



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Η διερεύνηση της χρήσης της Εναλλακτικής και
Συμπληρωματικής Ιατρικής (CAM) από τους ασθενείς με καρκίνο
στην Κύπρο.

Νίκος Ζένιου

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ. Κώστας Κωνσταντίνου

Λευκωσία, Ιούλιος, 2014

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Η διερεύνηση της χρήσης της Εναλλακτικής και Συμπληρωματικής Ιατρικής (CAM) από τους ασθενείς με καρκίνο στην Κύπρο.

Νίκος Ζένιου

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ. Κώστας Κωνσταντίνου

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΛΙΟΣ, 2014

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέλω να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου Δρ. Κώστα Κωνσταντίνου για την πολύτιμη βοήθεια που μου πρόσφερε κατά τη διάρκεια των σπουδών και κυρίως στην επίβλεψη και διεκπεραίωση αυτής της διατριβής.

Ευχαριστώ τον Παγκύπριο Σύνδεσμο Καρκινοπαθών και φίλων, τον Αντικαρκινικό Σύνδεσμο Κύπρου και το προσωπικό τους για την συμβολή τους στη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων αλλά και τους συμμετέχοντες στην έρευνα.

Τον στατιστικολόγο Σάββα Ζαννέτο για την πολύτιμη βοήθεια του στην στατιστική επεξεργασία των δεδομένων.

Όλους του συμφοιτητές μου για το εκπαιδευτικό ταξίδι που περάσαμε μαζί στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Την σύζυγο μου Φαίδρα και τα παιδιά μου Γιώτη και Αλέξη που με στήριξαν σε δύσκολες ώρες όλα αυτά τα χρόνια.

Η ελευθερία από τον πόνο θα πρέπει να θεωρηθεί ως το δικαίωμα του κάθε ασθενή με καρκίνο και η πρόσβαση στη θεραπεία του πόνου ως μέτρο του σεβασμού για το δικαίωμα αυτό (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας).

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<u>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</u>	4
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	5
<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u>	9
Abstract.....	9
1.Κεφάλαιο Πρώτο - Εισαγωγή	12
1.1 Εισαγωγή.....	13
1.2 Ορισμοί.....	14
1.2.1 Συμπληρωματική και Εναλλακτική Ιατρική (CAM)	14
1.2.2 Εναλλακτική Ιατρική.....	15
1.2.3 Ολιστική Ιατρική (Integrative Medicine).....	15
1.2.4 Ορθόδοξη ή Δυτική Ιατρική.....	15
2. Κεφάλαιο Δεύτερο - Βιβλιογραφική ανασκόπηση	17
2.1 Ιστορική Αναδρομή.....	17
2.2 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	18
2.2.1 Συμπληρωματική και Εναλλακτική Ιατρική (CAM)	18
2.2.1.1 Τα χαρακτηριστικά της ΣΕΘ/CAM.	19
2.2.2 Η χρήση της ΣΕΘ από τον γενικό πληθυσμό και τους ασθενείς με καρκίνο.....	19
2.2.2.1 Γενικός Πληθυσμός.....	20
2.2.2.2 Ποιές μέθοδοι ΣΕΘ χρησιμοποιούνται περισσότερο από τον γενικό πληθυσμό και για ποιούς λόγους.....	22
2.2.2.3 Η χρήση της ΣΕΘ από τους ασθενείς με καρκίνο.....	23
2.2.2.4 Τι λέει η επιστήμη σχετικά με τη ΣΕΘ στον καρκίνο.....	27
2.2.2.5 Η χρήση της ΣΕΘ στην Κύπρο.....	27
2.2.2.6 Η θέση της Εκκλησίας της Κύπρου σχετικά με τις Εναλλακτικές θεραπείες, η "Νέα Εποχή" και το Θεοσοφικό Κίνημα.....	30
2.2.2.6.1 Η θέση της Εκκλησίας της Κύπρου σχετικά με τη χρήση της ΣΕΘ.....	32

2.2.3.7 Η θέση του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου σχετικά με την ΣΕΘ.....	32
2.2.2.8 Η Ευρωπαϊκή οπτική της ΣΕΘ και η σημερινή πραγματικότητα.....	33
2.2.2.8.1 Η οπτική των ασθενών.....	35
2.2.2.8.2 Ο επιπολασμός της ΣΕΘ στην Ευρώπη.....	35
2.2.2.8.3 Παροχή υπηρεσιών και ρύθμιση της ΣΕΘ στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	35
2.2.2.8.4 Η οικονομική πτυχή.....	36
3. Κεφάλαιο Τρίτο.....	38
3. Υλικό και Μεθοδολογία.....	38
3.1 Γενικός Σκοπός.....	38
3.2 Βασικά ερευνητικά ερωτήματα.....	38
3.3 Ο Σχεδιασμός της Έρευνας.....	39
3.4 Δείγμα και Μέθοδος.....	39
3.4.1 Ασθενείς και Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων.....	39
3.4.2 Ερευνητικό Εργαλείο.....	39
3.4.3 Αξιοπιστία και Εγκυρότητα.....	40
3.4.4 Στατιστική Ανάλυση.....	41
3.5 Ηθικά Ζητήματα.....	42
4.Κεφάλαιο Τέταρτο.....	43
4.38. Έλεγχοι Συνάφειας.....	68
4.38.1 Χρήση της ΣΕΘ κατά φύλο.....	69
4.38.2 Χρήση της ΣΕΘ και εισοδηματική κατηγορία.....	69
4.38.3 Χρήση της ΣΕΘ και προέλευση δείγματος κατά επαρχία.....	72
4.38.4 Χρήση της ΣΕΘ και επαγγελματική κατηγορία.....	72
4.38.5 Χρήση της ΣΕΘ και εθνοτική καταγωγή.....	73
4.38.6 Χρήση ΣΕΘ και θρησκευτικότητα.....	74
4.38.7 Χρήση ΣΕΘ και ηλικία-χρόνια διάγνωσης.....	75

4.38.8 Χρήση ΣΕΘ και οικογενειακό εισοδημα/εξοδα εναλλακτικών θεραπευτών.....	76
4.38.9 Χρήση ΣΕΘ και χρονολογία διάγνωσης.....	77
4.38.10 Χρήση ΣΕΘ και απολεσθέντες ημέρες εργασίας.....	78
4.38.11 Χρήση ΣΕΘ και πεποίθηση για την αποτελεσματικότητα.....	79
4.38.12 Χρήση ΣΕΘ / Κέντρο προέλευσης δείγματος.....	79
5. Κεφάλαιο Πέμπτο.....	81
5. Συζήτηση.....	81
5.1 Φύλο και Χρήση ΣΕΘ.....	82
5.2 Είδη και μορφές ΣΕΘ χρησιμοποιουν οι Κύπριοι Ογκολογικοί ασθενείς.....	82
5.3 Λόγοι χρήσης της ΣΕΘ.....	85
5.4 Πηγές πληροφόρησης σχετικά με την ΣΕΘ.....	89
5.4.1. Η πληροφόρηση για την ΣΕΘ στο διαδύκτιο.....	90
6. Συμπεράσματα.....	91
Βιβλιογραφία.....	94
Ελληνόφωνη βιβλιογραφία.....	94
Ξένη Βιβλιογραφία.....	95
Παραρτήματα.....	102
Παράρτημα 1.....	102
Συστάσεις για χρήση ΣΕΘ σε ασθενείς με καρκίνο.....	102
Πίνακας Βαθμονόμησης Συστάσεων.....	102
Παράρτημα 2.....	110
Ερωτηματολόγιο (Ελληνική γλώσσα).....	110
Παράρτημα 3. Ερωτηματολόγιο Β (Αγγλική γλώσσα).....	131
Παράρτημα 4.....	150

Ηλεκτρονικό μήνυμα, Οικονόμου, Β., lakiseco@spidernet.com.cy , Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος, Εναλλακτική Ιατρική. 25/4/2014.....	150
Παράρτημα 5.....	151
Συμπεράσματα 4 ^{ης} Συνάντησης του Διορθοδόξου Δικτύου Πρωτοβουλιών Μελέτης Θρησκευτικών και καταστροφικών Λατρειών που έγινε από τις 6-9 Οκτωβρίου του 2011 στην Θεσσαλονίκη.....	151

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η χρήση της εναλλακτικής και συμπληρωματική ιατρικής τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρουσιάσει μια αυξητική τάση ανάμεσα στο γενικό πληθυσμό αλλά και ειδικότερα ανάμεσα στους ασθενείς με καρκίνο. Οι κυριότεροι λόγοι αφορούν στη στροφή των ασθενών σε άλλες εναλλακτικές λύσεις και μεθόδους ώστε να καλύψουν βιολογικές, κοινωνικές αλλά και εσωτερικές ανάγκες τους συμβατές με το σύστημα πεποιθήσεων τους τις οποίες δεν μπορούσε η συμβατική ιατρική να ικανοποιήσει. Η διερεύνηση του βαθμού της χρήσης της εναλλακτικής και συμπληρωματικής ιατρικής στους ασθενείς με καρκίνο έχει αναδειχθεί ως σημαντικό εργαλείο για την χάραξη πολιτικών υγείας μετά και από παροτρύνσεις του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου προς τα κράτη μέλη αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο, αφού το θέμα έχει αναχθεί σε κοινωνικό φαινόμενο με οικονομικές, θρησκευτικές, πολιτισμικές, νομοθετικές προεκτάσεις και κυρίως αποτελεσματικότητας, ασφάλειας και οργάνωσης υπηρεσιών υγείας με στόχο την κάλυψη των αναγκών των καρκινοπαθών.

Σκοπός: Ο σκοπός της έρευνας είναι να διαπιστωθεί κατά πόσο οι ασθενείς με καρκίνο στην Κύπρο χρησιμοποιούν εναλλακτικές ή/και συμπληρωματικές μεθόδους θεραπείας εκτός της συμβατικής ιατρικής για τις ανάγκες τους σχετικά με την αντιμετώπιση του καρκίνου και των συμπτωμάτων της πάθησης ή τη διαχείριση των παρενεργειών της συμβατικής θεραπείας που λαμβάνουν.

Υλικό και Μέθοδος: Η έρευνα διεξήχθη κατά την περίοδο Ιουλίου 2012-Απριλίου 2013 και έλαβαν μέρος 208 ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια. Όλοι οι ασθενείς δέχονταν φροντίδα η άλλες υπηρεσίες από τις νοσηλευτικές/ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες του Παγκυπρίου Συνδέσμου Καρκινοπαθών και Φύλων (n=180) καθώς και του ιδρύματος Αροδαφνούσα του Αντικαρκινικού Συνδέσμου (n=28) Κύπρου. Η έρευνα βασίστηκε σε ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε από τον καθηγητή Alex Molassioti στην εργασία «Use of complementary and alternative medicine (CAM) in cancer patients: a European survey».

Αποτελέσματα: Η έρευνα έδειξε ότι γίνεται χρήση συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών (ΣΕΘ) από τους καρκινοπαθείς στην Κύπρο και ότι το ποσοστό φτάνει το 30%. Οι χρήστες ΣΕΘ είναι, κατά το πλείστο, γυναίκες (90,9%) ηλικίας 52,3 χρονών με διαγνωσμένο όγκο μαστού (81,1%) με ανώτατη μόρφωση (47,3%). Οι γυναίκες είναι θρησκευόμενες (σε ποσοστό 63%), χρησιμοποιεί σχεδόν καθημερινά κάποια μορφή ΣΕΘ (30,6%), και ξοδεύουν λιγότερο από 100 ευρώ το μήνα για εναλλακτικές/συμπληρωματικές θεραπείες. Οι πιο συχνές θεραπείες ΣΕΘ που χρησιμοποιούν οι καρκινοπαθείς στην Κύπρο είναι κατά σειρά το

μασάζ (24,4%), η αρωματοθεραπεία (18,5%), ρεφλεξολογία (15,1%), ο βελονισμός (14,3%), η γιόγκα (12,6%), ο αγιασμός (12,6%), και η ομοιοπαθητική και η γυμναστική πιλάτες με (10,1%). Η κυριότερη πηγή πληροφόρησης είναι οι φίλοι (47,6%). Η έρευνα δεν διαπίστωσε στατιστικά σημαντική διαφορά στη χρήση της ΣΕΘ σχετική με το εισόδημα των χρηστών (p value=0,511), την επαρχία διαμονής (p value=0,540), την εθνοτική καταγωγή (p value=1), τη θρησκευτικότητα (p value=0,591), την ηλικία (p value=0,088) το ποσό (p value=0,759) που ξοδεύεται για ΣΕΘ. Βρέθηκε όμως στατιστικά σημαντική διαφορά σχετικά με τη χρήση και το φύλο (p value=0,005), την επαγγελματική κατηγορία-ιδιωτικοί υπάλληλοι και οικοκυρές (p value=0,045), την πεποίθηση για την αποτελεσματικότητα της ΣΕΘ (p value=0,021), το ίδρυμα-οργάνωση από την οποία προέρχεται το δείγμα (p value=0,02) και την πεποίθηση για την αποτελεσματικότητα (p value=0,021).

Συμπεράσματα: Ο βαθμός χρήση της εναλλακτικής και συμπληρωματικής θεραπεία από καρκινοπαθείς στη Κύπρο μπορεί να συγκριθεί με τον μέσο όρο της υπόλοιπης Ευρώπης. Η ανάγκη των καρκινοπαθών για περισσότερο έλεγχο πάνω στην πάθηση τους οδηγεί στην χρήση της ΣΕΘ πέραν από τη συμβατική θεραπεία. Το ιατρικό προσωπικό που ασχολείται με την αντιμετώπιση των καρκινοπαθών πρέπει να εκπαιδευτεί καλύτερα ώστε να μπορεί βοηθήσει του ασθενείς στη λήψη ορθολογιστικών αποφάσεων σχετικά με την ολιστική αντιμετώπιση της νόσου. Πρέπει το κράτος να προχωρήσει στη ρύθμιση της ΣΕΘ και την μερική έστω ενσωμάτωση του στις υπηρεσίες που προσφέρει προς του καρκινοπαθείς σαν μέρος της συνήθους θεραπείας που παίρνουν σε ένα ολιστικό μοντέλο αντιμετώπισης της νόσου. Πρέπει να γίνουν περισσότερες μελέτες στα προσεχή χρόνια για παρακολούθηση της τάσης τη χρήσης της ΣΕΘ τόσο από καρκινοπαθείς αλλά και άλλες κατηγορίες ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Εναλλακτική ιατρική, συμπληρωματική ιατρική, CAM, Κύπριοι ασθενείς με καρκίνο .

Abstract

Introduction: The use of alternative and complementary medicine in recent decades has shown an increasing trend among the general population and especially among patients with cancer. The main reasons relate to leading patients to other alternatives and methods to meet their biological, social and spiritual needs are consistent with their beliefs system that conventional medicine cannot address those meet. To investigate the extent of the use of alternative and complementary medicine in patients with cancer has taken over as an important tool for healthcare policymakers after urgings from the European Parliament in the Member States but also globally, since the matter has become a social phenomenon with economic, religious, cultural, legal ramifications and especially efficiency, security and organization of health services in order to meet the needs of cancer patients.

Aim: The aim of this research was to explore the use of complementary and alternative medicine (CAM) in cancer patients in Cyprus outside of conventional medicine for their needs on the treatment of cancer and management of the disease symptoms or manage the side effects of conventional treatment.

Sample and Method: The study was conducted during the period July 2012-April 2013 with the participation of 200 patients who met inclusion criteria. All patients accepted care or other services from the nursing / psychosocial services of the Cyprus Association of Cancer Patients and Friends (n = 161) and the Foundation "Arodafnousa" Anti-Cancer Association (n = 39) Cyprus. The research was based on a questionnaire that was developed by Professor Alex Molassioti at work «Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey». Results: The survey showed that CAM is used by cancer patients in Cyprus and that the rate reaches 30% and that the profile of the users are women (90.9%) aged 52.3 years with diagnosed breast tumor (81.1%) with higher education (47.3%), are religious (63%), used almost daily some form of CAM (30,6%), and spend less than 100 Euros per month for alternative / complimentary treatments. The most common CAM therapies used by cancer patients in Cyprus are 1) the massage (24.4%), 2) aromatherapy (18.5%), 3) reflexology (15.1%), 4) acupuncture (14.3%), 5) yoga (12.6%), 6) holy water (12.6%), and 7) homeopathy(10,1%), 8) pilates (10.1%). The main source of information are friends (47.6%). The study found no statistically significant difference in the use of CAM relative to income (pvalue = 0,511), the place of residence (p value = 0,540), ethnicity (p value = 1), religiosity (p value = 0,591), the age (p value = 0,088), the amount of money

spend on CAM (p value = 0,759). It was found a statistically significant difference regarding the use and sex (p value = 0,005), professional category- private employees and housewives (pvalue = 0,045), the belief in the efficacy of CAM (p value = 0,021), the institution of organization which the sample is derived (p value = 0,02) and the belief in the efficacy (p value = 0,021).

Conclusions: The degree of use of alternative and complementary treatment of cancer patients in Cyprus can be compared with the average of the rest of Europe (35,9%). The need of cancer patients for more control over the condition leads to the use of CAM beyond the conventional therapy. The medical staff involved in the treatment of cancer patients should be better trained to be able to help patients in making rational decisions about the holistic treatment of the disease. Should the government go in regulating CAM and even partial integration of services offered to cancer patients as part of treatment as usual taking a holistic model of disease management. More studies have to be done on the coming years for the monitoring of the trend of the CAM use from cancer patients but from other groups of patients as well.

Keywords: alternative medicine, complimentary medicine, CAM, Cyprus cancer patients.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται την διερεύνηση διαφόρων πτυχών που άπτονται της χρήσης εναλλακτικών και συμπληρωματικών θεραπειών από τους ασθενείς με καρκίνο στην Κύπρο.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί σε πολλές χώρες τους κόσμου αύξηση των κρουσμάτων καρκίνου και παράλληλα της χρήσης εναλλακτικών και συμπληρωματικών θεραπειών – Complementary and Alternative Medicine (CAM) δίπλα από τις θεραπευτικές μεθόδους και πρακτικές της συμβατικής ιατρικής (Dunham, 2008). Η αύξηση των περιστατικών καρκίνου αλλά και άλλων χρόνιων παθήσεων έγινε πιο αισθητή λόγω του γεγονότος της προόδου της ιατρικής όσον αφορά την πρόωμη ανίχνευση περιστατικών καρκίνου. Αυτή η μεταβολή, δηλαδή η μεταβολή του επιδημιολογικού προφίλ εξ αιτίας της μείωσης των μολυσματικών ασθενειών, της παράλληλης αύξησης των χρόνιων παθήσεων, η αποτυχία της συμβατικής ιατρικής να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των χρόνιων ασθενών και ειδικότερα των καρκινοπαθών οδήγησε τους ασθενείς να αναζητήσουν τρόπους κάλυψης των υγειονομικών, ψυχολογικών και άλλων αναγκών τους, πέραν της συμβατικής ιατρικής και των μεθόδων που χρησιμοποιεί για την αντιμετώπιση του καρκίνου, όπως η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και οι χειρουργικές επεμβάσεις με τις δυνατές παρενέργειες που συνοδεύουν αυτές τις θεραπείες.

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο με την απόφαση του 1206/1999 επαναβεβαιώνει την σημασία της βάσης της δυτικής ιατρικής στα φάρμακα όμως παράλληλα εντοπίζει την διαρκώς αυξανόμενη χρήση της εναλλακτικής και συμπληρωματικής ιατρικής-CAM σε πολλές χώρες του κόσμου. Στα πλαίσια του σεβασμού του δικαιώματος των ασθενών για αυτοδιάθεση και στις πεποιθήσεις τους το Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο καλεί τα κράτη μέλη όπως ρυθμίσουν την εναλλακτική και συμπληρωματική με τρόπο που να σέβεται τα δικαιώματα των πολιτών της αλλά και το θέμα της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας των εναλλακτικών και συμπληρωματικών μεθόδων.

Σύμφωνα με τα πιο πάνω πολλές χώρες (Broom & Tovey, 2008), (Molassiotis et al., 2005) έχουν διεξάγει σχετικές έρευνες που αφορούν στη χρήση της Εναλλακτικής και Συμπληρωματικής Ιατρικής από το γενικό πληθυσμό γενικά, αλλά και ειδικότερα από

μεμονωμένες ομάδες κατηγορίες ασθενών όπως τους καρκινοπαθείς (Fouladbakhhsh et al., 2005).

Στην περίπτωση της Κύπρου δεν έχουν ποτέ ερευνηθεί τα πιο πάνω ώστε να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα που να αφορούν στο βαθμό χρήσης της ΣΕΘ, από ποιους, για ποιο λόγο, το κόστος, την προσβασιμότητα και διαθεσιμότητα, το βαθμό κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού για ΣΕΘ, τη διερεύνηση της πιθανότητας συμπερίληψης μεθόδων και ΣΕΘ από τους κρατικούς και ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς, τις πεποιθήσεις και αντιλήψεις του πληθυσμού των οργανωμένων συνόλων, των ιατρών, και της εκκλησίας ως σημαντικού κοινωνικού θεσμού κ.α.

Λόγω αυτού του κενού η παρούσα έρευνα επικεντρώθηκε στη χρήση ΣΕΘ από ασθενείς με καρκίνο στην Κύπρο και χρησιμοποιώντας ποσοτική ερευνητική μεθοδολογία έθεσε τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα: 1) Ποιός βαθμός χρήσης της ΣΕΘ από τους ασθενείς με καρκίνο στην Κύπρο, 2) Ποιοι οι πιθανοί λόγοι για τους οποίους γίνεται χρήση της ΣΕΘ, 3) Ποιο το δημογραφικό προφίλ των χρηστών της ΣΕΘ, 4) Ποιες μεθόδους και πρακτικές χρησιμοποιούν πιο συχνά, 5) Ποιες οι πηγές πληροφόρησης τους.

Παρόμοιες έρευνες έγιναν σε αρκετές χώρες τόσο σε πανευρωπαϊκό επίπεδο αλλά και σε άλλα μέρη της υφηλίου, όπως στην Αυστραλία, Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, Λατινική Αμερική, Ιαπωνία, και άλλου. Τα αποτελέσματα τέτοιων ερευνών συγκρίνονται με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Γίνονται επίσης εισηγήσεις σχετικά με την αντιμετώπιση των ασθενών που κάνουν χρήση μεθόδων και ΣΕΘ, καθώς και η ένταξη αποδεδειγμένα αποτελεσματικών εναλλακτικών μεθόδων στις δομές του κρατικού συστήματος υγείας.

1.2 Ορισμοί

Για τους σκοπούς της παρούσας διατριβής είναι αναγκαίο να οριστούν οι έννοιες της συμπληρωματικής ιατρικής, και της ορθόδοξης ιατρικής ή δυτικής ιατρικής.

1.2.1 Συμπληρωματική και Εναλλακτική Ιατρική (CAM, Complementary and Alternative Medicine).

Συμπληρωματική και Εναλλακτική Ιατρική (CAM) είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για αναφορά σε μια ευρεία ομάδα θεραπειών και άλλων ειδικοτήτων σχετικών με την υγεία που δεν θεωρούνται ότι είναι μέρος της επίσημης ιατρικής περίθαλψης. Άλλοι όροι που χρησιμοποιούνται κάποτε για να περιγράψει η CAM είναι «φυσική ιατρική», «μη συμβατική

ιατρική» και «ολιστική ιατρική». CAM είναι σήμερα ο όρος που χρησιμοποιείται πιο συχνά (House of Lords, 2000) για τη φροντίδα υγείας εκτός του καθιερωμένου συστήματος υγείας και αναφέρεται στην αγγλόφωνη βιβλιογραφία ως CAM - Complementary and Alternative Medicine.

Σύμφωνα με τους Zolman και Vickers (1999, σελ.603), το Cochrane Collaboration υιοθέτησε τον ορισμό της ΣΕΘ ως «μια ευρεία ομάδα θεραπευτικών προσεγγίσεων που περιλαμβάνει όλα τα συστήματα υγείας, μέσα και πρακτικές, τις σύνοδες θεωρίες και πεποιθήσεις τους, εκτός εκείνων που είναι εγγενή στο πολιτικά κυρίαρχο σύστημα υγείας μιας συγκεκριμένης κοινωνίας ή πολιτισμού σε μια δεδομένη ιστορική περίοδο». Τα όρια εντός της ΣΕΘ καθώς και μεταξύ της ΣΕΘ και του κυρίαρχου συστήματος υγείας δεν είναι πάντα ξεκάθαρα και ευδιάκριτα.

1.2.2 Εναλλακτική Ιατρική

Εναλλακτικές, μη-συμβατικές, ή ανορθόδοξες θεραπείες είναι ιατρικές πρακτικές που δεν είναι σύμφωνες με τα πρότυπα της ιατρικής κοινότητας, δε διδάσκονται ευρέως στις ιατρικές κοινότητες, στο ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό, και δεν είναι γενικά διαθέσιμες ή προσβάσιμες στο αλλοπαθητικό σύστημα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομειακών υποδομών. Αυτές περιλαμβάνουν τέτοιες θεραπείες όπως ο Βελονισμός, θεραπεία μασάζ, Χειροπρακτική Ιατρική, Οστεοπαθητική, Φυσικοπαθητική, Ομοιοπαθητική, Κινεζική Παραδοσιακή Ιατρική κ.α. (Spector, 1996). Οι πιο πάνω μέθοδοι είναι ολοκληρωμένα θεραπευτικά συστήματα και χρησιμοποιούνται εναλλακτικά ή ως υποκατάστατο της συμβατικής ιατρικής.

1.2.3 Ολιστική Ιατρική (Integrative Medicine)

Η ολιστική ιατρική, συνδυάζει τις συμβατικές ιατρικές θεραπείες και κάποιες ΣΕΘ θεραπείες για τις οποίες υπάρχουν υψηλής ποιότητας επιστημονικές αποδείξεις για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους.

1.2.4 Ορθόδοξη ή Δυτική Ιατρική

Η ορθόδοξη ιατρική λόγω του ότι αποτελεί την επικρατούσα ιατρική σε αρκετές δυτικές χώρες, αναφέρεται και ως σύγχρονη δυτική ιατρική. Έχει οριστεί ως «οι ιατρικές παρεμβάσεις οι οποίες ευρέως διδάσκονται στις σύγχρονες ιατρικές σχολές ή είναι γενικά

προσβάσιμες σε νοσοκομεία των ΗΠΑ, και οι οποίες χρησιμοποιούνται από τους ιατρούς στις σύγχρονες δυτικές βιομηχανικές χώρες» (Kleyman, 1998).

Οι επικριτές της δυτικής ιατρικής τη χαρακτηρίζουν και ως «αλλοπαθητική». Η αλλοπαθητική ιατρική είναι ένα θεραπευτικό σύστημα το οποίο καταπολεμά την ασθένεια χρησιμοποιώντας μέσα και προσεγγίσεις που παράγουν αντίθετα αποτελέσματα από αυτά που προκαλεί η ασθένεια ή η πάθηση. Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα η αλλοπαθητική φιλοσοφία ήταν η βασική διαφορά με την ομοιοπαθητική, την πιο διαδεδομένη μέθοδο ΣΕΘ αυτής της περιόδου. Η ορθόδοξη ιατρική σήμερα αυτο-προσδιορίζεται σαν «επιστημονική ιατρική» για να διαφοροποιήσει τον εαυτό της από την ΣΕΘ και να δικαιολογήσει τη θέση της στην κοινωνία και την επικράτηση της ως επίσημη ιατρική. (Drane 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

2.1 Ιστορική Αναδρομή

Κατά τον μεσαιώνα, υπήρχαν δυο ειδών θεραπευτές στη Δυτική Ευρώπη. Η πρώτη ομάδα ήταν οι γιατροί, οι λεγόμενοι «Δόκτορες Ιατρικής» οι οποίοι μελέτησαν τα έργα αρχαίων Ελλήνων γιατρών σε πανεπιστήμια και συχνά ανήκαν στις ανώτερες τάξεις. Η άλλη ομάδα αποτελείτο από λαϊκούς θεραπευτές οι οποίοι αντιμετώπιζαν κατάγματα και πληγές με λάδια, βότανα, διάφορες κρέμες και ζούσαν ανάμεσα στον αγροτικόν πληθυσμό. Αυτή η περίοδος μπορεί να χαρακτηριστεί ως η απαρχή της διάκρισης μεταξύ συμβατικής και εναλλακτικής ιατρικής, παρόλο που οι γιατροί δεν κατείχαν αξιόπιστη γνώση ακόμα και οι λαϊκοί θεραπευτές συχνά χρησιμοποιούσαν αποτελεσματικές θεραπείες (Vlieger & Beninga, 2008). Στην Ολλανδία το 1865 εφαρμόστηκε για πρώτη φορά ο νόμος για την άσκηση της Ιατρικής όπου έγινε ο πρώτος επίσημος διαχωρισμός μεταξύ των ιατρών που φοίτησαν σε πανεπιστήμια και ιατρικές σχολές και των εναλλακτικών θεραπειών από την άλλη. Σύμφωνα με τους Vlieger & Beninga (2008), τότε, οι κύριες εναλλακτικές θεραπείες ήταν η Ομοιοπαθητική και η Βοτανοθεραπεία αλλά κατά τον 20 αιώνα μια ευρεία γκάμα μεθόδων και θεραπειών έκαναν την εμφάνιση τους όπως η Οστεοπαθητική και η Χειροπρακτική που προέρχονταν από την λαϊκή τέχνη της «επανατοποθέτησης», «ευθυγράμμισης» μετατοπισμένων οστών ή αρθρώσεων, καθώς και η εισαγωγή από Ασιάτες μετανάστες του Βελονισμού και της Ινδικής Αγιουβέρδικης ιατρικής.

Σύμφωνα με την Beebe (2004), ιστορικά η ΣΕΘ άρχισε με τα ιαματικά λουτρά κατά τον 18 αιώνα και αργότερα με τα τονωτικά ποτά και ελιξίρια που πωλούνταν από πλανόδιους πωλητές. Συχνά ο όρος «επιστημονικό» και «σύγχρονο» χρησιμοποιούνταν για να πειστούν οι υποψήφιοι πελάτες για την εγκυρότητα-νομιμότητα τέτοιων «θαυματουργών» μεθόδων. Μη ιατρικές και μη-επιστημονικές πρακτικές έρχονται και φεύγουν με αυτόν ή παρόμοιο τρόπο. Δυστυχώς όμως και ορισμένες άλλες τεχνικές και πρακτικές, επίσης κατηγοριοποιούνται με παρόμοιο τρόπο όπως π.χ. ο βελονισμός. Ένας γιατρός αναφέρει, ότι όταν φοιτούσε στην ιατρική σχολή, ο βελονισμός γελοιοποιείτο και θεωρείτο αγυρτεία. Τώρα παραδέχεται ότι είναι μια αποδεκτή και αποτελεσματική θεραπεία για τη ναυτία και τον εμετό, ειδικά στην ιατρική ογκολογία (Onconurse, 2013).

Η συμβατική ιατρική και φροντίδα υγείας στο δυτικό κόσμο ήρθε σε επαφή με την ΣΕΘ με την μετανάστευση προσφύγων και άλλων μεταναστών από άλλες χώρες όπως στην περίπτωση προσφύγων από την Ασία προς τη Βόρεια Αμερική. Οι μετανάστες έφεραν τον πολιτισμό και τις πεποιθήσεις τους μαζί τους ενσωματώνοντας τα στο νέο περιβάλλον (Hagen, 2011). Στο τέλος του 20^{ου} αιώνα υπήρξε μια έκρηξη στη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών και η ΣΕΘ άρχισε να αναπτύσσεται εξ' ολοκλήρου ως ξεχωριστή οντότητα. Σύνθετοι κοινωνικοί παράγοντες επηρέασαν τη χρήση της ΣΕΘ όπως η μείωση της εμπιστοσύνης στην ικανότητα της επιστήμης και της τεχνολογίας να λύσει προβλήματα της υγείας και της ασθένειας, οι κοινωνικές τάσεις προς τον ατομικισμό με τα άτομα να αποδέχονται λιγότερο την παραδοσιακή εξουσία αναζητώντας ψηλότερα επίπεδα ελέγχου και ενδυνάμωσης πάνω στη ζωή τους (Coulter & Willis, 2004).

2.2 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

2.2.1 Συμπληρωματική και Εναλλακτική Ιατρική (CAM)

Υπάρχουν αρκετές ονομασίες για να περιγραφεί η ιατρική έξω από τα όρια της ορθόδοξης ιατρικής. Αυτοί περιλαμβάνουν ονομασίες όπως «συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική», «ολιστική ιατρική», «συμπληρωματική ιατρική», «φυσική ιατρική», «παραδοσιακή ιατρική», «φυσικές θεραπείες», και «ανορθόδοξη ιατρική» (Weir, 2005).

Ότι είναι εναλλακτικό η συμπληρωματικό από την οπτική γωνία της ορθόδοξης ιατρικής μπορεί να είναι «παραδοσιακό» ή «mainstream» για κάποιες εθνοτικές ή πολιτισμικές ομάδες όπως η χρήση της παραδοσιακής κινεζικής ιατρικής από την κινεζική κοινότητα. Μια θεραπεία μπορεί να είναι συμπληρωματική σε ένα πλαίσιο, για παράδειγμα η χρήση του βελονισμού για την αντιμετώπιση του πόνου σε συνδυασμό με αναλγητικά, και εναλλακτικά, σε ένα άλλο πλαίσιο, όπου ο βελονισμός χρησιμοποιείται αντί της φυσιοθεραπείας για την αντιμετώπιση του μυϊκού πόνου (York, 1999).

Στη διεθνή ορολογία η συντομογραφία CAM είναι το ακρωνύμιο από τα αρχικά των λέξεων Complimentary and Alternative Medicine. Ο όρος συμπληρωματική ιατρική προέκυψε από το συνδυασμό της συμβατικής φροντίδας υγείας και των εναλλακτικών μεθόδων, δεδομένου ότι αυτές οι δύο μέθοδοι χρησιμοποιούνται για να αλληλοσυμπληρώνονται. Ο Hlubocky (2007), σελ.548, αναφέρει επίσης ότι η χρήση της ΣΕΘ ορίζεται ως " η χρήση των αναπόδεικτων

παρεμβάσεων από άτομα, σε συνδυασμό με/ή στη θέση παραδοσιακών ή συμβατικών μέσων θεραπείας διαφόρων ασθενειών ή συμπτωμάτων σχετικών με ασθένειες".

Ο πιο ευρέως αποδεκτός όρος στην διεθνή βιβλιογραφία είναι αυτός του National Center for Complimentary and Alternative Medicine of the National Institute of Health των ΗΠΑ που ορίζει τη ΣΕΘ σαν μια ευρεία ομάδα θεραπευτικών προσεγγίσεων που περιλαμβάνει όλα τα συστήματα υγείας, μέσα και πρακτικές, τις σύνοδες θεωρίες και πεποιθήσεις τους, εκτός εκείνων που είναι εγγενή στο πολιτικά κυρίαρχο σύστημα υγείας μιας συγκεκριμένης κοινωνίας ή πολιτισμού σε μια δεδομένη ιστορική περίοδο. Η ΣΕΘ περιλαμβάνει όλες αυτές τις πρακτικές και ιδέες, οριζόμενες από τους χρήστες τους, ως «Η πρόληψη ή η θεραπεία ασθενειών ή η προαγωγή της υγείας και της ευεξίας». Τα όρια εντός της CAM και μεταξύ της ΣΕΘ και του κυρίαρχου συστήματος υγείας δεν είναι πάντα σαφή και ευδιάκριτα (Zollman & Vickers, 1999), (EICCAM, 2008), (O'Connor et al., 1997).

2.2.1.1 Χαρακτηριστικά της ΣΕΘ

Τα κύρια χαρακτηριστικά της ΣΕΘ σύμφωνα με το European Information Centre for Complimentary and Alternative Medicine (EICCAM 2008) είναι:

- i.** Η εξατομικευμένη και ολιστική προσέγγιση της υγείας.
- ii.** Η αποκατάσταση της φυσικής ικανότητας και συστημάτων του ασθενή να αντιμετωπίσει την ασθένεια καθώς και η αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας με τη βοήθεια θεραπευτικών σκευασμάτων, θεραπειών σώματος, τροποποίηση ή διαφοροποίηση του τρόπου ζωής, διατροφικών αλλαγών καθώς και ψυχολογικές προσεγγίσεις της υγείας
- iii.** Η παράγωγή υγείας (salutogenesis) απέναντι στην παθογένεση.

Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι ο ορισμός της ΣΕΘ είναι ρευστός καθώς η κοινωνία, το νομικό πλαίσιο και η ορθόδοξη ιατρική εξελίσσονται καθώς υπάρχουν σήμερα ποιοτικές επιστημονικές έρευνες για την αποτελεσματικότητα της ΣΕΘ. Αυτό οδηγεί την ΣΕΘ να γίνεται περισσότερο αποδεκτή και να ενσωματώνεται όλο και περισσότερο στον χώρο της υγείας, είτε ως μέρος των θεραπειών που προσφέρονται από γιατρούς είτε από άλλους μη ιατρικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας. Ότι εθεωρείτο εναλλακτική, συμπληρωματική ή απαράδεκτη πρακτική σε κάποια δεδομένη στιγμή, μπορεί να διαφοροποιηθεί αργότερα (Matthew & Stone, 1995).

Το Εθνικό Κέντρο για τη Συμπληρωματική και Εναλλακτική Ιατρική των ΗΠΑ-NCCAM διαχωρίζει τη ΣΕΘ σε πέντε κατηγορίες (Vroeginderwey, 2006) :

1. Ολοκληρωμένα Εναλλακτικά Ιατρικά Συστήματα, όπως της Κινέζικης Παραδοσιακής (περιλαμβανομένου και του βελονισμού), της φυσικοπαθητικής, της αγιουβέρδικης ιατρικής και της ομοιοπαθητικής.
2. Θεραπείες βασισμένες στη Βιολογία, περιλαμβανομένων των βοτάνων, ειδικές διατροφές και δίαιτες καθώς και εξατομικευμένες βιολογικές θεραπείες μη αποδεκτές από την Αρχή Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ.
3. Ενεργειακές θεραπείες όπως το θεραπευτικό άγγιγμα ΡΕΪΚΙ, τη θεραπεία με μαγνήτες, το Qi Gong (Τσι Γκονγκ), τις μεσολαβητικές προσευχές.
4. Χειρονακτικές θεραπείες και συστήματα βασισμένα στο σώμα όπως χειροπρακτική, Οστεοπαθητική, μασάζ κ.α.
5. Παρεμβάσεις βασισμένες στο μυαλό-σώμα όπως διαλογισμός, biofeedback-βιοανάδραση, υπνοθεραπεία, και άλλες μέθοδοι χαλάρωσης.

2.2.2 Η Χρήση της ΣΕΘ από τον γενικό πληθυσμό και τους ασθενείς με καρκίνο.

2.2.2.1 Γενικός Πληθυσμός

Σύμφωνα με τον Eisenberg et. al. (1993) στις ΗΠΑ οι περισσότεροι χρήστες της ΣΕΘ στο γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ, ήταν οι μη-μαύροι (non-blacks) ηλικίας μεταξύ 25-49, με περισσότερη μόρφωση και ψηλά εισοδήματα και σύμφωνα με τον Astin (1998) οι περισσότεροι που επέλεξαν να χρησιμοποιήσουν ΣΕΘ δεν το έπραξαν γιατί ήταν δυσαρεστημένοι από τη συμβατική ιατρική αλλά γιατί η ΣΕΘ ήταν πιο συμβατή με τις αξίες τους, την φιλοσοφία και τα πιστεύω τους σχετικά με την ζωή και τη υγεία. Οι περισσότεροι υπέφεραν με χρόνια νοσήματα όπως πόνοι στην πλάτη, αλλεργίες και προβλήματα των πνευμόνων (Beebe, 2004).

