

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Sanda Velić

Alternativna in komplementarna medicina

- sociološki pogled na uporabniško izkušnjo

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Sanda Velić

Mentorica: doc. dr. Marjeta Mencin Čeplak

Alternativna in komplementarna medicina

- sociološki pogled na uporabniško izkušnjo

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

Posvetilo

*»Nič ni važno, samo to, da si zdrava.« Azema
»Vsaka generacija naj preseže prejšnjo.« Salih*

Zdrava, ta presežek, posvečam vama.

Zahvala

*mentorici doc. dr. Marjeti Mencin Čeplak za potrpežljivost,
čuječnost in strokovne nasvete.*

*Raji za podporo in vsem članom #zsp. Še posebej:
čarovniku besed in čistih rezov Davidu, neumorni Urši,
Franciju, Nini, Petri, Ani in Mateji za dnevnik,
Maji za neprecenljivo mobilnost, Leonu in Tanaji za Ljubav,
Denisu za vse ribe in izpit(n)e Coca-Cole.
Hvala vsem iz srca!
#sufitravel♥*

Alternativna in komplementarna medicina – sociološki pogled na uporabniško izkušnjo

Alternativno in komplementarno medicino se v javnem diskurzu označuje kot družbeni fenomen zahodnega sveta v zadnjih treh desetletjih. Njena revitalizacija, porast uporabe, številne zgodbe o učinkovitosti, zanimanje znanosti zrcalijo v sebi proces sekularizacije in odčaranje racionalne sodobne družbe na področju zdravljenja. V sociologiji ta fenomen predstavlja svojevrstno enigmo, ki se zaradi svoje kompleksnosti izogiba sociološkemu raziskovanju in je zato uporabniška izkušnja nemalokrat spregledana. Zaradi številnih družbenih dejavnikov, ki vplivajo na izbiro načina zdravljenja, na zdravje posameznika ter pri porastu kroničnih bolezni, se vedno bolj kaže zahteva in potreba po različnih pristopih, različnih znanosti. Sociologija lahko pomembno prispeva k razumevanju uporabniške izkušnje, pojasni, kako alternativna in komplementarna medicina posega v družbene odnose ter odgovori na vprašanje, zakaj bi se, ali pa se je že nekdo odločil za uporabo alternativno in komplementarne medicine. Eden izmed možnih odgovorov za povečano uporabo se kaže kot posledica uporabnikovih potreb po celostni obravnavi. Rešitev, ki se ponuja, je integrativna medicina, kjer sobivata tako znanstvena kot alternativna in komplementarna medicina.

Ključne besede: alternativna in komplementarna medicina, uporabniška izkušnja, znanstvena medicina, zdravljenje, integrativna medicina.

Alternative and complementary medicine – social aspects of user's experience

In the last three decades alternative and complementary medicine has been marked as a social phenomenon of western world in public discourse. Its revitalization, increasing use, numerous stories of effectiveness and interests of science reflect the process of secularisation and disenchantment of rational modern society in public health field. In sociology in general this phenomenon represents an enigma of its own, which complexity diverts it from sociological research. Therefore the experience of the user is often overlooked. The important influence of numerous social factors over the choice of healing process, the health of an individual and western society chronic disease escalation, are increasingly urging different approaches of various sciences. Sociology can significantly contribute to understanding user's experience, explain how the alternative and complementary medicine is interfering with social relations and offer answers to a question, why one would decide or already has decided to use alternative and complementary medicine? One of the possible answers of increased use of alternative and complementary medicine is visible as a consequence of user's need for integral treatment. A proposed solution is integrative medicine, where science-based medicine as well as alternative and complementary medicine coexists.

Key words: alternative and complementary medicine, user's experience, science-based medicine, healing, integrative medicine.

KAZALO

1 UVOD	7
2 ZDRAVJE IN MEDICINA KOT DRUŽBENI FENOMEN	9
2.1 Kronologija odnosa do zdravja in bolezni	9
2.2 Družbeno razumevanje in umestitev zdravja in bolezni.....	11
3 ALTERNATIVNA IN KOMPLEMENTARNA MEDICINA	13
3.1 Razvoj alternativne in komplementarne medicine	13
3.2 Terminologija	14
3.3 Izvajalci alternativne in komplementarne medicine	16
3.4 Razcvet alternativne in komplementarne medicine.....	17
3.5 Alternativna in komplementarna medicina v številkah	22
3.6 Alternativna in komplementarna medicina v Sloveniji (zakonodaja)	24
4 UPORABNIŠKA IZKUŠNJA	27
4.1 Težave pri identifikaciji.....	28
4.2 Ravnovesje: dodana vrednost uporabniške izkušnje	29
4.2.1 Zaupanje	30
4.2.2 Verjetje in verovanje	32
5 RAZISKAVA O UPORABNIŠKI IZKUŠNJI	34
5.1 Opredelitev problema	34
5.2 Metodološki okvir	34
5.2.1 Anketni vprašalnik.....	35
5.2.2 Vzorec.....	36
5.3 Osnovna pričakovanja in hipoteze.....	38
5.4 Analiza raziskave.....	39
5.4.1 Analiza anketnega vprašalnika	39
5.4.2 Profil povprečnega uporabnika.....	45
5.4.3 Obravnava hipotez	48
5.5 Interpretacija analize raziskave	56
5.5.1 Analiza hipotez.....	56
5.5.2 Podoba AKM: uporabniška izkušnja v Sloveniji	58
5.5.3 Trendi odgovarjajo na potrebe.....	62
6 SKLEP	64
7 LITERATURA	66

PRILOGE	72
Priloga A: Anketni vprašalnik	72
Priloga B: Rezultati – anketni vprašalnik	79

KAZALO SLIK

Slika 3.1: Na kaj meji AKM?	25
Slika 5.1: Najpomembnejša trditev o zdravju in bolezni.....	44
Slika 5.2: Struktura anketirancev glede na spol	45
Slika 5.3: Struktura anketirancev glede na starost.....	46
Slika 5.4: Pripadnost družbeni skupini	47
Slika 5.5: Ocena osebne vernosti.....	47

KAZALO TABEL

Tabela 5.1: Pogostost izkušnje z metodami, praksami in vednostmi AKM.....	41
Tabela 5.2: Število obiskov na leto	42
Tabela 5.3: Stališča o zdravju in bolezni	43
Tabela 5.4: Vzroki za uporabo AKM	44
Tabela 5.5: Porazdelitev anketirancev glede na doseženo izobrazbo.....	46
Tabela 5.6: Opisna statistika spremenljivk spol in pogostost (H1)	49
Tabela 5.7: T-test analiza povezanosti med spolom in pogostostjo uporabe (H1).....	49
Tabela 5.8: Opisna statistika spremenljivk verjetje in pogostost (H2).....	50
Tabela 5.9: Pearsonov korelacijski koeficient (H2)	50
Tabela 5.10: Opisna statistika spremenljivk pogostost in osebna ocena vernosti (H3) .	51
Tabela 5.11: Pearsonov korelacijski koeficient (H3)	51
Tabela 5.12: Kontingenčna tabela izkušnja zn.medicina/AKM (H4)	53
Tabela 5.13: Hi-kvadrat preizkus - izkušnja zn.medicina/AKM (H4)	53
Tabela 5.14: R kvadrat (H5).....	54
Tabela 5.15: Anova (H5).....	54
Tabela 5.16: Regresijski koeficienti (H5).....	55

1 UVOD

»To je moje telo in imam nekaj besede pri tem, kako se ga zdravi in kako naj se z njim ravna« (Woodman 2016).

Mnogo je »zgodb o zdravljenju« starih desetletja, stoletja, celo tisočletja. To so zgodbe tradicionalnih sistemov zdravljenja, kot so kitajska tradicionalna medicina, indijska ajurveda, nemška homeopatija, terapevtske metode iz daljne Japonske, razne šamanske prakse iz južne Amerike idr. in ne nazadnje tudi slovensko tradicionalno zeliščarstvo. So te zgodbe, ki so del naše vsakdanje realnosti, res samo neverjetne in praznoverne zgodbe o učinkovitosti zdravljenja raznih človeških tegob in bolezni, ali pa so nemara obstoječa alternativa in komplement dvesto let stari znanstveni in tehnološko naprednejši medicini?

Alternativna in komplementarna medicina (v nadaljevanju AKM) je družbeni fenomen, ki predstavlja področje, ki je za nekoga mistično, za drugega nerazumljivo in nedoumljivo. Enim pomeni rešitev, spet drugim praznoverje; znanosti pa predstavlja svojevrstno enigmo. Zakaj ljudje ob obstoju sodobne in tehnološko napredne znanstvene medicine uporabljajo metode, ki niso znanstveno preverljive in dokazane? V številnih člankih, prispevkih in splošnih razpravah v zadnjih treh desetletjih lahko zasledimo predvsem to vprašanje, ki buri duhove strokovne javnosti ob opazovanju porasta uporabe AKM.

Sodobne sociološke študije, ki raziskujejo uporabniške izkušnje, se soočajo s fenomenom, ki opozarja na številna protislovja v razmerjih med uporabnikom/pacientom in zdravstvenim sistemom, zdravstvenim kadrom, medicino in farmacijo. Eden glavnih trendov med uporabniki se kaže v interesu po alternativnih in komplementarnih sistemih ter metodah zdravljenja. Dolgo je veljalo, da medicina ne more biti predmet socioloških analiz. Res je že Durkheim opozarjal, da zdravja ni mogoče obravnavati ločeno od družbenega (Berkman in drugi 2000), vendar so se področja, kot so medicinska sociologija, sociologija zdravja, bolezni, zdravstvenega varstva, sociologija medicine v sociologiji etablirala šele od sredine 20. stoletja¹.

¹ Talcott Parsons, ameriški sociolog, je leta 1948 prvi opravil sociološko analizo bolezni in medicine v sodobni družbi ter opredelil družbeno vlogo zdravnika in bolnika.

Sociološko raziskovanje naslavlja različne družbene akterje, ki igrajo glavno vlogo na področju alternativne in komplementarne medicine in razmerja med njimi: uporabnike, izvajalce, zdravnike znanstvene medicine, farmacevtsko srenjo, medije zavarovalništvo ter državno oblast z zakonodajo.

Obravnavanje te kompleksne tematike zahteva svoj prostor in interdisciplinaren pristop. Glede na obširnost, ki ga nakazuje uvodni pregled številnih vprašanj, ki se nam porajajo, se bomo v diplomskem delu osredotočili le na uporabnike alternativne in komplementarne medicine, na njihovo izkušnjo skozi sociološko perspektivo in empirično raziskavo.

Glavni cilj in namen diplomskega dela predstavlja interpretacija glavnega raziskovalnega vprašanja: Zakaj se nekdo odloči za uporabo alternativne in komplementarne medicine? Odgovor bomo strukturirali v zapisu sociološke refleksije tega družbenega fenomena. Na splošno v teoretičnem delu in na podlagi raziskave uporabniške izkušnje v empiričnem delu.

Poglavja smo strukturirali v pet glavnih sklopov: interpretacija podobe področja zdravja in medicine, podobe AKM v moderni družbi, uporabniške izkušnje, analize in interpretacije ankete. S podobo analiziranega področja v moderni družbi je premosorazmerno razvita tudi terminologija. K temu pripomorejo tudi nenehni spopadi, kaj medicina je oziroma ni, kakšne metode, prakse in vednosti obstajajo in kdo jih izvaja. Temu smo posvetili svoje poglavje. Glavnina analize uporabniške izkušnje, ki jo strukturiramo v četrtem poglavju, ponuja tako interpretacijo težav pri identifikaciji, kot analizo dodane vrednosti uporabniške izkušnje.

2 ZDRAVJE IN MEDICINA KOT DRUŽBENI FENOMEN

2.1 Kronologija odnosa do zdravja in bolezni

V tradicionalnih družbah sta bila bolezen in zdravje tesno povezana z religioznimi pojmovanji. Že v antični grški medicini so ob religiozno-mitičnih konceptih zdravja in bolezni začeli nastajati tudi sekularni koncepti. V času od 17. do 19. stoletja pa se je razvila večina diskurzov in praks, ki uokvirjajo sodobno biomedicino, ki je zavrnila praznoverja, vez s tradicionalno medicino in se podredila veri v znanost in tehnologijo (Ule 2003, 13–15).

Dvajseto stoletje je obdobje najbolj obsežnih in temeljitih sprememb v medicini kot tudi v pojmovanju zdravja in bolezni. Nad iracionalnimi in magičnimi sistemi zdravljenja prevlada medicina, zasnovana na znanstvenih podlagah. Znanstvena medicina pridobi privilegiran položaj v primerjavi z drugimi družbenimi institucijami (cerkev). Z zaupanjem ljudi do medicine se je spreminjal tudi odnos do bolezni in zdravja, ki je bilo vse manj razumljeno kot božja volja in vse bolj iz pasivnosti prešel v t. i. borbo za zdravje (Ule 2003, 23).

V okviru tega diplomskega dela je ključen oris področja v odnosu uporabnikov do znanstvene medicine in s tem hkrati tudi do alternativne in komplementarne medicine. Za interpretacijo izsledkov tega diplomskega dela je torej potrebno razumeti zdravje in bolezen skozi sociološki zorni kot. Razvoj sociologije zdravja in bolezni je pomembno sooblikovala raziskava Talcotta Parsonsa iz leta 1948. Pripravil je sociološko analizo bolezni in medicine v sodobni družbi in opredelil družbeno vlogo bolnika. Namen Parsonsovega modela je trojen: ocena vloge zdravja in bolezni v družbi; ugotovitev da ima medicina osrednje mesto v sodobni družbi; poleg strokovne narave ima medicina predvsem družbeno vlogo, s katero ureja družbo (Adam in Herzlich 2002, 47). Sociologija medicine je kot samostojna sociološka veja tako dobila svojo znanstveno potrditev dobrih petdeset let nazaj in je imela v svojih začetkih pretežno empirični karakter.

Razumevanje zdravja in bolezni je časovno, kulturno in geografsko relativno, odzivanje na bolezen, načine zdravljenja in odnos do bolnikov/uporabnikov pa je družbeno pogojeno (Adam in Herzlich 2002, 6–7). Za konstrukcioniste človeška bolezen ni fizična stvarnost, ki je umeščena v telo, temveč je neločljivo povezana z zbirko prepričanj in verovanj, ki so jih že pred tem ustvarili ljudje v medosebni interakciji in predhodno obstoječimi socialni pomeni (Ule 2003, 37).

Spremembe v razumevanju zdravja in bolezni oblikujejo medicinski diskurz. Ta se je radikalno spremenil v zadnjih dveh desetletjih, saj je diskurz o boleznih zamenjal diskurz o zdravju (Ule 2003, 35). Skrb za zdravje je eden temeljnih imperativov sodobnih družb, ki močno vpliva na vsakdanje življenje ljudi in - predvsem v pogojih dekonstrukcije javnih sistemov, reproducira in pogloblja socialne razlike. Tudi porast uporabe AKM deloma lahko pripišemo procesom, povezanim z imperativom individualne skrbi za zdravje. Njegovo ohranjanje se spreminja v posebno ideologijo, ki nadomešča religijo in postaja posebna vrlina (Ule 2003, 41–42). Usmeritev v zdravje in ne v bolezen posledično privede do vprašanj o zadovoljstvu z delovanjem zdravstvenih ustanov in zaupanju do zdravstvenega kadra. Odgovori opozarjajo, da tako zadovoljstvo kot zaupanje zdravniku nista zgolj objektivno utemeljena in sta odvisna od celotnih razmer v času in družbenem okolju (ne gre zgolj samo za odnos zdravnik/bolnik ali razmer v zdravstvenih ustanovah) (Toš 2002a, 173–175).

Ideologija zdravilstva se le malo razlikuje od ideologije znanstvene medicine glede pripisovanja odgovornosti bolnikov za njihovo bolezen ali ohranjanje zdravja. Večina zdravilcev ne opaža povezave med družbenim okvirom posameznika in njegovo boleznijo, tako kot tega pogosto ne opažajo zdravniki (Ule 2003, 270). Izvajalci AKM pripisujejo odgovornost uporabniku in ga spodbujajo k aktivnemu sodelovanju pri poteku zdravljenja, s tem pa omogočijo opolnomočenje² uporabnika oziroma bolnika. Prenos odgovornosti nekoč od »boga na zdravnika«, v sodobni družbi pa od »zdravnika na posameznika«, zrcali v sebi razlog porasta zanimanja za AKM, a na drugi strani krizo medicine.

² Opolnomočenje bolnikov: bolniki naj bi se v polni meri zavedali odnosa med določenimi vzorci obnašanja in kvaliteto življenja. Isto velja za zdravljenje. Mnogo lažje se bodo držali pravil, če se bodo sami odločili zanje in jih zavestno sprejeli z vsemi posledicami. Zdravnik pove strokovno mnenje in razloži možne poteke zdravljenja. Bolnik pa se sam odloči za način spopadanja z boleznijo in stil življenja ter sprejme posledice za svoje odločitve (Molema in drugi v Ule 2003, 81).

2.2 Družbeno razumevanje in umestitev zdravja in bolezni

Sociologija in njene metode so odgovor na vprašanja uporabnikov AKM glede razumevanja in priznavanja njihove izkušnje, izvajalci AKM in državna oblast pa potrebujejo družboslovnega mediatorja v javno političnem diskurzu z znanstveno medicino. Obstoječe sociološke metode so v okviru analiz sicer odvisne od omejitev, ki jih postavlja znanstveno raziskovanje AKM. Sociologija sama, kot znanost o družbi, je v neudobnem položaju, ko dokazuje svojo pravico do obstoja z ukvarjanjem z mnogimi pojavi, ki spadajo v mejno področje znanosti (Simmel 2000, 9). In na tej meji znanosti je tudi AKM.

Poskusi dialoga sociologije z medicino segajo že desetletja nazaj, a do danes se stvari niso veliko spremenile. Profesorica na Fakulteti za družbene vede v Ljubljani dr. Ule je poskušala vzpostaviti dialog z medicino s knjigo *Spregledana razmerja*, kjer pravi: »Knjiga je pravzaprav oblika komuniciranja z medicino in zdravniki, komuniciranja, ki ga nikakor nisem mogla vzpostaviti drugače. Vse moje dosedanje objave so naletele na molk« (Ule 2003, 12). Kakšno je stanje danes, nimamo razpoložljivega podatka, a po pregledu sekundarnih virov ni zaznati bistvenega napredka v povezovanju in sodelovanju med družboslovnimi vedami in znanstveno medicino. Tako ni presenetljivo dejstvo, da medicina (na splošno) ni odprta za interdisciplinarno sodelovanje z drugimi vedami (Ule 2003, 12).

Domena sociologije ni, da sodi o znanstvenih metodah naravoslovne znanosti. Problem nastane, ko si začnejo jemati pravico in legitimnost izrekati sodbe o družbenih pojavih, ki po svoji naravi tvorijo družbeno realnost in kot taki sodijo v polje in pristojnost sociologije. Sociolog, ki želi razložiti družbene pojave, ki pa so vedno odvisni od vedenja posameznikov, mora premisliti ugotovitve drugih znanost ter se vključiti v diskurz še posebej, če ta izključuje ostale razlage, ker niso uglašene z interesi prevladujoče paradigme (Kovačič 2007, 32–33).

Če medicina obravnava bolezen kot zdravljenje simptomov, bolnika pa kot objekt, sociologija razširja problematiko bolezni in bolnika k vprašanju: Zakaj? Sociologija poskuša razumeti ta vprašanja, a obenem odpira celo vrsto novih dilem: družbenih, socialnih, identitetnih in moralnih ter se sooča z novimi dilemami in ne nazadnje tudi z metodološkimi problemi (Ule 2003, 10).

Z napredkom in razvojem znanosti se je dobri dve stoletji razvijala medicina, ki jo danes poznamo kot znanstveno (uradno, zahodno itd.) medicino. Alternativni in komplementarni sistemi in metode zdravljenja so se skozi čas ohranjali, preoblikovali ter razvijali novi. Kljub razvoju in dosežkom znanstvene medicine niso nikoli povsem izgubili privlačnosti med ljudmi, še več, v zadnjih treh desetletjih celo pridobivajo na interesu javnosti.

Znanstvena in alternativno-komplementarna medicina sta si v zgodovini izmenjevali vloge alternativnega, komplementarnega ali uradnega (priznanega) sistema zdravljenja. Eden od primerov prehajanja iz enega statusa v drugega je Coca-Cola. Znana je kot osvežilna pijača, a malokdo ve, da je bila sprva patentirana kot zdravilo³. Danes, 120 let kasneje ob spremenjeni kemični sestavi, je kot gazirana pijača s sladkorji in kofeinom predmet kritik nutricionistov, saj pretirano pitje resno vpliva na zdravje. Ob dokazani škodljivosti bi pričakovali, da bo Coca-Cola skozi čas izginila s prodajnih polic, tako kot je z lekarniških, pa ni. Še več, je najbolj prodajana gazirana pijača po celem svetu in se še danes priporoča kot »zdravilni dodatek«, tudi s strani zdravnikov. Ajda Cimperman, dr. med. spec. pediatrije ob driski pripisuje otrokom tekočino s praškom za rehidracijo. Zdravilo ima neprijeten okus in ga otroci odklanjajo. Zato predlaga uporabo Coca-Cole, saj se je v praksi izkazala kot uspešen nadomestek. »Kozarec te, sicer med starši ne-spoštovane pijače, pustimo na zraku uro ali dve, da iz nje izhlapijo mehurčki, ki napenjajo oboleli želodec. Otroku, ki bruha, jo vsakih pet ali deset minut ponujamo po požirkah ali žlici« (Cimperman 2016). Kljub umiku z lekarniških na potrošniške police se torej lahko ohranja status komplementa zdravilu znanstvene medicine.

To je eden od primerov, ki nakazuje zagate v razmejevanju med znanstveno medicino ter alternativnimi in komplementarnimi sistemi ter metodami zdravljenja. Zato med najbolj pereče probleme, s katerimi se srečujemo pri raziskovanju AKM, v nadaljevanju izpostavljam terminologijo, kategorizacijo metod v slovenski zakonodaji, razloge za razcvet ter izvajalce AKM, ki jih bomo obravnavali skozi temeljne dileme razmerij med znanstveno medicino in AKM.

³Farmacevt John Pemberton je zmešal liste koke in kofeina s karbonizirano vodo in nastalo je licencirano zdravilo. Veljalo je splošno prepričanje, da je dobro za zdravje, saj naj bi pomagalo ozdraviti mnoge tegobe, kot so glavobol, bolečine v želodcu, utrujenost in celo zasvojenost z drogami. Leta 1886 je bilo prvič na policah v ameriških lekarnah. Podjetnik Candler je prevzel posel in dosegel, da se od leta 1898 dalje ni prodajala več kot zdravilo, temveč kot osvežujoča pijača (RTV Slovenija 2011).

3 ALTERNATIVNA IN KOMPLEMENTARNA MEDICINA

To poglavje predstavlja interpretacijo in analizo področja AKM s pomočjo zbrane literature in virov. Strukturirali smo ga v obliko, ki poda odgovore na vprašanja, kakšen je bil razvoj, o katerih storitvah govorimo, kdo je izvajalec in kakšno je današnje stanje. Zadnje podpoglavje je namenjeno specifikam v Sloveniji.

3.1 Razvoj alternativne in komplementarne medicine

Znanstvena medicina kljub temu, da se poskuša otresti preteklih povezav z religijo, magičnim, tradicionalnim, ne more skriti, da je prevzela vrsto funkcij od religije in magije, ki segajo še v antične čase. Od religije je prevzela predvsem vlogo splošnega varuha moralnega reda in vrednotnega sistema (Turner v Ule 2003, 27). Indikativno je že to, da za utemeljitelja znanstvene medicine še danes velja Hipokrat, kljub temu da je njegov sistem vključeval vedeževanje in božjo voljo (Adam in Herzlich 2002, 19). Od Hipokrata dalje so se stoletja ljudje brez razlik obračali na vedeževalce in zdravilce, ki so izvajali magične obrede in pripravljali mešanice zdravil. Še v sedemnajstem stoletju je zdravnik ugotavljal le smrt in ni posegal v telo. Cerkev, se je nato trudila pritegniti ljudi k molitvam in jih odvrniti od čarovniških praks. Na krščanskem zahodu so religiozno predstavo zla povezovali z neizogibno usodo, ki je v rokah boga. Empirična in razumsko utemeljena medicina je začela napredovati do začetka devetnajstega stoletja, ko se je začela anatomsko-klinična medicina. Od konca devetnajstega stoletja vse do začetka druge svetovne vojne so se dosežki vrstili. Večji mejnik medicine je predvsem presaditev srca leta 1967. Zaradi postopnega razvoja in kljub današnjim visoko-tehnološkim dosežkom ima medicina še vedno svoje meje uspešnosti. Predvsem zaradi usmeritve v visoko tehnološki razvoj, manj pa v celostno obravnavo človeka (Adam in Herzlich 2002, 19–21).

