

האוניברסיטה הפתוחה



רפואה אלטרנטיבית במבט ביקורתי

שמעונה גינצבורג

22009

מהדורה זמנית

פנימי. לא למכירה ולא להפצה

פברואר 2001

מק"ט 22009-5-01-2

צוות הקורס

כתיבה פרופ' שמעונה גינצבורג

אחראית אקדמית פרופ' שמעונה גינצבורג

ייעוץ מדעי ד"ר ליה אטינגר, מרכז השל
פרופ' אביטל וולמן, האוניברסיטה העברית
פרופ' אלעזר וינריב, האוניברסיטה הפתוחה
ד"ר חוה יבלונקה, אוניברסיטת ת"א
פרופ' צבי זקס, האוניברסיטה העברית
פרופ' רפאל פלק, האוניברסיטה העברית
ד"ר איריס פריי, אוניברסיטת ת"א והטכניון

עריכה והתקנה ענת אראל-גפני

תוכן העניינים

מונחים והערות לשוניות 4

1. מהי רפואה אלטרנטיבית? 5

2. טענות כלליות בעד ונגד הרפואה האלטרנטיבית 11

2.1 טענות בזכות הרפואה החלופית 11

2.2 טענות נגד הרפואה המדעית 11

2.3 טענות בזכות הרפואה המדעית 12

2.4 טענות נגד הרפואה החלופית 13

3. הרפואה האלטרנטיבית לסוגיה : חמש דוגמאות 14

3.1 אקופונקטורה 14

3.2 הומאופתיה 18

3.3 כירופרקטיקה 22

3.4 רייקי 24

3.5 רפואת הצמחים 26

4. כלים להערכת יעילותו של טיפול 30

שאלות 34

תשובות 38

ביבליוגרפיה לפי נושאים 40

ביבליוגרפיה בסדר אלפביתי 46

נספח 1 52

נספח 2 55

מונחים והערות לשוניות

הרפואה האלטרנטיבית (alternative medicine), או בעברית - הרפואה החלופית, ידועה בכמה שמות נוספים: תרפיה חלופית (alternative therapy), רפואה משלימה (complementary medicine), רפואה הוליסטית (holistic medicine), רפואה אינטגרטיבית (integrative medicine), רפואה טבעית ועוד.

הרפואה המדעית ידועה אף היא בכמה שמות נוספים: רפואה מערבית, רפואה קונוונציונלית, רפואה שמרנית או אורתודוקסית, רפואה ממסדית, רפואה אַלופַּתית (allopathic medicine), רפואה מסורתית ועוד.

ראוי לציין שהכינויים "מערבית" ו"מסורתית" ביחס לרפואה המדעית מטעים במידה מסוימת, כי הרפואה המדעית אינה זהה לרפואות שונות ששלטו במערב במהלך ההיסטוריה, והכינוי "מסורתית" מתאים גם לסוגים אחדים של הרפואה האלטרנטיבית.

כאן נשתמש בדרך כלל במונחים "רפואה מדעית" ו"רפואה אלטרנטיבית" (או "חלופית"). כמו כן, לעוסקים ברפואה החלופית נקרא כאן "מטפלים" או "מרפאים" בעוד שהשם "רופאים" ייחוד לעוסקים ברפואה המדעית.

1. מהי רפואה אלטרנטיבית?

הרפואה האלטרנטיבית היא קבוצה רבגונית של שיטות ריפוי ושמירת הבריאות. לכל שיטה במגוון הזה יש היסטוריה משלה, הנחות וטענות ספציפיות וטכניקות ייחודיות. אחדות מהשיטות רואות את עצמן כמיועדות לטיפול בטווח רחב של מצבים, ואחרות מתרכזות בהיבט יחיד או בהיבטים ספורים של בריאות הגוף והנפש. חלק משיטות הריפוי האלטרנטיביות חופפות זו את זו או שיש להן מן המשותף, אך הקווים המאפיינים את מרביתן הם הסתמכות על אמונה מטפיזית ואי-מחויבות לשיטה המדעית המערבית: כמה מהשיטות מתנגדות באופן מפורש לרפואה המדעית, בעוד שאחרות רואות את עצמן כמשלימות אותה. יש לציין שבארצות הברית לבדה, בסוף המאה ה-20, נזקקו למעלה מ-40% מן האמריקנים לטיפול אלטרנטיבי זה או אחר, ובשנת 1997 הוציאו 27 מיליארד דולר על תרופות אלטרנטיביות (Stokstad, 2000). אין בכוונתנו להציג סקירה ממצה של כל הרפואות החלופיות אלא להביא כמה דוגמאות מייצגות. על חלקן - בייחוד אלה השכיחות ביותר היום בעולם המערבי ובישראל - ננסה לעמוד בפירוט מה.

ברפואה האלטרנטיבית הרווחת בישראל בולטות ומשגשגות, בין השאר, האַקופונְקטורה או הדיקור (acupuncture), ההוֹמְאוֹפְתִיָה (homeopathy), הכירופְּרַקְטִיקָה (chiropractic), הֶרִיִיקִי (reiki) ורפואת הצמחים, ועליהן נתעכב בהמשך (ראה סעיף 3). סוגים רבים אחרים של רפואה אלטרנטיבית שכיחים בארצות המערב היום, ולהלן מובא מדגם מייצג שלהם.

אוסטְּאוֹפְתִיָה קְרַנְיָאֵלִית (cranial osteopathy, craniosacral therapy, craniopathy) - טוענת כי ניתן לשפר את הזרימה של "אנרגיית החיים" (vital energy) בגוף על-ידי הזזת עצמות הגולגולת (ה-cranium) ועצם העֶצָה (ה-sacrum), עצם בת חמש חוליות מאוחות, הנמצאת בין חוליות המותן (ההזנב), ובכך להביא מזור לבעיות בריאות רבות. השיטה הומצאה על-ידי האוסטְּאוֹפְתִיָה האמריקני סתרלנד (William G. Sutherland) בשנות השלושים של המאה ה-20. המטפלים בשיטה זו סבורים כי בכוחם לסלק חסימות מזרימת נוזל השדרה והמוח (cerebrospinal fluid), ואחרים אומרים שבעת הטיפול הם מתאימים את עצמם ל"ריתמוס" של המטופל בהחזיקם בראשו או בעצם העֶצָה שלו.

אִיורוֹדָה (Ayurvedic) - גישה רפואית הודית מסורתית בת 5,000 שנה (מקורותיה הכתובים הם ארבעה ספרי סנסקריט מן המאה השנייה לפני הספירה). המלים "אִיור" ו"וֹדָה" משמען חיים וידיעה (או מדע), בהתאמה, ופירוש השם אִיורוֹדָה הוא אפוא "מדע החיים". התיאוריה הבסיסית של האִיורוֹדָה קובעת כי תפקודי הגוף מווסתים ומאוזנים על-ידי שלושה עקרונות פיזיולוגיים המכונים "דושות", והם: וְתָה, פִיטָה וקָפָה. הרכבים שונים של שלושה יוצרים טיפוסים גוף שונים, הנקראים פְּרַקְרִיטִי (prakriti), ולהם תכונות אופייניות. סימני מחלה הם תמיד תוצאה של חוסר איזון בין הדושות, הניתן לאבחון תוך בדיקת הדופק בפרק ידו של המטופל, בסיוע תשובותיו לשאלון מיוחד.

פרקטיקת הטיפול כוללת "מדיטציה", הליכי "היטהרות" והתחדשות, תכשירים מינרליים וצמחיים, התאמת הדיאטה ל"טיפוס" הגוף, תרגילי התעמלות ועוד. התכנית המלאה להשגת בריאות כוללת כעשרים מרכיבים ובהם פיתוח מצבי הכרה גבוהים באמצעות מדיטציה, חידוש החושים, אינטגרציה בין השרירים לעצבים, טיהור באמצעות דיאטה וצמחי מרפא, וקידום השלום בעולם.

אירידולוגיה (iridology) - מושתתת על הרעיון שכל חלק מהגוף מיוצג באזור מוגדר בקשתית העין (iris). את השיטה המציא הרופא ההונגרי איגנאץ פון פֶּצֶלְאִי (Ignatz von Peczely) במאה ה-19. האירידולוגים משתמשים במפות המחלקות את הקשתית לחלקים כמו בלוח השעון. הם טוענים שאפשר לאבחן מצבי חולי ובריאות תוך התייחסות לצבע הקשתית ולמרקמה ולכתמי פיגמנטים באזוריה השונים. יתר על כן, מהתבוננות בקשתית ניתן להסיק על ההיסטוריה של מחלות קודמות ועל התרופות שניתנו בעבר (לדוגמה: משולש לבן במקום מסוים בקשתית מסמן בעיה בתוספתן, בעוד שכתם שחור מרמז שהתוספתן הוצא בניתוח). אמצעי הריפוי כוללים ויטמינים, מינרלים וצמחי מרפא. בשיטות האבחון של האירידולוגיה משתמשים מרפאים אלטרנטיביים שונים, ובהם אקופונקטוריסטים, נטורופתים, הומאופתים וכירופרקטורים מסוימים.

ארוֹמָתֶרפִּיָה (aromatherapy) - מתוארת על ידי חסידיה כשימוש ב"שמנים תמציתיים" או ב"שמנים חיוניים" (essential oils) לשם ריפוי. הכימאי הצרפתי גֶטְפּוֹסֶ (Rene Maurice Gattefosse) טבע את השם בשנות העשרים של המאה ה-20, והמונח מטעה במקצת, כי לארומות שבשמנים לא אמורה להיות כל השפעה מרפאה כשלעצמן: מסתייעים בהן כדי לזהות את השמנים, לקבוע דרגות מיהול ולעורר את הזיכרון, אך לא לריפוי עצמו. ה"תמציתיות" או ה"חיוניות" (essence) שבשמנים - כלומר, תכונותיהם הכימיות האחרות, לא הריח - היא הגורם המרפא. השמנים החיוניים הם תמציות מרוכזות המופקות בתהליכי זיקוק מפרחים, מעלים, מענפים ומשורשים. הן אמורות להכיל בין השאר הורמונים, ויטמינים, אנטיביוטיקה וחומרי חיטוי, והן מייצגות את "כוח החיים" או ה"נשמה" של הצמח. השמנים מסופקים למטופל דרך העור באמצעות עיסוי, בשאיפה ישירה או בשתייה. בין השפעותיהם המועילות והמרפאות מונים המטפלים הרפיה, חידוד המוח, סילוק דיכאון, טיהור הגוף מרעלים, שיפור הנשימה, הגברת זרימת הדם, ריפוי יתר לחץ דם, פתיחת "מרכזי אנרגיה" בגוף, חיזוק מערכות ההגנה של הגוף ועוד.

הידרוֹתֶרפִּיָה פנימית (internal hydrotherapy) היא למעשה חוקן, האמור להרחיק מן המעיים רעלים המזיקים לגוף באופן כרוני. בהליך הזרמת הנוזלים דרך הרקטום מעבירים עשרות ליטרים של מים (המכילים לעתים קפה, אנזימים שונים, צמחי מרפא ועוד).

מגע מְרָפָא או **מגע טיפולי** (therapeutic touch, TT) הוא שיטה שבה משתמשים בידיים, בניסיון לזהות את "שדה האנרגיה האנושי" (human energy field, HEF) המקיף את גופו של המטופל ברדיוס של 10 עד 20 ס"מ, ולכוון "אנרגיות אנושיות" לריפוי. המְרָפָא או ה"הילר" (healer) מניח את ידיו סמוך לאזור הבעייתי בגוף המטופל או נוגע באזור עצמו, וה"הילינג" (healing), ריפוי

באמצעות הרוח והאנרגיה) מתבצע באמצעות העברת אנרגיה אנושית עודפת מן המרפא אל המטופל. הפרקטיקה כוללת ארבעה שלבים: מיקוד, שהוא תהליך מדיטציה והתרכזות פנימית, ובו ההילר מתאים את עצמו לרמת האנרגיה של המטופל; הערכה, שבמהלכה מזהה ההילר באמצעות ידיו "אנרגיה דינמית" המוקרנת מן המטופל; סילוק "אנרגיה עומדת" או "אנרגיה מתה" (stagnant energy) מן המטופל והלאה; ולבסוף, העברת אנרגיה מן המרפא אל המטופל לשם איזון.

המגע המרפא, בצורתו המודרנית, פותח בשנות השבעים של המאה ה-20 בארה"ב על-ידי האחות והפרופסור לסיעוד דולורס קריגר (Dolores Krieger) ועל-ידי מורתה התיאוסופית דורה קונץ (Dora Kunz). השיטה פופולרית ביותר בקרב אנשי מקצוע מתחום הסיעוד.

מקרוֹביוֹטיקה (macrobiotics) היא סגנון חיים המאופיין בדיאטה מיוחדת האמורה להבטיח את האיזון בין שני הכוחות יין (yin) ויאנג (yang), שהם מושגים עתיקי יומין מן הפילוסופיה הסינית. הפירוש המילולי של מקרוֹביוֹטיקה הוא "דרך החיים הארוכים". שני היפנים סְקוֹרָזָאוּוה (Yukikazu Sakurazawa), הידוע גם בשמו הספרותי אוסאווה (George Ohsawa), וקושי (Michio Kushi) תרמו לפופולריזציה של המקרוֹביוֹטיקה במערב, וזאת החל מאמצע שנות ה-60. בכתביהם נטען כי למזונות יש "ייניות" ו"יאנגיות", וכי באמצעות דיאטה נכונה, המביאה בחשבון תכונות אלה, לא זו בלבד שאפשר לשמור על הבריאות אלא אף לרפא מחלות כגון סכיזופרניה, אֵיידס וסרטן. הופעת מחלות, לפי המקרוֹביוֹטיקה, היא ביטוי למנגנון ההגנה של הגוף בפני מזונות גרועים ולתגובתו כנגד חיים בסביבה אקולוגית מזהמת וכנגד אורח חיים לא מאוזן. הדיאטה המקרוֹביוֹטית כוללת בעיקר ירקות, קטניות ודגנים מלאים, ואותם יש ללעוס 50 פעמים בטרם ייבלעו. מאפיינים אחרים של אורח החיים המקרוֹביוֹטי הם ריבוי צמחייה ירוקה בבית להעשרת האוויר בחמצן, טבילה במים קרים, הימנעות מלבישת בגדים סינתטיים היישר על העור וזמרה יומית של שיר שמח.

נְטוֹרֹפְתִיָה (naturopathy) מבוססת על האמונה שסיבתה של מחלה היא פגיעה בעקרונות הבריאות הטבעיים. מחלות, לפי שיטה זו, הן הניסיון והמאמץ של הגוף להגן על עצמו. הריפוי מתבצע באמצעות עירור תהליכי ריפוי טבעיים פנימיים של הגוף וחיזוק "כוחות החיים" (vital forces). הליך העירור הזה נעשה באמצעות טיהור הגוף מרעלים שונים ושימוש בדיאטות בריאות טבעיות (natural health foods), בצמחי מרפא, בתכשירים המופקים מתאים חיים, במסאז'ים, בחשיפה לאור השמש, בפעילות גופנית ועוד.

רֶפְלֶקְסוֹלוֹגִיָה (reflexology) היא בדיקת הרגל ועיסויה לאבחון מחלות ולטיפול בהן. הבסיס התיאורטי של השיטה הוא האמונה כי כל נקודה או אזור ברגל משקפים חלקים מסוימים של הגוף. לדוגמה, הבוהן הגדולה משקפת את הראש ונחשבת ל"אזור הרפלקס" שלו, הרגל הימנית משקפת את הצד הימני של הגוף, והרגל השמאלית - את הצד השמאלי. בגרסה מסוימת של הרפלקסולוגיה נכללות גם הידיים כמפות לחלקי הגוף. הרפלקסולוגיה הוכנסה לארה"ב בתחילת המאה ה-20 על-ידי הרופא וויליאם פיציג'ראלד (William H. Fitzgerald), מומחה למחלות אף-

אוזן-גרון, תחת השם "תרפיית אזורים" (zonotherapy) ועל-ידי יוניס אינגהאם סטופפל (Eunice D. Ingham Stopfel), אשר פיתחה טכניקת עיסוי הנקראת "רפלקסולוגיית אינגהאם". הרפלקסולוגים טוענים שדרך עיסוי נקודות הרפלקס הנאותות ברגל ניתן לשכך ולרפא כאבים וליקויים שונים כגון מיגרנות, מכאובי גב, סינוסיטיס, בעיות נשימה וקשיי עיכול. מנגנון הפעולה של הטיפול אמור להיות הגברת זרימת הדם והאיתות החשמלי העצבי בחלק הדואב בגוף, וזאת באמצעות עיסוי נקודות הרפלקס המתאימות. קיימים סוגים שונים של רפלקסולוגיה (המכונים בשמות אחדים ובהם zone therapy, vacuflex, vita-flex ועוד), ובחלק מהם משולבות שיטות טיפול חלופיות נוספות כמו שיאצו ויוגה.

תְּרַפִּיָּה בְּקָלְצִיָּה (chelation therapy) היא סדרת הזלפות תוך-ורידיות של חומרים שונים (ביניהם EDTA, תרכובת כימית הקושרת יונים של מתכות רבות), בניסיון להתגבר על הרעלות ולרפא מחלות אחדות ובהן הסתיידות עורקים.

תְּרַפִּיָּה בַּשְּׁדוֹת מַגְנֵטִיִּים היא השימוש במגנטים ובשדות מגנטיים לשם שיכוך כאבים, ולפי טענות מסוימות גם לריפוי מחלות. השדות המגנטיים אמורים להשפיע על הגוף ותחלואיו באמצעות שיפור זרימת הדם, הסרת משקעים מדופנות כלי הדם, הגברת תכולת החמצן בנוזלי הגוף ועוד.

כאן העלינו על קצה המזלג כמה סוגים של רפואה אלטרנטיבית, ויש רבים אחרים. רק לשם ההתרשמות, הנה הרשימה שמציג המרכז הלאומי לרפואה משלימה וחלופית (National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM), שהקימו מכוני הבריאות הלאומי (National Institutes of Health, NIH) בארה"ב:

מערכות אלטרנטיביות של פרקטיקה רפואית

אקופונקטורה, רפואה אנתרופוסופית, איוורודיה, רפואה קהילתית, רפואה סביבתית, רפואה הומאופתית, פרקטיקות לטינו-אמריקניות כפריות, פרקטיקות אמריקניות מקומיות, חומרים טבעיים, רפואה נטורופתית, תרפיית החיים הקודמים, שְׁמָנִיזִם, רפואה טיבטית, רפואה מזרחית מסורתית.

שימושים בביואלקטרומגנטיות

טיפול באור כחול, אלקטרו-אקופונקטורה, שדות אלקטרומגנטיים, עירור חשמלי ונוירו-מגנטי, ספקטרוסקופיה בתהודה מגנטית.

תזונה, דיאטות ושינוי אורח החיים

שינוי סגנון החיים, דיאטה, תרפיית גֶרְסוֹן, מקרוביוטיקה, קָגֶה-ויטמינים, תוספי מזון.

רפואת צמחים וצמחי מרפא

הילינג ידני

שיאצו, ריפוי בשדות ביולוגיים, רפואה כירורקטית, שיטת אלכסנדר, תרפיה במסז', אוסתאופתיה, רפלקסולוגיה, מגע מרפא, שיטת טראגר, שיטת האזורים.

שליטת גוף ונפש

תרפיה באמנות (בריקוד, במוזיקה), ביופידבק, ייעוץ, דמיון מונחה, תרפיה בהומור, היפנו-תרפיה, מדיטציה, תרפיה בתפילה, פסיכותרפיה, שיטות הרפיה, קבוצות תמיכה, יוגה.

טיפולים ביולוגיים ופרמקולוגיים

חומרים נוגדי-חמצון (אנטיאוקסידנטים), טיפול בתאים, תרפיה בכלציה, תרפיה מטבולית, חמרים מחמצנים.

