου, γιατί αυτή η ομάδα δεν περιλαμβάνει μεταπτυχιακούς φοιτητές με επαγγελματικές ειδικότητες άμεσα σχετιζόμενες με την αλλοπαθητική ιατρική. Οι φοιτητές στην ομάδα παρέμβασης δεν θεωρεί τις ΣΕΘ απειλή για την συμβατική ιατρική ( $p < 0,001$ ) γιατί πήραν το συγκεκριμένο μάθημα «Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες» από επιλογή, άρα είχαν από την αρχή μια ίσως πιο θετική στάση και άποψη για τις ΣΕΘ σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Κατά τη σύγκριση με την ομάδα ελέγχου παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0,001$ ) στον παράγοντα *2-οφέλη των ΣΕΘ (Προσωπικό ενδιαφέρον για τις ΣΕΘ και συνέργεια με την συμβατική ιατρική)*. Πιθανή αιτία είναι ότι επειδή το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού στην ομάδα ελέγχου περιλαμβάνει ψυχολόγους και άλλους, και όχι γιατρούς και νοσηλευτές, οι ψυχολόγοι εξασκούν οι ίδιοι μη φαρμακευτικές επιδράσεις στους ασθενείς τους άρα δεν παραδέχονται τις ΣΕΘ και έχουν αρνητικότερη άποψη για τις ΣΕΘ λόγω σύγκρουσης συμφερόντων. Η ομάδα παρέμβασης είναι πιο θετικά διακείμενη στις ΣΕΘ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου στις ερωτήσεις που αφορούν τις απόψεις και στάσεις των φοιτητών για τις ΣΕΘ (ενότητα/πεδίο 1 της παρούσας έρευνας). Η σύγκριση της ομάδας παρέμβασης με την ομάδα ελέγχου έδειξε σημαντική διαφορά στις ερωτήσεις «τα οφέλη των εναλλακτικών συμπληρωματικών θεραπειών είναι όμοια με τα αποτελέσματα εικονικού φαρμάκου» με την ομάδα ελέγχου να πιστεύει ότι οι ΣΕΘ είναι συνώνυμες με το εικονικό φάρμακο, κάτι που συνάδει με την επαγγελματική ιδιότητα των φοιτητών της ομάδας ελέγχου. Διαφορά παρατηρήθηκε στις ερωτήσεις «Τα συμπτώματα μιας ασθένειας θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως εκδήλωση της γενικότερης ανισορροπίας ή δυσλειτουργίας του σώματος; και «Οι εναλλακτικές/συμπληρωματικές θεραπείες περιλαμβάνουν ιδέες και μεθόδους από τις οποίες η συμβατική ιατρική θα μπορούσε να ωφεληθεί» με την ομάδα ελέγχου να είναι πιο επιφυλακτικοί

Όσον αφορά το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου που διερευνά το πεδίο *αποτελεσματικότητα/ζημία των ΣΕΘ* υπήρξε διαφορά πριν και μετά την παρέμβαση.

Πριν από την παρέμβαση οι φοιτητές θεωρούσαν πολύ αποτελεσματικές (βαθμολογία 5 στην κλίμακα Λίκερτ) τις μουσικοθεραπεία και το βελονισμό, ενώ δήλωναν άγνοια για οστεοπαθητική και Reiki.

Όμως μετά την διδασκαλία του μαθήματος αποτελεσματικές (βαθμολογία 4 και 5 στην κλίμακα Λίκερτ) θεωρούνται οι βελονισμός, ομοιοπαθητική, βοτανοθεραπεία, χειροπρακτική με ποσοστά συμφωνίας πάνω από 40%. Μετά από 3 μήνες, υψηλά ποσοστά πάνω από 30% συνεχίζουν να διατηρούν η χειροπρακτική, η ομοιοπαθητική, η βοτανοθεραπεία, σιάτσου, βελονισμός, οστεοπαθητική. Η μεγαλύτερη άνοδος παρατηρείται σε οστεοπαθητική (διπλασίασε τα ποσοστά της αποτελεσματικότητας), ρεφλεξολογία, σιάτσου, ενώ η μουσικοθεραπεία έχει θεαματική πτώση. Τα παραπάνω γεγονότα εξηγούνται στο ότι οι φοιτητές διάβασαν για τις εξετάσεις, άρα πιθανά να

πίστεψαν στην αποτελεσματικότητά τους και γνώρισαν κάποιες μορφές ΣΕΘ για τις οποίες δεν ήταν εξοικειωμένοι όπως την οστεοπαθητική και το σιάτσου. Αυτό συμφωνεί και με μελέτες που δείχνουν ότι αν οι ΣΕΘ περιλαμβάνονται στο επίσημο πρόγραμμα σπουδών και ακολουθούν τελικές εξετάσεις, τότε παρατηρείται αύξηση των γνώσεων των φοιτητών [62,92].

Από τα παραπάνω εξάγεται το συμπέρασμα ότι σχεδόν όλες οι ΣΕΘ είχαν βραχύβια άνοδο αμέσως μετά την παρέμβαση, (εξαίρεση αποτελεί η αρωματοθεραπεία), όμως καλύτερα ποσοστά μετά το τρίμηνο διατηρεί η οστεοπαθητική, για την οποία οι φοιτητές πριν την παρέμβαση δήλωσαν μεγάλα ποσοστά άγνοιας και μάλιστα δεν είχε αναφέρει κανένας από τους φοιτητές προηγούμενη ιδία χρήση. Συνεπώς, η διδασκαλία της οστεοπαθητικής τους έπεισε για την αποτελεσματικότητά της. Τα παραπάνω συμφωνούν με προηγούμενες έρευνες που δείχνουν ότι η διδασκαλία των ΣΕΘ αυξάνει τη γνώση των φοιτητών [55, 71, 73, 74, 88].

Η μουσικοθεραπεία παρόλο που διδάχτηκε στους φοιτητές δεν αποτελούσε βασικό κομμάτι της εξεταστικής ύλης και έτσι ενώ στην αρχή είχε αύξηση μετά την παρέλευση του τριμήνου δεν διατήρησε τα ποσοστά της. Ένας επιπλέον λόγος είναι ότι δεν έπεισε τους φοιτητές για την αποτελεσματικότητά της, κάτι που φάνηκε και σε άλλες μελέτες ότι όταν οι ΣΕΘ δεν διδάσκονται από κάποιον που δεν είναι γιατρός δεν έχει αποτελεσματικότητα η διδασκαλία [60, 93].

Οι τρεις θεραπείες τις οποίες δεν διδάχτηκαν οι φοιτητές ήταν η αρωματοθεραπεία και η ύπνωση και το Reiki και συμπεριελήφθησαν επίτηδες στο ερωτηματολόγιο ως ερωτήσεις ελέγχου για να ελέγξουμε αν θα συμπαρασυρθούν θετικά και αυτές από την παρέμβαση ή αν όντως η παρέμβαση-διδασκαλία συγκεκριμένων ΣΕΘ θα επηρέαζε τις απόψεις των φοιτητών μόνο για αυτές που διδάχθηκαν («halo effect»). Πράγματι αυτές οι τρεις είχαν τα υψηλότερα ποσοστά «δεν γνωρίζω/δεν απαντώ» 3 μήνες μετά την παρέμβαση κάτι που σημαίνει ότι οι φοιτητές ήταν σκεπτικοί την ώρα που απαντούσαν και επιβεβαίωσαν την απουσία του «halo effect».

Όσον αφορά το πεδίο που διερευνά τα εμπόδια στη χρήση/ενσωμάτωση των ΣΕΘ, διαπιστώθηκε ότι το κύριο εμπόδιο ήταν η έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού που συμφωνεί μόνο με μία μελέτη [30] και μετά ακολουθεί ο μικρός αριθμός «πιστοποιημένων» θεραπευτών. Τα αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με τις προηγούμενες έρευνες στις οποίες η έλλειψη επιστημονικών αποδείξεων ήταν το εμπόδιο με τα μεγαλύτερα ποσοστά συμφωνίας και μετά ακολουθούσε η έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού [32, 51, 53, 69] . Το γεγονός αυτό εξηγείται διότι στην Ελλάδα λόγω του ασαφούς νομικού πλαισίου για τις ΣΕΘ δεν υπάρχουν αρκετοί και εκπαιδευμένοι «θεραπευτές» ΣΕΘ. Αυτό οφείλεται στο γεγονός της έλλειψης ιατρικής βασισμένη σε ενδείξεις πάνω στον τομέα των ΣΕΘ, αλλά και επειδή η κουλτούρα της ΣΕΘ δεν έχει υιοθετηθεί από την επίσημη ιατρική κοινότητα στην Ελλάδα.

Οι συνάδελφοι και το διαδίκτυο φαίνεται να αποτελούν τους κύριους παράγοντες που διαμορφώνουν τη γνώμη και τη χρήση των ΣΕΘ από τους φοιτητές στην ομάδα παρέμβασης και έρχεται σε

συμφωνία με μελέτη σε νοσηλευτές στην Κύπρο όπου οι περισσότεροι συμμετέχοντες πληροφορήθηκαν για τις ΣΕΘ από άλλους επαγγελματίες υγείας, το φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον τους και το διαδίκτυο [36]. Η ομάδα ελέγχου φαίνεται να επηρεάζεται πιο πολύ από την προσωπική τους εμπειρία και από σεμινάρια/διαλέξεις.

Σε άλλες μελέτες η χρήση των ΣΕΘ από τους φοιτητές φαίνεται να επηρεάζεται από τα μέσα ενημέρωσης όπως διαδίκτυο, περιοδικά [29-32] καθώς και από την προσωπική τους εμπειρία [33, 34].

Τα βασικά συμπεράσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι γενικές απόψεις και στάσεις των φοιτητών καθώς και η άποψη για την αποτελεσματικότητά τους, αλλάζουν μετά από διδασκαλία μαθημάτων για τις ΣΕΘ, αλλά οι γνώσεις που αποκτούν για τις εναλλακτικές θεραπείες τις οποίες διδάχθηκαν είναι βραχυπρόθεσμες. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές στις στάσεις και απόψεις που προέκυψαν από την συγκεκριμένη παρέμβαση και μελετώνται στην παρούσα έρευνα είναι χρήσιμες στον σχεδιασμό και την εισαγωγή μαθημάτων ΣΕΘ στα προγράμματα σπουδών των επιστημών υγείας των πανεπιστημίων. Επιπλέον, το γεγονός ότι όλοι οι φοιτητές συμφώνησαν ότι το κυριότερο εμπόδιο στη χρήση ΣΕΘ είναι η έλλειψη εκπαιδευμένου/καταρτισμένου προσωπικού και η έλλειψη «πιστοποιημένων» θεραπειών, εγείρει την ανάγκη για αλλαγή του νομοθετικού πλαισίου και ευρύτερη αποδοχή των ΣΕΘ από την ιατρική κοινότητα.

