

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET

Ljerka Armano

UVJERENJA I STAVOVI ONKOLOŠKIH PACIJENATA
I ZDRAVSTVENIH RADNIKA U DJELATNOSTI ONKOLOGIJE
O KOMPLEMENTARNOJ, ALTERNATIVNOJ
I INTEGRATIVNOJ MEDICINI

Doktorski rad

Rijeka, 2025.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET

Ljerka Armano
UVJERENJA I STAVOVI ONKOLOŠKIH PACIJENATA
I ZDRAVSTVENIH RADNIKA U DJELATNOSTI ONKOLOGIJE
O KOMPLEMENTARNOJ, ALTERNATIVNOJ
I INTEGRATIVNOJ MEDICINI

Doktorski rad

Mentor: Prof.dr.sc. Vanja Tešić, dr.med.
Komentor: Izv.prof.dr.mult. Aleksandar Racz, dr.med.

Rijeka, 2025.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF MEDICINE

Ljerka Armano

BELIEFS AND ATTITUDES TOWARD COMPLEMENTARY, ALTERNATIVE, AND
INTEGRATIVE MEDICINE AMONG ONCOLOGY PATIENTS AND ONCOLOGY
HEALTHCARE WORKERS

Doctoral thesis

Mentor: Prof. Vanja Tešić, PhD

Co-Mentor: Assoc. Prof. Aleksandar Racz, PhD

Rijeka, 2025.

Mentor rada: Prof.dr.sc. Vanja Tešić, dr.med.

Komentor rada: Izv.prof.dr.sc. Aleksandar Racz, dr.med.

Doktorski rad obranjen je dana na Medicinskom fakultetu u Rijeci pred
povjerenstvom u sastavu:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Rad ima 351 list.

UDK:

Sažetak

Cilj istraživanja: Cilj istraživanja bio je analizirati uvjerenja i stavove zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata prema komplementarnoj i alternativnoj (KAM) i integrativnoj medicini te utvrditi čimbenike koji utječu na njihovu prihvaćenost i korištenje.

Ispitanici i metode: Istraživanje je provedeno u KBC Sestre milosrdnice, Zagreb, kao presječno istraživanje (eng. cross-sectional study) tijekom 2023. godine, korištenjem strukturiranog upitnika. Uzorak je proporcionalno stratificiran i obuhvaćao je 410 onkoloških pacijenata te 422 zdravstvena radnika (100 liječnika i 322 medicinske sestre/tehničara) koji direktno ili indirektno pružaju skrb onkološkim bolesnicima.

Rezultati: Rezultati istraživanja pokazali su da 55,6% onkoloških pacijenata i 32,2% zdravstvenih radnika koristi ili je koristilo KAM metode. Najčešće KAM metode su uzimanje biljnih pripravaka, tehnike relaksacije i komplementarne manualne pristupe. Među onkološkim pacijentima, 27,3% ih svakodnevno koristi KAM, dok je taj postotak među zdravstvenim radnicima višestruko niži (4,5%). Analiza uvjerenja otkriva značajne razlike između stratumata: onkološki pacijenti pokazuju viši stupanj povjerenja u učinkovitost KAM-a u usporedbi sa zdravstvenim radnicima, dok zdravstveni radnici izražavaju veću skeptičnost prema integraciji KAM-a u klasičnu medicinu. Razlike u sociodemografskim podacima, poput dobi, spola i obrazovanja, pokazale su se statistički značajnima pri odlučivanju o korištenju KAM-a. Stariji ispitanici i oni s višim stupnjem obrazovanja češće koriste KAM metode. Znatan udio ispitanika ne prijavljuje korištenje KAM-a svojim liječnicima. Od onkoloških pacijenata, tek 23,7% razgovaralo je s liječnicima o mogućnosti korištenja KAM-a, dok 76,3% pacijenata nije spomenulo korištenje ovih metoda, navodeći kao glavni razlog da ih nitko nije pitao.

Zaključak: Ovo istraživanje naglašava široku rasprostranjenost korištenja komplementarne i alternativne medicine među onkološkim pacijentima, ističe potrebu za poboljšanjem komunikacije između pacijenata i zdravstvenih djelatnika te ukazuje na izražen interes pacijenata za dodatnom edukacijom o ovim metodama.

Ključne riječi: Alternativna medicina; Integrativna onkologija; Komplementarna medicina; Komplementarna terapija; Pacijenti; Stavovi; Zdravstveni radnici.

Summary

Objectives: The aim of the study was to analyze the beliefs and attitudes of healthcare professionals and oncology patients towards complementary and alternative (CAM) and integrative medicine and to identify factors that influence their acceptance and use.

Patients and Methods: The study was conducted at KBC Sestre milosrdnice, Zagreb, as a cross-sectional study during 2023, using a structured questionnaire. The sample was proportionally stratified and included 410 oncology patients and 422 healthcare professionals (100 physicians and 322 nurses/technicians) who directly or indirectly provide care to oncology patients.

Results: The results of the study showed that 55.6% of oncology patients and 32.2% of healthcare professionals use or have used CAM methods. The most common CAM methods are taking herbal preparations, relaxation techniques and complementary manual approaches. Among oncology patients, 27.3% use CAM daily, while this percentage among healthcare professionals is much lower (4.5%). The analysis of beliefs reveals significant differences between the strata: oncology patients show a higher level of confidence in the effectiveness of CAM compared to health professionals, while health professionals express greater skepticism towards the integration of CAM into conventional medicine. Differences in sociodemographic data, such as age, gender and education, have been shown to be statistically significant in the decision to use CAM. Older respondents and those with a higher level of education use CAM methods more often. A significant proportion of respondents do not report their use of CAM to their doctors. Of the oncology patients, only 23.7% have talked to their doctors about the possibility of using CAM, while 76.3% of patients did not mention the use of these methods, citing the main reason that no one asked them.

Conclusion: This research highlights the widespread use of complementary and alternative medicine among oncology patients, highlights the need to improve communication between patients and health professionals, and indicates a strong interest of patients in additional education about these methods.

Key words: Alternative Medicine; Complementary Medicine; Complementary Therapies; Integrative Oncology; Patients; Healthcare Workers; Attitudes.

Sadržaj

1. UVOD I PREGLED PODRUČJA ISTRAŽIVANJA	1
1.1. Opravdanost interesa za temu istraživanja	1
1.1.1. Općenito o KAM-u - definicije.....	3
1.1.2. Povijest korištenja elemenata i tehnika iz KAM spektra u medicini u Hrvatskoj	7
1.1.3. Epidemiologija onkoloških bolesti u RH.....	10
1.2. Koncept uvjerenja i stavova.....	18
1.3. Raširenost primjene KAM-a.....	19
1.3.1. Raširenost primjene KAM-a u općoj populaciji	19
1.3.2. Raširenost primjene KAM-a među onkološkim pacijentima.....	23
1.4. Uvjerenja u učinkovitost KAM-a	27
1.4.1. Prirodne metode KAM-a.....	30
1.4.2. Energetske metode.....	36
1.4.3. Duhovne metode.....	39
1.5. Uloga Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) u implementaciji tradicionalne, komplementarne i alternativne medicine (TKAM)	41
2. CILJEVI I SVRHA ISTRAŽIVANJA	45
2.1. Opći i specifični ciljevi.....	45
3. ISPITANICI I METODE.....	48
3.1. Ispitanici	48
3.2. Upitnik	49
3.3. Metode obrade podataka.....	50
3.3.1. Statistička obrada podataka	50
3.4. Etičko odobrenje i informirani pristanak.....	51
4. REZULTATI.....	53
4.1. Sociodemografske karakteristike ispitanika i razlike prema stratumima	53
4.2. Uvjerenja i stavovi zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata o KAM-u i integrativnoj medicini te razlike između i unutar stratumima	57
4.2.1. Integracija KAM s klasičnom medicinom	58
4.2.2. Integracija KAM-a u obrazovni i zdravstveni sustav	68
4.2.3. Uvjerenje u učinkovitost KAM terapija.....	81
4.2.4. Uvjerenje u terapijsku djelotvornost pojedine tehnike KAM-a	92
4.2.5. Sociodemografski pokazatelji kao prediktori korištenja prirodnih, energetskih i duhovnih metoda	104
4.2.6. Razlozi primjene KAM-a.....	118
4.2.7. Najprihvaćenije i najmanje prihvaćene tvrdnje na razini cijelog upitnika	126

4.3.	Raširenost i prihvaćenost KAM-a među onkološkim pacijentima i zdravstvenim radnicima.....	133
4.3.1.	Primjena KAM-a kroz osobna i obiteljska iskustva	133
4.3.2.	Učestalost korištenja KAM metoda.....	141
4.4.	Povezanost sociodemografskih obilježja ispitanika sa stavovima o KAM-u	146
4.4.1.	Procjena pouzdanosti mjernog instrumenta za komponente stava prema KAM-u 147	
4.4.2.	Testiranje normalnosti distribucije.....	158
4.4.3.	Odnos sociodemografskih karakteristika prema komponentama stava	161
4.5.	Očekivanja od primjene KAM-a	168
4.5.1.	Uvjerenja o dobrobiti KAM-a	173
4.5.2.	Uvjerenja o neželjenim učincima KAM-a.....	178
4.6.	Izvori informacija o KAM-u.....	184
4.7.	Komunikacija zdravstvenih radnika i pacijenata o KAM-u.....	189
5.	RASPRAVA	197
5.1.	Uvjerenja i stavovi zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata o KAM-u i integrativnoj medicini te razlike između i unutar skupina	197
5.1.1.	Integracija KAM-a sa klasičnom medicinom	197
5.1.2.	Integracija KAM-a u zdravstveni i obrazovni sustav	202
5.1.3.	Uvjerenja i stavovi u učinkovitost KAM terapija	214
5.1.4.	Uvjerenje u terapijsku djelotvornost pojedine tehnike KAM-a	217
5.1.5.	Razlozi primjene KAM-a.....	225
5.2.	Raširenost i prihvaćenost KAM-a među onkološkim pacijentima i zdravstvenim radnicima.....	228
5.2.1.	Primjena KAM-a kroz osobna i obiteljska iskustva	228
5.2.2.	Učestalost korištenja KAM metoda.....	232
5.3.	Povezanost sociodemografskih obilježja ispitanika sa stavovima o KAM-u	234
5.4.	Očekivanja, dobrobiti i neželjeni efekti primjene KAM-a	251
5.5.	Izvori informacija o KAM-u.....	255
5.6.	Komunikacija zdravstvenih radnika i pacijenata o KAM-u.....	258
5.7.	Ograničenja istraživanja	270
5.8.	Prijedlozi budućih istraživanja.....	276
5.9.	Doprinos razvoju znanosti	278
5.9.1.	Znanstvena vrijednost	278
5.9.2.	Aplikativna vrijednost.....	279
5.9.3.	Znanstveni doprinos	280

6. ZAKLJUČCI.....	282
7. LITERATURA.....	291
ILUSTRACIJE	324
Popis Tablica.....	324
Popis slika i Grafova.....	327
PRIVITCI.....	328
Informirani pristanak.....	328
Upitnik.....	332
ŽIVOTOPIS	347

1. UVOD I PREGLED PODRUČJA ISTRAŽIVANJA

1.1. Opravdanost interesa za temu istraživanja

Komplementarna i alternativna medicina (KAM) postaje sve značajnija u suvremenim zdravstvenim sustavima, posebno među onkološkim pacijentima koji često koriste KAM kao podršku konvencionalnim terapijama s ciljem ublažavanja nuspojava liječenja, povećanja kvalitete života i upravljanja stresom. Prevalencija korištenja KAM-a među onkološkim pacijentima u svijetu varira od 30% do 80%, dok u Europi iznosi iznad 50% [1,2]. Sve veća popularnost KAM-a odražava promjenu paradigme prema holističkom pristupu zdravlju, gdje fizičko, emocionalno i duhovno blagostanje postaju integralni aspekti liječenja.

Unatoč širokoj primjeni, stavovi i uvjerenja zdravstvenih radnika prema KAM-u često ostaju podcijenjeni ili nedovoljno istraženi, osobito unutar konvencionalnih medicinskih sustava. Istraživanja ukazuju na podijeljene stavove zdravstvenih radnika: dok liječnici često izražavaju skepticizam zbog nedostatka kliničkih dokaza o učinkovitosti, medicinske sestre, zbog bližeg odnosa s pacijentima, pokazuju veću sklonost prihvaćanju KAM-a kao dopune konvencionalnim terapijama [3]. Ova podijeljenost dodatno naglašava važnost istraživanja uvjerenja i stavova zdravstvenih radnika o KAM-u, kako bi se identificirale prepreke i mogućnosti za integraciju ovih terapija u kliničku praksu.

Iako primjena KAM-a i integrativne medicine raste pod utjecajem različitih čimbenika, uslijed pojava poput epidemije pretilosti, sve učestalijih kroničnih i bolnih stanja, porasta mentalnih tegoba kao što su depresija i anksioznost, te rastuće svijesti prema unapređenju općeg zdravlja i učinkovitijoj prevenciji bolesti [4-6], u Hrvatskoj se važnost istraživanja KAM-a još uvijek ne prepoznaje u dovoljnoj mjeri, što rezultira malim brojem znanstvenih studija na tu temu [7]. Nedostatak znanstvenih istraživanja o stavovima o KAM-u među zdravstvenim radnicima i pacijentima otežava razumijevanje potencijala za njegovu integraciju u zdravstveni i obrazovni sustav. Pretraživanje hrvatskih znanstvenih baza s ključnim riječima „komplementarna i alternativna medicina“ i datumom pristupa 4.12.2024., uključujući Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa Hrčak, Digitalne akademske arhive i repozitorije Dabar te Informacijski sustav znanosti RH CroRIS, ukazuje na vrlo mali broj istraživanja na ovu temu. Konkretno, Hrčak bilježi samo 17 rezultata o KAM-u od 2004. do 2024. godine, dok Dabar bilježi 28 radova u razdoblju od 2012. do 2024. godine, a CroRIS samo 12 rezultata u razdoblju od 2004. do 2024. godine.

Uz to, pretraživanje pojma "*Complementary and Alternative Medicine*" u bazi Cochrane, jednoj od najvažnijih svjetskih baza sustavnih pregleda, rezultira sa samo 54 publikacije s datumom pristupa 4.12.2024., što ukazuje na ograničen broj visokokvalitetnih dokaza na globalnoj razini. Cochrane pregledi često ističu potrebu za dodatnim rigoroznim istraživanjima kako bi se bolje razumjeli učinci i sigurnost različitih KAM terapija [8, 9].

Za usporedbu, globalne baze podataka pokazuju značajno širi interes za KAM. Pretraživanje pojma "*Complementary and Alternative Medicine*" na PubMed platformi rezultira s više od 25.000 publikacija, dok Google Scholar navodi preko 4.450.000 radova na ovu temu s datumom pristupa 4.12.2024. Ovi podaci odražavaju kontinuirani rast interesa za KAM na globalnoj razini. Na primjer, analiza publikacija od 1963. do 2012. godine pokazuje da je broj radova na PubMedu porastao s 15.764 u razdoblju od 1963. do 1972. na 144.288 u razdoblju do 2012. godine [10]. Sličan trend bilježi i Google Scholar, gdje je broj citata porastao s 27.170 na više od 2,5 milijuna u istom razdoblju. Ovi podaci jasno ukazuju na sve značajniji interes za KAM u medicinskim istraživanjima i praksi.

U Europi postoje značajne razlike u regulaciji i primjeni KAM-a, pri čemu neke zemlje aktivno integriraju određene metode u zdravstvene sustave, dok u drugima KAM ostaje slabo reguliran i nedovoljno istražen. Ove razlike su bile predmet istraživanja CAMbrella projekta, međunarodnog konzorcija koji je mapirao raširenost KAM-a u 12 europskih zemalja. CAMbrella je pružila ključne smjernice za buduća istraživanja, ističući potrebu za harmonizacijom metoda i unaprjeđenjem regulacije KAM-a, posebice u zemljama poput Hrvatske koje još uvijek nemaju integriran pristup ovoj praksi. CAMbrella projekt pruža važan kontekst za razumijevanje razvoja i primjene KAM-a na europskoj razini. Ovaj istraživački projekt, financiran od strane Europske unije unutar *Sedmog okvirnog programa*, bio je ključan u mapiranju stanja KAM-a u Europi i identificiranju regulatornih, obrazovnih i društvenih izazova povezanih s ovom praksom. Tijekom trajanja projekta, od 2010. do 2012. godine, CAMbrella je okupila istraživače iz 12 europskih zemalja kako bi analizirali dostupnost, korištenje i percepciju KAM-a među pacijentima i zdravstvenim radnicima. Rezultati projekta ukazali su na značajne razlike u regulaciji i integraciji KAM-a među europskim zemljama. Dok su u nekim državama, poput Njemačke i Švicarske, određeni oblici KAM-a već integrirani u zdravstvene sustave i podržani regulacijom, u mnogim drugim zemljama, uključujući Hrvatsku, KAM se suočava s nedostatkom standardizacije i nedovoljnim znanstvenim dokazima. Na primjer, CAMbrella je istaknula da u Hrvatskoj, kao i u brojnim drugim zemljama srednje i istočne Europe, nedostaje sustavni pristup

istraživanju i regulaciji KAM-a. Ovo dodatno naglašava potrebu za nacionalnim i regionalnim istraživanjima kako bi se razumjela dinamika primjene KAM-a u specifičnim kulturnim i društvenim kontekstima. Jedan od ključnih zaključaka CAMbrella projekta je potreba za harmonizacijom istraživačkih metoda i usklađivanjem regulacija na europskoj razini kako bi se poboljšala usporedivost podataka i omogućila bolja integracija KAM-a u zdravstvene sustave. Projekt je također ukazao na rastuću popularnost KAM-a među pacijentima s kroničnim bolestima, što odražava globalni trend prema holističkim pristupima u zdravstvu [11].

Integracija rezultata CAMbrella projekta u ovo istraživanje naglašava njegovu relevantnost ne samo na nacionalnoj, već i na europskoj razini. Dok rezultati ovog rada popunjavaju praznine u razumijevanju primjene KAM-a u Hrvatskoj, oni također omogućuju usporedbu s međunarodnim trendovima i izazovima. S obzirom na specifične kulturne i društvene značajke Hrvatske, ovo istraživanje može pridonijeti širem znanstvenom dijalogu o mogućnostima integracije KAM-a u suvremene zdravstvene i obrazovne sustave, oslanjajući se na smjernice i zaključke CAMbrella projekta.

1.1. Općenito o KAM-u - definicije

Najjednostavnija definicija komplementarnih i alternativnih metoda liječenja, odnosno KAM- a, jest da je to *“svaki postupak ili proizvod koji se u službenoj medicini ne prihvaća i koje dominantan zdravstveni sustav ne podržava”* [12]. Ipak, granica između konvencionalne medicine i KAM-a nije uvijek jasna, budući da se neke metode poput akupunkture postupno integriraju u kliničku praksu, dok druge ostaju na margini zbog nedostatka znanstvenih dokaza. Prema nekim autorima, medicina je isključivo znanstveno utemeljena praksa, dok se sve ostale metode liječenja smatraju paramedicinom i kao takve nemaju mjesta u znanstvenom diskursu [13].

Svaki od pojmova poput alternativna, komplementarna, prirodna, narodna medicina ima svoju definiciju i značenje, ali se u svakidašnjem jeziku najčešće koriste kao sinonimi, te je stoga važno definirati njihovo značenje i utvrditi sličnosti i razlike. Komplementarna medicina je navedeni niz praksi i postupaka koji se, za razliku od alternativne medicine, koriste zajedno sa konvencionalnom medicinom ali također nisu njezin sastavni dio i nisu dio tradicije neke zemlje [14]. Osnovna namjera komplementarnih terapija je unapređenje zdravlja, podizanje kvalitete života i sprječavanje bolesti a ne liječenje ili izlječenje bolesti.

KAM metode služe za postizanje stanja ugone, opuštenosti te kao metoda za smanjenje stresa [15].

Alternativna medicina pojam je koji se odnosi na postupke preventive, dijagnostike i liječenja koji u potpunosti zamjenjuju konvencionalnu medicinu, to je

„način dijagnostike i liječenja utemeljen na filozofskim načelima, iskustvu i tradiciji, za razliku od službene (oficijalne) medicine, koja se temelji na znanstvenim osnovama. Čine je raznorodni postupci: akupunktura, akupresura, moksibustija, kiropraktika, osteopatija, rolfiranje, refleksologija, iridoskopija, homeopatija, antropozofska medicina, magnetoterapija, kristaloterapija, joga, autogeni trening, hipnoza, liječenje bioenergijom, radiestezijska, hidroterapija, makrobiotika, megavitaminska terapija i drugo“ [16].

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) pored termina komplementarna i alternativna medicina koristi i izraz tradicionalna medicina. Tradicionalna medicina ima bogatu povijest i predstavlja skup znanja, vještina i praksi koje proizlaze iz teorija, vjerovanja i iskustava različitih kultura bilo da su znanstveno objašnjive ili ne, a koriste se za očuvanje zdravlja te za prevenciju, dijagnozu, liječenje i ublažavanje tjelesnih i mentalnih tegoba. [17]. Tradicionalna medicina je skup *„znanja, vještina i praksi neke kulture temeljenih na teorijama, vjerovanjima i iskustvima bez obzira jesu li objašnjivi ili ne koji se koriste u održavanju zdravlja, prevenciji bolesti, dijagnozi i liječenju“ [14].* Najpoznatija je tradicionalna kineska medicina (TKM) čije se učenje zasniva na unutarnjoj ravnoteži (yin i yang) i vitalnoj energiji (chi) objedinjujući tjelesno zdravlje, taoizam, drevnu kinesku filozofiju i religiju s ciljem obnavljanja i održavanja sklada životne energije u tijelu [15]. Neke metode iz domene tradicionalne medicine, u potpunosti su inkorporirane u sustav moderne, alopatske medicine, poput akupunkture koju su razvili kineski liječnici 2500 g. pr.n.e. i koja je već više desetljeća njezin sastavni dio [18].

Akupunktura koja se do nedavno smatrala upitnom metodom jer se ubadanje igala u tijelo bolesne osobe da bi se pokrenula vitalna sila koja kola „meridijanima“ činilo medicinski neobjašnjivim [19], danas je i u Hrvatskoj postala dio medicinske znanosti i zdravstvenog sustava te tako stekla legitimitet (stoga nije kao metoda uključena u ovo istraživanje), a pri Hrvatskom liječničkom zboru (HLZ) 2008. godine osnovano je Hrvatsko društvo za akupunkturu koje je:

„tijelo Hrvatskog liječničkog zbora, a bavi se edukacijom i promocijom medicinske akupunkture kao znanstveno dokazane metode liječenja koja ima jasno definirane indikacije i neosporno mjesto u liječenju. Stručno društvo je član i “Međunarodnog vijeća za medicinsku akupunkтуру” (ICMART) čiji je cilj demistificirati akupunkтуру pomoću znanstvenih istraživanja koja imaju svrhu utvrditi učinkovitost akupunkture, mehanizme djelovanja akupunkture te utvrditi indikacije za akupunkтуру temeljene na dokazima“ [20].

Tradicionalna medicina nije istoznačnica pojmu narodna medicina. Narodnu ili pučku medicinu čine:

„nazori o bolestima i načini liječenja temeljeni na iskustvu ili praznovjerju. Provodi se otkad postoji čovječanstvo, a razlikuje se u pojedinim narodima ovisno o običajima, navikama, stupnju razvijenosti” [21].

Spoznajni korpus narodne medicine temelji se na metodama pokušaj-pogreška, a načini liječenja, metode i preparati prenose se usmenom predajom iz generacije na generaciju. Osim liječenja biljnim pripravcima i prirodnim postupcima, narodna medicina nerijetko uključuje religijske obrede (molitve, iscjeljenja, hodočašća), ali i nadnaravne rituale (vudu, psihoaktivne tvari) čime se razlikuje od znanstveno utemeljenih praksi [15].

Američki nacionalni centar za komplementarnu i alternativnu medicinu (engl. National Center for Complementary and Alternative Medicine - NCKAM) kao dio Nacionalnog instituta za zdravlje (eng. National Institute for Health - NIH) sve do 2015. godinama je koristio pojam „komplementarna i alternativna medicina“, no nakon što je 2015. godine promijenio ime u Nacionalni centar za komplementarno zdravlje (engl. National Center for Complementary and Integrative Health – NCCIH) počinje koristiti pojmove poput alternativni zdravstveni pristup, komplementarni zdravstveni pristup te integrativna medicina (integrativno zdravlje) pri čemu je definicija pojmova alternativno i komplementarno ostala ista, to su postupci i proizvodi koji nisu dio konvencionalne medicine ali se koriste umjesto nje (alternativno) ili uz nju (komplementarno). Integrativna medicina kao relativno nov pristup povezuje konvencionalnu medicinu s komplementarnim metodama koje su znanstveno dokazano učinkovite. Integrativna medicina je sinergija konvencionalnog i nekonvencionalnog pristupa, naglašavajući holistički pristup liječenju, uzimajući u obzir ne samo tjelesno, već i emocionalno i duhovno zdravlje [22].

U *Mayo Clinic Book of Alternative Medicine* ističe se da se zdravstvo u Americi nalazi u kriznim vremenima, takozvanom *kairos* trenutku gdje s jedne strane imamo sve veće starenje populacije a s druge izvrsnu, ali skupu medicinsku tehnologiju iz koje proizlaze visoki troškovi liječenja. Usprkos značajnom napretku i uspjesima moderne medicine, mnogi je ljudi doživljavaju kao hladnu i previše oslonjenu na tehnologiju, često zanemarujući holistički pristup pacijentima [23].

Iako medicinska akademska zajednica odbacuje većinu KAM metoda i protivi se integraciji KAM-a s klasičnom medicinom, istraživanja pokazuju njegovu globalnu rasprostranjenost i uporabu s tendencijom rasta, naročito u razvijenim zemljama [19]. Otkrićem antibiotika i imunizacijom smanjuje se incidencija zaraznih bolesti, a tehnološki napredak omogućio je ubrzani razvoj medicine. Međutim, učestalost kroničnih bolesti, poput kardiovaskularnih i malignih, kao i ozbiljne posljedice povezanih nuspojava lijekova, bili su razlog za širenje „granične medicine“ jer usprkos njenoj terapijskoj vrijednosti važno je da „*njena popularnost upozorava na neuspjeh današnje biomedicinske nauke u zadovoljavanju velikih potreba čovjeka*“ [19]. Alternativna medicina doživljava preporod 60-ih godina 20. stoljeća kada s Istoka dolaze nove teorije koje je na Zapad prenio Maharishi Mahesh Yogi čije učenje i stavovi donose novu paradigmu koja se ukratko može opisati riječima: „*pobrini se za duh, a tijelo će se pobrinuti samo za sebe*“ [19].

Premda „*odsutnost dokaza o učinku nije jednaka dokazu o odsutnosti učinka*“ [24], svim znanstveno nedokazanim terapijama i znanstveno upitnim teorijama treba pristupati s oprezom i kritičkim promišljanjem, s obzirom na mogućnost neželjenih učinaka koji mogu ozbiljno ugroziti zdravlje. Osim toga, praksa metoda koje nisu prihvaćene od strane moderne medicine može rezultirati nadriliječništvom ili prijevarom, što predstavlja značajan pravni i etički problem.

Nadriliječništvo se definira kao:

„nedopuštena medicinska djelatnost osobâ koje nemaju odgovarajuću naobrazbu ni stručnu spremu, bez obzira obavljaju li one tu djelatnost kao zanat ili prigodice, primaju li za to ili ne primaju novčanu naknadu ili koju drugu nagradu. Iako pojedini postupci nadriliječnikâ mogu imati dobar uspjeh (napose kod funkcionalnih poremećaja ili psihosomatskih bolesti), njihova je djelatnost opasna, jer nemaju dovoljno znanja o anatomiji, fiziologiji, patologiji i farmakologiji; oni najčešće sve

bolesti u svakog bolesnika liječe na isti način. Nadriliječništvo održavaju neprosvijećenost, lakovjernost, sklonost bolesnika nekritičkom vjerovanju u ono što odgovara njihovim željama, te nedostupnost školovanih liječnika (bilo zbog fizičke udaljenosti ili zbog skupoće), nemoć školske medicine i gubitak povjerenja u nju. Štetno je jer odvlači bolesnika od ispravne dijagnoze i terapije. Kao i u većini država, nadriliječništvo je u RH zabranjeno zakonom“ [25].

1.2. Povijest korištenja elemenata i tehnika iz KAM spektra u medicini u Hrvatskoj

Razvoj medicinske prakse u Hrvatskoj odražava povijesne, društvene, političke i kulturne uvjete ovog prostora, smještenog na razmeđu istočne i zapadne civilizacije, islama i kršćanstva te istočne i rimske crkve. Tijekom povijesti, politička nestabilnost, rascjepkanost i borbe za autonomiju često su usporavale napredak medicinske misli i zdravstvene skrbi.

U prapovijesti, praljudi su liječili ozljede korištenjem prirodnih materijala poput biljnih obloga i imobilizacije, dok su tijekom ilirskog razdoblja prevladavali magijski koncepti liječenja. Bolesti su smatrane posljedicom djelovanja zlih duhova, a liječenje se temeljilo na čaranju i vraćanju, dok su se biljni pripravci također koristili u zdravstvene svrhe. Postoje arheološki dokazi o naprednim stomatološkim zahvatima iz tog razdoblja [26].

Dolaskom Grka i Rimljana uvode se organiziraniji pristupi medicini. Razvijali su infrastrukturu poput vodovoda i termalnih kupki te promicali higijenske i prehrambene navike. Rimski vojni liječnici pružali su skrb ne samo vojnicima već i civilnom stanovništvu, uz specijalizacije poput kirurgije, farmacije i ginekologije. Terapije su uključivale masaže i ljekovite kupke, čime se postavljaju temelji integrativnog pristupa liječenju [27].

Medicina južnih Slavena temeljila se na magijskom konceptu liječenja, no uz korištenje ljekovitog bilja i narodnih znanja. Vjerovalo se da za svaku bolest postoji odgovarajuća biljka, dok je čestoslavica (lat. *Veronica officinalis*) imala široku primjenu [28].

U srednjem vijeku, pastoralna medicina benediktinaca zamjenjuje vračeve i vidarice. Bolesti su se smatrale Božjom kaznom, a zavjeti i molitve bili su ključni oblik terapije. Sredinom XIII. stoljeća dolazi do prodora europske medicine, dok razdoblje novog vijeka donosi napredak u javnom zdravstvu, osobito pod utjecajem Osmanlija, koji uvode higijenske mjere

i sustavno liječenje narodnih ljekara. Epidemije poput kuge i velikih boginja u XIX. stoljeću potaknule su razvoj javnozdravstvenih mjera, uključujući cijepljenje i epidemiološku zaštitu [29, 30].

Između dva svjetska rata, modernizacija medicine u Hrvatskoj doseže vrhunac pod vodstvom dr. Andrije Štampara, čija reforma zdravstvenog sustava i socijalnog osiguranja ostavlja trajan utjecaj na današnje zdravstvene politike [28]. Nakon Drugoga svjetskog rata, Hrvatska se suočavala s ozbiljnim zdravstvenim i socijalnim problemima poput endemija i epidemija zaraznih bolesti, visoke smrtnosti dojenčadi, migracija te nedostatka i neravnomjerne raspodjele zdravstvenih djelatnika. Kako bi se odgovorilo na ove izazove, prioritet je postao povratak sveobuhvatnoj zdravstvenoj zaštiti, s naglaskom na integraciju preventivnih i kurativnih usluga unutar primarne zdravstvene zaštite. Istovremeno, dolazi do intenzivnog razvoja medicinske znanosti i struke [26].

Zakonski okvir u Hrvatskoj ne uključuje izravno pojam komplementarne i alternativne medicine, no povezani aspekti mogu se prepoznati u regulativi koja uređuje zdravstveni turizam. Programi medicinskog wellnessa temelje se na individualiziranom pristupu, koji uključuje procjenu zdravstvenog stanja, prilagođene aktivnosti i evaluaciju rezultata, čime doprinose očuvanju zdravlja i poboljšanju kvalitete života. Pravilnici koji definiraju pružanje zdravstvenih usluga u ovom području kao „*Pravilnik o pojedinim oblicima zdravstvenih usluga koje se pružaju u djelatnosti zdravstvenog turizma te standardima i normativima za njihovo obavljanje*“ [31] i „*Pravilnik o normativima i standardima za pružanje zdravstvenih usluga u zdravstvenom turizmu*“ [32], jasno diferenciraju tri ključna segmenta: medicinske, lječilišne i usluge medicinskog wellnessa.

Medicinski wellness ističe se kao posebno važan segment zdravstvenog turizma, spajajući medicinsku stručnost s holističkim pristupom očuvanju zdravlja i promicanju općeg blagostanja. Njegov značaj dodatno je potvrđen jasnim standardima koji reguliraju njegovu provedbu, uključujući individualizirane pristupe korisnicima i multidisciplinarno vođene programe.

Standardi za medicinski wellness prema Pravilniku [32]:

„Na prvom pregledu korisniku medicinskog wellnessa doktor medicine procjenjuje zdravstveno stanje i određuje vrstu, kao i trajanje pojedinog wellness programa, a na

završnom pregledu evaluira ishode ili rezultate provedenih programa na zdravlje u cjelini.

Medicinski programirani aktivni odmori su organizirane redovite aktivnosti prema utvrđenom planu i programu. Na temelju razrađenih stručnih i znanstveno utemeljenih kriterija, aktivni odmori neophodno uključuju i aktivno ponašanje korisnika, vođeni interdisciplinarno, ovisno o programu, od doktora specijaliziranog za područje sportske medicine (npr. medicine rada i sporta) i kineziologa – specijaliste sportske rekreacije. Aktivni odmori su individualni, usmjereni korisniku kod kojih cilj uvjetuje oblik, učestalost, intenzitet i trajanje medicinski programirane tjelesne aktivnosti.“

Prilikom planiranja tjelesne aktivnosti, ključno je identificirati osobe s apsolutnim kontraindikacijama na temelju anamneze i dijagnostičkih postupaka te im pružiti odgovarajuće medicinske smjernice. Za one kod kojih su utvrđene relativne kontraindikacije vezane uz specifične aktivnosti, potrebno je svrstati ih u odgovarajuće programsko-intenzitetske skupine i informirati stručnjake koji vode te aktivnosti o njihovim specifičnim potrebama. Individualizirani pristup uključuje procjenu zdravstvenog stanja, odabir prikladnog intenziteta tjelesne aktivnosti te prilagodbu programa kako bi se osigurala sigurnost i učinkovitost za svaku osobu [32].

Medicinski wellness, kao segment zdravstvenog turizma, predstavlja važan element koji integrira holistički pristup sa znanstveno utemeljenim medicinskim praksama i preventivnim strategijama. Ova sinergija između sve veće potražnje za KAM uslugama i razvoja zdravstvenog turizma ukazuje na važnost daljnjeg istraživanja, edukacije i regulatornih prilagodbi kako bi se osigurala kvaliteta i dostupnost ovih usluga u Hrvatskoj.

KAM u Hrvatskoj pokazuje značajan porast popularnosti, osobito nakon tranzicijskih promjena zdravstvenog sustava nakon osamostaljenja. Prelazak na tržišno orijentirani model zdravstvene zaštite rezultirao je smanjenjem dostupnosti konvencionalnih medicinskih usluga, potičući interes za alternativne terapije, što je posebno vidljivo u urbanim sredinama, gdje je veći udio stanovništva upoznat s različitim KAM metodama i otvoren za njihovu primjenu [33].

Ovaj trend potaknuo je osnivanje strukovnih organizacija poput Hrvatske udruge za prirodnu, energetska i duhovnu medicinu (HUPED), registriranog 2000. godine pri Ministarstvu

pravosuđa, koje djeluje kao krovna organizacija za područje nekonvencionalne medicine. HUPED promovira standardizaciju i kvalitetu terapijsko-iscjeliteljskih usluga te djeluje na temelju *Pravilnika o stručnom usavršavanju terapeuta i iscjelitelja*, te dobivanju kvalifikacija i priznanja struke, osiguravajući stručno vođen i reguliran razvoj ovog područja [34]. U rad udruge uključeni su i liječnici, koji djeluju kao savjetnici za stručna pitanja, osiguravajući znanstveno utemeljen i profesionalan pristup. HUPED kroz svoj *Registar kvalificiranih terapeuta i iscjelitelja* pruža korisnicima pristup uslugama te deklarativno zagovara profesionalizaciju struke [35]. Međunarodna povezanost putem Europskog udruženja za prirodnu, energetsku i duhovnu medicinu (EUPED) dodatno osnažuje položaj KAM-a u Hrvatskoj, usklađujući ga s europskim standardima.

1.3. Epidemiologija onkoloških bolesti u RH

Onkološke bolesti predstavljaju značajan javnozdravstveni izazov u Republici Hrvatskoj, s obzirom na visoku pojavnost i smrtnost. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ), od 1959. godine vodi *Registar za rak*, koji kontinuirano prati incidenciju i mortalitet malignih bolesti te pruža ključne podatke za planiranje i evaluaciju javnozdravstvenih politika. Prema najnovijim podacima HZJZ-a za 2022. godinu, u Hrvatskoj je zabilježeno 26.105 novih slučajeva raka, s ukupnom grubom stopom incidencije od 677,1 na 100.000 stanovnika, što ukazuje na značajnu opterećenost populacije ovom skupinom bolesti [36].

Uz analizu trenutnih podataka, važno je usporediti situaciju u Hrvatskoj u odnosu na europske zemlje. Istraživanje CONCORD-3, objavljeno u časopisu *The Lancet*, analiziralo je petogodišnje preživljenje za 18 najčešćih sijela raka te je pokazalo napredak u preživljenju oboljelih u Hrvatskoj. Međutim, rezultati također otkrivaju kako Hrvatska još uvijek zaostaje za zapadnoeuropskim zemljama, što ukazuje na potrebu za daljnjim unaprjeđenjem dijagnostike, liječenja i prevencije raka [37].

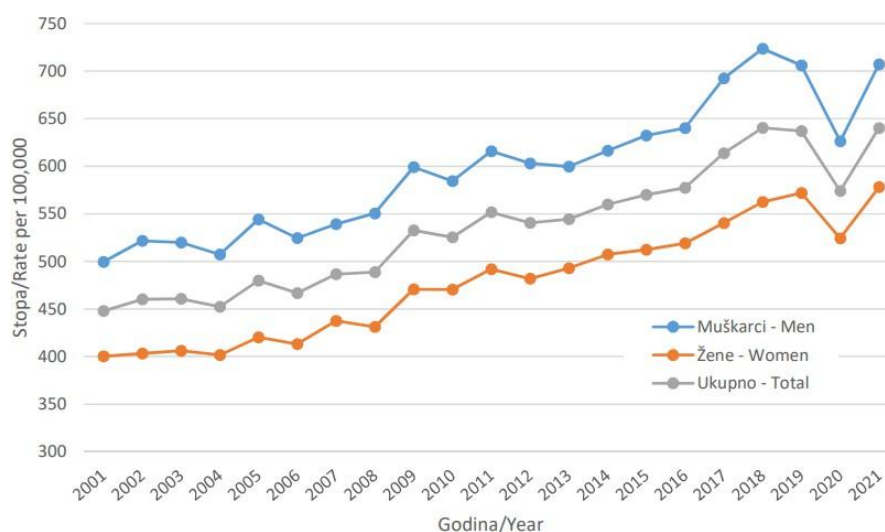
Prema podacima *Registra za rak* HZJZ za 2022. godinu, evidentirano je ukupno 26.105 novih slučajeva raka, klasificiranih prema šiframa C00 do C97 u okviru MKB-10 sustava, isključujući ne-melanomske karcinome kože. Od ukupnog broja oboljelih, 53% (13.856) čine muškarci, dok 47% (12.240) čine žene. Nakon smanjenja broja novopostavljenih dijagnoza tijekom pandemije COVID-19, broj novih slučajeva raka vratio se na razine zabilježene prije pandemije. Značajno je da je 37% svih novih dijagnoza raka postavljeno kod

osoba mlađih od 65 godina [36].

Incidencija i smrtnost prema spolu [38]:

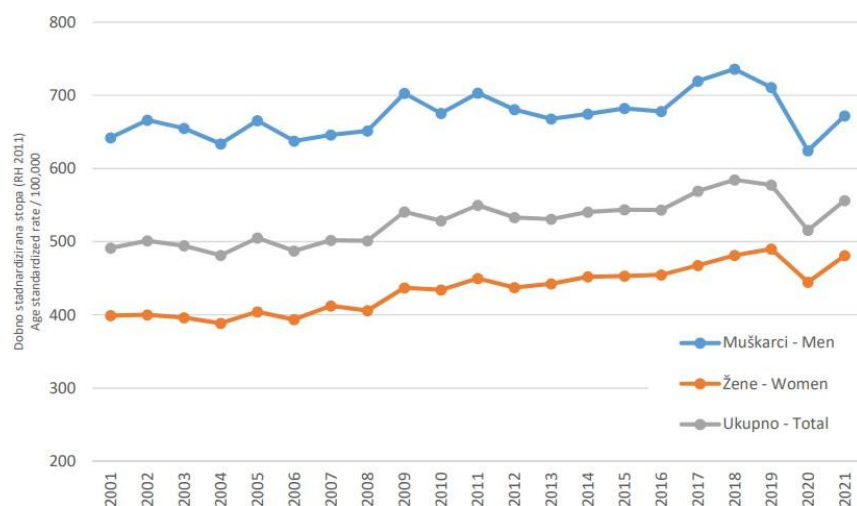
- Ukupna gruba stopa incidencije u 2021. godini iznosila je 640,2/100.000 stanovnika:
 - Muškarci: 707/100.000
 - Žene: 578,2/100.000
- Ukupna gruba stopa mortaliteta od raka iznosila je 340,5/100.000 stanovnika:
 - Muškarci: 384,9/100.000
 - Žene: 279,5/100.000

Incidencija i smrtnost od raka viši su kod muškaraca u odnosu na žene (Slika 1 i 2). Povećanje ukupnog broja umrlih te bruto stope smrtnosti uglavnom je povezano s rastućim udjelom starijeg stanovništva. Međutim, kada se promatraju dobno-standardizirane stope (Slike 3 i 4), trend porasta smrtnosti nije uočen. U europskom kontekstu, Hrvatska se svrstava među zemlje sa srednjom razinom incidencije, ali istovremeno bilježi visoku smrtnost od raka [36].



Slika1. Incidencija raka u Hrvatskoj od 2001. do 2020. god. – grube stope na 100.000 stanovnika*

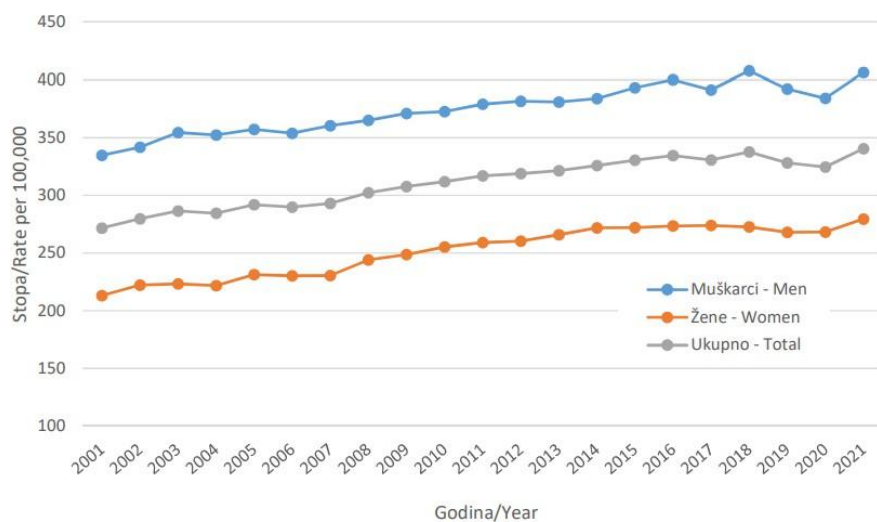
(Izvor: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/incidencija-raka-u-hrvatskoj-u-2021-godini/>)³⁸



Slika 2. Incidencija raka u Hrvatskoj od 2001. do 2020. god. – dobno standardizirane stope na

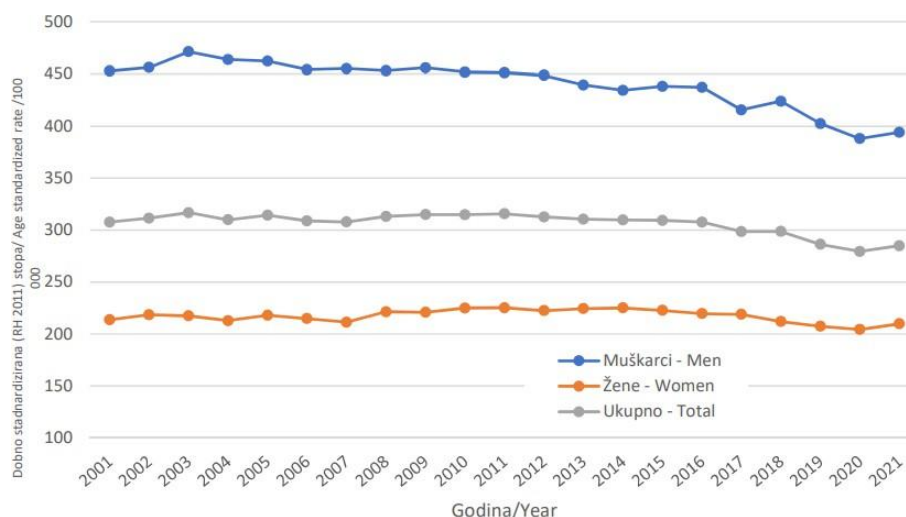
100.000 stanovnika*

(Izvor: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/incidencija-raka-u-hrvatskoj-u-2021-godini/>)³⁸



Slika 3. Mortalitet od raka u Hrvatskoj od 2001. do 2020. god. – grube stope na 100.000 stanovnika*

(Izvor: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/incidencija-raka-u-hrvatskoj-u-2021-godini/>)³⁸



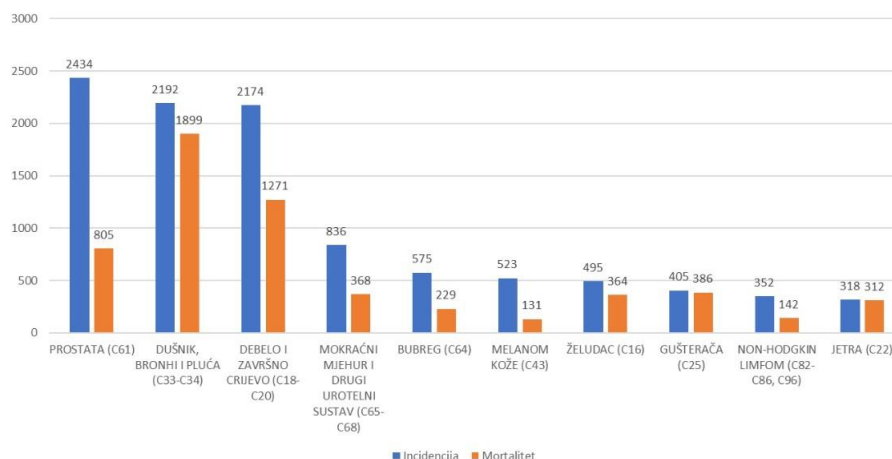
Slika 4. Mortalitet od raka u Hrvatskoj od 2001. do 2020. god. – dobno standardizirane stope na 100.000 stanovnika*

(Izvor: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/incidencija-raka-u-hrvatskoj-u-2021-godini/>)³⁸

(*procjene stanovništva za razdoblje 2001.-2020. nisu revidirane prema popisu stanovništva 2021. godine te stopa za 2021. nije potpuno usporediva s podacima za prethodne godine)

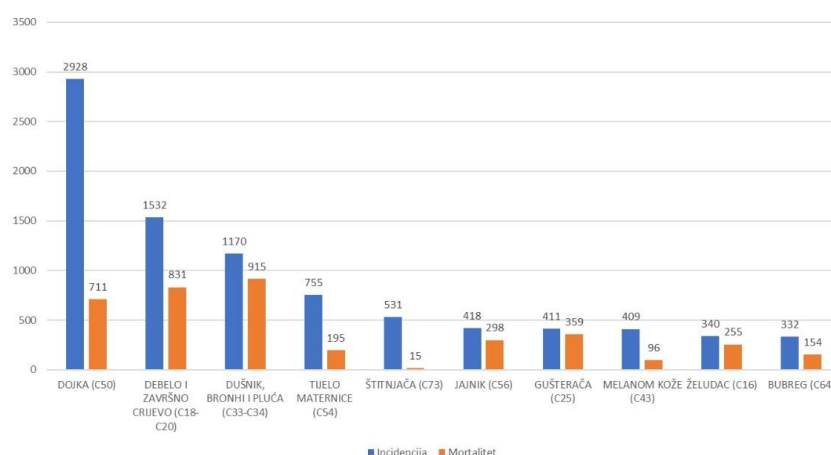
Najčešća sijela raka u Hrvatskoj 2022. godine [36]:

- Muškarci (slika 5):
 1. Rak prostate (2.609 slučajeva; 19% svih dijagnoza kod muškaraca)
 2. Rak dušnika, bronha i pluća (2.392 slučajeva; 17%)
 3. Rak debelog i završnog crijeva (2.251 slučajeva; 16%)
 4. Rak mokraćnog mjehura i urotelnog sustava (891 slučajeva; 6%)
 5. Rak bubrega (617 slučajeva; 5%)
- Žene (slika 6):
 1. Rak dojke (3.088 slučajeva; 25% svih dijagnoza kod žena)
 2. Rak debelog i završnog crijeva (1.612 slučajeva; 13%)
 3. Rak dušnika, bronha i pluća (1.275 slučajeva; 10%)
 4. Rak tijela maternice (817 slučajeva; 7%)
 5. Rak štitnjače (574 slučaj; 5%)



Slika 5. Najčešća sijela raka kod muškaraca u 2021. godini u RH

(izvor: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/incidencija-raka-u-hrvatskoj-u-2021-godini/>)³⁸



Slika 6. Najčešća sijela raka kod žena u 2021. godini u RH

(izvor: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/incidencija-raka-u-hrvatskoj-u-2021-godini/>)³⁸

U 2020. godini rak je bio drugi najčešći uzrok smrti u Europskoj uniji, uzrokujući 1,2 milijuna smrtnih slučajeva, što čini 23 % svih smrti u EU. U nekim zemljama, poput Irske, Danske i Slovenije, udio smrti od raka dosegao je ili premašio 27 %, dok su Rumunjska i Bugarska zabilježile udjele ispod 15 %. Kod muškaraca, Slovenija (31,1 %) i Irska (30,2 %) imali su najviše udjele smrtnih slučajeva, dok su među ženama najviši udjeli zabilježeni u Irskoj (28,5 %) i Danskoj (27,7 %). Standardizirana stopa smrtnosti od raka u EU-u iznosila je 242,2 na 100.000 stanovnika, što je manje od stopa smrtnosti od bolesti cirkulacijskog sustava, ali više od većine drugih bolesti, uključujući COVID-19. Mađarska, Hrvatska i Slovačka imale su najviše stope smrtnosti, premašujući 300 na 100.000 stanovnika, dok je Luksemburg zabilježio najnižu stopu smrtnosti (203,1 na 100.000). Kod muškaraca, najviše stope smrtnosti imale su Latvija, Mađarska i Litva, sve iznad 430 na 100.000 muškaraca. Kod žena, Mađarska i Danska prednjačile su sa stopama iznad 230 na 100.000 žena [37].

Analizom podataka iz istraživanja CONCORD-3, koje obuhvaća 322 registra za rak iz 71 zemlje, uključujući Hrvatsku, pružen je širi kontekst petogodišnjeg preživljenja za 18 najčešćih sijela raka. Podaci za Hrvatsku, koji uključuju više od 220.000 pacijenata dijagnosticiranih između 1995. i 2014. godine, ukazuju na značajan napredak u preživljenju oboljelih od raka. Međutim, Hrvatska i dalje zaostaje za zapadnoeuropskim zemljama, osobito kod sijela poput raka pluća, raka debelog i završnog crijeva te raka dojke, koji čine značajan udio među najčešćim dijagnozama. Za većinu sijela raka, petogodišnje preživljenje u Hrvatskoj smješteno je u donju polovicu europskih zemalja. Na primjer, preživljenje raka dojke u Hrvatskoj ostaje ispod prosjeka Europske unije, što se dijelom pripisuje kasnijoj dijagnozi i ograničenom pristupu inovativnim terapijama. Slično, preživljenje kod raka debelog crijeva i pluća znatno je niže zbog slabije implementacije ranih probira te nedostatka standardiziranih onkoloških protokola. Unatoč općem napretku, istraživanje sugerira da su strukturalni i organizacijski izazovi, poput nedovoljne koordinacije među razinama zdravstvene skrbi, ključni faktori koji ograničavaju učinkovitost sustava. Razlike u javnozdravstvenim politikama između Hrvatske i zapadnoeuropskih zemalja odražavaju se u nekoliko područja. Prvo, dostupnost skrining programa u Hrvatskoj, iako poboljšana, i dalje nije na razini sustavnih probira u zemljama poput Njemačke ili Nizozemske. Drugo, ulaganje u onkološku infrastrukturu i dostupnost suvremenih terapija, poput imunoterapije, još uvijek zaostaju. Konačno, edukacija o važnosti prevencije i rane dijagnostike među stanovništvom u zapadnoj Europi donosi bolje ishode, dok u Hrvatskoj ta svijest tek postaje prioritet javnozdravstvene politike. Ovi podaci ističu potrebu za kontinuiranim ulaganjem u zdravstveni sustav, unaprjeđenjem probira i standardizacijom terapijskih pristupa kako bi se smanjio jaz između Hrvatske i zapadnoeuropskih zemalja u ishodima liječenja raka [37].

Pandemija COVID-19 znatno je utjecala na proces dijagnostike i liječenja onkoloških bolesnika u Hrvatskoj, što se posebno vidi kroz pad broja novootkrivenih slučajeva tijekom 2020. godine. Prema izvješću Registra za rak HZJZ, te je godine zabilježeno 23.598 novih slučajeva raka, što je 9,4% manje u usporedbi s 2019. godinom, kada je registrirano 26.054 slučajeva [HZJZ, 2021], no prema novim podacima HZJZ broj novooboljelih ponovno je dosegao vrijednosti zabilježene prije pandemije., nakon privremenog pada incidencije uzrokovanog pandemijom COVID-19 [36].

Manja incidencija, zapravo je bila posljedica ograničenog pristupa zdravstvenim uslugama tijekom pandemije, uključujući odgodu redovnih pregleda, probira i dijagnostičkih postupaka. Ovaj trend zabrinjava jer kašnjenje u dijagnosticiranju raka često vodi do otkrivanja bolesti u

uznapređivalim stadijima, što može značajno utjecati na ishode liječenja i stopu preživljenja. Poseban problem predstavljaju probirni programi za rak dojke, debelog crijeva i vrata maternice, koji su bili smanjeni ili potpuno obustavljeni tijekom dijelova pandemije [37]. Prema procjenama Europske komisije za 2022. godinu, očekuje se značajan porast broja dijagnoza raka u Hrvatskoj, koji bi mogao premašiti 27.500 novih slučajeva [39]. Ovaj porast ne odražava samo stvarno povećanje incidencije, već i zaostale dijagnoze koje nisu evidentirane tijekom pandemije što ukazuje na potrebu za unaprjeđenjem probirnih programa, povećanjem kapaciteta za dijagnostiku i liječenje te bolju pripremu zdravstvenog sustava za slične krizne situacije u budućnosti. Također, strateški fokus na edukaciju stanovništva o važnosti prevencije i ranog otkrivanja bolesti ključan je za ublažavanje dugoročnih posljedica pandemije.

Nacionalni strateški okvir protiv raka do 2030. godine (Okvir), donesen od strane Hrvatskog sabora 2020. godine, predstavlja sveobuhvatan plan za unaprjeđenje javnozdravstvenog odgovora na izazove povezane s malignim bolestima u Republici Hrvatskoj. Dokument sadrži 12 poglavlja, 143 cilja i podcilja te 302 mjere i aktivnosti, čime se jasno definiraju prioriteti u borbi protiv raka [40].

Glavni ciljevi *Okvira* uključuju [40]:

1. Poboljšanje zdravlja građana tijekom cijelog života kroz promociju zdravih stilova života i smanjenje rizičnih čimbenika za razvoj raka.
2. Smanjenje pojavnosti i smrtnosti od raka putem učinkovitijih strategija prevencije, rane dijagnostike i optimiziranog liječenja.
3. Produljenje i poboljšanje kvalitete života oboljelih kroz bolje organizirane zdravstvene usluge i podršku oboljelima.

Ključne mjere i aktivnosti usmjerene su na [40]:

- Prevenciju: unaprjeđenje edukacije građana o važnosti zdravog načina života, uključujući pravilnu prehranu, fizičku aktivnost i prestanak pušenja. Posebno je istaknuta potreba za smanjenjem izloženosti rizičnim čimbenicima iz okoliša i radnog okruženja.
- Rano otkrivanje: proširenje i poboljšanje programa probira za rak dojke, debelog crijeva i vrata maternice. Cilj je povećati obuhvat stanovništva i poboljšati praćenje kvalitete probira.
- Unaprjeđenje liječenja: osiguranje dostupnosti najsuvremenijih dijagnostičkih i

terapijskih tehnologija, uključujući imunoterapiju i personalizirani pristup liječenju raka. Povećanje kapaciteta za multidisciplinarni pristup liječenju i usklađivanje onkoloških protokola s europskim smjernicama.

- Podršku pacijentima: razvoj mreže psihosocijalne podrške za oboljele i njihove obitelji te povećanje kapaciteta za palijativnu skrb kako bi se poboljšala kvaliteta života oboljelih u svim fazama bolesti.

Ovaj strateški okvir pruža jasan putokaz za unaprjeđenje onkološke skrbi u Hrvatskoj, uz naglasak na smanjenje nejednakosti u zdravstvenom sustavu i usklađivanje s najboljim praksama u Europskoj uniji. Njegova provedba zahtijeva kontinuirano praćenje i evaluaciju učinaka kako bi se osigurali održivi rezultati u borbi protiv raka.

Kao odgovor na epidemiološke izazove, *Okvir* predstavlja ključan alat za sustavni i sveobuhvatni pristup borbi protiv malignih bolesti. Jasno definirani ciljevi i mjere, poput promocije zdravih stilova života, proširenja probirnih programa, unaprjeđenja onkološke infrastrukture i pružanja psihosocijalne podrške, usklađeni su s najboljim praksama Europske unije i postavljaju temelje za poboljšanje zdravstvenih ishoda. Provedba ovog *Okvira* zahtijeva kontinuiranu evaluaciju, političku podršku i snažno partnerstvo između zdravstvenih institucija, organizacija civilnog društva i samih građana [40].

Epidemiološki podaci o incidenciji i mortalitetu raka u Hrvatskoj jasno pokazuju da ove bolesti predstavljaju značajan javnozdravstveni problem i jedan od vodećih uzroka morbiditeta i mortaliteta u populaciji. Iako su vidljivi pozitivni pomaci u preživljenju i kvaliteti liječenja, izazovi poput kasne dijagnoze, nedostatka probirnih programa i nedovoljne dostupnosti inovativnih terapija i dalje ostaju prisutni.

Integracija epidemioloških podataka u razvoj i implementaciju *Okvira* neophodna je za učinkovito upravljanje opterećenjem koje uzrokuju maligne bolesti u Hrvatskoj. Usklađenim pristupom, temeljenim na preventivnim mjerama i inovativnom liječenju, moguće je postići smanjenje pojavnosti i smrtnosti od raka te poboljšanje kvalitete života oboljelih na razinu zapadnoeuropskih zemalja.

1.2. Koncept uvjerenja i stavova

Razumijevanje uvjerenja i stavova ključno je za istraživanje ljudskog ponašanja i reakcija na različite pojave. Prema Allportu, stavovi predstavljaju mentalno stanje spremnosti, organizirano kroz iskustvo, koje utječe na reakcije prema objektima i situacijama. Temeljna obilježja stavova

uključuju njihovu naučenost (za razliku od urođenosti), trajnost, neuralnu i mentalnu spremnost za reakciju te dinamičnost, odnosno nastojanje pojedinca da zadrži stvoreni stav tijekom vremena [41, 42].

Zvonarević nadopunjuje razvoj pojma stavova prateći starije definicije, uključujući onu Spencera iz 1862. godine, koji stav vidi kao sredstvo za donošenje ispravnih sudova [43]. Baldwin stav opisuje kao spremnost na pažnju ili akciju određene vrste, dok ga Bogardus definira kao „*tendenciju djelovanja prema ili protiv nečega, čime se pridaju pozitivne ili negativne vrijednosti objektima u okolini*“ [44]. Prema Kruegeru, stavovi su rezultat iskustva koje kontrolira daljnje aktivnosti, odnosno stečene tendencije djelovanja prema specifičnim objektima [43].

Različiti autori pristupaju definiranju stavova iz različitih perspektiva. Cacioppo i Petty [45] stavove opisuju kao relativno trajne procjene osoba, predmeta ili tema, a Petz i sur. [46] ističu stabilnost i organizaciju pozitivnih i negativnih emocija i reakcija kao ključne elemente stavova. Suvremena socijalna psihologija stavove vidi kao „*vrednovanje ljudi, predmeta ili ideja*“, dok ih Keller i sur. [47] opisuju kao „*trajne procjene i tendencije djelovanja prema određenim objektima, smještajući pojedinca u okvir specifičnih mišljenja*“.

Teorijski koncept na kojem se temelji ovo istraživanje proizlazi iz trokomponentnog modela stavova (ABC model), koji obuhvaća kognitivnu (vjerovanja i mišljenja), emocionalnu (osjećaje) i ponašajnu (namjeru i spremnost za djelovanje) komponentu [48]. Ovaj model pruža okvir za analizu prediktivnih čimbenika korištenja KAM-a, naglašavajući međusobnu povezanost stavova i ponašanja. Sve tri komponente međusobno su povezane, a njihova konzistentnost utječe na stabilnost stavova i njihovu ulogu u predviđanju ponašanja.

Racz prema Rosenbergu [49], naglašava da je konzistentnost između kognitivne i emocionalne komponente stava ključna za predviđanje ponašanja. Jačina osjećaja povezana je s jačinom stava prema objektu, čineći stavove važnim prediktorima ponašanja u različitim situacijama. Pritom su snažni stavovi, temeljeni na iskustvu, često pouzdaniji u predviđanju ponašanja, dok slabiji stavovi mogu biti podložniji vanjskim utjecajima.

Funkcije stavova također su važne za razumijevanje njihove uloge u ponašanju. Penava i Brekalo [50] izdvajaju četiri osnovne funkcije: prilagodbu (korisnost), obranu ega, izražavanje vrijednosti i spoznaju. Trajnost stavova proporcionalna je njihovom intenzitetu, dok njihov dispozicijski karakter označava spremnost pojedinca za reakciju prema objektu stava. Stavovi se formiraju kroz iskustvo i kulturološke utjecaje, a njihova složenost ovisi o količini i vrsti

uključenih saznanja, emocija i tendencija prema akciji [51].

Osim stavova, koncept uvjerenja ima značajnu ulogu u razumijevanju ljudske percepcije i ponašanja. Zvonarević [43] razlikuje stavove kao emocionalne doživljaje, često nesvjesne, od uvjerenja, koja su racionalna i intelektualna, temeljena na tvrdnjama ili pretpostavkama. Prema Ajduković i Pavleković [52], uvjerenja su prihvaćene tvrdnje o pojavama, zasnovane na neposrednim ili posrednim spoznajama, odnosno usvojene pretpostavke o pojavama, obilježjima i odnosima među njima, temeljene na znanju i činjenicama [53].

Koncept uvjerenja i stavova čini temelj za razumijevanje ljudskog ponašanja, pri čemu su njihova trajnost, složenost i funkcionalnost osnovne dimenzije. Teorijski modeli koji se bave strukturom stavova, uključujući kognitivne, emocionalne i ponašajne aspekte, omogućuju dublje razumijevanje međusobnog djelovanja stavova, uvjerenja i ponašanja.

1.3. Raširenost primjene KAM-a

1.3.1. Raširenost primjene KAM-a u općoj populaciji

KAM je postao globalno prepoznat koncept unutar modernih zdravstvenih sustava, odražavajući promjenu paradigme prema holističkom pristupu zdravlju. Prakse poput fitoterapije, akupunkture, meditacije i joge sve se češće koriste kao dopuna konvencionalnim medicinskim tretmanima, s ciljem poboljšanja ishoda liječenja i kvalitete života. Osim što nude alternativne terapijske mogućnosti, one odgovaraju na rastuću potrebu za personaliziranim i prirodnim pristupima zdravstvenoj skrbi, koji naglašavaju cjelovito blagostanje pojedinca [22].

Širenje KAM-a otvara važna pitanja, uključujući potrebu za regulacijom, edukacijom zdravstvenih radnika te znanstvenom validacijom njezine učinkovitosti [54]. Istovremeno, metodološke nedosljednosti u istraživanjima naglašavaju važnost preciznijih istraživačkih pristupa koji bi omogućili veću usporedivost među istraživanjima i povećali pouzdanost procjena prevalencije, pri čemu valja uzeti u obzir i mogućnost nedovoljnog izvješćivanja [55].

Prevalencija primjene KAM-a znatno varira među regijama, pri čemu su neizostavni čimbenici kulturne tradicije, dostupnost zdravstvene skrbi i društvene norme. U Sjedinjenim Američkim Državama procjenjuje se da gotovo 40% odraslih koristi KAM [56], dok u Europi taj udio često prelazi 50% [2]. Azijske zemlje, s dugom tradicijom tradicionalne medicine poput Ayurvede i tradicionalne kineske medicine (TKM), predstavljaju specifičan primjer u kojem su KAM prakse često institucionalizirane i integrirane u javne zdravstvene sustave [55].

Nacionalno istraživanje provedeno u Sjedinjenim Američkim Državama 2007. godine pokazalo je da je prevalencija korištenja KAM-a među odraslima iznosila 38%, što predstavlja porast u odnosu na 36% zabilježenih 2002. godine. Među djecom, prevalencija je iznosila 12%, pri čemu su najčešće korišteni modaliteti uključivali prirodne proizvode, poput ehinaceje i ribljeg ulja. Studija je također utvrdila da su korisnici KAM-a češće žene, osobe u dobi od 30 do 69 godina, visokoobrazovani pojedinci te osobe s višim prihodima. Osim toga, veća sklonost korištenju KAM-a primijećena je i kod onih koji su se suočavali s financijskim ograničenjima u pristupu konvencionalnoj medicini. Među glavnim razlozima za korištenje KAM-a ispitanici su navodili prevenciju, ublažavanje simptoma, osjećaj veće kontrole nad vlastitim zdravljem te nepovjerenje u konvencionalne pristupe [57].

Istraživanje provedeno u Koreji pokazalo je da je 74% ispitanika koristilo neki oblik KAM-a tijekom prethodnih 12 mjeseci, pri čemu su najčešće korištene metode bile akupunktura i biljni lijekovi. Razine zadovoljstva korisnika bile su izuzetno visoke, i iznosile su 94,8%. Istraživanje je provedeno putem internetske ankete, što je isključilo osobe starije od 69 godina i time ograničilo reprezentativnost rezultata [58]. Autori su također naglasili potrebu za standardiziranim alatima za mjerenje korištenja KAM-a kako bi se smanjile metodološke pristranosti i poboljšala usporedivost podataka među studijama.

Podaci iz Saudijske Arabije pokazuju da je 68% ispitanika koristilo KAM tijekom prethodnih 12 mjeseci. Najčešće korištene metode uključivale su med (40,1%) i crni kim (lat. *Nigella ssativa*) (39,2%), pri čemu su glavni motivacijski čimbenici bili percipirani neuspjeh konvencionalne medicine i povjerenje u prirodne metode liječenja. Kako bi se osigurala reprezentativnost uzorka, istraživanje je primijenilo višestupanjsku tehniku slučajnog uzorkovanja, a podaci su prikupljeni putem strukturiranih upitnika. Dobiveni rezultati ukazali su na potrebu za poboljšanjem informiranosti javnosti o KAM-u i njegovoj primjeni, kako bi se smanjile zablude i osiguralo odgovorno korištenje ovih metoda [59].

Sustavni pregled proveden u 15 zemalja pokazao je da se 12-mjesečna korištenja KAM-a kreće u rasponu od 9,8% do 76%. Značajne razlike u prevalenciji pripisane su metodološkim varijacijama, uključujući različite definicije KAM-a i neujednačene pristupe prikupljanju podataka. Rezultati istraživanja pokazuju da je prevalencija u Sjedinjenim Američkim Državama i Australiji ostala stabilna tijekom vremena, ali ističu i potrebu za standardizacijom istraživačkih metoda radi osiguravanja veće pouzdanosti i usporedivosti podataka [60].

Dok sustavni pregledi pokazuju širok raspon prevalencije KAM-a na globalnoj razini, europska

istraživanja dodatno potvrđuju značajne razlike u njegovoj primjeni među zemljama, osobito između zapadne i istočne Europe. Primjerice, jednogodišnja prevalencija korištenja KAM-a iznosi 44,0% u Ujedinjenom Kraljevstvu [61-64]. Suprotno tome, u istočnoeuropskim zemljama prevalencija je znatno niža, primjerice 6% u Sloveniji [65], 7% u Rumunjskoj [66] i 13% u Mađarskoj [67]. Ove razlike mogu se pripisati regulatornim okvirima, povijesnom kontekstu i kulturnim faktorima koji oblikuju percepciju i prihvaćenost KAM-a u različitim dijelovima Europe.

U skladu s nižim stopama prevalencije KAM-a zabilježenim u istočnoeuropskim zemljama, istraživanje provedeno na općoj populaciji u Hrvatskoj također je pokazalo relativno nisku razinu korištenja, pri čemu je KAM prakticiralo svega 15% ispitanika [68]. Ove razlike mogu biti rezultat različitih društvenih, kulturnih i ekonomskih čimbenika, kao i metodoloških pristupa koji su korišteni u istraživanjima.

Dodatni uvid u korištenje KAM-a u Hrvatskoj pružilo je istraživanje provedeno u suradnji s HUPED-om, koje je analiziralo uzorak od 112 ispitanika, uključujući iscjelitelje i njihove pacijente. Podaci su prikupljeni tehnikom snježne grude, što može utjecati na reprezentativnost rezultata. Rezultati su pokazali da pacijenti KAM često biraju zbog percipiranih prednosti, poput prirodnosti tretmana, personaliziranog pristupa i manjeg rizika nuspojava u usporedbi s konvencionalnim liječenjem. S druge strane, osobe bez medicinske naobrazbe su naglašavale važnost usklađivanja energetske polja, uklanjanja stresa i integracije holističkog pristupa u terapiji. Najčešće korištene metode obuhvaćale su ljekovito bilje, bioenergetske terapije i homeopatiju, pri čemu je poseban naglasak stavljen na njihov učinak na opće zdravlje i ublažavanje dugotrajnih tegoba [69].

Osim travarstva i primjene biljnih pripravaka, koji su duboko ukorijenjeni u hrvatsku medicinsku tradiciju i i dalje čine važan segment pristupa liječenju, istraživanja provedena 2000. i 2001. godine pokazala su kako u javnosti postoji i uvjerenje u učinkovitost magijskih postupaka u liječenju i prevenciji bolesti, što odražava trajnu prisutnost vjerovanja u alternativne oblike iscjeljivanja unutar suvremenog društva [13, 69].

Presječno istraživanje provedeno 2012. godine na uzorku od 450 pacijenata iz 30 ordinacija obiteljske medicine pokazalo je da 46% ispitanika otvoreno informira svoje liječnike o korištenju KAM-a. Najčešće korištene metode uključivale su fitoterapiju (38%), dijetoterapiju (25%) te kiropraktiku i osteopatiju (15%). Rezultati su također pokazali da su ispitanici koji su komunicirali s liječnicima o KAM-u češće imali pozitivna iskustva s njegovom primjenom, izraženije povjerenje u njegovu djelotvornost te percepciju manjeg rizika od štetnih nuspojava

[70].

Istraživanje provedeno na području Čakovca na uzorku od 300 ispitanika pokazalo je da je 82% sudionika koristilo neki oblik KAM-a. Najčešće primjenjivane metode bile su biljni pripravci (87%), bioenergija (29%), dijetoterapija (28%) i kiropraktika (22%). Osim toga, 77% ispitanika koristilo je vitaminske i mineralne dodatke. Glavni razlozi za korištenje KAM-a uključivali su liječenje respiratornih bolesti, ublažavanje mišićno-koštanih poremećaja i opće poboljšanje zdravlja. Motivacija ispitanika također je varirala; dok je samo 2% korisnika navelo nezadovoljstvo liječnicima kao poticaj za primjenu KAM-a, 43% ih je iskazalo interes za istraživanje novih pristupa liječenju [7].

Istraživanje provedeno 2022. godine na području Dubrovnika, Mokošice i Župe dubrovačke pokazalo je da je 76,1% ispitanika koristilo KAM. Najčešće korištene metode uključivale su biljne pripravke, primarno za liječenje mišićno-koštanih tegoba (32,6%), probavnih smetnji (22,1%) i respiratornih bolesti (16,3%). Među korisnicima KAM-a, 65% ispitanika smatralo je da su im metode djelomično pomogle, dok je 20% prijavilo potpuni terapijski učinak. Istraživanje također potvrđuju značaj biljne medicine, koja se pokazala kao najzastupljeniji oblik KAM-a u ovom istraživanju [71].

Analiza podataka prikupljenih među pacijentima primarne zdravstvene zaštite u šest hrvatskih gradova pokazala je da su najčešći korisnici KAM-a osobe u dobi od 46 do 55 godina te visokoobrazovani pojedinci. Najčešće primjenjivane metode bile su tehnike opuštanja i smanjenja stresa, fitoterapija i bioenergija. Nadalje, rezultati su pokazali da su pacijenti koji su koristili tehnike smanjenja stresa imali veću sklonost primjeni KAM-a, što upućuje na važnost holističkog pristupa u liječenju i prevenciji zdravstvenih problema [72].

Anketno istraživanje provedeno 2021. godine na uzorku od 368 ispitanika, većinom mlađih od 25 godina, pokazalo je da 63,3% korisnika KAM-a primjenjuje ove metode u preventivne svrhe. Najčešće korišteni pristupi obuhvaćali su biljne pripravke, dijetoterapiju i tehnike relaksacije. Analiza podataka ukazala je na potrebu za sustavnijom edukacijom o KAM-u, osobito među mlađom populacijom, kako bi se osigurala informiranost i odgovorna primjena ovih metoda [73].

Sinteza prethodno izloženih istraživanja ukazuje na potrebu za standardizacijom metodoloških pristupa u istraživanju prevalencije KAM-a, što bi omogućilo preciznije usporedbe među regijama i pružilo čvršći temelj za oblikovanje zdravstvenih politika.

Rastuća primjena KAM-a unutar opće populacije dodatno naglašava važnost sustavne edukacije, regulatornih okvira i integracije znanstveno utemeljenih metoda u zdravstvene sustave. Posebno je značajno osigurati kvalitetnu komunikaciju između zdravstvenih radnika i korisnika KAM-a, čime bi se optimizirali potencijalni terapijski benefiti i minimizirali rizici povezani s njihovom primjenom.

Kao globalni fenomen, KAM se, uz odgovarajuće mjere regulacije i kontinuirane istraživačke napore, može promatrati kao moguća dopuna konvencionalnoj medicini, možebitno pridonoseći poboljšanju kvalitete zdravstvene skrbi.

1.3.2. Raširenost primjene KAM-a među onkološkim pacijentima

KAM je široko rasprostranjen među onkološkim pacijentima diljem svijeta, no njegova prevalencija značajno varira ovisno o regiji. Podaci američkog Nacionalnog istraživanja zdravlja (NHIS) ukazuju na veću prisutnost korištenja KAM-a među onkološkim pacijentima u odnosu na opću populaciju. Prema rezultatima iz 2007. godine, 65% pacijenata oboljelih od raka koristilo je KAM, dok je taj udio u općoj populaciji iznosio 35%. Međutim, podaci iz 2012. godine ukazuju na smanjenje prevalencije, pri čemu je 34,5% ispitanika iz opće populacije i 33% pacijenata s anamnezom raka izjavilo da koristi KAM [57].

Dodatni uvid u obrasce korištenja KAM-a među onkološkim pacijentima pruža istraživanje provedeno u onkološkom centru u Brooklynu između 2015. i 2020. godine. Prema rezultatima istraživanja, 66,11% pacijenata koristilo je KAM, pri čemu su žene imale veću stopu korištenja (71,98%) u odnosu na muškarce (54,34%). Analiza etničkih skupina pokazala je da su određene etničke zajednice imale veću sklonost korištenju KAM-a od drugih, što ukazuje na snažan utjecaj kulturoloških čimbenika u donošenju odluka o korištenju ovih metoda. Najčešće primjenjivane metode bile su molitva i duhovne prakse (25,91%), dok je samo manji dio pacijenata informirao zdravstvene radnike o korištenju KAM-a [74].

Istraživanje provedeno u Iraku među pacijentima s dijagnozom raka u tri bolnice ukazuje na visoku prevalenciju korištenja KAM-a u ispitivanoj populaciji. Premda veličina uzorka nije navedena, rezultati pokazuju da je najčešće korištena metoda bila čitanje Kurana i primjena vode čitane na Kuranu, što je prakticiralo 80,1% ispitanika. Biljni tretmani činili su 10%, dok su duhovne terapije i molitve bile zastupljene u 4,2% slučajeva. Glavni razlozi za korištenje ovih metoda uključivali su poboljšanje tjelesnog blagostanja (56,3%) i jačanje otpornosti

organizma na bolest (11,2%). Socioekonomski čimbenici, poput dobi, bračnog statusa, obrazovanja i prihoda, pokazali su se značajnima u donošenju odluke o korištenju KAM-a [75].

Slično istraživanje provedeno u Maleziji na uzorku od 274 onkološka pacijenta pokazalo je da je 61,3% ispitanika koristilo KAM tijekom liječenja. Prevalencija je bila veća među pacijentima s malignim tumorima (68%) nego kod onih s benignim tumorima (48,4%). Najčešće primjenjivane metode uključivale su biološke terapije poput megavitamina, zmijske glave i morskog krastavca, kao i tehnike uma i tijela, uključujući molitve i svetu vodu. Iako je 83,3% korisnika izrazilo zadovoljstvo korištenim metodama, samo 31,5% ispitanika informiralo je zdravstvene radnike o svojoj primjeni KAM-a, što naglašava jaz u komunikaciji između pacijenata i stručnjaka u zdravstvenom sustavu [76].

U Švedskoj između lipnja 2017. i prosinca 2018., provedeno je istraživanje među onkološkim pacijentima koje ukazuje da je korištenje KAM-a među ispitanicima uobičajeno. Od ukupno 376 ispitanika, 54% ih je prijavilo korištenje KAM-a tijekom života, dok je 34% nastavilo koristiti ove metode i nakon postavljanja dijagnoze raka. Najčešće korišteni pristupi uključivali su uzimanje vitamina, biljnih pripravaka, molitvu i prehrambene metode. Većina pacijenata informacije o KAM-u dobiva od obitelji i prijatelja, dok gotovo 70% korisnika nije razgovaralo sa zdravstvenim radnicima o svojoj primjeni ovih metoda. Unatoč tome, značajan broj pacijenata bio je izrazio želju za integracijom određenih KAM metoda unutar konvencionalne medicinske skrbi. Autori istraživanja naglašavaju potrebu za boljom komunikacijom između pacijenata i zdravstvenih radnika kako bi se osigurala informiranost i sigurnost primjene KAM-a unutar onkološke skrbi [77].

Analiza korištenja KAM-a među onkološkim pacijentima u Poljskoj provedena je u četiri onkološka centra u južnoj regiji Šleske između siječnja 2018. i ožujka 2019. godine. Istraživanje je obuhvatilo 864 pacijenta (medijan dobi 63 godine), od kojih je 46,7% prijavilo korištenje KAM-a. Većina korisnika (91%) primjenjivala je KAM kao dopunu konvencionalnom liječenju, dok ga je 9% koristilo kao alternativu. KAM su češće koristili mlađi, visokoobrazovani i profesionalno aktivni pacijenti s duljim trajanjem bolesti i uznapredovalim stadijem raka. Unatoč širokoj primjeni, 66% ispitanika nije moglo procijeniti zdravstvene učinke ovih metoda. Informacije o KAM-u pacijenti su najčešće dobivali putem interneta, od prijatelja, obitelji i drugih pacijenata, dok je samo 18% njih razgovaralo s liječnikom o korištenju ovih terapija. Nalazi istraživanja potvrđuju učestalu primjenu KAM-a među onkološkim pacijentima u Poljskoj, pri čemu se ove metode najčešće koriste za jačanje imunološkog sustava, poboljšanje laboratorijskih parametara, smanjenje nuspojava onkološkog

liječenja i opće poboljšanje dobrobiti pacijenata [78].

Istraživanja provedena u Hrvatskoj ukazuju na znatnu prevalenciju korištenja KAM-a među onkološkim pacijentima. Istraživanje provedeno 2015. godine na Klinici za onkologiju Kliničkog bolničkog centra Zagreb obuhvatilo je 144 pacijenta, od kojih je 35% prijavilo korištenje KAM-a tijekom liječenja. Fitoterapija, odnosno liječenje biljnim pripravcima, bila je najčešće korištena metoda, a glavni motivi za primjenu uključivali su vjeru u učinkovitost ovih metoda te ublažavanje nuspojava onkološke terapije. Značajan aspekt ovog istraživanja odnosi se na komunikaciju između pacijenata i zdravstvenih djelatnika, s obzirom na to da je 57,8% pacijenata u istraživanju prijavilo korištenje KAM-a svojim liječnicima [79], što je znatno više u odnosu na neka druga istraživanja u Hrvatskoj, gdje je taj postotak znatno bio niži [80].

Za razliku od istraživanja provedenog u KBC Zagreb iste godine, istraživanje u Klinici za tumore, KBC Sestre milosrdnice, zabilježilo je znatno višu prevalenciju korištenja KAM-a među onkološkim pacijentima. Među 82 ispitanika, 72,2% ih je koristilo KAM barem jednom, dok je 46,8% aktivno primjenjivalo ove metode tijekom liječenja. Najčešće korištene metode bile su biljni pripravci, vitaminski dodaci i duhovne terapije, pri čemu su glavni motivi uključivali jačanje imunološkog sustava, poboljšanje fizičkog zdravlja i ublažavanje nuspojava kemoterapije. Unatoč širokoj primjeni KAM-a, tek 35,6% pacijenata informiralo je liječnike, dok je još manji udio (16,7%) razgovarao s medicinskim sestrama. Kao glavni razlozi za neobavješćavanje navode se izostanak interesa ili pitanja od strane zdravstvenih djelatnika te percipirani negativan stav prema KAM-u [81].

Istraživanje, također provedeno na Klinici za tumore u Zagrebu 2012. obuhvatilo je 20 ispitanika, pri čemu je 85% pacijenata koristilo KAM metode dijetoterapije u liječenju svoje bolesti. Specifične prehrambene prilagodbe primjenjivalo je 65% pacijenata, što je uključivalo povećan unos voća, povrća i žitarica, konzumaciju svježih iscijeđenih sokova te bobičastog voća, uz istovremeno smanjenje unosa šećera i bijelog brašna. Među najčešće korištenim metodama bile su biljni čajevi (47,1%), dok se kao najpopularniji oblik prehrambenih promjena ističe povećan unos voća, povrća i žitarica (61,5%) [82].

Analiza informiranosti i korištenja KAM-a među onkološkim pacijentima u Hrvatskoj provedena je putem online upitnika u razdoblju od listopada 2022. do svibnja 2023. godine. U istraživanju je sudjelovalo 410 ispitanika, većinom iz sjevernog dijela Hrvatske. Rezultati su pokazali visoku razinu informiranosti o komplementarnim metodama, iako je dio ispitanika naveo da nikada nije čuo za ove pristupe. Među najčešće korištenim metodama istaknule su se prirodne terapije, poput fitoterapije, dok su duhovne metode bile rjeđe zastupljene. Unatoč

raširenosti primjene, 53,2% ispitanika nije informiralo nikoga o korištenju KAM-a, što ukazuje na prisutnost barijera u komunikaciji između pacijenata i zdravstvenih djelatnika. Mogući razlozi uključuju strah od nerazumijevanja ili osude zbog primjene metoda koje nisu dio konvencionalne medicine [80].

Pregled korištenja KAM-a među onkološkim pacijentima u KBC Split pokazao je da 36% ispitanika primjenjuje komplementarne metode, dok je njih 54,6% navelo korištenje određenih pripravaka ili terapija. U istraživanju je sudjelovalo 200 pacijenata, a najčešće korištene metode bile su molitva (65,7%), vitamini i minerali (62,9%) te biljni pripravci (55,7%). Većina pacijenata započela je s korištenjem KAM-a odmah nakon postavljanja dijagnoze (44,4%), pri čemu su glavni motivi uključivali očekivanje povećanja imuniteta (75%) i smanjenja nuspojava liječenja. Komunikacija s liječnicima i medicinskim sestrama o korištenju KAM-a bila je ograničena, odnosno 50% pacijenata nije informiralo svog onkologa, dok 87,1% nije razgovaralo s medicinskom sestrom. Najčešći razlog za to bio je izostanak inicijative od strane zdravstvenih djelatnika, što je navelo 85,7% ispitanika. Kada su pacijenti govorili o korištenju KAM-a, 49,3% zdravstvenih djelatnika ostalo je suzdržano, dok je 46,7% pacijenata navelo da su dobili podršku i razumijevanje [83].

Prikazani podaci ukazuju na proširenu primjenu KAM-a među onkološkim pacijentima u Hrvatskoj, pri čemu su najčešće korištene metode fitoterapija, vitamini i minerali te duhovne prakse. Pacijenti ih primjenjuju prvenstveno radi jačanja imunološkog sustava, smanjenja nuspojava onkološkog liječenja i poboljšanja općeg zdravlja. Međutim, postoje razlike u razini informiranosti i komunikacije s liječnicima o korištenju KAM-a, što ukazuje na potrebu za boljim razumijevanjem ovih metoda i njihovom integracijom u zdravstvenu skrb.

1.4. Uvjerenja u učinkovitost KAM-a

U Europi i Sjevernoj Americi, popularnost KAM-a djelomično se može objasniti širim društvenim trendovima koji naglašavaju holistički pristup zdravlju, kritiku farmaceutske industrije i sve veći interes za personaliziranu medicinu. Istraživanja pokazuju da su zagovornici KAM-a često skloniji općem nepovjerenju u institucije, uključujući medicinski sustav, te preferiraju alternativne izvore informacija, poput internetskih foruma i neslužbenih zajednica podrške bez sigurnih dokaza o učinkovitosti [84].

U suvremenoj medicini učinkovitost terapijskih metoda temelji se na znanstvenim dokazima,

čime se osigurava njihova sigurnost i klinička opravdanost. Klinička praksa utemeljena na dokazima (engl. Evidence-Based Clinical Practice – EBCP) sustavni je i dinamičan pristup donošenju odluka u zdravstvu, koji kombinira najbolje dostupne znanstvene dokaze i vrijednosne stavove i izbore pacijenta. Cilj ovog pristupa je integrirati visokokvalitetne podatke iz istraživanja u kliničku praksu, čime se poboljšavaju ishodi zdravstvene zaštite i osigurava skrb prilagođena individualnim potrebama pacijenata. EBCP omogućuje donošenje odluka temeljenih na činjenicama, promiče transparentnost u medicini i podržava kontinuirano unaprjeđenje kvalitete zdravstvenih usluga [85].

Jedan od ključnih principa EBCP-a jest integracija triju komponenata: istraživačkih dokaza, kliničke stručnosti i vrijednosti pacijenata. Ova tri elementa međusobno se nadopunjuju, stvarajući okvir koji omogućuje donošenje informiranih odluka koje uzimaju u obzir ne samo najnovije znanstvene spoznaje, već i specifične preferencije pacijenata. Implementacija EBCP-a oslanja se na PICO model (engl. Population, Intervention, Comparison, Outcome – populacija, intervencija, usporedba i ishod), koji omogućava zdravstvenim radnicima da formuliraju jasna i precizna klinička pitanja, analiziraju dostupne dokaze i primijene ih u kliničkoj praksi. Također, razvoj smjernica kliničke prakse, temeljenih na sustavnim pregledima istraživanja, omogućava donošenje jasnih preporuka koje uravnotežuju koristi i potencijalne rizike određenih intervencija [85].

Iako su pojedine KAM metode, poput akupunkture, dobile određenu empirijsku podršku, mnoge druge još uvijek nisu sustavno istražene ili im nedostaje čvrsta znanstvena potvrda [86]. Unatoč tome, percepcija i uvjerenje u učinkovitost KAM-a često nadilaze znanstvene dokaze, oslanjajući se na kulturne tradicije, osobna iskustva i povjerenje pacijenata u holističke pristupe zdravlju [84].

Procjena učinkovitosti KAM-a otežana je metodološkim izazovima koji se javljaju zbog nedostatka standardizacije i varijabilnosti terapijskih pristupa. Dok su konvencionalni medicinski tretmani precizno definirani i testirani kroz randomizirane kontrolirane studije (eng. Randomised Control Trial), mnoge KAM metode karakterizira individualizirani pristup koji otežava znanstvenu evaluaciju. Na primjer, učinak biljnih pripravaka može varirati ovisno o sastavu, doziranju i načinu primjene, dok tehnike poput akupunkture i homeopatije imaju različite interpretacije i prakse u različitim kulturama. Ovi faktori čine objektivnu analizu učinkovitosti KAM-a složenijom i manje jednoznačnom [54].

Akupunktura, primjerice, ima određenu znanstvenu potporu, pri čemu su randomizirane kontrolirane studije pokazale njezinu učinkovitost u liječenju kronične boli, migrene i

osteoartritisa [87]. Nasuprot tome, brojni biljni pripravci još uvijek nisu prošli znanstveno utemeljena klinička ispitivanja u dovoljnom broju i kvaliteti da bi se mogla potvrditi njihova sigurnost i terapijska učinkovitost. Problem dodatno otežava činjenica da biljni lijekovi često sadrže više aktivnih sastojaka, što otežava određivanje njihovog točnog farmakološkog učinka [54].

Meditacija i joga, iako sve više prepoznate zbog pozitivnog učinka na mentalno zdravlje, također su predmet znanstvene rasprave. Sustavni pregledi upućuju da ove prakse mogu smanjiti stres, anksioznost i depresiju, ali metodološke razlike u istraživanjima smanjuju mogućnost donošenja jednoznačnih zaključaka. Primjerice, istraživanja ukazuju na mogućnost epigenetskih promjena povezanih s meditacijom, poput smanjenja aktivnosti gena povezanih s upalnim procesima, no potrebna su dodatna longitudinalna istraživanja kako bi se potvrdila njihova dugoročna učinkovitost [88].

Osim toga, izazovi u znanstvenoj procjeni KAM-a proizlaze iz same raznolikosti i individualiziranog pristupa ovim terapijama. Tradicionalne medicinske metode, poput ajurvede i homeopatije, često su holističke i prilagođene pojedincu, što otežava njihovu standardizaciju i usporedivost rezultata. Sustavni pregledi i metaanalize ključni su alati za procjenu učinkovitosti terapija, no primjena ovih metoda na KAM često je otežana nedostatkom homogenih podataka i neujednačenim definiranjem terapijskih protokola [89]. SZO naglašava važnost razvoja metodoloških pristupa koji će omogućiti rigorozniju evaluaciju KAM praksi, uključujući suradnju između istraživača, terapeuta i regulatornih tijela. Napredak u ovom području mogao bi omogućiti bolju integraciju KAM-a u zdravstvene sustave, čime bi se pacijentima osigurao sigurniji i znanstveno utemeljen pristup alternativnim terapijama [54].

Ovaj nesrazmjer između znanstvenih dokaza i subjektivnog uvjerenja u učinkovitost KAM-a upućuje na potrebu za dubljom analizom čimbenika koji oblikuju percepciju pacijenata o ovim metodama. Stoga je ključno ispitati kako različiti psihološki, kulturni i društveni faktori utječu na uvjerenje u KAM te kako se ono može integrirati unutar znanstveno utemeljene zdravstvene skrbi. Uvjerenje u učinkovitost KAM-a oblikovano je složenom interakcijom kognitivnih, emocionalnih i društvenih čimbenika, koji često nadilaze znanstvene dokaze. Istraživanja sugeriraju da su pojedinci koji preferiraju KAM skloniji intuitivnom načinu razmišljanja, što može dovesti do određenih kognitivnih pristranosti koje utječu na procjenu učinkovitosti ovih metoda [84].

Kognitivni čimbenici igraju ključnu ulogu u percepciji KAM-a. Osobe sklone intuitivnom

razmišljanju češće donose zaključke na temelju subjektivnih dojmova i osobnih anegdota, umjesto analitičke evaluacije znanstvenih dokaza. Ova sklonost može rezultirati potvrđujućom pristranošću (eng. confirmation bias), pri čemu pojedinci selektivno prihvaćaju informacije koje podržavaju njihova uvjerenja o KAM-u, dok istovremeno ignoriraju suprotne dokaze [84]. Još jedna česta pristranost u percepciji KAM-a jest iluzija kontrole – tendencija pojedinaca da vjeruju kako mogu osobno utjecati na tijek bolesti odabirom alternativnih terapija, čak i kada objektivni dokazi ne podržavaju takve tvrdnje. Ova potreba za kontrolom posebno je izražena kod pacijenata s kroničnim bolestima, gdje konvencionalne terapije često uključuju dugotrajne i neizvjesne procese liječenja [90].

Osim kognitivnih čimbenika, emocionalne potrebe igraju važnu ulogu u percepciji KAM-a. Strah od nuspojava konvencionalne terapije i općenita zabrinutost zbog medicinskog sustava potiču pacijente da se okreću KAM-u kao "prirodnijem" i "manje invazivnom" obliku liječenja. Ova percepcija često proizlazi iz pristranosti prema prirodnom (eng. naturalistic fallacy), prema kojoj se prirodni proizvodi doživljavaju kao inherentno sigurniji i zdraviji, unatoč činjenici da biljni pripravci mogu imati snažne farmakološke učinke i potencijalne interakcije s lijekovima [84]. Osim toga, KAM se često koristi kao oblik emocionalne podrške i suočavanja s bolešću. Istraživanja pokazuju da pacijenti s dijagnozom teških bolesti, poput raka, KAM često doživljavaju kao dodatni alat za psihološku stabilnost, smanjenje stresa i jačanje osjećaja kontrole nad vlastitim zdravljem [88].

Kulturni čimbenici također oblikuju percepciju KAM-a. U društvima s dugom tradicijom korištenja prirodnih terapija, poput Pakistana ili Indije, KAM nije samo alternativa konvencionalnoj medicini, već i sastavni dio kulturnog identiteta. Istraživanja pokazuju da u takvim regijama uvjerenje u učinkovitost KAM-a nije nužno povezano sa znanstvenim dokazima, već s kulturnim naslijeđem i obiteljskim iskustvima [90].

Ova kombinacija kognitivnih pristranosti, emocionalnih potreba i društvenih uvjerenja može objasniti zašto pacijenti nastavljaju koristiti KAM čak i kada znanstveni dokazi ne podržavaju njezinu učinkovitost. Proučavanje ovih čimbenika ključno je za razvoj strategija koje mogu poboljšati komunikaciju između pacijenata i zdravstvenih radnika te osigurati informirano donošenje odluka o liječenju.

1.4.1. Prirodne metode KAM-a

Prirodne metode unutar KAM-a obuhvaćaju niz terapijskih pristupa koji se temelje na

prirodnim tvarima i tradicionalnim medicinskim sustavima. Ove metode uključuju primjenu ljekovitog bilja, homeopatije, ayurvede, aromaterapije, apiterapije i naturopatije. Njihova popularnost proizlazi iz percepcije da nude "prirodniji" pristup liječenju te da mogu djelovati kao podrška konvencionalnoj medicini, posebice u ublažavanju simptoma i poboljšanju kvalitete života pacijenata [91].

Iako su mnoge od ovih metoda duboko ukorijenjene u povijesti i imaju dugu tradiciju primjene u različitim kulturama, njihov znanstveni status varira. Fitoterapija i pojedini biljni pripravci imaju relativno snažnu empirijsku potporu, dok su druge metode, poput homeopatije i aromaterapije, i dalje predmet znanstvenih rasprava zbog nedostatka visokokvalitetnih kliničkih istraživanja koje bi potvrdile njihovu učinkovitost [92]. Unatoč tome, značajan broj pacijenata, osobito onih s kroničnim bolestima, poseže za prirodnim terapijama u nastojanju da poboljša svoje zdravstveno stanje ili ublaži nuspojave konvencionalnog liječenja.