Στις ΗΠΑ η ΣΕΘ γίνεται ολοένα και πιο αποδέκτη. Σύμφωνα με τον Beebe (2004) στη πρώτη μεγάλη έρευνα ορόσημο ο Eisenberg et al. (1993) βρήκε ότι στις ΗΠΑ το 34% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι είχε τουλάχιστο χρησιμοποιήσει μια φορά μη συμβατική θεραπεία κατά τον τελευταίο ένα χρόνο, και επιπρόσθετα το ένα τρίτο από αυτούς είχε επισκεφτεί μη συμβατικούς θεραπευτές και πλήρωσε από ίδιους πόρους. Πέντε χρόνια αργότερα ο Eisenberg et al. (1998) παρατήρησε μια μεγάλη αύξηση στη χρήση της ΣΕΘ κατά 25% και

47% αύξηση στις επισκέψεις σε εναλλακτικούς θεραπευτές, όπως τους ομοιοπαθητικούς. Ιστορικά υπάρχει μια σύγκρουση μεταξύ της συμβατικής ιατρικής και της εναλλακτικής ιατρικής. Παρόλα αυτά η χρήση, η αποτελεσματικότητα και η αποδοχή της ΣΕΘ συνεχίζει να αυξάνεται ανάμεσα στον αμερικανικό πληθυσμό. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, έρευνα της Βουλής των Λόρδων (HoL 2000) αναφέρει χρήση της ΣΕΘ στο γενικό πληθυσμό της τάξης του 20%.

Πίνακας 2.1: Χρήση της ΣΕΘ στο Ηνωμένο Βασίλειο.

	1999 (%)
Χρήση ΣΕΘ τους τελευταίους 12 μήνες	20%
Εκ των οποίων: *	
Βοτανοθεραπεία	34%
Αρωματοθεραπεία	21%
Ομοιοπαθητική	17%
Βελονισμός	14%
Μασάζ	6%
Ρεφλεξολογία	6%
Οστεοπαθητική	4%
Χειροπρακτική	3%

Πηγή: HoL 2000 * σημείωση: Οι χρήστες έκαναν χρήση περισσότερο της μιας θεραπείας ΣΕΘ.

Νεώτερες έρευνες στην Αγγλία (Hunt et al. 2010) ανεβάζουν το ποσοστό χρήσης της ΣΕΘ τους τελευταίους 12 μήνες στο 26,3% καθώς και ποσοστό 12,1% είχε επισκεφθεί ένα επαγγελματία υγείας ΣΕΘ. Είναι μέχρι σήμερα χαμηλότερη από τη χρήση ΣΕΘ στις ΗΠΑ, Γερμανία, Αυστραλία και Ιαπωνία, όπου η επικράτηση στους 12 μήνες είναι 40%, 62%, 69% και 76%, αντίστοιχα. Από όλες τις διαφορετικές θεραπείες που χρησιμοποιήθηκαν περισσότερο ήταν το μασάζ (13,1%), ακολουθούμενο από την αρωματοθεραπεία (11,2%), το βελονισμό (11,2%), τη χαλάρωση (10%), και Οστεοπαθητική (9,9%).

Υπάρχουν πολλές εξηγήσεις γιατί ο γενικός πληθυσμός επιλέγει να χρησιμοποιήσει ΣΕΘ. Σύμφωνα με τον Furnham (1996) αυτές οι εξηγήσεις μπορούν να συνοψιστούν σε δύο κατηγορίες:

1) Οι ασθενείς που "έλκονται" προς τη ΣΕΘ

Παράγοντες που έλκουν τους ασθενείς προς τη ΣΕΘ

- i. είναι η φιλοσοφική αντιστοιχία με τις πρακτικές της ΣΕΘ

- ii. επιθυμία για προσωπικό έλεγχο πάνω στη θεραπεία
- iii. μια διαφορετική σχέση με τον θεραπευτή,
- iv. η προσβασιμότητα
- v. η βελτιωμένη ευεξία.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται με τις προσδοκίες του ασθενή για κάποια μορφή οφέλους ή ανταμοιβής. Για παράδειγμα, ένας ασθενής που επιλέγει να χρησιμοποιήσει τη ΣΕΘ μπορεί να προσδοκά να ανταμειφθεί με μια καλή σχέση με τον θεραπευτή του, με τον έλεγχο πάνω στη θεραπεία του και άλλα.

2) Οι ασθενείς που "απωθούνται" μακριά από τη συμβατική ιατρική (Furnham, 1996).

Παράγοντες που μπορούν να απωθήσουν τους ασθενείς μακριά από τη συμβατική ιατρική περιλαμβάνουν:

- i. Τη δυσαρέσκεια προς τη συμβατική ιατρική
- ii. Την απόρριψη της συμβατικής ιατρικής
- iii. Την απελπισία-απογοήτευση
- iv. Το κόστος της ιδιωτικής συμβατικής ιατρικής (Furnham, 1996).

Η δυσαρέσκεια με τη συμβατική ιατρική μπορεί να οφείλεται σε έναν αριθμό θεμάτων όπως οι αναποτελεσματικές θεραπείες, οι παρενέργειες της θεραπείας, οι λίστες αναμονής ή η σχέση ασθενή-ιατρού. Προβλήματα στη σχέση ιατρού-ασθενή μπορεί να προκύψουν από τη κακή επικοινωνία ιατρού και ασθενή (Furnham, 1996). Σε αντίθεση με τους «ελκυστικούς» παράγοντες, οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με τον ασθενή να είναι σε θέση να απομακρύνει τον εαυτό του από τις δυνητικά αρνητικές ή δυσάρεστες καταστάσεις. Για παράδειγμα, εάν ο ασθενής είναι δυσαρεστημένος με το συμβατικό γιατρό, χρησιμοποιώντας τη ΣΕΘ μπορεί να ελαχιστοποιήσει την επαφή με το γιατρό αποφεύγοντας έτσι μια ενδεχομένως δυσάρεστη αντιμετώπιση.

2.2.2.2 Ποιές μέθοδοι ΣΕΘ χρησιμοποιούνται περισσότερο και για ποιούς λόγους

Σύμφωνα με τον Barnes et.al. (2004) το είδος της ΣΕΘ που χρησιμοποιήθηκε πιο συχνά κατά το 2002 σύμφωνα με τα ευρήματα της στατιστικής υπηρεσίας των ΗΠΑ, ήταν κατά σειρά 1) η προσευχή, ειδικά από τον ίδιο τον ασθενή, 2) η προσευχή από άλλους για κάποιον ασθενή, 3) φυσικά προϊόντα, 4) βαθιές αναπνοές, 5) ομαδική προσευχή με συμμετοχή του ίδιου του ασθενή, 6) διαλογισμός, 7) χειροπρακτική, 8) μασάζ και 9) θεραπείες βασισμένες στην διατροφή.

Επίσης σύμφωνα με τους πιο πάνω ερευνητές οι λόγοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν περισσότερο για 1) τους πόνους στην πλάτη, 2) τους πονοκεφάλους, 3) το κρυολόγημα, 4) τους αυχενικούς πόνους, 5) άλλες αρθραλγίες και τη δυσκαμψία καθώς και 6) για το άγχος και την κατάθλιψη.

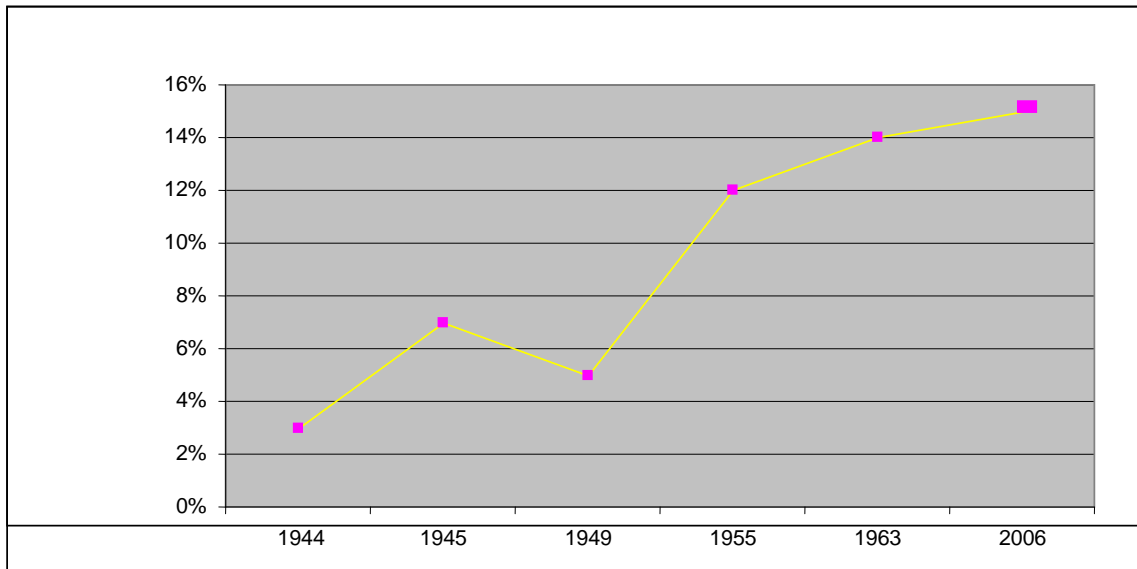
Σύμφωνα με τους Anderson & Taylor (2007) η πιο συχνή από όλες τις μεθόδους ΣΕΘ που χρησιμοποιήθηκε από τους ενήλικες Αμερικανούς ήταν η προσευχή ακολουθούμενη από τις βιολογικές θεραπείες όπως η χρήση ουσιών που βρίσκονται ελεύθερα στη φύση π.χ. βότανα, τροφές, μεταλλικά ιχνοστοιχεία και βιταμίνες για να θεραπεύσουν ασθένειες ή να βελτιώσουν την ευεξία.

Σύμφωνα με τους προηγούμενους ερευνητές οι πέντε πιο συνηθισμένες συμπληρωματικές πρακτικές και προϊόντα που χρησιμοποιούνται από άτομα με καρκίνο ήταν βιταμίνες/μεταλλικά ιχνοστοιχεία, προσευχή από τον ίδιο τον ασθενή, συμμετοχή σε προσευχή, χειρονακτικοί χειρισμοί και βοτανοθεραπεία.

2.2.2.3 Χρήση της ΣΕΘ από ασθενείς με καρκίνο.

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια στην οποία τα μη φυσιολογικά κύτταρα μεταλλάσσονται και πολλαπλασιάζονται σε υψηλότερο από το φυσιολογικό ρυθμό και εισβάλλουν σε άλλα κύτταρα. (National Cancer Institute USA, 2009). Δεν υπάρχει άλλη νόσος με τόσο μεγάλο αντίκτυπο σε όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης ζωής όπως ο καρκίνος. Τα ποσοστά θνησιμότητας είναι υψηλά και οι θεραπείες συχνά δύσκολες, με δυνατές και έντονες παρενέργειες. Οι περισσότεροι καρκινοπαθείς με καρκινικό πόνο, εξάντληση, διαταραχές του ύπνου,, ναυτία χρησιμοποιούν φάρμακα για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα τους. Παρόλα αυτά οι φαρμακολογικές θεραπείες δεν είναι αποτελεσματικές σε όλους τους ασθενείς και συχνά προκαλούν ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως δυσκοιλιότητα αναπνευστικά προβλήματα, νάρκωση, και αλλά. (Evans & Rosner, 2005) και γι' αυτό στρέφονται προς ΣΕΘ για να διαχειριστούν τα συμπτώματα τους που σχετίζονται με τον καρκίνο. Πρόσφατη βιβλιογραφική ανασκόπηση της Ζαχαροπούλου (2013) αναφέρει συμπερασματικά ότι ανεξάρτητα από την επιστημονική άποψη των επαγγελματιών υγείας, οι ογκολογικοί-αιματολογικοί ασθενείς χρησιμοποιούν εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες στην αντιμετώπιση της πάθησης τους πολλές φορές κρυφά από το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, ότι οι πλείστες διεθνείς μελέτες συμφωνούν ότι στην πλειοψηφία των χρηστών ανήκουν νέες γυναίκες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση της Ζαχαροπούλου (2013) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η συνύπαρξη της

κλασσικής ιατρικής με την εναλλακτική ιατρική χρειάζεται διαλεύκανση και ενίσχυση της αξιοπιστίας της ΣΕΘ. Δεν υπάρχουν έρευνες σχετικές με την χρήση της ΣΕΘ στον πληθυσμό των καρκινοπαθών στην Κύπρο. Στη Κύπρο τα ποσοστά θανάτων από καρκίνο το 1944 από 3%, ανέρχονται σήμερα περίπου στο 19%.(Διάγραμμα 2.1)



Πηγή: British Colonial Annual Medical Reports 1944-1959, Στατιστική Υπηρεσία ΚΔ.

Διάγραμμα 2.1

Ποσοστά θανάτων καρκίνου και άλλων νεοπλασιών στη Κύπρο 1944-2006

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι μέχρι το 2020 οι περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο θα αυξηθούν κατά 50% φτάνοντας τα 15,7 εκατομμύρια παγκοσμίως (WHO, 2003). Το ετήσιο κόστος των ιατρικών δαπανών για την αντιμετώπιση του καρκίνου στην Ευρώπη υπολογίζεται στα 72 δισεκατομμύρια ευρώ (EUROCAM, 2012). Οι πιο συχνοί τύποι καρκίνου παγκοσμίως αφορούν στους πνεύμονες, στομάχι, παχύ έντερο, συκώτι και στήθος.

Οι ασθενείς με καρκίνο και οι επιζώντες από καρκίνο αποτελούν τους περισσότερους χρήστες της ΣΕΘ. Ο Molassiotis et.al. (2005) σε άρθρο του αναφέρει ότι η ΣΕΘ χρησιμοποιείται συνήθως μεταξύ των ασθενών με καρκίνο σε ένα ποσοστό της τάξης του 31,4% στις πλείστες μελέτες. Πρόσφατα στοιχεία από την ίδια πανευρωπαϊκή έρευνα δείχνουν ακόμα ψηλότερο ποσοστό χρήσης της ΣΕΘ μεταξύ των ασθενών με καρκίνο σύμφωνα με τους Molassiotis et.al (2005) σε ποσοστό 35,9% και κυμαίνεται μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών το κατώτερο από 14,8%

για την Ελλάδα και το ανώτερο 73,1% για την Ιταλία. Παρόμοια ποσοστά αναφέρονται και στην έρευνα των Hyodo et al. (2005) σε ασθενείς με καρκίνο στην Ιαπωνία με 45% χρήση της ΣΕΘ. Οι χρήστες της ΣΕΘ τείνουν να είναι νεότεροι, γυναίκες, και με πιο πολλή μόρφωση. Οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο που έκαναν χρήση της ΣΕΘ έπασχαν, κατά σειρά, από καρκίνο του παγκρέατος, του ήπατος, των οστών και του εγκεφάλου. Η διάρκεια της ΣΕΘ κυμαινόταν από ένα μήνα έως 18 χρόνια και με μέσο όρο χρήσης 27 μήνες (Eurekaalert, 2005).

Ο Scott et al.(2005) αναφέρουν ότι οι εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες χρησιμοποιούνται ευρέως από ασθενείς με καρκίνο σε πολλά μέρη του κόσμου. Μια συστηματική ανασκόπηση των Ernst and Cassileth (1998) αξιολόγησε συνολικά 26 έρευνες που τεκμηριώνουν την επικράτηση της χρήσης ΣΕΘ μεταξύ των ασθενών με καρκίνο. Τα αποτελέσματά τους τονίζουν τη χρήση των ΣΕΘ σε πληθυσμούς ενηλίκων που κυμαίνονται από 7% έως 64%, με το μέσο επιπολασμό σε όλες τις μελέτες σε 31,4%. Επίσης αναφέρουν ότι στη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 οι πιο δημοφιλείς θεραπείες ΣΕΘ κυμαίνονταν από προσεγγίσεις νου-σώματος, διαιτητικά και τα συμπληρώματα διατροφής, ομοιοπαθητική, πνευματιστικές θεραπείες, κινέζικα θεραπευτικά βότανα και άλλα βοτανικά παρασκευάσματα.

Ο Downer et al. (1994) ανέφεραν ότι το 16% των ερωτηθέντων καρκινοπαθών σε νοσοκομείο του Λονδίνου είχε χρησιμοποιήσει ΣΕΘ, ενώ υποβάλλονται σε συμβατική θεραπεία. Οι ασθενείς με καρκίνο που χρησιμοποιούν ΣΕΘ έτειναν να είναι νεότεροι, υψηλότερης κοινωνικής τάξης και γυναίκες. Λιγότερο από μια δεκαετία αργότερα, σύμφωνα με τον Lewith et al. (2002) έδειξαν ότι το 32% των ασθενών δήλωσαν ότι ελάμβαναν κάποια μορφή ΣΕΘ, γεγονός που υποδηλώνει μια τάση στην αυξημένη χρήση της ΣΕΘ κατά τα τελευταία χρόνια. Μια προηγούμενη έρευνα έδειξε ότι το 70% των νοσοκομείων του ΕΣΥ στην Αγγλία και Ουαλία προσέφεραν μία ή περισσότερες συμπληρωματικές θεραπείες στην αντιμετώπιση της θεραπείας του καρκίνου, με τη χαλάρωση και την αρωματοθεραπεία να είναι οι πιο διαδεδομένες (White, 1998).

Στην εργασία των Verhoef, et. al., (2005) αναφέρονται 52 μελέτες για τη χρήση της ΣΕΘ από καρκινοπαθείς σχετικά με τα κοινωνικό-δημογραφικά δεδομένα και τα χαρακτηριστικά τους. Βρέθηκε ένα ευρύ φάσμα από λόγους, περιλαμβανομένων της ωφελιμότητας που βίωσαν (38,4%) ως ο πιο συχνός λόγος, την επιθυμία για έλεγχο (17, 3%), την ισχυρή πίστη στην ΣΕΘ (17,3%), τη ΣΕΘ ως η τελευταία επιλογή (9,6%), η αναζήτηση ελπίδας (9,6%).

Σύμφωνα με την Hok (2009) στα πρώτα στάδια της ασθένειας οι καρκινοπαθείς χρησιμοποιούν την ΣΕΘ σαν συμπλήρωμα της συνηθισμένης συμβατικής θεραπείας για βελτίωση της ευεξίας, για καταπράυνση των συμπτωμάτων ή των παρενεργειών της συμβατικής θεραπείας που παίρνουν. Οι Kronenberg et al. (2005) αναφέρουν ότι σε προχωρημένα στάδια ή στάδιο επανεμφάνισης της νόσου, οι χρήστες καταφεύγουν στην ΣΕΘ για να αντιμετωπίσουν άμεσα τη νόσο και τον όγκο. Κάποιοι ασθενείς στρέφονται προς την ΣΕΘ σαν εκδήλωση δυσαρέσκειας προς την συνήθη βιοϊατρική θεραπεία (Hok, 2009, Sirois, Gick 2002). Οι Sirois και Gick αναφέρουν ότι κάποιοι λόγοι απωθούν τους ασθενείς από τη βιοϊατρική θεραπεία και αυτοί περιλαμβάνουν την αναποτελεσματικότητα, ανησυχίες για τις παρενέργειες ή άσχημες εμπειρίες, από την επικοινωνία με τον γιατρό

Το γυναικείο φύλο, η νεαρότερη ηλικία, η ανώτερη εκπαίδευση και το ψηλό εισόδημα βρέθηκαν να είναι χαρακτηριστικά της χρήσης ΣΕΘ. Σύμφωνα με τους Downer et al. (1994) στην εργασία των Scott et al.(2005) οι ασθενείς με καρκίνο τείνουν να είναι νεώτεροι, ψηλής κοινωνικής τάξης και γυναικείου φύλου.

Σύμφωνα με τους Tascilar et al. (2006) λόγοι που ωθούν καρκινοπαθείς στη χρήση της ΣΕΘ, παρόλη την γενική ικανοποίηση προς την συμβατική τους θεραπεία, αποτελούν, ή μη ικανοποιητική αντιμετώπιση προβλημάτων τους που αφορούν στα συμπτώματα και τις παρενέργειες της συμβατικής θεραπείας (Ashbury et al., 1998). Ένας δεύτερος λόγος σύμφωνα με τους Tascilar et al. (2006) για τη χρήση ΣΕΘ είναι η υποτιθέμενη δράση ως αντικαρκινικός παράγοντας (πχ. χρήση του μίγματος βοτάνων PC-SPES) από τους ασθενείς με καρκίνο του προστάτη. Επίσης η αυξανόμενη ζήτηση για περισσότερο εξατομικευμένη προσέγγιση και μεγαλύτερη και ευκολότερη πρόσβαση στη πληροφόρηση (πχ. INTEPNET) μαζί με την προβολή της ΣΕΘ από τα μέσα ενημέρωσης προωθούν την χρήση της στις δυτικές και ανεπτυγμένες βιομηχανικές χώρες (Hyoto et al., 2005, Tascilar et al., 2006).

Σύμφωνα με τον Karpauf et al. (2000), οι καρκινοπαθείς πιο συχνά καταφεύγουν στη χρήση ΣΕΘ από τους ασθενείς με οξείες ή χρόνιες παθήσεις και οι οποίες δεν είναι κακοήθειες. Οι περισσότεροι καρκινοπαθείς συνδυάζουν την ΣΕΘ, παρά να υποκαταστήσουν με αυτή την συμβατική θεραπεία.

Ο Cassileth και Deng (2004) αναφέρουν ότι σχεδόν όλες οι έρευνες που έγιναν μέχρι σήμερα για την χρήση της ΣΕΘ σε ασθενείς με καρκίνο αλλά και στο γενικό πληθυσμό διεθνώς, δείχνουν ότι αυτοί που ζητούν ή χρησιμοποιούν τις θεραπείες ΣΕΘ, τείνουν να είναι καλύτερα μορφωμένοι, ψηλότερης κοινωνικό-οικονομικής τάξης, γυναίκες, και νεώτερες από

αυτές που δεν κάνουν τέτοια χρήση. Επίσης αναφέρουν ότι η αυξητική τάση στη χρήση ενδέχεται να οφείλεται στην χρήση μη συνταγογραφούμενων ουσιών-βοηθημάτων καθώς και την εύκολη πρόσβαση σε αυτά. Αναφέρουν ότι σύμφωνα με στατιστικά δεδομένα των Ni et al. (2002) οι περισσότερο χρησιμοποιούμενες εναλλακτικές θεραπείες ήταν οι πνευματικές θεραπείες και προσευχές (13,7%), η βοτανοθεραπεία (9,6%), και οι χειροπρακτική (7,6%) και ότι η προσφυγή τους σε αυτές τις ΣΕΘ ήταν αποτέλεσμα της θέλησης τους για περισσότερο και μεγαλύτερη ευθύνη πάνω στην αυτοφροντίδα.

Ο Tascilar (2006) επίσης αναφέρει ότι η πλειοψηφία των μελετών που έγιναν στις ΗΠΑ καταδεικνύουν ότι μεταξύ 25%-84% των καρκινοπαθών έχουν χρησιμοποιήσει θεραπείες ΣΕΘ σε κάποιο στάδιο μετά την διάγνωση με διακυμάνσεις που οφείλονται σε γεωγραφικές περιοχές και τον τύπο του καρκίνου. Με συντηρητικές εκτιμήσεις αναφέρουν ότι τα έξοδα για την χρήση υπηρεσιών ΣΕΘ στις ΗΠΑ αυξήθηκαν μεταξύ των 1990 και 1997 κατά 45% με τα ποσά να φτάνουν 27 δισεκατομμύρια το 1997. Αυτή η αύξηση αποδόθηκε κυρίως στο ποσοστό του πληθυσμού που χρησιμοποιούσε ΣΕΘ παρά σε αύξηση των επισκέψεων σε εναλλακτικούς θεραπευτές.

2.2.2.4 Τι λέει η επιστήμη σχετικά με τη ΣΕΘ στον καρκίνο.

Μέχρι σήμερα, λίγα είναι γνωστά σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εναλλακτικών και συμπληρωματικών θεραπειών ΣΕΘ για τον καρκίνο. Παρόλα αυτά, κάποιες θεραπείες έχουν υποβληθεί σε προσεκτική αξιολόγηση και πολλές μελέτες πραγματοποιούνται κάθε χρόνο. Η Ολιστική ή Ενοποιημένη Ογκολογία (Deng et al., 2009) είναι μια προσέγγιση η οποία υιοθετεί τη φυσική, συναισθηματική και πνευματική ευεξία των καρκινοπαθών συνδυάζοντας την συμβατική ιατρική με συμπληρωματικές, επικουρικές θεραπείες στηριζόμενες σε επιστημονικά τεκμηριωμένες μελέτες χρησιμοποιώντας μια πολυθεματική προσέγγιση. Η «ανεπίσημη» χρήση της ΣΕΘ είναι συνηθισμένο φαινόμενο στους καρκινοπαθείς. Αυτές οι θεραπείες έχουν μια ποικίλη προέλευση, θεωρητικό υπόβαθρο, εφαρμογή, ασφάλεια και αποτελεσματικότητα. Κάποιες από αυτές είναι πολύ βοηθητικές στη μείωση των συμπτωμάτων και όλο και περισσότερο έχουν ενσωματωθεί επικουρικά και συμπληρωματικά δίπλα στην συνήθη ογκολογική θεραπεία. Διατροφικά συμπληρώματα, βότανα, και αλλά φυτικά προϊόντα μπορεί να είναι προβληματικά στη χρήση τους λόγω της αντίθετης δράσης τους προς την χημειοθεραπεία ή λόγω ακόμη πιθανών παρενεργειών τους μαζί με την χημειοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία και ακτινοθεραπεία, αλλά όμως μπορεί να είναι πολύ επωφελείς κατά την περίοδο που ο ασθενής δεν υποβάλλεται στις

πιο πάνω συμβατικές θεραπείες. Όμως θεραπείες οι όποιες προβάλλονται ως εναλλακτικές αντί της συμβατικής ιατρικής θεραπείας μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο ασθενείς οι οποίοι μπορεί να καθυστερήσουν να υποβληθούν σε αποδεδειγμένα αποτελεσματικές θεραπείες. Είναι σημαντικό όλοι όσοι εμπλέκονται στην υποστήριξη και θεραπεία των καρκινοπαθών να τους βοηθήσουν να αξιολογήσουν τα οφέλη της ΣΕΘ χωρίς να βλάψουν.

Το 2009 το Society for Integrative Oncology έχει εκδώσει κατευθυντήριες γραμμές βασισμένες σε επιστημονικά αποδεδειγμένες μελέτες για γιατρούς, ώστε να μπορούν να ενσωματώσουν τις συμπληρωματικές θεραπείες στη συνήθη ιατρική θεραπεία των καρκινοπαθών. Οι κατευθυντήριες γραμμές παρατίθενται στο παράρτημα 1.

2.2.2.5 Η χρήση της ΣΕΘ στην Κύπρο

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2001) αναφέρει σε παγκόσμια αναφορά για την παραδοσιακή, εναλλακτική και συμπληρωματική ιατρική στην Κύπρο τα εξής: *“Γραπτές αναφορές, κυρίως από τα μοναστήρια, καταγράφουν διάφορα είδη λαϊκής παραδοσιακής ιατρικής και φυτικά σκευάσματα που χρησιμοποιούνται από το μεσαίωνα μέχρι τα μέσα του 19ου αιώνα στην Κύπρο. Οι περισσότερες παραδοσιακές μορφές της ιατρικής περιλαμβάνουν την ανάμιξη βοτάνων, την τήρηση ορισμένων κανόνων συμπεριφοράς, την προώθηση της υγιεινής διατροφής και τις καλές συνήθειες. Από τις αρχές της Βρετανικής αποικιοκρατίας μετά το 1897, αλλοπαθητικοί γιατροί παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Αν και οι περισσότεροι ασθενείς χρησιμοποιούν την αλλοπαθητική ιατρική, μερικοί καταφεύγουν σε ομοιοπαθητικούς και σε άλλους θεραπευτές συμπληρωματικής /εναλλακτικής ιατρικής. Μόνο μερικοί αλλοπαθητικοί γιατροί εφαρμόζουν την ομοιοπαθητική, το βελονισμό, ή άλλες μορφές συμπληρωματικής /εναλλακτικής ιατρικής. Υπάρχουν λιγότεροι από 10 συμπληρωματικοί/εναλλακτικοί γιατροί οι οποίοι δεν είναι επίσης και αλλοπαθητικοί γιατροί. Αυτοί οι επαγγελματίες προσφέρουν θεραπευτικές συνεδρίες και επικεντρώνονται στη χρήση τεχνικών χαλάρωσης ή βοτάνων για να ανακουφίσουν το άγχος ή να σταματήσουν το κάπνισμα.....”* (WHO, 2001).

Από το πιο πάνω απόσπασμα αντιλαμβάνεται κανείς ότι η πληροφόρηση που δίνει ο WHO για την Κύπρο, διαφέρει από τη σημερινή πραγματικότητα. Η πληροφόρηση προέρχεται από το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου προς τη WHO και όχι από κάποια εμπεριστατωμένη έρευνα, σχετικά με την πραγματική κατάσταση που αφορά στη χρήση της εναλλακτικής ή παραδοσιακής ιατρικής. Η εν λόγω πληροφόρηση παρουσιάζει τη ΣΕΘ σε σχέση με την ορθόδοξη/αλλοπαθητική ιατρική από την οπτική γωνιά των συμβατικών ιατρών και πως το Υπουργείο Υγείας μέχρι εκείνη τη χρονιά αναγνώριζε επίσημα μόνο τη χειροπρακτική ως

ΣΕΘ και μάλιστα ρυθμισμένη με νόμο. Αρκεί η ανάγνωση στο τηλεφωνικό Χρυσό Οδηγό για να διαπιστώσει κανείς ότι υπάρχουν αρκετοί εναλλακτικοί θεραπευτές που προσφέρουν διάφορες υπηρεσίες πέραν του χώρου της συμβατικής ιατρικής και του κρατικού συστήματος υγείας. Υπάρχουν σήμερα ιδιωτικοί ασφαλιστικοί (πχ. Universal Life, Cosmos, 2014) και συνδικαλιστικοί οργανισμοί που καλύπτουν υπό όρους το κόστος από τη χρήση εναλλακτικών θεραπειών πέραν των συμβατικών ιατρών και της συμβατικής ιατρικής, όπως πχ. βελονισμό, χειροπρακτική, Οστεοπαθητική, βοτανοθεραπεία, ομοιοπαθητική, αρωματοθεραπεία κ.α.

Το Υπουργείο Υγείας στην Εθνική Στρατηγική Αντιμετώπισης του Καρκίνου στην Κύπρο σελ. 42 (Υπ. Υγείας, 2009), αναφέρει ακροθιγώς, την ανάγκη μελέτης και δημιουργίας κέντρων πόνου στην Κύπρο στο πρότυπο άλλων Ευρωπαϊκών κέντρων, όπου προσφέρονται και μονάδες ψυχολογικής υποστήριξης και εναλλακτικών θεραπειών (βελονισμός).

Σύμφωνα με τη Στατιστική Υπηρεσία της Κύπρου στην Ευρωπαϊκή Έρευνα Υγείας το 2010 (ΣΥΚ, 2010), επισκέφτηκαν διάφορους εναλλακτικούς θεραπευτές συνολικά το 2,5% του κυπριακού πληθυσμού τουλάχιστο μια φορά τους τελευταίους 12 μήνες. Πιο συγκεκριμένα, το 1,3% του πληθυσμού επισκέφθηκε χειροπράκτη, το 0,6% ομοιοπαθητικό, το 0,4% βελονιστή, το 0,1% φυτοθεραπευτή και το 0,1% άλλο ιατρό εναλλακτικής ιατρικής. Παρόλο που τα πιο πάνω ποσοστά φαίνονται μικρά σε σύγκριση με άλλες χώρες αυτό πιθανόν να οφείλεται σε μια σειρά από λόγους όπως ο μικρός αριθμός εναλλακτικών θεραπειών σε σχέση με τον πληθυσμό αλλά και την δεσπόζουσα θέση των συμβατικών ιατρών στο κρατικό και ιδιωτικό σύστημα υγείας της Κύπρου. Κατά την πιο πάνω περίοδο δηλαδή το 2010, στην Κύπρο έπασχε με κάποιο είδος καρκίνου το 1,2% του πληθυσμού, εκ των οποίων το 1% του πληθυσμού ήταν άντρες και το 1,4% γυναίκες.

Η παρούσα εργασία έχει επίσης εντοπίσει μόνο μια εργασία στην Κύπρο, των Andreou & Kittiri (2010) από το Ογκολογικό κέντρο της Τράπεζας Κύπρου σχετική με τη χρήση της ΣΕΘ από κυπρίους ογκολογικούς ασθενείς και αφορά μόνο στη χορήγηση βιταμινών, και άλλων συμπληρωμάτων διατροφής προς ασθενείς από το φαρμακείο του Κέντρου. Τα αποτελέσματα της πιο πάνω έρευνας που έγινε σε σύνολο 524 ασθενών του Κέντρου κατά το 2010 αναφέρουν τη χρήση της ΣΕΘ από μόνη της σε ποσοστό 60% των καρκινοπαθών, 35% συμπληρωτικά με τη χημειοθεραπεία που λάμβαναν και 5% χρησιμοποιούσαν ΣΕΘ ταυτόχρονα με την ακτινοθεραπεία. Η εν λόγω παρουσίαση καταλήγει στο συμπέρασμα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης ότι δεν είναι επιθυμητή η χρήση αντιοξειδωτικών ουσιών

ταυτόχρονα με την χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία καθώς μειώνουν την αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπειών. Επίσης επιβεβαιώνει την ανάγκη για καλύτερη επικοινωνία της ογκολογικής κοινότητας με τους ασθενείς προκειμένου να αποφεύγονται παρενέργειες από τη χρήση τέτοιων συμπληρωμάτων, βιταμινών ή άλλων αντιοξειδωτικών ταυτόχρονα με τη συνήθη ογκολογική θεραπεία που παίρνουν από το Κέντρο (Andreou & Kittiri, 2010). Η πιο πάνω εργασία επαναβεβαιώνει την ανυπαρξία στατιστικών δεδομένων σχετικά με την χρήση της Εναλλακτικής και Συμπληρωματικής ιατρικής-CAM στη Κύπρο και ειδικότερα από τους ογκολογικούς ασθενείς ΚΑΙ υπογραμμίζει την αναγκαιότητα διενέργειας και καταγραφής της χρήσης της ογκολογικούς ασθενείς.

2.2.2.6 Η θέση της Εκκλησίας της Κύπρου σχετικά με τις εναλλακτικές θεραπείες, την «Νέα Εποχή» και το Θεοσοφικό Κίνημα.

Το κίνημα της "Νέας Εποχής" (New Age), σύμφωνα με τον ιστότοπο της Ιεράς Μονής Παντοκράτορος Μελισσοχωρίου (IMΠΜ, 2011), είναι μια σύνθεση ανατολικών Θρησκευτών και αρχαίων μυστηριακών διδασκαλιών συνδυασμένες με γνωστικισμό και πνευματισμό. Ως "Νέα Εποχή" χαρακτηρίζεται η καινούρια δισχιστική (από το 2001) διότι, όπως υποστηρίζουν οι αστρολόγοι (βασικά στελέχη της Νέα Εποχής) κατ' αυτήν ο ήλιος μπαίνει στο ζωδιακό κύκλο του Υδροχούου και έτσι θα δοθεί τέλος στην "εποχή του Ιχθύος", όπου κατ' αυτούς κυριαρχούσε η σύγχυση, οι πόλεμοι, οι εντολές και ο έλεγχος των ιερέων (Ιχθύς= Χριστός, εννοούν πως θα τελειώσει οτιδήποτε το Χριστιανικό). Βασικός στόχος της είναι η παγκόσμια αποδοχή των δογμάτων της και γι' αυτό ο αγώνας για προσηλυτισμό είναι διαρκής με μεθόδους πονηρές και απατηλές εκμεταλλεζόμενη κάθε ανθρώπινη ανάγκη και αδυναμία. Η προσπάθεια αυτή ως βάση έχει τη θεοσοφία ενώ στις παρακλαδικές αυτής οργανώσεις δεν είναι δυνατόν να βρει κάποιος άκρη αφού δεν συνδέονται οπωσδήποτε με αυστηρή ιεραρχική δομή ή ιδεολογική ταυτότητα. Πολλές απ' αυτές χαρακτηρίζονται ως ψυχολατρίες, προχριστιανικές ("υπερδογματικές") ομάδες, καταστροφικές λατρείες κλπ. Γενικώς οι οργανώσεις αυτές έχουν ως βάση τον αποκρυφισμό.

Σύμφωνα με την Παπαδομιχελάκη (2009), με τον όρο «Νέα Εποχή» εννοείται το Κίνημα που διαμορφώθηκε στο τελευταίο τέταρτο του 20^{ου} αιώνα και είναι το καταστάλαγμα μιας γενικής μεταφυσικής θεώρησης σε συνδυασμό με πρακτικές που αφορούν στο καλώς έχειν του ατόμου και της φύσης. Στις ιδέες του που είναι προεκτάσεις των θεοσοφικών θέσεων, προστέθηκαν πρακτικές, όπως γιόγκα, και διαλογισμός, πρακτικές μαντικής όπως

αστρολογία, ταρό και άλλες μέθοδοι όπως ύπνωση, αστρικά ταξίδια, αναδρομές σε προηγούμενες ζωές, μαγνητοθεραπείες και κάθε εναλλακτική πρακτική σχετική με ενέργειες. Το Κίνημα της Νέας Εποχής συνδυάζει με ένα γενικό τρόπο θεωρία και πράξη – κυρίως το δεύτερο – και επιδιώκει την ενεργοποίηση του εσωτερικού ανθρώπινου δυναμικού και την ισορροπία του. Το σκεπτικό του θεμελιώθηκε στην εσωτερική γνώση που παρουσιάστηκε στη Δύση το τελευταίο τέταρτο του 19^{ου} αιώνα – αυτό ήταν το Θεοσοφικό Κίνημα – και το οποίο πρόβαλε και τόνισε ιδιαίτερα την υπερβατική όψη της ανθρώπινης ύπαρξης καθώς και τους νόμους που την κυριαρχούν.

Σύμφωνα με την Ζιάκα (2005), η ίδρυση της New Age ανάγεται σε μια ομάδα θιασωτών του Λος Άντζελες της δεκαετίας του 1960, η οποία όμως πολύ σύντομα απλώθηκε σ' όλη την Βόρεια Αμερική, την Ευρώπη και πολλές χώρες του κόσμου και περιέλαβε ποικίλες αντιλήψεις θρησκευτικών, μυστικιστικών και απόκρυφων συστημάτων. Όλα αυτά τα συνδέει με καινούργιες θρησκευτικές, πολιτικές, κοινωνικές, οικονομικές, οικολογικές και άλλες θεωρίες υπό το πρίσμα μιας παγκοσμιοποίησης.

Ο όρος Νέα Εποχή ήταν δημοφιλής στη γενιά των Hippies της δεκαετίας του 1960 (The New Age of Aquarius) και το κύμα αυτό του υδροχόου αποτελεί μια από τις ιδιαίτερες αστρολογικές πτυχές της σύγχρονης κίνησης. Η μεγάλη διάδοση όμως του κινήματος αρχίζει μετά τη δεκαετία του 1970 και ευνοείται από δύο σύγχρονα ρεύματα: του μοντερνισμού ή νεωτερισμού και του μετά μοντερνισμού ή μετά νεωτερισμού. Σύμφωνα με τον μοντερνισμό ο Χριστιανισμός και κάθε αποκεκαλυμμένη θρησκευτική αλήθεια δεν αντέχουν στο κριτήριο και την βάση της επιστημονικής έρευνας και γνώσης. Ο μεταμοντερνισμός απελευθέρωσε βέβαια τον Χριστιανισμό από τις θέσεις του μοντερνισμού, αλλά συγχρόνως σχετικοποίησε το νόημα της αλήθειας και έδωσε τη δυνατότητα σε κάθε άλλη θρησκεία και σε κάθε παρά-θρησκεία ή θρησκευτική ομάδα να διεκδικήσουν ίσα δικαιώματα. Για την μεταμοντέρνα αυτή εποχή δεν υπάρχει πια αντικειμενική αλήθεια. Επομένως κάθε προσωπική ιδέα ή θρησκευτική πίστη έχει την ίδια αξία και οφείλει να γίνει σεβαστή εφόσον υπάρχουν άνθρωποι που την ασπάζονται. Ο σχετικισμός αυτός αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα της Νέας Εποχής και επιτρέπει την πρόοδο και εξίσωση κάθε θρησκευτικής διδασκαλίας και δοξασίας είτε αυτή προέρχεται από τα ανατολικά θρησκευόμενα είτε από μυστηριακές λατρείες και αντιλήψεις του αρχαίου κόσμου. Είναι φανερό λοιπόν ότι η Νέα Εποχή αποτελεί ένα ποικίλο συγκρητιστικό σύστημα.