המרכז הלאומי לרפואה משלימה וחלופית (ה-NCCAM) שהקים ה-NIH לעידוד המחקר המדעי של פרקטיקות וריפויים אלטרנטיביים, מממן עבודות ביותר מעשרה מרכזי מחקר שהוקמו בשנים האחרונות. במרכזים אלה, לדברי ה-NCCAM, "תתבצע הבדיקה של של טיפולים אלטרנטיביים במצבים כרוניים רבים, ובהם איידס, סרטן, התמכרויות, אסתמה, ליקויים אלרגיים ואימונולוגיים, בריאות נשים, בעיות גריאטריות, פגעים נוירולוגיים לרבות שבץ, בעיות רפואיות כלליות וסוגים שונים של כאב. במרכזי המחקר ייקבעו כלים ודרכים לבחינה יעילה של פרקטיקות רפואיות אלטרנטיביות מבטיחות; על-פיהם יונחו החוקרים לבחינה מדעית קפדנית של הפרקטיקות החלופיות והרעיונות המועלים בהן. בשנה הראשונה להקמתו של כל אחד ממרכזי המחקר ייקבעו המבנה הארגוני ותכנית הפעולה שלו; בשנתיים שלאחר מכן יתבצעו המחקרים להשגת היעדים שנקבעו ולהערכתם. [...] המרכזים יאפשרו למרפאים חלופיים ולמדענים לבצע מחקרים משותפים, ותוצאות המחקרים הללו יפורסמו בעיתונות המדעית ויועברו לידיעת הציבור הרחב." (ניתן להתעדכן על המחקרים הללו ועל פעילויות נוספות של ה-NCCAM באמצעות אתר האינטרנט של המרכז: <http://altmed.od.nih.gov/nccam>). ב-1999 הועמד בראש המרכז סטיבן סטראוס (Straus), לאחר התפטרות שניים מקודמיו, בעקבות סכסוכים עם הממסד המדעי-רפואי ועם ראשי ה-NIH. מאבקים רבים כרוכים בניסיון לבצע מחקרים וניסויים קליניים לבדיקת פרקטיקות אלטרנטיביות במסגרת ה-NCCAM (ראו Stokstad, 2000).

המעמד המשפטי של הרפואה החלופית בישראל נקבע על סמך החוק "פקודת הרופאים (נוסח חדש), תשל"ז - 1976". לפי סעיף 2 של החוק, העיסוק ברפואה מותר רק לרופאים מורשים, ולפי סעיף 5 "לא ישתמש אדם בכינוי 'רופא', 'עוסק ברפואה', 'מנתח' או בכינוי דומה, במילים או באותיות, המרמז שיש לו כשירות ברפואה, אלא אם כן הוא רופא מורשה". לפי סעיף 3א, "מי שאינו רופא מורשה לא יעסוק ברפואה ולא יתחזה, במפורש או מכללא, כעוסק ברפואה או כמוכן לעסוק בה". בסעיף 1 של החוק מוגדר העיסוק ברפואה כ"בדיקת חולים ופצועים, אבחונם, ריפויים, מתן מרשם להם, פיקוח על נשים בזיקה להיריון וללידה, או שירותים אחרים הניתנים בדרך כלל מידי רופא (לרבות ריפוי באקופונקטורה)". להוציא אפוא את האקופונקטורה, **העיסוק ברפואה חלופית לצורכי אבחון וריפוי על-ידי מי שאינו רופא איננו חוקי בישראל**; אשר

לאקופונקטורה, בתיקון לחוק משנת תשמ"ז-1987 נקבע כי "רשאי המנהל להתיר למי שאינו רופא מורשה ושנתמלאו בו התנאים שקבע השר בתקנות לעסוק באקופונקטורה בפיקוחו של רופא מורשה" (סעיף 59א). לפי סעיף 48 של הפקודה, העובר על הוראות החוק ומתחזה לרופא דינו מאסר שנה אחת (או קנס). יש לציין, שאכיפת החוק ביחס לעיסוק ברפואות האלטרנטיביות למיניהן איננה נרחבת. יתר על כן, לפי החוק הישראלי, לרופא מורשה מותר כאמור לעסוק ברפואה אלטרנטיבית, ולמי שאינו רופא מותר לעסוק ברפואה חלופית שלא לצורכי אבחון וריפוי. גם במרבית מדינות ארה"ב העיסוק ברפואה מותר לרופאים בלבד, אך קיימים מקצועות ברפואה החלופית המוכרים בנפרד, והעיסוק בהם מותר לשאינם רופאים, לפי חוקי רישוי ברורים. באנגליה ובסקנדינביה החוק אינו אוסר על מי שאינו רופא לעסוק ברפואה, למעט רשימת פעולות המותרות לרופאים בלבד, ובתנאי שאין התחזות לרופא על-ידי מי שאינו רופא.

ב-1988 הקים משרד הבריאות בישראל ועדה מיוחדת ל"בחינת נושא הרפואה הטבעונית". במהלך העבודה החליפה ועדה זו את שמה וב-1991 הביאה את המלצותיה בנוגע לרפואה החלופית, בפרסום שנקרא "דין וחשבון הוועדה לבדיקת נושא הרפואה המשלימה בישראל". להלן ציטוט מן הקטע המסכם של הדו"ח (סעיף ו), שבו מסבים חברי הוועדה את תשומת הלב לנקודות אחדות:

1. קיומו של ציבור, הנמנה עם כל שכבות האוכלוסייה, הנזקק לשיטות השונות שברפואה המשלימה. היזקקות זו נעשית בניגוד לחוק הקיים בישראל.
2. החומרה המיוחדת שבמצב הקיים, שכל מרפא הישר בעיניו יעשה, ללא קיום אמצעי ביקורת.
3. חוסר טיפול נאות של הגורמים המוסמכים באכיפת החוק הקיים ובהכנסת אמצעי ביקורת וסדר. יסודה של תופעה זו בחוסר האפשרות של עיקוב אחר כל הפרות החוק בתחום זה. אך תופעה זו קשורה גם בתחושה שיש לכבד את שאיפת הציבור הפונה לשיטות הרפואה המשלימה, ולא להתערב בהיזקקותו אליהן.
4. הפתרון האידאלי הוא, שאם וכאשר יוכיחו שיטות הרפואה המשלימה את יעילותן, ניתן יהא לשקול מתן רישוי והכרה בהן מטעם הגורמים המוסמכים המופקדים על מקצוע הרפואה והחינוך הרפואי בישראל. פתרון זה אינו בר-ביצוע אלא לאחר עבור תקופת הכנה ראויה, שבה ייקבעו טיב השיטות, אמות המידה להכשרה במקצועות השונים של הרפואה המשלימה, תכניות לימודים מתאימות וכיוצא באלה.
5. הצורך בהצעות לתקופת ביניים, לשם מציאת פתרון דחוף למצב הבלתי-רצוי והבלתי-נסבל המתואר לעיל.

המלצות הוועדה בדו"ח הנ"ל מובאות בנספח 1.

2. טענות כלליות בעד ונגד הרפואה האלטרנטיבית

2.1 טענות בזכות הרפואה החלופית

אלה הטענות השכיחות המוצגות בזכות הרפואה החלופית:

- א. המטופלים בשיטותיה מעידים שהיא עוזרת להם.
- ב. הרפואה האלטרנטיבית תופסת את האדם כמכלול. כל היבטי האדם נתפסים כקשורים זה בזה, עיקרון המכונה **הוליזם** (holism), שמשמעו "ראייה כוללת" או "כוליות אחת". בריאות האדם מוגדרת כאיזון בין מערכות הגוף הפיזיקליות והרוחניות. מתפיסה זו נגזר הדגש ששמה הרפואה החלופית בחיזוק מערכות ההגנה הפנימיות של האדם וברפואה מונעת.
- ג. הרפואה החלופית מסוכנת פחות ובדרך כלל זולה יותר מן הרפואה המדעית. היא מנסה להשתמש בשיטות חודרניות פחות (במקום ניתוח מעיים יקר - שיאצו; במקום ניתוח גב מסוכן - דיקור, מסאז' וכדומה). בנוסף, הרפואה החלופית אינה גורמת תופעות לוואי שליליות המאפיינות תרופות רבות שבהן משתמשת הרפואה המדעית, בעיקר כשמדובר בטיפול בבעיות כרוניות.
- ד. הרפואה האלטרנטיבית מציעה טיפולים גם למצבים שבהם הרפואה המערבית "מרימה ידיים" ואומרת נואש.
- ה. הרפואה החלופית איננה בהכרח מנוגדת לרפואה המדעית; כשם שהרפואות הנפשיות - הפסיכולוגיה והפסיכיאטריה - פועלות לצד רפואת הגוף הקונוונציונלית ומתפקדות כמשלימות לה, כך ניתן לראות את הרפואות החלופיות כמשלימות את הרפואה המדעית מכיוונים נוספים.

2.2 טענות נגד הרפואה המדעית

המצדדים ברפואה החלופית מעלים את הנקודות האלה כנגד הרפואה המדעית:

- א. הרפואה המדעית איננה רואה את המטופל כאדם שלם אלא מתרכזת בחלקיו או באיבריו הנפרדים ומטפלת במחלה ולא באדם. מגישה מפרקת זו נגזרים חסרונות אחדים. ראשית, הרפואה המדעית איננה מדגישה את חשיבותן של תזונה נאותה ופעילות גופנית לשמירת הבריאות (רפואה מונעת); שנית, היא אינה נותנת משקל נאות להשפעת הנפש על הגוף; שלישית, היא רואה את המחלות כשדה קרב בלבד (קרב נגד עישון, קרב נגד סרטן) ואת התרופות כנשק קטלני (אנטיביוטיקה, אנטי-דלקתי). בריאות נתפסת לפי גישה כהעדר מחלה, ולא כאיזון והרמוניה.
- ב. הרפואה המדעית פועלת דרך מערכות הרפואה הציבורית, ומטפלת באוכלוסיות גדולות בלי לתת תשומת לב מספקת לפרט. במערכת ציבורית יעיל ביותר לפרק את האדם למרכיביו ולטפל בהם בנפרד; אלא שיעילות זו היא חרב פיפיות: הרופא המאבחן בודק את המטופל דקות ספורות ושולח אותו אל מומחה, העשוי להעבירו הלאה אל מומחים נוספים. מבנה זה של מערך הבריאות מפריע לגיבוש יחס אישי ואנושי אל המטופל.

- ג. הרפואה המדעית גורמת תופעות לוואי שליליות רבות עקב שימוש מיותר בתרופות או עקב שימוש בתרופות במינון גובר והולך כפתרון לבעיות כרוניות, וחלק גדול מהשימוש בשיטותיה הפולשניות כרוך בסיכונים גדולים.
- ד. טעות בטיפול או רשלנות רפואית ברפואה המדעית, תוצאותיה הרות אסון (קטיעת איברים, שיתוק ואפילו מוות).
- ה. יש מחלות (כגון סרטן בשלב מתקדם) ומצבים (כמו כאבי גב כרוניים) שלרפואה המדעית אין מענה עליהם.
- ו. הרפואה המדעית איננה בהכרח הטובה ביותר לריפוי בני אדם; ייתכן שההשתתפות הנפשית הפעילה של הפרט חיונית לצורך ריפוי, והרפואה המדעית מתעלמת מהיבט זה, או מכל מקום איננה מייחסת לו חשיבות ועקביות הראויות לבדיקה רצינית, וזאת אף-על-פי שהכול מכירים בהשפעת הפלָצֶבו (placebo).¹ התעלמות הרפואה המדעית מכוחם של הרוח והרצון להשפיע על הגוף מעודדת את הפרט להסיר מעצמו את האחריות לשמירת בריאותו; גישה מתעלמת זו מרפה את ידי הפרט מליטול חלק פעיל במניעת מחלותיו ותחלואיו באמצעות אימוץ אורח חיים תקין.
- ז. הרופא הנוקט ברפואה המדעית נתון בקונפליקט בין שתי מחויבויות: המחויבות לאמת המדעית לעומת המחויבות לטיפול ולריפוי. הרפואה המדעית מחנכת את הרופא להיצמד למדע ולא להפעיל שיטות "לא מדעיות" גם אם הוא נוטה להאמין ששיטות אלה יבראו את המטופל או יועילו לו.
- ח. רופאי הרפואה המדעית פועלים כגילדה, והתנגדותם לתת לגיטימציה לעוסקים ברפואה החלופית, שאינם רופאים, נובעת משיקולים כלכליים.
- ט. הממסד הרפואי נוקט במוסר כפול: הוא מאשים באופן גורף את כל העוסקים בשיטות הריפוי החלופיות בחוסר מדעיות, בעוד שמטפלים מתחומי הפסיכולוגיה והפסיכיאטריה מקובלים עליו, אף-על-פי שהבסיס המדעי של הרפואה הנפשית צריך להיראות בעיניו בעייתי לא פחות מזה של הרפואה האלטרנטיבית.

2.3 טענות בזכות הרפואה המדעית

- בזכות הרפואה המדעית** נוהגים להביא את הטענות האלה:
- א. הרפואה המדעית מרפאת מחלות ומטפלת בהצלחה במצבי חולי שונים יותר מכל רפואה אחרת.
- ב. הרפואה המדעית בוחנת ומתקנת את עצמה, מתחדשת ללא הרף ומתקדמת כל העת באיכות טיפוליה.
- ג. הרפואה המדעית מיוסדת על המדע המודרני, משתמשת בכלים מדעיים ופתוחה להערכה ולבדיקה מדעית של יעילות שיטותיה.

1. פְּלָצֶבו הוא חומר נעדר פעילות המשמש כביקורת בניסוי קליני, או הניתן לצורך פסיכולוגי (ראה סעיף 4).

ד. מוסדות הרפואה המדעית קובעים כללי אתיקה ברורים ונחרצים ביחס לרשלנות רפואית, להונאה, לחובות הרופא ועוד. כמו כן נוהגת הרפואה המדעית על-פי כללים מפורשים וזהירים בכל הנוגע לאישור תרופות ודרכי טיפול חדשות ולעריכת ניסויים קליניים.

2.4 טענות נגד הרפואה החלופית

המצדדים בשיטה המדעית (רופאים, מדענים ואחרים) מפנים את הטענות האלה כנגד הרפואה האלטרנטיבית:

א. חרף התפשטותה של הרפואה המשלימה ברחבי העולם, מרבית שיטותיה לא הוערכו בכלים מדעיים ובניסויים מבוקרים. בנוסף לכך, חלק מפעילי הרפואה החלופית טוענים כי אי אפשר, בעיקרון, להעריך את שיטותיהם הערכה מדעית-תקנית, ולפיכך הם מסתמכים על עדויות אנקדוטליות בלבד ועל אמונות.

ב. במחקרים המדעיים המעטים, שנועדו להעריך את יעילותם של טיפולים אלטרנטיביים, לא הודגמה בדרך כלל תועלת, ואם נמצאה כזו - היא לא חרגה מעבר לצפוי מתוצא הפלצבו.

ג. מרבית השיטות החלופיות מבוססות על תורות החסרות כל בסיס מדעי, ולמושגי המפתח שלהן אין כל קשר לידע המדעי המודרני.

ד. הרפואה האלטרנטיבית מזיקה למטופל כשהוא משתמש בה באופן בלעדי במקום להסתייע ברפואה המדעית. הזנחת דרכי הריפוי הקונוונציונליות מביאה במקרים לא מעטים להיזדרדרות במצב המטופל, והיא עלולה לסכן את חייו.

ה. קיימות עדויות מצטברות על נזקים לא מבוטלים הכרוכים בטיפולים חלופיים.

ו. ההונאה בקרב מטפלים אלטרנטיביים מגיעה לממדים אדירים.

3. הרפואה האלטרנטיבית לסוגיה: חמש דוגמאות

בסעיף זה נתעכב על כמה סוגים של רפואה חלופית השכיחים במערב, ונבחן באיזו מידה הם עומדים בקריטריונים מדעיים.

3.1 אקופונקטורה

הרפואה הסינית, המכונה גם "רפואה סינית מסורתית" (Traditional Chinese Medicine, TCM), מחזיקה אוסף אדיר של פרקטיקות עממיות. היא מושתתת על התיאוריה שלגוף יש אנרגיית חיים, "צ'י" (או "קי" בגלגולה היפני), וזו זורמת דרך 14 ערוצים המכונים ג'ינג'לואו (jingluo) או מרידיאנים (meridians), שמהם מתפצלים ענפים המתחברים לאיברי הגוף ולמערכותיו. מחלה נובעת מחסימת זרימתו של הצ'י או מהפרת האיזון בין שני הכוחות הקוסמיים, "יין" ו"יאנג". יין, שמשמעו ירח, הוא עיקרון פסיבי (רך, רטוב, קר, חשוך, נקבי), ואילו יאנג, שפירושו שמש, הוא עיקרון פעיל (קשה, יבש, חם, מואר, זכרי). האקופונקטורה, שהיא אחת הפרקטיקות של הרפואה הסינית המסורתית, אמורה להסיר את החסימה, ולהשיב לתקנו את האיזון בין היין והיאנג. כמו כן היא אמורה לאזן בין "חמשת היסודות" (elements), שהם מושגים בסיסיים נוספים בפילוסופיה הסינית העתיקה: מים, אש, אדמה, עץ ומתכת. היסודות הללו כרוכים בעונות השנה, ואף הם משפיעים על ההרמוניה של הגוף.

שיטות האבחון ברפואה הסינית המסורתית כוללות שאלות בנוגע לאורח חייו של המטופל, בירור תולדות מחלתו, תצפיות בעורו ובלשונו, האזנה לקולות נשימתו ובדיקות דופק. בעוד שברפואה המדעית מכירים בדופק יחיד שמקורו בפעימות הלב (ניתן להבחין בו בנקל ביד, בצוואר, ברגליים ועוד), ברפואה הסינית מדובר על כמה וכמה סוגים של דופק ביד, ולהם עשרים עד שלושים תכונות טיפוסיות המשקפות מצבי צ'י שונים.

בדיקור המסורתי, כפי שהוא נהוג היום, מחדירים מחטים מפלדת אל-חלד למקומות שונים בגוף; לעתים מעבירים דרכן זרם חשמלי בתדר נמוך להגברת העירור. בשיטת השיאצו (shiatsu, acupressure) מפעילים לחץ באמצעות האצבעות במקום להשתמש במחטים. בטכניקה נוספת, הנקראת הבערת-מוקסה² (moxibustion), מבעירים סיבים צמחיים המונחים על העור, ובשיטה אחרת מניחים על העור כוסיות ממולאות אוויר חם ומושכים אותן ליצירת נקום ("כוסות רוח"). הטיפול ממוקד ב"נקודות אקופונקטורה" האמורות לשכון ברחבי הגוף. במקור, לפני כאלפיים שנה, היו ידועות 365 נקודות כאלה (כימות השנה), אך ברבות הימים זוהו נקודות נוספות, וכיום מדובר בכאלפיים. יש מטפלים הממקמים את המחטים בסמוך לאתר המחלה עצמה, בעוד שאחרים בוחרים למקם אותן על-פי הסימפטומים של המחלה.

2 מוקסה הוא מין מסוים של לענה (*Artemisia moxa*).

פרקטיקה אחרת של הרפואה הסינית המסורתית נקראת **צ'י-קונג** (Chi kung), או בנוסחה היפני - **קי-גונג** (qi gong). אף היא אמורה להשפיע על זרימת האנרגיה הוויטאלית, וזאת באמצעות נשימה עמוקה וטכניקות של התרכזות והרפיה שמפעיל המטופל עצמו, או באמצעות העברת אנרגיה מקצות אצבעותיו של מטפל-מומחה אל המטופל.

ראוי לציין כי יש מטפלים הדוחים את תורת המרידיאנים והצ'י, וטוענים שהדיקור מעמעם כאב באמצעות מנגנונים כגון יצירת אנדורפינים (endorphins), שהם חומרים משככי כאב המופרשים בגוף באורח טבעי, כידוע מן הרפואה המדעית. לפי הסבר אחר, שהוא חלק מ"תיאוריית השערים" (gate theory), עירור אותות חשמליים מנקודות האקופונקטורה, דרך סיבי עצב הרגישים לכאב, מונע מדחפים עצביים שמקורם באיבר הכואב בגוף מלהגיע אל המוח. מנגנון פעולה נוסף, שהוצע לאחרונה (Cho et al., 1998), קובע כי הדיקור פועל בתיווכה של קליפת המוח, ולא באמצעות קשר ישיר בין נקודות האקופונקטורה לאיברים ההיקפיים. להסברים אלה, המנסים להיעגן במדע, אין (עדיין?) אישוש של ממש.