Ljekovito bilje predstavlja jednu od najstarijih i najčešće korištenih prirodnih metoda unutar KAM-a [93], naročito među oboljelima od raka, čija se upotreba pojačava nakon postavljanja dijagnoze [2, 94-96]. Upotreba biljnih pripravaka prisutna je u gotovo svim medicinskim tradicijama, od tradicionalne kineske medicine i ayurvede do europske fitoterapije. SZO procjenjuje da se dvije trećine svjetske populacije oslanja na biljne lijekove kao primarni oblik zdravstvene skrbi [91, 93].

Fitoterapija, kao disciplina koja proučava i primjenjuje ljekovito bilje u terapijske svrhe, uključuje upotrebu cijelih biljaka, njihovih dijelova ili ekstrakata za prevenciju i tretiranje bolesti. Prema dostupnim podacima, trenutno je poznato oko milijun biljnih vrsta, od kojih se procjenjuje da je 20.000 ljekovito, dok je svega 1.100 detaljno istraženo i dokumentirano u farmakološkoj literaturi [97]. Suvremena istraživanja potvrdila su farmakološku aktivnost mnogih biljaka koje se tradicionalno koriste u liječenju različitih stanja, uključujući protuupalna, antimikrobna, imunomodulatorna i antioksidativna svojstva [92].

Neke od najčešće korištene biljne vrste u fitoterapiji uključuju:

- Kamilica (lat. *Matricaria chamomilla*) je ljekovita biljka poznata po svojim protuupalnim i antioksidativnim svojstvima. U tradicionalnoj medicini primjenjuje se za liječenje rana, čireva, ekcema, gihta, iritacija kože, opekline, neuralgija i reumatskih bolova. [99]. Protuupalni učinci kamilice povezani su s prisutnošću flavonoida i eteričnih ulja, posebice alfa-bisabolola i kamazulena, koji prodiru u dublje slojeve kože i smanjuju upalne procese [99]. Njezino djelovanje uključuje inhibiciju enzima

ciklooksigenaze-2 (COX-2), koji je odgovoran za upalne reakcije, ali bez utjecaja na konstitutivni oblik enzima COX-1, što doprinosi njezinoj sigurnosti [100]. Osim protuupalnih učinaka, istraživanja sugeriraju da apigenin, bioaktivna komponenta kamilice, pokazuje potencijalnu antitumorsku aktivnost, posebice kod karcinoma kože, prostate, dojke i jajnika [101-104]. Klinička ispitivanja su pokazala da kombinacija ekstrakta jabuke i kamilice može skratiti trajanje proljeva kod djece te smanjiti simptome infantilne kolike, pri čemu su rezultati bolji od placeba [105, 106].

- Ginseng obuhvaća dvije najčešće korištene vrste – azijski (lat. *Panax ginseng*) i američki ginseng (lat. *Panax quinquefolius*), koji se u komplementarnoj medicini koriste kao adaptogeni, pomažući organizmu u prilagodbi na stres. Njegovi aktivni spojevi, ginsenosidi, pokazuju protuupalne i kardioprotektivne učinke [107,108]. Ginseng se najčešće koristi za smanjenje umora, a neka istraživanja sugeriraju njegov potencijal u ublažavanju umora povezanog s karcinomom [107]. Uobičajene doze su sigurne, no visoke doze mogu uzrokovati nesanicu i povišeni krvni tlak [109].
- Kurkuma (lat. *Curcuma longa*) – bogata je kurkuminom, spojevima s dokazanom protuupalnom i antioksidativnom aktivnošću. Kurkumin neutralizira slobodne radikale, inhibira upalne medijatore i smanjuje oksidativni stres, što je ključno u kontroli kroničnih upalnih bolesti. Osim toga, istraživanja su pokazala njegov antitumorski potencijal, uključujući inhibiciju rasta tumorskih stanica, induciranje apoptoze te povećanje osjetljivosti tumora na kemoterapiju i radioterapiju [110, 111].
- Ginko (lat. *Ginkgo biloba*) – bogat flavonoidima i terpenoidima, koristi se za poboljšanje cirkulacije i kognitivnih funkcija. Istraživanja pokazuju njegov potencijalni antikancerogeni učinak putem inhibicije rasta tumorskih stanica, indukcije apoptoze i smanjenja angiogeneze [112]. Standardizirani ekstrakt EGb761 pokazao je inhibiciju migracije i invazije tumorskih stanica putem regulacije signalnih puteva [113].
- Ehinaceja (lat. *Echinacea spp.*) – sadrži polifenole i alkamide, spojeve koji doprinose njenim antivirusnim, protuupalnim i analgetskim svojstvima. Studije sugeriraju da ekstrakti *E. purpurea* sadrže bioaktivne tvari s potencijalnim antivirusnim učinkom, dok *E. sanguinea* pokazuje najjače protuupalno djelovanje. Alkamidi iz alkoholnih ekstrakata korijena identificirani su kao agonisti TRPV1 receptora, ključnog za regulaciju boli i upale, što ukazuje na mogućnost primjene Echinacee u analgeziji i imunomodulaciji [114].

Unatoč širokoj primjeni fitoterapije, znanstvena istraživanja upozoravaju na moguće interakcije biljnih pripravaka s konvencionalnim lijekovima, što može dovesti do promjena u

farmakokinetici i farmakodinamici lijekova. Na primjer, gospina trava (lat. *Hypericum perforatum*) može smanjiti učinkovitost oralnih kontraceptiva i antikoagulansa zbog indukcije enzima citokroma P450 [115]. Regulacija i klinička evaluacija biljnih pripravaka ključni su koraci u osiguravanju njihove sigurnosti, kvalitete i učinkovitosti. Zbog varijabilnosti sastava, načina primjene i potencijalnih interakcija s konvencionalnim lijekovima, njihova standardizacija ostaje izazov, stoga SZO naglašava potrebu za razvojem znanstveno utemeljenih fitoterapijskih smjernica koje bi omogućile njihovu sigurnu integraciju u zdravstvene sustave te pružile jasne kriterije za njihovu procjenu i primjenu [54].

Među oko milijun poznatih vrsta biljaka [97], procjenjuje se da je 20,000 ljekovitih, dok je samo 1,100 od tih temeljito istraženo. Otprilike 250 vrsta biljaka farmaceuti koriste u proizvodnji suvremenih lijekova zbog njihovih jedinstvenih biološki aktivnih tvari. SZO, zajedno s farmaceutskom, prehrambenom i kozmetičkom industrijom, intenzivira napore usmjerene na istraživanje ljekovitih svojstava biljaka i povećava investicije u istraživanja u tom području [93].

Fitoterapija je oblik liječenja koji se temelji na primjeni cijelih biljaka, njihovih dijelova ili pripravaka dobivenih iz biljaka, a polazi od saznanja da biljni spojevi mogu imati terapijski učinak u prevenciji, liječenju i ublažavanju simptoma različitih bolesti [97]. Biljna terapija često se koristi za jačanje imunološkog sustava i podizanje opće razine energije organizma. Zbog sinergijskog djelovanja aktivnih i pomoćnih sastojaka, biljni pripravci pružaju širok spektar terapijskih učinaka te se mogu koristiti u različitim farmaceutskim oblicima. Za vanjsku primjenu najčešće se pripremaju inhalacije, oblozi, kupke, kreme, losioni i topli melemi, dok se za oralnu upotrebu koriste biljni čajevi, sirupi, tinkture i ljekovita vina (lat. *vina medicata*) [93, 116, 117].

Homeopatija je terapijska metoda nastala krajem XVIII. stoljeća u Njemačkoj, koju je utemeljio Samuel Hahnemann. Temelji se na principu *similia similibus curentur* (slično se liječi sličnim), prema kojem tvari koje u visokim dozama izazivaju određene simptome kod zdravih osoba mogu, kada su ekstremno razrijeđene, potaknuti organizam na samoizlječenje kod bolesnika sa sličnim simptomima. Homeopatski pripravci pripremaju se serijama uzastopnih razrjeđenja i snažnim protresanjem (potenciranje), pri čemu se vjeruje da se terapijska svojstva supstance pojačavaju, čak i kada u konačnom pripravku više nije prisutna nijedna molekula izvornog spoja [118].

Unatoč dugoj tradiciji, znanstvena zajednica ostaje većinom skeptična oko učinkovitosti

homeopatije. Meta-analize i sustavni pregledi istraživanja dosljedno pokazuju da homeopatski pripravci nisu učinkovitiji od placeba u liječenju većine medicinskih stanja [119]. Međutim, homeopatija i dalje ima široku primjenu, osobito u Europi i Indiji, gdje je integrirana u određene zdravstvene sustave. Agencija za hranu i lijekove (eng. Food and Drug Administration) regulira homeopatske proizvode u Sjedinjenim Američkim Državama, ali oni ne podliježu istim rigoroznim zahtjevima kao konvencionalni lijekovi, uključujući provjeru identiteta i koncentracije aktivnih sastojaka [120].

Iako je skeptičnost prema homeopatiji prisutna u akademskim i medicinskim krugovima, određena istraživanja upitne kvalitete sugeriraju da bi mogla imati subjektivne koristi u upravljanju kroničnim bolestima poput fibromialgije, gdje konvencionalne terapijske opcije ponekad nisu dostatne [119].

Ayurveda je jedan od najstarijih poznatih medicinskih sustava, čiji se temelji nalaze u Vedama, drevnim indijskim spisima. Kao holistički pristup zdravlju, Ayurveda naglašava ravnotežu između triju osnovnih tjelesnih energija – dosha (vata, pitta, kapha) – te važnost pravilne prehrane, biljne terapije i mentalne stabilnosti u održavanju zdravlja [121]. Prema suvremenim znanstvenim istraživanjima, Ayurveda pruža vrijedne uvide u međusobnu povezanost tijela, uma, društvenih faktora i okoliša, naglašavajući individualizirani pristup zdravstvenoj skrbi. Njeni terapijski principi, uključujući Prakriti (konstitucijski čimbenici), Tridosha (fiziološki aspekti tijela) i Agni (probavna vatra), koriste se u liječenju raznih kroničnih bolesti, poput dijabetesa, hipertenzije i mišićno-koštanih poremećaja [122-124]. Međutim, znanstvena potvrda mnogih Ayurvedskih tretmana varira, pri čemu su metodološke razlike u istraživanjima, neujednačena standardizacija pripravaka i individualizirani pristup pacijentima glavni izazovi u evaluaciji Ayurvede u kontekstu moderne medicine [125].

Aromaterapija je komplementarna praksa koja koristi eterična ulja ekstrahirana iz biljaka za promicanje fizičke i emocionalne dobrobiti. Primjenjuje se putem inhalacije ili topičke apsorpcije, pri čemu mirisne molekule putem njušnog puta djeluju na limbički sustav mozga, povezan s emocijama i stresom [126]. Kliničke studije ukazuju na potencijal aromaterapije u smanjenju anksioznosti, poboljšanju sna i olakšavanju simptoma povezanih s kroničnim bolestima, uključujući onkološke pacijente [127, 128]. Sustavni pregledi ukazuju na ograničene dokaze o njenoj učinkovitosti, no pojedine studije sugeriraju da udisanje visoko koncentriranih hlapljivih spojeva eteričnih ulja može imati značajne fiziološke učinke, uključujući kardiovaskularne i endokrine promjene, bez nuspojava [129]. Međutim, metodološka ograničenja mnogih istraživanja onemogućuju donošenje čvrstih zaključaka o njezinoj stvarnoj

terapijskoj vrijednosti [130-132].

Apiterapija predstavlja terapijski pristup koji uključuje primjenu pčelinjih proizvoda poput meda, propolisa, matične mliječi, pčelinjeg voska i pčelinjeg otrova u svrhu očuvanja zdravlja i liječenja različitih bolesti. Ova metoda ima dugu povijest primjene u tradicionalnoj medicini, dok suvremena istraživanja sve više potvrđuju njene potencijalne kliničke koristi, osobito u području imunomodulacije, neuroprotekcije i onkološke potpore [133].

Propolis, smolasta tvar koju pčele koriste za zaštitu košnice, pokazuje izražene antimikrobne i antioksidativne učinke. Njegova primjena u stomatologiji i onkologiji intenzivno se istražuje zbog potencijalne uloge u prevenciji oralnih karcinoma te smanjenju upalnih procesa u usnoj šupljini [134]. Med i matična mliječ prepoznati su po svojim imunomodulacijskim svojstvima, a matična mliječ u pojedinim studijama pokazuje sposobnost modulacije citokinske aktivnosti i poticanja regenerativnih procesa. Pčelinji otrov sadrži bioaktivne peptide poput melitina, koji pokazuje protuupalna i potencijalno antikancerogena svojstva. In vitro istraživanja ukazuju na njegov učinak u inhibiciji rasta tumorskih stanica te modulaciji imunološkog odgovora [135].

U kliničkom kontekstu istražuju se učinci apiterapije u različitim granama medicine [136, 137], a pri njezinoj primjeni preporučuje se provođenje alergološkog testiranja kako bi se smanjio rizik od nuspojava [138, 139].

Naturopatija je sustav zdravstvene skrbi koji se temelji na integraciji prirodnih metoda liječenja i poticanju inherentne sposobnosti tijela za samoizlječenje. Ovaj pristup obuhvaća individualiziranu skrb usmjerenu na prevenciju bolesti i optimizaciju zdravlja, naglašavajući ravnotežu između fizioloških, emocionalnih i okolišnih čimbenika zdravlja [140]. Naturopatska medicina koristi širok raspon metoda, uključujući fitoterapiju, prehrambene intervencije, hidroterapiju, akupunkтуру i tehnike upravljanja stresom [141].

Jedno od temeljnih načela naturopatije jest identifikacija i tretiranje uzroka bolesti, a ne samo upravljanje simptomima. Na taj način, pristup se razlikuje od konvencionalne medicine, koja se primarno fokusira na farmakološke i kirurške intervencije [142]. Naturopatske intervencije često su minimalno invazivne i temelje se na dokazima koji podupiru njihovu učinkovitost u različitim područjima, uključujući upravljanje kroničnim bolestima poput metaboličkog sindroma, dijabetesa i kardiovaskularnih bolesti [143], a uz terapijske modalitete, naturopatija uključuje edukaciju pacijenata o značaju zdravog načina života, prehrane i mentalne dobrobiti, čime se potiče dugoročno očuvanje zdravlja [144].

Medicinska marihuana odnosi se na upotrebu kanabisa (lat. *Cannabis sativa* L.) i njezinih bioaktivnih spojeva, kanabinoida, u terapijske svrhe. Kanabinoidi mogu biti prirodno prisutni u biljci kanabisa ili sintetizirani u laboratoriju, pri čemu su najvažniji spojevi delta-9-tetrahidrokanabinol (THC) i kanabidiol (CBD). THC je primarni psihoaktivni spoj odgovoran za euforične učinke, dok CBD ne pokazuje psihoaktivna svojstva, ali posjeduje potencijalne protuupalne, anksiolitičke i neuroprotektivne učinke [145]. Osim ovih glavnih spojeva, kanabis sadrži više od 100 različitih fitokanabinoida s različitim biološkim učincima, uključujući kanabinol (CBN), kanabigerol (CBG) i kanabikromen (CBC) [146].

Istraživanja su pokazala da medicinska primjena kanabinoida može biti učinkovita u liječenju različitih stanja, uključujući kroničnu bol, spastičnost kod multiple skleroze, mučninu i povraćanje povezano s kemoterapijom te epileptičke napadaje [147]. FDA je 2018. godine odobrila lijek Epidiolex (CBD) za liječenje rijetkih oblika epilepsije, dok su sintetizirani THC pripravci poput dronabinola i nabilona odobreni za ublažavanje mučnine kod pacijenata na kemoterapiji [148]. Osim toga, postoji rastući interes za potencijalne antitumorske učinke kanabinoida, no potrebna su daljnja klinička istraživanja kako bi se potvrdili ti nalazi [149].

Na međunarodnoj razini regulacija se provodi pod okriljem Ujedinjenih naroda (UN), no nacionalni zakoni često odražavaju specifične kulturne i političke pristupe prema kanabisu [150]. U Hrvatskoj je medicinska marihuana legalizirana 2015. godine za pacijente s određenim medicinskim indikacijama, uključujući bolove povezane s malignim bolestima, spastičnost kod multiple skleroze, epilepsiju otpornu na konvencionalno liječenje te anoreksiju povezanu s HIV/AIDS-om [151].

1.4.2. Energetske metode

Energetske metode unutar KAM-a temelje se na konceptu da biološke sustave karakteriziraju određena energetska polja koja mogu biti modificirana kako bi se postiglo terapijsko djelovanje. Ove metode uključuju tradicionalne prakse poput masaže, osteopatije i kiropraktike, kao i prakse temeljene na konceptima bioenergetskih polja, poput reikija i bioenergije. Dok su neke od ovih metoda predmet znanstvenih istraživanja i kliničkih ispitivanja, druge se temelje na teorijama koje nisu potvrđene unutar konvencionalne biomedicine [152].

Masažne tehnike su integrirane u mnoge zdravstvene sustave kao dopunska terapija i koristi se u svrhu smanjenja boli, poboljšanja cirkulacije i opuštanja mišićno-koštanog sustava. Kliničke studije potvrđuju da masaža može smanjiti razine kortizola, poboljšati mikrocirkulaciju te

smanjiti percepciju boli kod određenih muskuloskeletnih tegoba [153]. Mehanički učinci masaže uključuju poboljšanje venske cirkulacije, uklanjanje metaboličkih nusproizvoda i smanjenje mišićne napetosti, dok refleksni učinci uključuju aktivaciju parasimpatičkog živčanog sustava, što dovodi do opće relaksacije. Prema *Mayo Clinic*, masaža se preporučuje kao komplementarna terapija kod bolova u donjem dijelu leđa, glavobolja i anksioznosti, ali nije zamjena za medicinsko liječenje [154].

Kiropraktika i osteopatija dio su reguliranih manualnih terapija koje se primjenjuju u brojnim zemljama. Kiropraktika se prvenstveno usredotočuje na dijagnostiku i tretman poremećaja mišićno-koštanog sustava, osobito kralježnice, te njihov utjecaj na živčani sustav. Meta-analize pokazuju da kiropraktička manipulacija može biti učinkovita u tretmanu nespecifičnih križobolja i vratobolja, ali su dokazi za druge indikacije manje uvjerljivi [155].

S druge strane, osteopatija, obuhvaća širi spektar manualnih tehnika koje uključuju mobilizaciju zglobova, miofascijalno opuštanje i manipulativnu terapiju. Prema Nacionalnom institutu za zdravlje i kliničku izvrsnost (NICE), osteopatija može biti korisna u tretmanu bolova u donjem dijelu leđa i osteoartritisa kuka i koljena, ali su potrebna dodatna istraživanja za ostale indikacije [156].

Bioenergija je

„hipotetsko energetska zračenje za koje se tvrdi da ima različite, uglavnom terapijske, učinke. Bioenergija je derivat terapije W. Reicha, koja se osniva na orgastičkom potencijalu. Liječenje se temelji na energetskom odnosu tijela prema Zemlji. Rjeđe se provodi riječima, a češće različitim oblicima dodira. Postoji skupni i individualni oblik liječenja. Bioenergija pripada alternativnoj medicini i paranormalnim pojavama“ [157].

Temeljena na hipotezi da ljudsko tijelo emitira energetska polja koje se može modulirati u svrhu liječenja, teorija nema znanstveno potvrđenu biološku osnovu, ali su pojedine studije ispitivale učinke bioenergetskih tretmana na subjektivnu percepciju boli i stresa. Međutim, pregled literature ukazuje da rezultati nisu konzistentni i da placebo efekt može igrati značajnu ulogu [15].

Reiki je tehnika koja se temelji na ideji da praktičar prenosi "univerzalnu životnu energiju" kroz dlanove na primatelja. Dok zagovornici reikija tvrde da ova praksa može smanjiti stres, poboljšati emocionalno stanje i potaknuti proces samoizlječenja, sustavne analize nisu potvrdile

njegovu učinkovitost izvan placebo efekta [15].

Meditacija se definira kao tehnika svjesnog usmjeravanja pažnje koja može smanjiti stres, poboljšati emocionalnu regulaciju i utjecati na neuroplastičnost mozga [158]. Istraživanja pokazuju da mindfulness meditacija može smanjiti simptome anksioznosti i depresije, kao i poboljšati kvalitetu sna [159]. Prema enciklopediji, meditacija (lat. *meditatio*) je

„razmišljanje, misaono razmatranje. U mnogim religijama i kulturama, unutarnja molitva u kojoj se čovjek sustavno i metodički usredotočuje na vrhunaravne stvari. U kršćanskoj duhovnosti, stupanj koji prethodi kontemplaciji. Molitelj se svjesno stavlja u Božju prisutnost u stavu vjere, klanjanja i predanosti radi interioriziranja osnovnih vjerskih i duhovnih načela. Poticaj je ili polazište meditacije Biblija ili neki duhovni tekst; ona je protuteža i dopuna akciji. U istočnim religijama označava tjelesne i duhovne vježbe koje omogućuju spoznaju biti stvari; postoje posebne metode (yoga, autogeni trening, transcendentalna meditacija). Općenito označava pasivne, isključivo misaone, jednostrano duhovne djelatnosti, suprotstavljene svemu aktivno-praktičnomu. – Meditacija je sastavni dio svakodnevne mnogih alternativnih grupa, osobito na Zapadu (New Age), pri čem se ne oslanja samo na kršćansku tradiciju nego i na meditacijske impulse i tehnike istočnih kulturâ (zen)“ [160].

Joga kombinira tjelesne vježbe, tehnike disanja i meditaciju, a studije potvrđuju da može smanjiti upalne markere, poboljšati fleksibilnost i pridonijeti mentalnom blagostanju [15]. Hrvatska enciklopedija definira jogu (sanskrt.: *sprega, stega, prema yuj: ujarmiti, spregnuti*) kao

„jedan od šest sustava brahmanističke filozofije (daršana); filozofsko-religijski meditacijski sustav u Indiji. Svrha je yoge oslobođenje iz kruga života i bola, postizanjem stanja čiste svijesti; bliska je filozofskom sustavu sāmkhya, od kojega se razlikuje priznanjem osobnoga Boga (īśvara). Težište je yoge u sustavnim vježbama tijela i svijesti, kojima se postiže potpuna vlast nad tijelom i isključuje štetan utjecaj vanjskoga svijeta na duh, koji, oslobođen, postiže izravnu spoznaju i uvid u skrovitu narav čovjeka i svijeta ili mistično sjedinjenje s transcendentnim (mokṣa). Vježbe se sastoje od dugotrajna potiskivanja disanja i od posebnih načina udisanja i izdisanja (prāṇāyāma), koje su potanko propisane (npr. samo kroz lijevu ili desnu nosnicu). Uz to dolaze posebni položaji sjedenja (āsana) i položaj tijela, usredotočenje na blize predmete (npr. vrh nosa, pupak). Zadnji je stupanj tih napora potpuno zadubljenje i sabranost (samādhi) u kojem nestaje svaki subjektivni osjećaj. Vježbe vodi iskusni

učitelj, inače mogu biti opasne za zdravlje i psihološki integritet čovjeka. – Nije poznata starost yoge; spominje se tek u srednjim upanišadima; djelo uz koje se vezuje je → Patañjalijeva Yogasūtra (vjerojatno II. st. pr. Kr.). – Yogu su prihvatili budisti i jiniisti; oblik hatha-yoga raširen je u zapadnome svijetu (Europa, Sjeverna Amerika), a cilj je jačanje tjelesne snage i zdravlja“ [161].

Hipnoza je

„promijenjeno stanje svijesti slično snu, izazvano ponavljajućim izrekama ili kretnjama hipnotizera, u kojem osoba postaje potpuno usredotočena na hipnotizera i njegove sugestije. Sugestije hipnotizera mogu se ostvariti odmah ili naknadno (posthipnotički). Hipnotizirana se osoba najčešće uopće ili djelomično ne sjeća što je činila u hipnotiziranome stanju. Čini se da se ne mogu hipnotizirati osobe koje to ne žele, već samo one koje prema hipnozi i hipnotizeru imaju pozitivan odnos ili koje žele biti hipnotizirane. Hipnoza se koristi za ublažavanje kronične boli te za uklanjanje boli u zubarstvu, porodiljstvu, kao i kod nekih kirurških zahvata. Psiholozi nastoje s pomoću hipnoze smanjiti anksioznost ili strah te pomoći u smanjivanju prekomjerne tjelesne težine. Policija se gdjekad služi hipnozom kako bi potaknula dosjećanje svjedoka.“ [162].

Hipnoza je priznata kao učinkovit terapijski alat kroz brojna klinička istraživanja, a njezina primjena varira ovisno o specifičnim potrebama i ciljevima pojedinca, pri čemu se može provoditi samostalno ili kao dio šireg psihoterapijskog tretmana, uključujući kognitivno-bihevioralnu terapiju [15].

1.4.3. Duhovne metode

Duhovne metode liječenja obuhvaćaju različite pristupe koji integriraju duhovnost kao ključni element u promicanju zdravlja i dobrobiti. Ovi pristupi temelje se na pretpostavci da tjelesno, mentalno i duhovno zdravlje čine međusobno povezane aspekte ljudskog postojanja. Kao modalitet KAM-a, duhovne metode uključuju različite oblike duhovnog iscjeljenja, osobnu molitvu te zagovorničku molitvu za druge.

Duhovna iscjeljenja i duhovnost, obuhvaćaju širok spektar metoda koje se temelje na vjerovanju da duhovna dimenzija može utjecati na fizičko i emocionalno zdravlje. Povezanost duhovnosti i zdravlja bila je predmet istraživanja još od 19. stoljeća, kada je provedeno više od 250 empirijskih studija koje su analizirale ovu interakciju [163]. Moderna istraživanja

potvrđuju kako su duhovni aspekti povezani s boljim zdravstvenim ishodima u različitim područjima, uključujući srčano-žilne bolesti, imunološke poremećaje, mentalne bolesti te suočavanje s kroničnim bolestima poput multiple skleroze i malignih oboljenja [164, 165]. U kliničkoj praksi, integracija duhovnih aspekata u zdravstvenu skrb postala je predmet interesa mnogih institucija i istraživačkih centara [166].

Posebno je zanimljivo područje čudesnih ozdravljenja, koja se u mnogim religijama tumače kao rezultat božanske intervencije ili milosti. Unatoč skepticizmu medicinske i znanstvene zajednice, vjera u čuda ostaje snažno prisutna u zapadnim društvima – oko 70% populacije i dalje vjeruje u mogućnost nadnaravnog ozdravljenja [167]. Hodočasnička odredišta poznata po Marijanskim ukazanjima, poput Lourdesa u Francuskoj, Fatime u Portugalu ili Međugorja u Bosni i Hercegovini, stoljećima privlače milijune vjernika koji traže duhovnu obnovu i ozdravljenje [168]. Ovi fenomeni i dalje izazivaju interes znanstvene zajednice, a istraživanja nastoje utvrditi moguće fiziološke ili psihološke mehanizme koji bi mogli objasniti učinke duhovnog iscjeljenja.

Molitva za sebe u kršćanskoj tradiciji, osobito u katoličanstvu, smatra temeljnim duhovnim činom koji povezuje vjernike s Bogom, pri čemu se ozdravljenje često doživljava kao nadnaravna intervencija [166]. Kao osobni izraz vjere, molitva uključuje zahvalnost, traženje pomoći, pokajanje i duhovnu obnovu. Mnogi je smatraju ključnim alatom duhovnog iscjeljenja, jer donosi unutarnji mir, emocionalnu otpornost i jača sposobnost suočavanja s teškim životnim situacijama [169].

Znanstvena istraživanja pokazuju da molitva može imati pozitivan učinak na mentalno i fizičko zdravlje, smanjujući stres, poboljšavajući emocionalnu stabilnost i olakšavajući proces oporavka. Istraživanja su pokazala da redovita molitva može biti povezana s nižom razinom anksioznosti i depresije, poboljšanjem imunološkog odgovora i većom otpornošću na kronične bolesti [169]. Unatoč tome, u medicinskom kontekstu molitva se ne može promatrati kao zamjena za konvencionalne terapije, već kao komplementarna praksa koja može podržati pacijente u procesu ozdravljenja [170].

Zagovornička molitva za drugoga podrazumijeva čin molitve u korist druge osobe, često u situacijama bolesti ili osobnih poteškoća. Ova praksa prisutna je u mnogim religijskim tradicijama te se smatra izrazom suosjećanja i duhovne povezanosti [171]. Istraživanja pokazuju kako ljudi traže molitve od drugih u vremenima kriza ili nesigurnosti, što može imati emocionalne i psihološke koristi, uključujući osjećaj podrške i sigurnosti [172]. Nadalje,

religioznost se često povećava kao odgovor na velike katastrofe, što upućuje na važnost vjerskog angažmana kroz rituale poput molitve u pružanju podrške tijekom suočavanja s egzistencijalnim izazovima [173, 174]. U tom kontekstu, molitva za druge može se interpretirati kao način pružanja ne samo duhovne, već i emocionalne podrške [175].

1.5. Uloga Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) u implementaciji tradicionalne, komplementarne i alternativne medicine (TKAM)

Porast interesa za TKAM posljedica je različitih čimbenika, uključujući povećanje prevalencije kroničnih bolesti, nezadovoljstvo pacijenata isključivo konvencionalnim pristupima liječenju te interes za holističke metode koje obuhvaćaju tjelesne, mentalne i duhovne aspekte zdravlja. SZO je prepoznala važnost TKAM-a kao sastavnog dijela globalnog zdravlja i javnozdravstvenih strategija [176].

TKAM obuhvaća širok spektar praksi, uključujući tradicionalne medicinske sustave poput ajurvede, tradicionalne kineske medicine i afričke tradicionalne medicine, kao i različite komplementarne terapije poput akupunkture, fitoterapije, homeopatije i osteopatije. Iako su mnoge od ovih metoda stoljećima bile temelj zdravstvene skrbi u različitim kulturama, njihova integracija u suvremene zdravstvene sustave i dalje predstavlja izazov. Cilj SZO-a je osigurati siguran, učinkovit i znanstveno utemeljen pristup TKAM-u kroz izradu globalnih strategija, smjernica i regulatornih okvira koji omogućuju njegovu odgovornu primjenu [176].

Kako bi se postigla integracija TKAM-a u zdravstvene sustave, SZO je tijekom posljednjih nekoliko desetljeća razvila niz inicijativa, uključujući donošenje globalnih strategija i provođenje istraživanja o stanju TKAM-a u svijetu. Ključni koraci u ovom procesu uključuju Deklaraciju iz Alma-Ate (1978), globalno mapiranje TKAM-a (2005), izradu smjernica i globalnih strategija (2002, 2014-2023) te analizu izazova i budućih smjerova TKAM-a u okviru suvremenih zdravstvenih sustava [176].

Priznavanje tradicionalne medicine u globalnim zdravstvenim politikama započelo je 1978. godine usvajanjem Deklaracije iz Alma-Ate, koja je istaknula ključnu ulogu primarne zdravstvene zaštite u promicanju globalnog zdravlja. Deklaracija je naglasila potrebu za uključivanjem tradicionalne medicine u zdravstvene sustave, posebno u zemljama u razvoju, gdje milijuni ljudi ovise o ovim metodama kao primarnom obliku zdravstvene skrbi [176].

Deklaracija je postavila temelje za integraciju tradicionalne medicine u sustave primarne

zdravstvene zaštite kroz nekoliko ključnih načela:

- Priznavanje TKAM-a kao dijela nacionalnih zdravstvenih sustava – SZO je naglasila da su mnoge zemlje ovisne o tradicionalnoj medicini te da je potrebno razviti regulativne okvire kako bi se osigurala sigurnost i učinkovitost ovih metoda.
- Poticanje znanstvenog istraživanja TKAM-a – Pružanje znanstvenih dokaza o sigurnosti i učinkovitosti TKAM metoda trebalo bi omogućiti njihovu integraciju u službene zdravstvene politike.
- Obrazovanje i obuka zdravstvenih radnika – Deklaracija je istaknula potrebu za uključivanjem znanja o TKAM-u u akademske programe kako bi se liječnici i zdravstveni radnici educirali o potencijalnim koristima i ograničenjima ovih metoda [176].

Iako Deklaracija iz Alma-Ate nije odmah rezultirala konkretnim politikama u svim zemljama, ona je postavila temelj za kasnija istraživanja i strategije SZO-a, uključujući globalno mapiranje TKAM-a i donošenje regulatornih okvira.

Kako bi bolje razumjela stanje TKAM-a u svijetu, SZO je 2005. godine pokrenula globalno mapiranje tradicionalne, komplementarne i alternativne medicine. Ova inicijativa imala je za cilj pružiti uvid u: uporabu TKAM-a u različitim regijama svijeta, regulatorne okvire koji definiraju primjenu i nadzor TKAM terapija, dostupnost TKAM terapija kroz nacionalne zdravstvene sustave, te istraživačku infrastrukturu i edukacijske programe posvećene TKAM-u [176].

Izvješće je pokazalo da TKAM igra važnu ulogu u zdravstvenim sustavima mnogih zemalja, posebno u Aziji, Africi i Latinskoj Americi, gdje je djelomično integrirana u primarnu zdravstvenu skrb. Međutim, identificirane su i brojne prepreke, uključujući nedostatak regulacije, varijabilnu kvalitetu proizvoda i nedostatak znanstvenih istraživanja o sigurnosti i učinkovitosti. Rezultati ovog istraživanja omogućili su SZO-u razvoj strategija za poboljšanje regulacije, sigurnosti i integracije TKAM-a u zdravstvene sustave [176].

Na temelju rezultata mapiranja, SZO je 2002. godine usvojila prvu globalnu strategiju za TKAM, koja je obuhvatila četiri ključna područja:

1. Standardizacija i osiguranje kvalitete KAM praksi

SZO posvećena je uspostavi regulatornih mehanizama koji osiguravaju sigurnost i kvalitetu

KAM praksi. Budući da se tradicionalna medicina oslanja na prirodne proizvode, uključujući biljne lijekove, kvaliteta ovih pripravaka može značajno varirati ovisno o načinu uzgoja, proizvodnje i skladištenja. Kako bi se smanjio rizik od kontaminacije, štetnih učinaka ili neučinkovitosti, SZO surađuje s državama članicama na razvoju regulatornih sustava koji osiguravaju strogu kontrolu kvalitete. Ključni aspekti ovog procesa uključuju izradu smjernica za procjenu sigurnosti i učinkovitosti KAM terapija, definiranje standardiziranih postupaka obuke i certifikacije praktičara te poticanje istraživanja o interakcijama KAM terapija s konvencionalnim lijekovima, čime se smanjuje mogućnost nuspojava i poboljšava integracija unutar zdravstvenih sustava [176].

2. Unaprjeđenje racionalne primjene KAM-a

Kako bi primjena KAM terapija bila utemeljena na znanstvenim dokazima i usklađena s etičkim standardima medicinske prakse, SZO stavlja naglasak na edukaciju zdravstvenih radnika i informiranje javnosti. Povećanje stručne osposobljenosti medicinskog osoblja za prepoznavanje koristi i ograničenja KAM metoda ključan je preduvjet za njihovu sigurnu i učinkovitu primjenu. Istovremeno, podizanje razine svijesti među pacijentima omogućuje informirane odluke o korištenju ovih terapija, uz naglasak na konzultacije s certificiranim praktičarima. Dodatno, razvoj nacionalnih i međunarodnih smjernica pomaže vladama u oblikovanju politika koje omogućuju odgovornu i održivu integraciju KAM-a u zdravstvene sustave [176].

3. Povećanje dostupnosti za sve populacije

Osiguravanje ravnopravnog pristupa KAM terapijama, osobito u ruralnim i nedovoljno opskrbljenim područjima, predstavlja jedan od glavnih prioriteta SZO. Prepoznajući ulogu tradicionalne medicine u zajednicama gdje je konvencionalna zdravstvena skrb ograničena, SZO podržava mjere koje omogućuju njihovu integraciju u sustave primarne zdravstvene zaštite. Pritom se naglasak stavlja na zaštitu i očuvanje autohtonog medicinskog znanja, čime se potiče održivo korištenje resursa potrebnih za KAM terapije. Uspostava suradnje između praktičara tradicionalne medicine i konvencionalnih zdravstvenih radnika osigurava multidisciplinarni pristup koji pridonosi sveobuhvatnoj skrbi pacijenata. Kada se pravilno regulira i primjenjuje, tradicionalna medicina može biti učinkovita nadopuna suvremenim medicinskim pristupima, posebno u područjima s ograničenim zdravstvenim resursima [176].

Strategija za razdoblje 2014 - 2023 dodatno je proširila prethodne napore te postavila veće ciljeve, uključujući integraciju TKAM-a u zdravstvene sustave kroz jačanje istraživanja,

edukaciju zdravstvenih djelatnika te osiguranje financijske pristupačnosti TKAM usluga [176]. Iako strategija SZO za TKAM nastoji integrirati ove metode u suvremene zdravstvene sustave, suočava se s izazovima koji uključuju:

1. Standardizacija: Nedostatak univerzalno prihvaćenih standarda za kvalitetu i sigurnost KAM praksi otežava procjenu njihove učinkovitosti. Ova varijabilnost posebno je izražena u regijama s raznolikim tradicionalnim praksama, što može dovesti do neujednačene primjene i rezultata [176].
2. Komercijalizacija: Rastuća komercijalizacija biljnih lijekova i terapija izaziva zabrinutost zbog mogućeg ugrožavanja prava lokalnih zajednica koje su izvor tih znanja. Bez adekvatne zaštite intelektualnog vlasništva i pravedne raspodjele koristi, postoji rizik od eksploatacije i gubitka kulturne baštine [176].
3. Održivi resursi: Intenzivna upotreba biljnih resursa za KAM terapije povećava rizik od iscrpljivanja prirodnih resursa. Ovo zahtijeva uspostavu međunarodnih regulativa i kontrola kako bi se osigurala održivost i očuvala bioraznolikost [176].

Kao vodeća zdravstvena institucija, SZO usmjerava pristup integraciji KAM-a, pružajući smjernice za njegovu regulaciju i primjenu u zdravstvenim sustavima. *Strategija* naglašava važnost zakonodavnog prepoznavanja KAM-a, regulacije KAM terapeuta, znanstveno utemeljenog istraživanja te obrazovanja koje potiče kritičko promišljanje i procjenu učinkovitosti KAM metoda, kako bi se osigurala njihova sigurna i odgovorna primjena unutar zdravstvenih sustava. Time SZO potiče globalnu harmonizaciju i integraciju tradicionalne i komplementarne medicine, nastojeći osigurati sigurnu, učinkovitu i odgovornu primjenu ovih terapija u suvremenim zdravstvenim sustavima.

2. CILJEVI I SVRHA ISTRAŽIVANJA

Razumijevanje uvjerenja, stavova i interesa zdravstvenih radnika prema integraciji KAM i integrativnih pristupa unutar zdravstvenog i obrazovnog sustava Republike Hrvatske važno je za promišljanje uloge KAM u zdravstvenom sustavu. Istraživanje se usmjerava na analizu njihovih percepcija i spremnosti za profesionalno uključivanje u KAM. Istraživanjem su analizirani interesi medicinskih sestara i liječnika za edukacijom iz područja KAM-a, kao i na njihovu percepciju uz integraciju KAM-a u zdravstveni i obrazovni sustav.

Svrha istraživanja bila je produbiti razumijevanje uloge medicinskih sestara, koje kroz svoj neposredni kontakt s pacijentima imaju jedinstvenu priliku za prepoznavanje njihovih potreba i interesa za KAM, te liječnika, koji svojim stručnim znanjem i odlukama igraju ključnu ulogu u procjeni i integraciji KAM-a u kliničku praksu. Istraživanje je nastojalo utvrditi međusobnu povezanost dionika i njihov utjecaj na prihvaćanje, spremnost na edukaciju i implementaciju KAM-a unutar zdravstvenog i obrazovnog sustava Republike Hrvatske.

2.1. Opći i specifični ciljevi

Opći cilj istraživanja bio je utvrditi uvjerenja i stavove zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata prema KAM-u i integrativnoj medicini te analizirati čimbenike koji utječu na njihovu prihvaćenost i korištenje metoda i tehnika iz područja KAM.

Osnovna hipoteza (H_0) vezana uz opći cilj:

H_0 : „Ne postoje značajne razlike u uvjerenjima, stavovima i interesu prema KAM-u i integrativnoj medicini između stratum zdravstveni radnici i onkološki pacijenti.“

Uz opći cilj, istraživanje je imalo i deset specifičnih ciljeva.

1. Prvi specifični cilj istraživanja (SC1) bio je istražiti raširenost korištenja KAM-a i integrativne medicine među zdravstvenim radnicima i onkološkim pacijentima.

Nul hipoteza (H_{01}) vezana uz SC1: *„Ne postoje značajne razlike u raširenosti i prihvaćanju KAM i integrativne medicine između i unutar stratum zdravstveni radnici i onkološki pacijenti.“*

2. Drugi specifični cilj (SC2) bio je istražiti uvjerenja i stavove zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata o integraciji KAM i integrativne medicine s klasičnom

medicinom te utvrditi razlike između i unutar stratuma.

Nul hipoteza (H_02) vezana uz SC2: „Ne postoje značajne razlike u uvjerenjima i stavovima između i unutar stratuma zdravstveni radnici i onkološki pacijenti o integraciji KAM te integrativne medicine s klasičnom medicinom.“

3. Treći specifični cilj istraživanja (SC3) bio je analizirati povezanost socio-demografskih i profesionalnih obilježja ispitanika s komponentama stava prema KAM-u te identificirati ključne prediktore korištenja KAM-a.

Nul hipoteza (H_03) vezana uz SC3: „*Ne postoji statistički značajna povezanost između obilježja ispitanika i komponenti stava prema KAM-u, niti se obilježja ispitanika mogu smatrati značajnim prediktorima korištenja KAM-a.*“

4. Četvrti specifični cilj istraživanja (SC4) bio je ispitati interes zdravstvenih radnika za edukacijom iz područja KAM-a i integrativne medicine te stavove i podršku onkoloških pacijenata prema mogućoj integraciji ovih pristupa u zdravstveni i obrazovni sustav Republike Hrvatske.

Nul hipoteza (H_04) vezana uz SC4: „*Ne postoje statistički značajne razlike u interesu za edukacijom između zdravstvenih radnika iz područja KAM-a i integrativne medicine niti u stavovima o njihovoj integraciji u zdravstveni i obrazovni sustav.*“

5. Peti specifični cilj istraživanja (SP5) bio je stražiti uvjerenja i stavove zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata o učinkovitosti KAM-a i integrativne medicine.

Nul hipoteza H_05 vezana uz SC5: „*Ne postoje statistički značajne razlike između i unutar stratuma zdravstveni radnici i onkološki pacijenti u stavovima o učinkovitosti KAM-a i integrativne medicine.*“

6. Šesti specifični cilj (SC6): Istražiti uvjerenja i stavove zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata o terapijskoj djelotvornosti pojedinih metoda i tehnika iz spektra KAM-a i integrativne medicine.

Nul hipoteza H_06 uz SC6: „*Ne postoje statistički značajne razlike između i unutar stratuma zdravstveni radnici i onkološki pacijenti u stavovima o terapijskoj djelotvornosti pojedinih metoda i tehnika iz spektra KAM-a i integrativne medicine.*“

7. Sedmi specifični cilj (SC7): Istražiti uvjerenja i stavove zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata o razlozima primjene i očekivanjima od KAM-a i integrativne medicine.

Nul hipoteza H_{07} vezana uz SC7: „*Ne postoje statistički značajne razlike između i unutar stratumata u stavovima o razlozima primjene i očekivanjima od KAM-a i integrativne medicine.*“

8. Osmi specifični cilj (SC8): Istražiti učestalost korištenja KAM-a i integrativne medicine kod zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata, te utvrditi prediktore korištenja temeljem anamneze socio-demografskih obilježja i osobnih/obiteljskih iskustava.

Nul hipoteza H_{08} vezana uz SC8: „*Ne postoje statistički značajne razlike u prevalenciji korištenja KAM-a te integrativne medicine između zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata, niti se obilježja ispitanika mogu smatrati značajnim prediktorima korištenja KAM-a.*“

9. Deveti specifični cilj (SC9): Istražiti koji sociodemografski čimbenici ispitanika (dob, spol, obrazovanje itd.) predviđaju korištenje prirodne, energetske i duhovne medicine.

Nul hipoteza H_{09} vezana uz SC9: „*Ne postoje statistički značajne razlike u predviđanju korištenja prirodne, energetske i duhovne medicine temeljem sociodemografskih obilježja.*“

10. Deseti specifični cilj (SC10): Istražiti prepreke i razloge koji doprinose izbjegavanju komunikacije između zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata o KAM-u i integrativnoj medicini, uključujući profesionalne, edukacijske i percepcijske faktore.

Nul hipoteza H_{010} vezana uz SC10: „*Ne postoje statistički značajne razlike između zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata u percepciji prepreka za komunikaciju o KAM-u.*“

3. ISPITANICI I METODE

Presječno istraživanje provedeno je od studenog 2022. do svibnja 2023. u KBC Sestre milosrdnice u Zagrebu, Hrvatska. Planirana veličina uzorka bila je 1200 ispitanika, razmjerno podijeljena među stratumima i podstratumima uzevši u obzir ukupan broj zdravstvenih djelatnika na ispitivanom području te ukupan broj bolesnika u navedenom razdoblju. Istraživanjem se željelo obuhvatiti cca 30% pacijenata iz ukupnog broja od cca 1200 novoregistriranih onkoloških bolesnika u polugodišnjem razdoblju na razini Bolnice (400 ispitanika). U skupini zdravstvenih radnika planiralo se obuhvatiti 150 liječnika i 450 medicinskih sestara. Istraživanju se od planiranog odazvalo 68,5% onkoloških pacijenata, 66,66% liječnika i 71,33% medicinskih sestara/tehničara.

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, prema službenim podacima iz Kadrovske službe, na dan 31. prosinca 2024. zapošljavao je ukupno 604 liječnika te 1.707 medicinskih sestara i tehničara (ukupan broj zaposlenih na neodređeno i određeno). Od ukupnog broja medicinskih sestara/tehničara, 83 su magistri sestrinstva, 882 prvostupnici, dok 742 imaju srednju stručnu spremu. U kontekstu ovog istraživanja, uzorak zdravstvenih radnika obuhvaćao je 100 liječnika i 322 medicinske sestre/tehničara, što predstavlja 16,6% svih liječnika i 18,9% svih medicinskih sestara/tehničara zaposlenih u KBC-u Sestre milosrdnice. Kada se promatra ukupna populacija zdravstvenih radnika u ovoj ustanovi, istraživanje je uključilo 17,5% svih liječnika i medicinskih sestara/tehničara, čime se osigurava značajna reprezentativnost uzorka.

Napomene i definicije pojmova: u ovom radu termin *medicinska sestra* koristi se generički i odnosi se podjednako na medicinske sestre i medicinske tehničare, neovisno o spolu ispitanika, sukladno profesionalnim standardima i jezičnoj praksi.

3.1. Ispitanici

Istraživanje je provedeno na razmjerno stratificiranom, slučajnom uzorku a ispitanici su bili podijeljeni u dva stratum; stratum 1 kojeg čine onkološki bolesnici s dijagnosticiranom bolešću koja se prema međunarodnim klasifikacijama bolesti klasificira kao onkološka bolest neovisno o fazi razvoja bolesti, te stratum 2 kojeg čine ispitanici po struci zdravstveni radnici u djelatnosti onkologije podijeljeni u dva podstratuma (podstratum 2.1 liječnici i podstratum 2.2. medicinske sestre). U istraživanje su bili uključeni zdravstveni radnici koji rade neposredno u djelatnosti onkologije što uključuje liječnike i medicinske sestre koji rade na onkološkim odjelima, kao i one zdravstvene radnike koji su indirektno vezani uz zdravstvenu zaštitu i timsko zbrinjavanje

onkološkog bolesnika što uključuje liječnike i medicinske sestre koji rade na hematologiji, kirurgiji, ginekologiji i otorinolaringologiji, a u sklopu Kliničkog bolničkog centra u kojem je provedeno istraživanje. Od ukupnog broja ispitanika onkoloških bolesnika je bilo 411, a zdravstvenih djelatnika 421 (100 liječnika i 321 medicinska sestra).

Prilikom provođenja istraživanja u 1. stratumu bila je korištena metoda anketiranja *Licem u lice* (engl. Face-to-face), a anketiranje je bilo provedeno od strane glavnog ispitivača (stratum 1) i osposobljenih anketara (stratum 2). Metoda 'licem u lice' podrazumijeva provođenje ankete u izravnom kontaktu s ispitanikom, pri čemu anketar čita pitanja i bilježi odgovore. Ovakav pristup omogućuje veću kontrolu nad samim procesom, jer anketar može uočiti i zabilježiti neverbalne reakcije te druge kontekstualne informacije koje bi u drugim oblicima ispitivanja ostale nezapažene. Pitanja se postavljaju standardizirano i dosljedno, uz mogućnost prilagodbe specifičnim okolnostima razgovora i karakteristikama ispitanika.

Anketni upitnici za liječnike i medicinske sestre podijeljeni su osobno, u neoznačenim kovertama, dok je njihovo prikupljanje provela treća, neutralna osoba radi očuvanja anonimnosti i nepristranosti.

3.2. Upitnik

Za potrebe ovog istraživanja korištena su dva upitnika, jedan za zdravstvene radnike, drugi za onkološke bolesnike izrađeni uz manje modifikacije ranije korištenih *CAM Health Belief Questionnaire* (CHBQ) [177] te *Integrative Medicine Attitude Questionnaire* (IMAQ) [178] upitnika.

Prije početka samog istraživanja provedeno je predistraživanje kako bi se utvrdila razumljivost upitnika od strane ispitanika, način ispunjavanja upitnika na Likertovoj 5-stupanjskoj skali te mogućnost samostalnog ili potrebe asistiranog ispunjavanja upitnika od strane onkoloških pacijenata. Kako bismo izbjegli moguće poteškoće u razumijevanju pitanja, bile su testirane dvije metode administracije upitnika: *licem u lice* i papirnato ispunjavanje. Nakon evaluacije, odlučeno je da se upitnici provode metodom *licem u lice* kako bi se osigurala bolja razumljivost i točnost prikupljenih podataka. Prvi dio upitnika, koji se odnosi na sociodemografske podatke ispitanika, u verziji namijenjenoj zdravstvenim djelatnicima dopunjen je s tri dodatna pitanja: o duljini radnog staža, stručnoj kvalifikaciji te o tome rade li u onkološkoj djelatnosti. Dio upitnika namijenjen pacijentima sadržavao je 8 pitanja (spol, dob, bračni status, razina obrazovanja, područje stanovanja, vjersko opredjeljenje, visina primanja, samoprocjena

zdravlja), a dio za zdravstvene radnike 11 pitanja. Drugi dio upitnika činile su čestice kojima su istraživana uvjerenja i stavovi o KAM-u: integracija KAM s klasičnom medicinom, integracija KAM u obrazovni sustav, uvjerenje o učinkovitost KAM terapije, razlozi primjene te ocjena terapijske djelotvornosti pojedine tehnike. U trećem dijelu upitnika bila su pitanja vezana uz iskustvo primjene KAM-a: osobno iskustvo, učestalost korištenja, razlozi korištenja, očekivanja, dobrobiti, negativni efekti, komunikacija sa liječnikom, tko su im izvori informacija o KAM-u, zadovoljstvo uslugama KAM terapeuta te potrošnja za KAM.

3.3. Metode obrade podataka

Za potrebe izrade teorijskog dijela disertacije te interpretacije i kontekstualizacije dobivenih rezultata, prethodno je provedeno proučavanje sekundarnih izvora primjenom povijesne metode. Tijekom tog procesa, korištene su metode apstrakcije i konkretizacije kako bi se iz velike količine dostupnih podataka izdvojili oni ključni i relevantni za istraživanje. Metodama analize i sinteze istraženi su pojedinačni elementi i povezani u cjelinu radi dobivanja sveobuhvatnog uvida u istraživani fenomen.

Primijenjena je i kombinacija induktivne i deduktivne metode, što je omogućilo logički, metodološki i empirijski utemeljeno zaključivanje. Korištenjem metoda generalizacije i specijalizacije omogućeno je prelazak s pojedinačnih i konkretnih opažanja na šire, općenitije zaključke. Valjanost određenih tvrdnji provjeravana je metodama potvrđivanja i opovrgavanja, dok su komparativne metode služile za usporedbu specifičnih karakteristika i obilježja unutar okvira istraživanja.

3.3.1. Statistička obrada podataka

Prilikom statističke obrade korištene su metode deskriptivne i inferencijalne statistike kako bi se analizirali podatci o stavovima i uvjerenjima prema komplementarnoj i alternativnoj medicini. U okviru deskriptivne analize, podaci su prikazani u tablicama putem apsolutnih frekvencija, postotaka te mjera središnje tendencije, uključujući aritmetičku sredinu, standardnu devijaciju te minimalne i maksimalne vrijednosti, čime se omogućava pregledna vizualizacija osnovnih obilježja uzorka.

Za procjenu normalnosti distribucije podataka korišteni su Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testovi. Ovi testovi pomogli su u određivanju odgovarajućih metoda za daljnju analizu – parametrijskih ili neparametrijskih. Kada je distribucija podataka odstupala od normalne, koristile su se neparametrijske metode kako bi se osigurala statistička pouzdanost rezultata.

S ciljem analize razlike između skupina ispitanika, korišteni su različiti statistički testovi, ovisno o prirodi podataka i broju skupina koje su uspoređivane: Hi-kvadrat test omogućio je analizu povezanosti između kategoriziranih varijabli, primjerice procjenu postoji li značajna razlika u distribuciji stavova prema KAM-u između liječnika, medicinskih sestara i pacijenata. Mann-Whitneyev U test, kao neparametrijska alternativa t-testu, primijenjen je za usporedbu medijana između dvije nezavisne skupine, primjerice između liječnika i medicinskih sestara. Kruskal-Wallis test korišten je za usporedbu više od dvije skupine ispitanika (npr. liječnici, medicinske sestre i pacijenti) kada podatci nisu slijedili normalnu distribuciju.

Jednosmjerna analiza varijance (ANOVA) primijenjena je za usporedbu srednjih vrijednosti između tri ili više skupina kada je distribucija podataka bila normalna. Za preciznije analize, nakon ANOVA testa provedeno je post hoc Tukey testiranje, koje je identificiralo specifične razlike između skupina. Za procjenu povezanosti između varijabli korišten je Spearmanov koeficijent korelacije, koji je omogućio mjerenje smjera (pozitivnog ili negativnog) i intenziteta povezanosti između rangiranih varijabli.

Signifikantnost svih testova prilikom testiranja postavljena je na 5%, što predstavlja razinu pouzdanosti od 95%. U svrhu statističke obrade korišten je statistički program IBM Corp. Released 2019. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Rezultati su prikazani tablično i grafički uz tekstualnu interpretaciju.

3.4. Etičko odobrenje i informirani pristanak

Ovo istraživanje odobrilo je Etičko povjerenstvo KBC-a Sestre milosrdnice (Klasa: 003-06/21-02/001, Ur.broj: 251-29-111/-21-01-9) te je provedeno u skladu sa svim relevantnim smjernicama koje osiguravaju pravilno provođenje istraživanja i zaštitu sudionika, uz poštivanje načela dobre kliničke prakse. Tijekom istraživanja osigurano je poštivanje ključnih etičkih i bioetičkih principa: autonomije, pravednosti, dobročinstva i neškodljivosti, u skladu s Nürnberškim kodeksom, Helsinškom deklaracijom (najnovija revizija), Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 158/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 12/12, 35/12, 70/12, 82/13, 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22 i 33/23), Zakonom o pravima pacijenata (NN 169/04, 37/08), kao i Uredbom (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. (GDPR), koja se odnosi na zaštitu osobnih podataka i njihovu slobodnu razmjenu.

4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 832 ispitanika, podijeljenih u dva stratum: onkološki pacijenti i zdravstveni radnici. Stratum zdravstveni radnici podijeljen je u dva podstratuma: liječnici i medicinske sestre. Cilj istraživanja bio je ispitati stavove i interese ovih skupina prema komplementarnoj, alternativnoj i integrativnoj medicini.

Rezultati istraživanja grupirani su prema postavljenim istraživačkim ciljevima i interpretirani u obliku tekstualnog prikaza i Tablica i/ili Grafova, pružajući uvid u stavove, preferencije i obrasce ponašanja ispitanika u odnosu na KAM.

Napomena: Tvrdnje označene s (R) su rekodirane, pri čemu su odgovori inverzno interpretirani kako bi viši rezultati odražavali veći stupanj slaganja s pozitivnim uvjerenjem i stavom prema KAM terapijama.

4.1. Sociodemografske karakteristike ispitanika i razlike prema stratumima

Tablica 1 prikazuje osnovne sociodemografske karakteristike ispitanika, s ciljem dobivanja osnovnih podataka o uzorku i razlika između stratum (Tablica 1). Promatrane varijable uključuju spol, dob, bračni status, razinu obrazovanja, područje stanovanja, vjersko opredjeljenje, visinu primanja, te duljinu radnog staža i djelatnost (rad) u onkologiji kod zdravstvenih radnika.

Tablica 1. Sociodemografska obilježja ispitanika

		Zanimanje/status							
		Liječnik		Medicinska sestra		Pacijent		Ukupno	
Spol	Muški	32	32,0%	38	11,8%	175	42,6%	245	29,4%
	Ženski	68	68,0%	283	88,2%	236	57,4%	587	70,6%
	Ukupno	100	100,0%	321	100,0%	411	100,0%	832	100,0%
Dob	< 20	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%	1	0,1%
	20 - 30 god	17	17,0%	85	26,5%	5	1,2%	107	12,9%
	31 - 40 god	26	26,0%	80	24,9%	12	2,9%	118	14,2%
	41 - 50 god	32	32,0%	84	26,2%	90	21,9%	206	24,8%

	51 - 60 god	25	25,0%	64	19,9%	121	29,4%	210	25,2%
--	-------------	----	-------	----	-------	-----	-------	-----	-------

	> 60 god	0	0,0%	8	2,5%	182	44,3%	190	22,8%
	Ukupno	100	100,0%	321	100,0%	411	100,0%	832	100,0%
Bračni status	Oženjen/ u vezi	72	72,0%	212	66,0%	301	73,2%	585	70,3%
	Neoženjen/samac	28	28,0%	109	34,0%	110	26,8%	247	29,7%
	Ukupno	100	100,0%	321	100,0%	411	100,0%	832	100,0%
Najviše završena razina obrazovanja	OŠ (osnovna škola)	0	0,0%	0	0,0%	9	2,2%	9	1,1%
	SSS (srednja stručna sprema)	0	0,0%	86	26,8%	252	61,3%	338	40,6%
	VŠS (bacc - 180 ECTS)	0	0,0%	124	38,6%	61	14,8%	185	22,2%
	VSS (dipl/mag - 300 ECTS)	100	100,0%	111	34,6%	89	21,7%	300	36,1%
	Ukupno	100	100,0%	321	100,0%	411	100,0%	832	100,0%
Područje stanovanja	Grad	100	100,0%	217	67,6%	283	68,9%	600	72,1%
	Selo	0	0,0%	104	32,4%	128	31,1%	232	27,9%
	Ukupno	100	100,0%	321	100,0%	411	100,0%	832	100,0%
Vjersko opredjeljenje	Vjernik	84	84,0%	273	85,0%	321	78,1%	678	81,5%
	Agnostik	16	16,0%	40	12,5%	62	15,1%	118	14,2%
	Ateista	0	0,0%	8	2,5%	28	6,8%	36	4,3%
	Ukupno	100	100,0%	321	100,0%	411	100,0%	832	100,0%
Visina primanja	<1.000 €	0	0,0%	31	9,7%	207	50,4%	238	28,6%
	cca 1.000 €	3	3,0%	205	63,9%	104	25,3%	312	37,5%
	>1.000 €	97	97,0%	85	26,5%	100	24,3%	282	33,9%
	Ukupno	100	100,0%	321	100,0%	411	100,0%	832	100,0%
Duljina radnog staža	< 5 god	16	16,0%	51	15,9%	0	0,0%	67	15,9%
	5 - 15 god	29	29,0%	76	23,7%	0	0,0%	105	24,9%
	16 - 25 god	34	34,0%	80	24,9%	0	0,0%	114	27,0%
	26 - 35 god	21	21,0%	78	24,3%	0	0,0%	99	23,7%
	> 35 god	0	0,0%	36	11,2%	0	0,0%	36	8,5%
	Ukupno	100	100,0%	321	100,0%	0	0,0%	421	100,0%
Rad u djelatnosti onkologije	Da	56	56,0%	72	22,9%	0	0,0%	128	30,7%
	Ne	44	44,0%	242	77,1%	0	0,0%	286	69,3%
	Ukupno	100	100,0%	314	100,0%	0	0,0%	414	100,0%

Spolna struktura ispitanika na razini ukupnog uzorka pokazala je da je istraživanjem bilo obuhvaćeno 245 (29,4%) muških ispitanika i 587 (70,6%) ženskih ispitanika. Pri tome je u stratumu 1 – onkološki pacijenti bilo 175 muških (42,6%) i 236 (57,4%) pacijenata ženskog spola. Drugu skupinu ispitanika (stratum 2) činili su zdravstveni radnici kategorizirani u dva podstratuma: liječnici i medicinske sestre, pri čemu je u podstratumu 2.1. bilo 32 liječnika (32,0%) i 68 (68,0%) liječnica, a u podstratumu 2.2. 38 (11,8%) medicinskih tehničara i 283 (88,2%) medicinskih sestara.

Dobna struktura ispitanika na razini ukupnog uzorka pokazala je da je istraživanjem bila obuhvaćena samo jedna osoba mlađa od 20 godina (0,1%); u dobnoj skupini od 21 – 30 godina u istraživanju je sudjelovalo 107 (12,9%) ispitanika; u dobnoj skupini 31 - 40 godina 118 (14,2%) ispitanika; u dobnoj skupini 41 - 50 godina 206 (24,8%) ispitanika; u dobnoj skupini 51 - 60 god 210 (25,2%) ispitanika; u dobnoj skupini starijih od 60 godina 190 (22,8%) ispitanika. U stratumu 1 – onkološki pacijenti u istraživanju je sudjelovala samo 1 osoba mlađa od 20 godina (0,1%); u dobnoj skupini od 21 – 30 godina u istraživanju je sudjelovalo 5 (1,2%) ispitanika; u dobnoj skupini 31 - 40 godina 12 (2,9%) ispitanika; u dobnoj skupini 41 - 50 godina 90 (21,9%) ispitanika; u dobnoj skupini 51 - 60 godina 121 (29,4%) ispitanika; u dobnoj skupini starijih od 60 godina 182 (44,3%) ispitanika. Na razini podstratuma 2.1 – liječnici u istraživanju nije sudjelovala ni jedna osoba mlađa od 20 godina (0,0%) što je očekivano zbog trajanja studija medicine; u dobnoj skupini od 21 – 30 godina istraživanjem je bilo obuhvaćeno 17 (17%) ispitanika; u dobnoj skupini 31 - 40 godina 26 (26%) ispitanika; u dobnoj skupini 41 - 50 godina 32 (32%) ispitanika; u dobnoj skupini 51 - 60 godina 25 (25%) ispitanika; u dobnoj skupini starijih od 60 godina 0 (0%) ispitanika. U podstratumu 2.2 – medicinske sestre u istraživanju nije sudjelovala ni jedna osoba mlađa od 20 godina (0%); u dobnoj skupini od 21 – 30 godina istraživanjem je bilo obuhvaćeno 85 (26,5%) ispitanika; u dobnoj skupini 31 - 40 godina 80 (24,9%) ispitanika; u dobnoj skupini 41 - 50 godina 84 (26,2%) ispitanika; u dobnoj skupini 51 - 60 god 64 (19,9%) ispitanika; u dobnoj skupini starijih od 60 godina 8 (2,5%) ispitanika.

Bračni status ispitanika na razinu ukupnog uzorka pokazao je da je od ukupnog broja 832 ispitanika njih 585 (70,3%) bilo u braku ili u partnerskoj vezi izjednačenoj sa bračnim statusom, dok ih je 247 (29,7%) svoj status definiralo kao samac/sama, što uključuje razvedene i udovce. U stratumu 1 – onkološki pacijenti evidentirano je bilo 301 (73,2%) ispitanika u braku ili u partnerskoj vezi izjednačenoj sa bračnim statusom u odnosu na 110 (26,8%) ispitanika koji su

evidentirani kao neoženjeni/samci. U stratumu 2 – zdravstveni radnici, u podstratumu 2.1. među liječnicima evidentirano je 72 (72%) onih u braku ili u partnerskoj vezi izjednačenoj sa bračnim statusom u odnosu prema 28 (28%) onih koji su se izjasnili kao neoženjeni/samci. U podstratumu 2.2. u braku ili u partnerskoj vezi izjednačenoj sa bračnim statusom bilo je 212 (66%) medicinskih sestara u odnosu na 109 (34%) onih koji su neoženjeni/samci.

Obrazovna struktura ispitanika pokazala je da je na razini ukupnog uzorka, kao najvišu završenu obrazovnu razinu, razinu OŠ (osnovna škola) završilo 9 (1,1%) ispitanika, razinu SSS (srednja stručna sprema) 338 (40,6%) ispitanika, razinu VŠS (bivša viša škola ili bacc. – s ukupno ostvarenih 120 - 180 ECTS) 185 (22,2%) ispitanika, te razinu VSS (dipl./mag - s ukupno ostvarenih 260 - 300 ECTS) 300 (36,1%) ispitanika. Na razini stratumu 1 – onkološki pacijenti može se uočiti da je razinu osnovne škole završilo 9 (2,2%) ispitanika, razinu srednjoškolskog obrazovanja 252 (61,3%) ispitanika, razinu visokoškolskog obrazovanja na razini nekadašnje više škole ili prvostupničku razinu (120 - 180 ECTS) 61 (14,8%) ispitanika, te je razinu fakultetskog visokoškolskog obrazovanja (dipl./mag. 240 - 300 ECTS) završilo ukupno 89 (21,7%) ispitanika. U podstratumu 2.1. svi liječnici, njih 100 (100%) imaju završenu visoku stručnu spremu. U podstratumu 2.2. medicinske sestre, njih 235 (73,2%) završilo je VŠS (uključujući prvostupničku razinu) ili VSS razinu obrazovanja u odnosu na 86 (26,8%) onih sa srednjoškolskom razinom obrazovanja.

Analiza područja stanovanja ispitanika pokazala je na razini ukupnog uzorka da od 832 ispitanika, njih 600 (72,1%) živi u gradskoj sredini, dok 232 (27,9%) ispitanika stanuje u seoskoj sredini što uključuje selo i prigradsko područje. U podstratumu 2.1 svi liječnici, njih 100 (100%) stanuju u gradskoj sredini, za razliku od ispitanika u podstratumu 2.2. u kojem 2/3 medicinskih sestara odnosno njih 217 (67,6%) stanuje u gradskoj sredini, dok ih 104 (32,4%) stanuje u seoskoj sredini. U stratumu 1 - kod onkoloških pacijenata je vrlo sličan omjer kao kod medicinskih sestara pri čemu ih 283 (68,9%) stanuje u Gradom području, a 128 (31,1%) u seoskoj sredini.

Vjerska struktura ispitanika dobivana analizom odgovora na pitanje o vjerskom opredjeljenju pokazala je da je u podstratumu 2.1. 84 (84%) liječnika sebe okarakteriziralo kao vjernike, 16 (16%) kao agnostike te 0 (0%) kao ateiste. Istovremeno u podstratumu 2.2. 273 (85%) medicinskih sestara sebe je okarakteriziralo kao vjernike, 40 (12,5%) kao agnostike te 8 (2,5%) kao ateiste. U stratumu 1 - 321 (78,1%) onkoloških pacijenata sebe je okarakteriziralo kao vjernike, a 62 (15,1%) kao agnostike te 28 (6,8%) kao ateiste.

Struktura visine primanja ispitanika na razini ukupnog uzorka pokazala je da je istraživanjem bilo obuhvaćeno 100 (12,0%) liječnika, 321 (38,6%) medicinskih sestara i 411 (49,4%) pacijenata. U podstratumu liječnici, 97,0% ispitanika imalo je prihode veće od 1.000 €, dok je 3,0% prijavilo prihode od približno 1.000 €, a nijedan liječnik nije imao primanja ispod 1.000 €. U podstratumu medicinske sestre, 63,9% njih imalo je prihode oko 1.000 €, dok je 26,5% medicinskih sestara imalo prihode iznad 1.000 €, a 9,7% ih je pripadalo najnižoj kategoriji prihoda (ispod 1.000 €). U stratumu pacijenti, najveći postotak (50,4%) imao je primanja ispod 1.000 €, dok je 25,3% prijavilo prihode oko 1.000 €, a 24,3% je imalo primanja veća od 1.000 €.

Analizira li se duljina radnog staža zdravstvenih radnika, može se uočiti da na razini ukupnog uzorka manje od 5 godina radnog staža ima 67 (15,9%) ispitanika; 5 - 15 godina 105 (24,9%) ispitanika; 16 - 25 godina radnog staža ima 114 (27%) ispitanika ; 26 - 35 godina radnog staža ima 99 (23,7%) ispitanika; a više od 35 godina radnog staža ima 36 (8,5%) ispitanika. Podaci pokazuju da na razini podstratuma 2.1. - liječnici, manje od 5 godina radnog staža ima 16 (16%) ispitanika; 5 - 15 godina 29 (29%) ispitanika; 16 - 25 godina radnog staža ima 34 (34%) ispitanika; 26 - 35 godina radnog staža ima 21 (21%) ispitanik; a više od 35 godina radnog staža imalo je 0 (0%) ispitanika. Podaci na razini podstratuma 2.2. – medicinske sestre pokazali su da manje od 5 godina radnog staža ima 51 (15,9%) ispitanik; 5 - 15 godina 76 (23,7%) ispitanika; 16 - 25 godina radnog staža ima 80 (24,9%) ispitanika; 26 - 35 godina radnog staža ima 78 (24,3%) ispitanika; više od 35 godina radnog staža ima 36 (11,2%) ispitanika.

Analiza profesionalnog radnog statusa zdravstvenih radnika koji su sudjelovali u istraživanju pokazala je da direktno i neposredno na području onkološke djelatnosti radi ukupno 128 (30,7%) od ukupno 414 zdravstvenih radnika, i to 56 (56%) od 100 liječnika i 72 (22,9%) od 314 medicinskih sestara a radi se o onim zdravstvenim radnicima koji su direktno uključeni u rad na onkološkim odjelima, te 286 (69,3%) onih zdravstvenih radnika koji su iskazali da nisu direktno uključeni u rad na onkološkim odjelima, ali indirektno skrbe o onkološkim pacijentima kroz zdravstvenu skrb na drugim odjelima.

4.2. Uvjerenja i stavovi zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata o KAM-u i integrativnoj medicini te razlike između i unutar stratuma

Kako bi bolje razumjeli odnos ispitanika prema KAM-u, provedena je analiza uvjerenja i stavova o nekoliko ključnih tema. Ispitanici su izražavali stupanj slaganja s tvrdnjama o

integraciji KAM-a s klasičnom medicinom te o integraciji KAM-a u obrazovni i zdravstveni sustav, uvjerenja u učinkovitost KAM terapija, terapijskoj djelotvornosti pojedinih metoda te razlozima primjene KAM-a. Analizirane su razlike između stratumata i podstratumata (onkološki pacijenti, liječnici, medicinske sestre) pomoću metoda deskriptivne statistike, korištenjem jednosmjerne ANOVA-e i Tukey post hoc testova.

4.2.1. Integracija KAM s klasičnom medicinom

Dio upitnika usmjeren na analizu integracije KAM-a s klasičnom medicinom istražuje uvjerenja i stavove ispitanika o tome koliko bi komplementarna i alternativna medicina trebala biti integrirana u klasičnu medicinsku praksu. Analize su provedene s ciljem identifikacije razlika između liječnika, medicinskih sestara i pacijenata, pri čemu su korišteni Hi-kvadrat test, jednosmjerna ANOVA i post hoc Tukey analiza. Hi-kvadrat test pokazuje statistički značajnu razliku između skupina ($p < 0,05$) za sve tvrdnje osim „*Među liječnicima postoji snažan otpor prema primjeni KAM-a kod pacijenata koji su uključeni u dijagnostičke i terapijske procese*“. Tablicom 2 prikazan je stupanj prihvaćanja tvrdnji, a Tablicom 3 prikazani su prosječni pokazatelji (1 – 5) za promatrane skupine.

Tablica 2. Stupanj prihvaćanja tvrdnji o integraciji KAM-a u konvencionalnu medicinu

Tvrdnja	Stupanj slaganja na Likertovoj skali 1 – 5	Skupina					
		Pacijenti		Zdravstveni radnici		Ukupno	
		N	%	N	%	N	%
Iako o tome ne govore, pacijenti u praksi upotrebljavaju neku od terapija iz područja KAM-a	Uopće se ne slažem	10	2,4%	17	4,0%	27	3,2%
	Uglavnom se ne slažem	31	7,6%	48	11,4%	79	9,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	101	24,6%	139	32,9%	240	28,8%
	Uglavnom se slažem	181	44,1%	138	32,7%	319	38,3%
	U potpunosti se slažem	87	21,2%	80	19,0%	167	20,1%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Pozitivno je što postoje komplementarne i/ili alternativne metode liječenja	Uopće se ne slažem	10	2,4%	25	5,9%	35	4,2%
	Uglavnom se ne slažem	21	5,1%	36	8,5%	57	6,9%
	Niti se slažem niti se ne slažem	95	23,2%	149	35,3%	244	29,3%
	Uglavnom se slažem	186	45,4%	120	28,4%	306	36,8%

	U potpunosti se slažem	98	23,9%	92	21,8%	190	22,8%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Među liječnicima postoji snažan otpor primjeni KAM-a kod pacijenata koji su uključeni u dijagnostičke i terapijske procese	Uopće se ne slažem	11	2,7%	10	2,4%	21	2,5%
	Uglavnom se ne slažem	39	9,5%	53	12,6%	92	11,1%
	Niti se slažem niti se ne slažem	194	47,3%	186	44,1%	380	45,7%
	Uglavnom se slažem	119	29,0%	131	31,0%	250	30,0%
	U potpunosti se slažem	47	11,5%	42	10,0%	89	10,7%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Trebalo bi voditi evidenciju o primjeni KAM-a u zdravstvenom kartonu / dokumentaciji pacijenta	Uopće se ne slažem	7	1,7%	13	3,1%	20	2,4%
	Uglavnom se ne slažem	17	4,1%	30	7,1%	47	5,6%
	Niti se slažem niti se ne slažem	62	15,1%	87	20,6%	149	17,9%
	Uglavnom se slažem	197	48,0%	140	33,2%	337	40,5%
	U potpunosti se slažem	127	31,0%	152	36,0%	279	33,5%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Prilikom uzimanje anamneze trebalo bi uzimati anamnestičke podatke o primjenama KAM-a	Uopće se ne slažem	5	1,2%	16	3,8%	21	2,5%
	Uglavnom se ne slažem	11	2,7%	25	5,9%	36	4,3%
	Niti se slažem niti se ne slažem	67	16,3%	76	18,0%	143	17,2%
	Uglavnom se slažem	205	50,0%	145	34,4%	350	42,1%
	U potpunosti se slažem	122	29,8%	160	37,9%	282	33,9%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
KAM bi trebalo integrirati s metodama klasične, službene medicine	Uopće se ne slažem	8	2,0%	28	6,6%	36	4,3%
	Uglavnom se ne slažem	20	4,9%	62	14,7%	82	9,9%
	Niti se slažem niti se ne slažem	71	17,3%	125	29,6%	196	23,6%
	Uglavnom se slažem	203	49,5%	117	27,7%	320	38,5%
	U potpunosti se slažem	108	26,3%	90	21,3%	198	23,8%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Pacijent mora informirati svoj liječnički tim o primjeni KAM-a	Uopće se ne slažem	5	1,2%	9	2,1%	14	1,7%
	Uglavnom se ne slažem	13	3,2%	16	3,8%	29	3,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	49	12,0%	74	17,5%	123	14,8%
	Uglavnom se slažem	182	44,4%	137	32,5%	319	38,3%
	U potpunosti se slažem	161	39,3%	186	44,1%	347	41,7%

	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Liječenje KAM-om trebalo bi u potpunosti biti pokriveno preko HZZO-a	Uopće se ne slažem	14	3,4%	73	17,3%	87	10,5%
	Uglavnom se ne slažem	15	3,7%	47	11,1%	62	7,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	142	34,6%	158	37,4%	300	36,1%
	Uglavnom se slažem	163	39,8%	82	19,4%	245	29,4%
	U potpunosti se slažem	76	18,5%	62	14,7%	138	16,6%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
KAM terapije trebale bi biti dostupne pacijentima na razini primarne zdravstvene zaštite	Uopće se ne slažem	13	3,2%	54	12,8%	67	8,1%
	Uglavnom se ne slažem	17	4,1%	50	11,8%	67	8,1%
	Niti se slažem niti se ne slažem	87	21,2%	142	33,6%	229	27,5%
	Uglavnom se slažem	187	45,6%	102	24,2%	289	34,7%
	U potpunosti se slažem	106	25,9%	74	17,5%	180	21,6%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
KAM uključuje ideje i metode čijom integracijom u sustav klasične medicine svi mogu imati koristi	Uopće se ne slažem	5	1,2%	35	8,3%	40	4,8%
	Uglavnom se ne slažem	20	4,9%	51	12,1%	71	8,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	50	12,2%	127	30,1%	177	21,3%
	Uglavnom se slažem	198	48,3%	124	29,4%	322	38,7%
	U potpunosti se slažem	137	33,4%	85	20,1%	222	26,7%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Klinička medicina trebala bi integrirati ono najbolje od KAM-a i od klasične medicine	Uopće se ne slažem	6	1,5%	32	7,6%	38	4,6%
	Uglavnom se ne slažem	17	4,1%	31	7,3%	48	5,8%
	Niti se slažem niti se ne slažem	43	10,5%	99	23,5%	142	17,1%
	Uglavnom se slažem	167	40,7%	136	32,2%	303	36,4%
	U potpunosti se slažem	177	43,2%	124	29,4%	301	36,2%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Zdravstveni radnici trebali bi biti osposobljeni za razgovor s pacijentima o najčešće	Uopće se ne slažem	4	1,0%	26	6,2%	30	3,6%
	Uglavnom se ne slažem	11	2,7%	43	10,2%	54	6,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	46	11,2%	105	24,9%	151	18,1%
	Uglavnom se slažem	189	46,1%	127	30,1%	316	38,0%
	U potpunosti se slažem	160	39,0%	121	28,7%	281	33,8%

primjenjivanim metodama KAM-a	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Pacijenti bi se morali prije primjene KAM-a konzultirati sa svojim liječnikom ili terapeutom	Uopće se ne slažem	4	1,0%	11	2,6%	15	1,8%
	Uglavnom se ne slažem	9	2,2%	14	3,3%	23	2,8%
	Niti se slažem niti se ne slažem	40	9,8%	83	19,7%	123	14,8%
	Uglavnom se slažem	169	41,2%	149	35,3%	318	38,2%
	U potpunosti se slažem	188	45,9%	165	39,1%	353	42,4%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Šteta je što se o KAM metodama premalo govori i što se rijetko koriste	Uopće se ne slažem	14	3,4%	50	11,8%	64	7,7%
	Uglavnom se ne slažem	26	6,3%	50	11,8%	76	9,1%
	Niti se slažem niti se ne slažem	110	26,8%	129	30,6%	239	28,7%
	Uglavnom se slažem	148	36,1%	96	22,7%	244	29,3%
	U potpunosti se slažem	112	27,3%	97	23,0%	209	25,1%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
KAM metode su opasne i štetne za zdravlje	Uopće se ne slažem	153	37,3%	115	27,3%	268	32,2%
	Uglavnom se ne slažem	163	39,8%	114	27,0%	277	33,3%
	Niti se slažem niti se ne slažem	85	20,7%	124	29,4%	209	25,1%
	Uglavnom se slažem	6	1,5%	49	11,6%	55	6,6%
	U potpunosti se slažem	3	0,7%	20	4,7%	23	2,8%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%

Analiza uvjerenja i stavova prema KAM-u pokazuje da većina ispitanika (oko 60%) smatra da pacijenti u praksi koriste neku od KAM terapija, ali ne govore o tome. Ovo ukazuje na postojanje latentne prakse koja nije integrirana u formalnu zdravstvenu dokumentaciju ili komunikaciju sa zdravstvenim radnicima.

Zdravstveni radnici imaju više neutralnih stavova prema primjeni KAM-a, dok pacijenti iskazuju veću sklonost za KAM metode. Ova razlika može odražavati različite perspektive – pacijenti su fokusirani na osobna iskustva i dobrobit, dok zdravstveni radnici moraju uzeti u obzir sigurnosne i znanstvene aspekte. Gotovo 70% ispitanika (uključujući zdravstvene radnike i pacijente) smatra da bi KAM metode trebale biti integrirane s metodama klasične medicine. Više od 75% ispitanika podržava vođenje evidencije o primjeni KAM-a u zdravstvenim kartonima i uključivanje anamnestičkih podataka o korištenju KAM-a, što ukazuje na rastuću

svijest o potrebi formalnog uključivanja praksi KAM-a. Negativni stavovi su najviše izraženi u tvrdnji da su KAM metode opasne i štetne za zdravlje – 70% pacijenata i zdravstvenih radnika se ne slaže s ovom tvrdnjom. Oko 50% pacijenata smatra da bi liječenje KAM-om trebalo biti pokriveno zdravstvenim osiguranjem, dok je taj postotak niži među zdravstvenim radnicima. Ovo pokazuje podjelu u percepciji vrijednosti i uloge KAM-a u sustavu javnog zdravstva. Većina ispitanika smatra da bi zdravstveni radnici trebali biti osposobljeni za razgovor s pacijentima o KAM-u. Ovaj stav podržava ideju o formalnom uključivanju KAM-a u obrazovne programe zdravstvenih radnika čime bi se smanjila skepsa i povećala informiranost o potencijalnim koristima i rizicima.

Tablica 3. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o integraciji KAM-a s konvencionalnom medicinom

Tvrdnja	Liječnici		Medicinske sestre		Pacijenti	
	M	SD	M	SD	M	SD
Iako o tome ne govore, pacijenti u praksi upotrebljavaju neku od terapija iz područja KAM-a	2,99	1,087	3,67	,983	3,74	,958
Šteta je što se o KAM metodama premalo govori i što se rijetko koriste	2,23	1,153	3,68	1,113	3,77	1,026
Pozitivno je što postoje KAM metode liječenja	2,68	1,072	3,78	,977	3,83	,932
KAM bi trebalo bi integrirati s metodama klasične, službene medicine	2,54	1,019	3,70	1,074	3,93	,897
KAM terapije uključuju ideje i metode čijom integracijom u sustav klasične medicine svi mogu imati koristi	2,46	1,150	3,71	1,022	4,08	,870
Klinička medicina trebala bi integrirati ono najbolje od KAM-a i od klasične medicine	2,68	1,246	4,00	,978	4,20	,893
Među liječnicima postoji snažan otpor primjeni KAM-a kod pacijenata koji su uključeni u dijagnostičke i terapijske procese	3,36	,798	3,33	,937	3,37	,902
Smatram da su KAM metode opasne i štetne za zdravlje	3,44	,946	2,07	,995	1,89	,834
Liječenje KAM-om trebalo bi u potpunosti biti pokriveno preko HZZO-a	1,90	1,078	3,38	1,098	3,66	,934

KAM terapije trebale bi biti dostupne pacijentima na razini primarne zdravstvene zaštite	2,22	1,177	3,53	1,084	3,87	,952
Trebalo bi voditi evidenciju o primjeni KAM-a u zdravstvenom kartonu/dokumentaciji pacijenta	3,44	1,095	4,07	1,005	4,02	,885
Prilikom uzimanje anamneze trebalo bi uzimati anamnestičke podatke o primjenama KAM-a	3,50	1,096	4,12	1,017	4,04	,824
Pacijent mora informirati svoj liječnički tim o primjeni KAM-a	3,83	,965	4,22	,957	4,17	,850
Pacijenti bi se morali prije primjene KAM-a konzultirati sa svojim liječnikom ili terapeutom	3,66	,966	4,17	,949	4,28	,808
Zdravstveni radnici trebali bi biti osposobljeni za razgovor s pacijentima o najčešće primjenjivanim metodama KAM-a	2,69	1,098	3,95	1,030	4,19	,814

Tablica broj 3 prikazuje prosječne vrijednosti za tvrdnje koje se odnose na integraciju KAM-a s klasičnom medicinom iz koje je vidljivo da se na skali od 1 do 5 vrijednosti kreću u rasponu 3,83 za liječnike do 4,28 za pacijente. Medicinske sestre bliži su pacijentima, sa najvećom prosječnom vrijednosti 4,22.

Prema prosječnim vrijednostima među liječnicima najprihvaćenija tvrdnja bila je da „*Pacijent mora informirati svoj liječnički tim o primjeni KAM-a*“ ($M = 3,83$). Kod medicinskih sestara najviši prosjek također je zabilježen za istu tvrdnju ($M = 4,22$), dok su pacijenti najviše podržali tvrdnju „*Pacijenti bi se morali prije primjene KAM-a konzultirati sa svojim liječnikom ili terapeutom*“ ($M = 4,28$). Druga najprihvaćenija tvrdnja kod liječnika bila je „*Pacijenti bi se morali prije primjene KAM-a konzultirati sa svojim liječnikom ili terapeutom*“ ($M = 3,66$), isto kao i kod medicinskih sestara ($M = 4,17$), dok pacijenti drugu najprihvaćeniju tvrdnju smatraju „*Klinička medicina trebala bi integrirati ono najbolje od KAM-a i od klasične medicine*“ ($M = 4,20$). Treća najprihvaćenija tvrdnja i za liječnike ($M = 3,50$) i medicinske sestre ($M = 4,12$) je „*Prilikom uzimanje anamneze trebalo bi uzimati anamnestičke podatke o primjenama KAM-a*“. Pacijentima je treća najprihvaćenija tvrdnja „*Zdravstveni radnici trebali bi biti osposobljeni za razgovor s pacijentima o najčešće primjenjivanim metodama KAM-a*“ ($M = 4,19$).

Kod liječnika najneprihvaćenije tvrdnje bile su „*Liječenje KAM-om trebalo bi u potpunosti biti pokriveno preko HZZO-a*“ ($M = 1,90$) i „*KAM terapije trebale bi biti dostupne pacijentima na razini primarne zdravstvene zaštite*“ ($M = 2,22$), dok su medicinske sestre ($M = 2,07$) i pacijenti

(M = 1,89) pokazali najmanje slaganja s tvrdnjom „Smatram da su KAM metode opasne i štetne za zdravlje“, te tvrdnja „Među liječnicima postoji snažan otpor primjeni KAM-a kod pacijenata koji su uključeni u dijagnostičke i terapijske procese“ (M = 3,33 - medicinske sestre; M = 3,37 – pacijenti).

Tablica 4. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratumata i podstratumata o integraciji KAM-a s konvencionalnom medicinom: rezultati Tukey testa

Tvrdnja	(i) Po zanimanju ste/status	(j) Po zanimanju ste/status	Srednja vrijednost. (i-j)	Standardna pogreška	p*	95% interval pouzdanosti	
						Donja granica	Gornja granica
Iako o tome ne govore, pacijenti u praksi upotrebljavaju neku od terapija iz područja KAM-a	Liječnik	Medicinska sestra	-,680*	,113	,000	-,94	-,42
		Pacijent	-,755*	,110	,000	-1,01	-,50
	Medicinska sestra	Liječnik	,680*	,113	,000	,42	,94
		Pacijent	-,075	,073	,564	-,25	,10
	Pacijent	Liječnik	,755*	,110	,000	,50	1,01
		Medicinska sestra	,075	,073	,564	-,10	,25
	Liječnik	Medicinska sestra	-1,099*	,111	,000	-1,36	-,84
		Pacijent	-1,150*	,108	,000	-1,40	-,90
Pozitivno je što postoje KAM metode liječenja	Medicinska sestra	Liječnik	1,099*	,111	,000	,84	1,36
		Pacijent	-,051	,072	,760		,12
	Pacijent	Liječnik	1,150*	,108	,000		1,40
		Medicinska sestra	,051	,072	,760		,22
	Liječnik	Medicinska sestra	,030	,104	,955		,27
		Pacijent	-,010	,101	,995		,23
Među liječnicima postoji snažan otpor primjeni KAM-a kod pacijenata koji su uključeni u	Medicinska sestra	Liječnik	-,030	,104	,955		,21
		Pacijent	-,040	,067	,827	-,20	,12
	Pacijent	Liječnik	,010	,101	,995	-,23	,25
		Medicinska sestra	,030	,104	,955		,21
	Liječnik	Medicinska sestra	,030	,104	,955		,21
		Pacijent	-,040	,067	,827	-,20	,12

dijagnostičke i terapijske procese		Medicinska sestra	,040	,067	,827	-,12	,20
Trebalo bi voditi evidenciju o primjeni KAM-a u zdravstvenom kartonu / dokumentaciji pacijenta	Liječnik	Medicinska sestra	-,632*	,110	,000	-,89	-,37
		Pacijent	-,582*	,107	,000	-,83	-,33
	Medicinska sestra	Liječnik	,632*	,110	,000	,37	,89
		Pacijent	,050	,071	,766	-,12	,22
	Pacijent	Liječnik	,582*	,107	,000	,33	,83
		Medicinska sestra	-,050	,071	,766		,12
Prilikom uzimanje anamneze trebalo bi uzimati anamnestičke podatke o primjenama KAM-a	Liječnik	Medicinska sestra	-,615*	,107	,000	-,87	-,36
		Pacijent	-,541*	,104	,000		-,30
	Medicinska sestra	Liječnik	,615*	,107	,000	,36	,87
		Pacijent	,074	,070	,540	-,09	,24
	Pacijent	Liječnik	,541*	,104	,000	,30	,79
		Medicinska sestra	-,074	,070	,540	-,24	,09
KAM bi trebalo bi integrirati s metodama klasične, službene medicine	Liječnik	Medicinska sestra	-1,161*	,113	,000	-1,43	-,90
		Pacijent	-1,392*	,110	,000	-1,65	-1,13
	Medicinska sestra	Liječnik	1,161*	,113	,000	,90	1,43
		Pacijent	-,231*	,073	,005	-,40	-,06
	Pacijent	Liječnik	1,392*	,110	,000		1,65
		Medicinska sestra	,231*	,073	,005		,40
Pacijent mora informirati svoj liječnički tim o primjeni KAM-a	Liječnik	Medicinska sestra	-,391*	,104	,001	-,63	-,15
		Pacijent	-,340*	,101	,002	-,58	-,10
		Liječnik	,391*	,104	,001	,15	,63
		Pacijent	,051	,068	,732	-,11	,21
	Pacijent	Liječnik	,340*	,101	,002	,10	,58
		Medicinska sestra	-,051	,068	,732	-,21	,11
Liječenje KAM-om trebalo bi u	Liječnik	Medicinska sestra	-1,483*	,117	,000	-1,76	-1,21

potpunosti biti pokriveno preko HZZO-a		Pacijent	-1,762*	,113	,000	-2,03	-1,50
	Medicinska sestra	Liječnik	1,483*	,117	,000	1,21	1,76
		Pacijent	-,279*	,076	,001	-,46	-,10
	Pacijent	Liječnik	1,762*	,113	,000	1,50	2,03
		Medicinska sestra	,279*	,076	,001	,10	,46
KAM terapije trebale bi biti dostupne pacijentima na razini primarne zdravstvene zaštite	Liječnik	Medicinska sestra	-1,310*	,118	,000	-1,59	-1,03
		Pacijent	-1,646*	,115	,000	-1,92	-1,38
	Medicinska sestra	Liječnik	1,310*	,118	,000	1,03	1,59
		Pacijent	-,337*	,077	,000	-,52	-,16
	Pacijent	Liječnik	1,646*	,115	,000	1,38	1,92
		Medicinska sestra	,337*	,077	,000	,16	,52
KAM uključuje ideje i metode čijom integracijom u sustav klasične medicine svi mogu imati koristi	Liječnik	Medicinska sestra	-1,247*	,111	,000	-1,51	-,99
		Pacijent	-1,615*	,108	,000	-1,87	-1,36
	Medicinska sestra	Liječnik	1,247*	,111	,000	,99	1,51
		Pacijent	-,368*	,072	,000	-,54	-,20
	Pacijent	Liječnik	1,615*	,108	,000	1,36	1,87
		Medicinska sestra	,368*	,072	,000	,20	,54
Klinička medicina trebala bi integrirati ono najbolje od KAM-a i od klasične medicine	Liječnik	Medicinska sestra	-1,320*	,112	,000	-1,58	-1,06
		Pacijent	-1,517*	,109	,000		-1,26
	Medicinska sestra	Liječnik	1,320*	,112	,000		1,58
		Pacijent	-,197*	,073	,018		-,03
	Pacijent	Liječnik	1,517*	,109	,000		1,77
		Medicinska sestra	,197*	,073	,018		,37
Zdravstveni radnici trebali bi biti osposobljeni za razgovor s pacijentima o najčešće	Liječnik	Medicinska sestra	-1,260*	,107	,000	-1,51	-1,01
		Pacijent	-1,502*	,105	,000	-1,75	-1,26
	Medicinska sestra	Liječnik	1,260*	,107	,000	1,01	1,51
		Pacijent	-,242*	,070	,002	-,41	-,08
	Pacijent	Liječnik	1,502*	,105	,000	1,26	1,75

primjenjivanim metodama KAM-a		Medicinska sestra	,242*	,070	,002	,08	,41
Pacijenti bi se morali prije primjene KAM-a konzultirati sa svojim liječnikom ili terapeutom	Liječnik	Medicinska sestra	-,514*	,101	,000	-,75	-,28
		Pacijent	-,625*	,099	,000	-,86	-,39
	Medicinska sestra	Liječnik	,514*	,101	,000	,28	,75
		Pacijent	-,110	,066	,216	-,26	,04
	Pacijent	Liječnik	,625*	,099	,000	,39	,86
		Medicinska sestra	,110	,066	,216		,26
Šteta je što se o KAM metodama premalo govori i što se rijetko koriste	Liječnik	Medicinska sestra	-1,446*	,123	,000	-1,74	-1,16
		Pacijent	-1,544*	,120	,000		-1,26
	Medicinska sestra	Liječnik	1,446*	,123	,000	1,16	1,74
		Pacijent	-,098	,080	,442	-,29	,09
	Pacijent	Liječnik	1,544*	,120	,000	1,26	1,83
		Medicinska sestra	,098	,080	,442	-,09	,29
KAM metode su opasne i štetne za zdravlje	Liječnik	Medicinska sestra	1,371*	,104	,000	1,13	1,62
		Pacijent	1,552*	,102	,000	1,31	1,79
	Medicinska sestra	Liječnik	-1,371*	,104	,000	-1,62	-1,13
		Pacijent	,180*	,068	,022	,02	,34
	Pacijent	Liječnik	-1,552*	,102	,000		-1,31
		Medicinska sestra	-,180*	,068	,022		-,02

P* - vrijednost razine značajnosti; $p < 0,05$ označava statistički značajnu razliku između uspoređivanih skupina

Post hoc analiza Tukey testom pokazala je da postoje statistički značajne razlike između liječnika, medicinskih sestara i pacijenata. Liječnici su dosljedno pokazivali nižu razinu slaganja s tvrdnjama koje podržavaju integraciju i primjenu KAM-a, u usporedbi s pacijentima i medicinskim sestrama. Primjerice, tvrdnja „KAM bi trebalo integrirati s metodama klasične, službene medicine“ pokazala je statistički značajnu razliku između liječnika i pacijenata ($p < 0,001$), kao i između liječnika i medicinskih sestara ($p < 0,001$), dok su pacijenti i medicinske sestre pokazali sličan stupanj slaganja ($p = 0,005$). Sličan obrazac uočen je i kod tvrdnji poput „KAM uključuje ideje i metode čijom integracijom u sustav klasične medicine svi mogu imati

koristi“ i „Klinička medicina trebala bi integrirati ono najbolje od KAM-a i klasične medicine“, gdje su razlike između liječnika i ostalih skupina također bile visoko značajne ($p < 0,001$). Tvrdnje koje se odnose na edukaciju i komunikaciju, poput „Zdravstveni radnici trebali bi biti osposobljeni za razgovor s pacijentima o najčešće primjenjivanim metodama KAM-a“ te „Trebalo bi voditi evidenciju o primjeni KAM-a u zdravstvenom kartonu/dokumentaciji pacijenta“, također su pokazale značajne razlike – s nižim prihvaćanjem među liječnicima ($p < 0,001$ u odnosu na obje skupine). I kod tvrdnje „KAM metode su opasne i štetne za zdravlje“ uočena je suprotna tendencija: liječnici su ovu tvrdnju ocijenili znatno pozitivnije od ostalih, što ukazuje na njihovu veću zabrinutost za sigurnost KAM-a ($p < 0,001$). Tvrdnje poput „Pacijenti bi se morali prije primjene KAM-a konzultirati sa svojim liječnikom“ i „Pacijent mora informirati svoj liječnički tim o primjeni KAM-a“ također su izazvale značajne razlike između liječnika i pacijenata, čime se potvrđuje razlika u percepciji odgovornosti i kontrole nad liječenjem. Rezultati potvrđuju konzistentnije pozitivne stavove medicinskih sestara i pacijenata prema integraciji KAM-a u zdravstveni sustav, u kontrastu s izraženijom rezerviranošću liječnika.