Όσον αφορά στην Εκκλησία, η Νέα Εποχή προπαγανδίζει ότι η πρώτη Εκκλησία υποβίβασε και κατέκρινε τη διδασκαλία της μετεμψύχωσης στη Σύνοδο της Νικαίας. Βάση επίσης της αλήθειας δεν είναι η Βίβλος, αλλά η «αρχαία σοφία» της Βαβυλώνας, της Αιγύπτου και της Ελλάδας. Καμιά θρησκεία δεν έχει την αλήθεια. Ο άνθρωπος μαθαίνει και παίρνει την ειδική γνώση που του ταιριάζει από την προσωπική του εμπειρία. Για την επίτευξη μιας υψηλής προσωπικής γνώσης και εμπειρίας προσφέρονται πολλές και ποικίλες τεχνικές στους οπαδούς του κινήματος που θεωρείται ότι τους οδηγούν στην αυτοσυνειδησία, την εσωτερική ενότητα, την ανθρώπινη αλλαγή και μεταμόρφωση. Αυτές είναι: η γιόγκα, η περισυλλογή, η επιστροφή και θεραπεία της προηγούμενης ζωής, η απόσβεση των αισθήσεων, η ύπνωση, οι μεταφυσικές εμπειρίες, οι κρύσταλλοι, οι πνευματικοί οδηγοί, ο βελονισμός κ.λπ. Για την εξασφάλιση όλων αυτών χρησιμοποιείται, μια ολόκληρη ορολογία: καθοδήγηση της φαντασίας, αναγέννηση και μετενάρκωση, θετική σκέψη, ανθρώπινο δυναμικό, ολιστικός, συνενέργεια, ένωση, το ενιαίο της ύπαρξης, αφύπνιση, μεταμόρφωση, κοσμική συνείδηση, διαδίκτυο, παγκοσμιοποίηση, νέα τάξη πραγμάτων (μια γλώσσα, μια κυβέρνηση, μια θρησκεία κ.λπ.).

Σήμερα, το κίνημα της New Age εμφανίζεται ως μια χαλαρή συνένωση οργανώσεων και κινήματων, με πολύ διαφορετικές μεταξύ τους αναζητήσεις: οικολογικού ενδιαφέροντος, φιλειρηνικών οργανισμών, εναλλακτικών θεραπειών, αποκρυφισμού, ασκήσεων διαλογισμού κ.λπ.. Η New Age χωρίς να κατακρίνει την ίδια τη θρησκεία, δεν υιοθετεί την πίστη στην απόλυτη αλήθεια μίας και μόνης θρησκείας, αλλά αναζητά τον θεό, τη θεότητα, την ενόραση, στρεφόμενη κυρίως στην προσωπική πνευματική εμπειρία.

2.2.2.6.1 Η θέση της Εκκλησίας της Κύπρου σχετικά με τη χρήση της ΣΕΘ.

Τα τελευταία χρόνια όλες οι Ορθόδοξες Εκκλησίες έδειξαν ζωηρό ενδιαφέρον για την αντιμετώπιση των αιρέσεων και ειδικότερα του κινήματος «Νέα Εποχή». Στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας για αντιμετώπιση της «απειλής» του πιο πάνω κινήματος και των αιρέσεων που ενστερνίζονται ιδέες και αντιλήψεις της «Νέας Εποχής» κατέληξαν σε συμπεράσματα και τρόπους δράσης στην 4^η Συνάντηση του Διορθοδόξου Δικτύου Πρωτοβουλιών Μελέτης Θρησκείων και καταστροφικών Λατρειών που έγινε από τις 6-9 Οκτωβρίου του 2011 στη Θεσσαλονίκη. Τα γενικά συμπεράσματα και οι τρόποι δράσης παρουσιάζονται στο Παράρτημα 5 σε κείμενο που υιοθέτησαν όλες οι ορθόδοξες εκκλησίες και το οποίο προσυπογράφει και η Εκκλησία της Κύπρου (ΕτΚ, 2011) και σε γενικές γραμμές θα μπορούσαμε να συνοψίσουμε ότι όλες οι αναφερόμενες ως «εναλλακτικές, ή

συμπληρωματικές, ή αναπληρωματικές και παραδοσιακές θεραπευτικές μέθοδοι», είναι όλες τους ανορθόδοξες και ασυμβίβαστες με τη Χριστιανική Θρησκεία και Πίστη και ούτε λίγο ούτε πολύ αντιμετωπίζονται σαν αιρέσεις. Διαπιστώνεται από το συνέδριο ότι σε πάρα πολλές χώρες έχει εξαπλωθεί ραγδαία η διείσδυση στην ιατρική, οργανώσεων αμφιβόλου προέλευσης και σε πολλές περιπτώσεις αποκρυφιστικών με σκοπό την νομιμοποίηση ψευδοιατρικών μεθόδων. Επίσης διαπιστώνουν ότι τέτοιες ψευδοιατρικές λατρείες προτρέπουν τα «θύματα» τους να αρνούνται να πάρουν γενική ή μερική ιατρική βοήθεια την οποία δαιμονοποιούν αυτές οι αποκρυφιστικές και καταστρεπτικές λατρείες και ότι αυτές οι λατρείες παραβιάζουν τις ισχύουσες νομοθεσίες που σχετίζονται με την προστασία των πολιτών. Το συνέδριο ζητά την επέμβαση του κράτους και αυστηρή τιμωρία αυτών των οργανώσεων και όσων ενέχονται σε τέτοιες δραστηριότητες. Ανάμεσα στις εισηγήσεις και προτάσεις, το συνέδριο εισηγείται την πληροφόρηση του κοινού με διάφορους τρόπους, την εξειδίκευση κληρικών επί αυτών των θεμάτων, εισηγείται την ποινικοποίηση ακόμα με εισαγωγή νέων άρθρων στον ποινικό κώδικα, και την αναζήτηση της συνεργασίας με τους ιατρικούς συλλόγους.

2.2.2.7 Η θέση του Παγκυπρίου Ιατρικού Συλλόγου για την ΣΕΘ.

Σύμφωνα με απάντηση που πήραμε με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο σχετικά με τη θέση του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου (Οικονόμου, 2014) δηλώνεται ότι είναι πάγια πολιτική του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου να μην υποστηρίζουν, με οποιονδήποτε τρόπο, εναλλακτικές θεραπείες ή διαγνωστικές μεθόδους που δεν είναι επιστημονικά αποδεδειγμένες και που δεν έχουν περάσει από τυφλές διασταυρωμένες μελέτες. Δεν αρνείται όμως ότι στο μέλλον μπορεί να υποστηρίξουν κάποια εναλλακτική μέθοδο αν αποδειχτεί και τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητά της. Ταυτόχρονα επισημαίνουν ότι κάθε ιατρική πράξη πρέπει να ασκείται μονό από ιατρούς. Η τελευταία επισήμανση στη δήλωση του ιατρικού συλλόγου, φανερώνει και τη συνδικαλιστική πτυχή της ΣΕΘ και της νομικής ρύθμισης των εναλλακτικών μεθόδων και εναλλακτικών επαγγελματιών υγείας από την πολιτεία. [το πλήρες κείμενο της δήλωσης του Παγκυπρίου Ιατρικού Συλλόγου ευρίσκεται στο Παράρτημα 4].

2.2.2.8 Η Ευρωπαϊκή οπτική της ΣΕΘ και η σημερινή πραγματικότητα.

Το 2012 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αναγνωρίζοντας τη σημασία της ΣΕΘ για τους πολίτες της, τα κράτη μέλη, την οικονομία της και γενικά το θέμα της χρήσης της ΣΕΘ για διάφορους

σκοπούς, χρηματοδότησε στο πλαίσιο του 7^{ου} χρηματοδοτικού προγράμματος, την έρευνα της υφιστάμενης κατάστασης όπως διαμορφώνεται κατά το 2012 κάτω από το ακρωνύμιο CAMBRELLA (Cambrella, 2012). Ο παγκόσμιος χάρτης του WHO για την παραδοσιακή, συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ΣΕΘ είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στην Ευρώπη. Οι εκτιμήσεις διαφέρουν πολύ και δίνουν εύρος χρήσης μεταξύ 10% και πάνω από 50% από ευρωπαίους πολίτες που χρησιμοποιούν ΣΕΘ για τις υγειονομικές τους ανάγκες.

Η ΣΕΘ είναι μια δημοφιλής θεραπευτική προσέγγιση για χρόνιες ασθένειες, την πρόληψη των ασθενειών και τη διαχείριση της υγείας. Οι ευρωπαίοι πολίτες και οι ασθενείς την αντιλαμβάνονται σαν προσέγγιση που αντιμετωπίζει τις συγκεκριμένες ανάγκες της υγείας τους με ένα εξατομικευμένο τρόπο, που συχνά λείπει από τη συμβατική ιατρική.

Η Συμπληρωματική και Εναλλακτική Ιατρική (CAM) που χρησιμοποιείται από τους Ευρωπαίους πολίτες αντιπροσωπεύει μια ποικιλία από διαφορετικά ιατρικά συστήματα και θεραπείες με βάση τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις πρακτικές που προέρχονται από τις θεωρίες, φιλοσοφίες και τις εμπειρίες που χρησιμοποιούνται για τη διατήρηση και βελτίωση της υγείας, καθώς και ως προς την πρόληψη, τη διάγνωση, την ανακούφιση ή την αντιμετώπιση φυσικών και ψυχικών ασθενειών.

Η ΣΕΘ έχει χρησιμοποιηθεί κυρίως έξω από τη συμβατική φροντίδα υγείας, αλλά και σε κάποιες χώρες ορισμένες θεραπείες έχουν υιοθετηθεί ή προσαρμοστεί από τη συμβατική φροντίδα υγείας.

Τα προβλήματα που έχουν εντοπιστεί από το σχέδιο Cambrella (Cambrella, 2012) συνοψίζονται πιο κάτω:

1. Δεν υπάρχει ξεκάθαρη ορολογία. Οι ορισμοί διαφέρουν από μια γλώσσα σε άλλη και από τον ένα πολιτισμό σε άλλο.
2. Νόμοι, κανονισμοί και ρυθμίσεις σχετικά με την παροχή ΣΕΘ, διαφέρουν σημαντικά. Κάθε κράτος μέλος και κάθε συνδεδεμένο κράτος με την ΕΕ, και κάποτε διαφορετικές περιοχές μέσα στο ίδιο κράτος έχουν διαφορετικούς κανονισμούς σχετικά με την παροχή και χρήση της ΣΕΘ.
3. Όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς, περιλαμβανόμενων των πολιτών, ασθενών, πάροχοι επαγγελματίες υγείας και πολιτικοί δεν έχουν πρόσβαση σε αξιόπιστες πηγές πληροφόρησης σχετικά με τη ΣΕΘ.

4. Υπάρχει έλλειψη ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα πολλών θεραπειών ΣΕΘ, τη σχέση κόστους-οφέλους, την επικρατούσα συχνότητα χρήσης της και τους μηχανισμούς δράσης των τεχνικών της ΣΕΘ.
5. Την ΣΕΘ, ακόμη δεν την έχει πάρει σοβαρά ένας σημαντικός αριθμός ιατρικών επιστημόνων οι οποίοι την αντιμετωπίζουν σαν μια παράλογη προσέγγιση φροντίδα υγείας. Την άποψη αυτή τη συμμαρρίζεται και μέρος του κοινού.

Η κατάσταση και τα πορίσματα της όπως έχουν στην ΕΕ κατά το 2012 συνοψίζονται πιο κάτω.

2.2.2.8.1 Η οπτική των ασθενών.

Σημαντικά ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τις υγειονομικές ανάγκες των ασθενών αναφορικά με τη ΣΕΘ προέρχονται από το Ηνωμένο Βασίλειο. Παρόλη την έλλειψη δεδομένων, έχει καταγραφεί (Cambrella, 2012) η επιθυμία των Ευρωπαίων πολιτών να έχουν πρόσβαση σε περισσότερη και πιο πλουραλιστική παροχή υπηρεσιών ΣΕΘ. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν την επιθυμία των πολιτών η ΣΕΘ να αποτελεί μέρος του συστήματος υγείας και να παρέχεται όχι μόνο από συμβατικούς ιατρούς και/η γιατρούς εκπαιδευμένους σε τεχνικές ΣΕΘ, αλλά και άλλους εναλλακτικούς θεραπευτές ΣΕΘ.

Οι ευρωπαίοι πολίτες αντιμετωπίζουν προβλήματα στη πρόσβαση της ΣΕΘ εξαιτίας του γεγονότος ότι κατά κύριο λόγο την πληρώνουν από ίδιους πόρους και επίσης είναι δύσκολη η πρόσβαση λόγω περιορισμένης διαθεσιμότητας.

Οι πολίτες εκφράζουν την επιθυμία τους για περισσότερη υποστήριξη και πληροφόρηση για τη ΣΕΘ από τους ιατρούς. Η χρήση της ΣΕΘ, συχνά δεν αποκαλύπτεται από τους ασθενείς λόγω της υποτιθέμενης ή γνωστής εχθρικής στάσης των ιατρών για τις θεραπείες ΣΕΘ. Οι Ευρωπαίοι πολίτες χρειάζονται εύκολη πρόσβαση και αξιόπιστη πληροφόρηση η οποία να υποστηρίζει τις αποφάσεις τους για διάφορες θεραπευτικές επιλογές. Οι πολίτες χρειάζονται διαφανείς ρυθμίσεις και κανονισμούς για την άσκηση της ΣΕΘ και την εκπαίδευση σε αυτή.

2.2.2.8.2 Ο επιπολασμός της ΣΕΘ στην Ευρώπη.

Υπάρχει έλλειψη αξιόπιστων στοιχείων για τον επιπολασμό της ΣΕΘ στην Ευρώπη. Παρόλο που υπάρχουν μερικές έγκυρες μελέτες επιπολασμού της ΣΕΘ και που βασίζονται σε αντιπροσωπευτικά σε εθνικό επίπεδο δείγματα, η συντριπτική πλειοψηφία είναι μικρές και χαμηλής ποιότητας μελέτες. Οι περισσότερες χώρες της ΕΕ δεν έχουν καθόλου στοιχεία.

Αναφέρουν ποσοστά επιπολασμού χρήσης της ΣΕΘ μεταξύ 0,3% και 86%. Η πιο συχνή χρήση ΣΕΘ αναφέρετε στη χρήση βοτάνων. Τα μυοσκελετικά προβλήματα ήταν η πιο συχνή αναφερόμενη κατάσταση. Ο κυριότερος λόγος χρήσης ΣΕΘ ήταν η απογοήτευση με τη δυτική συμβατική ιατρική αν και δεν είναι δυνατόν να εξαχθούν οριστικά συμπεράσματα λόγω του μικρού αριθμού μελετών που αναφέρουν τέτοια δεδομένα (Cambrella, 2012).

2.2.2.8.3 Παροχή υπηρεσιών και ρύθμιση της ΣΕΘ στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Τόσο ιατρικοί λειτουργοί όσο και μη-ιατρικοί λειτουργοί παίζουν σημαντικό ρόλο στη παροχή υπηρεσιών ΣΕΘ στα πλαίσια των συστημάτων υγείας στη Ευρώπη. Πιο συγκεκριμένα:

- i. Η παροχή υπηρεσιών ΣΕΘ στην Ευρώπη των 27 και 12 συνδεδεμένα κράτη παρέχεται από πέραν των 150,000 εγγεγραμμένων γιατρών οι οποίοι κατέχουν πρόσθετη πιστοποίηση σε θεραπείες ΣΕΘ και πέραν των 180 εγγεγραμμένων και πιστοποιημένων θεραπευτών ΣΕΘ μη γιατρών. Αυτό σημαίνει συνολικά 65 παροχείς ΣΕΘ/100,000 κατοίκους(35 μη γιατροί, και 30 γιατροί), συγκριτικά με 95 γενικούς γιατρούς/100,000 κατοίκους.
- ii. Ο βελονισμός είναι η πιο συχνή μέθοδος(53% όλων θεραπευτών) 80,000 γιατροί και 16,000 μη γιατροί ακολουθούμενη στη δεύτερη θέση από την ομοιοπαθητική(27%)45,000 και 4,500 αντίστοιχα.
- iii. Η φυσικοπαθητική (Naturopathy) από την άλλη κυριαρχείται από 15,000 θεραπευτές κυρίως από Γερμανούς γιατρούς.
- iv. Δεν υπάρχει εναρμόνιση στην παροχή της ΣΕΘ στην Ευρώπη σε κανένα από τα 39 κράτη που μελετήθηκαν στα πλαίσια του σχεδίου CAMBRELLA (Cambrella, 2012).Υπάρχει έλλειψη συνοχής όσο αφορά την εκπαίδευση, παιδεία, και προμήθεια της ΣΕΘ.
- v. Δεν υπάρχει εναρμόνιση στην Ευρώπη όσο αφορά τη ρύθμιση της άσκησης της ΣΕΘ.

2.2.3.8.4 Η οικονομική πτυχή

Δεν υπάρχουν ξεκάθαροι η ακριβείς αριθμοί σχετικά με τον κύκλο εργασιών της ΣΕΘ στην Ευρώπη. Σύμφωνα με υπολογισμούς του σχεδίου CAMBRELLA το ποσό ανέρχεται στα 11 δισεκατομμύρια Ευρώ το χρόνο σε υπηρεσίες, βοτανικά και ομοιοπαθητικά φάρμακα τα οποία ανέρχονταν στο 1 δισεκατομμύριο κατά το 2011. Αριθμός ποιοτικών εργασιών

συστηματικών ανασκοπήσεων αναδεικνύει την εξοικονόμηση πόρων με τη χρήση ΣΕΘ καθώς και την θετική σχέση κόστους αποτελεσματικότητας (Herman et. al., 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Γενικός Σκοπός

Ο σκοπός της έρευνας είναι να διαπιστωθεί κατά πόσο οι ασθενείς με καρκίνο στην Κύπρο χρησιμοποιούν εναλλακτικές ή/και συμπληρωματικές μεθόδους θεραπείας εκτός από αυτές της συμβατικής ιατρικής για τις ανάγκες τους σχετικά με την αντιμετώπιση του καρκίνου και των συμπτωμάτων της πάθησης ή τη διαχείριση των παρενεργειών της συμβατικής θεραπείας που λαμβάνουν. Παρόμοια έρευνα δεν έχει διεξαχθεί ξανά στην Κύπρο και τα αποτελέσματα θα αποτελέσουν τροφή για σκέψη για μελλοντικές έρευνες σχετικά με τη συμπεριφορά των Κύπριων καρκινοπαθών και τη κάλυψη των αναγκών τους, τη σωστή πληροφόρηση που πρέπει να τύχουν σχετικά με πιθανούς κινδύνους που μπορεί να διατρέχουν από τη μη ορθολογιστική χρήση διαφόρων μεθόδων πέραν της συμβατικής ιατρικής, καθώς και προβληματισμό σχετικά με την συμπερίληψη ορισμένων από τις μεθόδους ΣΕΘ στο ισχύον σύστημα υγείας της Κύπρου.

3.2 Βασικά Ερευνητικά Ερωτήματα:

1. Σε ποιο βαθμό γίνεται χρήση της Εναλλακτικής και Συμπληρωματικής Ιατρικής (CAM-Complementary and Alternative Medicine) από τους ασθενείς με καρκίνο στη Κύπρο;
2. Ποιοι οι πιθανοί λόγοι για τους οποίους γίνεται χρήση της ΣΕΘ;
3. Ποιο το δημογραφικό προφίλ των χρηστών της ΣΕΘ στους καρκινοπαθείς;
4. Ποιες μεθόδους και πρακτικές χρησιμοποιούν πιο συχνά οι καρκινοπαθείς στη Κύπρο;
5. Ποιο ρόλο μπορεί να παίζουν οι θρησκευτικές πεποιθήσεις;
6. Ποιο ρόλο μπορεί να παίζει η εθνοτική ή/και η πολιτισμική καταγωγή.
7. Ποιοι μπορεί να είναι οι λόγοι που εμποδίζουν τους καρκινοπαθείς στη Κύπρο από τη χρήση ΣΕΘ;
8. Ποιο το πιθανό κόστος της χρήσης τους;
9. Ποιες είναι οι πιθανές πηγές πληροφόρησης των καρκινοπαθών στη Κύπρο αναφορικά με τη ΣΕΘ;

3.3 Ο Σχεδιασμός της Έρευνας

Η παρούσα έρευνα βασίστηκε σε παρόμοια πανευρωπαϊκή έρευνα των Molassiotis et. al. (2005) η οποία όμως δεν περιελάμβανε δεδομένα και από την Κύπρο. Η έρευνα των Molassiotis et.al. βασίστηκε σε ερωτηματολόγιο που έγινε από τους Swisher et.al. (2002) και χρησιμοποιήθηκε στην εργασία με τίτλο « Use of complementary and alternative medicine among women with gynecologic cancers» όπου και είχαν γίνει τροποποιήσεις από το αρχικό ερωτηματολόγιο.

3.4 Δείγμα και Μέθοδος

3.4.1 Ασθενείς και μέθοδος συλλογής δεδομένων

Οι ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια και περιλήφθησαν στην έρευνα για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ενήλικοι διαγνωσμένοι ασθενείς με καρκίνο πέραν των 3 μηνών και από τα δυο φύλα, οι οποίοι ήταν ενήμεροι για την πάθηση τους και σε θέση να αντιληφθούν τις ερωτήσεις και να απαντήσουν σε αυτές. Όλοι οι ασθενείς δέχονταν φροντίδα ή άλλες υπηρεσίες από τις νοσηλευτικές/ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες του Παγκύπριου Συνδέσμου Καρκινοπαθών (n=180) και Φίλων καθώς και του ιδρύματος Αροδαφνούσα του Αντικαρκινικού Συνδέσμου (n=28). Όλοι οι ασθενείς ήταν μόνιμοι κάτοικοι Κύπρου κατά τη διεξαγωγή της έρευνας και υπήρχαν εκτός από Κύπριους ελληνοφώνους και αλλοδαποί που διαμένουν μόνιμα στην Κύπρο. Ζητήθηκε από τους ασθενείς να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο μόνοι τους, και να το επιστρέψουν στην επόμενη επίσκεψη λειτουργών των συνδέσμων ΠΑ.ΣΥ.ΚΑ.Φ (Παγκύπριος Σύνδεσμος Καρκινοπαθών και Φίλων) και Αροδαφνούσα το οποίο μετά την συμπλήρωση του τοποθετούσαν σε φάκελο που τους είχε παραχωρηθεί μαζί με το ερωτηματολόγιο.

3.4.2 Ερευνητικό Εργαλείο

Η έρευνα βασίστηκε σε ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε από τον καθηγητή στο πανεπιστήμιο του Manchester του Ην. Βασιλείου, Alex Molassiotis για την εργασία «Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey» (Molassiotis et al., 2005). Για τη χρήση και μετάφραση του ερωτηματολογίου το λήφθηκε έγκριση από τον κ. Μολασιώτη ο οποίος έλεγξε και την μετάφραση του στα ελληνικά. Η μετάφραση στα ελληνικά έγινε σύμφωνα με διαδικασία που προτείνει η “Trust Scientific Advisory Committee” (Medical Outcomes Trust Bulletin, 1997). Σύμφωνα με την πιο πάνω διαδικασία,

το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε ξεχωριστά στα ελληνικά (forward translation) από δυο διαφορετικά άτομα και ακολούθησε η σύγκριση των δυο μεταφράσεων όπου και προέκυψε το τελικό ερωτηματολόγιο. Δεν ακολουθήθηκε η ίδια διαδικασία και για το αγγλόφωνο ερωτηματολόγιο καθώς το πρωτότυπο ήταν στην αγγλική γλώσσα.

3.4.3. Αξιοπιστία και Εγκυρότητα

Για τη διαπολιτισμική προσαρμογή, το ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκε και σταθμίστηκε ώστε να συνάδει με τα κυπριακά δεδομένα, καθώς επίσης ελέγχθηκε για την αξιοπιστία του με τη δοκιμαστική αποστολή του σε 20 τυχαίους ασθενείς με καρκίνο όπου τους ζητήθηκε να απαντήσουν στις ερωτήσεις αλλά και να σημειώσουν τυχόν παρατηρήσεις σχετικές με τη σαφήνεια των ερωτήσεων και απαντήσεων. Η διαδικασία επαναλήφθηκε σε διάστημα 2 εβδομάδων από 21/5/2012- 4/06/2012 με τα ίδια άτομα που απάντησαν αρχικά, όπου και επανελέγχθηκε η αξιοπιστία των επαναληπτικών μετρήσεων (Test-retest reliability) με τη χρήση του συντελεστή Pearson(r). Η τιμή του συντελεστή συσχέτισης (r) ήταν 0,78. Οι παρατηρήσεις των συμμετεχόντων ενσωματώθηκαν στη τελική μορφή του ερωτηματολογίου. Οι κυριότερες αλλαγές που έγιναν στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν η προσθήκη διαθέσιμων και προσβάσιμων συμπληρωματικών ή εναλλακτικών θεραπειών καθώς και οι ονομασίες των θεραπειών στην Κύπρο. Συμπεριλήφθηκε στις εναλλακτικές θεραπείες το αγίασμα ως παραδοσιακός τρόπος αντιμετώπισης δύσκολων ή/και ανιάτων ασθενειών στη λαϊκή ιατρική και παράδοση της Κύπρου και στην επικρατούσα Ορθόδοξη πίστη για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της Κύπρου. Επίσης μια σημαντική τροποποίηση του ερωτηματολογίου ήταν η αλλαγή θέσης της σειράς των ερωτήσεων σχετικά με τα δημογραφικά δεδομένα τα οποία τοποθετήθηκαν στο τέλος αντί στην αρχή του ερωτηματολογίου (παράρτημα 1) ώστε να αντιμετωπιστεί εξ' αρχής τυχόν προκατάληψη των ασθενών. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε όλες τις επαρχίες και επιστραφήκαν δια μέσω της ίδιας οδού σε φάκελο που δόθηκε στον ασθενή μαζί με το ερωτηματολόγιο. Το κάθε ερωτηματολόγιο συνοδεύτηκε με επεξηγηματική επιστολή για τους σκοπούς της έρευνας και αποτελείτο από 40 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Για κλίμακα βαθμολόγησης, ορισμένων ερωτήσεων έγινε χρήση της 7-βαθμης κλίμακας όπου το 4 αφορούσε το μέσο, με το 7 το μέγιστο και 1 το ελάχιστο, σε αντίθεση με το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο όπου υπήρχαν ερωτήσεις όπως πχ. σχετικά με τη θρησκευτικότητα, όπου οι βαθμοί στη κλίμακα ήταν αντίστροφα. Η έρευνα διεξήχθη κατά την περίοδο Ιουλίου 2012 - Απριλίου 2013. Ο συνολικός αριθμός των ασθενών του ΠΑΣΥΚΑΦ παγκύπρια και κατά επαρχία παρουσιάζετε στον πίνακα 3.2.

Πινάκας 3.2

Αριθμός ασθενών του ΠΑΣΥΚΑΦ - Ιούλιος 2012

Επαρχία	Πληθυσμός	Δείγμα (Ιδανικό)	Δείγμα
Λευκωσία	132	68	37
Λεμεσός	343	177	95
Λάρνακα	306	158	85
Αμμόχωστος	89	46	25
Πάφος	133	69	37
Σύνολο	1003	578	279

Πηγή: ΠΑΣΥΚΑΦ 2012

3.4.4 Στατιστική ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων, έγινε κωδικοποίηση όλων των απαντήσεων και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή τους στον ηλεκτρονικό υπολογιστή προκειμένου να επιτευχθεί η στατιστική τους επεξεργασία με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS v20.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας σε περιγραφικό επίπεδο περιλαμβάνει: πίνακες κατανομής συχνοτήτων των απαντήσεων των ερωτηθέντων όταν οι μεταβλητές είναι ονομαστικές και μέσους όρους (τυπική απόκλιση) όταν οι μεταβλητές είναι συνεχείς. Επιπλέον, τυχόν διαφορές μελετήθηκαν με παραμετρικά τεστ προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη ή μη σχέσεων μεταξύ των διαφόρων απαντήσεων των υποκειμένων με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά και τα δημογραφικά στοιχεία. Εφαρμόστηκε για ανεξάρτητες μεταβλητές με δύο παραμέτρους το τεστ Κριτήριο t και για ανεξάρτητες μεταβλητές πέραν των δυο παραμέτρων, η Ανάλυση Διασποράς μονής κατεύθυνσης (one-way ANOVA). Επιπλέον χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 για την συσχέτιση ονομαστικών μεταβλητών. Σε όλες τις περιπτώσεις των στατιστικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκε ως ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το $\alpha=0.05$, το οποίο έχει καθιερωθεί στο χώρο των ιατρικών και κοινωνικών επιστημών και το p value στρογγυλοποιήθηκε στα 3 δεκαδικά.

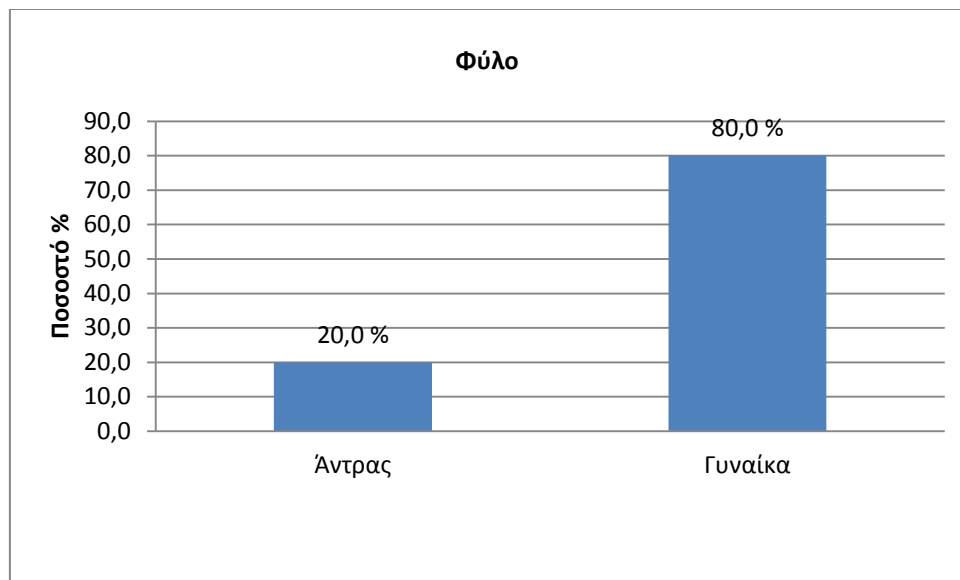
3.5 Ηθικά Ζητήματα

Για τη διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκε η συμβολή και η συγκατάθεση του Παγκύπριου Συνδέσμου Καρκινοπαθών και Φίλων ο οποίος και συγκατατέθηκε και ενέκρινε τη χρήση του δικτύου παροχής νοσηλευτικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών του, σε όλες τις επαρχίες με σκοπό να διανεμηθεί το ερωτηματολόγιο στους ασθενείς του. Δόθηκε η διαβεβαίωση από το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου προς τον ΠΑΣΥΚΑΦ ότι δεν θα υποβληθεί σε κανένα κόστος πέραν από τη διαδικασία διανομής και συλλογής των ερωτηματολογίων. Δόθηκε επίσης η διαβεβαίωση ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και με την εθελοντική συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους ασθενείς θα εκλαμβάνεται ως συγκατάθεση για συμμετοχή στην έρευνα. Μέρος των ερωτηματολογίων διανεμήθηκε και στο Ίδρυμα Αροδαφνούσα που επίσης προσφέρει παρόμοιες υπηρεσίες προς τους ασθενείς με καρκίνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1. Ποσοστό Του Δείγματος Κατά Φύλο

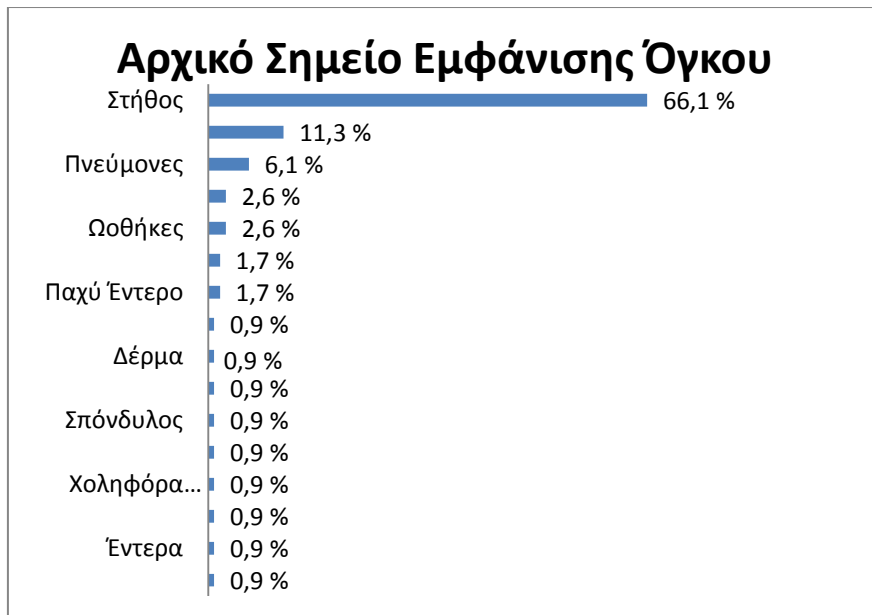
Το 80% του δείγματος ήταν γυναίκες και το 20% άντρες (διάγραμμα 4.1).



Διάγραμμα 4.1. Κατανομή δείγματος κατά φύλο

4.2. Εντόπιση καρκίνου.

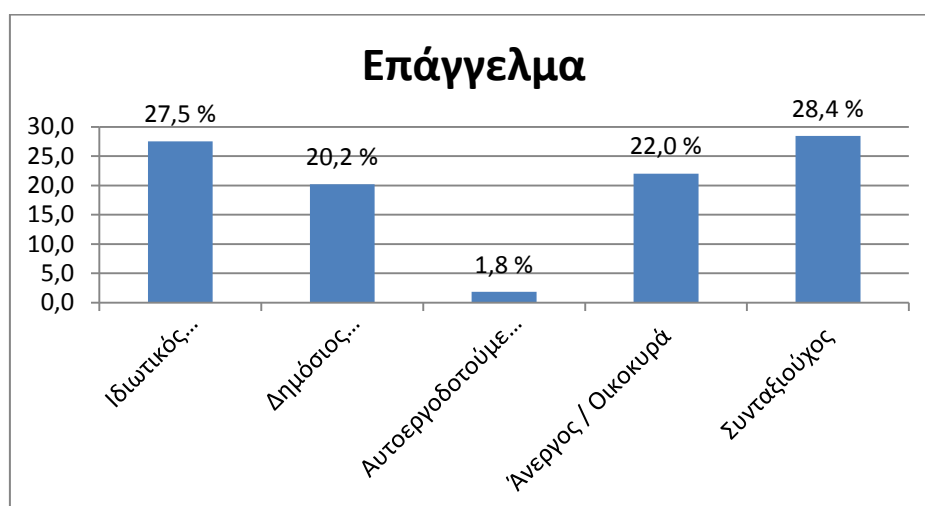
Το αρχικό σημείο εμφάνισης του όγκου που αναφέρθηκε από το δείγμα ήταν ο στήθος/μαστός σε ποσοστό 66,1%, ο προστάτης 11,3%, οι πνεύμονες 6,1%, οι ωθήκες 2,6%, οι φωνητικές χορδές 2,6%, εγκέφαλος 1,7%, παχύ έντερο 1,7% και 10% συνολικά σε διάφορα άλλα σημεία του σώματος (διάγραμμα 4.2).



Διάγραμμα 4.2. Σημείο εμφάνισης του όγκου

4.3. Επάγγελμα

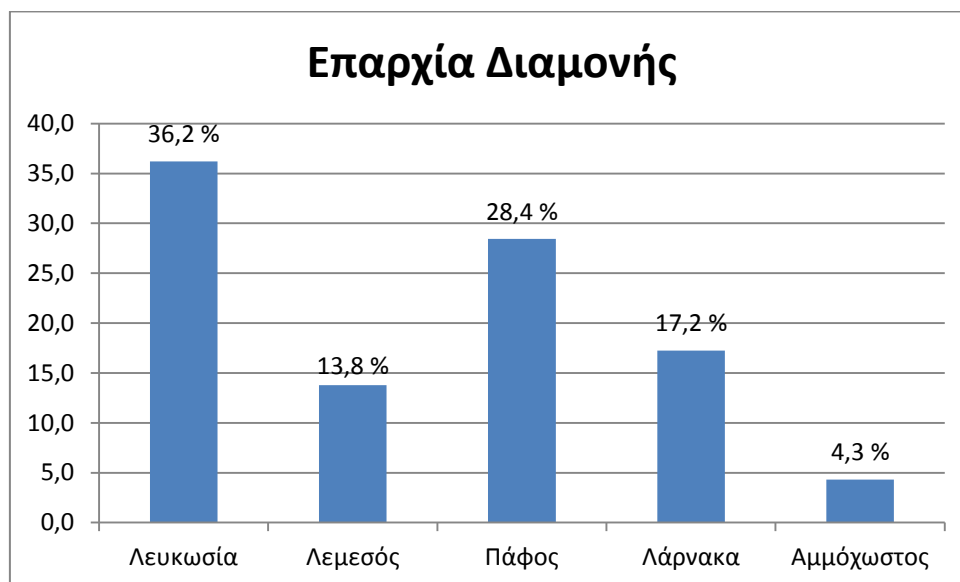
Οι επαγγελματικές κατηγορίες που αναφέρθηκαν από το δείγμα είναι κατανεμημένες κατά 28,4% συνταξιούχοι, 27,5% ιδιωτικοί υπάλληλοι, 22% άνεργοι, 20,2% δημόσιοι υπάλληλοι και μόνο 1,8% αυτοεργοδοτούμενοι (διάγραμμα 4.3).



Διάγραμμα 4.3 Επαγγελματική κατηγορία

4.4. Επαρχία Διαμονής

Το δείγμα κατανέμεται κατά επαρχία ως ακολούθως: Λευκωσία 36,2%, Πάφος 28,4%, Λάρνακα 17,2%, Λεμεσός 13,8%, και Αμμόχωστος 4,3% (διάγραμμα 4.4)



Διάγραμμα 4.4. Επαρχία Διαμονής

4.5. Μορφωτικό Επίπεδο

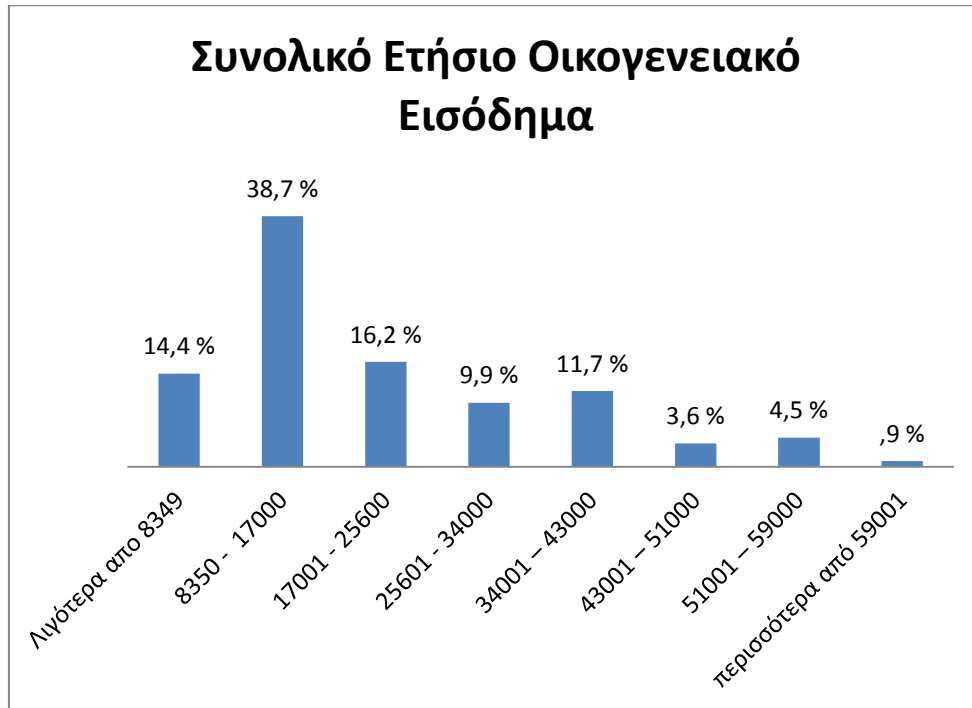
Το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος είναι Γυμνασιακή/Τεχνική εκπαίδευση 43,4%, πανεπιστημιακή/μεταπτυχιακή εκπαίδευση 41,8% Δημοτική 13,1%, και καθόλου ή λίγες τάξεις δημοτικού 1,6% (διάγραμμα 4.5).