Sociološko gledano je ta razvoj zanimiv, saj prikaže, kako družbeno dogajanje vpliva na vzpon znanstvene medicine in pridobivanje postopnega monopola nad zdravljenjem. Vendar razvoj iz tradicionalnih družb v moderne na zahodu ni izkoreninil praks, metod, ki jih danes imenujemo AKM. Meje med magičnim, verskim in znanstvenim pristopom so se s časom vse bolj postavljale, a mešanico medicine, magije in religije najdemo prav

v vseh kulturah. Različen je le razvoj družb in sistemov, tudi medicinskih (Adam in Herzlich 2002, 18–22).

Pogled v preteklost nam pokaže, da so ljudje uporabljali za zdravljenje metode, primerljive zgodovinskemu razvoju družb, z znanstveno medicino pa smo kot družba dosegli najvišjo stopnjo tehnološkega napredka na področju zdravljenja. Če je medicina doživljala največji razcvet v obdobju 1890–1960, ga AKM v zadnjih treh desetletjih. S tem postaja razcep med znanstveno medicino in AKM vse ostrejši: znanstvena medicina se v boju za pacienta poskuša otresti AKM kot možnega tekmeca na področju zdravljenja, tako kot se je nekoč cerkev poskušala otresti medicine (Adam in Herzlich 2002, 12). Ugotavljamo, da AKM predstavlja prej izziv znanstveni medicini v zdravstvenem diskurzu, ki želi ohraniti moč nad medicinskim znanjem in vednostjo o zdravljenju, kot pa tekmeca v boju za pacienta.

3.2 Terminologija

Po doktrinah medicinske znanosti, ki jih je sprejela Svetovna zdravstvena organizacija, se alternativna in komplementarna medicina nanaša na širok nabor praks v zdravstvu, ki niso del lastne tradicije te države in niso vključene v prevladujoč sistem zdravstvenega varstva. Svetovna zdravstvena organizacija in države članice Evropske unije (v nadaljevanju EU) večinoma uporabljajo izraz tradicionalna medicina (*traditional medicine*) ali komplementarna in alternativna medicina (*CAM: Complementary and Alternative medicine*) (World Health Organization 2016).

Smernice niso zavezujoče za države članice - slovenska zakonodaja jih torej ne vključuje, saj govori o zdravilstvu: »Zdravilstvo je dejavnost, ki jo opravljajo zdravilci z namenom izboljšati zdravje uporabnika storitev. Zdravilska dejavnost obsega ukrepe in aktivnosti, temelječe na zdravilskih sistemih in zdravilskih metodah in se izvaja na način, ki ne škoduje zdravju« (Zakon o zdravilstvu 2007).

Ne glede na opredelitve v slovenski zakonodaji bomo v nadaljevanju uporabljali naslednje termine⁴:

⁴ Pri citiranju in navajanju drugih avtorjev bodo uporabljeni njihovi termini za poimenovanje znanstvene medicine ali AKM.

- *znanstvena medicina*; tisti, ki znanstveno medicino izvajajo bodo navedeni kot *zdravniki*; uporabnike pa bomo naslavljali s *pacienti*.

- *alternativna in komplementarna medicina* (AKM; AK medicina); vsi, ki jo izvajajo bodo navedeni kot *izvajalci alternativne in komplementarne medicine* (izvajalci AKM); skupek vseh metod, vednosti, načinov, praks, storitev itd., ki jih uporabljajo izvajalci AKM za izvajanje AKM, bodo navedeni kot *AK metode, prakse in vednosti ali metode, prakse in vednosti AKM*; uporabnike pa *uporabniki AKM*.

Termini, ki označujejo AKM, imajo primerjalno osnovo v odnosu do znanstvene medicine. **Medicina** je vednost o zdravju in bolezni ter tehnikah zdravljenja bolezni (Kovačič 2007, 122). Različna pojmovanja (ortodoksna, šolska, mainstream, konvencionalna itd.) kažejo na številne poskuse ustvarjanja ostrih ločnic med uradno medicino in AKM. *Uradna medicina*, kot pravi Židov (2000, 140) je medicina, ki temelji na razumevanju človeškega telesa, kakor ga je sprejela zahodna družba. *Moderna medicina* poudarja sodobnost, tehnološko razvitejšo medicino. *Zahodna medicina* označuje medicino, ki je nastala na geografskem območju Evrope in Amerike. Pri *znanstveni medicini* je v ospredju znanstvena dokazljivost in preverljivost.

Alternativna medicina je termin, ki predstavlja alternativo znanstveni medicini. V Sloveniji znanstvena medicina in oblast zaradi tega terminološko determiniranega pomena termina »alternativa« in zaradi primata nad terminom »medicina«, zavračajo poimenovanje neznanstvenega področja, kot je AKM, z medicino. Med uporabniki in v javnosti pa izraz »alternativna« nima tako determinističnega statusa (Rupel in drugi 2014).

Komplementarna medicina vključuje dopolnilne metode, ki se izvajajo ob metodah uradne medicine in ne spreminjajo konceptualnih okvirjev uradne medicine (Ernst v Kovačič 2007, 124). Zasedimo tudi druge termine, kot so: neuradna, celostna, nekonvencionalna, naravna ali ljudska medicina in ljudsko zdravilstvo, KAMZ (komplementarne in alternativne metode zdravljenja) idr. Poznamo tudi vseobsegajoč termin: samozdravljenje⁵.

⁵ Samozdravljenje: zdravljenje samega sebe z uporabo zdravil brez recepta, s pomočjo zdravilnih zelišč, alternativne medicine, s postom (Bizjak Končar, Aleksandra in drugi 2014).

3.3 Izvajalci alternativne in komplementarne medicine

Po ocenah raziskovalcev je v Evropski uniji 310.000 registriranih AKM izvajalcev, med njimi približno 160.000 (ne)medicinsko izobraženih in 145.000 zdravnikov. Raziskovalci so izračunali, da obstaja povprečno 65 izvajalcev AKM (35 (ne)medicinsko izobraženih in 30 zdravnikov) na 100.000 prebivalcev (Von Ammon in drugi 2013, 7). Če to razmerje prenesemo na Slovenijo, bi lahko ocenili, da je pri nas več kot 1300 izvajalcev AKM.

Zaradi tega se zdi, da je področje AKM in njenih izvajalcev popolnoma kaotično, zato nas še posebej zanima, na podlagi česa uporabniki AKM zaupajo in razlikujejo med dobrim, uspešnim izvajalcem AKM. Na družbeno priznane statuse, ki izhajajo iz sistemov državno priznanih izobraževanj, usposabljanj, se pač ne morejo opirati. Zdravnikom podeljujejo status usposobljenosti in učinkovitosti državne institucije, izvajalcem AKM pa večinoma sami uporabniki. Na osnovi česa torej? Kdo so torej dobri izvajalci AKM?

Ule (2003, 267–268) pravi, da je dober zdravilec tisti, ki posveti veliko pozornosti duševnemu stanju bolnika in možnim globljim psihofizičnem vzrokom njegove bolezni, saj zdravilstvo lahko pomaga bolniku zlasti pri boleznih, ki terjajo celosten odnos do posameznika, ki so psihosomatskega izvora. Vzbuja zaupanje v lastne moči in pripomore, da se v bolniku zbudijo skrite moči za samoozdravitev. Dober zdravilec svetuje bolnikom, da sami kaj storijo za svoje zdravje, npr. sprememba vsakdanjega načina življenja, prehrane itd. ter priznava meje svojih terapij. Tu se kaže bistvena razlika med zdravilcem in raznimi šarlatani, ki se odevajo v mit nedostopnih skrivnosti, ki so bojda dostopne zgolj njim (Ule 2007, 46). Po drugi strani so znanja in vednosti znanstvene medicine, zaradi visokega tehničnega znanja, prav tako težko dostopne povprečnemu uporabniku.

Pravzaprav sta obe, tako znanstvena medicina kot AKM, za uporabnika ali pacienta nepregledno področje informacij o zdravljenju. Uporaba ene ali druge je odvisna od zaupanja zdravstvu (zdravnikom) in AKM (izvajalcem). Povzamemo lahko, da so največji problem tisti izvajalci, ki so na trgu izključno zaradi osebne koristi in ne zaradi koristi uporabnika AKM, saj je potrošniški trg AKM privlačen za posameznike, ki služijo na račun zaupanja uporabnikov AKM.

Popolna zaščita seveda ni mogoča, vedno bodo obstajali izvajalci AKM, ki bodo uporabnike potiskali v past »nespametnosti«. Kar je nespametno, je, kot potrjuje zgodovina, podvrženo stalnim spremembam družbenega napredka. Kako so pojmovanja o zdravju, bolezni in medicini podvržena spremembam v skladu s spreminjanjem vodilnih ideologij, kulturnih tradicij ter vrednotnih sistemov (Ule 2003, 18), si na kratko pogledimo v naslednjem poglavju, ki bo prispevalo k širšemu razumevanju izkušnje z AKM.

3.4 Razcvet alternativne in komplementarne medicine

Dejavniki, ki vplivajo na povečano potrošnjo, zanimanje in razcvet AKM, so globalno gledano povezani z mnogimi makro družbenimi spremembami v zadnjih tridesetih letih. V tem obdobju beležimo zaradi globalizacije, dostopnosti interneta, številčnejših potovanj mešanje kulturnih in religioznih praks, verovanj in prepričanj, ki vplivajo na odnos posameznika do AKM. Zaupanje v AKM je v nasprotju s tezo o modernem človeku kot racionalnem, pragmatičnem bitju.

Postopno upadanje zaupanja v medicinsko stroko, ki je tudi posledica dejstva, da učinkovitost zdravljenja predvsem kroničnih bolezni ne izpolnjuje pričakovanj bolnikov, je pomemben faktor pri razcvetu AKM. Pomembno vpliva tudi prevelika specializacija, zaradi katere sodobna znanstvena medicina posameznika ne obravnava kot celote. AKM je to vrzel uspešno zapolnila (Ule 2007, 108), izvajalcem znanstvene medicine, raziskovalcem, farmaciji in drugim akterjem pa povzročila marsikateri problem.

Celostnemu pristopu k zdravljenju mnogi raziskovalci pripisujejo pomemben vzrok pri popularnosti AKM. Uporabniki cenijo bolj osebni odnos in upoštevanje osebe kot celote in ne samo kot telo. Zanimivo je, da med bistvenimi značilnostmi družinske medicine med drugimi najdemo tri, ki jih, kot pravi Kersnik (2006), AKM ponuja kot nekakšno novo odkritje: razvijanje odnosa, ki je osredotočen na posameznika, njegovo družino in skupnost; edinstven potek posveta med zdravnikom in bolnikom, ki z učinkovitim sporazumevanjem postopoma ustvari povezanost med zdravnikom in bolnikom; se ukvarja z zdravstvenimi problemi v psihološkem, socialnem, kulturnem in eksistencialnem okviru (Kersnik 2006, 205).

Menimo, da niso ravno novo odkritje kot pravi Kersnik, saj so AKM od nekdanj odlikovale te značilnosti, še posebej pomembnost dotika in osebnega stika. Visok tehnološki napredek, potreba po strogo profesionalnem odnosu zdravnik – bolnik pa je znanstveno medicino vodilo v izgubo osebnega stika, tudi dotika, ki pa je v medčloveških odnosih pri negi in zdravljenju pomemben faktor.

Medicina zbada, zareže, diagnosticira, občutki in čustva so moteč faktor, telo vidi le kot objekt napak. AKM pa se pogovarja, dotika, daje prednost občutkom in čustvom ter psiho-somatiki. Prisluhne uporabniku. To je eden izmed pomembnih razlogov za razcvet AKM: odnos do sočutja in blagosti (Douglas v Ule 2007, 109). Telo je subjektivni sporočevalec, ki komunicira. Dotik je izgubil mesto v medicini, dobil ga je v AKM. Getzinger (2002) govori o »tactile sense«: Taktilna izkušnja je pomembna potreba človeka in marginalizacija te izkušnje s strani medicine se odraža v večji porabi AKM. Prav tako zgublja funkcijo v skoraj vseh pomembnih javnih sferah: komunikaciji, mobilnosti itd. To je izkoristila predvsem sprostitutvena industrija (leisure industry), pa tudi AKM. Ne glede na samo terapijo ima že samo fizični dotik tolažilni in zdravilni učinek, ki lahko izboljša uporabnikovo stanje (Stratton in drugi 2008, 779).

Porast AKM lahko pripišemo tudi potrebi uporabnikov po naravnem zdravljenju brez toksičnih stranskih učinkov, ki so pogosti v zdravljenju z zdravili, ki jih predpisujejo zdravniki znanstvene medicine. Povezavo najdemo tudi z upadanjem zaupanja v znanstveno medicino (in farmacijo) zaradi dejstva, da so bile in so še vedno informacije o napakah in zmotah v znanstveni medicini težko dostopne (Foucault 2004).

Popularnost in razcvet AKM Ule (2003) pripisuje umestitvi AKM v prazne prostore in vrzeli, ki jih pušča znanstveno tehnična medicina. Navaja tudi druge razloge:

- medicina ponuja vedno bolj zahtevna zdravila in načine zdravljenja; zdravilstvo relativno enostavni, neboleči načini samozdravljenja;
- medicina se zanaša na moč zahtevnih medicinskih tehnik; zdravilstvo se zanaša na sugestijo, enostavne in pregledne postopke in naravna zdravila;
- medicina v bolnikih vidi obolele organe; zdravilstvo vidi v bolnikih trpeče osebe, posamezna obolenja pa kot celostne poškodbe telesa in duha (Ule 2003, 263).

V zahodnih družbah je na razcvet pomembno vplivalo potrošništvo in vloga potrošnika zdravstvenih oziroma alternativno-komplementarnih dobrin. Zdravje je kot vrednota na prvem mestu, a je obenem postala pomembna potrošniška dobrina. Ukvarjanje z zdravjem gre vzporedno z naraščanjem potreb po dobrem počutju, mladostnem videzu. Ljudje se vedno bolj ukvarjajo s samim seboj, telesom, zdravjem in vedno manj s stvarmi zunaj sebe, kar ne vodi v de-medikalizacijo, temveč le v relativizacijo socialne in zdravstvene vloge medicine (Ule 2003, 49–50).

Dostopnost AK metod, praks in vednosti se kaže kot naslednji pomemben faktor. Pri AKM uporabnike pri dostopu ne ovirajo zbirokratizirani postopki, ki so značilni za znanstveno medicino. Prednost mnogih AK metod, praks in vednosti je, da uporabnik ne potrebuje kontinuiranega nadzora izvajalca AKM (primer joga, prehranski dodatki itd.) in sam odloča o načinu samozdravljenja, kdaj bo začel terapijo in koliko časa bo trajala (Stratton in drugi 2008, 779).

Ne smemo zanemariti večje ponudbe alternativno-komplementarnih metod na trgu, ki v nasprotju z odtujenim visokotehnološkim zdravljenjem, polnimi ambulantami, dolgimi čakalnimi dobami, rutinskimi, pogosto brezosebnimi in na minute omejenimi odnosi med bolniki in zdravniki, ponujajo bolj blage in prijazne oblike zdravljenja, bolniku vlivajo samozaupanje, pripisujejo mu moč za spremembe življenja, ki ga bodo pripeljale do uspešnega samozdravljenja. Poleg tega pa alternativne metode zdravljenja pogosto dosegajo uspehe. Zgodi se, da ozdravijo tudi medicinsko odpisane primere, kar pa je znanstveno težko dokazati (Kamin 2006, 23–24).

Na razcvet AKM so močno vplivali tudi splet in mediji. Od kontinuitete poročanja, do načina diskurza v poročanju, pa tudi selekcije interpretacij področji, vezanih na AKM. Mediji imajo velik vpliv na odločitve ljudi in na javno mnenje. Opažamo, da izpostavljajo predvsem tiste zgodbe, ki so dramatične in senzacionalne, saj posledično prinašajo gledanost oziroma branost. Mediji nemalokrat spodbujajo nerazumevanje znanosti v javnosti, saj znanstvene novice pogosto pišejo dopisniki za splošna področja in nekritično spreminjajo sporočila za javnost. Največja težava z zgodbami o znanosti v medijih je v tem, da le redko izvemo, kaj je neka raziskava resnično pokazala, ko novinarji rečejo »raziskava je pokazala« (Goldcare 2011, 210–215). Na drugi strani pa se novinarji branijo: »Za neprimerno poročanje o zdravstvenih temah je najbolj

preprosto kriviti površne in premalo izobražene novinarje, ki iščejo senzacionalistične naslove ter pri pisanju uporabljajo strahove in predsodke namesto znanstvenih dejstev« (Kučić 2003).

Uporabniki AKM, potrošniki farmacevtskih, kozmetičnih, prehranskih itd. industrij ter zdravstvenih storitev so med tema »dvema ognjema«. To so izkoristila predvsem farmacevtska podjetja, ki so že daljše obdobje vitalen del procesa medikalizacije družbe. Prispevajo k intenzivnemu medikaliziranemu družbenemu stanju in komercializaciji medicine. Njihov vpliv, s promocijo in prodajo izdelkov preko spleta, še nikoli ni bil tako močan in neposreden kot je sedaj (Šimenc 2011, 63). Na drugi strani pa ugotavljamo, da AKM izvajalci spleta in medijev ne izkoriščajo v taki polnosti. Razlog je nedvomno slovenska zakonska regulativa, ki omogoča ukvarjanje z AKM licenciranim zdravilcem. AKM izvajalci uporabljajo predvsem komunikacijske kanale preko socialnih mrež.

Če za obveščenost ljudi ne bodo poskrbele strokovne in javne ustanove, se odzivale na zavajajoče oglaševalske kampanje in se trudile za boljše (družbeno odgovorno) medijsko poročanje, bodo prostor prepustile tistim, ki znajo najboljše izrabljati slabosti sedanjega medijskega sistema. To pa je najboljše zagotovilo za razmah slabe znanosti, strahov in zdravstvenih mitov, ki bodo oblikovali prihodnje odločitve na področju zdravljenja (Kučić 2003). Obveščen in osveščen posameznik bo težje podlegel reklamam za izgubo desetih kilogramov v treh dneh ali čudežnemu zdravilu proti raku, energijskemu zdravljenju preko TV ekrana, kot tudi ga ne bo prepričal oglas za najnovejšo kremo proti gubam, ki prihaja iz znanstvenih laboratorijev. Če pa že, se vprašajmo, kdo nosi odgovornost. Tisti, ki ponuja, tisti, ki oglašuje ali tisti, ki kupi?

Po pregledu sekundarnih virov ugotavljamo, da novinarji dostikrat ne poznajo dobro področja AKM in nekritično objavljajo informacije, virov raziskav pa ne navajajo. Jezik je poljuden, da bi bil razumljiv »povprečnemu« bralcu. Uredniki medijev izpostavljajo mnoge javne osebe, ki se pojavljajo kot ambasadorji in promotorji AKM. Primer, ki ga izpostavljamo, je princ Charles, ki je leta 1993 ustanovil Fundacijo za integrirano zdravje z namenom, da bi pospešil razvoj integriranega zdravstvenega sistema ter sodelovanje med zdravniki in AKM izvajalci. Sam je vnet zagovornik homeopatije in njene potencialne vloge v zdravstveni ponudbi Velike Britanije. Zveneča imena, kot so

princ Charles in razni zvezdniki, dajejo AKM večjo verodostojnost (Singh in Ernst 2009, 229–241).

Neselektivno poročanje medijev lahko negativno vpliva na javnost in za uporabnike AKM naredi več škode kot koristi. Uporabniki so prepuščeni lastni presoji in primorani zavzeti bolj proaktivno vlogo, zavedajoč se medsebojne prepletenosti oblasti, medijev in družbenih dejavnikov, ki vplivajo na njegovo izbiro in imeti do njih kritično distanco. Potreba po komuniciranju in informiranju se vedno bolj povečuje, saj so uporabniki (bolniki) vse bolj informirani, imajo večjo potrebo sodelovanja pri odločitvah o načinu zdravljenja in posegov v telo. Potreba gre z roko v roki s trendom v sodobnih družbah, kjer se uporabniki povečano ukvarjajo s svojim telesom, zdravo prehrano, zdravim načinom življenja. Vse to postaja vedno bolj družbena norma, ki jih želi posameznik doseči. Zato ne preseneča porast spletnih portalov, člankov, izobraževanj, oglasnih sporočil preko televizije, časopisov itd. na temo zdravja, ki nas spremljajo na vsakem koraku. Nепrestano nas bombardirajo s skrbjo za zdravje, znanstvenimi izdelkih in storitvah ali AKM metodah, praksah in vednostih. Problem mnogih javnih občil je v tem, da spodbujajo nerazumevanje tako o znanosti kot o AKM v javnosti. Izkrivljanje dokazov, prenapihovanje čudežnih zgodb, dramatičnost tragičnih zgodb je domena medijev, katere skrbi prodaja oglasnega prostora bolj kot dobrobit uporabnikov. Zaradi tega je pomembno, da družbeni akterji pripomorejo k uporabnikovi boljši AKM izkušnji s spodbujanjem družbeno odgovornega informiranja.

Zaključimo z razlogom za razcvet, ki se kaže v odmaknjenosti znanstvene medicine od posameznika ker ga obravnava kot »mehansko tvorbo«. Če bi se znanost odmaknila od strogo znanstvenih pravil raziskovanja, bi se lahko približala uporabniku AKM. Po Simmlu lahko AKM imenujemo »duhovna tvorba«, ki je kot enoten predmet spoznanja pridobljena šele iz stvarnosti posameznih metod, medicinskih sistemov in praks (Simmel 2000, 9). Tu se nakazuje razlog odmika uporabnika od znanstvene medicine, ki AKM obravnava le skozi prizmo znanstvene dokazljivosti, ne upoštevajoč, da je »znanost najboljša razpoložljiva, čeprav ne idealna pot do resnice« (Kreft 2015, 13). Znanost vse zgodbe o učinkovitosti AKM obravnava kot spekulativno abstrakcijo in nerealnost. S tem, ko si prilašča družbeni monopol nad resnico (Beck 2009, 255), pa se od samega uporabnika vedno bolj distancira.

3.5 Alternativna in komplementarna medicina v številkah

Mnoge študije po svetu dokazujejo, da je AKM med ljudmi razširjena in jo uporabljajo kot dopolnilno strategijo zdravljenja bolezni. V Združenih državah Amerike, Kanadi in Veliki Britaniji je vsaj enkrat v življenju več kot četrtnina prebivalstva uporabilo AKM storitve, delež naraste (30–40 %), če vključijo še AKM izdelke (Ule in drugi 2014, 130–134).

V Sloveniji, se tako kot drugje v zahodnem svetu število uporabnikov AKM naglo povečuje, ugotavlja Čebren Lipovec. V Sloveniji naj bi bilo uporabnikov med 40 in 70 %. Domnevni podatki so dobljeni na podlagi literature in različnih virov oziroma izsledkov raziskav v različnih obdobjih: Leskovšek in Premik leta 2001, Cvetko leta 2011, Knavs leta 2007, Živec-Kalan in Vinšek-Grlj ter Plešnar leta 2008, Avsec leta 2012 in Ule leta 2003 (Čebren Lipovec 2015, 17).

Če pogledamo desetletje nazaj, Kersnik ugotavlja, da se v svetu giblje odstotek uporabnikov AKM med 6 in 42 %. V Sloveniji je leta 1997 v enem letu alternativnega zdravlilca obiskalo 6,6 % obiskovalcev splošnih ambulant, čeprav je bilo do te oblike zdravljenja naklonjenih kar 49 % bolnikov (Kersnik 2006, 204).

Leta 2009 je bila narejena raziskava na naključno izbranemu vzorcu (n=1000) prebivalcev Slovenije. Ugotovljeno je bilo, da 9,0 % anketirancev uporablja komplementarne in alternativne metode zdravljenja. Uporaba je neodvisna od starosti, spola, izobrazbe in okolja, v katerem živijo. Homeopatu zaupa 16,9 % ljudi, zdravlilcu 11,0 %. Najbolj priljubljeni so zelišča in čaji (74,4 %), sledijo vitamini in minerali (69,0 %). Homeopatske pripravke uporablja 4,6 % ljudi (Kersnik in drugi 2013, 51).