#### **3.4.1. Περιορισμοί**

Σημειώνεται ότι η μελέτη έχει ορισμένους περιορισμούς. Αναλυτικότερα, πρόκειται για μια μελέτη παρέμβασης στην οποία δεν είναι δυνατόν να υποστηριχθούν αιτιολογικές σχέσεις, μολονότι βρέθηκε σχέση έκθεσης σε ΣΕΘ και επίδρασης στις απόψεις των φοιτητών. Τα αποτελέσματα της έρευνας περιορίζονται σε ένα μόνο πανεπιστήμιο, άρα δεν μπορεί να γίνει γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε δεν ήταν σταθμισμένο για τον ελληνικό πληθυσμό. Λόγω οριακής εσωτερικής αξιοπιστίας για τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που αφορούν τις στάσεις και απόψεις, δεν μπορεί να γίνει γενίκευση των αποτελεσμάτων και να συγκριθούν με άλλες μελέτες που χρησιμοποίησαν το CHBQ ώστε να αποδειχθεί η αλλαγή στις απόψεις μετά την παρέμβαση.

Επίσης το ερωτηματολόγιο CHBQ στο οποίο στηρίχθηκε το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου έχει χρησιμοποιηθεί από τις μελέτες για την διερεύνηση απόψεων φοιτητών ιατρικής και φαρμακευτικής και όχι γενικά φοιτητών. Συνεπώς δεν είναι αξιόπιστα τα αποτελέσματα για μεταπτυχιακούς φοιτητές άλλων ειδικοτήτων.

Στη συγκεκριμένη μελέτη ο πληθυσμός στον οποίο έγινε η παρέμβαση δεν αποτελείται σε μεγάλο ποσοστό από γιατρούς, αλλά κυρίως από νοσηλευτές, ενώ οι πιο πολλές έρευνες για τη στάση και τις απόψεις σχετικά με τις ΣΕΘ έχουν γίνει σε γιατρούς και φαρμακοποιούς. Υπήρξε μεγάλη

ετερογένεια στον πληθυσμό του δείγματος σε σχέση με άλλες μελέτες, οπότε τα αποτελέσματα δεν είναι συγκρίσιμα.

Επιπλέον, η ομάδα ελέγχου δεν ήταν παρόμοια με την ομάδα παρέμβασης κάτι που στις άλλες μελέτες και οι δυο ομάδες ήταν παρόμοιες ( σύνθεση επαγγελματική). Επίσης, στην ομάδα ελέγχου υπήρχε μεγαλύτερο ποσοστό ψυχολόγων, άρα εξασκούν οι ίδιοι μη φαρμακευτικές επιδράσεις στους ασθενείς τους, έχουν αρνητικότερη άποψη για τις ΣΕΘ λόγω σύγκρουσης συμφερόντων.

Η ομάδα παρέμβασης εμφανίζεται περισσότερο θετικά διακείμενη σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, συνεπώς, η βελτίωση στις επιδόσεις του ερωτηματολογίου, μπορεί να μην ήταν η ίδια αν ξεκινούσαν από διαφορετική αφετηρία στάσεων απέναντι στη ΣΕΘ, όπως στην ομάδα ελέγχου. Επειδή ωστόσο όλοι οι φοιτητές του μεταπτυχιακού επέλεξαν το συγκεκριμένο μάθημα δεν ήταν δυνατό να γίνει παρέμβαση σε ομάδα ελέγχου του ίδιου έτους στο ίδιο μεταπτυχιακό πρόγραμμα, άρα δεν γνωρίζουμε τις πραγματικές επιπτώσεις της παρέμβασης σε φοιτητές που ενδεχομένως δε θα ήταν φίλα διακείμενοι στις ΣΕΘ

Εξαιρέθηκαν κάποιες συμπληρωματικές θεραπείες. Ο διαλογισμός/προσευχή σε μελέτες φαίνεται να είναι υψηλής αποδοχής και χρήσης από τους φοιτητές, αλλά θεωρήθηκε από τον ερευνητή ότι στην Ελλάδα λόγω έντονης θρησκευτικής κουλτούρας θα ήταν ήδη υψηλό οπότε και δεν επιλέχθηκε να αποτελεί εναλλακτική θεραπεία. Η Αγιουβέρδα και η παραδοσιακή Κινέζικη ιατρική, δεν συμπεριλήφθηκε στο ερωτηματολόγιο γιατί δεν είναι γνωστή στην Ελλάδα όπως σε άλλα μέρη του κόσμου.

Δεν μπορεί να γίνει αξιόπιστη συγκριτική αξιολόγηση με άλλες μελέτες γιατί δεν υπάρχει συγκρισιμότητα των μεθόδων διδασκαλίας των ΣΕΘ. Στις προηγούμενες έρευνες υπήρχαν διαφορές στον φορέα, στον τρόπο διδασκαλίας, στο αν υπήρχαν εξετάσεις στο τέλος, αν ήταν μάθημα επιλογής ή υποχρεωτικό, στον διδάσκοντα. Συνεπώς, η θετική αλλαγή που παρατηρήθηκε στους φοιτητές δεν μπορεί να γενικευτεί ως θετική παρέμβαση της διδασκαλίας των ΣΕΘ.

### **3.4.2. Μελλοντικές προτάσεις**

Προτείνεται η μελλοντική διεξαγωγή μελετών με σκοπό την περαιτέρω διερεύνηση και αποσαφήνιση των ερευνητικών ερωτημάτων.

Επειδή παγκοσμίως οι ΣΕΘ έχουν ενταχθεί στα προγράμματα σπουδών της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, προτείνεται η ένταξη ειδικών μαθημάτων που σχετίζονται με τις εναλλακτικές θεραπείες στα προγράμματα σπουδών όλων των σχολών επαγγελματιών υγείας και στην Ελλάδα. 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 να αναπτυχθεί.

Η εισαγωγή των εναλλακτικών και συμπληρωματικών μορφών θεραπείας στα προγράμματα σπουδών των πανεπιστημίων επιστημών υγείας είναι επωφέλης να γίνει με μορφή υποχρεωτικού

μαθήματος. Επιπλέον, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία εγείρεται η ανάγκη της διδασκαλίας του μαθήματος με βάση το evidence based medicine για τις ΣΕΘ και οι εκπαιδευτές να είναι πιστοποιημένοι από επίσημους φορείς.

Οι επίσημοι φορείς εναλλακτικής και συμπληρωματικής ιατρικής θα πρέπει να πιέσουν για την ένταξη των ΣΕΘ στα πανεπιστήμια αλλά και να εξασκούν μεγαλύτερο έλεγχο σε όσους θεωρούνται θεραπευτές ΣΕΘ. Σε όλα αυτά θα βοηθούσε και η θέσπιση ειδικού νομικού πλαισίου στην Ελλάδα, το οποίο θα δίνει το δικαίωμα χρήσης στους πιστοποιημένους θεραπευτές αλλά και θα αυξήσει την εμπιστοσύνη των καταναλωτών-χρηστών ΣΕΘ.

Τέλος, θα πρέπει να είναι διαθέσιμη περισσότερη έγκυρη και χρήσιμη ενημέρωση για τις ΣΕΘ ώστε να είναι εύκολα προσβάσιμη τόσο από επαγγελματίες υγείας, όσο και από φοιτητές και ασθενείς. .

## Βιβλιογραφία

- 1.WHO traditional medicine strategy 2002-2005, διαθέσιμο από: [http://www.wpro.who.int/health\\_technology/book\\_who\\_traditional\\_medicine\\_strategy\\_2002\\_2005.pdf](http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf)
- 2.WHO, Traditional Medicine : Definitions, προσπελάστηκε στις 10/01/2016 από [www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en](http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en)
3. National Center for Complementary and Alternative Medicine. What is CAM? [Internet]. 2008 [updated May 2012; cited 2013 Feb 18]. Διαθέσιμο από: [http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/D347\\_05-25-2012.pdf](http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/D347_05-25-2012.pdf)
4. NCCAM, National Center for Complementary and Alternative Medicine, The use of Complementary and Alternative Medicine in the United States, προσπελάστηκε στις 15/4/2015 από [https://nccih.nih.gov/research/statistics/2007/camsurvey\\_fs1.htm](https://nccih.nih.gov/research/statistics/2007/camsurvey_fs1.htm) διαθέσιμο από <https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/camuse.pdf>
- 5.NCCAM, What is CAM, διαθέσιμο από: [img.thebody.com/nccam/whatis.pdf](http://img.thebody.com/nccam/whatis.pdf)
- 6 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, 135(5):344-51, διαθέσιμο από <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11529698>.
- 7.National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), What is Complementary, Alternative or Integrative Health?, προσπελάστηκε στις 15/4/2015 από <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>, διαθέσιμο από [nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/giles/Whats\\_In\\_A\\_Name\\_08-11-2015.pdf](https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/giles/Whats_In_A_Name_08-11-2015.pdf)
- 8.EUROCAM C/O IVAA OFFICE, CAM 2020, The contribution of Complementary and Alternative Medicine to sustainable Healthcare in Europe. Διαθέσιμο από: <http://www.uta.fi/hes/oikopolut/tapahtumat/CAM%202020.pdf>
9. Kaptchuk TJ., Eisenberg DM. Varieties of healing.2: a taxonomy of unconventional healing practices. Ann Intern Med. 2001, 135(3):196-204
10. Tatarzyn DJ. “Paradigms of Health and Disease: A Framework for Classifying and Understanding Complementary and Alternative Medicine”. Journal of Alternative and Complementary Medicine 2002, 8(6):877-892
11. Kimby CK., Launso L., Henningsen I., Langaard H. “Choice of Unconventional Treatment by Patients with Cancer”. Journal of Alternative and Complementary Medicine 2003, 9:549-561