4.2.2. Integracija KAM-a u obrazovni i zdravstveni sustav

Rezultati prikazuju stavove zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata prema integraciji komplementarne i alternativne medicine u obrazovni i zdravstveni sustav. Analizirani su stavovi o formalnom obrazovanju zdravstvenih radnika o KAM-u, potrebi za integracijom KAM-a u obrazovne programe i regulaciji praksi KAM-a, pri čemu su korišteni Hi-kvadrat test, jednosmjerna ANOVA i post hoc Tukey analiza. Tablicom 5 prikazan je stupanj prihvaćanja tvrdnji, a tablicom 6 prikazani su prosječni pokazatelji (1 – 5) za promatrane skupine.

Hi kvadrat i ANOVA testom s obzirom na odgovore, uočena je statistički značajna razlika ($p < 0,05$) kod svih promatranih skupina. Post hoc analiza provedena je za utvrđivanje statistički značajnih razlika između liječnika, medicinskih sestara i pacijenata u stavovima prema integraciji KAM-a u obrazovni i zdravstveni sustav. Rezultati su pokazali značajne razlike između liječnika i pacijenata za većinu tvrdnji (13 od 17 tvrdnji, $p < 0,05$). Razlike između medicinskih sestara i pacijenata bile su manje izražene, pri čemu za 7 tvrdnji nije pronađena statistički značajna razlika. Razlike između liječnika i medicinskih sestara bile su značajne za 12 tvrdnji.

Tablica 5. Stupanj prihvaćanja tvrdnji o integraciji KAM-a u zdravstveni i obrazovni sustav

Tvrdnja	Stupanj slaganja na Likertovoj skali 1 – 5	Skupina					
		Pacijenti		Zdravstveni radnici		Ukupno	
		N	%	N	%	N	%
Znam razliku između komplementarne i alternativne medicine	Uopće se ne slažem	10	2,4%	18	4,3%	28	3,4%
	Uglavnom se ne slažem	44	10,7%	49	11,6%	93	11,2%
	Niti se slažem niti se ne slažem	124	30,2%	106	25,1%	230	27,6%
	Uglavnom se slažem	169	41,2%	126	29,9%	295	35,5%
	U potpunosti se slažem	63	15,4%	123	29,1%	186	22,4%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Tijekom obrazovanja kroz verificirane nastavne planove i programe zdravstveni bi se djelatnici trebali educirati iz područja KAM-a	Uopće se ne slažem	5	1,2%	17	4,0%	22	2,6%
	Uglavnom se ne slažem	10	2,4%	43	10,2%	53	6,4%
	Niti se slažem niti se ne slažem	75	18,3%	122	28,9%	197	23,7%
	Uglavnom se slažem	207	50,5%	140	33,2%	347	41,7%
	U potpunosti se slažem	113	27,6%	100	23,7%	213	25,6%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Zdravstveni djelatnici trebali bi imati formalno obrazovanje iz područja KAM-a	Uopće se ne slažem	5	1,2%	47	11,1%	52	6,3%
	Uglavnom se ne slažem	16	3,9%	44	10,4%	60	7,2%
	Niti se slažem niti se ne slažem	104	25,4%	124	29,4%	228	27,4%
	Uglavnom se slažem	195	47,6%	121	28,7%	316	38,0%
	U potpunosti se slažem	90	22,0%	86	20,4%	176	21,2%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Tijekom svojeg formalnog obrazovanja zdravstveni djelatnici dobiju vrlo malo ili nimalo informacija o KAM-u	Uopće se ne slažem	3	0,7%	6	1,4%	9	1,1%
	Uglavnom se ne slažem	13	3,2%	24	5,7%	37	4,4%
	Niti se slažem niti se ne slažem	135	32,9%	83	19,7%	218	26,2%
	Uglavnom se slažem	158	38,5%	140	33,2%	298	35,8%
	U potpunosti se slažem	101	24,6%	169	40,0%	270	32,5%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Zdravstveni djelatnici ne posjeduju dovoljno	Uopće se ne slažem	2	0,5%	9	2,1%	11	1,3%
	Uglavnom se ne slažem	19	4,6%	29	6,9%	48	5,8%

znanja da s pacijentima mogu kvalificirano razgovarati o mogućnostima primjene i djelotvornosti KAM-a	Niti se slažem niti se ne slažem	128	31,2%	99	23,5%	227	27,3%
	Uglavnom se slažem	178	43,4%	138	32,7%	316	38,0%
	U potpunosti se slažem	83	20,2%	147	34,8%	230	27,6%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Želio bih da kroz formalne obrazovne programe zdravstveni djelatnici usvoje dovoljno znanja kako bi sa zainteresiranim pacijentima mogli kvalificirano razgovarati o mogućnostima primjene i djelotvornosti KAM-a	Uopće se ne slažem	2	0,5%	31	7,3%	33	4,0%
	Uglavnom se ne slažem	9	2,2%	47	11,1%	56	6,7%
	Niti se slažem niti se ne slažem	81	19,8%	97	23,0%	178	21,4%
	Uglavnom se slažem	216	52,7%	125	29,6%	341	41,0%
	U potpunosti se slažem	102	24,9%	122	28,9%	224	26,9%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Obrazovanje iz područja KAM-a trebalo bi biti sastavni dio obrazovnih planova i programa za sve pripadnike zdravstvenih profesija	Uopće se ne slažem	4	1,0%	39	9,2%	43	5,2%
	Uglavnom se ne slažem	15	3,7%	54	12,8%	69	8,3%
	Niti se slažem niti se ne slažem	77	18,8%	114	27,0%	191	23,0%
	Uglavnom se slažem	210	51,2%	111	26,3%	321	38,6%
	U potpunosti se slažem	104	25,4%	104	24,6%	208	25,0%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Obrazovanje iz KAM-a trebalo bi biti sustavno integrirano u različite klasične zdravstvene sadržaje (od anatomije do interne medicine i zdravstvene njege) na svim razinama obrazovanja, kako teoretski tako i praktično	Uopće se ne slažem	3	0,7%	38	9,0%	41	4,9%
	Uglavnom se ne slažem	14	3,4%	65	15,4%	79	9,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	95	23,2%	115	27,3%	210	25,2%
	Uglavnom se slažem	202	49,3%	108	25,6%	310	37,3%
	U potpunosti se slažem	96	23,4%	96	22,7%	192	23,1%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
KAM terapija u načelu je opasna za pacijenta i	Uopće se ne slažem	3	0,7%	17	4,0%	20	2,4%
	Uglavnom se ne slažem	16	3,9%	47	11,1%	63	7,6%

trebalo bi je izbjegavati (R)	Niti se slažem niti se ne slažem	86	21,0%	131	31,0%	217	26,1%
	Uglavnom se slažem	161	39,3%	108	25,6%	269	32,3%
	U potpunosti se slažem	144	35,1%	119	28,2%	263	31,6%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Osobe koje primjenjuju KAM, a nisu zdravstvene struke obični su šarlatani i trebalo bi im zabraniti rad (R)	Uopće se ne slažem	20	4,9%	29	6,9%	49	5,9%
	Uglavnom se ne slažem	51	12,4%	68	16,1%	119	14,3%
	Niti se slažem niti se ne slažem	149	36,3%	178	42,2%	327	39,3%
	Uglavnom se slažem	139	33,9%	84	19,9%	223	26,8%
	U potpunosti se slažem	51	12,4%	63	14,9%	114	13,7%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Iznenaduju me ljudi koji ne shvaćaju da je motiv KAM terapeuta zarada a ne dobrobit pacijenata (R)	Uopće se ne slažem	16	3,9%	27	6,4%	43	5,2%
	Uglavnom se ne slažem	32	7,8%	52	12,3%	84	10,1%
	Niti se slažem niti se ne slažem	195	47,6%	202	47,9%	397	47,7%
	Uglavnom se slažem	112	27,3%	81	19,2%	193	23,2%
	U potpunosti se slažem	55	13,4%	60	14,2%	115	13,8%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
KAM terapeuti trebali bi prolaziti sustav licenciranja kao i zdravstveni radnici klasične medicine	Uopće se ne slažem	1	0,2%	7	1,7%	8	1,0%
	Uglavnom se ne slažem	3	0,7%	19	4,5%	22	2,6%
	Niti se slažem niti se ne slažem	57	13,9%	98	23,2%	155	18,6%
	Uglavnom se slažem	172	42,0%	120	28,4%	292	35,1%
	U potpunosti se slažem	177	43,2%	178	42,2%	355	42,7%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Trebala bi postojati specijalizacija iz KAM terapije	Uopće se ne slažem	1	0,2%	33	7,8%	34	4,1%
	Uglavnom se ne slažem	7	1,7%	45	10,7%	52	6,3%
	Niti se slažem niti se ne slažem	59	14,4%	120	28,4%	179	21,5%
	Uglavnom se slažem	168	41,0%	112	26,5%	280	33,7%
	U potpunosti se slažem	175	42,7%	112	26,5%	287	34,5%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
	Uopće se ne slažem	55	13,4%	22	5,2%	77	9,3%
	Uglavnom se ne slažem	78	19,0%	54	12,8%	132	15,9%

KAM terapijom trebali bi se baviti samo liječnici (R)	Niti se slažem niti se ne slažem	123	30,0%	196	46,4%	319	38,3%
	Uglavnom se slažem	100	24,4%	78	18,5%	178	21,4%
	U potpunosti se slažem	54	13,2%	72	17,1%	126	15,1%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Država bi trebala odrediti tko smije prakticirati i pružati KAM	Uopće se ne slažem	10	2,4%	33	7,8%	43	5,2%
	Uglavnom se ne slažem	14	3,4%	28	6,6%	42	5,0%
	Niti se slažem niti se ne slažem	74	18,0%	138	32,7%	212	25,5%
	Uglavnom se slažem	183	44,6%	113	26,8%	296	35,6%
	U potpunosti se slažem	129	31,5%	110	26,1%	239	28,7%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Ponosan sam na one zdravstvene radnike i pacijente koji mogu otvoreno razgovarati o prednostima i opasnostima korištenja KAM	Uopće se ne slažem	2	0,5%	23	5,5%	25	3,0%
	Uglavnom se ne slažem	7	1,7%	24	5,7%	31	3,7%
	Niti se slažem niti se ne slažem	90	22,0%	124	29,4%	214	25,7%
	Uglavnom se slažem	148	36,1%	124	29,4%	272	32,7%
	U potpunosti se slažem	163	39,8%	127	30,1%	290	34,9%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Volio bih kada bi zdravstveni radnici imali formalnu edukaciju iz KAM-a	Uopće se ne slažem	3	0,7%	36	8,5%	39	4,7%
	Uglavnom se ne slažem	7	1,7%	39	9,2%	46	5,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	65	15,9%	108	25,6%	173	20,8%
	Uglavnom se slažem	192	46,8%	112	26,5%	304	36,5%
	U potpunosti se slažem	143	34,9%	127	30,1%	270	32,5%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%

Analiza uvjerenja i stavova zdravstvenih radnika i pacijenata prema komplementarnoj i alternativnoj medicini pokazuje značajne razlike među skupinama u percepciji i pristupu određenim aspektima integracije KAM-a u obrazovni i zdravstveni sustav. Ispitivanje uvjerenja i stavova o razumijevanju razlike između komplementarne i alternativne medicine pokazalo je da se 35,5% svih ispitanika uglavnom slaže s tvrdnjom da razumije razliku, dok se dodatnih 22,4% u potpunosti slaže. Zdravstveni radnici pokazuju veću razinu sigurnosti u razumijevanju razlike (29,1% u potpunosti slaže) u usporedbi s pacijentima (15,4%). Većina ispitanika podržava ideju da bi zdravstveni djelatnici trebali imati formalnu edukaciju o KAM-u. Tako se

s tvrdnjom da je potrebno uključiti edukaciju kroz verificirane nastavne planove i programe slaže 41,7% svih ispitanika, dok se njih 25,6% u potpunosti slaže. Usporedno, 46,8% pacijenata uglavnom podržava ovu tvrdnju, dok među zdravstvenim radnicima taj postotak iznosi 26,5%. Kada je riječ o informiranju zdravstvenih djelatnika tijekom formalnog obrazovanja, 40% zdravstvenih radnika smatra da su dobili vrlo malo ili nimalo informacija o KAM-u, dok je taj stav dijelilo 24,6% pacijenata.

Zanimljivo je analizirati uvjerenja i stavove prema potencijalnim rizicima KAM-a. Tvrdnja da su "*KAM metode opasne i štetne za zdravlje*" podijelila je ispitanike: 33,3% svih sudionika uglavnom se ne slaže, dok je 31,6% u potpunosti složno s tvrdnjom. Pacijenti su pokazali manju razinu slaganja s tvrdnjom (72,7% se ne slaže) u usporedbi sa zdravstvenim radnicima (54,3%). Pitanje licenciranja KAM terapeuta također je istaknulo visoku razinu slaganja među svim ispitanicima. Čak 42,7% se u potpunosti slaže da bi KAM terapeuti trebali prolaziti licenciranje slično zdravstvenim radnicima, dok 35,1% dodatno izražava umjereno slaganje s ovom tvrdnjom. Jedan od ključnih aspekata je razgovor o KAM-u. Više od 38% ispitanika uglavnom se slaže da bi zdravstveni radnici trebali biti osposobljeni za razgovor o KAM-u s pacijentima, dok se 33,8% u potpunosti slaže. Ovi rezultati ukazuju na potrebu za boljom komunikacijom i informiranjem u kliničkoj praksi. Dok pacijenti pokazuju veći entuzijazam za integraciju KAM-a u zdravstveni sustav, zdravstveni radnici zadržavaju oprez, osobito u percepciji rizika.

Tablica 6. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o integraciji KAM-a u zdravstveni i obrazovni sustav

Tvrdnja	Liječnici		Medicinske sestre		Pacijenti	
	M	SD	M	SD	M	SD
Znam razliku između komplementarne i alternativne medicine	4,29	1,038	3,49	1,101	3,56	,957
Tijekom obrazovanja kroz verificirane nastavne planove i programe zdravstveni bi se djelatnici trebali educirati iz područja KAM-a	4,01	,904	4,06	,998	4,00	,817
Zdravstveni djelatnici trebali bi imati formalno obrazovanje iz područja KAM-a	2,39	1,302	3,67	1,041	3,85	,848

Tijekom svojeg formalnog obrazovanja zdravstveni djelatnici dobiju vrlo malo ili nimalo informacija o KAM-u	4,01	,904	4,06	,998	3,83	,861
Zdravstveni djelatnici ne posjeduju dovoljno znanja da s pacijentima mogu kvalificirano razgovarati o mogućnostima primjene i djelotvornosti KAM-a	3,66	,844	3,99	1,061	3,78	,836
Želio bih da kroz formalne obrazovne programe zdravstveni djelatnici usvoje dovoljno znanja kako bi sa zainteresiranim pacijentima mogli kvalificirano razgovarati o mogućnostima primjene i djelotvornosti KAM-a	2,51	1,210	3,96	,996	3,99	,762
Obrazovanje iz područja KAM-a trebalo bi biti sastavni dio obrazovnih planova i programa za sve pripadnike zdravstvenih profesija	2,38	1,179	3,78	1,072	3,96	,823
Obrazovanje iz KAM-a trebalo bi biti sustavno integrirano u različite klasične zdravstvene sadržaje (od anatomije do interne medicine i zdravstvene njege) na svim razinama obrazovanja, kako teoretski tako i praktično	2,32	1,127	3,71	1,085	3,91	,814
KAM terapija u načelu je opasna za pacijenta i trebalo bi je izbjegavati (R)	2,66	,997	3,93	,985	4,04	,885
Osobe koje primjenjuju KAM, a nisu zdravstvene struke obični su šarlatani i trebalo bi im zabraniti rad	2,47	,948	3,43	1,038	3,36	1,011
Iznenaduju me ljudi koji ne shvaćaju da je motiv KAM terapeuta zarada a ne dobrobit pacijenata	2,73	,927	3,38	1,060	3,38	,946
KAM terapeuti trebali bi prolaziti sustav licenciranja kao i zdravstveni radnici klasične medicine	3,92	,939	4,09	1,005	4,27	,743
Trebala bi postojati specijalizacija iz KAM terapije	2,61	1,136	3,82	1,085	4,24	,779
KAM terapijom trebali bi se baviti samo liječnici (R)	2,95	,796	3,40	1,108	3,05	1,223
Država bi trebala odrediti tko smije prakticirati i pružati KAM	3,72	,944	3,52	1,233	3,99	,924
Ponosan sam na one zdravstvene radnike i pacijente koji mogu otvoreno razgovarati o prednostima i opasnostima korištenja KAM	2,94	1,071	3,98	1,011	4,13	0846
Volio bih kada bi zdravstveni radnici imali formalnu edukaciju iz KAM-a	2,55	1,234	3,93	1,048	4,13	,792

Prema prosječnim vrijednostima na skali od 1 do 5, među liječnicima najprihvaćenija tvrdnja bila je „Znam razliku između komplementarne i alternativne medicine“ (M = 4,09). Kod medicinskih sestara najviši prosjek zabilježen je za tvrdnju „KAM terapeuti trebali bi prolaziti sustav licenciranja kao i zdravstveni radnici klasične medicine“ (M = 4,09). Istu tvrdnju podržali su i pacijenti (M = 4,27). Druga i treća najprihvaćenija tvrdnja za liječnike i medicinske sestre bile su „Tijekom obrazovanja kroz verificirane nastavne planove i programe zdravstveni bi se djelatnici trebali educirati iz područja KAM-a“ (liječnici M = 4,01; medicinske sestre M = 4,06) i „Tijekom svojeg formalnog obrazovanja zdravstveni djelatnici dobiju vrlo malo ili nimalo informacija o KAM-u“ (liječnici 4,01; medicinske sestre 4,06). Druga najprihvaćenija tvrdnja među pacijentima je „KAM terapija u načelu je opasna za pacijenta i trebalo bi je izbjegavati“ (R), (M = 4,04), a treća „Tijekom obrazovanja kroz verificirane nastavne planove i programe zdravstveni bi se djelatnici trebali educirati iz područja KAM-a“.

Kod liječnika najneprihvaćenija tvrdnja bila je „Obrazovanje iz KAM-a trebalo bi biti sustavno integrirano u različite klasične zdravstvene sadržaje - od anatomije do interne medicine i zdravstvene njege, na svim razinama obrazovanja, kako teoretski tako i praktično“ (M = 2,32), dok su medicinske sestre (M = 3,40) i pacijenti (M = 3,05) pokazali najmanje slaganja s tvrdnjom „KAM terapijom trebali bi se baviti samo liječnici“ (R). Druga i treća najneprihvaćenija tvrdnja među liječnicima je bila „Obrazovanje iz područja KAM-a trebalo bi biti sastavni dio obrazovnih planova i programa za sve pripadnike zdravstvenih profesija“ (M = 2,47), te „Osobe koje primjenjuju KAM, a nisu zdravstvene struke obični su šarlatani i trebalo bi im zabraniti rad“ (M = 2,38); među medicinskim sestrama „KAM terapijom trebali bi se baviti samo liječnici“ (R), (M = 3,40) i „Država bi trebala odrediti tko smije prakticirati i pružati KAM“ (M=3,52); među pacijentima „Osobe koje primjenjuju KAM, a nisu zdravstvene struke obični su šarlatani i trebalo bi im zabraniti rad“ (M = 3,36) i „Iznenaduju me ljudi koji ne shvaćaju da je motiv KAM terapeuta zarada a ne dobrobit pacijenata“ (M = 3,38).

Tablica 7. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratumata i podstratumata o integraciji KAM-a u zdravstveni i obrazovni sustav: rezultati Tukey testa

Tvrdnja	(i) Po zanimanju ste/status	(j) Po zanimanju ste/status	Srednja vrijednost. (i-j)	Standardna pogreška	P*	95% interval pouzdanosti	
						Donja granica	Gornja granica
Znam razliku između komplementarne i alternativne medicine	Liječnik	Medicinska sestra	,798*	,117	,000	,52	1,07
		Pacijent	,728*	,114	,000	,46	1,00
	Medicinska sestra	Liječnik	-,798*	,117	,000	-1,07	-,52
		Pacijent	-,070	,076	,631	-,25	,11
	Pacijent	Liječnik	-,728*	,114	,000	-1,00	-,46
		Medicinska sestra	,070	,076	,631	-,11	,25
Tijekom obrazovanja kroz verificirane nastavne planove i programe zdravstveni bi se djelatnici trebali educirati iz područja KAM-a	Liječnik	Medicinska sestra	-,924*	,105	,000	-1,17	-,68
		Pacijent	-1,085*	,102	,000	-1,32	-,85
	Medicinska sestra	Liječnik	,924*	,105	,000	,68	1,17
		Pacijent	-,161*	,068	,049	-,32	,00
	Pacijent	Liječnik	1,085*	,102	,000	,85	1,32
		Medicinska sestra	,161*	,068	,049	,00	,32
Zdravstveni djelatnici trebali bi imati formalno obrazovanje iz područja KAM-a	Liječnik	Medicinska sestra	-1,283*	,113	,000	-1,55	-1,02
		Pacijent	-1,459*	,110	,000	-1,72	-1,20
	Medicinska sestra	Liječnik	1,283*	,113	,000	1,02	1,55
		Pacijent	-,176*	,074	,044	-,35	,00
	Pacijent	Liječnik	1,459*	,110	,000	1,20	1,72
		Medicinska sestra	,176*	,074	,044	,00	,35
Tijekom svojeg formalnog obrazovanja zdravstveni djelatnici dobiju vrlo malo ili	Liječnik	Medicinska sestra	-,052	,106	,873	-,30	,20
		Pacijent	,180	,103	,186	-,06	,42
	Medicinska sestra	Liječnik	,052	,106	,873	-,20	,30
		Pacijent	,233*	,069	,002	,07	,39

nimalo informacija o KAM-u	Pacijent	Liječnik	-,180	,103	,186	-,42	,06
		Medicinska sestra	-,233*	,069	,002	-,39	-,07
Zdravstveni djelatnici ne posjeduju dovoljno znanja da s pacijentima mogu kvalificirano razgovarati o mogućnostima primjene i djelotvornosti KAM-a	Liječnik	Medicinska sestra	-,334*	,106	,005	-,58	-,08
		Pacijent	-,121	,104	,473	-,36	,12
	Medicinska sestra	Liječnik	,334*	,106	,005	,08	,58
		Pacijent	,213*	,069	,006	,05	,38
	Pacijent	Liječnik	,121	,104	,473	-,12	,36
		Medicinska sestra	-,213*	,069	,006	-,38	-,05
Želio bih da kroz formalne obrazovne programe zdravstveni djelatnici usvoje dovoljno znanja kako bi sa zainteresiranim pacijentima mogli kvalificirano razgovarati o mogućnostima primjene i djelotvornosti KAM-a	Liječnik	Medicinska sestra	-1,453*	,105	,000	-1,70	-1,21
		Pacijent	-1,480*	,102	,000	-1,72	-1,24
	Medicinska sestra	Liječnik	1,453*	,105	,000	1,21	1,70
		Pacijent	-,028	,068	,914	-,19	,13
	Pacijent	Liječnik	1,480*	,102	,000	1,24	1,72
		Medicinska sestra	,028	,068	,914	-,13	,19
Obrazovanje iz područja KAM-a trebalo bi biti sastavni dio obrazovnih planova i programa za sve pripadnike zdravstvenih profesija	Liječnik	Medicinska sestra	-1,396*	,111	,000	-1,66	-1,13
		Pacijent	-1,581*	,108	,000	-1,84	-1,33
	Medicinska sestra	Liječnik	1,396*	,111	,000	1,13	1,66
		Pacijent	-,185*	,072	,029	-,36	-,02
	Pacijent	Liječnik	1,581*	,108	,000	1,33	1,84
		Medicinska sestra	,185*	,072	,029	,02	,36
Obrazovanje iz KAM-a trebalo bi biti sustavno integrirano u različite klasične zdravstvene sadržaje	Liječnik	Medicinska sestra	-1,387*	,111	,000	-1,65	-1,13
		Pacijent	-1,590*	,108	,000	-1,84	-1,34
	Medicinska sestra	Liječnik	1,387*	,111	,000	1,13	1,65
		Pacijent	-,203*	,072	,014	-,37	-,03

(od anatomije do interne medicine i zdravstvene njege) na svim razinama obrazovanja, kako teoretski tako i praktično	Pacijent	Liječnik	1,590*	,108	,000	1,34	1,84
		Medicinska sestra	,203*	,072	,014	,03	,37
KAM terapija u načelu je opasna za pacijenta i trebalo bi je izbjegavati (R)	Liječnik	Medicinska sestra	-1,271*	,107	,000	-1,52	-1,02
		Pacijent	-1,379*	,105	,000	-1,62	-1,13
	Medicinska sestra	Liječnik	1,271*	,107	,000	1,02	1,52
		Pacijent	-,107	,070	,274	-,27	,06
	Pacijent	Liječnik	1,379*	,105	,000	1,13	1,62
		Medicinska sestra	,107	,070	,274	-,06	,27
Osobe koje primjenjuju KAM, a nisu zdravstvene struke obični su šarlatani i trebalo bi im zabraniti rad (R)	Liječnik	Medicinska sestra	-,957*	,116	,000	-1,23	-,68
		Pacijent	-,895*	,113	,000	-1,16	-,63
	Medicinska sestra	Liječnik	,957*	,116	,000	,68	1,23
		Pacijent	,062	,076	,692	-,12	,24
	Pacijent	Liječnik	,895*	,113	,000	,63	1,16
		Medicinska sestra	-,062	,076	,692	-,24	,12
Iznenaduju me ljudi koji ne shvaćaju da je motiv KAM terapeuta zarada a ne dobrobit pacijenata (R)	Liječnik	Medicinska sestra	-,650*	,112	,000	-,91	-,39
		Pacijent	-,654*	,109	,000	-,91	-,40
	Medicinska sestra	Liječnik	,650*	,112	,000	,39	,91
		Pacijent	-,004	,073	,998	-,18	,17
	Pacijent	Liječnik	,654*	,109	,000	,40	,91
		Medicinska sestra	,004	,073	,998	-,17	,18
KAM terapeuti trebali bi prolaziti sustav licenciranja kao i zdravstveni radnici klasične medicine	Liječnik	Medicinska sestra	-,173	,100	,195	-,41	,06
		Pacijent	-,348*	,098	,001	-,58	-,12
	Medicinska sestra	Liječnik	,173	,100	,195	-,06	,41
		Pacijent	-,174*	,065	,021	-,33	-,02

	Pacijent	Liječnik	,348*	,098	,001	,12	,58
		Medicinska sestra	,174*	,065	,021	,02	,33
Trebala bi postojati specijalizacija iz KAM terapije	Liječnik	Medicinska sestra	-1,212*	,109	,000	-1,47	-,96
		Pacijent	-1,628*	,106	,000	-1,88	-1,38
	Medicinska sestra	Liječnik	1,212*	,109	,000	,96	1,47
		Pacijent	-,416*	,071	,000	-,58	-,25
	Pacijent	Liječnik	1,628*	,106	,000	1,38	1,88
		Medicinska sestra	,416*	,071	,000	,25	,58
KAM terapijom trebali bi se baviti samo liječnici (R)	Liječnik	Medicinska sestra	-,452*	,130	,002	-,76	-,15
		Pacijent	-,099	,127	,716	-,40	,20
	Medicinska sestra	Liječnik	,452*	,130	,002	,15	,76
		Pacijent	,353*	,085	,000	,15	,55
	Pacijent	Liječnik	,099	,127	,716	-,20	,40
		Medicinska sestra	-,353*	,085	,000	-,55	-,15
Država bi trebala odrediti tko smije prakticirati i pružati KAM	Liječnik	Medicinska sestra	,200	,121	,225	-,08	,48
		Pacijent	-,270	,118	,057	-,55	,01
	Medicinska sestra	Liječnik	-,200	,121	,225	-,48	,08
		Pacijent	-,470*	,079	,000	-,65	-,29
	Pacijent	Liječnik	,270	,118	,057	-,01	,55
		Medicinska sestra	,470*	,079	,000	,29	,65
Ponosan sam na one zdravstvene radnike i pacijente koji mogu otvoreno razgovarati o prednostima i opasnostima korištenja KAM	Liječnik	Medicinska sestra	-1,038*	,108	,000	-1,29	-,79
		Pacijent	-1,187*	,105	,000	-1,43	-,94
	Medicinska sestra	Liječnik	1,038*	,108	,000	,79	1,29
		Pacijent	-,148	,070	,087	-,31	,02
	Pacijent	Liječnik	1,187*	,105	,000	,94	1,43
		Medicinska sestra	,148	,070	,087	-,02	,31

Volio bih kada bi zdravstveni radnici imali formalnu edukaciju iz KAM-a	Liječnik	Medicinska sestra	-1,385*	,110	,000	-1,64	-1,13
		Pacijent	-1,581*	,107	,000	-1,83	-1,33
	Medicinska sestra	Liječnik	1,385*	,110	,000	1,13	1,64
		Pacijent	-,197*	,071	,016	-,36	-,03
	Pacijent	Liječnik	1,581*	,107	,000	1,33	1,83
		Medicinska sestra	,197*	,071	,016	,03	,36

P* - vrijednost razine značajnosti; $p < 0,05$ označava statistički značajnu razliku između uspoređivanih skupina

Rezultati Tukey testa ukazuju na statistički značajne razlike između i unutar skupina u percepciji integracije KAM-a u obrazovni i zdravstveni sustav. Liječnici su pokazali statistički značajno niži stupanj slaganja u odnosu na medicinske sestre i pacijente u tvrdnjama poput: „Zdravstveni djelatnici trebali bi imati formalno obrazovanje iz područja KAM-a“ ($p < 0,001$ za obje usporedbe), „Obrazovanje iz KAM-a trebalo bi biti sastavni dio obrazovnih planova i programa za sve pripadnike zdravstvenih profesija“ ($p < 0,001$), te „Volio bih kada bi zdravstveni radnici imali formalnu edukaciju iz KAM-a“ ($p < 0,001$). Usporedba medicinskih sestara i pacijenata pokazala je manje razlika, ali su značajne razlike zabilježene kod tvrdnji poput „Trebala bi postojati specijalizacija iz KAM terapije“ ($p < 0,001$) i „KAM terapijom trebali bi se baviti samo liječnici“ ($p < 0,001$), gdje su pacijenti pokazali veći stupanj slaganja s liberalnijim stavovima. Za tvrdnju „Tijekom svojeg formalnog obrazovanja zdravstveni djelatnici dobiju vrlo malo ili nimalo informacija o KAM-u“, značajna razlika postoji samo između medicinskih sestara i pacijenata ($p = 0,002$), dok su ostale skupine pokazale sličan stupanj slaganja. Općenito, liječnici pokazuju veću razinu skepticizma, a pacijenti najviši stupanj podrške integraciji KAM-a u formalno obrazovanje i regulaciju, dok se medicinske sestre nalaze između, s naglašenijim interesom za dodatnu edukaciju u odnosu na liječnike.

4.2.3. Uvjerenje u učinkovitost KAM terapija

Rezultati daju pregled uvjerenja i stavova ispitanika o učinkovitosti komplementarnih i alternativnih terapija. Analizirani su stavovi zdravstvenih radnika te pacijenata o tome koliko smatraju da su KAM terapije učinkovite u podršci liječenju, kao i o njihovoj sigurnosti i pouzdanosti. U analizi su korištene metode Hi-kvadrat test, jednosmjerna ANOVA i post hoc

Tukey analiza. Hi kvadrat testom uočena je statistički značajna razlika ($p < 0,05$) s obzirom na promatrane skupine kod svih tvrdnji osim „Pacijentova očekivanja, uvjerenja i vrijednosti moraju biti integrirani u proces zdravstvene skrbi“. U Tablici 9 prikazani su prosječni pokazatelji (1 – 5) za promatrane skupine. Post hoc analiza provedena je za utvrđivanje statistički značajnih razlika između liječnika, medicinskih sestara i pacijenata u stavovima prema uvjerenja u učinkovitost KAM terapija. Rezultati su pokazali značajne razlike između liječnika i pacijenata, te liječnika i medicinskih sestara za većinu tvrdnji (13 od 15 tvrdnji, $p < 0,05$). Razlike između medicinskih sestara i pacijenata bile su manje izražene, pri čemu za 9 tvrdnji nije pronađena statistički značajna razlika ($p > 0,05$).

Tablica 8. Stupanj prihvaćanja tvrdnji o učinkovitosti KAM-a

Tvrdnja	Stupanj slaganja na Likertovoj skali 1 – 5	Skupina					
		Pacijenti		Zdravstveni radnici		Ukupno	
		N	%	N	%	N	%
Fizičko i mentalno zdravlje održavano je unutarnjom energijom ili životnom silom	Uopće se ne slažem	1	0,2%	39	9,2%	40	4,8%
	Uglavnom se ne slažem	12	2,9%	42	10,0%	54	6,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	101	24,6%	94	22,3%	195	23,4%
	Uglavnom se slažem	190	46,3%	137	32,5%	327	39,3%
	U potpunosti se slažem	106	25,9%	110	26,1%	216	26,0%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Zdravlje i bolest odraz su ravnoteže između životno osnažujućih i destruktivnih sila	Uopće se ne slažem	3	0,7%	42	10,0%	45	5,4%
	Uglavnom se ne slažem	17	4,1%	53	12,6%	70	8,4%
	Niti se slažem niti se ne slažem	132	32,2%	105	24,9%	237	28,5%
	Uglavnom se slažem	180	43,9%	135	32,0%	315	37,9%
	U potpunosti se slažem	78	19,0%	87	20,6%	165	19,8%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Tijelo se samoiscjeljuje i zadatak je zdravstvenog radnika samo pomagati u procesu iscjeljivanja	Uopće se ne slažem	28	6,8%	73	17,3%	101	12,1%
	Uglavnom se ne slažem	57	13,9%	90	21,3%	147	17,7%
	Niti se slažem niti se ne slažem	164	40,0%	140	33,2%	304	36,5%
	Uglavnom se slažem	118	28,8%	84	19,9%	202	24,3%

	U potpunosti se slažem	43	10,5%	35	8,3%	78	9,4%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Pacijentovi simptomi moraju se smatrati pokazateljem opće neravnoteže ili disfunkcije koja zahvaća cijelo tijelo	Uopće se ne slažem	4	1,0%	29	6,9%	33	4,0%
	Uglavnom se ne slažem	9	2,2%	67	15,9%	76	9,1%
	Niti se slažem niti se ne slažem	125	30,5%	124	29,4%	249	29,9%
	Uglavnom se slažem	202	49,3%	136	32,2%	338	40,6%
	U potpunosti se slažem	70	17,1%	66	15,6%	136	16,3%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Pacijentova očekivanja, uvjerenja i vrijednosti moraju biti integrirani u proces zdravstvene skrbi	Uopće se ne slažem	3	0,7%	9	2,1%	12	1,4%
	Uglavnom se ne slažem	8	2,0%	17	4,0%	25	3,0%
	Niti se slažem niti se ne slažem	93	22,7%	98	23,2%	191	23,0%
	Uglavnom se slažem	199	48,5%	176	41,7%	375	45,1%
	U potpunosti se slažem	107	26,1%	122	28,9%	229	27,5%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Komplementarne i alternativne metode prijetnja su javnom zdravlju (R)	Uopće se ne slažem	6	1,5%	16	3,8%	22	2,6%
	Uglavnom se ne slažem	18	4,4%	41	9,7%	59	7,1%
	Niti se slažem niti se ne slažem	86	21,0%	138	32,7%	224	26,9%
	Uglavnom se slažem,	153	37,3%	119	28,2%	272	32,7%
	U potpunosti se slažem	147	35,9%	108	25,6%	255	30,6%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Ljuti me kada ljudi koriste KAM metode vjerujući u njihovu učinkovitost (R)	Uopće se ne slažem	10	2,4%	13	3,1%	23	2,8%
	Uglavnom se ne slažem	18	4,4%	40	9,5%	58	7,0%
	Niti se slažem niti se ne slažem	197	48,0%	162	38,4%	359	43,1%
	Uglavnom se slažem	79	19,3%	90	21,3%	169	20,3%
	U potpunosti se slažem	106	25,9%	117	27,7%	223	26,8%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Zdravstveni djelatnici (liječnici, med.sestre...) srame se o KAM-u razgovarati sa svojim kolegama	Uopće se ne slažem	19	4,6%	51	12,1%	70	8,4%
	Uglavnom se ne slažem	79	19,3%	86	20,4%	165	19,8%
	Niti se slažem niti se ne slažem	255	62,2%	195	46,2%	450	54,1%
	Uglavnom se slažem	35	8,5%	69	16,4%	104	12,5%
	U potpunosti se slažem	22	5,4%	21	5,0%	43	5,2%

	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Uzbuđuje me pomisao na mogućnosti koje se možda kriju u KAM metodama	Uopće se ne slažem	16	3,9%	67	15,9%	83	10,0%
	Uglavnom se ne slažem	37	9,0%	67	15,9%	104	12,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	172	42,0%	166	39,3%	338	40,6%
	Uglavnom se slažem	145	35,4%	75	17,8%	220	26,4%
	U potpunosti se slažem	40	9,8%	47	11,1%	87	10,5%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Terapije koje nisu testirane po znanstvenim principima moraju biti zabranjene (R)	Uopće se ne slažem	39	9,5%	75	17,8%	114	13,7%
	Uglavnom se ne slažem	60	14,6%	70	16,6%	130	15,6%
	Niti se slažem niti se ne slažem	215	52,4%	166	39,3%	381	45,8%
	Uglavnom se slažem	70	17,1%	67	15,9%	137	16,5%
	U potpunosti se slažem	26	6,3%	44	10,4%	70	8,4%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Učinci KAM terapija najčešće su rezultat placebo-efekta (R)	Uopće se ne slažem	10	2,4%	37	8,8%	47	5,6%
	Uglavnom se ne slažem	35	8,5%	76	18,0%	111	13,3%
	Niti se slažem niti se ne slažem	174	42,4%	172	40,8%	346	41,6%
	Uglavnom se slažem	152	37,1%	91	21,6%	243	29,2%
	U potpunosti se slažem	39	9,5%	46	10,9%	85	10,2%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
KAM terapije uključuju ideje i metode od kojih klasična medicina može profitirati	Uopće se ne slažem	5	1,2%	36	8,5%	41	4,9%
	Uglavnom se ne slažem	18	4,4%	55	13,0%	73	8,8%
	Niti se slažem niti se ne slažem	93	22,7%	185	43,8%	278	33,4%
	Uglavnom se slažem	213	52,0%	94	22,3%	307	36,9%
	U potpunosti se slažem	81	19,8%	52	12,3%	133	16,0%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Većina KAM terapija potiče prirodne iscjeljujuće snage u tijelu	Uopće se ne slažem	5	1,2%	43	10,2%	48	5,8%
	Uglavnom se ne slažem	25	6,1%	65	15,4%	90	10,8%
	Niti se slažem niti se ne slažem	177	43,2%	173	41,0%	350	42,1%
	Uglavnom se slažem	169	41,2%	99	23,5%	268	32,2%
	U potpunosti se slažem	34	8,3%	42	10,0%	76	9,1%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%

U narodnoj tradiciji i znanju naših predaka leže odgovori na pitanja u medicini kojima danas ne znamo odgovor	Uopće se ne slažem	3	0,7%	56	13,3%	59	7,1%
	Uglavnom se ne slažem	37	9,0%	53	12,6%	90	10,8%
	Niti se slažem niti se ne slažem	221	53,9%	172	40,8%	393	47,2%
	Uglavnom se slažem	115	28,0%	89	21,1%	204	24,5%
	U potpunosti se slažem	34	8,3%	52	12,3%	86	10,3%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Božanska/Viša sila posjeduje iscjeliteljske moći	Uopće se ne slažem	58	14,1%	73	17,3%	131	15,7%
	Uglavnom se ne slažem	41	10,0%	80	19,0%	121	14,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	114	27,8%	150	35,5%	264	31,7%
	Uglavnom se slažem	121	29,5%	78	18,5%	199	23,9%
	U potpunosti se slažem	76	18,5%	41	9,7%	117	14,1%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%

Analiza uvjerenja i stavova pacijenata i zdravstvenih radnika prema učinkovitosti KAM-a pruža uvid u ključne obrasce mišljenja i uvjerenja unutar ove dvije skupine. Većina ispitanika (39,3%) uglavnom se slaže s tvrdnjom da se fizičko i mentalno zdravlje održava unutarnjom energijom ili životnom silom, dok se 26% u potpunosti slaže. Pacijenti pokazuju veće slaganje s ovom tvrdnjom (46,3% uglavnom se slaže i 25,9% u potpunosti se slaže) u usporedbi sa zdravstvenim radnicima (32,5% uglavnom se slaže i 26,1% u potpunosti se slaže). Ideja da su zdravlje i bolest odraz ravnoteže između osnažujućih i destruktivnih sila podržana je među 37,9% svih ispitanika koji se uglavnom slažu i 19,8% onih koji se u potpunosti slažu. Pacijenti izražavaju snažniju podršku ovoj ideji u odnosu na zdravstvene radnike. Tvrdnja da se tijelo samoiscjeljuje i da zdravstveni radnici samo pomažu u tom procesu podijelila je ispitanike. Većina sudionika (36,5%) niti se slaže niti se ne slaže, dok manji postotak (24,3%) uglavnom podržava ovu tvrdnju. Pacijenti se više slažu s idejom samoozdravljenja u odnosu na zdravstvene radnike. Većina ispitanika (45,1%) uglavnom se slaže s tvrdnjom da pacijentova očekivanja, uvjerenja i vrijednosti trebaju biti integrirani u proces zdravstvene skrbi, dok se 27,5% u potpunosti slaže. Pacijenti su nešto više skloni ovoj ideji nego zdravstveni radnici.

Tvrdnja da su KAM metode prijetnja javnom zdravlju izazvala je podijeljena mišljenja. Ukupno 32,7% ispitanika uglavnom se slaže s tvrdnjom, dok se 30,6% u potpunosti slaže. Veći broj zdravstvenih radnika percipira KAM kao prijetnju u usporedbi s pacijentima. Više od polovice ispitanika (54,1%) niti se slaže niti se ne slaže s tvrdnjom da se zdravstveni radnici srame

razgovarati o KAM-u sa svojim kolegama, dok je manji broj (12,5%) izrazio slaganje. Tvrdnja da terapije KAM-a uključuju ideje i metode od kojih klasična medicina može profitirati podržana je među 36,9% koji se uglavnom slažu i 16% koji se u potpunosti slažu. Pacijenti pokazuju veći entuzijazam prema ovoj tvrdnji nego zdravstveni radnici. Vjera u iscjeliteljsku moć božanske ili više sile je niža među zdravstvenim radnicima (27% niti se slaže niti se ne slaže, 18,5% uglavnom se slaže), dok pacijenti pokazuju veću podijeljenost stavova (29,5% uglavnom se slaže, 18,5% u potpunosti se slaže). Rezultati ukazuju na jasne razlike u percepciji KAM-a između pacijenata i zdravstvenih radnika. Pacijenti općenito izražavaju veći entuzijazam prema konceptima povezanim s KAM-om, dok zdravstveni radnici pristupaju s više rezerve, osobito u pitanjima vezanim uz potencijalne rizike i formalnu integraciju KAM-a u zdravstveni sustav.

Tablica 9. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o uvjerenju u učinkovitost KAM-a

Tvrdnja	Liječnici		Medicinske sestre		Pacijenti	
	M	SD	M	SD	M	SD
Fizičko i mentalno zdravlje održavano je unutarnjom energijom ili životnom silom	2,44	1,258	3,91	,999	3,94	,802
Zdravlje i bolest odraz su ravnoteže između životno osnažujućih i destruktivnih sila	2,44	1,282	3,71	1,043	3,76	,830
Tijelo se samoiscjeljuje i zadatak je zdravstvenog radnika samo pomagati u procesu iscjeljivanja	1,99	1,010	3,06	1,121	3,22	1,035
Pacijentovi simptomi moraju se smatrati pokazateljem opće neravnoteže ili disfunkcije koja zahvaća cijelo tijelo	2,48	1,096	3,61	,998	3,79	,781
Pacijentova očekivanja, uvjerenja i vrijednosti moraju biti integrirani u proces zdravstvene skrbi	3,80	,791	3,95	,970	3,97	,796
Komplementarne i alternativne metode prijetnja su javnom zdravlju (R)	3,01	1,059	3,81	1,020	4,01	,937
Ljuti me kada ljudi koriste KAM metode vjerujući u njihovu učinkovitost (R)	3,13	,906	3,76	1,090	3,62	,994
Zdravstveni djelatnici (liječnici, med.sestre...) srame se o KAM-u razgovarati sa svojim kolegama	2,73	,874	2,84	1,049	2,91	0818

Uzbuđuje me pomisao na mogućnosti koje se možda kriju u KAM metodama	2,13	1,220	3,17	1,069	3,38	,920
Terapije koje nisu testirane po znanstvenim principima moraju biti zabranjene	1,86	1,110	3,15	1,051	2,96	0975
Učinci KAM terapija najčešće su rezultat placebo-efekta	2,13	,960	3,37	,947	3,43	,867
KAM terapije uključuju ideje i metode od kojih klasična medicina može profitirati	2,58	1,121	3,35	,999	3,84	,829
Većina KAM terapija potiče prirodne iscjeljujući snage u tijelu	2,19	1,061	3,35	,947	3,49	,782
U narodnoj tradiciji i znanju naših predaka leže odgovori na pitanja u medicini kojima danas ne znamo odgovor	2,06	1,062	3,38	1,012	3,34	,784
Božanska/Viša sila posjeduje iscjeliteljske moći	2,49	1,096	2,95	1,210	3,28	1,274

Prema prosječnim vrijednostima na skali od 1 do 5, među liječnicima najprihvaćenija tvrdnja bila je „*Pacijentova očekivanja, uvjerenja i vrijednosti moraju biti integrirani u proces zdravstvene skrbi*“ (M = 3,80); druga i treća su bile „*Ljuti me kada ljudi koriste KAM metode vjerujući u njihovu učinkovitost*“ (R), (M = 3,13) i „*Komplementarne i alternativne metode prijetnja su javnom zdravlju*“ (R), (M = 3,01).

Kod medicinskih sestara najviši prosjek zabilježen je za tvrdnju „*Pacijentova očekivanja, uvjerenja i vrijednosti moraju biti integrirani u proces zdravstvene skrbi*“ (M = 3,95), druga i treća su „*Fizičko i mentalno zdravlje održavano je unutarnjom energijom ili životnom silom*“ (M = 3,91) i „*Komplementarne i alternativne metode prijetnja su javnom zdravlju*“ (R) (M = 3,81), dok je kod pacijenata najvišu vrijednost dobila tvrdnja „*Komplementarne i alternativne metode prijetnja su javnom zdravlju*“ (R), (M = 4,01), zatim „*Pacijentova očekivanja, uvjerenja i vrijednosti moraju biti integrirani u proces zdravstvene skrbi*“ (M = 3,97), te „*Fizičko i mentalno zdravlje održavano je unutarnjom energijom ili životnom silom*“ (M = 3,94).

Kod liječnika najneprihvaćenije tvrdnje bile su „*Terapije koje nisu testirane po znanstvenim principima moraju biti zabranjene*“ (M = 1,86), „*Tijelo se samoiscjeljuje i zadatak je zdravstvenog radnika samo pomagati u procesu iscjeljivanja*“ (M = 1,99) i „*U narodnoj tradiciji i znanju naših predaka leže odgovori na pitanja u medicini kojima danas ne znamo odgovor*“ (M = 2,06), dok su medicinske sestre (M = 2,84) i pacijenti (M = 2,91) pokazali najmanje slaganja s tvrdnjom „*Zdravstveni djelatnici (liječnici, med.sestre...) srame se o KAM-*

urazgovarati sa svojim kolegama“. Druga najneprihvaćenija tvrdnja za medicinske sestre/tehničare je bila „*Božanska/Viša sila posjeduje iscjeliteljske moći*“ (M = 2,95), za pacijente „*Terapije koje nisu testirane po znanstvenim principima moraju biti zabranjene*“ (M = 2,96); dok je treća za medicinske sestre/tehničare (M = 3,06) i pacijente (3,22) bila „*Tijelo se samoiscjeljuje i zadatak je zdravstvenog radnika samo pomagati u procesu iscjeljivanja*“.

Tablica 10. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratumata i podstratumata o učinkovitosti KAM-a: rezultati Tukey testa

Tvrdnja	(i) Po zanimanju ste/status	(j) Po zanimanju ste/status	Srednja vrijednost. (i-j)	Standardna pogreška	P*	95% interval pouzdanosti	
						Donja granica	Gornja granica
Fizičko i mentalno zdravlje održavano je unutarnjom energijom ili životnom silom	Liječnik	Medicinska sestra	-1,473*	,108	,000	-1,73	-1,22
		Pacijent	-1,504*	,105	,000	-1,75	-1,26
	Medicinska sestra	Liječnik	1,473*	,108	,000	1,22	1,73
		Pacijent	-,031	,070	,897	-,20	,13
	Pacijent	Liječnik	1,504*	,105	,000	1,26	1,75
		Medicinska sestra	,031	,070	,897	-,13	,20
Zdravlje i bolest odraz su ravnoteže između životno osnažujućih i destruktivnih sila	Liječnik	Medicinska sestra	-1,270*	,112	,000	-1,53	-1,01
		Pacijent	-1,322*	,109	,000	-1,58	-1,07
	Medicinska sestra	Liječnik	1,270*	,112	,000	1,01	1,53
		Pacijent	-,051	,073	,761	-,22	,12
	Pacijent	Liječnik	1,322*	,109	,000	1,07	1,58
		Medicinska sestra	,051	,073	,761	-,12	,22
Tijelo se samoiscjeljuje i zadatak je zdravstvenog radnika samo pomagati u procesu iscjeljivanja	Liječnik	Medicinska sestra	-1,069*	,122	,000	-1,36	-,78
		Pacijent	-1,231*	,119	,000	-1,51	-,95
	Medicinska sestra	Liječnik	1,069*	,122	,000	,78	1,36
		Pacijent	-,162	,079	,103	-,35	,02
	Pacijent	Liječnik	1,231*	,119	,000	,95	1,51
		Medicinska sestra	-,051	,073	,761	-,12	,22

		Medicinska sestra	,162	,079	,103	-,02	,35
Pacijentovi simptomi moraju se smatrati pokazateljem opće neravnoteže ili disfunkcije koja zahvaća cijelo tijelo	Liječnik	Medicinska sestra	-1,127*	,104	,000	-1,37	-,88
		Pacijent	-1,311*	,102	,000	-1,55	-1,07
	Medicinska sestra	Liječnik	1,127*	,104	,000	,88	1,37
		Pacijent	-,183*	,068	,019	-,34	-,02
	Pacijent	Liječnik	1,311*	,102	,000	1,07	1,55
		Medicinska sestra	,183*	,068	,019	,02	,34
Pacijentova očekivanja, uvjerenja i vrijednosti moraju biti integrirani u proces zdravstvene skrbi	Liječnik	Medicinska sestra	-,150	,099	,285	-,38	,08
		Pacijent	-,171	,097	,181	-,40	,06
	Medicinska sestra	Liječnik	,150	,099	,285	-,08	,38
		Pacijent	-,021	,065	,945	-,17	,13
	Pacijent	Liječnik	,171	,097	,181	-,06	,40
		Medicinska sestra	,021	,065	,945	-,13	,17
Komplementarne i alternativne metode prijetnja su javnom zdravlju (R)	Liječnik	Medicinska sestra	-,803*	,113	,000	-1,07	-,54
		Pacijent	-1,005*	,110	,000	-1,26	-,75
	Medicinska sestra	Liječnik	,803*	,113	,000	,54	1,07
		Pacijent	-,202*	,073	,017	-,37	-,03
	Pacijent	Liječnik	1,005*	,110	,000	,75	1,26
		Medicinska sestra	,202*	,073	,017	,03	,37
Ljuti me kada ljudi koriste KAM metode vjerujući u njihovu učinkovitost (R)	Liječnik	Medicinska sestra	-,633*	,117	,000	-,91	-,36
		Pacijent	-,486*	,114	,000	-,75	-,22
	Medicinska sestra	Liječnik	,633*	,117	,000	,36	,91
		Pacijent	,148	,076	,128	-,03	,33
	Pacijent	Liječnik	,486*	,114	,000	,22	,75
		Medicinska sestra	-,148	,076	,128	-,33	,03
Zdravstveni djelatnici (liječnici,	Liječnik	Medicinska sestra	-,114	,105	,524	-,36	,13

med.sestre...) srame se o KAM-u razgovarati sa svojim kolegama		Pacijent	-,178	,103	,195	-,42	,06
	Medicinska sestra	Liječnik	,114	,105	,524	-,13	,36
		Pacijent	-,063	,069	,626	-,22	,10
	Pacijent	Liječnik	,178	,103	,195	-,06	,42
		Medicinska sestra	,063	,069	,626	-,10	,22
Uzbuđuje me pomisao na mogućnosti koje se možda kriju u KAM metodama	Liječnik	Medicinska sestra	-1,041*	,117	,000	-1,32	-,77
		Pacijent	-1,250*	,114	,000	-1,52	-,98
	Medicinska sestra	Liječnik	1,041*	,117	,000	,77	1,32
		Pacijent	-,208*	,076	,017	-,39	-,03
	Pacijent	Liječnik	1,250*	,114	,000	,98	1,52
		Medicinska sestra	,208*	,076	,017	,03	,39
Terapije koje nisu testirane po znanstvenim principima moraju biti zabranjene (R)	Liječnik	Medicinska sestra	-1,293*	,117	,000	-1,57	-1,02
		Pacijent	-1,101*	,114	,000	-1,37	-,83
	Medicinska sestra	Liječnik	1,293*	,117	,000	1,02	1,57
		Pacijent	,192*	,076	,032	,01	,37
	Pacijent	Liječnik	1,101*	,114	,000	,83	1,37
		Medicinska sestra	-,192*	,076	,032	-,37	-,01
Učinci KAM terapija najčešće su rezultat placebo-efekta (R)	Liječnik	Medicinska sestra	-1,244*	,104	,000	-1,49	-1,00
		Pacijent	-1,296*	,102	,000	-1,53	-1,06
	Medicinska sestra	Liječnik	1,244*	,104	,000	1,00	1,49
		Pacijent	-,052	,068	,724	-,21	,11
	Pacijent	Liječnik	1,296*	,102	,000	1,06	1,53
		Medicinska sestra	,052	,068	,724	-,11	,21
KAM terapije uključuju ideje i metode od kojih klasična medicina može profitirati	Liječnik	Medicinska sestra	-,772*	,107	,000	-1,02	-,52
		Pacijent	-1,264*	,104	,000	-1,51	-1,02
	Medicinska sestra	Liječnik	,772*	,107	,000	,52	1,02
		Pacijent	-,492*	,070	,000	-,66	-,33
	Pacijent	Liječnik	1,264*	,104	,000	1,02	1,51

		Medicinska sestra	,492*	,070	,000	,33	,66
Većina KAM terapija potiče prirodne iscjeljujuće snage u tijelu	Liječnik	Medicinska sestra	-1,162*	,101	,000	-1,40	-,92
		Pacijent	-1,301*	,099	,000	-1,53	-1,07
	Medicinska sestra	Liječnik	1,162*	,101	,000	,92	1,40
		Pacijent	-,139	,066	,087	-,29	,02
	Pacijent	Liječnik	1,301*	,099	,000	1,07	1,53
		Medicinska sestra	,139	,066	,087	-,02	,29
U narodnoj tradiciji i znanju naših predaka leže odgovori na pitanja u medicini kojima danas ne znamo odgovor	Liječnik	Medicinska sestra	-1,320*	,105	,000	-1,57	-1,07
		Pacijent	-1,281*	,102	,000	-1,52	-1,04
	Medicinska sestra	Liječnik	1,320*	,105	,000	1,07	1,57
		Pacijent	,039	,068	,831	-,12	,20
	Pacijent	Liječnik	1,281*	,102	,000	1,04	1,52
		Medicinska sestra	-,039	,068	,831	-,20	,12
Božanska/Viša sila posjeduje iscjeliteljske moći	Liječnik	Medicinska sestra	-,463*	,141	,003	-,79	-,13
		Pacijent	-,792*	,137	,000	-1,11	-,47
	Medicinska sestra	Liječnik	,463*	,141	,003	,13	,79
		Pacijent	-,329*	,092	,001	-,54	-,11
	Pacijent	Liječnik	,792*	,137	,000	,47	1,11
		Medicinska sestra	,329*	,092	,001	,11	,54

P* - vrijednost razine značajnosti; $p < 0,05$ označava statistički značajnu razliku između uspoređivanih skupina

Rezultati Tukey testa pokazuju statistički značajne razlike u uvjerenjima i stavovima o učinkovitosti KAM-a između skupina, pri čemu su pacijenti dosljedno pokazivali najveću razinu slaganja s tvrdnjama koje afirmiraju učinkovitost KAM-a, dok su liječnici zauzimali znatno rezerviraniji stav. Tako je za tvrdnje poput „*Fizičko i mentalno zdravlje održavano je unutarjom energijom ili životnom silom*“ i „*Zdravlje i bolest odraz su ravnoteže između životno osnažujućih i destruktivnih sila*“, pacijenti i medicinske sestre iskazali višu razinu slaganja u usporedbi s liječnicima ($p < 0,001$). Sličan obrazac uočen je i kod tvrdnji koje ističu prirodnu sposobnost tijela za samoiscjeljenje te važnost cjelovitog pristupa zdravlju, gdje pacijenti i

medicinske sestre iskazuju veću sklonost holističkom pogledu na liječenje u odnosu na liječnike. Nadalje, tvrdnje koje impliciraju kritički odnos prema KAM-u, kao što su „Terapije koje nisu testirane po znanstvenim principima moraju biti zabranjene“ i „Učinci KAM terapija najčešće su rezultat placebo-efekta“, statistički značajno su češće podržavali liječnici, dok su pacijenti i medicinske sestre iskazivali nižu razinu slaganja ($p < 0,001$). Posebno je izražen kontrast u tvrdnjama koje se odnose na duhovni aspekt KAM-a – pacijenti su pokazali najviši stupanj slaganja s tvrdnjom o iscjeliteljskoj moći Božanske/više sile, dok su liječnici u toj tvrdnji pokazali najmanje slaganja ($p < 0,001$). Medicinske sestre, u većini slučajeva, zauzimale su stavove koji se nalaze između stajališta pacijenata i liječnika, pokazujući umjereniju, ali pozitivnu orijentaciju prema KAM-u.

4.2.4. Uvjerjenje u terapijsku djelotvornost pojedine tehnike KAM-a

Uvjerjenja u učinkovitost terapijske djelotvornosti analizirano je kroz 18 tehnika, uključujući prirodne metode (npr. fitoterapija, apiterapija), energetske pristupe (npr. bioenergija, reiki) i duhovne prakse (npr. molitva, duhovna iscjeljenja). Cilj je bio utvrditi razlike u percepciji učinkovitosti među skupinama ispitanika te identificirati metode koje imaju najveću podršku. U Tablici 11 prikazani su prosječni pokazatelji i standardna devijacija za pojedine metode iz spektra KAM-a za ispitivane skupine. Hi kvadrat test pokazuje statistički značajnu razliku ($p < 0,05$) između skupina po svim metodama, post hoc Tukey analiza pokazala je statističku značajnost između liječnika i medicinskih sestara i liječnika i pacijenata po svim metodama, dok između medicinskih sestara i pacijenata kod 14 od 18 tvrdnji nije utvrđena statistička značajnost ($p > 0,05$).

Tablica 11. Stupanj prihvaćanja tvrdnji o terapijskoj djelotvornosti pojedinih KAM metoda

Metode	Stupanj slaganja o učinkovitosti na Likertovoj skali 1 – 5	Skupina					
		Pacijenti		Zdravstveni radnici		Ukupno	
		N	%	N	%	N	%
Meditacije	Potpuno neučinkovito	20	4,9%	20	4,7%	40	4,8%
	Neučinkovito	36	8,8%	53	12,6%	89	10,7%
	Niti učinkovito niti neučinkovito	148	36,1%	137	32,5%	285	34,3%
	Učinkovito	161	39,3%	144	34,1%	305	36,7%
	Potpuno učinkovito	34	8,3%	61	14,5%	95	11,4%

	Nikad nisam čuo za tu tehniku	11	2,7%	7	1,7%	18	2,2%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Masažne tehnike	Potpuno neučinkovito	6	1,5%	15	3,6%	21	2,5%
	Neučinkovito	13	3,2%	36	8,5%	49	5,9%
	Niti učinkovito niti neučinkovito	96	23,4%	87	20,6%	183	22,0%
	Učinkovito	224	54,6%	190	45,0%	414	49,8%
	Potpuno učinkovito	64	15,6%	82	19,4%	146	17,5%
	Nikad nisam čuo za tu tehniku	7	1,7%	12	2,8%	19	2,3%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Duhovna iscjeljenja	Potpuno neučinkovito	42	10,2%	49	11,6%	91	10,9%
	Neučinkovito	65	15,9%	72	17,1%	137	16,5%
	Niti učinkovito niti neučinkovito	122	29,8%	144	34,1%	266	32,0%
	Učinkovito	145	35,4%	103	24,4%	248	29,8%
	Potpuno učinkovito	30	7,3%	43	10,2%	73	8,8%

	Nikad nisam čuo za tu tehniku	6	1,5%	11	2,6%	17	2,0%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Bioenergija	Potpuno neučinkovito	35	8,5%	77	18,2%	112	13,5%
	Neučinkovito	48	11,7%	69	16,4%	117	14,1%
	Niti učinkovito niti neučinkovito	154	37,6%	140	33,2%	294	35,3%
	Učinkovito	136	33,2%	94	22,3%	230	27,6%
	Potpuno učinkovito	33	8,0%	37	8,8%	70	8,4%
	Nikad nisam čuo za tu tehniku	4	1,0%	5	1,2%	9	1,1%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Molitva za sebe	Potpuno neučinkovito	33	8,0%	27	6,4%	60	7,2%
	Neučinkovito	33	8,0%	47	11,1%	80	9,6%
	Niti učinkovito niti neučinkovito	97	23,7%	130	30,8%	227	27,3%
	Učinkovito	171	41,7%	123	29,1%	294	35,3%
	Potpuno učinkovito	73	17,8%	73	17,3%	146	17,5%

	Nikad nisam čuo za tu tehniku	3	0,7%	22	5,2%	25	3,0%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Zagovornička molitva za drugoga	Potpuno neučinkovito	40	9,8%	52	12,3%	92	11,1%
	Neučinkovito	40	9,8%	66	15,6%	106	12,7%
	Niti učinkovito niti neučinkovito	97	23,7%	125	29,6%	222	26,7%
	Učinkovito	174	42,4%	104	24,6%	278	33,4%
	Potpuno učinkovito	56	13,7%	54	12,8%	110	13,2%
	Nikad nisam čuo za tu tehniku	3	0,7%	21	5,0%	24	2,9%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Joga	Potpuno neučinkovito	29	7,1%	47	11,1%	76	9,1%
	Neučinkovito	43	10,5%	54	12,8%	97	11,7%
	Niti učinkovito niti neučinkovito	162	39,5%	123	29,1%	285	34,3%
	Učinkovito	132	32,2%	135	32,0%	267	32,1%
	Potpuno učinkovito	31	7,6%	56	13,3%	87	10,5%

	Nikad nisam čuo za tu tehniku	13	3,2%	7	1,7%	20	2,4%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Ljekovito bilje	Potpuno neučinkovito	2	0,5%	27	6,4%	29	3,5%
	Neučinkovito	8	2,0%	39	9,2%	47	5,6%
	Niti učinkovito niti neučinkovito	61	14,9%	90	21,3%	151	18,1%
	Učinkovito	224	54,6%	167	39,6%	391	47,0%
	Potpuno učinkovito	107	26,1%	82	19,4%	189	22,7%
	Nikad nisam čuo za tu tehniku	8	2,0%	17	4,0%	25	3,0%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Kiropraktika	Potpuno neučinkovito	13	3,2%	25	5,9%	38	4,6%
	Neučinkovito	7	1,7%	53	12,6%	60	7,2%
	Niti učinkovito niti neučinkovito	114	27,8%	109	25,8%	223	26,8%
	Učinkovito	198	48,3%	149	35,3%	347	41,7%
	Potpuno učinkovito	64	15,6%	74	17,5%	138	16,6%

	Nikad nisam čuo za tu tehniku	14	3,4%	12	2,8%	26	3,1%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Homeopatija	Potpuno neučinkovito	14	3,4%	46	10,9%	60	7,2%
	Neučinkovito	16	3,9%	62	14,7%	78	9,4%
	Niti učinkovito niti neučinkovito	127	31,0%	107	25,4%	234	28,1%
	Učinkovito	136	33,2%	139	32,9%	275	33,1%
	Potpuno učinkovito	49	12,0%	54	12,8%	103	12,4%
	Nikad nisam čuo za tu tehniku	68	16,6%	14	3,3%	82	9,9%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Reiki	Potpuno neučinkovito	19	4,6%	64	15,2%	83	10,0%
	Neučinkovito	23	5,6%	65	15,4%	88	10,6%
	Niti učinkovito niti neučinkovito	67	16,3%	137	32,5%	204	24,5%
	Učinkovito	56	13,7%	68	16,1%	124	14,9%
	Potpuno učinkovito	11	2,7%	31	7,3%	42	5,0%

	Nikad nisam čuo za tu tehniku	234	57,1%	57	13,5%	291	35,0%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Hipnoza	Potpuno neučinkovito	51	12,4%	68	16,1%	119	14,3%
	Neučinkovito	88	21,5%	73	17,3%	161	19,4%
	Niti učinkovito niti neučinkovito	199	48,5%	154	36,5%	353	42,4%
	Učinkovito	60	14,6%	79	18,7%	139	16,7%
	Potpuno učinkovito	8	2,0%	40	9,5%	48	5,8%
	Nikad nisam čuo za tu tehniku	4	1,0%	8	1,9%	12	1,4%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Ajurveda	Potpuno neučinkovito	16	3,9%	51	12,1%	67	8,1%
	Neučinkovito	17	4,1%	56	13,3%	73	8,8%
	Niti učinkovito niti neučinkovito	36	8,8%	133	31,5%	169	20,3%
	Učinkovito	54	13,2%	67	15,9%	121	14,5%
	Potpuno učinkovito	29	7,1%	46	10,9%	75	9,0%

	Nikad nisam čuo za tu tehniku	258	62,9%	69	16,4%	327	39,3%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Osteopatija	Potpuno neučinkovito	11	2,7%	43	10,2%	54	6,5%
	Neučinkovito	13	3,2%	58	13,7%	71	8,5%
	Niti učinkovito niti neučinkovito	33	8,0%	127	30,1%	160	19,2%
	Učinkovito	41	10,0%	74	17,5%	115	13,8%
	Potpuno učinkovito	13	3,2%	49	11,6%	62	7,5%
	Nikad nisam čuo za tu tehniku	299	72,9%	71	16,8%	370	44,5%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Aromaterapija	Potpuno neučinkovito	20	4,9%	37	8,8%	57	6,9%
	Neučinkovito	27	6,6%	55	13,0%	82	9,9%
	Niti učinkovito niti neučinkovito	151	36,8%	151	35,8%	302	36,3%
	Učinkovito	122	29,8%	111	26,3%	233	28,0%
	Potpuno učinkovito	25	6,1%	53	12,6%	78	9,4%

	Nikad nisam čuo za tu tehniku	65	15,9%	15	3,6%	80	9,6%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Apiterapija	Potpuno neučinkovito	12	2,9%	36	8,5%	48	5,8%
	Neučinkovito	11	2,7%	54	12,8%	65	7,8%
	Niti učinkovito niti neučinkovito	57	13,9%	118	28,0%	175	21,0%
	Učinkovito	86	21,0%	84	19,9%	170	20,4%
	Potpuno učinkovito	44	10,7%	48	11,4%	92	11,1%
	Nikad nisam čuo za tu tehniku	200	48,8%	82	19,4%	282	33,9%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Naturopatija	Potpuno neučinkovito	15	3,7%	34	8,1%	49	5,9%
	Neučinkovito	9	2,2%	46	10,9%	55	6,6%
	Niti učinkovito niti neučinkovito	36	8,8%	110	26,1%	146	17,5%
	Učinkovito	37	9,0%	83	19,7%	120	14,4%
	Potpuno učinkovito	19	4,6%	42	10,0%	61	7,3%
	Nikad nisam čuo za tu tehniku	294	71,7%	107	25,4%	401	48,2%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Medicinska marihuana	Potpuno neučinkovito	17	4,1%	25	5,9%	42	5,0%
	Neučinkovito	20	4,9%	48	11,4%	68	8,2%
	Niti učinkovito niti neučinkovito	109	26,6%	112	26,5%	221	26,6%
	Učinkovito	165	40,2%	135	32,0%	300	36,1%
	Potpuno učinkovito	52	12,7%	78	18,5%	130	15,6%
	Nikad nisam čuo za tu tehniku	47	11,5%	24	5,7%	71	8,5%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%

Analiza uvjerenja i stavova pacijenata i zdravstvenih radnika prema različitim tehnikama komplementarne i alternativne medicine pokazala je značajne razlike u percepciji učinkovitosti. Ljekovito bilje ima najvišu stopu pozitivnih ocjena, pri čemu 80,7% pacijenata i 59,0% zdravstvenih radnika smatra ovu metodu učinkovitom ili potpuno učinkovitom. Samo 9,1% svih ispitanika navodi da je ljekovito bilje neučinkovito, pri čemu su zdravstveni radnici skloniji

negativnim ocjenama (15,6%) u usporedbi s pacijentima (2,5%). Masažne tehnike su dobile najviše pozitivnih ocjena među svim ispitanim tehnikama, sa 70,2% pacijenata i 64,4% zdravstvenih radnika koji su ih ocijenili kao učinkovite ili potpuno učinkovite. Kiropraktika i homeopatija također su prepoznate kao potencijalno korisne, s time da je 63,9% pacijenata prepoznalo kiropraktiku kao učinkovitu ili potpuno učinkovitu, dok su zdravstveni radnici ostali skeptičniji (52,8%). Homeopatija je imala nešto više podrške među zdravstvenim radnicima (45,7%) u usporedbi s pacijentima (45,2%). Molitva za sebe i zagovornička molitva za drugoga dobile su visoke ocjene među pacijentima, gdje ih je 59,5% i 56,1% smatralo učinkovitima ili potpuno učinkovitima, dok su zdravstveni radnici imali konzervativniji stav (46,4% i 37,4%). Joga je prepoznata kao učinkovita ili potpuno učinkovita od strane 39,8% pacijenata i 45,3% zdravstvenih radnika. Neutralan stav („niti učinkovito niti neučinkovito“) zauzima značajan udio, s 39,5% pacijenata i 29,1% zdravstvenih radnika. Zanimljivo, 23,9% zdravstvenih radnika smatra jogu neučinkovitom, dok je taj postotak među pacijentima nešto niži (17,6%). Medicinska marihuana izdvojila se kao tehnika s većim stupnjem prihvatanja. Ukupno 52,9% pacijenata i 50,5% zdravstvenih radnika ocijenilo je medicinsku marihuanu kao učinkovitu ili potpuno učinkovitu, dok je samo 8,2% zdravstvenih radnika i 9% pacijenata izrazilo skepticizam. Meditacija je prepoznata kao učinkovita ili potpuno učinkovita od strane 47,6% pacijenata i 48,6% zdravstvenih radnika. No, zanimljivo je primijetiti da je 12,6% zdravstvenih radnika ocijenilo meditaciju kao neučinkovitu, dok je taj postotak među pacijentima bio nešto niži (8,8%). Tvrdnje o učinkovitosti tehnika Duhovna iscjeljenja i bioenergija izazivaju više podijeljenih stavova. Dok 42,7% pacijenata smatra duhovna iscjeljenja učinkovitim ili potpuno učinkovitim, taj postotak kod zdravstvenih radnika pada na 34,6%. Slično, bioenergiju kao učinkovitu tehniku prepoznalo je 41,2% pacijenata, ali samo 31,1% zdravstvenih radnika. Značajan postotak pacijenata (57,1%) izjavio je da nikada nije čuo za reiki, dok je taj postotak kod zdravstvenih radnika bio značajno niži (13,5%). Slično, za hipnozu, iako je prepoznata kao djelomično učinkovita kod oba uzorka, mnogi su je ocijenili kao niti učinkovitu niti neučinkovitu (48,5% pacijenata i 36,5% zdravstvenih radnika). Ajurveda, osteopatija, i aromaterapija bile su manje poznate, osobito među pacijentima, gdje je čak 62,9% pacijenata izjavilo da nikada nije čulo za ajurvedu. Zdravstveni radnici su, iako bolje informirani, pokazali podijeljene stavove prema njihovoj učinkovitosti. Apiterapija je prepoznata kao učinkovita ili potpuno učinkovita od strane 31,7% pacijenata i 31,3% zdravstvenih radnika. Neutralan stav („niti učinkovito niti neučinkovito“) zauzima 13,9% pacijenata i 28,0% zdravstvenih radnika. Međutim, značajan postotak ispitanika nikada nije čuo za apiterapiju – čak 48,8% pacijenata i

19,4% zdravstvenih radnika, što ukazuje na ograničenu informiranost o ovoj terapiji. Za Naturopatiju, kao KAM metodu, 71,7% onkoloških pacijenata i 25,4% zdravstvenih radnika navodi da nikada nije čulo. Kao učinkovitu ili potpuno učinkovitu naturopatiju ocjenjuje 13,6% pacijenata i 29,7% zdravstvenih radnika, dok je neutralan stav prisutan kod 8,8% pacijenata i 26,1% zdravstvenih radnika. Negativne ocjene su češće među zdravstvenim radnicima, gdje 19,0% njih smatra naturopatiju neučinkovitom, dok je taj postotak kod pacijenata značajno niži (5,9%).

Tablica 12. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o terapijskoj djelotvornosti pojedinih KAM metoda

Metode	Liječnici		Medicinske sestre		Pacijenti	
	M	SD	M	SD	M	SD
Masažne tehnike	3,02	1,101	3,93	,863	3,81	,791
Meditacije	2,88	1,131	3,59	,953	3,38	,943
Kiropraktika	2,76	1,079	3,70	1,025	3,74	,866
Joga	2,71	1,209	3,41	1,125	3,23	,995
Molitva za sebe	2,66	1,084	3,66	1,019	3,53	1,121
Medicinska marihuana	2,64	1,017	3,76	1,019	3,59	,959
Ljekovito bilje	2,54	1,159	3,92	,867	4,06	,736
Ajurveda	2,48	1,147	3,20	1,172	3,41	1,217
Osteopatija	2,39	1,099	3,33	1,131	3,29	1,126
Aromaterapija	2,36	1,030	3,50	,999	3,30	,928
Apiterapija	2,34	1,062	3,47	1,062	3,66	1,045
Zagovornička molitva za drugoga	2,33	1,179	3,35	1,121	3,41	1,142
Homeopatija	2,30	1,120	3,53	1,060	3,55	,935
Naturopatija	2,27	,993	3,50	1,041	3,31	1,214
Reiki	2,27	,990	3,03	1,173	3,10	1,059
Duhovna iscjeljenja	2,22	1,060	3,30	1,055	3,14	1,102
Bioenergija	1,98	1,005	3,15	1,138	3,21	1,039
Hipnoza	2,10	1,147	3,12	1,087	2,72	,931

Liječnici su kao najučinkovitiju metodu naveli "*Masažne tehnike*" ($M = 3,02$), kao i medicinske sestre ($M = 3,93$). Druga i treća najučinkovitija metoda za liječnike su „*Meditacije*“ ($M = 2,88$) i „*Kiropraktika*“ ($M = 2,76$), dok medicinske sestre navode „*Ljekovito bilje*“ ($M = 3,92$) i „*Kiropraktika*“ ($M = 3,70$). Pacijenti, međutim, smatraju najučinkovitijom metodu "*Ljekovito*

bilje" (M = 4,06), zatim „*Masažne tehnike*“ (M = 3,81) i „*Kiroprakika*“ (3,74). Najmanje slaganja s tvrdnjom o učinkovitosti liječnici su naveli "*Bioenergija*" (M = 1,98), „*Hipnoza*“ (M = 2,10) i „*Duhovna iscjeljenja*“ (M = 2,22); medicinske sestre su najniže ocijenile "*Reiki*" (M = 3,03), „*Hipnoza*“ (M = 3,12) i „*Bioenergija*“ (M = 3,15), a pacijenti su najmanje prihvaćali tvrdnju o učinkovitosti "*Hipnoza*" (M = 2,72), „*Reiki*“ (M = 3,10) i „*Duhovna iscjeljenja*“ (M = 3,14).

Tablica 13. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratumata i podstratumata o djelotvornosti pojedinih KAM metoda: rezultati Tukey testa

Tvrdnja	(i) Po zanimanju ste/status	(j) Po zanimanju ste/status	Srednja vrijednost (i-j)	Standardna pogreška	P*	95% Interval pouzdanosti	
						Donja granica	Gornja granica
Meditacije	Liječnik	Medicinska sestra	-,709*	,112	,000	-,97	-,45
		Pacijent	-,502*	,109	,000	-,76	-,25
	Medicinska sestra	Liječnik	,709*	,112	,000	,45	,97
		Pacijent	,207*	,073	,014	,03	,38
	Pacijent	Liječnik	,502*	,109	,000	,25	,76
		Medicinska sestra	-,207*	,073	,014	-,38	-,03
Masažne tehnike	Liječnik	Medicinska sestra	-,906*	,099	,000	-1,14	-,67
		Pacijent	-,789*	,096	,000	-1,02	-,56
	Medicinska sestra	Liječnik	,906*	,099	,000	,67	1,14
		Pacijent	,116	,065	,176	-,04	,27
	Pacijent	Liječnik	,789*	,096	,000	,56	1,02
		Medicinska sestra	-,116	,065	,176	-,27	,04
Duhovna iscjeljenja	Liječnik	Medicinska sestra	-1,080*	,125	,000	-1,37	-,79
		Pacijent	-,914*	,121	,000	-1,20	-,63
	Medicinska sestra	Liječnik	1,080*	,125	,000	,79	1,37
		Pacijent	,166	,081	,102	-,02	,36
	Pacijent	Liječnik	,914*	,121	,000	,63	1,20
		Medicinska sestra	-,166	,081	,102	-,36	,02
Bioenergija	Liječnik	Medicinska sestra	-1,169*	,123	,000	-1,46	-,88
		Pacijent	-1,226*	,120	,000	-1,51	-,94
	Medicinska sestra	Liječnik	1,169*	,123	,000	,88	1,46
		Pacijent	-,058	,081	,754	-,25	,13

	Pacijent	Liječnik	1,226*	,120	,000	,94	1,51
		Medicinska sestra	,058	,081	,754	-,13	,25
Molitva za sebe	Liječnik	Medicinska sestra	-1,007*	,126	,000	-1,30	-,71
		Pacijent	-,878*	,122	,000	-1,17	-,59
	Medicinska sestra	Liječnik	1,007*	,126	,000	,71	1,30
		Pacijent	,129	,082	,256	-,06	,32
	Pacijent	Liječnik	,878*	,122	,000	,59	1,17
		Medicinska sestra	-,129	,082	,256	-,32	,06
Zagovornička molitva za drugoga	Liječnik	Medicinska sestra	-1,023*	,133	,000	-1,34	-,71
		Pacijent	-1,077*	,129	,000	-1,38	-,78
	Medicinska sestra	Liječnik	1,023*	,133	,000	,71	1,34
		Pacijent	-,054	,086	,808	-,26	,15
	Pacijent	Liječnik	1,077*	,129	,000	,78	1,38
		Medicinska sestra	,054	,086	,808	-,15	,26
Joga	Liječnik	Medicinska sestra	-,698*	,123	,000	-,99	-,41
		Pacijent	-,524*	,120	,000	-,81	-,24
	Medicinska sestra	Liječnik	,698*	,123	,000	,41	,99
		Pacijent	,174	,081	,082	-,02	,36
	Pacijent	Liječnik	,524*	,120	,000	,24	,81
		Medicinska sestra	-,174	,081	,082	-,36	,02
Ljekovito bilje	Liječnik	Medicinska sestra	-1,384*	,098	,000	-1,61	-1,15
		Pacijent	-1,516*	,095	,000	-1,74	-1,29
	Medicinska sestra	Liječnik	1,384*	,098	,000	1,15	1,61
		Pacijent	-,132	,064	,099	-,28	,02
	Pacijent	Liječnik	1,516*	,095	,000	1,29	1,74
		Medicinska sestra	,132	,064	,099	-,02	,28
Kiropraktika	Liječnik	Medicinska sestra	-,946*	,110	,000	-1,21	-,69
		Pacijent	-,980*	,108	,000	-1,23	-,73
	Medicinska sestra	Liječnik	,946*	,110	,000	,69	1,21
		Pacijent	-,035	,073	,881	-,21	,14
	Pacijent	Liječnik	,980*	,108	,000	,73	1,23
		Medicinska sestra	,035	,073	,881	-,14	,21
Homeopatija	Liječnik	Medicinska sestra	-1,223*	,117	,000	-1,50	-,95
		Pacijent	-1,251*	,116	,000	-1,52	-,98
	Medicinska sestra	Liječnik	1,223*	,117	,000	,95	1,50

		Pacijent	-,028	,080	,934	-,21	,16
		Liječnik	1,251*	,116	,000	,98	1,52
		Medicinska sestra	,028	,080	,934	-,16	,21
Reiki	Liječnik	Medicinska sestra	-,769*	,131	,000	-1,08	-,46
		Pacijent	-,831*	,139	,000	-1,16	-,50
	Medicinska sestra	Liječnik	,769*	,131	,000	,46	1,08
		Pacijent	-,062	,107	,831	-,31	,19
	Pacijent	Liječnik	,831*	,139	,000	,50	1,16
		Medicinska sestra	,062	,107	,831	-,19	,31
Hipnoza	Liječnik	Medicinska sestra	-1,023*	,118	,000	-1,30	-,75
		Pacijent	-,619*	,114	,000	-,89	-,35
	Medicinska sestra	Liječnik	1,023*	,118	,000	,75	1,30
		Pacijent	,404*	,077	,000	,22	,58
	Pacijent	Liječnik	,619*	,114	,000	,35	,89
		Medicinska sestra	-,404*	,077	,000	-,58	-,22
Ajurveda	Liječnik	Medicinska sestra	-,715*	,141	,000	-1,05	-,38
		Pacijent	-,927*	,153	,000	-1,29	-,57
	Medicinska sestra	Liječnik	,715*	,141	,000	,38	1,05
		Pacijent	-,212	,121	,187	-,50	,07
	Pacijent	Liječnik	,927*	,153	,000	,57	1,29
		Medicinska sestra	,212	,121	,187	-,07	,50
Osteopatija	Liječnik	Medicinska sestra	-,934*	,136	,000	-1,26	-,61
		Pacijent	-,894*	,158	,000	-1,27	-,52
	Medicinska sestra	Liječnik	,934*	,136	,000	,61	1,26
		Pacijent	,040	,127	,947	-,26	,34
	Pacijent	Liječnik	,894*	,158	,000	,52	1,27
		Medicinska sestra	-,040	,127	,947	-,34	,26
Aromaterapija	Liječnik	Medicinska sestra	-1,137*	,112	,000	-1,40	-,87
		Pacijent	-,943*	,110	,000	-1,20	-,68
	Medicinska sestra	Liječnik	1,137*	,112	,000	,87	1,40
		Pacijent	,193*	,076	,031	,01	,37
	Pacijent	Liječnik	,943*	,110	,000	,68	1,20
		Medicinska sestra	-,193*	,076	,031	-,37	-,01
Apiterapija	Liječnik	Medicinska sestra	-1,129*	,129	,000	-1,43	-,83
		Pacijent	-1,322*	,132	,000	-1,63	-1,01

	Medicinska sestra	Liječnik	1,129*	,129	,000	,83	1,43
		Pacijent	-,193	,099	,125	-,43	,04
	Pacijent	Liječnik	1,322*	,132	,000	1,01	1,63
		Medicinska sestra	,193	,099	,125	-,04	,43
Naturopatija	Liječnik	Medicinska sestra	-1,232*	,137	,000	-1,55	-,91
		Pacijent	-1,037*	,154	,000	-1,40	-,67
	Medicinska sestra	Liječnik	1,232*	,137	,000	,91	1,55
		Pacijent	,194	,123	,255	-,09	,48
	Pacijent	Liječnik	1,037*	,154	,000	,67	1,40
		Medicinska sestra	-,194	,123	,255	-,48	,09
Medicinska marihuana	Liječnik	Medicinska sestra	-1,122*	,116	,000	-1,39	-,85
		Pacijent	-,955*	,114	,000	-1,22	-,69
	Medicinska sestra	Liječnik	1,122*	,116	,000	,85	1,39
		Pacijent	,167	,077	,079	-,01	,35
	Pacijent	Liječnik	,955*	,114	,000	,69	1,22
		Medicinska sestra	-,167	,077	,079	-,35	,01

P* - vrijednost razine značajnosti; $p < 0,05$ označava statistički značajnu razliku između uspoređivanih skupina

Rezultati Tukey testa ukazuju na konzistentno izražene razlike u procjeni djelotvornosti pojedinih KAM metoda među skupinama, pri čemu su pacijenti i medicinske sestre iskazivali višu razinu slaganja s tvrdnjama o učinkovitosti različitih metoda u usporedbi s liječnicima. Za sve metode, uključujući meditaciju, masažu, duhovna iscjeljenja, bioenergiju, molitvu, jogu, biljne pripravke, homeopatiju, reiki, hipnozu, ajurvedu, osteopatiju, aromaterapiju, apiterapiju, naturopatiju i medicinsku marihuanu, razlike između liječnika i obje druge skupine bile su statistički značajne ($p < 0,001$). Ove razlike ukazuju na općenito skeptičniji stav liječnika prema djelotvornosti KAM metoda. Medicinske sestre su se najčešće nalazile u sredini – njihovi stavovi bili su izraženije pozitivni u odnosu na liječnike, ali u većini slučajeva manje izraženi od pacijenata. Statistički značajne razlike između medicinskih sestara i pacijenata potvrđene su za meditaciju, hipnozu i aromaterapiju, pri čemu su pacijenti pokazali snažnije uvjerenje u njihovu učinkovitost. Za preostalih četrnaest metoda, uključujući npr. ljekovito bilje, reiki i medicinsku marihuanu, stavovi medicinskih sestara i pacijenata nisu se značajno razlikovali, što ukazuje na podudarnost u pozitivnoj percepciji ovih metoda.

4.2.5. Sociodemografski pokazatelji kao prediktori korištenja prirodnih, energetskih i duhovnih metoda

Cilj analize je bio utvrditi koja sociodemografska obilježja (npr. dob, spol, razina obrazovanja, ekonomski status, religioznost) najviše utječu na sklonost ispitanika prema određenim KAM metodama. Mann-Whitney U test korišten je za usporedbu binarnih sociodemografskih varijabli (npr. spol: muškarci vs. žene), a Kruskal-Wallis test korišten je za usporedbu višekategorijskih varijabli (npr. razina obrazovanja: osnovno, srednje, visoko).

Za skup pitanja koji se odnosi na metode i tehnike prirodne, energetske i duhovne medicine izračunat je koeficijent pouzdanosti kao opći pokazatelj konzistentnosti mjernog instrumenta, pri čemu je korišten Cronbach Alpha koeficijent. Vrijednosti ovog koeficijenta kreću se između 0 i 1, a viša vrijednost (bliža 1) ukazuje na veću unutarnju pouzdanost i dosljednost čestica unutar skale. Uobičajena interpretacija rezultata je sljedeća: vrijednosti oko 0,9 upućuju na izvrsnu pouzdanost, oko 0,8 na vrlo dobru, dok vrijednosti oko 0,7 označavaju zadovoljavajuću razinu pouzdanosti.

Tablica 14. Procjena unutarnje konzistentnosti za prirodnu, energetska i duhovnu komponentu Cronbach Alpha

	Cronbach Alpha	Broj čestica
Prirodna	,948	7
Energetska	,938	8
Duhovna	,891	3

Analiza pouzdanosti za tri ključne dimenzije skale (prirodna, energetska i duhovna komponenta) ukazuje na visoku unutarnju konzistenciju unutar svake podskale. Cronbach Alpha za sve tri podskale prelazi prag od 0,8, što sugerira da su mjerne jedinice dobro konstruirane i pouzdane za evaluaciju stavova prema različitim aspektima komplementarne i alternativne medicine.

Prirodna komponenta (broj tvrdnji: 7) ima izuzetno visok Cronbach Alpha (0,948), što ukazuje na snažnu povezanost između tvrdnji unutar ove dimenzije. Ovaj rezultat sugerira da tvrdnje dosljedno mjere uvjerenja i stavove vezane uz prirodne metode KAM-a, poput biljne medicine ili prehrambenih dodataka.

Energetska komponenta (broj tvrdnji: 8) također pokazuje vrlo visoku unutarnju konzistenciju (0,938). Ovo ukazuje na dosljednost u mjerenju percepcija prema tehnikama poput bioenergije ili reiki terapije. Rezultati upućuju da su tvrdnje precizno formulisane za evaluaciju ove specifične dimenzije KAM-a.

Iako ima najmanji broj tvrdnji (3), duhovna komponenta također pokazuje visoku pouzdanost (0,891). Ovo ukazuje da tvrdnje uspješno pokrivaju područja koja reflektiraju stavove prema tehnikama poput molitve ili duhovnog iscjeljenja. Ipak, manji broj tvrdnji može ograničiti širinu interpretacije rezultata za ovu dimenziju. Visoki Cronbach Alpha koeficijenti za sve tri podskale ukazuju na njihovu pouzdanost i jasno definiranu strukturu. Ovi rezultati sugeriraju da je skala prikladna za istraživanje stavova prema različitim dimenzijama KAM-a i da ne zahtijeva značajne revizije u formulaciji tvrdnji. Za duhovnu komponentu, zbog manjeg broja tvrdnji, moglo bi biti korisno razmotriti proširenje s dodatnim relevantnim tvrdnjama kako bi se omogućila dublja analiza stavova.

Tablica 15 sadrži vrijednosti za koeficijent Cronbach Alpha ako je metoda isključena za faktore prirodna, energetska, duhovna, te se može primijetiti da izostavljanje pojedine metode iz analize ne dovodi do značajnog povećanja pouzdanosti, što upućuje na visoku unutarnju konzistentnost čestica unutar analiziranog faktora te opravdava izračun ukupne vrijednosti za promatrane varijable.

Tablica 15. Utjecaj pojedinačnih čestica na prirodnu, energetska i duhovnu komponentu: Cronbach Alpha ako je čestica isključena

Metoda	Aritmetička sredina ako je metoda isključena	Varijanca ako je metoda isključena	Korigirane čestice - korelacija	Cronbach Alpha ako je metoda isključena
Prirodna				
Ljekovito bilje	18,97	38,116	,784	,943
Homeopatija	19,27	36,555	,820	,940
Ajurveda	19,49	36,609	,814	,941
Aromaterapija	19,37	36,524	,851	,938
Apiterapija	19,38	36,167	,893	,934
Naturopatija	19,40	36,178	,887	,934
Medicinska marihuana	19,13	38,509	,724	,948
Energetska				

Meditacije	21,84	45,427	,759	,931
Masažne tehnike	21,60	45,812	,747	,932
Bioenergija	22,31	43,565	,753	,932
Joga	22,05	43,376	,804	,928
Kiropraktika	21,81	44,257	,767	,931
Reiki	22,39	43,145	,810	,928
Hipnoza	22,39	43,420	,787	,929
Osteopatija	22,13	42,801	,821	,927
Duhovna				
Duhovna iscjeljenja	6,73	4,914	,700	,918
Molitva za sebe	6,34	4,406	,854	,786
Zagovornička molitva za drugoga	6,56	4,287	,812	,823

Rezultati detaljne analize Cronbach Alpha unutar dimenzija prirodne, energetske i duhovne komponente pružaju dodatne uvide u pouzdanost svake pojedine tvrdnje unutar podskala.

Najniža pouzdanost za faktor prirodna nakon izbacivanja metode dobiva se za „*Medicinska marihuana*“ ($\alpha = 0,948$), dok izbacivanje „*Apiterapije*“ rezultira najvišom pouzdanošću ($\alpha = 0,934$). Najviša korelacija s ukupnim rezultatom prirodne komponente opaža se kod tvrdnji „*Apiterapija*“ (0,893) i „*Naturopatija*“ (0,887), što ukazuje na njihovu snažnu povezanost s ostatkom podskale. Ove vrijednosti pokazuju da su metode poput „*Ljekovito bilje*“ i „*Medicinska marihuana*“ blago manje povezane s ukupnom dimenzijom, ali još uvijek dovoljno integrirane za pouzdanost podskale. Najveći doprinos pouzdanosti za faktor energetska ima metoda „*Osteopatija*“ ($\alpha = 0,927$), dok izbacivanje metode „*Masažne tehnike*“ rezultira blago nižom pouzdanošću ($\alpha = 0,932$). Metode „*Osteopatija*“ (0,821) i „*Reiki*“ (0,810) imaju najsnažniju povezanost s ukupnom podskalom.

Ovi rezultati ukazuju na njihov značaj u preciznom mjerenju energetske dimenzije KAM-a. Najviša pouzdanost podskale za faktor duhovna postignuta je uklanjanjem metode „*Duhovna iscjeljenja*“ ($\alpha = 0,918$), dok uklanjanje metode „*Molitva za sebe*“ snižava pouzdanost na najniži nivo ($\alpha = 0,786$). Najvišu korelaciju s ukupnim rezultatom ima metoda „*Molitva za sebe*“ (0,854), dok metoda „*Duhovna iscjeljenja*“ ima najnižu (0,700). Ovo ukazuje na važnost tvrdnji vezanih uz molitvu u reflektiranju duhovne dimenzije KAM-a. Sve tri dimenzije pokazuju visoku pouzdanost ($\alpha > 0,9$), čime su metode dobro integrirane unutar svake podskale.

Prirodna komponenta se ističe metodama poput „*Apiterapija*“ i „*Naturopatija*“, koje najviše doprinose koherentnosti skale. Energetska komponenta ima ravnomjernu distribuciju korelacija, s posebnim naglaskom na metode „*Osteopatija*“ i „*Reiki*“, dok je duhovna komponenta najosjetljivija na promjene, pri čemu metode o „*Molitvi*“ imaju ključnu ulogu u očuvanju pouzdanosti podskale. Ovi rezultati ukazuju na dobro dizajnirane podskale, dok bi tvrdnje s nešto nižim korelacijama, poput „*Duhovna iscjeljenja*“ ili „*Meditacije*“, mogle biti dodatno preispitane kako bi se dodatno povećala koherentnost unutar podskala.

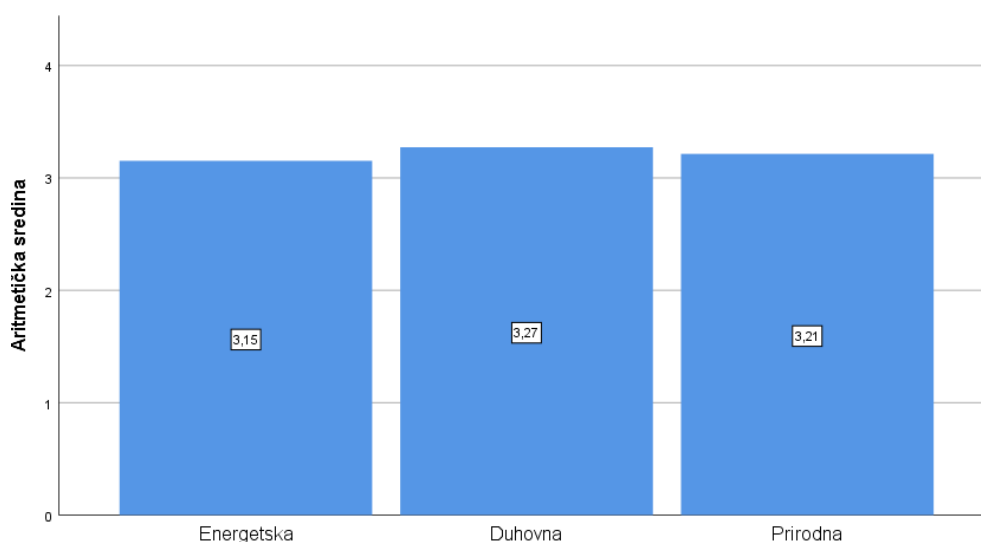
U Tablici 16 i Grafu 1 prikazani su prosječni pokazatelji za promatrane metode.