V raziskavi slovenskega javnega mnenja (ISSP 2011) je 6,5 % anketirancev imelo kontakt z AKM izvajalcem v zadnjem letu (od datuma raziskave), če pa upoštevamo še tiste, ki uporabljajo zelišča vedno ali vsaj polovico časa, delež naraste na 33 %. Z vključitvijo tistih, ki jih uporabljajo občasno, delež naraste na 81 %. Analize ne kažejo razlik v izobrazbi, dohodku ali starosti. Vzroke za uporabo zeliščnih pripravkov gre iskati v ideoloških dimenzijah, pomemben faktor vpliva lahko pripisujemo kulturi. V

osrednji in vzhodni Evropi je delež rednih uporabnikov med 30–50 %, medtem ko v zahodni in južni Evropi med 5–20 %, z izjemo Turčije (Ule in drugi 2014, 130–134).

V končnem poročilu panevropske raziskave CAMbrella⁶ na področju AKM v letih 2010–2012 poročajo o razširjenosti uporabe AKM (Lewith in drugi 2012). Ker so dobljeni podatki na podlagi že opravljenih raziskav v članicah Evropske unije različni (vzorci variirajo od majhnih študij z 92 anketiranci do zajetja celotne populacije), temeljijo rezultati teh raziskav na deskriptivnih statistikah. Zaradi heterogenosti definicij AKM so kot edini možni način za opis uporabniške izkušnje uporabili kriterij »katerakoli AK metoda, praksa ali vednost, kadarkoli« (*any CAM at any time*).

Podatki kažejo, da v EU AKM uporablja med 0,3–86 %, v povprečju 30 %. Zanimalo nas je kje so dobili podatke za Slovenijo, saj smo po pogovoru z raziskovalci ugotovili, da so imeli težave pri iskanju kompetentnih sogovornikov pri tej raziskavi (Johannssen 2012). Ugotovili smo, da je v to evropsko raziskavo bila vključena raziskava (Kersnik 2006), ki je bila izvedena leta 1998 z namenom izmeriti raven zadovoljstva bolnikov z delom zdravnika družinske medicine. Vprašalnik je vseboval le nekaj vprašanj glede AKM. Sklepamo, da se na splošno za ugotavljanje lastnosti AKM uporabnikov in njihov odstotek v populaciji, uporablja raziskave, ki so starejšega datuma in ne kažejo aktualnega stanja. In to kliče raziskovalce h aktualnejšim in bolj poglobljenim raziskavam AKM, saj v Sloveniji še vedno nimamo celovite študije AKM.

Kot zanimivost naj navedemo, da glavni izsledki zgoraj omenjene raziskave kažejo, da so slovenski bolniki v povprečju zadovoljni z delom zdravnika družinske medicine (Kersnik 2003, 22). Podobno ugotavlja Plešnar, da anketirani, ki so že obiskali zdravlilca kažejo rahlo večje pomanjkanje komunikacije z zdravnikom, vendar to statistično značilno ne vpliva na odločitev za obisk zdravlilca (Plešnar 2008, 47).

Pri primerjavi podatkov z evropsko raziskavo CAMbrelle ugotovimo, da je med glavnimi vzroki uporabe AKM v državah Evropske unije nezadovoljstvo nad zdravniki ali zahodno medicino (Lewith in drugi 2012, 20). Kljub temu, da raziskave niso

⁶ CAMbrella je vseevropska raziskovalna mreža za komplementarno in alternativno medicino. Cilji, ki so si jih v času projekta 2010–2012 zastavili, so: razvoj načrta za prihodnje raziskave na AKM področju za potrebe zdravstvenega varstva državljanov EU; ustvariti trajnostno strukturo in politiko na področju AKM; ustvariti bazo znanja za razumevanje AKM; raziskati potrebe in stališča državljanov EU itd. (Von Ammon in drugi 2013).

metodološko primerljive lahko domnevamo, da je v Sloveniji porast AKM, za razliko od evropskega povprečja, statistično bolj povezan z drugimi vzroki kot z nezadovoljstvom nad zdravniki.

3.6 Alternativna in komplementarna medicina v Sloveniji (zakonodaja)

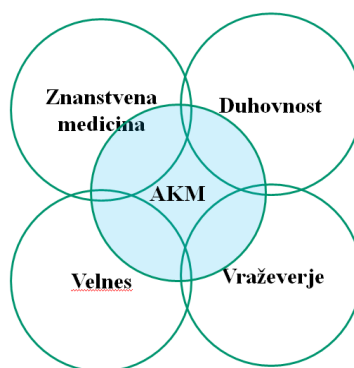
Slovenski Zakon o zdravilstvu poskuša urediti področje zdravljenj, ki niso del znanstvene medicine (Zakon o zdravilstvu 2007). Vse, kar ne sodi v znanstveno medicino, so poimenovali zdravilstvo v izogib uporabi izraza »medicina«. Ta zakon je v mnogih ozirih pomanjkljiv kljub dopolnitvam z Direktivo 2006/123/ES Evropskega parlamenta in Sveta o storitvah na notranjem trgu (Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravilstvu 2011).

Kot ključno pomanjkljivost izpostavljamo ostro razlikovanje med znanstveno in AKM medicino, kar je v nasprotju s številnimi mednarodnimi dokumenti in stališčem Svetovne zdravstvene organizacije, da bi se morali znanstvena in komplementarna medicina v državah EU približati. Razlikovanje med znanstveno in AKM medicino vpliva na odnos zdravstvenih delavcev do AKM kot tudi na družbeno vlogo izvajalcev AKM.

Ostro ločevanje med znanstveno in drugimi medicinami ima pomembne posledice predvsem za uporabnika zdravstvenih storitev, saj mnogi ne vedo, do katere mere je legitimno prehajanje med znanstveno medicino in AKM; kdaj in na kakšen način je ustrezno kombinirati različne medicinske sisteme (Čebren Lipovec 2015, 17).

Obstaja nepregledno število metod, praks in vednosti, ki se jih uvršča v AKM. Pojavljajo se nove, ki si prisvajajo ta naziv, a je njihova umeščenost v AKM vprašljiva. AKM ne pomeni samo skupek metod, praks in vednosti, temveč meji in posega tudi na druga področja, zato je njena razmejitev razmeroma kompleksna in predstavlja resen problem pri razvrstitvi kaj vse spada pod AKM. Na primer, mejni primeri med religijo in AKM so molitve, obredi za zdravje (krščanski ali šamanski) in različne meditacije. AKM se na nekih točkah prekriva z znanstveno medicino, velnesom, duhovnostjo in vraževerjem, kot prikazuje Slika 3.1 (Kreft 2016). Uvrstili bi lahko še kakšno področje (NRG-nova religijska gibanja itd.), a že spodnji diagram nazorno prikazuje problem uvrščanja metod, praks in vednosti AKM.

Slika 3.1: Na kaj meji AKM?



Vir: Kreft (2016)

V nadaljevanju predstavljamo zdravilske sisteme in metode, ki so opredeljene v slovenskem Zakonu o zdravilstvu (2007) in Pravilniku o opredelitvi zdravilskih sistemov in zdravilskih metod, ki se uvajajo v zdravilsko dejavnost (2011)⁷.

Zdravilski sistemi so:

- tradicionalno kitajsko zdravilstvo,
- ajurveda – tradicionalno indijsko zdravilstvo,
- homeopatija,
- unani-perzijsko tradicionalno zdravilstvo,
- tradicionalno tibetansko zdravilstvo,
- antropozofija in osteopatija.

Zdravilske metode so razvrščene v štiri skupine:

Metode interakcije med umom in telesom :

- biosinergija,
- cvetna terapija,
- či gong,
- joga terapija kot zdravilska metoda,
- zvočna terapija,
- šamanizem,
- multidimenzionalna terapija.

⁷ Metode, prakse in vednosti AKM pravilnik navaja kot »zdravilske metode«, storitve AKM pa kot »zdravilske storitve«.

Biološko osnovane metode:

- dietoterapija,
- fitoterapija,
- postenje,
- kneippanje.

Manipulativne in telesne metode:

- akupresura,
- akupunkturna masaža po Penzel-u,
- aurikuloterapija,
- ajurvedska masaža,
- bownova terapija,
- Butejkova metoda zdravljenja,
- elektroakupunktura po dr. R. Voll-u,
- kiropraktika,
- kraniosakralna terapija,
- manualna terapija,
- marma terapija,
- metoda Voll,
- refleksoterapija,
- rolfova metoda strukturne integracije,
- shiatsu terapija,
- Su jok terapija,
- tui-na masaža,
- vakuumska terapija.

Energijske metode:

- bioenergoterapija,
- bioresonančna metoda,
- prana terapija,
- radiestezijska,
- reiki,
- infopatija.

AKM metode, prakse in vednosti so heterogena skupina, kjer se pri nekaterih učinki precej jasno nakazujejo. Pri drugih je učinek enak močnemu placebo, nekatere pa so dokazano škodljive ali celo namerna prevara (Kreft 2015, 13). Lahko jih razvrstimo tudi glede na njihovo koristnost:

- znanstveno dokazane, a ne priznane zaradi neskladnosti paradigme (oziroma zaradi predsodkov),
- dokazane z metodološko »spornimi« eksperimenti,
- metode brez farmakološko-fiziološkega učinka, a z močnim placebo učinkom,
- neškodljive prevare,
- škodljive prevare (Kreft 2016).

S sprejetjem Zakona o zdravilstvu (2007) je Ministrstvo za zdravje postavilo zakonska določila, kdo se lahko ukvarja z izvajanjem teh metod, praks in vednosti AKM v Sloveniji. Izvajalce AKM se definira kot osebe⁸, ki opravljajo zdravilsko dejavnost. Za pridobitev poklica zdravilec morajo izvajalci AKM pridobiti licenco, ki dokazuje strokovno usposobljenost zdravilca, podeli pa jo Zdravilska zbornica za dobo sedmih let. Po podatkih registra zdravilcev je do danes v Sloveniji registriranih pet zdravilcev z licenco (Ministrstvo za zdravje 2016). Zakon in vloga zdravilske zbornice pri nas nista zaživela in izvajalci AKM delujejo bodisi na prostem trgu, bodisi v ilegali.

4 UPORABNIŠKA IZKUŠNJA

V trenutku, ko človek zboli, dobi novo družbeno vlogo - bolnik oziroma uporabnik zdravstvenih storitev. Bolniki se različno odzivajo na svojo spremenjeno družbeno vlogo. Značilno je, da bolniki v okviru sodobne znanstvene medicine dojemajo svojo vlogo kot podrejeno in odvisno od zdravnika (Ule 2003, 81).

Dolgotrajna bolezen je ovira, ki človeka ne prizadene samo fizično, ampak tudi psihološko in socialno. Prizadeto je telo, a pogosto še bolj njegovi občutki, čustva, odnosi s socialnim svetom. Parsonsova ideja o bolniku kot začasni socialni vlogi tu

⁸ To so polnoletne fizične osebe, ki imajo pridobljeno najmanj srednjo izobrazbo zdravstvene smeri ali pridobljeno najmanj srednjo strokovno izobrazbo in opravljen preizkus iz zdravstvenih vsebin, ki jih predpiše minister in veljavno licenco, pridobljeno skladno z Zakonom o zdravilstvu (Zakon o zdravilstvu 2007).

odpove, kajti kronični bolnik mora stalno živeti s svojo boleznijo. Ko se človek spopada s kronično boleznijo, se tudi s psihičnimi in socialnimi posledicami bolezni; z mnogimi negotovostmi in strahovi, ki so povezani z boleznijo, s spremenjeno samopodobo oziroma odnosom do sebe, do bližnjih, do dela itd. Te posledice so včasih še bolj obremenjujoče kot sama fizična bolečina (Ule 2003, 85).

4.1 Težave pri identifikaciji

Raziskav o AKM in uporabniški izkušnji v Sloveniji je relativno malo. Iz tega razloga smo si zadali cilj raziskati relativno težje definirano populacijo, kot so uporabniki AKM in jim dati priložnost, da »povejo svojo zgodbo« (Ragin 2007, 58–59) skozi raziskavo o uporabniški izkušnji. V tistih, ki so že proučevale odnos prebivalcev do AKM, opazamo pomanjkanje poglobljenih raziskav o razumevanju, vrednotenju in načinih uporabe AKM med osebami, ki se zdravijo s temi vrstami medicine (Čebren Lipovec 2015, 18). Za raziskavo o izkušnjah uporabnikov z AKM so se v okviru predmeta medicinska antropologija na Oddelku za etnologijo in kulturno antropologijo v letih 2010–2012 odločili prav zaradi pomanjkanja poglobljenih raziskav o razumevanju in vrednotenju AKM uporabnikov. Njihov vzorec je zajemal tiste, ki so že imeli oziroma imajo izkušnjo z AKM in imajo kronično zdravstveno težavo. Podatki kažejo, da je bilo med njimi dve tretjine žensk. Najbolj zastopana je bila starostna skupina med 41 in 50 let. Srednješolsko izobrazbo ima 37 % udeležencev, visokošolsko ali višjo izobrazbo pa 63 % udeležencev in več kot tri četrtine je zaposlenih. Podatki kažejo na skladnost z drugimi raziskavami, kjer je profil povprečnega uporabnika AKM: zaposlene ženske srednjih let s srednješolsko ali višjo izobrazbo. Najpogosteje so navajali težave s hrbtenico in sklepi, alergijo, kožne bolezni, rak, motnje delovanja imunskega sistema (Čebren Lipovec 2015, 18).

Kersnik ugotavlja, da so uporabniki alternativnih oblik zdravilstva srednjih let, imajo pogosteje kronično bolezen, nižje ocenjujejo kakovost življenja, imajo več znakov anksioznosti in depresije ter imajo večje potrebe po nujni pomoči. So večji uporabniki zdravstvene službe (Kersnik 2003, 61).

Zanimiv opis povprečnega profila uporabnikov AKM je bil objavljen v gradivu učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Natančnih podatkov o poteku raziskave ni

navedenih, a je opis zanimiv za primerjavo z našo raziskavo. Uporabniki so: izobraženi, ocenjujejo svoje zdravje slabše, imajo holistični pogled na zdravje, so v življenju doživeli izkušnjo, ki je spremenila njihovo življenjsko filozofijo; imajo katero od naslednjih zdravstvenih težav: anksioznost, bolečino v križu, kronično bolečino, težave s sečili; jih označuje pripadnost okoljevarstnikom, feministkam; zanimajo se za duhovnost in psihologijo osebnostne rasti (Štemberger in Klemenc-Ketiš 2008, 71).

Že zgoraj naveden opis povprečnega profila uporabnikov AKM kaže na težave pri njihovi identifikaciji. Izbrana raziskava Čebren Lipovec (2015) kaže na enega izmed glavnih problemov. Razen te je bila večina raziskav v Sloveniji opravljenih na celotni populaciji. Četudi je teh raziskav kar nekaj, za izsledke interpretacije tega diplomskega dela, vsebine le-teh ne bomo uporabili, saj že vnaprej determinirajo rezultate. V okviru metodološkega dela smo izdelali raziskavo na vzorcu uporabnikov AKM, ne glede na njihovo zdravstveno stanje. Četudi je vzorec majhen in za širši kontekst manj primeren, kaže bolj realne podatke. Izsledki in interpretacija ugotovitev raziskave sledijo v poglavju 5.

4.2 Ravnovesje: dodana vrednost uporabniške izkušnje

Zakaj pametni ljudje verjamejo v na prvi pogled »nerazumljive reči«? Na izjave, kot sta »... na milijone pacientov, ki se zanašajo na mazaško industrijo, zapravlja svoj denar in tvega zdravje« (Singh in Ernst 2009, 211) ali »...nekoliko se sprehodimo po internetu, pa dobimo vsaj 1200 do 1500 takih čarovniških disciplin. Vse to je dobilo obseg pandemije, lahko govorimo celo o begu od razuma in znanosti« (Horvat 2007) še vedno pogosto naletimo v literaturi ali medijih. V današnji družbi namreč velja predpostavka, da so posamezniki racionalni in da se ljudi deli na tiste, ki verjamejo v AKM in tiste, ki ne. Če spadate med prve, ste na dobri poti, da vas strokovnjaka, kot sta Singh in Ernst uvrstita v skupino nespametnih milijonov ljudi, ki verjamejo v neumnosti.

Pojavi se vprašanje, ali ima izbira med znanstveno medicino in AKM res povezavo z racionalnostjo. Trdimo, da razlaga vzrokov preko racionalnosti nima nič skupnega z izbiro AKM, podobno kot nima z vprašanjem verjetja v nadnaravno (Bog, Univerzum itd.).

Konfliktnost obeh vpletenih strani pogojuje kvaliteto uporabniške izkušnje in relativizira ravnovesje glede »neumnosti izbire«. Le-ta je družbeno konstruirana in v povezavi z obstoječimi ideologijami, dogmami in resnicami nima veze s posameznikovo realnostjo, v kateri se subjektivno odloča. Izbira je lahko iracionalna. Razumljivo, da je obsodbe vredno dejanje zavajanja hudo bolnih in obljubljanje nemogočega ob visokih zneskih plačil. Prepričani smo, da tisti, ki se vključujejo v dialog s pozicije moči (oblast, politika zdravstva, mediji), ohranjajo svojo pozicijo preko vzvišene družbene morale in s posploševanjem neumnosti na celotno AKM, kar je za uporabnike nesprejemljivo. Če se za AKM odloči pameten človek, ocenjujoč »pamet« po inteligenčnem kvocientu, izobrazbi in uspehu v družbi, potem je vprašanje še bolj vznemirjujoče, zakaj pametni ljudje verjamejo v »nerazumljive stvari«. Kot relativiziramo identifikacijo pametnega posameznika, je hkrati njegova izbira premosorazmerna z njegovimi osebnimi okoliščinami, ki zanj definirajo stopnjo zaupanja in verjetja. Ključna pa je medosebna komunikacija z izvajalci AKM (ali zdravniki), ki pa je odvisna od prej navedenega zaupanja in verjetja.

4.2.1 Zaupanje

Bolnik je v izredno občutljivem stanju, saj mora v času zdravljenja pogosto govoriti o intimnih zadevah, počutju in dati svoje telo na razpolago za vse preiskave. Želijo si obravnave kot osebe in ne objekti, predvsem pri specializiranih pregledih. Zato zaupanje igra veliko vlogo pri uspešnem zdravljenju. Je eno od ključnih elementov terapije. Komunikacija med njima konstruira to zaupanje. In je ključno tudi za to, da bolnik sprejme nasvete zdravnika glede sprememb načina življenja, na primer prehranskih navad, delovnih, odnosnih itd. Ti nasveti bodo učinkoviti samo če zdravnik spozna bolnikov stil življenja in če bolnik spoštuje zdravnika in mu zaupa (Ule 2003, 154).

Posebej pri kroničnih bolnikih je značilen čustveno odvisen odnos od zdravnikov (Ule 2003, 143). Kljub zavedanju negotovosti v medicinsko presojo in možnosti zmote imajo bolniki po večini veliko zaupanje v medicino.

Toš in Malnar deskriptivno-analitično prikažeta rezultate raziskave Slovensko javno mnenje – Stališča o zdravju in zdravstvu iz obdobja 1994–2001, med katerimi je tudi

zaupanje zdravnikom. Od tistih, ki so bili pri zdravniku, jih je 67 % prepričanih, da je zdravnik zanje naredil vse, kar je bilo mogoče. Le 46 % je povsem prepričanih, da bi zdravstveni delavci zanje storili vse, kar je mogoče. Bolj zaupajo zdravniku kot zdravstvu na splošno (Toš in Malnar 2002b, 103).

Podobne rezultate pokaže tudi raziskava o zaupanju v zdravnika (Mencin Čeplak in Hlebec 2011), ki je pokazala, da je odnos zdravnika do bolnika pomemben dejavnik pri varovanju zdravja in večina vprašanih (90–78 %) meni, da je zdravnik storil vse za njihovo zdravje. Precej nižji odstotek se kaže v zaupanju v zdravstveni sistem, s katerim imajo bolniki slabše osebne izkušnje predvsem z neprijaznim medicinskim osebjem, neenakim obravnavanjem in nižjo kakovostjo zdravstvene oskrbe. Na podlagi teh podatkov sta Mencin-Čeplak in Hlebec ugotovili, da je pomembno, da se država pri oblikovanju politike zdravstvenega varstva ne osredotoča na odnos posameznika do zdravja ali odnos med zdravnikom in bolnikom, saj s tem teža bremena z zdravstvenega sistema prenaša na bolnika in zdravnika ter zdravstvene delavce. Odnos zdravnik–bolnik nima tako velikega vpliva na zmanjšanje negotovosti na področju zdravja, kot ga ima lahko učinkovitost zdravstvenih storitev in enak dostop do zdravstvenih storitev za vse (Mencin Čeplak in Hlebec 2011).

Pomemben aspekt, ki vpliva na zaupanje, je tudi status. Zdravniki večinoma pripadajo višjemu in srednjemu sloju, medtem ko je večina bolnikov pripadnikov nižjih družbenih slojev. Ti se čutijo odtujene od zdravnika in težje vzpostavijo enakovreden položaj pri komuniciranju. Visok večinski socialni izvor zdravnikov preprečuje, da bi prišli v stik z dejanskimi problemi bolnikov (Ule 2000, 201).

Potreba po redefiniciji koncepta zaupanja, odgovornosti in avtoritete kot pravi Šimenc, se kaže nedvomno zaradi vrivanja spleta v odnos med zdravnikom in pacientom. Splet ponuja namreč več prostora za razumevanje različnih terapevtskih metod, vsak ima možnost javno zapisati dobro ali negativno izkušnjo s terapiji ali zdravniki ipd. V informacijski dobi lahko pričakujemo transformacijo zdravstvenih sistemov kakor tudi odnosov (zaupanja) znotraj njih (Šimenc 2011, 71).

4.2.2 Verjetje in verovanje

Težko se strinjamo s trditvijo: »V moderni družbi in kulturi je sicer izginilo verovanje v mite, religije, posvečene tradicije, toda verovanje bolnikov v moč sodobne medicine in zdravnikov, da rešijo vse naše zdravstvene probleme, je izjemno pomembna sestavina zdravljenja« (Ule 2003, 196). Moč medicine je resda zrasla na demitologiziranem svetu znanosti, a magično-simbolni svet tradicij in religij ni nikoli izginil. To dokazuje tudi obstoj AKM in njena revitalizacija v zadnjih tridesetih letih. Strinjamo pa se z ugotovitvijo, da je verovanje bolnikov v medicino pomembno pri uspešnosti zdravljenja.

Medicina je nastala iz magije in religije in nekaj tega magično-religioznega odnosa do medicine in zdravnikov je v odnosih med bolnikom in zdravnikom ostalo do danes. Mnogi bolniki imajo nezavedno pričakovanje o zdravnikih kot nekakšnih čudotvorcih. Pri akutnih zadevah to nedvomno drži. Še bolj se pa izraža pri težjih, kroničnih ali celo neozdravljivih boleznih, pri stanjih katerih potek in izid je nejasen in nenapovedljiv (Ule 2003, 196).

Verjetje bolnika v ozdravitev ni odvisna samo od njega. Bolezen je tudi rezultat zdravnikove interpretacije in uspeh terapije je dokazljivo odvisen od prepričanj, celo verovanj zdravnika. Če sprejmemo te teze, potem se spremenijo miselne predpostavke moderne medicine. Zato bi se morale objektivne zakonitosti naravoslovne medicine odpreti duševnemu svetu oziroma boljše, psihofizični celosti človeka (Ule 2003, 12).

Singh in Ernst (2009) glede prepričanj in vere v AKM uporabnikov pravita, da »... ljudje z vero v alternativno medicino se osredotočijo na informacije, ki podpirajo njihova prepričanja, in prezrejo tiste, ki jim nasprotujejo« (Singh in Ernst 2009, 224). To podpreta s trditvijo, da so dovzetni za potrditveno pristranskost, kar pomeni, da si razlagajo dogodke tako, da potrdijo njihova predvidevanja. In pa zaradi učinka placebo, ki je pojav, pri katerem se pacient pozitivno odzove na zdravljenje zato, ker trdno verjame, da mu bo pomagalo. Znanstveniki ta pojav preučujejo še danes. Zaključita, da so večina terapij večinoma neuporabne in nudijo zelo malo, če izvzameta učinek placebo (Singh in Ernst 2009, 225).