בניגוד לטענה הרווחת, לא נעשה בסין שימוש שגרתי באקופונקטורה לצורכי הרדמה ואלחוש בניתוחים. דיקור לצורך הרדמה מתבצע שם רק בכ- 10% מן המנותחים, שהם אנשים הנוחים לסוגסטיה ואולי אף להיפנוזה; לעתים רחוקות בלבד משתמשים בדיקור בניתוחי חזה או בטן, שבהם נחוצה הרפיית שרירים; יתר על כן, גם כאשר מבצעים את הדיקור, ברוב המקרים מספקים למועמד לניתוח, בנוסף לכך, גם תרופות נרקוטיות רגילות. השימוש באקופונקטורה בסין לטיפול במצבים אחרים גם הוא אינו דומיננטי, והרפואה המדעית היא השלטת שם.

כל המדינות באמריקה הצפונית ומרבית מדינות אירופה מתירות לאנשים להציע ולתת טיפולים בדיקור. בארצות מסוימות, וביניהן ישראל, מותר הטיפול רק מידי רופאים או רק בפיקוח רופא. במדינת קליפורניה, שבה מוצע הטיפול בדיקור בין השאר להפסקת עישון, להורדת יתר לחץ דם, להפחתת עודף משקל, לטיפול בכשל הלב, לטיפול בדלקת פרקים ועוד, החקיקה הנוגעת לאקופונקטורה מתירה למטפלים לפרסם מודעות בדבר יעילות הדיקור ביחס לכל מחלה להוציא את הסרטן, בתנאי שבפרסומת אין הבטחה לריפוי. חברות רבות לביטוח רפואי מכסות הוצאות טיפול בדיקור (גם בישראל), בייחוד אם הוא נעשה על-ידי רופא. משרד הבריאות בישראל עומד להוציא בשנת 1999 תקנות חדשות לגבי העיסוק בדיקור על-ידי מי שאינם רופאים; האקופונקטוריסטים הללו יידרשו לקבל רישוי מיוחד בהתאם לכללים שתקבע הוועדה שישבה על המדוכה בסוף שנת 1998.

3.1.1 הכשרה באקופונקטורה

במרבית בתי הספר לרפואה בארצות המערב אין הדיקור חלק מתכנית הלימודים. עם זאת, חסידי השיטה אומרים שבארה"ב ובקנדה לבדן יש כמה אלפי רופאים המשתמשים בדיקור לצורכי ריפוי וטיפול. בארה"ב, באירופה ובישראל יש כמה וכמה בתי ספר לרפואה (המסונפים בחלקם לאוניברסיטאות מכובדות לכל הדעות), המציעים קורסים באקופונקטורה לרופאים מדופלמים.

במדינות שונות בארה"ב, מטפלים בדיקור שאינם רופאים עשויים להציג את הכשרתם באמצעות דיפלומות ותארים המוכרים (לפחות בחלקם) על-ידי משרד החינוך האמריקני :
 Certified Acupuncturist (C.A.), דהיינו מדקר מדופלם, תואר המוענק לאחר עמידה בבחינות ;
 Master Acupuncturist (M.A.), הניתן לאחר בחינות כשירות ;
 Diplomat of Acupuncture (Dpl. Ac.), תואר הניתן על-ידי ארגון בשם "האגודה הלאומית לרישוי מדקרים" (National Commission for the Certification of Acupuncturists, NCCA) ;
 Oriental Medical Doctor (O.M.D.; M.O.D), כלומר דוקטור לרפואה מזרחית, תואר שאינו מוכר ;
 Doctor of Philosophy (Ph.D) לאקופונקטורה, המוענק על-ידי מכונים ובתי ספר שאינם מוכרים כמוסדות להשכלה גבוהה.

גם בישראל קיימים מכונים אחדים המציעים הכשרה בדיקור, אך אין הם מוכרים כמוסדות להשכלה גבוהה. בשנת 2000 הוגשה בקשה למועצה להשכלה גבוהה, מטעם אחד המוסדות האלה, להכרה אקדמית.

3.1.2 מעמדה המדעי של האקופונקטורה

בשנת 1991 פרסמה המועצה הלאומית נגד הונאה ברפואה בארה"ב (National Council Against Health Fraud, NCAHF) נייר עמדה ובו פירטה את יחסה למעמדה המדעי של האקופונקטורה :

- דיקור הוא שיטת ריפוי לא מוכחת ;
- התיאוריה והפרקטיקה של האקופונקטורה מיוסדות על מושגי בריאות וחולי פרימיטיביים ודמיוניים, שאין להם כל קשר לידע המדעי ;
- במחקרים משנות ה-70 וה-80 לא הודגמה הצלחה כלשהי של דיקור בריפוי מחלות ;
- ההשפעות שיש לאקופונקטורה על מטופלים הן כנראה תוצאה של מנגנונים פסיכולוגיים ;
- יש להגביל את השימוש בדיקור לסביבות מחקר שבהן נקוטות בקרות נאותות ;
- אין לדרוש מחברות לביטוח רפואי לכסות הוצאות טיפול באקופונקטורה ;
- יש לבטל בהדרגה את רשיונותיהם של מטפלים חובבים העוסקים בדיקור.

(פרטים נוספים על עמדת המועצה בסוגיה זו ובאחרות זמינים באתר : <http://www.ncahf.org>).

ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization, WHO) סיכם כארבעים מצבים שלגביהם הועלו טענות תכופות על יעילות הטיפול בדיקור, ובהם : כאבים כרוניים ואקוטיים, דלקות פרקים ועצמות, מגבלות שונות בשרירים ובעצבים כגון שיתוק וחירשות, עישון, הפרעות אכילה, דיכאון, פצעי בגרות, כיבי קיבה, עצירות, סרטן ומיגרנות.

באמצע שנות השמונים של המאה ה-20 פורסם מאמר סיכום (Richardson and Vincent, 1986), שבו נותחו כשלושים מחקרים על השפעת דיקור על כאב, שכולם יצאו לאור בכתבי עת מדעיים. ב-15 מהם לא נראה שום הבדל בין קבוצת הטיפול לקבוצת הביקורת, ובאחרים הודגמה עדיפות

בקבוצת הדיקור על פני קבוצת הביקורת (אף כי לא כל הביקורות היו שוות: בחלק מהמחקרים קיבלה קבוצת הביקורת טיפול "דמוי אקופונקטורה", כלומר קירוב מחטים לעור בלא החדרתן; במחקרים אחרים ניתן לקבוצת הביקורת טיפול רפואי, ועוד). המועצה הלאומית נגד הונאה ברפואה בארה"ב בדקה מחקרים אלה ונוספים, והגיעה למסקנה כי יעילות הטיפול המדווחת עומדת ביחס הפוך לאיכות התכנון במחקרים הנדונים: ככל שהתועלת המדווחת רבה יותר, כן קטן טיב התכנון; כמו כן, במרבית המחקרים שבהם נמצא הדיקור יעיל, היה מספר המטופלים קטן מכדי להיות בעל משמעות סטטיסטית; בניסויים שתוכננו היטב, ואשר כללו את מספר הביקורות הרב ביותר ואת מספר המשתתפים הרב ביותר, לא נמצא כל הבדל בין קבוצות הטיפול לקבוצות הביקורת. אפידמיולוגים הולנדיים (Ter Riet et al., 1990) פרסמו מסקנות דומות מ-91 ניסויים קליניים שונים, שבהם הסתייעו בדיקור למטרות ריפוי.

עם זאת, ב-1997 נערך כנס בחסות מכוני הבריאות הלאומיים (NIH), גופים מדעיים מכובדים ביותר המייצגים את הממסד הרפואי בארה"ב, ובו הוכרז:

קיימות ראיות מדעיות מספיקות בדבר הערך של האקופונקטורה, המצדיקות את הרחבת השימוש בשיטותיה במסגרת הרפואה הקונוונציונלית ואת העמקת המחקר על יעילותן של שיטות אלה מן הבחינה הקלינית והפיזיולוגית.

הצהרה זו לא שיככה את המחלוקת, ובין השאר טען ראש המועצה הלאומית נגד הונאה ברפואה בארה"ב (NCAHF), שבכנס נבחרו להשתתף בעיקר חסידי הדיקור, ושלא ניתן בו ייצוג הולם למדענים.

באותו כנס סוכם גם הדברים האלה:

- התיאוריה הכללית של האקופונקטורה מבוססת על ההנחה, שקיימים דפוסים לזרימת אנרגיה (צ'י) בגוף, שהם חיוניים לבריאות. חסימות בזרימה זו אמורות להוביל למחלות. המדקר יכול לתקן את ההפרעות בזרימה ולאזן, וזאת באמצעות נקודות מסוימות הסמוכות לעור.
- האקופונקטורה מתרכזת ביחס הוליסטי אנרגטי כלפי המטופל, ולא באבחון ובטיפול הממוקדים במחלות.
- חרף המאמצים הגדולים שנעשו בניסיון להבין את האנטומיה והפיזיולוגיה של נקודות הדיקור, הגדרתן ואפיון שנויות במחלוקת. חמקני אף יותר הוא הבסיס המדעי של מושגי מפתח ברפואה המזרחית המסורתית, כגון זרימת צ'י, מערכת המרידיאנים ותורת חמשת היסודות. קשה ליישב מושגים אלה עם המידע הביו-רפואי העכשווי, אף-על-פי שהם מוסיפים לשמש את המדקרים בהערכת המטופלים ובקביעת הטיפולים.

שני הציטוטים האחרונים הובאו מתוך:

Acupuncture: NIH Consensus Statement 15: (5), November 3-5, 1997.

האם נכונה הסברה כי האקופונקטורה נטולת סיכונים? במאמר שפורסם לפני שנים אחדות בכתב העת הרפואי "לֶנְצֵט" (Norheim and Fonnebe, 1995), דווח על סקר שנערך בקרב למעלה מאלף רופאים נורווגיים במטרה לבדוק את הסיכונים שבדיקור. הרופאים האלה סיפרו על 66 מקרי זיהום, 25 מקרים של פגיעה בריאות, 31 מקרים של הגברת הכאב ו- 80 מקרים אחרים של סיבוכים. דיווחים דומים התקבלו בארצות שונות.

3.2 הומאופתיה

הומאופתיה היא שיטת ריפוי המושתתת על שימוש בכמויות זעירות של חומרים. הרופא הגרמני בן המאות ה-18 וה-19, הֶנְמָאן (Samuel Christian Hahnemann), נחשב לאבי השיטה, והוא שטבע את השם הומאופתיה, מן המילים היווניות הוֹמָאוּ (homeo, דומה) ופאתוס (pathos, סבל או מחלה). הומאופתיה פירושה אפוא "כמו מחלה". הֶנְמָאן טבע גם את המונח אֶלּוֹפְתִיָה (allopathy), דהיינו "נוגד מחלה", ובשם זה מכנים ההומאופתים את הרפואה המערבית המדעית עד היום. הֶנְמָאן התייחס בשלילה אל התרופות הקונוונציונליות בנות זמנו, אשר גרמו - על-פי הבדיחה - יותר מקרי מוות מן המחלות עצמן. הוא טען כי רוב המחלות נובעות מ"עקצוץ מודחק" (suppressed itch), שכונה בפיו "פסורה" (psora), המפריע לגוף לרפא את עצמו. הגוף יכול להתגבר על מחלות באמצעות ה"כוחות הוויטאליים", אם אך יינתן לו גירוי קל. הֶנְמָאן ניסח שני עקרונות: הראשון היה הרעיון ש"הדומים מרפאים את הדומים" (בלטינית: Similia similibus curentur), כלומר - חומר המעורר באדם בריא סימפטומים נתונים מתאים לרפא חולה המפגין סימפטומים דומים. העיקרון השני שלו קבע כי יעילות התרופה ההומאופתית גדלה ככל שקטן המינון שלה. לפיכך השתמש הֶנְמָאן בחומרים מדוללים מאוד. על-פי עקרונותיו, הכנתן של תרופות הומאופתיות כוללת כמה וכמה שלבים: בתהליך המכונה "פּוֹטֶנְטִיזַצִיָה" (potentization, דהיינו - הגברת החוזק או העצמה), נלקח החומר הטבעי המקורי ונמהל ביחס של 1:99 (חלק אחד של החומר ל-99 חלקי המַמָּס, שהוא בדרך כלל כוהל או מים) לקבלת תמהיל שהפוטנציה שלו היא "C1"; תמהיל זה מדולל בעצמו ביחס של 1:99 לקבלת תמהיל "C2", וכן הלאה. בסולם מיהול אחר, על בסיס מיהולים ביחס של 1:9, נקראים התמהילים "D1", "D2" וכו'. בין מיהול אחד לרעהו מנערים כל תמהיל בחזקה, כדי לשחרר את "אנרגיית הריפוי" של התרופה.

ההומאופתים מדגישים שהם עושים שימוש בחומרים טבעיים בלבד. הנה דוגמאות אחדות מן האקזוטיים שבחומרי הטבע האלה: דבורים כתושות (*Apis mellifica*) וזבובי ספרד ("חיפושיות האבעבועות", *Cantharis*); ארס נחשים (*Lachesis*; *Crotalus horridus*); צמחים רעילים כגון רוש עקוד (*hemlock*; *Conium*), חונק הדב (*monkshood*; *Aconite*), סולנום שחור (*Belladonna*), חנינית ההרים (*mountain daisy*; *Arnica*) ואוג ארסי (*poison ivy*; *Rhus toxicodendron*); יסודות ומינרלים כמו קדמיום, גפרית, סיליקה, מלחים שונים וזרניך (ארסן, arsenic).

הֶנְמָאן ותלמידיו קבעו את התאמת התרופות למחלות אחרי שערכו ניסויים על עצמם. הם אכלו מינרלים מסוימים וחלקים שונים של צמחים ובעלי חיים, וצפו בסימפטומים שהסתמנו בהם,

בתהליך שכונה "אימות" ("proving"). הממצאים מהתצפיות האלה סוכמו בספר *Materia Medica*, המשמש כתי"ך של ההומאופתים עד היום. ההומאופתים המודרניים מדגישים כי בעת האבחון המטפל מנסה לרדת לחקר סימני המחלה של המטופל בשלמותם, כולל סימפטומים פיזיים ונפשיים. לשם כך הם נוהגים בגישה הוליסטית, ובמהלך בדיקת המטופל בוחנים את "ההיסטוריה ההומאופתית" שלו, המביאה בחשבון שאלות כגון: האם אתה חש עצבות בהקשיבך למוזיקה? האם יש לך אישיות קרירה? האם אתה אוהב סדר? המידע המתקבל מהשאלות האלה מצורף לסימפטומים של המטופל וכן ל"קונסטיטוציה" ("constitution") שלו, התלויה במופעים כגון צבע השיער ובהירות העור ובתכונות אופי ומוג כגון עליצות, ביישנות ורגזנות. על סמך כל אלה מתאים ההומאופת תרופה ייחודית לטיפול באדם "בשלמותו".

ההומאופתיה שכיחה מאוד באירופה: 40% מרופאי צרפת והולנד, 37% מרופאי אנגליה ו-20% מרופאי גרמניה משתמשים בה (ראה Fisher and Ward, 1994), והיא זוכה לחסידים מפורסמים כגון בני משפחת המלוכה בבריטניה. היא פופולרית מאוד גם בהודו (שבה יש למעלה ממאה מכוונים המלמדים הומאופתיה). בארה"ב נוטלים מתרופותיה בכל שנה כמה מאות אלפים של אמריקנים.

בתי חולים הומאופתיים באנגליה הם חלק אינטגרלי של שירותי הבריאות הציבוריים במדינה (National Health Service, NHS), אף כי לאחרונה החלו מועצות עירוניות מסוימות לערער על כך (רשות הבריאות בלונדון, לדוגמה, החליטה לחדול מלממן טיפולים הומאופתיים בבית החולים ההומאופתי המלכותי שבעיר, בנימוק שאין די ראיות התומכות ביעילות ההומאופתיה (ראה Wise, 1997). בארה"ב, בניגוד לתכשיריהן של רפואות חלופיות אחרות, כל התרופות ההומאופתיות המופיעות בספר *Homeopathic Pharmacopedia of the United States* אושרו על-ידי מנהל המזון והתרופות (Food and Drug Administration, FDA) בזכות העובדה, שהשימוש בהן רווח מזה שנים רבות. (ויש האומרים שהאישור ניתן בעיקר הודות לעובדה, שאת החקיקה הפדרלית משנת 1938 בדבר חומרי מזון, תרופות וקוסמטיקה (ה-Federal Food, Drug and Cosmetic Act) הוביל בקונגרס האמריקני הסנטור קופלנד (Copeland), שהיה בעצמו רופא הומאופת.)

3.2.1 מעמדה המדעי של ההומאופתיה

ניתן אולי להבין שאבי השיטה הנמאן, שפעל לפני כמאתיים שנה, לא חשב שיש בעיה כלשהי עם תמהיל מטיפוס "C30", ויכול היה לסבור שהוא יעיל ביותר, שכן המבנה האטומי של החומר לא היה מוכר לו, והוא לא ידע שאי אפשר לחלק חומר לחלקים הולכים וקטנים עד אינסוף. חישוב פשוט מראה כי החל מתמהיל "C12" (או "D24"), הסיכוי למצוא בתמיסה ולו מולקולה אחת של החומר המקורי הוא זניח (גם אם מתחילים עם מול שלם של החומר, כלומר - עם מספר אבוגדרו של מולקולות, בליטר אחד של תמיסה).

ההומאופתים טוענים כי "תמצית" החומר (ה"אֶסְנַצְיָה" שלו, essence) נותרת במים גם כשאין בהם כבר מולקולות. ב-1988 טענו האפידמיולוג והאימונולוג ז'אק בֶּנְבֵּיֶסְט ועמיתיו מהמכון היוקרתי INSERM בצרפת, כי מצאו שחומרים שנמהלו לדרגות מיהול קיצוניות מותירים עקבות "זיכרון" במים. בכך סללו את הדרך למתן בסיס מדעי לכאורה לפעולת התרופות ההומאופתיות

(Poitevin, Davenas and Benveniste, 1988). במחקרם דיווחו על תמיסת נוגדנים שהוסיפה לגרום תגובה ביולוגית גם לאחר שהנוגדנים נמהלו פי 10^{30} , כלומר לדרגה כזו שלא היו בתמיסה כל מולקולות פרט לממס. הממצאים תוארו גם בעיתון המדעי המכובד Nature (ראו Davenas et al., 1988), ושם נאמר כי מנגנון הפעולה היה כנראה דבר מה חדש, כגון העברת מידע ביולוגי אל הארגון המולקולרי של המים. עורך העיתון ניציר, ג'ון מאדוקס, הסב את תשומת לב הקוראים לנושא (Maddox, 1988), בציינו שהמחקר חייב להיות מוטעה; הוא הוסיף כי הקוראים המעריכים (ה- reviewers) לא זיהו במחקר כל שגיאה של ממש; לכן, חרף ספקנותו, בשם השמירה על חופש הדיווח המדעי, החליט לפרסם בעיתונו את הממצאים (ואף לתת במה לבנבניסט להשיב למתקיפיו (Benveniste, 1988). ואולם, בגלל הספקנות הוטס למעבדתו של בנבניסט בצרפת, במימון העיתון ניציר, צוות בן שלושה אנשים (הפיזיקאי מאדוקס עצמו, ביולוג-סטטיסטיקאי שהתמחה ברמאויות מדעיות וכן קוסם ידוע), כדי לחזות בניסויים חוזרים. בניסויים חוזרים אלה לא הצליחו בנבניסט ועמיתיו לשחזר את ממצאיהם המקוריים, ועל כך דיווח הצוות לקוראי ניציר (Maddox, Randi and Stewart, 1988). מאמרי המערכת של מאדוקס עוררו אחרים לנסות ולחזור על ממצאיו של בנבניסט, ובאחד הניסיונות הללו, שפורסם אף הוא בניציר כעבור שנים אחדות (Hirst et al., 1993), דונוח כי לא עלו במחקר החוזר שום תוצאות העומדות בהתאמה עם אי אילו ממצאיו של בנבניסט. אף-על-פי שמאז לא פורסם שום מחקר אחר המשחזר את ממצאיו של בנבניסט ומאששם, מוסיפים הומאופתים לנפנף בהם (ראו, למשל, Jonas and Jacobs, 1996). יתר על כן, בנבניסט עצמו טוען שבידיו תוצאות נוספות רבות המעידות על השפעתן הביולוגית של תמיסות מהולות מאוד, אלא ששום עיתון מדעי אינו מוכן לפרסמן (Benveniste, 1998). אחת מתוצאותיו אלה היא העברת "מידע הומאופתי דיגיטלי" בדואר האלקטרוני (Aefssa et al., 1997).