12. Τάσος Α Βαρθολομαίος, «Εγχειρίδιο Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής Θεραπευτικής», ΠΥΡΙΝΟΣ ΚΟΣΜΟΣ, Αθήνα , 2005, 14-19
13. NCCAM “What is Complementary and Alternative Medicine”, 2002 NCCAM, August 2006 προσπελάστηκε από [altmedicine.about.com/od/alternativemedicinebasics/a/types.htm](http://altmedicine.about.com/od/alternativemedicinebasics/a/types.htm) στις 25/11/2015
14. NIH, Statistics from the national health interview survey, Use of Complementary Health approaches: Adults and children 2012, Adult Use Report, διαθέσιμο από: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr079.pdf>
15. WHO traditional medicine strategy 2014-2023 διαθέσιμο από: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf)
16. EFCAM, CAM status in Europe προσπελάστηκε 10/05/2015 από: <http://www.efcam.eu/cam/cam-status-in-europe/>
17. CAMbrella, European Policy Brief, 2014, διαθέσιμο από [www. Cambrella.eu/press/policy-09%20HR.pdf](http://www.Cambrella.eu/press/policy-09%20HR.pdf)
18. Fountouki A, Theofanidis D. Nurses attitudes towards complementary therapies. Health Sci J. 2009, 3(3):149-157.
19. NIH, Statistics from the national health interview survey, Use of Complementary Health approaches: Adults and children 2012, προσπελάστηκε στις 10/01/2016 από <https://nccih.nih.gov/research/statistics/NHIS/2012>
20. McLennan AH., Myers SP., Taylor AW., “The Continuing Use of Complementary and Alternative Medicine in South Australia: Costs and Beliefs in 2004”, Medical Journal of Australia 2006, 184(1):27-31
21. Esmail Nadeem, The Fraser Institute, “Complementary and Alternative Medicine in Canada: Trends in Use and Public Attitudes, 1997-2006”, Public Policy Sources 2007, 87 Διαθέσιμο από [www.fraserinstitute.org/sites/default/files/ComplementaryAlternativeMedicine.pdf](http://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/ComplementaryAlternativeMedicine.pdf)
22. Posadzki P, Alotaibi A, Ernst W. Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by physicians in the UK:a systematic review of surveys. Clinical Medicine 2012, 12(6):505-512
23. Eardley S et al. A systematic literature review of complementary and alternative medicine prevalence in EU. Forsch Komplementmed, 2012, 19(2):18-28
24. Cambrella, Legal status and regulation of CAM in Europe, Part I, διαθέσιμο από [www.cam-europe.eu/dms/files/CAMbrella\\_Reports/CAMbrella-WP2-part\\_1final.pdf](http://www.cam-europe.eu/dms/files/CAMbrella_Reports/CAMbrella-WP2-part_1final.pdf)
25. NIH, Statistics on Complementary and Integrative Health approaches, CAM and people over +50, διαθέσιμο από [https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/news/camstats/2010/NCCAM\\_aarp\\_survey.pdf](https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/news/camstats/2010/NCCAM_aarp_survey.pdf)

26. Furlow ML, Patel DA, Sen A, Liu RJ. Physician and patient attitudes toward complementary and alternative medicine in obstetrics and gynecology. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2008, 8:35
27. Verhoef MJ., Mulkins A, Carlson LE., Hilsden RJ., Kania A. Assessing the Role of Evidence in Patients' Evaluation of Complementary and Alternative Medicine: A Quality Study. *Integrative Cancer Therapies* 2007, 6(4):345-353,
28. Molassiotis A, Fernadez-Ortega P, Ozden G, Scott JA, Panteli A. Use of complementary and Alternative Medicine in Cancer patients: a European survey. *Ann Oncol* 2005;16: 665-663.
29. Lie DA, Boker J. Comparative survey of Complementary and Alternative Medicine (CAM) attitudes, use, and information-seeking behaviour among medical students, residents & faculty. *BMC Med Educ.* 2006;6:58
30. James PB, Bah AJ. Awareness, use, attitude and perceived need for complementary and alternative medicine (CAM) education among undergraduate pharmacy students in Sierra Leone: a descriptive cross-sectional survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2014, 14:438
31. Pokladnikova J, Lie D. Comparison of attitudes, beliefs, and resource-seeking behavior for CAM among first- and third-year Czech pharmacy students. *Am J Pharm Educ.* 2008, 72(2):24
32. Hussain S, Malik F, Hameed A, Ahmed S, Riaz H, Abbasi N, Malik M . Pakistani pharmacy students' perception about complementary and alternative medicine. *Am J Pharm Educ.* 2012, 76(2):21
33. Noureldin M, Murawski MM, Mason HL, Plake KS. Student pharmacists' attitudes toward complementary and alternative medicine. *J Am Pharm Assoc.* 2013, 53 (6) :618-25
34. Kreitzer MJ, Mitten D, Harris I, Shandeling J. Attitudes toward CAM among medical, nursing, and pharmacy faculty and students: a comparative analysis. *Altern Ther Health Med.* 2002, 8:44–47
35. Hasan SY, Yong CS, Babar MG, Naing CM, Hameed A, Baig M, Iqbal SM, Kairuz T. Understanding, perceptions and self-use of complementary and alternative medicine (CAM) among Malaysian pharmacy students. *Complementary and Alternative Medicine* 2011,11:95
36. Ανδρικόπουλος Α, Ρεκλείτη Μ, Σαρίδη Μ, Κατρή Ε, Πατελάκης Α, Σουλιώτης Κ, Γνώσεις και στάσεις επαγγελματιών υγείας στη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών. Το βήμα του Ασκληπιού 2015, 14 (1):61-76
37. Roupia Z, Charalambos C, Sotiropoulou P, Rekliti M, Vasilopoulos A, Kotrotsiou E, et al. Cypriot nurses' knowledge and attitudes towards alternative medicine. *Complement Ther Clin Pract.* 2014, 20(1): 89-92.
38. Pourtsidis A, Doganis D, Baka M, Varvoutsis M, Bouhoutsou D, Xatzi P, Kosmidis H. Prayer and blessings focused for healing is the most popular complementary intervention in a paediatric oncology unit in Greece. *J BUON* 2015, 20(2):602-607



39. Münstedt K, Harren H, von Georgi R, Hackethal A. Complementary and Alternative Medicine: Comparison of Current Knowledge, Attitudes and Interest among German Medical Students and Doctors. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2011;2011:790951
40. Cowen V, Cyr V, Complementary and alternative medicine in US medical schools, *Advances in Medical Education and Practice* 2015, 6 :113-117
41. The regulatory status of Complementary and Alternative Medicine for medical doctors in Europe [www.camdoc.eu/pdf/CAMDOCRRegulatoryStatus8\\_10.pdf](http://www.camdoc.eu/pdf/CAMDOCRRegulatoryStatus8_10.pdf)
42. [www.ikko.gr/p/blog-page\\_1695.html](http://www.ikko.gr/p/blog-page_1695.html) προσπελάστηκε 10/12/2015
43. <http://www.eyzein.org/> προσπελάστηκε 10/12/2015
44. [www.akadimia.gr](http://www.akadimia.gr), προσπελάστηκε 10/12/2015
45. [www.nhs.gr](http://www.nhs.gr), προσπελάστηκε 10/12/2015
46. [www.iathiein.gr](http://www.iathiein.gr), προσπελάστηκε 10/12/2015
47. [www.bionews.gr/spoudes-stis-enallaktikes-therapies/](http://www.bionews.gr/spoudes-stis-enallaktikes-therapies/)). προσπελάστηκε 10/12/2015
48. [school.med.uoa.gr](http://school.med.uoa.gr) προσπελάστηκε 10/12/2015
49. Chez RA, Jonas WB, Crawford C. A survey of medical students' opinions about complementary and alternative medicine. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185:754–757.
50. Akan H, Izbirak G, Kaspar EC, Kaya CA, Aydin S, Demircan N, Bucaktepe PG, Ozer C, Sahin HA, Hayran O. Knowledge and attitudes towards complementary and alternative medicine among medical students in Turkey. *BMC Complement Altern Med.* 2012 , 12:115
51. Yeo AS, Yeo JC, Yeo C, Lee CH, Lim LF, Lee TL. Perceptions of complementary and alternative medicine amongst medical students in Singapore – a survey. *Acupunct Med.* 2005, 23:19–26
52. Witt CM, Brinkhaus B, Willich SN, Teaching complementary and alternative medicine in a reform curriculum, *Forsch Komplementarmed*, 2006, 13:342-348
53. Harris Ila M, Kingston Richard L, Rodriguez Raquel, Choudary Veena. Attitudes toward complementary and alternative medicine among pharmacy faculty and students. *American Journal of Pharmaceutical Education* 2006, 70(6):129
54. Yildirim Y, Parlar S, Eyigor S, Sertoz OO, Eyigor C, Fadiloglu C, Uyar M. An analysis of nursing and medical students' attitudes towards and knowledge of complementary and alternative medicine (CAM). *J Clin Nurs.* 2010, 19(7-8):1157-66
55. Tiralongo E, Wallis M. Integrating complementary and alternative medicine education into the pharmacy curriculum. *Am J Pharm Educ.* 2008, 72(4):74.
56. Liu MA, Huynh NT, Broukhim M, Cheung DH, Scuster TL, Najim W. Determining the attitudes and use of complementary, alternative, and integrative medicine among undergraduates. *J Altern Complement Med.* 2014, 20(9):718-26