Tablica 16. Prosječni pokazatelji za energetske, duhovne i prirodne metode

	N		M	SD	Min	Max
	Valjanih	Nedostaje				
Energetska	416	416	3,1523	,94317	1,00	5,00
Duhovna	799	33	3,2733	1,03705	1,00	5,00
Prirodna	352	480	3,2143	1,00877	1,00	5,00

Analizom podataka za tri metode može se uočiti sljedeće: prosječna ocjena za energetske metode iznosila je 3,1523 uz standardnu devijaciju od 0,94317; za duhovne metode prosjek je bio 3,2733 uz standardnu devijaciju od 1,03705; dok je za prirodne metode prosječna ocjena iznosila 3,2143 uz standardnu devijaciju od 1,00877 (Graf 1).

Rezultati pokazuju da su sve tri kategorije KAM-a općenito umjereno prihvaćene među ispitanicima, s prosječnim ocjenama bliskim vrijednosti 3 na skali od 1 do 5. Najviše prihvaćanje bilježe duhovne metode ($M = 3,27$), što može ukazivati na dublju povezanost ovih metoda s osobnim uvjerenjima ispitanika. Energetske metode imaju nešto niže prihvaćanje ($M = 3,15$), dok prirodne metode zauzimaju srednju poziciju ($M = 3,21$).



Graf 1. Prosječni pokazatelji za energetske, duhovne i prirodne metode

4.2.5.1. Testiranje normalnosti distribucije za energetske, duhovne i prirodne metode

Normalnost distribucije podataka ispitana je primjenom odgovarajućih statističkih testova, među kojima su Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testovi. Cilj ove analize bio je utvrditi način distribucije faktora promatranih u istraživanju. Testiranje normalnosti obuhvatilo je sve tri kategorije faktora, odnosno skupine KAM metoda i tehnika, kako bi se osiguralo pravilno razumijevanje njihovih statističkih karakteristika.

Analizom podataka o značajnosti u Tablici 17 može se uočiti na koji su način distribuirane značajnosti dobivene Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testom.

Tablica 17. Testiranje normalnosti distribucije za energetske, duhovne i prirodne metode

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Energetska	,102	327	,000	,974	327	,000
Duhovna	,119	Statistic	,000	,960	327	,000
Prirodna	,099	327	,000	,975	327	,000

Prema kriterijima testova normalnosti, distribucija se smatra normalnom ako je razina značajnosti veća od 0,05 ($p > 0,05$), dok vrijednosti manje od 0,05 ukazuju na odstupanje od

normalnosti. Analizom rezultata utvrđeno je da za sve promatrane metode razina značajnosti nije premašila prag od 0,05. Na temelju toga može se zaključiti da distribucije svih promatranih metoda odstupaju od normalne zbog čega su provedene neparametrijske statističke metode, odnosno korišten je Spearmanov koeficijent korelacije (Tablica 18) kojim su dodatno ispitani odnosi između promatranih varijabli. Spearmanov test korelacije koristi se za procjenu povezanosti između dviju varijabli, pri čemu se vrijednosti koeficijenta kreću u rasponu od -1 do +1. Predznak koeficijenta određuje smjer korelacije – negativan za obrnuti, a pozitivan za izravni odnos među varijablama. Što je apsolutna vrijednost Spearmanova koeficijenta viša, to je povezanost među varijablama izraženija. U interpretaciji rezultata, vrijednosti veće od 0,80 upućuju na snažnu pozitivnu korelaciju, one između 0,5 i 0,80 na umjerenu, dok vrijednosti do 0,5 označavaju slabu pozitivnu povezanost. Za potrebe ovog istraživanja razmatrani su koeficijenti korelacije veći od 0,5 ($r > 0,5$).

Tablica 18. Spearmanov koeficijent korelacije za energetska, duhovna i prirodna metodu

		Energetska	Duhovna	Prirodna
Energetska	r	1	,618**	,937**
	p		,000	,000
	N	416	400	337
Duhovna	r	,618**	1	,664**
	p	,000		,000
	N	400	799	341
Prirodna	r	,937**	,664**	1
	p	,000	,000	
	N	337	341	352

** - vrijednosti korelacije označene s ** označavaju umjerenu do jaku povezanost između varijabli, pri čemu više vrijednosti ukazuju na snažniju vezu između analiziranih faktora.

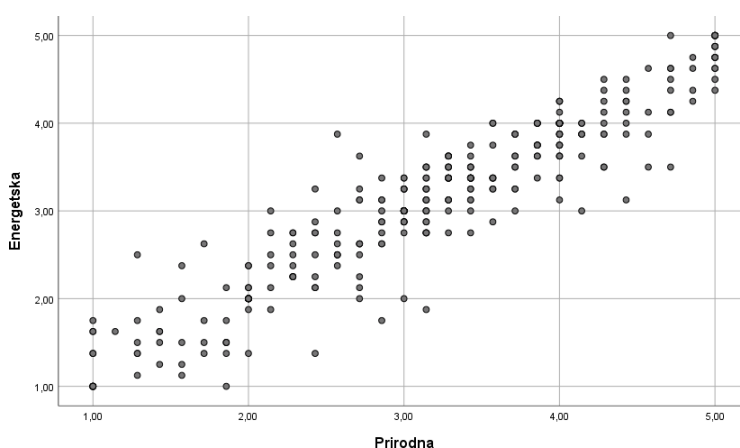
Rezultati Pearsonovih korelacija (r) pokazuju povezanost između triju skupina metoda KAM-a (energetske, duhovne i prirodne metode). Svi rezultati korelacija su statistički značajni ($p < 0,01$), ukazujući na značajne veze među dimenzijama.

Korelacija između energetske i duhovne metode iznosi $r = 0,618$, što ukazuje na umjerenu povezanost. Ovaj rezultat sugerira da pojedinci koji prihvaćaju energetske metode često iskazuju i pozitivan stav prema duhovnim metodama.

Pearsonov koeficijent korelacije između energetske i prirodne metode iznosi $r = 0,937$, što ukazuje na vrlo snažnu pozitivnu povezanost između ovih dviju varijabli. Ovaj rezultat sugerira da ispitanici koji imaju pozitivne stavove prema energetskim metodama često imaju i pozitivne stavove prema prirodnim metodama, i obrnuto. Visoka korelacija između energetske i prirodne metode ($r = 0,937$) sugerira da ispitanici percipiraju ove dvije skupine metoda na vrlo sličan način. Ispitanici koji imaju pozitivan stav prema energetskim metodama vjerojatno imaju sličan stav i prema prirodnim metodama, i obrnuto. Ova visoka korelacija može odražavati zajedničke karakteristike koje ispitanici pripisuju objema skupinama metoda ili slične motive i uvjerenja koja ih potiču na korištenje tih metoda.

Korelacija između duhovne i prirodne metode iznosi $r = 0,664$, što ukazuje na umjerenu povezanost. Ovaj rezultat sugerira da, iako povezane, duhovne metode nisu toliko snažno povezane s prirodnim metodama kao što su energetske metode.

Umjerena povezanost između duhovne metode i ostalih kategorija ($r = 0,618$ i $r = 0,664$) sugerira da duhovne metode čine zasebnu grupu koja se donekle razlikuje od prirodnih i energetske metode, ali zadržava povezanost s njima. Zaključno, najveća pozitivna korelacija zabilježena je između pokazatelja: energetska i prirodna metoda (Graf 2).



Graf 2. Korelacija prirodne i energetske metode

4.2.5.2. Sociodemografski čimbenici kao prediktori korištenja prirodne, energetske i duhovne metode

Sve tvrdnje su grupirane u tri osnovne kategorije – prirodne, energetske i duhovne metode. Prirodne metode ($M = 3,21$, $SD = 1,01$) su pokazale relativno visoku razinu prihvaćenosti među ispitanicima što sugerira da ih ispitanici prepoznaju kao korisne dodatke konvencionalnom liječenju. Ova kategorija uključuje ljekovito bilje, homeopatiju, medicinsku marihuanu, ajurvedu, aromaterapiju, apiterapiju i naturopatiju. Pacijenti imaju najveću sklonost prirodnim metodama ($\text{rang} = 201,08$), dok su liječnici najmanje skloni ($\text{rang} = 88,74$).

U Tablicama 19 i 19a prikazane su razlike u prihvaćanju prirodne, energetske i duhovne metode s obzirom na različite sociodemografske karakteristike ispitanika pri čemu su korištene neparametrijske metode analize: Kruskal-Wallisov i Mann-Whitney U test.

Tablica 19. Razlike u prihvaćanju prirodne, energetske i duhovne metode prema sociodemografskim karakteristikama ispitanika: rezultati Mann-Whitney U testa i Wilcoxon W testa

Soc.dem obilježja	Metode	Kategorija	N	Srednja vrijednost rangova	Suma rangova	Mann- Whitney U	Wilcoxon W test	Z	P*
Stratum	Prirodna	Pacijenti	87	201,86	17562,0 0	9321,00 0	44566,00 0	- 2,685	,007
		Zdravstveni radnici	265	168,17	44566,0 0				
		Ukupno	352						
	Energetska	Pacijenti	103	224,52	23125,5 0	14469,5 00	63610,50 0	- 1,561	,118
		Zdravstveni radnici	313	203,23	63610,5 0				
		Ukupno	416						
	Duhovna	Pacijenti	403	424,47	171061,5 50	69932,5 00	148538,5 00	- 3,052	,002

		Zdravstveni radnici	396	375,10	148538,50				
		Ukupno	799						
Spol	Prirodna	Muški	75	135,74	10180,50	7330,50	10180,50	-3,919	,000
		Ženski	277	187,54	51947,50				
		Ukupno	352						
	Energetska	Muški	89	169,81	15113,50	11108,50	15113,50	-3,429	,001
		Ženski	327	219,03	71622,50				
		Ukupno	416						
	Duhovna	Muški	238	354,04	84260,50	55819,50	84260,50	-3,701	,000
		Ženski	561	419,50	235339,50				
		Ukupno	799						
Bračni status	Prirodna	U braku/u vezi	242	176,78	42780,50	13242,50	19347,50	-,76	,939
		Samac/rastavljen/udovac	110	175,89	19347,50				
		Ukupno	352						
	Energetska	U braku/u vezi	282	207,46	58502,50	18599,50	58502,50	-,257	,797
		Samac/rastavljen/udovac	134	210,70	28233,50				
		Ukupno	416						
	Duhovna	U braku/u vezi	566	409,27	231644,50	60694,50	87955,50	-1,785	,074
		Samac/rastavljen/udovac	233	377,49	87955,50				
		Ukupno	799						
Za	Prirodna	Liječnik	77	72,19	5558,50		5558,500		

		Med.sestra	187	157,33	29421,5 0	2555,50 0		- 8,251	,000
		Ukupno	264						
	Energetska	Liječnik	89	93,74	8342,50	4337,50	8342,500	- 7,773	,000
		Med.sestra	223	181,55	40485,5 0	0			
		Ukupno	312						
	Duhovna	Liječnik	96	113,91	10935,0 0	6279,50 0	10935,50 0	- 8,356	,000
		Med.sestra	299	225,00	67275,0 0				
		Ukupno	395						
Rad u onkologiji	Prirodna	Da	68	116,27	7906,50	5560,50	7906,500	- 1,875	,061
		Ne	193	136,19	26284,5 0	0			
		Ukupno	261						
	Energetska	Da	85	138,69	11788,5 0	8133,50 0	11788,50 0	- 1,764	,078
		Ne	220	158,53	34876,5 0				
		Ukupno	305						
	Duhovna	Da	121	181,46	21957,0 0	14576,0 00	21957,00 0	- 1,553	,120
		Ne	267	200,41	53509,0 0				
		Ukupno	388						
Područje stanovanja	Prirodna	Grad	271	175,67	47606,5 0	10750,5 00	47606,50 0	-,281	,779
		Selo	81	179,28	14521,5 0				
		Ukupno	352						
	Energetska	Grad	317	207,52	65784,0 0	15381,0 00	65784,00 0	-,298	,766
		Selo	99	211,64	20952,0 0				
		Ukupno	416						

	Duhovna	Grad	575	393,04	226000,50	60400,500	226000,500	-1,378	,168
		Selo	224	417,85	93599,50				
		Ukupno	799						

Tablica 19a. Razlike u prihvaćanju prirodne, energetske i duhovne metode prema sociodemografskim karakteristikama ispitanika: rezultati Kruskal-Wallisovog testa

Soc.dem.obilj.	Metode	Kategorije	N	Srednja vrijednost rangova	Kruskal-Wallis	df	P*
Dob	Prirodna	< 20 god	1	269,50	14,101	5	,015
		20 - 30 god	52	129,59			
		31 - 40 god	74	178,97			
		41 - 50 god	101	188,03			
		51 - 60 god	86	183,47			
		> 60 god	38	187,01			
		Ukupno	352				
	Energetska	< 20 god	1	342,50	11,242	5	,047
		20 - 30 god	67	167,20			
		31 - 40 god	86	213,91			
		41 - 50 god	119	211,79			
		51 - 60 god	100	217,48			
		> 60 god	43	228,93			
		Ukupno	416				
	Duhovna	< 20 god	1	590,00	19,027	5	,002
		20 - 30 god	96	310,94			
		31 - 40 god	109	395,28			
		41 - 50 god	197	426,60			
		51 - 60 god	208	416,27			
		> 60 god	188	401,33			
		Ukupno	799				
	Prirodna	SSS	94	169,90	12,942	2	,002

Razina obrazovanja		VŠS (180 ECTS)	88	209,84			
		VSS (300 ECTS)	170	162,89			
		Ukupno	352				
	Energetska	SSS	115	200,27	6,916	2	,031
		VŠS (180 ECTS)	105	235,13			
		VSS (300 ECTS)	196	199,06			
		Ukupno	416				
	Duhovna	SSS	320	424,68	29,372	2	,000
		VŠS (180 ECTS)	182	436,37			
		VSS (300 ECTS)	289	338,82			
		Ukupno	791				
Radno iskustvo	Prirodna	<5 g	34	93,09	15,905	4	,003
		5 – 15 god	68	126,78			
		16 – 25 god	76	136,51			
		26 - 35 god	67	144,83			
		> 35 god	20	169,03			
		Ukupno	265				
	Energetska	<5 god	44	120,93	13,911	4	,008
		5 – 15 god	78	159,31			
		16 – 25 god	91	152,69			
		26 - 35 god	75	166,44			
		> 35 god	25	200,64			
		Ukupno	313				
	Duhovna	<5 god	61	149,11	15,503	4	,004
		5 – 15 god	98	198,37			
		16 – 25 god	106	204,50			
		26 - 35 god	96	213,45			
		> 35 god	35	225,74			
		Ukupno	396				
Vjersko opredjeljenje	Prirodna	Vjernik	290	178,47	5,875	2	,053
		Agnostik	51	181,01			
		Ateista	11	103,64			
		Ukupno	352				
	Energetska	Vjernik	344	209,32	6,879	2	,032
		Agnostik	57	223,50			

		Ateista	15	132,73			
		Ukupno	416				
	Duhovna	Vjernik	649	437,22	101,365	2	,000
		Agnostik	116	270,57			
		Ateista	34	131,13			
		Ukupno	799				
Visina primanja	Prirodna	<1000 €	56	185,78	19,786	2	,000
		1000 €	147	200,80			
		>1000 €	149	149,04			
		Ukupno	352				
	Energetska	<1000 €	72	214,81	14,222	2	,001
		1000 €	171	231,53			
		>1000 €	173	183,12			
		Ukupno	416				
	Duhovna	<1000 €	72	214,81	47,208	2	,000
		1000 €	171	231,53			
		>1000 €	173	183,12			
		Ukupno	416				
Zanimanje/status	Prirodna	Liječnik	77	88,74	73,636	2	,000
		Med.sestra/tehničar	187	201,07			
		Pacijent	88	201,08			
		Ukupno	352				
	Energetska	Liječnik	89	119,83	62,568	2	,000
		Med.sestra/tehničar	223	236,70			
		Pacijent	104	223,91			
		Ukupno	416				
	Duhovna	Liječnik	96	211,68	74,049	2	,000
		Med.sestra/tehničar	299	427,84			
		Pacijent	404	424,14			
		Ukupno	799				

P* - označava razinu statističke značajnosti (p-vrijednost) dobivenu Mann-Whitney U testom za dvije skupine ispitanika ili Kruskal-Wallisovim testom za više skupina.

Analiza razlika u prihvaćanju prirodne, energetske i duhovne metode pokazala je statistički značajne razlike između pacijenata i zdravstvenih radnika u slučaju prirodne (p = 0,007) i

duhovne metode ($p = 0,002$), pri čemu su pacijenti pokazali više prosječne vrijednosti rangova, odnosno veću prihvaćenost ovih metoda. Spol ispitanika također je bio značajan čimbenik: žene su u odnosu na muškarce imale više prosječne vrijednosti rangova u sve tri dimenzije (prirodna: $p = 0,000$; energetska: $p = 0,001$; duhovna: $p = 0,000$), što ukazuje na izraženiju sklonost žena prema KAM-u. Dob se pokazala kao značajan prediktor u sve tri kategorije (prirodna: $p = 0,015$; energetska: $p = 0,047$; duhovna: $p = 0,002$), pri čemu su stariji ispitanici imali više prosječne vrijednosti rangova, osobito u duhovnoj dimenziji. Obrazovanje je također bilo značajno (prirodna: $p = 0,002$; energetska: $p = 0,031$; duhovna: $p = 0,000$): ispitanici s višim stupnjem obrazovanja (VSS) imali su najniže prosječne vrijednosti rangova, što ukazuje na nižu prihvaćenost KAM metoda. Usporedbom liječnika i medicinskih sestara također su uočene značajne razlike ($p < 0,001$ za sve metode), gdje liječnici imaju najniže, a medicinske sestre i pacijenti znatno više prosječne rang vrijednosti. Duljina radnog staža pokazala je postupan porast prihvaćenosti KAM-a s godinama iskustva ($p < 0,05$), dok su ispitanici s najkraćim stažom (< 5 godina) imali najniže prosječne vrijednosti rangova. Vjersko opredjeljenje također je bilo značajan prediktor, posebno u duhovnoj dimenziji ($p = 0,000$), gdje su vjernici imali najviše prosječne vrijednosti rangova, a ateisti najniže, što ukazuje na povezanost religioznosti i duhovnih uvjerenja o iscjeljenju. Visina primanja bila je statistički značajna za sve tri dimenzije ($p < 0,05$), pri čemu su ispitanici s nižim primanjima pokazali veću sklonost prema KAM metodama. Nisu pronađene značajne razlike s obzirom na bračni status, područje stanovanja i rad u onkologiji ($p > 0,05$).

4.2.6. Razlozi primjene KAM-a

Uvjerenja i stavovi o razlozima i motivima primjene KAM metoda analizirani su kroz stupanj prihvaćanja 10 tvrdnji te prikazani kroz prosječne vrijednosti i standardnu devijaciju u Tablici 20. Hi kvadrat test pokazao je statističku značajnost između skupina po svim tvrdnjama ($p < 0,05$); post hoc Tukey analiza pokazala je statističku značajnost između liječnika i medicinskih sestara u osam tvrdnji, liječnika i pacijenata kod pet tvrdnji, dok između medicinskih sestara i pacijenata kod 9 od 10 tvrdnji ($p < 0,05$).

Tablica 20. Stupanj prihvaćanja tvrdnji o razlozima primjene KAM-a

Tvrdnja	Stupanj slaganja na Likertovoj skali 1 – 5	Skupina					
		Pacijenti		Zdravstveni radnici		Ukupno	
		N	%	N	%	N	%
Nezadovoljstvo terapijskim mogućnostima klasične medicine (uspješnost ishoda liječenja, nuspojave lijekova, bespomoćnost u terminalnim fazama bolesti)	Uopće se ne slažem	43	10,5%	18	4,3%	61	7,3%
	Uglavnom se ne slažem	41	10,0%	33	7,8%	74	8,9%
	Niti se slažem niti se ne slažem	162	39,5%	144	34,1%	306	36,8%
	Uglavnom se slažem	121	29,5%	141	33,4%	262	31,5%
	U potpunosti se slažem	43	10,5%	86	20,4%	129	15,5%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Nezadovoljstvo odnosom liječnika i zdravstvenih radnika klasične medicine prema pacijentu	Uopće se ne slažem	67	16,3%	27	6,4%	94	11,3%
	Uglavnom se ne slažem	89	21,7%	60	14,2%	149	17,9%
	Niti se slažem niti se ne slažem	174	42,4%	153	36,3%	327	39,3%
	Uglavnom se slažem	53	12,9%	112	26,5%	165	19,8%
	U potpunosti se slažem	27	6,6%	70	16,6%	97	11,7%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
	Uopće se ne slažem	28	6,8%	21	5,0%	49	5,9%
Nezadovoljstvo sustavom zdravstvene zaštite (liste čekanja, skupoća, nedostatak svih lijekova na popisima koje pokriva HZZO...)	Uglavnom se ne slažem	57	13,9%	46	10,9%	103	12,4%
	Niti se slažem niti se ne slažem	168	41,0%	132	31,3%	300	36,1%
	Uglavnom se slažem	115	28,0%	128	30,3%	243	29,2%
	U potpunosti se slažem	42	10,2%	95	22,5%	137	16,5%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Uvjerenje da će KAM pomoći tamo gdje klasična medicina više ne može pomoći	Uopće se ne slažem	12	2,9%	10	2,4%	22	2,6%
	Uglavnom se ne slažem	19	4,6%	30	7,1%	49	5,9%
	Niti se slažem niti se ne slažem	95	23,2%	123	29,1%	218	26,2%
	Uglavnom se slažem	214	52,2%	145	34,4%	359	43,1%
	U potpunosti se slažem	70	17,1%	114	27,0%	184	22,1%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%

Strah od nuspojava lijekova i terapijskih postupaka	Uopće se ne slažem	20	4,9%	14	3,3%	34	4,1%
	Uglavnom se ne slažem	33	8,0%	41	9,7%	74	8,9%
	Niti se slažem niti se ne slažem	113	27,6%	177	41,9%	290	34,9%
	Uglavnom se slažem	189	46,1%	128	30,3%	317	38,1%
	U potpunosti se slažem	55	13,4%	62	14,7%	117	14,1%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Želja da pacijent preuzme aktivniju ulogu u svojem liječenju	Uopće se ne slažem	10	2,4%	7	1,7%	17	2,0%
	Uglavnom se ne slažem	24	5,9%	33	7,8%	57	6,9%
	Niti se slažem niti se ne slažem	113	27,6%	140	33,2%	253	30,4%
	Uglavnom se slažem	214	52,2%	151	35,8%	365	43,9%
	U potpunosti se slažem	49	12,0%	91	21,6%	140	16,8%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Veća usklađenost KAM metoda sa osobnim životnim uvjerenjima i stavovima	Uopće se ne slažem	8	2,0%	10	2,4%	18	2,2%
	Uglavnom se ne slažem	39	9,5%	21	5,0%	60	7,2%
	Niti se slažem niti se ne slažem	172	42,0%	171	40,5%	343	41,2%
	Uglavnom se slažem	149	36,3%	141	33,4%	290	34,9%
	U potpunosti se slažem	42	10,2%	79	18,7%	121	14,5%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Utjecaj medija i reklama	Uopće se ne slažem	42	10,2%	20	4,7%	62	7,5%
	Uglavnom se ne slažem	117	28,5%	46	10,9%	163	19,6%
	Niti se slažem niti se ne slažem	158	38,5%	142	33,6%	300	36,1%
	Uglavnom se slažem	65	15,9%	142	33,6%	207	24,9%
	U potpunosti se slažem	28	6,8%	72	17,1%	100	12,0%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
U fazama bolesti pacijenti se hvataju za svaku nadu neovisno o nepostojanju dokaza u učinkovitosti	Uopće se ne slažem	10	2,4%	2	0,5%	12	1,4%
	Uglavnom se ne slažem	10	2,4%	12	2,8%	22	2,6%
	Niti se slažem niti se ne slažem	50	12,2%	54	12,8%	104	12,5%
	Uglavnom se slažem	193	47,1%	139	32,9%	332	39,9%
	U potpunosti se slažem	147	35,9%	215	50,9%	362	43,5%

	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Odbojna mi je pomisao da se uče i primjenjuju metode koje nisu zasnovane na dokazima (R)	Uopće se ne slažem	27	6,6%	81	19,2%	108	13,0%
	Uglavnom se ne slažem	56	13,7%	72	17,1%	128	15,4%
	Niti se slažem niti se ne slažem	231	56,3%	146	34,6%	377	45,3%
	Uglavnom se slažem	74	18,0%	69	16,4%	143	17,2%
	U potpunosti se slažem	22	5,4%	54	12,8%	76	9,1%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%

Analiza stavova pacijenata i zdravstvenih radnika o razlozima primjene KAM otkriva značajne razlike u percepcijama između ove dvije skupine. Nezadovoljstvo terapijskim mogućnostima klasične medicine ističe se kao važan faktor, s 45,0% pacijenata i 53,8% zdravstvenih radnika koji se uglavnom ili u potpunosti slažu s ovom tvrdnjom. Međutim, pacijenti su izraženije podijeljeni: 20,5% pacijenata uglavnom ili u potpunosti ne dijeli ovo nezadovoljstvo, u usporedbi s 12,1% zdravstvenih radnika. Stavovi pacijenata i zdravstvenih radnika prema tvrdnji 'Nezadovoljstvo terapijskim mogućnostima klasične medicine' pokazali su određenu razinu neslaganja, pri čemu se 42,4% pacijenata i 36,3% zdravstvenih radnika odlučilo za neutralan stav. Unatoč tome, 33,1% zdravstvenih radnika iskazalo je nezadovoljstvo, dok je 19,5% pacijenata podijelilo isto mišljenje.

Nezadovoljstvo zdravstvenim sustavom, kao što su liste čekanja i ograničenja osiguravajućih pokrića, prepoznato je kao problem kod 38,2% pacijenata i 52,8% zdravstvenih radnika, koji su izrazili slaganje s ovom tvrdnjom. Vjera u učinkovitost KAM-a kada klasična medicina ne pomaže dobila je značajnu podršku, pri čemu se 69,3% pacijenata i 61,4% zdravstvenih radnika uglavnom ili u potpunosti slaže s ovom tvrdnjom. Strah od nuspojava lijekova i terapija bio je izraženiji među pacijentima (59,5%) nego među zdravstvenim radnicima (45,0%), dok je neutralan stav prema toj tvrdnji češće izražavan među zdravstvenim radnicima (41,9%).

Želja pacijenata za aktivnijom ulogom u liječenju iskazana je kod 64,2% pacijenata i 57,4% zdravstvenih radnika, koji su se uglavnom ili u potpunosti složili s tvrdnjom. Veća usklađenost KAM-a s osobnim uvjerenjima i stavovima bila je važna za 46,5% pacijenata i 52,1% zdravstvenih radnika, dok je neutralan stav prevladavao u obje skupine (42,0% pacijenata i

40,5% zdravstvenih radnika). Utjecaj medija i reklama percipiran je kao značajan faktor kod 22,7% pacijenata i 50,7% zdravstvenih radnika koji su se uglavnom ili u potpunosti složili s ovom tvrdnjom. Međutim, pacijenti su izraženije iskazali neslaganje (38,7%) u usporedbi sa zdravstvenim radnicima (15,6%).

Nada u teškim fazama bolesti, bez obzira na nedostatak dokaza o učinkovitosti, motivirala je 83,0% pacijenata i 83,8% zdravstvenih radnika da se uglavnom ili u potpunosti slože s tvrdnjom „U fazama bolesti pacijenti se hvataju za svaku nadu neovisno o nepostojanju dokaza u učinkovitosti“. Odbojnost prema metodama bez znanstvenih dokaza izražena je kod zdravstvenih radnika (29,2%), dok su pacijenti bili općenito neutralni (56,3%). Ovi rezultati ukazuju da razlozi za primjenu KAM-a često proizlaze iz nezadovoljstva klasičnim zdravstvenim sustavom i terapijskim opcijama, ali i iz želje za većom autonomijom u odlučivanju o zdravlju.

Tablica 21. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o razlozima primjene KAM-a

Tvrdnja	Liječnici		Medicinske sestre		Pacijenti	
	M	SD	M	SD	M	SD
Nezadovoljstvo terapijskim mogućnostima klasične medicine (uspješnost ishoda liječenja, nuspojave lijekova, bespomoćnost u terminalnim fazama bolesti)	3,30	,927	3,67	1,051	3,19	1,094
Nezadovoljstvo odnosom liječnika i zdravstvenih radnika klasične medicine prema pacijentu	2,85	,989	3,48	1,101	2,72	1,088
Nezadovoljstvo sustavom zdravstvene zaštite (liste čeka, skupoća, nedostatak svih lijekova na popisima koje pokriva HZZO...)	3,01	,937	3,71	1,101	3,21	1,029
Uvjerenje da će KAM pomoći tamo gdje klasična medicina više ne može pomoći	3,53	,870	3,84	1,032	3,76	,891
Strah od nuspojava lijekova i terapijskih postupaka	3,16	,884	3,52	,978	3,55	,985
Želja da pacijent preuzme aktivniju ulogu u svojem liječenju	3,14	,779	3,85	,941	3,65	,854

Veća usklađenost KAM metoda sa osobnim životnim uvjerenjima i stavovima	3,18	,744	3,75	,936	3,43	,871
Utjecaj medija i reklama	3,59	,900	3,44	1,088	2,81	1,043
U fazama bolesti pacijenti se hvataju za svaku nadu neovisno o nepostojanju dokaza u učinkovitosti	4,32	,634	4,31	,889	4,11	,887
Odbojna mi je pomisao da se uče i primjenjuju metode koje nisu zasnovane na dokazima (R)	1,82	1,184	3,19	1,106	3,02	,891

Prema prosječnim vrijednostima na skali od 1 do 5, među liječnicima najprihvaćenija tvrdnja kao razlog primjene bila je „*U fazama bolesti pacijenti se hvataju za svaku nadu neovisno o nepostojanju dokaza u učinkovitosti*“ (M = 4,32) kao i kod medicinskih sestara (M = 4,31) i pacijenata (M = 4,11). Druga najprihvaćenija tvrdnja kod liječnika je bila „*Utjecaj medija i reklama*“ (M = 3,59); kod medicinskih sestara „*Želja da pacijent preuzme aktivniju ulogu u svojem liječenju*“ (M = 3,85); kod pacijenata „*Uvjerenje da će KAM pomoći tamo gdje klasična medicina više ne može pomoći*“ (M = 3,76), koja je i treća najprihvaćenija tvrdnja kod liječnika (M = 3,53) i medicinskih sestara (M = 3,84), dok je kod pacijenata treća tvrdnja bila „*Želja da pacijent preuzme aktivniju ulogu u svojem liječenju*“ (M = 3,65). Kod liječnika najneprihvaćenija tvrdnja je bila „*Odbojna mi je pomisao da se uče i primjenjuju metode koje nisu zasnovane na dokazima*“ (M = 1,82), jednako kao i kod medicinskih sestara (M = 3,19), dok su pacijenti pokazali najmanje slaganja s tvrdnjom, (M = 2,72). Liječnici su najmanje slaganje iskazali i sa tvrdnjama „*Nezadovoljstvo odnosom liječnika i zdravstvenih radnika klasične medicine prema pacijentu*“ (M = 2,85) i „*Nezadovoljstvo sustavom zdravstvene zaštite (liste čekanja, skupoća, nedostatak svih lijekova na popisima koje pokriva HZZO...)*“ (M = 3,01); medicinske sestre sa „*Nezadovoljstvo odnosom liječnika i zdravstvenih radnika klasične medicine prema pacijentu*“ (R) (M = 3,48) i „*Utjecaj medija i reklama*“ (M = 3,44), sa kojom su se kao drugom najmanje složili i pacijenti (M = 2,81), dok im je treća bila „*Odbojna mi je pomisao da se uče i primjenjuju metode koje nisu zasnovane na dokazima*“ (R) (M = 3,02).

Tablica 22. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratumata i podstratumata o razlozima primjene KAM-a: rezultati Tukey testa

Tvrdnja	(i) Po zanimanju ste/status	(j) Po zanimanju ste/status	Srednja vrijednost (i-j)	Standardna pogreška	p*	95% Interval pouzdanosti	
						Donja granica	Gornja granica
Nezadovoljstvo terapijskim mogućnostima klasične medicine (uspješnost ishoda liječenja, nuspojave lijekova, bespomoćnost u terminalnim fazama bolesti)	Liječnik	Medicinska sestra	-,367*	,121	,007	-,65	-,08
		Pacijent	,105	,118	,645	-,17	,38
	Medicinska sestra	Liječnik	,367*	,121	,007	,08	,65
		Pacijent	,472*	,079	,000	,29	,66
	Pacijent	Liječnik	-,105	,118	,645	-,38	,17
		Medicinska sestra	-,472*	,079	,000	-,66	-,29
Nezadovoljstvo odnosom liječnika i zdravstvenih radnika klasične medicine prema pacijentu	Liječnik	Medicinska sestra	-,627*	,124	,000	-,92	-,34
		Pacijent	,132	,121	,517	-,15	,42
	Medicinska sestra	Liječnik	,627*	,124	,000	,34	,92
		Pacijent	,759*	,081	,000	,57	,95
	Pacijent	Liječnik	-,132	,121	,517	-,42	,15
		Medicinska sestra	-,759*	,081	,000	-,95	-,57
Nezadovoljstvo sustavom zdravstvene zaštite (liste čeka, skupoća, nedostatak svih lijekova na popisima koje pokriva HZZO...)	Liječnik	Medicinska sestra	-,703*	,120	,000	-,98	-,42
		Pacijent	-,199	,117	,203	-,47	,07
	Medicinska sestra	Liječnik	,703*	,120	,000	,42	,98
		Pacijent	,504*	,078	,000	,32	,69
	Pacijent	Liječnik	,199	,117	,203	-,07	,47
		Medicinska sestra	-,504*	,078	,000	-,69	-,32
Uvjerenje da će KAM pomoći tamo gdje klasična medicina više ne može pomoći	Liječnik	Medicinska sestra	-,311*	,108	,012	-,57	-,06
		Pacijent	-,227	,105	,081	-,47	,02
	Medicinska sestra	Liječnik	,311*	,108	,012	,06	,57
		Pacijent	,084	,070	,454	-,08	,25
	Pacijent	Liječnik	,227	,105	,081	-,02	,47
		Medicinska sestra	-,084	,070	,454	-,08	,25

		Medicinska sestra	-,084	,070	,454	-,25	,08
Strah od nuspojava lijekova i terapijskih postupaka	Liječnik	Medicinska sestra	-,360*	,111	,004	-,62	-,10
		Pacijent	-,390*	,108	,001	-,64	-,14
	Medicinska sestra	Liječnik	,360*	,111	,004	,10	,62
		Pacijent	-,030	,072	,912	-,20	,14
	Pacijent	Liječnik	,390*	,108	,001	,14	,64
		Medicinska sestra	,030	,072	,912	-,14	,20
Želja da pacijent preuzme aktivniju ulogu u svojem liječenju	Liječnik	Medicinska sestra	-,707*	,101	,000	-,94	-,47
		Pacijent	-,512*	,098	,000	-,74	-,28
	Medicinska sestra	Liječnik	,707*	,101	,000	,47	,94
		Pacijent	,195*	,066	,008	,04	,35
	Pacijent	Liječnik	,512*	,098	,000	,28	,74
		Medicinska sestra	-,195*	,066	,008	-,35	-,04
Veća usklađenost KAM metoda sa osobnim životnim uvjerenjima i stavovima	Liječnik	Medicinska sestra	-,568*	,101	,000	-,81	-,33
		Pacijent	-,253*	,098	,028	-,48	-,02
	Medicinska sestra	Liječnik	,568*	,101	,000	,33	,81
		Pacijent	,315*	,066	,000	,16	,47
	Pacijent	Liječnik	,253*	,098	,028	,02	,48
		Medicinska sestra	-,315*	,066	,000	-,47	-,16
Utjecaj medija i reklama	Liječnik	Medicinska sestra	,151	,120	,419	-,13	,43
		Pacijent	,785*	,117	,000	,51	1,06
	Medicinska sestra	Liječnik	-,151	,120	,419	-,43	,13
		Pacijent	,634*	,078	,000	,45	,82
	Pacijent	Liječnik	-,785*	,117	,000	-1,06	-,51
		Medicinska sestra	-,634*	,078	,000	-,82	-,45
U fazama bolesti pacijenti se hvataju za svaku nadu neovisno o nepostojanju dokaza u učinkovitosti	Liječnik	Medicinska sestra	,008	,099	,996	-,22	,24
		Pacijent	,208	,096	,078	-,02	,43
	Medicinska sestra	Liječnik	-,008	,099	,996	-,24	,22
		Pacijent	,200*	,064	,005	,05	,35
	Pacijent	Liječnik	-,208	,096	,078	-,43	,02
		Medicinska sestra	-,200*	,064	,005	-,35	-,05

Odbojna mi je pomisao da se uče i primjenjuju metode koje nisu zasnovane na dokazima (R)	Liječnik	Medicinska sestra	-1,370*	,116	,000	-1,64	-1,10
		Pacijent	-1,199*	,113	,000	-1,47	-,93
	Medicinska sestra	Liječnik	1,370*	,116	,000	1,10	1,64
		Pacijent	,171	,076	,063	-,01	,35
	Pacijent	Liječnik	1,199*	,113	,000	,93	1,47
		Medicinska sestra	-,171	,076	,063	-,35	,01

Post hoc Tukey analiza ukazala je na statistički značajne razlike u percepciji razloga za primjenu KAM-a između ispitanika različitih profesionalnih skupina. Liječnici su u značajno manjoj mjeri u odnosu na medicinske sestre navodili razloge kao što su nezadovoljstvo klasičnom medicinom ($p = 0,007$), loš odnos zdravstvenih radnika prema pacijentima ($p < 0,001$), manjkavosti zdravstvenog sustava ($p < 0,001$), strah od nuspojava lijekova ($p = 0,004$), te želju pacijenta za većom autonomijom u liječenju ($p < 0,001$). Također, liječnici su manje od medicinskih sestara smatrali da KAM više odgovara osobnim uvjerenjima ($p < 0,001$) i izražavali veće neslaganje s učenjem metoda bez znanstvenih dokaza ($p < 0,001$). U usporedbi s pacijentima, liječnici su također značajno rjeđe isticali strah od nuspojava ($p = 0,001$), želju za aktivnijom ulogom pacijenta ($p < 0,001$), veće slaganje s osobnim uvjerenjima ($p = 0,028$), te utjecaj medija ($p < 0,001$), kao i negativniji stav prema metodama koje nisu znanstveno utemeljene ($p < 0,001$). Medicinske sestre, u odnosu na pacijente, značajno češće ističu nezadovoljstvo terapijskim mogućnostima klasične medicine ($p < 0,001$), zdravstvenim sustavom ($p < 0,001$) i odnosom zdravstvenih djelatnika ($p < 0,001$), dok pacijenti češće navode medijski utjecaj ($p < 0,001$) i nadu u terminalnim fazama bolesti ($p = 0,005$) kao ključne razloge primjene KAM-a. Ove razlike odražavaju različite perspektive o motivima korištenja KAM-a, s izraženijom sklonošću zdravstvenih radnika (posebno sestara) prema funkcionalnim i profesionalnim razlozima, dok pacijenti naglašavaju osobnu nadu i vanjske utjecaje.

4.2.7. Najprihvaćenije i najmanje prihvaćene tvrdnje na razini cijelog upitnika

Na razini cijelog upitnika analizirane su najprihvaćenije i najmanje prihvaćene tvrdnje temeljem izračunate aritmetičke sredine i standardne devijacije. Najprihvaćenije tvrdnje identificirane su temeljem aritmetičke sredine ocjena, pri čemu su one s prosječnom vrijednošću iznad 4 smatrane visoko prihvaćenima. Analiza je napravljena za svaku skupinu ispitanika posebno (Tablica 23).

Nasuprot tome, izdvojene su i analizirane i tvrdnje koje su dobile najmanji stupanj prihvaćanja pri čemu je prva granica postavljena na ocjenu 2 i manje, što odgovara najmanjem stupnju

prihvaćanja ili slaganja s ponuđenom tvrdnjom. Budući da je na razini cijelog upitnika bilo vrlo malo tvrdnji s kojima se ispitanici uopće nisu složili, ova grupa proširena je i dodatno analizirana s obzirom i na tvrdnje koje su dobile prosječnu ocjenu manju od 3, odnosno s kojima se ispitanici uopće ne slažu ili ne slažu. I ovdje je analiza napravljena za svaku skupinu ispitanika posebno (Tablica 24).

Tablica 23. Tvrdnje s najvišim stupnjem slaganja među ispitanicima na razini cijelog upitnika

Liječnici		
Znam razliku između komplementarne i alternativne medicine	4,29	1,038
Tijekom svojeg formalnog obrazovanja zdravstveni djelatnici dobiju vrlo malo ili nimalo informacija o KAM-u	4,01	0,904
Medicinske sestre		
U fazama bolesti pacijenti se hvataju za svaku nadu neovisno o nepostojanju dokaza u učinkovitosti	4,31	0,889
Pacijent mora informirati svoj liječnički tim o primjeni KAM-a	4,22	0,957
Pacijenti bi se morali prije primjene KAM-a konzultirati sa svojim liječnikom ili terapeutom	4,17	0,949
Prilikom uzimanje anamneze trebalo bi uzimati anamnestičke podatke o primjenama KAM-a	4,12	1,017
KAM terapeuti trebali bi prolaziti sustav licenciranja kao i zdravstveni radnici klasične medicine	4,09	1,005
Onkološki pacijenti		
U fazama bolesti pacijenti se hvataju za svaku nadu neovisno o nepostojanju dokaza u učinkovitosti	4,31	0,889

Pacijenti bi se morali prije primjene KAM-a konzultirati sa svojim liječnikom ili terapeutom	4,28	0,808
KAM terapeuti trebali bi prolaziti sustav licenciranja kao i zdravstveni radnici klasične medicine	4,27	0,743
Trebala bi postojati specijalizacija iz KAM terapije	4,24	0,779
Klinička medicina trebala bi integrirati ono najbolje od KAM-a i od klasične medicine	4,2	0,893
Zdravstveni radnici trebali bi biti osposobljeni za razgovor s pacijentima o najčešće primjenjivanim metodama KAM-a	4,19	0,814
Pacijent mora informirati svoj liječnički tim o primjeni KAM-a	4,17	0,85
Volio bih kada bi zdravstveni radnici imali formalnu edukaciju iz KAM-a	4,13	0,792
Ponosan sam na one zdravstvene radnike i pacijente koji mogu otvoreno razgovarati o prednostima i opasnostima korištenja KAM	4,13	0,846
KAM uključuje ideje i metode čijom integracijom u sustav klasične medicine svi mogu imati koristi	4,08	0,87
Prilikom uzimanje anamneze trebalo bi uzimati anamnestičke podatke o primjenama KAM-a	4,04	0,824
KAM terapija u načelu je opasna za pacijenta i trebalo bi je izbjegavati (R)	4,04	0,885
Trebalo bi voditi evidenciju o primjeni KAM-a u zdravstvenom kartonu / dokumentaciji pacijenta	4,02	0,885
Komplementarne i alternativne metode prijetnja su javnom zdravlju (R)	4,01	0,937
Tijekom liječenja susreo sam najmanje jednog pacijenta koji je upotrebljavao neku od metoda KAM-a	4,01	1,196
Tijekom obrazovanja kroz verificirane nastavne planove i programe zdravstveni bi se djelatnici trebali educirati iz područja KAM-a	4	0,817

Na razini upitnika liječnici su izrazili snažan pomak prema lijevoj strani tako da su potpuno slaganje iskazali prema samo dvije tvrdnje („*Znam razliku između komplementarne i alternativne medicine*“ i „*Tijekom svojeg formalnog obrazovanja zdravstveni djelatnici dobiju vrlo malo ili nimalo informacija o KAM-u*“), obje vezane uz razinu obrazovanja o KAM-u. Medicinske sestre, za razliku od liječnika, kao najprihvaćeniju tvrdnju izdvojili su objašnjenje razloga zbog kojeg pacijenti pribjegavaju uzimanju metoda iz spektra KAM terapija, a to je „*Hvatanje za svaku nadu neovisno o nepostojanju dokaza u učinkovitosti*“. Druge najprihvaćenije tvrdnje tiču se njihovog stava da pacijenti ne samo da bi „*morali informirati svoj liječnički tim o primjeni KAM-a*“, već i da bi se prije samog uzimanja i primjene KAM-a „*morali prije konzultirati sa svojim liječnikom ili terapeutom*“, a o istome voditi i

dokumentaciju na način da se „*prilikom uzimanje anamneze treba uzimati anamnestičke podatke o primjenama KAM-a.*“, odnosno o istome voditi „*evidenciju o primjeni KAM-a u zdravstvenom kartonu / dokumentaciji pacijenta*“. Nadalje visok stupanja prihvaćanja iskazali su prema tvrdnji da bi „*KAM terapeuti trebali prolaziti sustav licenciranja kao i zdravstveni radnici klasične medicine*“ kao i pokazali svijest o tome da „*Tijekom svojeg formalnog obrazovanja zdravstveni djelatnici dobiju vrlo malo ili nimalo informacija o KAM-u*“. Sve skupa dobiva na važnosti budući da su upravo medicinske sestre, a ne liječnici osobe prvog kontakta i povjerenja pacijenata te se u svakodnevnom radu susreću sa „*najmanje jednim pacijentom koji je upotrebljavao neku od metoda KAM-a*“. Sukladno vlastitom iskustvu i širini obrazovanja kroz koju se medicinske sestre obrazuju da teže integracijama, prvenstveno radnika drugih profila osim liječnika, kao punopravne članove liječničkog tima, ne začuđuje da medicinske sestre pokazuju otvorenost prema integraciji „*najbolje od KAM-a i najbolje od klasične medicine*“ u kliničku medicinu. Onkološki pacijenti od sve tri analizirane grupe ispitanika pokazali su u svojim odgovorima sklonost potpunog prihvaćanja najviše ponuđenih tvrdnji – njih 16. Jednako kao i medicinske sestre, najprihvaćenija tvrdnja tiče se objašnjenja zbog čega su pacijenti skloni korištenju nekih metoda i terapija iz područja KAM- a neovisno o njihovom nedokazanom djelovanju, a to je nada, tim više što su se osobno „*susreli sa najmanje jednim pacijentom koji je upotrebljavao neku od metoda KAM-a*“. Cijeli niz visoko prihvaćenih tvrdnji odnosi se na njihovo uvjerenje i želju da bi zdravstveni radnici trebali biti „*formalno educirani iz KAM-a,*“, a da bi tu edukaciju trebali steći „*tijekom obrazovanja kroz verificirane nastavne planove i programe*“ kao i dodatnom edukacijom „*Trebala bi postojati specijalizacija iz KAM terapije*“, a sve kako bi pacijenti i zdravstveni radnici „*mogli otvoreno razgovarati o prednostima i opasnostima korištenja KAM*“. Istovremeno, pacijenti ne bježe od vlastite obaveze i odgovornosti da moraju „*informirati svoj liječnički tim o primjeni KAM-a*“. Pacijenti su svjesni da odlaze KAM terapeutima za koje zapravo ne znaju imaju li kakvu formalnu edukaciju iz područja kojim se bave, te upravo pacijenti, a ne liječnici u prvi plan ističu potrebu da „*KAM terapeuti trebali bi prolaziti sustav licenciranja kao i zdravstveni radnici klasične medicine*“ što se može objasniti njihovom otvorenošću za potrebom postojanja educiranih i certificiranih KAM terapeuta, dok liječnici takvu mogućnost ne prihvaćaju. Pacijenti, kao i medicinske sestre, vrlo visoko vrednuju tvrdnju da bi „*Klinička medicina trebala integrirati ono najbolje od KAM-a i od klasične medicine*“. Vezano uz isto, pacijenti ne prihvaćaju tvrdnju „*Komplementarne i alternativne metode prijetnja su javnom zdravlju*“.

Tablica 24. Tvrdnje s najmanjim stupnjem slaganja među ispitanicima na razini cijelog upitnika

Liječnici		
Terapije koje nisu testirane po znanstvenim principima moraju biti zabranjene (R)	1,86	1,11
Liječenje KAM-om trebalo bi u potpunosti biti pokriveno preko HZZO-a	1,9	1,078
Tijelo se samoiscjeljuje i zadatak je zdravstvenog radnika samo pomagati u procesu iscjeljivanja	1,99	1,01
U narodnoj tradiciji i znanju naših predaka leže odgovori na pitanja u medicini kojima danas ne znamo odgovor	2,06	1,062
Uzbuđuje me pomisao na mogućnosti koje se možda kriju u KAM metodama	2,13	1,22
Učinci KAM terapija najčešće su rezultat placebo-efekta (R)	2,13	0,96
Većina KAM terapija potiče prirodne iscjeljujuće snage u tijelu	2,19	1,061
KAM terapije trebale bi biti dostupne pacijentima na razini primarne zdravstvene zaštite	2,22	1,177
Šteta je što se o KAM metodama premalo govori i što se rijetko koriste	2,23	1,153
Obrazovanje iz KAM-a trebalo bi biti sustavno integrirano u različite klasične zdravstvene sadržaje (od anatomije do interne medicine i zdravstvene njege) na svim razinama obrazovanja, kako teoretski tako i praktično	2,32	1,127
Obrazovanje iz područja KAM-a trebalo bi biti sastavni dio obrazovnih planova i programa za sve pripadnike zdravstvenih profesija	2,38	1,179
Zdravstveni djelatnici trebali bi imati formalno obrazovanje iz područja KAM-a	2,39	1,302
Fizičko i mentalno zdravlje održavano je unutarnjom energijom ili životnom silom	2,44	1,258
Zdravlje i bolest odraz su ravnoteže između životno osnažujućih i destruktivnih sila	2,44	1,282
KAM uključuje ideje i metode čijom integracijom u sustav klasične medicine svi mogu imati koristi	2,46	1,15
Osobe koje primjenjuju KAM, a nisu zdravstvene struke obični su šarlatani i trebalo bi im zabraniti rad (R)	2,47	0,948
Pacijentovi simptomi moraju se smatrati pokazateljem opće neravnoteže ili disfunkcije koja zahvaća cijelo tijelo	2,48	1,096
Vjerujem u Božansku/Višu silu i njene iscjeliteljske moći	2,49	1,096
Želio bih da kroz formalne obrazovne programe zdravstveni djelatnici usvoje dovoljno znanja kako bi sa zainteresiranim pacijentima mogli kvalificirano razgovarati o mogućnostima primjene i djelotvornosti KAM-a	2,51	1,21
KAM bi trebalo bi integrirati s metodama klasične, službene medicine	2,54	1,019
Volio bih kada bi zdravstveni radnici imali formalnu edukaciju iz KAM-a	2,55	1,234

KAM terapije uključuju ideje i metode od kojih klasična medicina može profitirati	2,58	1,121
Trebala bi postojati specijalizacija iz KAM terapije	2,61	1,136
KAM terapija u načelu je opasna za pacijenta i trebalo bi je izbjegavati (R)	2,66	0,997
Pozitivno je što postoje komplementarne i/ili alternativne metode liječenja	2,68	1,072
Klinička medicina trebala bi integrirati ono najbolje od KAM-a i od klasične medicine	2,68	1,246
Zdravstveni radnici trebali bi biti osposobljeni za razgovor s pacijentima o najčešće primjenjivanim metodama KAM-a	2,69	1,098
Iznenaduju me ljudi koji ne shvaćaju da je motiv KAM terapeuta zarada a ne dobrobit pacijenata (R)	2,73	0,827
Zdravstveni djelatnici (liječnici, med.sestre...) srame se o KAM-u razgovarati sa svojim kolegama	2,73	0,874
Tijekom obrazovanja kroz verificirane nastavne planove i programe zdravstveni bi se djelatnici trebali educirati iz područja KAM-a	2,92	1,032
Ponosan sam na one zdravstvene radnike i pacijente koji mogu otvoreno razgovarati o prednostima i opasnostima korištenja KAM	2,94	1,071
KAM terapijom trebali bi se baviti samo liječnici (R)	2,95	0,796
Iako o tome ne govore, pacijenti u praksi upotrebljavaju neku od terapija iz područja KAM-a	2,99	1,087
Medicinske sestre		
Smatram da su KAM metode opasne i štetne za zdravlje	2,07	0,995
Vrlo rado bi koristio KAM metode ali si ih ne mogu priuštiti iz financijskih razloga	2,74	1,292
Ozbiljno razmišljam obratiti se za pomoć KAM terapeutu	2,82	1,321
Zdravstveni djelatnici (liječnici, med.sestre...) srame se o KAM-u razgovarati sa svojim kolegama	2,84	1,049
Božanska/Viša sila ima iscjeliteljske moći	2,95	1,21
Onkološki pacijenti		
Smatram da su KAM metode opasne i štetne za zdravlje	1,89	0,834
Nezadovoljstvo odnosom liječnika i zdravstvenih radnika klasične medicine prema pacijentu	2,72	1,088
Utjecaj medija i reklama	2,81	1,043
Vrlo rado bi koristio KAM metode ali si ih ne mogu priuštiti iz financijskih razloga	2,81	1,159

Zdravstveni djelatnici (liječnici, med. sestre...) srame se o KAM-u razgovarati sa svojim kolegama	2,91	0,818
Ozbiljno razmišljam obratiti se za pomoć KAM terapeutu	2,91	1,149
Terapije koje nisu testirane po znanstvenim principima moraju biti zabranjene (R)	2,96	0,975

Liječnici u svojim odgovorima pokazuju sklonost prema lijevoj strani skale, odnosno nisu se većinom složili sa tri tvrdnje, a prema još dvadesetak su izrazili svoje neslaganje. Najneprihvaćenija tvrdnja je ona prema kojoj bi se troškovi terapija iz spektra KAM-a trebali pokrivati iz javnih sredstva: „*Liječenje KAM-om trebalo bi u potpunosti biti pokriveno preko HZZO-a* „. Izrazito visok stupanj neprihvaćanja liječnici su iznijeli prema tvrdnji da je uloga zdravstvenih radnika sekundarna, a da, sukladno brojnim KAM terapeutima i smjerovima „*tijelo se samoiscjeljuje i zadatak je zdravstvenog radnika samo pomagati u procesu iscjeljivanja*“ te tvrdnju da „*većina KAM terapija potiče prirodne iscjeljujuće snage u tijelu*“ što je i potpuno suprotno shvaćanjima klasične medicine o bolesti i izlječenju. Također liječnici odbacuju mogućnost da „*U narodnoj tradiciji i znanju naših predaka leže odgovori na pitanja u medicini kojima danas ne znamo odgovor*“, kao i tvrdnju iz emocionalne komponente stava da se neke neistražene, a učinkovite „*mogućnosti možda kriju u KAM metodama*“ te su liječnici izrazito neskloni tvrdnji da „*KAM uključuje ideje i metode čijom integracijom u sustav klasične medicine svi mogu imati koristi*“. Sukladno tome, neprihvaćene su i sve tvrdnje koje nude mogućnost dodatnog obrazovanja liječnika iz područja KAM-a na svim razinama obrazovanja poput tvrdnji da „*Obrazovanje iz KAM-a trebalo bi biti sustavno integrirano u različite klasične zdravstvene sadržaje (od anatomije do interne medicine i zdravstvene njege) na svim razinama obrazovanja, kako teoretski tako i praktično*“; „*Obrazovanje iz područja KAM-a trebalo bi biti sastavni dio obrazovnih planova i programa za sve pripadnike zdravstvenih profesija*“; „*Zdravstveni djelatnici trebali bi imati formalno obrazovanje iz područja KAM-a*“; „*Želio bih da kroz formalne obrazovne programe zdravstveni djelatnici usvoje dovoljno znanja kako bi sa zainteresiranim pacijentima mogli kvalificirano razgovarati o mogućnostima primjene i djelotvornosti KAM-a*“; „*Volio bih kada bi zdravstveni radnici imali formalnu edukaciju iz KAM-a*“ te tvrdnju da „*Tijekom obrazovanja kroz verificirane nastavne planove i programe zdravstveni bi se djelatnici trebali educirati iz područja KAM-a*“. Sve navedeno pokazuje da liječnici zapravo ne iskazuju potrebu niti želju za dodatnim obrazovanjem iz područja KAM-a. Štoviše, liječnici ne iskazuju ni potrebu da uopće mogu razgovarati sa pacijentima o KAM-u „*Zdravstveni radnici trebali bi biti osposobljeni za razgovor s pacijentima o najčešće primjenjivanim metodama KAM-a*“, niti u emotivnom segmentu stava podržavaju pozitivne

emocije vezane uz dijalog između medicine i KAM-a, odnosno zdravstvenih radnika i pacijenata o KAM-u: „*Ponosan sam na one zdravstvene radnike i pacijente koji mogu otvoreno razgovarati o prednostima i opasnostima korištenja KAM*“. S obzirom da je i tvrdnja „*Iako o tome ne govore, pacijenti u praksi upotrebljavaju neku od terapija iz područja KAM-a*“ zapravo u skupini tvrdnji s kojima se liječnici ne slažu, upitno je koliko su liječnici i svjesni činjenice da je korištenje KAM terapija i metoda vrlo rašireno među njihovim pacijentima, ma koliko se o tome šutjelo ili se tu činjenicu ignoriralo. Medicinske sestre niti prema jednoj tvrdnji nisu se u potpunosti složile, dok su najveće neslaganje izrazile prema tvrdnji da su „*KAM metode opasne i štetne za zdravlje*“. S obzirom da se radi o ispitanicima koji su u aktivnom radnom odnosu, za pretpostaviti je da sve ili velika većina njih srećom nisu akutni onkološki pacijenti, što objašnjava visoko neprihvatanje tvrdnji koje su vezane uz vlastito korištenje KAM terapija kao „*Vrlo rado bi koristio KAM metode ali si ih ne mogu priuštiti iz financijskih razloga*“ i tvrdnje „*Ozbiljno razmišljam obratiti se za pomoć KAM terapeutu*“. Također medicinske sestre ne smatraju da se kao zdravstveni djelatnici „*srame o KAM-u razgovarati sa svojim kolegama*“. Također visoki stupanj neprihvatanja tvrdnje da „*Božanska/Viša sila ima iscjeliteljske moći*“, a na kojem se bazira cijeli niz objašnjenja djelovanja tehnika iz metoda duhovne i energetske KAM medicine, može se objasniti njihovim školovanjem kroz „*medicinu utemeljenu na dokazima*“, kao i na stečenom znanju o patofiziologiji nastanka bolesti, a onda i načinima njihovog liječenja upravo uvažavajući one metode za koje postoji znanstveno objašnjenje i „*utemeljenost na dokazima prihvatljivim klasičnoj medicini*“. Onkološki pacijenti, jednako kao i medicinske sestre, najmanje prihvataju tvrdnju da su „*KAM metode opasne i štetne za zdravlje*“, te odbacuju tvrdnju da „*pacijenti pribjegavaju korištenju KAM-a zbog utjecaja medija i reklama*“, kao i da bi „*vrlo rado koristili KAM metode ali si ih ne mogu priuštiti iz financijskih razloga*“, što se može objasniti da pacijenti za vlastito zdravlje odvajaju potrebna sredstva pronalazeći način, ako „*vjeruju da im to može pružiti nadu u izlječenje*“. Korištenje KAM-a ne povezuju sa „*Nezadovoljstvo odnosom liječnika i zdravstvenih radnika klasične medicine prema pacijentu*“, što se može povezati sa ranije iskazanim najvećim prihvatanjem tvrdnje da je nada glavni motivator pribjegavanju KAM terapiji. Također, pacijenti odbacuju tvrdnju da „*Terapije koje nisu testirane po znanstvenim principima moraju biti zabranjene*“, vjerojatno jer se nadaju da među netestiranim terapijama može postojati i onih koje su učinkovite ili su o navodnoj učinkovitosti dobili informaciju iz nekih nemedicinskih izvora, a s druge strane svjesni su koliko dugo traju ispitivanja učinkovitosti nekog lijeka, a sami zbog prirode bolesti nemaju vremena čekati provođenje procedure koja je standardizirana u klasičnoj medicini.

4.3. Raširenost i prihvaćenost KAM-a među onkološkim pacijentima i zdravstvenim radnicima

Rezultati istraživanja pružaju uvid u učestalost korištenja KAM-a među pacijentima i zdravstvenim radnicima, njihove preferencije prema određenim metodama te povezanost demografskih karakteristika s prihvaćanjem ovih praksi. Provedena je i analiza s ciljem utvrđivanja povezanosti između sociodemografskih obilježja ispitanika i korištenja prirodnih, energetskih i duhovnih metoda. Kako bi se identificirali ključni prediktori korištenja ovih metoda, provedeni su Mann-Whitney U testovi i Kruskal-Wallis testovi.

4.3.1. Primjena KAM-a kroz osobna i obiteljska iskustva

Jedan od važnih aspekata istraživanja stavova prema komplementarnoj i alternativnoj medicini jest osobno iskustvo ispitanika s KAM-om, kao i iskustva njihovih obitelji ili bliskih osoba. Ta iskustva mogu značajno oblikovati percepciju i stavove prema KAM-u, utjecati na prihvaćanje ili skepticizam te odrediti razinu podrške za njezinu integraciju u zdravstveni sustav. U ovom dijelu istraživanja analizirani su odgovori ispitanika na pitanja o primjeni KAM-a među članovima obitelji ili bliskim osobama, čime se nastojao dobiti dublji uvid u društveni i emocionalni kontekst korištenja ovih metoda. Tablica 25 prikazuje iskazani stupanj slaganja sa tvrdnjom „*Upotrebljavate li sada ili ste ranije koristili ikakve druge pripravke ili metode za liječenje bolesti osim onoga što vam je odredio liječnik?*“ iz koje je vidljivo da 55,6% pacijenata i 32,2% zdravstvenih radnika koristi ili je koristilo pripravke ili metode koji nisu bili ordinirani od strane liječnika. Prosječni pokazatelji (M) za promatrane skupine na skali od 1 - 5 u skupini liječnika je iznosila 1,90, medicinskih sestara 1,62, a pacijenata 1,44. U Tablici 26 prikazane su razlike između stratumata i podstratumata korištenjem Tukey testa.

Tablica 25. Stupanj prihvaćanja, prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova između ispitanika o korištenju KAM-a neovisno o znanju liječnika

Stupanj prihvaćanja tvrdnje							
Tvrdnja	Prihvaćenost tvrdnje	Skupina					
		Pacijenti		Zdravstveni radnici		Ukupno	
		N	%	N	%	N	%
	Da	228	55,6	136	32,2	364	43,8

Upotrebljavam (sada ili ranije) KAM pripravke ili metode za liječenje bolesti osim onoga što mi je odredio liječnik	Ne	182	44,4	282	66,8	464	55,8
	Ostalo	0	0,0	4	0,9	4	0,5
	Ukupno	410	100	422	100	832	100
Prosječne vrijednosti i standardna devijacija							
Upotrebljavam (sada ili ranije) KAM pripravke ili metode za liječenje bolesti osim onoga što mi je odredio liječnik	Liječnici		Medicinske sestre		Onkološki pacijenti		
	M	SD	M	SD	M	SD	
	1,90	,302	1,62	,510	1,44	,497	

Analiza podataka o korištenju drugih pripravaka ili metoda liječenja osim onih koje su preporučili liječnici otkriva da je ukupno, 43,8% ispitanika izjavilo da su trenutno ili ranije koristili alternativne pripravke ili metode liječenja, dok je 55,8% njih izjavilo da to nikada nisu činili. Među pacijentima, 55,6% priznaje korištenje takvih metoda, dok je taj postotak znatno niži među zdravstvenim radnicima (32,2%). Kada se podaci razmotre unutar zdravstvenih profesija, među medicinskim sestrama prosječna vrijednost za korištenje KAM metoda iznosi 1,62 (SD=0,510), dok liječnici imaju nešto nižu prosječnu vrijednost od 1,90 (SD=0,302). Pacijenti, s druge strane, imaju najnižu prosječnu vrijednost 1,44 (SD=0,497), što ukazuje na veće prihvaćanje ili učestalije korištenje KAM metoda među ovom skupinom.

Tablica 26. Statistička značajnost razlika uvjerenja i stavova stratuma i podstratuma o korištenju KAM-a neovisno o znanju liječnika

Tvrdnja	(i) Po zanimanju ste/status	(j) Po zanimanju ste/status	Srednja vrijednost (i-j)	Standardna pogreška	P*	95% Interval pouzdanosti	
						Donja granica	
Upotrebljavate li sada ili ste ranije koristili ikakve druge pripravke ili metode za liječenje bolesti	Liječnik	Medicinska sestra	,277*	,055	,000	,15	,41
		Pacijent	,457*	,054	,000	,33	,58
	Medicinska sestra	Liječnik	-,277*	,055	,000	-,41	-,15
		Pacijent	,180*	,036	,000	,10	,26
	Pacijent	Liječnik	-,457*	,054	,000	-,58	-,33

osim onoga što vam je odredio liječnik		Medicinska sestra	-,180*	,036	,000	-,26	-,10
--	--	-------------------	--------	------	-------------	------	------

P* - vrijednost razine značajnosti; $p < 0,05$ označava statistički značajnu razliku između uspoređivanih skupina

Rezultati provedene analize korištenjem Tukey testa po navedenoj tvrdnji „*Upotrebljavam (sada ili ranije) KAM pripravke ili metode za liječenje bolesti osim onoga što mi je odredio liječnik*“ pokazali su da postoje statistički značajne razlike uvjerenja i stavova između promatranih skupina. Najveća razlika zabilježena je između pacijenata i liječnika ($M = 0,457$; $p < 0,001$), pri čemu su pacijenti u znatno većoj mjeri izvijestili o korištenju komplementarnih i alternativnih metoda liječenja koje nisu bile preporučene od strane liječnika. Usporedno s liječnicima, i medicinske sestre iskazuju značajno češću praksu korištenja KAM terapija ($M = 0,277$; $p < 0,001$), dok je razlika između pacijenata i medicinskih sestara također potvrđena kao statistički značajna ($M = 0,180$; $p < 0,001$). Ovi rezultati jasno ukazuju na to da pacijenti češće koriste KAM metode liječenja u usporedbi s obje skupine zdravstvenih radnika, dok medicinske sestre i tehničari pokazuju veću sklonost KAM praksama u odnosu na liječnike.

Statistička značajnost pojedinih sociodemografskih karakteristika kao prediktora korištenja KAM-a prikazana je Tablicom 27. Analizirane su varijable poput dobi, spola, razine obrazovanja, religioznosti i ekonomskog statusa, kako bi se utvrdilo koje od njih najviše utječu na sklonost ispitanika prema korištenju KAM metoda. Ovi rezultati omogućuju bolje razumijevanje socioekonomskih i kulturnih čimbenika koji oblikuju obrasce korištenja komplementarne i alternativne medicine u promatranim skupinama

Tablica 27. Usporedba sociodemografskih karakteristika ispitanika u odnosu na korištenje KAM-a: rezultati hi-kvadrat testa

		Upotrebljavam (sada ili ranije) KAM pripravke ili metode za liječenje bolesti osim onoga što mi je odredio liječnik						P*
		Da		Ne		Ukupno		
		N	%	N	%	N	%	
Skupina	Pacijenti	228	62,0%	182	39,2%	410	49,3%	X2=42,431
	Zdravstveni radnici	140	38,0%	282	60,8%	422	50,7%	Df=1
	Ukupno	368	100,0%	464	100,0%	832	100,0%	P=0,000

Spol	Muški	88	23,9%	157	33,8%	245	29,4%	X ² =9,727
	Ženski	280	76,1%	307	66,2%	587	70,6%	Df=1
	Ukupno	368	100,0%	464	100,0%	832	100,0%	P=0,002
Dob	< 20 god	1	0,3%	0	0,0%	1	0,1%	X ² =20,783
	20 - 30 god	28	7,6%	79	17,0%	107	12,9%	Df=5
	31 - 40 god	47	12,8%	71	15,3%	118	14,2%	P=0,001
	41 - 50 god	100	27,2%	106	22,8%	206	24,8%	
	51 - 60 god	97	26,4%	113	24,4%	210	25,2%	
	> 60 god	95	25,8%	95	20,5%	190	22,8%	
	Ukupno	368	100,0%	464	100,0%	832	100,0%	
Bračni status	Oženjen/u vezi	267	72,6%	318	68,5%	585	70,3%	X ² =1,589
	Neoženjen/rastavljen/udovac	101	27,4%	146	31,5%	247	29,7%	Df=1
	Ukupno	368	100,0%	464	100,0%	832	100,0%	P=0,208
Razina obrazovanja (najviša završena)	OŠ (osnovna škola)	2	0,5%	7	1,5%	9	1,1%	X ² =13,455
	SSS (srednja stručna sprema)	166	45,1%	172	37,1%	338	40,6%	Df=3
	VŠS (bacc - 180 ECTS)	90	24,5%	95	20,5%	185	22,2%	P=0,004
	VSS (dipl/mag - 300 ECTS)	110	29,9%	190	40,9%	300	36,1%	
	Ukupno	368	100,0%	464	100,0%	832	100,0%	
Po zanimanju ste/status	Liječnik	10	2,7%	90	19,4%	100	12,0%	X ² =71,616
	Medicinska sestra	129	35,1%	192	41,4%	321	38,6%	Df=2
	Pacijent	229	62,2%	182	39,2%	411	49,4%	P=0,000
	Ukupno	368	100,0%	464	100,0%	832	100,0%	
Molimo označite duljinu radnog staža	< 5 god	14	10,0%	53	18,8%	67	15,9%	X ² =8,456
	5 - 15 god	33	23,6%	72	25,5%	105	24,9%	Df=4
	16 - 25 god	41	29,3%	73	25,9%	114	27,0%	P=0,076
	26 - 35 god	35	25,0%	65	23,0%	100	23,7%	
	> 35 god	17	12,1%	19	6,7%	36	8,5%	
	Ukupno	140	100,0%	282	100,0%	422	100,0%	
Rad u djelatnosti onkologije	Da	32	23,2%	95	34,4%	127	30,7%	X ² =5,458
	Ne	106	76,8%	181	65,6%	287	69,3%	Df=1
	Ukupno	138	100,0%	276	100,0%	414	100,0%	P=0,019
Područje stanovanja	Grada	264	71,7%	336	72,4%	600	72,1%	X ² =0,046
	Selo	104	28,3%	128	27,6%	232	27,9%	Df=1

	Ukupno	368	100,0%	464	100,0%	832	100,0%	P=0,829
Vjersko opredjeljenje	Vjernik	307	83,4%	371	80,0%	678	81,5%	X ² =1,645 Df=2 P=0,439
	Agnostik	47	12,8%	71	15,3%	118	14,2%	
	Ateista	14	3,8%	22	4,7%	36	4,3%	
	Ukupno	368	100,0%	464	100,0%	832	100,0%	
Vaša primanja	<1000 €	123	33,4%	115	24,8%	238	28,6%	X ² =18,794 Df=2 P=0,000
	1000 €	149	40,5%	163	35,1%	312	37,5%	
	>1000 €	96	26,1%	186	40,1%	282	33,9%	
	Ukupno	368	100,0%	464	100,0%	832	100,0%	
Samoprocjena zdravlja	Vrlo loše	12	3,3%	1	0,2%	13	1,6%	X ² =18,802 Df=4 P=0,001
	Loše	20	5,4%	42	9,1%	62	7,5%	
	Ni dobro ni loše/osrednje	110	29,9%	152	32,8%	262	31,5%	
	Dobro	185	50,3%	206	44,4%	391	47,0%	
	Jako dobro	41	11,1%	63	13,6%	104	12,5%	
	Ukupno	368	100,0%	464	100,0%	832	100,0%	

P* - vrijednost razine značajnosti; p < 0,05 označava statistički značajnu razliku između uspoređivanih skupina

Rezultati prikazani u Tablici 27 ukazuju na statistički značajne razlike u korištenju KAM-a među ispitivanim skupinama. Usporedbom pacijenata i zdravstvenih radnika utvrđeno je da pacijenti u većem udjelu prijavljuju korištenje KAM metoda (62,0%) u odnosu na zdravstvene radnike (38,0%) ($\chi^2 = 42,431$; df = 1; p < 0,001), što sugerira izraženiju sklonost pacijenata dodatnim terapijama izvan konvencionalnog sustava. Uočena je i statistički značajna razlika s obzirom na spol ispitanika, pri čemu su žene znatno češće koristile KAM metode (76,1%) u odnosu na muškarce (23,9%) ($\chi^2 = 9,727$; df = 1; p = 0,002), što upućuje na rodnu razliku u pristupu zdravstvenoj skrbi i veću otvorenost žena prema holističkim modelima liječenja. S obzirom na dob, najveći udio korisnika KAM-a zabilježen je među ispitanicima starijima od 40 godina, dok je korištenje najmanje među mlađima od 30 godina ($\chi^2 = 20,783$; df = 5; p = 0,001), što upućuje na porast sklonosti KAM-u s dobi. Također je utvrđena razlika prema obrazovanju: osobe sa završenim VSS-om rjeđe su koristile KAM (29,9%) u usporedbi s onima sa srednjom stručnom spremom (45,1%) ($\chi^2 = 13,455$; df = 3; p = 0,004), što može ukazivati na veću orijentaciju visokoobrazovanih pojedinaca prema konvencionalnim metodama. Najizraženija razlika prisutna je između zanimanja, pri čemu liječnici u znatno manjoj mjeri koriste KAM (2,7%) u usporedbi s pacijentima (62,2%) i medicinskim sestrama (35,1%) ($\chi^2 = 71,616$; df = 2; p < 0,001). S obzirom na ekonomsku situaciju, češće korištenje KAM metoda bilježe ispitanici s nižim (33,4%) i srednjim (40,5%) primanjima u usporedbi s onima koji imaju više prihode (26,1%) ($\chi^2 = 18,794$;

df = 2; p < 0,001). Također, značajna razlika uočena je u odnosu na samoprocjenu zdravlja: oni koji svoje zdravlje ocjenjuju kao loše ili vrlo loše češće se okreću KAM-u ($\chi^2 = 18,802$; df = 4; p = 0,001). Statistički značajna razlika također je prisutna među ispitanicima koji rade u onkologiji, s nižom zastupljenošću korištenja KAM-a u toj skupini ($\chi^2 = 5,458$; df = 1; p = 0,019). Za razliku od navedenih varijabli, nisu pronađene značajne razlike u korištenju KAM-a s obzirom na bračni status, mjesto stanovanja i vjersko opredjeljenje (p > 0,05).

Ispitanicima je bila ponuđena tvrdnja „Netko od članova moje obitelji ili meni bliskih ljudi je barem jednom u životu upotrijebio neku od metoda KAM-a“, kako bi se istražilo obiteljsko i društveno iskustvo primjene KAM-a. Deskriptivni podaci te srednja vrijednost i standardna devijacija nalaze se u Tablici 28, a razlike između stratuma i podstratuma u Tablici 29.

Tablica 28. Stupanj prihvaćanja, prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o korištenju KAM-a u bliskom okruženju ispitanika

Stupanj prihvaćanja tvrdnje							
		Skupina					
		Pacijenti		Zdravstveni radnici		Ukupno	
		N	%	N	%	N	%
Netko od članova moje obitelji ili meni bliskih ljudi je barem jednom u životu upotrijebio neku od metoda KAM-a	Uopće se ne slažem	58	14,1%	55	13,0%	113	13,6%
	Uglavnom se ne slažem	59	14,4%	56	13,3%	115	13,8%
	Niti se slažem niti se ne slažem	84	20,5%	85	20,1%	169	20,3%
	Uglavnom se slažem	120	29,3%	97	23,0%	217	26,1%
	U potpunosti se slažem	89	21,7%	129	30,6%	218	26,2%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Netko od članova moje obitelji ili meni bliskih ljudi je barem jednom u životu upotrijebio neku od metoda KAM-a		Liječnici		Medicinske sestre		Onkološki pacijenti	
		M	SD	M	SD	M	SD
		2,72	1,090	3,68	1,388	3,30	1,335

Analiza stavova ispitanika prema tvrdnji o obiteljskom ili bliskom iskustvu s KAM-om

pokazuje razlike između pacijenata i zdravstvenih radnika. Veći udio zdravstvenih radnika u potpunosti se slaže s navedenom tvrdnjom (30,6%) u usporedbi s pacijentima, od kojih se 21,7% u potpunosti slaže, što upućuje na višu razinu podrške među zdravstvenim djelatnicima. Kada se promatraju kategorije ukupnog slaganja (Uglavnom se slažem i U potpunosti se slažem), 51,0% pacijenata i 53,6% zdravstvenih radnika pokazuje pozitivan stav prema tvrdnji, što ukazuje na široko rasprostranjeno iskustvo s KAM-om u obje skupine. Neutralni odgovori (Niti se slažem niti se ne slažem) također čine značajan dio uzorka (20,5% kod pacijenata i 20,1% kod zdravstvenih radnika), što može odražavati nedostatak osobnog iskustva ili neodlučnost ispitanika u vezi s ovom tvrdnjom.

Rezultati srednjih vrijednosti i standardnih devijacija također pokazuju razlike među promatranim skupinama ispitanika. Liječnici su iskazali najmanje slaganja s ovom tvrdnjom ($M = 2,72$; $SD = 1,090$), dok su medicinske sestre iskazali najviši stupanj slaganja ($M = 3,68$; $SD = 1,388$). Pacijenti su zauzeli srednju poziciju s prosječnom vrijednošću od 3,30 ($SD = 1,335$). Ovi rezultati pokazuju da su osobna i obiteljska iskustva s KAM-om najzastupljenija među medicinskim sestrama/tehničarima, dok liječnici pokazuju manju prihvaćenost prema ovom aspektu.

Tablica 29. Statistička značajnost razlika uvjerenja i stavova između stratuma i podstratuma o korištenju KAM-a u obitelji i bliskom okruženju ispitanika: rezultati Tukey testa

Tvrdnja	(i) Po zanimanju ste/status	(j) Po zanimanju ste/status	Srednja vrijednost (i-j)	Standardna pogreška	p*	95% Interval pouzdanosti	
						Donja granica	Gornja granica
Netko od članova moje obitelji ili meni bliskih ljudi je barem jednom u životu upotrijebio neku od metoda KAM-a	Liječnik	Medicinska sestra	-,956*	,152	,000	-1,31	-,60
		Pacijent	-,579*	,148	,000	-,93	-,23
	Medicinska sestra	Liječnik	,956*	,152	,000	,60	1,31
		Pacijent	,377*	,099	,000	,14	,61
	Pacijent	Liječnik	,579*	,148	,000	,23	,93
		Medicinska sestra	-,377*	,099	,000	-,61	-,14

P* - vrijednost razine značajnosti; $p < 0,05$ označava statistički značajnu razliku između uspoređivanih skupina

Analiza rezultata prikazanih u Tablici 29 otkriva statistički značajne razlike u uvjerenjima i stavovima između profesionalnih skupina vezano uz tvrdnju da je netko od članova njihove obitelji ili njima bliskih osoba barem jednom koristio neku od metoda komplementarne i alternativne medicine (KAM). Liječnici su iskazali najniži stupanj slaganja s ovom tvrdnjom, što je potvrđeno značajno nižim prosječnim vrijednostima u usporedbi s medicinskim sestrama (razlika = -0,956; $p < 0,001$) i pacijentima (razlika = -0,579; $p < 0,001$), čime se sugerira da je korištenje KAM-a među liječnicima i njihovim bliskim osobama rjeđa pojava. S druge strane, medicinske sestre su pokazale najvišu razinu slaganja, značajno veću od pacijenata (razlika = 0,377; $p < 0,001$), što upućuje na to da je prisutnost KAM-a u njihovom bližem krugu izraženija. Pacijenti zauzimaju međupoziciju između liječnika i medicinskih sestara, pri čemu rezultati sugeriraju umjerenu, ali ipak statistički značajnu prisutnost iskustava s korištenjem KAM-a u njihovom obiteljskom ili prijateljskom okruženju.

4.3.2. Učestalost korištenja KAM metoda

U istraživanju je analizirana učestalost korištenja komplementarne i alternativne medicine među ispitanicima kako bi se dobio uvid u obrasce i intenzitet korištenja. Kategorije korištenja obuhvaćaju pet razina: *Nikad/ne koristim KAM, Rijetko, Povremeno, Jednom tjedno i Svaki dan.*

Ova analiza omogućuje razumijevanje koliko često ispitanici primjenjuju KAM metode u svakodnevnom životu te pruža osnovu za daljnje istraživanje sociodemografskih čimbenika koji utječu na učestalost primjene KAM-a.

Tablica 30. Učestalost primjene KAM-a ispitanika: distribucija frekvencija, prosječne vrijednosti i standardna devijacija

Učestalost trenutne ili prethodne primjene/prakticiranja KAM-a	Skupina					
	Pacijenti		Zdravstveni radnici		Ukupno	
	N	%	N	%	N	%
Nikad / ne koristim KAM	176	42,9%	239	56,6%	415	49,9%
Rijetko	23	5,6%	61	14,5%	84	10,1%
Povremeno	92	22,4%	92	21,8%	184	22,1%
Jednom tjedno	7	1,7%	11	2,6%	18	2,2%

Svaki dan	112	27,3%	19	4,5%	131	15,7%
Ukupno	410	100%	422	100%	832	100%
Prosječne vrijednosti i standardna devijacija						
Učestalost trenutne ili prethodne primjene/prakticiranja KAM-a	Liječnici		Medicinske sestre		Onkološki pacijenti	
	M	SD	M	SD	M	SD
	1,21	,624	2,04	1,177	2,64	1,663

Analiza učestalosti korištenja KAM-a među pacijentima i zdravstvenim radnicima pokazuje značajne razlike u obrascima primjene. Više od polovice zdravstvenih radnika (56,6%) navodi da nikada ne koristi KAM, dok je taj postotak znatno niži među pacijentima (42,9%). S druge strane, svakodnevno korištenje KAM-a češće je među pacijentima (27,3%) nego među zdravstvenim radnicima (4,5%). Kategorija *Rijetko* obuhvaća 5,6% pacijenata i 14,5% zdravstvenih radnika, dok je *Povremeno* gotovo jednako zastupljena u obje skupine (22,4%) pacijenata i 21,8% zdravstvenih radnika). Korištenje KAM-a *Jednom tjedno* bilježi najmanju zastupljenost u obje skupine (1,7% pacijenata i 2,6% zdravstvenih radnika).

Analiza prosječnih vrijednosti na skali učestalosti korištenja KAM-a među liječnicima, medicinskim sestrama i pacijentima ukazuje na značajne razlike među skupinama. Liječnici su pokazali najnižu prosječnu učestalost korištenja KAM-a ($M = 1,21$; $SD = 0,624$), što ukazuje na rijetko ili gotovo nikakvo korištenje ovih metoda. Medicinske sestre imaju višu prosječnu vrijednost ($M = 2,04$; $SD = 1,177$), dok pacijenti bilježe najvišu učestalost korištenja KAM-a ($M = 2,64$; $SD = 1,663$).

Tablica 31. Statistička značajnost razlika učestalosti primjene KAM-a između stratuma i podstratuma: rezultati Tukey testa

Tvrdnja	(i) po zanimanju ste/status	(j) po zanimanju ste/status	Srednja vrijednost (i-j)	Standardna pogreška	P*	95% Interval pouzdanosti	
						Donja granica	Gornja granica
	Liječnik	Medicinska sestra	-,680*	,113	,000	-,94	-,42
		Pacijent	-,827*	,160	,000	-1,20	-,45

Učestalost trenutne ili prethodne primjene/prakticiranja KAM-a	Medicinska sestra	Liječnik	-1,435*	,156	,000	-1,80	-1,07
		Pacijent	,827*	,160	,000	,45	1,20
	Pacijent	Liječnik	-,607*	,104	,000	-,85	-,36
		Medicinska sestra	1,435*	,156	,000	1,07	1,80

P* - vrijednost razine značajnosti; $p < 0,05$ označava statistički značajnu razliku između uspoređivanih skupina

Liječnici bilježe značajno nižu učestalost korištenja KAM-a u usporedbi s medicinskim sestrama (Srednja vrijednost = -0,680; $p = 0,000$), s intervalom pouzdanosti od -0,94 do -0,42. Ovi rezultati ukazuju na izraženiji interes i veću primjenu KAM-a među medicinskim sestrama. Usporedba liječnika s pacijentima također pokazuje značajno nižu učestalost korištenja KAM-a među liječnicima (Srednja vrijednost = -0,827; $p = 0,000$), s intervalom pouzdanosti od -1,20 do -0,45. Pacijenti su, očekivano, češće korisnici KAM-a u odnosu na liječnike. Medicinske sestre bilježe značajno nižu učestalost korištenja KAM-a u usporedbi s pacijentima (Srednja vrijednost = -0,607; $p = 0,000$), s intervalom pouzdanosti od -0,85 do -0,36. Iako medicinske sestre koriste KAM češće od liječnika, ipak ne dosežu razinu učestalosti koju bilježe pacijenti.

Tablica 32. Usporedba sociodemografskih karakteristika ispitanika s obzirom na učestalost primjene KAM-a: rezultati hi-kvadrat testa

		Učestalost trenutne ili prethodne primjene/practiciranja KAM-a				P*
		Rijetko/povremeno		Jednom tjedno/svaki dan		
				N	%	
Skupina	Pacijenti	115	42,9%	119	79,9%	X2=53,106
	Zdravstveni radnici	153	57,1%	30	20,1%	Df=1
	Ukupno	268	100,0%	149	100,0%	P=0,000
Spol	Muški	52	19,4%	38	25,5%	X2=2,106
	Ženski	216	80,6%	111	74,5%	Df=1
	Ukupno	268	100,0%	149	100,0%	P=0,147
Dob	< 20	0	0,0%	1	0,7%	

	20 - 30 god	32	11,9%	4	2,7%	X2=15,245 Df=5 P=0,009
	31 - 40 god	39	14,6%	15	10,1%	
	41 - 50 god	70	26,1%	48	32,2%	
	51 - 60 god	66	24,6%	45	30,2%	
	< 60 god	61	22,8%	36	24,2%	
	Ukupno	268	100,0%	149	100,0%	
Bračni status	Oženjen/u vezi	187	69,8%	110	73,8%	X2=0,766
	Neoženjen/rastavljen/udovac	81	30,2%	39	26,2%	Df=1
	Ukupno	268	100,0%	149	100,0%	P=0,381
Razina obrazovanja (najviša završena)	OŠ (osnovna škola)	1	0,4%	1	0,7%	X2=12,669 Df=3 P=0,005
	SSS (srednja stručna sprema)	94	35,1%	78	52,3%	
	VŠS (bacc - 180 ECTS)	75	28,0%	34	22,8%	
	VSS (dipl/mag - 300 ECTS)	98	36,6%	36	24,2%	
	Ukupno	268	100,0%	149	100,0%	
Zanimanje	Liječnik	10	3,7%	2	1,3%	X2=53,106 Df=2 P=0,001
	Medicinska sestra	143	53,4%	28	18,8%	
	Pacijent	115	42,9%	119	79,9%	
	Ukupno	268	100,0%	149	100,0%	
Duljina radnog staža	< 5 god	14	9,2%	2	6,7%	X2=7,639 Df=4 P=0,106
	5 - 15 god	40	26,1%	4	13,3%	
	16 - 25 god	45	29,4%	7	23,3%	
	26 - 35 god	35	22,9%	14	46,7%	
	> 35 god	19	12,4%	3	10,0%	
	Ukupno	153	100,0%	30	100,0%	
Rad u djelatnosti onkologije	Da	37	24,7%	5	17,2%	X2=0,746
	Ne	113	75,3%	24	82,8%	Df=1
	Ukupno	150	100,0%	29	100,0%	P=0,388
Područje stanovanja	Grad	181	67,5%	115	77,2%	X2=4,324
	Selo	87	32,5%	34	22,8%	Df=1
	Ukupno	268	100,0%	149	100,0%	P=0,038
Vjersko opredjeljenje	Vjernik	231	86,2%	120	80,5%	X2=2,309 Df=2 P=0,315
	Agnostik	29	10,8%	23	15,4%	
	Ateista	8	3,0%	6	4,0%	
	Ukupno	268	100,0%	149	100,0%	
Visina primanja	<1000 €	76	28,4%	52	34,9%	

	1000 €	115	42,9%	54	36,2%	X ² =2,386 Df=2 P=0,303
	>1000 €	77	28,7%	43	28,9%	
	Ukupno	268	100,0%	149	100,0%	
Samoprocjena zdravlja	Vrlo loše	5	1,9%	7	4,7%	X ² =6,931 Df=4 P=0,140
	Loše	11	4,1%	9	6,0%	
	Ni dobro ni loše/osrednje	86	32,1%	37	24,8%	
	Dobro	131	48,9%	82	55,0%	
	Jako dobro	35	13,1%	14	9,4%	
	Ukupno	268	100,0%	149	100,0%	

P* - vrijednost razine značajnosti; $p < 0,05$ označava statistički značajnu razliku između uspoređivanih skupina

Analiza rezultata pokazuje da pacijenti u statistički značajno većoj mjeri redovito koriste KAM metode u usporedbi sa zdravstvenim radnicima ($p < 0,001$), pri čemu liječnici čine skupinu s najnižom učestalošću primjene. Usporedbom dobi ispitanika utvrđeno je da starije osobe (posebno one u dobi između 41 i 60 godina) koriste KAM značajno učestalije nego mlađe skupine, osobito u odnosu na ispitanike u dobi do 30 godina ($p = 0,009$). Također je utvrđena statistički značajna povezanost između razine obrazovanja i učestalosti korištenja KAM-a ($p = 0,005$), pri čemu ispitanici sa srednjom stručnom spremom češće prakticiraju ove metode u odnosu na visokoobrazovane. Analiza prema zanimanju pokazala je da su najskloniji redovitom korištenju pacijenti, zatim medicinske sestre, dok liječnici koriste KAM u najmanjoj mjeri ($p = 0,001$). Stanovnici urbanih sredina statistički značajno češće koriste KAM metode od onih iz ruralnih područja ($p = 0,038$). Za ostale analizirane varijable – spol, bračni status, radni staž, rad u onkologiji, vjersko opredjeljenje, visina primanja i samoprocjena zdravlja – nije utvrđena statistički značajna razlika u učestalosti korištenja KAM-a ($p > 0,05$).

4.4. Povezanost sociodemografskih obilježja ispitanika sa stavovima o KAM-u

Razumijevanje kako sociodemografski čimbenici oblikuju kognitivne, bihevioralne i emocionalne stavove prema KAM-u pruža uvid u ključne obrasce percepcije i ponašanja ispitanika. Ovo istraživanje omogućuje prepoznavanje specifičnih čimbenika koji najviše utječu na uvjerenja i stavove prema KAM-u, uključujući znanje, uvjerenja i emocionalni odnos ispitanika. Analizom ovih čimbenika doprinosi se boljem razumijevanju razlika u stavovima te pruža osnove za oblikovanje prilagođenih edukacijskih i komunikacijskih strategija unutar zdravstvenog sustava. Provedena je analiza razlika u kognitivnoj, bihevioralnoj i emocionalnoj

komponenti stava prema KAM-u među različitim sociodemografskim grupama ispitanika. Cilj je bio utvrditi koja su sociodemografska obilježja (npr. dob, spol, razina obrazovanja, ekonomski status, religioznost) prediktori kognitivne, bihevioralne i emocionalne komponente stava prema korištenju KAM-a. Mann-Whitney U test korišten je za usporedbu binarnih sociodemografskih varijabli (npr. spol: muškarci u odnosu na žene), a Kruskal-Wallis test korišten je za usporedbu višekategorijskih varijabli (npr. razina obrazovanja: osnovno, srednje, visoko).

4.4.1. Procjena pouzdanosti mjernog instrumenta za komponente stava prema KAM-u

Kako bi se procijenila pouzdanost mjernog instrumenta korištenog za ispitivanje kognitivne, bihevioralne i emocionalne komponente stava prema KAM-u, izračunat je koeficijent pouzdanosti Cronbach Alpha. Rezultati koeficijenta pouzdanosti (Tablica 33) nalaze se u rasponu od 0 do 1, pri čemu više vrijednosti Cronbach Alpha koeficijenta (bliže 1) ukazuju na veću unutarnju konzistentnost čestica unutar mjernog instrumenta. Prema općeprihvaćenim kriterijima, vrijednosti oko 0,9 označavaju izvrsnu pouzdanost skale, vrijednosti oko 0,8 vrlo dobru, dok vrijednosti približne 0,7 upućuju na zadovoljavajuću razinu pouzdanosti.

Tablica 33. Procjena unutarnje konzistentnosti kognitivne, bihevioralne i emocionalne komponente stava: Cronbach Alpha

	Cronbach Alpha	Broj čestica
Kognitivna	,948	30
Bihevioralna	,825	13
Emocionalna	,836	13

Rezultati analize pouzdanosti upućuju na visoku internu konzistenciju za sve tri komponente stavova prema komplementarnoj i alternativnoj medicini. Cronbach Alpha vrijednost za kognitivnu komponentu iznosi 0,948 (broj čestica: 30) što ukazuje na iznimno visoku pouzdanost, što znači da su čestice koje mjere kognitivnu komponentu stavova prema KAM-u vrlo konzistentne i koherentne. Za bihevioralnu komponentu Cronbach Alpha iznosi 0,825 (broj čestica: 13), što sugerira da čestice adekvatno mjere bihevioralne aspekte stavova prema KAM-u. Cronbach Alpha za emocionalnu komponentu iznosi 0,836 (broj čestica: 13) što ukazuje na visoku pouzdanost, što potvrđuje da su čestice dobro usklađene u mjerenju emocionalnih stavova prema KAM-u. Sve tri komponente imaju visoke Cronbach Alpha vrijednosti, što

znači da su skale korištene za procjenu stavova prema KAM-u pouzdane.

Kognitivna komponenta pokazuje najvišu internu konzistenciju, dok su bihevioralna i emocionalna komponenta također zadovoljavajuće pouzdane za znanstvena istraživanja.