מלבד ההסבר הרעוע על "עקבות זיכרון במים", הוצעו רעיונות אקזוטיים אחרים בניסיון לבסס את מדעיותה כביכול של ההומאופתיה: שניים מהם, המסתמכים על תיאוריית הכאוס ועל מכניקת הקוואנטים (ראו, שוב, Jonas and Jacobs, 1996) נדחו על הסף על-ידי פיזיקאים (ראו, למשל, Park, 1997). וטענה חדשה בנידון - היכולת לזהות עקבות חומרים במים באמצעות תהודה מגנטית גרעינית (ראו Ullman, 1998) - הופרכה אף היא (Wagner, 1998).

מקצת ההומאופתים טוענים שלא ניתן, בעיקרון, לבצע בהקשר להומאופתיה ניסויים מבוקרים עם הקצאת נבדקים מקרית, כנדרש בבדיקה מדעית, וזאת משום שכל מטופל הוא מקרה ייחודי ויחידני, ואי אפשר להכלילו בקטגוריה מסוימת. בניגוד לרופאים המדעיים, היכולים להשוות למשל בין שתי תרופות שונות הניתנות לאלף חולי סוכרת, ההומאופתים אינם מסוגלים למצוא מספר רב כל כך של מטופלים שיש להם בדיוק אותם סימפטומים (שהרי לפי ההומאופתיה, אותם אלף חולי סוכרת נבדלים אלה מאלה בסימפטומים שלהם "בשלמותם": יש להם "קונסטיטוציות" אחרות, היסטוריות נבדלות וכו'). המדענים טוענים מנגד, כי אם התרופות ההומאופתיות אינן ניתנות לבחינה מדעית, הרי שהתיאוריה ההומאופתית אינה מדעית, בעיקרון.

במאמר סקירה על מחקרים מדעיים לבדיקת יעילותם של טיפולים הומאופתיים (Wagner, 1997) מצוטטים חמישה מחקרים מבוקרים משנות ה-90 של המאה ה-20, וכן מובאות בו תוצאות

סקירה של 107 ניסויים קליניים מבוקרים משנים קודמות (Kleinjen et al., 1991). בכל המחקרים המבוקרים האלה, אשר בדקו נושאים מגוונים כגון שיכוך כאב, ריפוי דלקות שונות, הקלה או ריפוי במצבי שלשול, נזלת, אלרגיה ואסתמה, לא נמצא שום אפקט חיובי של הטיפול ההומאופתי. במאמר סקירה נוסף נבדקה השאלה אם יש ראיות להשפעה הומאופתית מעבר לפלצבו (Linde et al., 1997). הפרשנות של מאמר סקירה זה שנויה במחלוקת; חסידי ההומאופתיה רואים בו אישוש לטענותיהם, בעוד שהספקנים מצביעים על מסקנות הפוכות (ראה, למשל, Benveniste, 1998; Vandenbrouke, 1997).

נציבות ארצות האיחוד האירופי הקימה ועדת מומחים לבדיקת ההומאופתיה. בוועדה, שנקראה "קבוצת המחקר לרפואה הומאופתית" (Homeopathic Medicine Research Group, HMRG) נכללו חוקרים הומאופתיים שהם גם רופאים, סטטיסטיקאים, פרמקולוגים ואפידמיולוגים קליניים. הוועדה בדקה 184 מחקרים שבהם דווח על הצלחות בטיפול הומאופתי, ופרסמה מסמך ארוך (Commission of the European Communities, December 1996), ובו שלוש המסקנות האלה:

- מתוך 184 המחקרים שנבדקו, רק ב- 17 היו התכנון והצגת הממצאים נאותים דיים כדי להצדיק התייחסות כלשהי;
- בחלק מ- 17 המחקרים האמורים, ייתכן שהתגלתה השפעה שהיא מעבר לצפוי מאפקט הפלצבו;
- מספר הנבדקים בכל 17 המחקרים הללו היה קטן מכדי להעניק לממצאים משמעות, ולכן אי אפשר להסיק כל מסקנה חיובית בדבר יעילות הטיפולים ההומאופתיים שדווחו במחקרים הנדונים.

ב- 1994 פרסמה המועצה הלאומית נגד הונאה ברפואה בארה"ב (NCAHF) המלצות אחדות, וחלקן מובאות להלן:

- לציבור הצרכנים: יש לשים לב לעובדה, שתכשירים הומאופתיים אינם נדרשים לעמוד בסטנדרדים המקובלים ביחס לתרופות; אין להפקיד את הבריאות בידי מרפאים ורופאים הומאופתיים.
- למדענים: ההומאופתיה עומדת בניגוד לחוקי היסוד של הפיזיקה, הכימיה והפרמקולוגיה, ויש לצאת כנגד שיווק תרופותיה.
- למנהל המזון והתרופות האמריקני (ה-FDA): יש לדרוש רישום של תכולתם המדויקת של חומרים בתכשירים הומאופתיים, וזאת במיליגרמים, במיקרוגרמים וכדומה; יש להחיל על התכשירים הללו אותן דרישות המושתות על תרופות בכל הנוגע ליעילותם.
- לנציבות המסחר הפדרלית: יש לעקוב אחר פרסומים מטעים ביחס ליעילות התרופות ההומאופתיות המופצות בקרב הציבור; יש להעניש כחוק את המפרסמים טענות שווא.

- לגופים רפואיים המעניקים רישוי: יש לצאת נגד המטפלים ההומאופתיים על פעילותם הלא מקצועית; יש להעמיד לדין מרפאים הומאופתיים שאין להם רישוי כרופאים על התחזות לרופאים.

3.3 כירופרקטיקה

כירופרקטיקה היא מניפולציה של עמוד השדרה, כלומר הפעלת החוליות באמצעות הזזתן, וזאת בעזרת ידיו של הכירופרקטור; הפירוש המילולי של המונח כירופרקטיקה הוא "הפעלה בידים" (chiro - ביונית - יד; praktos - עשייה או הפעלה). כירופרקטורים רבים לומדים במשך שנים כיצד לאבחן את בעייתו של החולה ולהעניק לו את ההפעלה הידנית היעילה והמדויקת, הנחוצה לדבריהם להצלחת הטיפול. תרפיה זו באמצעות מניפולציה של עמוד השדרה (spinal manipulation) (therapy, SMT Haldeman), אמורה לסייע לשכך כאבים שמקורם בחוליות ולחדש את תנועתם של מפרקים פגועים. ה-SMT כולל מינוח מיוחד לציון כמה סוגים של פעולות ידניות (ראה, למשל, Chapman-Smith and Petersen, 1993): (א) ניוו או מוביליזציה, המוגדרים כהזזה פסיבית של מפרק בתוך טווח התנועה הפיזיולוגי שלו; (ב) מניפולציה, שהיא הזזה פסיבית של מפרק אל מעבר לטווח התנועה הנורמלי; בפעולה זו נשמע קול "קליק"; (ג) פְּוּוֹנְן כירופרקטי (chiropractic adjustment), שפירושו התערבות מכנית מסוג זה או אחר - במהירות גבוהה או נמוכה, בתנופה חזקה או חלשה, במשרעת גדולה או קטנה. בנוסף להסרת מגבלות ולשיכוך כאבים בעמוד השדרה, חלק מהכירופרקטורים טוענים ששיטתם יעילה לטיפול במיגרנות, בקשיי נשימה כגון אסתמה, בהפרעות עיכול ועוד.

הפעלת חוליות עמוד השדרה הייתה נהוגה בתרבויות קדומות שונות (ראה Lomax, 1997). את הבסיס התיאורטי של השיטה, כפי שהיא מוכרת היום, הניח הקנדי דניאל פֶּלְמֶר (Daniel David Palmer), בן המאה ה-19 ותחילת המאה ה-20, שהיה בין השאר גם הילך באמצעות שדות מגנטים ואוסתיאופט. פלמר סבר ש-95% מכל המחלות נגרמות מחוליות נקועות, דהיינו - חוליות המוסטות ממקומן; להסטות או לנקעים האלה קרא פלמר "סובְּלוּקְסַצְיוֹת" (subluxations); ואילו 5% מיתר המחלות נגרמות לדעתו מהסטות במפרקים אחרים בגוף. הכירופרקטורים בני זמננו חלוקים בדעותיהם ביחס לסובלוקסציות. אלה מביניהם המכונים "טהרנים" ("straights") סבורים שהסובלוקסציות גורמות להפרעות עצביות, וכי ניתן להבחין בהן בצילומי רנטגן ואף למיין לטיפוסים ברורים (Schaefer, 1984). הטהרנים הללו מגבילים את עצמם לאבחון הליקויים בשרירים ובחוליות של עמוד השדרה ולתיקונם של אלה או ל"כוונון" (adjustment) מצב החוליות. כירופרקטורים אחרים בארה"ב נקראים "מְעַרְבִים" ("mixers"), והם משלבים בטיפולהם גישות הוליסטיות ועצות ביחס לשינוי אורח החיים ולדיאטה מתאימה, בנוסף לטיפול הידני. בארה"ב מאוגדים הכירופרקטורים הטהרנים והמְעַרְבִים בכמה וכמה גופים, שהבולטים ביניהם הם "אגודת הכירופרקטיקה האמריקנית" (American Chiropractic Association, ACA) ו"האגודה הבינלאומית לכירופרקטיקה" (International Chiropractors Association, ICA). כמו כן קיימת בארה"ב קבוצת כירופרקטורים "רפורמיסטיים", המיוצגת בגוף הנקרא "האגודה הלאומית לרפואה כירופרקטית" (National Association for Chiropractic Medicine, NACM).

הרפורמיסטים מגבילים את עצמם לטיפול ידני בליקויי גב שאינם קשורים למחלות, משתמשים ב-SMT בלבד, ודוחים במפורש את תורת הסובלוקסציות.

מספר הכירופרקטורים בעולם המערבי גדול ביותר (רק הרופאים ורופאי השיניים עולים עליהם בשכיחותם), ומספר השוחרים לפתחם אדיר (בשנת 1992 פנו לכירופקטורים 7% מן האוכלוסייה הבוגרת של ארה"ב, לפי Eisenberg et al., 1993). בארה"ב יש כיום כמה רבבות כירופרקטורים ומעריכים שב-2010 יגיע מספרם למאה אלף! (Cooper and Stoflet, 1996). בבתי חולים רבים בעולם המערבי מפנים רופאים אורתופדים את מטופליהם לכירופרקטורים, ועובדים עמם בשיתוף פעולה צמוד.

העיסוק בכירופרקטיקה חוקי ומורשה בכל מדינות ארה"ב וב-30 ארצות נוספות ברחבי העולם (Christensen and Morgan, 1993). במדינות השונות של ארה"ב הוקמו גופים רשמיים המפקחים על הרישוי ועל בחינות ההסמכה של כירופרקטורים, וכן קיימים בה מוסדות פדרליים המסדירים זאת.

3.3.1 הכשרה בכירופרקטיקה

בארה"ב קיים התואר המוכר דוקטור לכירופרקטיקה (Doctor of chiropractic, D.C.), המוענק ב-16 קולג'ים לכירופרקטיקה. הגוף הפדרלי הנקרא "מועצת הבוחנים הלאומית לכירופרקטיקה" (National Board of Chiropractic Examiners, NBCE) מאשר את תכניות הלימודים ואת הבחינות לכירופרקטורים (בדומה למוסד המקביל, "מועצת הבוחנים הלאומית לרפואה", NBME, המופקד על הרופאים בארה"ב).

לימודי הכירופרקטיקה בארה"ב אורכים בדרך כלל ארבע שנים לפחות, ובתנאי הקבלה ללימודים נדרשים ידע מוקדם במדעי הטבע ושתי שנות לימוד קודמות במוסד להשכלה גבוהה. בתכנית הלימודים נכללים מדעי יסוד, לימודי אבחון וטכניקות טיפול ידני. הבחינות מורכבות מארבעה שלבים: (א) בחינה במדעי היסוד, (ב) בחינה במדעים הקליניים, (ג) בחינת הסמכה ו- (ד) בחינה מעשית בפירוש צילומי רנטגן, באבחון, בטכניקות ידניות ובניהול הטיפול הכירופרקטי.

במאי 1998 הפכה קנדה למדינה הראשונה שבה הוכנסה הכירופרקטיקה למסגרת הלימודים האוניברסיטאיים, עם התאחדותן של אוניברסיטה אחת וקולג' אחד לכירופרקטיקה; איחוד זה נעשה חרף התנגדותן של הפקולטות למדעים באותה אוניברסיטה (ראה De Robertis, 1998).

3.3.2 מעמדה המדעי של הכירופרקטיקה

לא רק כירופרקטורים אלא גם פיזיותרפיסטים, מאמני אתלטיקה וסוגים אחדים של רופאים מסתייעים ב"מניפולציה" ידנית לטיפול בקשיים ובליקויים שמקורם במערכות השרירים, העצבים והעצמות. קיימות עדויות מדעיות, שבטיפולים ידניים אפשר לשפר את טווח התנועה של מפרקים ולשכך כאבים. הטיפולים האלה מצריכים מיומנות ידיים ניכרת וניסיון רב, והכירופרקטורים מצטיינים בהם. במחקר מקיף שנערך לאחרונה עולה, כי מידת האחריות במתן טיפולים

כירופרקטיים בארה"ב דומה לזו שמוצאים בפרקטיקות רפואיות רגילות (Shekelle et al., 1998). מניסויים קליניים מבוקרים רחבי היקף, שנערכו לבדיקת יעילותה של מניפולציה בשיכוך כאבי הגב התחתון (LBP, lower back pain), עולה כי בחלק מהנבדקים אכן חל שיפור משמעותי בעקבות הטיפול (Koes et al., 1996; Cherkin et al., 1998). לעומת זה, טענותיהם של כירופקטורים בדבר יעילות טיפוליהם לריפוי יתר לחץ דם, אסתמה וליקויים ומחלות נוספים לא אוששו בבדיקות מדעיות רציניות (Shekelle, 1998; Balon et al., 1998).

תורת הסובלוקסציות, אשר לפיה הסטות במפרקים הן הגורם למחלות בכלל או לכל הפחות למצבי כאב רבים, שנויה במחלוקת. הרעיון המרכזי בתורה זו הוא כי ההסטות מביאות להפרעות באיתות העצבי במערכת העצבים בגוף. רעיון זה ניתן לבחינה, ולכן הוא מדעי לפחות בעיקרון. תיאוריות שונות הועלו בניסיון להסביר את מנגנוני הפעולה של הטיפול הידני, אך הן טרם אוששו, ואין ספק שיש מקום להמשיך ולחקור מה עומד בבסיס המניפולציה (Brennan et al., 1997).

בשנת 1998 העניקו מכוני הבריאות הלאומיים בארה"ב מענק בן כ-3 מיליון דולר למרכז למחקר כירופרקטי (Consortial Center for Chiropractic Research, CCCR), המאגד בתוכו חמישה קולגים לכירופרקטיקה ושתי אוניברסיטאות. המענק אמור לממן את פיתוחם של כלים לביצוע מחקרים איכותיים בכירופרקטיקה ולחינוך והכשרת מדענים בעתיד; הוא יממן מחקר בסיסי, פְּרָקְלִינִי, קליני, אפידמיולוגי ורפואי-ציבורי בכירופרקטיקה; וכמו כן אמור המענק לעודד שיתוף פעולה בין קהילות המדענים, הרופאים והכירופרקטורים.

3.4 רייקי

רייקי (Reiki) הוא סוג של הילינג באמצעות "קיי" (ki, הנוסח היפני של ה"צ'יי" הסיני). "ריי" (Rei) פירושו ביפנית נשמה וכן אוניברסליות. משמעות השם רייקי היא אפוא "נשמת האנרגיה הוויטאלית", או "אנרגיית החיים האוניברסלית". מושג דומה לרייקי בהינדואיזם ההודי הוא "פְּרָנָה" (prana). את שיטת הרייקי העתיקה החיה ביפן במאה ה-19 מיקאו אוסואי (Mikao Usui), והיפנית האוֹיֹוֹ טָקָטָה (Hawayo Takata) החדירה אותה למערב.

המרפאים ברייקי, כמו המטפלים בשיטת המגע המרפא, טוענים שמחלות נוצרות עקב חסימה בזרימת אנרגיית החיים או מהפרת האיזון בה. בשתי השיטות מאמינים שהעולם מלא אנרגיה אוניברסלית, אנרגיית היקום, שאי אפשר לזהותה בכלים ובמכשירים מדעיים. המטפל המומחה, שעבר הכשרה מתאימה, יכול לחוש באנרגיה זו ואף להשתמש בה. בניגוד למרפאים באקופונקטורה, המטפלים בשיטת הרייקי אינם מנסים לפתוח את החסימות ב"קיי", אלא לנתב את הקי האוניברסלי באופן כזה שהמטופל יירפא. מומחי הרייקי טוענים שביכולתם ליטול אנרגיה מן הקי האוניברסלי, ובכך להגביר את האנרגיה שלהם עצמם תוך כדי ביצוע הטיפול. לפיכך, בתהליך ההילינג אין הם גורעים אנרגיה מעצמם לטובת המטופל אלא רק מעבירים אליו אנרגיה

אוניברסלית. בניסוח אחר: המומחה מנתב רייקי דרך גופו שלו, המשמש כמכל, אל המטופל לשם איזונו. אם תהליך הריפוי כושל, הסיבה לכך היא התנגדותו של המטופל לאנרגיית ההילינג.

לדברי המטפלים ברייקי, השיטה מאפשרת להביא להרפיה והפחתת מתחים, לאיזון הגוף והנפש ולתחושת רווחה כללית (well-being). עקב כך מתחזקות מערכות ההגנה והחיסון של הגוף, ועמון משתפרת הבריאות הכללית ונחלשת הנטייה לחלות.

3.4.1 הכשרה ברייקי

לפי חסידי השיטה ומומחיה, קיימות שלוש רמות רייקי, וכדי לפעול כמטפל בכל אחת מהן, יש לקבל הכשרה נאותה. המומחים מדגישים כי כל אדם כשר ומוכשר בעיקרון ללמוד כיצד לעשות שימוש ברייקי לריפוי עצמו או זולתו. בכל שלב הכשרה המתלמד "מתכוון" לרמה המתאימה ("attunement") של רייקי. שלושת שלבי הלימוד נקראים I, II, III, ולהלן פירוטם:

- **רייקי I.** כדי להפוך למטפל ברמת רייקי זו, המתלמד מכיר את העקרונות התיאורטיים ואת ההיסטוריה של הרייקי, ואחר-כך מתנסה בשורה של מיקומי ידיים המשמשים בטיפול. כמו כן הוא לומד לנתב אנרגיה. כל מתלמד בשלב זה מקבל כְּוֹנוֹן הפותח את ה"צ'קרות" שלו (נקודות או מרכזי אנרגיה בגוף) לזרימת אנרגיה.
- **רייקי II.** ההכשרה כאן מתמקדת בטכניקות לריפוי ממרחקים, ובמהלכה נלמדים סמלי רייקי מיוחדים הדומים לסימני סנסקריט הודיים ולסימני הקאנג'י (כתב הציור היפני). כל תלמיד מתכוון בשלב זה לאנרגיית רייקי מרמה II.
- **רייקי III.** הלומדים לקראת התמחות ברמה זו מתרכזים בהכרת רב-אומן (master "symbols") של הרייקי ומתנסים ב"כוונון" של אחרים. ההתכוונות שלהם עצמם נעשית לאנרגיית רייקי ברמה III.

כל אחד משלושת שלבי ההכשרה ניתן להיעשות תוך ימים אחדים. בתום השלב השלישי של ההכשרה נעשה התלמיד פרקטיקן מורשה לרייקי ברמה III, ויכול להתחיל סטאז' לשם סיום לימודיו כמטפל רב-אומן ברייקי (Reiki Master), וזאת תחת הנחייתו של רב-אומן מוכר.