57. Awad AI, Al-Ajmi S, Waheedi MA. Knowledge, perceptions and attitudes toward complementary and alternative therapies among Kuwaiti medical and pharmacy students. *Med Princ Pract.* 2012, 21:350-354
58. Frass M, Strassl RP, Friehs H, Müllner M, Kundi M, Kaye AD. Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. *Ochsner J* 2012, 12(1):45-56
59. Greiner KA, Murray JL, Kallail KJ. Medical student interest in alternative medicine, *J Altern Complement Med.* 2000, 6(3):231-4
60. Halterman-Cox M, Sierpina VS, Sadoski M, Sanders C. CAM attitudes in first- and second year medical school students:a pre-and post-course survey. *Integrative Medicine* Dec2008/Jan 2009, 7(6):34-42
61. Cook DA, Gelula MH, Lee MC, Bauer BA, Dupras DM, Schwartz A. A web-based course on complementary medicine for medical students and residents improves knowledge and change attitudes. *Teaching and Learning in Medicine:An International Journal* 2007, 19(3):230-238
62. Wong J, Di Loreto L, Kara A, Yu K, Soave D, Mattia A, Weyman K, Kopansky-Giles D. Assessing the change in attitudes, knowledge, and perspectives of medical students towards chiropractic after an educational intervention. *J Chiropr Educ.* 2014, 28(2):112-122
63. Nicolao M, Tauber MG, Marian F, Heusser P. Complementary medicine courses in Swiss medical schools:actual status and students experiences. *SWISS MED WKLY,* 2010, 40(3-4):44-51
64. Abbott RB, Hui KK, Hays RD, Mandel J, Goldstein M, Winegarden B, Glaser D, Brunton L. Medical Student Attitudes toward Complementary, Alternative and Integrative Medicine. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2011;2011
66. Riccard CP, Skelton M. Comparative analysis of 1st, 2nd, and 4th year MD students' attitudes toward Complementary Alternative Medicine (CAM). *BMC Res Notes.* 2008, 17;1:84.
65. Desylvia D, Stuber M, Fung CC, Bazargan-Hejazi S, Cooper E. The knowledge, attitudes and usage of complementary and alternative medicine of medical students. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2011, 2011
67. Furnham A, McGill C. Medical students' attitudes about complementary and alternative medicine. *J Altern Complement Med.* 2003;9:275–84
68. Nyongesa H, Munguti C, Imbwaga E, Wanjala R, Nyabola L. Knowledge and information seeking behaviour among medical trainees on complementary and alternative medicine use. *African Journal of Pharmacology and Therapeutics* 2014, 3(1):8-13
69. Tiralongo E, Wallis M. Attitudes and perceptions of Australian pharmacy students towards Complementary and Alternative Medicine - a pilot study. *BMC Complement Altern Med.* 2008, 8:2

70. Evans E, Evans J. Changes in pharmacy students' attitudes and perceptions toward complementary and alternative medicine after completion of a required course. *Am J Pharm Educ.* 2006, 70(5) Article 10
71. Atayee RS, Singh RF, Best BM, Freedman BA, Morello CM. An active-learning assignment involving peer-to-peer presentations to improve pharmacy students' attitudes and knowledge of dietary supplements. *Am J Pharm Educ.* 2012, 10;76(6):113
72. Steinfeldt L, Hughes J. An evidence-based course in complementary medicines. *Am J Pharm Educ.* 2012, 76(10):200
73. Karma L, Pearce KL, Cross G. A 4-week nutrition and therapeutics course in an undergraduate pharmacy program. *Am J Pharm Educ.* 2013, 77(7):154
74. Booth-LaForce C et al, Complementary and alternative medicine (CAM) competencies of nursing students and faculty: results of integrating CAM into nursing curriculum, *J Prof Nurs*, 2010, 26(5):293-300
75. Baugniet J, Boon H, Ostbye T. Complementary/Alternative Medicine: Comparing the views of medical students with students in other health care professions. *Family Med* 2000,32(3):178- 184.
76. Perkin MR, Percy RM, Fraser JS. A comparison of the attitudes shown by general practitioners, hospital doctors and medical students toward alternative medicine. *J R Soc Med.* 1994, 87(9):523-525, 1994
77. Torkelson C, Harris I, Kreitzer MJ. Evaluation of a complementary and alternative medicine rotation in medical school. *Altern Ther Health Med.* 2006, 12(4):30-34
78. Schmidt K, Jacobs PA, Barton A. Cross-cultural differences in GPs' attitudes towards complementary and alternative medicine: a survey comparing regions of the UK and Germany, *Complement Ther Med.* 2002, 10(3):141-7
79. Bjerså K, Victorin ES, Olsen MF. Knowledge about complementary, alternative and integrative medicine (CAM) among registered health care providers in Swedish surgical care: a national survey among university hospitals. *BMC Complementary and Alternative Med* 2012, 12: 42.
80. Wilkinson JM, Simpson MD. Complementary therapy use by nursing, pharmacy and biomedical science students. *Nurs Health Sci.* 2001, 3:19–27
81. Lie D, Boker J. Development and validation of the CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ) and CAM use and attitudes amongst medical students. *BMC Med Educ.* 2004, 4:2
82. Taylor N, Blackwell A. Complementary and alternative medicine familiarization: what's happening in medical school in Wales. *eCAM* 2010, 7(2):265-269
83. Freymann H, Rennie T, Bates I, Nebel S, Heinrich M. Knowledge and use of complementary and alternative medicine among British undergraduate pharmacy students. *Pharm World Sci.* 2006, 28(1):13-8

84. Mhatre S, Artani S, Sansgiry S. Influence of benefits, barriers and cues to action for complementary and alternative medicine use among university students. *J Complement Integr Med*. 2011;8
85. Chaterji R, Tractenberg RE, Amri H, Lumpkin M, Amorosi SB, Haramati A. A large-sample survey of first- and second-year medical student attitude toward complementary and alternative medicine in the curriculum and in practice. *Altern Ther Med*, 2007, 13(1):30-5
86. Zimmerman C, Kandiah J. A pilot study to assess students' perceptions, familiarity, and knowledge in the use of complementary and alternative herbal supplements in health promotion, *Altern Ther Health Med*. 2012, 18(5):28-33
87. Greenfield SM, Brown R, Dawlatly SL, Reynolds JA, Roberst S, Dawlatly RJ. Gender differences among medical students in attitudes to learning about complementary and alternative medicine. *Complement Ther Med*. 2006, 14:207–12
88. Al Mansour MA, Al-Bedah AM, AIRukban MO, Elsubai IS, Mohamed EY, El Olemy AT, Khalil AA, Khalil MK, Alqaed MS, Almudaiheem A, Mahmoud WS, Medani KA, Qureshi NA. Medical students' knowledge, attitude, and practice of complementary and alternative medicine: a pre-and post-exposure survey in Majmaah University, Saudi Arabia. *Adv Med Educ Pract*. 2015, 6:407-20.
89. Hewson MG, Copeland LH, Mascha E, Arrigain S, Topol E, Fox J. Integrative medicine: implementation and evaluation of a professional development program using experiential learning and conceptual change teaching approaches. *Patient Education and Counseling* 2006, 62:5-12
90. Jakovljevic MB, Djordjevic V, Marcovic V, Milovanovic O, Rancic NK, Cupara SM. Cross sectional survey on complementary and alternative medicine awareness among health care professionals and students using CHBQ questionnaire in a Balkan country. *Chin J Integr Med*. 2013, 19(9):650-655
91. Colletti T, Robinson P, Ostbye T, Morgan P, Coniglio D. Physician assistant student attitudes toward complementary and alternative medicine before and after completion of a core curriculum. *The Journal of Physician Assistant Education*. 2006, 17(3):11-17
92. Nedrow AR, Istvan J, Haas M, et al. Implications for education in complementary and alternative medicine: a survey of entry attitudes in students at five health professional school. *J Altern Complement Med*. 2007, 13:381-386
93. Quartey NK, Ma P, Chung V, Griffiths S. Complementary and alternative medicine education for medical profession: systematic review, *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, article ID 656812

94. Fitch MI, Gray R, Greenberg M, Douglas MS, et al. Oncology nurses perspectives on unconventional therapies. *Canc Nurs* 1999; 22(1): 90-96.
95. Robinson A, McGrail MR. Disclosure of CAM use to medical practitioners: a review of qualitative and quantitative studies. *Complement Ther Med* 2004,12(2): 90-98.
96. Brinkhaus B, Witt CM, Jena S, Bockelbrink A, Ortiz M, Willich SN. Integration of complementary and alternative medicine into medical school in Austria, Germany and Switzerland- results of a cross-sectional study. *Wien Med Wochenschr.* 2011, 161(1-2):32-43
97. Geisler C, Cheung C, Johnson Steinhagen S, Neubeck P, Brueggeman AD, Nurse practitioner knowledge, use, and referral of complementary and alternative therapies, *J Am Assoc Nurse Pract*, 2014, 1
98. DeKeyser FG, Bar Cohen B, Wagner N, Knowledge levels and attitudes of staff nurses in Israeli towards complementary and alternative medicine. *J Adv Nurs.* 2001, 36(1):41-8
99. Λιονής Χ. Σχέση ιατρού-ασθενούς: Οδηγίες για μια αποτελεσματική επικοινωνία. Σημειώσεις Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2011.
100. Chang HY, Chang HL. A review of nurses' knowledge, attitudes, and the ability to communicate the risks and benefits of complementary and alternative medicine. *J Clin Nurs.* 2015, 24(11-12):1466-78
- 101 Trail-Mahan T, Mao CL, Bawel-Brinkley K. Complementary and alternative medicine: nurses' attitudes and knowledge, *Pain Manag Nurs.* 2013, 14(4):277-86
- 102 Johannessen B, Garvik G. Experiences with the use of complementary and alternative medicine in nursing homes: a focus group study. *Complement Ther Clin Pract.* 2015, pii: S1744-3881(15)00031-6
103. Conrad AC, Muenstedt K, Micke O, Prott FJ, Muecke R, Huebner J. Attitudes of members of the German Society for palliative medicine toward complementary and alternative medicine for cancer patients. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2014, 140(7):1229-37
104. van Vilet M, Jong M, Busch M, Meijer JE, von Rosenstiel IA, Gong MC. Attitudes, beliefs, and practices of integrative medicine among nurses in the Netherlands. *J Holist Nurs.* 2015, 33(2):110-21
105. Orkaby B, Greenberger C. Israeli nurses' attitudes to the holistic approach to health and their use of complementary and alternative therapies. *J Holist Nurs.* 2015, 33(1):19-26
106. Jong M, Lundqvist V, Jong MC. A cross-sectional study on Swedish licensed nurses' use, practice, perception and knowledge about complementary and alternative medicine. *Scand J Caring Sci.* 2015, doi:10.1111/scs.12192
107. Samuels N et al. Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among obstetricians in Israel, *Int J Gynaecol Obstet*, 2013, 121(2):132-6

108. Buchan S, Shakeel M, Trinidad A, Buchan D, Ah-See K. The use of complementary and alternative medicine by nurses. *Br J Nurs*, 2012, 21(11):672-676
109. Theodoropoulos I, Manolopoulos K, von Georgi R, Bohlmann M, Munstedt K. "Physicians and Complementary and Alternative Medicine Cancer Therapies in Greece: A Survey", *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2005, 11(4):703-708,
110. Schneider CD, Meek PM, Bell IR. Development and validation of IMAQ: Integrative Medicine Attitude Questionnaire. 2003,3 διαθέσιμο από <http://biomedcentral.com/1472-6920/3/5>
111. Γαλάνης Π. , Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 2013, 30(1):97-110 διαθέσιμο από <http://www.mednet.gr/archives/2013-1/pdf/97.pdf>
112. Cornman BJ, Heitkemper MM. Integration CAM into nursing curricula: CAM camp as an educational intervention. *Explore(NY)*, 2006, 2(3):226-231
113. Ben-Arye E, Frenkel M. An approach to teaching physicians about complementary medicine in the treatment of cancer. *Integr Cancer Ther*. 2004, 3(3):208-213

## Παράρτημα

Παράρτημα 1.