Διάγραμμα 4.5. Μορφωτικό Επίπεδο

4.6. Συνολικό Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα

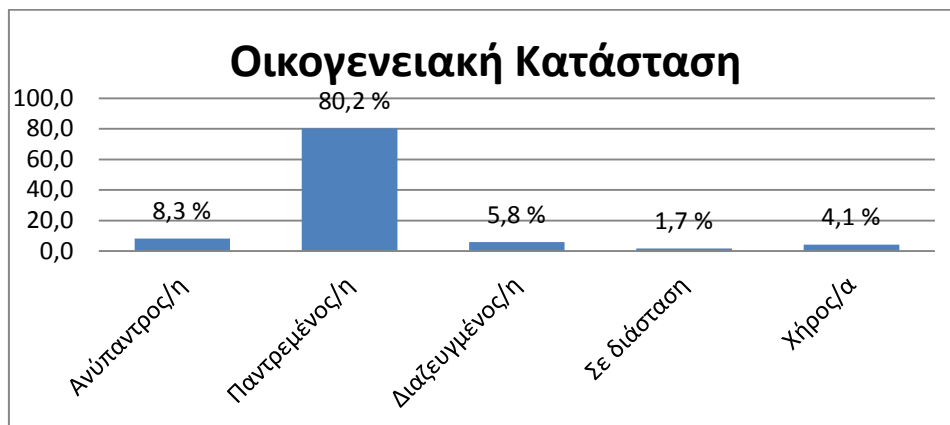
Ποσοστό 53,1% δήλωσε εισοδήματα κάτω από 17000 Ευρώ, 16,2% μέχρι 25600 Ευρώ και 30,6% πάνω από 25.600 Ευρώ (διάγραμμα 4. 6).



Διάγραμμα 4.6. Συνολικό Ετήσιο Εισόδημα

4.7. Οικογενειακή Κατάσταση

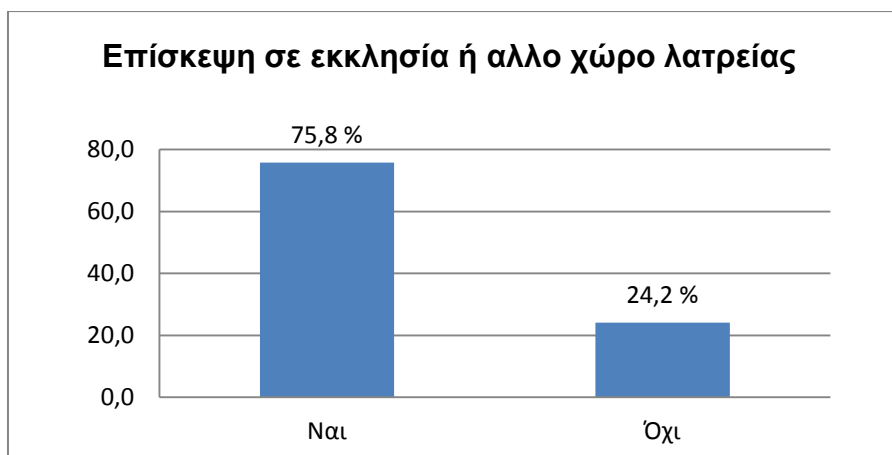
Η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος ήταν στη συντριπτική του πλειοψηφία παντρεμένοι κατά 80,2%, 8,3 ανύπαντροι, 5,8% διαζευγμένοι, 4,1% χήροι και 1,7% σε διάσταση (διάγραμμα 4.7)



Διάγραμμα 4.7. Οικογενειακή κατάσταση.

4.8. Επίσκεψη σε εκκλησία ή άλλο χώρο λατρείας.

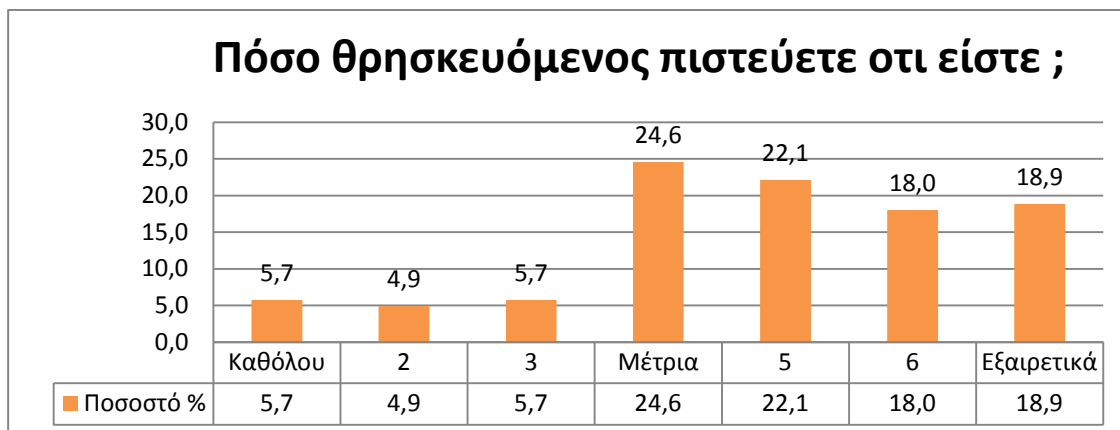
Οι συμμετέχοντες δήλωσαν σε ποσοστό 75,8% ότι πηγαίνουν στην εκκλησία ή σε άλλους χώρους λατρείας και το 24,2% ότι δεν πηγαίνουν (διάγραμμα 4.8).



Διάγραμμα 4.8. Επίσκεψη σε Εκκλησία η άλλο χώρο Λατρείας.

4.9. Θρησκευτικότητα

Ποσοστό 59% δήλωσε από αρκετά θρησκευόμενος μέχρι εξαιρετικά θρησκευόμενος στην επτάβαθμη κλίμακα με μέτριο το 4 (διάγραμμα 4.9).



Διάγραμμα 4.9. Βαθμός Θρησκευτικότητας

4.10.Εθνοτική Καταγωγή

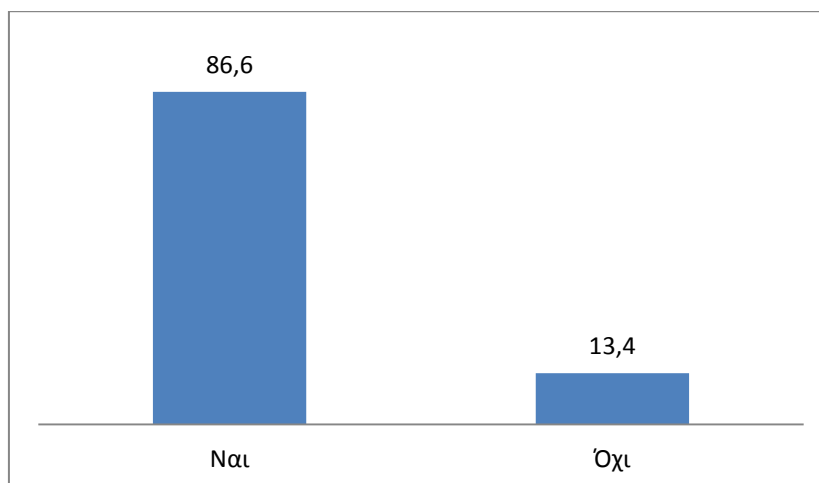
Το δείγμα αποτελείτο κατά 79% ελληνοκύπριους και το 21% άλλης καταγωγής (διάγραμμα 4.10).



Διάγραμμα 4.10. Εθνοτική Καταγωγή

4.11. Θα Χρησιμοποιούσατε Τις Συμπληρωματικές Και/Η Εναλλακτικές Θεραπείες Αν Προσφέρονταν Από Τα Κρατικά Νοσοκομεία;

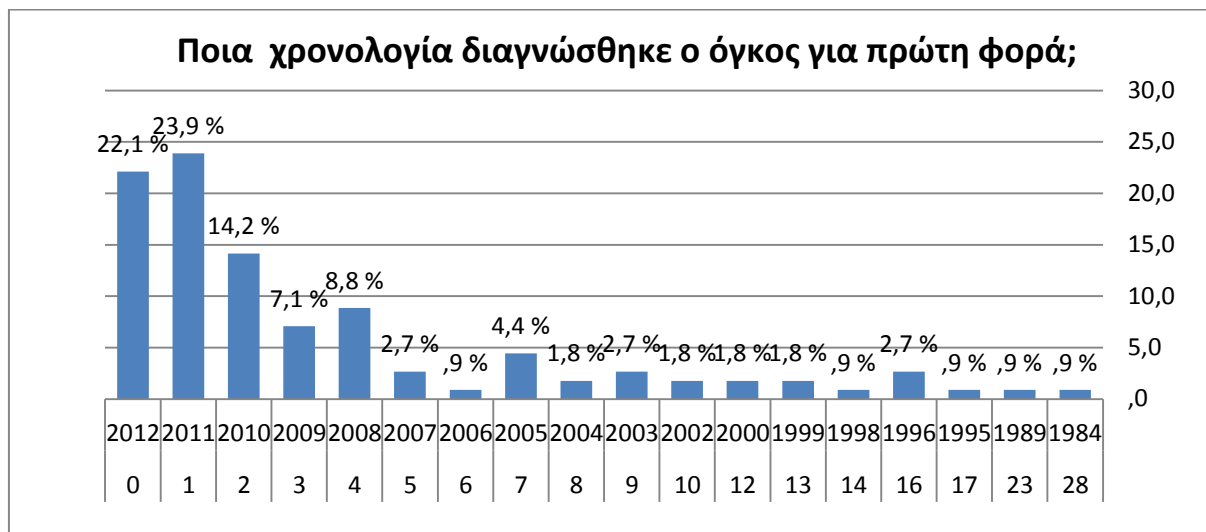
Το 86% του δείγματος δήλωσε ότι θα χρησιμοποιούσε Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές θεραπείες αν προσφέρονταν από τα κρατικά νοσοκομεία (διάγραμμα 4.11).



Διάγραμμα 4.11. Πιθανή Χρήση ΣΕΘ Αν Αυτές Προσφέρονταν Από Κρατικά Νοσοκομεία

4.12 . Ποια Χρονολογία Διαγνώσθηκε ο Όγκος Για Πρώτη Φορά;

Οι ασθενείς δήλωσαν μέχρι και 28 χρόνια κατά μέγιστο τη χρονολογία που διαγνώστηκε ο όγκος για πρώτη φορά. Το μεγαλύτερο ποσοστό είχε διαγνωσθεί ένα χρόνο πριν την διεξαγωγή της έρευνας σε ποσοστό 24% και η πλειοψηφία του δείγματος είχε διαγνωστεί μέσα στα τελευταία 5 χρόνια σε ποσοστό 76,1% (διάγραμμα 4.12).



Διάγραμμα 4.12. Χρονολογία διάγνωσης του όγκου

4.13. Μέρες Απουσίας Από Την Δουλειά, Μέρες Νοσηλείας, Επισκέψεις Στα Εξωτερικά Ιατρεία Και Τον Οικογενειακό Γιατρό Και Ηλικία.

Οι ασθενείς δήλωσαν ότι μέσα στους τελευταίους 12 μήνες έχασαν από τη δουλειά τους κατά μέσο όρο 107 μέρες εξαιτίας αδιαθεσίας με μέγιστο τον έναν χρόνο και τυπική απόκλιση 122 μέρες, νοσηλεύτηκαν κατά μέσο όρο 14 μέρες και μέγιστο 3 μήνες, επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία 11 φορές κατά μέσο όρο με μέγιστο 50 φορές και τυπική απόκλιση 13 φορές και επισκέφθηκαν τον προσωπικό τους γιατρό 8 φορές με μέγιστο τις 58 και τυπική απόκλιση 10 φορές (πίνακας 4.1).

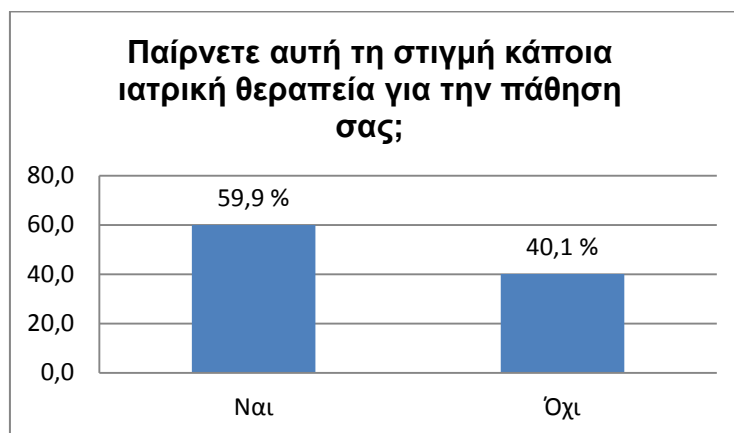
Πίνακας 4.1

Μέρες Απουσίας Από Την Δουλειά, Μέρες Νοσηλείας, Επισκέψεις Στα Εξωτερικά Ιατρεία Και Τον Οικογενειακό Γιατρό Και Ηλικία.

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση
Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες μέρες χάσατε από τη δουλειά σας επειδή δεν αισθανόσασταν καλά;	63	2	365	107,29	122,641
Αν νοσηλευτήκατε τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες μέρες συνολικά νοσηλευτήκατε σε νοσοκομείο η κλινική;	64	0	90	14,42	16,826
Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες φορές επισκεφτήκατε τα εξωτερικά ιατρεία του ογκολογικού κέντρου;	90	0	50	11,46	13,001
Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες φορές έχετε επισκεφθεί τον προσωπικό γιατρό/οικογενειακό γιατρό σας;	86	0	58	7,74	10,438

4.14. Παίρνετε Αυτή Τη Στιγμή Κάποια Ιατρική Θεραπεία Για Την Πάθηση;

Το 60% δήλωσε ότι παίρνει ιατρική θεραπεία για την πάθηση του και 40% ότι δεν έπαιρνε (διάγραμμα 4.13).



Διάγραμμα 4.13 Λήψη Ιατρικής Θεραπείας

4.15. Θεραπευτική Αγωγή

Από αυτούς που δήλωσαν ότι έπαιρναν κάποια θεραπεία το 18,1% είχε υποβληθεί σε εγχείρηση, 25% σε ακτινοθεραπεία, 48,3% σε χημειοθεραπεία, και το 31,9% σε άλλη θεραπεία (πίνακας 4.2)

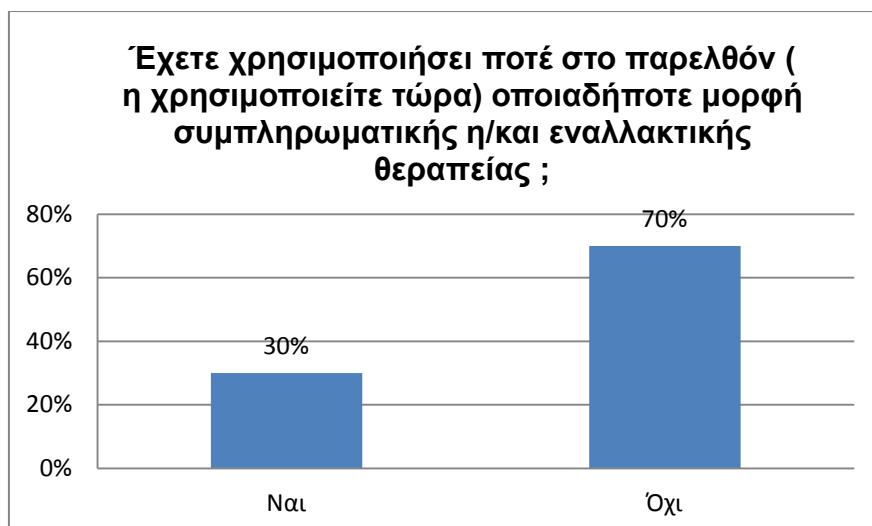
Πίνακας 4.2

Είδος Ιατρικής θεραπείας που λαμβαναν.

Θεραπεία	N	Ποσοστό	Ποσοστό Πολλαπλών Επιλογών
Εγχείρηση	21	14,7%	18,1%
Ακτινοθεραπεία	29	20,3%	25,0%
Χημειοθεραπεία	56	39,2%	48,3%
Άλλη	37	25,9%	31,9%
Συνολικά	143	100,0%	123,3%

4.16. Έχετε Χρησιμοποιήσει Ποτέ Στο Παρελθόν (ή Χρησιμοποιείτε Τώρα) Οποιαδήποτε Μορφή Συμπληρωματικής Η/Και Εναλλακτικής Θεραπείας ;

Το 30% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι είχαν χρησιμοποιήσει στο παρελθόν/ή τώρα κάποια μορφή ΣΕΘ (διάγραμμα 4.14)



Διάγραμμα.4.14. Χρήση ΣΕΘ

4.17. Λόγοι Που Δεν Χρησιμοποίησαν Ποτέ Η Δεν Χρησιμοποιούν Τώρα Οποιαδήποτε Μορφή Συμπληρωματικής Η/Και Εναλλακτικής Θεραπείας.

Οι κυριότεροι λόγοι που δε χρησιμοποίησαν ποτέ/τώρα ΣΕΘ ήταν ότι ποτέ δεν σκέφτηκαν να χρησιμοποιήσουν σε ποσοστό 39,6%, ότι δεν πιστεύουν σε μη αποδεδειγμένες θεραπείες με 22,9%, επειδή ήταν ευχαριστημένοι με την ιατρική θεραπεία που έπαιρναν η την προοπτική τους, και 23,6% επειδή δεν μπορούσαν να πληρώσουν για εναλλακτικές θεραπείες. Μικρό ποσοστό ασθενών με 2-5,6% είχαν αποθαρρυνθεί από ιατρούς, νοσηλευτές η άλλους από το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον (πίνακας 4.3).

Πίνακας 4.3 *Λόγοι που δεν χρησιμοποίησαν ποτέ ή δεν χρησιμοποιούν τώρα οποιαδήποτε μορφή Συμπληρωματικής η/και Εναλλακτικής Θεραπείας.*

Λόγοι	Αριθμός Ασθενών	Ποσοστό	Ποσοστό Πολλαπλών επιλογών
Πότε δεν σκέφτηκα για συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες	57	27,3%	39,6%
Δεν πιστεύω σε μη αποδεδειγμένες θεραπείες.	33	15,8%	22,9%
Είμαι ευχαριστημένος /η από την προοπτική της ιατρικής θεραπείας που παίρνω / έπαιρνα	59	28,2%	41,0%
Δεν μπορώ να πληρώσω για συμπληρωματική	34	16,3%	23,6%

/εναλλακτική θεραπεία			
Σκέφτηκα για συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες αλλά με αποθάρρυναν οικογένεια / φίλοι	8	3,8%	5,6%
Σκέφτηκα για συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες αλλά με αποθάρρυναν γιατροί	8	3,8%	5,6%
Σκέφτηκα για συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες αλλά με αποθάρρυναν νοσηλευτές	3	1,4%	2,1%
Άλλος λόγος	7	3,3%	4,9%
Ολικό	209	100,0%	145,1%

4.18. Θεραπείες Που Χρησιμοποιήθηκαν Πριν Την Διάγνωση Με Καρκίνο.

Το ποσοστό του δείγματος που δεν έκανε χρήση καμιάς μεθόδου πριν την διάγνωση του καρκίνου ήταν 44,5%, ενώ οι πιο δημοφιλείς θεραπείες από αυτούς που χρησιμοποίησαν ΣΕΘ ήταν κατά σειρά 1) το Μασάζ με 24,4%, 2) η Αρωματοθεραπεία με 18, 5%, 3) η Ρεφλεξολογία με 15,1%, 4) ο Βελονισμός με 14,3%, 4) η Γιόγκα επίσης με 14,3%, 5) ο Αγιασμός με 12,6%, 6) γυμναστική Πιλάτες, και 7) η Ομοιοπαθητική με 10,1% (διάγραμμα 4.15).



Διάγραμμα 4.15. *Είδη θεραπειών που χρησιμοποιήθηκαν πριν την διάγνωση*

4.19. Ποίους Εναλλακτικούς Θεραπευτές «Μη Παραδοσιακής Θεραπείας» Επισκέφτηκαν Πριν Τη Διάγνωση Του Καρκίνου.

Πριν τη διάγνωση του καρκίνου 91,3% είχαν επισκεφτεί κάποιο εναλλακτικό θεραπευτή, ενώ 56,6% του δείγματος δεν είχε επισκεφτεί κανένα. Οι πιο δημοφιλείς εναλλακτικοί θεραπευτές ήταν κατά σειρά ο μασέρ με 19,5%, ο Ομοιοπαθητικός με 16,8%, ο Αρωματοθεραπευτής με 13,3%, ο Βελονιστής με 9,7%, ο Χειροπράκτης με 8,8%, ο Οστεοπαθητικός με 7,1% και ο θεραπευτής ΡΕΪΚΙ με 6,2% (πίνακας 4.4).

Πίνακας 4.4

Επισκέψεις σε εναλλακτικούς Θεραπευτές

Εναλλακτικοί Θεραπευτές	Αριθμός	Πολλαπλές Επιλογές
Κανένα	64	56,6%
Μασέρ	22	19,5%
Ομοιοπαθητικό	19	16,8%
Αρωμαθεραπευτή	15	13,3%
Βελονιστή	11	9,7%
Χειροπράκτη	10	8,8%
Οστεοπαθητικό	8	7,1%
Θεραπευτή ΡΕΪΚΙ	7	6,2%
Άλλο	3	2,7%
Ειδικό Θεραπευτή Παραδοσιακής Κινέζικης Ιατρικής	2	1,8%
Βοτανοθεραπευτή	2	1,8%
Υπνωτιστή	2	1,8%
Ενεργειακό θεραπευτή	1	0,9%
Διαισθητικό θεραπευτή(μέντιουμ)	1	0,9%
Σύνολο	167	147%

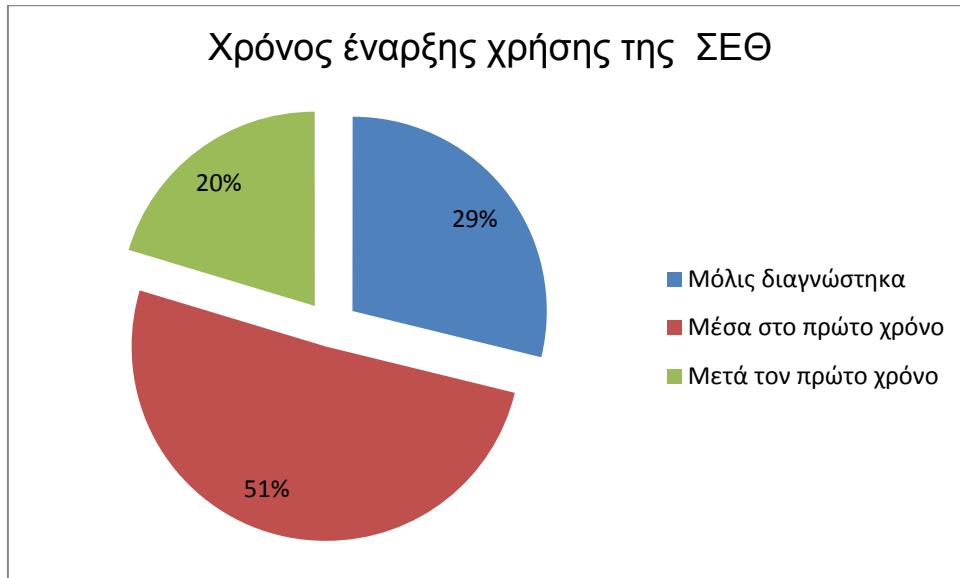
4.20. Συμπληρωματικές Και Εναλλακτικές Θεραπείες Που Χρησιμοποιήθηκαν Πριν, Μετά Την Διάγνωση Και Σήμερα

Πίνακας 4.5

Θεραπείες	Πριν τη διάγνωση	Μετά τη διάγνωση	Τώρα	Μεταβολή, Πριν τη διάγνωση- Μετά τη διάγνωση	Μεταβολή, Πριν τη διάγνωση- Τώρα	Μεταβολή, Μετά τη διάγνωση-Τώρα
Καμία	44,5%	38,5%	46,	-6,0%	+2,1%	+8,1%
Βελονισμός	14,3%	2,5%	,8%	-11,8%	-13,5%	-1,6%
Ρεφλεξολογία	15,1%	10,7%	5,8	-4,5%	-9,3%	-4,8%
Αρωματοθεραπεία	18,5%	23,8%	14,	+5,3%	-4,3%	-9,6%
Μασάζ	24,4%	28,7%	16,	+4,3%	-7,7%	-12,0%
Χρήση Αγιασμού	12,6%	11,5%	8,3	-1,1%	-4,3%	-3,1%
Χειροπρακτική	5,0%	3,3%	,8%	-1,8%	-4,2%	-2,4%
Οστεοπαθητική	5,0%	2,5%	,8%	-2,6%	-4,2%	-1,6%
Ομοιοπαθητική	10,1%	6,6%	5,0	-3,5%	-5,1%	-1,6%
Βοτανοθεραπεία-Φυτοθεραπεία η άλλα φυτικά	5,0%	5,7%	5,0	+0,7%	0,0%	-0,7%
Θεραπεία με χυμούς φρούτων ή άλλη μη	3,4%	9,0%	4,2	+5,7%	+0,8%	-4,8%
Λήψη βιταμινών και /ή θεραπεία με μεταλλικά	8,4%	13,9%	9,2	+5,5%	+0,8%	-4,8%
Θεραπευτικά τσάγια:	2,5%	5,7%	3,3	+3,2%	+0,8%	-2,4%
Ρέϊκι	5,9%	4,1%	1,7	-1,8%	-4,2%	-2,4%
Γιόγκα(yoga)	14,3%	6,6%	5,8	-7,7%	-8,5%	-0,7%
Γυμναστική Πιλάτες	10,9%	3,3%	2,5	-7,6%	-8,4%	-0,8%
Ουάδες υποστήριξης / συμβουλευτική	5,0%	15,6%	5,8	+10,5%	+0,8%	-9,7%
Πνευματιστική θεραπεία/τοποθέτηση των χειριών/θεραπευτικό άγγιγμα	1,7%	4,9%	1,7%	+3,2%	0,0%	-3,3%
Κατευθυνόμενος οραματισμός	2,5%	2,5%	2,5	-0,1%	0,0%	0,0%
Τεχνικές χαλάρωσης/ διαλογισμού	5,0%	6,6%	4,2	+1,5%	-0,9%	-2,4%
Υπνοθεραπεία ή ύπνωση	,8%	,8%	1,7	0,0%	+0,8%	+0,8%
Άλλη	4,2%	9,0%	10,	+4,8%	+6,6%	+1,8%
Σύνολο	219.3%	215.6	157			

4.21. Χρόνος Έναρξης Χρήσης Της ΣΕΘ Μετά Τη Διάγνωση Του Καρκίνου

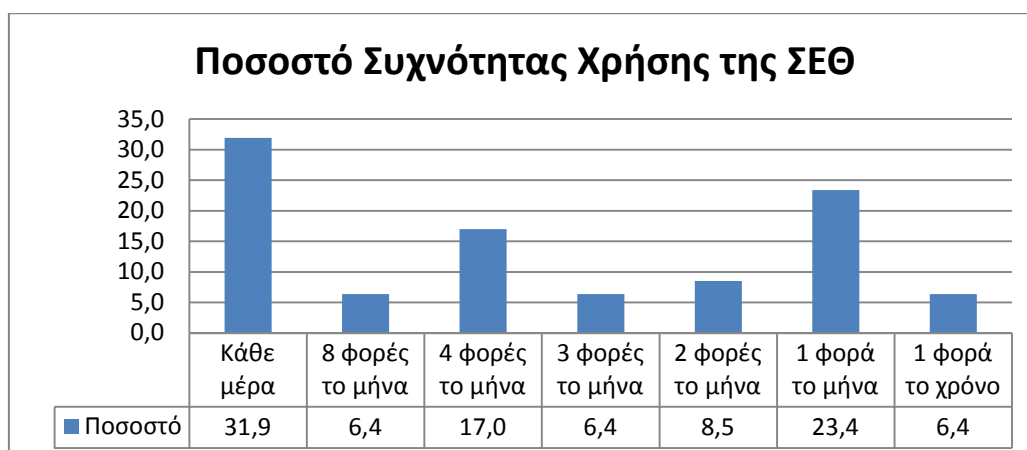
Το 29% ξεκίνησε τη χρήση της ΣΕΘ μόλις διαγνώστηκε, το 51% μέσα στο πρώτο χρόνο και το υπόλοιπο 20% μετά τον πρώτο χρόνο (διάγραμμα 4.16).



Διάγραμμα 4.16. Χρόνος έναρξης χρήσης της ΣΕΘ.

4.22. Μηνιαία Συχνότητα Χρήσης Της ΣΕΘ.

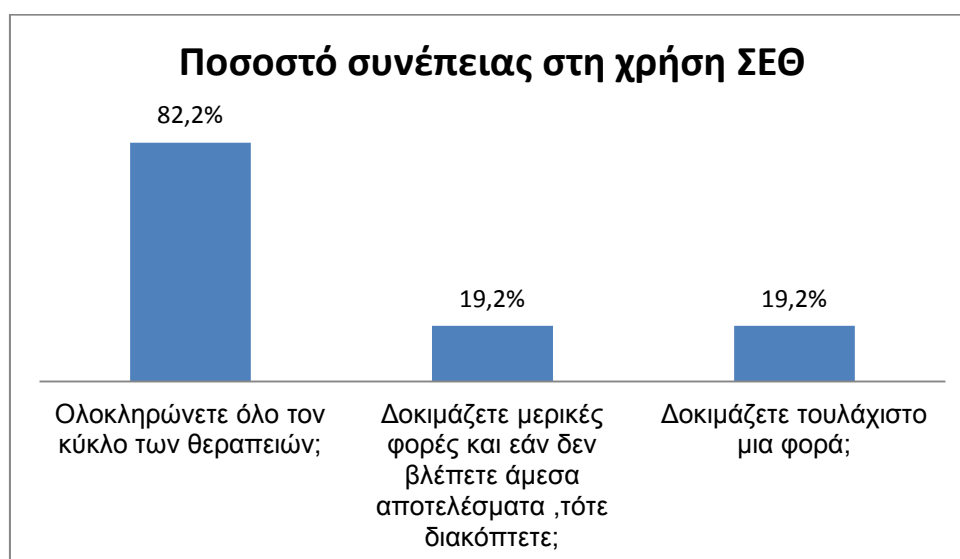
Ποσοστό 31,9% των χρηστών δήλωσε ότι χρησιμοποιεί καθημερινά κάποια ΣΕΘ, το 23,4% χρησιμοποιεί τουλάχιστο μια φορά το μήνα και το 17% 4 φορές το μήνα (διάγραμμα 4.17)



Διάγραμμα 4.17. Συχνότητα χρήσης της ΣΕΘ

4.23. Ποσοστό Συνέπειας Στη Χρήση Της ΣΕΘ.

Η συντριπτική πλειοψηφία των χρηστών της ΣΕΘ με ποσοστό 82,2% δήλωσε ότι ολοκληρώνει τον κύκλο των θεραπειών και ποσοστό 19,2% δήλωσε ότι δοκιμάζει τουλάχιστο μια φορά. Ακόμα ένα ποσοστό 19,2% δηλώνει ότι αν δεν παρατηρήσει άμεσα αποτελέσματα, τότε διακόπτει τη θεραπεία (διάγραμμα 4.18).



Διάγραμμα 4.18. Ποσοστό Συνέπειας στη Χρήση της ΣΕΘ

4.24. Είδος Εναλλακτικών Φαρμάκων/Τσαγιών/Βοτάνων Και Μέθοδοι Χρήσης Τους.

Οι χρήστες δήλωσαν 31 διαφορετικά είδη εναλλακτικών φαρμάκων/τσαγιών/βοτάνων εκ των οποίων το 81% έκανε χρήση με λήψη από το στόμα, ενώ τα πιο δημοφιλή ήταν τα διάφορα θεραπευτικά, τονωτικά τσάγια με 20% και ακολούθησαν η λήψη διαφόρων συμπληρωμάτων διατροφής όπως βιταμίνες και ιχνοστοιχεία με 19% (πίνακας 4.6)

Πίνακας 4.6

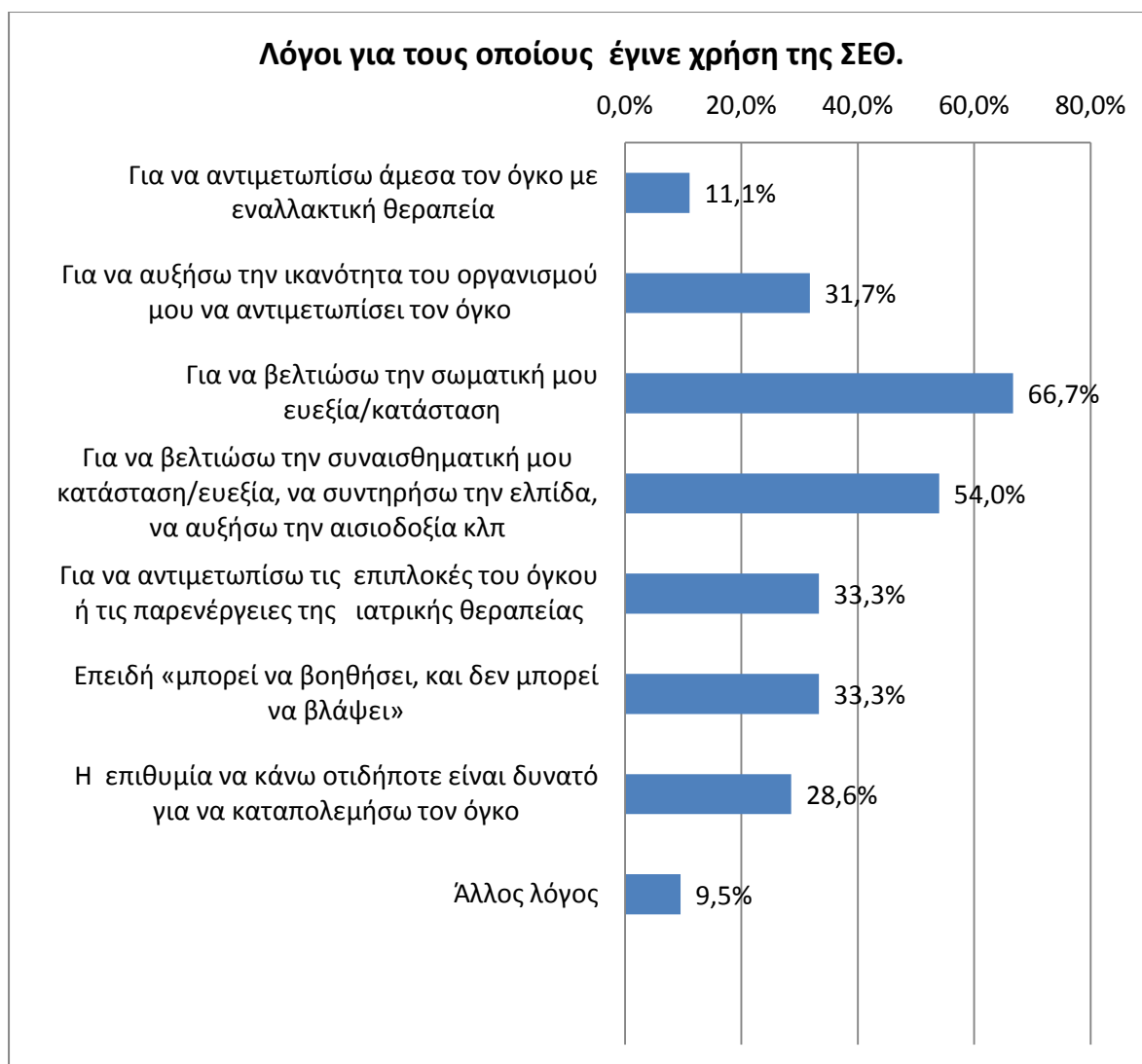
Είδος εναλλακτικών φαρμάκων/τσαγιών/βοτάνων και μέθοδοι χρήσης

Εναλλακτικά φαρμάκων/βοτάνων/τσαγιών	Δεν εφαρμόζεται	επάλειψη	ενέσιμ ο	από το στόμα	βρώση μαζί με δημητριακά	Σύνολο
αφεψήματα	0	0	0	1	0	1
aloe vera	0	0	0	3	0	3
aloe bardadensis	0	0	0	1	0	1
αμυγδαλέλαιο	0	1	0	0	0	1
colostrum ή πρωτόγαλα	0	0	0	1	0	1
Βασιλικός πολτός	0	0	0	1	0	1
γαϊδουράγκαθο	0	0	0	1	0	1
Ginger η πιπερόριζα	0	0	0	1	0	1
Μέντα	0	1	0	0	0	1
rosemary	0	1	0	0	0	1
λεβάντα	0	2	0	0	0	2
starflower oil (λάδι	0	0	0	1	0	1
κριθαρόχορτο	0	0	0	1	0	1
λιναρόσπορος	0	0	0	0	1	1
πράσινο τσάι	0	0	0	3	0	3
τσάι χαμομήλι	0	0	0	1	0	1
τσάι αποτοξίνωσης	0	0	0	2	0	2
Βοτανικό τσάι herbal	0	0	0	1	0	1
διάφορα τσάγια	0	0	0	1	0	1
τσάι τσουκνίθα	0	0	0	1	0	1
Ομοιοπαθητικά βότανα	0	0	0	2	0	2
διάφορα βότανα	1	0	0	2	0	3
ανάμικτοι χυμοί φρούτων	0	0	0	1	0	1
βιταμίνη B complex	0	0	0	1	0	1
βιταμίνη E	0	0	0	1	0	1
πολυβιταμίνες	0	0	1	3	0	4
Μαγνήσιο	0	0	0	1	0	1
μεταλλικά ιχνοστοιχεία	0	0	0	1	0	1
Ωμέγα 3	0	0	0	1	0	1
liver tonic	0	0	0	1	0	1
Σύνολο	1	5	1	3	1	42
Σύνολο %	2 %	14 %	2 %	81 %	2 %	103 %

4.25. Λόγοι Για Τους Οποίους Έγινε Χρήση Της ΣΕΘ.

Ποσοστό 11,1% των χρηστών της ΣΕΘ έκανε χρήση για να αντιμετωπίσει άμεσα τον όγκο και 28,6% για να ικανοποιήσει την επιθυμία τους να κάνουν οτιδήποτε είναι δυνατό για να καταπολεμήσουν τον όγκο.