3.4.2 מעמדה המדעי של השיטה

כמו בשיטת המגע המרפא, גם בשיטת הרייקי, איש לא הצליח למדוד את האנרגיות האנושיות המשמשות את הפרקטיקנים בטיפולייהם (ראה מאמר סקירה מאת Glickman and Gracely, 1998). מומחי רייקי שונים טוענים שנערכו ניסויים מדעיים שבהם הוכחה יעילות השיטה, אך טענה זו אינה מלווה באזכורי מאמרים שבהם סוכמו ניסויים אלה. כך, לדוגמה, ויליאם ראנד (William Lee Rand), מנהל מרכז להכשרה ברייקי בארה"ב, מציג אוסף של מחקרים שערכו מטפלים ברייקי, המעידים על הצלחת השיטה. אוסף זה, המובא בספרו (Rand, 1991) וכן באתר האינטרנט שלו <http://www.reiki.org/reikinews>, אינו מפנה לספרות מדעית מקצועית, שבאמצעותה יוכל הקורא לבדוק את הדיווחים ולהסיק את מסקנותיו לגבי מהימנותם המדעית. ג'ון ולטהיים (John Veltheim), המנהל אף הוא מרכז ורשת רייקי בארה"ב, מגייס ז'רגון ממכניקת הקוואנטים, מתורת הכאוס ומתורת מערכות, בניסיון לבנות מסד תיאורטי מודרני לשיטה. עיון

חטוף בספרו (Veltheim and Veltheim, 1995), אשר חלקים נרחבים ממנו מובאים באתר האינטרנט <http://www.parama.com>, אינו מותיר ספק שהמדובר במסד פסידו-מדעי מובהק.

3.5 רפואת הצמחים

רפואת הצמחים היא אוסף של פרקטיקות ריפוי וריפוי מונע, שבהן נעשה שימוש ב"צמחי מרפא" ובתכשירים נוספים שאינם צמחיים, אך מקורם "בטבע" (חלקים או תוצרים שונים של בעלי חיים, מינרלים ויסודות). השימוש בצמחי מרפא רווח בשיטות ייחודיות המתרכזות בחומרים טבעיים, וכן הוא מהווה חלק מהטיפול שמציעות רפואות חלופיות כגון אקופונקטורה, נטרופתיה, אירידולוגיה ועוד. בדרך כלל, הרפואה הצמחית מתבססת על ניסיון וחכמה עתיקי יומין כמו האירודולוגיה, הרפואה הסינית המסורתית, הפולקלור האינדיאני וכדומה (לכל תרבות עתיקה שעקבותיה נשמרו עד היום יש צמחי מרפא משלה), אך שיטות אחדות הן מודרניות יחסית ("פרחי באד", למשל).

רוב רובם של המרפאים בצמחי מרפא נסמכים, כאמור, על "חכמת הקדמונים", שנצברה בשלב שבו ידעה האנושות מעט מאוד על האנטומיה והפיזיולוגיה של גוף האדם, ואלפי שנים לפני שנוצרו תחומי הביוכימיה, המיקרוביולוגיה והגנטיקה. באותה עת לא היה ידוע, לדוגמה, שהלב משמש כמשאבת דם, שחלק מהמחלות המדבקות נגרמות על-ידי חיידקים, ושליקויים אחרים מקורם בגנים ייחודיים. בדרך כלל, אם יש לַמְרַפָּא גם תיאוריה, הרי היא בגדר תורה מטפיזית: התיאוריות עשויות להכיל מושגים ואמונות כגון "צ'יי" (ברפואה הסינית), "נשמת הצמח" (בשיטת פרחי באד), או אף להסתמך על מתכונים מתחומי האסטרוולוגיה ו"תורת הסימנים" (האמונה העתיקה שלפיה צורתו של המקור שממנו עשויים סמים ותרופות קובעת את השפעתם המרפאת). כל המרפאים בצמחי מרפא מדגישים כי תרופותיהם הן טבעיות, ורובם סבורים שהן עדיפות על סמי הרפואה המערבית, בהיותן יעילות יותר ורעילות פחות.

יקצר המצע מלתאר כאן את הווריאציות הרבות של רפואות הצמחים הנהוגות בעולם. המעוניינים בפרטים על אודותיהן מופנים לכתבי עת הֶרְבָּלוֹגִיִים כגון:

American Herb Association Quarterly; Australian Journal of Medical Herbalism; British Journal of Phytotherapy; European Journal of Herbal Medicine; HerbalGram: Journal of the American Botanical Council and Herb Research Foundation; International Journal of Pharmacognosy; Journal of Ethnopharmacology; Medical Herbalism; The Modern Phytotherapist; The Protocol Journal of Botanical Medicine; Review of Natural Products
אתר האינטרנט של הרבעון Medical Herbalism עשוי אף הוא להועיל: <http://medherb.com>.

בשנות ה-90 של המאה העשרים הופיעו ספרים לא מעטים בעברית על צמחי מרפא, הזמינים לכל המעוניין לעמוד על רפואת הצמחים לגווניה (למשל, פלביץ ויניב, 1991). מאמר בעברית על תרופות מן הטבע הופיע בכתב העת של חברת נשיונל ג'יאוגרפיק (סוורדלו וג'ונסון, 2000).

רפואת הצמחים היא השכיחה שבין הרפואות האלטרנטיביות הנהוגות היום בעולם, ומעריכים כי בשנת 1997, בארה"ב לבדה, גלגלה תעשיית צמחי המרפא יותר ממיליארד דולר (Brody, 1998).

בניגוד לתרופות הרפואה המדעית, המאושרות על-ידי גופים רפואיים ממסדיים (כגון מנהל המזון והתרופות בארה"ב, ה-FDA), תכשירי הרפואה הצמחית משווקים תחת הכותרת "מזון" או "תוספי מזון", ואינם נדרשים לעבור בדיקות מדעיות ביחס לערכם הריפוי והסיכונים הכרוכים בהם. יתר על כן, בארה"ב, גם כאשר מתברר שתכשיר מסוים הוא מסוכן, בדרך כלל אין ה-FDA אוסר על שיווקו כתוסף מזון, ומסתפק בפרסום אזהרה בלבד. הפרסומים על אודות על הסיכונים הכרוכים בצמחי מרפא רבים מאוד (ראה, למשל, Angell and Kassirer, 1998).

3.5.1 מעמדה המדעי של רפואת הצמחים

סמים (או תרופות) הם חומרים שיש להם השפעה פיזיולוגית על הגוף, להבדיל מערכם התזונתי גרידא. במובן זה, רבים מצמחי המרפא הם אכן סמים. עד המאה הנוכחית היו רוב התרופות תכשירים צמחיים אשר התגלו כמועילים, וזאת בדרך של ניסוי וטעייה. כך, לדוגמה, נתגלה כי הפרג הרפואי יעיל לטיפול בכאבים, קליפתו של גזע העץ קינכונה (cinchona) טובה כנגד חום גבוה, והאצבעונית (purple foxglove; *Digitalis purpurea*) מתאימה למניעת הפרעות קצב בלב. הצלחות הריפוי הללו גבו מחיר אנושי גבוה: המינון הנכון של צמחי המרפא לא היה מוגדר, שכן לא היה ידוע דבר על המרכיב הפעיל שבצמח, והצמחים הכילו גם חומרי לוואי, בחלקם מסוכנים ורעילים.

עם התפתחות המדע הרפואי במאה ה-20, בעקבות החידושים המהירים בתחומי הכימיה והפרמקולוגיה ובשיטותיהן, התחילו לזהות את המרכיבים הבוטניים הפעילים, לבודדם בצורה טהורה מן הצמחים, ולחוקרם. כך בוֹדְדוּ החומרים המשמשים כסמים ותרופות בדוקים: מן האצבעונית בוֹדְדוּ הדיגיטאליס, מקליפת הכינכונה - הכינין, ומן הפרג - האופיום (ראה Angell and Cassirer, 1998). ברגע שהוכרה הכימיה של החומרים, נסללה הדרך גם לסינתזה שלהם במעבדה ולפיתוח נגזרות פעילות יותר של החומרים המקוריים, או נגזרות בעלות תכונות רפואיות טובות יותר (פחות תופעות לוואי, ספיגה בררנית, וכדומה).

יתר על כן, במאה הנוכחית פותחו גם כלים אפידמיולוגיים אמינים לבחינת פוטנציאל הריפוי של הצמחים, ובכך השתחררנו מן הצורך להסתמך על "ניסוי וטעייה" לא מבוקרים. במקום זאת, עומדים לרשות הרפואה המודרנית הניסויים המבוקרים המקריים (ראו פרק 4 להלן), שבאמצעותם ניתן לבחון בדיוק רב את היעילות, את הסיכונים ואת תופעות הלוואי שבשימוש בסמים ובתרופות. המידע על כל אלה מתקבל, קודם כל, מניסויים קדם-קליניים, שבהם נבדקת השפעת החומרים על בעלי חיים; לאחר מכן מתבצעים ניסויים קליניים הנקראים "שלב I" ו"שלב II", בהשתתפות בני אדם, ולבסוף נערכת בדיקה קלינית "שלב III", תוך התחשבות באפקט הפלצבו. רק בתום סדרת ניסויים מעין אלה מאושרות לשיווק התרופות של הרפואה המדעית (או שהן נאסרות לשימוש ולשיווק).

מן האמור לעיל ברור אפוא, כי לחכמת הקדמונים ולניסוי והטעייה רבי השנים אפשר למצוא בסיס מדעי, שאין לו ולא כלום עם המטפיזיקות העתיקות המוסיפות לשמש חלק נכבד מן הרפואה הצמחית החלופית. אין ספק שצמחי המרפא המסורתיים של תרבויות שונות ראויים לחקירה ולבדיקה בניסיון לזהות את מרכיביהם הפעילים. אך מכאן לא נובע שכל תכשיר לא בדוק, שמשווקים מרפאים הדוגלים בצמחי מרפא, הוא אכן יעיל, אמין או נטול סיכון.

3.5.2 המיתוס של ה"טבעי"

כמעט כל תכשיר של הרפואה הצמחית משוּןָק בתוספת התואר "טבעי".

■ עצור לרגע ונסה להגדיר את המונח "טבעי".

ומה ההבדל בין סם טבעי לבין סם לא טבעי?

הגדרה אחת למונח "טבעי", בהקשר הנדון, היא: **לא מעובד**. פרי, שורש, גבעול, זרע או פרח המשמשים בשלמותם כצמחי מרפא הם אפוא דוגמאות לדברים טבעיים. הבעיה בהגדרה זו היא שרוב המצרכים, יהיו אלה דברי מאכל, תוספי מזון או תרופות, מעובדים במידה זו או אחרת. אם כן, לא ברור איזו דרגה של עיבוד הופכת אותם ללא טבעיים: האם, לדוגמה, המיץ הנסחט מתפוזים, תוך שבירת פלחיהם וריסוקם, הוא טבעי? ואם מעבדים בטחינה פולי קפה לאבקה, האם האבקה טבעית או לא? ומה באשר ללחם, המעובד מן החיטה בהליכי ניפוי, טחינה ואפייה? "עיבוד" כולל פעולות כמו הרתחה, בידוד, הפרדה, טחינה, טיהור וכדומה, המשמשות הן בבישול והן בהפקת גלולות ותכשירי ריפוי וחיזוק מצמחים.

הגדרה אחרת ל"טבעי" עשויה להיות: **הקיים בטבע**. במבט ראשון הגדרה זו חסרת טעם, שכן כל היסודות שמהם עשויים חומרים קיימים כמובן בטבע, ולכן יש משמעות לדון לא ביסודות אלא רק במולקולות כ"טבעיות" או "מלאכותיות". ובכן, אם מבודדים מולקולות מסוג מסוים מכל שאר מאות סוגי המולקולות שבצמח נתון, האם מולקולות אלה (שהופרדו מכל האחרות ששכנו עמן בטבע) הן טבעיות או לא? ואם משנים כימית מולקולה מבודדת שכזו רק במעט, ומוסיפים לה אטום אחד, למשל, כדי שתיספג טוב יותר בגוף, האם היא נותרת טבעית או לא?

בנוסף לקשיים שבהגדרה, המראים שההבחנה בין חומרים טבעיים ללא טבעיים היא בעייתית, אין גם כל סיבה להניח שלמולקולות השכיחות בטבע יש עדיפות כלשהי על פני מולקולות שהן מעשה ידי אדם. בצמחים יש כאמור מאות מרכיבים: חלקם חסרי כל פעילות פיזיולוגית והם מהווים לפיכך מזון בלבד, לאחרים יש השפעות פרמקולוגיות, ולאחרים יש השפעות מזיקות או רעילות (אפילו בכמויות זעירות). החומרים השכיחים בטבע החי הם תוצרי האבולוציה. צמחים לא התפתחו במהלך האבולוציה ולא שרדו בסביבתם כדי להביא תועלת לאדם, שהוא מין אחד מתוך רבים אחרים בעולם החי, ובוודאי שלא נוצרו כדי להביא לו מזון; פירות, לדוגמה, קיימים רק "כדי" לאלץ/בעלי חיים להפיץ זרעים, הפצה שהיא "תכליתו" האמיתית של הפרי; אין אפוא כל הגיון להאמין שחומר "טבעי" עדיף על המלאכותי.

יתרה מזו, אין שום הבדל בין הפעילות הכימית או התכונות של מולקולה שהופקה מצמח לבין אלה של אותה מולקולה המסונתזת במעבדה. אין כל דרך או ניסוי שיוכלו להבחין בין שתי המולקולות, משום שתכונותיהן נקבעות באופן בלעדי על-ידי המבנה הכימי שלהן, ולא על-ידי המקורות שמהם הופקו.

4. כלים להערכת יעילותו של טיפול

בוויכוחים בין התומכים ברפואה החלופית לבין המתנגדים לה עולה **תמיד** השאלה כיצד ניתן להעריך את יעילותן של שיטות הטיפול השונות.

■ מהו לדעתך מעמדן של עדויות אישיות כאמצעי להערכת הצלחתם של טיפולים? - חשוב על אנקדוטות ששמעת בדבר החלמה ממחלות או מליקויים אחרים בעקבות קבלת טיפול רפואי קונוונציונלי או אלטרנטיבי.

עדויות אישיות (testimonials) על אודות טיפולים קונוונציונליים ועל אודות טיפולים אלטרנטיביים הן, כמובן, סובייקטיביות (הן מורכבות מדיווחים כמו "הרגשתי השתפרה", "הכאב חלף" וכדומה, שרק הסובייקט עצמו יודע עליהן). עדויות אלה הן גם סלקטיביות מטבען, ואנשים רבים נוטים לספר על הצלחות מופלגות הרבה יותר מאשר על העדר השפעה כלשהי בטיפול. בנוסף לבעיית הסובייקטיביות של העדויות האישיות, המעמידה בספק את ערכן כמידע מהימן, קיימת גם השאלה היסודית אם יש קשר של ממש בין הטיפול לבין ההחלמה. נניח שמתוך 100 בני אדם החולים במחלה מסוימת, 50 מחלימים מאליהם, בלי לעשות דבר; ברור אפוא, לפי הנחה זו, שאם כל ה- 100 ייחשפו לטיפול נתון, 50 איש יחלימו גם אם הטיפול לא השפיע כלל. 50 אלה עשויים לומר, בתמימות גמורה, כי הטיפול שקיבלו ריפא את מחלתם, ובאמירה זו לא יהיה משום הונאה כלשהי, אף-על-פי שטיפול זה לא עשה להם דבר וחצי דבר.

יתר על כן, נניח שמתוך 271 איש המנסים טיפול נתון, 11 אינם חווים שינוי כלשהו, 255 מרגישים רע יותר בעקבות הטיפול ו- 5 מדווחים על שיפור במצבם. ייתכן מאוד שחמשת האחרונים חשים באמת ובתמים טוב יותר, אף-על-פי שכמעט כל האנשים האחרים שקיבלו את הטיפול חשים רע יותר או בלא שינוי. גם החמישה שהרגשתם הוטבה בדוגמה זו עשויים לדווח על השפעה חיובית של הטיפול, אף-על-פי שמרבית האנשים חשו רע יותר בעקבותיו. מן האמור עולה אפוא, שלעדויות אישיות, כשלעצמן, אין ערך של ממש בהערכת יעילות הטיפול.

אם כן, במה עדיפים דיווחים מדעיים בדבר תוצאותיו של טיפול רפואי על פני עדויות אישיות? דיווחים מדעיים נמסרים על תוצאות שהתקבלו מתצפיות או מניסויים מבוקרים. כדי לנטרל את האלמנט הסובייקטיבי ולבדוק את השפעתו הממשית של טיפול נתון, מתכנן הרופא (או המרפא) האמון על השיטה המדעית ניסוי או מבדק מבוקר מקרי (randomized controlled trial, RCT). ניסויים אלה נערכים על **קבוצות של מטופלים**, ולניתוחם מסתייעים בסטטיסטיקה להערכת יעילות הטיפול. מסקנות בעלות ערך מושגות בתנאי שמקפידים לשמור על כללים ועקרונות מסוימים:

1. **החלת קריטריונים מחמירים בנוגע לנבדקים המוכללים בקבוצה.** פירוש הדבר שיש לוודא כי האנשים המוכנסים לקבוצה אכן סובלים מן המחלה או מן המצב המצריך את הטיפול. (אין כל ערך, למשל, לבדיקת תרופה חדשה לטיפול ביתר לחץ דם על אנשים שאינם סובלים ממצב זה.)

2. **דיווח שלם על תוצאות הטיפול ביחס לכל (או לפחות לרוב) הנכללים בקבוצה.** נניח שמתוך 387 נבדקים, שסבלו מיתר לחץ דם וקיבלו תרופה מסוימת האמורה להפחיתו, השתפר מצבם של 15 בלבד. אם ידווח על 15 אלה בלבד, עשוי להתקבל הרושם המוטעה שהתרופה מועילה; אבל מה נסיק אם מהדיווח המלא יתברר כי לגבי 372 מהנבדקים לא זו בלבד שלא חל שיפור, אלא שלחץ הדם שלהם עלה?!

3. **השוואת הנבדקים לקבוצת ביקורת מתאימה.** יש להשוות בין קבוצת אנשים המקבלים טיפול נתון ("קבוצת הטיפול") לבין קבוצת אנשים המקבילה לקבוצת הטיפול במרב מאפייניה (גיל, מין, מצב קליני, מצב סוציאקונומי, השתייכות אתנית וכדו'), אלא שחבריה אינם מקבלים את הטיפול ("קבוצת הביקורת"). למשל, אם בדוגמה הנ"ל השתפר מצבם של 5% מן המטופלים בתרופה, וגם מצבם של 5% מן האנשים בקבוצת הביקורת הוטב (הקבוצה שבה יש אנשים הסובלים אף הם מיתר לחץ דם אך אינם נחשפים לתרופה), המסקנה היא שהתרופה איננה מועילה לטיפול ביתר לחץ דם. ואם משתפר מצבם של 5% מן האנשים המטופלים בתרופה, בעוד שמצבם של 10% מאנשי קבוצת הביקורת משתפר גם הוא, אפשר אף להסיק שהתרופה מזיקה. מן הראוי לשים לב, שאפילו כאשר הניסיון המבוקר מראה כי התרופה הנבדקת מזיקה (כמו בדוגמה האחרונה), עדיין יש מספר בני אדם בקבוצת המטופלים העשויים להעיד שנרפאו בעקבות נטילתה!

4. **הכנסת אלמנט האקראיות לבדיקה (ניסיון מבוקר מקרי) במטרה להגיע לאובייקטיביות רבה ככל האפשר.** הרופא או המרפא הפועלים באופן מדעי מנסים למדוד את התפתחות המחלה לא רק בהתייחס ל"הרגשת" המטופל, שכן, הרגשה עשויה להשתנות גם בשעה שהמחלה נשאת קבועה. להגדלת האובייקטיביות, הנבדקים מוקצים באופן אקראי לקבוצות הביקורת והטיפול, וזאת כדי למנוע את ההטיה העלולה להיגרם, למשל, מהכנסת אותם אנשים, שהבודק סבור מראש שמצבם ישתפר, לקבוצת הטיפול. באופן אידיאלי, לא הבודק ולא הנבדקים צריכים לדעת למי מסופק טיפול ולמי לא (או למי סופקה תרופה של ממש ולמי ניתנה תרופת-דמה) עד להשלמת הבדיקה. סידור אידיאלי זה מכונה "כפל עיוורון" (double-blind).