<b>ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΕΘ στα Πανεπιστήμια</b>	
<b>Χωρίς παρέμβαση</b>	
<b>Φοιτητές Φαρμακευτικής</b>	<b>Φοιτητές Ιατρικής</b>
James Peter B, Bah Abdulai J. Awareness, use, attitude and perceived need for complementary and alternative medicine (CAM) education among undergraduate pharmacy students in Sierra Leone: a descriptive cross-sectional survey, 2014	Akan H, Izbirak G, Kaspar EC, Kaya CA, Aydin S, Demircan N, Bucaktepe PG, Ozer C, Sahin HA, Hayran O. Knowledge and attitudes towards complementary and alternative medicine among medical students in Turkey.2012
Noureldin M, Murawski MM, Mason HL, Plake KS. Student pharmacists' attitudes toward complementary and alternative medicine, 2013	Abbott RB, Hui KK, Hays RD, Mandel J, Goldstein M, Winegarden B, Glaser D, Brunton L. Medical Student Attitudes toward Complementary, Alternative and Integrative Medicine. 2011
Karma, Pearce KL, Cross G. A 4-week nutrition and therapeutics course in an undergraduate pharmacy program. 2013	Desylvia D, Stuber M, Fung CC, Bazargan-Hejazi S, Cooper E. The knowledge, attitudes and usage of complementary and alternative medicine of medical students. 2011
Hussain S, Malik F, Hameed A, Ahmed S, Riaz H, Abbasi N, Malik M. Pakistani pharmacy students' perception about complementary and alternative medicine, 2012	Riccard CP1, Skelton M. Comparative analysis of 1st, 2nd, and 4th year MD students' attitudes toward Complementary Alternative Medicine (CAM), 2008
Awad AI, Al-Ajmi S, Waheedi MA, Knowledge, perceptions and attitudes toward complementary and alternative therapies among Kuwaiti medical and pharmacy students, 2012	Lie DA, Boker J. Comparative survey of Complementary and Alternative Medicine (CAM) attitudes, use, and information-seeking behaviour among medical students, residents & faculty.2006
Hasan SY, Yong CS, Babar MG, Naing CM, Hameed A, Baig M, Iqbal SM, Kairuz T, Understanding, perceptions and self-use of	Yeo AS, Yeo JC, Yeo C, Lee CH, Lim LF, Lee TL. Perceptions of complementary and alternative medicine amongst medical

complementary and alternative medicine students in Singapore – a survey, 2005  
(CAM) among Malaysian pharmacy students,  
2011

Pokladnikova J, Lie D. Comparison of  
attitudes, beliefs, and resource-seeking  
behavior for CAM among first- and third-  
year Czech pharmacy students.2008

Tiralongo E, Wallis M. Attitudes and  
perceptions of Australian pharmacy students  
towards Complementary and Alternative  
Medicine - a pilot study.2008

Harris Ila M, Kingston Richard L, Rodriguez  
Raquel, Choudary Veena. Attitudes toward  
complementary and alternative medicine  
among pharmacy faculty and students, 2006

#### Μετά απο Παρέμβαση

Φοιτητές Φαρμακευτικής	Φοιτητές Ιατρικής
Evans E, Evans J. Changes in pharmacy students' attitudes and perceptions toward complementary and alternative medicine after completion of a required course, 2006	Wong J, Di Loreto L, Kara A, Yu K, Soave D, Mattia A, Weyman K, Kopansky-Giles D. Assessing the change in attitudes, knowledge, and perspectives of medical students towards chiropractic after an educational intervention, 2014
Atayee RS, Singh RF, Best BM, Freedman BA, Morello CM. An active-learning assignment involving peer-to-peer presentations to improve pharmacy students' attitudes and knowledge of dietary supplements, 2012	Halterman-Cox M, Sierpina VS, Sadoski M, Sanders C. CAM attitudes in first- and second year medical school students:a pre- and post-course survey, 2009
Steenfeldt L, Hughes J. An evidence-based course in complementary medicines, 2012	Cook DA, Gelula MH, Lee MC, Bauer BA, Dupras DM, Schwartz A. A web-based course on complementary medicine for medical students and residents improves knowledge and change attitudes, 2007



Karma L, Pearce KL, Cross G. A 4-week nutrition and therapeutics course in an undergraduate pharmacy program. 2013	Al Mansour MA, Al-Bedah AM, AlRukban MO, Elsubai IS, Mohamed EY, El Olemly AT, Khalil AA, Khalil MK, Alqaed MS, Almudaiheem A, Mahmoud WS, Medani KA, Qureshi NA. Medical students' knowledge, attitude, and practice of complementary and alternative medicine: a pre-and post-exposure survey in Majmaah University, Saudi Arabia, 2015
	Torkelson C, Harris I, Kreitzer MJ. Evaluation of a complementary and alternative medicine rotation in medical school, 2006
Tiralongo E, Wallis M. Integrating complementary and alternative medicine education into the pharmacy curriculum. 2008	Colletti T, Robinson P, Ostbye T, Morgan P, Coniglio D. Physician assistant student attitudes toward complementary and alternative medicine before and after completion of a core curriculum, 2006
<b>Νοσηλεύτες</b>	<b>Ιατροί</b>
Cornman BJ, Heitkemper MM. Integration CAM into nursing curricula: CAM camp as an educational intervention, 2006	Hewson MG, Copeland LH, Mascha E, Arrigain S, Topol E, Fox J. Integrative medicine: implementation and evaluation of a professional development program using experiential learning and conceptual change teaching approaches, 2006
	Ben-Arye E, Frenkel M. An approach to teaching physicians about complementary medicine in the treatment of cancer, 2004

Παράρτημα 2.

CHBQ items
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. The physical and mental health are maintained by an underlying energy or vital force.</li> <li>2. Health and disease are a reflection of balance between positive life-enhancing forces and negative destructive forces.</li> <li>3. The body is essentially self-healing and the task of a health care provider is to assist in the healing process.</li> <li>4. A patient's symptoms should be regarded as a manifestation of general imbalance or dysfunction affecting the whole body.</li> <li>5. A patient's expectations, health beliefs and values should be integrated into the patient care process.</li> <li>6. Complementary therapies are a threat to public health.</li> <li>7. Treatments not tested in a scientifically recognized manner should be discouraged.</li> <li>8. Effects of complementary therapies are usually the result of a placebo effect.</li> <li>9. Complementary therapies include ideas and methods from which conventional medicine could benefit.</li> <li>10. Most complementary therapies stimulate the body's natural therapeutic powers.</li> </ol>

Παράρτημα 3.

**Integrative Medicine Attitude Questionnaire (IMAQ)**

Absolutely disagree    1       2       3       4       5       6       7    Absolutely agree

1) *A patient is healed when the underlying pathological processes are corrected or controlled.*

—

item1

2) The physician's role is primarily to promote the health and healing of the physical body.

—  
item2

- 3) Patients whose physicians are knowledgeable of multiple medical systems and complementary and alternative practices (i.e., Chinese, Ayurvedic, Osteopathic, Homeopathic, etc.), in addition to conventional medicine, do better than those whose physicians are only familiar with conventional medicine.
- \_\_\_\_\_
- item3
- 4) Physicians should warn patients to avoid using botanical medicines (herbs) and dietary supplements until they have undergone rigorous testing such as is required for any pharmaceutical drug.
- \_\_\_\_\_
- item4
- 5) It is appropriate for physicians to use intuition (“gut feelings”) as a major factor in determining appropriate therapies for patients.
- \_\_\_\_\_
- item5
- 6) The spiritual beliefs and practices of physicians play no important role in healing.
- \_\_\_\_\_
- item6
- 7) The spiritual beliefs and practices of patients play no important role in healing.
- \_\_\_\_\_
- item7
- 8) It is irresponsible for physicians to recommend acupuncture to patients with conditions like chemotherapy-related nausea and vomiting or headache.
- \_\_\_\_\_
- item8
- 9) End of life care should be valued as an opportunity for physicians to help patients heal profoundly.
- \_\_\_\_\_
- item9
- 10) *It is not desirable for a physician to take therapeutic advantage of the placebo effect.*
- \_\_\_\_\_
- item10
- 11) Healing is not possible when a disease is incurable.
- \_\_\_\_\_
- item11
- 12) Physicians knowledgeable of multiple medical systems and complementary and alternative practices (i.e., Chinese, Ayurvedic, Osteopathic, Homeopathic, etc.), in addition to conventional medicine, generate improved patient satisfaction.
- \_\_\_\_\_
- item12
- 13) Therapeutic touch has been completely discredited as a healing modality.
- \_\_\_\_\_
- item13

14) Physicians who model a balanced lifestyle (i.e. Attending to their own health, social, family and spiritual needs, as well as interests beyond medicine) generate improved patient satisfaction.

item14

15) Quality of life measures are of equal importance as disease specific outcomes in research.

item15

16) Chiropractic is a valuable method for resolving a wide variety of musculoskeletal problems (beyond back pain).

item16

17) The physician's role is primarily to treat disease, not to address personal change and growth of patients.

item17

18) Massage therapy often makes patients "feel" better temporarily, but does not lead to objective improvement in long-term outcomes for patients.

item18

19) The innate healing capacity of patients often determines the outcome of the case regardless of treatment interventions.

item19

20) A strong relationship between patient and physician is an extremely valuable therapeutic intervention that leads to improved outcomes.

item20

21) Physicians who strive to understand themselves generate improved patient satisfaction.

item21

22) Instilling hope in patients is a physician's duty.

item22

23) Physicians should be prepared to answer patient's questions regarding the safety, efficacy, and proper usage of commonly used botanical medicines such as Saw Palmetto, St. John's Wort, Valerian, etc.

item23

24) Counseling on nutrition should be a major role of the physician towards the prevention of chronic disease.

item24

25) Physicians should avoid recommending botanical medicines based on observations of long-term use in other cultures and systems of healing, because such evidence is not based on large randomized controlled trials.