Tablica 34, 35 i 36 sadrže vrijednosti za koeficijent Cronbach Alpha ako je pitanje obrisano za faktore kognitivna, bihevioralna i emocionalna, te se može opaziti da izostavljanje pojedinog pitanja iz analize ne dovodi do znatnog povećanja koeficijenta pouzdanosti, što dodatno potvrđuje visoku unutarnju usklađenost čestica unutar ispitivanog faktora i opravdava izračun ukupne vrijednosti za promatrane varijable

Tablica 34. Utjecaj pojedinačnih tvrdnji na pouzdanost kognitivne komponente stava: Cronbach Alpha ako je tvrdnja isključena

Tvrdnja	Aritmetička sredina ako je tvrdnja isključena	Varijanca ako je tvrdnja isključena	Korigirane čestice - korelacija	Cronbach Alpha ako je tvrdnja isključena
KAM bi trebalo bi integrirati s metodama klasične, službene medicine	104,49	356,524	,816	,944
Liječenje KAM-om trebalo bi u potpunosti biti pokriveno preko HZZO-a	104,82	357,128	,740	,945
KAM terapije trebale bi biti dostupne pacijentima na razini primarne zdravstvene zaštite	104,62	355,210	,788	,944
KAM uključuje ideje i metode čijom integracijom u sustav klasične medicine svi mogu imati koristi	104,42	355,284	,835	,944
Klinička medicina trebala bi integrirati ono najbolje od KAM-a i od klasične medicine	104,22	355,795	,828	,944
Zdravstveni radnici trebali bi biti osposobljeni za	104,24	357,594	,809	,944

razgovor s pacijentima o najčešće primjenjivanim metodama KAM-a				
Znam razliku između komplementarne i alternativne medicine	104,54	385,544	,099	,951
Tijekom obrazovanja kroz verificirane nastavne planove i programe zdravstveni bi se djelatnici trebali educirati iz područja KAM-a	104,35	360,757	,784	,945
Zdravstveni djelatnici trebali bi imati formalno obrazovanje iz područja KAM-a	104,56	357,999	,767	,945
Tijekom svojeg formalnog obrazovanja zdravstveni djelatnici dobiju vrlo malo ili nimalo informacija o KAM-u	104,22	376,470	,373	,948
Zdravstveni djelatnici ne posjeduju dovoljno znanja da s pacijentima mogu kvalificirano razgovarati o mogućnostima primjene i djelotvornosti KAM-a	104,31	373,192	,461	,948
Obrazovanje iz područja KAM-a trebalo bi biti sastavni dio obrazovnih planova i programa za sve pripadnike zdravstvenih profesija	104,46	355,792	,822	,944
Obrazovanje iz KAM-a trebalo bi biti sustavno integrirano u različite	104,52	356,004	,820	,944

klasične zdravstvene sadržaje (od anatomije do interne medicine i zdravstvene njege) na svim razinama obrazovanja, kako teoretski tako i praktično				
Osobe koje primjenjuju KAM, a nisu zdravstvene struke obični su šarlatani i trebalo bi im zabraniti rad (R)	104,88	373,023	,407	,948
KAM terapeuti trebali bi prolaziti sustav licenciranja kao i zdravstveni radnici klasične medicine	104,00	373,521	,482	,947
Trebala bi postojati specijalizacija iz KAM terapije	104,28	361,434	,686	,946
KAM terapijom trebali bi se baviti samo liječnici (R)	104,99	382,876	,146	,951
Država bi trebala odrediti tko smije prakticirati i pružati KAM	104,38	383,171	,153	,951
Fizičko i mentalno zdravlje održavano je unutarnjom energijom ili životnom silom	104,41	359,795	,741	,945
Zdravlje i bolest odraz su ravnoteže između životno osnažujućih i destruktivnih sila	104,58	360,865	,711	,945
Tijelo se samoiscjeljuje i zadatak je zdravstvenog radnika samo pomagati u procesu iscjeljivanja	105,15	366,234	,537	,947

Pacijentovi simptomi moraju se smatrati pokazateljem opće neravnoteže ili disfunkcije koja zahvaća cijelo tijelo	104,60	363,723	,685	,946
Pacijentova očekivanja, uvjerenja i vrijednosti moraju biti integrirani u proces zdravstvene skrbi	104,22	371,721	,547	,947
Komplementarne i alternativne metode prijetnja su javnom zdravlju (R)	104,34	368,513	,535	,947
Terapije koje nisu testirane po znanstvenim principima moraju biti zabranjene (R)	105,26	373,362	,383	,949
Učinci KAM terapija najčešće su rezultat placebo-efekta (R)	104,91	369,453	,529	,947
KAM terapije uključuju ideje i metode od kojih klasična medicina može profitirati	104,66	362,572	,698	,946
Većina KAM terapija potiče prirodne iscjeljujuće snage u tijelu	104,88	362,094	,748	,945
U narodnoj tradiciji i znanju naših predaka leže odgovori na pitanja u medicini kojima danas ne znamo odgovor	104,96	363,654	,681	,946
Uvjerenje da će KAM pomoći tamo gdje klasična medicina više ne može pomoći	104,40	374,688	,413	,948

Rezultati analize pouzdanosti za skupinu tvrdnji koje mjere stavove prema komplementarnoj i alternativnoj medicini ukazuju na visoku internu konzistenciju čestica. Cronbach Alpha vrijednost ostaje stabilna i visoka (0,944-0,951) prilikom izbacivanja pojedinih tvrdnji, što sugerira da nijedna od čestica značajno ne narušava ukupnu pouzdanost skale. Tvrdnje: "*KAM uključuje ideje i metode čijom integracijom u sustav klasične medicine svi mogu imati koristi*" (korekcija čestica: 0,835, α ako je izbrisano: 0,944), "*Obrazovanje iz područja KAM-a trebalo bi biti sastavni dio obrazovnih planova i programa za sve pripadnike zdravstvenih profesija*" (0,822, $\alpha = 0,944$), "*Klinička medicina trebala bi integrirati ono najbolje od KAM-a i od klasične medicine*" (0,828, $\alpha = 0,944$) imaju najjaču povezanost sa skalom. Tvrdnje poput: "*Znam razliku između komplementarne i alternativne medicine*" (0,099, $\alpha = 0,951$), "*Država bi trebala odrediti tko smije prakticirati i pružati KAM*" (0,153, $\alpha = 0,951$) imaju niže korelacije sa skalom, što ukazuje na slabiju povezanost s ukupnim konstruktom. Tvrdnje koje sadrže inverzne skale (R) poput: "*KAM terapijom trebali bi se baviti samo liječnici*" (0,146, $\alpha = 0,951$), "*Terapije koje nisu testirane po znanstvenim principima moraju biti zabranjene*" (0,383, $\alpha = 0,949$) pokazuju umjerenu ili nižu korelaciju, što može biti posljedica njihove konstrukcije ili prirode interpretacije. Primjer tvrdnje s visokim korelacijama, ali i višom varijancom je tvrdnja "*Većina KAM terapija potiče prirodne iscjeljujuće snage u tijelu*" (korekcija čestica: 0,748, $\alpha = 0,945$), koja odražava složeniji koncept sa značajnom povezanošću sa skalom. Ova analiza sugerira da je skala visoko pouzdana i koherentna, s nekoliko čestica koje bi potencijalno mogle biti dodatno razmotrene za finu prilagodbu. Tvrdnje s nižim korelacijama mogu ukazivati na to da one mjere specifične aspekte stavova koji nisu u potpunosti konzistentni s ostalim tvrdnjama, ali pouzdanost skale ostaje visoka i prikladna za istraživačke svrhe.

Tablica 35. Utjecaj pojedinačnih tvrdnji na pouzdanost bihevioralne komponente stava: Cronbach Alpha ako je tvrdnja isključena

Tvrdnja	Aritmetička sredina ako je tvrdnja isključena	Varijanca ako je tvrdnja isključena	Korigirane čestice - korelacija	Cronbach Alpha ako je tvrdnja isključena
Iako o tome ne govore, pacijenti u praksi upotrebljavaju neku od terapija iz područja KAM-a	44,89	44,016	,605	,802

Među liječnicima postoji snažan otpor primjeni KAM-a kod pacijenata koji su uključeni u dijagnostičke i terapijske procese	45,16	48,444	,310	,824
Trebalo bi voditi evidenciju o primjeni KAM-a u zdravstvenom kartonu / dokumentaciji pacijenta	44,54	43,361	,686	,796
Prilikom uzimanje anamneze trebalo bi uzimati anamnestičke podatke o primjenama KAM-a	44,51	43,641	,681	,797
Pacijent mora informirati svoj liječnički tim o primjeni KAM-a	44,36	45,259	,574	,806
Pacijenti bi se morali prije primjene KAM-a konzultirati sa svojim liječnikom ili terapeutom	44,34	44,727	,629	,802
Želio bih da kroz formalne obrazovne programe zdravstveni djelatnici usvoje dovoljno znanja kako bi sa zainteresiranim pacijentima mogli kvalificirano razgovarati o mogućnostima primjene i djelotvornosti KAM-a	44,71	43,275	,647	,799
KAM terapija u načelu je opasna za pacijenta i trebalo bi je izbjegavati (R)	44,68	45,919	,440	,815
Vjerujem u Božansku/Višu silu i njene iscjeliteljske moći	45,45	48,419	,181	,841

Želja da pacijent preuzme aktivniju ulogu u svojem liječenju	44,85	45,837	,530	,809
Veća usklađenost KAM metoda sa osobnim životnim uvjerenjima i stavovima	44,99	46,255	,495	,811
Utjecaj medija i reklama	45,37	50,197	,113	,842
U fazama bolesti pacijenti se hvataju za svaku nadu neovisno o nepostojanju dokaza u učinkovitosti	44,30	47,995	,367	,820

Analiza pouzdanosti skale ukazuje na visoku razinu koherentnosti i dosljednosti tvrdnji, što potvrđuje pouzdan Cronbach Alpha koeficijent (0,802). Međutim, detaljniji pregled pokazuje varijacije u povezanosti pojedinačnih tvrdnji s ukupnim konstruktom, što otvara prostor za daljnju analizu i prilagodbu skale. Nekoliko tvrdnji ima korekciju čestica veću od 0,6, što sugerira da značajno doprinose mjerenju glavnog koncepta skale, kao što su: „*Trebalo bi voditi evidenciju o primjeni KAM-a u zdravstvenom kartonu / dokumentaciji pacijenta*” (0,686), „*Prilikom uzimanja anamneze trebalo bi uzimati anamnestičke podatke o primjenama KAM-a*” (0,681), „*Pacijenti bi se morali prije primjene KAM-a konzultirati sa svojim liječnikom ili terapeutom*” (0,629). Ove tvrdnje jasno artikuliraju ključne aspekte razmatranja KAM-a u kliničkoj praksi i potrebno ih je zadržati bez značajnih izmjena. Tvrdnje umjerene povezanosti s korekcijom između 0,3 i 0,6 također doprinose konstrukt, ali bi njihova formulacija mogla biti dodatno preispitana radi unaprjeđenja njihove povezanosti s glavnim konceptom. Primjeri uključuju: „*KAM terapija u načelu je opasna za pacijenta i trebalo bi je izbjegavati*” (0,440), „*Želja da pacijent preuzme aktivniju ulogu u svojem liječenju*” (0,530), „*Veća usklađenost KAM metoda sa osobnim životnim uvjerenjima i stavovima*” (0,495). Ove tvrdnje, iako relevantne, mogle bi biti reformulirane kako bi dodatno ojačale svoju povezanost s glavnim konstruktom i bolje reflektirale percepcije KAM-a među ispitanicima. Određene tvrdnje imaju korekciju čestica manju od 0,3, što ukazuje na slab doprinos ukupnoj koherentnosti skale: „*Vjerujem u Božansku/Višu silu i njene iscjeliteljske moći*” (0,181), „*Utjecaj medija i reklama*” (0,113).

Te tvrdnje mogu reflektirati perspektive koje nisu u potpunosti usklađene s glavnim konstruktom koji skala mjeri, što može biti posljedica drugačijeg konteksta ili načina

interpretacije pitanja od strane ispitanika. Preporučuje se njihova detaljna evaluacija s ciljem utvrđivanja jesu li ključne za mjerenje glavnog koncepta. Ako se procijeni da nisu neophodne, njihovo uklanjanje moglo bi povećati fokus i dosljednost skale. Većina tvrdnji ima minimalan utjecaj na Cronbach Alpha skalu, koja ostaje visoka čak i pri hipotetskom uklanjanju pojedinih tvrdnji. Međutim, tvrdnje poput „*Utjecaj medija i reklama*” ili „*Vjerujem u Božansku/Višu silu i njene iscjeliteljske moći*” pokazuju slab doprinos ukupnom alfa koeficijentu, što potvrđuje njihovu ograničenu ulogu u mjerama koherentnosti skale. Zaključno, skala je općenito pouzdana i dosljedna, s ključnim tvrdnjama koje precizno mjere centralne aspekte stavova prema KAM-u.

Tablica 36. Utjecaj pojedinačnih tvrdnji na pouzdanost emocionalne komponente stava: Cronbach Alpha ako je tvrdnja isključena

Tvrdnja	Aritmetička sredina ako je tvrdnja isključena	Varijanca ako je tvrdnja isključena	Korigirane čestice - korelacija	Cronbach Alpha ako je tvrdnja isključena
Pozitivno je što postoje komplementarne i/ili alternativne metode liječenja	40,50	52,753	,660	,812
Šteta je što se o KAM metodama premalo govori i što se rijetko koriste	40,62	50,813	,684	,808
Iznenaduju me ljudi koji ne shvaćaju da je motiv KAM terapeuta zarada a ne dobrobit pacijenata (R)	40,87	57,470	,347	,834
Ponosan sam na one zdravstvene radnike i pacijente koji mogu otvoreno razgovarati o prednostima i opasnostima korištenja KAM	40,25	53,697	,608	,816
Volio bih kada bi zdravstveni radnici imali	40,31	52,013	,680	,810

formalnu edukaciju iz KAM-a				
Ljuti me kada ljudi koriste KAM metode vjerujući u njihovu učinkovitost (R)	40,56	56,413	,400	,830
Zdravstveni djelatnici (liječnici, med.sestre...) srame se o KAM-u razgovarati sa svojim kolegama	41,31	60,741	,149	,845
Uzbuđuje me pomisao na mogućnosti koje se možda kriju u KAM metodama	41,02	52,643	,626	,814
Nezadovoljstvo terapijskim mogućnostima klasične medicine (uspješnost ishoda liječenja, nuspojave lijekova, bespomoćnost u terminalnim fazama bolesti)	40,78	55,898	,412	,830
Nezadovoljstvo odnosom liječnika i zdravstvenih radnika klasične medicine prema pacijentu	41,15	55,756	,393	,832
Nezadovoljstvo sustavom zdravstvene zaštite (liste čekaanja, skupoća, nedostatak svih lijekova na popisima koje pokriva HZZO...)	40,79	55,301	,452	,827
Strah od nuspojava lijekova i terapijskih postupaka	40,68	56,754	,409	,830
Odbojna mi je pomisao da se uče i primjenjuju metode koje nisu zasnovane na dokazima (R)	41,23	55,314	,441	,828

Rezultati analize Cronbach Alpha ukazuju na razinu interne konzistentnosti skale koja se koristi za mjerenje stavova prema KAM-u. Tablica prikazuje kako bi uklanjanje pojedinih tvrdnji utjecalo na ukupnu pouzdanost skale te pruža dodatne informacije o korelaciji pojedinačnih čestica sa skalom kao cjelinom. Cronbach Alpha za cijelu skalu iznosi 0,82, što ukazuje na visoku internu konzistentnost. Najveća korelacija čestica sa skalom: „*Volio bih kada bi zdravstveni radnici imali formalnu edukaciju iz KAM-a*” ima jednu od najviših korelacija sa skalom (0,680) te bi njezino uklanjanje smanjilo ukupnu pouzdanost (Cronbach Alpha bi pala na 0,810); „*Šteta je što se o KAM metodama premalo govori i što se rijetko koriste*” također ima visoku korelaciju (0,684) i značajno doprinosi ukupnoj konzistentnosti. Najniže korelacije čestica sa skalom: „*Zdravstveni djelatnici (liječnici, med. sestre...) srame se o KAM-u razgovarati sa svojim kolegama*” pokazuje nisku korelaciju (0,149) te bi njezino uklanjanje povećalo Cronbach Alpha na 0,845; „*Iznenadjuju me ljudi koji ne shvaćaju da je motiv KAM terapeuta zarada a ne dobrobit pacijenata*” (R) ima korelaciju od 0,347, ali njezino uklanjanje ne bi značajno povećalo pouzdanost skale.

Tablica 37. Prosječne vrijednosti i varijabilnost kognitivne, emocionalne i bihevioralne komponente stava

	N		M	SD	Min	Max
	Valjanih	Nedostaje				
Kognitivna	832	0	3,6054	,65892	1,37	4,87
Emocionalna	832	0	3,3978	,61408	1,00	4,85
Bihevioralna	832	0	3,7317	,56081	1,38	5,00

Prikazana Tablica 37 sažima osnovne statističke pokazatelje za tri komponente stavova prema KAM-u: bihevioralnu, emocionalnu i kognitivnu. Rezultati obuhvaćaju broj valjanih i nedostajućih odgovora, aritmetičku sredinu, standardnu devijaciju te minimalne i maksimalne vrijednosti za svaku komponentu.

Aritmetička sredina za kognitivnu komponentu iznosi 3,61, što ukazuje na pozitivan stav prema kognitivnim aspektima KAM-a, ali niži nego kod bihevioralne komponente. Standardna devijacija iznosi 0,66, što ukazuje na nešto veću raznolikost odgovora. Minimalna vrijednost je 1,37, a maksimalna 4,87, što ukazuje na širi raspon stavova. Aritmetička sredina za emocionalnu komponentu je 3,40, što također ukazuje na umjereno pozitivan stav, ali nešto niži nego kod bihevioralne komponente. Standardna devijacija iznosi 0,61, što ukazuje na veću

raznolikost odgovora nego kod bihevioralne komponente. Minimalna vrijednost je 1,00, što znači da postoje i vrlo negativni stavovi, dok je maksimalna vrijednost 4,85. Za bihevioralnu komponentu aritmetička sredina iznosi 3,73, što ukazuje na umjereno pozitivan stav ispitanika prema bihevioralnim aspektima KAM-a. Standardna devijacija iznosi 0,56, što pretpostavlja relativno homogenu raspodjelu odgovora. Minimalna vrijednost je 1,38, dok je maksimalna vrijednost 5,00, što znači da su prisutni i negativni i izuzetno pozitivni stavovi.

4.4.2. Testiranje normalnosti distribucije

Korištenjem odgovarajućih statističkih metoda, provedeno je testiranje normalnosti distribucije za faktor kognitivna, bihevioralna i emocionalna pomoću Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testova. Cilj ove analize bio je utvrditi način distribucije faktora promatranih u istraživanju. Testiranje normalnosti obuhvatilo je sve tri kategorije faktora, odnosno skupine KAM metoda i tehnika, kako bi se osiguralo pravilno razumijevanje njihovih statističkih karakteristika.

Analizom podataka o signifikantnosti u Tablici 38 može se uočiti na koji su način distribuirane signifikantnosti dobivene Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testom.

Tablica 38. Testiranje normalnosti distribucije kognitivne, emocionalne i bihevioralne komponente stava

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Kognitivna	,077	832	,000	,963	832	,000
Emocionalna	,065	832	,000	,978	832	,000
Bihevioralna	,097	832	,000	,971	832	,000

Prema kriterijima testova normalnosti, distribucija se smatra normalnom ako je razina značajnosti veća od 0,05 ($p > 0,05$), dok vrijednosti manje od 0,05 ukazuju na odstupanje od normalnosti. Analizom rezultata utvrđeno je da za sve promatrane faktore razina značajnosti nije premašila prag od 0,05. Na temelju toga može se zaključiti da distribucije svih promatranih faktora odstupaju od normalne zbog čega su provedene neparametrijske statističke metode, odnosno korišten je Spearmanov koeficijent korelacije (r) kojim su dodatno ispitani odnosi između promatranih varijabli. Spearmanovim testom korelacije izražava se međusobna povezanost dvije varijable, a vrijednosti testa kreću se u intervalu $-1 \leq r \leq +1$ pri čemu – predznak

korelacije označava negativnu (obrnutu) korelaciju, dok + predznak označava pozitivnu korelaciju. Na temelju provedenih analiza zaključuje se da jačina povezanosti među varijablama raste s porastom vrijednosti Spearmanovog koeficijenta korelacije. Prema uobičajenim kriterijima interpretacije: vrijednosti veće od 0,80 ukazuju na snažnu pozitivnu korelaciju, one između 0,5 i 0,80 na umjerenu, dok vrijednosti između 0 i 0,5 označavaju slabiju pozitivnu povezanost. U okviru ovog istraživanja, analizirani su isključivo korelacijski koeficijenti čija je vrijednost prelazila 0,5 ($r > 0,5$).

Tablica 39. Pearsonove korelacije između kognitivne, emocionalne i bihevioralne komponente stava

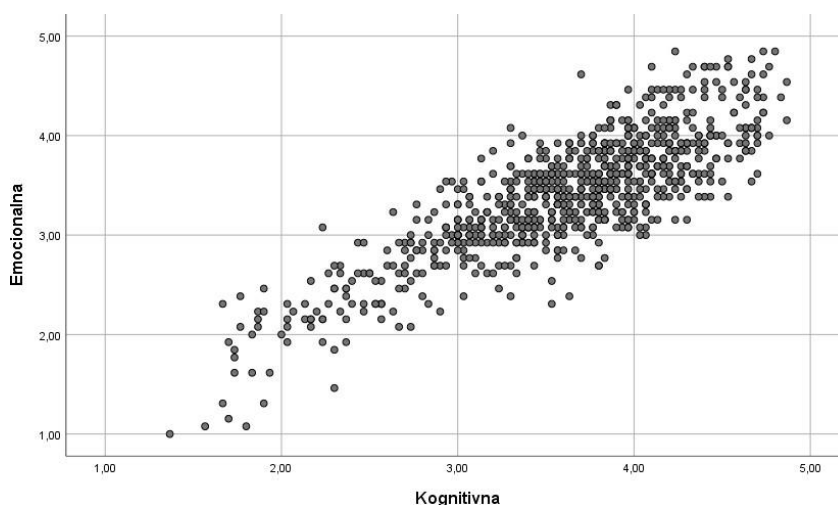
		Bihevioralna	Emocionalna	Kognitivna
Kognitivna	r	,804**	,840**	1
	p	,000	,000	
	N	832	832	832
Emocionalna	r	,767**	1	,840**
	p	,000		,000
	N	832	832	832
Bihevioralna	r	1	,767**	,804**
	p		,000	,000
	N	832		832

**korelacija je statistički značajna ($p < 0,01$)

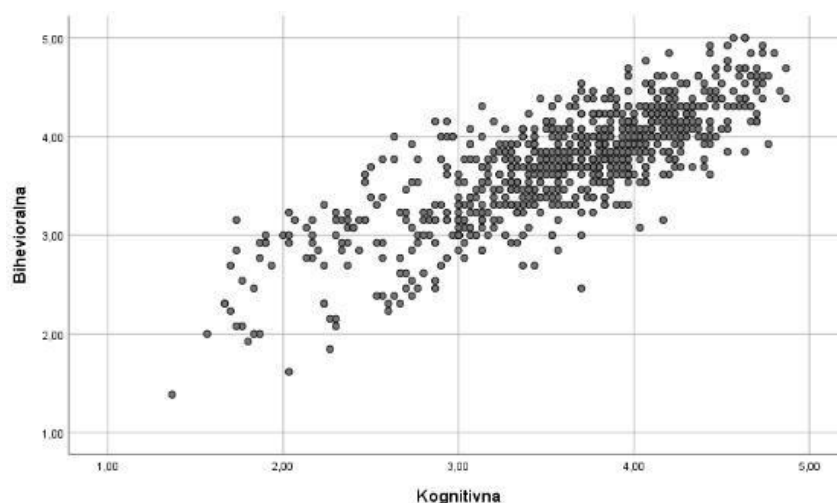
Tablica prikazuje Pearsonove koeficijente korelacije između bihevioralne, emocionalne i kognitivne komponente stavova prema KAM-u. Svi koeficijenti su statistički značajni na razini $p < 0,01$.

Korelacija bihevioralne i emocionalne komponente (Graf 3) iznosi $r = 0,767$, što ukazuje na snažnu pozitivnu povezanost. Ispitanici koji pokazuju pozitivne bihevioralne stavove prema KAM-u često imaju i snažno izražene emocionalne stavove. Korelacija bihevioralne i kognitivne komponente (Graf 4) iznosi $r = 0,804$, što ukazuje na vrlo snažnu povezanost. Ova povezanost znači da su bihevioralni stavovi prema KAM-u usko povezani s kognitivnim uvjerenjima i znanjima o KAM-u. Korelacija emocionalne i kognitivne komponente iznosi $r = 0,840$, što je najjača korelacija među promatranim komponentama. Ovo ukazuje na to da su emocionalni stavovi prema KAM-u najbliže povezani s kognitivnim percepcijama. Visoki koeficijenti korelacije ukazuju na to da su bihevioralni, emocionalni i kognitivni stavovi prema

KAM-u međusobno usko povezani. Ovo znači da se ispitanici s pozitivnim stavovima u jednoj dimenziji često slažu i u ostalim dimenzijama. Najjača povezanost između emocionalne i kognitivne komponente ukazuje da su emocionalni stavovi prema KAM-u snažno oblikovani znanjem i uvjerenjima ispitanika. Ispitanici koji posjeduju više informacija ili znanja o KAM-u (kognitivna komponenta) imaju veću vjerojatnost razvijanja pozitivnih emocionalnih stavova prema KAM-u. Ova snažna povezanost ukazuje na to da emocionalna komponenta nije autonomna, već se velikim dijelom oslanja na racionalnu procjenu učinkovitosti i koristi KAM-a.



Graf 3. Korelacija između emocionalne i kognitivne komponente stava



Graf 4. Korelacija između bihevioralne i kognitivne komponente stava

4.4.3. Odnos sociodemografskih karakteristika prema komponentama stava

Sve tvrdnje u istraživanju grupirane su u tri kategorije na temelju ključnih komponenti stava prema komplementarnoj i alternativnoj medicini: kognitivna komponenta (znanja i uvjerenja), bihevioralna komponenta (prakse i namjere) te emocionalna komponenta (osjećaji i stavovi). Ovakva kategorizacija pruža dublji uvid u obrasce percepcije, ponašanja i osjećaja prema KAM-u među ispitanicima.

U Tablicama 40 i 40a prikazane su razlike u izraženosti bihevioralne, emocionalne i kognitivne komponente stava prema KAM-u s obzirom na različite sociodemografske karakteristike ispitanika, pri čemu su korištene neparametrijske metode analize: Kruskal-Wallisov i Mann-Whitney U test.

Tablica 40. Odnos sociodemografskih karakteristika ispitanika prema bihevioralnoj, emocionalnoj i kognitivnoj komponenti stava: rezultati Mann-Whitney U testa

Soc.de m. obilježj a	Kom p. stava	Rangovi	N	Srednj a vrijedn ost rangov a	Suma rangova	Mann- Whitney U	Wilcoxon W	Z	P*
Stratum	Bihevioral na	Pacijenti	410	426,16	174727,5	82547,5	171800,5	-1,145	,252
		Z.radnici	422	407,11	171800,5				
		Ukupno	832						
	Emociona lna	Pacijenti	410	434,78	178258	79017,0	168270,0	-2,164	,030
		Z.radnici	422	398,74	168270,0				
		Ukupno	832						
	Kognitivn a	Pacijenti	410	475,92	195128,5	62146,5	151399,5	-7,031	,000
		Z.radnici	422	358,77	151399,5				
		Ukupno	832						
Spol	Bihevioralna	Muški	245	349,27	85570,5	55435,5	85570,5	-5,219	,000
		Ženski	587	444,56	260957,5				
		Ukupno	832						
	Emocionaln a	Muški	245	354,70	86902,0	56767,0	86902,0	-4,796	,000
		Ženski	587	442,29	259626,0				
		Ukupno	832						
	Ko gnit ivna	Muški	245	380,64	93256,5	63121,5	93256,5	-2,781	,005

		Ženski	587	431,47	253271,5				
		Ukupno	832						
Bračni status	Bihevioralna	U braku/u vezi	585	426,08	249254,5	66645,5	97273,5	-1,771	,077
		Samac/rastavljen/udovac	247	393,82	97273,5				
		Ukupno	832						
	Emocionalna	U braku/u vezi	585	421,39	246510,5	69389,5	100017,5	-,903	,366
		Samac/rastavljen/udovac	247	404,93	100017,5				
		Ukupno	832						
	Kognitivna	U braku/u vezi	585	422,58	247208,0	68692,0	99320,0	-1,123	,261
		Samac/rastavljen/udovac	247	402,11	99320,0				
		Ukupno	832						
Zanimanje	Bihevioralna	Liječnik	100	125,88	12587,5	7537,5	12587,5	-8,019	,000
		Med.sestra /tehničar	321	237,52	76243,5				
	Emocionalna	Ukupno	421						
		Liječnik	100	105,24	10523,5	5473,5	10523,5	-9,962	,000
		Med.sestra /tehničar	321	243,95	78307,5				
		Ukupno	421						
	Kognitivna	Liječnik	100	104,50	10449,5	5399,5	10449,5	-	,000
		Med.sestra /tehničar	321	244,18	78381,5			10,026	
		Ukupno	421						
Rad u okolišnoj zaštiti	Bihevioralna	Da	127	196,01	24893,0	16765,0	24893,0	-1,301	,193
		No	287	212,59	61012,0				
		Ukupno	414						
	Emocionalna	Da	127	187,46	23807,0	15679,0	23807,0	-2,269	,023

Područje stanovanja		No	287	216,37	62098,0				
		Ukupno	414						
	Kognitivna	Da	127	183,88	23352,5	15224,5	23352,5	-2,672	,008
		No	287	217,95	62552,5				
		Ukupno	414						
	Bihevioralna	Grad	600	415,57	249339,5	69039,5	249339,5	-,181	,857
		Selo	232	418,92	97188,5				
		Ukupno	832						
	Emocionalna	Grad	600	419,48	251685,5	67814,5	94842,5	-,575	,565
		Selo	232	408,8	94842,5				
		Ukupno	832						
	Kognitivna	Grad	600	411,95	247172,5	66872,5	247172,5	-,878	,380
		Selo	232	428,26	99355,5				
		Ukupno	832						

P** - vrijednosti $p < 0,05$ ukazuju na statistički značajne razlike između uspoređivanih skupina

Tablica 40a. Odnos sociodemografskih karakteristika stratuma i podstratuma prema bihevioralnoj, emocionalnoj i kognitivnoj komponenti stavova: rezultati Kruskal-Wallis testa

Soc.dem. obilježja	Komp. stava	Rangovi	N	Srednja vrijednost rangova	Kruskal-Wallis H	df	P*
Dob	Bihevioralna	< 20 god	1	450,50	14,582	5	,012
		20 - 30 god	107	349,00			
		31 - 40 god	118	462,46			
		41 - 50 god	206	435,22			
		51 - 60 god	210	404,67			
		> 60 god	190	418,58			
		Ukupno	832				
	Emocionalna	< 20 god	1	716,00	12,528	5	,028
		20 - 30 god	107	378,92			
		31 - 40 god	118	450,34			
		41 - 50 god	206	445,47			
		51 - 60 god	210	387,78			
		> 60 god	190	415,41			
		Ukupno	832				
	Kognitivna	< 20 god	1	610,50	31,410	5	,000
		20 - 30 god	107	311,36			
		31 - 40 god	118	394,44			
		41 - 50 god	206	443,46			
		51 - 60 god	210	414,39			
		> 60 god	190	461,49			
		Ukupno	832				
Razina obrazovanja	Bihevioralna	SSS	338	392,18	15,362	2	,000
		VŠS (180 ECTS)	185	472,10			
		VSS (300 ECTS)	300	397,27			
		Ukupno	823				
	Emocionalna	SSS	338	401,28	29,569	2	,000
		VŠS (180 ECTS)	185	492,66			

		VSS (300 ECTS)	300	374,34			
		Ukupno	823				
	Kognitivna	SSS	338	422,05	15,196	2	,001
		VŠS (180 ECTS)	185	456,74			
		VSS (300 ECTS)	300	373,10			
		Ukupno	823				
Radno iskustvo	Bihevioralna	<5 god	67	176,29	10,632	4	,031
		5 – 15 god	105	213,31			
		16 – 25 god	114	209,66			
		26 - 35 god	100	219,72			
		> 35 god	36	254,75			
		Ukupno	422				
	Emocionalna	<5 god	67	179,91	11,334	4	,023
		5 – 15 god	105	226,16			
		16 – 25 god	114	204,12			
		26 - 35 god	100	209,55			
		> 35 god	36	256,32			
		Ukupno	422				
	Kognitivna	<5 god	67	161,94	21,580	4	,000
		5 – 15 god	105	216,48			
		16 – 25 god	114	207,02			
		26 - 35 god	100	222,12			
		> 35 god	36	273,90			
		Ukupno	422				
Vjersko opredjeljenje	Bihevioralna	Vjernik	678	425,65	8,399	2	,015
		Agnostik	118	394,95			
		Ateista	36	314,79			
		Ukupno	832				
	Emocionalna	Vjernik	678	422,32	4,213	2	,122
		Agnostik	118	406,24			
		Ateista	36	340,58			
		Ukupno	832				
	K o	Vjernik	678	419,80	4,302	2	,116

Visina primanja		Agnostik	118	422,31			
		Ateista	36	335,36			
		Ukupno	832				
	Bihevioralna	<1000 €	238	415,04	6,675	2	,036
		1000 €	312	441,25			
		>1000 €	282	390,34			
		Ukupno	832				
	Emocionalna	<1000 €	238	413,91	14,134	2	,001
		1000 €	312	452,70			
		>1000 €	282	378,64			
		Ukupno	832				
	Kognitivna	<1000 €	238	451,89	17,699	2	,000
		1000 €	312	432,65			
		>1000 €	282	368,77			
		Ukupno	832				

P** - vrijednosti $p < 0,05$ ukazuju na statistički značajne razlike između uspoređivanih skupina

Analiza stavova ispitanika prema komponentama stava o KAM-u (bihevioralna, emocionalna i kognitivna) ukazuje na značajne razlike među skupinama. Usporedbom pacijenata i zdravstvenih radnika utvrđena je statistički značajna razlika u emocionalnoj ($p = 0,030$) i kognitivnoj komponenti stava ($p < 0,001$), pri čemu pacijenti pokazuju višu razinu emocionalne uključenosti i veću kognitivnu otvorenost prema KAM-u u odnosu na zdravstvene radnike, dok u bihevioralnoj komponenti razlika nije značajna ($p = 0,252$). Analiza prema spolu pokazuje da žene u usporedbi s muškarcima imaju statistički značajno više rezultate u sve tri komponente stava: bihevioralnoj ($p < 0,001$), emocionalnoj ($p < 0,001$) i kognitivnoj ($p = 0,005$), što ukazuje na njihovu veću angažiranost i sklonost prema KAM-u. Nasuprot tome, bračni status nije pokazao značajan utjecaj ni na jednu komponentu stava ($p > 0,05$). U odnosu na profesionalni status, liječnici su u sve tri komponente postigli statistički značajno niže rezultate u usporedbi s medicinskim sestrama, i to u bihevioralnoj ($p < 0,001$), emocionalnoj ($p < 0,001$) i kognitivnoj ($p < 0,001$), što ukazuje na znatno niži stupanj prihvaćanja i uključenosti liječnika u alternativne medicinske pristupe. Zdravstveni djelatnici koji ne rade u onkologiji ostvaruju značajno više rezultate u emocionalnoj ($p = 0,023$) i kognitivnoj komponenti stava ($p = 0,008$) u usporedbi s onima koji rade u onkologiji, dok se u bihevioralnoj komponenti razlika nije pokazala značajnom ($p = 0,193$). U kontekstu dobi, utvrđena je statistički značajna razlika u sve tri komponente (bihevioralna $p = 0,012$; emocionalna $p = 0,028$; kognitivna $p < 0,001$), pri čemu osobe srednje i starije dobi, osobito one iznad 60 godina, iskazuju veću kognitivnu sklonost KAM-u. Slično tome, viša stručna sprema (VŠS) povezana je s višim rezultatima u sve tri komponente (bihevioralna $p < 0,001$; emocionalna $p < 0,001$; kognitivna

$p = 0,001$), dok su ispitanici s diplomom (VSS) u tom pogledu postigli niže rangove. Radni staž također pokazuje značajnu povezanost sa sve tri komponente ($p < 0,05$), pri čemu osobe s duljim stažem (posebno iznad 35 godina) pokazuju veći stupanj pozitivnih stavova. Vjersko opredjeljenje pokazalo se značajnim samo za bihevioralnu komponentu ($p = 0,015$), s višim rangovima među vjernicima, dok emocionalna i kognitivna komponenta nisu pokazale značajne razlike. Konačno, visina primanja bila je značajno povezana sa sve tri komponente stava, pri čemu su ispitanici s primanjima od 1.000 € do 1.500 € pokazali izraženije pozitivne stavove u odnosu na one s najvišim prihodima.

4.5. Očekivanja od primjene KAM-a

Očekivanja pacijenata i zdravstvenih radnika od komplementarne i alternativne medicine pružaju ključan uvid u njihove stavove o ulozi i potencijalu ovih metoda u zdravstvenoj skrbi. Analiza rezultata usmjerena je na prepoznavanje zajedničkih i divergentnih očekivanja vezanih uz terapijsku učinkovitost, sigurnost i mogućnosti dopune konvencionalnog liječenja. Prikazane su razlike u očekivanjima pacijenata i zdravstvenih radnika od KAM-a u kontekstu sprječavanja i liječenja bolesti, unapređenja zdravlja, povećanja imuniteta, pomoći u opuštanju i smanjenja nuspojava, s obzirom na razinu slaganja s navedenim tvrdnjama. Ukupni rezultati pokazuju kako pacijenti imaju veća očekivanja od KAM-a u usporedbi sa zdravstvenim radnicima, pri čemu su najviše ocjene zabilježene u kategorijama liječenja bolesti, unapređenja psihofizičkog zdravlja i povećanja imuniteta.

Tablica 41. Stupanj prihvaćanja tvrdnji o očekivanjima od KAM-a

Očekivanja od KAM-a	Stupanj slaganja na Likertovoj skali 1 - 5	Skupina					
		Pacijenti		Zdravstveni radnici		Ukupno	
		N	%	N	%	N	%
Sprječavanje bolesti	Uopće se ne slažem	22	5,4%	38	9,0%	60	7,2%
	Uglavnom se ne slažem	21	5,1%	31	7,3%	52	6,3%
	Niti se slažem niti se ne slažem	122	29,8%	149	35,3%	271	32,6%
	Uglavnom se slažem	153	37,3%	127	30,1%	280	33,7%
	U potpunosti se slažem	92	22,4%	77	18,2%	169	20,3%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Liječenje bolesti	Uopće se ne slažem	21	5,1%	35	8,3%	56	6,7%

	Uglavnom se ne slažem	16	3,9%	30	7,1%	46	5,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	74	18,0%	124	29,4%	198	23,8%
	Uglavnom se slažem	197	48,0%	163	38,6%	360	43,3%
	U potpunosti se slažem	102	24,9%	70	16,6%	172	20,7%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Unapređenje psihofizičkog zdravlja	Uopće se ne slažem	13	3,2%	25	5,9%	38	4,6%
	Uglavnom se ne slažem	10	2,4%	29	6,9%	39	4,7%
	Niti se slažem niti se ne slažem	62	15,1%	93	22,0%	155	18,6%
	Uglavnom se slažem	197	48,0%	168	39,8%	365	43,9%
	U potpunosti se slažem	128	31,2%	107	25,4%	235	28,2%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Povećanje imuniteta	Uopće se ne slažem	1	0,2%	17	4,0%	18	2,2%
	Uglavnom se ne slažem	6	1,5%	22	5,2%	28	3,4%
	Niti se slažem niti se ne slažem	35	8,5%	83	19,7%	118	14,2%
	Uglavnom se slažem	200	48,8%	181	42,9%	381	45,8%
	U potpunosti se slažem	168	41,0%	119	28,2%	287	34,5%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Pomoć u opuštanju/spavanju	Uopće se ne slažem	6	1,5%	7	1,7%	13	1,6%
	Uglavnom se ne slažem	11	2,7%	21	5,0%	32	3,8%
	Niti se slažem niti se ne slažem	72	17,6%	88	20,9%	160	19,2%
	Uglavnom se slažem	186	45,4%	184	43,6%	370	44,5%
	U potpunosti se slažem	135	32,9%	122	28,9%	257	30,9%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Pomoć u cijeljenju rana	Uopće se ne slažem	8	2,0%	19	4,5%	27	3,2%
	Uglavnom se ne slažem	25	6,1%	42	10,0%	67	8,1%
	Niti se slažem niti se ne slažem	105	25,6%	144	34,1%	249	29,9%
	Uglavnom se slažem	157	38,3%	128	30,3%	285	34,3%
	U potpunosti se slažem	115	28,0%	89	21,1%	204	24,5%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Smanjenje nuspojava liječenja	Uopće se ne slažem	5	1,2%	15	3,6%	20	2,4%
	Uglavnom se ne slažem	9	2,2%	36	8,5%	45	5,4%

	Niti se slažem niti se ne slažem	56	13,7%	124	29,4%	180	21,6%
	Uglavnom se slažem	190	46,3%	149	35,3%	339	40,7%
	U potpunosti se slažem	150	36,6%	98	23,2%	248	29,8%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%

Tablica 41 prikazuje distribuciju odgovora izraženu u postocima s obzirom na očekivanja ispitanika od KAM-a. Primjerice, čak 72,9% pacijenata smatra KAM učinkovitim ili potpuno učinkovitim u liječenju bolesti, dok je taj postotak među zdravstvenim radnicima znatno niži (55,2%). Neutralni stavovi prema ovom aspektu češći su među zdravstvenim radnicima (29,4%) nego pacijentima (18%), što sugerira veću neodlučnost unutar profesionalne skupine. Unapređenje psihofizičkog zdravlja prepoznato je kao važna dimenzija KAM-a, s ukupno 72,1% ispitanika koji su izrazili slaganje s tvrdnjom. Pacijenti pokazuju veću razinu potpune suglasnosti (31,2%) u usporedbi sa zdravstvenim radnicima (25,4%), dok neutralni odgovori prevladavaju kod zdravstvenih radnika (22,0%). Povećanje imuniteta također se ističe kao očekivana korist, s 89,8% pacijenata koji se slažu da KAM ima pozitivan učinak, dok zdravstveni radnici iskazuju nešto slabiju podršku (71,1%). KAM se percipira i kao korisna metoda za pomoć u opuštanju i spavanju, s ukupno 75,4% ispitanika koji izražavaju slaganje. Zdravstveni radnici ovdje pokazuju nešto veću rezerviranost, pri čemu neutralni odgovori čine 20,9% njihovih stavova. Pomoć u cijeljenju rana i smanjenju nuspojava liječenja, iako također visoko ocijenjene, ukazuju na prisutnu podijeljenost u percepciji. Pacijenti u obje kategorije pokazuju veća očekivanja od zdravstvenih radnika, posebno u pogledu smanjenja nuspojava liječenja, gdje 82,9% pacijenata izražava slaganje u usporedbi sa 58,5% zdravstvenih radnika.

Tablica 42. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o očekivanjima od KAM-a

	Liječnici		Medicinske sestre		Pacijenti	
	M	SD	M	SD	M	SD
Sprječavanje bolesti	3,06	,973	3,52	1,167	3,66	1,048
Liječenje bolesti	3,47	1,039	3,49	1,129	3,83	1,011
Unapređenje psihofizičkog zdravlja	3,48	,926	3,79	1,138	4,01	,921
Povećanje imuniteta	3,74	,860	3,90	1,059	4,28	,705
Pomoć u opuštanju/spavanju	3,57	,856	4,05	,909	4,05	,862
Pomoć u cijeljenju rana	3,24	,976	3,63	1,082	3,84	,966
Smanjenje nuspojava liječenja	3,42	,901	3,74	1,067	4,15	,825

Analiza srednjih vrijednosti (M) i standardnih devijacija (SD) za očekivanja od KAM-a među liječnicima, medicinskim sestrama i pacijentima. Pacijenti dosljedno pokazuju najveća očekivanja od KAM-a, što se odražava u njihovim prosječnim ocjenama, dok medicinske sestre zauzimaju srednju poziciju, a liječnici su izrazili najniže razine povjerenja u djelotvornost KAM-a. U očekivanju sprječavanja bolesti, pacijenti imaju najveća očekivanja (M = 3,66; SD = 1,048), dok liječnici izražavaju značajno niže povjerenje (M = 3,06; SD = 0,973). Sličan obrazac može se primijetiti i kod liječenja bolesti, gdje pacijenti ponovno pokazuju najvišu prosječnu ocjenu (M = 3,83; SD = 1,011), dok liječnici imaju nešto niža očekivanja (M = 3,47; SD = 1,039). Unapređenje psihofizičkog zdravlja prepoznato je kao jedna od ključnih koristi KAM-a, pri čemu pacijenti imaju najvišu prosječnu vrijednost (M = 4,01; SD = 0,921), dok medicinske sestre iskazuju također visok stupanj slaganja (M = 3,79; SD = 1,138). Liječnici su i u ovom slučaju najmanje skloni prepoznati ovu korist (M = 3,48; SD = 0,926). Povećanje imuniteta dobilo je najviše ocjene među pacijentima (M = 4,28; SD = 0,705), a najmanje među liječnicima (M = 3,74; SD = 0,860).

U kontekstu pomoći u opuštanju i spavanju, medicinske sestre i pacijenti pokazuju jednaku razinu slaganja (M = 4,05), dok liječnici imaju konzervativnije stavove (M = 3,57; SD = 0,856). Pomoć u cijeljenju rana prepoznata je kao korisna od strane pacijenata (M = 3,84; SD = 0,966), dok su liječnici ponovno najrezerviraniji (M = 3,24; SD = 0,976). Konačno, smanjenje nuspojava liječenja dobilo je najveće ocjene među pacijentima (M = 4,15; SD = 0,825), dok su medicinske sestre pokazale umjerena očekivanja (M = 3,74; SD = 1,067), a liječnici ponovno najmanje povjerenje (M = 3,42; SD = 0,901).

Tablica 43. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratumata i podstratumata o očekivanjima od KAM-a: rezultati Tukey testa

Tvrdnja	(i) Po zanimanju ste/status	(j) Po zanimanju ste/status	Srednja vrijednost (i-j)	Standardna pogreška	p*	95% Interval pouzdanosti	
						Donja granica	Gornja granica
Sprječavanje bolesti	Liječnik	Medicinska sestra	-,463*	,124	,001	-,76	-,17
		Pacijent	-,602*	,121	,000	-,89	-,32
	Medicinska sestra	Liječnik	,463*	,124	,001	,17	,76
		Pacijent	-,138	,081	,202	-,33	,05
	Pacijent	Liječnik	,602*	,121	,000	,32	,89

		Medicinska sestra	,138	,081	,202	-,05	,33
Liječenje bolesti	Liječnik	Medicinska sestra	-,016	,122	,991	-,30	,27
		Pacijent	-,365*	,118	,006	-,64	-,09
	Medicinska sestra	Liječnik	,016	,122	,991	-,27	,30
		Pacijent	-,349*	,079	,000	-,53	-,16
	Pacijent	Liječnik	,365*	,118	,006	,09	,64
		Medicinska sestra	,349*	,079	,000	,16	,53
Unapređenje psihofizičkog zdravlja	Liječnik	Medicinska sestra	-,314*	,116	,019	-,59	-,04
		Pacijent	-,535*	,113	,000	-,80	-,27
	Medicinska sestra	Liječnik	,314*	,116	,019	,04	,59
		Pacijent	-,220*	,075	,010	-,40	-,04
	Pacijent	Liječnik	,535*	,113	,000	,27	,80
		Medicinska sestra	,220*	,075	,010	,04	,40
Povećanje imuniteta	Liječnik	Medicinska sestra	-,160	,100	,247	-,40	,08
		Pacijent	-,545*	,098	,000	-,77	-,32
	Medicinska sestra	Liječnik	,160	,100	,247	-,08	,40
		Pacijent	-,384*	,065	,000	-,54	-,23
	Pacijent	Liječnik	,545*	,098	,000	,32	,77
		Medicinska sestra	,384*	,065	,000	,23	,54
Pomoć u opuštanju/spavanju	Liječnik	Medicinska sestra	-,477*	,101	,000	-,71	-,24
		Pacijent	-,484*	,098	,000	-,71	-,25
	Medicinska sestra	Liječnik	,477*	,101	,000	,24	,71
		Pacijent	-,007	,066	,994	-,16	,15
	Pacijent	Liječnik	,484*	,098	,000	,25	,71
		Medicinska sestra	,007	,066	,994	-,15	,16
Pomoć u cijeljenju rana	Liječnik	Medicinska sestra	-,389*	,116	,002	-,66	-,12
		Pacijent	-,602*	,113	,000	-,87	-,34
	Medicinska sestra	Liječnik	,389*	,116	,002	,12	,66
		Pacijent	-,213*	,076	,014	-,39	-,04
	Pacijent	Liječnik	,602*	,113	,000	,34	,87
		Medicinska sestra	,213*	,076	,014	,04	,39

Smanjuje nuspojave liječenja	Liječnik	Medicinska sestra	-,318*	,107	,008	-,57	-,07
		Pacijent	-,726*	,104	,000	-,97	-,48
	Medicinska sestra	Liječnik	,318*	,107	,008	,07	,57
		Pacijent	-,408*	,070	,000	-,57	-,24
	Pacijent	Liječnik	,726*	,104	,000	,48	,97
		Medicinska sestra	,408*	,070	,000	,24	,57

P* - vrijednost razine značajnosti; $p < 0,05$ označava statistički značajnu razliku između uspoređivanih skupina

Rezultati analizirani Tukey testom omogućuju dublji uvid u razlike uvjerenja i stavova između skupina ispitanika (liječnici, medicinske sestre i pacijenti) kada je riječ o njihovim očekivanjima od KAM-a. Analiza ukazuje na statistički značajne razlike u gotovo svim zavisnim varijablama između liječnika i pacijenata, kao i između liječnika i medicinskih sestara.

Pacijenti pokazuju značajno veća očekivanja od KAM-a u sprječavanju bolesti u usporedbi s liječnicima ($p < 0,001$), dok su očekivanja medicinskih sestara između ove dvije skupine, bez statistički značajnih razlika u usporedbi s pacijentima. Kad je riječ o liječenju bolesti, pacijenti ponovno pokazuju značajno višu razinu očekivanja u odnosu na liječnike ($p = 0,006$) i medicinske sestre/tehničare ($p < 0,001$). Sličan obrazac uočen je i kod očekivanja vezanih uz unapređenje psihofizičkog zdravlja, gdje su pacijenti izrazili značajno veća očekivanja od obje zdravstvene skupine, dok medicinske sestre imaju značajno viša očekivanja od liječnika ($p = 0,019$). Kod očekivanja o specifičnim koristima, poput povećanja imuniteta i pomoći u opuštanju ili spavanju, pacijenti kontinuirano pokazuju najveća očekivanja. U ovom kontekstu, razlike između pacijenata i liječnika posebno su izražene ($p < 0,001$), dok su očekivanja medicinskih sestara/tehničara između ove dvije skupine. S druge strane, liječnici imaju najniža očekivanja u gotovo svim varijablama, uključujući smanjenje nuspojava liječenja, gdje su razlike između njih i pacijenata najizraženije ($p < 0,001$).

4.5.1. Uvjerenja o dobrobiti KAM-a

Analiza percipiranih dobrobiti komplementarne i alternativne medicine pruža uvid u iskustva pacijenata i zdravstvenih radnika koji su koristili ove metode. Ispitivanjem subjektivnih doživljaja učinaka KAM-a moguće je razumjeti koje se prednosti najviše prepoznaju među različitim skupinama, kao i razlike u percepciji između pacijenata i zdravstvenih radnika. Tablicama 44,45 i 46 prikazani su stavovi pacijenata i zdravstvenih radnika prema percipiranim

dobrobitima KAM-a, uključujući olakšanje tegoba, povlačenje bolesti, kvalitetan san i ublažavanje boli.

Tablica 44. Stupanj slaganja ispitanika s tvrdnjama o dobrobitima KAM-a

Tvrdnja	Stupanj slaganja na Likertovoj skali 1 - 5	Skupina					
		Pacijenti		Zdravstveni radnici		Ukupno	
		N	%	N	%	N	%
Olakšanje tegoba	Uopće se ne slažem	3	0,7%	36	8,5%	39	4,7%
	Uglavnom se ne slažem	6	1,5%	32	7,6%	38	4,6%
	Niti se slažem niti se ne slažem	60	14,6%	99	23,5%	159	19,1%
	Uglavnom se slažem	231	56,3%	146	34,6%	377	45,3%
	U potpunosti se slažem	110	26,8%	109	25,8%	219	26,3%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Povlačenje bolesti	Uopće se ne slažem	21	5,1%	89	21,1%	110	13,2%
	Uglavnom se ne slažem	43	10,5%	64	15,2%	107	12,9%
	Niti se slažem niti se ne slažem	168	41,0%	130	30,8%	298	35,8%
	Uglavnom se slažem	128	31,2%	92	21,8%	220	26,4%
	U potpunosti se slažem	50	12,2%	47	11,1%	97	11,7%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Kvalitetan i miran san	Uopće se ne slažem	8	2,0%	40	9,5%	48	5,8%
	Uglavnom se ne slažem	16	3,9%	42	10,0%	58	7,0%
	Niti se slažem niti se ne slažem	106	25,9%	100	23,7%	206	24,8%
	Uglavnom se slažem	192	46,8%	145	34,4%	337	40,5%
	U potpunosti se slažem	88	21,5%	95	22,5%	183	22,0%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Ublažavanje boli	Uopće se ne slažem	4	1,0%	38	9,0%	42	5,0%
	Uglavnom se ne slažem	13	3,2%	34	8,1%	47	5,6%
	Niti se slažem niti se ne slažem	132	32,2%	109	25,8%	241	29,0%
	Uglavnom se slažem	182	44,4%	145	34,4%	327	39,3%
	U potpunosti se slažem	79	19,3%	96	22,7%	175	21,0%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%

Pacijenti su značajno skloniji prepoznati olakšanje tegoba kao dobrobit KAM-a. Više od polovice pacijenata (56,3%) uglavnom se slaže, dok se 26,8% u potpunosti slaže s ovom tvrdnjom. S druge strane, među zdravstvenim radnicima, 34,6% se uglavnom slaže, dok se 25,8% u potpunosti slaže. Neutralni stav izražen je kod 23,5% zdravstvenih radnika i 14,6% pacijenata. Manji postotak ispitanika u obje skupine uopće se ne slaže s tvrdnjom (8,5% zdravstvenih radnika i 0,7% pacijenata). Povlačenje bolesti kao percipirana dobrobit KAM-a izaziva značajnije podijeljena mišljenja. Među pacijentima, 31,2% se uglavnom slaže, a 12,2% u potpunosti se slaže. Neutralni stav je najzastupljeniji u ovoj skupini (41,0%). Kod zdravstvenih radnika, slaganje je uglavnom prisutno kod 21,8%, dok je neutralni stav također vrlo izražen (30,8%). Veći postotak zdravstvenih radnika (21,1%) uopće se ne slaže s ovom tvrdnjom u usporedbi s pacijentima (5,1%). Dobrobit kvalitetnog sna prepoznata je kod 46,8% pacijenata koji se uglavnom slažu s tvrdnjom, dok se 21,5% u potpunosti slaže. Zdravstveni radnici pokazuju manju razinu slaganja, pri čemu 34,4% izražava uglavnom slaganje, a 22,5% potpuno slaganje. Neutralni stav je prisutan kod gotovo jednakog udjela ispitanika u obje skupine (25,9% pacijenata i 23,7% zdravstvenih radnika). Zdravstveni radnici češće izražavaju neslaganje s tvrdnjom, pri čemu se 9,5% uopće ne slaže. Ublažavanje boli kao dobrobit KAM-a također je bolje prihvaćeno među pacijentima. Ukupno 44,4% pacijenata se uglavnom slaže, dok se 19,3% u potpunosti slaže s ovom tvrdnjom. Zdravstveni radnici pokazuju nižu razinu slaganja (34,4% uglavnom se slaže, 22,7% u potpunosti se slaže), ali neutralni stav je nešto izraženiji među pacijentima (32,2%) nego među zdravstvenim radnicima (25,8%). Zdravstveni radnici češće izražavaju neslaganje (9,0%) u usporedbi s pacijentima (1,0%).

Tablica 45. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o dobrobitima KAM-a

Dobrobiti KAM-a	Liječnici		Medicinske sestre		Onkološki pacijenti	
	M	SD	M	SD	M	SD
Olakšanje tegoba	2,77	1,270	3,88	1,036	4,07	,733
Povlačenje bolesti	1,95	1,282	3,15	1,145	3,35	,994
Kvalitetan i miran san	2,57	1,265	3,80	1,040	3,82	,880
Ublažavanje boli	1,95	1,282	3,80	1,044	3,78	,826

Tablica prikazuje prosječne vrijednosti (M) i standardne devijacije (SD) za percipirane dobrobiti KAM-a – olakšanje tegoba, povlačenje bolesti, kvalitetan i miran san te ublažavanje

boli – između liječnika, medicinskih sestara i pacijenata. Olakšanje tegoba ima najveće prosječne vrijednosti među pacijentima ($M = 4,07$, $SD = 0,733$), što ukazuje na visok stupanj slaganja s ovom tvrdnjom. Medicinske sestre također pokazuju značajan stupanj slaganja ($M = 3,88$, $SD = 1,036$). S druge strane, liječnici izražavaju nižu razinu slaganja ($M = 2,77$, $SD = 1,270$), što ukazuje na izraženiji skepticizam ove skupine prema olakšanju tegoba kao potencijalnoj dobrobiti KAM-a. Povlačenje bolesti kao dobrobit KAM-a percipira se s najvećim skepticizmom među liječnicima ($M = 1,95$, $SD = 1,282$). Medicinske sestre ($M = 3,15$, $SD = 1,145$) i pacijenti ($M = 3,35$, $SD = 0,994$) pokazuju znatno višu razinu slaganja s ovom tvrdnjom. Razlike u prosječnim vrijednostima između skupina ukazuju na to da zdravstveni radnici, osobito liječnici, nisu uvjereni u mogućnost povlačenja bolesti kroz KAM metode. Poboljšanje kvalitete sna pokazalo je visoke prosječne vrijednosti kod pacijenata ($M = 3,82$, $SD = 0,880$) i medicinskih sestara/tehničara ($M = 3,80$, $SD = 1,040$). Liječnici ponovno pokazuju nižu razinu slaganja ($M = 2,57$, $SD = 1,265$). Ovi rezultati sugeriraju da pacijenti i medicinske sestre prepoznaju KAM kao potencijalni alat za unaprjeđenje kvalitete sna, dok liječnici ostaju oprezniji prema ovoj tvrdnji. Ublažavanje boli ima sličan obrazac kao i povlačenje bolesti. Pacijenti ($M = 3,78$, $SD = 0,826$) i medicinske sestre ($M = 3,80$, $SD = 1,044$) pokazuju visoke prosječne vrijednosti, dok liječnici ostaju značajno skeptičniji ($M = 1,95$, $SD = 1,282$). Ova razlika ukazuje na izraženu razliku u percepciji između liječnika i ostalih skupina ispitanika.

Tablica 46. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratumata i podstratumata o dobrobitima KAM-a: rezultati Tukey testa

Dobrobiti	(i) Po zanimanju ste/status	(j) Po zanimanju ste/status	Srednja vrijednost (i-j)	Standardna pogreška	p*	95% Interval pouzdanosti	
						Donja granica	Gornja granica
Olakšanje tegoba	Liječnik	Medicinska sestra	-1,112*	,107	,000	-1,36	-,86
		Pacijent	-1,298*	,104	,000	-1,54	-1,05
		Liječnik	1,112*	,107	,000	,86	1,36
	Medicinska sestra	Pacijent	-,187*	,070	,020	-,35	-,02
	Pacijent	Liječnik	1,298*	,104	,000	1,05	1,54
		Medicinska sestra	,187*	,070	,020	,02	,35

Povlačenje bolesti	Liječnik	Medicinska sestra	-1,203*	,125	,000	-1,50	-,91
		Pacijent	-1,398*	,122	,000	-1,68	-1,11
	Medicinska sestra	Liječnik	1,203*	,125	,000	,91	1,50
		Pacijent	-,195*	,081	,044	-,39	,00
	Pacijent	Liječnik	1,398*	,122	,000	1,11	1,68
		Medicinska sestra	,195*	,081	,044	,00	,39
Kvalitetan i miran san	Liječnik	Medicinska sestra	-1,228*	,114	,000	-1,50	-,96
		Pacijent	-1,248*	,111	,000	-1,51	-,99
	Medicinska sestra	Liječnik	1,228*	,114	,000	,96	1,50
		Pacijent	-,020	,074	,961	-,19	,15
	Pacijent	Liječnik	1,248*	,111	,000	,99	1,51
		Medicinska sestra	,020	,074	,961	-,15	,19
Ublažavanje boli	Liječnik	Medicinska sestra	-1,114*	,111	,000	-1,37	-,85
		Pacijent	-1,086*	,108	,000	-1,34	-,83
	Medicinska sestra	Liječnik	1,114*	,111	,000	,85	1,37
		Pacijent	,028	,072	,923	-,14	,20
	Pacijent	Liječnik	1,086*	,108	,000	,83	1,34
		Medicinska sestra	-,028	,072	,923	-,20	,14

P* - vrijednost razine značajnosti; $p < 0,05$ označava statistički značajnu razliku između uspoređivanih skupina

Analiza percipiranih dobrobiti KAM-a među različitim skupinama ispitanika otkriva značajne razlike koje odražavaju razlike u profesionalnim ulogama i percepcijama prema komplementarnoj medicini. U kontekstu olakšanja tegoba, razlike između sve tri skupine bile su statistički značajne: pacijenti su pokazali najvišu razinu slaganja, zatim medicinske sestre koje su bile statistički značajno više od liječnika ($p < 0,001$), ali i statistički niže od pacijenata ($p = 0,020$), dok su liječnici postigli najniže vrijednosti ($p < 0,001$). Sličan obrazac prisutan je i kod percipirane koristi povlačenja bolesti, gdje su pacijenti ponovno pokazali najsnažniju vjeru u ovu dobrobit KAM-a, značajno višu u odnosu na obje skupine zdravstvenih radnika ($p < 0,001$). Medicinske sestre su u usporedbi s liječnicima također pokazale statistički značajno viši stupanj slaganja ($p < 0,001$), iako su se u usporedbi s pacijentima pozicionirale statistički niže ($p = 0,044$). Kod koristi vezanih uz kvalitetan i miran san, statistički značajne razlike postoje između liječnika s jedne strane te pacijenata i medicinskih sestara s druge ($p < 0,001$), dok međusobno slaganje pacijenata i sestara ne pokazuje značajnu razliku ($p = 0,961$), što

sugerira usklađenost njihovih stavova. Također, kod ublažavanja boli, liječnici su ponovno pokazali statistički značajno nižu razinu slaganja u usporedbi s pacijentima ($p < 0,001$) i medicinskim sestrama ($p < 0,001$), dok razlika između pacijenata i sestara nije bila značajna ($p = 0,923$). Ukupno gledano, podaci pokazuju da su pacijenti dosljedno najviše uvjereni u dobrobiti KAM-a, medicinske sestre pokazuju umjereno, ali značajno veće prihvaćanje u odnosu na liječnike, dok liječnici izražavaju najmanje povjerenje u navedene dobrobiti.

4.5.2. Uvjerena o neželjenim učincima KAM-a

Neželjeni učinci KAM-a predstavljaju važan aspekt za procjenu sigurnosti i prihvatljivosti ovih metoda među pacijentima i zdravstvenim radnicima. Tablicama 47, 48 i 49 prikazani su stavovi pacijenata i zdravstvenih radnika prema percipiranim neželjenim učincima KAM-a, uključujući probavne smetnje, poremećaje krvnog tlaka i/ili pulsa, poremećaj spavanja, razdražljivost, otežano kretanje i alergije.

Tablica 47. Stupanj slaganja ispitanika s tvrdnjama o neželjenim učincima KAM-a

Neželjeni učinci	Stupanj slaganja na Likertovoj skali 1 - 5	Skupina					
		Pacijenti		Zdravstveni radnici		Ukupno	
		N	%	N	%	N	%
Probavne smetnje (proljevanje, povraćanje,...)	Uopće se ne slažem	145	35,4%	113	26,8%	258	31,0%
	Uglavnom se ne slažem	108	26,3%	76	18,0%	184	22,1%
	Niti se slažem niti se ne slažem	126	30,7%	121	28,7%	247	29,7%
	Uglavnom se slažem	22	5,4%	76	18,0%	98	11,8%
	U potpunosti se slažem	9	2,2%	36	8,5%	45	5,4%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Poremećaj krvnog tlaka/pulsa	Uopće se ne slažem	145	35,4%	117	27,7%	262	31,5%
	Uglavnom se ne slažem	105	25,6%	83	19,7%	188	22,6%

	Niti se slažem niti se ne slažem	141	34,4%	122	28,9%	263	31,6%
	Uglavnom se slažem	17	4,1%	69	16,4%	86	10,3%
	U potpunosti se slažem	2	0,5%	31	7,3%	33	4,0%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Poremećaj spavanja	Uopće se ne slažem	150	36,6%	124	29,4%	274	32,9%
	Uglavnom se ne slažem	119	29,0%	74	17,5%	193	23,2%
	Niti se slažem niti se ne slažem	129	31,5%	126	29,9%	255	30,6%
	Uglavnom se slažem	9	2,2%	68	16,1%	77	9,3%
	U potpunosti se slažem	3	0,7%	30	7,1%	33	4,0%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Razdražljivost	Uopće se ne slažem	154	37,6%	117	27,7%	271	32,6%
	Uglavnom se ne slažem	118	28,8%	80	19,0%	198	23,8%
	Niti se slažem niti se ne slažem	123	30,0%	117	27,7%	240	28,8%
	Uglavnom se slažem	12	2,9%	79	18,7%	91	10,9%
	U potpunosti se slažem	3	0,7%	29	6,9%	32	3,8%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Otežano kretanje	Uopće se ne slažem	163	39,8%	128	30,3%	291	35,0%
	Uglavnom se ne slažem	124	30,2%	86	20,4%	210	25,2%
	Niti se slažem niti se ne slažem	116	28,3%	133	31,5%	249	29,9%
	Uglavnom se slažem	5	1,2%	52	12,3%	57	6,9%
	U potpunosti se slažem	2	0,5%	23	5,5%	25	3,0%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Alergije	Uopće se ne slažem	162	39,5%	120	28,4%	282	33,9%
	Uglavnom se ne slažem	99	24,1%	91	21,6%	190	22,8%
	Niti se slažem niti se ne slažem	125	30,5%	114	27,0%	239	28,7%
	Uglavnom se slažem	23	5,6%	66	15,6%	89	10,7%
	U potpunosti se slažem	1	0,2%	31	7,3%	32	3,8%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%

Tablica prikazuje percepciju ispitanika o doživljenim neželjenim učincima prilikom korištenja KAM-a. Većina ispitanika, uključujući 61,7% pacijenata i 44,8% zdravstvenih radnika, ne

smatra da su doživjeli probavne smetnje (kombinacija kategorija "Uopće se ne slažem" i "Uglavnom se ne slažem"). Neutralni stav prema ovoj tvrdnji izrazilo je 29,7% ukupnog uzorka, dok je 17,2% svih ispitanika izjavilo slaganje s tvrdnjom ("Uglavnom se slažem" i "U potpunosti se slažem"), što je izraženije među zdravstvenim radnicima (26,5%) nego pacijentima (7,6%). Većina ispitanika (54,1%) nije prijavila poremećaje krvnog tlaka ili pulsa ("Uopće se ne slažem" i "Uglavnom se ne slažem"), dok je slaganje s tvrdnjom izraženo kod 14,3% ukupnog uzorka, s većim udjelom među zdravstvenim radnicima (23,7%) u usporedbi s pacijentima (4,6%). Neutralni stav prema ovoj kategoriji zabilježen je kod 31,6% ukupnog uzorka. Više od polovice ispitanika (56,1%) ne povezuje KAM s poremećajem spavanja, pri čemu pacijenti češće izražavaju neslaganje (65,6%) u odnosu na zdravstvene radnike (46,9%). Neutralni stav prisutan je kod 30,6% ukupnog uzorka, dok 13,3% svih ispitanika smatra da su doživjeli poremećaje spavanja, što je izraženije među zdravstvenim radnicima. Većina ispitanika (56,4%) ne povezuje KAM ni s razdražljivošću, pri čemu je neslaganje izraženije kod pacijenata (66,4%) nego zdravstvenih radnika (46,7%). Neutralan stav zabilježen je kod 28,8% uzorka, dok je 14,7% izjavilo slaganje s tvrdnjom, češće među zdravstvenim radnicima (25,6%). Također, značajan udio ispitanika (60,2%) ne povezuje KAM s otežanim kretanjem, dok je neutralan stav izražen kod 29,9% uzorka. Slaganje s tvrdnjom prijavilo je 9,9% ispitanika, s većim udjelom među zdravstvenim radnicima (17,8%) nego pacijentima (1,7%). Većina ispitanika (56,7%) nije prijavila ni alergije povezane s KAM-om. Neutralni stav prisutan je kod 28,7% ispitanika, dok je 14,5% svih ispitanika izjavilo slaganje s tvrdnjom, što je češće među zdravstvenim radnicima (22,9%) nego pacijentima (5,8%).

Tablica 48. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o neželjenim učincima KAM-a

Neželjeni učinci	Liječnici		Medicinske sestre		Onkološki pacijenti	
	M	SD	M	SD	M	SD
Probavne smetnje (proljevanje, povraćanje,...)	3,69	1,134	2,31	1,143	2,13	1,029
Poremećaj krvnog tlaka/pulsa	3,60	1,137	2,23	1,106	2,09	,950
Poremećaj spavanja	3,53	1,096	2,23	1,147	2,02	,914
Razdražljivost	3,50	1,133	2,29	1,160	2,01	,928
Otežano kretanje	3,26	1,151	2,16	1,085	1,93	,878
Alergije	3,45	1,201	2,23	1,127	2,03	,974

Analiza percepcije ispitanika o neželjenim učincima korištenja KAM-a, prema srednjim vrijednostima, prikazuje razlike među skupinama, pri čemu zdravstveni radnici, posebno liječnici, izražavaju veću zabrinutost u usporedbi s medicinskim sestrama i pacijentima. Liječnici pokazuju najvišu razinu slaganja s mogućnošću da probavne smetnje (proljevo, povraćanje i slično) uzrokuju neželjene učinke KAM-a ($M = 3,69$, $SD = 1,134$), dok su pacijenti najmanje skloni povezivanju KAM-a s ovim simptomima ($M = 2,13$, $SD = 1,029$), a medicinske sestre zauzimaju srednju poziciju ($M = 2,31$, $SD = 1,143$). Sličan obrazac primjetan je kod poremećaja krvnog tlaka/pulsa, gdje liječnici ponovo pokazuju najvišu razinu zabrinutosti ($M = 3,60$, $SD = 1,137$), a pacijenti najmanju ($M = 2,09$, $SD = 0,950$). Percepcija o poremećaju spavanja kao mogućem neželjenom učinku također je izraženija kod liječnika ($M = 3,53$, $SD = 1,096$) nego kod medicinskih sestara ($M = 2,23$, $SD = 1,147$) i pacijenata ($M = 2,02$, $SD = 0,914$). Slično tome, razdražljivost je učinak koji liječnici percipiraju značajno češće ($M = 3,50$, $SD = 1,133$), dok su pacijenti najmanje skloni povezati ovaj simptom s KAM-om ($M = 2,01$, $SD = 0,928$). Kada je riječ o otežanom kretanju, liječnici pokazuju najvišu razinu slaganja s ovom tvrdnjom ($M = 3,26$, $SD = 1,151$), dok pacijenti ponovno imaju najniže prosječne vrijednosti ($M = 1,93$, $SD = 0,878$). Na kraju, kod alergija, liječnici iskazuju najvišu percepciju mogućeg povezanog rizika ($M = 3,45$, $SD = 1,201$), dok pacijenti iskazuju najmanju zabrinutost ($M = 2,03$, $SD = 0,974$), a medicinske sestre su između ove dvije skupine ($M = 2,23$, $SD = 1,127$).

Tablica 49. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratumata i podstratumata o neželjenim učincima KAM-a: rezultati Tukey testa

Neželjeni učinci	(i) Po zanimanju ste/status	(j) Po zanimanju ste/status	Srednja vrijednost (i-j)	Standardna pogreška	p*	95% Interval pouzdanosti	
						Donja granica	Gornja granica
Probavne smetnje (proljevo, povraćanje,...)	Liječnik	Medicinska sestra	1,385*	,124	,000	1,09	1,68
		Pacijent	1,561*	,121	,000	1,28	1,85
	Medicinska sestra	Liječnik	-1,385*	,124	,000	-1,68	-1,09
		Pacijent	,176	,081	,076	-,01	,37
	Pacijent	Liječnik	-1,561*	,121	,000	-1,85	-1,28
		Medicinska sestra	-,176	,081	,076	-,37	,01

Poremećaj krvnog tlaka/pulsa	Liječnik	Medicinska sestra	1,366*	,119	,000	1,09	1,64
		Pacijent	1,510*	,115	,000	1,24	1,78
	Medicinska sestra	Liječnik	-1,366*	,119	,000	-1,64	-1,09
		Pacijent	,144	,077	,151	-,04	,32
	Pacijent	Liječnik	-1,510*	,115	,000	-1,78	-1,24
		Medicinska sestra	-,144	,077	,151	-,32	,04
Alergije	Liječnik	Medicinska sestra	1,223*	,122	,000	,94	1,51
		Pacijent	1,418*	,119	,000	1,14	1,70
	Medicinska sestra	Liječnik	-1,223*	,122	,000	-1,51	-,94
		Pacijent	,196*	,079	,036	,01	,38
	Pacijent	Liječnik	-1,418*	,119	,000	-1,70	-1,14
		Medicinska sestra	-,196*	,079	,036	-,38	-,01
Otežano kretanje	Liječnik	Medicinska sestra	1,101*	,114	,000	,83	1,37
		Pacijent	1,333*	,111	,000	1,07	1,59
	Medicinska sestra	Liječnik	-1,101*	,114	,000	-1,37	-,83
		Pacijent	,232*	,074	,005	,06	,41
	Pacijent	Liječnik	-1,333*	,111	,000	-1,59	-1,07
		Medicinska sestra	-,232*	,074	,005	-,41	-,06
Razdražljivost	Liječnik	Medicinska sestra	1,207*	,120	,000	,93	1,49
		Pacijent	1,493*	,117	,000	1,22	1,77
	Medicinska sestra	Liječnik	-1,207*	,120	,000	-1,49	-,93
		Pacijent	,286*	,078	,001	,10	,47
	Pacijent	Liječnik	-1,493*	,117	,000	-1,77	-1,22
		Medicinska sestra	-,286*	,078	,001	-,47	-,10
Poremećaj spavanja	Liječnik	Medicinska sestra	1,299*	,118	,000	1,02	1,58
		Pacijent	1,513*	,115	,000	1,24	1,78
	Medicinska sestra	Liječnik	-1,299*	,118	,000	-1,58	-1,02
		Pacijent	,213*	,077	,015	,03	,39
	Pacijent	Liječnik	-1,513*	,115	,000	-1,78	-1,24
		Medicinska sestra	-,213*	,077	,015	-,39	-,03

P* - vrijednost razine značajnosti; $p < 0,05$ označava statistički značajnu razliku između uspoređivanih skupina

Rezultati Tukey post-hoc analize ukazuju na statistički značajne razlike uvjerenja i stavova među ispitanicima različitih zanimanja u percepciji neželjenih učinaka KAM-a. Najizraženije razlike prisutne su kod procjene probavnih smetnji, gdje liječnici u odnosu na pacijente ($p < 0,001$) i medicinske sestre ($p < 0,001$) percipiraju znatno veću vjerojatnost pojave ovog neželjenog učinka, dok razlika između pacijenata i medicinskih sestara nije statistički značajna ($p = 0,076$). Isti obrazac zadržava se i za poremećaje krvnog tlaka i pulsa – liječnici iskazuju značajno više slaganje u odnosu na pacijente ($p < 0,001$) i sestre ($p < 0,001$), dok razlika između medicinskih sestara i pacijenata ni ovdje nije značajna ($p = 0,151$). Kod alergijskih reakcija, sve tri skupine pokazuju statistički značajne međusobne razlike – liječnici su najoprezniji, zatim medicinske sestre, a pacijenti iskazuju najmanju razinu slaganja ($p < 0,05$). Sličano se uočava kod otežanog kretanja, razdražljivosti i poremećaja spavanja: liječnici pokazuju statistički najvišu razinu zabrinutosti za svaki od navedenih neželjenih učinaka u usporedbi s obje skupine ($p < 0,001$), dok medicinske sestre u odnosu na pacijente također izražavaju veću razinu slaganja ($p < 0,05$). Sveukupno, liječnici pokazuju najveću razinu slaganja s mogućnošću neželjenih učinaka KAM- a za sve promatrane kategorije. Medicinske sestre zauzimaju srednju poziciju, dok pacijenti iskazuju najmanju razinu slaganja, osim u slučaju alergija i otežanog kretanja, gdje su razlike među njima i medicinskim sestrama značajne.

4.6. Izvori informacija o KAM-u

Analiza rezultata identificira najčešće izvore informacija među pacijentima i zdravstvenim radnicima, naglašavajući razlike između ovih skupina. Rezultati su prikazani Tablicama 50, 51 i 52.

Tablica 50. Stupanj prihvaćanja tvrdnji o izvorima informacija o KAM-u

Izvori informacija o KAM-u	Stupanj slaganja na Likertovoj skali 1 - 5	Skupina					
		Pacijenti		Zdravstveni radnici		Ukupno	
		N	%	N	%	N	%
Zdravstveni djelatnik izvan bolnice	Uopće se ne slažem	113	27,6%	95	22,5%	208	25,0%
	Uglavnom se ne slažem	118	28,8%	73	17,3%	191	23,0%
	Niti se slažem niti se ne slažem	92	22,4%	154	36,5%	246	29,6%
	Uglavnom se slažem	66	16,1%	65	15,4%	131	15,7%

	U potpunosti se slažem	21	5,1%	35	8,3%	56	6,7%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Zdravstveni djelatnik u bolnici	Uopće se ne slažem	138	33,7%	137	32,5%	275	33,1%
	Uglavnom se ne slažem	168	41,0%	111	26,3%	279	33,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	75	18,3%	126	29,9%	201	24,2%
	Uglavnom se slažem	25	6,1%	34	8,1%	59	7,1%
	U potpunosti se slažem	4	1,0%	14	3,3%	18	2,2%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Prijatelja ili člana obitelji	Uopće se ne slažem	9	2,2%	27	6,4%	36	4,3%
	Uglavnom se ne slažem	15	3,7%	29	6,9%	44	5,3%
	Niti se slažem niti se ne slažem	24	5,9%	78	18,5%	102	12,3%
	Uglavnom se slažem	182	44,4%	151	35,8%	333	40,0%
	U potpunosti se slažem	180	43,9%	137	32,5%	317	38,1%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Drugih pacijenata	Uopće se ne slažem	16	3,9%	43	10,2%	59	7,1%
	Uglavnom se ne slažem	28	6,8%	31	7,3%	59	7,1%

	Niti se slažem niti se ne slažem	64	15,6%	120	28,4%	184	22,1%
	Uglavnom se slažem	187	45,6%	121	28,7%	308	37,0%
	U potpunosti se slažem	115	28,0%	107	25,4%	222	26,7%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Razne udruge (grupe samopomoći)	Uopće se ne slažem	40	9,8%	67	15,9%	107	12,9%
	Uglavnom se ne slažem	78	19,0%	46	10,9%	124	14,9%
	Niti se slažem niti se ne slažem	150	36,6%	130	30,8%	280	33,7%
	Uglavnom se slažem	109	26,6%	108	25,6%	217	26,1%
	U potpunosti se slažem	33	8,0%	71	16,8%	104	12,5%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Internet, TV...	Uopće se ne slažem	39	9,5%	43	10,2%	82	9,9%
	Uglavnom se ne slažem	49	12,0%	25	5,9%	74	8,9%
	Niti se slažem niti se ne slažem	66	16,1%	95	22,5%	161	19,4%
	Uglavnom se slažem	152	37,1%	141	33,4%	293	35,2%
	U potpunosti se slažem	104	25,4%	118	28,0%	222	26,7%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Crkva	Uopće se ne slažem	176	42,9%	141	33,4%	317	38,1%
	Uglavnom se ne slažem	126	30,7%	86	20,4%	212	25,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	86	21,0%	141	33,4%	227	27,3%
	Uglavnom se slažem	16	3,9%	29	6,9%	45	5,4%
	U potpunosti se slažem	6	1,5%	25	5,9%	31	3,7%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%

I pacijenti i zdravstveni radnici izražavaju nisku razinu povjerenja prema zdravstvenim djelatnicima izvan bolnice kao izvoru informacija o KAM-u. Čak 27,6% pacijenata i 22,5% zdravstvenih radnika u potpunosti odbacuje ovaj izvor, dok manji udio – 16,1% pacijenata i 15,4% zdravstvenih radnika – uglavnom prihvaća njihove informacije. Još niža razina povjerenja zabilježena je prema bolničkim zdravstvenim djelatnicima: 33,7% pacijenata i 32,5% zdravstvenih radnika u potpunosti se ne slaže da su oni odgovarajući izvor informacija, dok samo 7,1% ukupnog uzorka izražava slaganje s takvom tvrdnjom. S druge strane, prijatelji ili članovi obitelji ističu se kao značajan izvor informacija. Ukupno, 82,6% pacijenata i 68,3% zdravstvenih radnika uglavnom ili u potpunosti vjeruje informacijama dobivenim od bliskih

osoba. Drugi pacijenti također zauzimaju visoku poziciju kao izvor informacija, pri čemu 73,6% pacijenata i 54,1% zdravstvenih radnika izražava slaganje s ovim izvorom. Kada su u pitanju udruge i grupe samopomoći, povjerenje je podijeljeno. Neutralan stav prema ovom izvoru informacija izražava 36,6% pacijenata i 30,8% zdravstvenih radnika. Međutim, 34,6% pacijenata i 42,4% zdravstvenih radnika pokazuje određenu razinu slaganja. Internet i mediji predstavljaju jedan od ključnih izvora informacija za obje skupine. Ukupno 62,5% pacijenata i 61,4% zdravstvenih radnika uglavnom ili potpuno vjeruje ovim izvorima. Nasuprot tome, crkva ima najnižu razinu prihvaćenosti, pri čemu 73,6% pacijenata i 53,8% zdravstvenih radnika uopće ili uglavnom ne prihvaća crkvu kao izvor informacija. Rezultati ukazuju na to da pacijenti općenito pokazuju veću sklonost povjerenju u neformalne izvore informacija, poput obitelji, prijatelja i interneta, dok zdravstveni radnici preferiraju nešto formalnije izvore, ali s općim skepticizmom prema većini dostupnih opcija.

Tablica 51. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o izvorima informacija o KAM-u

Izvori informacija o KAM-u	Liječnici		Medicinske sestre		Onkološki pacijenti	
	M	SD	M	SD	M	SD
Zdravstveni djelatnik izvan bolnice	2,70	,969	2,69	1,282	2,43	1,194
Zdravstveni djelatnik u bolnici	2,23	1,062	2,23	1,103	2,00	,924
Prijatelj ili član obitelji	4,17	,933	3,70	1,193	4,24	,887
Drugi pacijenti	3,54	,999	3,51	1,299	3,87	1,023
Razne udruge (grupe samopomoći)	3,35	,925	3,11	1,375	3,04	1,080
Internet, TV...	4,34	,781	3,41	1,269	3,57	1,250
Crkva	2,50	,882	2,26	1,249	1,91	,959

Analiza srednjih vrijednosti i standardnih devijacija za izvore informiranja o KAM-u ističe različite obrasce preferencija među liječnicima, medicinskim sestrama i pacijentima. Zdravstveni djelatnici izvan bolnice dobili su slične prosječne ocjene među liječnicima ($M = 2,70$, $SD = 0,969$) i medicinskim sestrama ($M = 2,69$, $SD = 1,282$), dok pacijenti pokazuju nešto manje povjerenja prema ovom izvoru ($M = 2,43$, $SD = 1,194$). Zdravstveni djelatnici u bolnici također su dobili niže ocjene među svim skupinama, pri čemu pacijenti ($M = 2,00$, $SD = 0,924$) pokazuju najmanje povjerenja, dok su liječnici i medicinske sestre imali istu srednju vrijednost ($M = 2,23$). Prijatelji ili članovi obitelji pokazali su se kao ključan izvor informacija za sve

skupine, s najvišim prosječnim ocjenama među pacijentima ($M = 4,24$, $SD = 0,887$), dok su liječnici ($M = 4,17$, $SD = 0,933$) i medicinske sestre ($M = 3,70$, $SD = 1,193$) također pokazali visoku razinu povjerenja u ovaj izvor. Drugi pacijenti istaknuti su kao značajan izvor informacija, pri čemu pacijenti pokazuju najveće povjerenje ($M = 3,87$, $SD = 1,023$), dok su liječnici ($M = 3,54$, $SD = 0,999$) i medicinske sestre ($M = 3,51$, $SD = 1,299$) također prepoznali njihovu važnost. Internet i mediji su među najprihvaćenijim izvorima informacija, s najvišim prosječnim ocjenama kod liječnika ($M = 4,34$, $SD = 0,781$), dok su pacijenti ($M = 3,57$, $SD = 1,250$) i medicinske sestre ($M = 3,41$, $SD = 1,269$) pokazali nešto niže povjerenje u ove izvore informacija. Razne udruge i grupe samopomoći dobile su umjereno povjerenje, s najnižim prosjekom među pacijentima ($M = 3,04$, $SD = 1,080$), dok liječnici ($M = 3,35$, $SD = 0,925$) i medicinske sestre ($M = 3,11$, $SD = 1,375$) pokazuju blagu sklonost ovom izvoru. Crkva, s druge strane, dobila je najniže ocjene povjerenja među svim skupinama, pri čemu su pacijenti iskazali najmanje povjerenja ($M = 1,91$, $SD = 0,959$), dok su liječnici ($M = 2,50$, $SD = 0,882$) i medicinske sestre ($M = 2,26$, $SD = 1,249$) također pokazali nizak nivo prihvaćanja.

Tablica 52. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratuma i podstratuma o izvorima informacija o KAM-u: rezultati Tukey testa

Izvor informacija o KAM-u	(i) Po zanimanju ste/status	(j) Po zanimanju ste/status	Srednja vrijednost (i-j)	Standardna pogreška	p*	95% Interval pouzdanosti	
						Donja granica	Gornja granica
Zdravstveni djelatnik izvan bolnice	Liječnik	Medicinska sestra	,005	,138	,999	-,32	,33
		Pacijent	,274	,134	,103	-,04	,59
	Medicinska sestra	Liječnik	-,005	,138	,999	-,33	,32
		Pacijent	,269*	,090	,008	,06	,48
	Pacijent	Liječnik	-,274	,134	,103	-,59	,04
		Medicinska sestra	-,269*	,090	,008	-,48	-,06
Zdravstveni djelatnik u bolnici	Liječnik	Medicinska sestra	-,004	,116	,999	-,28	,27
		Pacijent	,230	,113	,104	-,04	,50
	Medicinska sestra	Liječnik	,004	,116	,999	-,27	,28
		Pacijent	,234*	,075	,006	,06	,41
	Pacijent	Liječnik	-,230	,113	,104	-,50	,04
		Medicinska sestra	-,234*	,075	,006	-,41	-,06

Prijatelj ili član obitelji	Liječnik	Medicinska sestra	,469*	,117	,000	,19	,74
		Pacijent	-,068	,114	,819	-,34	,20
	Medicinska sestra	Liječnik	-,469*	,117	,000	-,74	-,19
		Pacijent	-,538*	,076	,000	-,72	-,36
	Pacijent	Liječnik	,068	,114	,819	-,20	,34
		Medicinska sestra	,538*	,076	,000	,36	,72
Internet, TV...	Liječnik	Medicinska sestra	,929*	,139	,000	,60	1,25
		Pacijent	,773*	,135	,000	,46	1,09
	Medicinska sestra	Liječnik	-,929*	,139	,000	-1,25	-,60
		Pacijent	-,156	,090	,196	-,37	,06
	Pacijent	Liječnik	-,773*	,135	,000	-1,09	-,46
		Medicinska sestra	,156	,090	,196	-,06	,37
Drugi pacijenti	Liječnik	Medicinska sestra	,029	,130	,973	-,28	,33
		Pacijent	-,329*	,127	,026	-,63	-,03
	Medicinska sestra	Liječnik	-,029	,130	,973	-,33	,28
		Pacijent	-,358*	,085	,000	-,56	-,16
	Pacijent	Liječnik	,329*	,127	,026	,03	,63
		Medicinska sestra	,358*	,085	,000	,16	,56
Razne udruge (grupe samopomoći)	Liječnik	Medicinska sestra	,241	,136	,180	-,08	,56
		Pacijent	,309	,132	,052	,00	,62
	Medicinska sestra	Liječnik	-,241	,136	,180	-,56	,08
		Pacijent	,068	,088	,724	-,14	,28
	Pacijent	Liječnik	-,309	,132	,052	-,62	,00
		Medicinska sestra	-,068	,088	,724	-,28	,14
Crkva	Liječnik	Medicinska sestra	,245	,123	,115	-,04	,53
		Pacijent	,595*	,120	,000	,31	,88
	Medicinska sestra	Liječnik	-,245	,123	,115	-,53	,04
		Pacijent	,350*	,080	,000	,16	,54
	Pacijent	Liječnik	-,595*	,120	,000	-,88	-,31
		Medicinska sestra	-,350*	,080	,000	-,54	-,16

P* - vrijednost razine značajnosti; $p < 0,05$ označava statistički značajnu razliku između uspoređivanih skupina

Rezultati Tukey testa ukazuju na značajne razlike u razini povjerenja prema pojedinim izvorima informacija o KAM-u između i unutar skupina ispitanika. Najveće razlike uočene su između pacijenata i medicinskih sestara u odnosu na izvore poput zdravstvenih djelatnika izvan bolnice ($p = 0,008$), gdje su sestre pokazale višu razinu povjerenja. Slično, statistički značajna razlika zabilježena je i u procjeni pouzdanosti informacija dobivenih od zdravstvenih djelatnika u bolnici između pacijenata i sestara ($p = 0,006$). Kad je riječ o prijateljima i članovima obitelji, razlike su uočene između liječnika i medicinskih sestara ($p < 0,001$), kao i između sestara i pacijenata ($p < 0,001$), dok liječnici i pacijenti nisu pokazali značajnu razliku ($p = 0,819$). Internet i mediji pokazali su se kao izvor s najvećim razlikama u povjerenju između liječnika i ostalih ispitanika – razlika između liječnika i sestara iznosila je 0,929 ($p < 0,001$), a između liječnika i pacijenata 0,773 ($p < 0,001$). U procjeni informacija dobivenih od drugih pacijenata, značajne razlike zabilježene su između liječnika i pacijenata ($p = 0,026$), te sestara i pacijenata ($p < 0,001$), dok razlika između liječnika i sestara nije bila značajna. Crkva kao izvor informacija pokazala je statistički značajne razlike između pacijenata i obje profesionalne skupine – liječnika ($p < 0,001$) i sestara ($p < 0,001$) – što dodatno potvrđuje nižu razinu prihvaćenosti ovog izvora među pacijentima. Udruge i grupe samopomoći nisu pokazale značajne razlike između skupina, iako su općenito ocijenjene s umjerenim povjerenjem.

4.7. Komunikacija zdravstvenih radnika i pacijenata o KAM-u

Komunikacija o KAM-u analizira se kroz niz aspekata koji uključuju razmjenu informacija, prepreke u komunikaciji i percepciju zdravstvenih radnika i pacijenata o važnosti dijaloga o KAM-u. U Tablicama 53, 54 i 55 prikazani su podaci koji obuhvaćaju stavove ispitanika o otvorenosti za razgovor o KAM-u, razloge izbjegavanja komunikacije, kao i iskustva vezana uz dobivanje informacija o KAM-u od zdravstvenih radnika ili drugih izvora. Takva analiza omogućuje dublji uvid u ulogu komunikacije u procesu donošenja odluka o KAM-u i potencijalne barijere koje mogu ograničiti učinkovitu razmjenu informacija između pacijenata i zdravstvenih profesionalaca.

Tablica 53. Distribucija odgovora ispitanika o razlozima izbjegavanja razgovora o KAM-u

Tvrdnja	Slaganje sa tvrdnjom	Skupina		
		Pacijenti	Zdravstveni radnici	Ukupno

		N	%	N	%	N	%
Razgovarao sam (ili bi razgovarao) o mogućnosti primjene neke od metoda iz KAM spektra	Da	97	23,7%	84	23,4%	181	23,5%
	Ne	313	76,3%	275	76,6%	588	76,5%
	Ukupno	410	100,0%	359	100,0%	769	100,0%
Razlozi zbog kojih pacijenti ne razgovaraju o KAM-u sa zdravstvenim radnicima	Stupanj slaganja na Likertovoj skali 1 - 5	Pacijenti		Zdravstveni radnici		Ukupno	
		N	%	N	%	N	%
Nikad me nitko nije pitao o tome	Uopće se ne slažem	9	2,2%	44	10,4%	53	6,4%
	Uglavnom se ne slažem	20	4,9%	42	10,0%	62	7,5%
	Niti se slažem niti se ne slažem	54	13,2%	79	18,7%	133	16,0%
	Uglavnom se slažem	171	41,7%	140	33,2%	311	37,4%
	U potpunosti se slažem	156	38,0%	117	27,7%	273	32,8%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Bojim se da će me zdravstveni radnici ismijati ako ih pitam o KAM-u	Uopće se ne slažem	85	20,7%	92	21,8%	177	21,3%
	Uglavnom se ne slažem	116	28,3%	83	19,7%	199	23,9%
	Niti se slažem niti se ne slažem	138	33,7%	128	30,3%	266	32,0%
	Uglavnom se slažem	52	12,7%	74	17,5%	126	15,1%
	U potpunosti se slažem	19	4,6%	45	10,7%	64	7,7%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
	Uopće se ne slažem	31	7,6%	45	10,7%	76	9,1%

Zdravstveni radnici ne odobravaju KAM	Uglavnom se ne slažem	44	10,7%	67	15,9%	111	13,3%
	Niti se slažem niti se ne slažem	236	57,6%	169	40,0%	405	48,7%
	Uglavnom se slažem	80	19,5%	106	25,1%	186	22,4%
	U potpunosti se slažem	19	4,6%	35	8,3%	54	6,5%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Zdravstveni radnici nemaju dovoljno znanja o KAM-u	Uopće se ne slažem	10	2,4%	26	6,2%	36	4,3%
	Uglavnom se ne slažem	4	1,0%	34	8,1%	38	4,6%
	Niti se slažem niti se ne slažem	173	42,2%	138	32,7%	311	37,4%

	Uglavnom se slažem	165	40,2%	143	33,9%	308	37,0%
	U potpunosti se slažem	58	14,1%	81	19,2%	139	16,7%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Bojim se da će mi zdravstveni radnici, ako ih obavijestim da koristim KAM uskratiti/odgoditi liječenje	Uopće se ne slažem	96	23,4%	83	19,7%	179	21,5%
	Uglavnom se ne slažem	113	27,6%	93	22,0%	206	24,8%
	Niti se slažem niti se ne slažem	139	33,9%	144	34,1%	283	34,0%
	Uglavnom se slažem	53	12,9%	73	17,3%	126	15,1%
	U potpunosti se slažem	9	2,2%	29	6,9%	38	4,6%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Ne osjećam se ugodno razgovarati o KAM-u	Uopće se ne slažem	67	16,3%	59	14,0%	126	15,1%
	Uglavnom se ne slažem	115	28,0%	70	16,6%	185	22,2%
	Niti se slažem niti se ne slažem	172	42,0%	167	39,6%	339	40,7%
	Uglavnom se slažem	50	12,2%	104	24,6%	154	18,5%
	U potpunosti se slažem	6	1,5%	22	5,2%	28	3,4%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Smatram da nije potrebno obavijestiti zdravstvenog radnika o primjeni KAM-a	Uopće se ne slažem	71	17,3%	59	14,0%	130	15,6%
	Uglavnom se ne slažem	101	24,6%	73	17,3%	174	20,9%
	Niti se slažem niti se ne slažem	166	40,5%	151	35,8%	317	38,1%
	Uglavnom se slažem	57	13,9%	113	26,8%	170	20,4%
	U potpunosti se slažem	15	3,7%	26	6,2%	41	4,9%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%
Pokušao sam ali zdravstveni radnici nisu	Uopće se ne slažem	76	18,5%	97	23,0%	173	20,8%
	Uglavnom se ne slažem	85	20,7%	59	14,0%	144	17,3%

htjeli razgovarati o KAM-u	Niti se slažem niti se ne slažem	190	46,3%	180	42,7%	370	44,5%
	Uglavnom se slažem	49	12,0%	68	16,1%	117	14,1%
	U potpunosti se slažem	10	2,4%	18	4,3%	28	3,4%
	Ukupno	410	100,0%	422	100,0%	832	100,0%

Podaci o komunikaciji između pacijenata i zdravstvenih radnika o KAM-u ukazuju na specifične obrasce i prepreke u razmjeni informacija. Manjina ispitanika iz obje skupine izjavila je da su razgovarali ili bi bili voljni razgovarati o KAM-u sa zdravstvenim radnikom (23,5% ukupno), dok većina (76,5%) to nije učinila niti bi željela razgovarati. Na tvrdnju „*Nikad me nitko nije pitao o tome*“, 37,4% ispitanika uglavnom se složilo, dok se 32,8% u potpunosti složilo, što sugerira da mnogi ispitanici nisu inicirali razgovor o KAM-u jer nisu bili potaknuti od strane zdravstvenih radnika. Strah od ismijavanja od strane zdravstvenog radnika istaknulo je 15,1% ispitanika koji se uglavnom slažu s ovom tvrdnjom, dok je 7,7% izrazilo potpuno slaganje, iako većina (45,2%) nije osjećala ovu vrstu straha. Percepcija da zdravstveni radnici ne odobravaju KAM podijelila je ispitanike; dok se 48,7% niti slaže niti ne slaže, 22,4% se uglavnom slaže, a 6,5% u potpunosti smatra da zdravstveni radnici imaju negativan stav prema KAM-u. Nadalje, 37,0% ispitanika smatra da zdravstveni radnici nemaju dovoljno znanja o KAM-u, dok se 16,7% u potpunosti slaže s ovom tvrdnjom. Kao dodatni čimbenik, 34,0% ispitanika navelo je neutralan stav prema tvrdnji da bi im liječenje moglo biti uskraćeno ili odgođeno zbog razgovora o KAM-u, dok je 4,6% izrazilo potpuni strah od takvog ishoda. Također, 18,5% ispitanika smatra da se ne osjeća ugodno razgovarati o KAM-u, dok je manji postotak (3,4%) izjavio da ih zdravstveni radnici odbijaju slušati kada pokušaju započeti razgovor. Pacijenti i zdravstveni radnici imaju podijeljene stavove o potrebi obavješćavanja liječnika o korištenju KAM-a. Među pacijentima, 41,9% smatra da bi liječnike trebalo informirati, dok 17,6% ne vidi tu potrebu. Neutralan stav zauzima 40,5% pacijenata. Zdravstveni radnici su skloniji mišljenju da obavješćavanje nije nužno, pri čemu 33% smatra da pacijenti ne moraju informirati liječnike, dok 31,3% izražava neslaganje s tom tvrdnjom.