Ob vzpostavljenem zaupanju in verovanju lahko z družbeno odgovorno komunikacijo pridemo do dodane vrednosti v uporabniški izkušnji. Ule pravi, da uporabniška izkušnja vključuje predvsem izkušnjo dobrega komuniciranja, ki ima ugodnosti tako za zdravnike medicine kot izvajalce AKM. Bolniki, ki imajo pozitivno izkušnjo dobrega komuniciranja z zdravniki, lažje tudi prenesejo zdravniške zmote. Na splošno lahko vidimo, pa tudi raziskave to kažejo, da kritike in nezadovoljstvo bolnikov običajno niso usmerjene k nepravilni uporabi medicinske tehnike, ampak k neadekvatnemu komuniciranju z bolnikom (Ule 2003, 155).

Podatki potrjujejo, da je to v vsakodnevni zdravnikovi praksi težko dosegljivo, za razliko od prakse AKM izvajalcev. Velikokrat je sistem tisti, ki omejuje oba, tako zdravnika kot bolnika. Še posebej v ambulantah, kjer ima zdravnik v Sloveniji, po oceni, na voljo 7 minut za bolnika. Prav tako v klinikah, kjer so čakalne dobe dolge in se ne posvečajo bolniku predvsem zaradi časovnih stisk in prostorskih omejitev. Za AKM je značilno simetrično komuniciranje, to je komuniciranje med enakopravnimi sogovorniki, ki temelji na enakovrednem odnosu (Ule 2003, 181) ali kot pravi specialistka družinske medicine Tanja Cvetko:

Če si nekdo zlomi nogo, ni nobenih dvomov, kje bo poiskal pomoč. Ko pa ima številne težave, neredko obupa, je negotov in takrat išče različne poti do zdravja. Zdravniki skozi predpisan šolski pregled ne uspemo prepoznati vseh podrobnosti kot pomembne. Problem je čas, ki ga zdravniki nimamo, pa tudi pomanjkanje znanja in poznavanja teh metod. Niso redki primeri, ko so ljudje opravili številne preiskave, vsi izvidi so normalni, stanje pa ni boljše. Taki bolniki gredo k zdravilcu, ki si vzame čas za celostno sliko, ponudi nasvet, kakšno zdravilo, predvsem pa mu zagotovi, da bo vse v redu, kar pogosto pomaga (Europa Donna 2015).

Skozi teoretičen del smo predstavili dejstva, tako glede vsebinske narave izbranega področja, kot tehničnih omejitev pri vzpostavljanju strateških sistemskih rešitev. V nadaljevanju se bomo skozi raziskavo, ob analizi in interpretaciji dobljenih podatkov, ukvarjali predvsem s sociološkim pogledom na uporabnike z izkušnjo AKM.

5 RAZISKAVA O UPORABNIŠKI IZKUŠNJI

Zamisel o raziskavi smo dobili v času razprav ob sprejemanju Zakona o zdravilstvu (2007). V Sloveniji so bile opravljene nekatere raziskave odnosa prebivalcev Slovenije do AKM, vendar se nam je zdelo pomembno, ob pomanjkanju poglobljenih raziskav o razumevanju in vrednotenju AKM uporabnikov v Sloveniji (velja še danes), dodati sociološki pogled na uporabniško izkušnjo z AKM.

5.1 Opredelitev problema

Sledili bomo uporabnikom in njihovi izkušnji z AKM in sprašujemo po subjektivnih ocenah, zakaj se nekdo odloči za uporabo AKM, kaj je značilnost tistih, ki pogosto posegajo po AKM ter kakšne so njihove izkušnje z znanstveno kot AK medicino.

Z raziskavo smo želeli preveriti, ali uporabniki uporabljajo AKM zaradi splošnega nezadovoljstva z znanstveno medicino, zaradi skladnosti z njihovimi verovanji (prepričanji) ali ker si enostavno želijo razširiti svoje možnosti zdravljenja, ki so na razpolago (demokratizacija izbire zdravljenja).

5.2 Metodološki okvir

Z deskriptivno-analitičnim prikazom nekaterih poglavitnih vprašanj smo s kvantitativno metodo zbiranja podatkov (anketni vprašalnik) znotraj interpretacijskega okvira ugotavljali demografske in socialne značilnosti uporabnikov: s katerimi metodami so se srečali; kakšni so vzroki, da so poiskali izvajalce AKM; kakšen odnos imajo do uradne ali AK medicine in preko odprtih vprašanj dobili poglobljen vpogled v uporabniško izkušnjo. S preverjanjem štirih hipotez smo ugotavljali, kakšna je korelacija med pogostostjo uporabe in spolom, verjetjem v energijski in duhovni potencial, verovanjem in izkušnjo z znanstveno medicino ter izkušnjo z AKM. Ostala vprašanja iz anketnega vprašalnika bodo služila za opis značilnosti anketirancev iz vzorca.

5.2.1 Anketni vprašalnik

Anketni vprašalnik⁹ (glej Prilogo A) je bil sestavljen iz zaprtih in odprtih vprašanj. Zaprta vprašanja so nam omogočila kvantitativno analizo, odprta vprašanja pa vpogled v uporabnikova dejanska osebna mnenja in izkušnje. Pri zasnovi anketnega vprašalnika smo vprašanja razdelili na pet tematskih sklopov:

I. Sklop

- Uporabljene metode, prakse,
- vir informacij o metodah,
- kako se odločajo za terapevte AKM,
- splošno o AKM, finančni stroški.

II. Sklop

- Vzroki: zakaj,
- izkušnje z AKM,
- mnenja o AKM,
- dejavniki iskanja pomoči,
- verjetje.

III. Sklop

- Odnos z zdravnikom,
- odnos s terapevtom AKM,
- medicina in AKM,
- usposobljenost izvajalcev itd.

IV. Sklop

- Razno (zakon, terminologija).

V. Sklop

- Demografski podatki.

⁹ V vprašalniku sta uporabljena izraza, ki sta sinonima za termine, ki jih uporabljamo v tem diplomskem delu: »uradna medicina« je sinonim za izraz znanstvena medicina in »alternativno-komplementarna metoda« je sinonim za metodo, prakso in vednost AKM.

Anketni vprašalnik smo pred raziskavo neformalno testirali na manjšem priložnostnem vzorcu uporabnikov AKM. Pred dejansko uporabo vprašalnika smo ugotavljali ustreznost merskega instrumenta, koliko časa traja izpolnjevanje, jasnost vprašanj in navodil in morebitne napake. Na podlagi njihovih predlogov in opomb smo popravljani anketni vprašalnik distribuirali med potencialne anketirance. Raziskava je bila opravljena v Sloveniji, od oktobra do decembra leta 2007.

5.2.2 Vzorec

Pri načrtovanju anketne raziskave smo opredelili populacijo, vzorec ter metodo raziskovanja. Populacija¹⁰, ki nas je zanimala, so bili posamezniki, ki so že imeli izkušnjo z AKM ne glede na njihovo zdravstveno težavo ali namen uporabe AKM (lahko so jo uporabili kot preventivo ali kurativo). Uporabili smo **metodo snežne kepe** oziroma metodo vzorčenja preko socialnih mrež. Vzorčenje po metodi snežne kepe je neverjetnostno vzorčenje kjer osebe, ki ustrezajo vključitvi v raziskavo, prosimo, da nam pomagajo identificirati nadaljnje osebe primerne za raziskavo. S tem vzorčenjem smo dobili priložnostni vzorec (ni reprezentativen), s katerega ne moremo sklepati na populacijo uporabnikov AKM v Sloveniji.

Z metodo snežne kepe smo v prvem koraku izbirali začetne anketirance, ki so nas vodili do ostalih članov populacije. K sodelovanju v raziskavi so bili povabljeni osebno ali preko elektronske pošte. Težili smo k čim večjemu vzorcu uporabnikov AKM, a z metodo snežne kepe po osebni socialni mreži, nismo dosegli pričakovanega števila (vsaj sto) vrnjenih anket. Razlog smo pripisali težjemu dostopu do uporabnikov AKM, ki je relativno težko dosegljiva skupina zaradi časovne in stroškovne omejenosti pri izvedbi raziskave v sklopu tega diplomskega dela, zato smo se odločili priti do vzorca uporabnikov AKM na lokacijah izvajalcev AKM. Po predhodnem osebnem pogovoru smo prosili za sodelovanje izbrane izvajalce AKM, ki izvajajo različne metode, prakse in vednosti in imajo neposreden kontakt z uporabniki AKM. Pogoj sodelovanja je bil, da osebno posredujejo anketni vprašalnik naključnim uporabnikom AKM po izvedeni terapiji s tem, da so pozorni na zadostno zastopanost moškega in ženskega spola in

¹⁰ Množico vseh elementov pojava, ki se proučuje s statističnimi metodami, imenujemo populacija. Vzorec obsega izbrane enote populacije na osnovi katere sklepamo o lastnostih cele populacije. Populacijo le ocenjujemo, vzorec pa dejansko analiziramo (Ferligoj in drugi 2011, 2).

različnih starostnih skupin anketirancev. Po privolitvi uporabnikov AKM za sodelovanje v raziskavi so jih dodatno povprašali, če v svojem socialnem krogu poznajo uporabnike AKM. V kolikor so poznali koga, ki ima oziroma je imel uporabniško izkušnjo z AKM, so jim izročili dodatni anketni vprašalnik, katerega je uporabnik nato osebno posredoval naprej. Vsak anketiranec je dobil anketni vprašalnik z opisom namena raziskave, prošnjo za sodelovanje in naslovljeno frankirano ovojnico. Anketiranci so bili zaprošeni, da izpolnijo anketni vprašalnik doma in ga nam vrnejo po pošti. Ker smo želeli dobiti heterogen vzorec, je posamezen izvajalec AKM prejel med pet in največ deset anketnih vprašalnikov.

Izvajalci AKM so bili zaprošeni, da upoštevajo načelo diskretnosti in anonimnosti. Anketnim vprašalnikom je bila priložena ovojnica, ki je zagotavljala uporabnikom AKM anonimnost. V splošnih navodilih smo uporabnike AKM nagovorili, da izpolnjen anketni vprašalnik dajo v frankirano kuverto, jo zalepijo in pošljejo na naš naslov. Vse ročno izpolnjene anketne vprašalnike, ki smo jih vključili v vzorec smo prejeli v zaprti kuverti. Dve tretjine vprašalnikov smo prejeli po navadni pošti, tretjino pa po elektronski pošti. Pri vprašalnikih preko elektronske pošte ni bilo moč zagotoviti anonimnost, je bila pa zagotovljena varnost zasebnih podatkov.

Izvajalcem AKM smo zaupali, da bodo korektno upoštevali navodila in nepristransko posredovali vprašalnik naključnim uporabnikom AKM. Zavedamo se, da so izvajalci AKM kljub temu lahko pristransko izbirali tiste uporabnike AKM, ki imajo z AKM le pozitivno izkušnjo. Zaradi tega se zavedamo možnosti pristranskosti vzorca in da zaradi nereprezentativnega vzorca rezultate raziskave ne moremo posploševati na celotno populacijo uporabnikov AKM temveč rezultati veljajo samo za naš vzorec.

Skupaj smo prejeli preko 140 izpolnjenih anketnih vprašalnikov. Pri uvrstitvi v vzorec je bil pogoj, da so anketiranci imeli izkušnjo z AKM (kadarkoli, s katerokoli metodo, prakso ali vednostjo AKM). Iz nadaljnje analize smo izločili tiste, ki niso odgovorili na vsa ključna vprašanja (metode, izkušnje ipd.). Od vseh prejetih vprašalnikov je bilo primernih za obdelavo 123 vprašalnikov. Končni vzorec zajema 123 enot. Enoto vzorca predstavlja uporabnik AKM.

V raziskavi je sodelovalo več žensk (78 %) kot moških (22 %). Med njimi je bilo največ starih med 51 in 60 let, sledijo jim stari od 31 do 40 let. Več kot polovica anketirancev je visoko izobraženih. Večina anketirancev se uvršča v srednji razred, v višji srednji se umešča 25 % in v delavski razred 10 % anketirancev. Vernih na svojstven način je 60 % (verujoči, a ne cerkveno vernih (teh je 10 %)), neverujočih je 17 %. Glede na zaposlitveni status je največ anketirancev zaposlenih (69 %), samozaposlenih je 9 %, delež upokojencev je 11 %.

5.3 Osnovna pričakovanja in hipoteze

Raziskave smo se lotili v pričakovanju odgovora na glavno raziskovalno vprašanje in na vprašanje o splošnih značilnosti tistih, ki posegajo po metodah, praksah in vednostih AKM. Zanimalo nas je, ali spol, verjetje v energijski in duhovni potencial ter vernost vplivajo na odločitev za AKM, kakšni so možni vzroki za uporabo AKM in kakšna so njihova stališča s področja AKM na splošno.

Za potrebe diplomskega dela smo se poleg demografskega sklopa, s pomočjo katerega smo poskušali pojasniti vpliv, ki ga ima spol na uporabniško izkušnjo z AKM, omejili na rekodirane odvisne spremenljivke, ki smo jih za potrebe preverjanja hipotez opredelili kot: **pogostost, verjetje, verovanje in izkušnja znanstvena medicina/AKM.**

Prva hipoteza se nanaša na **pogostost uporabe AKM** v odvisnosti s spolom.

H1: Pogostost uporabe AKM (1.00–1.23) je odvisna od spola (5.00).

Druga hipoteza se nanaša na **verjetje** v energijski in duhovni potencial pri pogostosti uporabe AKM metod, praks in vednosti in izhaja iz domneve, da tisti, ki verjamejo v energijski potencial samozdravljenja verjamejo, da bolezni lahko izhajajo tudi iz energijskega in duhovnega neravnovesja.

H2: Uporabniki AKM, ki verjamejo, da večina bolezni oziroma težav izhaja iz energijskega, duhovnega neravnovesja (2.13), pogosteje posegajo po AKM (1.00–1.23).

S tretjo hipotezo smo preverjali vpliv osebne **vernosti** na uporabo AKM metod in terapij.

H3: Uporabniki AKM, ki so verni, pogosteje posegajo po AKM (5.04, 1.00–1.23).

S četrto hipotezo smo želeli preveriti **izkušnjo** z metodami znanstvene medicine na eni strani in metodami, praksami ali vednostmi AKM na drugi. Domnevamo, da so uporabniki AKM v primeru, ko z metodami znanstvene medicine ni bilo izboljšanja ali se je stanje celo poslabšalo, z uporabo AKM odpravili vzroke ali posledice bolezni oziroma težav.

H4: Uporabniki AKM, katerim se z zdravljenjem bolezni oziroma težave z znanstveno medicino stanje ni opazno izboljšalo ali se jim je še poslabšalo (2.37) trdijo, da so z uporabo AKM popolnoma odpravili vzroke ali posledice bolezni oziroma težav (2.36).

Postavljene hipoteze bomo potrdili ali zavrnili z metodami statistične analize podatkov.

5.4 Analiza raziskave

Za analizo podatkov smo uporabili program za statistično obdelavo družboslovnih podatkov IBM SPSS 20.0. Podatke smo obdelali z vidika deskriptivne statistike (frekvence, grafični prikaz). Hipoteze smo preverjali z ustrežno metodologijo (t-test, Pearsonov korelacijski koeficient) in nato ob predlogu nove hipoteze uporabili še regresijsko analizo. Za statistično značilne smo upoštevali vplive na ravni statistične značilnosti 0,05 in manj.

5.4.1 Analiza anketnega vprašalnika

V tem delu analiziramo rezultate spremenljivk: 1.00–1.23, 1.31, 2.13–2.24, 2.25–2.33. Analiza dela vprašanj je predstavljena v podpoglavju 5.4.2 in 5.5.2. Rezultati ostalih vprašanj, ki niso analizirani v omenjenih poglavjih, so predstavljeni v Prilogi B.

Pogostost uporabe metod, praks in vednosti (1.00–1.23)

Prvo vprašanje je bilo namenjeno pogostosti uporabe metod, praks in vednosti AKM. Izbrali smo 23 različnih (glej Tabelo 5.1). Predvidevali smo, da ima vsak anketiranec

izkušnjo s katero od AK metod, praks ali vednosti. Če je ni bilo na seznamu, smo pri drugem vprašanju omogočili vpis dodatnih oblik AKM zdravljenja. Prosili smo jih, da na lestvici od 1 do 5 (1 – pomeni nikoli in 5 – pomeni redno) za vsako izmed naštetih oblik zdravljenja označijo pogostost uporabe. Te spremenljivke smo pri analizi združili v enotno spremenljivko: pogostost.

Med izbrane AK metode, prakse in vednosti smo uvrstili tudi psihoterapijo. Ugotavljamo, da psihoterapijo anketiranci uporabljajo redko (aritmetična sredina 2). Pojasnimo naj, da imamo v slovenski zakonodaji nedorečen status psihološkega svetovanja in psihoterapije, saj to področje ni sistematično urejeno.

Zdravstvena oblast priznava psihoterapiji določen status, čeprav zakonsko ni urejena (psihoterapijo in psihološko svetovanje sta vključena v javni zdravstveni sistem in ju izvajajo npr. centri za socialno delo, osnovne in srednje šole ipd.). V javnem zdravstvu jo izvajajo le psihiatri in klinični psihologi z medicinsko izobrazbo. Ne glede na opredelitev, da je »psihoterapija znanstveno utemeljena, individualna ali skupinska obravnava za zdravljenje človekovih razvojnih, duševnih ter vedenjskih motenj ter podpora osebnostnemu razvoju človeka« (Možina in Bohak 2008), jo mi uvrščamo med komplementarno medicino.

Psihoterapija ni definirana kot zdravstvena dejavnost, saj psihoterapevt ni priznan kot samostojen zdravstveni poklic. V primerjavi z AKM je zanimivo, da je AKM vsaj delno urejena z Zakonom o zdravilstvu in po Slovenski klasifikaciji poklicev obstaja več poklicev v skupini zdravilec: zdravitelj z zelišči, zdravitelj z akupunkturo, zdravitelj z akupresuro, homeopat in predelovalec zdravilnih zelišč (Statistični urad RS 2015).

Kljub navodilu, da obkrožijo pogostost izkušnje z vsako izmed naštetih oblik zdravljenja (tudi če nikoli niso imeli izkušnje), tega določen delež anketirancev ni upošteval. Predvidevamo, da to ne vpliva na dobljene podatke, saj so vsi anketiranci obkrožili vsaj tisto, s katero so imeli izkušnje.

Tabela 5.1: Pogostost izkušnje z metodami, praksami in vednostmi AKM

Metode, prakse in vednosti	Aritmetična sredina	Število (n)	Standardni odklon
1.00 akupunktura	1,34	116	,672
1.01 homeopatija	1,68	113	1,120
1.02 kiropraktika	1,59	115	,917
1.03 bioenergija	2,44	114	1,137
1.04 tajijuan,qi-gong	1,84	113	1,455
1.05 ajurveda	1,47	109	,856
1.06 razne vrste masaž	2,84	114	1,102
1.07 fitoterapija	1,49	110	,965
1.08 reiki	1,65	115	1,035
1.09 šamanizem	1,19	108	,618
1.10 metode sproščanja (joga, meditacije itd.)	2,89	114	1,456
1.11 zeliščarstvo	2,62	116	1,316
1.12 biorgonomija	1,18	110	,545
1.13 diete, post	2,32	116	1,162
1.14 zdravljenje na daljavo	1,63	112	1,048
1.15 TKM (tradicionalna kitajska medicina)	1,41	110	,881
1.16 astrologija, numerologija	1,90	113	1,180
1.17 kristaloterapija	1,45	110	,915
1.18 razna svetovanja (za boljšo kvaliteto življenja, odnosov itd.)	2,29	114	1,322
1.19 karmična diagnostika	1,28	111	,716
1.20 psihoterapija, svetovanje	1,76	112	1,141
1.21 Bachova cvetna terapija	1,19	112	,578
1.22 regresija	1,15	111	,490
1.23 hoja po žerjavici	1,23	113	,518

Frekvenčna porazdelitev in aritmetična sredina v Tabeli 5.1 nam pokažeta, da so imeli anketiranci pogosteje izkušnje z metodami sproščanja in masažami, zeliščarstvom, bioenergijo, dieto/postom, raznimi svetovanji za boljšo kvaliteto življenja, odnosov itd. ter bioenergijo, akupunkturo, kiropraktiko in reikijem. Pri metodah sproščanja in masažah ter zeliščarstvu je najvišja vrednost aritmetične sredine 3, kar pomeni, da jih ne uporabljajo tako pogosto, temveč včasih. Predvidevamo lahko, da jih ne uporabljajo za zdravljenje akutnih težav, temveč občasno za sprostitev in preventivo.

Anketirance smo nato prosili, da napišejo še ostale oblike alternativnih in komplementarnih oblik zdravljenja (glej Priloga A: 1.24, 1.25 in 1.26), s katerimi so

imeli izkušnjo in niso bile navedene v zgornji tabeli ter pogostost izkušnje na enak način kot pri prvem vprašanju. Izmed vseh anketirancev jih je skoraj četrtina (n=29) dopisala dodatne oblike AKM zdravljenja, od katerih je kar polovica dodala po dve obliki zdravljenja, s katero se srečujejo redno ali pogosto. Navajamo tiste, katere so označili, da se z njimi redno ali pogosto (vrednost 5 ali 4) srečujejo. Med njimi so: bioresonanca, molitev, energijske terapije, delo z angeli, termoregulacija, aromaterapija, tantra, joga, tibetantsko energijsko zdravljenje, dodajanje mineralov v hrano, bodywork, HSH (heart and soul healing), prana terapija in druge. Med njimi se pojavi tudi wellness. Glede na že omenjene probleme s terminologijo (glej Poglavlje 3) in zakonsko regulativo ugotavljamo, da tudi med anketiranci ni jasne diferenciacije, kaj spada med metode, prakse in vednosti AKM.

Če izsledke naše raziskave primerjamo z raziskavo, ki je bila v istem letu opravljena na populaciji uporabnikov zdravstvenih storitev s spletnim anketiranjem ugotovimo podobne rezultate. Največ se jih je zdravilo z bioenergijo (65 %), naravnimi zelišči (57 %) in/ali s katero od tehnik sproščanja (48 %). Zelo pogosto je samozdravljenje s športom (46 %), homeopatijo (30 %), kiropraktiko (27 %) in akupunkturo (22 %). Med ostalimi metodami zdravljenja so omenjene: bioresonančna terapija, reiki, terapevtska masaža in kristaloterapija (Plešnar 2008, 31).

Povprečno število obiskov na leto (1.31)

Zanimalo nas je, kolikokrat na leto anketiranci povprečno obišejo izvajalce AKM. Prosili smo jih, da po svoji oceni sami vpišejo število obiskov. Vpisovali so število obiskov od nikoli (0) pa vse do petdeset (50). Podatke smo razdelili v frekvenčne razrede, kot prikazuje Tabela 5.2

Tabela 5.2: Število obiskov na leto

Letni obiski	Število
0 - 2	38
3 - 5	33
6 - 10	21
11 - 30	7
Nad 30	9
Ni odgovora	15

Ugotovili smo, da je število tistih, ki enkrat ali dvakrat letno obiščejo izvajalce AKM, največ. To pomeni, da kar tretjina anketirancev na letni ravni redko uporablja AKM; v povprečju enkrat na leto oziroma enkrat na pol leta.

Stališča o zdravju in boleznih (2.13–2.24)

Trditve v Tabeli 5.3 se nanašajo na prepričanja, verovanja (verjetja) in na odnos anketirancev do telesa, odgovornosti, pomembnosti vzroka in do zdravja. Anketirance smo prosili, da označijo stopnjo strinjanja na petstopenjski lestvici (1 – sploh se ne strinjam, 5 – zelo se strinjam) z vsako izmed trditvev.