Το μεγαλύτερο ποσοστό με 66,7% καταγράφει την επιθυμία για να βελτιώσουν την σωματική τους ευεξία και εξίσου σημαντικό ποσοστό 54% για να βελτιώσουν την συναισθηματική τους κατάσταση, ευεξία, αισιοδοξία και γενικά θετικότερη στάση. Ποσοστό της τάξης του 33,3% χρησιμοποιεί την ΣΕΘ για να καταπολεμήσει τις επιπλοκές της ασθένειας και της ιατρικής θεραπείας (διάγραμμα 4.19).

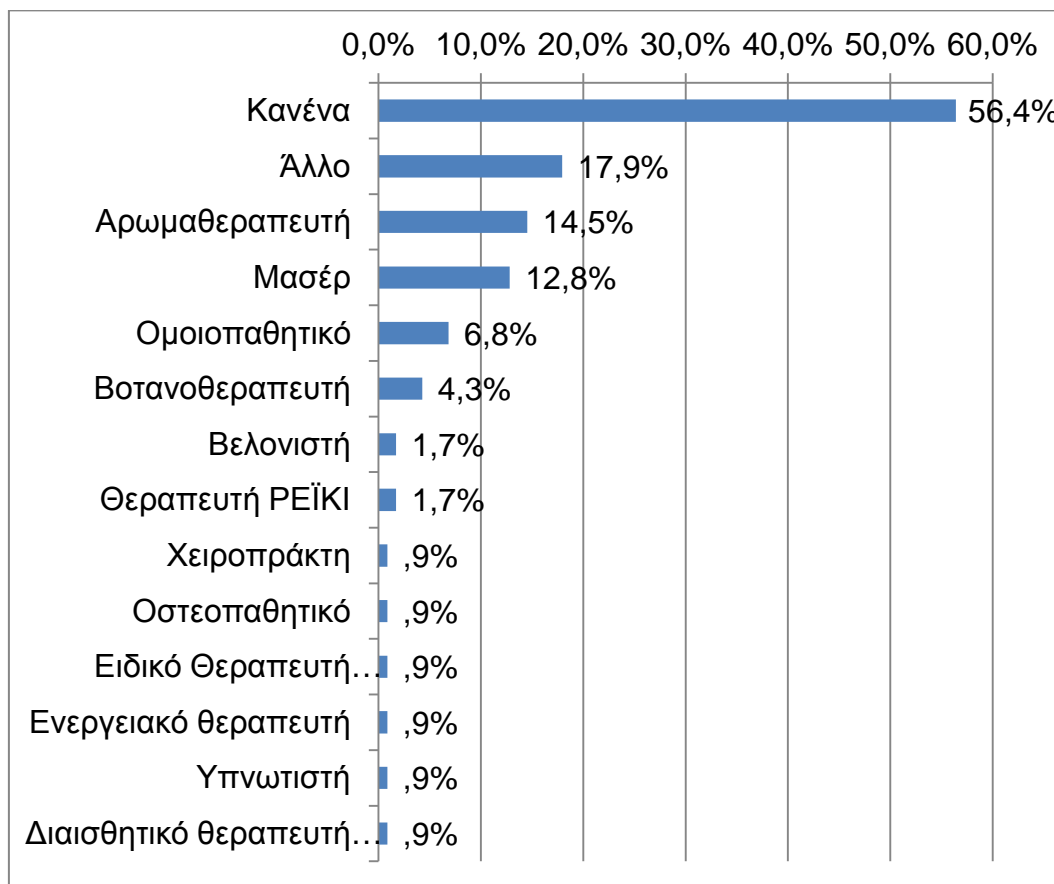


Διάγραμμα 4.19. Λόγοι χρήσης της ΣΕΘ

4.26. Ποιούς Επαγγελματίες Συμπληρωματικής/Εναλλακτικής Ιατρικής

Επισκέπτονται Σήμερα.

Ποσοστό 14,5% επισκέπτεται Αρωμαθεραπευτή, 12,8% Μασέρ, 6,8%, Ομοιοπαθητικό, 4,3% Βοτανοθεραπευτή, 1,7% Βελονιστή και 1,7% Θεραπευτή Ρέϊκι, 17,9% αδιευκρίνιστο εναλλακτικό ή συμπληρωματικό θεραπευτή και ποσοστό λιγότερο από 6% κατανέμεται στους υπόλοιπους θεραπευτές (διάγραμμα 4.20).



Διάγραμμα 4.20. Επισκέψεις σε Εναλλακτικούς Θεραπευτές (σήμερα).

4.27. Συγκριτικός Πίνακας Επισκέψεων Σε Εναλλακτικούς Θεραπευτές Πριν, Μετά Τη Διάγνωση Και Σήμερα (Πολλαπλή Επιλογή).

Από τον πιο κάτω πίνακα διαπιστώνεται μια γενική μείωση των επισκέψεων μετά την διάγνωση σε σχέση με πριν εκτός από τις επισκέψεις σε μασέρ (μικρή αύξηση), σε βοτανοθεραπευτές και αρωματοθεραπευτές. Αύξηση παρουσίασε και αδιευκρίνιστο είδος εναλλακτικών θεραπειών από 2,7% σε 12,3% (πίνακας 4.17).

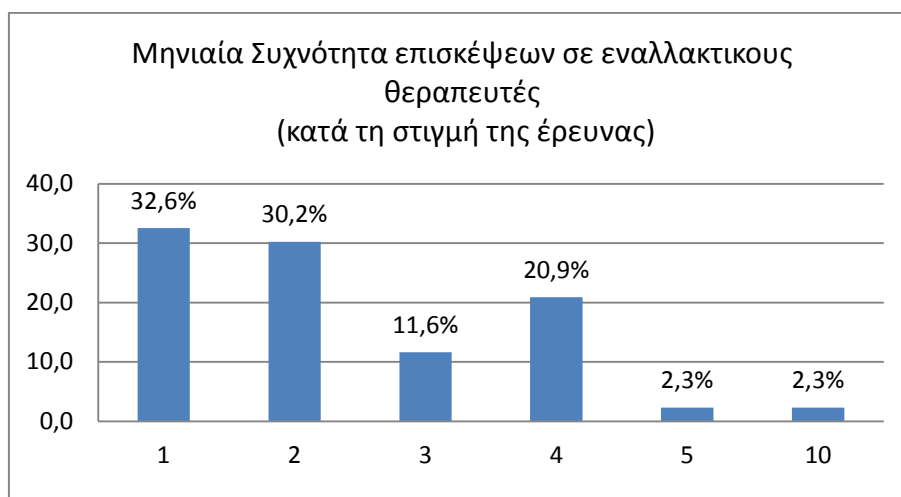
Πίνακας 4.7

Συγκριτικός Πίνακας επισκέψεων σε εναλλακτικούς Θεραπευτές πριν, μετά τη διάγνωση και σήμερα (πολλαπλή επιλογή).

Επαγγελματίας	Πριν	Μετά τη διάγνωση	Τώρα
Κανένα	56,6%	51,8%	56,4%
Βελονιστή	9,7%	4,4%	1,7%
Ομοιοπαθητικό	16,8%	7,9%	6,8%
Χειροπράκτη	8,8%	2,6%	,9%
Οστεοπαθητικό	7,1%	3,5%	,9%
Μασέρ	19,5%	21,9%	12,8%
Ειδικό Θεραπευτή Παραδοσιακής Κινέζικης ιατρικής	1,8%	,9%	,9%
Βοτανοθεραπευτή	1,8%	4,4%	4,3%
Αρωμαθεραπευτή	13,3%	23,7%	14,5%
Ενεργειακό θεραπευτή	,9%	1,8%	,9%
Θεραπευτή ΡΕΪΚΙ	6,2%	5,3%	1,7%
Υπνωτιστή	1,8%	,0%	,9%
Διαισθητικό θεραπευτή (μέντιουμ)	,9%	,9%	,9%
Άλλο	2,7%	12,3%	17,9%
Σύνολο	147,8%	141,2%	121,4%

4.28. Συχνότητα Επισκέψεων Σε Εναλλακτικούς Θεραπευτές Κατά Τη Στιγμή Της Έρευνας.

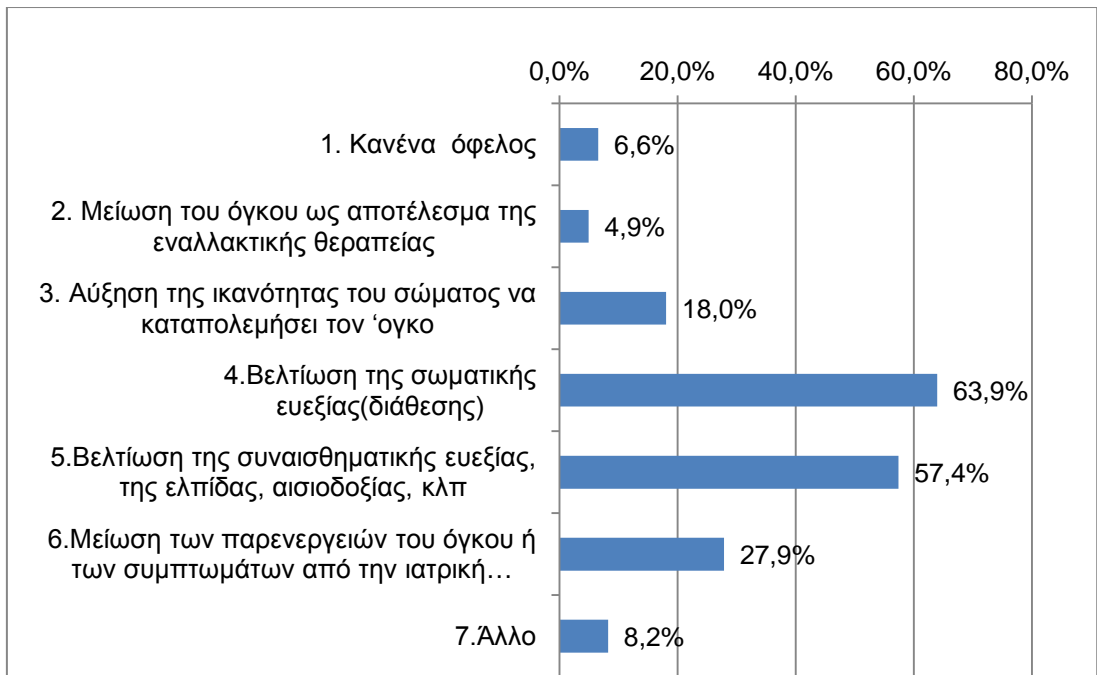
Από το πιο κάτω πίνακα διαφαίνεται ότι η μηνιαίες επισκέψεις σε εναλλακτικούς θεραπευτές κυμαίνονται από 1-4 επισκέψεις μηνιαίως με πιο συχνή την μια φορά το μήνα με 32,6% και 2 φορές με 30,2% (διάγραμμα 4.21).



Διάγραμμα 4.21. Μηνιαία Συχνότητα επισκέψεων σε εναλλακτικούς θεραπευτές (κατά τη στιγμή της έρευνας).

4.29. Όφελος Το Οποίο Είχαν ή Βίωσαν Από Την Εναλλακτική Θεραπεία.

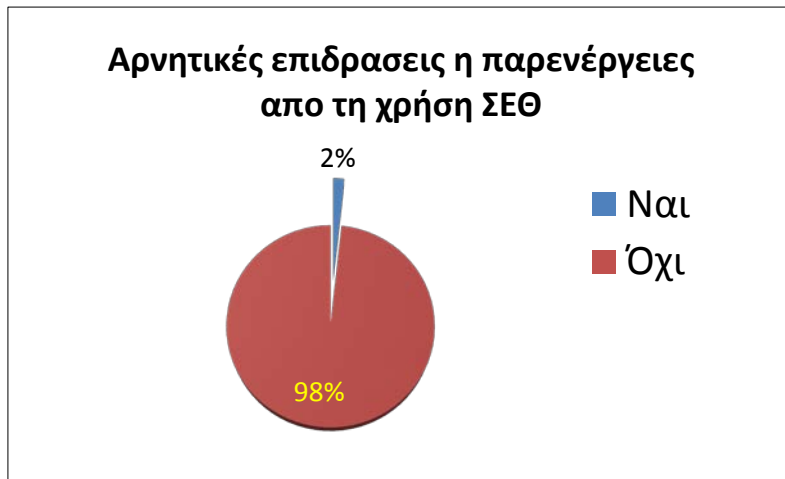
Στο πιο κάτω πίνακα διαφαίνεται ότι το μεγαλύτερο όφελος που βίωσαν οι ασθενείς- χρήστες από την ΣΕΘ ήταν η βελτίωση της σωματικής ευεξίας(διάθεσης) με 63,9% ακολουθούμενο από την βελτίωση της συναισθηματικής ευεξίας με 57,4%. Μικρό ποσοστό επίσης αναφέρει μείωση του όγκου σαν αποτέλεσμα της εναλλακτικής θεραπείας. Σημαντικό εύρημα είναι και το πολύ μικρό ποσοστό με 6% που αναφέρει ότι δεν είχε κανένα όφελος (διάγραμμα 4.22).



Διάγραμμα 4.22. Όφελος που είχαν από τη χρήση ΣΕΘ.

4.30. Αρνητικές Επιδράσεις ή Παρενέργειες Που Βίωσαν Ή Απέδωσαν Στην Εναλλακτική Θεραπεία.

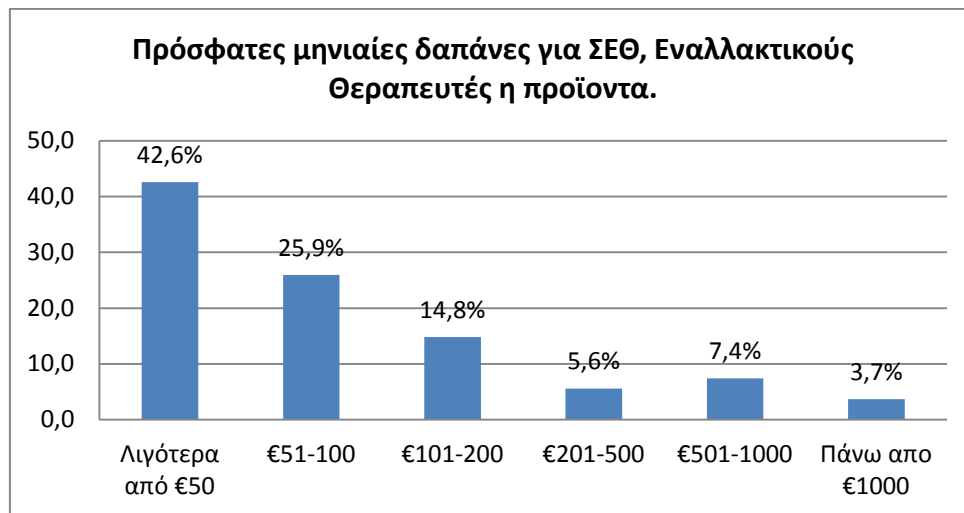
Πολύ μικρό ποσοστό 2% αναφέρει αρνητικές επιδράσεις από τη χρήση της ΣΕΘ (διάγραμμα 4.23).



Διάγραμμα 4.23. Αρνητικές επιδράσεις/παρενέργειες από τη χρήση ΣΕΘ.

4.31. Πρόσφατες Μηνιαίες Δαπάνες Για ΣΕΘ, Εναλλακτικούς Θεραπευτές ή Προϊόντα.

Ποσοστό 42,6% του δείγματος ξοδεύει λιγότερο από 50 ευρώ το μήνα για εναλλακτικούς θεραπευτές ή προϊόντα, 7,4% από 500-1000 ευρώ και ποσοστό 3,7% πάνω από 1000 Ευρώ το μήνα (διάγραμμα 4.24)



Διάγραμμα 4.24. Πρόσφατες Μηνιαίες Δαπάνες για ΣΕΘ.

4.32. Πεποίθηση Για Την Αξία Των Χρημάτων Σε Σχέση Με Το Όφελος Από Τη ΣΕΘ.

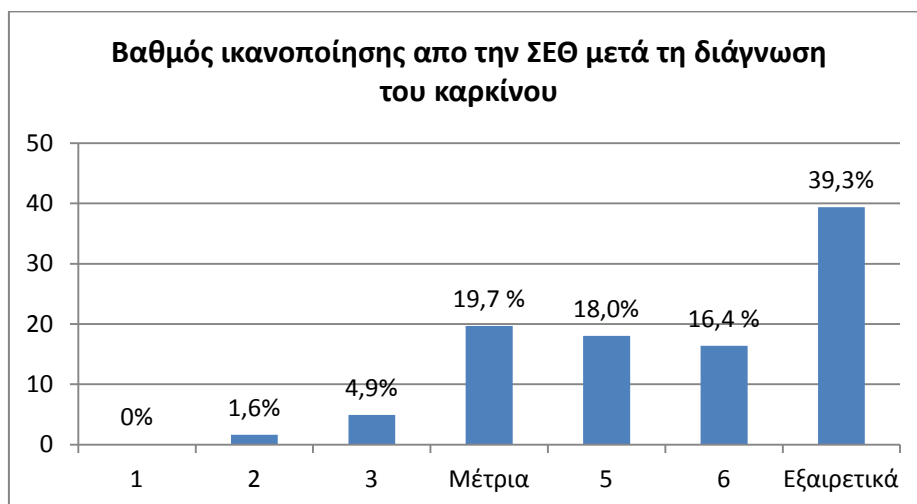
Το 83% του δείγματος πιστεύει ότι τα χρήματα που ξόδεψε άξιζαν για την ΣΕΘ που χρησιμοποίησε (διάγραμμα 4.25).



Διάγραμμα 4.25. Πεποίθηση για το κόστος/όφελος.

4.33. Βαθμός Ικανοποίησης Από Την ΣΕΘ Μετά Τη Διάγνωση Όγκου

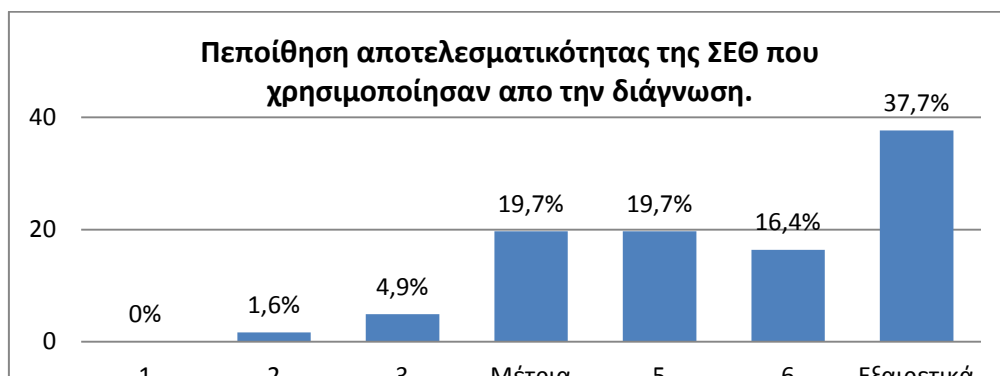
Το πιο κάτω διάγραμμα παρουσιάζει ψήλο βαθμό ικανοποίησης πέραν του μετρίου σε ποσοστό 73,7% ενώ 39,3% δήλωσε εξαιρετικά ικανοποιημένο από την ΣΕΘ μετά τη διάγνωση του όγκου (διάγραμμα 4.26).



Διάγραμμα 4.26. Βαθμός Ικανοποίησης από την ΣΕΘ μετά την διάγνωση.

4.34. Πεποίθηση Αποτελεσματικότητας Της ΣΕΘ Που Χρησιμοποίησαν Από Τη Διάγνωση.

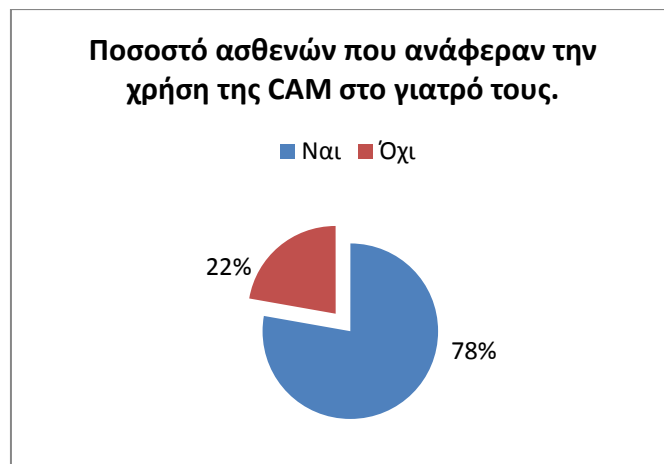
Μεγάλο ποσοστό του δείγματος με 93,5% και χρησιμοποίησε ΣΕΘ, πιστεύει πέραν του μετρίου στην αποτελεσματικότητα της ΣΕΘ και ποσοστό 39,3% δήλωσε ότι πίστευε στην εξαιρετική αποτελεσματικότητα της ΣΕΘ που χρησιμοποίησε μετά την διάγνωση. Επίσης κανένας δεν δήλωσε ότι δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένος από την αποτελεσματικότητα της ΣΕΘ που χρησιμοποίησε (διάγραμμα 4.27).



Διάγραμμα 4.27 Πεποίθηση για την αποτελεσματικότητα της ΣΕΘ που χρησιμοποίησαν

4.35. Ποσοστό Ασθενών Που Αναφέραν Τη Χρήση ΣΕΘ Στο Γιατρό Τους.

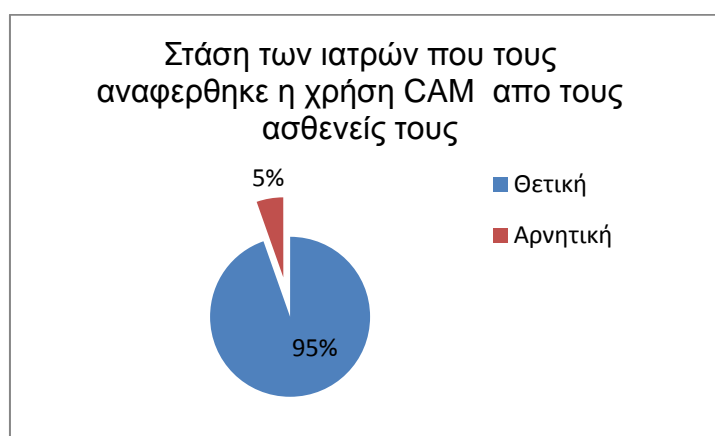
Μεγάλο ποσοστό της τάξης του 78% αναφέρει τη χρήση της ΣΕΘ στο γιατρό τους ενώ το 22% δεν το αναφέρει (διάγραμμα 4.28).



Διάγραμμα 4.28. Ποσοστό Ασθενών που Αναφέραν τη Χρήση ΣΕΘ στο Γιατρό τους

4.36. Στάση Των Ιατρών Που Τους Αναφέρθηκε Η Χρήση ΣΕΘ Από Τους Ογκολογικούς Ασθενείς Τους.

Στη συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος σε ποσοστό 95% ανέφερε ότι η στάση των γιατρών που τους αναφέρθηκε η χρήση της ΣΕΘ ήταν θετική (διάγραμμα 4.29).



Διάγραμμα 4.29. Στάση των Γιατρών που τους αναφέρθηκε η Χρήση της ΣΕΘ.

4.37. Πηγές Πληροφόρησης Σχετικές Με Την ΣΕΘ.

Οι κυριότερες πηγές πληροφόρησης σχετικά με τη ΣΕΘ ήταν πολλαπλές και αφορούσαν τους φίλους με 47,6%, οι γιατροί με 39%, 31,4% τα μέσα ενημέρωσης, 26,7% από το διαδίκτυο, 20% από την οικογένεια, 19% από τους θεραπευτές εναλλακτικής ιατρικής, 15,2%, 5,7% από άλλη πηγή και το μικρότερο ποσοστό 4,8% από θρησκευτικές πηγές. Ποσοστό 9,5% δεν άκουσε ποτέ για αυτές (διάγραμμα 4.30).



Διάγραμμα 4.30. Πηγές Πληροφόρησης σχετικά με τη ΣΕΘ.

4.38. Έλεγχοι Συνάφειας

Στο παρόν υποκεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα ελέγχου συνάφειας διαφόρων παραμέτρων όπου έγιναν έλεγχοι κατά Pearson, Κριτήριο t και Ανάλυση Διασποράς και ορίστηκε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$

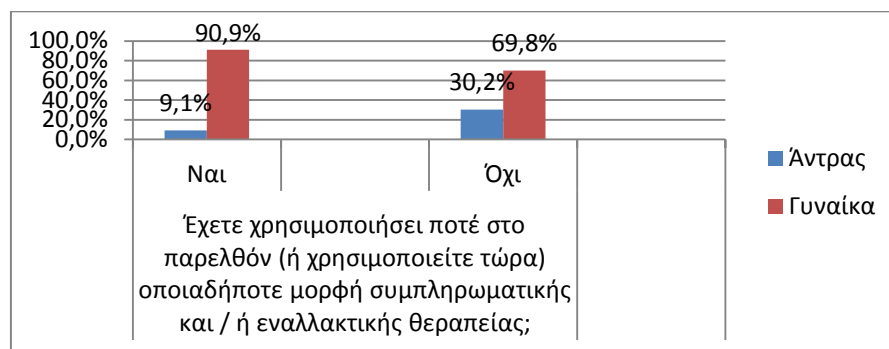
Έχουν γίνει οι πιο κάτω έλεγχοι συνάφειας σχετικά με την χρήση ΣΕΘ και των παραμέτρων:

- Φύλου,
- Εισοδήματος
- Επαρχίας διαμονής
- Επαγγελματικής κατηγορίας
- Εθνοτικής Καταγωγής
- Θρησκευτικότητας

- Ηλικίας και χρόνια από την διάγνωση
- Έξοδα για ΣΕΘ και ετήσιο εισόδημα
- Χρονολογία διάγνωσης
- Απώλεια ημερών εργασίας για λόγους αδιαθεσίας
- Πεποίθηση για την αποτελεσματικότητα
- Κέντρο προέλευσης δείγματος (ΠΑΣΥΚΑΦ-ΑΡΟΔΑΦΝΟΥΣΑ)

4.38.1. Χρήση της ΣΕΘ κατά Φύλο.

Το 9,1% των αντρών και 90,9% των γυναικών που απάντησαν δήλωσαν ότι χρησιμοποίησαν στο παρελθόν ή χρησιμοποιούν τώρα ΣΕΘ. Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και στη χρήση της ΣΕΘ ($\chi^2= 8,044$, $p \text{ value}=0,005$), με τις γυναίκες να δηλώνουν ότι χρησιμοποιούν την ΣΕΘ περισσότερο από ότι οι άνδρες. (Διάγραμμα 4.31)



Διάγραμμα 4.31. Χρήση της ΣΕΘ κατά Φύλο

4.38.2. Χρήση ΣΕΘ Και Εισοδηματική Κατηγορία

Η πολυπληθέστερη κατηγορία στο δείγμα ήταν η ομάδα 8350-17000 Ευρώ και αποτελούσε το 38% του δείγματος. Η μεγαλύτερη κατηγορία που δήλωσε ότι χρησιμοποίησε ΣΕΘ ήταν η 1) η κατηγορία 8350-1700 με ποσοστό 29,2% η οποία και αποτελούσε το 38% του δείγματος. 2) η κατηγορία 17001-25600 Ευρώ με 20,8% 3) η κατηγορία 25601-34000 Ευρώ με 14,6%, 4) η κατηγορία 34001-43000 με 12,5%, 5) η κατηγορία 51000-59000 Ευρώ με 6,3% και τελευταία τη κατηγορία 43001-51000 Ευρώ με 2,1%. Οι περισσότεροι καρκινοπαθείς ανήκουν στις χαμηλές και μεσαίες εισοδηματικές τάξεις με οικογενειακό ετήσιο εισόδημα μέχρι και 25 000 ευρώ σε ποσοστό 68,5%. Τα άτομα με υψηλό εισόδημα παρουσιάζουν ποσοστά χρήσης της ΣΕΘ πέραν του 50% (με εξαίρεση τη κατηγορία 43000-

51000) σε αντίθεση με άτομα από τις χαμηλές εισοδηματικά τάξεις όπου η χρήση είναι κάτω του 50%. Οι διαφορές αυτές όμως δεν έχουν βρεθεί να είναι σημαντικές ($\chi^2=6,260$, p value=0,511) (πίνακας 4.8).

Πίνακας 4.8

Χρήση ΣΕΘ και εισοδηματική κατηγορία

			Συνολικό ετήσιο οικογενειακό εισόδημα							Συνολικό %	
			Λιγότερα από 8349	8350 - 17000	17001 - 25600	25601 - 34000	34001 - 43000	43001 - 51000	51001 - 59000		περισσότερα από 59001
Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ στο παρελθόν (ή χρησιμοποιείτε τώρα) οποιαδήποτε μορφή συμπληρωματικής και / ή εναλλακτικής θεραπείας;	Ναι	Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ στο παρελθόν (ή χρησιμοποιείτε τώρα) οποιαδήποτε μορφή συμπληρωματικής και / ή εναλλακτικής θεραπείας;	14,6%	29,2%	20,8%	14,6%	12,5%	2,1%	6,3%	100,0%	
		Ποσοστό κατηγορίας συνολικού ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος	46,7%	34,1%	55,6%	63,6%	46,2%	25,0%	60,0%	44,4%	
	Όχι	Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ στο παρελθόν (ή χρησιμοποιείτε τώρα) οποιαδήποτε μορφή συμπληρωματικής και / ή εναλλακτικής θεραπείας;	13,3%	45,0%	13,3%	6,7%	11,7%	5,0%	3,3%	1,7%	100,0%
		Ποσοστό κατηγορίας συνολικού ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος	53,3%	65,9%	44,4%	36,4%	53,8%	75,0%	40,0%	100,0%	55,6%
Συνολικά		Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ στο παρελθόν (ή χρησιμοποιείτε τώρα) οποιαδήποτε μορφή συμπληρωματικής και / ή εναλλακτικής θεραπείας;	13,9%	38,0%	16,7%	10,2%	12,0%	3,7%	4,6%	,9%	100,0%
		Ποσοστό κατηγορίας συνολικού ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

 $\chi^2=6,260$, $p \text{ value}=0,511$

4.38.3. Χρήση ΣΕΘ Και Προέλευση Δείγματος Κατά Επαρχία.

Σε παγκύπρια βάση, η πλειοψηφία των ασθενών που απάντησαν ότι χρησιμοποίησαν στο παρελθόν ή χρησιμοποιούν τώρα ΣΕΘ προέρχεται από την επαρχία Λευκωσίας με 43,1% και την Πάφο με 23,5 % ακολουθούμενη από την Λάρνακα με 19,6% καθώς επίσης η μικρότερη χρήση παρατηρείται στην επαρχία Αμμοχώστου με 2%.(4,3% του συνολικού δείγματος). Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στη χρήση της ΣΕΘ και της επαρχίας διαμονής ($\chi^2=3,107$, $pvalue=0,540$) (πίνακας 4.9).

Πίνακας 4.9

Χρήση ΣΕΘ και προέλευση δείγματος κατά επαρχία.

Χρήση	Λευκωσία	Λεμεσός	Πάφος	Λάρνακα	Αμμόχωστος	Σύνολο
ΝΑΙ	43,1%	11,8%	23,5%	19,6%	2,0%	100,0%
Όχι	32,3%	16,1%	32,3%	14,5%	4,8%	100,0%
Σύνολο	37,2%	14,2%	28,3%	16,8%	3,5%	100,0%

$\chi^2=3,107$, $pvalue=0,540$

4.38.4. Χρήση ΣΕΘ Και Επαγγελματική Κατηγορία.

Το 40,4% του δείγματος που χρησιμοποίησαν ΣΕΘ ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι το 23,4% άνεργοι/οικοκυρές, το 21,3% συνταξιούχοι και το 14,9% δημόσιοι υπάλληλοι. Κανένας αυτοεργοδοτούμενος δεν δήλωσε ότι χρησιμοποίησε ΣΕΘ. Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη χρήση της ΣΕΘ και της επαγγελματικής κατηγορίας ($\chi^2=9,760$, $pvalue=0,045$) με τους ιδιωτικούς υπαλλήλους και τις οικοκυρές να δηλώνουν τη χρήση της ΣΕΘ σε αυξημένα ποσοστά (πίνακας 4.10) .

Πίνακας 4.10

Χρήση ΣΕΘ και επαγγελματική κατηγορία.

	Επάγγελμα					Σύνολο
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	Δημόσιος Υπάλληλος	Αυτοεργοδοτούμενος	Άνεργος / Οικοκυρά	Συνταξιούχος	
ΝΑΙ	40,4%	14,9%		23,4%	21,3%	100,0%
ΟΧΙ	18,6%	25,4%	3,4%	16,9%	35,6%	100,0%
ΣΥΝΟΛΟ	28,3%	20,8%	1,9%	19,8%	29,2%	100,0%

$\chi^2=9,760$, $pvalue=0,045$

4.38.5. Χρήση ΣΕΘ Και Εθνοτική Καταγωγή.

Το 77,8% του δείγματος που απάντησε θετικά στη χρήση ΣΕΘ ήταν ελληνοκυπριακής καταγωγής και το 22,2% άλλης εθνοτικής καταγωγής. Από τους Ελληνοκύπριους το 46,2% είχε απαντήσει θετικά στη χρήση ΣΕΘ και με το ίδιο ποσοστό 46,2% στη κατηγορία των ασθενών άλλης καταγωγής. Οι διαφορές αυτές δεν έχουν βρεθεί να είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=000$, $pvalue=1$) παρόλο που οι ελληνοκύπριοι δηλώνουν περισσότερη χρήση από άλλες εθνοτικές ομάδες (πίνακας 4.11)

Πίνακας 4.11

Χρήση ΣΕΘ και εθνοτική καταγωγή

	Εθνοτική καταγωγή		Σύνολο
	Ελληνοκύπριος	Άλλη	
ΝΑΙ	77,8%	22,2%	100,0%
Εντός Ίδιας Κατηγορίας	46,2%	46,2%	46,2%
ΟΧΙ	77,8%	22,2%	100,0%
Εντός Ίδιας Κατηγορίας	53,8%	53,8%	53,8%
Σύνολο	77,8%	22,2%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2=000$, $pvalue=1$

4.38.6. Χρήση ΣΕΘ Και Θρησκευτικότητα.

Το 47,1% αυτών που εκκλησιάζονται ή επισκέπτονται άλλους χώρους λατρείας απάντησε θετικά στη χρήση της ΣΕΘ και ποσοστό 41,4% αυτών που δεν εκκλησιάζονται επίσης απάντησε θετικά στη χρήση της ΣΕΘ. Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ($\chi^2=0,290$, p value=0,591) μεταξύ αυτών που κάνουν χρήση και εκκλησιάζονται και αυτών που δεν εκκλησιάζονται (πίνακας 4.12).

Πίνακας 4.12

Χρήση ΣΕΘ και θρησκευτικότητα.

	Πηγαίνετε εκκλησία ή σε άλλο χώρο λατρείας;		Σύνολο
	Ναι	Όχι	
Ναι	77,4%	22,6%	100,0%
Εντός της ίδιας κατηγορίας	47,1%	41,4%	45,7%
Όχι	73,0%	27,0%	100,0%
Εντός της ίδιας κατηγορίας	52,9%	58,6%	54,3%
Σύνολο	75,0%	25,0%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2=0,290$, p value=0,591

4.38.7. Χρήση ΣΕΘ Και Ηλικία - Χρόνια Διάγνωσης.

Αυτοί που απάντησαν θετικά στη χρήση της ΣΕΘ είχαν μέση ηλικία 51 χρόνια με τυπική απόκλιση 13,4 χρόνια και είχαν διαγνωσθεί τα τελευταία 4 χρόνια με τυπική απόκλιση 4,3. Αυτοί που απάντησαν αρνητικά είχαν μέση ηλικία 56 χρόνια με τυπική απόκλιση 14,5 χρόνια καθώς είχαν διαγνωσθεί τα τελευταία 5 χρόνια με τυπική απόκλιση 5,6 χρόνια. Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ηλικία και τη χρήση της ΣΕΘ ($t=-1,721$, $pvalue=0,088$). Δεν βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά στη χρήση της ΣΕΘ και τα χρόνια από την διάγνωση ($t=-1,017$, $pvalue=0,311$) (πίνακας 4.13).

Πίνακας 4.13

Χρήση ΣΕΘ και Ηλικία και χρόνια διάγνωσης.

		Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση	t	p value
α) Ηλικία	Ναι	51,31	13,396	-1,721	0,088
	Όχι	55,89	14,485		
β) Χρόνια Διάγνωσης	Ναι	4,1373	4,28028	-1,017	0,311
	Όχι	5,1186	5,62349		

$t=-1,721$, $pvalue=0,088$, $t=-1,017$, $pvalue=0,311$

4.38.8. Χρήση της ΣΕΘ σε σχέση με το οικογενειακό εισόδημα και τα έξοδα για εναλλακτικούς θεραπευτές.

1. Στην εισοδηματική κατηγορία λιγότερα από 8349 ευρώ το χρόνο, το 75% ξοδεύει λιγότερα από 50 ευρώ το μήνα και το 25% πάνω από 1000 ευρώ και αποτελούν το 50% της κατηγορίας που ξοδεύει πάνω από 1000 ευρώ.
2. Στην κατηγορία από 8350-17000, το 40% ξοδεύει λιγότερα από 50 ευρώ, το 20% 51-100 ευρώ, 20% από 101-200 ευρώ, 5% 201-500 ευρώ, 10% 501-1000 ευρώ και 5% ξοδεύει άνω των 1000 ευρώ οι οποίοι και αποτελούν επίσης το υπόλοιπο 50% της κατηγορίας που ξοδεύει πάνω από 1000 ευρώ.
3. Στην εισοδηματική κατηγορία 17001-25600 ευρώ, το 55,6% ξοδεύει λιγότερα από 50 ευρώ, και το 22,2% 51-100 ευρώ, με 11,1% αντίστοιχα οι κατηγορίες που

ξοδεύουν από 101-200 και από 501-1000 ευρώ το μήνα και αποτελεί το 25% της κατηγοριών που ξοδεύουν από 501-1000 ευρώ.

4. Στην εισοδηματική κατηγορία 25601-34000 το 40% ξοδεύει λιγότερο από 50 ευρώ το μήνα, 40% μέχρι 100 ευρώ το μήνα και 20% μέχρι 200 ευρώ το μήνα.
5. Στην εισοδηματική κατηγορία 34001-43000, το 14,3% ξοδεύει λιγότερο από 50 ευρώ το μήνα, το 28,6% μέχρι 100 ευρώ, 14,3% μέχρι 200 ευρώ, το 28,6% μέχρι 200 ευρώ, και το 25% μέχρι 1000 ευρώ το μήνα.
6. Στη κατηγορία 51000-59000 το 50% ξοδεύει λιγότερο από 50 ευρώ το μήνα, 25% μέχρι 100 ευρώ και 25% μέχρι 200 ευρώ.

Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στη χρήση της ΣΕΘ και του ποσού που ξοδεύει κάθε εισοδηματική κατηγορία ($\chi^2= 19,771$, $p \text{ value}=0,759$) (πίνακας 4.14).

Πίνακας 4.14.