כאן עשויה להתעורר התהייה, מדוע יש לסבך כל כך את העניינים באמצעים כה מתוחכמים, במקום לבדוק, פשוט, מה קורה לחולים המקבלים טיפול מסוים; הרי ברור לכולנו כי בלא טיפול לא יירפאו החולים! התשובה היא, כפי שכבר נרמז, שבחצי המאה האחרונה התברר למדענים, כי בהרגשתו של אחד מכל שלושה חולים או מטופלים בערך חל שיפור כאשר נותנים לו בתור תרופה חומר דמה ניטרלי לחלוטין, הנעדר כל השפעה פרמקולוגית. תופעה זו מכונה אפקט הפלצבו (או השפעת גלולת ה"אינבו"). הניסיונות המבוקרים המקריים הם האמצעי לגלות אם טיפול או תרופה כלשהי יעילים בריפוי מעל ומעבר להשפעה זו.

מה הבסיס לאפקט הפלצבו? כפי הנראה, האופן שבו אנו תופסים את חוויותינו הגופניות מושפע מאמונותינו וממצבינו הנפשיים (ראה, למשל, White et al., 1985). אפשר לראות תופעה זו כ"השפעה פסיכולוגית". מתברר גם, שאם הבודק והנבדק מאמינים בלהט כי טיפול נתון ישפיע, אפקט הפלצבו גדול אף יותר, ואחוז האנשים, שהרגשתם משתפרת בעקבות נטילת גלולת אינבו במקרה כזה, עולה בהרבה על 30% (Hartwick, 1996). יש כנראה גם קשר בין מערכת החיסון של

הגוף לבין חוסנו הנפשי של האדם (ראה, לדוגמה, Sternberg and Gold, 1997), ובשל יחסי הגומלין בין השניים עשויים מצבים נפשיים לשפר או להרע את תגובות החיסון, אך הממדים הכמותיים של התופעה טרם הובהרו.

מטעמים אלה חשוב כל כך להשתמש בקבוצת ביקורת: קבוצת הנבדקים מקבלת תרופה אמיתית, בעוד שקבוצת הביקורת נוטלת גלולת סוכר, למשל; בשתי הקבוצות עשוי להתגלות שיפור, אך אם השיפור שווה בשתייהן, המסקנה היא שהתרופה איננה מוסיפה דבר לבריאות או לריפוי מעל ומעבר להשפעת הפלצבו. גם ההקצאה המקרית של נבדקים לשתי הקבוצות נעשית לצורך נטרול ההשפעות ה"זרות". הקצאה מקרית זו מבטיחה שהרופא או הבודק לא ידעו מראש מי מקבל תרופה ומי גלולת אינבו, ולא יוכלו להשפיע "באופן פסיכולוגי" או בצורה אחרת על תוצאות הבדיקה.

ומה רע בשימוש בהשפעות פסיכולוגיות? מה אכפת לי, כחולה, מה מביא לשיפור הרגשתי, אם מכאובי ותחלואי אמנם חולפים? אכן אין כל רע בעצם השימוש בהשפעות פסיכולוגיות, וקיימים מקרים רבים מני ספור של הסתייעות באפקטים ובטיפולים פסיכולוגיים לשיפור מצבם הנפשי והפיזי של בני אדם. הבעיה אף איננה בשימוש באפקט הפלצבו, כשלעצמו, אף כי הצעות לשימוש שיטתי בו מעלות בעיות אתיות אחדות,³ אלא בשימוש בו לצורכי הונאה. אפקט הפלצבו מאפשר לנוכלים לטעון כי טיפוליהם ותרופותיהם הם שהועילו למטופל, כאשר לא כן הדבר. קל מאוד להונות אנשים תמימים שאינם מודעים לקיום אפקט זה, ולטעון שטיפול זה או אחר הוביל לריפוי. רק באמצעות ניסויים מבוקרים מקריים ניתן להראות שטיפול או תרופה אכן מועילים מעל ומעבר להשפעתם הפסיכולוגית הפוטנציאלית.

ההעדפה האישית לגבי סוגים של טיפול רפואי היא כמובן עניין פרטי, ולא תמיד היא נקבעת על סמך שיקולים רציונליים או שיקולים רציונליים בלבד; יש אף אנשים שאינם מתנגדים להונאה עצמית ביחס לטיפול רפואי. ניתן להתווכח אם טוב או רע להונות את עצמך או לקבל החלטה לא רציונלית, אך לא נעסוק בזה כאן. הבעיה שנעלה בהקשר זה נוגעת למחויבותה של החברה לאמונות פרטיות. נניח שאתה מאמין כי שהייה בחוף הים בסיני וצלילה בים סוף בחברת הדגה המופלאה שם היא הטיפול הנחוץ לשם ריפוי מחלת העור שתקפה אותך. האם אמונתך זו יכולה לשמש בסיס לחיוב קופת החולים לממן את שהייתך בסיני "לצרכים רפואיים"? האם עלי, כמשלמת מסים, לסייע למימון זה? ברור שיש צורך בקריטריונים אמינים לקביעת מידת היעילות של טיפולים רפואיים לצורך קביעת סולם עדיפויות בהקצאת משאבים ציבוריים. מסיבה זו גם נדרשות חברות התרופות, אשר יש להן אינטרס ברור בשיווק מרוכזותן, להוכיח כי החומרים שהן מציעות אכן מועילים, וזאת באמצעות מימון מחקרים מבוקרים המעידים על כך באופן מדעי, כפי שפורט לעיל. (כמו כן נדרשות החברות האלה להראות מה מידת הנזק העלול להיגרם מהשימוש בתרופותיהן, והערכת מידת הנזק נעשית אף היא דרך ניסויים מבוקרים מקריים.)

3 על השימוש באפקט הפלצבו למטרות ריפוי במסגרת הרפואה הקונוונציונלית, ועל השאלות המוסריות הכרוכות בכך, תוכל לעמוד באמצעות כתבתה של מרגרט טלבוט, שהתפרסמה בניו יורק טיימס ותורגמה גם לעברית (טלבוט, 2000).

הרפואה המדעית מפרסמת חדשות לבקרים הנחיות לביצוע מחקרים קליניים ולהערכת יעילותם של טיפולים רפואיים. הכללים שהיא מציעה מתאימים ונאותים, לדעת חסידיה, גם ביחס לרפואה האלטרנטיבית. בנספח 2 מובאת דוגמה לפרסומים כאלה.

שאלות

הערה: שאלות המסומנות בריבוע הן שאלות לדיון, והתשובות עליהן אינן מובאות כאן.

■ שאלה 1

דון בשאלה אם הרפואה המדעית מעודדת את הפרט להסיר מעל עצמו את האחריות האישית לבריאותו ולריפוי.

■ שאלה 2

מהן לדעתך הסיבות להתפשטות הרפואה האלטרנטיבית ברחבי העולם כיום? (המתעניין מופנה למאמר מאיר עיניים בנושא, המתייחס, בין השאר, לפוסט-מודרניזם ולרלטיוויזם תרבותי: (Sampson, 1998).

שאלה 3

מהי מטרת קבוצת הביקורת בבדיקה הנעשית להערכת יעילותו של טיפול רפואי?

שאלה 4

מהי הקצאה מקרית של נבדקים לקבוצות, ומה יתרונה?

שאלה 5

האם הרפואה החלופית מסתייעת בניסויים מבוקרים מקריים?

■ שאלה 6

כיצד אפשר לחקור באופן מדעי את הטענות האלה:

- א. מסביב לגוף האדם יש שדה אנרגיה שבו יכול לחוש המטפל בשיטת המגע המרפא או הרייקי.
- ב. בממש המשמש להכנת תרופות הומאופתיות נותרים עקבות זיכרון של חומרים גם כאשר מולקולות החומרים אינן נמצאות בו כבר, לאחר מיהולים רבים.
- ג. מנגנון הפעולה של הדיקור לשיכוך כאב הוא שחרור אַנדורפינים.

שאלה 7

האין תיאורי מקרים (case studies), המדוֹנְחִים ומתפרסמים בספרות הרפואית **המדעית**, בחזקת "עדויות אישיות", ולכן נעדרים כל ערך?

שאלה 8

האם תרופות ממקורות טבעיים עדיפות על תרופות המסונתזות במעבדה?

שאלה 9

כמה וכמה משיטות הרפואה החלופית נסמכות על ידע עתיק יומין, אשר הצליח לשרוד במשך אלפי שנים ולא פס מן העולם חרף התפתחותו של המדע המודרני. האין בהצלחה זו משום הוכחה לתקפותן של השיטות האלטרנטיביות האלה?

■ שאלה 10

מדוע לדעתך מציעות קופות החולים הציבוריות בישראל שירותי רפואה משלימה?

■ שאלה 11

קרא את המלצות הוועדה לבדיקת נושא הרפואה המשלימה בישראל, המובאות בנספח 1, וחווה דעתך על ההמלצות 1א, 1ה, 1ו, 2א, 2ב.

■ שאלה 12

מה צריך להיות מעמדה המדעי של שיטה משיטות הרפואה החלופית כדי שתפנה אליה לטיפול? אם פנייתך אינה תלויה במדעיות, מהם טעמך לשימוש בשיטה? אם פנייתך מותנית במדעיות השיטה, אילו תנאים צריכים להתמלא כדי שתשתכנע שהשיטה מדעית?

■ שאלה 13

שיטות חלופיות לא מעטות נזקקות למונח "אנרגיה" במסד התיאורטי שלהן, ומשתמשות בו באופנים שונים. קרא את הערך "אנרגיה" באנציקלופדיה העברית (או בכל מקור מתאים אחר), ונסה לעמוד על הקשר בין מושג האנרגיה בפיזיקה לבין המושג כפי שהוא עולה מן הרפואות החלופיות השונות. האם מדובר באותו מושג?

■ שאלה 14

קרא את מאמר המערכת מאת Angell and Cassirer, שהופיע בעיתון The New England Journal of Medicine (ראה ביבליוגרפיה). תוכל לקרוא אותו בספרייה רפואית או באתר האינטרנט <http://nejm.org> (עם הגיעך לאתר, בחר ב- search past issues, ובחיפוש הקלד: Alternative Medicine - The Risks).

א. מה, לדעת מחברי המאמר, מבדיל בין הרפואה המדעית לרפואה החלופית?
ב. מהי הביקורת המועלית במאמר כנגד המחקרים שנעשו במסגרת ה-NIH לבחינת רפואות חלופיות?

ג. במאמר המערכת נזכרים כמה מאמרים שהופיעו בכרך 339 (מספר 12) של העיתון, ובהם דיווחים על הסיכונים שבשימוש ברפואות אלטרנטיביות. תאר אחד מן הדיווחים האלה. (תוכל להגיע לתקצירי הדיווחים באמצעות לחיצה על References בסוף מאמר המערכת).

ד. לפי מאמר המערכת, האם ה-FDA מפקח על התרופות החלופיות המוצעות בארה"ב לציבור הרחב?

■ שאלה 15

עייין בפרסומת המובאת בעמוד הבא וציין כיצד היא מדגימה את האבסורד שהיה קיים עד לא מכבר בחוק הישראלי "פקודת הרופאים"⁴. (הפרסומת הופיעה, בין השאר, במקומון הירושלמי "כל העיר", ב-1.1.99).

■ שאלה 16

היכנס לאתר האינטרנט <http://www.drweil.com>, ותחת הכותרת Self Help בחר ב- Herbal Medicine Chest.

א. קרא את הסעיף Rules for Buying Herbs. האם הוא מזהיר כנגד הסיכונים הכרוכים בצמחי מרפא?

ב. חזור אל Herbal Medicine Chest. בחר בכל אחת מן התרופות המצוינות שם, ובדוק איזו אזהרה ניתנת לגבי כל אחת.

ג. האם אזהרות אלה מספקות לדעתך? נמק.

■ שאלה 17

התחבר נא לאתר האינטרנט של ה-NCAHF, המועצה הלאומית נגד הונאה ברפואה בארה"ב: <http://www.ncahf.org>. לחץ על position papers, אחר-כך לחץ על chiropractic, ולבסוף בחר ב-NCHAF's Description of a Scientific Chiropractor.

א. כיצד, לפי המועצה, פועל "כירופרקטור מדעי"?

ב. וכיצד אין הוא פועל?

4 יש לציין, שבמאי 2000 מותן האבסורד במקצת: הכנסת חוקקה חוק המתיר גם לרופאים לפרסם את עצמם.

איך היא מצליחה? במקום שהרפואה המערבית נכשלת

שיטת ד"ר רפפורט - שילוב ייחודי של השכלה רפואית מלאה (M.D.) עם עוצמת אנרגיה אדירה ורפואה סינית.
מיפוי אנרגטי לאבחון מדוייק להפליא ללא מגע-יד! הצלחה מדהימה, תוצאות מצוינות ועזרה כמעט בכל בעיה רפואית!!!
עזרה ראשונה למקרים דחופים. אלפי מטופלים, בארץ ובעולם חייבים לד"ר רפפורט את בריאותם.



בשורת טובות לסובלים מ- פסוריאזיס
98% הצלחה
שיטת טיפול חדשנית פיתוח משותף של ד"ר רפואה וד"ר לוקחות משיגה תוצאות מדהימות: סידרת טיפולים קצרה והסימפטום למחלה נעלם!!!
הטיפולים בשיטה החדשנית ניתנים אך ורק במכון **אנרגיה חיובית** יש לקבוע תור מראש!
בני ברק • ירושלים • חיפה
1800-350-777



יד הפלא של ד"ר רפפורט מעבירות אנרגיה חיובית למטופל

איך היא עושה זאת?
ד"ר רפפורט ניחנה בכוחות אנרגיה מופלאים איתם היא מעבירה מסכות ידה אל גוף המטופל ומעוררת בנוטו תהליך של שיקום וריפוי. בעזרת כוחות האנרגיה המיוחדים שלה, ד"ר רפפורט מבצעת מיפוי אנרגטי מדוייק, **ללא מגע גופני**, לצורך אבחון מדוייק ומדוייק של הבעיה ממנה סובל המטופל. לאחר מכן היא קובעת את דרך הטיפול, מספר הטיפולים הנדרש, משך הזמן לטיפול וסביבי ההחלמה.
במקרה שד"ר רפפורט רואה באבחנה הראשונה כי אינה יכולה לעזור למטופל, היא מפנה אותו לאוטוריטה שתוכל לעזור לו או בחורה לרפואה הקונבנציונאלית. במקרה כזה ישלם המטופל עבור יעוץ בלבד.

ד"ר רפפורט - תוצאות מדהימות
טיפולים באנרגיה חיובית בשילוב עם שיטות רפואה סינית, לפי שיטתה של ד"ר רפפורט משיגים תוצאות מדהימות בשיפור מצבם של סובלים מ**מאבים כלליים, דיסקוס וכאבי גב שונים, בעיות אורטופדיות, לאחר תאונה או לאחר ארוע מוחי, מיגרנות וכאבי ראש כרוניים, אולקוס ובעיות קיבה, בעיות לב ולחץ דם, תפקוד כליות, סכרת, בעיות ראייה, שמיעה, מנגוס, דיכאון, היפר-אקטיביות, אסטמה, מריון וחיוזק האן.**
שיטת ד"ר רפפורט מסייעת גם במקרים של פצאיוליס, שיתוק חלקי, מרקניסון וסוגי סרטן שונים.
לד"ר רפפורט השכלה רפואית מלאה, ברפואה טבעית ובשיטות רפואה סינית ונסיון עצום. כל אלה ביחד עם עוצמת האנרגיה החיובית האדירה שלה מביאים לאחוזי הצלחה גבוהים מאד בטיפולים ואנשים רבים אשר עמדו לפני ניתוח או שגאשו מכל הניתוח שניסו עד שהגיעו אליה - חייבים לד"ר רפפורט את בריאותם ואת איכות החיים החדשה שלהם.

לקטי סיפורי מטופלים שחזרו לחיים סדירים

● הניתוח בוטל! הרפואים נדהמים מן השיפור...
י.ר. (שם מלא שמור בקליניקה), מירושלים, הגיעה עם דרומטיה גדולה בעמוד השדרה (סקוליוזיס) ושינויים בחיבורי האגן (קוקסארטרזיס) כשהיא עומדת לפני ניתוח השתלת מרקום מסובך ודרך רימי ארוכה אחרי, היו לה כאבים נוראים והתקשה בחליטה. לאחר סידרה של 10 טיפולים נרגעו הכאבים במקצת ולאחר סידרת טיפולים נוספת, הכאבים הלמו לחלוטין. י.ר. חזרה לרופא לבדיקה חוזרת ובעקבות צילום חוזר, הרפואים נדהמו מן השיפור והניתוח בוטל.

● הנידול במעי הגס נעלם - ואין צורך עוד בנייתוח
ש.א. (שם מלא שמור בקליניקה) הגיע לד"ר רפפורט לאחר שאובחן אצלו נידול במעי הגס ועמד לפני ניתוח. לאחר 16 טיפולים, הנידול נעלם ואין צורך בנייתוח.
● הילד נרגע
א.ש. (שם מלא שמור בקליניקה), ילד חיר-אקטיבי בעל טמפרמנט ויצר הרס סביבו, הביק לאחיו ולכל הסביבה. המשמחה התיאשה ועמדה להחדיקו מהבית. לאחר 13 טיפולים אצל ד"ר רפפורט, הילד נרגע ומתפקד ככל ילד נורמלי.

לקביעת תור נא לפנות בימים א'-ה', בשעות: 09:30-18:00 (יום ו' סגור)
אנרגיה חיובית
טל. 03-5783688

ד"ר רפפורט בירושלים
נת' קרית משה 7 * כניסה נפרדת
ד"ר רפפורט תקבל מטופלים חושבי ירושלים והסביבה בכל יום ראשון ורביעי משעה 10:00 בבוקר

תשובות

תשובה 3

המטרה של קבוצת הביקורת היא לוודא שהשפעת הטיפול נגרמת באופן חד-משמעי אך ורק מן הטיפול עצמו (שהוא המשתנה הבלתי-תלוי כאן), ולא ממשתנים אחרים. בלא קבוצת הביקורת אי אפשר לדעת בביטחון איך היו מגיבים הנבדקים אילו לא נחשפו לטיפול, ולכן אי אפשר להעריך בבירור את השפעתו של הטיפול.

אגב, אחת המשימות הקשות העומדות בפני מתכנן הבדיקה היא לדאוג שקבוצות הניסוי והביקורת יהיו דומות במשתנים רבים ככל האפשר לפני הפעלת הטיפול. שוויון זה צריך להישמר לכל אורך הבדיקה (להוציא כמובן את השפעת המשתנה הבלתי-תלוי, הטיפול עצמו). למשל, רצוי שהמשתתפים בשתי הקבוצות יהיו בני גילים דומים (שכן הטיפול עשוי לפעול באופן שונה על צעירים ומבוגרים), בני אותו מין ועוד.

תשובה 4

הקצאה מקרית של נבדקים לקבוצות משמעה, שלכל המשתתפים בניסוי או בבדיקה יש אותם הסיכויים להיכלל בכל אחת מן הקבוצות. יתרונה במניעת טעויות שיטתיות העלולות לנבוע מהבדלים בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת.

תשובה 5

רוב רובם של המטפלים בשיטות השונות של הרפואה החלופית אינם מסתייעים בניסויים מבוקרים מקריים. יתר על כן, רבים מהם מתנגדים לעריכת ניסויים כאלה, ועובדה זו היא החושפת אותם להתקפות מצד רופאים ומדענים, הטוענים שההתנגדות לביצוע בדיקות מבוקרות נובעת מחששם של המטפלים החלופיים, שבבדיקות אלה יתגלה שיעילות טיפוליהם אינה חורגת מאפקט הפלצבו.

תשובה 7

עדויות אישיות אינן חסרות כל ערך: הן יכולות לשמש כנקודת מוצא לבדיקה מעמיקה של תופעות שהתגלו או נצפו במקורן במקרים בודדים, והן יכולות לעורר השערות הניתנות לבדיקה מדעית. דברים אלה נכונים בעיקרון הן לגבי תיאורי מקרים מפי רופאים והן לגבי דיווחים אנקדוטליים מחסידי הרפואה החלופית. ואולם, לעדויות האישיות האלה אין מעמד מדעי, כלומר אין להן, כשלעצמן, תוקף או מהימנות. כדי לעבור מן המעמד הסיפורי הלא מדעי למעמד המדעי, יש לנסח השערה (שההשראה לה אפשר שבאה מן הסיפור או התצפית) הניתנת לבדיקה, ולבחון אותה באמצעות ניסויים מבוקרים מקריים.