Tablica 54. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o razlozima izbjegavanja razgovora o KAM-u sa zdravstvenim radnicima

Razlozi zbog kojih pacijenti ne razgovaraju o KAM-u sa zdravstvenim radnicima	Liječnici		Medicinske sestre		Onkološki pacijenti	
	M	SD	M	SD	M	SD
Nikad me nitko nije pitao o KAM-u	3,60	1,044	3,57	1,342	4,08	,949

Bojim se da će me zdravstveni radnici ismijati ako ih pitam o KAM-u	2,65	1,123	2,79	1,315	2,52	1,094
Zdravstveni radnici ne odobravaju KAM	3,45	,833	2,92	1,121	3,03	,888
Zdravstveni radnici nemaju dovoljno znanja o KAM-u	3,45	,770	3,54	1,161	3,63	,827
Bojim se da će mi zdravstveni radnici, ako ih obavijestim da koristim KAM uskratiti/odgoditi liječenje	2,67	1,025	2,70	1,213	2,43	1,051
Ne osijecam se ugodno razgovarati o KAM-u	3,26	,906	2,78	1,144	2,55	,952
Smatram da nije potrebno obavijestiti zdravstvenog radnika o primjeni KAM-a	3,44	,857	2,78	1,144	2,62	1,039
Pokušao sam ali zdravstveni radnici nisu htjeli razgovarati o KAM-u	2,82	,809	2,59	1,206	2,59	,999
Razgovarao sam (ili bi razgovarao) o mogućnosti primjene neke od metoda iz KAM spektra	1,86	,351	1,75	,434	1,76	,425

Tablica 54 prikazuje prosječne vrijednosti (M) i standardne devijacije (SD) u percepciji i iskustvima komunikacije o KAM-u među liječnicima, medicinskim sestrama/tehničarima i pacijentima. Izjava „*Nikad me nitko nije pitao o tome*“ pokazuje najveću razinu slaganja među pacijentima (M = 4,08, SD = 0,949), što ukazuje na to da pacijenti smatraju kako su inicijative za razgovor o KAM-u u velikoj mjeri zanemarene. Liječnici i medicinske sestre pokazali su slične prosječne vrijednosti (M = 3,60 i M = 3,57), ali uz nešto veću varijabilnost kod medicinskih sestara/tehničara (SD = 1,342). Za tvrdnju „*Zdravstveni radnici nemaju dovoljno znanja o KAM-u*“, svi sudionici pokazali su visoku razinu slaganja, pri čemu su pacijenti iskazali najvišu prosječnu vrijednost (M = 3,63, SD = 0,827). Liječnici (M = 3,45) i medicinske sestre (M = 3,54) također su izrazili slaganje, što ukazuje na to da su i zdravstveni radnici svjesni nedostatka informacija o KAM-u unutar profesije. Za tvrdnju „*Bojim se da će me zdravstveni radnici ismijati ako ih pitam o KAM-u*“, pacijenti su pokazali najmanju razinu straha (M = 2,52, SD = 1,094), dok su medicinske sestre imali nešto višu prosječnu vrijednost (M = 2,79, SD = 1,315). Liječnici su pokazali najmanju sklonost povezivanju komunikacije o KAM-u sa strahom od ismijavanja (M = 2,65, SD = 1,123). Izjava „*Ne osjećam se ugodno razgovarati o KAM-u*“ pokazuje sličan obrazac, gdje su pacijenti iskazali najnižu razinu nelagode (M = 2,55, SD = 0,952), dok su liječnici pokazali nešto višu razinu nelagode (M = 3,26, SD = 0,906). Za tvrdnju „*Smatram da nije potrebno obavijestiti zdravstvenog radnika o primjeni KAM-a*“, pacijenti (M = 2,62, SD = 1,039) i medicinske sestre (M = 2,78, SD = 1,144) iskazali su niže prosječne vrijednosti, dok su liječnici pokazali znatno veću razinu slaganja (M = 3,44, SD =

0,857), što sugerira da liječnici možda ne vide važnost informiranja pacijenata o KAM-u. Na tvrdnju „Razgovarao sam (ili bi razgovarao) o mogućnosti primjene neke od KAM metoda“, svi sudionici pokazali su niske prosječne vrijednosti, što ukazuje na vrlo ograničenu razinu komunikacije o ovoj temi. Pacijenti i medicinske sestre imali su slične prosječne vrijednosti ($M = 1,76$ i $M = 1,75$), dok su liječnici pokazali nešto nižu razinu ($M = 1,86$).

Ovi rezultati ukazuju na značajnu razliku u percepciji i praksi komunikacije o KAM-u među ispitanicima. Dok pacijenti percipiraju značajan nedostatak inicijative za razgovor od strane zdravstvenih radnika, zdravstveni radnici priznaju vlastiti nedostatak znanja o KAM-u, ali istovremeno pokazuju oprez prema takvim razgovorima.

Tablica 55. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratumata i podstratumata o izbjegavanju razgovora o KAM-u sa zdravstvenim radnicima: rezultati Tukey testa

Razlozi zbog kojih pacijenti ne razgovaraju o KAM-u sa zdravstvenim radnicima	(i) Po zanimanju ste/status	(j) Po zanimanju ste/status	Srednja vrijednost (i-j)	Standardna pogreška	p*	95% Interval pouzdanosti	
						Donja granica	Gornja granica
Nikad me nitko nije pitao o KAM-u	Liječnik	Medicinska sestra	,027	,129	,977	-,28	,33
		Pacijent	-,483*	,126	,000	-,78	-,19
	Medicinska sestra	Liječnik	-,027	,129	,977	-,33	,28
		Pacijent	-,510*	,084	,000	-,71	-,31
	Pacijent	Liječnik	,483*	,126	,000	,19	,78
		Medicinska sestra	,510*	,084	,000	,31	,71
Smatram da nije potrebno da o primjeni KAM-a obavijestim zdravstvenog radnika	Liječnik	Medicinska sestra	,658*	,122	,000	,37	,94
		Pacijent	,820*	,118	,000	,54	1,10
	Medicinska sestra	Liječnik	-,658*	,122	,000	-,94	-,37
		Pacijent	,161	,079	,103	-,02	,35
	Pacijent	Liječnik	-,820*	,118	,000	-1,10	-,54
		Medicinska sestra	-,161	,079	,103	-,35	,02
Bojim se da će mi, ako ih obavijestim da koristim KAM	Liječnik	Medicinska sestra	-,034	,128	,961	-,33	,27
		Pacijent	,239	,124	,132	-,05	,53
		Liječnik	,034	,128	,961	-,27	,33

uskratiti/odgoditi liječenje	Medicinska sestra	Pacijent	,273*	,083	,003	,08	,47
	Pacijent	Liječnik	-,239	,124	,132	-,53	,05
		Medicinska sestra	-,273*	,083	,003	-,47	-,08
Zdravstveni radnici ne odobravaju KAM	Liječnik	Medicinska sestra	,531*	,112	,000	,27	,79
		Pacijent	,421*	,109	,000	,16	,68
	Medicinska sestra	Liječnik	-,531*	,112	,000	-,79	-,27
		Pacijent	-,110	,073	,286	-,28	,06
	Pacijent	Liječnik	-,421*	,109	,000	-,68	-,16
		Medicinska sestra	,110	,073	,286	-,06	,28
Bojim se da će mi zdravstveni radnici, ako ih obavijestim da koristim KAM uskratiti/odgoditi liječenje	Liječnik	Medicinska sestra	-,138	,136	,567	-,46	,18
		Pacijent	,127	,132	,603	-,18	,44
	Medicinska sestra	Liječnik	,138	,136	,567	-,18	,46
		Pacijent	,265*	,088	,008	,06	,47
	Pacijent	Liječnik	-,127	,132	,603	-,44	,18
		Medicinska sestra	-,265*	,088	,008	-,47	-,06
Zdravstveni radnici nemaju dovoljno znanja o KAM-u	Liječnik	Medicinska sestra	-,092	,110	,682	-,35	,17
		Pacijent	-,175	,108	,233	-,43	,08
	Medicinska sestra	Liječnik	,092	,110	,682	-,17	,35
		Pacijent	-,083	,072	,478	-,25	,09
	Pacijent	Liječnik	,175	,108	,233	-,08	,43
		Medicinska sestra	,083	,072	,478	-,09	,25
Ne osijecam se ugodno razgovarati o KAM-u	Liječnik	Medicinska sestra	,466*	,116	,000	,19	,74
		Pacijent	,715*	,113	,000	,45	,98
	Medicinska sestra	Liječnik	-,466*	,116	,000	-,74	-,19
		Pacijent	,249*	,075	,003	,07	,43
	Pacijent	Liječnik	-,715*	,113	,000	-,98	-,45
		Medicinska sestra	-,249*	,075	,003	-,43	-,07
Pokušao sam, ali zdravstveni radnici nisu htjeli razgovarati o KAM-u	Liječnik	Medicinska sestra	,228	,122	,148	-,06	,51
		Pacijent	,229	,119	,132	-,05	,51
		Liječnik	-,228	,122	,148	-,51	,06
	Medicinska sestra	Pacijent	,001	,079	1,000	-,19	,19

	Pacijent	Liječnik	-,229	,119	,132	-,51	,05
		Medicinska sestra	-,001	,079	1,000	-,19	,19
Razgovarao sam (ili bi razgovarao) sa zdravstvenim radnikom o KAM-u	Liječnik	Medicinska sestra	,110	,065	,206	-,04	,26
		Pacijent	,096	,064	,286	-,05	,25
	Medicinska sestra	Liječnik	-,110	,065	,206	-,26	,04
		Pacijent	-,014	,032	,900	-,09	,06
	Pacijent	Liječnik	-,096	,064	,286	-,25	,05
		Medicinska sestra	,014	,032	,900	-,06	,09

P* - vrijednost razine značajnosti; $p < 0,05$ označava statistički značajnu razliku između uspoređivanih skupina

Rezultati Tukey testa pokazuju statistički značajne razlike u stavovima između ispitanika o razlozima izbjegavanja razgovora o KAM-u. Pacijenti u značajno većoj mjeri u odnosu na liječnike ($p < 0,001$) i medicinske sestre ($p < 0,001$) izražavaju slaganje s tvrdnjom da ih nitko nije pitao o KAM-u, što ukazuje na izraženiji osjećaj nedostatka komunikacije sa zdravstvenim djelatnicima. Medicinske sestre su u većoj mjeri od pacijenata ($p = 0,003$) iskazale zabrinutost da bi otkrivanje korištenja KAM-a moglo dovesti do odgode ili uskraćivanja liječenja, što ukazuje na njihovu veću osjetljivost na profesionalne posljedice takvog priznanja. Liječnici pokazuju značajno viši stupanj slaganja s tvrdnjom da zdravstveni radnici ne odobravaju KAM u usporedbi s medicinskim sestrama ($p < 0,001$) i pacijentima ($p < 0,001$), čime dodatno potvrđuju svoj skeptičniji stav. U vezi tvrdnje „*Ne osjećam se ugodno razgovarati o KAM-u*“, liječnici ponovno pokazuju značajno veću razinu nelagode u odnosu na medicinske sestre ($p < 0,001$) i pacijente ($p < 0,001$), dok medicinske sestre pokazuju veću nelagodu u odnosu na pacijente ($p = 0,003$). Ove razlike jasno naglašavaju različite percepcije i stupanj otvorenosti prema temi KAM-a među profesionalnim skupinama, s pacijentima kao najotvorenijom skupinom, a liječnicima kao najzatvorenijom.

5. RASPRAVA

5.1. Uvjerenja i stavovi zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata o KAM-u i integrativnoj medicini te razlike između i unutar skupina

Rezultati istraživanja otkrivaju razlike u percepciji KAM-a i integrativne medicine, pri čemu su onkološki pacijenti pokazali veću otvorenost prema njihovoj integraciji u konvencionalnu medicinu, dok su zdravstveni radnici, posebno liječnici, izrazili veći skepticizam. Medicinske sestre pokazali su stavove bliže pacijentima, što može odražavati njihovu ulogu u pružanju holističke skrbi.

5.1.1. Integracija KAM-a s klasičnom medicinom

Komplementarna alternativna i integrativna medicina sve više se prepoznaju kao vrijedne komponente modernih zdravstvenih sustava. Temelji KAM-a te integrativne medicine, poput holističkog pristupa pacijentu i usmjerenosti na terapijsku povezanost, usklađeni su s načelima cjelovite skrbi koja obuhvaća fizičke, mentalne i socijalne aspekte zdravlja [179, 180]. Usvajanje tih principa ima potencijal unaprijediti pružanje manje invazivnih, a učinkovitijih terapija, čime se doprinosi boljoj kvaliteti zdravstvene skrbi i većem zadovoljstvu pacijenata.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na značajne razlike u stavovima između zdravstvenih radnika i pacijenata o integraciji KAM-a u klasičnu medicinsku praksu. Pacijenti općenito izražavaju najvišu razinu podrške, dok su liječnici najsuzdržaniji. Medicinske sestre imaju stavove bliže pacijentima, posebno u pogledu praktičnih aspekata poput vođenja evidencije o KAM-u i uzimanja anamneze. Takvi podaci ukazuju na potencijalni jaz između profesionalnih i korisničkih perspektiva, što može otežati implementaciju integrativnih pristupa u zdravstveni sustav. Pacijenti su izrazili visoku razinu slaganja s tvrdnjama poput „Klinička medicina trebala bi integrirati ono najbolje od KAM-a i od klasične medicine“ ($M = 4,20$), dok su liječnici pokazali veći oprez i skepticizam ($M = 2,68$). Ovo je vidljivo u tvrdnjama koje se odnose na vođenje evidencije o primjeni KAM-a u zdravstvenim kartonima i anamnestičkim podacima. Najvišu razinu slaganja izrazili su pacijenti ($M = 4,28$) i medicinske sestre ($M = 4,17$), dok su liječnici pokazali umjereniji stupanj podrške ($M = 3,66$). Ova divergencija u stavovima ističe potrebu za unaprjeđenjem edukacije i komunikacije između zdravstvenih radnika i pacijenata o potencijalnim koristima i rizicima KAM-a.

Sličan obrazac pronađen je i u istraživanju Bjerså i sur., koje je obuhvatilo 737 zdravstvenih radnika u švedskim sveučilišnim bolnicama. Ovo istraživanje je pokazalo da među profesijama, fizioterapeuti češće preporučuju KAM terapije u usporedbi s liječnicima i medicinskim sestrama, dok razlike između liječnika i medicinskih sestara nisu bile značajne. Švedsko istraživanje također je klasificiralo terapije prema prihvaćenosti, pokazavši da su samo akupunktura i psihoterapija prepoznate kao integrativne terapije (>25%). Ovo ukazuje na to da, iako postoji rastuće zanimanje za integraciju KAM-a, mnoge terapije još uvijek nisu u potpunosti integrirane u klasičnu medicinsku praksu [181]. Razlike u stavovima između profesionalnih skupina mogu biti rezultat različitih profesionalnih odgovornosti i očekivanja. Liječnici, koji su najviše zabrinuti zbog sigurnosti i učinkovitosti KAM-a, pokazali su najveću rezerviranost u tvrdnjama koje se odnose na integraciju KAM-a u kliničku praksu. Nasuprot tome, medicinske sestre, koji su često u neposrednijem kontaktu s pacijentima, pokazali su stavove bliže pacijentima. Ova razlika u percepcijama mogla bi se djelomično objasniti različitim razinama izloženosti KAM-u, ali i profesionalnom odgovornošću koju liječnici osjećaju prema znanstveno dokazanim metodama liječenja. Razlozi za ovakve razlike uključuju profesionalne standarde, strah od potencijalnih nuspojava i pravne posljedice neregulirane primjene. Bjerså i sur. ističu da razlike između sudionika mogu proizlaziti iz njihove profesionalne uloge i svakodnevne interakcije s pacijentima, što je možda razlog sličnosti između pacijenata i medicinskih sestara u stavovima. Istovremeno, pacijenti, vođeni osobnim iskustvima i željom za aktivnijom kontrolom nad vlastitim zdravljem, često preferiraju metode koje percipiraju kao manje invazivne ili prirodnije [181].

Integracija KAM-a s klasičnom medicinom tema je nekoliko istraživanja koja ističu i prednosti i izazove ovog pristupa. Pozitivne perspektive prema integraciji KAM-a među zdravstvenim djelatnicima često su motivirane potencijalnim dodatnim koristima koje KAM pruža. Sharp i sur. navode da je KAM korišten kao dopuna u liječenju pacijenata s mišićno-koštanom boli kada su mogućnosti konvencionalnog liječenja bile ograničene [182], dok Zeliadt i sur. ističu kako je integracija KAM-a, posebno u opioidnoj analgeziji, pridonijela smanjenju ovisnosti o lijekovima [183]. Nadalje, Shannon i sur. utvrdili su da KAM u rehabilitacijskom liječenju može ubrzati otpust pacijenata, povećati funkcionalni kapacitet i poboljšati kvalitetu svakodnevnog života [184]. Rezultati našeg istraživanja dodatno potvrđuju ovu percepciju. Naime, 80,7% ispitanika iz sve tri promatrane skupine (liječnici, medicinske sestre i pacijenti) izjavilo je da bi KAM terapije trebalo integrirati s metodama klasične medicine, a 77,5% smatra da bi se pacijenti trebali konzultirati sa svojim liječnikom prije primjene KAM terapija. Ovo

ukazuje na prepoznavanje potrebe za strukturiranom integracijom KAM-a u postojeće medicinske prakse. Značajna podrška bilježi se i za vođenje evidencije o primjeni KAM-a u zdravstvenim kartonima (71%) i uzimanje anamneze koja uključuje podatke o korištenju KAM-a (70,9%), što dodatno naglašava potrebu za integracijom KAM praksi. S druge strane, skepticizam zdravstvenih djelatnika često proizlazi iz nedostatka znanstvenih dokaza koji bi potkrijepili učinkovitost KAM-a. Ovaj skepticizam zabilježen je i u ovom istraživanju, gdje liječnici pokazuju nižu razinu podrške ($M=2,54$) za tvrdnju da bi KAM trebao biti integriran s metodama klasične medicine, u usporedbi s pacijentima ($M=3,93$) i medicinskim sestrama ($M=3,70$). Naši rezultati podudaraju se s rezultatima Corina i sur., koji su istaknuli slične rezultate među onkolozima [185].

Povećan interes medicinskih sestara za KAM dosljedno je potvrđen u ranijim istraživanjima, koja ukazuju na relativno pozitivan stav medicinskih sestara prema KAM-u [186-189], često pozitivniji nego kod liječnika [190, 191]. Ovi rezultati posebno naglašavaju interes medicinskih sestara za integraciju KAM-a u svakodnevnu praksu. U posljednje vrijeme, interes za integrativnu medicinu, koja uključuje KAM kao jedan od svojih ključnih elemenata, također raste među medicinskim sestrama što se očituje u povećanom broju objavljenih radova o integrativnoj medicini u sestrinskim časopisima te sudjelovanju medicinskih sestara na konferencijama posvećenim ovoj temi [192]. Ključne komponente KAM i integrativne medicine, holistički pristup pacijentu i naglasak na terapijski odnos sestra – pacijent dodatno su usklađene s tradicionalnim domenama sestrinskog rada, što objašnjava ovaj rastući interes. Holistička priroda KAM i integrativne medicine, koja uključuje razmatranje pacijenta i njegovog okruženja, te doprinosi skrbi usmjerenoj na pacijenta, ističe potrebu za dubljim razumijevanjem uloge medicinskih sestara u njihovoj implementaciji [192]. U kontekstu našeg istraživanja, rezultati ukazuju na sličnu pozitivnu percepciju medicinskih sestara prema integraciji KAM-a u klasičnu medicinu. To se može povezati s njihovom profesionalnom ulogom u pružanju holističke skrbi, što je također u skladu s literaturnim navodima koji naglašavaju otvorenost medicinskih sestara prema modalitetima koji podržavaju cjelovitu brigu o pacijentu [186, 188].

Rezultati istraživanja provedenog u Nizozemskoj na 355 ispitanika pokazali su da je 37% medicinskih sestara prethodno bilo upoznato s konceptom integrativne medicine. Nakon završetka ankete, većina ispitanika (83%) smatrala je integrativnu medicinu vrlo važnom inovacijom u zdravstvenoj skrbi. Pozitivan stav prema integrativnoj medicini bio je značajno

povezan s prethodnom upoznatošću s konceptom (odnos šansi = 3,20; 95% interval pouzdanosti) te s vrstom zdravstvene ustanove—medicinske sestre koje rade u domovima za starije osobe imale su znatno pozitivniji stav prema integrativnoj medicini u usporedbi s onima zaposlenima u bolnicama (odnos šansi = 5,98; 95% interval pouzdanosti [193]).

Rezultati ovog istraživanja jasno ukazuju na potrebu za boljom integracijom prikupljanja podataka o primjeni KAM terapija u kliničku praksu. Većina ispitanika, više od 70% podržava uvođenje prakse evidentiranja KAM terapija u medicinsku dokumentaciju pacijenata, kao i obvezno uzimanje anamnestičkih podataka o njihovoj primjeni što je važno za osiguravanje sigurnosti pacijenata i usklađenosti terapijskih planova. Chang i sur. ističu da su prirodni dodaci prehrani, vitamini, zeleni čaj i biljni lijekovi najčešće korišteni oblici KAM-a, što naglašava važnost praćenja njihove uporabe kako bi se spriječile moguće interakcije, osobito kod pacijenata na kemoterapiji ili hormonskoj terapiji. Uključivanje pitanja o KAM-u u anamnezu predloženo je kao način za poboljšanje sigurnosti i učinkovitosti liječenja [194]. Ovo je u skladu s literaturom koja naglašava važnost multidisciplinarnih sastanaka i zajedničkih elektroničkih zdravstvenih zapisa u osiguravanju cjelovite skrbi [195-197], što potvrđuju i rezultati ovog istraživanja.

Suprotno navedenim istraživanjima, gdje liječnici pokazuju veći skepticizam od ostalih zdravstvenih radnika, Furlow i sur. u istraživanju stavova liječnika ginekologa-obstetičara i pacijentica Sveučilišne bolnice Sveučilišta Michigan koje je obuhvatilo uzorak od 401 liječnika i 483 pacijentice, ističu da su liječnici pokazali znatno pozitivniji stav prema KAM-u u odnosu na pacijentice. Većina liječnika je izvijestila o redovitom odobravanju, pružanju ili upućivanju pacijentica na barem jednu KAM metodu, dok je većina pacijentica KAM metode primjenjivala bez prethodne konzultacije sa zdravstvenim djelatnicima. Rezultati ukazuju na znakovite razlike u percepciji i prihvaćanju KAM-a između ove dvije skupine. Više od dvije trećine liječnika (66,1%) odbacilo je ideju da KAM predstavlja prijetnju javnom zdravlju, dok je taj stav dijelilo samo 42,7% pacijentica. Nadalje, 73,8% liječnika podržalo je integraciju najboljih praksi KAM-a i konvencionalne medicine, dok je sličan stav imalo samo 40,8% pacijentica. Liječnici su u velikoj većini (73,2%) iskazali slaganje s tvrdnjom da komplementarna i alternativna medicina uključuje područja i metode koje mogu biti korisne za konvencionalnu medicinu, dok je samo 6,0% liječnika izrazilo neslaganje. Preostalih 20,7% liječnika bilo je neutralno ili nije zauzelo jasan stav prema ovoj tvrdnji. U usporedbi s liječnicima, pacijentice su pokazale znatno nižu razinu slaganja s istom tvrdnjom, pri čemu je samo 40,0% izrazilo

slaganje. Neslaganje je bilo minimalno, s 2,1% pacijentica koje se nisu složile sa tvrdnjom, dok je značajan udio pacijentica (57,9%) zauzeo neutralan stav ili nije izrazio jasnu poziciju. Većina zdravstvenih radnika (68,0%) smatra da bi trebali biti u mogućnosti savjetovati svoje pacijente o najčešće korištenim metodama KAM-a, dok se s ovom tvrdnjom nije složilo 6,8%. Neutralan stav zauzelo je 25,2% liječnika. S druge strane, značajno manji udio pacijentica (43,5%) složilo se s ovom tvrdnjom, dok je 4,0% izrazilo neslaganje. Neutralan ili neodređen stav prema ovoj tvrdnji iskazalo je 52,5% pacijentica [198]. Ovi rezultati za razliku od naših, ukazuju na znakovite razlike u percepciji korisnosti KAM-a između liječnika i pacijentica, gdje liječnici općenito pokazuju veći stupanj povjerenja u potencijal KAM metoda za doprinos konvencionalnoj medicini. Moguće je da se takve razlike djelomično mogu objasniti razlikama u medicinskom obrazovanju i zdravstvenim sustavima različitih zemalja, kao i specifičnom specijalizacijom unutar koje su ispitivani liječnici. U Hrvatskoj, tradicionalno klasično medicinsko obrazovanje naglašava biomedicinski pristup.

Istraživanje koje su proveli Radovčić i Nola ispitalo je stavove i mišljenja liječnika primarne zdravstvene zaštite o KAM-u. Među 84 ispitanika, značajna većina (88%) izrazila je mišljenje kako bi metode KAM-a trebalo integrirati s konvencionalnim medicinskim postupcima, naglašavajući potencijal integrativne medicine. Nadalje, gotovo svi sudionici (98%) složili su se s potrebom vođenja evidencije u zdravstvenim kartonima pacijenata o korištenju KAM-a, što upućuje na važnost transparentnosti i praćenja ovih terapija unutar zdravstvenog sustava. Međutim, čak 76% ispitanika istaknulo je postojanje jakog otpora prema KAM-u među liječnicima u Hrvatskoj, što ukazuje na potrebu za daljnjim edukacijama i promjenama percepcije unutar medicinske zajednice [199]. Iako rezultati istraživanja Radovčića i Nole ukazuju na visoku razinu podrške integraciji KAM-a među liječnicima primarne zdravstvene zaštite, važno je napomenuti da je uzorak istraživanja relativno malen (84 ispitanika) i ograničen isključivo na liječnike obiteljske medicine. Time se ne može u potpunosti obuhvatiti šira perspektiva unutar medicinske zajednice, osobito stavovi drugih medicinskih specijalnosti i zdravstvenih radnika. Nasuprot tome, naše istraživanje, provedeno na većem uzorku koji uključuje i liječnike i medicinske sestre, pruža sveobuhvatniji uvid u stavove zdravstvenih djelatnika o KAM-u te omogućuje bolje razumijevanje širih trendova i potencijalnih razlika unutar različitih profesionalnih skupina.

Rezultati istraživanja Jurković i sur., čije istraživanje je dio znanstvenog projekta Zdravstvenog veleučilišta „Istraživanje stavova zdravstvenih radnika o komplementarnoj, alternativnoj i

integrativnoj medicini i mogućnosti njene integracije u obrazovni i zdravstveni sustav Republike Hrvatske“, pruža dodatne uvide u percepciju i stavove prema KAM-u među budućim zdravstvenim radnicima. Ispitanici su u velikom broju (80,7%) izrazili podršku za integraciju KAM-a s klasičnom medicinom, dok je 77,5% smatralo da bi se pacijenti trebali konzultirati s liječnikom prije primjene KAM terapija [200]. Slični stavovi zabilježeni su u istraživanju provedenom na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu tijekom akademske godine 2017./2018., na uzorku od 569 studenata sestrinstva, fizioterapije i sanitarnog inženjerstva. Ovo istraživanje pokazalo je da 52,5% sudionika smatra kako bi klinička medicina trebala integrirati najbolje aspekte KAM-a s klasičnom medicinom, dok je 76,6% podržalo ideju da se korištenje KAM terapija evidentira u medicinskoj dokumentaciji. Nadalje, 81,9% sudionika složilo se da pacijenti trebaju informirati medicinske timove o korištenju KAM-a. Ovi rezultati dodatno potvrđuju visok stupanj pozitivnih stavova prema KAM-u među zdravstvenim djelatnicima i budućim stručnjacima, ističući potrebu za jasnijim smjernicama i formalnim uključivanjem KAM-a u zdravstvene i obrazovne sustave [201]. Ovi rezultati sukladni su našim rezultatima, koji također ukazuju na visok stupanj podrške integraciji KAM-a među zdravstvenim radnicima. Slično kao i u našem istraživanju, prepoznaje se potreba za jasnijim smjernicama i formalnim uključivanjem KAM-a u obrazovni i zdravstveni sustav.

5.1.2. Integracija KAM-a u zdravstveni i obrazovni sustav

Integracija komplementarne, alternativne i integrativne medicine u zdravstveni sustav sve je češće predmet rasprave u suvremenoj medicini, pri čemu pojedini sustavi nastoje implementirati prakse tradicionalne, komplementarne i integrativne zdravstvene skrbi, dok ih drugi regulativnim okvirima nastoje ograničiti [202]. Iako često ističu nedostatak formalnog znanja o KAM-u, prepoznaju njezinu vrijednost kao dodatne podrške u skrbi za pacijente. Njihova percepcija KAM-a kao metode koja može poboljšati kvalitetu skrbi, potaknuti suradnju među stručnjacima i unaprijediti dobrobit pacijenata naglašava važnost sustavne edukacije i pristupa pouzdanim informacijama [203].

Prema *WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine* [54] integracija komplementarne i alternativne medicine u zdravstveni i obrazovni sustav diljem Europe značajno varira, od potpune integracije do minimalne regulacije (Tablica 56). Zemlje poput Njemačke, Švicarske i Portugala ističu se po sustavnom uključivanju KAM-a u zakonodavni okvir, edukacijske programe i zdravstvenu praksu. Primjerice, u Njemačkoj i Švicarskoj KAM

je dio formalnog obrazovanja liječnika, a određene terapije, poput homeopatije i akupunkture, priznate su i pokrivene zdravstvenim osiguranjem. Portugal je također regulirao sedam disciplina KAM-a kroz zakonodavni okvir, uključujući obvezne diplomatske programe i licenciranje praktikanata. Usporedno, Hrvatska nema nacionalnu politiku za KAM, a regulacija je ograničena na biljne lijekove, koji se tretiraju slično konvencionalnim farmaceutskim proizvodima. Edukacija o KAM-u nije formalno zastupljena u obrazovnim programima zdravstvenih radnika. Istovremeno, podaci iz europskih zemalja pokazuju da integracija KAM-a u obrazovni sustav doprinosi profesionalizaciji i standardizaciji prakse, što može povećati povjerenje pacijenata i zdravstvenih radnika. Na razini zdravstvenih sustava, primjeri zemalja poput Švicarske i Ujedinjenog Kraljevstva ukazuju na mogućnost integracije KAM-a kroz kombinaciju javnog i privatnog financiranja. U Švicarskoj određene terapije, poput akupunkture i biljnih lijekova, pokrivene su osnovnim zdravstvenim osiguranjem ako ih provode licencirani liječnici. U Ujedinjenom Kraljevstvu pluralizam u zdravstvenoj skrbi omogućuje pacijentima izbor između konvencionalne i alternativne medicine, uz djelomičnu podršku iz javnih izvora [54].

Tablica 56. Pregled regulacije, obrazovanja i financiranja KAM-a u zdravstvenom i obrazovnom sustavu zemalja Europe i regije

Zemlja	Regulacija u zdravstvenom sustavu	Edukacija i integracija u obrazovni sustav	Financiranje
Austrija	Regulirana praksa KAM-a; uključuje homeopatiju, akupunkтуру i osteopatiju.	Edukacija uključena u medicinske fakultete za liječnike; dodatni tečajevi dostupni za terapeute.	Djelomična pokrivenost zdravstvenim osiguranjem za akupunkтуру i određene KAM terapije.
Bosna i Hercegovina	KAM nije formalno reguliran; biljni lijekovi podliježu osnovnim farmaceutskim pravilima.	Edukacija nije dostupna na nacionalnoj razini; pojedinačni tečajevi dostupni kroz privatne organizacije.	Većina usluga samofinancirana.

Crna Gora	Regulacija u pripremi; trenutno nema definiranih pravila za KAM praktičare.	Edukacija nije dostupna; planiraju se suradnje s međunarodnim stručnjacima (npr. Kina).	Nema pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem.
Češka	KAM podliježe istim regulacijama kao i konvencionalni lijekovi; regulirani terapeuti.	Edukacija za akupunkturu i homeopatiju uključena u postdiplomske programe za liječnike.	Većina usluga samofinancirana; ograničena pokrivenost za akupunkturu.
Hrvatska	Regulacija ograničena na akupunkturu, biljne lijekove i dodatke prehrani.	Formalna i neformalna edukacija o KAM-u uključena kroz Hrvatski liječnički zbor i HUPED.	Djelomična pokrivenost zdravstvenim osiguranjem za akupunkturu.
Italija	KAM reguliran kroz regionalne zakone; pristup varira ovisno o regiji.	Ograničena integracija u obrazovni sustav; specijalizirani tečajevi dostupni za liječnike.	Većinom samofinanciranje; u nekim regijama djelomična pokrivenost za akupunkturu i homeopatiju.
Mađarska	Nacionalna regulacija od 1997.; uključuje naturopatiju, akupunkturu i homeopatiju.	Edukacija uključena u kurikulum za zdravstvene radnike, s dodatnim licenciranim tečajevima.	Akupunktura djelomično pokrivena u javnim bolnicama; ostalo samofinanciranje.
Njemačka	KAM uključena u zakonodavni okvir; priznate terapije poput homeopatije,	KAM dio kurikuluma na medicinskim fakultetima, s dodatnom edukacijom	Određene terapije djelomično ili potpuno pokriveno zdravstvenim osiguranjem. Homeopatija, fitoterapija i akupunktura su pokriveno u specifičnim
	akupunktura i fitoterapije.	za liječnike i farmaceute.	indikacijama (npr. akupunktura za bolove u leđima i koljenima)

Portugal	Sedam disciplina (uključujući akupunkturu i fitoterapiju) regulirane zakonom; licenciranje i certifikacija praktikanata.	Obvezni četverogodišnji diplomski programi za odabrane discipline; regulacija u suradnji s ministarstvima zdravlja i obrazovanja.	Djelomična pokrivenost od strane privatnog zdravstvenog osiguranja. Akupunktura: pokrivena u privatnim osiguranjima i djelomično u nekim javnim zdravstvenim projektima. Homeopatija, osteopatija i naturopatija: moguća pokrivenost kroz određene privatne zdravstvene police. Fitoterapija: osigurana u privatnom sektoru, ali integrirana u zdravstveni sustav kroz regulaciju i obuku stručnjaka.
Slovačka	Regulacija od 2010.; KAM terapeuti licencirani i regulirani kroz nacionalne programe.	Specijalistički studiji dostupni za akupunkturu na sveučilištima.	Akupunktura i tradicionalna kineska medicina djelomično pokrivene privatnim osiguranjem.
Slovenija	Regulacija od 2007. za akupunkturu, homeopatiju, osteopatiju i druge metode.	Edukacija nije formalizirana na sveučilištima; tečajevi su dostupni za određene metode.	Većinom samofinanciranje; usluge nisu pokrivene javnim osiguranjem.
Srbija	Regulacija od 2007.; uključuje akupunkturu, homeopatiju, tradicionalnu kinesku medicinu i druge metode.	Edukacija dostupna kroz tečajeve za liječnike, stomatologe i farmaceute; certifikacija od strane Ministarstva zdravlja.	KAM usluge nisu pokrivene zdravstvenim osiguranjem; financirane iz privatnih izvora.
Švicarska	KAM integrirana u Ustav (članak 118a);	Edukacija dostupna Kroz formalne i	Terapije poput akupunkture i Homeopatije pokrivene su

	regulirane terapije poput akupunkture, homeopatije i antropozofske medicine.	specijalizirane programe, uključujući sveučilišne razine.	Obaveznim zdravstvenim osiguranjem.
Ujedinjeno Kraljevstvo	KAM regulirana kroz zakonodavstvo i preporuke; pluralistički pristup zdravstvenoj skrbi.	KAM uključen u opcionalne edukacijske module za medicinske stručnjake; regulacija standarda za praktičare.	Većina usluga financirana privatno; ograničena pokrivenost kroz NHS za odabrane terapije. Akupunktura: pokriva se za Specifične indikacije poput kronične boli, bolova u donjem dijelu leđa, migrene i glavobolja, Te mučnine izazvane kemoterapijom. Homeopatija: dostupna u ograničenim NHS homeopatskim bolnicama (npr. u Londonu, Glasgowu, Bristolu), iako se financiranje smanjuje. Kiropraktika i osteopatija: djelomično pokriveno za liječenje mišićno-koštanih problema, obično uz uputnicu liječnika opće prakse. Fitoterapija: ograničena podrška, uglavnom kroz istraživačke projekte i specifične NHS ustanove.

U kontekstu navedenih podataka željelo se ispitati uvjerenja i stavove i spremnost zdravstvenih radnika (liječnika i medicinskih sestara) i onkoloških pacijenata za formalno uključivanje KAM u zdravstveni i obrazovni sustav, kao i razlike u njihovim percepcijama. Analiza deskriptivnih podataka pokazala je da pacijenti imaju najvišu razinu podrške za integraciju KAM-a u zdravstveni sustav, s prosječnom srednjom vrijednošću tvrdnji od 4,01 (M=4,01). S druge strane, liječnici su pokazali najnižu razinu podrške, s prosječnom

srednjom vrijednošću od 3,21 ($M=3,21$), dok su medicinske sestre zauzele srednju poziciju, s prosječnom vrijednošću od 3,76 ($M=3,76$). Ovi rezultati jasno ukazuju na razlike u percepciji među grupama, pri čemu se stavovi medicinskih sestara značajno približavaju stavovima pacijenata.

Među tvrdnjama koje su dobile najveću podršku kod svih skupina ističu se: "*KAM terapeuti trebali bi prolaziti sustav licenciranja kao i zdravstveni radnici klasične medicine*" ($M=4,23$) i "*KAM treba regulirati državnim zakonima kako bi se osigurala sigurnost pacijenata*" ($M=4,15$). Ovo ukazuje na univerzalnu prepoznatost važnosti regulacije i licenciranja KAM praksi, što je ključna komponenta za osiguranje sigurnosti pacijenata. Nasuprot tome, tvrdnje poput "*KAM terapija u načelu je opasna za pacijenta i trebalo bi je izbjegavati*" ($M=2,14$) dobile su vrlo nisku razinu slaganja, osobito među pacijentima, dok su liječnici iskazali nešto veću, ali još uvijek umjerenu razinu opreza.

Post hoc analiza Tukey testom dodatno je potvrdila statistički značajne razlike među skupinama. Pacijenti su značajno više podržavali tvrdnje poput "*KAM treba regulirati državnim zakonima*" i "*KAM terapeuti trebali bi prolaziti sustav licenciranja*" u usporedbi s liječnicima ($p < 0.05$). Medicinske sestre također su iskazale veću razinu slaganja s ovim tvrdnjama u odnosu na liječnike, što naglašava njihovu veću spremnost za integraciju KAM-a u zdravstveni sustav. Zanimljivo, razlike između pacijenata i medicinskih sestara u većini tvrdnji nisu bile statistički značajne, što potvrđuje da su stavovi medicinskih sestara bliži stavovima pacijenata. Podrška pacijenata za integraciju KAM-a u zdravstveni sustav može se povezati s njihovom motivacijom za pronalazak dodatnih ili alternativnih opcija liječenja koje podupiru holistički pristup zdravlju. S druge strane, niža razina podrške među liječnicima može odražavati veći skepticizam prema KAM-u, što je vjerojatno rezultat dominantnog biomedicinskog pristupa u njihovom obrazovanju i praksi. Nasuprot tome, medicinske sestre, koje u svojoj praksi često koriste holistički pristup, pokazuju veći interes za KAM, što potvrđuje i njihova izraženija podrška za licenciranje i regulaciju KAM terapeuta.

Strukturirani programi edukacije ključni su za osiguranje konzistentne i informirane prakse, što je temelj za sigurnu i učinkovitu integraciju KAM-a u zdravstveni sustav.

Istraživanje

provedeno među grupama za samopomoć pacijenata oboljelih od raka potvrđuje ovu

važnost, jer su sudionici nakon edukacije pokazali povećano znanje o KAM-u, veću sigurnost u pronalaženju pouzdanih informacija te češće konzultacije s liječnicima o KAM-u. Ovi rezultati ilustriraju da strukturirani edukacijski programi ne samo da povećavaju informiranost, već i potiču bolju komunikaciju između pacijenata i zdravstvenih radnika, čime se postavlja osnova za integraciju KAM-a u kliničku praksu na način koji je usmjeren na sigurnost i dobrobit pacijenata [204].

Edukacijski program Sveučilišta u Michiganu, *Integrative Oncology Scholars* (IOS) pokazao je kako strukturirana edukacija može značajno unaprijediti znanja i vještine onkologa u raspravi o komplementarnim terapijama. Program, podržan od strane Nacionalnog instituta za rak, opremio je sudionike praktičnim alatima za komunikaciju i procjenu terapija temeljenih na dokazima. Teme su uključivale upravljanje simptomima raka (umor, bol, poremećaji raspoloženja), procjenu učinkovitosti različitih modaliteta poput prehrane, tjelovježbe i prirodnih proizvoda te komunikacijske vještine za vođenje pacijenata. Edukacija je održana 2019.-2020. godine, a u program su bili uključeni stručnjaci u području onkologije, onkolozi, medicinske sestre, farmaceuti i socijalni radnici, čime se ističe važnost multidisciplinarnog pristupa. Autori naglašavaju važnost izgradnje diferenciranih obrazovnih programa za zdravstvene radnike čiji su sadržaji, naročito za liječnike, usmjereni na pružanje čvrstih znanstvenih dokaza i klinički potvrđenih primjera primjene KAM-a. S druge strane, programi za medicinske sestre trebali bi osnažiti njihovu postojeću motivaciju za holistički pristup, pružajući im dodatne alate za integraciju KAM-a u zdravstvenu praksu. Time bi se ne samo smanjio jaz u percepciji među zdravstvenim radnicima, već bi se i unaprijedila koordinacija i sigurnost u primjeni KAM-a, što je ključno za učinkovitu implementaciju u zdravstveni sustav [205].

Nedostatak akademske podrške predstavlja jednu od ključnih prepreka implementaciji KAM-a u medicinske prakse, budući da ograničena integracija KAM-a u formalne obrazovne programe dovodi do nedovoljne informiranosti i kompetencija zdravstvenih radnika. Uz to, financijska ograničenja, zahtjevna prilagodba organizacijskih struktura te osiguravanje održivih resursa dodatno otežavaju učinkovitu integraciju ovih metoda u zdravstveni sustav [206]. Za prevladavanje tih izazova ističe autor, nužno je uključiti odgovorne osobe unutar zdravstvenih ustanova, poput voditelja odjela, rukovoditelja kliničkih jedinica i članova upravljačkih struktura, te poticati otvorenu komunikaciju o rezultatima i iskustvima pacijenata kako bi se

smanjile predrasude i povećala prihvaćenost KAM-a [206]. Nadalje, nedostatak znanstvene utemeljenosti i ograničeno znanje o KAM-u također otežavaju implementaciju, što potvrđuje švedsko istraživanje koje je identificiralo manjak edukacije i nedostatak znanstvenih dokaza kao glavne prepreke razvoju KAM programa [207].

Naše istraživanje ukazuje na razlike u percepciji između zdravstvenih radnika i pacijenata, kao i između samih zdravstvenih radnika, pri čemu medicinske sestre pokazuju stavove bliže pacijentima. Najveći stupanj slaganja liječnici su izrazili tvrdnjom da znaju razliku između komplementarne i alternativne medicine što je paradoksalno budući da je slijedeća najprihvaćenija tvrdnja vezana uz činjenicu da „*Tijekom svojeg formalnog obrazovanja zdravstveni djelatnici dobiju vrlo malo ili nimalo informacija o KAM-u.*“ Iako analiza studijskih programa medicinskih fakulteta u Hrvatskoj ukazuje na to da se edukacija iz područja komplementarne i alternativne medicine (KAM), kao i integrativne medicine, još uvijek rijetko sustavno uključuje u obvezne nastavne planove, određeni fakulteti i visokoškolske ustanove ipak nude izborna predavanja i kolegije s temama vezanim uz KAM [208–211]. Stoga se ne može govoriti o potpunom izostanku edukacije, ali se može zaključiti da je ona ograničena u obuhvatu i dostupnosti. S obzirom na to da u ovom istraživanju nije bilo moguće procijeniti koliko su zdravstveni djelatnici tijekom studija bili izloženi takvom sadržaju, niti koliko ga se prisjećaju ili primjenjuju u praksi, nije moguće s punom sigurnošću procijeniti izvore njihova znanja o razlikama između komplementarne i alternativne medicine. Ipak, rezultati istraživanja ukazuju na to da zdravstveni djelatnici izražavaju određenu nesigurnost u poznavanju ovog područja, ali i otvorenost za dodatnu edukaciju. U tom kontekstu, iznimno je važno poticati otvorenu i informiranu komunikaciju između zdravstvenih djelatnika i pacijenata kada je riječ o korištenju KAM-a, osobito s obzirom na mogućnost nuspojava i kontraindikacija. Takav pristup ne samo da podržava sigurnost pacijenata, već može pridonijeti i većem međusobnom povjerenju te kvalitetnijoj skrbi.

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da 57,9% pacijenata i 59% zdravstvenih radnika smatra da poznaje razliku između KAM-a, što ukazuje na relativno visok stupanj samoprocijenjenog znanja u obje skupine. Međutim, značajan udio neutralnih odgovora zdravstvenih radnika (25,1%) sugerira potencijalne nejasnoće u razumijevanju pojmova KAM-a ili nedostatak formalnog obrazovanja o toj temi. Ovi nalazi su u kontrastu s istraživanjem Bjerså i sur. [181], koje ukazuje na znatno nižu razinu znanja među zdravstvenim radnicima u švedskim bolnicama, gdje je 95,7% ispitanika izjavilo da ima

malo ili nikakvo znanje o KAM-u. Ova razlika može odražavati varijacije u samoprocjeni znanja ili razlike u osobnim interesima.

Naše istraživanje može se usporediti sa istraživanjem Soltanipour i sur. o znanju i percepciji KAM-a među zdravstvenim djelatnicima, koje je također otkrilo nisku razinu znanja, s prosječnim rezultatom od 6.47 ± 6.17 na ljestvici do 25. Značajno je da ovo istraživanje nije pronašlo povezanost između razine znanja i demografskih ili profesionalnih varijabli, poput

spola, razine obrazovanja, mjesta rada ili profesionalnog iskustva te ističe nedostatak znanja o KAM-u među zdravstvenim radnicima kao univerzalan fenomen [212].

Nadalje, rezultati našeg istraživanja potvrđuju hipotezu da medicinske sestre imaju pozitivnije stavove od liječnika prema integraciji KAM u obrazovni sustav. Post hoc analiza Tukey testom pokazala je značajne razlike između liječnika i medicinskih sestara u 14 od 17 tvrdnji koje se odnose na percepciju potrebe za obrazovanjem o KAM-u. Na primjer, tvrdnja *"Obrazovanje iz područja KAM-a trebalo bi biti sustavno integrirano u različite klasične zdravstvene sadržaje"* postigla je visoku razinu slaganja među medicinskim sestrama (63%), dok je samo 39% liječnika dijelilo isti stav ($p < 0.05$). Slično, tvrdnja da bi zdravstveni radnici trebali imati dovoljno znanja kako bi mogli kvalificirano razgovarati s pacijentima o KAM-u dobila je podršku 58% medicinskih sestara, u usporedbi s 42% liječnika.

Analiza srednjih vrijednosti pokazala je da su pacijenti dosljedno iskazivali višu razinu slaganja s tvrdnjama koje promoviraju integraciju KAM-a. Među najviše prihvaćenim tvrdnjama pacijenata izdvajaju se: *"KAM terapeuti trebali bi prolaziti sustav licenciranja kao i zdravstveni radnici klasične medicine"* i *"Zdravstveni djelatnici trebali bi imati dovoljno znanja kako bi mogli kvalificirano razgovarati o KAM terapijama."* Pacijenti su podržali i tvrdnju da bi obrazovanje iz KAM-a trebalo biti sustavno integrirano u različite klasične zdravstvene sadržaje (61%), što je u kontrastu s liječnicima (42%). Među najviše prihvaćenim tvrdnjama među medicinskim sestrama izdvajaju se: *"Obrazovanje iz područja KAM-a trebalo bi biti sastavni dio obrazovnih planova za sve pripadnike zdravstvenih profesija"* i *"KAM terapeuti trebali bi prolaziti sustav licenciranja kao i zdravstveni radnici klasične medicine."* Ove tvrdnje također su među rijetkim koje su liječnici u značajnom broju podržali, iako na nižoj razini od medicinskih sestara.

Razlike između pacijenata i zdravstvenih radnika bile su najmanje izražene u tvrdnjama koje

su se odnosile na regulaciju KAM praksi i licenciranje terapeuta, što ukazuje na potencijal za usklađivanje stavova u ovom području. Međutim, pacijenti su izražavali viši stupanj podrške za integraciju KAM-a u obrazovne programe, naglašavajući važnost edukacije zdravstvenih radnika za poboljšanje komunikacije o KAM terapijama.

Tukey testom utvrđene su tvrdnje kod kojih razlike nisu bile statistički značajne, što dodatno ističe područja gdje stavovi liječnika i medicinskih sestara konvergiraju, poput prepoznavanja važnosti licenciranja KAM terapeuta ili reguliranja KAM praksi. Medicinske sestre, koje u

praksi često imaju bliži kontakt s pacijentima, izražavaju veću spremnost za integraciju KAM- a u formalne obrazovne programe. Nasuprot tome, liječnici, iako podržavaju neke aspekte obrazovanja o KAM-u, pokazuju veću razinu skeptičnosti prema njegovoj općoj integraciji, što se može pripisati različitim profesionalnim uvjerenjima i većem fokusu na biomedicinski pristup.

Holistički pristup sestrinstva, koji uključuje fokus na fizičko, mentalno i socijalno blagostanje pacijenata te uključivanje obitelji i zajednice u proces oporavka, čvrsto je ukorijenjen u sestrinskoj praksi [213, 214]. Ove postavke intuitivno omogućuju medicinskim sestrama da prihvate načela KAM-a i integrativne medicine, što se potvrđuje i kroz pozitivne stavove prema KAM-u, unatoč nedostatku formalne edukacije [193]. Prihvatanje ovih pristupa omogućuje medicinskim sestrama/tehničarima korištenje šireg spektra terapijskih mogućnosti, čime se olakšava odabir KAM praksi koje su najbolje prilagođene pacijentu, najmanje invazivne i najučinkovitije [180].

Nedostatak formalne edukacije o KAM-u nije specifičan samo za Hrvatsku. Primjerice, trenutni obrazovni programi u Nizozemskoj rijetko uključuju sadržaje o KAM-u, iako 47% medicinskih sestara izjavljuje da im nedostaje znanje za implementaciju KAM-a u praksi [193]. Ovo ukazuje na potrebu za sustavnom integracijom sadržaja o KAM-u u formalne obrazovne programe, što bi omogućilo strukturirano stjecanje znanja i vještina potrebnih za sigurnu i učinkovitu praksu [193]. Hewson i sur. pokazali su da ciljano obrazovanje ima transformativni učinak na stavove zdravstvenih radnika prema KAM-u. Kardiolozi s početno negativnim stavovima prema KAM-u nakon osmosatnog edukacijskog programa pokazali su pozitivniju percepciju i veću spremnost za integraciju ovih metoda u kliničku praksu [215]. Ovakav primjer može ukazivati na vrijednost ciljane edukacije u obliku stručnog usavršavanja, no pritom je važno uzeti u obzir i širi kontekst obrazovanja o KAM-u,

uključujući raznolikost sadržaja, različite profesionalne potrebe te multidisciplinarni karakter ovog područja. Upravo ta kompleksnost može biti jedan od razloga zašto su rezultati istraživanja provedenog u Sveučilišnoj bolnici u Michiganu [216], u kojem su liječnici obstretičari iskazali veću podršku edukaciji zdravstvenih radnika u odnosu na pacijentice (68% prema 43,5%), različiti od rezultata u ovom radu. Prema istraživanju Changa i suradnika, značajan interes za komplementarnu i alternativnu medicinu zabilježen je među zdravstvenim radnicima, pri čemu je 75,3% ispitanika izrazilo želju za dodatnim obrazovanjem o KAM-u. Ovo naglašava potrebu za integracijom KAM-a u formalne nastavne planove i programe zdravstvenih struka. Međutim, analiza znanja o specifičnim KAM praksama temeljenim na razini 1a dokaza pokazala je visok stupanj neodlučnosti među ispitanicima, što ukazuje na nedostatak znanja o klinički potvrđenim terapijama [194].

Naši rezultati također ukazuju na nedostatak formalnog obrazovanja o KAM-u kod zdravstvenih radnika, osobito liječnika, dok medicinske sestre pokazuju veći interes i spremnost za dodatnu edukaciju. Ovi rezultati u skladu su s rezultatima Changa i suradnika, gdje je izražena potreba za obrazovanjem bila ključan zaključak. Sličan obrazac otkriven je u istraživanju provedenom tijekom akademske godine 2017./2018. na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu na uzorku od 569 studenata sestrinstva, fizioterapije i sanitarnog inženjerstva o stavovima prema integraciji KAM-a u obrazovanje zdravstvenih djelatnika gdje je 61,7% sudionika izrazilo želju za stjecanjem znanja o KAM-u kroz formalne edukativne programe. Ovo ukazuje na otvorenost budućih zdravstvenih djelatnika za njegovo uključivanje u obrazovne programe. Sustavno obrazovanje o KAM-u može smanjiti stupanj neodlučnosti i omogućiti zdravstvenim radnicima da donose informirane odluke te pacijentima pruže precizne savjete o primjeni KAM terapija temeljenih na znanstvenim dokazima [217].

Rezultati istraživanja među učenicima srednjih medicinskih škola također ukazuju na izraženu svijest o važnosti informiranosti zdravstvenih djelatnika o korištenju KAM-a. Čak 72,4% učenika smatra kako bi pacijenti trebali otvoreno razgovarati s liječnicima i medicinskim sestrama o korištenju KAM-a, što je u skladu s rezultatima našeg istraživanja koji ističu važnost bolje komunikacije između pacijenata i zdravstvenih djelatnika kako bi se osigurala sigurnost i učinkovitost terapija. Dodatno, 72,4% učenika smatra da bi se KAM trebao integrirati u obrazovne programe medicinskih sestara/tehničara kroz strukovne predmete. Ovo ukazuje na svijest budućih zdravstvenih djelatnika o potencijalnoj koristi holističkog pristupa u liječenju, ali i na njihovu otvorenost prema inovacijama u obrazovanju.

Unatoč toj svijesti, zabrinjavajuće je da 84,7% učenika smatra kako ne zna dovoljno o KAM metodama liječenja, a informacije uglavnom dobivaju iz neslužbenih izvora poput roditelja ili interneta/medija, a ne od nastavnika u školi [218]. Ovi rezultati naglašavaju potrebu za sistemskom integracijom KAM-a u obrazovne programe srednjih medicinskih škola kako bi budući zdravstveni djelatnici bili bolje pripremljeni za informiranje pacijenata i donošenje odluka temeljenih na znanstvenim dokazima. Implementacija KAM-a u obrazovne programe ne samo da bi povećala znanje učenika, već bi također osigurala standardizaciju informacija i smanjila oslanjanje na neprovjerene izvore. Time bi se stvorila osnova za bolju komunikaciju i holistički pristup u zdravstvenoj skrbi, u skladu s potrebama pacijenata i suvremenim trendovima u medicini.

Naši rezultati pokazuju da podršku edukaciji o KAM-u kroz verificirane nastavne planove i programe izražava 41,7% svih ispitanika, pri čemu je podrška značajno veća među pacijentima

(46,8%) nego među zdravstvenim radnicima (26,5%). Medicinske sestre, unutar skupine zdravstvenih radnika, pokazale su višu razinu slaganja s tvrdnjama koje naglašavaju važnost formalnog obrazovanja o KAM-u u usporedbi s liječnicima. Ovi rezultati potvrđuju našu hipotezu da medicinske sestre percipiraju veću potrebu za obrazovanjem o KAM-u. U Hrvatskoj, manjak formalnih obrazovnih sadržaja o KAM-u tijekom studija medicine i zdravstvene njege, posebno u kliničkim predmetima, doprinosi ograničenju znanja i interesa za KAM među zdravstvenim radnicima, kako je istaknuto i u istraživanju Soltanipoura i sur. [212].

Potvrdu uvjerenja i stavova iskazanih u našem istraživanju može se pronaći i u sustavnom pregledu literature koji naglašava važnost uključivanja KAM terapija u kurikulum medicinskih studija, s naglaskom na temeljna znanja o preporukama i primjenama KAM-a. Prema autoru, integracija KAM-a s visokokvalitetnim znanstvenim dokazima omogućuje osnaživanje pacijenata u donošenju informiranih odluka koje doprinose optimalnoj zdravstvenoj skrbi [Mortada [92]. Ova perspektiva dodatno podržava nalaze našeg istraživanja, u kojem su medicinske sestre iskazale veću podršku edukaciji o KAM-u u usporedbi s liječnicima, ukazujući na prepoznavanje potrebe za sinergijom između konvencionalne medicine i KAM-a.

Rezultati našeg istraživanja i zaključci Mortade jasno ukazuju na važnost edukacije budućih

medicinskih stručnjaka kako bi se unaprijedila sigurnost, učinkovitost i individualizacija liječenja [92]. Ova poveznica dodatno opravdava nužnost uključivanja KAM-a u formalne obrazovne programe za zdravstvene djelatnike, s naglaskom na interdisciplinarnost i znanstveno utemeljenu praksu. Naše istraživanje pokazuje ograničenu integraciju KAM-a u formalne obrazovne programe zdravstvenih radnika u Hrvatskoj, što je u kontrastu s praksama medicinskih fakulteta širom svijeta. Primjeri iz Sjedinjenih Američkih Država, Njemačke, Finske, Japana i drugih zemalja pokazuju kako je KAM postao sastavni dio preddiplomskih i poslijediplomskih kurikuluma. Finska, primjerice, uključuje akupunkturu u preddiplomske programe od 1975. godine, dok je u Njemačkoj poznavanje KAM-a obavezno na medicinskim fakultetima [176].

SZO [6] ističe kako većina medicinskih fakulteta u SAD-u nudi tečajeve o KAM-u, a od 1997. liječnicima primarne zdravstvene zaštite preporučuje se dodatna obuka za integraciju homeopatije. Sveučilišta sestrinstva u Sjedinjenim Američkim Državama uključuju komplementarnu i alternativnu medicinu u svoje kurikulume. Primjer toga je Sveučilište Colorado u Coloradu, gdje se na preddiplomskoj razini studentima nudi izborni kolegij *Komplementarne terapije*. Kolegij pruža pregled različitih KAM terapija, koje predaju iskusni KAM terapeuti. Studenti imaju priliku istražiti teorijske temelje i učinkovitost terapija, povezati se s praktičarima u tom području i primijeniti stečena znanja u budućem radu s pacijentima. Ova inicijativa ne samo da educira buduće medicinske sestre/tehničare, već i studente iz drugih područja zdravstvenih znanosti, biologije i psihologije, promovirajući holistički pristup zdravstvenoj skrbi [219].

Globalne inicijative naglašavaju važnost formalnog obrazovanja o KAM-u, posebno u kontekstu suvremenih potreba zdravstvene skrbi. Naši rezultati, koji ukazuju na razlike u percepciji među zdravstvenim radnicima, podržavaju ideju da sustavna edukacija o KAM-u može povećati razumijevanje i spremnost za njegovu integraciju u zdravstveni sustav. Također, pozitivne prakse nekih zemalja mogu poslužiti kao smjernice za prilagodbu obrazovnih programa u Hrvatskoj.

Hrvatska bi mogla koristiti primjere drugih zemalja za oblikovanje politika i edukacijskih programa koji potiču standardizaciju i sigurnost KAM praksi, uz podršku znanstvenih dokaza i stručnog osposobljavanja. Integracija u obrazovni i zdravstveni sustav može poslužiti kao temelj za održiv razvoj KAM-a i povećanje dostupnosti ovih usluga pacijentima.

5.1.3. Uvjerenja i stavovi u učinkovitost KAM terapija

Stavovi zdravstvenih radnika i pacijenata prema učinkovitosti KAM-u otkrivaju obrasce podrške, ali i skepticizma unutar ove dvije skupine. Tvrdnje koje se odnose na holistički pristup zdravlju i integraciju pacijentovih vrijednosti i uvjerenja u proces zdravstvene skrbi uživaju najveću podršku među ispitanicima. Primjerice, tvrdnja „*Pacijentova očekivanja, uvjerenja i vrijednosti moraju biti integrirani u proces zdravstvene skrbi*“ pokazala je najvišu razinu slaganja, pri čemu je 45,1% ispitanika izrazilo umjereno slaganje, a 27,5% potpuno slaganje. Ovaj rezultat upućuje na snažan konsenzus o važnosti personaliziranog pristupa, što može pružiti temelj za prihvaćanje određenih aspekata KAM-a u zdravstvenoj skrbi. Tvrdnja „*Fizičko i mentalno zdravlje održava se unutar njom energijom ili životnom silom*“ dodatno potvrđuje sklonost prema holističkom pristupu, pri čemu je 39,3% ispitanika pokazalo umjereno slaganje, dok se 26% u potpunosti složilo. Pacijenti su iskazali veću podršku ovoj tvrdnji (46,3% uglavnom se slaže, 25,9% u potpunosti), u usporedbi sa zdravstvenim radnicima. Istovremeno,

tvrdnja „*Terapije KAM-a uključuju ideje i metode od kojih klasična medicina može profitirati*“ bila je podržana od strane 36,9% ispitanika koji su se uglavnom složili, dok je 16% u potpunosti podržalo ovu tvrdnju, pri čemu pacijenti pokazuju veći entuzijazam.

S druge strane, tvrdnje vezane uz znanstvenu utemeljenost i percepciju rizika pokazuju određenu podršku prema KAM-u, ali i izražavaju suzdržanost. Rekodirana tvrdnja „*Komplementarne i alternativne metode prijetnja su javnom zdravlju (R)*“ ukazuje na to da se većina ispitanika ne slaže s percepcijom KAM-a kao prijetnje. Neutralni odgovori čine značajan udio (26,9%), dok se 32,7% djelomično ne slaže, a 30,6% u potpunosti ne slaže s ovom tvrdnjom. Ovi rezultati sugeriraju da većina ispitanika ne percipira KAM kao prijetnju javnom zdravlju, što odražava umjereni stav prema integraciji ovih metoda. Slično, kod rekodirane tvrdnje „*Terapije koje nisu testirane po znanstvenim principima moraju biti zabranjene (R)*“, dominantan udio neutralnih odgovora (45,8%) ukazuje na neodlučnost među ispitanicima. Ipak, 16,5% uglavnom se ne slaže, dok se 8,4% u potpunosti ne slaže s ovim stavom, što ukazuje na blagu tendenciju podrške prema korištenju nekih metoda KAM-a, čak i onih koje nemaju čvrstu znanstvenu potvrdu. Tukey test pokazuje statistički značajne razlike između ovih skupina u 13 od 15 analiziranih tvrdnji, pri čemu su liječnici najmanje skloni podržati KAM, dok medicinske sestre zauzimaju srednji stav, često bliži pacijentima

nego liječnicima.

Tvrdnja „*KAM metode su prijetnja javnom zdravlju*“ u ovom istraživanju uključena je u sklop kognitivne komponente stavova, a može se interpretirati na više razina – kao percepcija o nesigurnosti pojedinih metoda za korisnika, ali i kao šira zabrinutost za moguće negativne posljedice na zdravstveni sustav, primjerice kroz odgađanje konvencionalnog liječenja, smanjenje povjerenja u medicinske autoritete ili stvaranje dodatnih troškova. Iako nije bilo moguće detaljno ispitati kako su ispitanici razumjeli ovu tvrdnju, rezultati sugeriraju nisku razinu slaganja s njom, što može upućivati na relativno visoku razinu povjerenja u sigurnost i opravdanost korištenja KAM-a. Sličan obrazac zabilježen je i u sustavnom pregledu Zhaa i suradnika, u kojem je analizirano 12 studija te je utvrđeno da je slaganje s ovom tvrdnjom bilo nisko – u rasponu od 0% do 40,6% [220]. Usporedivo s tim rezultatima, rezultati ovog istraživanja također pokazuju ograničeno prihvaćanje ideje da KAM predstavlja ozbiljnu prijetnju javnom zdravlju.

Prema literaturi, negativni stavovi liječnika onkologa prema KAM-u često proizlaze iz potrebe za praksom temeljenoj na dokazima i fokusiranosti na sigurnost terapijskih ishoda [221, 222]. Yang i sur. dodatno ističu da nepovjerenje raste kada liječnici svjedoče štetnim učincima KAM terapija koje se kombiniraju s konvencionalnim liječenjem, što dodatno otežava njihovo prihvaćanje u okviru standardne medicinske prakse [222]. Takav stav ne mora uvijek biti izravno povezan s poznavanjem KAM metoda, već i s profesionalnim kontekstom u kojem su ishodi liječenja često podložni vrlo preciznim terapijskim protokolima, kao što su kemoterapija ili imunoterapija. U takvim slučajevima kliničarima može biti važniji anamnestički podatak o korištenju KAM-a, kako bi se izbjegle moguće interakcije, nego detaljno poznavanje svake pojedine metode. Rezultati našeg istraživanja pokazuju sličan obrazac suzdržanosti, s dominacijom neutralnih stavova prema tvrdnjama koje propituju učinkovitost i sigurnost KAM-a. U tvrdnji „*Terapije koje nisu testirane po znanstvenim principima moraju biti zabranjene (R)*“, neutralan stav dominira (45,8%), dok se 16,5% ispitanika uglavnom slaže, a 8,4% u potpunosti slaže s tvrdnjom. Slično je i s tvrdnjom „*Ljuti me kada ljudi koriste KAM metode vjerujući u njihovu učinkovitost (R)*“, gdje također prevladava neutralan odgovor (43,1%). Ovi rezultati mogu upućivati na opreznost, ali i na mogući odmak zdravstvenih djelatnika od emocionalno obojenih reakcija, s fokusom na kliničku sigurnost i profesionalnu odgovornost.

Za razliku od našeg, u istraživanju Furlow i sur., liječnici su pokazali umjereno visok stupanj

slaganja (59,3%) s tvrdnjom da KAM pristupi imaju potencijal za učinkovito liječenje simptoma, stanja i/ili bolesti, dok je 10,2% izrazilo neslaganje. Preostalih 30,5% liječnika zauzelo je neutralan stav ili nisu zauzeli jasno stajalište. Nadalje, liječnici su većinom izrazili neslaganje s tvrdnjom da neki od KAM pristupa imaju ograničene zdravstvene koristi bez učinkovitosti na liječenje simptoma, stanja i/ili bolesti (46,7%), dok se tek 1/4 složila s ovom tvrdnjom. S druge strane, pacijentice su pokazale nižu razinu slaganja s ovom tvrdnjom, pri čemu se 35,2% složilo, a samo 2,5% izrazilo neslaganje [198].

Prema rezultatima istraživanja, provedenog na studentima zdravstvenih studija, 58,1% ispitanika složilo se, u većoj ili manjoj mjeri, s tvrdnjom da „*KAM terapije stimuliraju prirodne iscjeljujuće snage u tijelu*“, dok je samo 3,2% izrazilo neslaganje. Slično tome, većina ispitanika (58,1%) zauzela je neutralan stav prema tvrdnji da su učinci KAM terapija najčešće rezultat placebo efekta [200]. Ovi rezultati ukazuju na izraženu neodlučnost budućih zdravstvenih radnika u procjeni učinkovitosti KAM-a, što se dijelom podudara s našim rezultatima. Visoka razina neutralnih odgovora u oba istraživanja može se potencijalno pripisati nedovoljnoj informiranosti ili nedostatku znanstveno utemeljenih dokaza koji bi podržali ili opovrgli uporabu ovih metoda. Istovremeno, s obzirom da se radi o studentima može se pretpostaviti da određeni dio ispitanika nije u potpunosti formirao stavove o KAM-u, što može predstavljati priliku za edukaciju i informiranje o ovim metodama.

5.1.4. Uvjerenje u terapijsku djelotvornost pojedine tehnike KAM-a

Analiza stavova pacijenata i zdravstvenih radnika prema terapijskoj djelotvornosti pojedinih KAM metoda otkriva značajne razlike u percepciji učinkovitosti ovih tehnika. Pacijenti su, u pravilu, skloniji pozitivnijem vrednovanju KAM metoda u usporedbi sa zdravstvenim radnicima, što ukazuje na različite razine povjerenja i informiranosti unutar ovih dviju skupina. Masažne tehnike, primjerice, uživaju široko prihvaćanje kod obje skupine, pri čemu ih većina ispitanika prepoznaje kao učinkovite ili potpuno učinkovite (70,2% pacijenata i 64,4% zdravstvenih radnika). S druge strane, tehnike poput duhovnih iscjeljenja i bioenergije izazivaju veće podjele u stavovima. Pacijenti u većem postotku percipiraju ove metode kao učinkovite (42,7% za duhovna iscjeljenja i 41,2% za bioenergiju) nego zdravstveni radnici, kod kojih taj udio iznosi 34,6% i 31,1%. Ove razlike odražavaju raznolike svjetonazore i razine informiranosti među ispitanicima. S druge strane, korištenje medicinske marihuane

dobilo je značajnu podršku s obje strane, pri čemu je preko polovice ispitanika (52,9% pacijenata i 50,5% zdravstvenih radnika) smatra učinkovitim ili potpuno učinkovitom terapijom, što upućuje na veću prihvaćenost metoda koje su bolje istražene i prepoznate unutar medicinske zajednice. Među najmanje prihvaćenim metodama prema percepciji njihove učinkovitosti istaknule su se reiki i hipnoza, te ajurveda, osteopatija, i aromaterapija uz izraženu podijeljenost stavova. Na primjer, značajan dio pacijenata, njih 57,1% za reiki i 62,9% za ajurvedu, izjavilo je da nikada nije čulo za ove metode, dok su ti postoci među zdravstvenim radnicima znatno niži, iznoseći 13,5% za reiki i 16,4% za ajurvedu.

Navedene KAM tehnike klasificirane su u tri glavne kategorije – prirodne, energetske i duhovne prema klasifikaciji Hrvatske udruge za prirodnu, energetske i duhovnu medicinu (HUPED) [223]. Analiza prihvaćenosti prirodnih, energetskih i duhovnih metoda KAM-a, grupiranih prema navedenoj klasifikaciji, pokazuje značajne razlike uvjerenja i stavova u odnosu na sociodemografske karakteristike ispitanika. Prirodne metode ($M=3,21$, $SD=1,01$), poput korištenje ljekovitog bilja, homeopatije i medicinske marihuane, pokazuju relativno visoku razinu prihvaćenosti, osobito među pacijentima (rang = 201,08), dok liječnici iskazuju najmanju sklonost prema ovoj kategoriji (rang = 88,74). Statistički značajne razlike prema spolu ukazuju na veću prihvaćenost svih metoda KAM-a među ženama ($p < 0,05$), dok su muškarci pokazali niže rangove i vrijednosti faktora. Dob ispitanika također se pokazala značajnim prediktorom ($p < 0,05$), pri čemu stariji ispitanici su iskazali veću sklonost prema prirodnim, energetskim i duhovnim metodama. Razina obrazovanja utjecala je na prihvaćenost,

gdje ispitanici s višom stručnom spremom (VSS) su pokazivali najmanju prihvaćenost svih metoda ($p < 0,05$). S obzirom na zanimanje, liječnici su imali najniže rangove za sve kategorije KAM-a ($p < 0,05$), dok su medicinske sestre i pacijenti pokazali znatno veću otvorenost prema KAM-u. Duljina staža pokazala je sličan obrazac, pri čemu ispitanici s manje od pet godina radnog iskustva imali najniže rangove ($p < 0,05$). Vjersko opredjeljenje također je bilo statistički značajan prediktor ($p < 0,05$); ateisti su imali najniže rangove za energetske i duhovne metode. Ispitanici s primanjima iznad prosjeka su iskazivali najmanju sklonost prema svim kategorijama KAM-a ($p < 0,05$). Zanimljivo, bračni status, rad u djelatnosti onkologije i područje stanovanja nisu pokazali statistički značajan utjecaj ($p > 0,05$). Ovi rezultati ukazuju na utjecaj sociodemografskih čimbenika na percepciju i prihvaćenost KAM-a, što pruža dodatni kontekst za razumijevanje obrazaca korištenja ovih metoda među ispitanicima različitih karakteristika.

Prema rezultatima istraživanja, podržavajući stavovi medicinskih djelatnika prema KAM-u često proizlaze iz prepoznate terapijske djelotvornosti specifičnih metoda. Primjerice, istraživanje provedeno u Indiji otkrilo je da je više od polovice liječnika koji rade u tercijarnim bolnicama primjenjivalo KAM terapije, pri čemu je homeopatija bila najčešće korištena metoda. Ti liječnici su prepoznali korisnu ulogu KAM-a i aktivno preporučivali te terapije svojim pacijentima [224]. Slični rezultati zabilježeni su u Švicarskoj, gdje su zdravstveni djelatnici prepoznali korisnost komplementarne medicine u liječenju kronične boli, osobito kroz akupunkturu, hipnozu i osteopatiju. Čak 96,9% sudionika u toj studiji izrazilo je snažnu podršku za uključivanje komplementarne medicine u bolničku skrb za kroničnu bol, prepoznajući ove metode kao ključne [225]. Rezultati našeg istraživanja nisu potvrdili gore navedeno. Samo 28,2% zdravstvenih radnika hipnozu smatra učinkovitom ili potpuno učinkovitom, a homeopatiju 35,7%.

Među terapijama KAM-a, najprepoznatije i s najvećim potencijalom za integraciju u konvencionalnu medicinu bile su masaža (uključujući relaksacijsku masažu i masažu ruku/nogu), terapije usmjerene na životni stil (savjetovanje pacijenata o promjenama u načinu života poput vježbanja, prehrane, upravljanja stresom i prestanka pušenja) te glazbene terapije (terapijska upotreba glazbe za poticanje ozdravljenja i zadovoljenje potreba pacijenata). Ove terapije su zbog svojih mehanizama djelovanja, koji se dobro uklapaju u dominantne paradigme zapadne medicine, percipirane kao prikladne za integraciju u aktivnosti zdravstvene skrbi [193].

Prema sustavnom pregledu Alrowaisa i Alyousefija, religijski rituali predstavljaju najzastupljeniji oblik KAM-a među populacijom Saudijske Arabije i Bliskog Istoka. Prakse poput recitiranja Kur'ana, molitvi, konzumacije Zamzam vode ili vode nad kojom su izgovorene molitve, kao i upotreba crnog kima, često se koriste osobito među pacijentima oboljelima od raka [226]. Sličan obrazac zabilježen je i u našem istraživanju, gdje je molitva jedna od najčešće korištenih metoda KAM-a među onkološkim pacijentima, što upućuje na univerzalnu prisutnost duhovnih i religijskih pristupa u kontekstu suočavanja s bolešću.

Slično našem istraživanju, Chang i suradnici proveli su istraživanje koje je, osim onkoloških pacijenata i zdravstvenih radnika, obuhvatilo i ne-onkološke dobrovoljce. Rezultati su pokazali da su metode poput prirodnih dodataka prehrani, vitamina, biljnih pripravaka i narodnih lijekova, bile najzastupljenije među ispitanicima. Manipulativne i tjelesne prakse, uključujući masažu, akupunkturu, jogu i kiropraktiku, također su bile široko prihvaćene među

korisnicima. S druge strane, energetske metode, poput bioenergije, biofeedbacka i meditacije, bile su rjeđe zastupljene. Najmanje korišteni oblici uključivali su cjelovite medicinske sustave, primjerice homeopatiju i tradicionalnu kinesku medicinu, što sugerira selektivan pristup korisnika prema različitim metodama KAM-a [227].

Istraživanje Furlow i sur. je pokazalo da je većina liječnika imala pozitivan stav prema učinkovitosti specifičnih KAM metoda. Metode za koje su liječnici smatrali da su izrazito ili umjereno učinkovite uključuju biofeedback (73,8%), kiropraktiku (65,6%), akupunkturu (62,4%) i meditaciju (61,9%). Ove metode percipirani su kao značajno korisni u kliničkoj praksi. Ostale metode, poput hipnoze ili vođenih imaginacija (46,2%), biljne medicine (41,2%) i glazbene terapije (36,8%), također su prepoznate kao korisne, iako u manjoj mjeri. Manje popularne metode uključuju terapijski dodir (36,8%), tradicionalnu kinesku medicinu (27,8%), homeopatiju (24,9%) i posebne dijetete (23,4%), dok su bioenergetske terapije (20,2%) i aromaterapija (13,6%) bile među najmanje ocijenjenima. Važno je napomenuti da je vrlo mali broj liječnika neke od ovih metoda smatrao potencijalno štetnima za pacijente, što ukazuje na općenito pozitivan stav prema sigurnosti i korisnosti integracije KAM metoda u kliničku praksu. Najčešće korištene metode među pacijenticama bile su joga (14,0%), imaginacija/vizualizacija (10,4%), meditacija (7,7%) i glazbena terapija (5,6%). Ovi rezultati ukazuju na sklonost pacijentica metodama koji su lako dostupni i mogu se samostalno prakticirati. Zanimljivo je da su liječnici visoko ocijenili meditaciju i vođenu imaginaciju kao učinkovite oblike KAM-a, što se poklapa s izborima pacijentica. Međutim, metode koje su liječnici također ocijenili visoko, poput biofeedbacka, kiropraktike i akupunkture, nisu bili visoko ocijenjeni od strane pacijentica. Dodatno, metode koje su liječnici ocijenili najmanje učinkovitima, poput aromaterapije, bioenergetskih terapija i homeopatije, podudaraju se sa stavovima pacijentica, što u ovom istraživanju odražava slične percepcije učinkovitosti među pružateljima zdravstvene skrbi i korisnicima [198]. Ovi rezultati ističu potrebu za boljim informiranjem pacijentica o širokom spektru dostupnih KAM opcija i njihovim potencijalnim koristima, osobito onih koje zdravstveni radnici smatraju učinkovitima.

Rezultati švedskog nacionalnog istraživanja provedenog među zdravstvenim djelatnicima u kirurškoj skrbi, pokazivali su određene sličnosti i razlike u percepciji učinkovitosti pojedinih KAM metoda u usporedbi s našim istraživanjem. U njihovom istraživanju najčešće klasificirane komplementarne terapije bile su masaža, manualne terapije (kiropraktika,

osteopatija) i akupunktura, dok su među alternativnim metodama prednjačili biljni pripravci, dodaci prehrani, homeopatija i duhovno iscjeljenje [181]. Ovo se podudara s našim rezultatima, gdje su masažne tehnike i kiropraktika također prepoznate kao najučinkovitije, s 70,2% pacijenata i 64,4% zdravstvenih radnika koji su masažu ocijenili učinkovitom ili potpuno učinkovitom, te 63,9% pacijenata i 52,8% zdravstvenih radnika koji su na sličan način ocijenili kiropraktiku. Slično švedskom istraživanju, reiki i ayurveda nisu među najčešće preporučivanim terapijama, što odražava ograničenu informiranost i prihvaćenost među ispitanicima. U našem istraživanju, 57,1% pacijenata nije čulo za reiki, dok je kod ayurvede taj postotak još viši (62,9%), iako su zdravstveni radnici bolje upoznati s ovim metodama.

U sustavnom pregledu literature u koji je bilo uključeno 26 znanstvenih članaka o stavovima studenata sestrinstva prema KAM, utvrđeno je da studenti smatraju masažu i ljekovito bilje najučinkovitijim oblicima KAM-a [220]. Ovi rezultati pokazuju globalni trend prepoznavanja masaže i ljekovitog bilja kao pristupa s visokim potencijalom primjene. U našem istraživanju, masaža i ljekovito bilje također su visoko pozicionirani među zdravstvenim radnicima i onkološkim pacijentima kao metode KAM-a koje percipiraju kao najučinkovitije. Ovakvo preklapanje ukazuje na univerzalnu privlačnost i povjerenje u ove tehnike, vjerojatno zbog njihove raširenosti i dugogodišnje tradicije primjene.

Istraživanje koje su proveli Živčić i sur. tijekom 2011. i 2012. godine na uzorku od 325 zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj obuhvatilo je liječnike, medicinske sestre/tehničare i fizioterapeute iz privatnih i javnih zdravstvenih ustanova. Analiza rezultata je otkrila da liječnici izražavaju veći skepticizam prema duhovnim i intuitivnim metodama liječenja te

osteopatskim i manualnim terapijama, dok razlike u stavovima prema akupunkturi, kiropraktici i masaži nisu bile statistički značajne. Za sve navedene metode u našem istraživanju, razlike u uvjerenjima i stavovima između liječnika i medicinskih sestara bile su statistički značajne, pri čemu su liječnici dosljedno izražavali veći skepticizam u odnosu na medicinske sestre ($p < 0,001$). Nadalje, demografski čimbenici poput spola ($T=-1.411$, $p=0.159$), obrazovanja ($F=2.372303$, $p=0.095$) i radnog staža ($F=0.833$, $p=0.436$) nisu pokazali značajan utjecaj na stavove prema KAM-u [228]. Naši rezultati također potvrđuju da liječnici izražavaju veći skepticizam prema duhovnim i energetskim metodama pokazujući najniže prosječne vrijednosti za metode poput duhovnog iscjeljenja ($M = 2,22$), bioenergije

($M = 1,98$), reiki terapije ($M = 2,27$) i zagovaračke molitve za drugoga ($M = 2,33$), dok su medicinske sestre i pacijenti iskazali značajno više prosječne ocjene za ove metode ($p < 0,001$). S druge strane, za metode poput masažnih tehnika i kiropraktike nije bilo izraženih razlika u odnosu na druge skupine ispitanika, što se također podudara s nalazima Živčića i sur.

Dodatno, u navedenom istraživanju analiza nije identificirala značajan utjecaj spola, obrazovanja i radnog staža na stavove prema KAM-u, što je djelomično potvrđeno i našim istraživanjem. Iako smo pronašli statistički značajne razlike s obzirom na obrazovanje i duljinu staža ($p < 0,05$), liječnici su dosljedno iskazivali veću skeptičnost prema KAM metodama, dok su pacijenti i medicinske sestre imali pozitivnije stavove. Time naši rezultati dodatno potvrđuju da profesionalni kontekst igra dominantnu ulogu u oblikovanju percepcije KAM-a, dok osobni demografski čimbenici imaju slabiji utjecaj.

Rezultati istraživanja Čižmešija ukazuju na to da su biljni pripravci najčešće korištena metoda KAM-a, s prevalencijom od čak 71,9% među ispitanicima. Ovo pokazuje kako ljekovito bilje ima važnu ulogu u zdravstvenim praksama, pri čemu značajan udio korisnika koristi ovu metodu kao dopunu konvencionalnom liječenju [72]. Naši rezultati potvrđuju ovu dominaciju biljnih pripravaka, s time da 47% ispitanika u našem istraživanju smatra ljekovito bilje učinkovitim, dok 22,7% njih ovu metodu ocjenjuje potpuno učinkovitim. Ovi podaci jasno upućuju na široko prihvaćanje biljnih pripravaka kao jednog od najprihvaćenijih oblika KAM-a, što ukazuje na njihovu važnost i povjerenje koje uživaju među korisnicima. U usporedbi, homeopatija je u našem istraživanju pokazala nižu razinu prihvaćenosti u odnosu na biljne pripravke, s 33,1% ispitanika koji je ocjenjuju učinkovitim i 12,4% koji je smatraju potpuno učinkovitim. Ipak, rezultati istraživanja Čižmešija također ukazuju na prisutnost homeopatije u zdravstvenim praksama, iako njena uporaba zaostaje za biljnim pripravcima po učestalosti

korištenja. Diskrepancija između biljnih pripravaka i homeopatije može se dijelom objasniti razinom znanstvene podrške i dostupnošću informacija o tim metodama. Naši rezultati također ukazuju na značajnu razliku u percepciji i korištenju KAM metoda među ispitanicima različitih sociodemografskih profila, pri čemu pacijenti i zdravstveni radnici pokazuju različite razine prihvaćenosti. Biljni pripravci su, kako u našem istraživanju tako i u istraživanju Čižmešija, univerzalno prepoznati kao metoda s velikim potencijalom za dopunu konvencionalnoj medicini. Jedan od mogućih razloga za visoku razinu podrške

korištenju biljnih pripravaka u hrvatskom kontekstu može biti i postojanje Pravilnika o biljnim i tradicionalnim biljnim lijekovima, koji osigurava njihovu registraciju i regulaciju unutar nacionalnog zakonodavnog okvira [229]. Ovakva institucionalna podrška vjerojatno doprinosi percepciji sigurnosti i prihvatljivosti biljne terapije među ispitanicima. Ovi rezultati otvaraju prostor za daljnje istraživanje kako bi se razumjelo što motivira korisnike da posegnu za KAM metodama i kako se njihovo povjerenje može bolje usmjeriti kroz informiranje i edukaciju.

Istraživanje Marijanović i sur. pokazuje da korištenje biljnih pripravaka dominira među korištenim oblicima KAM-a u onkološkoj populaciji (58,3%), dok ih 22,2% koristi vitamine i minerale. Posebno se ističe upotreba kanabinoidnog ulja, koje je u ovom istraživanju prepoznato kao relevantno za onkološke pacijente, s prevalencijom korištenja od 19,4% [230]. Iako istraživanje nije uključivalo specifične podatke o prevalenciji primjene medicinske marihuane, rezultati pokazuju da pacijenti ovu metodu percipiraju kao prilično učinkovitu. Naime, 36,1% ispitanika ocijenilo je medicinsku marihuanu učinkovitim oblikom terapije, a dodatnih 15,6% smatralo ju je potpuno učinkovitom. S druge strane, 26,6% zauzelo je neutralan stav, dok je 8,2% ocijenilo ovu metodu neučinkovitom. Ovi rezultati upućuju na relativno visoku razinu povjerenja pacijenata u terapijski potencijal medicinske marihuane. U tom kontekstu, važno je istaknuti da je medicinska marihuana u Republici Hrvatskoj zakonski odobrena i dostupna za određene indikacije [151], što može dodatno utjecati na percepciju legitimnosti i prihvatljivosti ove metode – ne samo među pacijentima, već i među zdravstvenim djelatnicima. Ova regulativna dimenzija može djelomično objasniti višu razinu prihvaćanja u odnosu na druge KAM metode te istaknuti važnost daljnjeg istraživanja uloge medicinske marihuane u integrativnoj onkološkoj skrbi.

Rezultati istraživanja Jurković i Racz pokazuju da budući zdravstveni radnici kao najučinkovitije KAM metode percipiraju masažne tehnike, kiropraktiku i akupunkturu, dok su joga i ljekovito bilje također visoko ocijenjeni. S druge strane, najmanje učinkovitim metodama smatraju meditaciju, homeopatiju i reiki. Učestalost nepoznavanja određenih metoda, poput reikija (25,8%) i ayurvede (22,6%), ističe potrebu za boljim razumijevanjem ovih praksi, dok je apiterapija najnepoznatija (32,3%), što se pripisuje nerazumijevanju termina [200]. U našem istraživanju, masažne tehnike također dobivaju najviše pozitivnih ocjena, gdje ih 70,2% pacijenata i 64,4% zdravstvenih radnika smatra učinkovitim ili potpuno učinkovitim, čime se potvrđuje njihova popularnost i među trenutnim zdravstvenim radnicima. Slično, kiropraktika se prepoznaje kao korisna, s 63,9% pacijenata i 52,8%

zdravstvenih radnika koji je ocjenjuju pozitivno. Međutim, rezultati pokazuju razlike u percepciji metoda poput meditacije i duhovnih

iscjeljenja. Meditaciju 47,6% pacijenata i 48,6% zdravstvenih radnika smatra učinkovitom, dok je u istraživanju Jurković i Racz ona svrstana među najmanje učinkovite metode. Reiki je također izazvao slične razlike – značajan postotak pacijenata (57,1%) izjavio je da nikada nije čuo za reiki, dok je taj postotak kod zdravstvenih radnika bio samo 13,5%. Homeopatija i bioenergija pokazuju podijeljene stavove. U našem istraživanju, 45,2% pacijenata i 45,7% zdravstvenih radnika smatra homeopatiju djelomično ili potpuno učinkovitom, dok je u istraživanju Jurković i Racz homeopatija među najmanje učinkovitima. Bioenergija izaziva sličnu podjelu, gdje je 41,2% pacijenata smatra učinkovitom, ali samo 31,1% zdravstvenih radnika dijeli taj stav.

Usporedba rezultata istraživanja Kust i sur. iz razdoblja 2014–2015 i našeg istraživanja provedenog skoro deset godina kasnije u istoj bolnici otkriva zanimljive promjene u percepciji i korištenju KAM-a [231]. Dok je istraživanje Kust i sur. pokazalo da je 60,3% pacijenata koristilo barem jednu KAM metodu, s naglaskom na naturopatiju i narodnu medicinu (40,4%), ljekovito bilje (19,9%) te specifične dodatke prehrani (20,2%), u našem istraživanju dolazi do promjene u percepciji učinkovitosti određenih metoda, poput masaže i meditacije. Najznačajniji pomak zabilježen je u percepciji masaže, koja je u istraživanju Kust i sur. bila marginalno zastupljena (1,1%), dok u ovom istraživanju postiže visoke ocjene učinkovitosti – 70,2% pacijenata i 64,4% zdravstvenih radnika smatra ju učinkovitom ili potpuno učinkovitom. Ova promjena u percepciji može biti dijelom rezultat prepoznavanja specifičnih terapijskih oblika masaže, poput manualne limfne drenaže, koja se sve češće koristi u kliničkoj praksi, osobito kod onkoloških pacijenata. Limfna drenaža, kao oblik ručne terapije, primjenjuje se u ublažavanju tegoba izazvanih limfedemom, osobito nakon kirurškog zahvata ili radioterapije kod karcinoma dojke. Sustavni pregled literature ukazuje na to da manualna limfna drenaža može imati pozitivan učinak na smanjenje volumena limfedema i poboljšanje kvalitete života kod oboljelih pacijenata, čime se dodatno potkrepljuje njezina terapijska relevantnost u suvremenoj onkološkoj skrbi [232]. Slično, meditacija, koja je u ranijem istraživanju korištena od samo 1,1% pacijenata, sada ima znatno veću prihvaćenost, gdje ju 47,6% pacijenata i 48,6% zdravstvenih radnika prepoznaje kao korisnu. S druge strane, reiki i energetske terapije ostaju marginalizirane u oba istraživanja. Oba istraživanja pokazuju podijeljene stavove o homeopatiji. U istraživanju Kust i sur., 3,4% pacijenata koristilo je homeopatske pripravke, dok u našem istraživanju 45,2% pacijenata i

45,7% zdravstvenih radnika smatra homeopatiju djelomično učinkovitom, što ukazuje na veću prihvaćenost ovog pristupa tijekom posljednjeg desetljeća.

Duhovna skrb zauzima važno mjesto u pružanju holističke zdravstvene skrbi, no njezino uključivanje u obrazovne programe često je nedostatno. Prema istraživanju Crnković i sur.

[233] provedenom na studentima zdravstvenih i drugih znanosti Sveučilišta u Zagrebu, većina studenata pokazuje pozitivan stav prema duhovnoj skrbi, povezujući je s moralom, nadom, oprostom i traženjem smisla u životnim iskustvima. Međutim, 70,8% studenata smatra da nisu dovoljno educirani za prepoznavanje duhovnih potreba svojih pacijenata, dok 65,8% nije imalo nikakvu formalnu edukaciju o ovoj temi. Unatoč tome, studenti vjeruju da je duhovna skrb

ključna za kvalitetnu zdravstvenu njegu, pri čemu naglašavaju važnost empatije, podrške i provođenja vremena s pacijentima kao temeljnih elemenata pružanja duhovne skrbi. Analiza sociodemografskih čimbenika pokazuje da žene češće prijavljuju praktična iskustva s pacijentima koji imaju duhovne potrebe i snažnije izražavaju potrebu za formalnom edukacijom o ovoj temi u usporedbi s muškarcima. Studenti zdravstvenih znanosti, koji su u izravnijem kontaktu s pacijentima, češće se susreću s duhovnim potrebama pacijenata, dok studenti tehničkih i društvenih znanosti imaju manje praktičnog iskustva. Zanimljivo je da religijska pripadnost nije imala značajan utjecaj na percepciju duhovne skrbi, što sugerira da studenti duhovnost doživljavaju kao univerzalan koncept, odvojen od specifičnih vjerskih uvjerenja. Ovi rezultati naglašavaju jaz između očekivanja pacijenata i pripremljenosti zdravstvenih djelatnika da odgovore na njihove duhovne potrebe. Nedostatak formalne edukacije o duhovnoj skrbi ograničava mogućnost budućih zdravstvenih djelatnika da pruže cjelovitu njegu. Uvođenje sadržaja o duhovnoj skrbi u obrazovne programe neophodno je kako bi se osigurala sveobuhvatna skrb usmjerena na pacijenta, u skladu s holističkim principima zdravstvene prakse. Iako u našem istraživanju nismo posebno analizirali utjecaj duhovnosti, unatoč tome, naše rezultate možemo povezati s prethodnim istraživanjem, budući da je 46,4% ispitanika molitvu ocijenilo kao učinkovitu ili potpuno učinkovitu metodu, što može značiti da dio ispitanika prepoznaje duhovne i religijske prakse kao potencijalno korisne.

Duhovna dimenzija zdravstvene skrbi predstavlja važan, ali često zanemaren aspekt integriranog pristupa pacijentima, što su prepoznali Racz i sur. Autori se bave analizom

fenomena čudesnih izlječenja i potencijalnog utjecaja molitve na ishode liječenja, istražujući znanstvene kontroverze vezane uz ove teme. Kroz pregled literature, ističe se dvojaka percepcija zagovorničke molitve: dok neki znanstvenici prepoznaju njen pozitivan utjecaj na zdravstvene ishode, drugi ne nalaze empirijsku potvrdu, osobito u istraživanjima koja se temelje na metodologiji kontroliranih kliničkih pokusa. Unatoč nedostatku konsenzusa, autori naglašavaju značaj individualne molitve, koja se povezuje s boljim zdravstvenim ishodima, uključujući smanjenje komplikacija i letalnih ishoda kod pacijenata. Rad ističe potencijalnu vrijednost duhovnosti i molitve u okviru integrirane zdravstvene skrbi, koja pacijente promatra kao cjelovita tjelesna, emocionalna i duhovna bića [170].

Istraživanje Brenka i sur. donosi zanimljive uvide u obrasce korištenja zdravstvene skrbi u ruralnim područjima Hrvatske. Prema njihovim rezultatima, stanovnici ruralnih sredina za većinu fizioloških tegoba, uključujući i manje bolesti poput prehlade, prvenstveno se obraćaju

liječnicima. Međutim, u slučajevima psiholoških tegoba poput tuge, depresije, samoće, pa čak i profesionalnih neuspjeha, češće se okreću terapeutima KAM-a. Razlog tome, kako autori ističu, leži u percepciji da biomedicina nema adekvatne metode za liječenje stanja koja se pripisuju „negativnoj energiji“, uroku i sličnim pojavama [234]. Ovaj rezultat ukazuje na specifične kulturne i socijalne čimbenike koji utječu na pristup zdravlju i odabir terapija u ruralnim zajednicama.

Proučavanje percepcije terapijske djelotvornosti otkriva kulturne i socijalne čimbenike koji oblikuju stavove i obrasce korištenja KAM-a, posebno u specifičnim populacijama poput ruralnih zajednica ili onkoloških pacijenata. Rezultati sugeriraju potrebu za daljnjim istraživanjem kako bi se bolje razumjela uloga KAM-a u integrativnoj zdravstvenoj skrbi, ali i važnost stručnog vođenja i edukacije kako bi se smanjile predrasude i povećala sigurnost pacijenata pri odabiru ovih terapija. Ovi rezultati naglašavaju ključnu ulogu informiranja i otvorenog dijaloga između pacijenata i zdravstvenih radnika kako bi se osigurala holistička, individualizirana i etički utemeljena skrb.

5.1.5. Razlozi primjene KAM-a

Analiza stavova pacijenata i zdravstvenih radnika o razlozima primjene KAM-a pokazuje značajne razlike u percepcijama između ove dvije skupine, uz isticanje ključnih motivatora i prepreka. Pacijenti su pokazali veći strah od nuspojava lijekova i terapija (59,5% uglavnom

ili u potpunosti se slaže), dok su zdravstveni radnici zadržali neutralniji stav prema toj tvrdnji. Obje skupine prepoznale su ulogu nade u teškim fazama bolesti kao ključan razlog za primjenu KAM-a (83% pacijenata i 83,8% zdravstvenih radnika), što ukazuje na emocionalnu komponentu pri odlučivanju o korištenju KAM metoda. Razlike su bile izražene i kod stavova prema utjecaju medija i reklama. Zdravstveni radnici značajno su više percipirali medijski utjecaj (50,7%) u usporedbi s pacijentima, od kojih je 38,7% izrazilo neslaganje s tvrdnjom o ulozi medija. Konačno, želja za većom autonomijom u liječenju i veća usklađenost KAM metoda s osobnim uvjerenjima bile su važni motivatori, osobito među pacijentima, ali su zdravstveni radnici također prepoznali ove razloge. Jedan od najistaknutijih razloga za primjenu KAM-a među pacijentima i zdravstvenim radnicima je nezadovoljstvo klasičnom medicinom, bilo u smislu terapijskih mogućnosti, odnosa zdravstvenih radnika ili sustava zdravstvene zaštite. Rezultati Tukey post hoc testa pokazali su da su statistički značajne razlike u stavovima o razlozima primjene KAM-a posebno izražene između medicinskih sestara i liječnika, osobito u kontekstu percepcije terapijskih ograničenja konvencionalne medicine, odnosa prema pacijentima i sustava zdravstvene zaštite. Takve razlike dodatno potvrđuju divergentne profesionalne perspektive i razine prihvatanja KAM-a unutar zdravstvenih radnika.