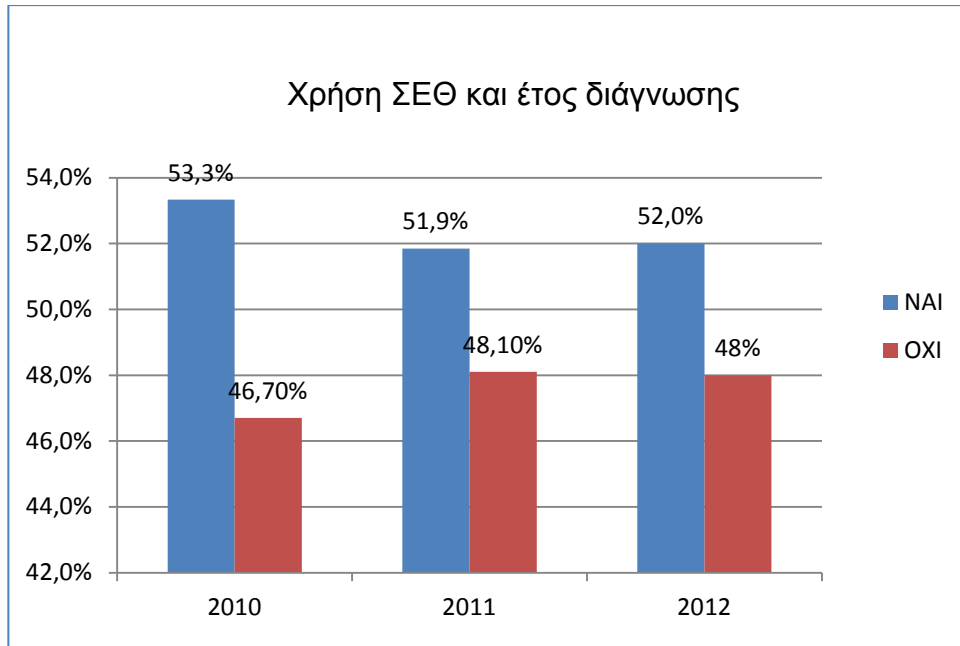
Χρήση της ΣΕΘ σε σχέση με το οικογενειακό εισόδημα και τα έξοδα για εναλλακτικούς θεραπευτές.

		Πρόσφατα, πόσα ξοδέψατε σε εναλλακτικούς ή μη-παραδοσιακούς επαγγελματίες υγείας και/ή σε εναλλακτικά φάρμακα σε ένα μήνα;						Σύνολο
		Λιγότερα από €50	€1-100	€101-200	€201-500	€501-1000	Άνω €1000	
Λιγότερα από 8349	Συνολικό ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	75,0%					25,0%	100,0%
	Ποσοστό ίδιας κατηγορίας	14,3%					50,0%	8,2%
8350 - 17000	Συνολικό ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	40,0%	20,0%	20,0%	5,0%	10,0%	5,0%	100,0%
	Ποσοστό ίδιας κατηγορίας	38,1%	36,4%	50,0%	33,3%	50,0%	50,0%	40,8%
17001 - 25600	Συνολικό ετήσιο	55,6%	22,2%	11,1%		11,1%		100,0%

	οικογενειακό εισόδημα							
	Ποσοστό ίδιας κατηγορίας	23,8%	18,2%	12,5%		25,0%		18,4%
25601 - 34000	Συνολικό ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	40,0%	40,0%	20,0%				100,0%
	Ποσοστό ίδιας κατηγορίας	9,5%	18,2%	12,5%				10,2%
34001 – 43000	Συνολικό ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	14,3%	28,6%	14,3%	28,6%	14,3%		100,0%
	Ποσοστό ίδιας κατηγορίας	4,8%	18,2%	12,5%	66,7%	25,0%		14,3%
51001 – 59000	Συνολικό ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	50,0%	25,0%	25,0%				100,0%
	Ποσοστό ίδιας κατηγορίας	9,5%	9,1%	12,5%				8,2%

4.38.9. Χρήση ΣΕΘ Και Χρονολογία Διάγνωσης.

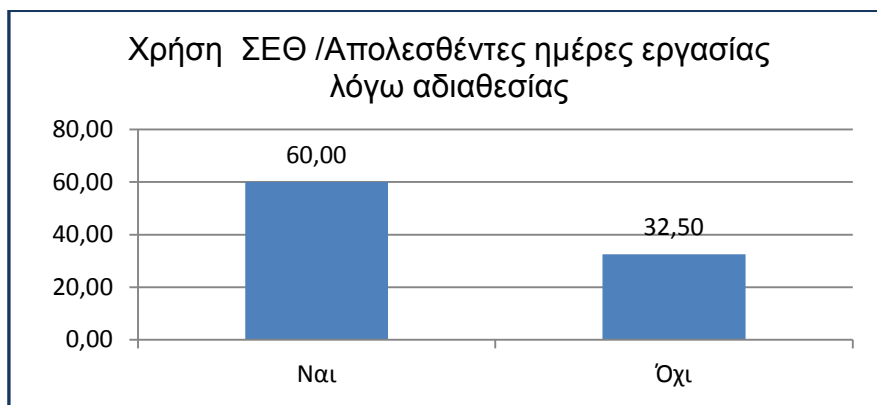
Τα τελευταία 3 χρόνια η χρήση ΣΕΘ από ασθενείς στους οποίους είχε διαγνωσθεί καρκίνος παρουσίασε σταθεροποίηση ανάμεσα σε αυτούς που κάνουν χρήση και αυτούς που δεν κάνουν. Λίγο περισσότεροι από τους μισούς καρκινοπαθείς που διαγνώστηκαν τα τελευταία τρία χρόνια χρησιμοποιούν ΣΕΘ. Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη χρήση της ΣΕΘ και της χρονιάς που έχει διαγνωστεί ο όγκος ($\chi^2= 0,009$, $p \text{ value}=0,995$) (διάγραμμα 4.32).



Διάγραμμα 4.32. Χρήση της ΣΕΘ και έτος διάγνωσης

4.38.10. Χρήση ΣΕΘ Και Απολεσθέντες Ημέρες Εργασίας Λόγω Αδιαθεσίας.

Οι ασθενείς που έχασαν περισσότερες ημέρες εργασίας λόγω αδιαθεσίας ανήκαν στην κατηγορία ασθενών που έκαναν χρήση ΣΕΘ με απώλεια 60 ημερών σε σχέση με την κατηγορία που δεν έκαναν χρήση ΣΕΘ με 32 ημέρες. Δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη χρήση της ΣΕΘ και των ημερών εργασίας που απωλέσθηκαν λόγω αδιαθεσίας ($\chi^2=435,000$, $p\text{value}=0,422$) (διάγραμμα 4.33).



Διάγραμμα 4.33. Χρήση ΣΕΘ και απολεσθέντες ημέρες εργασίας.

4.38.11. Χρήση ΣΕΘ Και Πεποίθηση Για Την Αποτελεσματικότητα.

Τα άτομα που απάντησαν ότι έκαναν χρήση της ΣΕΘ αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα της με 5,8 στην 7-βαθμη κλίμακα ενώ αυτοί που δεν έκαναν χρήση δήλωσαν ότι πιστεύουν στην αποτελεσματικότητα της ΣΕΘ σε βαθμό 4,87 στην 7-βαθμη κλίμακα. Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους χρήστες και την πεποίθηση για την αποτελεσματικότητα της ΣΕΘ ($\chi^2=0,170$ p-value=0,021) (πίνακας 4.15).

Πίνακας 4.15

Χρήση ΣΕΘ και πεποίθηση για την αποτελεσματικότητα.

Χρήση ΣΕΘ	Μέσος Όρος		Τυπική απόκλιση
	Ναι	Όχι	
Πεποίθηση για την αποτελεσματικότητα	Ναι	5,80	1,310
	Όχι	4,87	1,407

$\chi^2=0,170$ p-value=0,02

4.38. 12. Χρήση ΣΕΘ / Κέντρο Προέλευσης Δείγματος.

Το 30% του δείγματος απάντησε θετικά στη χρήση ΣΕΘ και 70% αρνητικά

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος προέρχεται από ασθενείς του φροντίζει ο ΠΑΣΥΚΑΦ (Παγκύπριος Σύνδεσμος Καρκινοπαθών και Φίλων) με 90,5% και 9,5% από την Αροδαφνούσα.

Από αυτούς που απάντησαν θετικά στη χρήση ΣΕΘ προέρχονται από τον ΠΑΣΥΚΑΦ σε ποσοστό 80,7 % και 19,3% από την Αροδαφνούσα.

Από αυτούς που απάντησαν αρνητικά στη χρήση ΣΕΘ προέρχονται από τον ΠΑΣΥΚΑΦ σε ποσοστό 94,7% και 5,3% από το Ίδρυμα Αροδαφνούσα.

Από τους ασθενείς του ΠΑΣΥΚΑΦ το 26, 7% απάντησε θετικά στη χρήση ΣΕΘ ενώ στην Αροδαφνούσα το 61%. Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους χρήστες της ΣΕΘ και του κέντρου προέλευσης του δείγματος. Δηλαδή υπάρχει σχέση στη χρήση της ΣΕΘ και των χρηστών που προέρχονται από τον ΠΑΣΥΚΑΦ και την Αροδαφνούσα ($\chi^2=9,165$ p-value=0.02) (πίνακας 4.16).

Πίνακας 4.16

Χρήση ΣΕΘ / Κέντρο προέλευσης δείγματος.

	Ίδρυμα		Σύνολο
	ΠΑΣΥΚΑΦ	Αροδαφνούσα	
ΝΑΙ	80,7%	19,3%	100,0%
ΝΑΙ Στην Ίδια Κατηγορία	26,7%	61,1%	30,0%
ΟΧΙ	94,7%	5,3%	100,0%
ΟΧΙ Στην Ίδια κατηγορία	73,3%	38,9%	70,0%
	90,5%	9,5%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2=9,165$ $p\text{-value}=0.02$

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα εργασία έγινε για πρώτη φορά στην Κύπρο και γι' αυτό τον λόγο δεν υπάρχουν προηγούμενα δεδομένα για τη χρήση της εναλλακτικής/συμπληρωματικής ιατρικής από ογκολογικούς ασθενείς στην Κύπρο. Σύγκριση των δεδομένων έχει γίνει με παρόμοιες έρευνες που έγιναν σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Το ποσοστό των ογκολογικών ασθενών στην Κύπρο που έκαναν χρήση ΣΕΘ ανέρχεται στο 30% και κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα με την Αγγλία (Scott, 2005), ενώ σε ευρωπαϊκό επίπεδο ανέρχεται στο 35% (Molassiotis, 2005). Σε διεθνές επίπεδο χρήσης της ΣΕΘ στον καρκίνο, οι Cassileth et al. (2000) αναφέρουν ότι, κατά μέσο όρο, το ένα τρίτο των ογκολογικών ασθενών χρησιμοποιεί διάφορες μορφές ΣΕΘ με ποιο συχνή χρήση θεραπειών δίαιτας, βοτάνων, ομοιοπαθητικής, υπνοθεραπείας, διαλογισμού, χρήση μεγαδόσεων βιταμινών, τεχνικών χαλάρωσης και πνευματιστικών θεραπειών (spiritual healing).

Το προφίλ του ογκολογικού ασθενή χρήστη της ΣΕΘ στην Κύπρο έχει βρεθεί από την ανάλυση των αποτελεσμάτων να είναι, γυναίκα (90,9%), ηλικίας 51,3 χρονών, με όγκο του μαστού (81,1%), έχει διαγνωστεί τα τελευταία 1-3 χρόνια (68,7%), ανήκει στην κατηγορία του ιδιωτικού υπαλλήλου (40,4%), διαμένει κατά το πλείστο στην επαρχία Λευκωσίας (43,1%), είναι απόφοιτος ανώτατης ή/και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης (47,3%), έχει ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μεταξύ 8350-34000 ευρώ (64%), είναι παντρεμένη (81,5%), εκκλησιάζεται ή επισκέπτεται χώρους λατρείας (77,4%), είναι θρησκευόμενος από 5-7 στην επτάβαθμη κλίμακα (63%), είναι ελληνοκυπριακής καταγωγής, χρησιμοποιεί σχεδόν καθημερινά κάποια μορφή ΣΕΘ (30,6%) και ξοδεύει λιγότερα από 100 ευρώ το μήνα για εναλλακτικές θεραπείες/εναλλακτικούς θεραπευτές (68,5%). Οι Hyodo et al. (2005) αναφέρουν στην έρευνα τους ότι στην Ιαπωνία ο χρήστης της ΣΕΘ τείνει αν είναι νεαρή γυναίκα με ανώτερη μόρφωση και με χαρακτηριστικά ανώτερης κοινωνικό - οικονομικής τάξης. Όμοια αποτελέσματα αναφέρουν οι πλείστες έρευνες όπως και στην πανευρωπαϊκή έρευνα των Molassiotis et al., (2005), στην Ολλανδία από τους Tascilar et al., (2006). Γενικά όμως το προφίλ του ογκολογικού ασθενή διεθνώς ποικίλει, κατά χώρα, λόγω κυρίως λόγω πολιτισμικών διαφορών.

5.1. Φύλο Και Χρήση Της ΣΕΘ.

Η έρευνα έδειξε ότι το 9,1% των αντρών και 90,9% των γυναικών που απάντησαν δήλωσαν ότι χρησιμοποίησαν στο παρελθόν ή χρησιμοποιούν τώρα ΣΕΘ. Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και στη χρήση της ΣΕΘ ($\chi^2= 8,044$, $p \text{ value}=0,005$) δηλαδή υπάρχει σχέση ανάμεσα στη χρήση της ΣΕΘ και του φύλου, με τις γυναίκες να δηλώνουν ότι χρησιμοποιούν την ΣΕΘ περισσότερο από ότι οι άνδρες.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία (Court, 1995) οι άντρες έχουν σημαντικά χαμηλότερη επίγνωση των κινδύνων σχετικά με την υγεία τους σε σύγκριση με τις γυναίκες και είναι περισσότερο απρόθυμοι, σε σχέση με τις γυναίκες, να ζητήσουν βοήθεια για σοβαρά ιατρικά προβλήματα (Bradlow et al., 1992, Cameron and Bernades, 1998, Tudiver and Talbot, 1999). Οι άνδρες είναι γενικά λιγότερο ικανοί να αναγνωρίσουν τη σωματική και συναισθηματική δυσφορία, είναι λιγότερο πιθανό να αναζητήσουν βοήθεια και πολύ πιθανό να παραβλέψουν διάφορες αλλαγές και προβληματικά συμπτώματα (Harrison et al., 1995, Krizek et al., 1999, White 2002).

Αυτή η διαφορά στην αντίληψη των κινδύνων υγείας και στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας έχει διαφανεί και στη χρήση της ΣΕΘ (Fouladbakhsh et al., 2005). Για παράδειγμα, σε σύγκριση με τους άνδρες, οι γυναίκες ήταν πέντε φορές πιο πιθανό να επισκεφθούν ένα εναλλακτικό θεραπευτή και περίπου διπλάσιες πιθανότητες να χρησιμοποιήσουν τις «ψυχικές» θεραπείες (mental therapies) ή συμπληρώματα διατροφής. Με βεβαιότητα, η ΣΕΘ στην ευρύτερη κουλτούρα, έχει προβληθεί να συμπορεύεται με το κίνημα του φεμινισμού (Broom and Tovey, 2008, Scott, 1998). Πράγματι, υπήρξε πολύ μεγαλύτερη υπεράσπιση της ΣΕΘ σε δίκτυα υγείας των γυναικών από ό,τι σε άλλους τομείς της κοινωνίας.

5.2 Είδη Και Μορφές ΣΕΘ Που Χρησιμοποιούν Κύπριοι Ογκολογικοί Ασθενείς.

Έχει βρεθεί στη παρούσα έρευνα ότι οι συχνότερες μορφές ΣΕΘ που χρησιμοποιούν οι Κύπριοι καρκινοπαθείς είναι κατά σειρά το μασάζ (24,4%), η αρωματοθεραπεία (18,5%), η ρεφλεξολογία (15,1%), ο βελονισμός (14,3%) η γιόγκα (12,6%), ο αγιασμός (12,6%) ενώ η γυμναστική Πιλάτες μαζί με την ομοιοπαθητική ανέρχονται στο (10,1%). Σύμφωνα με τους Molassiotis et al.(2005) στις πλείστες ευρωπαϊκές χώρες η θεραπεία με βότανα ήταν η πλέον εξέχουσα μέθοδος θεραπείας που χρησιμοποιούσαν οι ασθενείς με καρκίνο πριν την διάγνωση με 5,3% σε 13,9% μετά την διάγνωση. Οι βοτανοθεραπείες (Αγιουβέρδα, δυτική

βοτανοθεραπεία και κινεζική παραδοσιακή) ήταν οι πιο συχνές, μαζί με λήψη βιταμινών/ιχνοστοιχείων, ομοιοπαθητική, ιξός (mistletoe), βελονισμός, πνευματιστικές θεραπείες, και θεραπείες χαλάρωσης.

Στην Κύπρο οι πρώτες θέσεις χρήσης κάποιας μεθόδου αφορούν μεθόδους που συγκαταλέγονται στην κατηγορία των σωματικών μεθόδων (πχ. μασάζ, αρωματοθεραπεία, γυμναστική, βελονισμός, κλπ) και όχι τόσο στην κατανάλωση βοτάνων ή άλλων ουσιών. Η ομοιοπαθητική βρίσκεται στην όγδοη θέση μαζί με τη χρήση αγιασμού. Δεν είναι γνωστά τα αίτια γιατί υπάρχει η προτίμηση σε αυτές τις ΣΕΘ θεραπείες αλλά θα μπορούσαμε να το αποδώσουμε στην εμπιστοσύνη που δείχνουν οι ογκολογικοί ασθενείς στις παραινέσεις των θεραπόντων γιατρών τους ότι πρέπει να είναι προσεκτικοί με τη λήψη διαφόρων ουσιών κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας στην οποία συχνά υποβάλλονται λόγω της αντίθετης δράσης που έχουν από το επιδιωκόμενο της χημειοθεραπείας, της συμβατικής φαρμακοθεραπείας και ακτινοθεραπείας. Το πιο πάνω αναφέρεται σε εργασία του Ογκολογικού κέντρου της Τράπεζας Κύπρου (Andreou & Theophanous-Kittiri, 2010) στην οποία τονίζεται η σημασία της καλής επικοινωνίας του γιατρού με τον ασθενή σε περίπτωση χρήσης ΣΕΘ ώστε να μην παίρνουν αντιοξειδωτικές ουσίες που μπορεί να αλληλεπιδρούν με τη φαρμακοθεραπεία/χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία όπως ορισμένες βιταμίνες, χυμούς κλπ. Τονίζεται επίσης η απουσία αξιόπιστων στατιστικών δεδομένων για τη χρήση της ΣΕΘ από τους κύπριους ογκολογικούς ασθενείς.

Στην παρούσα έρευνα σε Κύπριους καρκινοπαθείς έχουν αναφερθεί 20 κύριες εναλλακτικές ή/και συμπληρωματικές θεραπείες από τις οποίες έδειξαν αύξηση στον αριθμό των χρηστών μετά τη διάγνωση: Πιο συγκεκριμένα, αυξήθηκαν η αρωματοθεραπεία κατά 5,3% και το μασάζ κατά 4,3%, η θεραπεία με τη λήψη διαφόρων χυμών φρούτων κατά 5,7%, βιταμινών κατά 5,5%, διάφορα θεραπευτικά τσάγια, οι ομάδες υποστήριξης κατά 10,5%, οι πνευματιστικές θεραπείες κατά 3,2%, και οι τεχνικές χαλάρωσης κατά 1,5%. Σε σύγκριση όμως με την περίοδο πραγματοποίησης της έρευνας και την περίοδο πριν την διάγνωση, η χρήση όλων των μεθόδων είχε σταδιακά μειωθεί και πάλι. Είναι άγνωστοι οι λόγοι αυτής της συμπεριφοράς και θα πρέπει να αποτελέσουν στο μέλλον αντικείμενο έρευνας.

Οι ομάδες υποστήριξης παρουσίασαν τη μεγαλύτερη αύξηση (10,5%) μετά τη διάγνωση που πιθανόν να οφείλεται στην ανάγκη των ασθενών για ολιστική προσέγγιση των σύνθετων προβλημάτων που προκαλεί η νόσος. Συγκριτικά με την υπόλοιπη Ευρώπη (Molassiotis et al., 2005) μόνο ένας μικρός αριθμός ασθενών έκανε χρήση των ομάδων υποστήριξης με 0,3%

πριν τη διάγνωση (για διάφορες παθήσεις), 1,8% μετά τη διάγνωση και 1,4% κάποιο διάστημα μετά. Τη μεγαλύτερη μείωση παρουσίασε ο βελονισμός με μείωση της τάξης του 11,8%. Παρόλο που αρκετές επιστημονικές έρευνες αναδεικνύουν τη χρησιμότητα και ωφελιμότητα του βελονισμού στην καταπολέμηση των συμπτωμάτων της νόσου αλλά και της χημειοθεραπείας/φαρμακοθεραπείας και ακτινοθεραπείας, οι Κύπριοι καρκινοπαθείς, μετά τη διάγνωση μείωσαν σημαντικά τη χρήση του. Οι λόγοι πιθανόν να εντοπίζονται είτε στην έλλειψη πληροφόρησης τόσο των ασθενών σχετικά με τα οφέλη, όσο και των θεραπόντων γιατρών ή/και σε αρνητική προκατάληψη-θρησκευτικές πεποιθήσεις (Αβρααμίδης, 2005), είτε ακόμη και τις θρησκευτικές-φιλοσοφικές πεποιθήσεις που συνόδευαν το βελονισμό στο παρελθόν. Σήμερα ο βελονισμός χρησιμοποιείται και αναγνωρίζεται από τη συμβατική ιατρική ως θεραπευτική τεχνική χωρίς τη συνοδεία του φιλοσοφικού-Γαοϊστικού υπόβαθρου του αλλά στηριζόμενος στη σύγχρονη επιστημονική νευροφυσιολογία (Βασιλάκος, 1998, Ma, 2011).

Σύμφωνα με το Αμερικανικό Κέντρο National Center of Complementary and Alternative Medicine (NCCAM, 2012) οι περισσότεροι ογκολογικοί ασθενείς χρησιμοποιούν θεραπείες βασισμένες στη Βιολογία, περιλαμβανομένων των βοτάνων, ειδικές διατροφές και δίαιτες καθώς και εξατομικευμένες βιολογικές θεραπείες μη αποδεκτές από την Αρχή Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ. Στην περίπτωση της Κύπρου και σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, χρησιμοποιούνται περισσότερο θεραπείες σώματος και θεραπευτικά συστήματα βασισμένα στο σώμα όπως μασάζ αρωματοθεραπεία, ρεφλεξολογία βελονισμός γιόγκα και άλλα Ολοκληρωμένα Εναλλακτικά Ιατρικά Συστήματα, όπως της Κινέζικης Παραδοσιακής Ιατρικής (περιλαμβανομένου και του κινεζικού βελονισμού) και της Ομοιοπαθητικής κ.α. Είναι άγνωστοι οι λόγοι αυτής της διαφοράς από άλλες χώρες, πιθανόν όμως να οφείλονται στην ανυπαρξία ή στην μειωμένη προσφορά τέτοιων μεθόδων, ουσιών, βοτάνων κλπ. καθώς επίσης και κάποια αρνητική προκατάληψη, είτε από πλευράς ιατρικού προσωπικού είτε θρησκευτικών ή άλλων κύκλων, είτε η ελλιπής πληροφόρηση.

Να τονίσουμε επίσης τη σημασία της χρήσης του αγιασμού που καταλαμβάνει την πέμπτη θέση μεταξύ των εναλλακτικών θεραπειών. Οι Κύπριοι ασθενείς που απάντησαν το ερωτηματολόγιο, σε ποσοστό 75,8% αναφέρουν ότι εκκλησιάζονται όμως δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στη χρήση της ΣΕΘ μεταξύ αυτών που εκκλησιάζονται και αυτών που δεν εκκλησιάζονται (p value=0,591). Να σημειωθεί ότι η Ορθόδοξη Εκκλησία της Ελλάδας και της Κύπρου αντικρίζουν με σοβαρό σκεπτικισμό μέχρι και απορριπτισμό τις Εναλλακτικές Θεραπείες, όπως αυτές παρουσιάζονται στην ιστοσελίδα της Εκκλησίας της Ελλάδας (ΕτΕ, 1999) και της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Κύπρου (ΕτΚ 2011). Συγκεκριμένα,

μέσα από τα συμπεράσματα της 4ης Συνάντησης Διορθόδοξου Δικτύου Πρωτοβουλιών Μελέτης Θρησκευτών και Καταστροφικών Λατρειών επισημαίνεται: "...Οι «θεραπευτικές» λατρείες ή εναλλακτικές «θεραπείες» είναι το τμήμα του κινήματος της «Νέας Εποχής» που προωθεί τον αποκρυφισμό στο χώρο της υγείας, της «θεραπείας» σωματικών και ψυχικών ασθενειών και της προσωπικής ανάπτυξης. Η ιατρική της «Νέας Εποχής», επίσης γνωστή ως εναλλακτική ιατρική, χρησιμοποιεί εναλλακτικές πρακτικές «θεραπείας» για να θεραπεύσει «το σώμα, το νου και το πνεύμα» με τρόπο «ολιστικό», συχνά διεκδικώντας υπεροχή, ή ακόμη και απορρίπτοντας εντελώς την παραδοσιακή, επιστημονική ιατρική....».

5.3 Λόγοι Χρήσης της ΣΕΘ

Στην παρούσα έρευνα οι ασθενείς που χρησιμοποίησαν ΣΕΘ, σε ποσοστό 29% ξεκίνησαν αμέσως μόλις διαγνώστηκαν και ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 51% μέσα στον πρώτο χρόνο. Οι λόγοι που χρησιμοποίησαν ΣΕΘ ήταν 1) σε ποσοστό 66,7% για να βελτιώσουν την σωματική τους ευεξία/κατάσταση 2) σε ποσοστό 54% για να βελτιώσουν την συναισθηματική τους κατάσταση/ευεξία και να διατηρήσουν την ελπίδα τους και γενικά για την βελτίωση της αισιοδοξίας τους, 3) σε ποσοστό 33,3% για να αντιμετωπίσουν τις επιπλοκές του όγκου ή τις παρενέργειες της θεραπείας, 4) επίσης ποσοστό 33,3% επειδή μπορεί να βοηθήσει και δεν μπορεί να βλάψει, 5) ποσοστό 31,7% για να αυξήσουν την ικανότητα του οργανισμού να αντιμετωπίσει τον όγκο, 6) ποσοστό 28,6% η επιθυμία να κάνουν οτιδήποτε για να αντιμετωπίσουν τον όγκο, και 7) ποσοστό 11,1% για αντιμετωπίσουν άμεσα τον όγκο με εναλλακτική θεραπεία, 8) άλλος λόγος.

Ο Evans et al. (2007) που πραγματοποίησαν έρευνα για τις εναλλακτικές θεραπείες στον καρκινικό πόνο, αναφέρουν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα τους αποδέχονταν και εκτιμούσαν το όφελος της συμβατικής θεραπείας που έπαιρναν και χρησιμοποιούσαν την ΣΕΘ παράλληλα με τη συμβατική τους φροντίδα, όμως στραφήκαν προς την ΣΕΘ για πρόσθετη υποστήριξη και ειδικότερα, 1) επιθυμία για συμμετοχή στη θεραπεία τους, 2) επιθυμία για καλύτερη επικοινωνία με τους θεραπευτές τους, 3) για καταπράυνση των παρενεργειών ή άλλων συμπτωμάτων της θεραπείας του καρκίνου, 4) επιθυμία για πιο ολιστική προσέγγιση, 5) για να μειώσουν την εξάπλωση του καρκίνου και να παρατείνουν την ζωή.

Στη πανευρωπαϊκή έρευνα του Molassiotis et al. (2005), πρώτος λόγος για την χρήση της ΣΕΘ αναφέρεται σε ποσοστό 50,7% η αύξηση της ικανότητας του οργανισμού να αντιμετωπίσει τον όγκο, σαν δεύτερος λόγος με ποσοστό 40,6% η βελτίωση της σωματικής ευεξίας και τρίτος με ποσοστό 32,5% η βελτίωση της συναισθηματικής ευεξίας. Οι

σημαντικότερες διαφορές μεταξύ Κυπρίων (31,7%) και Ευρωπαίων καρκινοπαθών στους λόγους χρήσης της ΣΕΘ είναι η πεποίθηση των Ευρωπαίων καρκινοπαθών ότι η χρήση ΣΕΘ μπορεί να αυξήσει την ικανότητα του οργανισμού να αντιμετωπίσει τον όγκο 50,7%. Το ποσοστό αυτών που είχαν όφελος στη βελτίωση της σωματικής ευεξίας (διάθεσης) ανέρχεται στο 63,9% σε σχέση με τους ευρωπαίους καρκινοπαθείς 45,4% (Molassiotis et al., 2005) και με τους άγγλους ασθενείς 9% (Scott, 2005). Το ποσοστό των κυπρίων ασθενών που βίωσαν όφελος στην μείωση του όγκου ως αποτέλεσμα της εναλλακτικής θεραπείας ήταν 4,9%, των ευρωπαίων 3,9% και των άγγλων 3%. Το ποσοστό των Κυπρίων ασθενών που έκαναν χρήση ΣΕΘ και βίωσαν όφελος στην αύξηση της ικανότητας του οργανισμού να καταπολεμήσει τον όγκο ήταν 18%, των Ευρωπαίων 22,4% και των Άγγλων 9%. Συνοπτικά ο Πίνακας 5.1 παρουσιάζει τα αποτελέσματα και των τριών ομάδων ασθενών.

Πίνακας 5.1

Λόγοι χρήσης της ΣΕΘ και όφελος που βίωσαν

Λόγοι χρήσης ΣΕΘ	Αγγλία (Scott, 2005)		Κύπρος (Ζένιου, 2014)		Ευρώπη (Molassiotis, 2005)	
	Λόγοι	Όφελος που βίωσαν	Ποσοστό	Όφελος που βίωσαν	Ποσοστό	Όφελος που βίωσαν
	%	%	%	%	%	%
Κανένα όφελος		6		6,6		
Για να αντιμετωπίσω άμεσα τον όγκο με εναλλακτική θεραπεία	—	3	11,1	4,9	16,4	3,9
Για να αυξήσω την ικανότητα του οργανισμού μου να αντιμετωπίσει τον όγκο	30	9	31,7	18	50,7	22,4
Για να βελτιώσω την σωματική μου ευεξία/κατάσταση	69	44	66,7	63,9	40,6	45,4
Για να βελτιώσω την συναισθηματική μου κατάσταση/ευεξία, να συντηρήσω την ελπίδα, να αυξήσω την αισιοδοξία κλπ	46	67	54	57,4	35,2	42,8
Για να αντιμετωπίσω τις επιπλοκές του όγκου ή τις παρενέργειες της ιατρικής θεραπείας	9	9	33,3	27,9	24,8	22,6
Επειδή «μπορεί να βοηθήσει, και δεν μπορεί να βλάψει»	24		33,3			
Η επιθυμία να κάνω οτιδήποτε είναι δυνατό για να καταπολεμήσω τον όγκο	24		28,6			
Άλλος λόγος			9,5	8,2		

Οι Κύπριοι ασθενείς που επέλεξαν να χρησιμοποιήσουν ΣΕΘ είτε για την αντιμετώπιση του όγκου, είτε για την ενίσχυση του οργανισμού τους να αντιμετωπίσει τον όγκο ανέρχεται σε ποσοστό 42,8% και το ποσοστό αυτών που βίωσαν όφελος από την χρήση της ΣΕΘ για αυτό το σκοπό φτάνει το 23% όπου σε σχέση με το μέσο όρο της χωρών της Ευρώπης φτάνει στο 67,1% και 26,3% αντίστοιχα. Οι πιθανοί λόγοι που τα ποσοστά αυτά είναι συγκριτικά χαμηλότερα από χώρες της Ευρώπης αποτελούν αντικείμενο μελλοντικής έρευνας αλλά σε αυτούς μπορεί να συγκαταλέγονται διάφορα εμπόδια όπως για παράδειγμα: να μην υπάρχει διαθεσιμότητα τέτοιων θεραπειών/θεραπευτών στην Κύπρο, η οι ασθενείς να μην είναι κατάλληλα ενημερωμένοι τα οφέλη που μπορούν να έχουν από αυτές τις θεραπείες και μέθοδοι.

Αντιθέτως τα ποσοστά των Κυπρίων που είχαν όφελος από θεραπείες ΣΕΘ για να βελτιώσουν την σωματική τους ευεξία ανέρχεται σε 63,9% και υπερβαίνει αυτών της Ευρώπης με ποσοστό 45,4% και για τη συναισθηματική ευεξία το ποσοστό των Κυπρίων που βίωσαν όφελος ήταν 57,4% έναντι των Ευρωπαίων με 42,8%.

Τα πιο πάνω ποσοστά αντανakλούν τις τάσεις που επικρατούν στην κοινότητα των καρκινοπαθών καθώς αρκετές από τις θεραπείες που χρησιμοποιούν, χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά (αρωματοθεραπεία, μασάζ, ρεφλεξολογία, βελονισμός) με την ιατρική φροντίδα την οποία παίρνουν και έτσι δεν είναι υποχρεωμένοι να τις χρησιμοποιήσουν αφού πρώτα αποδειχτεί η ωφελιμότητα και το χαμηλό μέχρι καθόλου ρίσκο τους, ειδικά στην ανακουφιστική φροντίδα όπου το ζητούμενο είναι η ποιότητα ζωής. Το ποσοστό που αναφέρουν ότι παρουσίασαν παρενέργειες η αρνητικές επιδράσεις από τη χρήση ΣΕΘ ήταν ελάχιστο και αναφέρθηκε ποσοστό περίπου στο 2%.

Στην παρούσα έρευνα, είναι ενδιαφέρον ότι ποσοστό 7,7% του δείγματος ανέφερε μεταξύ των λόγων που δεν έκανε χρήση ΣΕΘ ήταν ότι τον είχαν αποθαρρύνει γιατροί (5,6%) και νοσηλεύτες (2,1%) συγκριτικά με ποσοστό <1% στη πανευρωπαϊκή έρευνα των Mollasiotis et al., 2005). Οι λόγοι στους οποίους μπορεί να οφείλεται αυτό το ποσοστό μπορεί να είναι ή μη αποδοχή τέτοιων μεθόδων και πρακτικών από την ιατρική κοινότητα και ή έλλειψη πληροφόρησης ή άγνοια από μέρος των λειτουργών υγείας που έρχονται σε επαφή με καρκινοπαθείς. Παραδείγματα ενημέρωσης των λειτουργών-επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ωφελιμότητα-αποτελεσματικότητα κάποιων μεθόδων ώστε με τη σειρά τους να ενημερώνουν τους καρκινοπαθείς, αποτελούν τα θετικά αποτελέσματα ερευνών για το βελονισμό στη διαχείριση της ναυτίας και του εμετού που σχετίζονται με τη χημειοθεραπεία

(Shen et al., 2000), του μασάζ ή του βελονισμού στη ανακούφιση του πόνου στο καρκίνο (Pax et al., 2000), ακόμη και τα πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα του misletoe (κυπριακό δέντρο μιξιά, ελληνικά=Ιξός, λατινικά=*Viscum album*) σε σχέση με την επιβίωση, τη διαχείριση των παρενεργειών ή τη ποιότητα ζωής στους καρκινοπαθείς (Kinle et al., 2003).

5.4. Πηγές Πληροφόρησης Σχετικά Με Την ΣΕΘ

Οι πηγές πληροφόρησης των καρκινοπαθών για τη ΣΕΘ στην Κύπρο ήταν κατά κύριο λόγο οι φίλοι 47,6%, ο γιατρός 39%, τα μέσα ενημέρωσης 31,4% και το διαδίκτυο 26,7%. Συγκριτικά ο πιο κάτω πίνακας 5.2 παρουσιάζει τα αποτελέσματα στην πανευρωπαϊκή έρευνα του Molassiotis et al. (2005) και του Scott et al.(2005) σχετικά με τις πηγές πληροφόρησης των ασθενών για την ΣΕΘ.

Πίνακας 5.2

Πηγές Πληροφόρησης σχετικά με την ΣΕΘ

Πηγές πληροφόρησης	Κύπρος	Ηνωμένο Βασίλειο (Scott et al. 2005)	Ευρώπη Molassiotis et al. 2005)
Φίλοι	47,6%	57%	
Γιατρός	39%	14%	18,6%
Μέσα ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, περιοδικά)	31,4%	57%	
Διαδίκτυο	26,7%	9%	
Οικογένεια	20%	31%	
Θεραπευτές Εναλλακτικής Ιατρικής	19%	14%	
Νοσηλεύτης/ρια	15,2%	9%	3%
Καμία πηγή, δεν άκουσα ποτ	9,5%	-	
Άλλη πηγή	5,7%	-	
Θρησκευτικοί κύκλοι	4,8%	-	

Από τον πιο πάνω πίνακα διαπιστώνεται ότι οι φίλοι και ο οικογενειακός περίγυρος παίζουν σημαντικό ρόλο στην πληροφόρηση του ογκολογικού ασθενή σχετικά με τη ΣΕΘ, όπως και τα ποσοστά πληροφόρησης που παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας και που θα μπορούσαν να παίζουν σημαντικό ρόλο στη σωστή πληροφόρηση για τα οφέλη αλλά και τους περιορισμούς που μπορεί να έχει η χρήση της ΣΕΘ. Σημαντικό ποσοστό επίσης 9,5% δεν έχει ακούσει ποτέ για τη ΣΕΘ.

5.4.1. Η Πληροφόρηση Σχετικά Με Την ΣΕΘ Στο Διαδίκτυο.

Ο Tascilar et al. (2006) αναφέρουν ότι σύμφωνα με το πρόγραμμα Pew Internet Project for Health στις ΗΠΑ το 2002, 60% του κοινού που χρησιμοποίησε το διαδίκτυο αναζητούσαν πληροφορίες σχετικές με την υγεία όπου οι μισοί από αυτούς αναζητούσαν πληροφορίες σχετικές με την ΣΕΘ (Fox S & Rainie L, 2002). Σύμφωνα με τους τελευταίους, οι μισοί από τους ερωτηθέντες απάντησαν ότι οι πληροφορίες που αναζήτησαν ήταν αξιόπιστες. Όπως έχει ήδη αναφερθεί από διάφορες μελέτες, η ποιότητα των ιστοτόπων σχετικών με την ΣΕΘ ποικίλει σημαντικά. Το περιεχόμενο είναι συχνά λίγο, αλλά και από την άλλη έχει βρεθεί εκπληκτικά μεγάλη ποσότητα παραπληροφόρησης σχετικά με την ΣΕΘ και τον καρκίνο (Mathews et al., 2003)

Το διαδίκτυο, παρόλο που στην Κύπρο χρησιμοποιείται σε ποσοστό 39,7% για τη ανεύρεση πληροφοριών σχετικά με την υγεία και για γενική χρήση σε ποσοστό 58,6% (Σατσία, 2011) στη παρούσα έρευνα, η πληροφόρηση σχετικά με τη ΣΕΘ και το καρκίνο, το ποσοστό αυτό ανέρχεται μόνο στο 26,7%. Οι πιθανοί λόγοι που αυτή η διαφορά από το γενικό πληθυσμό για τη χρήση του διαδικτύου και τους ογκολογικούς ασθενείς να οφείλεται σε σειρά αιτιών όπως η μη πρόσβαση στο υπολογιστικό περιβάλλον, η μη εμπιστοσύνη στην πληροφόρηση από το διαδίκτυο, η έλλειψη αξιόπιστων και ποιοτικών πηγών πληροφόρησης στα ελληνικά και άλλους παράγοντες όπως η μέση ηλικία των καρκινοπαθών, το επίπεδο μόρφωσης, το επάγγελμα, η κοινωνική τάξη, το εισόδημα, και άλλοι κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες. Αυτό το κενό θα μπορούσε να καλύψει η κατάλληλη πληροφόρηση από άλλα μέσα επικοινωνίας, οι οργανώσεις των ασθενών, οι επαγγελματικοί σύνδεσμοι και άλλες μη κυβερνητικές οργανώσεις.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η δήλωση των ερωτηθέντων σε ποσοστό 87% ότι θα χρησιμοποιούσαν θεραπείες ΣΕΘ αν αυτές προσφέρονταν μέσα από τα κρατικά νοσηλευτήρια. Είναι άγνωστοι οι λόγοι που θα επέλεγαν να χρησιμοποιήσουν ΣΕΘ αν προφερόταν μέσα από τα κρατικά νοσηλευτήρια η το κρατικό σύστημα υγείας, όμως πιθανοί

λόγοι θα ήταν οικονομικοί, αλλά και εμπιστοσύνης ότι τέτοιες συμπληρωματικές θεραπείες είναι ανεγνωρισμένες από το επικρατών ιατρικό κατεστημένο και την ιατρική κοινότητα. Σε τέτοια περίπτωση, σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση από την ιατρική κοινότητα ορισμένων μεθόδων εναλλακτικής ιατρικής έχει να επιτελέσει η έρευνα για την αποτελεσματικότητα τους στη διαχείριση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ογκολογικοί ασθενείς.