תשובה 8

המולקולות אינן "יודעות" כיצד הופקו, וגם הגוף אינו יודע אם, בשמשן כתרופות, הופקו המולקולות ממקורות טבעיים או סונתזו באופן מלאכותי במעבדה. החומר הפעיל שבתרופה - בין

אם מקורו בטבע ובין אם הוא מעשה ידי אדם - הוא המשפיע על הגוף. בתכשיר המלאכותי ידועים בדיוק רב כל מרכיבי התרופה וכמויותיהם, בעוד שבתרופות שהן צמחי מרפא מידע זה אינו זמין, ויתר על כן, הוא עשוי להשתנות מדגימה לדגימה. הנטייה של אנשים רבים להעדיף תרופות ומזונות "טבעיים" על פני תכשירים "מלאכותיים" נובעת, בין השאר, מן החשש ש"חומרים מלאכותיים" המסונתזים או מבודדים במעבדה מכילים גם חומרי לוואי העלולים להזיק לבריאות. בהקשר זה יש לציין, שגם חומרי טבע הנאכלים או נבלעים כתרופות עשויים להכיל חומרי לוואי רעילים או מזיקים. בתהליך ההכנה של תרופות מלאכותיות אכן אפשר שיחדרו לתכשיר חומרי לוואי, אך במקרה זה - בניגוד לתרופות הטבעיות - קיים לפחות הביטחון שהתכשיר נבדק ונבחן בטרם אושר לשימוש, ותופעות הלוואי העלולות להיגרם ממנו ידועות מראש. לכן יש היגיון בהחלטה, למשל, שלא לבלוע תרופה מלאכותית המכילה גם מצע הידוע כחומר אלרגני לאנשים מסוימים. יש אף היגיון בהימנעות מאכילת מזון הספוג חומרי שימור וצבע החשודים כמסרטנים (ארצות אחדות עדיין אינן אוסרות את השיווק של מזונות המכילים חומרים מעין אלה). ואולם, יש לזכור כי התכשירים המשווקים כ"טבעיים" מכילים בדרך כלל עשרות או אף מאות מרכיבים, והעובדה שהם "טבעיים" איננה ערובה להעדר סיכון כלשהו בנטילתם.

תשובה 9

ההיסטוריה מעידה כי הטענה בדבר הישרדות ידע עתיק יומין כהוכחה לתקפותו היא כוזבת. כך, לדוגמה, שלטה ברפואה המערבית במשך שנים ארוכות, עד לתקופת הרנסנס ולהופעת הרפואה המדעית המודרנית, תורת הליחות או התיאוריה ההומורלית (Humoral theory). לפי תורה זו, הגוף מכיל ארבעה נוזלים או ליחות או מרות: דם, מרה לבנה (phlegm), מרה ירוקה או צהובה (yellow bile; green bile) ומרה שחורה (black bile), וכאשר מופר האיזון בין נוזלים אלה נגרמות מחלות. הרופאים במערב נהגו לאבחן את מטופליהם על-פי הליחות, וטיפולייהם הרפואיים כללו הקזת דם, כוסות רוח וכדומה; הכישלון המוחלט של טיפולים אלה לא ערער את שגשוגם במהלך שנים רבות. הסיבה היחידה שתורת הליחות פסה מן העולם היא, שהפרקטיקנים במערב המירו את המטפיזיקה שלהם ברפואה המבוססת על השיטה המדעית. האירון־ודה והרפואה הסינית המסורתית, לעומת זה, מוסיפות להתקיים, כי באופן היסטורי, הפרקטיקנים שלהן מעולם לא ביצעו את הקפיצה ממטפיזיקה למדע. (מעניין הדבר, שאיש לא יטיף היום לשיבה אל התיאוריה ההומורלית ולשיטותיה, בעוד שהקריאה לדבוק ברפואה הסינית המסורתית, למשל, זוכה להיענות גם בקרב חלקים לא מבוטלים מהציבור במערב.)

ביבליוגרפיה לפי נושאים

הערה: מאמרים וספרים ברשימה זו, שאינם מקובלים על הממסד המדעי (או שהם שנויים במחלוקת), מסומנים בכוכבית.

מקורות ביקורתיים כללים על רפואה אלטרנטיבית

כתב עת היוצא לאור פעמיים בשנה ומוקדש כולו לבדיקה מדעית של הרפואה החלופית הוא:
The Scientific Review of Alternative Medicine (Prometheus Books)
הנקרא בקיצור SRAM.

כתב עת נוסף המרבה לפרסם מאמרים לבחינה מדעית של הרפואה האלטרנטיבית הוא:
The Skeptical Inquirer

ספרות כללית על רפואה אלטרנטיבית

Park, R. L. (1997). "Alternative medicine and the laws of physics". *Skeptical Inquirer* **21**, 24-28.

Raso, J. (1994). "*Alternative*" *Healthcare: A Comprehensive Guide* (Prometheus Books, Amherst, N.Y.).

ספרות כללית על שכיחות הרפואה האלטרנטיבית, מעמדה המשפטי ומעמדה בחינוך האוניברסיטאי

Angell, M. and Kassirer, J.P. (1998). "Alternative medicine - the risks of untested and unregulated remedies". *New England Journal of Medicine* **339**, 839-841.

Cooper, R.A. and Stoflet, S.J. (1996). "Trends in the education and practice of alternative medicine clinicians". *Health Affairs* **15**, 226-238.

Eisenberg, D.M. et al. (1993). "Unconventional medicine in the United States - prevalence, costs, and patterns of use". *New England Journal of Medicine* **328**, 246-252.

Eisenberg, D.M. et al. (1998). "Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: Results of a follow-up national survey". *Journal of the American Medical Association* **280**, 1569-1575.

Fisher, P. and Ward, A. (1994). "Complementary medicine in Europe". *British Medical Journal* **309**, 107-111.

Pelletier K.R. et al. (1997). "Current trends in the integration and reimbursement of complementary and alternative medicine by managed care, insurance carriers, and hospital providers". *American Journal of Health Promotion* **12**, 112-122.

Spiegel, D., Stroud, P. and Fyfe, A. (1998). "Complementary Medicine". *Western Journal of Medicine* **168**, 241-24.

Stokstad, E. (2000). "Stephen Straus's impossible job". *Science* **288**, 1568-1570.

אפקט הפלצבו והשפעות פסיכולוגיות

טלבוט, מ' (2000). "60 מיליגרם אוויר". *מוסף הארץ* (10.3.2000), עמ' 62-68. (הכתבה המקורית: Talbot, M. (2000). "The placebo prescription". *New York Times* (January 30, 2000).

Hartwick, J. J. (1996). *Placebo Effects in Health and Disease: Index of New Information with Authors, Subjects and References* (ABBE Publications Association, Washington D.C.).

Shapiro, A. K. and Shapiro, E. (1997). *The Power of Placebo: From Ancient Priest to Modern Physician* (John Hopkins University Press, Baltimore, MD).

Sternberg, E. M. and Gold, P. W. (1997). "The mind-body interaction in disease". In *Mysteries of the Mind* (Scientific American Special Issue), pp. 8-15.

White, L., Tursky, B. and Schwartz, G. (1985). *Placebo: Theory, Research and Mechanisms* (Guilford Press, New York).

אקופונקטורה

Cho, Z. H. et al. (1998). "New findings of the correlation between acupoints and corresponding brain cortices using functional MRI". *Proceedings of the National Academy of Science USA* **95**, 2670-2673.

- National Council Against Health Fraud (Sampson, W. ed.) (1991). "Acupuncture: The position paper of the NCAHF". *Clinical Journal of Pain* **7**, 162-166.
- Norheim, J.A. and Fennebe, V. (1995). "Adverse effects of acupuncture". *Lancet* **345**, 1576.
- Richardson, P.H. and Vincent, C.A. (1986). "The evaluation of therapeutic acupuncture: Concepts and methods". *Pain* **24**, 1-13.
- Ter Riet, G., Kleijnen, J. and Knipschild, P. (1990). "Acupuncture and chronic pain: A criteria-based meta-analysis". *Journal of Clinical Epidemiology* **43**, 1191-1199.
- הומאופתיה**
- *Aefssa, J., Jurgens, P., Hsueh, W. and Benveniste, J. (1997). "Transatlantic transfer of digitized antigen signal by telephone link". Abstract in Congress of the American Association of Immunologists (February).
- Benveniste, J. (1988). "Benveniste on the Nature investigation". *Science* **241**, 1028.
- Benveniste, J. (1988). "Benveniste on the Benveniste affair". *Nature* **335**, 759.
- Benveniste, J. (1998). "Meta-analysis of homeopathy trials". *Lancet* **351**, 367.
- Commission of the European Communities (December 1996). "Homeopathic Medicine Research Group Report".
- Davenas, E. et al. (1988). "Human basophil degranulation triggered by very dilute antiserum against IgE". *Nature* **333**, 816-818.
- Hirst, S.J. et al. (1993). "Human basophil degranulation is not triggered by very dilute antiserum against human IgE". *Nature* **366**, 525-527.
- *Jonas, W.B. and Jacobs, J. (1996). *Healing With Homeopathy* (Warner Books, New York).
- Kleijnen, J., Knipschild, P. and ter Riet, G. (1991). "Clinical trials of homeopathy". *British Medical Journal* **302**, 316-323.

- Linde, K. et al. (1997). "Are the clinical effects of homeopathy placebo effects?" *Lancet* **350**, 834-843.
- Maddox, J. (1988). "Waves caused by extreme dilution". *Nature* **335**, 760-763.
- Maddox, J. (1988). "When to believe the unbelievable". *Nature* **333**, 787.
- Maddox, J., Randi, J. and Stewart, W.W. (1988). "'High-dilution' experiments a delusion". *Nature* **334**, 287-291.
- Park, R. L. (1997). "Alternative medicine and the laws of physics". *Skeptical Inquirer* **21**, 24-28.
- Poitevin, B., Davenas, E. and Benveniste, J. (1988). "In vitro immunological degranulation of human basophils is modulated by lung histamine and *Apis mellifica*". *British Journal of Clinical Pharmacology* **25**, 439-444.
- Reilly, D. et al. (1994). "Is evidence for homeopathy reproducible?". *Lancet* **344**, 1601-1606.
- *Ullman, D. (1991). *Discovering Homeopathy: Medicine for the 21-st Century* (North Atlantic Books, Berkeley, CA).
- Ullman, D. (1998). "Letter on homeopathy". *Scientific Review of Alternative Medicine* **2**, 14-16.
- Vandenbroucke, J.P. (1997). "Homeopathy trials: Going nowhere". *Lancet* **350**, 824.
- Wagner, M.W. (1997). "Is homeopathy 'New Science' or 'New Age'?" *Scientific Review of Alternative Medicine* **1**, 7-12.
- Wagner, M.W. (1998). "Reply to letter on homeopathy" *Scientific Review of Alternative Medicine* **2**, 16-20.
- Wise, J. (1997). "Health authority stops buying homeopathy". *British Medical Journal* **314**, 1574.

כירופרקטיקה

Balon, J. et al. (1998). "A comparison of active and simulated chiropractic manipulation as adjunctive treatment for childhood Asthma". *New England Journal of Medicine* **339**, 1013-1020.

Brennan, P.C. et al. (1997). "Basic science research in chiropractic: State-of-the-art and recommendations for research agenda". *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* **20**, 150-168.

Cherkin, D. C. et al. (1998). "A comparison of physical therapy, chiropractic manipulation, and provision of an educational booklet for the treatment of patients with low back pain". *New England Journal of Medicine* **339**, 1021-1029.

Christensen, M. and Morgan, D. (eds.) (1993). "Job Analysis of Chiropractic: A Project Report, Survey Analysis and Summary of Practice of Chiropractic in the United States". (National Board of Chiropractic Examiners, Greeley, CO).

Cooper, R. A. and Stoflet, S. J. (1996). "Trends in the education and practice of alternative medicine clinicians". *Health Affairs* **15**, 226-238.

De Robertis, M. M. (1998). "Chiropractic goes to university". *Scientific Review of Alternative Medicine* **2**, 49-5.

Eisenberg, D.M. et al. (1993). "Unconventional medicine in the United States - prevalence, costs, and patterns of use". *New England Journal of Medicine* **328**, 246-252.

Haldeman, S., Chapman-Smith, D. and Petersen, D. (eds.) (1993). *Guidelines for Chiropractic Quality Assurance and Practice Parameters* (Aspen Publishers, Gaithersburg, MD).

Koes, B. W. al. (1996). "Spinal manipulation for low back pain: An updated systematic review of randomized clinical trials". *Spine* **21**, 2860-2871.

Lomax, E. (1997). Manipulative therapy: an historical perspective, in: Buerger, A. A. and Tobis, J. S. (eds.). *Approaches to the Validation of Manipulation Therapy* (Charles C. Thomas, Springfield, IL).

National Technical Information Service Report (1997). *Chiropractic in the United States: Training, Practice and Research*.

Schaefer, R.C., (ed.), (1984). *Basic Chiropractic Procedural Manual, 4-th edition* (American Chiropractic Association, Arlington, VA).

Shekelle, P. G. (1998). "What role for chiropractic in health care?" *New England Journal of Medicine* **339**, 1074-1075.

מגע מרפא

Glickman, R. and Gracely, E.J. (1998). "Therapeutic touch: Investigation of a practitioner". *Scientific Review of Alternative Medicine* **2**, 43-47.

*Krieger, D. (1997). *Therapeutic Touch Inner Workbook* (NM: Bear & Co. Inc., Santa Fe).

Rosa, L.R. et al. (1998). "A close look at therapeutic touch". *Journal of the American Medical Association* **279**, 1005-1010.

Scheiber, B. (1997). "Therapeutic touch: evaluating the 'growing body of evidence' claim". *Scientific Review of Alternative Medicine* **1**, 13-15.

נטורופתיה

Beyerstein, B. L. and Downie, S. (1998). "Naturopathy". *Scientific Review of Alternative Medicine* **2**, 20-28.

רייקי

*Rand, W. (1991). *Reiki, the Healing Touch* (Vision Publications, Southfield, MI).
הספר תורגם לעברית: ויליאם לי ראנד, רייקי, המגע המרפא (הוצאת אור-עם, תשנ"ד).

*Veltheim, J. V. and Veltheim, E. V. (1995). *Reiki, the Science, Metaphysics and Philosophy* (Parama, VA).

*Wetzel, W. (1989). "Reiki healing: a physiologic perspective". *Journal of Holistic Nursing* **7**, 47-54.

רפואת צמחים

סוורדלו, ג' לי וג'ונסון, ל' (צילום) (2000). "תרופות מן הטבע". כתב עת רשמי של חברת נשיונל גיאוגרפיק (אפריל 2000), גיליון 23 עמ' 100-123.

פלביץ', ד' ויניב, ז' (1991). צמחי המרפא של ארץ-ישראל (תמוז-מודן, תל-אביב).

Brody, J. E. (1998). "Alternative medicine makes inroads, but watch out for curves". *New York Times*, April 28, F7.

Novella, S. (1997). "Herbal mythology". *The Connecticut Skeptic* 2, # 4.

ביבליוגרפיה בסדר אלפביתי

טלבוט, מ' (2000). "60 מיליגרם אוויר". מוסף הארץ (10.3.2000), עמ', 62-68. (הכתבה המקורית: Talbot, M. (2000). "The placebo prescription". *New York Times* (January 30, 2000).

סוורדלו, ג' לי וג'ונסון, ל' (צילום) (2000). "תרופות מן הטבע". כתב עת רשמי של חברת נשיונל גיאוגרפיק (אפריל 2000), גיליון 23 עמ' 100-123.

פלביץ', ד' ויניב, ז' (1991). צמחי המרפא של ארץ-ישראל (תמוז-מודן, תל-אביב).

*Aefssa, J., Jurgens, P., Hsueh, W. and Benveniste, J. (1997). "Transatlantic transfer of digitized antigen signal by telephone link". Abstract in *Congress of the American Association of Immunologists* (February).

Angell, M. and Kassirer, J.P. (1998). "Alternative medicine - the risks of untested and unregulated remedies". *New England Journal of Medicine* 339, 839-841.

Balon, J. et al. (1998). "A comparison of active and simulated chiropractic manipulation as adjunctive treatment for childhood Asthma". *New England Journal of Medicine* 339, 1013-1020.

Benveniste, J. (1988). "Benveniste on the Nature investigation". *Science* 241,1028.

Benveniste, J. (1988). "Benveniste on the Benveniste affair". *Nature* 335, 759.

- Benveniste, J. (1998). "Meta-analysis of homeopathy trials. *Lancet* **351**, 367.
- Beyerstein, B. L. and Downie, S. (1998). "Naturopathy". *Scientific Review of Alternative Medicine* **2**, 20-28.
- Brennan, P.C. et al. (1997). "Basic science research in chiropractic: State-of-the-art and recommendations for research agenda". *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* **20**, 150-168.
- Brody, J. E. (1998). "Alternative medicine makes inroads, but watch out for curves". *New York Times*, April 28, F7.
- Cherkin, D. C. et al. (1998). "A comparison of physical therapy, chiropractic manipulation, and provision of an educational booklet for the treatment of patients with low back pain". *New England Journal of Medicine* **339**, 1021-1029.
- Cho, Z. H. et al. (1998). "New findings of the correlation between acupoints and corresponding brain cortices using functional MRI". *Proceedings of the National Academy of Science USA* **95**, 2670-2673.
- Christensen, M. and Morgan, D. (eds.) (1993). "Job Analysis of Chiropractic: A Project Report, Survey Analysis and Summary of Practice of Chiropractic in the United States". (National Board of Chiropractic Examiners, Greeley, CO).
- Commission of the European Communities (December 1996). "Homeopathic Medicine Research Group Report".
- Cooper, R. A. and Stoflet, S. J. (1996). "Trends in the education and practice of alternative medicine clinicians". *Health Affairs* **15**, 226-238.
- Davenas, E. et al. (1988). "Human basophil degranulation triggered by very dilute antiserum against IgE". *Nature* **333**, 816-818.
- De Robertis, M. M. (1998). "Chiropractic goes to university". *Scientific Review of Alternative Medicine* **2**, 49-5.

- Eisenberg, D.M. et al. (1993). "Unconventional medicine in the United States - prevalence, costs, and patterns of use". *New England Journal of Medicine* **328**, 246-252.
- Eisenberg, D.M. et al. (1998). "Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: Results of a follow-up national survey". *Journal of the American Medical Association* **280**, 1569-1575.
- Fisher, P. and Ward, A. (1994). "Complementary medicine in Europe". *British Medical Journal* **309**, 107-111.
- Glickman, R. and Gracely, E.J. (1998). "Therapeutic touch: Investigation of a practitioner". *Scientific Review of Alternative Medicine* **2**, 43-47.
- Haldeman, S., Chapman-Smith, D. and Petersen, D. (eds.) (1993). *Guidelines for Chiropractic Quality Assurance and Practice Parameters* (Aspen Publishers, Gaithersburg, MD).
- Hartwick, J. J. (1996). *Placebo Effects in Health and Disease: Index of New Information with Authors, Subjects and References* (ABBE Publications Association, Washington D.C.).
- Hirst, S.J. et al. (1993). "Human basophil degranulation is not triggered by very dilute antiserum against human IgE". *Nature* **366**, 525-527.
- *Jonas, W.B. and Jacobs, J. (1996). *Healing With Homeopathy* (Warner Books, New York).
- Kleijnen, J., Knipschild, P. and ter Riet, G. (1991). "Clinical trials of homeopathy". *British Medical Journal* **302**, 316-323.
- Koes, B. W. et al. (1996). "Spinal manipulation for low back pain. An updated systematic review of randomized clinical trials". *Spine* **21**, 2860-2871.
- *Krieger, D. (1997). *Therapeutic Touch Inner Workbook* (NM: Bear & Co. Inc., Santa Fe).
- Linde, K. et al., (1997). "Are the clinical effects of homeopathy placebo effects?" *Lancet* **350**, 834-843.