Prema Ernst [235], želja za aktivnim sudjelovanjem u procesu liječenja i unaprjeđenju općeg zdravlja istaknuta je kao ključni motivator za primjenu KAM, osobito kod pacijenata koji žele veću kontrolu nad svojim zdravljem što je u korelaciji s našim rezultatima, gdje je želja za aktivnijom ulogom u liječenju izražena kod 64,2% pacijenata i 57,4% zdravstvenih radnika koji su se uglavnom ili u potpunosti složili s ovom tvrdnjom. Ovi podaci dodatno ukazuju na potrebu za većim razumijevanjem važnosti autonomije i osobne uključenosti pacijenata u zdravstvenom procesu.

Istraživanje Mortade [92], otkriva da većina pacijenata koji koriste KAM smatra kako su KAM tretmani u skladu s njihovim osobnim vrijednostima, uvjerenjima o zdravlju i općenitim pogledima na život. Naši rezultati također potvrđuju da je usklađenost KAM metoda s osobnim uvjerenjima i stavovima ključan faktor u njihovom prihvatanju. Naime, 49,4% ispitanika (46,5% pacijenata i 52,1% zdravstvenih radnika) uglavnom ili u potpunosti se slaže s tvrdnjom da su KAM metode usklađene s njihovim osobnim životnim uvjerenjima. Nadalje, pacijenti i zdravstveni radnici su pokazali značajnu sklonost ka percepciji zdravlja kroz prizmu holističkih i energetske koncepcije, što može biti važan čimbenik u prihvatanju KAM metoda. Osobito je važno istaknuti da 73,5% pacijenata i 57,4% zdravstvenih radnika

vjeruje da tradicionalna znanja i narodne prakse mogu sadržavati odgovore na medicinska pitanja koja su još uvijek nerazjašnjena u konvencionalnoj medicini. Dodatno, više od 50% ispitanika (46,3% pacijenata i 32,5% zdravstvenih radnika) uglavnom se slaže, dok se 26% pacijenata i 26,1% zdravstvenih radnika u potpunosti dijeli uvjerenje da se fizičko i mentalno zdravlje održava zahvaljujući unutarnjoj energiji ili životnoj sili. Osim toga, znatan postotak ispitanika (57,7%) slaže se s tvrdnjom da bolest predstavlja posljedicu narušene ravnoteže između životno poticajnih i destruktivnih sila, što dodatno potvrđuje kako kulturni obrasci i osobna iskustva imaju važnu ulogu u oblikovanju stavova prema KAM terapijama.

Naši rezultati potvrđuju nalaze Brenka [234] i Bukovčana [69], koji naglašavaju da pacijenti KAM metode doživljavaju kao sredstvo za veću autonomiju i aktivnu ulogu u vlastitom liječenju. U našem istraživanju, 60,7% ispitanika (64,2% pacijenata i 57,4% zdravstvenih radnika) uglavnom ili u potpunosti se slaže s tvrdnjom da je želja za preuzimanjem aktivnije uloge u liječenju jedan od razloga za korištenje KAM-a. Ovi podaci podržavaju Brenkovu tezu da pacijenti vide KAM kao priliku za veće sudjelovanje u donošenju odluka o vlastitom

zdravlju, što može dovesti do većeg osjećaja kontrole nad terapijskim procesom. Također, Bukovčan naglašava da se ta autonomija posebno ističe u terminalnim fazama bolesti, gdje pacijenti koriste KAM kao sredstvo za prilagodbu na prirodni tijek bolesti, uključujući donošenje odluka koje su u skladu s njihovim osobnim uvjerenjima i željama [33]. U skladu s navedenim, rezultati ovog istraživanja pokazuju da pacijenti, u znatno većoj mjeri od zdravstvenih djelatnika, podržavaju koncept aktivnog uključivanja u vlastiti proces liječenja putem KAM metoda, dok među zdravstvenim radnicima postoji podijeljeno mišljenje.

Rezultati istraživanja Čižmešija [72], koji su uključivali uzorak od 941 pacijenta obiteljske medicine, kao najčešći razlog korištenja KAM koji su ispitanici naveli bio je uvjerenje da će im KAM terapije pomoći u liječenju ili ublažavanju tegoba (27%), dok je 19,7% ispitanika istaknulo neuspjeh konvencionalne medicine kao glavni razlog za okretanje KAM-u. Strah od nuspojava lijekova bio je motivirajući faktor za 13,3% pacijenata, dok je nezadovoljstvo prema liječniku rijetko bio razlog za korištenje KAM-a. Ovi rezultati su usporedivi sa rezultatima našeg istraživanja. Vjera u učinkovitost KAM-a kao alternativa u situacijama kada klasična medicina ne pomaže prepoznata je kao glavni motiv za 69,3% pacijenata i 61,4% zdravstvenih radnika, što ukazuje na šire prihvatanje KAM-a u suvremenom kontekstu. Strah od nuspojava pri primjeni konvencionalne medicine ostaje izražen, pri čemu

59,5% pacijenata i 45% zdravstvenih radnika ističe taj razlog, čime se potvrđuje važnost sigurnosnih aspekata u motivaciji za primjenu KAM-a. Uz to, našim istraživanjem je identificirana dodatna dimenzija – želja za aktivnijom ulogom u procesu liječenja. Dok je Čižmešijino istraživanje naglašavalo nezadovoljstvo mogućnostima konvencionalnog liječenja, naši rezultati ukazuju na širi kontekst u kojem 64,2% pacijenata i 57,4% zdravstvenih radnika izražava želju za većom autonomijom i sudjelovanjem u donošenju odluka. Ova usporedba ističe kako su motivi za korištenje KAM-a utemeljeni ne samo na terapijskoj učinkovitosti, već i na vrijednostima pacijenata, uključujući sigurnost, autonomiju i uključenost u proces liječenja.

Uz sigurnosne aspekte i potrebu za većom osobnom autonomijom, rezultati ovog istraživanja dodatno potvrđuju nalaze Vitalea i suradnika, koji su također istraživali korištenje KAM terapija među pacijentima obiteljske medicine u Domu zdravlja u Čakovcu. Ovo presječno istraživanje, provedeno na uzorku od 300 ispitanika, utvrdilo je da je 43% pacijenata koristilo KAM kao način isprobavanja novih pristupa liječenju, dok je samo 2% ispitanika nezadovoljstvo liječnikom istaknulo kao razlog za korištenje KAM-a [7]. Ovi rezultati u skladu su s našim nalazima, gdje

razlozi poput istraživanja novih opcija i traženja dodatnih terapijskih mogućnosti značajno nadmašuju razloge povezane s nezadovoljstvom prema liječnicima.

5.2. Raširenost i prihvaćenost KAM-a među onkološkim pacijentima i zdravstvenim radnicima

Raširenost i prihvaćenost KAM među onkološkim pacijentima i zdravstvenim radnicima odražava njihova osobna i obiteljska iskustva, učestalost korištenja te različite sociodemografske čimbenike koji mogu djelovati kao prediktori primjene. Ujedno, važnu ulogu imaju izvori informacija, očekivanja od KAM metoda i razina komunikacije o njihovoj primjeni. Ovi elementi oslikavaju složenost percepcije i primjene KAM-a u različitim zdravstvenim i socijalnim kontekstima. Analiza stavova i ponašanja pruža uvid u dinamiku prihvaćanja KAM-a te ukazuje na ključne čimbenike koji oblikuju odnos zdravstvenih radnika i pacijenata prema ovim metodama.

5.2.1. Primjena KAM-a kroz osobna i obiteljska iskustva

Primjena KAM kroz osobna i obiteljska iskustva pruža uvid u obrasce korištenja

alternativnih pripravaka i metoda liječenja među pacijentima i zdravstvenim radnicima. Rezultati pokazuju da su pacijenti najskloniji isprobavanju KAM metoda, pri čemu više od polovice njih (55,6%) izjavljuje da trenutno ili ranije koristi takve metode, dok je taj postotak značajno niži među zdravstvenim radnicima (32,2%). Unutar zdravstvenih profesija, medicinske sestre i tehničari češće koriste alternativne metode u usporedbi s liječnicima, što ukazuje na razlike u pristupu i prihvaćanju KAM-a unutar struke. Razlike u korištenju dodatno su potvrđene statističkom analizom. Rezultati Tukey post hoc testa za tvrdnju „*Upotrebljavate li sada ili ste ranije koristili ikakve druge pripravke ili metode za liječenje bolesti osim onoga što vam je odredio liječnik*“ ukazuju na značajne razlike između sve tri profesionalne skupine. Najizraženija razlika utvrđena je između pacijenata i liječnika ($M = 0,457$; $SE = 0,054$; $p < 0,001$), dok je razlika između pacijenata i medicinskih sestara također bila značajna, iako nešto manja ($M = 0,180$; $SE = 0,036$; $p < 0,001$). Liječnici su pokazali najnižu razinu samoinicijativnog korištenja KAM-a, čime se potvrđuje njihov oprezniji profesionalni pristup u usporedbi s drugim skupinama. Ove razlike odražavaju raznolikost u percepcijama i praksama, pri čemu pacijenti pokazuju veće povjerenje i otvorenost prema alternativnim metodama, dok zdravstveni radnici, osobito liječnici, često zauzimaju oprezniji stav.

Analiza stavova prema tvrdnji o obiteljskom ili bliskom iskustvu s KAM-om također ukazuje na značajne razlike među promatranim skupinama. Što se tiče ukupnog slaganja (kategorije

„Uglavnom se slažem“ i „U potpunosti se slažem“), 53,6% zdravstvenih radnika i 51,0% pacijenata izražava pozitivan stav prema tvrdnji, što ukazuje na široku rasprostranjenost iskustava s KAM-om. Međutim, liječnici su pokazali značajno nižu razinu slaganja u usporedbi s pacijentima ($p = 0,000$) i medicinskim sestrama/tehničarima ($p = 0,000$). Ove razlike ukazuju na specifičnosti u profesionalnom i osobnom pristupu KAM-u.

Europsko istraživanje objavljeno 2005. godine, koje je uključilo uzorak od 956 onkoloških pacijenata iz 14 zemalja, ukazuje na značajnu varijabilnost u prevalenciji korištenja KAM-a. Prevalencija korištenja KAM-a među zemljama varira od 14,8% do 73,1%, s prosječnom prevalencijom od 36%. Najviša prevalencija zabilježena je u Italiji (73,1%), Češkoj (58,8%) i Švicarskoj (48,6%), dok su druge zemlje pokazale znatno niže stope korištenja. Ovi rezultati ukazuju na razlike u prihvaćenosti i učestalosti korištenja KAM-a diljem Europe, što vjerojatno odražava specifične kulturne, zdravstvene i regulatorne aspekte pojedinih

zemalja [2].

Sustavni pregled i meta-analiza iz 2012. godine koja obuhvaća 152 istraživanja provedena tijekom 30 godina u 18 zemalja, uključujući Kanadu, Sjedinjene Američke Države, Australiju/Novi Zeland i Europu, analizirala je prevalenciju primjene KAM-a među više od

65.000 onkoloških pacijenata. Rezultati pokazuju da trenutna upotreba KAM-a varira od 9% do 88%, dok je ukupna prosječna prevalencija (eng. pooled proportion) 40%. Najveća prevalencija bila je zabilježena u Sjedinjenim Američkim Državama (50%), dok su najniže stope bile zabilježene u Italiji i Nizozemskoj (22%). U europskom kontekstu, najviša prevalencija primjene KAM-a bila je zabilježena u Turskoj (48%), te zemljama njemačkog govornog područja (41%). Ovi podaci su ukazali na značajne razlike u prevalenciji KAM-a među različitim regijama i zemljama, što također može odražavati kulturne razlike, dostupnost KAM-a i stupanj integracije ovih metoda u zdravstvene sustave [236].

Uspoređujući rezultate navedenih, europskog istraživanja i meta-analize, jasno je vidljiva diskrepancija u prevalenciji korištenja KAM-a u Italiji. Dok europsko istraživanje izvještava o visokoj prevalenciji od 73,1%, meta-analiza bilježi znatno nižu prevalenciju od 22%. Ovaj nesklad može se objasniti različitim čimbenicima. Razlog može biti različit vremenski okvir istraživanja – meta-analiza obuhvaća podatke prikupljene tijekom trideset godina, dok europsko istraživanje pruža uvid u prevalenciju u specifičnom vremenskom trenutku, potencijalno odražavajući tadašnji interes za KAM u Italiji. Također, metodološke razlike mogu igrati važnu ulogu; meta-analiza je koristila objedinjene podatke iz brojnih istraživanja koja su se mogla

razlikovati u uzorkovanju i definiciji KAM-a, dok je europsko istraživanje imalo jedinstven pristup za sve zemlje. Osim toga, moguće su i regionalne varijacije unutar Italije – europsko istraživanje možda je uključilo regije s većom sklonošću korištenju KAM-a, dok meta-analiza prikazuje prosjek na nacionalnoj razini. Kulturni i zdravstveni kontekst u Italiji također se mogao mijenjati tijekom vremena, utječući na prihvaćanje KAM-a među pacijentima. Ove razlike ukazuju na potrebu za pažljivom interpretacijom podataka o prevalenciji KAM-a, uzimajući u obzir metodološke pristupe, vremenski okvir i društveno-kulturne čimbenike specifične za pojedine regije i razdoblja.

Istraživanje provedeno u Belgiji od listopada 2020. do listopada 2021. među onkološkim bolesnicima pruža zanimljive uvide u obrasce korištenja KAM-a. Autori su utvrdili da je

gotovo svaki ispitanik započeo s konzumacijom KAM prije dijagnoze raka. Međutim, dijagnoza je imala značajan utjecaj na njihove navike, pri čemu je čak 72,7% bolesnika promijenilo svoje obrasce korištenja nakon dijagnoze ($p = 0,009$). Ovaj rezultat sugerira da dijagnoza raka može biti ključni trenutak u kojem pacijenti mijenjaju svoje pristupe samopomoći i liječenju, uključujući povećanu ili smanjenu primjenu KAM proizvoda. Povezujući ove rezultate s našim istraživanjem, koje također ukazuje na visoku prevalenciju korištenja KAM metoda među onkološkim pacijentima, dijagnoza malignih bolesti može djelovati kao okidač za promjene u ponašanju i pristupu liječenju [237]

Istraživanje Bonucci i sur. također je potvrdilo visoku prevalenciju korištenja KAM među onkološkim bolesnicima, kao i povećanu primjenu nakon postavljanja dijagnoze. Istraživanje je provedeno u talijanskim bolnicama u razdoblju između travnja 2018. i svibnja 2019. godine, a istraživanju se odazvalo 406 onkoloških pacijenata. Prevalencija korištenja KAM-a bila je visokih 72,3%, a većina pacijenata (75,6%) započela je s primjenom KAM-a nakon postavljene dijagnoze [238]. Značajno je napomenuti da je gotovo polovica pacijenata nastavila koristiti KAM paralelno s konvencionalnim terapijama, što ukazuje na njihovu želju da kombiniraju različite pristupe u liječenju.

Rezultati istraživanja Chang i sur. [194], provedenog u Irskoj, otkrivaju zanimljive obrasce prevalencije korištenja KAM među različitim skupinama. U uzorku od 676 ispitanika (219 onkoloških pacijenata, 301 ne-onkoloških pacijenata i 156 zdravstvenih radnika), prevalencija korištenja KAM metoda bila je najviša među zdravstvenim radnicima (39,7%), dok je među onkološkim pacijentima i ne-onkološkim pacijentima iznosila 29,1% i 30,9%. Ukupna stopa prevalencije bila je 32,5%, s posebno izraženim udjelom farmaceuta (80%), medicinskih

sestara/tehničara (49,2%) i fizioterapeuta (37%), dok je najmanja prevalencija zabilježena među liječnicima (28,8%). Ovi rezultati značajno se razlikuju od rezultata našeg istraživanja, gdje je prevalencija korištenja KAM metoda najviša među onkološkim pacijentima (55,6%) u usporedbi sa zdravstvenim radnicima (32,2%). Razlike u prevalenciji između ovih studija mogu odražavati različite kulturološke, profesionalne i sustavne pristupe prema KAM-u u različitim regijama i zdravstvenim sustavima. Suprotno tome, naši rezultati ukazuju na znatno veću prihvaćenost KAM metoda među pacijentima nego među zdravstvenim radnicima, što može biti povezano s potrebom pacijenata za dodatnim terapijskim opcijama i većim povjerenjem u holistički pristup liječenju. Ove razlike ukazuju na važnost

kontekstualnog razumijevanja prevalencije i motivacija za korištenje KAM-a te naglašavaju potrebu za daljnjim istraživanjima kako bi se identificirali čimbenici koji oblikuju ove obrasce na nacionalnoj i međunarodnoj razini.

Istraživanja provedena u Hrvatskoj, također pokazuju značajnu prevalenciju korištenja KAM- a među onkološkim pacijentima. Istraživanje provedeno među onkološkim pacijentima na Klinici za tumore u Zagrebu pokazalo je da je 72,2% sudionika izjavilo kako su tijekom svog života (prije ili sada) koristili KAM. U trenutku istraživanja, 46,8% ispitanika aktivno je koristilo KAM metode, dok oko ¼ pacijenata ne prakticira nijedan oblik KAM-a [81]. Ovi rezultati kao i rezultati Marijanović i sur. [230] u skladu s našim rezultatima i ukazuju na značajnu prevalenciju korištenja KAM-a među onkološkim pacijentima, s time da značajan udio pacijenata nastavlja koristiti ove metode tijekom svog onkološkog liječenja.

Rezultati istraživanja provedenog u Domu zdravlja Čakovec, gdje je čak 82% pacijenata prijavilo korištenje nekog oblika KAM-a, dodatno potvrđuje široku prihvaćenost ovih metoda među pacijentima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Vitale i sur. ističu da je istraživanje obuhvatilo sve pacijente starije od 18 godina koji su čekali na pregled zbog akutnih ili kroničnih tegoba, što sugerira da pacijenti ne koriste KAM samo kao posljednje rješenje u slučajevima ozbiljnih dijagnoza, već i kao redoviti dio svog zdravstvenog ponašanja [7]. Ovi rezultati podudaraju se s našim istraživanjem, gdje je 55,6% onkoloških pacijenata i 32,2% zdravstvenih radnika izjavilo da koristi ili je koristilo KAM metode. Posebno je zanimljivo pitanje uloge liječnika obiteljske medicine (LOM) u informiranju pacijenata o KAM metodama. Naša analiza je pokazala da je većina pacijenata KAM koristila bez konzultacija sa svojim liječnicima, što može ukazivati na nedostatak sustavne edukacije i integracije KAM-a u primarnu zdravstvenu skrb. Liječnici obiteljske medicine često su prva kontaktna točka pacijenata unutar

zdravstvenog sustava te imaju ključnu ulogu u usmjeravanju pacijenata prema sigurnim i znanstveno utemeljenim terapijama. Međutim, naši rezultati pokazuju da većina pacijenata nije prijavila korištenje KAM-a svojim liječnicima, što može otvarati prostor za neinformirane odluke i potencijalne rizike, osobito u kombinaciji s konvencionalnim terapijama. S obzirom na visoku prevalenciju KAM-a u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, rezultati sugeriraju potrebu za boljom komunikacijom između pacijenata i liječnika obiteljske medicine o korištenju KAM-a, kao i za razvojem edukativnih programa koji bi

pomogli zdravstvenim radnicima u boljem razumijevanju i sigurnijem uključivanju KAM metoda u skrb o pacijentima.

Još jedno istraživanje provedeno u Hrvatskoj, koje je uključivalo reprezentativan uzorak pacijenata obiteljske medicine koji su se zbog zdravstvenih tegoba javili liječniku, dodatno osvjetljava obrasce korištenja KAM-a u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Rezultati istraživanja provedenog u ambulantama obiteljske medicine u Čakovcu pokazali su da 46% pacijenata koristi neki oblik KAM-a, što je usporedivo s nalazima našeg istraživanja [72]. Podaci upućuju na široku prisutnost KAM-a u različitim segmentima zdravstvene skrbi, neovisno o tipu bolesti ili stadiju liječenja. Ova podudarnost može značiti da se prevalencija KAM-a među populacijom u Hrvatskoj održava na relativno konstantnoj razini, unutar različitih uzoraka i vremenskih razdoblja što je i u skladu s rezultatima drugih istraživanja [2, 68, 239-243].

U Hrvatskoj je, kao što je ranije spomenuto relativno malo znanstvenih istraživanja vezano uz KAM, posebice među specifičnim skupinama poput onkoloških pacijenata, zbog čega je korištenje nacionalnih repozitorija i dostupnih podataka ključno za širu analizu. Jedan od takvih izvora uključuje istraživanje provedeno u KBC-u Zagreb tijekom 2014.g., gdje je prevalencija korištenja KAM-a među onkološkim pacijentima iznosila 35%, uz uzorak od 144 ispitanika [79]. Uspoređujući ovaj rezultat s rezultatima našeg istraživanja, vidljivo je da je prevalencija korištenja KAM-a u KBC-u Zagreb nešto niža od prevalencije zabilježene u našem uzorku. Međutim, s obzirom na ograničen uzorak i specifičan kontekst onkoloških pacijenata, može se argumentirati da su ove vrijednosti zapravo unutar sličnog raspona.

5.2.2. Učestalost korištenja KAM metoda

Rezultati istraživanja pokazuju jasne razlike u učestalosti korištenja KAM-a među ispitanicima, pri čemu su ključni faktori učestalosti sociodemografske karakteristike i profesionalni status. Pacijenti značajno češće koriste KAM jednom tjedno ili svakodnevno (79,9%) u usporedbi sa zdravstvenim radnicima (20,1%), s posebno niskom učestalošću među liječnicima (1,3%; $p <$

0,001). Stariji ispitanici, posebno oni u dobi od 41 do 50 godina, najčešće koriste KAM, dok mlađi (<30 godina) rjeđe koriste ove metode ($p = 0,009$). Ispitanici sa srednjom stručnom spremom pokazuju najveću razinu korištenja ($p = 0,005$), dok oni s visokom stručnom

spremom rjeđe koriste KAM. Urbanizacija također ima značajan utjecaj, pri čemu ispitanici iz urbanih sredina češće koriste KAM (77,2%) u usporedbi s onima iz ruralnih područja (22,8%; $p = 0,038$). Premda žene (74,5%) i vjernici (80,5%) pokazuju veću učestalost korištenja KAM-a, razlike prema spolu, vjerskom opredjeljenju, bračnom statusu i dohotku nisu se pokazale statistički značajnima. Rezultati ukazuju na to da profesionalni i obrazovni profili, zajedno s urbanim okruženjem, značajno utječu na učestalost korištenja KAM-a, dok osobne karakteristike poput spola i percepcije zdravlja imaju manji utjecaj.

Dok istraživanje Molassiotis i sur. [2] prikazuje detaljnu distribuciju posjeta KAM praktičarima – s 34,2% ispitanika koji posjećuju KAM terapeute manje od jednom mjesečno, 24,3% jednom tjedno, 22,5% jednom mjesečno, 8,1% dva do tri puta tjedno i 2,7% gotovo svakodnevno, naši rezultati sugeriraju daleko višu raširenost redovite primjene KAM-a. U našem uzorku, čak 79,9% pacijenata izjavilo je da koriste KAM jednom tjedno ili svakodnevno. Razlike u ovim nalazima mogle bi odražavati razliku u samoj formulaciji pitanja. Dok naše istraživanje ispituje učestalost korištenja KAM terapija, Molassiotis i sur. istraživali su učestalost odlazaka pacijenata KAM terapeutima. Ovi podaci ne samo da ukazuju na razlike u korištenju KAM-a između populacija nego i na različite obrasce pristupa KAM terapijama – od terapeuta kao posrednika do individualnog prakticiranja. Osim toga, naši rezultati upućuju na to da KAM možda ima značajniju ulogu u svakodnevnom životu ispitanika u usporedbi s europskim uzorcima, gdje je prakticiranje češće povremeno i posredovano kroz praktičare. Ova usporedba naglašava važnost jasnog definiranja varijabli u istraživanju kako bi se moglo precizno analizirati i interpretirati obrasce primjene KAM-a u različitim populacijama i istraživanjima.

Slična visoka učestalost prakticiranja KAM-a pronađena je u istraživanju provedenom u Poljskoj 2020. godine na uzorku od 208 onkoloških pacijenata. U tom istraživanju, 51,48% pacijenata koristilo je KAM svakodnevno, dok je 28,81% izjavilo da koriste KAM nekoliko puta tjedno [244]. Ovi podaci još više naglašavaju značaj KAM-a u svakodnevnoj zdravstvenoj skrbi kod onkoloških pacijenata i podržavaju rezultate našeg istraživanja, koji pokazuju da gotovo 80% pacijenata koristi KAM jednom tjedno ili češće.

U istraživanju Bonucci i sur., 71,9% pacijenata je prijavilo redovitu upotrebu KAM metoda. Ovo istraživanje također, potvrđuje da pacijenti, osobito onkološki, češće biraju KAM metode

u svakodnevnom životu, naglašavajući njihovu percepciju o učinkovitosti i potencijalnim

koristima ovih pristupa [238]. Usporedba s našim rezultatima dodatno ističe obrasce u kojima pacijenti pokazuju znatno veće povjerenje u KAM metode u odnosu na zdravstvene radnike, što može proizlaziti iz razlika u edukaciji, iskustvu i pristupu prema integraciji KAM-a s konvencionalnom medicinom.

Prema istraživanju Armano i sur. [81], provedenom na onkološkim pacijentima Klinike za tumore, 34,1% ispitanika navelo je svakodnevnu primjenu KAM, dok se 24,4% nije izjasnilo o učestalosti korištenja. Usporedba s rezultatima našeg istraživanja pokazuje sličnu učestalost, pri čemu je 27,3% pacijenata navelo svakodnevno korištenje KAM-a. Ovi podaci upućuju na značajnu razinu prihvaćenosti KAM-a među onkološkim pacijentima, što se može povezati s njihovim specifičnim potrebama i izazovima tijekom liječenja. Suočeni s ograničenjima konvencionalne medicine, bolesnici često traže dodatne terapijske opcije koje percipiraju kao podršku vlastitom zdravlju, bilo kroz ublažavanje nuspojava, jačanje općeg imuniteta ili opće poboljšanje psihofizičkog stanja.

5.3. Povezanost sociodemografskih obilježja ispitanika sa stavovima o KAM-u

Cilj ovog dijela istraživanja bio je ispitati utjecaj sociodemografskih čimbenika na stavove ispitanika prema KAM-u i integrativnoj medicini. Rezultati ukazuju da pacijenti znatno češće koriste KAM u odnosu na zdravstvene radnike (62,0% naspram 38,0%, $\chi^2=42,431$, $p=0,000$), što može reflektirati razlike u potrebama, razini povjerenja u konvencionalnu medicinu i traženju dodatne podrške tijekom liječenja. Spol se pokazao statistički značajnim prediktorom, pri čemu žene češće koriste KAM (76,1%) u odnosu na muškarce (23,9%) ($\chi^2=9,727$, $p=0,002$), što se može povezati s većom sklonošću žena preventivnim i holističkim praksama. Dobne skupine od 41 do 60 godina pokazale su najveći udio korisnika (27,2% i 26,4%, $\chi^2=20,783$, $p=0,001$), što upućuje na pojačanu zdravstvenu osviještenost i potrebu za dopunskim terapijama u toj životnoj dobi. Obrazovanje je također značajno – srednja stručna sprema bila je najčešće povezana s korištenjem KAM-a (45,1%), dok su visokoobrazovani ispitanici pokazali veću sklonost konvencionalnim metodama ($\chi^2=13,455$, $p=0,004$). Financijski status dodatno potvrđuje razlike u dostupnosti i motivaciji: osobe s primanjima manjim od 1000 € češće koriste KAM (33,4%) nego oni s višim primanjima (26,1%) ($\chi^2=18,794$, $p=0,000$). Ispitanici zaposleni u onkologiji rjeđe primjenjuju KAM (23,2%) u usporedbi s kolegama iz drugih djelatnosti (34,4%) ($\chi^2=5,458$, $p=0,019$), što može biti posljedica strožih profesionalnih normi u toj specijalizaciji. Ovi rezultati pokazuju da

sociodemografske značajke, kao što su dob, spol, obrazovanje i financijski status, značajno utječu na korištenje i stavove prema KAM-u, dok se utjecaj čimbenika poput mjesta stanovanja ili bračnog statusa nije pokazao statistički značajnim.

Prethodna istraživanja ukazuju na varijabilnost u rezultatima o utjecaju demografskih čimbenika na korištenje KAM-a. Dok neka istraživanja sugeriraju da demografski podaci poput ženskog spola, višeg obrazovanja, mlađe dobi i većih primanja koreliraju s primjenom KAM-a [2, 239, 245-247], druga ne nalaze značajne povezanosti [68, 242]. Varijabilnost rezultata ukazuje na potrebu za dubljim razumijevanjem specifičnih konteksta u kojima se istraživanja provode.

Rezultati navedenih istraživanja djelomično se poklapaju s rezultatima našeg istraživanja. Naime, iako je u našem istraživanju ženski spol potvrđen kao značajan prediktor veće učestalosti korištenja KAM-a (76,1% žena naspram 23,9% muškaraca, $\chi^2=9,727$, $p=0,002$), dobni uzorak pokazuje pomak prema starijim dobnim skupinama, gdje osobe u dobi od 41 do 60 godina češće koriste KAM (27,2% i 26,4%). Osim toga, naši rezultati ukazuju na veće korištenje KAM-a među ispitanicima s nižim socioekonomskim statusom (33,4%) u usporedbi s onima s višim primanjima (26,1%, $\chi^2=18,794$, $p=0,000$), što odstupa od nalaza navedenih autora. Ovo odstupanje može biti posljedica specifičnosti uzorka našeg istraživanja, koji uključuje heterogeniju populaciju u smislu zdravstvenog statusa i radnog okruženja. Također, razlike u socioekonomskim uvjetima i dostupnosti zdravstvene skrbi između različitih geografskih područja mogu utjecati na varijacije u obrascima korištenja KAM-a. Stoga ovi rezultati ističu važnost lokalnog konteksta i sugeriraju da se generalizacije iz prethodnih istraživanja trebaju prilagoditi specifičnim demografskim i društveno-ekonomskim obilježjima populacije koja se proučava.

Prema istraživanju Čizmešije i sur, koje je provedeno u Hrvatskoj na uzorku od 450 ispitanika, korisnika obiteljske medicine, najčešći korisnici KAM-a bile su osobe u dobnoj skupini od 46 do 55 godina te visokoobrazovani pojedinci [72]. Usporedbom s našim rezultatima, primjećuju se sličnosti i razlike u korištenju KAM-a u Hrvatskoj, što potvrđuje važnost lokalnog konteksta u analizi ovih podataka. Čizmešija i sur. identificirali su osobe u dobnoj skupini od 46 do 55 godina kao najčešće korisnike KAM-a, dok su rezultati ovog istraživanja pokazali nešto širi raspon, pri čemu najveći udio korisnika dolazi iz dobnih skupina od 41 do 50 godina (27,2%) i 51 do 60 godina (26,4%). Ova razlika može biti posljedica vremenskog razmaka između dvaju istraživanja, s obzirom na to da su obrasci

korištenja KAM-a mogli evoluirati u posljednjih 15 godina, ali i razlike u metodologiji ispitivanja. Obrazovanje se u oba istraživanja pokazalo kao značajan čimbenik. Čižmešija i sur. izvijestili su da visokoobrazovani pojedinci češće koriste KAM, dok ovo istraživanje bilježi veću prevalenciju među ispitanicima sa srednjom stručnom spremom (45,1%), iako su visokoobrazovani pojedinci također značajna skupina korisnika (29,9%).

Usporedbom rezultata istraživanja koje su proveli Armano i sur. s rezultatima ovog istraživanja, uočavaju se sličnosti i razlike u faktorima koji utječu na korištenje KAM-a u Hrvatskoj. Oba istraživanja dosljedno ukazuju na statistički značajnu razliku između muškaraca i žena u korištenju KAM-a, pri čemu žene značajno češće koriste KAM. U istraživanju Armano i sur.,

muškarci su rjeđe koristili KAM ($\chi^2 = 7,392$; $p = 0,007$), što je u skladu s nalazom ovog istraživanja, gdje žene čine 76,1% korisnika KAM-a, dok muškarci čine samo 23,9% ($\chi^2 = 9,727$; $p = 0,002$). Autori nisu pronašli značajnu povezanost između dobi i korištenja KAM-a ($t = 1,293$; $p = 0,200$), niti između razine obrazovanja i korištenja KAM-a ($\chi^2 = 2,035$; $p = 0,565$) [81]. Suprotno tome, rezultati ovog istraživanja ukazuju na to da su dob i obrazovanje značajni prediktori.

Razlike u vremenskom okviru i duljini istraživanja između našeg istraživanja i istraživanja Kust i sur. naglašavaju važnost uzimanja u obzir šireg konteksta u analizi stavova prema KAM-u. Dok su rezultati Kust i sur. [231] identificirali mlađu dob i visoke prihode kao ključne prediktore korištenja KAM-a, naši rezultati sugeriraju veću sklonost starijih dobnih skupina prema ovim terapijama. Ovo može odražavati promjene u zdravstvenim potrebama i dostupnosti KAM-a tijekom vremena, kao i širu dostupnost informacija o KAM-u putem medija i interneta. Nadalje, kraći vremenski okvir našeg istraživanja mogao je ograničiti uzorak na trenutni presjek populacije, dok su dulje trajanje i veća varijabilnost uzorka u istraživanju Kust i sur. omogućili uključivanje šireg spektra pacijenata s različitim obrascima korištenja KAM-a.

Za razliku od naših rezultata, gdje su sociodemografski čimbenici poput obrazovanja, spola i dobi pokazali statistički značajan utjecaj na stavove prema KAM-u, Marijanović i sur. u istraživanju provedenom u Sveučilišnoj bolnici u Mostaru nisu pronašli značajnu povezanost između demografskih faktora i korištenja KAM-a. Ova razlika može biti rezultat homogenijeg uzorka ispitanika [230].

Dodatna analiza sociodemografskih karakteristika ukazuje na značajne razlike u obrascima korištenja komplementarne i alternativne medicine (KAM-a) među ispitanicima različitog profesionalnog statusa. Rezultati Tukey testa potvrđuju da pacijenti značajno češće koriste KAM u usporedbi s liječnicima (M razlika = -0,457; $p = 0,000$) i medicinskim sestrama (M razlika = -0,180; $p = 0,000$). Također, medicinske sestre češće koriste KAM nego liječnici (M razlika = -0,277; $p = 0,000$). Ove razlike jasno su izražene unutar svih intervala pouzdanosti, pri čemu su sve srednje vrijednosti razlika statistički značajne ($p < 0,001$). Nalazi dodatno podržavaju tezu da profesionalni status igra ključnu ulogu u korištenju KAM-a. Liječnici, kao skupina s najnižim prosječnim vrijednostima sklonosti za korištenje KAM-a, pokazuju konzervativniji pristup prema KAM terapijama, vjerojatno zbog većeg oslanjanja na medicinski utemeljene protokole i intervencije. Nasuprot tome, medicinske sestre, koje često imaju bliskiji kontakt s pacijentima, pokazuju višu razinu korištenja KAM-a, što može biti povezano s većom

izloženošću potrebama pacijenata i fleksibilnijim stavovima prema alternativnim metodama liječenja. Slični obrasci primijećeni su u istraživanju Živčić i sur., gdje su liječnici pokazali značajno niže prosječne vrijednosti na IMAQ skali ($M=91,76$) u usporedbi s medicinskim sestrama ($M=97,28$) i fizioterapeutima ($M=97,27$) ($F=7.853921$, $p=0.000$). Zanimljivo, spol ispitanika ($T=-1.411$, $p=0.159$), razina obrazovanja ($F=2.372303$, $p=0.095$) i godine radnog staža ($F=0.833$, $p=0.436$) nisu se pokazali značajnim prediktorima stavova prema KAM-u. [228]. Pacijenti, kao krajnji korisnici zdravstvenih usluga, pokazuju najvišu razinu korištenja KAM-a, što je u skladu s rezultatima koji ukazuju na njihov povećan interes za dodatne terapijske mogućnosti. Ovi rezultati naglašavaju složenost čimbenika koji utječu na korištenje KAM-a, pri čemu profesionalni status nije samo odraz obrazovanja i specifičnih kompetencija, već i stavova i uloga u zdravstvenom sustavu.

Istraživanje Chang i sur. [194] provedeno u Irskoj pruža značajnu osnovu za usporedbu s našim rezultatima jer uključuje tri ključne skupine ispitanika: pacijente, zdravstvene djelatnike (uključujući liječnike i medicinske sestre) te opću populaciju. Ova struktura omogućuje detaljnu analizu korištenja KAM-a u različitim profesionalnim i sociodemografskim kontekstima. Rezultati istraživanja Chang i sur. pokazali su da žene, mlađe osobe, osobe s višim obrazovanjem i višim prihodima češće koriste KAM, što se dijelom podudara s našim rezultatima. Naše istraživanje također je identificiralo ženski spol kao ključni prediktor korištenja KAM-a, pri čemu su žene činile većinu korisnika (76,1% kod povremenog korištenja i 74,5% kod redovitog korištenja). Međutim, naši rezultati pokazuju

veće korištenje KAM-a među starijim dobnim skupinama (41–50 i 51–60 godina), što je u suprotnosti s nalazima Changa i sur., prema kojima su mlađe osobe bile učestaliji korisnici. Ova razlika može biti povezana s različitim zdravstvenim potrebama i kulturnim kontekstom dviju zemalja. Viša razina obrazovanja također se u istraživanju Chang i sur. pokazala kao pozitivan prediktor korištenja KAM-a, dok naši rezultati ukazuju na češće korištenje među osobama sa srednjom stručnom spremom. Ovo odstupanje može biti posljedica različitih obrazovnih sustava i dostupnosti informacija o KAM-u. Slično tome, u istraživanju Chang i sur., viši prihodi i privatno zdravstveno osiguranje bili su značajni prediktori, dok u našem istraživanju nije pronađena statistički značajna povezanost između visine primanja i učestalosti korištenja KAM-a ($p = 0,303$).

Multivarijatna analiza u istraživanju Chang i sur. bila je usmjerena na identificiranje neovisnih prediktora korištenja KAM-a pomoću multivarijatne logističke regresije i identificirala je

ženski spol, nekršćansku religijsku pripadnost i privatno zdravstveno osiguranje kao neovisne prediktore. Naši rezultati također naglašavaju važnost spola, ali ne ukazuju na značajnu ulogu religijske pripadnosti ili osiguranja. Iako obje studije pokazuju važnost sociodemografskih čimbenika, naše istraživanje otkriva specifičnosti lokalnog konteksta u Hrvatskoj, gdje su starije dobne skupine i osobe s nižim obrazovanjem istaknute kao ključni korisnici KAM-a.

Multivarijatna analiza u našem istraživanju provedena je kako bi se identificirali ključni prediktori korištenja KAM-a uzimajući u obzir složenost međusobnih odnosa između više varijabli. Ova analiza temeljila se na tri komponente stava (kognitivnoj, emocionalnoj i bihevioralnoj) prema KAM-u, čime je omogućen sveobuhvatan pregled čimbenika koji utječu na korištenje KAM-a. Takva analiza omogućila je dublje razumijevanje ne samo učestalosti korištenja KAM-a, već i percepcije, emocija i ponašanja ispitanika prema ovim metodama. Prema dostupnoj literaturi, ovakav pristup još nije nitko opisao, što naglašava originalnost ovog istraživanja. Rezultati istraživanja jasno pokazuju da sociodemografski čimbenici značajno utječu na stavove prema KAM-u, no njihov utjecaj varira ovisno o komponenti stava.

Bihevioralna komponenta odnosi se na stvarne radnje i ponašanja vezana uz KAM, poput primjene ili preporuke KAM terapija. Iako nije utvrđena značajna razlika između pacijenata i zdravstvenih radnika, to može ukazivati na praktične prepreke ili ograničenja u primjeni

KAM- a, bez obzira na druge stavove. Nedostatak značajnih razlika u bihevioralnoj komponenti za spol, rad u onkologiji i vjerska opredjeljenja sugerira da praktična primjena KAM-a nije snažno povezana s demografskim ili profesionalnim karakteristikama.

Emocionalna komponenta obuhvaća osjećaje i emocionalne reakcije prema KAM-u. Pacijenti su pokazali više razine pozitivnih stavova od zdravstvenih radnika, što implicira dublju emocionalnu povezanost s KAM-om, vjerojatno zbog osobnog iskustva i nade koju ove terapije pružaju. Također, žene i stariji ispitanici pokazali su značajno pozitivnije emocionalne stavove, što može odražavati njihovu sklonost holističkom pristupu skrbi i veći fokus na dobrobit. Rad u onkologiji također je bio značajan faktor, sugerirajući da iskustvo s onkološkim pacijentima može pojačati empatiju i prihvaćanje holističkih terapija.

Kognitivna komponenta uključuje uvjerenja i percepciju o učinkovitosti i korisnosti KAM-a. Više obrazovanje i duže radno iskustvo pokazali su snažnu povezanost s pozitivnijim kognitivnim stavovima, što naglašava važnost znanja i kritičkog razmišljanja u oblikovanju percepcije KAM-a. Niža primanja također su povezana s pozitivnijim kognitivnim stavovima,

što može reflektirati percepciju KAM-a kao dostupnije ili nužnije alternative konvencionalnoj medicini. Ovi rezultati sugeriraju da osobno iskustvo, obrazovanje, radno okruženje i socioekonomski status igraju ključne uloge u percepciji, prihvaćanju i primjeni KAM-a. Dok bihevioralna komponenta pokazuje ograničene razlike, emocionalna i kognitivna komponenta nude dublje uvide u raznolikost stavova između različitih skupina.

Rezultati ukazuju da je kognitivna komponenta stavova često najznačajnija za razlikovanje stratumata prema sociodemografskim obilježjima. Ovo sugerira da znanje i percepcija o učinkovitosti i sigurnosti KAM-a imaju ključnu ulogu u oblikovanju stavova i ponašanja prema ovim metodama. Na primjer, starije dobne skupine i ispitanici s duljim radnim iskustvom pokazali su više razine pozitivnih stavova za kognitivnu komponentu, što implicira da informiranost raste s godinama i iskustvom. S druge strane, emocionalna komponenta odražava osjećaje povjerenja, straha ili entuzijazma prema KAM-u. Značajne razlike među spolovima, pri čemu žene imaju pozitivniji emocionalni stav prema KAM-u, ukazuju na važnost emocionalnih reakcija u donošenju odluka o korištenju. Bihevioralna komponenta, iako je pružila manje značajnih razlika, ukazuje na izravne obrasce korištenja KAM-a. Nije pronađena statistički značajna razlika u bihevioralnoj, emocionalnoj i kognitivnoj komponenti stava prema KAM-u ni između ispitanika koji su u braku/u vezi i

onih koji su sami, niti između ispitanika iz urbanih i ruralnih područja ($p > 0.05$).

Pacijenti pokazuju značajno pozitivnije stavove u kognitivnoj komponenti u odnosu na zdravstvene radnike ($p = 0,000$), pri čemu je njihova prosječna vrijednost rangova značajno viša (475,92 u odnosu na 358,77). Ovaj rezultat ukazuje na veću otvorenost pacijenata prema informacijama o KAM-u, što može biti rezultat njihove izravne potrebe za dodatnim terapijskim opcijama. Emocionalna komponenta također pokazuje razliku ($p = 0,030$), dok bihevioralna komponenta nije statistički značajno različita ($p = 0,252$), što ukazuje da je učestalost korištenja KAM-a među stratumima slična.

Pacijenti su skloniji prihvatiti KAM kao dodatnu opciju jer traže olakšanje ili rješenja kada konvencionalna medicina ne nudi željene rezultate. Slično rezultatima našeg istraživanja, podaci iz sličnih istraživanja pokazuju da je glavni razlog korištenja KAM-a olakšanje simptoma ili postizanje osjećaja podrške i nade [248]. Ovi podaci naglašavaju da pacijenti često donose odluku o korištenju KAM-a na temelju subjektivnih doživljaja i emocionalnih potreba, što ukazuje na važnost emocionalne dimenzije u oblikovanju njihovih stavova prema KAM-u.

Njihov kognitivni stav odražava uvjerenje u učinkovitost KAM-a, dok emocionalna komponenta naglašava povjerenje i nadu.

Zdravstveni radnici, s druge strane, često su kritičniji prema KAM-u zbog profesionalnog oslanjanja na znanstvene dokaze. Njihov konzervativniji stav u kognitivnoj i emocionalnoj komponenti može biti posljedica manjka edukacije o KAM-u ili ograničenja u regulatornim okvirima. Sustavni pregled literature otkrio je da je 52% liječnika specijalista prihvatilo KAM, pri čemu su najveće stope prihvaćanja zabilježene u obiteljskoj medicini, psihijatriji i neurologiji, dok je najniža zabilježena u kirurgiji [219]. Prema tim rezultatima specijalnosti s jačim naglaskom na holističkom pristupu pacijentima pokazuju veću otvorenost prema KAM-u, dok specijalnosti koje su više orijentirane na invazivne medicinske zahvate poput kirurgije, pokazuju veći skepticizam.. Osim prihvaćanja, podaci pokazuju da ukupna stopa korištenja KAM-a među liječnicima specijalistima iznosi 45%, pri čemu se najviša prevalencija bilježi u opstetriciji i ginekologiji, zatim obiteljskoj medicini, psihijatriji i neurologiji, a najniža u kirurgiji [219].

Sve tri komponente stava značajno se razlikuju između spolova. Žene pokazuju značajno više razine pozitivnih stavova u svim komponentama stava ($p < 0,01$). Ovo je u skladu s

većinom prethodnih istraživanja koja ukazuju na veću sklonost žena prema preventivnim i holističkim pristupima zdravlju. Pozitivniji emocionalni i kognitivni stavovi žena mogu se povezati s njihovim većim interesom za istraživanje i primjenu alternativnih terapija. Žene često pokazuju veću otvorenost prema holističkim pristupima zdravlju, što uključuje ne samo primjenu KAM- a, već i emocionalnu i kognitivnu spremnost za prihvaćanje alternativnih terapija. Njihov pozitivniji stav može odražavati percepciju KAM-a kao prirodnije i manje invazivne opcije u usporedbi s klasičnom medicinom. Emocionalno povjerenje i bihevioralna otvorenost mogu proizlaziti iz uloge žena kao skrbnika u obitelji, što ih često potiče na traženje raznovrsnih terapijskih opcija. Multiinstitucionalna studija provedena u Sjedinjenim Državama između 2021. i 2022. godine identificirala je spol kao ključnu varijablu koja utječe na korištenje komplementarne i alternativne medicine (KAM) kod onkoloških pacijenata. Rezultati pokazuju da 86% žena koristi KAM, u usporedbi s 78% muškaraca, pri čemu je razlika statistički značajna ($p < 0,01$) [249]. Ovi podaci ukazuju na veću sklonost žena prema uključivanju KAM- a u svoje liječenje, što može biti povezano s različitim zdravstvenim potrebama, percepcijom dobrobiti ili kulturnim čimbenicima. Jednogodišnja studija provedena u New Jerseyju pruža dodatne uvide u ovu dinamiku, otkrivajući da su ženski spol, mlađa dob i bračni status

(razvedeni ili neoženjeni) značajno povezani s korištenjem KAM terapija nakon dijagnoze raka. Naime, žene su imale 1,7 puta veću vjerojatnost za započinjanje KAM terapija nego muškarci [250]. Ovi nalazi ne samo da potvrđuju veću participaciju žena u KAM-u nego da čimbenici poput spola i bračnog statusa mogu oblikovati motivaciju za korištenje ovih terapija. Značaj ovih informacija leži u praktičnim implikacijama za zdravstvene djelatnike. Prepoznavanje spola kao prediktora korištenja KAM-a može pomoći u personalizaciji pristupa liječenju, omogućujući onkološkim timovima da proaktivno informiraju i educiraju pacijente o mogućnostima KAM-a, s naglaskom na sigurne i dokazane terapije. Ovi podaci također ističu potrebu za daljnjim istraživanjima kako bi se dodatno razumjeli razlozi koji potiču žene na veće korištenje KAM-a u odnosu na muškarce, čime bi se dodatno unaprijedila praksa integrativne medicine.

Starije dobne skupine (51–60 i >60 godina) pokazuju pozitivnije kognitivne stavove ($p = 0,000$), dok mlađe dobne skupine (20–30 godina) imaju više rangove u emocionalnoj komponenti ($p = 0,028$). Ovaj rezultat implicira da starije osobe, vjerojatno zbog većeg iskustva i povećane svjesnosti o vlastitom zdravlju, imaju veće povjerenje u informacije o KAM-u. Stariji ispitanici mogu biti svjesniji svojih zdravstvenih potreba i otvoreniji prema

različitim terapijskim opcijama, uključujući KAM, zbog osobnog iskustva ili dugotrajnije izloženosti ovim metodama. Njihov pozitivniji kognitivni stav odražava prihvaćanje i informiranost o potencijalnim koristima KAM-a. Zanimljivo je da mlađe dobne skupine imaju više rangove u emocionalnoj komponenti, što može odražavati veći entuzijazam prema inovativnim ili nekonvencionalnim metodama bez nužno dublje informiranosti. Mlađe dobne skupine, iako možda manje informirane, pokazuju emocionalnu otvorenost što može biti povezano s njihovim istraživačkim duhom i željom za alternativama koje odgovaraju njihovom životnom stilu.

Rezultati ovog istraživanja identificiraju mlađu dob (40-60 godina) kao značajan prediktor korištenja komplementarnih praksi. Ova dobna razlika u korištenju KAM-a mogla bi imati implikacije na strukturu i sadržaj KAM edukacije i programa savjetovanja, budući da mlađi pacijenti mogu imati drugačije potrebe za informacijama i sklonosti. Slično tome, istraživanje koje su proveli Kust i sur. pokazalo je da je prosječna dob korisnika KAM-a 60 godina, dok je prosječna dob ispitanika koji ne koriste KAM nešto viša, iznosi 64 godine [230]. Istraživanje provedeno u Turskoj 2021. godine otkrilo je veću prevalenciju uporabe KAM-a među onkološkim pacijentima u dobi od 55 do 64 godine [250]. Nadalje, istraživanje iz 2020. u Njemačkoj povezano je mlađu dob (<62 godine) s povećanom vjerojatnošću korištenja KAM-a

među pacijentima s rakom ($p=0,02$). Ova dobna skupina često se nalazi u razdoblju života obilježenom većom sviješću o zdravlju, većom pristupačnošću informacijama i proaktivnim pristupom liječenju, što može objasniti njihov interes za integraciju KAM-a. Razlika u dobi ukazuje na potencijalnu potrebu za prilagodbom edukacijskih programa i savjetovanja o KAM- u, budući da mlađi pacijenti mogu imati specifične informacijske zahtjeve, motivacije i preferencije u odabiru terapija. Ovi rezultati sugeriraju da i unutar starije populacije postoji tendencija prema korištenju KAM-a što može odražavati njihove potrebe za komplementarnim metodama u upravljanju kroničnim bolestima i poboljšanju kvalitete života. Prepoznavanje ove dobne razlike ima značajne implikacije za praksu. Edukacijski programi o KAM-u i komunikacijske strategije trebali bi biti osmišljeni na način da se prilagode specifičnim potrebama mlađih pacijenata, uzimajući u obzir njihovu sklonost informiranju putem digitalnih kanala i veću participaciju u donošenju odluka o vlastitom zdravlju. Istodobno, ove strategije mogu uključivati personalizirane savjete za starije pacijente, kojima je potrebno osigurati pouzdane i jednostavne informacije o sigurnim i učinkovitim KAM praksama [249].

Statistički značajne razlike nalaze se za sve tri komponente stavova prema razinama obrazovanja ($p < 0,01$). Osobe s višim obrazovanjem pokazuju pozitivnije stavove, posebno u kognitivnoj komponenti, što ukazuje na važnost obrazovanja u oblikovanju stavova prema KAM-u. Ispitanici s višim obrazovanjem vjerojatno imaju dublje razumijevanje KAM-a, ali i veće očekivanje da KAM bude utemeljen na dokazima. Ovo objašnjava njihovo više rangiranje kognitivne komponente, ali i moguće niže rangove u bihevioralnoj komponenti zbog kritičnijeg stava prema primjeni metoda bez znanstvene validacije. Međutim, osobe sa srednjom stručnom spremom češće pokazuju pozitivne bihevioralne stavove, što može ukazivati na njihovo praktično iskustvo s KAM-om. Takve osobe vjerojatno su manje kritične prema znanstvenim dokazima i više se oslanjaju na iskustva ili preporuke u svojoj zajednici. Njihova povijest korištenja KAM-a može biti motivirana praktičnim razlozima, poput dostupnosti ili tradicije. Viša obrazovna postignuća povezana su s povećanom upotrebom KAM-a, vjerojatno zbog poboljšanog pristupa informacijama i resursima, što omogućuje informiranije donošenje odluka. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da će osobe s tercijarnim obrazovanjem vjerojatnije usvojiti KAM metode u usporedbi s onima sa srednjim ili nižim stupnjem obrazovanja ($p=0,004$). Slično tome, istraživanje provedeno u Iranu naglašava korelaciju između obrazovne razine zdravstvenih radnika i njihove upotrebe KAM-a, pri čemu su oni s visokim obrazovanjem skloniji uključivanju u modalitete KAM-a [251]. Osim toga, istraživanje je pokazalo da je veća vjerojatnost da će ih zdravstveni djelatnici koji su koristili KAM metode preporučiti svojim pacijentima, naglašavajući važnost obrazovanja i obuke u poboljšanju znanja i preporuka KAM-a [251]. Isto istraživanje otkrilo je da je visoko obrazovanje značajan prediktor korištenja KAM-a, s omjerom izgleda od 1,96, što ukazuje na to da su pacijenti s višim razinama obrazovanja imali gotovo dvostruko veću vjerojatnost da će koristiti KAM u usporedbi s onima s nižim obrazovnim postignućima [251]. Rezultati našeg istraživanja suprotno navedenom, pokazali su da osobe s višim stupnjem obrazovanja mogu biti manje sklone korištenju KAM-a.

Obrazovani pacijenti često imaju bolji pristup informacijama o KAM-u, što može utjecati na njihovu odluku o korištenju ovih terapija. Oni mogu tražiti KAM kao komplementarni pristup konvencionalnim tretmanima, vođeni željom za holističkim pristupom i većom kontrolom nad svojim zdravljem [249]. Više razine obrazovanja također mogu biti u korelaciji s značajnijom sposobnošću kritičke procjene dobrobiti i rizika KAM-a, što dovodi do informiranijih odluka utemeljenih na dokazima o njegovoj upotrebi [252].

Ispitanici s duljim radnim stažem (>35 godina) pokazuju značajno više rangove u

kognitivnoj komponenti ($p = 0,000$). Dulje radno iskustvo može pridonijeti većem prihvaćanju i razumijevanju različitih terapijskih opcija, uključujući KAM. Iskusniji zdravstveni radnici vjerojatno su imali više prilika vidjeti kako pacijenti pozitivno reaguju na KAM, što može oblikovati njihov stav prema ovim metodama.

Ispitanici s nižim prihodima imaju pozitivnije emocionalne stavove ($p = 0,001$), dok oni s višim prihodima pokazuju skepticizam, osobito u kognitivnoj komponenti. Ovo može odražavati socioekonomske razlike u pristupu informacijama i povjerenju u KAM metode. Ispitanici s nižim prihodima često traže KAM metode koje im pružaju emocionalnu nadu ili osjećaj kontrole nad vlastitim zdravljem. Manje financijskih resursa može ograničiti pristup konvencionalnoj medicini, čime KAM postaje privlačna opcija. Emocionalni stavovi poput povjerenja ili nade odražavaju se u pozitivnijem stavu prema KAM-u. Ispitanici s višim prihodima, s druge strane, mogu biti bolje informirani o znanstvenim dokazima i potencijalnim rizicima KAM-a, što može rezultirati većim skepticizmom. Ova skupina možda ima veći pristup konvencionalnim medicinskim uslugama, smanjujući potrebu za KAM-om. Dok prihod često nije izravno analiziran kao prediktor korištenja KAM-a među onkološkim pacijentima, postoje dokazi koji ukazuju na neizravnu povezanost između prihoda i upotrebe KAM-a, posredovanu drugim čimbenicima poput razine obrazovanja. Na primjer, istraživanje Kust i sur. pokazalo je da osobe s višim primanjima češće koriste KAM, pri čemu su visoka primanja bila značajan prediktor korištenja KAM-a u multivarijantnoj analizi ($OR=10.88$, $p=0.002$) [230]. Slični rezultati zabilježeni su i u drugim istraživanjima koja sugeriraju da osobe s višim razinama obrazovanja, često povezane s višim primanjima, imaju veću sklonost prema KAM-u [253]. Viša razina prihoda često omogućava pristup širem spektru terapija, uključujući komplementarnu i alternativnu medicinu (KAM), te potiče njihovo korištenje u populacijama gdje su ove metode kulturno prihvaćene [254]. Iako je prihod prepoznat kao značajan prediktor korištenja KAM-a u brojnim istraživanjima, njegova uloga može varirati ovisno o društveno-ekonomskom i zdravstvenom kontekstu. U nekim sredinama s nižim prihodima, KAM se koristi upravo zbog veće dostupnosti i nižih troškova u odnosu na konvencionalne medicinske usluge [255]. U hrvatskom kontekstu, većina KAM terapija nije uključena u javni zdravstveni sustav, no postoje iznimke – primjerice, akupunktura se provodi u sklopu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO), kao i manualna limfna drenaža za pacijentice s limfedemom, nakon liječenja karcinoma dojke [256]. Ove specifične iznimke upućuju na to da dostupnost KAM metoda unutar sustava zdravstva nije homogena i da pojedine metode, kada su jasno medicinski

indicirane, ipak mogu biti dostupne bez dodatnog financijskog opterećenja za pacijenta. To može djelomično objasniti višu razinu prihvaćenosti određenih KAM metoda među ispitanicima, osobito u onkološkom kontekstu. Rezultati ovog istraživanja stoga naglašavaju važnost uzimanja u obzir ekonomskih, institucionalnih i indikacijskih faktora pri analizi obrazaca korištenja KAM-a u odnosu na prihode.

Ispitanici koji se izjašnjavaju kao vjernici pokazali su značajno više rangove u bihevioralnoj komponenti stava u usporedbi s agnosticima i ateistima ($p = 0,015$). Razlike u emocionalnoj i kognitivnoj komponenti nisu bile statistički značajne ($p > 0,05$), iako vjernici također pokazuju nešto više rangove. Ispitanici koji su se identificirali kao vjernici imaju pozitivnije obrasce ponašanja prema KAM-u, što ukazuje na to da su češće koristili KAM ili su otvoreniji prema njegovoj primjeni. Ovo može biti povezano s vrijednostima i uvjerenjima koja proizlaze iz njihove religijske pripadnosti. Religije često promiču holistički pristup zdravlju, ističući prirodne i tradicionalne metode liječenja kao dopunu modernoj medicini. Holistički pristup zdravlju temelji se na ravnoteži između fizičkog, mentalnog i duhovnog blagostanja, pri čemu se naglašava važnost zdravog načina života, pravilne prehrane, upravljanja stresom i prirodnih metoda liječenja. Ovaj koncept promiče cjelovit pristup očuvanju zdravlja, uzimajući u obzir ne samo medicinske intervencije već i životne navike koje doprinose prevenciji bolesti i općem zdravlju [257, 258].

Povjerenje u prirodne metode liječenja i iscjeljenje često se može temeljiti na duhovnim uvjerenjima, što može objasniti zašto su vjernici skloniji bihevioralnom prihvaćanju KAM-a. Iako razlike nisu statistički značajne, vjernici imaju tendenciju pokazivati više rangove u emocionalnoj komponenti. To može ukazivati na povjerenje i nadu koju vjernici polažu u metode liječenja koje se percipiraju kao bliske prirodi, što se može povezati s osjećajem zahvalnosti, smirenosti i duhovne povezanosti. Nedostatak značajnih razlika u kognitivnoj komponenti sugerira da religijska pripadnost ne utječe značajno na percepciju ili znanje o KAM-u. Ovo može značiti da ispitanici, bez obzira na svoje vjersko opredjeljenje, jednako ocjenjuju učinkovitost i relevantnost KAM-a na temelju dostupnih informacija. Istraživanja u

drugim zemljama, poput istraživanja Chang i sur. [194], ukazuju na to da nekršćanski ispitanici češće koriste KAM. U tom kontekstu, vjera može igrati ulogu u prihvaćanju alternativnih metoda koje se temelje na kulturnim i duhovnim vrijednostima. Razlike između vjernika, agnostika i ateista u našem istraživanju izražene su u bihevioralnoj komponenti,

što može ukazivati na specifičnosti lokalnog konteksta u kojem vjernici više prakticiraju KAM, dok ostale komponente stava nisu značajno povezane s religijom. Religiozna pripadnost ima značajan utjecaj na bihevioralnu komponentu stava prema KAM-u, ali nije ključni faktor za emocionalnu i kognitivnu komponentu. Ovo sugerira da vjernici, zbog svojih uvjerenja, češće koriste KAM, ali njihova percepcija učinkovitosti i emocije prema KAM-u nisu značajno različite od onih kod agnostika ili ateista. Rezultati naglašavaju važnost uzimanja u obzir kulturnih i duhovnih faktora u oblikovanju obrazaca korištenja KAM-a. Iako naše istraživanje nije identificiralo vjersku pripadnost kao ključni prediktor stavova prema KAM-u, postoje dokazi iz literature koji ukazuju na značajan utjecaj religioznosti na korištenje ovih metoda [259, 260, 261]. Studije su pokazale da pojedinci s jakim vjerskim ili duhovnim stavovima češće koriste KAM, percipirajući ih kao dopunu svojoj vjeri [259]. Religiozni kontekst često igra ključnu ulogu u prihvaćanju KAM-a, gdje vjerske prakse i uvjerenja djeluju kao okvir za razumijevanje i primjenu ovih metoda. Na primjer, istraživanje Smitha i sur. [260] istaknulo je kako su duhovne prakse poput meditacije, molitve i duhovnog iscjeljenja posebno popularne među osobama s izraženom religioznošću [261]. Daljnji dokazi ukazuju da ovaj obrazac nije ograničen na specifične religijske skupine ili zdravstvena stanja. Praksa KAM-a često se promatra kao način integracije tjelesnog, duševnog i duhovnog zdravlja, čime se pojačava povezanost između religioznih uvjerenja i KAM-a. Rezultati ističu važnost religioznosti a s time u vezi i kulturološkog naslijeđa kao potencijalnog faktora u oblikovanju stavova prema KAM-u i njegovom korištenju [262, 263]. Daljnja istraživanja mogla bi se usmjeriti na dublje razumijevanje kako vjerski kontekst utječe na percepciju KAM-a, posebno u zemljama s visokim stupnjem religioznosti, kako bi se unaprijedila integracija ovih metoda u holistički pristup skrbi.

Razlike u bihevioralnoj komponenti stava između ispitanika koji rade u onkologiji i onih koji ne rade nisu bile statistički značajne ($p = 0,193$). Nedostatak značajne razlike u bihevioralnoj komponenti sugerira da rad u onkologiji ne utječe izravno na obrasce korištenja KAM-a. To znači da ispitanici, bez obzira na radno mjesto, imaju slične navike vezane uz primjenu KAM-

a. Ovaj nalaz može ukazivati na to da bihevioralni obrasci više ovise o osobnim iskustvima i sklonostima nego o profesionalnom okruženju. Ispitanici koji ne rade u onkologiji imali su

značajno više rangove u emocionalnoj komponenti u usporedbi s onima koji rade u

onkologiji ($p = 0,023$). Ispitanici koji ne rade u onkologiji pokazali su pozitivnije emocionalne stavove prema KAM-u. Ovo može biti posljedica manjeg profesionalnog skepticizma ili manjih izloženosti pacijentima u terminalnim fazama bolesti, gdje KAM često igra ulogu posljednje nade. Osobe izvan onkoloških odjela mogu imati manje rigidne stavove prema konvencionalnim terapijama, što im omogućuje otvoreniji emocionalni stav prema KAM-u. Također je zabilježena statistički značajna razlika, pri čemu ispitanici koji ne rade u onkologiji imaju više rangove u kognitivnoj komponenti ($p = 0,008$). Viši rangovi u kognitivnoj komponenti među ispitanicima koji ne rade u onkologiji mogu ukazivati na njihovo prihvaćanje ili percepciju KAM-a kao potencijalno korisne metode. Oni koji rade u onkologiji često su izloženi rigoroznim standardima kliničke prakse i mogu biti skeptičniji prema metodama koje nemaju čvrstu znanstvenu podlogu. Rad u onkologiji često zahtijeva oslanjanje na dokaze temeljene na medicinskoj znanosti i stroge protokole liječenja. To može rezultirati nižim emocionalnim i kognitivnim rangovima među onkološkim radnicima, koji su svjesni ograničenja KAM-a u liječenju ozbiljnih bolesti poput raka. Onkološki pacijenti često koriste KAM kao dodatnu ili alternativnu terapiju, posebno u kasnim fazama bolesti. Ispitanici koji rade u onkologiji mogu doživjeti razočaranja ili frustracije zbog pacijenata koji se odlučuju za KAM bez dokaza o njegovoj učinkovitosti, što može oblikovati njihove emocionalne i kognitivne stavove. Iako rad u onkologiji ne utječe značajno na bihevioralnu komponentu korištenja KAM-a, emocionalni i kognitivni stavovi među onkološkim radnicima značajno su različiti u usporedbi s onima koji ne rade u onkologiji. To može biti posljedica profesionalnog okruženja koje naglašava kliničku učinkovitost i sigurnost. Tendencija zdravstvenih radnika da uključe KAM u svoju praksu značajno varira ovisno o specijalnosti. Na ovu sklonost utječu faktori kao što su percipirane dobrobiti KAM-a, razina znanja o njegovoj primjeni i specifične potrebe pacijenata. Podaci iz drugih istraživanja potvrđuju varijaciju među specijalnostima.

Na primjer, istraživanje provedeno na Novom Zelandu pokazalo je da su zdravstveni djelatnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, poput liječnika opće prakse, fizioterapeuta i primalja, skloniji koristiti KAM [264]. Oko 25% liječnika opće prakse na Novom Zelandu sami prakticiraju KAM, dok čak 82,3% upućuje pacijente liječnicima specijaliziranim za KAM. Posebno je zanimljivo da pružatelji usluga primarne zdravstvene zaštite često usvajaju holistički pristup skrbi, koji uključuje otvorenost prema KAM terapijama, kao odgovor na zahtjeve pacijenata [264]. Ova razlika u pristupu može ukazivati na važnost specijalističkog obrazovanja i svijesti o potencijalima i ograničenjima KAM-a unutar

različitih medicinskih disciplina. To također

podupire potrebu za uvođenjem strukturiranih edukacijskih programa kako bi se osiguralo da svi zdravstveni radnici imaju temeljito razumijevanje potencijalnih dobrobiti i rizika povezanih s KAM terapijama.

Utjecaj bračnog statusa na korištenje KAM-a u literaturi također pokazuje različitosti, ukazujući na važnost konteksta i specifičnih populacija. Istraživanje provedeno u Turskoj 2014. pokazalo je da bračni status nije imao statistički značajan utjecaj na korištenje KAM-a kod pacijenata na kemoterapiji [250], što je u skladu s rezultatima Dhanoa i sur. [76] u njihovoj analizi. Naše istraživanje također nije pronašlo značajnu povezanost između bračnog statusa i stavova prema KAM-u. S druge strane, Kust i sur. navode da je razvedeni status povezan s većom vjerojatnošću korištenja KAM-a nego status u braku [230]. Nasuprot tome, studija provedena u Koreji među starijim onkološkim pacijentima pokazala je da postojanje supružnika značajno povećava vjerojatnost korištenja KAM-a, sugerirajući da podrška supružnika može igrati ključnu ulogu u donošenju odluka o korištenju ovih metoda [227]. Alsharifov sustavni pregled literature dodatno naglašava kompleksnost odnosa između bračnog statusa i korištenja KAM-a. Pregled je otkrio da sedam studija sugerira veću prevalenciju korištenja KAM-a među osobama u braku, dok tri studije nisu pronašle značajnu povezanost [265]. Iako bračni status može igrati ulogu u donošenju odluka o korištenju KAM-a, njegov utjecaj nije univerzalno primjenjiv, a razlike ovise o kulturnom kontekstu, vrsti bolesti te ulozi supružničke podrške. Ovi rezultati ističu potrebu za daljnjim istraživanjima kako bi se razumio kontekstualni značaj bračnog statusa u oblikovanju stavova prema KAM-u i njegovom korištenju.

Vrsta zajednice kojoj ispitanici pripadaju pokazao se kao važan čimbenik u korištenju KAM-a, što potvrđuje istraživanje provedeno na Filipinima 2012. godine, gdje je utvrđena veća prevalencija korištenja KAM-a među ispitanicima iz ruralnih područja (68,4%) u odnosu na one iz urbanih sredina (51,5%) [255]. Međutim, u našem istraživanju područje stanovanja se nije pokazalo kao značajan prediktor korištenja KAM-a, što upućuje na moguće geografske razlike među populacijama.

Ispitanici koji su svoje zdravlje procijenili kao "loše" ili "vrlo loše" imaju višu učestalost korištenja KAM-a u usporedbi s onima koji svoje zdravlje procjenjuju kao "dobro" ili "jako dobro", iako za bihevioralnu komponentu razlika nije bila statistički značajna. Ispitanici s lošijom percepcijom vlastitog zdravlja češće koriste KAM kao dodatak ili alternativu

konvencionalnoj medicini motivirani osjećajem hitnosti ili nezadovoljstvom trenutnim zdravstvenim ishodima. KAM postaje privlačna opcija za ove ispitanike jer nudi osjećaj kontrole ili mogućnost dodatne pomoći u situacijama kada konvencionalna medicina ne daje očekivane rezultate.

Statistički značajne razlike nisu potvrđene za emocionalnu komponentu, ali ispitanici s lošijom procjenom zdravlja pokazuju tendenciju prema višim emocionalnim stavovima, poput povjerenja i nade u KAM. Iako razlike nisu statistički značajne, emocionalna povezanost s KAM-om često proizlazi iz percepcije da ove metode nude "humaniji" pristup liječenju ili mogućnost pronalaska pomoći tamo gdje konvencionalna medicina nije uspjela. S tim u vezi, istraživanja pokazuju da pacijenti s izraženijim eksternim lokusom kontrole, odnosno oni koji osjećaju manju osobnu kontrolu nad svojom bolešću, češće pribjegavaju KAM-u. Pretpostavka da KAM osnažuje pacijente dovodi se u pitanje, jer rezultati pokazuju da se njegova primjena često javlja kao odgovor na osjećaj nemoći pred bolešću. [266]. Nadalje, naši podaci pokazuju da ispitanici s lošijom procjenom vlastitog zdravlja iskazuju nešto pozitivnije kognitivne stavove prema KAM-u, što upućuje na njihovu veću otvorenost prema percepciji učinkovitosti ovih metoda kao potencijalnog rješenja u situacijama gdje konvencionalna medicina ne nudi zadovoljavajuće odgovore.

Samoprocjena zdravlja predstavlja ključni pokazatelj u razumijevanju stavova i ponašanja prema KAM-u, jer odražava način na koji ispitanici percipiraju vlastito zdravstveno stanje i dostupne mogućnosti liječenja. Istraživanja ukazuju na zanimljiv kontrast između objektivnog zdravstvenog stanja i subjektivne percepcije zdravlja među korisnicima KAM-a. Podaci iz Sjedinjenih Američkih Država pokazuju da su korisnici KAM-a otprilike 1,5 puta skloniji prijaviti poboljšanje svog zdravlja u prethodnoj godini u usporedbi s osobama koje ne koriste KAM [267]. Iako korisnici KAM-a prijavljuju veći broj zdravstvenih tegoba, istovremeno češće ocjenjuju svoje zdravlje kao "odlično" ili "bolje nego prethodne godine" u usporedbi s onima koji ne koriste KAM [268]. To može ukazivati na ulogu očekivanja i iskustava povezanih s KAM-om u oblikovanju subjektivne percepcije zdravlja, što je u skladu s našim rezultatima koji pokazuju da ispitanici s lošijom procjenom vlastitog zdravlja iskazuju pozitivnije kognitivne stavove prema KAM-u. Navedeni rezultati korespondiraju s rezultatima istraživanja provedenog na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu (ZVU), gdje je utvrđeno da čak 82,0% ispitanika vjeruje kako pacijenti koriste KAM u fazama bolesti kada traže nadu, bez obzira na nedostatak dokaza o učinkovitosti što

potvrđuje važnost emocionalnih čimbenika u odlučivanju o korištenju KAM-a [269]. Pojedinci se često obraćaju KAM-u kako bi preuzeli veću osobnu odgovornost za svoje zdravlje, osnažili se i istražili holističke pristupe dobrobiti, posebno kada njihova percepcija zdravlja potiče potragu za alternativnim opcijama liječenja, na što ukazuju i naši rezultati. Sukladno rezultatima navedenih istraživanja, korištenje KAM-a, povezano je s percepcijom vlastitog zdravlja, bilo kao posljedica subjektivnog poboljšanja simptoma, bilo kao rezultat osjećaja kontrole i osnaženja koji dolazi s korištenjem ovih terapija. Ova povezanost ukazuje na to da osobe koje koriste KAM imaju veću sklonost preventivnoj skrbi i holističkim pristupima zdravlju. Za njih je KAM ne samo terapija nego i dio cjelokupnog načina života, što doprinosi osjećaju dobrobiti.

Kognitivna komponenta stava prema KAM-u u našem istraživanju pokazala je statistički značajnu razliku među stratumima ispitanika, pri čemu su pacijenti ($M=4.06$, $SD=0.736$) iskazali najviše pozitivne stavove i najvišu razinu uvjerenja u učinkovitost KAM-a. Medicinske sestre i tehničari ($M=3.92$, $SD=0.867$) također su pokazali relativno visok stupanj prihvaćanja, dok su liječnici ($M=2.54$, $SD=1.159$) bili najskeptičniji. Galbraith je istraživao odnos između sklonosti intuitivnom razmišljanju i vjerovanja u učinkovitost KAM-a. Istraživanje je pokazalo da su pojedinci koji se oslanjaju na intuitivne procese donošenja odluka i skloni ontološkim pogreškama (pogrešnom tumačenju znanstvenih koncepata) skloniji vjerovanju u KAM metode [84]. Kako kognitivni procesi oblikuju percepciju KAM-a istraživali su Akhrani i Ardyaningrum [270], pokazujući da pozitivni stavovi prema KAM-u mogu pojačati percipiranu učinkovitost terapija, neovisno o njihovom stvarnom učinku. Rezultati podupiru naše istraživanje koje pokazuje da ispitanici s pozitivnijim stavovima prema KAM-u češće percipiraju svoje zdravlje kao bolje, čak i ako objektivni zdravstveni pokazatelji ne potvrđuju poboljšanje. Ovime formiranje stavova prema KAM-u nije samo rezultat informiranosti, već je povezano s načinom na koji pojedinci obrađuju informacije, bilo intuitivno ili analitički.

Univarijatna analiza našeg istraživanja ukazala je na povezanost većeg broja sociodemografskih čimbenika sa stavovima prema KAM-u. Međutim, multivarijatna analiza razjasnila je koji su od tih čimbenika neovisni prediktori. Na primjer, spol se pokazao kao snažan neovisan prediktor u svim komponentama stava, dok su dob i prihodi izgubili značaj u multivarijatnom modelu, što ukazuje na to da su njihovi učinci posredovani drugim čimbenicima, poput obrazovanja. Obrazovanje ostaje konzistentno značajan prediktor u

svim analizama, što potvrđuje njegovu ključnu ulogu u oblikovanju stavova. Analiza rezultata ukazuje na složenu povezanost sociodemografskih čimbenika i stavova prema KAM-u. Niži prihodi i obrazovanje povezani su s praktičnijim i emocionalnijim pristupom, dok su viši prihodi i obrazovanje povezani s kritičnijim i informiranijim kognitivnim stavovima. Stariji ispitanici i oni s duljim radnim iskustvom pokazuju veću otvorenost i prihvaćanje KAM-a, dok su žene dosljedno pozitivnije u svim komponentama stava.

5.4. Očekivanja, dobrobiti i neželjeni efekti primjene KAM-a

Pitanje komplementarne, alternativne i integrativne medicine otvara širi prostor za razmatranje njezine uloge u zdravstvenoj skrbi, posebice kroz prizmu očekivanja, percipiranih dobrobiti i potencijalnih rizika. Različiti stavovi između pacijenata i zdravstvenih radnika ističu kompleksnost ove teme i reflektiraju različite percepcije o učincima KAM-a na zdravlje. Promatranje KAM-a kroz prizmu ovih triju aspekata pruža uvid u to kako različite skupine vrednuju njezinu upotrebu i kako takve perspektive mogu oblikovati komunikaciju, implementaciju i povjerenje u ovu vrstu terapija. U ovom dijelu rasprave sintetizirani su rezultati koji se odnose na očekivanja od KAM-a, percipirane dobrobiti te njezine potencijalne neželjene učinke, istovremeno ukazujući na povezanosti i diskrepancije među skupinama ispitanika.

Pacijenti i zdravstveni radnici izražavaju najviše slaganja s tvrdnjama da KAM doprinosi unapređenju psihofizičkog zdravlja i povećanju imuniteta, dok je manje slaganja u vezi s tvrdnjama da KAM može pomoći u sprječavanju ili liječenju bolesti. Na primjer, 45,8% ispitanika uglavnom se slaže da KAM povećava imunitet, dok njih 34,5% to potpuno podržava. S druge strane, manji udio izražava povjerenje u ulogu KAM-a u liječenju bolesti (20,7% potpuno slaže). Razlike između pacijenata i zdravstvenih radnika su statistički značajne u gotovo svim kategorijama, pri čemu pacijenti pokazuju veće povjerenje u KAM. Većina ispitanika navodi olakšanje tegoba, ublažavanje boli i poboljšanje kvalitete sna kao ključne dobrobiti KAM-a. Primjerice, 45,3% ukupnih ispitanika se uglavnom slaže, a dodatnih 26,3% potpuno slaže s tvrdnjom da KAM olakšava tegobe. Pacijenti općenito imaju značajno pozitivniji stav o tim dobrobitima u usporedbi sa zdravstvenim radnicima, što je potkrijepljeno statističkom analizom ($p < 0,001$ za većinu kategorija). Neželjeni efekti KAM-a rijetko su prijavljeni, pri čemu većina ispitanika navodi da se ne slaže ili uglavnom ne slaže s tvrdnjama o pojavi probavnih smetnji (53,1%), poremećaja krvnog tlaka (54,1%)

ili alergijskih reakcija (56,7%). Međutim, među pacijentima i zdravstvenim radnicima postoji razlika u percepciji ovih efekata. Na primjer, pacijenti su u manjoj mjeri skloni povezivanju KAM-a s probavnim smetnjama, u usporedbi sa zdravstvenim radnicima ($p < 0,001$). Očekivanja od primjene KAM često su višestruka i odražavaju individualne potrebe pacijenata. Ključna očekivanja uključuju ublažavanje simptoma bolesti, smanjenje nuspojava konvencionalnog liječenja, poboljšanje kvalitete života te jačanje općeg zdravlja i imunološkog sustava [271, 272]. Osim toga, pacijenti često očekuju osjećaj kontrole nad vlastitim zdravljem, veću uključenost u proces liječenja te mogućnost korištenja holističkog pristupa koji u obzir uzima fizičke, emocionalne i duhovne aspekte zdravlja [272].

Prema rezultatima Europskog istraživanja iz 2005. godine, 50,7% pacijenata vjeruje da KAM pomaže u borbi protiv bolesti, dok 40,6% smatra da doprinosi poboljšanju općeg blagostanja. Istovremeno, 22,4% ispitanika navodi konkretne koristi od primjene KAM-a ($p < 0,001$), dok je svega 3,2% ocijenilo korištene terapije potpuno beskorisnima [2]. Usporedba s našim istraživanjem otkriva slične obrasce: pacijenti najčešće navode unapređenje psihofizičkog zdravlja (43,9%), povećanje imuniteta (45,8%) i smanjenje nuspojava liječenja (29,8%) kao glavne benefite KAM-a. U našem uzorku, tek 2,3% ispitanika izjavilo je da se u potpunosti slaže s tvrdnjom da nisu osjetili nikakvo poboljšanje, što ukazuje na vrlo nizak postotak onih koji KAM percipiraju kao potpuno beskoristan što je u skladu s Europskim istraživanjem.

Prema rezultatima istraživanja provedenog u Domu zdravlja u Čakovcu koje je uključivalo uzorak od 300 pacijenata, 55% ispitanika koji koriste KAM vjeruje da će im te metode pomoći, dok 43% navodi da koriste KAM jer žele isprobati nešto novo [7]. Ovi podaci ukazuju na značajnu komponentu subjektivnog uvjerenja u učinkovitost KAM-a, ali i na određeni eksperimentalni pristup pacijenata u istraživanju novih terapijskih opcija. Uspoređujući ove rezultate s našim istraživanjem, prepoznaju se slični trendovi. Naši ispitanici također pokazuju visok stupanj povjerenja u KAM, pri čemu većina smatra da metode poput ovih pridonose njihovom općem zdravstvenom stanju ili specifičnim terapijskim ciljevima. Iako je u našem uzorku subjektivno zadovoljstvo KAM-om značajno naglašeno, važnu razliku čini činjenica da su naši ispitanici onkološki pacijenti, dok je istraživanje provedeno u Čakovcu obuhvatilo pacijente obiteljske medicine koji predstavljaju širu i heterogenu populaciju s raznolikim zdravstvenim stanjima, uključujući akutne i kronične tegobe, pacijente različitih dobnih skupina i zdravstvenih potreba, čime se razlikuje od naše populacije, koja se primarno suočava s kompleksnim izazovima

povezanim s onkološkim bolestima i njihovim liječenjem. Različiti motivi mogu biti u osnovi primjene KAM-a, pri čemu onkološki pacijenti češće posežu za dodatnim metodama kao podršku liječenju, dok pacijenti obiteljske medicine KAM mogu koristiti u preventivne svrhe ili zbog interesa za alternativne terapijske pristupe.

Istraživanje provedeno na pacijentima obiteljske medicine u Hrvatskoj pokazalo je da 27% ispitanika vjeruje kako će im KAM pomoći u liječenju ili ublažavanju tegoba [72]. S druge strane, rezultati našeg istraživanja, usmjerenog na onkološke pacijente, ukazuju na to da su njihova očekivanja prvenstveno povezana s poboljšanjem općeg zdravlja i smanjenjem nuspojava liječenja, što se također može smatrati oblikom ublažavanja tegoba. Unatoč razlikama u kontekstu primjene, zajednička nit između ovih skupina jest uvjerenje pacijenata da KAM može imati pozitivan učinak na njihovo zdravlje, što potvrđuje široku prihvaćenost KAM-a među različitim populacijama pacijenata, dok istodobno ističe važnost liječnika obiteljske medicine i onkologa u edukaciji pacijenata te oblikovanju realističnih očekivanja od primjene KAM terapija.

Sklonost vjerovanju da su prirodni lijekovi sigurni uvelike pridonosi njihovoj popularnosti unatoč potencijalnim rizicima koje neki biljni preparati mogu predstavljati. Iako mnogi korisnici percipiraju prirodne lijekove kao bezopasne, istraživanja ukazuju na suprotno. Na primjer, crni kohoš (lat. *Cimicifuga racemosa*), često korišten od strane žena koje uzimaju hormonske lijekove nakon raka dojke, u rijetkim slučajevima povezuje se s ozbiljnim problemima s jetrom. Inače, biljka se tradicionalno koristi za ublažavanje menstrualnih bolova i simptoma menopauze kod žena [273, 274], u Europi se koristi više od 40 godina, a klinička ispitivanja potvrđuju njezinu učinkovitost i sigurnost [273,275]. Taj proizvod, zajedno s Dong Quai i ginsengom, može stimulirati rast stanica raka u linijama raka dojke pozitivnog na estrogenske receptore, što ih čini kontraindiciranim za takve pacijentice [276]

U istraživanju Molassiotis i sur., 4,4% onkoloških pacijenata prijavilo je nuspojave povezane s primjenom KAM terapija. Nuspojave su bile prolaznog karaktera i najčešće povezane s unosom biljnih pripravaka ili minerala. Među prijavljenim simptomima nalazili su se želučane tegobe poput bolova u trbuhu (uzrokovani konzumacijom čaja od timijana i koprive, vitamina C, te aloe), probavne smetnje i mučnina nakon korištenja čaja od koprive, svrbež povezan s listovima koprive, tabletama selena i imelom, glavobolje i migrene, proljev, te narušena bubrežna funkcija i nakupljanje kiselina u organizmu nakon uzimanja vitamina C [2]. Dodatno, biljni lijekovi mogu značajno utjecati na učinkovitost konvencionalnih

terapija. Primjerice, gospina trava može ubrzati eliminaciju lijekova poput antineoplastika Imatiniba, smanjujući njegovu koncentraciju u tijelu za čak 44% [277]. Takve interakcije predstavljaju ozbiljan izazov u kontekstu integrativne medicinske skrbi.

Iako naše istraživanje nije bilo usmjereno na detaljno ispitivanje nuspojava povezanih s primjenom KAM-a, važno je istaknuti njihovu potencijalnu prisutnost i ozbiljnost. Rezultati našeg istraživanja ukazuju da ispitanici gotovo nikada nisu bili upozoreni od strane zdravstvenih radnika na moguće nuspojave KAM-a, što može doprinijeti percepciji KAM-a kao potpuno sigurne opcije liječenja. Ova percepcija, iako često neosnovana, duboko je ukorijenjena u javnom mišljenju, osobito u vezi s prirodnim lijekovima čija sigurnost se često podrazumijeva, unatoč dokazima koji ukazuju na njihovu potencijalnu toksičnost i rizike [272]. Svjesnost pacijenata o mogućim interakcijama između biljnih preparata i konvencionalnih lijekova često je zabrinjavajuće niska. Istraživanje provedeno na pacijentima koji koriste lijek antikoagulans varfarin pokazalo je da je samo 28% ispitanika, koji su istovremeno uzimali i biljne preparate, bilo svjesno mogućih interakcija [278]. Ovi rezultati ukazuju na ozbiljan problem nedostatka informiranosti, koji može povećati rizik od nuspojava ili smanjene učinkovitosti liječenja. U našem istraživanju, čak 86,1% ispitanika izjavilo je da ih zdravstveni radnici nikada nisu upozorili na moguće štetnosti KAM-a, što dodatno potkrepljuje zabrinutost o neadekvatnoj edukaciji i komunikaciji u zdravstvenom sustavu.

Nuspojave povezane s primjenom KAM-a predstavljaju važan aspekt u procjeni njihove sigurnosti, posebno u onkološkoj populaciji. U istraživanju Kust i sur. 8,7% ispitanika je prijavilo nuspojave KAM-a poput povraćanja i proljeva. Ove nuspojave, često se javljaju i kao rezultat standardnih terapija, posebice kemoterapije, što sugerira da su neki prijavljeni simptomi možda i preuveličani ili nespecifični za KAM. Najčešće prijavljene nuspojave uključivale su zatvor (2,5%), pospanost (1,9%), povraćanje (1,9%), proljev (1,2%) i osjećaj pečenja u očima (1,2%). Značajno je da većina pacijenata nije bila svjesna mogućnosti interakcija između KAM-a i standardnih onkoloških terapija; samo 23% ispitanika bilo je informirano o ovom riziku, dok ostalim 77% pacijenata zdravstveni djelatnici nisu dali informaciju o toj potencijalnoj opasnosti [231]. Iako Kust i sur. u svom istraživanju ne navode razloge zbog kojih pacijenti ne prijavljuju korištenje KAM-a liječniku, rezultati pokazuju da 66,5% pacijenata nije prijavilo korištenje KAM-a svom onkologu. Ovi podaci upućuju na mogućnost da upravo ti pacijenti nisu dobili upozorenje o potencijalnim rizicima, što otvara pitanje uloge liječnika u informiranju pacijenata o sigurnosti KAM-a i važnosti

otvorene komunikacije u kliničkoj praksi.

Također, pacijenti često koriste više KAM terapija istovremeno, s prosjekom od 2,3 terapije po pacijentu, a neki su primjenjivali i do sedam različitih metoda, što otežava procjenu sigurnosti

i učinkovitosti. Potencijalne nuspojave povezane s primjenom KAM-a uključuju širok spektar zdravstvenih rizika, kao što su alergijski kontaktni dermatitis, organska toksičnost koja može zahvatiti ključne organe poput jetre, bubrega i srca, mehaničke ozljede i infekcije (primjerice, hepatitis i bakterijski endokarditis) vezane uz akupunkтуру te različite nutritivne deficite, posebno kod dojenčadi i male djece koja su podvrgnuta restriktivnim alternativnim dijetama [279].

Ovi podaci ističu važnost sustavne i pažljive procjene sigurnosti KAM-a, s obzirom na to da potencijalni rizici, iako ozbiljni, često ostaju neprimijećeni ili podcijenjeni u praksi. Iako KAM ima značajan potencijal za poboljšanje kvalitete života i ublažavanje simptoma, rezultati istraživanja ukazuju na potrebu za oprezom i odgovornim pristupom u njegovoj primjeni. Osiguravanje boljeg razumijevanja potencijalnih interakcija i nuspojava ključno je za sigurno korištenje KAM-a u kombinaciji s konvencionalnim terapijama. Nadalje, kontinuirano podizanje svijesti među pacijentima o tome da "prirodno" ne znači automatski i "sigurno" trebalo bi biti prioritet u komunikaciji između pacijenata i zdravstvenih djelatnika.

5.5. Izvori informacija o KAM-u

Izvori informacija o KAM-u važni su za razumijevanje kako pacijenti i zdravstveni radnici dolaze do saznanja o ovim metodama te kako te informacije utječu na njihovu percepciju i korištenje KAM-a. Rezultati ovog istraživanja prikazuju širok spektar izvora informacija, uključujući zdravstvene djelatnike, prijatelje i obitelj, druge pacijente, medije te vjerske institucije. Podaci omogućuju uvid u obrasce povjerenja i oslanjanja na različite informacijske kanale, pri čemu su zabilježene značajne razlike između pacijenata i zdravstvenih radnika. Analiza pokazuje da su prijatelji i obitelj najčešći izvor informacija za pacijente, pri čemu se 44,4% pacijenata uglavnom slaže, a 43,9% u potpunosti slaže da dobivaju informacije o KAM- u od bliskih osoba. Mediji, uključujući internet i televiziju, također su važan izvor, s 37,1% pacijenata i 33,4% zdravstvenih radnika koji se uglavnom

slažu da koriste ove izvore informacija. Zdravstveni djelatnici, kako oni izvan bolnice tako i oni u bolničkim ustanovama, manje su zastupljeni kao izvor informacija, s većinom ispitanika koji se ne slažu ili su neutralni prema tvrdnji da od njih dobivaju informacije o KAM-u. Vjerske institucije, poput crkve, najmanje su zastupljene kao izvor informacija. Ovi podaci sugeriraju da se pacijenti i zdravstveni radnici u najvećoj mjeri oslanjaju na neformalne izvore informacija, poput obitelji i prijatelja, dok zdravstveni sustav ima ograničenu ulogu u pružanju informacija o KAM-u.

Razlike u percepciji i oslanjanju na izvore informacija između pacijenata i zdravstvenih radnika ukazuju na potrebu za jačanjem formalnog informiranja i komunikacije o KAM-u unutar zdravstvenog sustava.

Prema istraživanju Evansa i suradnika, najčešći izvori informacija o KAM-u uključuju prijatelje, rodbinu te grupe podrške i samopomoći [280]. Ovi izvori česti su u oblikovanju stavova pacijenata prema KAM-u te njihovim odlukama o uključivanju takvih terapija u svoje zdravstvene prakse. Neposredna iskustva i preporuke iz ovih neformalnih izvora često se percipiraju kao autentične i vjerodostojne, što dodatno potiče njihovu upotrebu među pacijentima.

Roy i sur. u svom istraživanju s uzorkom od 200 liječnika i 403 pacijenta otkrili su da su najčešći izvori informacija o KAM-u za pacijente bili članovi obitelji (43%) i prijatelji (27%), dok je samo 13% informacija dolazilo od liječnika. Istraživanje Furlow i sur. je pokazalo da su obitelj i prijatelji također najčešći izvor informacija o KAM metodama (36,2%), dok su drugi izvori poput interneta (16,7%), zdravstvenih djelatnika (15,7%) i knjiga (15,7%) bili rjeđe navedeni [224]. Ovi rezultati naglašavaju dominantnu ulogu neformalnih mreža u širenju informacija o KAM-u, dok relativno nizak udio liječnika u pružanju informacija ukazuje na potrebu za boljom integracijom ovih praksi u formalne medicinske komunikacije. Nadalje, istraživanja iz drugih zemalja dosljedno pokazuju da su obitelj i prijatelji prvi i najvažniji izvor informacija o KAM-u [2, 216, 242, 260, 281].

Prema rezultatima istraživanja Kust i sur., koje je provedeno tijekom 2014. i 2015. godine u KBC Sestre milosrdnice, najveći broj sudionika saznaje o KAM metodama od prijatelja i članova obitelji (41%), dok značajan udio ispitanika dobiva informacije od drugih pacijenata (20,5%). Internet je treći najčešći izvor (15,5%), a iza njega slijede liječnici opće prakse (7,5%) i ljekarnici (6,8%). Ostali izvori, poput knjiga i novina (4,3%), televizije (1,2%) te alternativnih terapeuta (1,2%), imaju znatno manji utjecaj [230]. Istraživanje ukazuje na

marginalnu ulogu formalnih zdravstvenih djelatnika ali i KAM terapeuta u informiranju onkoloških pacijenata o KAM-u. Liječnici obiteljske medicine, iako zastupljeniji od drugih formalnih izvora unutar zdravstvenog sustava, navode se kao izvor informacija od strane samo 7,5% pacijenata, dok KAM terapeuti imaju gotovo zanemarivu ulogu s udjelom od svega 1,2%. Ovi podaci odražavaju obrazac primijećen i u našem istraživanju, gdje su zdravstveni djelatnici izvan bolnice među najmanje zastupljenim izvorima informacija o KAM-u (6,7%). U oba slučaja,

ključni izvori ostaju neformalni kanali, poput obitelji, prijatelja i drugih pacijenata. Sličnost između rezultata ovih istraživanja sugerira kontinuirani trend u kojem se pacijenti više oslanjaju na neformalne mreže i samostalno istraživanje, dok formalni zdravstveni djelatnici i KAM praktičari ne uspijevaju zauzeti centralniju ulogu u informiranju o KAM metodama.

Istraživanje koje su proveli Armano i sur. koje uključuje onkološke pacijente u KBC Sestre milosrdnice pokazalo je da su obitelj i prijatelji (36,6%), drugi bolesnici (31,7%) te mediji (28,0%) najčešći izvori informacija o KAM-u. Ovo istraživanje također je ukazalo na zanemarivu ulogu zdravstvenih djelatnika u bolnici (2,4%) kao izvora informacija [81]. Uspoređujući s našim istraživanjem, vidljiva je sličnost u tome što i naši rezultati pokazuju da su neformalni izvori, poput prijatelja, obitelji i drugih pacijenata, dominantni. Na primjer, prema našim podacima, prijatelji i članovi obitelji značajno su zastupljeni kao izvor informacija (40,0%), dok drugi pacijenti također čine važan segment (37,0%). S druge strane, zdravstveni djelatnici i u našem istraživanju imaju relativno manju ulogu, što upućuje na širi trend nedostatka informacija o KAM-u unutar formalnih zdravstvenih struktura.

Istraživanje provedeno među učenicima srednje medicinske škole u Zagrebu, otkrilo je da su učenici o KAM metodama najčešće čuli od pacijenata tijekom kliničkih vježbi (78,6%) [218]. Ovaj podatak je zabrinjavajući jer ukazuje na to da budući zdravstveni djelatnici stječu informacije o KAM-u primarno kroz neformalne i neprovjerene kanale. Ovo se može povezati s našim istraživanjem, gdje zdravstveni djelatnici također ne igraju ključnu ulogu u pružanju informacija, što potencijalno odražava širi problem nedostatka edukacije o KAM-u u formalnim medicinskim obrazovnim programima.