Tabela 5.3: Stališča o zdravju in boleznih

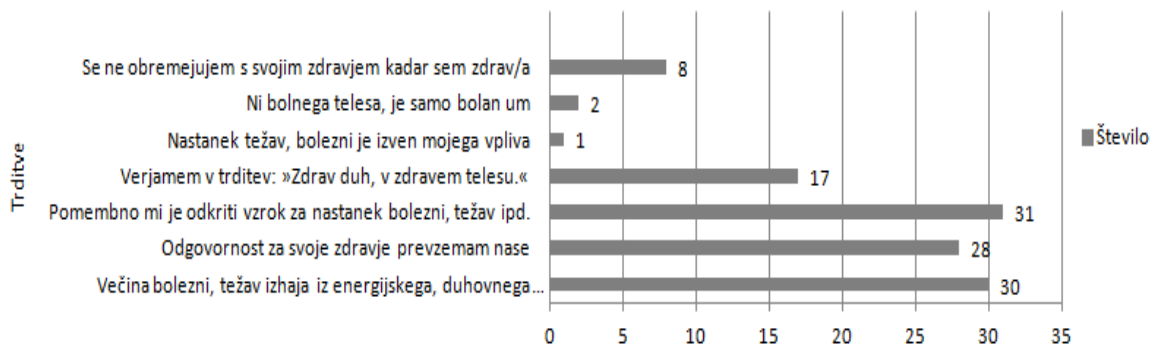
Trditve	Število (n)	Aritmetična sredina	Standardni odklon
Večina bolezni, težav izhaja iz energijskega, duhovnega neravnovesja.	122	4,10	,922
Odgovornost za svoje zdravje prevzemam nase.	122	4,16	,900
Pomembno mi je odkriti vzrok za nastanek bolezni, težav ipd.	123	4,46	,716
Verjamem v trditvev »Zdrav duh, v zdravem telesu«.	121	4,40	,811
Dobro zdravje je odvisno od genov. Nanj ne morem vplivati.	122	2,52	,938
Nastanek težav, bolezni je izven mojega vpliva.	122	2,08	,905
Ni bolnega telesa, je samo bolan um.	120	2,50	1,069
Ne obremenjujem se s svojim zdravjem, kadar sem zdrav/a.	121	3,18	1,225

Rezultati kažejo (Tabela 5.3), da je najvišja vrednost aritmetične sredine (4,5) pri trditvi »pomembno mi je odkriti vzrok za nastanek bolezni, težav ipd.«. To pomeni, da je večini anketirancev pomembno odkriti vzrok bolezni oziroma težav. Verjamejo v rek »zdrav duh v zdravem telesu«, saj se strinjajo s trditvijo, na kar kaže aritmetična sredina 4,4. Strinjajo se s trditvijo, da odgovornost za zdravje prevzemajo nase in da večina bolezni, težav izhaja iz energijskega, duhovnega ravnovesja. Najmanj se strinjajo s trditvijo, da je nastanek bolezni in težav izven njihovega vpliva.

Anketirance smo prosili, da izmed sedmih predlaganih stališč o zdravju in boleznih v Tabeli 5.3 izberejo tisto, ki je njim najpomembnejša (2.24). Ugotavljamo, da je

anketirancem na podlagi izbranih trditvev pri uporabi AKM najbolj pomembno odkriti vzrok za nastanek bolezni, težav ipd. (glej Sliko 5.1).

Slika 5.1: Najpomembnejša trditvev o zdravju in bolezni



Trditvev si po pomembnosti sledijo:

1. Odkriti vzrok za nastanek bolezni, težav ipd.
2. Večina bolezni, težav izhaja iz energijskega, duhovnega neravnovesja.
3. Odgovornost za svoje zdravje prevzemam nase.

Vzroki za uporabo AKM (2.25–2.33)

Vzroki za uporabo AKM so različni. Glede na podatke iz obstoječih raziskav in literature smo našli najpogosteje izražene vzroke in prosili anketirance, da pri vseh obkrožijo na lestvici od 1 do 5 (1 – sploh ni pomembno; 5 – zelo je pomembno) pomembnost razloga za uporabo AKM, ki velja za njih osebno.

Tabela 5.4: Vzroki za uporabo AKM

Možni vzroki za uporabo AKM	Število (n)	Aritmetična sredina	Standardni odklon
Neučinkovitost metod uradne medicine.	118	3,85	1,018
S terapevtom imam boljši odnos kot z zdravnikom.	121	3,61	1,044
Zaradi preventive.	118	3,61	1,013
Upoštevanje energijske ravni človeka.	119	3,97	1,012
Ugotovitev vzroka bolezni/težav.	121	4,17	,925
Možnost lastne izbire zdravljenja.	120	4,00	,889
Da bi dopolnil zdravljenje svojega zdravnika.	119	3,82	,983
Zaradi radovednosti.	118	2,32	1,146
Zaradi celostnega pristopa.	121	4,02	1,176

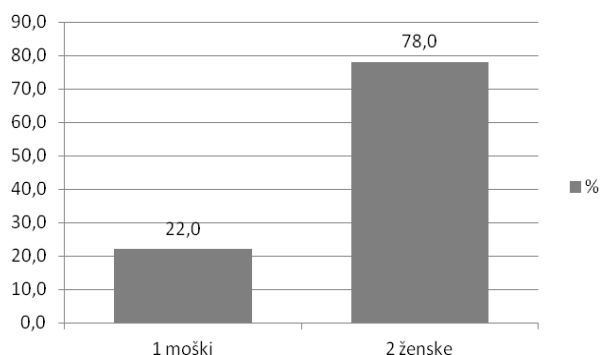
Rezultati kažejo (Tabela 5.4), da je anketirancem najbolj pomembno odkriti vzrok svoje bolezni oziroma težav (aritmetična sredina 4,17). Ta podatek se sklada z ugotovitvijo, da je eden izmed vzrokov povečane uporabe AKM zato, ker znanstvena medicina ne išče vzrokov, temveč v večji meri zdravi posledice (simptomatsko zdravljenje). Anketiranci si želijo celostnega pristopa (aritmetična sredina 4,02). Pomembna jim je tudi možnost lastne izbire zdravljenja, predvsem ob neučinkovitosti metod znanstvene medicine (aritmetična sredina 3,85) ter upoštevanje energijske ravni človeka in ne nazadnje, da bi dopolnili zdravljenje svojega zdravnika. Najmanj se strinjajo s tem, da AKM uporabljajo iz radovednosti.

5.4.2 Profil povprečnega uporabnika

Spol

Moški predstavljajo 22 % in ženske 78 % delež vzorca anketirancev (Slika 5.2).

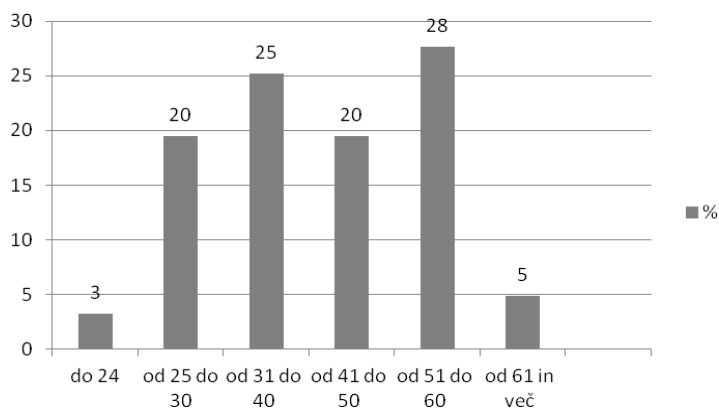
Slika 5.2: Struktura anketirancev glede na spol



Starost

Med anketiranci je največ starih med 51 in 60 letom (28 %), sledijo jim od 31 do 40 leta (25 %). 20 % delež anketirancev je starih med 25–30 in 20 % med 41–50 (Slika 5.3). Povprečna starost anketirancev je 43 let. Najmlajši anketiranec je imel 18 let in najstarejši 70 let.

Slika 5.3: Struktura anketirancev glede na starost



Izobrazba

Iz podatkov (Tabela 5.5) je razvidno, da ima največ anketirancev dokončano visoko šolo, fakulteto, akademijo (41,5 %). Če dodamo še tiste s podiplomsko izobrazbo, je več kot polovica anketirancev visoko izobraženih (52,1 %). Z dokončano srednjo šolo je 16 % anketirancev, z nedokončano srednjo šolo in dokončano osnovno šolo pa je 5 % anketirancev.

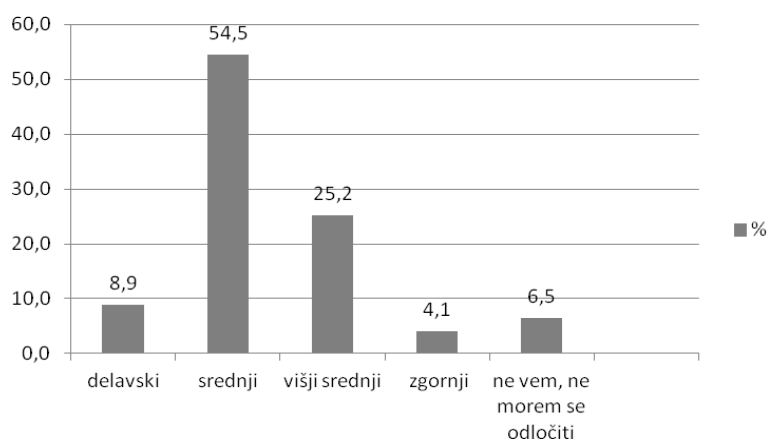
Tabela 5.5: Porazdelitev anketirancev glede na doseženo izobrazbo

Dokončana šola	Odstotek (%)
Osnovna šola ali manj	3
Nedokončana strokovna ali srednja šola	2
Dokončana 2 ali 3-letna strokovna šola	6
Dokončana 4-letna srednja šola	16
Nedokončna višja ali visoka šola	10
Dokončana 2-letna višja šola	11
Dokončana visoka šola, fakulteta, akademija	41
Podiplomska izobrazba	11
Skupaj %	100

Družbena skupina

Na vprašanje, kateri družbeni skupini (sloju ali razredu) se jim zdi, da pripadajo, je večina odgovorila, da v srednji razred (54 %). V višji srednji se je uvrstilo 25 %, v delavski pa se umešča 10 % anketirancev (Slika 5.4).

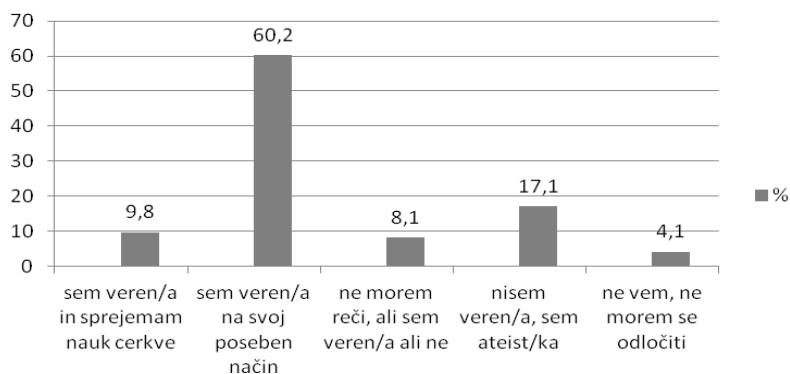
Slika 5.4: Pripadnost družbeni skupini



Ocena osebne vernosti

Izkaže se, da je največ anketirancev (60 %) vernih na »svojestven način« in 17 %, ki niso verni (ateisti). Tisti anketiranci, ki sprejemajo nauk cerkve in so verni, je 10 %; neodločenih (ne morejo reči ali so verni ali ne) je 8 % (Slika 5.5).

Slika 5.5: Ocena osebne vernosti



Zaposlitveni status

Večina anketirancev je zaposlenih (69 %), samozaposlenih je 9 %, brezposelnih 3 % ter dijakov in študentov 3 %. Delež upokojencev je 11 %.

Profil povprečnega uporabnika

Za izdelavo profila povprečnega uporabnika AKM smo upoštevali najpogostejše odgovore (povprečja). Glede na podatke ugotavljamo, da je povprečni uporabnik AKM: zaposlena ženska v zgodnjih štiridesetih z visoko izobrazbo. Po oceni pripada srednjemu razredu in je verujoča, na svojstven način. Profil posplošujemo na naš vzorec in ne na celotno populacijo. Druge lastnosti anketirancev in informacije o njihovi izkušnji z AKM, ki smo jih pridobili na podlagi anketnega vprašalnika, si lahko pogledate v poglavju 5.6 ali v Prilogi B.

5.4.3 Obravnava hipotez

Poleg osnovnih deskriptivnih statistik (frekvenčna porazdelitev, aritmetična sredina in standardni odklon) smo za analizo povezanosti spremenljivk pri preverjanju hipotez uporabili bivariatne analize (t-test, Pearsonov korelacijski koeficient, hi kvadrat test, regresijsko analizo in statistični test ANOVA).

H1: *Pogostost uporabe AKM je odvisna od spola uporabnika.*

Prva hipoteza se nanaša na pogostost uporabe AKM v povezavi s spolom. Zanima nas, ali je pogostost uporabe AKM odvisna od spola. Spremenljivko pogostost smo ustvarili na novo, in sicer s seštetjem 23 spremenljivk (1.00–1.23), ki so merile pogostost uporabe AKM. Za preverjanje hipoteze smo uporabili t-test. S pomočjo t-testa preverjamo domneve o enakosti dveh povprečij oziroma testiramo domnevo o enakosti aritmetičnih sredin. Pred tem je potrebno preveriti predpostavko o enakosti varianc.

Tabela 5.6: Opisna statistika spremenljivk spol in pogostost (H1)

	Spol	Število (n)	Aritmetična sredina	St. Odklon
Pogostost uporabe	Moški	21	1,72	,293
	Ženski	75	1,76	,483

Zgornja tabela prikazuje opisno statistiko v analizi uporabljenih spremenljivk.

Tabela 5.7: T-test analiza povezanosti med spolom in pogostostjo uporabe (H1)

		Levenov test za enakost varianc		t-test za enakost aritmetičnih sredin						
		F	p vrednost	t	df	p vrednost	Razlika aritmetičnih sredin	Standardna napaka razlike aritmetičnih sredin	95 % interval zaupanja	
									Spo- dnja meja	Zgo- rnja meja
Pogostost uporabe	Homogena varianca	4,353	,040	-,350	94	,727	-,039	,111	-,259	,182
	Nehomogena varianca			-,458	53,74	,649	-,039	,085	-,209	,131

Glede na zgornjo tabelo 5.7, ki prikazuje t-test ugotavljamo, da gre pri spremenljivki pogostost uporabe AKM za homogeno varianco (stopnja značilnosti manjša od 0,05), zato lahko uporabimo v nadaljevanju klasičen t-test. Glede na njegovo p-vrednost, ki znaša 0,727, ugotavljamo, da ni razlik pri pogostosti uporabe AKM med moškimi in ženskami. V družboslovju je namreč meja statistične pomembnosti 5 %, pri nas pa je statističen test pokazal 72,7 % tveganje za potrditev razlik med spoloma. Glede na navedeno zaključujemo, da tako moški kot ženske AKM uporabljajo enako pogosto oziroma redko, saj je aritmetična sredina 1,7 na 5 stopenjski Likertovi lestvici¹¹. Hipotezo, da je pogostost uporabe AKM odvisna od spola, zavrnemo.

H2: *Uporabniki, ki verjamejo, da večina bolezni oziroma težav izhaja iz energijskega, duhovnega neravnovesja bolj pogosteje posegajo po AKM.*

¹¹ V našem primeru so uporabniki na vprašanje, kako pogosto so se srečali s triindvajsetimi navedenimi AKM metodami, praksami ali vednostmi, odgovorili s pomočjo petstopenjske Likertove merske lestvice (ocenjevanje izražanja stališč od 1 do 5): 1- nikoli, 2 - redko, 3 - včasih, 4 - pogosto in 5 - redno.

Druga hipoteza se nanaša na vpliv verjetja v energijski in duhovni potencial (v nadaljevanju verjetje) pri pogostosti uporabe AKM metod, praks in vednosti. Povezanost verjetja in pogostosti uporabe bomo preverili s Pearsonovim korelacijskim koeficientom¹², ki meri povezanost med dvema spremenljivkama, od katerih je ena odvisna (pogostost) in druga neodvisna (verjetje). Tabela 5.8 prikazuje Pearsonovo korelacijo z aritmetično sredino in standardnim odklonom, Tabela 5.9 pa prikazuje Pearsonov korelacijski koeficient, njegovo stopnjo značilnosti in število veljavnih enot. Anketiranci so izrazili svoje stališče s strinjanjem oziroma ne strinjanjem s trditvijo, ki smo jo poimenovali verjetje in smo jo merili s pomočjo petstopenjske Likertove merske lestvice (ocenjevanje stališč/verjetja z ocenami od 1 do 5: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – ne strinjam se; 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam; 4 – strinjam se; 5 – zelo se strinjam).

Tabela 5.8: Opisna statistika spremenljivk verjetje in pogostost (H2)

	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Število (n)
Večina bolezni, težav izhaja iz energijskega, duhovnega neravnovesja	4,10	,922	122
Pogostost	1,75	,448	96

Tabela 5.9: Pearsonov korelacijski koeficient (H2)

		Večina bolezni, težav izhaja iz energijskega, duhovnega neravnovesja	Pogostost
Večina bolezni, težav izhaja iz energijskega, duhovnega neravnovesja	Pearsonova korelacija	1	,348**
	p vrednost		,001
	Število (n)	122	96
Pogostost	Pearsonova korelacija	,348**	1
	p vrednost	,001	
	Število (n)	96	96

¹² Pearsonov koeficient korelacije meri korelacijsko linearno povezanost med dvema spremenljivkama. Vrednost Pearsonovega koeficienta se giblje na intervalu [-1,1]. Tem bližje je skrajnima vrednostma, večja je povezanost med spremenljivkama, vrednost 0 pomeni, da ni povezanosti. Korelacije so šibke 0,1 do 0,25, srednje 0,25 do 0,4 in močno statistično pomembne, če se uvrstijo v področje več kot 0,4 (Ragin 2007, 160).

Glede na Pearsonov korelacijski koeficient 0,35 ugotavljamo, da gre pri soodvisnosti med pogostostjo in verjetjem za srednje močno pozitivno korelacijo. Zaradi p vrednosti, ki znaša 0,01 (v družboslovju je dovoljena vrednost 0,05), lahko ugotovitev posplošimo na naš vzorec. Ugotavljamo torej, da posameznikovo verjetje, da bolezni, težave izhajajo iz energijskega, duhovnega neravnovesja, statistično vpliva na bolj pogosto uporabo AKM. Aritmetična sredina na petstopenjski Likertovi lestvici je 4,1, kar pomeni, da se anketiranci, ki v povprečju pogosteje uporabljajo AKM, strinjajo s trditvijo, da večina bolezni, težav izhaja iz energijskega, duhovnega neravnovesja. Hipotezo v celoti potrdimo.

H3: *Uporabniki, ki so verni, bolj pogosto posegajo po AKM.*

S tretjo hipotezo smo preverili vpliv vernosti na pogostost uporabe AKM metod, praks in vednosti. Spremenljivka osebna ocena vernosti je sestavljena iz dveh spremenljivk (trditev, ki se po oceni najbolj nanaša na anketiranca osebno), in sicer: sem veren/a in sprejemam nauk cerkve ter sem veren/a na svojstven način.

Povezanost vernosti in pogostost uporabe bomo preverili s Pearsonovim korelacijskim koeficientom, ki meri povezanost med dvema spremenljivkama, od katerih je ena odvisna (pogostost) in druga neodvisna (osebna ocena vernosti).

Tabela 5.10: Opisna statistika spremenljivk pogostost in osebna ocena vernosti (H3)

	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Število (n)
Pogostost	1,75	,448	96
Osebna ocena vernosti	2,45	1,021	122

Tabela 5.11: Pearsonov korelacijski koeficient (H3)

		Pogostost	Osebna ocena vernosti
Pogostost	Pearsonova korelacija	1	-,244*
	p vrednost		,017
	Število (n)	96	96
Osebna ocena vernosti	Pearsonova korelacija	-,244*	1
	p vrednost	,017	
	Število (n)	96	122

Ugotavljamo, da Pearsonov korelacijski koeficient znaša -0,244, je negativen in srednje močan. Negativna povezanost pomeni, da z večanjem vrednosti prve spremenljivke, se manjša vrednost druge. V našem primeru to pomeni, da bolj kot so uporabniki verni, manj uporabljajo AKM. Zaradi p vrednosti, ki je 0,017, naše tretje hipoteze ne potrdimo.

H4: *Uporabniki AKM, katerim se z zdravljenjem bolezni oziroma težave z znanstveno medicino stanje ni opazno izboljšalo ali se jim je še poslabšalo (2.37) trdijo, da so z uporabo AKM popolnoma odpravili vzroke ali posledice bolezni oziroma težav (2.36).*

Glede na dobljene rezultate raziskave smo ugotovili, da večina uporabnikov AKM zagovarja kombinacijo metod znanstvene medicine in metode, prakse in vednosti AKM. Za kakšno zaporedje se uporabniki odločijo (najprej znanstvena medicina in nato AKM, najprej AKM in nato znanstvena medicina ali oboje hkrati) nimamo podatka.

Zanima pa nas kakšno izkušnjo imajo tisti, ko njihovo bolezen oziroma težavo z metodami znanstvene medicine ni bilo moč pozdraviti ali se je stanje še poslabšalo. Domnevamo, da ti uporabniki AKM trdijo, da so po neuspehu znanstvene medicine z metodami, praksami in vednostmi AKM popolnoma odpravili vzroke ali posledice bolezni oziroma težave.

Za preverjanje četrte hipoteze smo uporabili hi kvadrat test (Chi-kvadrat; χ^2), ki je primeren za testiranje povezanosti dveh spremenljivk in nam pove ali se med različnimi podskupinami vzorca pojavljajo statistično pomembne razlike glede druge spremenljivke. Zanima nas ali obstaja povezanost med neuspešnim zdravljenjem znanstvene medicine in uspešnim odpravljanjem vzrokov oziroma posledic z AKM.

Tabela 5.12: Kontingenčna tabela izkušnja zn.medicina/AKM (H4)

Izkušnja z znanstveno medicino * Izkušnja AKM		Izkušnja AKM			Skupaj	
		Ni bilo izboljšanja	Delno izboljšanje	Popolno izboljšanje		
Izkušnja z znanstveno medicino	Ni bilo izboljšanja	Število	4	13	27	44
		Odstotek	9,1 %	29,5 %	61,4 %	100,0 %
	Delno izboljšanje	Število	3	31	13	47
		Odstotek	6,4 %	66,0 %	27,7 %	100,0 %
	Popolno izboljšanje	Število	1	9	7	17
		Odstotek	5,9 %	52,9 %	41,2 %	100,0 %
Skupaj		Število	8	53	47	108
		Izkušnja z znanst. medicino	7,4 %	49,1 %	43,5 %	100,0 %

Tabela 5.13: Hi-kvadrat preizkus - izkušnja zn.medicina/AKM (H4)

	Vrednost	Prostostne stopnje	P vrednost
Pearsonov hi-kvadrat	12,447 ^a	4	,014
Število veljavnih	108		

Na podlagi hi-kvadrat preizkusa ugotavljamo, da je pri anketirancih, kjer z zdravljenjem bolezni oziroma težave z znanstveno medicino ni bilo izboljšanja, je AKM v 61,4 % prinesla popolno, v 29 % pa delno izboljšanje. Naše ugotovitve na podlagi statističnega izračuna hi-kvadrat, pri čemer je p vrednost 0,014, potrdimo. Četrto hipotezo v celoti lahko potrdimo.

Pri hipotezah smo preverjali neodvisne spremenljivke: spol, izkušnjo z znanstveno medicino in izkušnjo z AKM, verjetje v energijski in duhovni potencial ter vernost. Da bi preverili, katera statistično najbolj pomembno vpliva na pogostost uporabe, smo dodali še naslednjo hipotezo:

H5: Na pogostost uporabe AKM izmed vseh koeficientov (spol, izkušnja z znanstveno medicino, izkušnja z AKM, verjetje v energijski in duhovni potencial ter osebna ocena vernosti) najbolj vpliva verjetje v energijski in duhovni potencial.

Hipotezo smo preverili z regresijsko analizo. Ta nam pomaga analizirati linearen odnos med odvisno in neodvisnimi spremenljivki.

Tabela 5.14: R kvadrat (H5)

Model	R	R kvadrat	Prilagojen R kvadrat	Standardna napaka	Statistika sprememb				
					R kvadrat sprememba	F	df1	df2	p vrednost F
1	,348 ^a	,121	,066	,376	,121	2,181	5	79	,064

Neodvisne spremenljivke: spol, izkušnja z znanstveno medicino, izkušnja z AKM, verjetje v energijski in duhovni potencial ter osebna ocena vernosti.

Glede na zgornjo tabelo ugotavljamo, da z regresijsko analizo opišemo 12,1 % celotne odvisnosti odvisne spremenljivke (pogostost uporabe AKM) z neodvisni spremenljivkami (spol, izkušnja z znanstveno medicino, izkušnja z AKM, verjetje v energijski in duhovni potencial ter osebna ocena vernosti).

Tabela 5.15: Anova (H5)

Model		Vsota kvadratov	df	Aritmetična sredina kvadratov	F	p vrednost
	Regresija	1,539	5	,308	2,181	,064^b
	Razlika	11,147	79	,141		
	Skupaj	12,687	84			

Odvisna spremenljivka: Pogostost

Neodvisne spremenljivke: spol, izkušnja z znanstveno medicino, izkušnja z AKM, verjetje v energijski in duhovni potencial ter osebna ocena vernosti.