\_\_\_\_\_   
 item25

26) Osteopathic manipulative therapy is a valuable method for resolving a wide variety of musculoskeletal problems (beyond back pain).

\_\_\_\_\_   
 item26

27) Information obtained by research methods other than randomized controlled trials has little value to physicians.

\_\_\_\_\_   
 item27

28) It is ethical for physicians to recommend therapies to patients that involve the use of subtle energy fields in and around the body for medical purposes (i.e. Reiki, Healing touch, Therapeutic touch, etc.)

\_\_\_\_\_   
 item28

29) *Physicians who strive to understand themselves provide better care than those who do not.*

\_\_\_\_\_   
 item29

**Reverse-code the following items when scoring the IMAQ: 1, 2, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 18, 25, 27.**

Παράρτημα 4.

**University of Minnesota Academic Health Center  
Complementary and Alternative Medicine Survey of Knowledge and Attitudes of Health  
Professions Faculty**

**Dear Faculty:** We would be grateful for your responses to this survey of your knowledge, attitudes and practices with regard to what has been called complementary and alternative medicine (CAM) or integrative health care. As stated in a recent NIH document, "*CAM practices are those healthcare and medical practices that are not currently an integral part of conventional medicine.*" There is increasing interest in CAM among patients, health professionals, faculty in health professions schools, and students. In response to public interest, NIH now includes a National Center for Complementary and Alternative Medicine. Our Academic Health Center (AHC) is the recipient of a NIH CAM education grant. We need to know your current knowledge, attitudes, and practices with regard to CAM to help us plan and evaluate our education programs in the AHC.

**Health Professions School:** \_\_\_\_\_ Dental \_\_\_\_\_ Medical \_\_\_\_\_ Nursing \_\_\_\_\_ Pharmacy \_\_\_\_\_  
Vet Med

**Your Gender:** \_\_\_\_\_ Male \_\_\_\_\_ Female **Your Age:** \_\_\_\_\_ Years (write in number)

**Your Years as a Faculty Member:** \_\_\_\_\_ Years (write in number) **Department(s)/Specialty:**

\_\_\_\_\_  
**Ethnic/Racial Background**

\_\_\_\_\_ Asian/Pacific Islander \_\_\_\_\_ American Indian/Alaskan Native \_\_\_\_\_ Black/African American

\_\_\_\_\_ Hispanic \_\_\_\_\_ Multi racial \_\_\_\_\_ White/Not Hispanic \_\_\_\_\_ Other

**1. General Attitudes Toward Complementary and Alternative Medicine (CAM): For each of the following statements, indicate how closely it represents your general feelings about CAM.**

**1=Very Strongly Agree 2=Strongly Agree 3=Agree 4=Disagree 5=Strongly Disagree 6=Very Strongly Disagree X=Neutral**

\_\_\_\_\_ Clinical care should integrate the best of conventional and CAM practices.

\_\_\_\_\_ CAM includes ideas and methods from which conventional medicine could benefit.

\_\_\_\_\_ While we need to be cautious in our claims, a number of CAM approaches hold promise for treatment of symptoms, conditions and/or diseases.

\_\_\_\_\_ The results of CAM are in most cases due to a placebo effect.

\_\_\_\_\_ CAM therapies not tested in a scientific manner should be discouraged.

\_\_\_\_\_ While a few CAM approaches may have limited health benefits, they have no true impact on treatment of symptoms, conditions and/or diseases.

\_\_\_\_\_ CAM is a threat to public health.

\_\_\_\_\_ I hope to have some CAM practices available to patients in my practice or referral network.

\_\_\_\_\_ Health professionals should be able to advise their patients about commonly used CAM methods.

\_\_\_\_\_ CAM practices should be included in my School's curriculum.

\_\_\_\_\_ Knowledge about CAM is important to me as a faculty member.

**2. Barriers to use of CAM practices in Western medical settings include: Use Scale Above**

\_\_\_\_\_ Lack of evidence for practices \_\_\_\_\_ Institutional concerns about legal issues

\_\_\_\_\_ Unavailability of credentialed providers \_\_\_\_\_ Lack of staff training

\_\_\_\_\_ Lack of reimbursement \_\_\_\_\_ Lack of appropriate equipment

\_\_\_\_\_ Too time consuming \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

**3. What primary worldview or framework guides your personal health views? Check One.**

\_\_\_\_\_ a. Western biomedicine \_\_\_\_\_ b. Another health tradition, e.g. traditional Chinese Medicine

\_\_\_\_\_ Combination of a & b \_\_\_\_\_ other (specify) \_\_\_\_\_

The NIH National Center for Complementary and Alternative Medicine has identified five major domains of complementary and alternative health care. This survey includes **A SAMPLING** of therapies in each of the domains.

The domains are: *Alternative Health Systems; Mind-Body Interventions; Biological-Based Therapies; Manipulative and Body-Based Methods; Energy Therapies.*

For a complete description go to their web site at <http://nccam.nih.gov/nccam/fcp/classify/index.html>

**4. CAM Approaches – “Alternative” or Mainstream?**

*Historically, some “alternative” approaches reach a point where they are considered “orthodox” or mainstream. For each of the modalities listed below, indicate how you think of each therapy at the present time.*

**1=Clearly Mainstream 2=Neither Clearly Mainstream or Alternative 3=Clearly Alternative X=No Opinion**

\_\_\_\_\_ Acupuncture

\_\_\_\_\_ Aromatherapy

\_\_\_\_\_ Bioelectromagnetic therapies, e.g., magnets

\_\_\_\_\_ Biofeedback

\_\_\_\_\_ Chiropractic

\_\_\_\_\_ Herbal medicine

\_\_\_\_\_ Homeopathy

\_\_\_\_\_ Hypnosis/guided imagery

- ☐ Massage
- ☐ Music
- ☐ Nutritional supplements
- ☐ Prayer/spiritual healing
- ☐ Meditation
- ☐ Rolfing (structural reintegration)
- ☐ Therapeutic/healing touch

**5. Effectiveness: What is your view about the effectiveness of each of the following CAM modalities?**

**1=Highly Effective 2=Moderately Effective 3=Seldom Effective 4=Not Effective 5=Harmful  
X=No Opinion**

- ☐ Acupuncture
- ☐ Aromatherapy
- ☐ Bioelectromagnetic therapies, e.g., magnets
- ☐ Biofeedback
- ☐ Chiropractic
- ☐ Herbal medicine
- ☐ Homeopathy
- ☐ Hypnosis/guided imagery
- ☐ Massage
- ☐ Music
- ☐ Nutritional supplements
- ☐ Prayer/spiritual healing
- ☐ Meditation
- ☐ Rolfing (structural reintegration)
- ☐ Therapeutic/healing touch

**6. CAM Training: For each of the following CAM modalities, how much education/training have you received?**

**1=None 2=Some, but not Sufficient to Advise Patients About Use 3=Sufficient to Advise Patients About Use 4=Sufficient to Personally Provide**

- ☐ Acupuncture
- ☐ Aromatherapy
- ☐ Bioelectromagnetic therapies, e.g., magnets
- ☐ Biofeedback
- ☐ Chiropractic
- ☐ Herbal medicine
- ☐ Homeopathy
- ☐ Hypnosis/guided imagery
- ☐ Massage
- ☐ Music
- ☐ Nutritional supplements
- ☐ Prayer/spiritual healing
- ☐ Meditation
- ☐ Rolfing (structural reintegration)
- ☐ Therapeutic/healing touch

**7. Further CAM Training: For each of the following CAM practices, would you like further training?**

**1=No 2=Some, but not Sufficient to Advise Patients About Use 3=Sufficient to Advise Patients About Use 4=Sufficient to Personally Provide**

- ☐ Acupuncture
- ☐ Aromatherapy
- ☐ Bioelectromagnetic therapies, e.g., magnets

- ☐ Biofeedback
- ☐ Chiropractic
- ☐ Herbal medicine
- ☐ Homeopathy
- ☐ Hypnosis/guided imagery
- ☐ Massage
- ☐ Music
- ☐ Nutritional supplements
- ☐ Prayer/spiritual healing
- ☐ Meditation
- ☐ Rolfing (structural reintegration)
- ☐ Therapeutic/healing touch

**8. Personal Use: For each of the following CAM practices, have you used it personally?**

**1=No, Would Not Consider Using It 2=No, Would Consider Using It**

**3=Yes, Have Used it With Positive Outcomes**

**4=Yes, Have Used it With Neutral Outcomes**

**5=Yes, Have Used it With Negative Outcomes**

- ☐ Acupuncture
- ☐ Aromatherapy
- ☐ Bioelectromagnetic therapies, e.g., magnets
- ☐ Biofeedback
- ☐ Chiropractic
- ☐ Herbal medicine
- ☐ Homeopathy
- ☐ Hypnosis/guided imagery
- ☐ Massage
- ☐ Music
- ☐ Nutritional supplements
- ☐ Prayer/spiritual healing
- ☐ Meditation
- ☐ Rolfing (structural reintegration)
- ☐ Therapeutic/healing touch

**9. CAM Approaches in Your Practice: For each of the following CAM approaches, how do you use it in your practice –personally providing it or referring patients to trained providers?**

**1=Would Not Recommend**

**2=Would Endorse, but Not Personally Provide or Refer**

**3=Would Provide Personally**

**4=Would Refer to a CAM Practitioner**

**X=Do not Practice**

- ☐ Acupuncture
- ☐ Aromatherapy
- ☐ Bioelectromagnetic therapies, e.g., magnets
- ☐ Biofeedback
- ☐ Chiropractic
- ☐ Herbal medicine
- ☐ Homeopathy
- ☐ Hypnosis/guided imagery
- ☐ Massage
- ☐ Music
- ☐ Nutritional supplements