- Lomax, E. (1997). Manipulative therapy: An historical perspective, in: Buerger, A. A. and Tobis, J. S. (eds.). *Approaches to the Validation of Manipulation Therapy* (Charles C. Thomas, Springfield, IL).
- Maddox, J. (1988). "Waves caused by extreme dilution". *Nature* **335**, 760-763.
- Maddox, J. (1988). "When to believe the unbelievable". *Nature* **333**, 787.
- Maddox, J., Randi, J. and Stewart, W.W. (1988). "'High-dilution' experiments a delusion". *Nature* **334**, 287-291.
- National Council Against Health Fraud (Sampson, W. ed.) (1991). "Acupuncture: the position paper of the NCAHF". *Clinical Journal of Pain* **7**, 162-166.
- National Technical Information Service Report (1997). *Chiropractic in the United States: Training, Practice and Research*.
- Norheim, J.A. and Fennebe, V. (1995). "Adverse effects of acupuncture". *Lancet* **345**, 1576.
- Novella, S. (1997). "Herbal mythology". *The Connecticut Skeptic* **2**, # 4.
- Park, R. L. (1997). "Alternative medicine and the laws of physics". *Skeptical Inquirer* **21**, 24-28.
- Pelletier K.R. et al. (1997). "Current trends in the integration and reimbursement of complementary and alternative medicine by managed care, insurance carriers, and hospital providers". *American Journal of Health Promotion* **12**, 112-122.
- Poitevin, B., Davenas, E. and Benveniste, J. (1988). "In vitro immunological degranulation of human basophils is modulated by lung histamine and *Apis mellifica*". *British Journal of Clinical Pharmacology* **25**, 439-444.
- *Rand, W. (1991). *Reiki, the Healing Touch* (Vision Publications, Southfield, MI).
הספר תורגם לעברית: ויליאם לי ראנד, רייקי המגע המרפא (הוצאת אור-עם, תשנ"ד).
- Raso, J. (1994). *"Alternative" Hea: A Comprehensive Guide* (Prometheus Books, Amherst, N.Y.).

- Reilly, D. et al. (1994). "Is evidence for homeopathy reproducible". *Lancet* **344**, 1601-1606.
- Richardson, P.H. and Vincent, C.A. (1986). "The evaluation of therapeutic acupuncture: concepts and methods". *Pain* **24**, 1-13.
- Rosa, L.R. et al. (1998). "A close look at therapeutic touch". *Journal of the American Medical Association* **279**, 1005-1010.
- Sampson, W. (1998). The braid of the 'alternative medicine' movement, *SRAM* **2**, 4-11.
- Shapiro, A. K. and Shapiro, E. (1997). *The Power of Placebo: From Ancient Priest to Modern Physician* (John Hopkins University Press, Baltimore, MD).
- Schaefer, R.C., (ed.), (1984). *Basic Chiropractic Procedural Manual, 4-th edition* (American Chiropractic Association, Arlington, VA).
- Scheiber, B. (1997). "Therapeutic touch: evaluating the 'growing body of evidence' claim". *Scientific Review of Alternative Medicine* **1**, 13-15.
- Shekelle, P. G. (1998). "What role for chiropractic in health care?" *New England Journal of Medicine* **339**, 1074-1075.
- Spiegel, D., Stroud, P. and Fyfe, A. (1998). "Complementary Medicine". *Western Journal of Medicine* **168**, 241-24
- Sternberg, E. M. and Gold, P. W. (1997). "The mind-body interaction in disease". In *Mysteries of the Mind* (Scientific American Special Issue), pp. 8-15.
- Stokstad, E. (2000). "Stephen Straus's impossible job". *Science* **288**, 1568-1570.
- Ter Riet, G., Kleijnen, J. and Knipschild, P. (1990). "Acupuncture and chronic pain: a criteria-based meta-analysis". *Journal of Clinical Epidemiology* **43**, 1191-1199.
- *Ullman, D. (1991). *Discovering Homeopathy: Medicine for the 21-st Century* (North Atlantic Books, Berkeley, CA).
- Ullman, D. (1998). "Letter on homeopathy". *Scientific Review of Alternative Medicine* **2**, 14-16.

Vandenbroucke, J.P. (1997). "Homeopathy trials: Going nowhere". *Lancet* **350**, 824.

*Veltheim, J. V. and Veltheim, E. V. (1995). *Reiki, the Science, Metaphysics and Philosophy* (Parama, VA).

Wagner, M.W. (1997). "Is homeopathy 'New Science' or 'New Age'?" *Scientific Review of Alternative Medicine* **1**, 7-12.

Wagner, M.W. (1998). "Reply to letter on homeopathy" *Scientific Review of Alternative Medicine* **2**, 16-20.

*Wetzel, W. (1989). "Reiki healing: A physiologic perspective". *Journal of Holistic Nursing* **7**, 47-54.

White, L., Tursky, B. and Schwartz, G. (1985). *Placebo: Theory, Research and Mechanisms* (Guilford Press, New York).

Wise, J. (1997). "Health authority stops buying homeopathy". *British Medical Journal* **314**, 1574.

נספח 1

המלצות מתוך "דין וחשבון הוועדה לבדיקת נושא הרפואה המשלימה בישראל" (סעיף ז, ספטמבר 1991).

1. נורמליזציה של המצב הקיים

א. כלל גדול בישראל הוא עקרון החירות האישית של כל הנברא בצלם. מכוחו של עיקרון זה, זכות יסוד בידי כל אדם לבחור ולהחליט בידי מי מפקיד הוא את הטיפול הרפואי שהוא זקוק לו. עקרון יסוד אחר בחברתנו הוא הדאגה לשלום הציבור וטובתו, ומכוח עיקרון זה מוסדרים שירותי הרופא והרפואה באופן שלא יהא בהם כדי להוות סכנה ונזק לבריאותו של אדם. הדרך הנכונה והרצויה היא מציאת האיזון שבין שני עקרונות יסוד אלה. איזון זה מחייב את הקביעה דלהלן, על שני חלקיה: מצד אחד - מתן טיפולים רפואיים מסוימים שלגביהם קיים חשש של גרימת נזק למטופל, מותר יהיה לרופאים מוסמכים בלבד; ומצד שני - טיפולים בתחום הרפואה המשלימה, הניתנים למי שמבקש להיזקק להם מרצונו החופשי, ואשר אינם מסיבים נזק, מותרים הם ואין בהם משום עברה על החוק.

כמו כן, אין לאסור את העיסוק במקצוע מבוקש ופעיל כרפואה המשלימה, ובלבד שישמר שלום הציבור מפני הסבת נזק אפשרי. חופש העיסוק של האדם, בסייגים האמורים, אף הוא עקרון יסוד הוא בחברתנו.

על כן יש לשנות את החוק הקיים בדבר הרישוי לעסוק ברפואה, שיהיה תואם את העקרונות האמורים. כך מקובל ברוב מדינות התרבות בימינו, וכך מן הראוי שנהג אף אנו בישראל.

ב. בעקבות הדברים האמורים, יש להגדיר בחוק, בד בבד עם שינוי החוק כאמור, את העיסוקים והפעולות המותרים לרופאים **בלבד**. דרך משל, ניתוחים, טיפולים פולשניים שיש עמם סיכון, שימוש באמצעים אבחנתיים מוגדרים (רנטגן, על-קול, תהודה מגנטית, רדיואיזוטופים), קביעת אבחנה רפואית, רישום תרופות החייבות במרשם, אישורי מחלה או נכות; וכן טיפול בחולי נפש.

ג. מתוך דאגה מיוחדת לשלומם של קטינים אנו ממליצים שטיפול בהם ברפואה משלימה יינתן רק לאחר בדיקה קודמת של רופא מוסמך או הפניה על ידו. מובן, ואין צריך לומר, שלמתן הטיפול דרושה הסכמת ההורים או האפוטרופסים. לדעתנו, קטינים לעניין המלצתנו זו הם ילדים שטרם מלאו להם 14 שנה.

ד. כל מרפא שאינו רופא, והוא בעל תואר דוקטור שלא ברפואה קונוונציונלית, לא יורשה להשתמש בתואר דוקטור אלא אם יציין את סוג התואר, באותיות ברורות, לאחר שמו (Ph.D), וכיוצא בזה); זאת כדי להסיר ספק באשר לקשר שבין תואר דוקטור כאמור לבין תואר דוקטור של רופא מוסמך. כן לא יורשה להשתמש בתואר אחר העלול להטעות את הציבור (כגון N. D), אלא באופן שיובהר כי אין הוא בעל תואר ד"ר ברפואה.

ה. קשה מאוד להגיע להסכמה באשר לאמות המידה שיאפשרו ויצדיקו רישוי בענפים השונים של הרפואה המשלימה. ישנם גם פערים גדולים מאוד בין המקצועות השונים ברפואה המשלימה מבחינת ההשכלה והידע הנדרשים לגבי כל אחד מהם מבחינת הניסיון שהצטבר עד כה בכל אחד ממקצועות אלה ומבחינת היקף השימוש בהם. הוועדה סבורה שלא ניתן להכיר, לפי שעה, ביעילות הטיפול בשיטות אלה, ואין התנאים בשלים להגדרת הדרישות לשם הכרה ורישוי בכל אחד ממקצועות הרפואה המשלימה.

לפיכך אין להטיל על משרד הבריאות להכיר במקצועות אלה ולפקח על רישוים. על משרד הבריאות להתרכז בהגנה על הציבור מפני אפשרות גרימת נזקים והטעה בשל השימוש ברפואה המשלימה. את העיסוק ברפואה המשלימה יש להתיר, במגבלות האיסורים המוגדרים שצוינו לעיל, במתכונת הדומה, בעיקרו של דבר, לחוק הקיים בבריטניה.

במסגרת אמצעי ההגנה על שלום הציבור אנו ממליצים כי משרד הבריאות ידאג לחקיקה מתאימה, בדומה לזו שבשוודיה, אשר תקבע כי מי שאינו רופא מורשה, שגרם נזק לבריאותו של אדם כתוצאה מטיפול שנתן לו, צפוי לעונש על עברה של "שרלטנות הגורמת נזק לבריאות".

ו. הוועדה רואה בדאגה רבה את המציאות הנוכחית, שבה גדל והולך מספרם של אלה העוסקים בענפים השונים של הרפואה המשלימה, מבלי שקבלו הכשרה ראויה ומספקת. כיום לא קיים כל אמצעי ומנגנון להסדרו של נושא זה ולפיקוח עליו.

קיום אמצעי הביקורת על השימוש ברפואה המשלימה, ושיפורם ההדרגתי של אמצעים אלה, יכול ויבוא על-ידי התארגנות מקצועית בקרב העוסקים ברפואה המשלימה לענפיה השונים; התארגנות כזאת תעודד הכשרה ולימוד, ותביא לכלל גיבוש אמות מידה לקראת הכרה אפשרית במקצוע, לביקורת איכות הטיפול ברפואה המשלימה ולשמירת המוסר המקצועי (כגון דיון משמעותי).

ז. לדעת הוועדה, במקצועות של הרפואה המשלימה, שבהם תגובשנה תכניות לימודים ושיטות הערכה (מבחנים), ובמיוחד משיוכחו תוצאות חיוביות של הטיפול, ניתן יהיה, בבוא השעה, להגיע לכלל הכרה ורישום על-ידי משרד הבריאות, כמקצוע רפואי מוכר. הוועדה רואה בחיוב התפתחות זו.

ח. ההכרה ברפואה המשלימה לצורך החזר הוצאות הטיפול צריכה להיות בשיקול קופות החולים.

2. מניעת הפליה

א. אין הצדקה להפליה הקיימת כיום בחוק בין המקצועות השונים של הרפואה המשלימה. אין הסבר הגיוני להעדפת האקופונקטורה על רפלקסולוגיה והומאופתיה. על כן, לדעת הוועדה, מן הנכון לבטל את ההכרה המיוחדת שניתנה בחוק לעיסוק באקופונקטורה, ודין האקופונקטורה כדין כל יתר מקצועות הרפואה המשלימה.

ב. אין הצדקה למצב דהיום שבו, מצד אחד, קיים היתר לשיווק תרופות המוגדרות כחומרי מזון מכל סוג וללא הגבלה, ואף לשיווק סיגריות, אך מצד שני קיים איסור באשר לשיווקן של

תרופות הומאופתיות, אשר מעולם לא הוכח כי הן מזיקות. אשר על כן, מציעה הוועדה להתיר את היבוא והשימוש בתרופות הומאופתיות, כפי שיפורט להלן.

3. מניעת הטעיה

לצדן של המלצותינו באשר למניעת הפליה, נחזור ונדגיש את חשיבותה של מניעת הטעיה בנושאנו, בנוסף למה שכבר דובר בו לעיל.

א. אין לראות בהמלצות אלה של הוועדה תמיכה או הכרה בערכן המדעי של הרפואה המשלימה והתרופות הניתנות במסגרתה.

ב. שיווקן של תרופות הומאופתיות יהיה מותר אם נתקיימו בהן שלושה אלה: (א) הן רשומות במהדורה האחרונה של הפרמקופיאה ההומאופתית באירופה או בארצות הברית; (ב) הן מסומנות במפורש כתרופה הומאופתית; (ג) הן מסומנות כדלהלן: "משרד הבריאות מאשר כי התרופה איננה רעילה, אולם אין הוכחות ליעילותה".

ג. הוועדה רואה בדאגה רבה את התופעות השליליות, הפושות לאחרונה באמצעי התקשורת, של הטעיית הציבור והולכתו שולל בכל הנוגע לענייני בריאות, ושל פרסום אישי ומוסדי בעניינים אלה. אשר על כן, ממליצה הוועדה: (1) להסדיר בהוראות חוק מפורטות דרכי מניעת הטעיה בכל הנוגע לענייני בריאות, במידה ואין בהוראות החוק הקיימות כדי להתמודד בצורה נאותה בתופעת ההטעיה האמורה. (2) להחיל את הוראות החוק השונות הקיימות בשטח הרפואה הקונוונציונלית באשר לאיסור פרסום, על צורותיו השונות, גם על המקצועות השונים שבתחום הרפואה המשלימה. (3) לאכוף את ההוראות האמורות בכל חומר הדין.

4. תיעוד ומחקר של הרפואה המשלימה

מאחר וקיימת אפשרות כי הרפואה המשלימה ניתנת לבדיקה מדעית, יש לעודד תיעוד ומחקר של שיטות אלה במסגרות רפואיות מדעיות מקובלות.

(על המלצות אלה חתומים: פרופ' מנחם אלון (יו"ר הוועדה), פרופ' צ' בנטואיץ, מ' בן פורת, פרופ' י' בן בסט, פרופ' ש' גליק, ד"ר נ' טרוסטלר, פרופ' י' יודפת, פרופ' א' מזרחי ופרופ' מ' רביד; על דעת המיעוט בוועדה חתומים פרופ' א' אליקים, פרופ' פ' ורדי ועו"ד י' קרנות. בדעת המיעוט מבוטאת התנגדות לביטול האיסור לעסוק ברפואה למי שאינו רופא מורשה, וכמו כן מובעת בו הדעה, שהגורם היחיד המסוגל כיום לתת הכרה למקצועות הרפואה המשלימה הוא משרד הבריאות.)

עקרונות וקריטריונים למחקר ולהערכה של רפואות חדשות:⁵

שלבים לתכנון ניסויים קדם-קליניים

1. ניסוח ההשערה: הרציונל; ההיסטוריה והמעמד העכשווי של המחקר בתחום הרלוונטי; כישורי החוקר או הבודק (השכלה, הכשרה, היכרות עם הספרות); ניסוח השאלה העומדת לבדיקה.
2. תכנון הניסויים והתצפיות האמורים להשיב על השאלה: זיהוי המשתנים והביקורות להם; בחינה אם הניסויים יכולים להשיב על השאלה הנחקרת; בדיקה אם מספר הנבדקים בניסוי המתוכנן גדול די צורכו לקבלת תוצאות בעלות מהימנות סטטיסטית; בחינה אם השיטות הסטטיסטיות המתוכננות לניתוח הממצאים הן נאותות.
3. קביעה אילו ממצאים יירשמו: התכונות והמקור של חומרים שבהם ישתמשו בניסוי; שיטות העבודה המתוכננות בניסוי והחזרות על התוצאות; השוואת נתונים מן הביקורות לנתונים שפורסמו בספרות המקצועית.
4. הערכת הממצאים מהניסויים: האם התוצאות תומכות בהשערה? האם הן מצדיקות שימוש בבעלי חיים? התאמת שיקולים אלה לניסויים עם בעלי חיים.

הנחיות לביצוע ניסוי קליני

- בטרם ייבדקו בני אדם, יש לבצע שלושה שלבים:
1. אישור - על-ידי קלינאי בעזרת בדיקות מעבדה - שהנבדקים אכן חולים במחלה הנתונה, וזיהוי הטיפולים הקודמים שקיבל כל נבדק.
 2. סקירת תולדות המחלה בכל נבדק, הרגישות לתרופות, הפרוגנוזה וכדומה.
 3. קביעת דרגת החולי בכל אחד מהנבדקים בניסוי.

במהלך הניסוי הקליני עצמו יש להקפיד:

1. לבדוק באופן שוטף את התפתחות המחלה.
2. לעקוב אחר תופעות לוואי שליליות.
3. להתייחס כל העת לקבוצת הביקורת ולהוסיף ביקורות אם מתברר שיש בכך צורך.
4. לזהות יתרונות של הטיפול, ואם יש כאלה - לשנות את פרוטוקול הניסוי בהתאם.
5. לשנות את המינון של התרופה (או הטיפול) אם המחלה הולכת ומחריפה, ולשקול את הפסקת הטיפול והניסוי כולו.

לאחר סיום הניסוי נחוצות ארבע פעולות:

5 על-פי טיוטת הצעה מאת:

Saul Green (1997), Outline of principles and criteria for research and evaluation of new medicines, SRAM 1, 32-35.

1. ניתוח סטטיסטי מלא של התוצאות, הסקת מסקנות, ובמידה שהממצאים מעידים כי התועלת גדולה מן הנוזק - העלאת הצעות להמשך המחקר.
2. סיכום בכתב של התוצאות והגשתו לקריאה ולהערכה על-ידי גורמים בלתי-תלויים לשם קבלת הערות וביקורת.
3. רישום המטופלים להמשך המחקר במטרה להעריך התפתחות של תופעות לוואי מזיקות בעתיד, וכן כדי לעמוד על אורך החיים של השפעתו החיובית של הטיפול.
4. כתיבת מאמר על כל היבטי הטיפול והגשתו לפרסום בכתב עת רפואי מדעי.

פרוטוקול הניסוי המבוקר

הפרוטוקול צריך להיות מפורט דיו כך שמעריך בלתי-תלוי יוכל לקבוע באמצעותו אם הניסוי המתוכנן יכול להשיג את המטרות בלי חשיפת הנבדקים לסיכונים מיותרים. יש לכלול בו מידע על: תכונות התרופה והשפעותיה המרפאות; מטרות המחקר; אוכלוסיית הנבדקים והקריטריונים להכנסתם או לדחייתם מקבוצת המטופלים; השיטות לאבחון; הקריטריונים לבטיחות; מספר הנבדקים; הביקורת; משך המחקר; שיטות המחקר וניתוח התוצאות.

שיקולים סטטיסטיים

בצוות המחקר יש לכלול סטטיסטיקאי מקצועי, אשר יעריך אם גודל המדגם הוא נאות, ויוודא שנעשה שימוש בשיטות סטטיסטיות המביאות בחשבון את האפשרות לקיום יותר משלושה משתנים בנתונים העומדים לניתוח.

הצגת התוצאות

- על כל ממצאי המחקר לעמוד לרשות המעריכים הפוטנציאליים, ובדיווח על התוצאות יש לכלול:
1. רקע לכל היבטי המחקר, לרבות שיקולים שנשקלו לפני ביצועו ולפני איסוף הנתונים.
 2. הסברים לגבי כל שינוי שנעשה ביחס לפרוטוקול או בהגדרת המטרות.
 3. קריטריונים לבחירת הנבדקים מלכתחילה, ולאי-התאמתם של נבדקים מסוימים.
 4. פירוט על נבדקים שביטלו את השתתפותם במחקר (או שהשתתפותם בוטלה), תוך ציון הסיבות לכך בכל מקרה.
 5. תיאור מפורט של פרוצדורות הניסוי.
 6. טבלה המציגה באופן השוואתי את קבוצות הטיפול והביקורת, עם המשתנים העיקריים שיש להם ערך פרוגנוסטי.
 7. הצגה של כל האי-התאמות שעלו בממצאים, בליווי הערכה סטטיסטית שלהן ודיון במשמעותן (המובהקות שלהן).
 8. בחינת הבטיחות, תוך התייחסות למינון התרופה או הטיפול ולמשך השימוש, וציון אופן הטיפול בתגובות לוואי שליליות.
 9. שימוש מפורש בתוצאות סטטיסטיות לאישוש מסקנות המחקר.