Glede na zgornji statistični test ANOVA ugotavljamo, da je p vrednost 0,064, kar je sicer za 1,4 % preveliko tveganje za posploševanje na celotno populacijo in ga interpretiramo samo za naš vzorec. Zavedajoč se slednjega in z obzirom izjemno majhne prekoračitve tveganja bomo z regresijsko analizo nadaljevali, pri zaključkih pa vzeli v obzir večje tveganje.

Tabela 5.16: Regresijski koeficienti (H5)

Model		Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	p vrednost
		B	Standardna napaka	Beta		
1	Konstanta	1,138	,370		3,077	,003
	Izkušnja z znanstveno medicino	,017	,059	,032	,294	,769
	Izkušnja AKM	,084	,065	,139	1,291	,200
	Spol	,053	,097	,059	,543	,589
	Osebna ocena vernosti	-,058	,046	-,146	-1,263	,210
	Energijski in duhovni potencial (verjetje)	,101	,050	,229	2,014	,047
Odvisna spremenljivka: Pogostost						

Na podlagi Tabele 5.16, ki prikazuje regresijske koeficiente, ugotavljamo, da ima le koeficient verjetja (0,47) statistično pomembno povezavo s pogostostjo uporabe. Pri izkušnjah z znanstveno medicino imamo za interpretacijo regresijskega koeficienta 77 % tveganje, pri izkušnjah z AKM 20 %, pri spolu 59 %, pri verovanju pa 21 %.

Zaradi statistično pomembne vrednosti p (p vrednost 0,05) je verjetje v energijski in duhovni potencial edina med neodvisnimi spremenljivkami (spol, izkušnja z znanstveno medicino, izkušnja z AKM, ki statistično pomembno vpliva na pogostost uporabe AKM.

Regresijska enačba

Enačba velja za vzorec in je ne moremo posploševati na populacijo. Interpretiramo jo samo za naš vzorec.

Pogostost uporabe AKM = 1,138 + 0,032 × izkušnja z znanstveno medicino + 0,139 × izkušnja z AKM + 0,059 × spol – 0,146 × osebna ocena vernosti + **0,229** × večina bolezni, težav izhaja iz energijskega, duhovnega neravnovesja.

To pomeni, da je s pogostostjo uporabe v **22,9 %** (statistično pomembno) povezano verjetje; v 14,6 % verovanje; v 13,9 % izkušnja z AKM; v 5,9 % spol in v 3,2 % izkušnja z znanstveno medicino. Iz dobljene enačbe sklepamo, da je s pogostostjo

uporabe AKM statistično pomembno povezano verjetje pri čemer vzamemo v obzir za 1,4 % večje tveganje.

5.5 Interpretacija analize raziskave

Interpretacija analize raziskave sestoji iz analize podobe AKM v Sloveniji skozi oči uporabnika, ki smo ga definirali v okviru opravljene ankete in analize hipotez, ki smo si jih postavili v raziskovalnem načrtu. Zaradi potreb splošne umestitve analiziranih podatkov iz pridobljenih odgovorov smo našo interpretacijo strukturirali v dva sklopa.

5.5.1 Analiza hipotez

Za ugotavljanje statističnih povezav med spremenljivkami smo postavili tri hipoteze, ki so se nanašale na pogostost uporabe glede na spol, verjetje v energijski in duhovni potencial ter vernost.

Pri prvi hipotezi smo preizkušali, ali je pogostost uporabe AKM odvisna od spola. S t-testom in njegovo p-vrednostjo 0,727 smo ugotovili, da ni razlik pri pogostosti uporabe AKM med moškimi in ženskami. Moški in ženske AKM uporabljajo enako pogosto, in sicer redko, saj je aritmetična sredina 1,7 na 5 stopenjski Likertovi lestvici. Zveza ni statistično pomembna. Hipotezo, da je pogostost uporabe AKM odvisna od spola, smo zavrnili.

Podatki kažejo statistično pomembno zvezo med pogostostjo uporabe in verjetjem v energijsko-duhovni potencial. Tu smo izhajali iz predpostavke, da tisti, ki verjamejo v energijski in duhovni potencial človeka oziroma telesa, verjamejo, da ta potencial spodbudi k samozdravljenju telesa na energijskem oziroma duhovnem nivoju. Glede na Pearsonov korelacijski koeficient 0,35 smo ugotovili, da gre pri soodvisnosti med pogostostjo in verjetjem za srednje močno pozitivno korelacijo. Ugotavljamo torej, da bolj kot posameznik verjame, da bolezni, težave izhajajo iz energijskega, duhovnega neravnovesja, bolj pogosto uporablja AKM. Drugo hipotezo smo potrdili.

Domnevali smo, da uporabniki AKM, ki so verni, bolj pogosto posegajo po AKM metodah, praksah in vednostih. Med verne smo šteli tiste, ki so se opredelili kot »sem veren/a in sprejemam nauk cerkve« in »sem veren/a na svoj poseben način«. Glede na Pearsonov korelacijski koeficient, ki znaša -2,44, smo ugotovili, da je negativen in srednje močan. Tretjo hipotezo smo v celoti zavrnil. Rezultati niso potrdili pričakovanja, da vernost vpliva na uporabo AKM, saj se kaže statistično pomembna zveza, da bolj kot so anketiranci verni, manj uporabljajo AKM. Kar se izkaže za zanimivo povezavo vredno nadaljnjega poglobljenega raziskovanja.

S četrto hipotezo smo preverjali izkušnjo zdravljenja z znanstveno medicino (s katero ni bilo opaznega izboljšanja ali se je uporabnikovo stanje še poslabšalo) in nato izkušnjo z AKM. Predvidevali smo, da uporabniki AKM pogosteje trdijo, da so z AKM popolnoma odpravili vzroke ali posledice obolenj oziroma težav. Hipotezo smo potrdili, saj je v 61,4 % AKM prinesla popolno izboljšanje oziroma odpravo vzrokov ali posledic obolenj, v 29 % pa delno izboljšanje. Četrto hipotezo potrdimo in našo domnevo glede na rezultate, ki kažejo, da uporabniki AKM kombinirajo znanstveno medicino in AKM, a se v primeru neuspeha znanstvene medicine obrnejo na AKM, saj jim pomaga odpraviti vzroke oziroma posledice njihove bolezni oziroma težav. Za primerjavo naj omenimo raziskavo med uporabniki AKM kjer Čebren Lipovec ugotavlja, da se tri četrtine (77 %) sogovornikov zdravijo tako, da kombinirajo obiske pri zdravniku in terapevtu s področja KAM. Pri tem največ (62 %) sogovornikov meni, da jim je bolj pomagalo zdravljenje pri terapevtu s področja AKM kot pri zdravniku (Čebren Lipovec 2014, 23).

Pri hipotezah smo preverjali neodvisne spremenljivke: spol, izkušnjo z znanstveno medicino, izkušnjo z AKM, verjetje v energijski in duhovni potencial ter vernost. Da bi preverili, katera ima statistično najbolj pomemben vpliv na pogostost uporabe, smo dodali novo hipotezo. Ugotavljamo, da ima statistično pomembno povezavo s pogostostjo uporabe le koeficient verjetja. Za pojasnitev smo uvedli enačbo, ki velja za vzorec in jo ne moremo posploševati na populacijo ter jo interpretiramo samo za naš vzorec. Enačba nam je pokazala, da na pogosto uporabo AKM v 22,9 % vpliva verjetje in le 3,2 % izkušnja z znanstveno medicino.

5.5.2 Podoba AKM: uporabniška izkušnja v Sloveniji

Raziskava ponuja vpogled v uporabnikovo osebno izkušnjo z AKM. Uporabniki AKM so v anketnem vprašalniku ocenjevali svojo osebno izkušnjo, odnos in stališče do AKM. Specifičnost raziskovanega nabora posameznikov definira relativno zaprto skupino, zato smo uporabili metodo snežne kepe oziroma metodo vzorčenja preko socialnih mrež. Ker vzorec ni reprezentativen in rezultatov ne moremo posplošiti na populacijo uporabnikov AKM v Sloveniji, so ugotovitve upoštevane z zadržkom.

Poleg glavnega vprašanja, zakaj se uporabniki odločijo za AKM izkušnjo, smo preverjali stališča in dileme, s katerimi se uporabniki AKM srečujejo. Vprašanja so bila strukturirana tako, da so preverjala izbor AK metod, praks ali vednosti, analizo vzrokov nastalih težav anketirancev, kanale informiranja o relevantnih informacijah o izvajalcih ali samih metodah in stopnjo zadovoljstva, tako glede izkušenj z AKM, kot izkušenj z znanstveno medicino. Odločitev in odgovornost za vse izbire nosi uporabnik AKM, za razliko od zdravstvenega sistema, kjer mu zdravnik določi potek zdravljenja. V obeh primerih je ključno zaupanje, v lastno ali zdravnikovo mnenje. Zato smo želeli raziskati vpliv verjetja na pogostost uporabe AKM s pomočjo postavljenih hipotez.

Poglejmo si ugotovitve in povzetek odgovorov na vprašanja iz anketnega vprašalnika, ki so deloma analizirana v podpoglavju 5.5. Zaradi omejenega okvira tega dela predstavljamo rezultate ostalih vprašanj iz anketnega vprašalnika v Prilogi B.

Anketiranci so se najpogosteje srečali z metodami sproščanja in masažami, zeliščarstvom, bioenergijo, dieto/postom, raznimi svetovanji za boljšo kvaliteto življenja, odnosov itd. ter bioenergijo, akupunkturo, kiropraktiko in reikijem. Četrтина anketirancev se redno oziroma pogosto srečuje še z bioresonanco, molitvijo, energijskimi terapijami, delom z angeli, termoregulacijo, aromaterapijo, tantra, joga, tibetantskim energijskim zdravljenjem, dodajanjem mineralov v hrano in drugimi metodami, praksami in vednostmi AKM (glej Tabelo 5.1).

Ugotavljamo, da poplava splošno dostopnih podatkov in zdravstvenih informacij v množičnih medijih ponujajo pasti in nevarnosti tudi za uporabnike AKM. Informiranje prek spleta lahko zavajajoče in ogrožajoče za uporabnike AKM (Šimenc 2011, 71).

Zanimalo nas je, kje uporabniki največ pridobivajo za njih relevantne informacije o tem, katere metode so za njih prave oziroma na katerega izmed izvajalcev AKM se naj obrnejo. Anketiranci so dobili informacije predvsem iz svojega socialnega kroga (prijatelji, znanci) in medijev (glej Tabelo B1.30).

Ko se odločijo za eno izmed metod, praks ali vednosti in izvajalca AKM, jih tretjina obišče vsaj enkrat do dvakrat na leto. Od tri do petkrat na leto jih obišče četrtnina anketirancev. Kaj pomeni pogosto ali redko, je relativno. Če rečemo, da je pogosto nad deset obiskov letno (povprečno enkrat na mesec), potem ugotovimo, da pogosto uporablja AK metode tretjina anketirancev (glej Tabelo 5.2). Bi se pa kar 72 % anketirancev pogosteje odločilo za uporabo AK metod, če bi zavarovalnica krila stroške zdravljenja (glej Tabelo B4.03).

Več kot 300 evrov zapravi za zdravljenje 20 % anketirancev, medtem kot jih 34 % zapravi do 100 evrov. Gre za kumulativni znesek za celotno zdravljenje bolezni oziroma težave in ni znano koliko obiskov ta znesek vključuje. Niti ni razvidno, koliko obiskov je bilo potrebnih za odpravo težave oziroma bolezni (glej Tabelo B1.29). Ker smo spraševali, koliko denarja so skupaj porabili za zdravljenje, ni znano, koliko obiskov v povprečju je bilo potrebnih za odpravo težave.

Mnogi še danes trdijo oziroma razpravljajo, ali AKM predstavlja alternativo znanstveni medicini v skrbi, da bolniki brezglavo zavračajo medicinsko zdravljenje, če se odločijo za eno ali več AKM metod, praks ali vednosti, v času zdravljenja bolezni oziroma težave. Lahko jih potolažimo, saj rezultati kažejo, da anketiranci v 30 % največkrat uporabijo metode znanstvene medicine in v 45 % največkrat uporabijo kombinacijo obeh (glej Tabelo B1.27). Odvisno je predvsem od bolezni oziroma težave, vendar se v redkih ekstremnih primerih posamezniki odločajo za zavrnitev zdravljenja z znanstveno medicino. S trditvijo, da je AKM »dopolnilno zdravljenje ob uradni medicini« se strinja kar 122 od 123 anketirancev in ne drži (aritmetična sredina 2,14), da je popolni nadomestek za znanstveno medicino (glej Tabelo B2.00-2.04). Nikoli se ne bi odločili za AKM v primerih, ko bi bilo ogroženo življenje, pri akutnih poškodbah, nujnih posegih v obliki operacije itd. Več mnenj si lahko pogledate v Prilogi B (3.13).

Ob spremljanju različnih zgodb uporabnikov AKM smo ugotovili, da so v odnosu do znanstvene medicine obravnavani kot »marginalna skupina«, ker njihov način zdravljenja odstopa od običajnih, družbeno sprejemljivih načinov zdravljenja. Ostrina odnosa zdravstvene oblasti do AKM se tako negativno prenaša na uporabnika AKM in zdravnike znanstvene medicine ter negativno vpliva na njuno komunikacijo. Ta predpostavka se kaže tudi v dejstvu, da večina anketirancev (63,2 %) redko ali nikoli ne pove svojemu zdravniku o hkratni uporabi AKM (glej Tabelo B3.00). Anketiranci uporabljajo AKM brez vednosti oziroma privolitve zdravnika. Za primer navajamo zdravljenje z medicinsko konopljo, ki je zakonsko sporna, saj je uvrščena na seznam mamil in je uporaba zakonsko kaznovana. Uporabniki se zato ne želijo izpostavljati, niti pred zdravnikom. Na našem seznamu metod medicinske konoplje nismo uvrstili, ker v času raziskave ni bila tako dostopna (popularna) kot danes. Zdravniki s katerimi smo bili osebno v kontaktu so izrazili obžalovanje, da ne poznajo dovolj AKM področja in se zato ne morejo s svojimi pacienti odkrito pogovoriti, saj bi bili zaradi tega sankcionirani s strani zdravstvene oblasti. Zavedajo se, da je uporabnikovo prikrievanje uporabe AKM pred zdravstvenim osebjem, v strahu pred sankcijami in zavračanjem lečečega zdravnika, lahko usodno predvsem za marsikaterega uporabnika AKM in si, tako kot uporabniki AKM, želijo sprememb.

Vpliv zdravstvenega sistema, ki je usmerjen bolj v kurativo kot v preventivo, se kaže predvsem pri odločitvah uporabnika AKM, kdaj obišejo zdravnika. Obiščejo ga takrat, ko jih bolezen oziroma težava močno ovira pri delu ali kadar so hudo bolni in ne zaradi preventive ali ohranjanja zdravja. Zanimivo, da je pri strinjanju s trditvijo »zaradi psihične in čustvene izčrpanosti« aritmetična sredina pri AKM 3 (niti ne drži, niti drži), pri zdravnikih pa 2 (ne drži). Kar pomeni, da pri tovrstnih težavah pogosteje obišejo AKM izvajalca (glej Tabelo B2.05-2.12) kot pa zdravnika (glej Tabelo B2.38-2.43).

Ugotavljamo, da večina anketirancev (n=121) verjame v uspešnost zdravljenja z AKM (glej Tabelo B2.44-2.45). Na splošno AK metode, prakse in vednosti poudarjajo sposobnost samozdravljenja in anketiranci v to verjamejo, saj so kar v 84,5 % potrdili, da verjamejo oziroma zelo verjamejo v samozdravljenje (glej Tabelo B2.34), kot tudi verjamejo v uspešnost metod AKM (glej Tabelo B 2.44-2.45).

Po njihovem mnenju najbolj vpliva na uspešnost zdravljenja sprememba načina življenja, strokovnost izvajalca AKM in nato izbira ustrezne terapije. To nakazuje na njihovo zavedanje, da je uspešnost metod, praks in vednosti AKM odvisna od njihove izbire in lastne aktivnosti pri zdravljenju (glej Tabelo B3.04-3.12). Zaradi tega si 89 % anketirancev želi, da bi bilo področje AKM zakonsko urejeno (glej Tabelo B4.00). Tako bi v primeru slabe izkušnje (imelo jih je 19 % anketirancev) lahko ustrezno ukrepali (glej Tabelo B2.46). Poročajo o vsiljevanju religioznih vsebin, preveč intimnih odnosih (tudi spolno nadlegovanje), postavitvah absurdnih diagnoz kot tudi, da ni bilo opaznega izboljšanja ter premalo informacij o stanju in napredku. V primeru slabe izkušnje večina anketirancev ni naredila nič. Po lastni presoji so prenehali z obiski AKM izvajalca, poiskali drugega ali šli h zdravniku znanstvene medicine (glej Prilogo B: 2.48).

Pri omejitvah smo opozorili na pristranskost vzorca. Za preveritev smo postavili tezo, da so se za sodelovanje odločili večinoma tisti, ki so imeli pozitivno izkušnjo zaradi morebitne pristranskosti posrednikov anketnih vprašalnikov. Rezultati kažejo, da je imelo pozitivno izkušnjo z AKM 81 % in negativno izkušnjo 29 % anketirancev. Anketiranci se na splošno zavedajo tveganja in odgovornosti izbire, zato jih 65 % vedno oziroma pogosto preveri ustrezno usposobljenost izvajalcev AKM (glej Tabelo B3.01). Pri tem je zanimivo, da 62 % anketirancev AKM nikoli ali skoraj nikoli ne skrbi (25 % včasih, 6 % pogosto) pojav stranskih učinkov uporabe AKM metod, praks ali vednosti (glej Tabelo B3.03).

Preko raziskave o izkušnjah z AKM na vzorcu uporabnikov AKM na naše glavno raziskovalno vprašanje zakaj se nekdo odloči za uporabo AKM, nismo dobili enoznačnega odgovora kar tudi nismo pričakovali. Odgovor na vprašanje zakaj je sestavljen iz številčnih vzrokov na katere vplivajo tako družbene razmere kot osebne značilnosti in okoliščine uporabnika AKM. Sklenemo naj z ugotovitvijo, da ima AKM vedno večjo vrednost pri uporabnikih, saj se pogostost uporabe in zanimanje, v svetu in pri nas, konstantno zvišuje, kar so nam deloma nakazali tudi rezultati naše analize ankete, ki veljajo za naš vzorec. Če govorimo o prednostih v primerjavi z znanstveno medicino, uporabniki AKM največjo prednost AKM pripisujejo iskanju vzroka za njihove težave, ali kot pravi anketiranka pod zaporedno številko 3, ki je imela težavo z daljšimi in intenzivnejšimi obdobji suhega kašlja, več let v obliki pljučnice: »Ne gre samo za posledično, temveč za vzročno odpravljanje težav. Zelo cenim osebni

odnos, ki ga v uradni medicini srečam zelo redko. Moja osebna izkušnja kaže, da mi zdravnik ni mogel pomagati, zdravilka pa v zelo kratkem času, po tem ni bilo resnejših zdravstvenih težav«.

Drugo večjo prednost uporabniki AKM pripisujejo celostnemu pristopu. AKM ne zdravi samo telesa, ampak človeka kot celoto. Med pomembne prednosti uvrščajo še: naravno zdravljenje, ker ne vsebuje kemičnih in sintetičnih substanc, ki povzročajo stranske učinke; individualen pristop; posluš za človeka; spodbujanje prevzemanja odgovornosti za zdravje; izvajalci AKM si vzamejo čas; delujejo preventivno; dostopnost (ni birokratizacije in čakalnih dob); povezava z duhovnostjo; poudarek na samozdravljenju idr. Povzamemo lahko z mnenjem anketiranca pod zaporedno številko 7, ki je AKM uporabljal pri zdravljenju depresije: »Človeka obravnavajo celostno (psihično in fizično), problema se lotijo pri izvoru, ne zdravijo le posledic in ne obremenjujejo telesa s stranskimi učinki«.

Za primerjavo navajamo rezultate že omenjene raziskave (glej str. 42) kjer anketiranci za obisk izvajalca AKM navajajo naslednje vzroke: celostni pogled na bolezen, dopolnitev medicinskemu zdravljenju in aktivno sodelovanje pri procesu zdravljenja. Manjšo, a še vedno veliko pomembnost, pripisujejo naravnim načinom zdravljenja, neuspehu uradnega zdravljenja in boljši komunikaciji v zdravilstvu. Stranskim učinkom farmacevtskih zdravil, zaupanju alternativnim metodam in dolgim čakalnim vrstam v zdravstvu pripisujejo manjši pomen (Plešnar 2008, 30).

5.5.3 Trendi odgovarjajo na potrebe

Trend naraščanja uporabe AKM kaže na potrebo po integrativnem pristopu k medicini 21. stoletja. Po svetu je vse več klinik, kjer že uporabljajo model integrativne medicine. Tudi pri nas se z duhom časa nakazuje trend integracije z uveljavljanjem akupunkturo, v lekarnah so dostopna homeopatska zdravila, prisotne so tudi AKM prakse, ki potekajo znotraj institucij javnega zdravstvenega sistema. Za primer navajamo komplementarno prakso, ki jo za otroke in odrasle paciente izvajajo Rdeči noski¹³ v štirinajstih

¹³ Rdeči noski so klovnji zdravniki, ki so profesionalni umetniki, posebej usposobljeni za delo v bolnišnici. Preko metode različnih umetniških veščin, kot so glasba, petje, čaranje in improvizacija, v

slovenskih bolnišnicah od leta 2003 (Rdeči noski 2016). Pod civilno iniciativo se ustanavljajo razna združenja, inštituti in nevladne organizacije na področju AKM. Pred tremi leti so tako odprli Hišo integrativne medicine, prvo tovrstno v Sloveniji, ki deluje pod okriljem Slovenskega združenja za integrativno medicino, s ciljem povezati znanstveno medicino in AKM za vse tiste, ki si želijo celostnega pristopa k zdravljenju. Posebno pozornost naj bi posvečali osveščanju preko predavanj in izobraževalnih aktivnosti. Storitve ne spadajo v javni zdravstveni sistem in so samoplačniške (Jurko 2013).

Pri integrativni medicini sta bolnik in zdravnik v partnerskem odnosu v procesu zdravljenja. Toliko kot je odgovornost na zdravniku, da poišče primerno zdravilo, toliko ima odgovornosti bolnik, da se disciplinirano drži terapij in navodil. Upoštevajo se vsi faktorji, ki vplivajo na bolezen oziroma zdravje, vključujoč telo in um, duh, način življenja, socialne razmere itd. Integrativna medicina uporablja znanstvene podlage in dokazane znanstvene metode, a je ob enem odprta za AK pristope in metode. Pri integrativni medicini se tako spoštuje uporabnikovo pravico do informiranosti tudi o metodah, praksah in vednostih AKM, ki imajo nižjo stopnjo dokazljivosti ali je sploh ni, obstajajo pa dokazi o učinkovitosti. Namesto da bi imeli sodobno medicino za nekaj enotnega in ločeno od AKM, je bolje, da jo vidimo kot pluralizem medicin, ki so umeščene v določene kulture in družbe. V zahodnih družbah, kjer prevladuje znanstvena medicina, se te različne medicinske tradicije povezujejo med seboj prav v integrativni medicini (Ule 2003, 41).

Cilj integrativne medicine vidimo v tem, da ima vsak posameznik, bolnik dostop do celotne palete metod za zdravljenje in kombinacijo zdravstvenih sistemov. Ta cilj zahteva ne samo enak dostop za vse, ampak tudi državni zdravstveni sistem, ki podpira optimalno zdravje svojih državljanov. Optimalno zdravje pomeni dinamično ravnovesje fizičnega, emocionalnega, socialnega, duhovnega in intelektualnega zdravja (O'Donnell, 2009). Ob različnih pogledih, kaj je definicija zdravja, je potreben konsenz vseh družbenih akterjev o tej definiciji, preden lahko sploh pride do integracije in sinergije znanstvene in AKM medicine, kjer bo posamezniku zdravnik poleg zdravil lahko pripisal na primer akupunkturo proti bolečinam ter jogo proti stresu.

bolnišnični vsakdan prinašajo življenjsko energijo in pogum ter s tem pozitivno vplivajo na bivanje v bolnišnici (Rdeči noski 2016).