Το κενό αυτό μπορεί αν καλύψει η λεγόμενη ενοποιημένη-ολιστική ογκολογία/ integrative oncology η οποία ενσωματώνει στην ολιστική της προσέγγιση όσες πρακτικές, μεθόδους και μέσα των οποίων έχει αποδειχτεί η χρησιμότητα τους μέσα από ποιοτικά τεκμηριωμένες κλινικές μελέτες. Εκτενή αναφορά γίνεται στην εργασία των Deng et al.(2009) υπό τον τίτλο Evidence-Based Clinical Practise Guidelines for Integrative Oncology: Complimentary Therapies and Botanicals. Σύμφωνα με την πιο πάνω εργασία γίνονται βαθμονομημένες εισηγήσεις αναφορικά με κάθε είδος ΣΕΘ/Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής θεραπείας για τις οποίες λήφθηκαν υπόψη η προσέγγιση επί των ενδείξεων θεραπείες οι οποίες και παρατίθενται στο παράρτημα αρ.3.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εργασία είχε σαν κύριο σκοπό να διερευνήσει το βαθμό χρήσης της ΣΕΘ από τους καρκινοπαθείς στη Κύπρο καθώς και ερωτήματα που αφορούν στους λόγους για τους οποίους γίνεται χρήση της ΣΕΘ, το δημογραφικό προφίλ των χρηστών, ποιες μεθόδους και πρακτικές χρησιμοποιούν πιο συχνά, καθώς και τις οικονομικές πτυχές της χρήσης της ΣΕΘ από τους ασθενείς.

Χρησιμοποιώντας σταθμισμένο ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε σε δυο κέντρα φροντίδας ογκολογικών ασθενών στην Κύπρο οι οποίοι είχαν διαγνωστεί πέραν των 3 μηνών και από τα δυο φύλα, διαφόρων εθνοτήτων και ήταν μόνιμοι κάτοικοι Κύπρου η εργασία κατέληξε στα ακόλουθα συμπεράσματα:

1. Το ποσοστό των ογκολογικών ασθενών που χρησιμοποιούν ΣΕΘ ανέρχεται στο 30%.
2. Το προφίλ του ογκολογικού ασθενή χρήστη της ΣΕΘ στην Κύπρο έχει βρεθεί από την ανάλυση των αποτελεσμάτων να είναι, γυναίκα (90,9%), ηλικίας 51,3 χρονών, με όγκο του μαστού (81,1%), έχει διαγνωστεί τα τελευταία 1-3 χρόνια (68,7%), ανήκει στην κατηγορία του ιδιωτικού υπαλλήλου (40,4%), διαμένει κατά το πλείστο στην επαρχία Λευκωσίας (43,1%), είναι απόφοιτος ανώτατης η/και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης (47,3%), έχει ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μεταξύ 8350-34000 ευρώ (64%), είναι παντρεμένη/ος (81,5%), εκκλησιάζεται ή επισκέπτεται χώρους λατρείας

(77,4%), είναι θρησκευόμενος/η από 5-7 στην επτάβαθμη κλίμακα (63%), είναι ελληνοκυπριακής καταγωγής, χρησιμοποιεί σχεδόν καθημερινά κάποια μορφή ΣΕΘ (30,6%) και ξοδεύει λιγότερα από 100 ευρώ το μήνα για εναλλακτικές.

3. Οι συχνότερες μορφές ΣΕΘ που χρησιμοποιούν οι Κύπριοι καρκινοπαθείς είναι κατά σειρά το μασάζ (24,4%), η αρωματοθεραπεία (18,5%), η ρεφλεξολογία (15,1%), ο βελονισμός (14,3%) η γιόγκα (12,6%), ο αγιασμός (12,6%) ενώ η γυμναστική Πιλάτες μαζί με την ομοιοπαθητική ανέρχονται στο (10,1%).
4. Οι λόγοι που χρησιμοποίησαν ΣΕΘ ήταν 1)σε ποσοστό 66,7% για να βελτιώσουν την σωματική τους ευεξία/κατάσταση 2)σε ποσοστό 54% για να βελτιώσουν την συναισθηματική τους κατάσταση/ευεξία και να διατηρήσουν την ελπίδα τους και γενικά για την βελτίωση της αισιοδοξίας τους, 3) σε ποσοστό 33,3% για να αντιμετωπίσουν τις επιπλοκές του όγκου η τις παρενέργειες της θεραπείας, 4) επίσης ποσοστό 33,3% επειδή μπορεί να βοηθήσει και δεν μπορεί να βλάψει, 5) ποσοστό 31,7% για να αυξήσουν την ικανότητα του οργανισμού να αντιμετωπίσει τον όγκο, 6) ποσοστό 28,6% η επιθυμία να κάνουν οτιδήποτε για να αντιμετωπίσουν τον όγκο, και 7) ποσοστό 11,1% για αντιμετωπίσουν άμεσα τον όγκο με εναλλακτική θεραπεία.
5. Πηγή πληροφόρησης ήταν κατά κύριο λόγο οι φίλοι (47,6%), ο γιατρός (39%), τα μέσα ενημέρωσης (31,4%), το διαδίκτυο (26,%), η οικογένεια (20%), θεραπευτές ΣΕΘ (19%), νοσηλευτές (15,2%).

Η έρευνα επίσης διαπίστωσε την αντίθεση και τη σύγκρουση της επίσημης Ορθόδοξης Εκκλησίας της Κύπρου με τη χρήση εναλλακτικών θεραπειών όταν οι φιλοσοφικές αρχές των μεθόδων αυτών συγκρούονται με τις αρχές της Ορθόδοξης Εκκλησίας όπως το κίνημα της «Νέας Εποχής» που σε μεγάλο βαθμό περιλαμβάνει πολλές από τις μεθόδους που Εναλλακτικής και συμπληρωματικής θεραπείας που χρησιμοποιούνται στη Κύπρο.

Επίσης διαπιστώθηκε ο σκεπτικισμός του Παγκυπρίου Ιατρικού Συλλόγου όσο αφορά στην επιστημονικότητα, εγκυρότητα και αποτελεσματικότητα των εναλλακτικών θεραπειών.

Οι καρκινοπαθείς που απάντησαν το ερωτηματολόγιο, σε ποσοστό 86,6% δήλωσαν ότι θα χρησιμοποιούσαν εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας αν αυτές προσφέρονταν από κρατικά νοσοκομεία/κρατικές δομές και ότι ήταν εξαιρετικά ικανοποιημένοι από τη χρήση της ΣΕΘ(39%). Αναμφίβολα έχει διαπιστωθεί ότι οι ανάγκες των καρκινοπαθών στη Κύπρο όσο αφορά τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών δεν ικανοποιούνται επαρκώς με στόχο την

γενικότερη ευεξία τους στην δύσκολη διαδικασία της αντιμετώπισης των προβλημάτων που δημιουργεί τόσο η ίδια η ασθένεια όσο και οι παρενέργειες της συμβατικής θεραπείας.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η έρευνα προτείνει την μελέτη διερεύνησης της προσφοράς των υπηρεσιών ΣΕΘ προς τους καρκινοπαθείς είτε μέσα από μη κυβερνητικές οργανώσεις είτε μέσα από κρατικές δομές, τουλάχιστο σε εκείνες τις μορφές ΣΕΘ όπου έχει διερευνηθεί επαρκώς η αποτελεσματικότητα των μεθόδων αλλά και σχέση κόστους οφέλους τέτοιων θεραπειών.

Ορισμένα από τα μέτρα τα οποία προτείνει η παρούσα εργασία είναι η διαφώτιση τόσο των ασθενών για τα οφέλη που μπορούν να έχουν από την χρήση ορισμένων θεραπειών όσο και των επαγγελματιών υγείας (γιατροί, νοσηλευτές και άλλοι) για τα οφέλη, τους περιορισμούς, τις ενδείξεις και αντενδείξεις που δυνατόν να συνοδεύουν τις διάφορες μεθόδους ΣΕΘ με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και ευεξία των ογκολογικών ασθενών.

Η έρευνα δεν έχει διερευνήσει τη διαθεσιμότητα και την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες και εναλλακτικούς θεραπευτές στη Κύπρο που ίσως να αποτελεί παράγοντα που εμποδίζει την χρήση της ΣΕΘ από τους Κύπριους καρκινοπαθείς και άλλα και άλλες ομάδες ασθενών χρόνιων παθήσεων.

Τέλος η έρευνα έχει εντοπίσει την θέση της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπου μέσα από το πρόγραμμα CAMBRELLA παροτρύνει τα κράτη μέλη να μελετήσουν τις διάφορες πτυχές της χρήσης της ΣΕΘ και αν ενσωματώσει στα εθνικά συστήματα υγείας μεθόδους και πρακτικές ΣΕΘ.

Πρακτική εισήγηση προς τις οργανώσεις των ασθενών είναι η έκδοση πληροφοριακού υλικού σχετικά με τις διαθέσιμες μορφές ΣΕΘ στην Κύπρο, τα οφέλη και τους περιορισμούς τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΕΛΛΗΝΟΦΩΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αβρααμίδης, Α. (2005), *Ιατροκοινωνικά Θέματα*. Ραδιοσταθμός της Εκκλησίας της Ελλάδας 21/11/2005, πρόσβαση στις 13/4/2014

http://www.ecclesia.gr/greek/holySynod/committees/pastoral/alli_iatriki.html.

Βασιλάκος, Δ (1998). *Ο Βελονισμός, μια μέθοδος θεραπείας*. Θεσσαλονίκη: ΚΩΔΙΚΑΣ. Σελ. 15, 26-32.

Δοξάκης, Α., 2011. *Μελέτη του Άγχους και Της Κατάθλιψης σε Ασθενείς με Καρκίνο του Παχέος Εντέρου*. Διατριβή Μάστερ. Λευκωσία: Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Εκκλησία της Ελλάδας. (1999). *Επίσημος ιστότοπος της Εκκλησίας της Ελλάδας*. [ONLINE] Available at: http://www.ecclesia.gr/greek/holySynod/committees/pastoral/alli_iatriki.html. πρόσβαση στις 13 April 14.

Εκκλησία της Κύπρου. (2011). *4η Συνάντηση Διορθόδοξου Δικτύου Πρωτοβουλιών Μελέτης Θρησκειών και Καταστροφικών Λατρειών*. [ONLINE] Available at: http://www.churchofcyprus.org.cy/documents/PORISMATA_4IS_DIORTHODOKSIS_SYNANTISIS_ellin_keimeno_Teliko.pdf. [Accessed 24/04/2014].

Ζαχαροπούλου, Ε., (2013). *Συστηματική Ανασκόπηση των Εναλλακτικών Μεθόδων Παρέμβασης σε Ογκολογικούς-Αιματολογικούς Ασθενείς*. Διατριβή Μάστερ. Λευκωσία: Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Ζιάκα, Α., (2003) «New Age και θρησκευτικός Συγκρητισμός», *Επιστημονική Επετηρίδα Θεολογικής Σχολής Α.Π.Θ.* Νέα Σειρά. Τμήμα Θεολογίας, τ. 13, Θεσσαλονίκη: Α.Π.Θ., σ. 351-357, Available at: <http://users.auth.gr/ziaka/pdf/New%20Age.pdf> Last accessed 24/4/2014

Σατσία, Ε., (2011). *Η Χρήση το Διαδικτύου για Θέματα Υγείας από το Κυπριακό πληθυσμό*. Διατριβή Μάστερ. Λευκωσία: Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Στατιστική, Υπηρεσία Κύπρου, 2010. *Ευρωπαϊκή Έρευνα Υγείας*. 1st ed. Λευκωσία: Cystat

Οικονόμου, Β., lakiseco@spidernet.com.cy, Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος, Εναλλακτική Ιατρική. 25/4/2014.

Παπαδομιγελάκη, Α. (2009). *Η Επίδραση του Θεοσοφικού Κινήματος στη Νέα Εποχή*.

Available at: <http://www.blavatsky.gr/el/articles/1-theosophy/89-the-impact-of-the-theosophical-movement-on-the-new-age.pdf>. Last accessed 24/4/2014.

Ιερά Μονή Παντοκράτορος Μελισσοχωρίου. (3/10/2011). *Νέα Εποχή*. Available:

<http://www.impantokratoros.gr/c5ea46cc.el.aspx>. πρόσβαση στις 7/5/2014

Υπουργείο Υγείας (2009). *Εθνική Στρατηγική για την Αντιμετώπιση του Καρκίνου*. Λευκωσία: Κυβερνητικό Τυπογραφείο. σελ. 40-42.

Universal Life. (2014). *Mutlicare Plan*. Available:

<http://www.universallife.com.cy/multicare-plan>. Πρόσβαση στις 7/5/2014.

Cosmos Insurance. (2014) Available:

<http://www.cosmosinsurance.com.cy/cosmos/indexgetquotation.htm> . Πρόσβαση στις 7/5/2014

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anderson, J., Taylor, A., (2012). Use of complementary therapies for cancer symptom management: results of the 2007 National Health Interview Survey. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 18 (3), 235-241. Last accessed 16/3/20014 at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22420737>

Andreou, A., Theofanous-Kittiri, S. (2010). Complementary and Alternative Medicine in Cancer Patients:A retrospective analysis at the Bank of Cyprus Oncology Centre (BOCOC). *Pharmacy Department, Bank of Cyprus Oncology Centre* Last accessed 1/4/2013 at http://www.bococ.org.cy/index.php?s_id=32&a_id=1517

Ashbury, FD., Findlay, H., Reynolds, B., et al.. (1998). A Canadian survey of cancer of cancer patients' experiences:are their needs being met?. *Journal of Pain and Symptom management*. 16,p298-306. Last accessed 14/4/1998 at <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0885-3924/PIIS088539249800102X.pdf> .

Astin, J. (1998). Why patients use alternative medicine—results of a national study. *Journal of the American Medical Association*, 279(19), 1548-1553.

Andries, K. 'The Alternative and Complementary Health Care Perspective' in Russell G Smith (ed), *Health Care, Crime and Regulatory Control* (1998) 97.

Barnes, P., Powell-Griner, E., McFann, K., Nahin, R.. (2004). Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Advance Data*. 343 (), p.1-19. Last accessed 27/3/2014 at <http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad343.pdf> .

Bradlow, A., Coulter, A. Brooks, P. (1992). *Patterns of Referral*. Oxford: Health Services Research Unit.

Broom, A., Tovey, P. (2008). *Therapeutic Pluralism: Exploring the the Experiences of Cancer Patients and Professionals*. New York: Routledge. p11-12.

Cambrella. (2012). *CAMBrella project*. Available: <http://www.cambrella.eu>. Last accessed 4th March 2012.

Cameron, E., Bernards, J.. (1998). Gender and disadvantage in health. *Sociology of health & Illness*. 20 (5), p1937-48.

Cassileth, B., Deng, G., (2004). Complementary and Alternative Therapies for Cancer. *The Oncologist*. 9, p80-89. accessed 29/6/2014, Available at : <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/9/1/80.full.pdf+html>

Coulter, I., Willis, E. (2004). The rise and rise of complementary and alternative medicine: a sociological perspective. *Medical Journal Australia*. 7 /180(11), 587-589.

Court, C. (1995). Survey reveals men's ignorance about health. *British Medical Journal*. 310:p. 759.

Downer, S., et al., M 1994, 'Pursuit and practice of complementary therapies by cancer patients receiving conventional treatment', *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 309, 6947, pp. 86-89, MEDLINE, EBSCOhost, viewed 29 June 2014.

Dunham, W., (2008). *Many Americans turning to unconventional medicine*.

Available: <http://www.reuters.com/article/2008/12/10/us-medicine-alternative-idUSTRE4B95XO20081210> Last accessed 25/6/2014.

Deng, G.E., et al., 2009. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Integrative Oncology: Complementary Therapies and Botanicals. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 7/3, p85-120. 36p. last accessed 9/2/2014 at <http://www.integrativeonc.org/index.php/docguide>

Eurekalert. 2005. *Third of European cancer patients use complementary and alternative therapies*. [ONLINE] Last accessed 8/4/2013 Available at: http://www.eurekalert.org/pub_releases/2005-02/esoc-toe013105.php#.

EICCAM, European Information Centre for Complementary and Alternative Medicine ,brochure, 2008.

Eisenberg, D., Kessler, R., Foster, C., Frances, E., Norlock, D., Calkins, D., et al. (1993). Unconventional medicine in the United States—Prevalence, costs, and patterns of use *The New England Journal of Medicine*, 328(4), 246-252.

Ernst, E., & Cassileth, B., 1998, 'The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: a systematic review', *Cancer*, 83, 4, pp. 777-782, MEDLINE Complete, EBSCOhost, viewed 29 June 2014.

EUROCAM. (2012). *The role of Complementary and Alternative Medicine in the Context of Cancer*. Available at: <http://www.camdoc.eu/Pdf/CAM%20PositionPaperCancer.pdf>. Last accessed 1/04/2014.

Evans, R., Rosner, A., 2005, 'Alternatives in cancer pain treatment: the application of chiropractic care', *Seminars In Oncology Nursing*, 21, 3, pp. 184-189, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 29 June 2014.

Evans M.A. et al (2007). Men with cancer: is their use of complementary and alternative medicine a response to needs unmet by conventional care? *European Journal of Cancer Care*, 16:p517–525

Fouladbakhsh, J., Stommel, M., Given, C. (2005). Predictors of use complementary and alternative therapies among patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 32 (6), p1115-1122.

Fox, S., Rainie, L., (2002). *Vital Decisions:How Internet UsersDecide What Information to Trust When They or Their Loved Ones Are Sick*. Washington DC: Pew Internet & American Life Project.

Furnham, A. (1996). Why do people choose and use complementary therapies? In E.Ernst(Ed.), *Complementary medicine: An objective appraisal* (pp. 71-86). Oxford, UK:Butterworth Heinemann.

Hagen, Jenifer L., 2011. *Complementary and Alternative Medicine:History, Benefits, and Use by Patients With Cancer*. Master Thesis. USA: University of Wiconsin-La Crosse, College of Science & Health . Last accessed 18/6/2014 Available at : <http://www.uwlax.edu/md/forms/Jen%20FINAL.pdf> .

Harrison, J., Maguire, P., & Pitceatly, C. (1995). Confiding in crisis:gender differences in patterns of confiding among cancer patients. *Social Science & Medicine*. 41:p1255-1260. MEDLINE Complete, EBSCOhost, viewed 17 June 2014.

Herman PM, Poindexter BL, Witt CM, et al.(2012) Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. *BMJ Open* ;2:e001046.doi:10.1136/bmjopen-2012- 001046 Last accessed 7/3/2014 Available at: <http://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/10463936/3437424.pdf?sequence=1>

Hlubocky F, Ratain M, Wen M, Daugherty C. (2007). Complementary and alternative medicine among advanced cancer patients enrolled on phase I trials: a study of prognosis, quality of life, and preferences for decision making. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5): 548-554.

Hok, J. 2009. *Use of Complimentary and Alternative Medicine in the Context of Cancer*. Thesis. Stockholm: Karolinska Institute.

House of Lords Select Committee on Science and Technology. 2000. *Complementary and Alternative Medicine*. London: The Stationery Office. Last accessed 10/3/2013 at :

<http://www.publications.parliament.uk/pa/ld199900/ldselect/ldsctech/123/12301.htm>

Hunt, K. J., Coelho, H.F., Wider, B., Perry, R., Hung, S.K., Terry, R. and Ernst, E. (2010),

“Complementary and alternative medicine use in England: results from a national survey”, *International Journal of Clinical Practice*, Volume 64, Issue 11, pp. 1496-1502

Hyodo, I., Amano, N., Eguchi, K., et al.. (2005). Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. *Journal of Clinical Oncology*. 23 (), 2645–2654. available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15728227>

J F Drane (ed), *Encyclopedia of Bioethics* vol 1-5 (1997) 135.

Kappauf, H., Leykauf-Ammon, D., Bruntsch, U., Homeber, M., Kaiser, G., Buschel, G., Gallmeier, M . (2000). Use of and attitudes held towards unconventional medicine by patients in a department of internal medicine / oncology and haematology. *Support Care Cancer*. Vol 8, p314-322.

Kienle, GS., Berrino, F., Bussing, A., et al.. (2003). Mistletoe in cancer a systematic review on controlled clinical trials. *European Journal or Medical Research*. (3), 109-119.

Krizek at al.. (1999). Gender and cancer support group participation. *Cancer Practice*. 7 (2), p86-92.

Kronenberg, F., Mindes, J., Jakobson, JS.. (2005). The future of complementary and alternative medicine for cancer. *Cancer Invest*. 23:p420-426.

Lewith, G., Broomfield, J., Prescott, P., 2002, 'Complementary cancer care in Southampton: a survey of staff and patients', *Complementary Therapies In Medicine*, 10, 2, pp. 100-106, MEDLINE, EBSCOhost, viewed 29 June 2014.

Ma Yun-Tao (2011). *Biomedical Acupuncture for Sports and Trauma Rehabilitation*. St. Louis, USA: Churchill Livingstone Elsevier.

Matthew, J. and Stone, J. (1996). *Complimentary Medicine and the Law*. New York: Oxford Univeristy Press. 1-10.

Mathews, S.C., Camacho, A., Mills P.J., et al., (2003). The Internet for medical information about cancer: help or hindrance?. *Psychosomatics*. 44 (), p100-103.

Medical Outcomes Trust (1997). Minimal Translation Criteria. *Medical Outcomes Trust Bulletin*, [Online]. 5, 4. Available at: <http://www.outcomes-trust.org/bulletin/0797blltn.htm> [Accessed 04 May 2013].

Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott JA, . Panteli V, Margulies A, Browall M, Magri M, Selvekerova S, Madsen E, Milovics L, Bruyns I, Gudmundsdottir G, Hummerston S, Ahmad AMA, Platin N, Kearney N, Patiraki E. 2005. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Annals of Oncology*. Last accessed 28/03/2013 <http://annonc.oxfordjournals.org/content/16/4/655.full.pdf+html>

Morgen-Beebe, M., (2004). *Use of Complimentary and Alternative Medicine Among Rural Montanas*. Master of Nursing. Bozeman, Montana: Montana State University.

NCCAM. (2012). *Get the facts Cancer and CAM: At a glance*. Available: http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/CAM_Basics_Cancer_and_CHA_0.pdf . Last accessed 07/04/2014.

Ni, H., Simile, C., & Hardy, A., 2002, 'Utilization of complementary and alternative medicine by United States adults: results from the 1999 National Health Interview Survey', *Medical Care*, 40, 4, pp. 353-358, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 29 June 2014.

Onconurse.com. (2013). Defining CAM therapies. In *Complementary and alternative medicine*. Retrieved March 25, 2013, from <http://www.onconurse.com/news/alternative.html>

O'Connor B et al. 1997. Defining and describing complementary and alternative medicine. *Alternative Therapies* 3(2): 49.

Pan, CX., Morrison, RS., Ness, J., et al.. (2000). Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life. A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Manage.* 20, 374 – 387.

Scott, A., (1998). Homeopathy as a feministform of medicine. *Sciology of Health and Illness.* 20 (2), p191-215.

Scott, J.A., Kearney, N., Hummerston, S., Molassiotis, A.. (2005). Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer: A UK survey. *European Journal of Oncology.* 9 (), 131-137.

Shen, J., Wenger, N., Glaspy, J., et al. . (2000). Electroacupuncture for control of myeloablative chemotherapy-induced emesis: A randomized con- trolled trial. *Journal of the American Medical Association.* (284), 2755 – 2761.

Sirois FM, Gick ML. 2002. An investigation of the health beliefs and motivations of comple- mentary medicine clients. *Soc Sci Med* 55(6):1025–1037.

Spector R. *Cultural Diversity in Health & Illness*. 4th ed. Stamford, CT: Appleton & Lange; 1996.

Tascilar, M., A. De Jong, F., Verweij, J., Mathissen, R. (2006). Complementary and Alternative Medicine During Cancer Treatment: Beyond Innocence. *The Oncologist*. 11, p732-741.

Tudiver, F., Talbot, Y.. (1999). Why men don't seek help? Family physicians' perspectives on health-seeking behaviour of men. *Journal of Family Practice*. 43:p475-480

Verhoef, MJ, Balneaves, LG., Boon, HS., & Vroegindewey A. (2005). Reasons for and characteristics associated with complementary and alternative medicine use among adult cancer patients: A systematic review. *Integrative Cancer Therapies*, 4, p274–286.

Vlieger, A., Beninga, M. (2008). Complementary Therapies for Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*. 11 (47(5), p707-709.

Vroegindewey, Annete, 2006. *Complimentary and Alternative Medicine Decision Making by Women with Fibromyalgia*. Master thesis. Calgary: University of Calgary.

White, R., (2002). Social and political aspects of men's health. *Health*. 6 (3), p267-285.

WHO (2003). *Global action against cancer*. Geneva: WHO

Last accessed 1/4/2013 at : <http://www.who.int/cancer/media/en/788.pdf>

WHO (2005) Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review. Last accessed 4/4/2013 at :

<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2943e/6.2.html#Jh2943e.6.2>

Weir, M., 2005. What is complimentary and alternative medicine. *Law papers*, 65, 14-40.

York University Centre for Health Studies, *Complementary and Alternative Health Practices and Therapies – A Canadian Overview – Conceptual Package* (1999) 1.

Zollman C, Vickers A. What is complementary medicine? *British Medical Journal*.

1999; 319(7211): 693-696.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.

Παράρτημα 1.

Συστάσεις για χρήση CAM σε ασθενείς με καρκίνο.

Πίνακας Βαθμονόμησης Συστάσεων

Βαθμός	Σύσταση	Όφελος vs Κινδύνου και επιβάρυνσης	Ισχύς Υποστηρικτικής Απόδειξης	Επιπτώσεις
1A	Ισχυρή σύσταση, υψηλής ποιότητας στοιχεία.	Τα οφέλη υπερτερούν σαφώς των κινδύνων και των επιβαρύνσεων, ή το αντίστροφο	Τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές(RCT) χωρίς σημαντικούς περιορισμούς ή συντριπτικά στοιχεία από μελέτες παρατήρησης	Ισχυρή σύσταση; Μπορεί να ισχύει για τους περισσότερους ασθενείς, στις περισσότερες περιπτώσεις χωρίς επιφυλάξεις
1B	Ισχυρή σύσταση, μέτριας ποιότητας στοιχεία.	Τα οφέλη υπερτερούν σαφώς των κινδύνων και των επιβαρύνσεων, ή το αντίστροφο	Τυχαιοποιημένες μελέτες με σημαντικούς περιορισμούς (αντιφατικά αποτελέσματα, μεθοδολογικές ατέλειες, ανακριβείς) ή εξαιρετικά ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία από μελέτες παρατήρησης	Ισχυρή σύσταση; χαμηλής ή πολύ χαμηλής ποιότητας στοιχεία
1Γ	Ισχυρή σύσταση, χαμηλής ή πολύ χαμηλής ποιότητας στοιχεία.	Τα οφέλη υπερτερούν σαφώς των κινδύνων και των επιβαρύνσεων, ή το αντίστροφο	Μελέτες παρατήρησης ή σειρά περιστατικών	Ισχυρή σύσταση; μπορεί να αλλάξει όταν υψηλότερης ποιότητας στοιχεία είναι διαθέσιμα
2A	Ασθενής σύσταση, υψηλής ποιότητας στοιχεία.	Ισορροπημένα οφέλη απέναντι στους κινδύνους	Τυχαιοποιημένες δοκιμές χωρίς σημαντικούς	Ασθενής σύσταση; Καλύτερη δράση

		και επιβαρύνσεις.	περιορισμούς ή συντριπτικά στοιχεία από παρατηρήσεις συμπληρωματικών μελετών	μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τις περιστάσεις ή οι ασθενείς ή κοινωνικές αξίες
2B	Ασθενής σύσταση, μέτριας ποιότητας στοιχεία.	Ισορροπημένα οφέλη απέναντι στους κινδύνους και επιβαρύνσεις.	Τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές με σημαντικούς περιορισμούς (αντιφατικά αποτελέσματα, μεθοδολογικές ατέλειες, ή ανακριβείς) ή εξαιρετικά ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία από μελέτες παρατήρησης	
2Γ	Ασθενής σύσταση, χαμηλής ή πολύ χαμηλής ποιότητας στοιχεία	Αβεβαιότητα στις εκτιμήσεις για τα οφέλη, τους κινδύνους και την επιβάρυνση;	Μελέτες παρατήρησης ή σειρά περιστατικών	Πολύ αδύνατες συστάσεις.

1. Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες (ΣΕΘ)

Σύσταση 1

Ερωτήστε και αντλήστε πληροφορίες σχετικά με τη χρήση θεραπειών ΣΕΘ από τους ασθενείς ως μέρος της εξέτασης ρουτίνας των ασθενών.

❖ Βαθμός σύστασης: 1Γ.

Σύσταση 2.

Όλοι οι ασθενείς με καρκίνο θα πρέπει να λαμβάνουν οδηγίες σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τους περιορισμούς των συμπληρωματικών θεραπειών σε μια ανοικτή συζήτηση, βασισμένη σε στοιχεία και ενδείξεις με επίκεντρο τον ασθενή από έναν καταρτισμένο επαγγελματία. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται πλήρως για τη θεραπευτική

προσέγγιση, τη φύση των συγκεκριμένων θεραπειών, των πιθανών κινδύνων / οφέλη, και τις ρεαλιστικές προσδοκίες.

❖ Βαθμός σύστασης: 1Γ

2. Τεχνικές μυαλού-σώματος

Σύσταση 3.

Πλεονεκτήματα: ασφαλείς, καλά ερευνητικά αποδεικτικά στοιχεία

Περιορισμοί: Χρονοβόρες

Οι τεχνικές μυαλού-σώματος συνιστώνται ως μέρος μιας διεπιστημονικής προσέγγισης για τη μείωση του άγχους, διαταραχές της διάθεσης, χρόνιο πόνο και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

❖ Βαθμός σύστασης: 1B

Σύσταση 4. Ομάδες υποστήριξης.

Υποστηρικτική / εκφραστική θεραπεία, γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και η γνωσιακή-συμπεριφορική διαχείριση του άγχους συνιστώνται ως μέρος μιας διεπιστημονικής προσέγγισης για τη μείωση του άγχους, διαταραχή της διάθεσης, του χρόνιου πόνου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

❖ Βαθμός σύστασης: 1A

3. Θεραπείες με επαφή-άγγιγμα

Πλεονεκτήματα: ασφαλείς, άμεσα διαθέσιμες δεξιότητες

Περιορισμοί: κανένας

Σύσταση 5.

Για τους ασθενείς με καρκίνο που υποφέρουν από άγχος ή πόνο, η θεραπεία με μασάζ που παρέχονται από ένα ογκολογικά-εκπαιδευμένο θεραπευτή μασάζ συνιστάται ως μέρος μιας πολυθεματικής ολιστικής θεραπείας.

❖ Βαθμός σύστασης: 1Γ

Σύσταση 6.

Η εφαρμογή της εν τω βάθει ή έντονης πίεσης δεν συνιστάται κοντά σε βλάβες του καρκίνου ή διόγκωση των λεμφαδένων, περιοχές που υποβάλλονται σε ακτινοβολία, ιατρικές συσκευές (όπως μόνιμους ενδοφλέβιους καθετήρες), ή ανατομικές στρεβλώσεων, όπως μετεγχειρητικές αλλαγές ή σε ασθενείς με τάση για αιμορραγία.

❖ Βαθμός σύστασης: 2B

4. Φυσική-Σωματική δραστηριότητα.

Πλεονεκτήματα: ασφαλής, καλή ερευνητική ένδειξη

Περιορισμοί: κανένας

Σύσταση 7.

Η τακτική σωματική δραστηριότητα μπορεί να παίξει πολλούς θετικούς ρόλους στην φροντίδα του καρκίνου. Οι ασθενείς θα πρέπει να αναφέρονται σε ένα εξειδικευμένο στην άσκηση επαγγελματία για καθοδήγηση σχετική με τη σωματική δραστηριότητα και για την βασική προαγωγή της υγείας.

Βαθμός σύστασης: 1B (1A για τους επιζώντες του καρκίνου του μαστού μετά τη θεραπεία, για ποιότητα ζωής).

5. Ενεργειακές Θεραπείες.

Πλεονεκτήματα: ασφαλείς

Περιορισμοί: μη ύπαρξη καλών ερευνητικών ενδείξεων.

Σύσταση 8.

Οι θεραπείες που βασίζονται στη φιλοσοφία των βιοενεργειακών πεδίων είναι ασφαλή και μπορούν να προσφέρουν κάποιο όφελος για τη μείωση του στρες και την ενίσχυση της ποιότητας ζωής. Υπάρχουν περιορισμένα αποδεικτικά στοιχεία ως προς την αποτελεσματικότητά τους για τη διαχείριση των συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης του πόνου και της κόπωσης.

Βαθμός σύστασης: 1B για τη μείωση του άγχους, 1Γ για τον πόνο, την κόπωση, και διαχείριση διαφόρων συμπτωμάτων.

6. Βελονισμός.

Πλεονεκτήματα: καλές αποδείξεις.

Περιορισμοί: Οι δεξιότητες δεν είναι πάντα διαθέσιμες.

Σύσταση 9.

Ο βελονισμός συστήνεται σαν συμπληρωματική θεραπεία όταν ο πόνος δεν ελέγχεται ικανοποιητικά, όταν η ναυτία και ο έμετος είναι που συνοδεύει την χημειοθεραπεία ή την χειρουργική αναισθησία δεν ελέγχονται ικανοποιητικά, ή όταν οι παρενέργειες από άλλες θεραπευτικές μεθόδους είναι κλινικά σημαντικές.

❖ Βαθμός σύστασης: 1 A

Σύσταση 10.

Ο βελονισμός συστήνεται σαν συμπληρωματική θεραπεία για την ξηροστομία που προκαλείται από την ακτινοθεραπεία.

❖ Βαθμός σύστασης 1B

Σύσταση 11

Ο βελονισμός δεν φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικός από τον ψευδό-βελονισμό για την θεραπεία αγγειοκινητικών(vasomotor) συμπτωμάτων(εξάψεων) στις μετά-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες γενικά. Σε ασθενείς με πολύ σοβαρά συμπτώματα που δεν επιδέχονται φαρμακολογική θεραπεία, μια δοκιμή θεραπείας με βελονισμό μπορεί να προταθεί.

❖ Βαθμός σύστασης 1B.

Σύσταση 12

Για τους ασθενείς οι οποίοι δεν σταματούν το κάπνισμα, παρά τη χρήση άλλων επιλογών-μεθόδων ή τα άτομα που πάσχουν από συμπτώματα δύσπνοιας που σχετίζονται με καρκίνο, σχετιζόμενη με τον καρκίνο κόπωση, νευροπάθεια που προκαλείται από καρκίνο, ή πόνο μετά από θωρακοτομή, μια δοκιμή του βελονισμού μπορεί να αποβεί χρήσιμη.

❖ Βαθμός σύστασης 2Γ.

Σύσταση 13

Ο βελονισμός θα πρέπει να εκτελείται μόνο από εξειδικευμένους θεραπευτές-λειτουργούς υγείας και να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με αιμορραγική διάθεση.

❖ Βαθμός σύστασης 1Γ

7. Διατροφή και Συμπληρώματα Διατροφής

Πλεονεκτήματα: Ενδιαφέρει τους περισσότερους ασθενείς.

Περιορισμοί: πιθανές δυσμενείς επιπτώσεις.

Σύσταση 14

Η έρευνα στη διατροφή και την πρόληψη του καρκίνου βασίζεται κυρίως στις μελέτες των πληθυσμών που καταναλώνουν διατροφικά συστατικά από τρόφιμα σε ακατέργαστη μορφή, με ασφαλή εφοδιασμό τροφίμων και την πρόσβαση σε μια ποικιλία από φαγητά και ποτά. Ως εκ τούτου, η θρεπτική επάρκεια πρέπει να εξασφαλίζεται από την επιλογή μιας ευρείας ποικιλίας τροφίμων. Τα συμπληρώματα διατροφής είναι συνήθως περιττά.

- ❖ Βαθμός σύστασης 1B

Σύσταση 15

Συνιστάται να ενημερώνονται οι ασθενείς σχετικά με τη σωστή διατροφή για την βασική προαγωγή της υγείας.

- ❖ Βαθμός σύστασης 1B

Σύσταση 16

Με βάση την τρέχουσα ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ειδικά συμπληρώματα διατροφής δεν συνιστάται για την πρόληψη του καρκίνου.

- ❖ Βαθμός σύστασης 1^A

Σύσταση 17

Προτείνεται η αξιολόγηση της χρήσης συμπληρωμάτων διατροφής από τους ασθενείς πριν την έναρξη της θεραπείας του καρκίνου. Επίσης συνιστάται η παραπομπή των ασθενών με καρκίνο σε εκπαιδευμένους επαγγελματίες διατροφής για τις κατευθυντήριες γραμμές σχετικές με τη διατροφή, συμπληρώματα διατροφής, την προώθηση της βέλτιστης διατροφικής κατάστασης, διαχείριση και θεραπεία των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τον όγκο ή την συνήθη ιατρική θεραπεία που λαμβάνουν, την ικανοποίηση των αυξημένων διατροφικών αναγκών και διόρθωση τυχών διατροφικών ελλειμμάτων, κατά τη διάρκεια της ενεργού θεραπείας.

- ❖ Βαθμός σύστασης 1B.

Σύσταση 18

Συνιστάται, τα διαιτητικά συμπληρώματα, συμπεριλαμβανομένων των φυτικών συμπληρωμάτων καθώς και μεγάλες δόσεις βιταμινών, μετάλλων και ιχνοστοιχείων, πρέπει να αξιολογούνται για τις πιθανές παρενέργειες και αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα. Εκείνα τα οποία είναι πιθανό να αλληλεπιδράσουν αρνητικά με άλλα φάρμακα, περιλαμβανομένων των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα με την ανοσοθεραπεία, χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία ή πριν από χειρουργική επέμβαση.

❖ Βαθμός σύστασης 1B.

Σύσταση 19

Για τους ασθενείς με καρκίνο οι οποίοι επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν συμπληρώματα διατροφής, συμπεριλαμβανομένων των φυτικών προϊόντων, για δήθεν αντικαρκινικά ιδιότητες, συνιστάται ότι διαβούλευση με κάποιο εκπαιδευμένο επαγγελματία. Κατά τη διάρκεια της διαβούλευσης, ο επαγγελματίας θα πρέπει να παρέχει υποστήριξη, να συζητά τις ρεαλιστικές προσδοκίες, και να διερευνά τα πιθανά οφέλη και τους κινδύνους. Συνιστάται η χρήση αυτών των παραγόντων/συμπληρωμάτων και βοτάνων γίνεται μόνο στο πλαίσιο των κλινικών δοκιμών, αναγνωρισμένων διατροφικές οδηγιών, κλινική αξιολόγηση της σχέσης οφέλους/κινδύνου με βάση τα διαθέσιμα αποδεικτικά στοιχεία, καθώς και στενή παρακολούθηση των ανεπιθύμητων ενεργειών.

❖ Βαθμός σύστασης 1Γ.

Σύσταση 20

Όπως και με τη διατροφική συμπλήρωση κατά τη διάρκεια της συνήθους ιατρικής θεραπείας, οι επιζώντες θα πρέπει να αξιολογούνται για τη χρήση διατροφικών συμπληρωμάτων και να παραπέμπονται σε κάποιο εκπαιδευμένο επαγγελματία για αξιολόγηση ώστε να καλυφθούν και διορθωθούν τα διατροφικά ελλείμματα όπως ενδείκνυται. Για τους πιο παλιούς επιζώντες του καρκίνου, η διατροφική συμπλήρωση μπορεί να μειώσει τις ανεπάρκειες σε θρεπτική ουσίες, όμως επιζώντες που χρησιμοποιούν συμπληρώματα είναι συνήθως οι λιγότερο πιθανό να τα έχουν ανάγκη.

❖ Βαθμός σύστασης: 2B.

Παράρτημα 2.