- ☐ Prayer/spiritual healing
- ☐ Meditation
- ☐ Rolfing (structural reintegration)
- ☐ Therapeutic/healing touch

**10. Sources of Information: What are your sources of information about CAM?**

*Check each of the following that applies.*

- ☐ Peer professionals, e.g., physicians, nurses, pharmacists
- ☐ Other health care providers
- ☐ Medical, nursing, pharmacy, other professional journals
- ☐ Mass media—TV, radio, newspapers, magazines
- ☐ Internet: WWW, List-serve
- ☐ Coursework or formal training
- ☐ Referral
- ☐ Apprentice with healers

**11. Evidence for Use of CAM Practices: How important is each of the following types of evidence to you, to consider when recommending or using a conventional or CAM treatment?**

**1=Essential 2=Somewhat Essential 3=Somewhat Important 4=Unimportant**

- ☐ Proven mechanism
- ☐ Proposed mechanism of action
- ☐ Randomized controlled clinical trials involving animals
- ☐ Randomized controlled clinical trials involving humans
- ☐ Epidemiological studies
- ☐ Published case studies
- ☐ Successful use in my own practice
- ☐ Colleague recommendations
- ☐ Personal experience
- ☐ Patient reports
- ☐ Clinical trials

**ADDITIONAL QUESTIONS**

**12. ☐ Do you believe your spiritual or religious beliefs influence your attitudes toward CAM?**

1=Yes, Very Much 2=Yes, Somewhat

3=No X=No Opinion

**13. CAM Training: Please describe any CAM training you have had. (If necessary, use the reserve side.)**

**14. COMMENTS OVERALL: Any other comments you have on CAM practices or education would be welcome.**

Παράρτημα 5.

## Survey of Knowledge and Attitudes of Health Professional Students

Medical Student: \_\_\_\_ Year I \_\_\_\_ Year II  
 Your Gender: \_\_\_\_ Male \_\_\_\_ Female  
 Your Age: \_\_\_\_ Years

Ethnic/Racial Background:

- ☐ Asian/Pacific Islander ☐ American Indian/Alaskan Native  
☐ Black/African American ☐ Hispanic ☐ Multi Racial  
☐ White/Not Hispanic ☐ Other

### 1. General Attitudes Toward Complementary and Alternative Medicine (CAM):

For each of the following statements, indicate how closely it represents your general feelings about CAM.

1=Very Strongly Agree; 2=Strongly Agree; 3=Agree; 4=Disagree;  
 5=Strongly Disagree; 6=Very Strongly Disagree; X=Neutral

- \_\_\_\_ Clinical care should integrate the best of conventional and CAM practices.  
 \_\_\_\_ CAM includes ideas and methods from which conventional medicine could benefit.  
 \_\_\_\_ While we need to be cautious in our claims, a number of CAM approaches hold promise for treatment of symptoms, conditions, and/or diseases.  
 \_\_\_\_ The results of CAM are in most cases due to a placebo effect.  
 \_\_\_\_ CAM therapies not tested in a scientific manner should be discouraged.  
 \_\_\_\_ While a few CAM approaches may have limited health benefits, they have no true impact on treatment of symptoms, conditions, and/or diseases.  
 \_\_\_\_ CAM is a threat to public health.  
 \_\_\_\_ I hope to have some CAM practices available to patients in my practice or referral network.  
 \_\_\_\_ Health professionals should be able to advise their patients about commonly used CAM methods.  
 \_\_\_\_ CAM practices should be included in my school's curriculum.  
 \_\_\_\_ Knowledge about CAM is important to me as a student/future practicing health professional.

### 2. Barriers to Use of CAM Practices in Western Medical Settings Include:

Use scale above.

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| ____ Lack of evidence for practices           | Institutional concerns about:      |
| ____ Unavailability of credentialed providers | ____ Legal issues                  |
| ____ Lack of reimbursement                    | ____ Lack of staff training        |
| ____ Too time-consuming                       | ____ Lack of appropriate equipment |
| ____ Other _____                              |                                    |

### 3. CAM Approaches: "Alternative" or Mainstream?

Historically, some "alternative" approaches reach a point where they are considered "orthodox" or mainstream. For each of the modalities listed below, indicate how you think of each therapy at the present time.

1=Clearly Mainstream, 2=Neither Clearly Mainstream nor Alternative  
 3=Clearly Alternative, X=No Opinion

- |                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| ____ Acupuncture        | ____ Hypnosis/guided imagery   |
| ____ Bioelectromagnetic | ____ Massage                   |
| therapies, eg, magnets  | ____ Nutritional supplements   |
| ____ Biofeedback        | ____ Prayer/spiritual healing  |
| ____ Chiropractic       | ____ Meditation                |
| ____ Herbal medicine    | ____ Therapeutic/healing touch |
| ____ Homeopathy         |                                |

### 4. Resources:

Using a scale from 0 to 4, where 0=Not At All Useful and 4=Very Useful, please answer the following question.

How useful do you think each of the following methods would be in preparing you to advise patients on the use of alternative medicine therapies?

- \_\_\_\_ Internet  
 \_\_\_\_ Textbook readings  
 \_\_\_\_ Articles on clinical trials of alternative medicine therapies  
 \_\_\_\_ Lectures  
 \_\_\_\_ Observation of alternative medical therapies  
 \_\_\_\_ Hands-on experience with alternative medicine therapies and patients in clinical settings  
 \_\_\_\_ Case-based learning  
 \_\_\_\_ Using alternative medicine therapies to promote my own health

### 5. Personal Use:

For each of the following CAM practices, have you used it personally?

1=No, Would Not Consider Using It, 2=No, Would Consider Using It  
 3=Yes, Have Used It With Positive Outcomes, 4=Yes, Have Used It With Neutral Outcomes, 5=Yes, Have Used It With Negative Outcomes

- |                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| ____ Acupuncture        | ____ Hypnosis/guided imagery   |
| ____ Bioelectromagnetic | ____ Massage                   |
| therapies, eg, magnets  | ____ Nutritional supplements   |
| ____ Biofeedback        | ____ Prayer/spiritual healing  |
| ____ Chiropractic       | ____ Meditation                |
| ____ Herbal medicine    | ____ Therapeutic/healing touch |
| ____ Homeopathy         |                                |

### 6. CAM Approaches in Your Practice:

For each of the following CAM approaches, how do you intend to use it in your practice—by personally providing it or by referring patients to trained providers?

1=Would Not Recommend, 2=Would Endorse but Not Personally Provide or Refer, 3=Would Provide Personally, 4=Would Refer to a CAM Practitioner

- |                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| ____ Acupuncture        | ____ Hypnosis/guided imagery   |
| ____ Bioelectromagnetic | ____ Massage                   |
| therapies, eg, magnets  | ____ Nutritional supplements   |
| ____ Biofeedback        | ____ Prayer/spiritual healing  |
| ____ Chiropractic       | ____ Meditation                |
| ____ Herbal medicine    | ____ Therapeutic/healing touch |
| ____ Homeopathy         |                                |

### 7. Overall Comments:

Any other comments you have on CAM practices or education would be welcome.

---



---



---



---



---

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητοί Συμμετέχοντες,  
Στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών “Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας”, διεξάγουμε έρευνα για τις απόψεις, στάσεις και αντιλήψεις των φοιτητών στις Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας. Οι απαντήσεις θα μείνουν ανώνυμες και εμπιστευτικές. Δεν θα συνδεθούν με κανένα τρόπο έτσι ώστε να αποκαλυφθεί η ταυτότητά σας. Καθώς δεν υπάρχει σωστή και λανθασμένη απάντηση, παρακαλώ απαντήστε τις παρακάτω ερωτήσεις σύμφωνα με το πώς αισθάνεστε και ποιες είναι οι απόψεις σας αυτή τη δεδομένη χρονική στιγμή. Η συμμετοχή είναι εθελοντική.

---

**Ηλικία** \_\_\_\_\_

**Φύλο** ☐ Θήλυ  
☐ Άρρεν

**Επάγγελμα** ☐ Ιατρός ☐ Παιδαγωγός  
☐ Νοσηλεύτης ☐ Κοινωνικός Λειτουργός  
☐ Φυσικοθεραπευτής ☐ Λογοθεραπευτής  
☐ Ψυχολόγος ☐ Άλλο \_\_\_\_\_

**Χώρος εργασίας**

☐ Νοσοκομείο ☐ Ελεύθερος επαγγελματίας  
☐ Δημόσιος τομέας (εκτός νοσοκομείου) ☐ Άνεργος  
☐ Ιδιωτικός τομέας ☐ Άλλο \_\_\_\_\_

**Έτη εργασίας**

☐ 0-5 ☐ 11-15  
☐ 6-10 ☐ >16

**Γενικά, η υγεία σας θεωρείτε πως είναι:**

☐ Άριστη ☐ Πολύ καλή ☐ Καλή ☐ Μέτρια ☐ Πτωχή

**Έχετε χρησιμοποιήσει οι ίδιοι συμπληρωματικές/εναλλακτικές μορφές θεραπείας;**

☐ Ναι ☐ Όχι

**Αν ΝΑΙ, για ποιο λόγο**

☐ Πρόληψη

- ☐ Θεραπεία
- ☐ Προαγωγή/Τόνωση υγείας
- ☐ Άλλο \_\_\_\_\_

**Έχει χρησιμοποιήσει κάποιο συγγενικό σας πρόσωπο συμπληρωματικές/εναλλακτικές μορφές θεραπείας;**

- ☐ Ναι ☐ Όχι

**Αν ΝΑΙ, ποιο πρόσωπο ήταν:**

- ☐ Μητέρα ☐ Πατέρας ☐ Παιδί ☐ Σύζυγος ☐ Θείοι ☐ Ξαδέρφια

**Τι είδους φυσικά προϊόντα και συμπληρωματικές/ εναλλακτικές θεραπείες έχετε κάνει χρήση κατά το παρελθόν;**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> αρωματοθεραπεία        | <input type="checkbox"/> βελονισμός             | <input type="checkbox"/> βιταμίνες/ιχνοστοιχεία |
| <input type="checkbox"/> βοτανοθεραπεία         | <input type="checkbox"/> γιόγκα (yoga)          | <input type="checkbox"/> μασάζ                  |
| <input type="checkbox"/> μουσικοθεραπεία        | <input type="checkbox"/> οστεοπαθητική          | <input type="checkbox"/> ομοιοπαθητική          |
| <input type="checkbox"/> Reiki                  | <input type="checkbox"/> ρεφλεξολογία           | <input type="checkbox"/> σιάτσου (Shiatsu)      |
| <input type="checkbox"/> συμπληρώματα διατροφής | <input type="checkbox"/> ύπνωση                 | <input type="checkbox"/> φυσικοπαθητική         |
| <input type="checkbox"/> χειροπρακτική          | <input type="checkbox"/> τίποτε από τα παραπάνω |   |