Integrativna medicina predpostavlja, da sta kurativa in preventiva enako pomembna pri ohranjanju zdravja in zdravljenju bolezni. Znanstvena medicina ima tako pred seboj velik izziv za prihodnost, in sicer prestop iz pretežno kurativnega zdravljenja v preventivnega. Pri slednjem se izkaže, da je AKM v nedvomni prednosti. Medicina bo pri tem potrebovala interdisciplinarno sodelovanje z drugimi znanostmi in predvsem kvalitetna družboslovna raziskovanja, ki jih lahko na področju AKM ponudi prav sociologija.

6 SKLEP

Kljub razkolu med znanstveno in AKM, ob katerem se krešejo nasprotujoča si mnenja, je potrebno AKM sprejeti kot družbeno realnost in jo raziskovati, namesto zavračati, ker ji ni mogoče pripisovati učinkovitosti preko znanstvenih dokazov in s tem zanemariti pozitivne uporabniške izkušnje mnogih uporabnikov. Uporabnike večinoma ne zanimajo znanstveni dokazi o učinkovitosti s postopki, ki jih omogoča znanost, temveč jim zadostuje, da pridejo do njih preko lastne uporabniške izkušnje, verjetja in zaupanja. To ugotovitev najbolje povzame misel: »Znanstven dokaz je dober kriterij, ni pa edini« (Kreft 2016).

Ne glede na trenja med znanstveno in AK medicino opažamo, da se s porastom uporabe AKM počasi vzpostavlja tolerantnejši odnos do AKM in razumevanje uporabnikov AKM. Glavne vzroke za rast v uporabi AKM v Sloveniji in v svetu najdemo v splošnih družbenih razmerah (globalizacija, potrošništvo, postmodernizem, ekološka gibanja ipd.), kot tudi v samih specifičnih vzrokih znotraj medicine same (medikalizacija, odnos zdravnik-bolnik, zaupanje, stranski učinki itd.). Vprašanje o vzrokih porasta smo s splošnih družbenih razmer prenesli na uporabnike in skozi sociološko empirično raziskavo omogočili predstavitev osebnih vzrokov za uporabniško izkušnjo z AKM, saj so, zaradi kompleksnosti tega družbenega fenomena, pogosto spregledani v javnomnenjskem diskurzu. Uporabniki AKM si želijo predvsem celostne obravnave in razumevanja, da imajo legitimno potrebo po demokratizaciji izbire metod zdravljenja, iskanju smisla, upanje vzbujajoči komunikaciji ter osebo, ki si bo vzela čas za njih.

Trend porasta AKM, katerega rast se nakazuje tudi v prihodnje, znanstvena medicina in zdravstvena oblast ne moreta ustaviti. »Krizo medicine« in zaton njenega prevladujočega položaja na področju zdravljenja, ne gre pripisati rasti AKM, niti ne verjamemo, da gre za boj za premoč. Menimo, da gre za soodvisna pojava, ki sta vpeta v kontekst širših družbenih sprememb, skupaj s potrošništvom, ki s seboj prinaša potrebo po večji možnosti izbir zdravljenja in s tem posledično pojav potrebe po legitimnem priznanju le teh.

Evropska unija že dalj časa prepoznava AKM kot izziv za prihodnost. Namenili so večji delež evropskega proračuna za raziskave razširjenosti AKM. Smernice za države članice so v nastajanju, saj je AKM pomemben družbeni fenomen, ki kliče po nadaljnjem raziskovanju in predstavlja »raziskovalno nišo« tudi v slovenski sociologiji.

Če bo AKM postala veja medicine in samostojna veja sociologije ter predmet raziskovanja družboslovnih ved, bo odgovoril čas. Če je ovira za bolj učinkovita raziskovanja in umestitev analiziranega področja v raziskovalne oddelke družboslovnih ved, v nezadostni (zakonski in strokovni) urejenosti področja, pričakujemo, da bodo leta možna, ko bo slovenska zakonodaja skladna z EU smernicami in s priporočili Svetovne zdravstvene organizacije na področju AKM.

7 LITERATURA

1. Adam, Philippe in Claudine Herzlich. 2002. *Sociologija bolezni in medicine*. Ljubljana: Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov Slovenije.
2. Beck, Ulrich. 2009. *Družba tveganja: na poti v neko drugo moderno*. Ljubljana: Krtina.
3. Berkman, Lisa F. in Thomas Glass. 2000. *Social integration, social networks, social support, and health*. Oxford: Oxford University Press.
4. Bizjak Končar, Aleksandra in drugi. 2014. *Slovar novejšega besedja slovenskega jezika*. ur. Aleksandra Bizjak Končar in Marko Snoj. Dostopno prek: <http://bos.zrc-sazu.si/SNB.html> (28. julij 2016).
5. Cimperman, Ajda. 2016. *Dieta proti driski pri otroku*. Dostopno prek: <http://www.mojmalcek.si teme/prehrana/266/> (23. julij 2016).
6. Čebbron Lipovec, Uršula. 2014. Razdvojeni med uradno in komplementarnimi medicinami: predstavitev medicinsko-antropološke raziskave oseb s kroničnimi zdravstvenimi težavami. V *Znanstveno-kritičen pogled na komplementarno in alternativno medicino*, ur. Glavač Kočevar, Nina in Alenka Zvonar. Dostopno prek: http://www.ffa.uni-lj.si/fileadmin/datoteke/Knjiznica/e-knjige/e-Knjiga_KAM_2015.pdf (21. julij 2016).
7. *Europa Donna, Slovensko združenje za boj proti raku dojk*. 2015. Dostopno prek: http://www.europadonna-zdruzenje.si/kdo_smo/europa_donna_pise/clanek?aid=282 (30. avgust 2016).
8. Ferligoj, Anuška, Katja Lozar Manfreda in Aleš Žiberna. 2011. *Osnove statistike na prosojnicah. Študijsko gradivo pri predmetu Statistika*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

9. Foucault, Michel. 2004. The Crisis of Medicine of the Crisis of Antimedicine? *Foucault Studies* (1). Dostopno prek: <http://www.michel-foucault.com/ecrits/foucault1.pdf> (21. julij 2016).
10. Getzinger, Günter. 2002. Technology and the Loss of the Tactile. *Yearbook 2002 of the Institute for Advanced Studies on Science, Technology and Society* (40): 221–230.
11. Giddens, Anthony. 1989. *Nova pravila sociološke metode*. Ljubljana: Studia humanitatis.
12. Goldcare, Ben. 2011. *Slaba znanost*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
13. Horvat, Matija. 2007. Uvodnik. *ISIS XVI* (1). Dostopno prek: <http://www.zdravniskazbornica.si/admin/categories/magazines/pdf/ISIS-2007-01.pdf> (28. julij 2016).
14. Johannssen, Helle. 2012. *Pogovor preko Skype*. Ljubljana, 16. april.
15. Jurko, Ana. 2013. V Celju odprli prvo Hišo integrativne medicine v Sloveniji. *Viva*, 19. junij. Dostopno prek: <http://www.viva.si/Novice/10505/V-Celju-odprli-prvo-Hi%C5%A1o-integrativne-medicine-v-Sloveniji> (25. julij 2016).
16. Kamin, Tanja. 2006. *Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
17. Kersnik, Janko. 2003. *Bolnik v slovenskem zdravstvu: monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
18. --- 2006. Družinska medicina in uporabniki komplementarne in alternativne medicine. *Zdravstveno varstvo* 45 (4). Dostopno prek: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-T5DC1H3M/> (21. julij 2016).

19. ---, Zalika Klemenc-Ketiš, Vojislav Ivetić in Barbara Čreslovník. 2013. Uporaba komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja med polnoletnimi prebivalci Slovenije. *Acta Medico-Biotechnica* 6 (1). Dostopno prek: http://www.actamedbio.mf.uni-mb.si/06_10id_amb_76_12.pdf (21. julij 2016).
20. Kovačič, Matjaž. 2007. *Nelagodje v telesu*. Maribor: Locutio.
21. Kreft, Samo 2015. Komplementarna in alternativna medicina: o čem se sploh pogovarjamo? V *Znanstveno-kritičen pogled na komplementarno in alternativno medicino*, ur. Glavač Kočever, Nina in Alenka Zvonar. Dostopno prek: http://www.ffa.uni-lj.si/fileadmin/datoteke/Knjiznica/e-knjige/e-Knjiga_KAM_2015.pdf (21. julij 2016).
22. --- 2016. *Kako in zakaj ločevati med zdravili in prehranskimi dopolnili med uradno in alternativno medicino*. Ljubljana: interno gradivo.
23. Kučić, J. Lenart. 2003. Žlička zdravstvene teme na dan odžene slabo znanost stran. *Delo, Sobotna priloga*, 9. marec. Dostopno prek: <http://www.delo.si/zgodbe/sobotnapriloga/zlicka-zdravstvene-teme-na-dan-odzene-slabo-znanost-stran.html> (21. julij 2016).
24. Lewith, George, Susan Eardley, Felicity L. Bishop, Philip Prescott, Francesco Cardini, Benno Brinkhaus, Koldo Santos-Rey, Jorge Vas, Klaus von Ammon, Gabriella Hegyi, Simona Dragan, Bernhard Uehleke in Vinjar Fønnebø. 2012. *CAM use in Europe - The patients' perspective. Part I: A systematic literature review of CAM prevalence in the EU*. Dostopno prek: <https://fedora.phaidra.univie.ac.at/fedora/get/o:292161/bdef:Content/get> (21. julij 2016).
25. Mencin Čeplak, Metka in Valentina Hlebec. 2012. Trust in an individual physician and its contradictions: Zaupanje v zdravnika in njegova protislovja. *Zdravstveno varstvo* 51 (1). Dostopno prek: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-AZ0GGU1Z> (21. julij 2016).

26. Ministrstvo za zdravje. 2016. *Register zdravilcev*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zdravilci/register_-_zdravilcev_objava_na_spletu_verzija_1.pdf (21. julij 2016).
27. Plešnar Urša. 2008. *Konvencionalna medicina in alternativna medicina v Slovenji*. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
28. *Pravilnik o opredelitvi zdravilskih sistemov in zdravilskih metod ter o postopku evidentiranja, priznavanja in nadzora zdravilskih sistemov in zdravilskih metod, ki se uvajajo v zdravilsko dejavnost*. Ur. l. RS 101/2011. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV8810> (21. julij 2016).
29. Prevolnik Rupel, Valentina, Biserka Simčič in Eva Turk, ur. 2014. *Terminološki slovar izrazov v sistemu zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
30. Ragin, Charles C. 2007. *Družboslovno raziskovanje: enotnost in raznolikost metode*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
31. *Rdeči noski Slovenija*. Dostopno prek: <http://www.rdecinoski.org/> (23. avgust 2016).
32. RTV Slovenija. 2011. Coca-Cola – več kot pijača, pravi kulturni fenomen. *MMC*, 8. maj. Dostopno prek: <http://www.rtv slo.si/zabava/zanimivosti/coca-cola-vec-kot-pijaca-pravi-kulturni-fenomen/257020> (23. avgust 2016).
33. Simmel, Georg. 2000. *Temeljna vprašanja sociologije: Individuum in družba*. Ljubljana: Založba ŠKUC, Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
34. Singh, Simon in Edzard Ernst. 2009. *Zdravilo ali slepilo? Alternativna medicina na zatožni klopi*. Tržič: Učila International.
35. Statistični urad RS. 2015. *Kodirni seznam SKP-08*. Dostopno prek: <http://www.stat.si/skp/Default.aspx?id=7> (28. julij 2016).

36. Stratton, Terry D. in Jennifer L. McGivern-Snofsky. 2008. Toward a Sociological Understanding of Complementary and Alternative Medicine Use. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 14 (6): 777–783. Dostopno prek: https://source.endeavourlearninggroup.com.au/coursematerial/pdf/Documents/SOCH111_SN03_Reading_Sociological%20Perspectives%20on%20CAM.pdf (28. julij 2016).
37. World Health Organization. 2016. *Traditional Medicine: Definitions*. Dostopno prek: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/> (21. julij 2016).
38. Šimenc, Jana. 2011. "dr.Google.com". *Etnolog* 21(72): 57–75.
39. Štemberger, Anja in Zalika Klemenc-Ketiš. 2008. Sporazumevanje z bolnikom, ki se zdravi sam. V *Samozdravljenje: učno gradivo za 25. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*, ur. Zalika Klemenc-Ketiš in Ksenija Tušek-Bunc. Dostopno prek: http://www.drmed-mb.org/?page_id=116 (28. julij 2016).
40. Toš, Niko. 2002a. Socialne determinante zdravstvenega vedenja. V *Družbeni vidiki zdravja: sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*, ur. Niko Toš in Brina Malnar, 163–233. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
41. --- in Brina Malnar. 2002b. Stališča o zdravju in zdravstvu. V *Družbeni vidiki zdravja: sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*, ur. Niko Toš in Brina Malnar, 87–162. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
42. Ule, Mirjana 2003. *Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.
43. --- 2007. Vloga in pomen alternativnih zdravilskih praks v zdravstvenem varstvu ljudi. *Zdravstveno varstvo* 46 (3): 103–112.
44. ---, Brina Malnar in Slavko Kurdija, ur. 2014. *Health and Medicine in Transition*. Wien: Echoraum.

45. Von Ammon, Klaus, Francesco Cardini, Ute Daig, Simona Dragan, Martin Freierb, Gabriella Hegyi, Paolo Roberti di Sarsina, Jan Sørensen, Sorin Ursoniu, Wolfgang Weidenhammer in George Lewith. 2012. *Health Technology Assessment (HTA) and a map of CAM provision in the EU*. Dostopno prek: <https://fedora.phaidra.univie.ac.at/fedora/get/o:300096/bdef:Content/get> (21. julij 2016).
46. Woodman, Marion. 2009. *Dancing in Flames*. Dostopno prek: <http://www.cultureunplugged.com/play/7972/Dancing-in-the-Flames> (21. julij 2016).
47. *Zakon o zdravilstvu (ZZdrav)*. Ur. l. RS 94/2007. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4283> (21. julij 2016).
48. *Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravilstvu (ZZdrav-A)*. Ur. l. RS 87/2011. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2011-01-3722> (21. julij 2016).
49. Židov, Nena. 2000. Ali so metode alternativne medicine v Sloveniji res nekaj povsem novega? *Etnolog* 10 (1): 139–159.

PRILOGE

Priloga A: Anketni vprašalnik

Spoštovani!

Pred vami je anketa, ki jo opravljam v okviru svoje diplomske naloge z naslovom **ALTERNATIVNA IN KOMPLEMENTARNA MEDICINA – sociološki pogled na uporabniško izkušnjo**.

Vljudno vas prosim, da jo izpolnite **V PRIMERU, ČE STE ŽE IMELI IZKUŠNJO** z alternativnimi in komplementarnimi oblikami zdravljenja. Vaše sodelovanje je izjemnega pomena za razumevanje uporabniške izkušnje. Na vprašanja odgovarjajte tako, da obkrožite odgovor/e, ki za vas najbolj drži/jo. Na odprta vprašanja pa z nekaj besedami opišite vašo izkušnjo.

Lepo vas prosim, da odgovarjate iskreno in natančno.

Če ste anketo dobili po elektronski pošti, mi jo prosim izpolnjeno pošljite na: sanda.velic@gmail.com.

V primeru, da ste anketo dobili osebno, mi jo pošljite na naslov, ki je na priloženi frankirani kuverti.

Sanda Velić, študentka Fakultete za družbene vede v Ljubljani

! Vaša anonimnost, varovanje zasebnosti in tajnost vaših odgovorov je zagotovljena !

Kot uporabnik alternativnih in komplementarnih oblik zdravljenja ste verjetno imeli izkušnjo z eno ali več izmed njunih oblik. V spodnji tabeli jih je navedenih le nekaj. Prosim, da na lestvici od 1 do 5 (1 pomeni nikoli, 2–redko, 3–včasih, 4–pogosto, 5–redno) obkrožite pogostost izkušnje **z vsako** izmed naštetih oblik.

	Oblika zdravljenja	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Redno
1.00	akupunktura	1	2	3	4	5
1.01	homeopatija	1	2	3	4	5
1.02	kiropraktika	1	2	3	4	5
1.03	bioenergija	1	2	3	4	5
1.04	tajijuan, qi-gong	1	2	3	4	5
1.05	ajurveda	1	2	3	4	5
1.06	razne vrste masaž	1	2	3	4	5
1.07	fitoterapija	1	2	3	4	5
1.08	reiki	1	2	3	4	5
1.09	šamanizem	1	2	3	4	5
1.10	metode sproščanja (joga, meditacije itd.)	1	2	3	4	5
1.11	zeliščarstvo	1	2	3	4	5
1.12	biorgonomija	1	2	3	4	5
1.13	diete, post	1	2	3	4	5
1.14	zdravljenje na daljavo	1	2	3	4	5
1.15	TKM (tradicionalna kitajska medicina)	1	2	3	4	5
1.16	astrologija, numerologija	1	2	3	4	5
1.17	kristaloterapija	1	2	3	4	5
1.18	razna svetovanja (za boljšo kvaliteto življenja, odnosov itd.)	1	2	3	4	5
1.19	karmična diagnostika	1	2	3	4	5
1.20	psihoterapija, svetovanje	1	2	3	4	5
1.21	Bachova cvetna terapija	1	2	3	4	5
1.22	regresija	1	2	3	4	5
1.23	hoja po žerjavici	1	2	3	4	5

Prosim, da napišite **še ostale oblike** alternativnih in komplementarnih oblik zdravljenja, **s katerimi ste imeli izkušnjo** in niso navedene v zgornji tabeli. Označite tudi pogostost izkušnje na enak način kot v zgornjih primerih.

	Oblika zdravljenja	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Redno
1.24		1	2	3	4	5
1.25		1	2	3	4	5
1.26		1	2	3	4	5

1.27 Katero od metod ste **največkrat** uporabili? (Obkrožite en odgovor.)

- 1 – alternativno in komplementarno metodo
- 2 – metodo uradne medicine
- 3 – kombinacijo obeh

1.28 Kaj so po vašem mnenju **največje prednosti** alternativnih in komplementarnih metod?

1.29 Pomislite na **zadnje stanje/bolezen/težavo**, zaradi katere ste uporabili alternativne in komplementarne oblike zdravljenja. Ocenite približno, **koliko denarja** ste porabili za zdravljenje tega stanja/bolezni/težave? (Obkrožite en odgovor.)

- 1 – do 50 €
- 2 – 50 – 100 €
- 3 – 100 – 150 €
- 4 – 150 – 200 €
- 5 – 200 – 300 €
- 6 – nad 300 €
- 9 – Ne vem, brez odgovora.

1.30 Kje dobite **informacije**, katere metode so za vas prave oz. katerega izvajalca alternativnih in komplementarnih oblik zdravljenja izbrati? (Možnih odgovorov je več.)

- 1 – Mediji (TV, revije, ipd.),
- 2 – prijatelji, znanci,
- 3 – zdravnik,
- 4 – internet,
- 5 – seminarji, sejmi ipd.
- 9 – Drugje. Kje? _____

1.31 Kolikokrat na **leto** obiščete terapevte alternativno – komplementarne medicine? Vpišite **povprečno število** obiskov v spodnji kvadrat:

krat/leto

Spodaj je nekaj **trditev o alternativni in komplementarni medicini**. V vsaki vrstici obkrožite eno številko od 1 do 5.

	Alternativna in komplementarna medicina je:	Sploh se ne strinjam	Ne strinjam se	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Strinjam se	Zelo se strinjam
2.00	Popoln nadomestek za uradno medicino	1	2	3	4	5
2.01	Vir zasluzka raznih mazačev	1	2	3	4	5
2.02	Uspešna pri psihosomatskih boleznih	1	2	3	4	5
2.03	Modna muha današnjega časa	1	2	3	4	5
2.04	Dopolnilno zdravljenje ob uradni medicini	1	2	3	4	5

Kdaj običajno obiščete zdravnika uradne medicine? V vsaki vrstici obkrožite eno številko od 1 do 5.

		Sploh ne drži	Ne drži	Niti ne drži, niti drži	Drži	Zelo drži
2.05	Da bi ugotovil/a, ali sem zdrav/a.	1	2	3	4	5
2.06	Ob pojavu prvih znakov bolezni.	1	2	3	4	5
2.07	Ko me bolezen oz. težava močno ovira pri delu.	1	2	3	4	5
2.08	Zaradi stresnih dogodkov.	1	2	3	4	5
2.09	Kadar sem hudo bolan/a.	1	2	3	4	5
2.10	Zaradi psihične ali čustvene izčrpanosti	1	2	3	4	5
2.11	Zaradi fizične izčrpanosti.	1	2	3	4	5
2.12	Sploh ne hodim k zdravniku.	1	2	3	4	5

V kolikšni meri se strinjate oz. ne strinjate z naslednjimi trditvami? V vsaki vrstici obkrožite eno številko od 1 do 5.

		Sploh se ne strinjam	Ne strinjam se	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Strinjam se	Zelo se strinjam
2.13	Večina bolezni, težav izhaja iz energijskega, duhovnega neravnovesja.	1	2	3	4	5
2.14	Odgovornost za svoje zdravje prevzemam nase.	1	2	3	4	5
2.15	Pomembno mi je odkriti vzrok za nastanek bolezni, težav ipd.	1	2	3	4	5
2.16	Verjamem v trditev: "Zdrav duh, v zdravem telesu".	1	2	3	4	5
2.17	Dobro zdravje je odvisno od genov. Nanj ne morem vplivati.	1	2	3	4	5
2.18	Nastanek težav, bolezni je izven mojega vpliva.	1	2	3	4	5
2.22	Ni bolnega telesa, je samo bolan um.	1	2	3	4	5
2.23	Se ne obremenjujem s svojim zdravjem, kadar sem zdrav/a.	1	2	3	4	5

2.24 Zdaj pa od zgoraj naštetih trditev **izberite tisto**, ki je za vas osebno **najpomembnejša** in zapišite njeno zaporedno številko na črto: _____.

Spodaj je naštetih **nekaj možnih vzrokov za uporabo alternativno komplementarnih metod**. V vsaki vrstici obkrožite tisto številko od 1 do 5, ki najbolje odraža razlog, ki velja za vas.

	Vzrok:	Sploh ni pomembno	Ni pomembno	Niti ni pomembno, niti je pomembno	Pomembno je	Zelo je pomembno
2.25	Neučinkovitost metod uradne medicine.	1	2	3	4	5
2.26	S terapevtom imam boljši odnos kot z zdravnikom.	1	2	3	4	5
2.27	Zaradi preventive.	1	2	3	4	5
2.28	Upoštevanje energijske ravni človeka.	1	2	3	4	5
2.29	Ugotovitev vzroka bolezni/težav.	1	2	3	4	5
2.30	Možnost lastne izbire zdravljenja.	1	2	3	4	5
2.31	Da bi dopolnil zdravljenje svojega zdravnika.	1	2	3	4	5
2.32	Zaradi radovednosti.	1	2	3	4	5
2.33	Zaradi celostnega pristopa.	1	2	3	4	5

2.34 Koliko verjamete v človekovo sposobnost samozdravljenja? Obkrožite eno številko od 1 do 5.

- 1 – Sploh ne verjamem.
- 2 – Ne verjamem.
- 3 – Niti ne verjamem, niti verjamem.
- 4 – Verjamem.
- 5 – Zelo verjamem.

2.35 Pomislite na zadnje stanje/bolezen/težavo, zaradi katere ste uporabili metode alternativne in komplementarne medicine. Povejte, prosim, na kratko, za kakšno stanje/bolezen/težavo je šlo.

Kakšne so vaše **prevladujoče izkušnje z metodami uradne medicine** na eni strani in **alternativno-komplementarnimi metodami** na drugi, v primeru stanja/bolezni/težave, ki ste ga opisali pri prejšnjem vprašanju? V obeh primerih obkrožite en odgovor od 1 do 5.

2.36 Z alternativno in komplementarno medicino sem:

1	Popolnoma odpravil/a vzroke obolenja oz. težav.
2	Popolnoma odpravil/a posledice obolenja oz. težav.
3	Delno odpravil/a vzroke obolenja oz. težav.
4	Delno odpravil/a posledice obolenja oz. težav.
5	Ni bilo opaznega izboljšanja.
6	Stanje se mi je poslabšalo.

2.37 Z uradno medicino sem:

1	Popolnoma odpravil/a vzroke obolenja, težav.
2	Popolnoma odpravil/a posledice obolenja oz. težav.
3	Delno odpravil/a vzroke obolenja oz. težav.
4	Delno odpravil/a posledice obolenja oz. težav.
5	Ni bilo opaznega izboljšanja.
6	Stanje se mi je poslabšalo.