Ερωτηματολόγιο (Ελληνική γλώσσα)



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ”

Θέμα: «Έρευνα για τη χρήση Εναλλακτικών και Συμπληρωματικών θεραπειών απο Κύπριους ασθενείς »

Ως μέλη του ακαδημαϊκού προσωπικού και στα πλαίσια των ερευνητικών δραστηριοτήτων του Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, βρισκόμαστε στη διαδικασία διεξαγωγής έρευνας αναφορικά με το πιο πάνω θέμα.

Η έρευνα αυτή αποσκοπεί στη διερεύνηση, αποτύπωση και μελέτη της χρήσης εναλλακτικών και συμπληρωματικών θεραπειών από Κύπριους ογκολογικούς ασθενείς, ως τρόπου 1) αντιμετώπισης της νόσου, 2) των συμπτωμάτων της νόσου ή 3) και των παρενεργειών που προέρχονται από τη συνήθη ιατρική θεραπεία.

Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική και ανώνυμη και για τη συλλογή των στοιχείων θα χρησιμοποιηθεί ειδικό, διεθνώς αναγνωρισμένο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν ξεπερνά τα 20 λεπτά περίπου.

Την όλη εργασία πεδίου θα τη διαχειριστεί ο μεταπτυχιακός φοιτητής

κ.Νίκος Ζένιου (τηλέφ. 99627226) του οποίου το θέμα της ερευνητικής εργασίας για διατριβή επιπέδου μάστερ ανταποκρίνεται πλήρως με το σκοπό και τους αντικειμενικούς στόχους της έρευνας.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θεωρείται ως συγκατάθεση συμμετοχής σας στη μελέτη.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συμβολή και βοήθεια σας για την έρευνα για την βελτίωση των υπηρεσιών στη Κύπρο.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Α (ΕΛΛΗΝΙΚΑ)

Η χρήση της Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής ιατρικής (μη παραδοσιακής) από Κύπριους ογκολογικούς ασθενείς .

(Σημειώστε με ένα ✓ ή συμπληρώστε το κενό σε κάθε ερώτηση)

1. α) Παίρνετε αυτή τη στιγμή κάποια ιατρική θεραπεία για την πάθηση σας);

___ Ναι ___ Όχι

Εάν ΝΑΙ, τι θεραπεία;

(δηλώστε όλα όσα αφορά με ένα ✓ ή με X)

___ Εγχείρηση

___ Χημειοθεραπεία ___ Ακτινοθεραπεία

___ Άλλη(αναφέρετε): _____

β) Έχετε λάβει προηγουμένως ιατρική θεραπεία για την πάθηση σας;

___ Ναι ___ Όχι

Εάν ΝΑΙ, τι θεραπεία;

(δηλώστε όλα όσα αφορά με ένα ✓ ή με X)

___ Εγχείρηση

___ Χημειοθεραπεία ___ Ακτινοθεραπεία

___ Άλλη (αναφέρετε): _____

2. Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ στο παρελθόν (ή χρησιμοποιείτε τώρα) οποιαδήποτε μορφή συμπληρωματικής και / ή εναλλακτικής θεραπείας;

ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

3. Εάν έχετε απαντήσει ΟΧΙ, παρακαλώ σημειώστε με ένα ✓ ή με X πιο κάτω, τον **ΚΥΡΙΟ** λόγο που δεν το κάνατε:

(δηλώστε όλα όσα αφορά)

- Πότε δεν σκέφτηκα για συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες []
- Δεν πιστεύω σε μη αποδεδειγμένες θεραπείες. []
- Είμαι ευχαριστημένος /η απο την προοπτική της ιατρικής θεραπείας που παίρνω / έπαιρνα []
- Δεν μπορώ να πληρώσω για συμπληρωματική /εναλλακτική θεραπεία []
- Σκέφτηκα για συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες αλλά με αποθάρρυναν οι α)η οικογένεια / φίλοι []

β) γιατροί
[]

γ)νοσηλευτές

[]

- Άλλος λόγος (παρακαλώ αναφέρετε): _____

4. Πριν διαγνωστείτε με όγκο, ποιες από τις πιο κάτω θεραπείες έχετε χρησιμοποιήσει; (Σημειώστε με ✓ με X όλες όσες χρειάζεται)

___ Καμία

___ Βελονισμός
___ Ρεφλεξολογία

___ Αρωματοθεραπεία

___ Μασάζ

___ Χρήση Αγιασμού

___ Χειροπρακτική

___ Οστεοπαθητική

___ Ομοιοπαθητική

___ Βοτανοθεραπεία-Φυτοθεραπεία η άλλα φυτικά εκχυλίσματα
(πχ.κινέζικα θεραπευτικά βότανα)

___ Θεραπεία με χυμούς φρούτων ή άλλη μη παραδοσιακή διαίτα:

___ Λήψη βιταμινών και /ή θεραπεία με μεταλλικά ιχνοστοιχεία

___ Θεραπευτικά τσάγια:

(παρακαλώ δηλώστε): _____

___ Ρέϊκι

___ Γιόγκα(yoga)

___ Γυμναστική Πιλάτες

___ Ομάδες υποστήριξης/ συμβουλευτική

___ Πνευματιστική θεραπεία/τοποθέτηση των χεριών/θεραπευτικό άγγιγμα

___ Κατευθυνόμενος οραματισμός
___ Τεχνικές χαλάρωσης/ διαλογισμού

___ Υπνοθεραπεία ή ύπνωση

___ Άλλη (δηλώστε)_____

5. Πριν διαγνωστείτε με όγκο, ποιους από τους πιο κάτω εναλλακτικούς θεραπευτές συμπληρωματικής/εναλλακτικής θεραπείας έχετε επισκεφθεί; (Σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν με **✓** ή με **X**)

___ Κανένα

___ Βελονιστή

___ Ομοιοπαθητικό

___ Χειροπράκτη

___ Οστεοπαθητικό

___ Μασέρ

___ Ειδικό Θεραπευτή Παραδοσιακής Κινέζικης Ιατρικής

___ Βοτανοθεραπευτή

___ Αρωμαθεραπευτή

___ Ενεργειακό θεραπευτή

___ Θεραπευτή ΡΕΪΚΙ

___ Υπνωτιστή

___ Διαισθητικό θεραπευτή(μέντιουμ)

___ Άλλο, (παρακαλώ δηλώστε)_____

6. Από τότε που διαγνωστήκατε με όγκο ποιες από τις πιο κάτω θεραπείες έχετε χρησιμοποιήσει; Σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν με **✓** ή με **X**

___ Καμία

___ Βελονισμός

___ Ρεφλεξολογία

___ Αρωματοθεραπεία

___ Μασάζ

___ Χρήση Αγιασμού

- Χειροπρακτική
- Οστεοπαθητική
- Ομοιοπαθητική
- Βοτανοθεραπεία-Φυτοθεραπεία η άλλα φυτικά εκχυλίσματα
(πχ.κινέζικα θεραπευτικά βότανα)
- Θεραπεία με χυμούς φρούτων ή άλλη μη παραδοσιακή διαίτα:
- Λήψη βιταμινών και /ή θεραπεία με μεταλλικά ιχνοστοιχεία
- Θεραπευτικά τσάγια:
(παρακαλώ δηλώστε): _____
- Ρεϊκί
- Γιόγκα(yoga)
- Γυμναστική Πιλάτες
- Ομάδες υποστήριξης/ συμβουλευτική
- Πνευματιστική θεραπεία/τοποθέτηση των χεριών/θεραπευτικό άγγιγμα
- Κατευθυνόμενος οραματισμός
- Τεχνικές χαλάρωσης/ διαλογισμού
- Υπνοθεραπεία ή ύπνωση
- Άλλη (δηλώστε)_____

7. Από τότε που διαγνωστήκατε με όγκο ποιους από τους παρακάτω επαγγελματίες «Μη παραδοσιακής» θεραπείας έχετε επισκεφθεί; Σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν με **✓** ή με **X**:

- Κανένα
- Βελονιστή
- Ομοιοπαθητικό
- Χειροπράκτη
- Οστεοπαθητικό

- Μασέρ
- Ειδικό Θεραπευτή Παραδοσιακής Κινέζικης Ιατρικής.
- Βοτανοθεραπευτή
- Αρωμαθεραπευτή
- Ενεργειακό θεραπευτή
- _____ Θεραπευτή ΡΕΪΚΙ
- Υπνωτιστή
- Διαισθητικό θεραπευτή (μέντιουμ)
- Άλλο, (παρακαλώ δηλώστε) _____
-

8. Αν αρχίσατε μια εναλλακτική ή συμπληρωματική θεραπεία μόνο μετά που διαγνωστήκατε με όγκο, πότε ξεκινήσατε τη χρήση αυτής της θεραπείας;

Σημειώστε με ένα \checkmark ή X ότι σας αντιπροσωπεύει

- α) Μόλις διαγνώστηκα []
- β) Μέσα στο πρώτο χρόνο []
- γ) Μετά τον πρώτο χρόνο []

9. Ποίες από τις πιο κάτω θεραπείες χρησιμοποιείτε **τώρα**;

Σημειώστε **ένα \checkmark ή X** όλες τις απαντήσεις που ισχύουν :

- Καμία
- Βελονισμός
- Ρεφλεξολογία
- Αρωματοθεραπεία
- Μασάζ

- ___ Χρήση Αγιασμού
- ___ Χειροπρακτική
- ___ Οστεοπαθητική
- ___ Ομοιοπαθητική
- ___ Βοτανοθεραπεία-Φυτοθεραπεία η άλλα φυτικά εκχυλίσματα
(πχ.κινέζικα θεραπευτικά βότανα)
- ___ Θεραπεία με χυμούς φρούτων ή άλλη μη παραδοσιακή διαίτα:
- ___ Λήψη βιταμινών και /ή θεραπεία με μεταλλικά ιχνοστοιχεία
- ___ Θεραπευτικά τσάγια:
(παρακαλώ δηλώστε): _____
- ___ Ρέϊκι
- ___ Γιόγκα(yoga)
- ___ Γυμναστική Πιλάτες
- ___ Ομάδες υποστήριξης/ συμβουλευτική
- ___ Πνευματιστική θεραπεία/τοποθέτηση των χεριών/θεραπευτικό άγγιγμα
- ___ Κατευθυνόμενος οραματισμός
- ___ Τεχνικές χαλάρωσης/ διαλογισμού
- ___ Υπνοθεραπεία ή ύπνωση
- ___ Άλλη (δηλώστε)_____

10. Πόσες φορές το μήνα χρησιμοποιείτε τις πιο πάνω θεραπείες;_____

11. Όταν δοκιμάζετε μια συμπληρωματική ή εναλλακτική θεραπεία, συνήθως.....

(σημειώστε με X ή με ένα ✓ την κατάλληλη απάντηση)

α. Ολοκληρώνετε όλο τον κύκλο των θεραπειών; []

β. Δοκιμάζετε μερικές φορές και εάν δεν βλέπετε άμεσα αποτελέσματα ,τότε διακόπτετε; []

γ. Δοκιμάζετε τουλάχιστο μια φορά; []

12. Παρακαλώ αναφέρετε ποιους τύπους εναλλακτικών φαρμάκων, βοτάνων, τσαγιών ή αφεψημάτων-εκχυλισμάτων χρησιμοποιείτε τώρα και με ποιο τρόπο; (π.χ. Απο το στόμα / επάλειψη / με ένεση κ.λ.π)

Είδος φαρμάκων/βοτάνων/τσαγιών		Με ποιο τρόπο κάνετε χρήση

13. Ποιους από τους ακόλουθους επαγγελματίες συμπληρωματικής ή εναλλακτικής ιατρικής επισκέπτεστε τώρα; (Σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν με ✓ ή ✗)

Κανένα

Βελονιστή

Ομοιοπαθητικό

Χειροπράκτη

Οστεοπαθητικό

Μασέρ

Ειδικό Θεραπευτή Παραδοσιακής Κινέζικης Ιατρικής.

Βοτανοθεραπευτή

Αρωμαθεραπευτή

Ενεργειακό θεραπευτή

_____ Θεραπευτή ΡΕΪΚΙ

Υπνωτιστή

Διαισθητικό θεραπευτή(μέντιουμ)

Άλλο,

(παρακαλώ δηλώστε): _____

14. Πόσο συχνά επισκέπτεστε το μήνα κάποιον από τους θεραπευτές που αναφέρονται στην πιο πάνω ερώτηση (13);

.....

Εάν έχετε χρησιμοποιήσει κάποια μέθοδο συμπληρωματικής ή εναλλακτικής θεραπείας από τότε που έχετε διαγνωσθεί με όγκο, παρακαλώ απαντήστε τις ερωτήσεις 15-22, εάν ΟΧΙ, μεταβείτε στην ερώτηση 23.

15. Παρακαλώ αναφέρετε τους λόγους που χρησιμοποιείτε ή χρησιμοποιήσατε συμπληρωματική ή εναλλακτική θεραπεία απο τότε που έχετε διαγνωσθεί με όγκο. (σημειώστε με X ή με ένα ✓ όλες τις απαντήσεις που σας αντιπροσωπεύουν):

- Για να αντιμετωπίσω άμεσα τον όγκο με εναλλακτική θεραπεία.
- Για να αυξήσω την ικανότητα του οργανισμού μου να αντιμετωπίσει τον όγκο
- Για να βελτιώσω την σωματική μου ευεξία/κατάσταση
- Για να βελτιώσω την συναισθηματική μου κατάσταση/ευεξία, να συντηρήσω την ελπίδα, να αυξήσω την αισιοδοξία κλπ.
- Για να αντιμετωπίσω τις επιπλοκές του όγκου ή τις παρενέργειες της ιατρικής θεραπείας
- Επειδή «μπορεί να βοηθήσει, και δεν μπορεί να βλάψει»
- Η επιθυμία να κάνω οτιδήποτε είναι δυνατό για να καταπολεμήσω τον όγκο
- Άλλος λόγος (παρακαλώ καθορίστε):

16. Ποιο όφελος είχατε ή βιώσατε από την εναλλακτική θεραπεία; (σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν με ✓ η X)

- Κανένα όφελος
- Μείωση του όγκου ως αποτέλεσμα της εναλλακτικής θεραπείας
- Αύξηση της ικανότητας του σώματος να καταπολεμήσει τον όγκο
- Βελτίωση της σωματικής ευεξίας(διάθεσης)
- Βελτίωση της συναισθηματικής ευεξίας, της ελπίδας, αισιοδοξίας, κλπ
- Μείωση των παρενεργειών του όγκου ή των συμπτωμάτων από την ιατρική θεραπεία που παίρνω

Άλλο,
(δηλώστε): _____

17. Έχετε βιώσει οποιοσδήποτε αρνητικές επιδράσεις ή παρενέργειες, τις οποίες αποδίδετε στην εναλλακτική θεραπεία; Εάν ναι, παρακαλώ δηλώστε τα συμπτώματα και από ποιο είδος θεραπείας

___ ΝΑΙ ___ ΟΧΙ

<u>Είδος θεραπείας</u>		<u>Συμπτώματα ή παρενέργειες</u>
(για παράδειγμα Βιταμίνες)		(Για παράδειγμα αλλεργία, ή πεπτικές ενοχλήσεις)

18. Πρόσφατα, πόσα ξοδέψατε σε εναλλακτικούς ή μη-παραδοσιακούς επαγγελματίες υγείας και/ή σε εναλλακτικά φάρμακα σε ένα μήνα;

Παρακαλώ κυκλώστε ότι σας αντιπροσωπεύει.

Λιγότερα από €50, €51-100, €101-200, €201-500, €501-1000, Πάνω απο €1000

19. Πιστεύετε ότι αξίζει τα χρήματα που ξοδεύετε για συμπληρωματική και/ή εναλλακτική θεραπεία;

___ ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___ Δεν είμαι σίγουρος/η

20. Πόσο **ικανοποιημένος/η** είστε από τη συμπληρωματική ή/και εναλλακτική θεραπεία που χρησιμοποιείτε ή έχετε χρησιμοποιήσει απο τότε που διαγνωστήκατε με όγκο;

(Κυκλώστε έναν αριθμό)

1	2	3	4	5	6	7
Καθόλου εξαιρετικά			Μέτρια			
ικανοποιημένος			ικανοποιημένος			

21. Πόσο **αποτελεσματική** πιστεύετε ότι είναι η συμπληρωματική ή/και εναλλακτική θεραπεία που χρησιμοποιείτε ή έχετε χρησιμοποιήσει απο τότε που διαγνωστήκατε με όγκο;

(Κυκλώστε έναν αριθμό)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Καθόλου
ικανοποιημένος
ικανοποιημένος

Μέτρια

εξαιρετικά

22. Έχετε αναφέρει στο /στη γιατρό σας ότι χρησιμοποιείτε εναλλακτική ή συμπληρωματική θεραπεία;

ΝΑΙ []

ΟΧΙ []

22 α) Αν απαντήσατε ΝΑΙ, ποια ήταν απάντησή του /της;

22 β). Αν απαντήσατε ΟΧΙ, παρακαλώ αναφέρετε το λόγο που δεν το είπατε στο γιατρό σας.

23. Από ποιες από τις ακόλουθες πηγές έχετε μάθει για τις εναλλακτικές θεραπείες; (σημειώστε ΟΛΕΣ τις απαντήσεις που ισχύουν με \checkmark ή με \times)

___ Από τα μέσα ενημέρωσης (τηλεόραση, εφημερίδες, περιοδικά)

___ Ίντερνετ (διαδίκτυο)

___ Από φίλους

___ Από την οικογένειά μου

___ Από θρησκευτικούς κύκλους

___ Από θεραπευτές της εναλλακτικής ιατρικής

___ Από ιατρό.

___ Από νοσηλεύτρια /η

___ Από καμία πηγή. Δεν ξανάκουσα ποτέ γι' αυτές μέχρι σήμερα.

___ Από άλλη πηγή (παρακαλώ καθορίστε): _____

24. Θα χρησιμοποιούσατε τις συμπληρωματικές και/ή εναλλακτικές θεραπείες αν προσφέρονταν από τα κρατικά νοσοκομεία;

ΝΑΙ []

ΟΧΙ []

25. Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες μέρες χάσατε από τη δουλειά σας (από τις δουλειές του σπιτιού ή από τις σπουδές, το σχολείο ή άλλες υποχρεώσεις) επειδή δεν αισθανόσασταν καλά;

Αριθμός ημερών _____

26. Αν νοσηλευτήκατε τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες μέρες συνολικά νοσηλευτήκατε σε νοσοκομείο ή κλινική;

Αριθμός ημερών _____

27. Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες φορές επισκεφτήκατε τα εξωτερικά ιατρεία του ογκολογικού κέντρου;

Αριθμός _____

28. Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες φορές έχετε επισκεφθεί τον προσωπικό γιατρό/οικογενειακό γιατρό σας;

Αριθμός _____

29. Ηλικία: _____

30. Φύλο: Άντρας []

Γυναίκα []

31. Παρακαλώ αναφέρετε το μέρος του σώματός σας όπου εντοπίστηκε αρχικά ο όγκος.

.....

32. Ποια χρονολογία διαγνώσθηκε ο όγκος για πρώτη φορά;

Παρακαλώ σημειώστε μήνα και χρονολογία.

.....

33.Επάγγελμα: _____

34.Επαρχία διαμονής: _____

35. Σημειώστε με ένα **✓** ή με **X** το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο που κατέχετε :

Καθόλου ή λίγες τάξεις Δημοτικού []

Δημοτικό σχολείο []

Γυμνάσιο /Λύκειο []

Τεχνική []

Πανεπιστήμιο / Τριτοβάθμια []

Μεταπτυχιακή εκπαίδευση []

36. Σημειώστε με ένα **✓** ή με **X** το πιο αντιπροσωπευτικό για σας συνολικό ετήσιο οικογενειακό εισόδημα σε Ευρώ:

- α) Λιγότερα από <8349[]
- β) 8350 - 17000[]
- γ) 17001 - 25600[]
- δ) 25601 - 34000[]
- ε) 34001 – 43000[]
- ζ) 43001 – 51000.....[]
- η) 51001 – 59000.....[]
- θ) περισσότερα από 59001+[]

37. Οικογενειακή κατάσταση: (παρακαλώ κυκλώστε ανάλογα)

α)Ανύπαντρος/η, β)Παντρεμένος/η, γ)Διαζευγμένος/η, δ)Σε διάσταση, ε)Χήρος/α.

38. Πηγαίνετε εκκλησία ή σε άλλο χώρο λατρείας;

___ Ναι ___ Όχι

39. Πόσο θρησκευόμενος πιστεύετε ότι είστε; (κυκλώστε ένα αριθμό απο το 1-7)

1 2 3 4 5 6 7

Καθόλου

Μέτρια

Θρησκευόμενος

Εξαιρετικά

Θρησκευόμενος

40. Εθνωτική καταγωγή:

Ελληνοκύπριος []

Τουρκοκύπριος []

Άλλη [] παρακαλώ διευκρινίστε.....

Σας ευχαριστούμε θερμά για την συμβολή σας στην έρευνα .

Παρακαλούμε οπως το ερωτηματολόγιο το παραδώσετε στο αρμόδιο άτομο του Συνδέσμου σας

Παράρτημα 3. Ερωτηματολόγιο Β (Αγγλική γλώσσα)



Topic: "Research on the use of Alternative and Complementary Therapies by Cypriot patients"

As members of academic staff and research activities within the program "Healthcare Management" at the Open University of Cyprus, we are in the process of research regarding the above topic.

This research aims at exploring, surveying and studying the use of alternative and complementary therapies by cancer patients Cypriots, as a mode 1) treatment of disease, 2) the symptoms of disease, or 3) and side effects from standard medical treatment.

Participation in research is voluntary and anonymous collection of data will be used specialist, internationally recognized and reliable questionnaire. The timing of this survey do not exceed 20 minutes.

The whole work will manage the postgraduate student Mr. Nicos Zenios

(tel. 99627226) of which the subject of the research paper thesis for master's level fully meets the purpose and objectives of the research.

Completing the questionnaire is considered as consent to participate in the study.

Thank you in advance for your contribution and assistance for research to improve services in Cyprus.

The Use of Complimentary and Alterative medicine
by Cypriot cancer patients(tumor patients)

(Check a \surd or X or complete the space on every question)

1. a) Are you **currently** receiving standard medical treatment for cancer?

___ Yes ___ No

If Yes, what type

___ Surgery

___ Radiation

___ Other: _____

___ Chemotherapy

b) Have you received **previous** standard medical treatment for cancer?

___ Yes ___ No

If Yes, what type

___ Surgery

___ Radiation

___ Chemotherapy

___ Other: _____

2. Have you ever used in the past (or currently using) any form of complementary and/or alternative therapies?

Yes []

No []

3. If you have answered 'no', please check below the **main** reason for that:

- Never thought about complementary and/or alternative therapies []
- I do not believe in unproven therapies []
- I am happy with the prospects of the mainstream treatment I receive/have received []
- I cannot afford to pay for complementary and/or alternative therapies []
- I've thought about complementary and/or alternative therapies but discouraged from:
 - a) Family/friends []
 - b) Doctors []
 - c) Nurses decided not to do so []

- Other reason (please specify): _____

4. Before being diagnosed with cancer which of the following complementary and/or alternative therapies had you used? (Check **all** that apply)

- Acupuncture
- Reflexology
- Aromatherapy
- Massage therapy
- None

- Holy Water use
- Chiropractic
- Osteopathy
- Homeopathy
- Herbal therapy or other plant extracts (ie. Chinese medicinal herbs)
- "Juicing" or other non-traditional diet therapy (please specify): _____
- _____
- vitamin and/or mineral therapy
- Medicinal teas: please specify _____
- Reiki
- Yoga
- Pilates exercises
- Support groups/counselling
- Spiritual or faith healing / laying on of hands / healing touch
- Visualization / mental imagery
- Relaxation techniques / meditation
- Hypnotherapy or Hypnosis
- Other, please specify: _____

5. Before you were diagnosed with cancer which of the following practitioners of complementary and/or alternative medicine had you seen (check **all** that apply):

- None
- Acupuncturist
- Homeopathic
- Chiropractor
- Osteopath
- Massage Therapist
- Chinese medicine practitioner
- Herbalist
- Aromatherapist
- Energy Therapist
- REIKI Therapist

- ___ Psychic healer
- ___ Hypnotist
- ___ Other, please specify _____

6. Since you were diagnosed with cancer which of the following therapies have you used? (Check all that apply)

- ___ None
- ___ Acupuncture
- ___ Reflexology
- ___ Aromatherapy
- ___ Massage therapy
- ___ Holy Water use
- ___ Chiropractic
- ___ Osteopathy
- ___ Homeopathy
- ___ Herbal therapy or other plant extracts (ie. Chinese medicinal herbs)
- ___ “Juicing” or other non-traditional diet therapy
(please specify): _____
- ___ Vitamin and/or mineral therapy
- ___ Medicinal teas: please specify _____
- ___ Reiki
- ___ Yoga
- ___ Pilates exercises
- ___ Support groups/counselling
- ___ Spiritual or faith healing / laying on of hands / healing touch
- ___ Visualization / mental imagery
- ___ Relaxation techniques / meditation
- ___ Hypnotherapy or Hypnosis
- ___ Other, please specify: _____

7. Since you were diagnosed with cancer which of the following practitioners of non-traditional medicine have you seen (check **all** that apply):

- ___ None
- ___ Acupuncturist
- ___ Homeopathic

- Chiropractor
 - Osteopath
 - Massage Therapist
 - Chinese medicine practitioner
 - Herbalist
 - Aromatherapist
 - Energy Therapist
 - REIKI Therapist
 - Psychic healer
 - Hypnotist
 - Other, please specify _____
-

8. If you began using complementary and/or alternative therapies only after you knew you had cancer, when did you begin using these therapies?

Please check with or X what applies

- a) Immediately after diagnosis
- b) During the first year
- c) After the first year

9. Which of the following therapies are you **currently** using?

- Acupuncture
- None

- Reflexology
- Aromatherapy
- Massage therapy
- Holy Water use
- Chiropractic
- Osteopathy
- Homeopathy
- Herbal therapy or other plant extracts (ie. Chinese medicinal herbs)
- "Juicing" or other non-traditional diet therapy (please specify): _____
- Mega-dose or high-dose vitamin and/or mineral therapy
- Medicinal teas: please specify _____
- Reiki
- Yoga
- Pilates exercises
- Support groups/counselling
- Spiritual or faith healing / laying on of hands / healing touch
- Visualization / mental imagery
- Relaxation techniques / meditation
- Hypnotherapy or Hypnosis
- Other, please specify: _____

10. How often do you use any of the above therapies?

Please specify _____

11. When you try a complementary or alternative therapy, do you normally.....

Please check with \surd or X

a) Complete the whole recommended course of therapy []

b) Try it for a few times and if you do not see immediate results you stop it []

c) Try it at least once []

12. Please list the specific types of alternative medication, herbs, teas, or extracts that you use and by what method (i.e. by mouth, enema, injection, etc.)

<u>Type of alternative medication</u>
<u>Herbs/or teas</u>

<u>Method (i.e by mouth, enema, injection etc)</u>

13. Which of the following practitioners of complementary or alternative medicine are you **currently** seeing (check all that apply):

- None
- Acupuncturist
- Homeopathic
- Chiropractor
- Osteopath
- Massage Therapist
- Chinese medicine practitioner
- Herbalist
- Aromatherapist
- Energy Therapist
- REIKI Therapist
- Psychic healer
- Hypnotist
- Other, please specify _____

14 . How frequently do you see one of the practitioners listed in question 13?

If you have used complementary or alternative medicine since you were diagnosed with cancer please answer questions 15-22. If not skip to question 23.

15. Please give the reasons you use or have used complementary or alternative medicine since your cancer diagnosis. (Check **all** that apply)

- To directly fight the cancer with alternative therapy
- To increase the body's ability to fight cancer
- To improve physical well-being
- To improve emotional well being, provide hope, increase optimism, etc.
- To counteract ill effects from the cancer or medical treatment
- "Might help, can't hurt"
- Desire to do everything possible to fight the cancer
- Other, please specify _____

16. What benefits have you actually experienced from the alternative therapy? (Check **all** that apply)

- No benefit
- A direct decrease in the cancer secondary to the alternative therapy
- An increase in the body's ability to fight cancer
- An improvement in physical well-being
- An improvement in emotional well being, hope, optimism, etc.
- A decrease in side effects from the cancer or medical treatment
- Other, Please specify _____

17. Have you experienced any ill effects or side effects, which you attribute to the alternative therapy?
If yes, please specify ill effects and from what type of therapy.

___ Yes

___ No

<u>Type of therapy</u> Eg.vitamins		<u>Ill or side effect</u> Eg.allergy, stomach upset etc.

18. How much do you currently spend on alternative or non-traditional medical practitioners and/or alternative medications in one month?

(Please circle what applies)

Less than<€50, €51-100, €101-200, €201-500, €501-1000, more than>€1000

19. Do you believe you receive good value from what you spend on complementary or alternative medicine?

Yes No Not sure

20. How **satisfied** are you with the complementary or alternative therapy you use or have used since diagnosed with cancer (Circle a number)?

1	2	3	4	5	6	7
Not at all						Completely
Satisfied			average			Satisfied

21. How **effective** do you think is the complementary or alternative therapy you use or have used since diagnosed with cancer (Circle a number)?

1	2	3	4	5	6	7
Not at all						Extremely
Effective			average			Effective

22. Have you mentioned the use of complementary and/or alternative therapy to your doctor?

Please check with \surd or X what applies

Yes [] No []

22a. If yes, what was his/her response?

22b. If no, please state the reason.

23. From which of the following have you learned about alternative therapies? (Check **all** that apply)

___ The media (TV, magazines, newspapers)

___ Friends

___ Internet

- ___ Family
- ___ Religious contacts
- ___ Practitioners of alternative therapy
- ___ Medical doctor
- ___ Nurse
- ___ No one, never heard of it until today
- ___ Other: _____

24. Would you use complementary and/or alternative therapies if offered by the NHS (public hospitals)?

Yes []

No []

25. How many days off work (or housework or studies) you have had during the past year due to being unwell?

Number of days _____

26. If you have been hospitalized during the last 12 months, how many days have you been in total in the hospital?

Number of days _____

27. How many times you have attended the outpatient clinic of your oncology centre in the last 12 months?

Number of days _____

28. How many times have you visited your GP during the last 12 months?

Number _____

29. Age: ____

30. Gender: Male []

Female []

31. Site your cancer began:

(Please specify area of the body) _____

32. When cancer was diagnosed for first time?

Please specify month and year.....

33. Occupation _____

34. Place of residence (please specify district in Cyprus) _____

35. Select the highest educational level you completed:

Please check with \surd or X what applies

Few classes or no school []

Primary School []

Secondary Education []

Technical training []

College /University Degree []

Post-graduate Education []

36. Please check with \surd or X, the range best representing your annual total household income in thousands of Euros:

a) less than <8,349[]

b) 8,350 - 17,000[]

c) 17,001 – 25,600[]

d) 25,601 – 34,000[]

e) 34,001 – 43,000[]

g) 43,001 – 51,000.....[]

h) 51,001 – 59,000.....[]

i) more than 59,001+[]

37. Marital Status: (please circle the appropriate category)

a)Single b)Married c)Divorced d)Separated e)Widowed

38. Do you attend church/temple/ other house of worship?

___ Yes ___ No

39. How religious do you consider yourself? (Circle a number)

1	2	3	4	5	6	7
Not at all			average			Extremely
Religious						Religious

36. Ethnic background:

Greek Cypriot []

Turkish cypriot []

Other [] please specify.....

Thank you for your contribution to research.

Please hand the questionnaire to the responsible person of your Association

Ηλεκτρονικό μήνυμα, Οικονόμου, Β., lakiseco@spidernet.com.cy, Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος, Εναλλακτική Ιατρική. 25/4/2014.

«Η πάγια πολιτική του Συμβουλίου Ιατρικού Σώματος είναι ότι δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε με οποιονδήποτε τρόπο την οποιαδήποτε διαγνωστική, θεραπευτική ή άλλη μέθοδο, αν δεν είναι αποδεκτή από την κρατούσα ιατρική ηθική και την Ιατρική Επαγγελματική Δεοντολογία και αν δεν πέρασε από τη βάσανο τυφλών και διασταυρωμένων μελετών - evidence based medicine - και επακόλουθης έγκρισης και αποδοχής από αρμόδια κέντρα, όπως είναι τα πανεπιστήμια και οι Ιατρικοί Σύλλογοι.

Παράλληλα σεβόμενοι και παρακολουθώντας την καλπάζουσα εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, εκφράζουμε την ετοιμότητά μας σε περίπτωση που στο μέλλον αποδειχθεί και τεκμηριωθεί με τους πιο πάνω τρόπους, ότι κάποια μέθοδος θεραπευτική, διαγνωστική, είτε οποιασδήποτε άλλης είναι χρήσιμη, αποδοτική, αξιόπιστη, ασφαλής και φυσικά αποτελεσματική για τους ασθενείς, θα επανέλθουμε και θα επανατοποθετηθούμε με ανοικτό πνεύμα συνεργασίας και κατανόησης, αλλά συγχρόνως και υπευθυνότητα και σοβαρότητα απέναντι στους ασθενείς και πάσχοντες συνανθρώπους μας κατά κύριο λόγο και το λειτούργημά μας.

Επίσης για μια ακόμη φορά διατυπώνουμε τη σαφή μας θέση, ότι κάθε μορφή και είδος ιατρικής πράξης μπορεί να ασκείται μόνο από ιατρό εγγεγραμμένο και αδειούχο από την πολιτεία και το Ιατρικό Συμβούλιο, σύμφωνα με τον Περί Εγγραφής Ιατρών Νόμο Κεφάλαιο 250 Άρθρο 24.....»

Παράρτημα 5.

Συμπεράσματα 4^{ης} Συνάντησης του Διορθοδόξου Δικτύου Πρωτοβουλιών Μελέτης Θρησκευτών και καταστροφικών Λατρειών που έγινε από τις 6-9 Οκτωβρίου του 2011 στην Θεσσαλονίκη.

*«1. Έχει διαπιστωθεί ότι περισσότερο, ίσως από κάθε άλλη φορά, σε παρά πολλές χώρες παρατηρείται μια **ραγδαία εξάπλωση και διεύρυνση στη σφαίρα της ιατρικής, οργανώσεων αμφιβόλου προελεύσεως ή ακόμα και καθαρά αποκρυφιστικές. Ακόμα διαπιστώνεται ότι επιχειρείται μια άνευ προηγουμένου προπαγάνδα εκ μέρους όλων αυτών των οργανώσεων, με απώτερο σκοπό τη νομιμοποίηση των ψευδοϊατρικών τους μεθόδων.***

2. Διαπιστώθηκε πέραν πάσης αμφιβολίας ότι όλες οι ψευδοϊατρικές – αποκρυφιστικές και άλλες λατρείες, που ασχολούνται με τα θέματα υγείας και ψυχολογίας, παραβιάζουν βασικά ανθρώπινα δικαιώματα. Για παράδειγμα παραβιάζουν το δικαίωμα του ανθρώπου να πληροφορείται επαρκώς για τη μέθοδο θεραπείας, ώστε να μπορεί να συναινέσει συνειδητά και ελεύθερα σ' αυτή. Ακόμα τις πλείστες φορές ο ασθενής αγνοεί τις αρνητικές συνέπειες που μπορεί να έχει στην υγεία του η διακοπή της επιστημονικής ιατρικής. Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι πολλές ψευδοϊατρικές λατρείες προτρέπουν τα θύματά τους ν' αρνούνται να λάβουν μερική ή γενική βοήθεια από την επιστημονική ιατρική, την οποία δαιμονοποιούν με όλα τα τραγικά

3. Μέσα από τις εργασίες μας και την ανταλλαγή εμπειριών και ντοκουμέντων αποδείχθηκε ότι, η πλειονότητα των ψευδοϊατρικών λατρειών παραβιάζουν τις ισχύουσες νομοθεσίες, που σχετίζονται με την προστασία των πολιτών

Λαμβάνοντας υπόψη τη μαζική εξάπλωση, της πλέον απροκάλυπτης βιομηχανίας παραγωγής ανεξέλεγκτων προσφορών υγείας από αποκρυφιστικές, ψευδοϊατρικές και άλλες αντιεπιστημονικές οργανώσεις και μεθόδους, καθώς και την άνευ ελέγχου πώληση πανάκριβων σκευασμάτων, δήθεν βιολογικών ή ενεργειακών φαρμάκων, θεωρούμε ότι μόνο η δυναμική επέμβαση των αρμοδίων κυβερνητικών οργάνων και η αυστηρή τιμωρία όσων ενέχονται σε τέτοιες δραστηριότητες, θα μπορούσε να σταματήσει την επικίνδυνη πορεία των σεκτών και να προστατεύσει τις χιλιάδες ανθρώπων που εμπλέκονται σ' αυτές από άγνοια ή ασχολούνται ερασιτεχνικά με παρόμοιες μεθόδους.

Με βάση τα πιο πάνω πιστεύουμε ότι η συνεργασία μας τόσο με τις αρχές των κρατών μας όσο και με τους Ιατρικούς Συλλόγους, είναι πέραν από επιβεβλημένη.

Προτάσεις – Εισηγήσεις,

Έχοντας υπ' όψη μας ότι οι ψευδοθεραπευτικές αυτές μέθοδοι ενδεχομένως ν' αποτελέσουν γέφυρα, που θα οδηγήσει ανυποψίαστους πιστούς στο χώρο του αποκρυφισμού και των λατρειών, προτείνουμε:

1. Περισσότερη πληροφόρηση για τα θέματα των λατρειών, των αιρετικών και παραθρησκευτικών ομάδων.

2. Ενημέρωση μέσω δημοσιευμάτων, ανακοινώσεων, αναρτήσεων στο Διαδίκτυο και επίσης μέσω αντιαιρετικών σεμιναρίων.

3. Το διορισμό και εκπαίδευση, στελεχών ειδικών επί των αιρέσεων σε κάθε Ιερά Μητρόπολη.

4. Την ενθάρρυνση της επικοινωνίας και της ανταλλαγής ιδεών, πληροφοριών και εμπειριών μεταξύ των ειδικών επί των αιρέσεων.

5. Τη δημιουργία διεθνούς δικτύου ειδικών για τα θέματα των εναλλακτικών θεραπειών, διαφόρων ειδικοτήτων (π.χ. γιατροί, νομικοί, θεολόγοι, κοινωνιολόγοι κλπ).

6. Οι Τοπικές Αρχές και οι Δημόσιες Υπηρεσίες θα πρέπει να ασκούν ενδελεχή έλεγχο, στις διάφορες ομάδες, πριν εκδώσουν άδειες λειτουργίας τους.

7. Ο νομοθέτης ν' ασχοληθεί σοβαρά με το θέμα των καταστροφικών λατρειών και να εξετάσει αν υπάρχει ανάγκη εισαγωγής νέων άρθρων στον Ποινικό Κώδικα, σχετικά με τα θέματα αυτά.

Για τη σωστή ποιμαντική αντιμετώπιση των παραπάνω υπαρκτών κινδύνων χρειάζονται:

- 1) Έγκαιρη και έγκυρη ενημέρωση των ποιμένων και γενικότερα των εκκλησιαστικών προσώπων, που ευρίσκονται σε θέσεις ποιμαντικής ευθύνης σχετικά με τους πνευματικούς και άλλους κινδύνους, που εγκυμονεί η δράση των εναλλακτικών θεραπειών και γενικότερα των λατρειών και του αποκρυφισμού.**
- 2) Σε βάθος κατήχηση του Ορθόδοξου ποιμνίου, ώστε να μην πέφτει θύμα επιτηδίων και να μην νοθεύει το Ορθόδοξο φρόνημα του με δάνεια από άλλους κοσμοθεωριακούς και θρησκευτικούς χώρους, ασυμβίβαστους με τη Χριστιανική του πίστη.**

- 3) *Επισταμένη μελέτη εκ μέρους των ποιμένων των δοξασιών και των μεθόδων αυτών των ομάδων και των διαφόρων ψυχосωματικών αλλοιώσεων που προκαλούν στα θύματα τους, ώστε να μπορούν να διακρίνουν την πλάνη από την αλήθεια.....»*