**Έχετε κάποιου είδους εκπαίδευση στις συμπληρωματικές/εναλλακτικές μορφές θεραπείας;**

- ☐ Ναι ☐ Όχι

**Εαν ΝΑΙ, τι μορφή είχε αυτή η εκπαίδευση;**

- ☐ Θεωρητικό ΜΟΝΟ
- ☐ Θεωρητικό και πρακτική εξάσκηση
- ☐ Θεωρητικό και επίλυση κλινικών προβλημάτων
- ☐ Άλλο \_\_\_\_\_

**Η εκπαίδευση αυτή ήταν στα πλαίσια:**

- ☐ Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης
- ☐ Ιδιωτική σχολή
- ☐ Σεμινάριο/Συνέδριο/Ημερίδα
- ☐ Άλλο \_\_\_\_\_

**Παρακαλώ διαβάστε και απαντήστε τις παρακάτω ερωτήσεις σύμφωνα με τις δικές σας προσωπικές απόψεις, τσεκάροντας το κουτάκι με το οποίο συμβαδίζουν οι απόψεις σας, από την απόλυτη συμφωνία 5 έως την απόλυτη διαφωνία 1**

	Συμφωνώ Πολύ 5	Συμφωνώ Λίγο 4	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ 3	Διαφωνώ Λίγο 2	Διαφωνώ Πολύ 1
Τα συμπτώματα μιας ασθένειας θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως εκδήλωση της γενικότερης ανισορροπίας ή δυσλειτουργίας του σώματος	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Το σώμα έχει την ικανότητα να «αυτο-ϊάται» και ο ρόλος του επαγγελματία υγείας είναι να βοηθά στην διαδικασία της ίασης	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η υγεία και η ασθένεια είναι αντανακλάσεις της ισορροπίας μεταξύ θετικών ενισχυτικών δυνάμεων και αρνητικών καταστροφικών δυνάμεων.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Οι εναλλακτικές/συμπληρωματικές θεραπείες περιλαμβάνουν ιδέες και μεθόδους από τις οποίες η συμβατική ιατρική θα μπορούσε να ωφεληθεί	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Οι απόψεις και οι πεποιθήσεις ενός ασθενούς για την υγεία του θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τη φροντίδα του.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Θεραπείες οι οποίες δεν έχουν αποδειχτεί επιστημονικά δεν θα πρέπει να συστήνονται στους ασθενείς.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Συμφωνώ Πολύ	Συμφωνώ Λίγο	Ούτε Συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ Λίγο	Διαφωνώ Πολύ
	5	4	3	2	1
Τα οφέλη των εναλλακτικών/ συμπληρωματικών θεραπειών είναι όμοια με τα αποτελέσματα εικονικού φαρμάκου (placebo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Οι συμπληρωματικές θεραπείες είναι απειλή για τη δημόσια υγεία	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η εναλλακτική ιατρική είναι απειλή για τη δημόσια υγεία	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν μεταξύ της συμβατικής ιατρικής και των εναλλακτικών μορφών θεραπείας για την υγεία τους	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν γνώση των συμπληρωματικών εναλλακτικών μορφών θεραπείας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Προσωπικά με ενδιαφέρουν οι χρήσεις των συμπληρωματικών/ εναλλακτικών θεραπειών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η γνώση στις εναλλακτικές/ συμπληρωματικές θεραπείες θα μου είναι χρήσιμη μελλοντικά για την καλύτερη εξάσκηση του επαγγέλματός μου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Οι συμπληρωματικές/εναλλακτικές θεραπίες ενεργοποιούν τις φυσικές θεραπευτικές δυνάμεις του ίδιου του σώματος	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Παρακαλώ διαβάστε τις παρακάτω μεθόδους εναλλακτικών/συμπληρωματικών θεραπειών και βαθμολογήστε τις αν τις θεωρείτε πολύ αποτελεσματικές (5) έως επιβλαβείς (1)**

	Πολύ Αποτελεσματική	Μέτρια Αποτελεσματική	Ήπια Αποτελεσματική	Καθόλου Αποτελεσματική	Επιβλαβής	Δεν Γνωρίζω
	5	4	3	2	1	
Αρωματοθεραπεία	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Βελονισμός	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Βοτανοθεραπεία	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μουσικοθεραπεία	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ομοιοπαθητική	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Οστεοπαθητική	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reiki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ρεφλεξολογία	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Σιάτσου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ύπνωση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Φυτικά Συμπληρώματα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Χειροπρακτική	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





**Παρακαλώ, βαθμολογήστε τις παρακάτω προτάσεις σχετικές με τα εμπόδια στη χρήση των συμπληρωματικών/εναλλακτικών θεραπειών και φαρμάκων από τους επαγγελματίες υγείας, από την απόλυτη συμφωνία (5) έως την απόλυτη διαφωνία (1).**

	Συμφωνώ Πολύ	Συμφωνώ Λίγο	Ούτε συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ Λίγο	Διαφωνώ Πολύ
Έλλειψη επιστημονικών αποδείξεων για τη δράση των εναλλακτικών θεραπειών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Έλλειψη κατάλληλου εξοπλισμού	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Έλλειψη εκπαιδευτικού προσωπικού στην πόλη/περιοχή κατοικίας σας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μικρός αριθμός “πιστοποιημένων” θεραπειών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ανεπιθύμητες δράσεις ή παρενέργειες των εναλλακτικών/συμπληρωματικών θεραπειών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Παρακαλώ βαθμολογήστε σε ποιο βαθμό επηρεάζουν τη γνώμη σας, αλλά και τη χρήση από εσάς εναλλακτικών/συμπληρωματικών μορφών θεραπείας, οι παρακάτω**

	Με επηρεάζει Πάρα πολύ 4	Με επηρεάζει Αρκετά 3	Με επηρεάζει Πολύ λίγο 2	Δεν με επηρεάζει Καθόλου 1
Φίλοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συνάδελφοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Οικογένεια	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Σεμινάρια και Διαλέξεις	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Προσωπική Εμπειρία	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τηλεόραση Internet Περιοδικά	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<p><b>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ</b> <b>ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b> <b>ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ</b> <b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ</b> <b>ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ</b></p>	
<p>Γραμματεία Νέο Κτίριο Ιατρικής, Πτέρυγα 2, 4ος όρ. ΒΙΟΠΟΛΙΣ Λάρισα</p>		<p>Τηλ. 2410-685710 Fax 2410-685554</p>

### **Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **Μάθημα: Εναλλακτικές – Συμπληρωματικές Μέθοδοι Θεραπείας**

**Υπεύθυνος Μαθήματος:** Χρυσή Χατζόγλου

#### **Διδάσκοντες:**

**Χρυσή Χατζόγλου:** Αναπλ. Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Ιατρικό Τμήμα Λάρισας, Πανεπιστήμιο

Θεσσαλίας (Τηλ: 2410 685557, e-mail: chatz@med.uth.gr)

**Ελένη Βαβουράκη,** Πνευμονολόγος, συν. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, ΤΕΙ Αθηνών.

**Ντόρα Ψαλτοπούλου:** Μουσικοθεραπεύτρια, Λέκτορας ΤΜΣ, ΑΠΘ.

Τρόπος και κριτήρια αξιολόγησης του μαθήματος:

- Γραπτή αξιολόγηση στο τέλος της πρώτης ενότητας της διδασκαλίας του μαθήματος (20% του τελικού βαθμού)
- Γραπτή αξιολόγηση στο τέλος της διδασκαλίας του μαθήματος (20% του τελικού βαθμού)
- Τελική γραπτή εξέταση στη διάρκεια της εξεταστικής (60% του τελικού βαθμού)

#### **Ωρολόγιο πρόγραμμα**

Ημερομηνία/Ωρα	Θέμα	Εισηγητής
<b>Πέμπτη</b>	<b>06-03-2014</b>	
5 – 9 μμ	Η Μουσικοθεραπεία ως παρέμβαση συμπληρωματική, βασική ή	Ντόρα Ψαλτοπούλου

	ισότιμη με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις.	
--	---	--

**Παρασκευή 07-03-2014**

9 – 10 πμ	Η αναγκαιότητα για μια διαφορετική-ολιστική προσέγγιση του ασθενή.	Χρυσή Χατζόγλου
10 – 11 πμ	Παγκόσμια θέση των εναλλακτικών/ συμπληρωματικών θεραπευτικών μεθόδων.	Χρυσή Χατζόγλου
11 – 12 πμ	Η εναλλακτική/συμπληρωματική ιατρική στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας.	Χρυσή Χατζόγλου
12 – 1 μμ	Η εναλλακτική/συμπληρωματική ιατρική στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.	Χρυσή Χατζόγλου
1 – 4 μμ	Άλλα εναλλακτικά/συμπληρωματικά θεραπευτικά σχήματα.	Χρυσή Χατζόγλου
4 – 6 μμ	Ομοιοπαθητική	Χρυσή Χατζόγλου
6 – 9 μμ	Βελονισμός	Ελένη Βαβουράκη

**Σάββατο 08-03-2014**

9 – 11 πμ	Φυτοθεραπεία	Ελένη Βαβουράκη
11 – 1 πμ	Φυτοθεραπεία	Ελένη Βαβουράκη
1 – 3 μμ	Θεραπευτικά όρια των εναλλακτικών/ συμπληρωματικών μεθόδων θεραπείας.	Ελένη Βαβουράκη
3 – 4 μμ	Γραπτή αξιολόγηση στο τέλος της διδασκαλίας του μαθήματος	Χρυσή Χατζόγλου
4 – 5 μμ	Αξιολόγηση του μαθήματος	Χρυσή Χατζόγλου Ελένη Βαβουράκη