Kdaj običajno obiščete izvajalca alternativne in komplementarne medicine? V vsaki vrstici obkrožite eno številko od 1 do 5.

		Sploh ne drži	Ne drži	Niti ne drži niti drži	Drži	Zelo drži
2.38	Da bi ugotovil/a, ali sem zdrav/a.	1	2	3	4	5
2.39	Ob pojavu prvih znakov bolezni.	1	2	3	4	5
2.40	Ko me bolezen/težava močno ovira pri delu.	1	2	3	4	5
2.41	Zaradi stresnih dogodkov.	1	2	3	4	5
2.42	Kadar sem hudo bolan/a.	1	2	3	4	5
2.43	Zaradi psihične ali čustvene izčrpanosti.	1	2	3	4	5
2.44	Zaradi fizične izčrpanosti.	1	2	3	4	5
2.43a	Zaradi preventive in boljšega počutja.	1	2	3	4	5

Koliko **verjamate v uspešnost** metod alternativno-komplementarne medicine in koliko v uspešnost metod uradne medicine? V vsaki vrstici obkrožite eno številko od 1 do 5.

	Uspešnost metod	Sploh ne verjamem	Ne verjamem	Niti ne verjamem, niti	Verjamem	Zelo verjame
2.44a	Alternativna in komplementarna	1	2	3	4	5
2.45	Uradna medicina	1	2	3	4	5

2.46 Ali ste imeli kdaj **slabo izkušnjo** s terapiji alternativnih in komplementarnih metod?

1 – Da.

2 – Ne. (Glejte vprašanje 3.00)

2.47 Če ste na zgornje vprašanje odgovorili pritrdilno, prosim na kratko opišete to izkušnjo?

2.48 Kaj ste naredili v tem primeru? Možnih je več odgovorov. (Odgovorite le, če ste na vprašanje 2.46 odgovorili pritrdilno.)

1 – Poiskal drugega terapevta.

2 – Tožil terapevta.

3 – Zahteval/a vračilo denarja.

4 – Prijavil/a pristojni organizaciji. Kateri? _____

5 – Drugo. Kaj? _____

3.00 Ali takrat, ko uporabljate hkrati uradne oblike zdravljenj in alternativno komplementarne oblike, o slednjih seznanite svojega osebnega zdravnika? (Obkrožite en odgovor.)

1 – Nikoli.

2 – Redko.

3 – Občasno.

4 – Pogosto.

5 – Vedno.

3.01 Ali preverite ustrezno usposobljenost terapevtov alternativno komplementarnih metod **preden** se začnete zdraviti pri njih? (Obkrožite en odgovor.)

1 – Nikoli.

2 – Redko.

3 – Občasno.

4 – Pogosto.

5 – Vedno.

3.03 Kako pogosto vas skrbi, da bi se pri vas pojavili kakšni stranski učinki uporabe alternativno komplementarnih metod? (Obkrožite en odgovor.)

- 1 – Nikoli ali skoraj nikoli.
- 2 – Včasih.
- 3 – Približno v polovici primerov.
- 4 – Pogosto.
- 5 – Vedno ali skoraj vedno.

Kaj po vašem mnenju najbolj **vpliva na uspešnost** alternativno – komplementarnih metod? V vsaki vrstici obkrožite eno številko od 1 do 5.

		Sploh ne vpliva	Ne vpliva	Niti ne vpliva, niti	Vpliva	Zelo vpliva
3.04	Predhodni uspehi / izkušnost terapevta.	1	2	3	4	5
3.05	Moje prepričanje v ozdravitev.	1	2	3	4	5
3.06	Strokovnost terapevta.	1	2	3	4	5
3.07	Zaupanje v terapevta.	1	2	3	4	5
3.08	Izbira ustrezne terapije.	1	2	3	4	5
3.09	Sprememba načina življenja.	1	2	3	4	5
3.10	Priporočilo drugih.	1	2	3	4	5
3.11	Dolgoletna tradicija teh metod.	1	2	3	4	5
3.12	Znanstvena preverljivost teh metod.	1	2	3	4	5

3.13 Opišite, v katerih primerih se ne bi nikoli odločili za alternativne in komplementarne metode?

4.00 Bi bilo po vašem mnenju področje alternativnega in komplementarnega zdravljenja potrebno zakonsko regulirati?

- 1 – Da.
- 2 – Ne.
- 3 – Ne vem.

4.01 Ali ste seznanjeni z vsebino predloga Zakona o zdravilstvu, ki je v obravnavi v parlamentu?

- 1 – Da.
- 2 – Delno.
- 3 – Ne. (Glejte vprašanje 4.03)

4.02 Ali se z vsebino predloga strinjate?

- 1 – Da.
- 2 – Ne. Zakaj ne? _____

4.03 Bi po vašem mnenju kaj pogosteje obiskovali terapevte alternativno-komplementarne medicine v primeru, če bi zavarovalnice krile stroške tega zdravljenja oz. vsaj delno krila?

- 1 – Da.
- 2 – Ne.
- 3 – Ne vem.

4.04 Kateri izmed izrazov je po vašem mnenju najustreznejši za opis vseh metod zdravljenja, ki niso del uradne medicine?

- 1 – Alternativna medicina,
- 2 – zdravilstvo,
- 3 – alternativna in komplementarna medicina,
- 4 – naravno zdravljenje,
- 5 – alternativne oblike zdravljenja.
- 6 – Drugo. Kaj? _____

Na koncu vas prosim, da odgovorite še na nekaj splošnih vprašanj.

5.00 Spol

- 1 – Moški
- 2 – Ženski

5.01 Katerega leta ste bili rojeni?

Letnica: 19 _____

5.02 Obkrožite zadnjo šolo, ki ste jo končali, redno ali izredno:

- 1 – osnovna šola ali manj,
- 2 – nedokončana strokovna ali srednja šola,
- 3 – dokončana 2 ali 3-letna strokovna šola,
- 4 – dokončana 4-letna srednja šola,
- 5 – nedokončana višja ali visoka šola,
- 6 – dokončana 2-letna višja šola,
- 7 – dokončana visoka šola, fakulteta, akademija,
- 8 – podiplomska izobrazba.

5.03 Kateri družbeni skupini – sloju ali razredu – se vam zdi, da pripadate? (Obkrožite en odgovor.)

- 1 – čisto spodnji,
- 2 – delavski,
- 3 – srednji,
- 4 – višji srednji,
- 5 – zgornji,
- 9 – Ne vem, ne morem se odločiti.

5.04 Katera od naslednjih trditev se po vaši oceni najbolj nanaša na vas osebno?

- 1 – Sem veren/a in sprejemam nauk cerkve.
- 2 – Sem veren/a na svoj poseben način.
- 3 – Ne morem reči, ali sem veren/a ali ne.
- 4 – Nisem veren/a, sem ateist/ka.
- 5 – Ne vem, ne morem se odločiti.

5.05 Kakšna je vaša sedanja delovna aktivnost? (Obkrožite en odgovor.)

- 1 – Zaposlen,
- 2 – brezposeln,
- 3 – samozaposlen, samostojni obrtnik, podjetnik,
- 4 – dijak,
- 5 – študent,
- 6 – upokojenec,
- 7 – gospodinja, pomoč na kmetiji.
- 8 – Drugo. Kaj? _____

5.06 Če ste zaposleni, opišite prosim delo, ki ga opravljate:

Če menite, da vas v anketi nisem vprašala o čem, kar se vam zdi zelo pomembno za področje alternativne in komplementarne medicine, prosim, da to napišete:

Hvala za sodelovanje!

Priloga B: Rezultati – anketni vprašalnik

1.27 Katero od metod ste največkrat uporabili?

Tabela B1.27: Največkrat uporabljena metoda

Metoda	Število (n)	Odstotek (%)
AK metoda	27	22,0
Metoda zn. medicine	37	30,1
Kombinacija obeh	55	44,7

1.28 Kaj so po vašem mnenju največje prednosti alternativnih in komplementarnih metod?

Najbolj pogosti odgovori:

- Ne gre samo za posledično odpravljanje težav, temveč za vzročno. Zelo cenim osebni odnos, ki ga v uradni medicini srečamo zelo redko. Osebna izkušnja: zdravnik ni mogel pomagati, zdravilka pa v zelo kratkem času, potem ni bilo resnejših zdravstvenih težav;
- celostna obravnava človeka (kot osebnost ne zgolj kot fizično telo); duša in telo kot celota;
- posvečajo se zdravljenju vira bolezni in ne le zdravljenju simptomov;
- odpravljanje vzrokov težav; osredotočanje na vzroke in prijazno do uporabnika;
- preventiva;
- posluš za človeka;
- manj stranskih učinkov;
- za utrjevanje zdravja še preden se razvije bolezen. Ko človek zboli pa je nujno potrebno dati prednost uradni medicini; AKM kot dodatek;
- več časa za pacienta;
- drugačnost, tradicija; boljša učinkovitost;
- so bolj naravne, ne vsebujejo kemičnih in sintetičnih substanc;
- individualni pristop; časovno neomejen; dajejo oporo;
- energetska in duhovna, ne samo fizična obravnava;
- manj drastično posežejo v telo, manj invazivna;
- tiste, ki so preverjene so brez stranskih učinkov;
- zdravila iz narave; večji poudarek na psihološki komponenti človeka;
- povezava z duhovnostjo;
- psihosomatske povezave (vzročne);
- aktivacija človeških potencialov za samozdravljenje;
- pogovor, svetovanje; povezava psihologije in medicine;
- hitrost in učinkovitost, ko uradna medicina ne prinese ustreznih rezultatov;
- s kombinacijo dosežeš boljše zdravljenje;
- povečujejo upanje in izboljšujejo potek zdravljenja;
- pomen na pravilni prehrani, diagnostiki; pravilno postavljen vzrok;
- tiste, ki niso šarlatanske vrnejo človeku moč; bolj prijazen pristop;
- pacientova aktivnost v procesu zdravljenja.

1.29 Pomislite na zadnje stanje/bolezen/težavo, zaradi katere ste uporabili alternativne in komplementarne oblike zdravljenja. Ocenite približno, koliko denarja skupaj ste porabili za zdravljenje tega stanja/bolezni/težave?

Tabela B1.29: Ocena stroška za zdravljenje

Ocenjeni stroški	Število (n)	Odstotek (%)
do 50 €	21	17,1
50–100 €	21	17,1
100–150 €	12	9,8
150–200 €	12	9,8
200–300 €	8	6,5
Nad 300 €	25	20,3
Ne vem, brez odgovora	22	17,9
Skupaj	121	98,4

1.30 Kje dobite informacije katere metode so za vas prave oz. katerega izvajalca alternativnih in komplementarnih oblik zdravljenja izbrati? (Možnih odgovorov je več.)

Tabela B1.30: Informacije o AKM

Informacije o AKM		Število (n)	Število (n)	Število (n)	Število (n)
		I	II	III	Skupaj
Veljavni	Mediji (TV, revije, ipd.)	46	1		47
	Prijatelji, znanci	68	32	1	101
	Zdravnik	2	5	17	24
	Internet	1	24	10	35
	Seminarji, sejmi ipd.	2	7	3	12
	Drugje	3	2	31	36
	Manjkajoči	1	52	92	
Skupaj		123	123	123	

2.00-2.04 Spodaj je nekaj trditev o alternativni in komplementarni medicini. V vsaki vrstici obkrožite eno številko od 1 do 5.

Tabela B2.00-2.04: Stališča o trditvah o AKM

Alternativna in komplementarna medicina je:	Število (n)	Aritmetična sredina	Standardni odklon
Popoln nadomestek za uradno medicino	118	2,14	1,112
Vir zaslužka raznih mazačev	118	2,89	1,131
Uspešna pri psihosomatskih boleznih	114	3,86	,901
Modna muha današnjega časa	116	1,99	1,009
Dopolnilno zdravljenje ob uradni medicini	122	4,46	,773
Veljavni odgovori	113		

2.05-2.12 Kdaj običajno obiščete zdravnika znanstvene medicine?

Tabela B2.05-2.12: Razlog obiska zdravnika

Razlog obiska zdravnika	Število (n)	Aritmetična sredina	Standardni odklon
Da bi ugotovil/a, da sem zdrav/a.	116	1,91	1,084
Ob pojavu prvih znakov bolezni.	118	2,70	1,242
Ko me bolezen oz. težava močno ovira pri delu.	120	3,98	1,077
Zaradi stresnih dogodkov.	117	1,89	1,105
Kadar sem hudo bolan/a.	118	4,24	1,051
Zaradi psihične ali čustvene izčrpanosti.	115	1,91	1,113
Zaradi fizične izčrpanosti.	117	1,85	1,061
K zdravniku sploh ne hodim.	117	2,07	1,187
Veljavni odgovori:	109		

2.34 Koliko verjamete v človekovo sposobnost samozdravljenja?

Tabela B2.34: Sposobnost samozdravljenja

Sposobnost samozdravljenja		Število (n)	Odstotek (%)	Veljavni (%)	Kumulativni (%)
Veljavni	Ne verjamem.	2	1,6	1,7	1,7
	Niti ne verjamem, niti	15	12,2	12,4	14,0
	Verjamem.	57	46,3	47,1	61,2
	Zelo verjamem.	47	38,2	38,8	100,0
	Skupaj.	121	98,4	100,0	
	Manjkajoči.	2	1,6		
Skupaj		123	100,0		

2.35 Pomislite na zadnje stanje/bolezen/težavo, zaradi katere ste uporabili metode alternativne in komplementarne medicine. Povejte prosim. na kratko. za kakšno stanje, bolezen, težavo je šlo.

Odgovori:

- alergija,
- rak,
- depresija,
- bolečine v križu, hrbtenici, sklepih,
- migrena; glavobol,
- stres,
- splošno slabo počutje,
- telesna in duševna izčrpanost;
- visok krvni tlak, aritmija,
- ponavljajoča prehladna obolenja, vneta ušesa;
- astma,
- prebavne težave,
- izčrpanost,
- težave s kožo; luskavica,
- nezmožnost zanositve,
- vnetja (mehur, ledvica ipd.),
- zakisano telo in druge.

2.36-2.37 Kakšne so vaše prevladujoče izkušnje z metodami uradne medicine na eni strani in alternativno-komplementarnimi metodami na drugi, v primeru stanja/bolezni/težave, ki ste ga opisali pri prejšnjem vprašanju? V obeh primerih obkrožite en odgovor od 1 do 5.

Tabela B2.36: Prevladujoče izkušnje z AKM

Z AKM sem:		Število (n)	Odstotek (%)	Veljavni (%)	Kumulativni (%)
Veljavni	... popolnoma odpravil/a vzroke obolenja oz. težav.	33	26,8	28,0	28,0
	... popolnoma odpravil/a posledice obolenja oz. težav.	20	16,3	16,9	44,9
	... delno odpravil/a vzroke obolenja oz. težav.	36	29,3	30,5	75,4
	... delno odpravil/a posledice obolenja oz. težav.	21	17,1	17,8	93,2
	Ni bilo opaznega izboljšanja.	6	4,9	5,1	98,3
	Stanje se mi je poslabšalo.	2	1,6	1,7	100,0
	Skupaj	118	95,9	100,0	
	Manjkajoči	5	4,1		
Skupaj		123	100,0		

Tabela B2.37: Prevladujoče izkušnje z znanstveno medicino

Z znanstveno medicino sem:		Število (n)	Odstotek (%)	Veljavni (%)	Kumulativni (%)
Veljavni	... popolnoma odpravil/a vzroke obolenja oz. težav.	8	6,5	7,2	7,2
	... popolnoma odpravil/a posledice obolenja oz. težav.	10	8,1	9,0	16,2
	... delno odpravil/a vzroke obolenja oz. težav.	24	19,5	21,6	37,8
	... delno odpravil/a posledice obolenja oz. težav.	25	20,3	22,5	60,4
	Ni bilo opaznega izboljšanja.	37	30,1	33,3	93,7
	Stanje se mi je poslabšalo.	7	5,7	6,3	100,0
	Skupaj	111	90,2	100,0	
	Manjkajoči	12	9,8		
Skupaj		123	100,0		

2.38-2.43a Kdaj običajno obiščete izvajalca alternativne in komplementarne medicine?
V vsaki vrstici obkrožite eno številko od 1 do 5.

Tabela B2.38-2.43a: Vzrok obiska izvajalca AKM

Vzrok obiska AKM izvajalca	Število (n)	Aritmetična sredina	Standardni odklon
Da bi ugotovil/a, ali sem zdrav/a.	113	2,05	1,133
Ob pojavu prvih znakov bolezni.	116	2,74	1,286
Ko me bolezen/težava močno ovira pri delu.	114	3,54	1,130
Zaradi stresnih dogodkov.	114	2,89	1,404
Kadar sem hudo bolan/a.	115	3,50	1,217
Zaradi psihične ali čustvene izčrpanosti.	113	3,05	1,329
Zaradi fizične izčrpanosti.	115	2,63	1,340
Zaradi preventive in boljšega počutja.	118	3,38	1,346
Veljavni odgovori:	111		

2.44a-2.45 Koliko verjamete v uspešnost metod alternativno-komplementarne medicine in koliko v uspešnost metod znanstvene medicine?

Tabela B2.44a-2.45: Verjetje v uspešnost AKM/znanstvena medicina

Uspešnost metod	Število (n)	Aritmetična sredina	Standardni odklon
Alternativna in komplementarna medicina	121	4,19	,650
Znanstvena medicina	119	3,87	,769

2.46 Ali ste imeli kdaj slabo izkušnjo z izvajalci alternativnih in komplementarnih metod?

Tabela B2.46: Slaba izkušnja z AKM izvajalcem

Slaba izkušnja s terapevti AKM		Število (n)	Odstotek (%)
Veljavni	Da.	24	19,5
	Ne.	97	78,9
	Skupaj	121	98,4
	Manjkajoči	2	1,6
Skupaj		123	100,0

2.47 Če ste na zgornje vprašanje odgovorili pritrdilno, mi prosim na kratko opišete to izkušnjo?

Vsiljevanje religioznih vsebin; preveč intimni odnos (tudi spolno nadlegovanje); postavitve absurde diagnoze; še močnejša bolečina (po kiropraktiki); zavajanje in prepričevanje o zdravstvenem stanju; sugestije vedeževalke o poteku dogodkov in na odločitve, ki so bile usodne; se ni posvetil težavam; ni bilo opaznega izboljšanja; premalo poglobljen pristop in pomanjkanje realnosti; preveč denarja in ni bilo učinkov; premalo informacij o stanju in napredku.

2.48 Kaj ste naredili v tem primeru?

Nič, nisem več hodila na terapije; nič ni kaj narediti, nekaj se naučiš ... ali pa tudi ne; nič, šla k uradni medicini; po lastni presoji sem ga obiskala, dokler se stanje ni izboljšalo.

3.00 Ali takrat, ko uporabljate hkrati uradne oblike zdravljenj in alternativno komplementarne oblike, o slednjih seznanite svojega osebnega zdravnika? (Obkrožite en odgovor.)

Tabela B3.00: Seznanitev zdravnika z uporabo AKM

Seznanitev zdravnika		Število (n)	Odstotek (%)
Veljavni	Nikoli	45	36,6
	Redko	34	27,6
	Občasno	17	13,8
	Pogosto	11	8,9
	Vedno	13	10,6
	Skupaj	120	97,6
	Manjkajoči	3	2,4
Skupaj		123	100,0

3.01 Ali preverite ustrezno usposobljenost terapevtov alternativno komplementarnih metod preden se začnete zdraviti pri njih?

Tabela B3.01: Preverjanje usposobljenosti AKM izvajalcev

Preverjanje usposobljenosti		Število (n)	Odstotek (%)
Veljavni	Nikoli	11	8,9
	Redko	14	11,4
	Občasno	16	13,0
	Pogosto	22	17,9
	Vedno	58	47,2
	Skupaj	121	98,4
	Manjkajoči	2	1,6
Skupaj		123	100,0

3.03 Kako pogosto vas skrbi, da bi se pri vas pojavili kakšni stranski učinki uporabe alternativno komplementarnih metod?

Tabela B3.01: Zaskrbljenost zaradi stranskih učinkov AKM

Stranski učinki		Število (n)	Odstotek (%)
Veljavni	Nikoli ali skoraj nikoli	76	61,8
	Včasih	31	25,2
	Približno v polovici primerov	5	4,1
	Pogosto	7	5,7
	Vedno ali skoraj vedno	3	2,4

3.04-3.12 Kaj po vašem mnenju najbolj vpliva na uspešnost alternativno-komplementarnih metod?

Tabela B3.04-3.12: Vpliv na uspešnost AKM

Vpliv na uspešnost AKM	Število (n)	Aritmetična sredina	Standardni odklon
Predhodni uspehi/izkušene terapevta	120	4,24	,799
Moje prepričanje v ozdravitev	121	4,13	,894
Strokovnost terapevta	121	4,40	,627
Zaupanje v terapevta	120	4,22	,791

Vpliv na uspešnost AKM	Število (n)	Aritmetična sredina	Standardni odklon
Izbira ustrezne terapije	121	4,33	,723
Sprememba načina življenja	122	4,42	,702
Priporočilo drugih	119	3,02	1,058
Dolgoletna tradicija teh metod	119	3,45	1,079
Znanstvena preverljivost teh metod	120	2,98	1,145
Veljavni odgovori:	116		

3.13 Opišite, v katerih primerih se ne bi nikoli odločili za alternativne in komplementarne metode!

Kadar bi imeli informacijo o neučinkovitosti; ko bi bilo ogroženo življenje; v primeru nujnih posegov (kirurške operacije, zobozdravstvo); pri akutnih poškodbah (zlomi, poškodbe) in težkih boleznih (rak); v primeru uspešnega zdravljenja z uradno medicino; če ne bi verjeli vanje; če bi uradna medicina lahko pomagala in zdravila vzrok bolezni, potem ne bi nihče šel drugam; v primeru vzgoje in izobraževanja; če ni zaupanja do terapevta; če ne bi prej dobili priporočila tistih uporabnikov AKM pri katerih so bile metode uspešne; bolezni srca; če bi bil izvajalec mazač (nestrokovno usposobljen); resna bolezen; če ne bi bili prepričani v koristnost; če ne bi imeli prejšnjih priporočil prijateljev in znancev ter v primeru vnetij kjer so potrebni antibiotiki.

4.00 Bi bilo po vašem mnenju področje alternativnega in komplementarnega zdravljenja potrebno zakonsko regulirati?

Tabela B4.00: Zakonska regulativa AKM

Zakonska regulativa AKM	Število (n)	Odstotek (%)	
Veljavni	Da.	110	89,4
	Ne.	3	2,4
	Ne vem.	10	8,1
	Skupaj	123	100,0

4.01 Ali ste seznanjeni z vsebino predloga Zakona o zdravilstvu, ki je v obravnavi v parlamentu?

Tabela B4.01: Seznanjenost s predlogom vsebina Zakona o zdravilstvu

Seznanjeni z zakonom		Število (n)	Odstotek (%)
Veljavni	Da.	17	13,8
	Delno.	50	40,7
	Ne.	55	44,7
Skupaj		123	100,0

4.02 Ali se z vsebino predloga strinjate?

Tabela B4.02: Strinjanje s predlogom Zakona o zdravilstvu

Strinjanje s predlogom zakona		Število (n)	Odstotek (%)
Veljavni	Da.	29	23,6
	Ne.	32	26,0
	Skupaj	61	49,6
	Manjkajoči	62	50,4
Skupaj		123	100,0

4.03 Bi po vašem mnenju kaj pogosteje obiskovali terapevte alternativno-komplementarne medicine v primeru, če bi zavarovalnice krile stroške tega zdravljenja oz. vsaj delno krila?

Tabela B4.03: Pogostejši obiski, če bi zavarovalnice krile stroške

Pogostejši obiski – kritje stroškov		Število (n)	Odstotek (%)
Veljavni	Da.	89	72,4
	Ne.	10	8,1
	Ne vem.	23	18,7
	Skupaj	122	99,2
	Manjkajoči	1	,8
Skupaj		123	100,0

4.04 Kateri izmed izrazov je po vašem mnenju najustreznejši za opis vseh metod zdravljenja, ki niso del uradne medicine?

Tabela B4.04: Ustrezen izraz za opis metod zdravljenja

Ustrezen izraz		Število (n)	Odstotek (%)
Veljavni	Alternativna medicina	21	17,1
	Zdravilstvo	8	6,5
	Alternativna in komplementarna medicina	40	32,5
	Naravno zdravljenje	22	17,9
	Alternativne oblike zdravljenja	24	19,5
	Drugo	6	4,9
	Skupaj	121	98,4
	Manjkajoči	2	1,6
Skupaj		123	100,0