U nedostatku većeg broja formalnih istraživanja o KAM-u u Hrvatskoj, u ovoj diskusiji korišteni su i podaci dobiveni iz završnih i/ili diplomskih radova, koji unatoč ograničenjima, poput manjeg uzorka ili specifičnosti uzorka, mogu poslužiti kao vrijedan doprinos raspravi, osobito u području gdje je literatura oskudna. Jedan takav rad, proveden među onkološkim

pacijentima u razdoblju od listopada 2022. do svibnja 2023. godine, obuhvatio je 410 ispitanika, većinom iz sjevernih dijelova Hrvatske. Rezultati pokazuju da većina sudionika saznaje o KAM metodama prvenstveno od drugih bolesnika (61,2%) i putem internetskih stranica (55,9%). Grupe podrške za onkološke bolesnike također čine značajan izvor informacija (26,6%), dok zdravstveni djelatnici, nažalost, imaju minimalan utjecaj, budući da manje od 20% ispitanika navodi njih kao izvor [80]

Rezultati navedenih istraživanja potvrđuju rezultate našeg istraživanja, u kojem su prijatelji, obitelj i drugi pacijenti dominantni izvori informacija o KAM-u. Formalni zdravstveni sustav, uključujući liječnike i druge zdravstvene djelatnike, ima marginalnu ulogu u pružanju ovih informacija. Ovi rezultati naglašavaju potrebu za većom uključenosti formalnog zdravstvenog sustava u educiranje pacijenata ali i samih zdravstvenih radnika o KAM metodama kako bi se osigurala kvalitetnija, informiranija i nadasve sigurnija zdravstvena skrb.

5.6. Komunikacija zdravstvenih radnika i pacijenata o KAM-u

Komunikacija između pacijenata i zdravstvenih radnika o primjeni KAM-a neophodna je za usklađivanje terapijskih pristupa, povećanje povjerenja i osiguranje cjelovite skrbi. Međutim, ta komunikacija je često nedovoljna, otežana predrasudama, nedostatkom znanja i strahovima s obje strane. Razumijevanje razloga za ovakav obrazac ne-komunikacije može doprinijeti unapređenju odnosa između pacijenata i zdravstvenih radnika te omogućiti bolje uključivanje KAM-a u formalne zdravstvene prakse.

Analiza naših podataka otkriva da većina ispitanika, uključujući pacijente i zdravstvene radnike, ne razgovara o primjeni KAM-a sa zdravstvenim radnicima; čak 76,5% izjavilo je da nisu niti bi razgovarali o tome, dok je samo 23,5% spremno na takvu komunikaciju. Najčešći razlog ne-komunikacije je nedostatak inicijative od strane zdravstvenih radnika (70,2% se slaže ili u potpunosti slaže), dok 42,1% pacijenata i 28,9% zdravstvenih radnika strahuje od ismijavanja. Također, 28,9% ispitanika smatra da zdravstveni radnici ne odobravaju KAM, a 53,7% vjeruje da nemaju dovoljno znanja o tome. Strah od uskraćivanja ili odgađanja liječenja zbog razgovora o KAM-u izražen je kod 19,7% zdravstvenih radnika i 15,1% pacijenata. Osim toga, 38,9% ispitanika ne osjeća se ugodno govoriti o KAM-u, dok 25,3% smatra da nije potrebno obavijestiti zdravstvene radnike o njegovu korištenju. Rezultati istraživanja ukazuju na značajne prepreke u komunikaciji o KAM-u unutar

zdravstvenog sustava, što zahtijeva veću informiranost i otvoreniju komunikaciju među dionicima.

Istraživanja dosljedno pokazuju da pacijenti često ne prijavljuju korištenje KAM-a zdravstvenim radnicima [282-290]. Razlozi zbog kojih pacijenti ne prijavljuju korištenje KAM- a liječnicima najčešće uključuju izostanak interesa i proaktivnih upita od strane zdravstvenih radnika [286, 290], uvjerenje da liječnici nisu otvoreni prema KAM-u [290], percepciju da medicinski djelatnici nemaju dovoljno znanja o ovim metodama [290] te doživljaj da njihova

primjena KAM-a nije klinički relevantna [290- 292]. Također, dio pacijenata smatra da KAM ne utječe na konvencionalno liječenje, zbog čega ne vide potrebu za informiranjem liječnika [290]. Međutim, istraživanja pokazuju da su pacijenti koji su ipak razgovarali s liječnicima o KAM-u percipirali poboljšanu kvalitetu odnosa, a zdravstveni radnici su iskazali veće zadovoljstvo komunikacijom [290]. Ovi rezultati u skladu su s rezultatima našeg istraživanja, u kojem je 37% ispitanika kao jedan od razloga neprijavljivanja KAM-a navelo nedostatak znanja liječnika o ovoj temi. Dodatno, 48,7% ispitanika nije moglo procijeniti stav zdravstvenih radnika o KAM-u, dok je 22,4% smatralo da oni uglavnom ne podržavaju ove metode. Također, 15,1% pacijenata istaknulo je strah od ismijavanja kao prepreku otvorenoj komunikaciji s liječnicima o KAM-u. Ovi podaci ukazuju na to da percepcija stavova liječnika, zajedno s njihovim znanjem i pristupom prema KAM-u, značajno utječe na odluku pacijenata o prijavljivanju korištenja ovih metoda, čime se potvrđuje važnost edukacije zdravstvenih radnika i proaktivnog pristupa u razgovorima o KAM-u. Slično, u istraživanju Changa i sur., samo 30,1% korisnika KAM-a dobrovoljno je obavijestilo svoje liječnike o primjeni ovih metoda, dok je među onima koji nisu sami inicirali razgovor tek 5,9% bilo izravno upitano od strane liječnika. Kao glavne razloge neprijavljivanja pacijenti navode izostanak liječničkog interesa (34,6%), uvjerenje da liječnici ne bi razumjeli KAM (3,7%) te strah od mogućeg neodobravanja (5,9%) [194].

Sanford i Sher koristeći podatke sveobuhvatnog nacionalnog istraživanja navode kako korištenje KAM-a, 29,3% nije otkrilo liječnicima, a glavni razlozi uključuju percepciju da liječnici nisu zainteresirani (57,4%) ili da ne trebaju znati za takve terapije (47,4%). Dodatno, 8,5% pacijenata smatra da liječnici nemaju dovoljno znanja o KAM-u, dok je manji dio naveo zabrinutost zbog negativnih reakcija ili nedostatka vremena tijekom konzultacija

[245]. Ova zapažanja u skladu su s našim rezultatima, gdje je također zabilježen nizak stupanj komunikacije pacijenata s liječnicima o korištenju KAM-a.

Ograničenu komunikaciju o KAM-u u kliničkoj praksi potvrđuje istraživanje Juraskove i sur., koje je pokazalo da se KAM rijetko spominjao tijekom pregleda u državnim bolnicama, te da su pacijenti najčešće bili ti koji su inicirali takve razgovore [293]. Slični obrasci uočeni su i u istraživanju Roter i sur., gdje je KAM bio tema razgovora u samo 11% pregleda, a u većini slučajeva upravo su pacijenti pokretali razgovor [294]. Stub i sur. razlikuju dva temeljna komunikacijska pristupa liječnika prema KAM-u: tradicionalni i podržavajući. Prvi je obilježen distanciranim, tehničkim govorom i često negativnim stavom prema KAM-u, što kod pacijenata može stvoriti osjećaj neshvaćenosti, pa čak i dovesti do odbacivanja konvencionalnog liječenja.

S druge strane, liječnici koji koriste podržavajući pristup, iako ne preporučuju KAM, omogućuju otvoreniju raspravu, što pacijentima daje osjećaj uvažavanja i može povećati njihovu suradljivost u provođenju standardne terapije. Autori dodatno naglašavaju da nedostatak komunikacije o KAM-u može ugroziti sigurnost pacijenata, osobito onih koji kombiniraju konvencionalne i komplementarne terapije [282].

Istraživanje provedeno u Švicarskoj na uzorku od 132 onkološka pacijenta dodatno potvrđuje nisku razinu komunikacije između pacijenata i medicinskog osoblja o korištenju KAM metoda. Većina pacijenata (86%) izjavila je da ih njihovi onkolozi nikada nisu pitali koriste li trenutno KAM, dok je njih 89% navelo da njihovi liječnici nisu spominjali mogućnost uključivanja KAM-a u njihovu terapiju. Slični trendovi uočeni su i u komunikaciji s medicinskim sestrama, pri čemu je čak 90% pacijenata izjavilo da ih medicinsko osoblje nije pitalo o korištenju KAM-a, a 92% pacijenata navelo je da im nije ponuđeno korištenje KAM-a u okviru zdravstvene skrbi. Međutim, 58% pacijenata koji koriste KAM sami su spontano informirali svoje onkologe o toj praksi, dok je 38% to učinilo u komunikaciji s medicinskim sestrama. Zanimljivo je da su onkolozi koji su bili informirani o korištenju KAM-a u 63% slučajeva podržali pacijente u nastavku korištenja, dok su u 34% slučajeva ostali neutralni i nisu davali nikakve preporuke. Kod pacijenata koji nisu prijavili korištenje KAM-a svojim liječnicima, glavni razlog bio je uvjerenje da ta informacija nije klinički relevantna i da ne ulazi u područje interesa njihovog onkologa [295].

Dok većina istraživanja pokazuje rezultate slične našima, potvrđujući nisku razinu

komunikacije o KAM-u između pacijenata i liječnika [2, 239, 241, 243, 260, 296], postoje i istraživanja koja bilježe značajno višu razinu prijavljivanja korištenja KAM-a, pri čemu je pola ili više od polovice pacijenata otvoreno informiralo svoje liječnike o upotrebi ovih metoda [1, 241, 297].

Iako su istraživanja o KAM-u u Hrvatskoj malobrojna, uglavnom sadrže uvide u obrasce prijavljivanja korištenja KAM-a, uključujući aspekte komunikacije između pacijenata i zdravstvenih djelatnika. Primjerice, istraživanja Marijanović i sur. [230], te Kust i sur. [231] ukazuju na relativno nisku razinu komunikacije, pri čemu samo 36% pacijenata konzultira onkologa o korištenju KAM-a. S druge strane, pacijenti ističu visoku razinu interesa za integraciju KAM-a u terapijski proces i potrebu za otvorenijom komunikacijom između pacijenata i liječnika što potvrđuju rezultati istraživanja u kojem je više od polovice pacijenata (59,6%) obavijestilo svog liječnika o korištenju KAM-a, a velika većina ispitanika (81,7%) je izrazila želju za razgovorom o KAM-a sa svojim obiteljskim liječnikom [72].

Istraživanje Armano i sur. je dalo je približno slične rezultate, u kojem je 52,3% ispitanika obavijestilo liječnika ili medicinsku sestru/tehničara o korištenju KAM-a, a oni koji nisu navode razloge nedostupnosti i nezainteresiranosti medicinskog osoblja za temu KAM-a. Pacijenti su navodili da liječnici *"nemaju vremena"*, *"ne žele razgovarati o ničemu osim kemoterapije"*, ili da *"nisu dovoljno informirani o KAM-u"*. Pojedini sudionici izražavali su osobnu nelagodu ili strah od negativnih reakcija, uz napomene poput: *"teško mi je započeti taj razgovor"* ili *"mislim da oni to ne odobravaju"* [81]. Iako istraživanja u Hrvatskoj o KAM-u nisu primarno usmjerena na komunikaciju između pacijenata i liječnika, unutar njih se ipak mogu pronaći značajni podaci o ovoj temi. Dok pojedini rezultati ukazuju na visok stupanj izostanka informiranja liječnika o upotrebi KAM-a, druga istraživanja pokazuju da značajan dio pacijenata otvoreno raspravlja o KAM metodama.

Ove razlike odražavaju složenost komunikacije o KAM-u, koja ovisi o stavovima pacijenata, razini povjerenja u liječnike te njihovom interesu za KAM. S obzirom na to, ključno je identificirati načine za poboljšanje ove komunikacije i osigurati bolje razumijevanje između pacijenata i zdravstvenih djelatnika.

Integracija KAM-a u zdravstveni sustav Hrvatske trebala bi se temeljiti na iskustvima drugih europskih zemalja, ali i uzimati u obzir specifične društvene i ekonomske uvjete.

Kroz pažljivo planirane korake, Hrvatska može razviti model integrativne medicine koji osigurava sigurnu, učinkovitu i pristupačnu primjenu komplementarnih i alternativnih metoda unutar zdravstvene skrbi.

S obzirom na opisane rezultate i razlike u percepciji KAM-a među različitim stratumima, važno je razmotriti šire implikacije za njegovu integraciju u zdravstveni i obrazovni sustav, što može pružiti okvir za bolje razumijevanje uloge KAM-a unutar suvremenih zdravstvenih politika i praksi. Kritička analiza dostupne literature upućuje na potencijalne prednosti ovog pristupa, uključujući smanjenje troškova liječenja, manje nuspojava, veće zadovoljstvo pacijenata te poboljšane zdravstvene ishode [298, 299]. Integrirani model liječenja ne samo da potiče holistički pristup zdravlju, već i poboljšava učinkovitost zdravstvenih sustava kroz smanjenje fragmentacije skrbi i bolju koordinaciju liječenja.

Međutim, uspješna integracija KAM-a u konvencionalne zdravstvene sustave suočava se s izazovima poput nedostatka komunikacije među pružateljima zdravstvenih usluga, manjka edukacije o KAM terapijama među medicinskim stručnjacima te nepostojanja jasnih regulatornih okvira za standardizaciju i kontrolu ovih metoda.

Kako bi se prevladale te prepreke, predloženi su ključni strateški pristupi za unaprjeđenje integracije KAM-a:

1. Poticanje interdisciplinarnog istraživanja kroz ulaganje u klinička ispitivanja kroz koja se može pomoći u procjeni učinkovitosti KAM metoda te omogućiti njihovo znanstveno utemeljenje i integraciju u konvencionalnu medicinu [298].
2. Poboljšanje suradnje i komunikacije između pružatelja usluga zahtijeva multidisciplinarnu suradnju koja uključuje redovite konzultacije između liječnika, terapeuta i drugih stručnjaka. Implementacija zajedničkih elektroničkih zdravstvenih kartona i jasno definirani protokoli upućivanja mogu značajno poboljšati koordinaciju skrbi i osigurati konzistentnost u liječenju pacijenata [195-197, 300].
3. Poticanje skrbi usmjerene na pacijenta uz naglasak na individualiziranom pristupu koji uzima u obzir pacijentove vrijednosti, preferencije i životni stil ključan je za integraciju KAM-a. Ovaj model omogućuje aktivno sudjelovanje pacijenata u odlukama o liječenju, što rezultira većim zadovoljstvom i boljim terapijskim ishodima [301, 302].

4. Sustavna evaluacija terapijskih intervencija neophodna je za dugoročni uspjeh integrativne medicine. Na taj način dao bi se i doprinos stvaanja temelja za standardizaciju postupaka i kriterija ocjenjivanja [54]. Zbog toga je važno razvijati prakse temeljena na dokazima što zahtijeva sustavnu evaluaciju temeljenu na znanstvenim istraživanjima kako bi se osigurala sigurnost i učinkovitost terapija. Edukacija pacijenata i zdravstvenih djelatnika o znanstvenim osnovama KAM- a presudno je za donošenje informiranih odluka [302, 303, 304, 305].
5. Izrada programa edukacija zdravstvenih djelatnika kroz razvijanje obrazovnih programa koji obuhvaćaju principe i znanstvene osnove KAM-a što je nužno za bolje razumijevanje i pravilnu primjenu ovih metoda u kliničkoj praksi [17, 54, 306, 307].
6. Uspostava jasnih standarda za kvalifikacije terapeuta, metoda primjene i postupaka nadzora kako bi se osigurala sigurnost i kvaliteta terapija [308, 309]. Uz to potrebno je uskladiti regulaciju s europskim smjernicama i osigurati odgovarajuće mehanizme nadzora [11].
7. Poticanje istraživanja i inovacija i kroz provođenje kliničkih istraživanja i laboratorijskih studija koje su temelj za razumijevanje mehanizama djelovanja KAM terapija [309, 310].
8. Zagovaranje i uključivanje zajednice kroz informiranje i edukacija javnosti o prednostima i rizicima KAM ima središnju ulogu u njihovoj integraciji što ja s kreatorima zdravstvenih politika može omogućiti širu prihvaćenost KAM-a unutar konvencionalnog sustava [195-197].
9. Omogućavanje pacijentima pristupa vjerodostojnim informacijama i podrška pri donošenju odluka o liječenju poboljšavaju adherenciju terapijama i dugoročne zdravstvene ishode [311, 312].

Integracija KAM-a s konvencionalnom medicinom može pridonijeti razvoju učinkovitijeg i održivijeg zdravstvenog sustava, no zahtijeva koordinirani multidisciplinarni pristup, regulatorne reforme i kontinuirano praćenje učinkovitosti terapija. Dugoročno, ovakav model može osigurati pacijentima cjelovitiju i kvalitetniju skrb, dok istovremeno doprinosi racionalizaciji troškova zdravstvene zaštite i povećanju zadovoljstva pacijenata.

Jedan od najnaprednijih primjera integracije KAM-a nalazi se u Japanu, gdje je Kampo medicina dio nacionalnog zdravstvenog osiguranja više od 45 godina. Kampo se temelji na principima tradicionalne kineske medicine, prilagođene japanskom kontekstu, te se koristi u obliku ekstrakata, granula i prašaka, što omogućuje preciznu dozu i jednostavniju primjenu u kliničkom okruženju. Iako samo 1,34% svih recepata uključuje Kampo lijekove, njihova primjena često nadopunjuje biomedicinske tretmane, pri čemu čak 92,2% pacijenata prima obje vrste lijekova istovremeno. Kvaliteta Kampo lijekova regulirana je strogim standardima dobre proizvodne prakse, a njihova integracija u sustav zdravstvene skrbi pokazuje uspješnu suradnju između tradicionalne i moderne medicine [313, 314].

U Australiji je KAM relativno raširen među općom populacijom, pri čemu nacionalni sustavi zdravstvenog osiguranja pokrivaju pojedine metode, poput akupunkture i kiropraktike. Istraživanje iz 2018. godine pokazalo je da 63 % Australaca koristi barem jednu KAM metodu, pri čemu su najčešće korišteni dodaci prehrani, uključujući vitamine, minerale i biljne pripravke [141]. Iako postoji podrška za određene terapije, regulatorni okvir ostaje djelomično fragmentiran, a pristup pojedinim uslugama ovisi o vrsti zdravstvenog osiguranja, što dovodi do nejednakosti u dostupnosti. Slični oblici prakse prisutni su i u hrvatskom kontekstu, gdje su akupunktura i manualna limfna drenaža dostupne u okviru javnog sustava u određenim indikacijama, dok su suplementi regulirani kroz farmakološki nadzor. Time se pokazuje da i Hrvatska bilježi određeni stupanj institucionalnog prepoznavanja i primjene KAM-a, iako još uvijek bez sveobuhvatne regulative i strateške integracije u zdravstvene politike.

U Sjedinjenim Američkim Državama KAM je prepoznat kroz djelovanje NCCIH-a, koji podupire istraživanja te promiče integraciju znanstveno utemeljenih KAM pristupa u kliničku praksu. Ipak, iako je akupunktura sve prisutnija u zdravstvenim ustanovama i uključena u određene modele privatnog osiguranja, sustavna integracija KAM-a u javnozdravstveni sustav još nije u potpunosti zaživjela. Neke KAM tehnike, poput biljne medicine, vitaminskih i mineralnih dodataka ili manualnih terapija, i u SAD-u su uglavnom dostupne putem privatnog sektora, slično kao i u Hrvatskoj, gdje također postoji institucionalno reguliran pristup npr. akupunkturi, fizioterapijskim tehnikama i dodacima prehrani pod nadzorom nadležnih tijela. [22].

Integracija KAM-a u zdravstvene sustave zemalja Europske unije pokazuje značajne varijacije, od potpune integracije u javne zdravstvene sustave do marginalne primjene u privatnoj sferi. CAMbrella projekt, financiran unutar Sedmog okvirnog programa Europske

unije, bio je ključan u mapiranju ovih razlika te u analizi regulatornih i kulturnih aspekata primjene KAM-a diljem Europe [11]. Prema CAMbrella izvješću, integracija KAM-a ovisi o povijesnim, kulturnim i regulatornim čimbenicima.

Njemačka je jedna od zemalja s najdublje ukorijenjenom praksom KAM-a u zdravstvenom sustavu. Primjerice, homeopatija i prirodna medicina tradicionalno su dio kurikuluma medicinskih fakulteta i specijalističkih programa, dok se terapije poput akupunkture koriste za specifična stanja poput boli i uključene su u javno zdravstveno osiguranje. Slično je i u Švicarskoj, gdje su KAM terapije poput homeopatije, biljne medicine i tradicionalne kineske medicine službeno prepoznate i regulirane. Od 2012. godine, nakon referenduma, Švicarska je integrirala KAM metode u osnovni paket zdravstvenih usluga pod uvjetom da zadovoljavaju kriterije kvalitete i ekonomičnosti [230].

Francuska je još jedna zemlja u kojoj određeni oblici KAM-a, poput osteopatije i kiropraktike, imaju zakonski priznati status. Kiropraktika je službeno regulirana 2002. godine, dok je osteopatija prepoznata 2007. godine. Međutim, pristup financiranju KAM terapija ostaje ograničen, a većinu troškova plaćaju pacijenti [143].

U skandinavskim zemljama, poput Norveške i Švedske, KAM terapije nisu u potpunosti integrirane u javni zdravstveni sustav, ali su široko dostupne kroz privatni sektor. Norveška ima jedinstveni sustav licenciranja za praktičare KAM-a koji omogućuje pacijentima da koriste osiguranje za određene terapije, poput akupunkture i manualne terapije. Švedska ima strože kriterije za licenciranje, ali KAM ostaje popularan među pacijentima, osobito u obliku masaža, biljne terapije i tehnika relaksacije [54].

U Ujedinjenom Kraljevstvu, KAM terapije imaju složen status. Akupunktura i kiropraktika službeno su regulirane i priznate kao zdravstvene profesije, dok su homeopatija i biljna medicina često kritizirane zbog nedostatka znanstvenih dokaza. Nacionalni institut za zdravlje i kliničku izvrsnost (eng. National Institute for Health and Care Excellence) uvrstio je akupunkтуру u svoje smjernice za liječenje boli, ali preporuke za druge oblike KAM-a ostaju ograničene [54].

CAMbrella je također identificirala da mnoge zemlje srednje i istočne Europe, poput Poljske, Češke i Mađarske, imaju fragmentiran pristup regulaciji KAM-a. Iako je interes za KAM velik među pacijentima, nedostatak zakonske regulacije i integracije u formalni zdravstveni sustav otežava njegovu primjenu u kliničkoj praksi. Ovo područje zahtijeva daljnje

istraživanje i razvoj regulatornih okvira kako bi se osigurala kvaliteta i sigurnost pruženih usluga [11].

Usporedba različitih modela integracije KAM-a u globalnim zdravstvenim sustavima pokazuje kako su uspješni primjeri, poput Japana i Njemačke, rezultat dugogodišnjih institucionalnih ulaganja, regulatorne prilagodbe i sustavne kliničke evaluacije. S druge strane, zemlje s fragmentiranim pristupom, poput onih u istočnoj Europi, suočavaju se s izazovima u uspostavljanju održivih regulatornih mehanizama. Ključna prepreka u mnogim sustavima ostaje potreba za znanstvenom validacijom KAM terapija, osiguravanjem standardizacije prakse te uspostavljanjem učinkovitih mehanizama financiranja u okviru zdravstvenih osiguranja.

Hrvatska, poput mnogih zemalja srednje i istočne Europe, suočava se s izazovima u formalnom prepoznavanju i integraciji KAM-a u zdravstveni sustav. Trenutno, KAM nije eksplicitno reguliran kroz postojeće zakone i pravilnike, već se određeni aspekti pojavljuju unutar sektora zdravstvenog turizma i wellnesa, čime se otvara prostor za djelomičnu primjenu ovih terapija, ali bez jasnog sustavnog okvira [31, 32].

Usporedba sa zemljama u okruženju poput Slovenije i Srbije pokazuje određene napretke u regulaciji KAM-a, iako s ograničenim stupnjem integracije. U Sloveniji je KAM zakonski priznata od 2008. godine, pri čemu su terapije poput akupunkture, homeopatije i kiropraktike dostupne isključivo liječnicima s dodatnom edukacijom. Međutim, KAM nije dio javnog zdravstvenog osiguranja, zbog čega pacijenti snose troškove ovih terapija [315]. Sličan model postoji i u Srbiji, gdje je Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2005. godine omogućio primjenu određenih KAM metoda od strane educiranih liječnika, ali ih pacijenti najčešće koriste izvan zdravstvenog osiguranja [316]. U Bosni i Hercegovini ne postoji formalna integracija KAM-a u zdravstveni sustav, a dostupni podaci sugeriraju da se komplementarne terapije primarno koriste u privatnom sektoru, bez institucionalne podrške [11].

U usporedbi s većinom članica Europske unije, Hrvatska se po pitanju regulacije KAM-a nalazi u sredini – određeni elementi nadzora i dostupnosti postoje, ali još uvijek bez jedinstvenog zakonodavnog i strateškog okvira. Pri definiranju daljnjih smjernica važno je istaknuti da cilj regulacije ne bi trebao biti univerzalna medicinska kontrola svih KAM praksi, već postavljanje jasnih standarda za one terapije koje imaju znanstvenu potvrdu učinkovitosti i sigurnosti. U tom bi kontekstu njihovo provođenje moglo biti povjereno

adekvatno educiranim stručnjacima, ne nužno medicinske struke, dok bi ostale metode bile predmet pojačanog nadzora ili restrikcija.

Zaključci CAMbrella projekta naglašavaju potrebu za harmonizacijom regulacija i standardizacijom praksi na europskoj razini, što je posebno relevantno za Hrvatsku [11]. Kao zemlja članica Europske unije, Hrvatska ima priliku učiti iz iskustava država koje su već razvile integrativne modele zdravstvene skrbi.

Komplementarna i alternativna medicina postupno se integrira u obrazovne programe diljem svijeta, pri čemu se ističu primjeri iz Japana, Koreje, Australije i Europe. No, njezina edukacijska integracija još uvijek nailazi na izazove, uključujući nedostatak standardizacije kurikuluma, varijabilne stavove medicinske zajednice i ograničenu empirijsku potvrdu učinkovitosti određenih metoda. Projekt CAMbrella, financiran od strane Europske unije u okviru Sedmog okvirnog programa, identificirao je integraciju KAM-a u obrazovne programe kao ključni korak u unaprjeđenju razumijevanja, regulacije i primjene ovih terapija. U sklopu istraživanja provedenog u 12 europskih zemalja, naglašeno je da akademska integracija KAM- a može doprinijeti razvoju standardiziranih pristupa, povećanju znanstvenog utemeljenja ovih metoda te jačanju njihove integracije u suvremene zdravstvene sustave [11].

U Japanu, Kampo medicina, koja se temelji na principima tradicionalne kineske medicine prilagođene japanskom kontekstu, u potpunosti je integrirana u formalno medicinsko obrazovanje i javni zdravstveni sustav. Kampo je dio nastavnog programa na medicinskim fakultetima, gdje studenti prolaze kroz teorijsku i praktičnu obuku o njegovoj primjeni u kliničkoj praksi [313]. Osim Kampo medicine, Japan je vodeća zemlja u šumskoj medicini (eng. Forest Medicine), koja je uključena u akademske programe, osobito na Nippon Medical School,

gdje se istražuju učinci šumske terapije na zdravlje i njezin potencijal u smanjenju stresa i jačanju imunološkog sustava [317, 318].

Koreja je također lider u integraciji šumske medicine, pri čemu se ističe rad profesora Won Sop Shina, bivšeg ravnatelja Korejskog šumarskog instituta. Korejski pristup obrazovanju u KAM- u temelji se na interdisciplinarnosti, gdje se šumska terapija predaje kao dio programa javnog zdravstva i zdravstvenog turizma i sastavni je dio kurikuluma na nekoliko korejskih

sveučilišta, uključujući programe na preddiplomskoj i diplomskoj razini. Studenti ne samo da stječu teorijska znanja već sudjeluju i u istraživanjima, čime se osigurava znanstveno utemeljenje ove prakse [319-321].

U Australiji je integracija KAM-a kontroverzna, prvenstveno zbog kritika organizacije Friends of Science in Medicine (FSM), koja upozorava na manjak znanstvenih dokaza za pojedine KAM metode i potrebu za rigoroznim evaluacijama prije njihovog uključivanja u obrazovne programe. Unatoč kritikama, KAM ostaje dio medicinskog obrazovanja, posebno u područjima poput biljne medicine i akupunkture, koja imaju značajnu empirijsku potporu [322].

Istraživanja provedena u Europi i Sjedinjenim Američkim Državama potvrđuju pozitivan utjecaj edukacije o KAM-u na medicinsku praksu. Istraživanje Nacionalnog centra za komplementarnu i alternativnu medicinu (NCCAM) analiziralo je utjecaj KAM edukacijskih programa na 14 medicinskih i sestrinskih škola, pokazavši da integracija KAM-a u kurikulum poboljšava razumijevanje medicinskih stručnjaka o ovim terapijama i omogućava im kvalitetniju komunikaciju s pacijentima [55, 323].

Daljnja istraživanja pokazuju da iskustveno učenje o KAM-u može značajno promijeniti stavove budućih liječnika. Studija provedena na studentima medicine koji su sudjelovali u Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) programu otkrila je povećanje njihove otvorenosti prema KAM-u i bolju sposobnost savjetovanja pacijenata o sigurnosti i učinkovitosti komplementarnih terapija [324].

U obiteljskoj medicini, specijalizirani KAM kolegiji poboljšali su kliničku praksu liječnika. Istraživanja provedena među liječnicima obiteljske medicine pokazala su da oni koji su prošli edukaciju o KAM-u češće upućuju pacijente na znanstveno potkrijepljene KAM terapije te bolje razumiju njihove indikacije i kontraindikacije [325].

Dodatno, distribucija edukativnih materijala o KAM-u značajno je utjecala na zdravstvene radnike u području liječenja ovisnosti. Istraživanje o ulozi edukativnih materijala u prestanku pušenja otkrilo je da zdravstveni radnici koji su prošli specijaliziranu edukaciju o KAM-u imaju veću vjerojatnost za uspješno savjetovanje pacijenata i bolju integraciju komplementarnih pristupa u svoje prakse [326].

Slovenija i Srbija pokazuju rastući interes za uključivanje komplementarne i alternativne medicine u obrazovne programe, iako su trenutne inicijative još uvijek u razvoju i nisu

ujednačeno regulirane. Na Sveučilištu u Ljubljani, Medicinski fakultet i Farmaceutski fakultet nude kolegije koji studentima pružaju uvod u fitoterapiju, homeopatiju i akupunkturu, dok se na Fakultetu zdravstvenih znanosti naglasak stavlja na wellness pristupe koji obuhvaćaju tehnike opuštanja i masaže [327, 328]. U Srbiji, Farmaceutski fakultet Sveučilišta u Beogradu uključuje kolegij o fitoterapiji, dok zdravstveni fakulteti nude izborne predmete koji se bave wellness terapijama [329]. Međutim, unatoč ovim naporima, ovi programi nisu standardizirani niti obvezni, što ukazuje na potrebu za daljnjim razvojem i integracijom KAM-a u formalne obrazovne kurikulare.

U usporedbi s ovim inicijativama, Hrvatska, iako u početnoj fazi razvoja integracije KAM u obrazovne programe, pokazuje pozitivne pomake kroz nekoliko sveučilišnih i visokoškolskih institucija koje uključuju KAM u svoje kurikulare kroz nekoliko izbornih kolegija.

Na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, u sklopu poslijediplomskog specijalističkog studija Obiteljska medicina, postoji izborni kolegij Komplementarna i alternativna medicina (0,5 ECTS), no program kolegija nije javno dostupan stoga nisu dostupne informacije o ciljevima, ishodima i sadržaju kolegija. Iako satnica od šest nastavnih sati nije dovoljna za dubinsku analizu KAM metoda, ovaj kolegij predstavlja prvi akademski iskorak u formalnu edukaciju budućih liječnika o integrativnoj medicini [208].

Pregledom mrežnih stranica drugih medicinskih fakulteta u Hrvatskoj nije pronađena slična akademska inicijativa, što Zagrebački medicinski fakultet zasad izdvaja kao jedinu instituciju koja nudi formalnu edukaciju o KAM-u unutar medicinskog studija

Na Farmaceutsko-biokemijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, studenti mogu upisati kolegije Uvod u komplementarnu i alternativnu medicinu (2,5 ECTS) i Fitofarmacija (2,5 ECTS), koji nude temeljna znanja o biljnim terapijama i njihovoj znanstvenoj validaciji [211].

Posebno značajan pomak predstavlja uvođenje kolegija Uvod u šumsku terapiju (2 ECTS) na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu od akademske godine 2024./2025., koji omogućuje studentima radne terapije i sanitarnog inženjerstva stjecanje znanja o terapijskom učinku prirodnog okruženja na zdravlje, što ga čini jedinstvenim programom na EU razini. Ovaj kolegij, koji kombinira teorijsku i praktičnu nastavu, otvara prostor budućem razvoju specijaliziranih programa u Hrvatskoj [210].

Edukacija zdravstvenih djelatnika o KAM-u trebala bi se, barem u početnoj fazi, fokusirati na sposobnost prepoznavanja i evidentiranja korištenja komplementarnih terapija u kliničkoj praksi. Anamnestički pristup koji uključuje podatke o uzimanju biljnih pripravaka, dodataka prehrani ili korištenju drugih alternativnih metoda iznimno je važan zbog mogućih interakcija s konvencionalnim terapijama. Takva osnovna razina informiranosti ne zahtijeva nužno osobno zanimanje ili uključivanje liječnika u KAM praksu, ali je važna za zaštitu pacijenata i kvalitetu skrbi. Otvorena komunikacija između zdravstvenih djelatnika i pacijenata, omogućuje bolje informirano odlučivanje o terapijama i smanjuje nepovjerenje prema integrativnoj medicini [330].

CAMbrella projekt, koji je obuhvatio komparativnu analizu regulacije KAM-a u zemljama Europske unije, pokazao je da ne postoji jedinstven pristup prema kojem bi sve komplementarne i alternativne metode morale biti pod isključivim nadzorom medicinske struke. Regulacija značajno varira među državama članicama, u nekima (npr. Austriji, Francuskoj, Italiji) određene metode, poput akupunkture ili homeopatije, smiju pružati isključivo liječnici, dok su u drugim zemljama (poput Njemačke, Nizozemske, Švedske ili Ujedinjenog Kraljevstva) smiju pružati i nemedicinski praktičari, pod uvjetom da su adekvatno educirani i registrirani za obavljanje tih djelatnosti. Upravo zbog te pravne i profesionalne raznolikosti, CAMbrella naglašava potrebu da pristup regulaciji bude usmjeren na znanstvenu evaluaciju terapija, a ne isključivo na profesionalnu pripadnost praktičara. Metode koje su znanstveno potvrđene kao učinkovite i sigurne trebale bi biti regulirane i dostupne pacijentima putem stručnjaka koji su za to posebno educirani neovisno o tome pripadaju li medicinskoj struci. S druge strane, metode koje nisu potvrđene ili su potencijalno rizične trebale bi biti pod dodatnim nadzorom, ograničenjem ili zabranom [331]. Ovakav diferencirani model omogućava fleksibilnu integraciju KAM-a, štiteći sigurnost pacijenata i poštujući multidisciplinarnost područja.

5.7. Ograničenja istraživanja

Ograničenja ovog istraživanja uključuju nekoliko aspekata. Prvo, relativno mali uzorak sudionika može utjecati na generalizaciju rezultata na širu populaciju, što smanjuje opseg zaključaka. Nadalje, moguće je da su sudionici davali odgovore koji odražavaju društveno poželjne stavove, osobito s obzirom na osjetljivost teme, čime su se mogla prikriti njihova stvarna uvjerenja i prakse. Također, mnogi ispitanici možda nisu bili dovoljno upoznati s

određenim metodama KAM, što je moglo utjecati na njihovu sposobnost da precizno odgovore na pitanja. Strah od priznavanja korištenja KAM, osobito zbog stigme ili tabua koji prate ovu temu, mogao je dodatno utjecati na rezultate, osobito kod zdravstvenih radnika.

1. Istraživanje je provedeno u KBC-u Sestre milosrdnice, što predstavlja jedno od glavnih ograničenja ovog istraživanja jer ostaje pitanje u kojoj mjeri se rezultati, prikupljeni u samo jednoj bolnici mogu generalizirati na sve onkološke bolesnike i zdravstvene radnike u

Hrvatskoj koji djeluju u području onkologije. Iako je KBC Sestre milosrdnice jedan od četiri klinička bolnička centra i jedna od najvećih bolnica u Hrvatskoj, upitno je mogu li se dobiveni podaci u potpunosti primijeniti na druga bolnička okruženja.

U svrhu povećanja reprezentativnosti uzorka i mogućnosti komparacije rezultata, u slijedećoj fazi istraživanja planira se proširiti istraživanje na slučajni uzorak onkoloških bolesnika i zdravstvenih radnika iz drugih kliničkih bolničkih centara i bolnica diljem Hrvatske. Ovakvim pristupom obuhvatili bi se ispitanici iz različitih regija i institucija, čime bi se omogućilo uspoređivanje potencijalnih sličnosti i razlika u stavovima i iskustvima između različitih zdravstvenih ustanova, kao i povećala opća primjenjivost rezultata.

2. Od posljednjih dostupnih epidemioloških podataka u Hrvatskoj prošlo je nekoliko godina, a dodatno složenost praćenja aktualnih trendova onkoloških bolesti povećava utjecaj pandemije COVID-19. Ovo razdoblje značajno je utjecalo na zdravstvene sustave, uključujući smanjen pristup dijagnostici i liječenju onkoloških bolesti, što je moglo dovesti do podcjenjivanja stvarne incidencije i prevalencije. Stoga je moguće da trenutna epidemiološka slika ne odražava stvarne trendove u pojavnosti onkoloških bolesti, a puni učinak pandemije na onkološku populaciju bit će jasniji tek u narednim godinama.

Dosadašnji podaci iz Registra za rak pružaju osnovu za razumijevanje učestalosti bolesti, ali ostaje pitanje u kojoj mjeri su ti podaci i dalje relevantni s obzirom na promjene u strukturi stanovništva, migracije, starenje populacije i posljedice pandemije. Razdoblje COVID-19 moglo je maskirati epidemiološke trendove, odgađajući dijagnozu i liječenje, što bi moglo rezultirati većim brojem slučajeva u naprednijim stadijima bolesti u budućnosti.

Ograničenje ovog istraživanja ogleda se u nedostatku ažuriranih epidemioloških podataka, jer procjene veličine populacije i uzoraka temelje na ranijim podacima koji možda ne uzimaju u obzir posljedice pandemije. Dodatno, nepoznat je i stupanj utjecaja pandemije na stavove pacijenata prema zdravstvenim uslugama i KAM-u, što može dodatno utjecati na interpretaciju rezultata.

Tek kroz nove epidemiološke analize i dugoročnije praćenje bit će moguće dobiti jasniju sliku stvarnog opterećenja onkološkim bolestima u postpandemijskom razdoblju. Ovo će omogućiti

precizniji izračun potrebne veličine uzoraka za buduća istraživanja, čime bi se povećala reprezentativnost rezultata i omogućila njihova generalizacija na širu populaciju.

3. Planom istraživanja unaprijed je bio određen broj ispitanika, uključujući onkološke bolesnike i zdravstvene radnike, koji će biti uključeni u istraživanje. Odabir pojedinog bolničkog odjela i ispitanika unutar tih odjela slijedio je unaprijed definiranu metodologiju koja bi u idealnim uvjetima osigurala reprezentativnost uzorka. Međutim, tijekom provođenja istraživanja naišlo se na određena ograničenja. Na primjer, dio ispitanika odbio je sudjelovati ili su predložili druge termine za sudjelovanje, što je u nekim slučajevima dovelo do ponavljanja postupka odabira na određenim odjelima dok nije prikupljen planirani broj ispitanika. Usprkos nastojanjima istraživačkog tima i osiguravanju maksimalne suradnje bolničkog osoblja, pojedina ograničenja su ostala prisutna.

Unutar samih odjela, iako je predviđena metoda slučajnog odabira, bilo je situacija u kojima su ispitanici odabrani na temelju dostupnosti ili preporuke medicinskog osoblja. Ovo može ukazivati na mogućnost selekcijske pristranosti, jer su u istraživanje možda uključeni ispitanici s većim povjerenjem u zdravstveni sustav ili s većom spremnošću na suradnju.

Iako je korišten uzorak (411 onkoloških bolesnika, 421 zdravstvenih djelatnika - 100 liječnika i 321 Medicinska sestra) dovoljno velik da omogućuje statistički relevantne zaključke uz 95% razinu pouzdanosti, akademska čestitost nalaže priznanje da uzorak, zbog opisanih ograničenja, treba karakterizirati kao prigodan. Unatoč tome, s obzirom na veličinu uzorka i raznolikost uključenih sudionika, prikupljeni podaci pružaju vrijedan uvid u stavove i iskustva onkoloških bolesnika i zdravstvenih radnika u KBC-u Sestre milosrdnice.

4. Iako je istraživanjem zabilježen relativno visok postotak onkoloških bolesnika i zdravstvenih radnika koji su izrazili stavove o komplementarnoj i alternativnoj medicini (KAM), moguće je da su neki odgovori bili pod utjecajem socijalno poželjnih obrazaca ponašanja. Na primjer, ispitanici su možda umanjivali skeptične stavove prema KAM-u kako bi se prikazali kao otvoreniji prema integrativnim terapijama ili, s druge strane, umanjivali korištenje KAM-a kako bi izbjegli potencijalnu stigmatizaciju od strane kolega ili zdravstvenog sustava. Ovaj efekt mogao je biti pojačan s obzirom na osjetljivost teme i moguće pritiske u okruženju istraživanja.

Također, valja biti oprezan pri interpretaciji dobivenih rezultata, s obzirom na različite razine razumijevanja, informiranosti i prihvaćanja KAM-a među ispitanicima. Kod onkoloških bolesnika, osobna iskustva i razina educiranosti o alternativnim terapijama mogu oblikovati stavove, dok kod zdravstvenih radnika stavovi mogu biti pod utjecajem profesionalnih normi i prakse. Ovo naglašava potrebu za dubljom analizom i oprezom prilikom generalizacije rezultata na širu populaciju, jer se u nekim slučajevima mogu javiti pristranosti povezane s individualnim i kontekstualnim čimbenicima.

5. Nadalje, u dijelu anketnog upitnika koji je istraživao stavove onkoloških bolesnika i zdravstvenih radnika prema korištenju komplementarne i alternativne medicine, moguće je da su neki odgovori bili pod utjecajem pogreške prisjećanja (recall bias). Na primjer, bolesnici možda nisu točno pamtili ili su selektivno interpretirali svoje iskustvo korištenja KAM-a, umanjujući ili preuveličavajući važnost određenih terapija. Kod zdravstvenih radnika, slična pristranost mogla je nastati zbog profesionalnih sjećanja na interakcije s pacijentima ili osobnih stavova prema KAM-u koji su evoluirali tijekom vremena.

Ovaj efekt mogao je biti dodatno pojačan u pitanjima koja su zahtijevala refleksiju o subjektivnim iskustvima ili vjerovanjima, gdje se javlja tendencija potiskivanja, negiranja ili umanjivanja važnosti negativnih iskustava, kako bi se zaštitila vlastita emocionalna stabilnost ili socijalna percepcija. Stoga je važno rezultate interpretirati s dozom opreza, uzimajući u obzir potencijalne utjecaje pogreške prisjećanja na kvalitetu i točnost prikupljenih podataka.

6. Istraživanjem su metode komplementarne i alternativne medicine bile kategorizirane na prirodne, energetske i duhovne pristupe, što je omogućilo osnovnu analizu raznolikih

terapija. Međutim, ove kategorije mogle su biti dublje razrađene kako bi se preciznije istražila percepcija i iskustvo ispitanika s pojedinim specifičnim metodama unutar svake kategorije. Na primjer, prirodne metode uključuju širok spektar terapija, od biljnih pripravaka do prehrambenih intervencija, dok se energetske metode poput bioenergije razlikuju u pogledu prihvaćenosti i razumijevanja među ispitanicima.

Duhovne metode, koje često uključuju molitvu ili rituale, mogle su biti dodatno istražene kroz specifičan utjecaj religijske pripadnosti na njihovu primjenu i prihvaćenost. Dublja analiza unutar svake kategorije omogućila bi bolje razumijevanje preferencija i barijera prema korištenju određenih metoda, kao i njihovu povezanost s demografskim i psihološkim

čimbenicima. Unatoč tome, ova osnovna podjela pruža čvrstu osnovu za daljnju analizu, dok dublje istraživanje specifičnosti metoda ostaje otvoreno kao potencijalno područje budućih istraživanja.

7. U dijelu anketnog upitnika koji se bavio materijalnim i ekonomskim statusom ispitanika, moguće je da su odgovori liječnika, medicinskih sestara, tehničara i onkoloških bolesnika bili pod utjecajem različitih okolnosti koje odražavaju njihovu socioekonomsku situaciju. Na primjer, liječnici, osim redovnih primanja za svoj rad, mogu ostvarivati dodatne prihode kroz privatnu praksu, dežurstva ili druge profesionalne aktivnosti, dok medicinske sestre i tehničari često ovise isključivo o redovnoj plaći kao jedinom izvoru prihoda. Ova razlika mogla je utjecati na način na koji su ispitanici odgovarali na pitanja o financijskoj situaciji.

S druge strane, među onkološkim bolesnicima prisutne su ranjive skupine, uključujući one s niskim primanjima, mirovinama ili duljim razdobljima bolovanja, što može dodatno otežati njihovu ekonomsku situaciju. Moguće je da su neki bolesnici svjesno ili nesvjesno umanjivali vlastiti materijalni status kako bi istaknuli svoju ranjivost ili, obrnuto, pokušali prikazati situaciju boljom nego što ona jest iz osjećaja osobnog dostojanstva ili straha od stigmatizacije. Ove potencijalne razlike i pristranosti u odgovorima ukazuju na potrebu za opreznom interpretacijom podataka o materijalnom i ekonomskom statusu, jer socijalne, profesionalne i zdravstvene okolnosti svakako oblikuju odgovore ispitanika. U budućim istraživanjima bilo bi korisno dublje istražiti te razlike kako bi se dobio precizniji uvid u socioekonomske izazove s kojima se suočavaju različite skupine unutar zdravstvenog

sustava i među onkološkim bolesnicima.

8. Iako je provedba istraživanja u bolničkom okruženju uključivala aktivno sudjelovanje zdravstvenih djelatnika i pacijenata te je realizirana uz podršku rukovodstva KBC Sestre milosrdnice, određene poteškoće su se javile u osiguravanju potpune kooperativnosti svih ispitanika. Unatoč formalnoj podršci bolničke administracije i rukovoditelja odjela, uočene su razlike u spremnosti zdravstvenih radnika, posebno u kontekstu specifičnih skupina poput liječnika i medicinskog osoblja, da otvoreno sudjeluju u istraživanju. Moguće je da su interne dinamike, uključujući profesionalne hijerarhije i pritiske, utjecale na razinu iskrenosti odgovora, osobito kod pitanja vezanih uz osobne stavove ili materijalni status.

Kod onkoloških bolesnika, njihova ranjivost, osjetljivost na zdravstveno stanje te percepcija istraživanja kao dijela zdravstvenog sustava mogli su također oblikovati odgovore. Iako je istraživanje bilo provedeno u skladu s etičkim smjernicama i uz poštovanje privatnosti ispitanika, razina iskrenosti u pojedinim odgovorima može biti ograničena zbog različitih subjektivnih faktora, poput straha od stigmatizacije, želje da se odgovori percipiraju kao socijalno poželjni, ili nepovjerenja prema procesu istraživanja.

Ova potencijalna ograničenja ukazuju na potrebu za opreznom interpretacijom rezultata dobivenih u specifičnom okruženju jedne bolničke ustanove, uz svijest o mogućim utjecajima unutarnjih dinamika i okolnosti koje su oblikovale odgovore sudionika istraživanja. Buduća istraživanja trebala bi uzeti u obzir ove izazove te razmotriti širenje uzorka na više ustanova kako bi se osigurala veća raznolikost i reprezentativnost.

9. Veći dio ispitanika, posebno onkoloških bolesnika, mogao je imati poteškoća s ispunjavanjem zahtjevnog anketnog upitnika zbog duljine i kompleksnosti pitanja, kao i velikog broja socio-demografskih i specifičnih čestica vezanih uz stavove i iskustva s KAM-om. Iako su svi ispitanici imali osnovnu pismenost, moguće je da su stariji bolesnici ili oni s nižim obrazovnim razinama imali poteškoća s razumijevanjem pojedinih koncepata i pitanja, što je moglo zahtijevati dodatna pojašnjenja od strane istraživačkog tima.

Zdravstveni radnici, iako educirani, mogli su osjećati pritisak zbog profesionalnih očekivanja, što bi moglo utjecati na odgovore, posebno ako su osjećali da bi njihovi stavovi mogli biti percipirani kao socijalno poželjni ili u neskladu s institucionalnim normama.

Moguće je da su neki ispitanici, kako bi završili s ispunjavanjem upitnika, davali brze ili generičke odgovore koji nisu nužno odražavali njihovo stvarno mišljenje. Ovo ukazuje na važnost pažljivog tumačenja rezultata, uzimajući u obzir potencijalnu pristranost uzrokovanu složenošću upitnika i interakcijom s istraživačima. Buduće istraživanje moglo bi razmotriti prilagodbu formata upitnika kako bi bio pristupačniji i manje zahtjevan, posebno za ranjive skupine bolesnika. Također, edukacija istraživača o izbjegavanju bilo kakve sugestivnosti tijekom prikupljanja podataka ostaje ključna za osiguranje što veće nepristranosti rezultata.

10. Iako se tijekom provođenja ovog istraživanja čini da nisu uočena značajna ograničenja na koja upozoravaju drugi istraživači u sličnim kontekstima, poput sustavne nekonzistentnosti

odgovora, socijalno poželjnih odgovora ili iskrivljenog prikazivanja vlastitih stavova, važno je takva upozorenja uzeti u obzir prilikom interpretacije dobivenih rezultata. Na primjer, ispitanici, posebno zdravstveni radnici, mogli su u svojim odgovorima pokušati projicirati sliku koja je u skladu s profesionalnim očekivanjima ili institucionalnim normama, dok su onkološki bolesnici možda davali odgovore koji odražavaju njihovu percepciju istraživanja kao dijela zdravstvenog sustava, a ne njihovo stvarno mišljenje. Dodatno, sklonost davanja odgovora za koje ispitanici smatraju da ih istraživači žele čuti ili nevoljkost da otkriju vlastite stavove i iskustva u potpunosti, mogli su utjecati na točnost podataka. Iako su prilikom dizajna istraživanja poduzeti koraci kako bi se izbjegla pristranost i osigurala povjerljivost, interpretacija dobivenih rezultata zahtijeva određeni oprez. Takvi utjecaji, iako nisu nužno značajni u svakom slučaju, mogu doprinijeti suptilnim pristranostima u odgovorima koje treba uzeti u obzir pri donošenju zaključaka i općoj interpretaciji nalaza.

5.8. Prijedlozi budućih istraživanja

1. Proširenje uzorka na nacionalnoj razini.

Buduća istraživanja trebala bi uključiti uzorke onkoloških bolesnika i zdravstvenih radnika iz više zdravstvenih ustanova diljem Hrvatske, kako bi se povećala reprezentativnost rezultata. Takav pristup omogućio bi dublju analizu potencijalnih razlika u stavovima i praksama prema KAM-u među različitim regijama, institucijama i profesionalnim

skupinama.

2. Dugoročna praćenja stavova prema KAM-u.

Provedba longitudinalnih istraživanja mogla bi otkriti promjene u stavovima i korištenju KAM- a tijekom vremena, osobito s obzirom na utjecaj pandemije COVID-19 i njezine dugoročne posljedice na zdravstveni sustav. Ovo bi omogućilo bolje razumijevanje faktora koji utječu na prihvatanje KAM-a.

3. Usporedba stavova prema KAM-u među različitim medicinskim specijalnostima.

Proširenjem istraživanja na druge medicinske specijalnosti, poput pedijatrije, kirurgije ili opće medicine, mogla bi se dobiti šira slika o percepciji KAM-a među zdravstvenim radnicima. Ovo bi pomoglo u identifikaciji specifičnih područja otpora ili prihvatanja integrativne medicine.

4. Uloga religijske pripadnosti u korištenju KAM-a.

Istraživanje utjecaja religijskih uvjerenja na stavove i primjenu KAM-a moglo bi pružiti dublji uvid u duhovne dimenzije liječenja, osobito u kontekstu duhovnih terapija poput molitve. Ovo bi pomoglo razumjeti kako kulturni i religijski faktori oblikuju percepciju zdravstvenih praksi.

5. Analiza specifičnih KAM terapija.

Detaljnija istraživanja specifičnih metoda unutar prirodnih, energetskih i duhovnih terapija mogla bi otkriti koje su metode najprihvaćenije i zašto. Fokus na specifične terapije omogućio bi preciznije preporuke za integraciju KAM-a u standardnu zdravstvenu skrb.

6. Ekonomika korištenja KAM-a u onkologiji.

Buduća istraživanja trebala bi se usmjeriti na troškovnu učinkovitost KAM-a kao dodatka standardnim terapijama u onkološkom liječenju. Ovo bi moglo pružiti vrijedne informacije za donositelje politika u pogledu zdravstvenog osiguranja i pristupa KAM-u.

7. Psihološki i društveni učinci korištenja KAM-a kod onkoloških bolesnika.

Daljnja istraživanja mogla bi se usredotočiti na utjecaj KAM-a na kvalitetu života,

emocionalno blagostanje i percepciju kontrole kod onkoloških bolesnika. Ovo bi obogatilo razumijevanje psiholoških benefita integrativne medicine.

8. Edukacija zdravstvenih radnika o KAM-u.

Istraživanja o utjecaju specifičnih edukativnih programa o KAM-u na stavove i praksu zdravstvenih radnika mogla bi identificirati najbolji način integracije KAM-a u profesionalni razvoj zdravstvenog osoblja.

9. Uloga KAM-a u prevenciji onkoloških bolesti.

Buduća istraživanja mogla bi se usmjeriti na preventivne aspekte KAM-a, poput prehrambenih intervencija i energetske terapije, kako bi se istražio njihov potencijal u smanjenju rizika za razvoj onkoloških bolesti.

10. Društvena stigmatizacija korisnika KAM-a.

Analiza društvenih i profesionalnih prepreka s kojima se susreću korisnici KAM-a mogla bi pomoći u razvoju strategija za smanjenje stigme i povećanje prihvaćenosti ovih metoda u društvu i zdravstvenom sustavu.

11. Zeleni recepti kao inovativni pristup integraciji prirodnih terapija.

Buduća istraživanja trebala bi ispitati potencijal "zelenih recepata" (green prescriptions) kao komplementarne metode kao podrške oporavku onkoloških bolesnika. Fokus bi bio na kliničkim učincima aktivnosti u prirodi, promjene prehrane i tjelesne aktivnosti na kvalitetu života, smanjenje simptoma stresa, anksioznosti i depresije. Uz to, preporučuje se analiza stavova zdravstvenih radnika prema „zelenom propisivanju“ i mogućnostima njihove implementacije u kliničkoj praksi. Poseban naglasak treba staviti na ekonomsku održivost ovog pristupa i njegov potencijal u prevenciji kroničnih bolesti kroz dugoročno praćenje pacijenata. Razvoj pilot-projekata zelenih recepata mogao bi pružiti konkretne smjernice za njihovu širu primjenu i integraciju u zdravstveni sustav.

5.9. Doprinos razvoju znanosti

5.9.1. Znanstvena vrijednost

Znanstvena vrijednost ovog istraživanja sastoji se u:

- a) testiranju osnovnih paradigmi trodimenzionalne komponente stavova (kognitivne, afektivne i bihevioralne) prema komplementarnoj i alternativnoj medicini (KAM) kod onkoloških bolesnika i zdravstvenih radnika, čime se istraživanje pozicionira unutar suvremenih teorijskih modela stavova;
- b) evaluaciji primjenjivosti mjernih instrumenata za mjerenje stavova prema KAM-u u okviru trodimenzionalne strukture stava, s fokusom na valjanost i pouzdanost ljestvica za svaku od dimenzija;
- c) donošenju novih znanstvenih spoznaja o dosad nedovoljno istraženoj pojavnosti i percepciji korištenja KAM-a među onkološkim bolesnicima u Hrvatskoj, uključujući razlike u učestalosti i vrsti korištenih metoda;
- d) razumijevanju uvjerenja i stavova onkoloških bolesnika i zdravstvenih radnika prema KAM- u kroz sve tri dimenzije stava, s naglaskom na kognitivne predrasude, emocionalnu povezanost s određenim metodama KAM-a te spremnost na korištenje ili preporuku KAM-a u kliničkoj praksi;
- e) istraživanju prepreka za prihvaćanje KAM-a među zdravstvenim radnicima, razine povjerenja onkoloških bolesnika u ove metode te njihove percepcije o potencijalnoj integraciji KAM-a u standardne medicinske postupke.

5.9.2. Aplikativna vrijednost

Aplikativna vrijednost ovog istraživanja sastoji se u:

- a) dobivanju novih spoznaja o dosad nedovoljno istraženim aspektima percepcije i primjene komplementarne i alternativne medicine (KAM) među onkološkim bolesnicima i zdravstvenim radnicima, čime se može pridonijeti smanjenju nepovjerenja i predrasuda prema ovim metodama unutar zdravstvenog sustava;
- b) obogaćivanju zajednice zdravstvenih radnika i bolesnika novim spoznajama koje mogu poboljšati suradnju između pacijenata i zdravstvenog osoblja, osobito kroz bolje

razumijevanje preferencija i potreba pacijenata za integracijom KAM-a u zdravstvenu skrb;
c) pružanju rezultata koji mogu doprinijeti razvoju smjernica i politika za učinkovitu integraciju KAM-a u kliničku praksu, uključujući edukativne programe za zdravstvene radnike kako bi se osigurala stručna i sigurnija primjena ovih metoda;

d) osiguravanju podataka koji mogu poslužiti za izradu sveobuhvatnijih, na dokazima utemeljenih strategija za povećanje dostupnosti KAM-a, osobito ranjivim skupinama pacijenata, poput onkoloških bolesnika s niskim socioekonomskim statusom;

e) prikupljenim rezultatima koji mogu poslužiti za informirano donošenje odluka na razini zdravstvenih ustanova i politika javnog zdravstva, s ciljem promicanja integrativnog pristupa u liječenju i podršci pacijentima;

f) razvoju edukacijskog okvira kroz izradu silabusa za kolegij "Uvod u komplementarnu, alternativnu i integrativnu medicinu". Ovaj silabus namijenjen je studentima zdravstvenih studija na dodiplomskoj razini, s ciljem povećanja razumijevanja KAM-a i njegove integracije u kliničku praksu. Kolegij obuhvaća teorijske i praktične aspekte KAM-a, s posebnim naglaskom na sigurnost primjene, identifikaciju rizika te mogućnosti integracije s konvencionalnom medicinom. Time se pridonosi smanjenju predrasuda i stvaranju temelja za buduće smjernice i edukativne programe u zdravstvenom sustavu Hrvatske.

5.9.3. Znanstveni doprinos

Rezultati znanstvenog istraživanja ove doktorske disertacije daju značajan doprinos primarno biomedicinskom području, polju javnog zdravlja, s naglaskom na integrativni pristup liječenju i razumijevanju stavova prema komplementarnoj i alternativnoj medicini. Istovremeno, istraživanje se dotiče i interdisciplinarnih aspekata, uključujući socijalnu medicinu, medicinsku sociologiju i zdravstvenu psihologiju, čime se osigurava širi društveni kontekst. Doprinosi se ogledaju u konceptualnom, empirijskom i aplikativnom smislu.

Znanstveni doprinos konceptualnog dijela istraživanja ogleda se u:

- a) analizi interdisciplinarnih teorijskih i empirijskih spoznaja o percepciji i korištenju KAM-a u javnozdravstvenom kontekstu;
- b) razvoju teorijskog okvira temeljenog na trodimenzionalnoj strukturi stava (kognitivna,

afektivna i bihevioralna komponenta), koji povezuje uvjerenja i stavove prema KAM-u s donošenjem odluka i ponašanjem onkoloških bolesnika i zdravstvenih radnika;

c) integraciji socijalnih i kulturnih čimbenika u razumijevanje percepcije KAM-a, čime se doprinosi boljem razumijevanju njihovog utjecaja na javnozdravstvene politike i praksu.

Znanstveni doprinos empirijskog dijela istraživanja ogleda se u:

a) testiranju osnovnih paradigmi trodimenzionalnog modela stavova kroz analizu uvjerenja i ponašanja vezanih uz KAM kod onkoloških bolesnika i zdravstvenih radnika;

b) evaluaciji i primjeni postojećih mjernih instrumenata za ispitivanje stavova prema prirodnim, energetskim i duhovnim terapijama, uz prilagodbu njihovoj primjeni na specifične skupine ispitanika, kao što su onkološki bolesnici i zdravstveni radnici;

c) primjeni statističkih metoda, uključujući analizu varijance (ANOVA), Tukeyjev test i regresijsku analizu, za ispitivanje stavova prema KAM-u i identifikaciju ključnih čimbenika koji utječu na njihovo prihvaćanje među onkološkim bolesnicima i zdravstvenim radnicima;

d) generiranju novih podataka o prevalenciji i percepciji KAM-a u kontekstu onkološke skrbi, čime se proširuju postojeća saznanja na nacionalnoj razini.

Znanstveni doprinos aplikativnog dijela istraživanja odnosi se na:

a) osiguranje znanstveno utemeljenih podataka koji mogu poslužiti kao temelj za razvoj politika javnog zdravstva usmjerenih na integraciju KAM-a u zdravstvenu praksu;

b) oblikovanje edukativnih programa za zdravstvene radnike koji promiču bolje razumijevanje KAM-a i njegove primjene u kliničkoj praksi;

c) osiguranje znanstveno utemeljenih podataka o percepciji i prihvaćanju KAM-a, koji mogu poslužiti kao temelj za buduće smjernice i politike javnog zdravstva u liječenju onkoloških bolesnika;

d) jačanje povjerenja između zdravstvenih radnika i pacijenata kroz smanjenje predrasuda i stigma povezanih s KAM-om, čime se unapređuje sveobuhvatan pristup liječenju;

e) doprinos razvoju integrativnih strategija koje kombiniraju konvencionalne i alternativne metode liječenja, čime se poboljšava kvaliteta života pacijenata i učinkovitost javnozdravstvenih politika;

f) osiguranje sveobuhvatnog silabusa za kolegij "Uvod u komplementarnu, alternativnu i integrativnu medicinu", koji pruža edukacijske alate za razumijevanje i sigurno korištenje KAM-a.

6. ZAKLJUČCI

Zaključci ovog rada sintetiziraju rezultate istraživanja s naglaskom na provjeru postavljenih hipoteza, oslanjajući se na tri ključne komponente stava – kognitivnu, afektivnu i bihevioralnu. Kroz ovu analizu želimo ne samo evaluirati razlike i sličnosti između zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata u percepciji i primjeni KAM-a, nego i kontekstualizirati rezultate u širem okviru integracije komplementarne i alternativne medicine u zdravstveni sustav. Osim testiranja hipoteza, posebnu pažnju posvećujemo istraživačkim problemima koji su proizašli iz specifičnih ciljeva rada, čime se otvara prostor za diskusiju o praktičnoj primjeni rezultata i daljnjim istraživačkim koracima.

1. Osnovna hipoteza H_0 : „*Ne postoje značajne razlike u stavovima, uvjerenjima i interesu između ni unutar stratum zdravstveni radnici i onkološki pacijenti prema KAM-u i integrativnoj medicini.*“

Opća hipoteza, koja je pretpostavila nepostojanje značajnih razlika u stavovima, uvjerenjima i interesima između i unutar stratum zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata, djelomično je potvrđena. Na kognitivnoj razini stava, većina ispitanika iz obje skupine iskazala je vjerovanje u učinkovitost KAM-a, pri čemu je 65% onkoloških pacijenata i 58% zdravstvenih radnika uglavnom ili potpuno složno s tvrdnjama o pozitivnim učincima KAM-a.

Međutim, afektivna i bihevioralna dimenzija stava otkrile su značajne razlike. Na primjer, prevalencija korištenja KAM-a među onkološkim pacijentima iznosi 67%, dok je među zdravstvenim radnicima taj postotak znatno niži i iznosi 42% ($p < 0,001$).

Ovi rezultati upućuju na to da percepcija KAM-a nije homogena i da se oblikuje kombinacijom profesionalnih i osobnih iskustava ispitanika. Zdravstveni radnici, s jedne strane, pristupaju KAM-u s većom kritičnošću, dok onkološki pacijenti često koriste KAM vođeni subjektivnim iskustvom i emocionalnim potrebama. Ovi nalazi ukazuju na potrebu za boljom edukacijom i komunikacijom između ovih skupina kako bi se optimizirala integracija KAM-a u zdravstveni sustav.

2. Nul hipoteza (H_{01}) vezana uz SC1: „*Ne postoje značajne razlike u uvjerenjima i stavovima između i unutar stratum zdravstveni radnici i onkološki pacijenti o integraciji KAM te integrativne medicine s klasičnom medicinom.*“

Nul hipoteza (H_01), koja pretpostavlja nepostojanje značajnih razlika u uvjerenjima i stavovima između i unutar stratumata zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata o integraciji KAM-a i integrativne medicine s klasičnom medicinom, djelomično je opovrgnuta. Rezultati pokazuju da 72 % onkoloških pacijenata uglavnom ili potpuno podržava integraciju KAM-a s klasičnom medicinom, dok ta podrška među zdravstvenim radnicima iznosi 58 % ($p < 0,01$).

Unutar stratumata uočene su dodatne razlike: liječnici su pokazali izraženiju suzdržanost prema integraciji, pri čemu se 34 % njih izjasnilo neutralno ili protiv, dok medicinske sestre pokazuju veću otvorenost (65 % uglavnom ili potpuno slažno). Među pacijentima, 75 % ih smatra da bi integracija KAM-a mogla unaprijediti liječenje i poboljšati kvalitetu skrbi.

Ovi rezultati ukazuju na to da percepciju integracije KAM-a u zdravstveni sustav oblikuju profesionalne uloge i osobna iskustva. Liječnici, za razliku od pacijenata, češće zauzimaju oprezan stav koji proizlazi iz profesionalnih normi i nepovjerenja prema metodama koje nisu dovoljno istražene. Umjesto neposrednog zaključka o potrebi formalne edukacije, rezultati upućuju na važnost poticanja temeljnog anamnestičkog pristupa, odnosno osvještavanja liječnika o tome koristi li pacijent KAM metode. Takav pristup mogao bi poslužiti kao početna točka za procjenu potrebe za dodatnom edukacijom i bolju koordinaciju skrbi.

3. Nul hipoteza (H_02) vezana uz SC2: „*Ne postoje značajne razlike u raširenosti i prihvatanju KAM i integrativne medicine između i unutar stratumata zdravstveni radnici i onkološki pacijenti.*“

Nul hipoteza (H_02), koja pretpostavlja nepostojanje značajnih razlika u raširenosti i prihvatanju KAM-a i integrativne medicine između i unutar stratumata zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata, opovrgnuta je. Rezultati pokazuju jasne razlike u prevalenciji korištenja KAM-a među ispitivanim skupinama: 64 % onkoloških pacijenata izjavilo je da su koristili barem jednu metodu KAM-a tijekom liječenja, dok je među zdravstvenim radnicima ta brojka niža – 28 % ($p < 0,001$).

Unutar stratumata zdravstvenih radnika, dodatne razlike otkrivaju da medicinske sestre češće koriste KAM (35 %) u usporedbi s liječnicima (22 %, $p < 0,01$). Kod onkoloških pacijenata, prevalencija korištenja KAM-a ostala je visoka i konzistentna, bez značajnih razlika među podskupinama, što upućuje na široku prihvaćenost

ovih metoda u kontekstu onkološke skrbi.

Razlike su zabilježene i u prihvaćanju KAM-a kao legitimnog dopunskog terapijskog pristupa. Dok 68 % pacijenata smatra KAM korisnim i relevantnim, taj stav dijeli tek 45 % zdravstvenih radnika ($p < 0,001$), pri čemu sestre opet pokazuju veću otvorenost od liječnika. Ovi rezultati pokazuju da medicinske sestre, u usporedbi s liječnicima, pokazuju veću osobnu angažiranost i zainteresiranost za KAM, kako u primjeni tako i u prihvaćanju njegove potencijalne vrijednosti.

4. Nul hipoteza (H_03) vezana uz SC3: *„Ne postoji statistički značajna povezanost između obilježja ispitanika i komponenti stava prema KAM-u, niti se obilježja ispitanika mogu smatrati značajnim prediktorima korištenja KAM-a.“*

Nul hipoteza (H_03), koja pretpostavlja nepostojanje statistički značajne povezanosti između obilježja ispitanika i komponenti stava prema KAM-u, kao i nemogućnost korištenja obilježja ispitanika kao prediktora primjene KAM-a, djelomično je opovrgnuta. Analiza podataka otkrila je značajne povezanosti između određenih socio-demografskih i profesionalnih obilježja ispitanika te njihovih stavova i učestalosti korištenja KAM-a.

Rezultati pokazuju da su dob, spol, obrazovanje i profesionalni status ključni prediktori korištenja KAM-a. Stariji ispitanici i žene pokazali su veću sklonost korištenju KAM-a u usporedbi s mlađim ispitanicima i muškarcima ($p < 0,01$). Također, viši stupanj obrazovanja bio je povezan s pozitivnijim stavovima prema KAM-u i većom učestalošću korištenja, osobito među onkološkim pacijentima ($p < 0,05$). Profesionalni status značajno je utjecao na stavove zdravstvenih radnika; medicinske sestre pokazali su pozitivnije stavove prema KAM-u i veću prevalenciju korištenja u usporedbi s liječnicima ($p < 0,001$).

Kognitivna komponenta stava, odnosno uvjerenja o učinkovitosti KAM-a, snažno je povezana s odlukom o primjeni KAM-a ($r = 0,45$, $p < 0,01$). Ispitanici koji su percipirali KAM kao korisnog za liječenje ili poboljšanje općeg zdravlja češće su koristili ove metode. Međutim, afektivna i bihevioralna dimenzija, poput emocionalne reakcije i stvarne prevalencije korištenja KAM-a, pokazale su suptilnije povezanosti s obilježjima ispitanika. Ovi rezultati ističu važnost razumijevanja socio-demografskih i profesionalnih konteksta pri oblikovanju edukacijskih strategija i komunikacije o KAM-u, kako bi se bolje zadovoljile potrebe različitih skupina i potaknula informirana i sigurna primjena KAM-a.

5. Nul hipoteza (H_04) vezana uz SC4: „*Ne postoje statistički značajne razlike u interesu za edukacijom između zdravstvenih radnika iz područja KAM-a i integrativne medicine niti u stavovima o njihovoj integraciji u zdravstveni i obrazovni sustav. Također, ne postoji podrška onkoloških pacijenata prema toj integraciji.*“

Nul hipoteza (H_04), koja pretpostavlja nepostojanje statistički značajnih razlika u interesu za edukacijom između zdravstvenih radnika u području KAM-a i integrativne medicine te nepostojanje podrške onkoloških pacijenata za njihovu integraciju u zdravstveni i obrazovni sustav, opovrgnuta je. Rezultati istraživanja pokazali su značajne razlike između zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata u interesu za edukacijom, kao i visok stupanj podrške među pacijentima za integraciju KAM-a u postojeće sustave.

Među zdravstvenim radnicima, medicinske sestre pokazali su veći interes za edukacijom o KAM-u (63,4%) u usporedbi s liječnicima (45,1%) ($p < 0,01$). Ovo ukazuje na diferencijaciju u percepciji profesionalnih potreba i mogućnosti primjene KAM-a u kliničkoj praksi. Većina zdravstvenih radnika istaknula je potrebu za strukturiranom edukacijom o KAM-u kao dijelu postojećeg obrazovnog sustava, što se posebno odnosi na mlade stručnjake i one s manjim iskustvom u radu s pacijentima.

S druge strane, onkološki pacijenti izrazili su visoku razinu podrške za integraciju KAM-a u zdravstveni sustav (78,6%) i njegovo uvrštavanje u edukativne programe za zdravstvene radnike (85,2%). Pacijenti su, u velikom broju, navodili da bi veća dostupnost informacija i educirani stručnjaci značajno povećali njihovo povjerenje u KAM i smanjili nesigurnost vezanu uz primjenu tih metoda.

Razlike u interesu i stavovima između zdravstvenih radnika i pacijenata naglašavaju potrebu za razvijanjem interdisciplinarnih edukacijskih programa koji će obuhvatiti specifične potrebe obiju skupina. Iako rezultati pokazuju visoku podršku integraciji KAM-a među onkološkim pacijentima i medicinskim sestrama, manji interes liječnika za edukaciju sugerira da pristup integraciji treba biti postupno razvijan i prilagođen različitim profesionalnim profilima. Ovi nalazi upućuju na potrebu za ciljanom edukacijom temeljeno na znanstvenim dokazima, koja bi mogla povećati razumijevanje i sigurnost u primjeni KAM-a, osobito unutar profesionalnih skupina koje trenutno pokazuju veću rezerviranost.

6. Nul hipoteza H_05 uz SC5: „*Ne postoje statistički značajne razlike između i unutar*

stratuma zdravstveni radnici i onkološki pacijenti u stavovima o učinkovitosti KAM-a i integrativne medicine. “

Nul hipoteza H_05 , koja je pretpostavljala nepostojanje statistički značajnih razlika između i unutar stratuma zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata u stavovima o učinkovitosti KAM-a i integrativne medicine, opovrgnuta je. Rezultati istraživanja ukazali su na značajne razlike u percepciji učinkovitosti KAM-a između dviju skupina, kao i unutar stratuma.

Onkološki pacijenti generalno su pokazali višu razinu uvjerenja u učinkovitost KAM-a u odnosu na zdravstvene radnike, pri čemu je 67,3% pacijenata izrazilo slaganje s tvrdnjom da su KAM metode učinkovite, dok su zdravstveni radnici u manjoj mjeri dijelili takav stav (43,8%, $p < 0,01$). Unutar stratuma zdravstvenih radnika, medicinske sestre iskazali su nešto pozitivniji stav prema učinkovitosti KAM-a u usporedbi s liječnicima ($p < 0,05$).

Razlike u stavovima mogu se tumačiti u svjetlu različitih profesionalnih uloga i izvora znanja. Pacijenti, često motivirani vlastitim iskustvom i željom za dodatnim terapijskim opcijama, skloniji su pozitivnoj percepciji učinkovitosti KAM-a. Zdravstveni radnici, osobito liječnici, pristupaju s većom dozom opreza, što je u skladu s njihovim formalnim obrazovanjem temeljenim na principima medicine utemeljene na dokazima. Ovakav stav je profesionalno očekivan i usmjeren na osiguranje sigurnosti pacijenata kroz provjerene terapije.

Rezultati upućuju na potrebu daljnjeg istraživanja čimbenika koji utječu na percepciju učinkovitosti KAM-a, uključujući i razine formalnog obrazovanja, osobna iskustva i svakodnevnu kliničku praksu. Istodobno, statistički značajno veća otvorenost medicinskih sestara prema KAM-u može se smatrati podlogom za razvoj ciljane edukacije upravo unutar ove skupine zdravstvenih djelatnika.

7. Nul hipoteza H_06 uz SC6: *„Ne postoje statistički značajne razlike između i unutar stratuma zdravstveni radnici i onkološki pacijenti u stavovima o terapijskoj djelotvornosti pojedinih metoda i tehnika iz spektra KAM-a i integrativne medicine. “*

Nul hipoteza H_06 , koja pretpostavlja nepostojanje statistički značajnih razlika između i unutar stratuma zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata u stavovima o terapijskoj djelotvornosti pojedinih metoda i tehnika iz spektra KAM-a i integrativne medicine, opovrgnuta je. Analiza podataka pokazala je značajne razlike u percepciji terapijske

djelotvornosti između dviju skupina, kao i unutar svakog stratuma.

Onkološki pacijenti izražavaju viši stupanj uvjerenja u učinkovitost pojedinih KAM metoda – posebice biljnih preparata, akupunkture i meditacije – u usporedbi sa zdravstvenim radnicima. Na primjer, 58,2 % pacijenata ocijenilo je biljne terapije kao vrlo djelotvorne, dok je isti stav zastupljen kod 34,7 % zdravstvenih radnika ($p < 0,01$). Među zdravstvenim radnicima, medicinske sestre i tehničari pokazuju veću sklonost prihvaćanju djelotvornosti metoda poput akupunkture i aromaterapije u odnosu na liječnike ($p < 0,05$), koji češće iskazuju zadržanost.

Ove razlike mogu se dijelom pripisati profesionalnim i edukacijskim okolnostima; liječnici, kao dio struke čije je djelovanje regulirano strogim znanstvenim i etičkim normama, prirodno su usmjereni na metode s čvrstom znanstvenom podlogom. U tom kontekstu, njihova suzdržanost ne upućuje nužno na odbacivanje KAM-a, već na profesionalnu odgovornost i potrebu za dodatnim dokazima prije prihvaćanja novih pristupa. S druge strane, veća otvorenost medicinskih sestara i tehničara može ukazivati na veću izloženost pacijentima koji koriste KAM, ali i na potencijalnu ulogu koju ova skupina može imati u prenošenju informacija i podršci pacijentima u odabiru sigurnih terapijskih opcija.

8. Nul hipoteza H_{07} uz SC7: „*Ne postoje statistički značajne razlike između i unutar stratuma u stavovima o razlozima primjene i očekivanjima od KAM-a i integrativne medicine.*“

Nul hipoteza H_{07} , koja pretpostavlja nepostojanje statistički značajnih razlika između i unutar stratuma u stavovima o razlozima primjene i očekivanjima od KAM-a i integrativne medicine, opovrgnuta je. Rezultati pokazuju značajne razlike između zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata, kao i unutar svake od ovih skupina.

Onkološki pacijenti najčešće navode unapređenje psihofizičkog zdravlja (72,1 %), smanjenje nuspojava liječenja (65,7 %) i povećanje imuniteta (56,3 %) kao ključne razloge za primjenu KAM-a. Zdravstveni radnici, iako općenito rezerviraniji, također prepoznaju potencijal KAM-a, osobito u kontekstu smanjenja nuspojava (43,2 %) i općeg zdravlja (48,7 %), ali s nižim stupnjem slaganja u odnosu na pacijente ($p < 0,01$). Unutar zdravstvenih radnika, medicinske sestre iskazale su višu razinu suglasnosti u vezi s učincima KAM-a na stres i dobrobit u usporedbi s liječnicima ($p < 0,05$), što dodatno potvrđuje već uočen obrazac

veće otvorenosti prema KAM-u unutar ove skupine.

Ovi rezultati upućuju na to da su razlozi i očekivanja od KAM-a oblikovani kombinacijom životnog iskustva, razine obrazovanja i profesionalne uloge. Liječnici, kao stručnjaci oslonjeni na znanstvene dokaze, prirodno zauzimaju suzdržaniji stav, dok medicinske sestre, koje su često u neposrednijem kontaktu s pacijentima, pokazuju viši stupanj prihvatanja. To upućuje na potrebu za diferenciranim edukativnim pristupima koji će, s jedne strane, liječnicima omogućiti bolje razumijevanje anamnestickog značaja KAM-a, a s druge strane, medicinskim sestrama pružiti podršku u razvijanju komunikacijskih vještina u radu s pacijentima koji već koriste ili razmišljaju o korištenju KAM-a.

9. Nul hipoteza H_{08} uz SC8: *„Ne postoje statistički značajne razlike u prevalenciji korištenja KAM-a te integrativne medicine između zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata, niti se obilježja ispitanika mogu smatrati značajnim prediktorima korištenja KAM-a.“*

Nul hipoteza H_{08} , koja pretpostavlja nepostojanje statistički značajnih razlika u prevalenciji korištenja KAM-a između zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata te nepostojanje značajnih prediktora korištenja KAM-a među obilježjima ispitanika, opovrgnuta je. Rezultati istraživanja pokazali su značajne razlike između i unutar stratumata, uz identifikaciju nekoliko ključnih prediktora.

Prevalencija korištenja KAM-a bila je viša među onkološkim pacijentima (63,4 %) u usporedbi sa zdravstvenim radnicima (47,8 %) ($p < 0,01$). Unutar zdravstvenog kadra, medicinske sestre češće su koristile KAM (52,1 %) nego liječnici (41,3 %) ($p < 0,05$), što može ukazivati na njihovu veću osobnu otvorenost i neposredniji kontakt s pacijentima. Liječnici, s druge strane, djeluju u okviru profesionalne odgovornosti temeljene na dokazima, što može pridonijeti njihovoj suzdržanosti u korištenju i preporuci metoda koje nisu u potpunosti znanstveno verificirane.

Analiza prediktora korištenja KAM-a pokazala je da su kod pacijenata viša razina obrazovanja, mlađa dob i pozitivna obiteljska iskustva s KAM-om značajno povezani s korištenjem ovih metoda ($p < 0,01$). Kod zdravstvenih radnika, slični faktori dolaze do izražaja, pri čemu se kod medicinskih sestara uočava povezanost s duljim profesionalnim iskustvom, dok su mlađi liječnici češće iskazivali sklonost korištenju KAM-a.

Dobiveni rezultati upućuju na važnost individualiziranog pristupa u edukacijskom i kliničkom kontekstu, pri čemu je važno prepoznati specifične potrebe te razine prihvaćanja unutar različitih skupina ispitanika.

10. Nul hipoteza H_{09} uz SC9: „*Ne postoje statistički značajne razlike u predviđanju korištenja prirodne, energetske i duhovne medicine temeljem sociodemografskih obilježja.*“

Nul hipoteza H_{09} , koja pretpostavlja nepostojanje statistički značajnih razlika u predviđanju korištenja prirodne, energetske i duhovne medicine temeljem sociodemografskih obilježja, opovrgnuta je. Rezultati istraživanja ukazuju na značajne povezanosti između specifičnih sociodemografskih karakteristika ispitanika i njihove sklonosti pojedinim vrstama KAM-a.

Kod onkoloških pacijenata, korištenje prirodne medicine bilo je statistički značajno povezano s višom razinom obrazovanja ($p < 0,01$) i mlađom dobi ($p < 0,05$), dok su žene i osobe iz urbanih sredina češće birale energetske i duhovne metode ($p < 0,01$ i $p < 0,05$). Dodatno, pacijenti koji imaju obiteljsku povijest korištenja KAM-a pokazali su veću otvorenost prema svim promatranim vrstama, što upućuje na utjecaj društvenog i kulturnog okruženja.

Zdravstveni radnici pokazali su različite obrasce: liječnici su češće preferirali prirodne metode ($p < 0,05$), dok su medicinske sestre bile otvorenije prema energetskim i duhovnim pristupima ($p < 0,01$). Mlađi ispitanici i oni s kraćim radnim iskustvom izražavali su višu spremnost na korištenje KAM-a, osobito unutar skupine medicinskih sestara, dok su liječnici zadržali rezerviraniji pristup, što je u skladu s njihovim profesionalnim i edukacijskim okvirom.

Ovi rezultati pokazuju da obilježja poput spola, dobi, obrazovanja i mjesta stanovanja imaju važnu ulogu u oblikovanju stavova prema pojedinim KAM metodama. Prepoznavanje ovih čimbenika može pomoći u boljem razumijevanju motivacija za korištenje KAM-a, te omogućiti razradu komunikacijskih i edukacijskih strategija koje bi bile usmjerene na specifične potrebe i percepcije različitih skupina unutar zdravstvenog sustava i među pacijentima.

11. Nul hipoteza H_{010} uz SC10: „*Ne postoje statistički značajne razlike između*

zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata u percepciji prepreka za komunikaciju o KAM-u. “

Nul hipoteza H_{010} , koja pretpostavlja nepostojanje statistički značajnih razlika između zdravstvenih radnika i onkoloških pacijenata u percepciji prepreka za komunikaciju o KAM-u, opovrgnuta je. Rezultati istraživanja pokazali su značajne razlike između skupina: pacijenti češće navode strah od neodobravanja ili ismijavanja ($p < 0,01$), doživljaj nedostatka interesa zdravstvenih radnika (34,6 %) te uvjerenje da zdravstveni radnici nemaju dovoljno znanja o KAM-u ($p < 0,05$).

Dobiveni rezultati ukazuju na prisutnost emocionalnih i komunikacijskih prepreka koje utječu na način na koji pacijenti percipiraju zdravstvenu skrb, te potencijalno smanjuju njihovu spremnost za iniciranje razgovora o KAM-u. Istodobno izostanak proaktivnog pristupa zdravstvenih radnika dodatno je pridonio osjećaju nepodržanosti među pacijentima. Takva dinamika može se djelomično tumačiti kroz profesionalne obrasce komunikacije i ograničenja vremenskih resursa, osobito kod liječnika, kao i kroz različite razine poznavanja KAM-a među zdravstvenim djelatnicima.

Prepoznavanje ovih prepreka može biti polazište za razvoj diferenciranih komunikacijskih strategija – onih koje bi zdravstvenim radnicima omogućile uvid u važnost informiranja o pacijentovoj uporabi KAM-a u kontekstu sigurnosti i terapijskog planiranja, a pacijentima pružile veću sigurnost da razgovor o takvim temama neće biti negativno percipiran. Time se otvara prostor za uspostavu povjerenja i usklađivanje terapijskih pristupa u skladu s individualnim potrebama i vrijednostima pacijenata.

LITERATURA

1. DiGianni LM, Garber JE, Winer EP. Complementary and alternative medicine use among women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2002;20:34–8.
2. Molassiotis A, Fernández-Ortega P, Pud D i sur. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Ann Oncol* 2005;16(4): 655–63.
3. Youn BY, Cha JW, Cho S, Jeong SM, Kim HJ, Ko SG. Perception, attitudes, knowledge of using complementary and alternative medicine for cancer patients among healthcare professionals: a mixed-methods systematic review [Internet]. *Cancer Med*. 2023 Sep;12(18):19149-19162 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://doi.org/10.1002/cam4.6499>
4. Tachijian A, Viqar M, Jahanghir A. Use of Herbal Products and Potential Interactions in Patients with Cardiovascular Diseases. *J Am Coll Cardiol* 2010; 55: 515-25.
5. Reilly D. Comments on Complementary and Alternative Medicine in Europe. *J Altern Complement Med* 2001;7(Supl. 1):23-31.
6. World Health Organization. Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review [Internet]. 2001 [cited Sep 23]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42452/WHO_EDM_TRM_2001.2_eng.pdf?sequence=1
7. Vitale K, Mundar R, Sović S, Bergman-Marković B, Janev Holcer N. Upotreba komplementarne i alternativne medicine kod pacijenata u obiteljskoj medicini – primjer grada Čakovca. *Acta Med Croatica* [Internet]. 2014 [cited 2025 Feb 6];68(4-5):345–50. Available from: <https://hrcak.srce.hr/142196>.
8. Cao H, Yang G, Wang Y i sur. Complementary therapies for acne vulgaris [Internet]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(1):CD009436 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009436.pub2>
9. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour [Internet]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD003521 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003521.pub2>

10. Treister-Goltzman Y, Peleg R. Trends in publications on complementary and alternative medicine in the medical literature. *J Complement Integr Med* 2015;12(2):111–5
11. Nissen N, Johannessen H, Matthiessen PF i sur. CAMbrella - A Pan-European Research Network for Complementary and Alternative Medicine [Internet]. Munich: Ludwig-Maximilian University; 2012. [cited 2024 Dec 14]. DOI: 10.1038/ejcn.2012.67. Available from: <https://cam-europe.eu/library-cam/cambrella-research-reports/>
12. National Institutes of Health. The use of complementary and alternative medicine [Internet]. [cited 2024 Dec 16]. Available from: <http://www.nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/camuse.pdf>
13. Marušić M. Complementary and alternative medicine—A measure of crisis in academic medicine. *Croat Med J* 2004;45(5):684–8.
14. World Health Organization. Traditional, complementary and integrative medicine [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2025 Feb 6]. Available from: https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1.
15. O'Mathuna D, Larimore W. Alternativna medicina, Kršćanski priručnik, Prema dopunjenom i proširenom izdanju. Zagreb: STEPpress; 2009.
16. Leksikografski zavod Miroslav Krleža. Alternativna medicina. Hrvatska enciklopedija [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 10]. Available from: <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=2009>.
17. Barrett B, Marchand L, Scheder J i sur. Bridging the gap between conventional and alternative medicine. *J Fam Pract* 2000;49:234–9.
18. Lakošelj D. Cjepivo i cijepljenje: stoljetna ljudska težnja. *Narodni zdravstveni list* 2016;58(674-675):9–25.
19. Inglis B, West R. Alternativna medicina. Zinaić M, urednik. Zagreb: Grafički zavod Hrvatske; 1986. p. 15–25.
20. Hrvatsko društvo za akupunkturu. Akupunktura [Internet]. [cited 2022 Sep 7]. Available from: <https://akupunktura.hr/>.
21. Leksikografski zavod Miroslav Krleža. Narodna medicina. Hrvatska enciklopedija [Internet]. 2021 [cited 10. rujna 2022.]. Available from: <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=2009>
22. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name? [Internet]. [cited 2022 Sep 7]. Available from: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or->

23. Bauer B, ur. Mayo Clinic book of alternative medicine. 2nd ed. New York, NY: Time Inc. Home Entertainment; 2010, p. 8–10.
24. Altman DG, Bland JM. Absence of evidence is not evidence of absence. *BMJ* 1995;311(7003):485.
25. Leksikografski zavod Miroslav Krleža. Nadriječništvo. Hrvatska enciklopedija [Internet]. 2021 [cited 18. rujna 2022.]. Available from: <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=42749>
26. Dugački V, Regan K. Povijest zdravstvene skrbi i razvoja zdravstvenih ustanova na hrvatskom prostoru. *Studia Lex* 2019;13(25):35-74.
27. Grmek MD, Budak A. Uvod u medicinu. Zagreb: Globus; 1996.
28. Glesinger L. Povijest medicine. Zagreb: Školska knjiga; 1978.
29. Starr P. The social transformation of American medicine. New York: Basic Books; 1982.
30. Stambolović V. Medicina nadležnost i alternativa. Beograd: Prosveta; 1986.
31. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Pravilnik o pojedinim oblicima zdravstvenih usluga koje se pružaju u djelatnosti zdravstvenog turizma te standardima i normativima za njihovo obavljanje. Narodne novine [Internet]. 2019 [cited 2024 Dec 14];79:1667. Available from: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2019_08_79_1667.html
32. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Pravilnik o normativima i standardima za pružanje zdravstvenih usluga u zdravstvenom turizmu. Narodne novine [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 14];3:72. Available from: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2024_01_3_72.html
33. Bukovčan T. Advocacy and Activism in Complementary and Alternative Medicine Research: A Croatian Example. *Anthropol Action* 2008;15(1):35-42.
34. Hrvatska udruga za prirodnu, energetska i duhovnu medicinu (HUPED). Pravilnik o stručnom usavršavanju terapeuta i iscjelitelja te dobivanju kvalifikacija i priznanja struke [Internet]. [cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://www.huped.hr/hr/novosti/pravilnik-o-strucnom-usavrsavanju-terapeuta-i-iscjelitelja-te-dobivanju-kvalifikacija-i-priznanja-struke>
35. Hrvatska udruga za prirodnu, energetska i duhovnu medicinu (HUPED). Kako postati član [Internet]. [cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://huped.hr/hr/clanci-detalji/kako-postati-clan-2024/huped-clanstvo-9>
36. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Incidencija raka u Hrvatskoj u 2022. godini [Internet]. [cited 2025 Feb 07]. Available from: <https://www.hzjz.hr/periodicne>

37. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V i sur. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37,513,025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet* 2018;391(10125):1023-75.
38. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2022. godinu [Internet]. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2023 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2022-g/>
39. Cancer statistics [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 1]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Cancer_statistics#Deaths_from_cancer
40. Hrvatski sabor. Nacionalni strateški okvir protiv raka do 2030. Narodne novine [Internet]. 2020 [cited 2025 Feb 07] Available from: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2020_12_141_2728.html
41. Allport, G. W. (1935). Attitudes. In *A Handbook of Social Psychology* (pp. 798–844). Clark University Press.
42. Allport, G. W. (1937). *Personality: a psychological interpretation*. Holt.
43. Zvonarević M. *Socijalna psihologija*. Školska knjiga, Zagreb, 1985.
44. Bogardus, S. Emory. "Social distance and its origins." *Journal of Applied Sociology* 1992;9(2):216-226.
45. Cacioppo T, Petty J, Petty RE. The need for cognition. *J Pers Soc Psychol*. 1982;42(1):116. Pristupljeno 6.8.2023. Dostupno na: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.116>
46. Petz B. Furlan I. Kljajić S. Kolesarić V. Krizmanić, Szabo S. i sur. *Psihologijski rječnik*. Zagreb: Prosvjeta, 2005.
47. Keller KL, Kotler P, Martinović M. Upravljanje marketingom. Zagreb: Mate. 2014. Kemppainen LM, Kemppainen TT, Reippainen JA, Salmenniemi ST, Vuolanto PH. Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scand J Public Health* 2018;46(4):448-55.
48. Rosenberg, M.J. and Hovland, C.I. Cognitive, Affective and Behavioral Components of Attitudes. In: Rosenberg, M.J. and Hovland, C.I., Eds., *Attitude Organization and Change: An Analysis of Consistency among Attitude Components*, Yale University Press, New Haven, 1960.

49. Racz A. Climate changes as determinants in shaping tourism supply–attitudes of management. *Tourism and hospitality management (disertacija)*. Opatija: Sveučilište u Rijeci, Fakultet za menadžement u turizmu i ugostiteljstvu; 2019;25(2): str. 439-44.
50. Penava Brekalo Z. Socijalno-kognitivna teorija ličnosti u kontekstu osobnog marketinga. *Ekonomski vjesnik/Econviews Review of Contemporary Entrepreneurship, Business, and Economic Issues*. 2010;23(1):240-6. <https://hrcak.srce.hr/59095>
51. Badurina B. Technology Acceptance Model for e-learning systems on Croatian universities (disertacija). Zagreb: Svečilište u Zagrebu, Filozofski fakultet; 2010.
52. Ajduković M, Pavleković G. (ur.) 2nd.ed. *Nasilje nad ženom u obitelji*, Zagreb, 2004.
53. Roth T. How science proceeds: the role of assumptions in the explanation of phenomena [Internet]. *J Econ Methodol* 2001;8(3):420-422 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://ideas.repec.org/a/taf/jecmet/v8y2001i3p420-422.html>
54. World Health Organization. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2025 Feb 6]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/978924151536>.
55. Lee MY, Benn R, Wimsatt L i sur. Integrating complementary and alternative medicine instruction into health professions education: organizational and instructional strategies. *Acad Med* 2007;82(10):939-45.
56. Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Adv Data* 2004;(343):1-19.
57. Horrigan BJ. New NHIS survey reveals that 38% of American adults use CAM. *Explore (NY)* 2009;5(2):125-6.
58. Lee JA, Sasaki Y, Arai I i sur. An assessment of the use of complementary and alternative medicine by Korean people using an adapted version of the standardized international questionnaire (I-CAM-QK): a cross-sectional study of an internet survey. *BMC Complement Med Ther* [Internet]. 2018 [cited 2025 Feb 4];18(1):229. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2294-6>
59. Al-Faris EA, Al-Rowais N, Mohamed AG i sur. Prevalence and pattern of alternative medicine use: the results of a household survey. *Ann Saudi Med* 2008;28(1):4-10.
60. Harris PE, Cooper KL, Relton C, Thomas KJ. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. *Int J Clin Pract* 2012;66(10):924-39.
61. Posadzki P, Watson LK, Alotaibi A, Ernst E. Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by patients/consumers in the UK: systematic review of

- surveys. *Clinical Medicine* 2013;13(2):126-31.
62. Fønnebø VM, Launsø L. High use of complementary and alternative medicine inside and outside of the government-funded health care system in Norway. *J Altern Complement Med* 2009;15(10):1061-6.
 63. Kristoffersen AE, Stub T, Salamonsen A i sur. Gender differences in prevalence and associations for use of CAM in a large population study. *BMC Complement Med Ther* [Internet]. 2014 [cited 2025 Jan 4];14:463. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-463>
 64. Pokladnikova J, Selke-Krulichova I. Prevalence of complementary and alternative medicine use in the general population in the Czech Republic. *Forschende Komplementarmedizin* 2016;23(1):22-8.
 65. Kersnik J. Predictive characteristics of users of alternative medicine. *Schweiz Med Wochenschr* 2000;130(11):390-4.
 66. Dragan, S., Madsen., J.O. (2011). CAM in Romania. *Cambrella Newsletteer* Spring 2011. Accessed 10 June 2013. from <http://cambrella.eu/home.php?il=150&l=deu>
 67. Buda L, Lampek K, Tahin T. Demographic background and health status of users of alternative medicine: a Hungarian example. In: Johannessen H, Lázár I, editors. *Multiple medical realities: patients and healers in biomedical, alternative and traditional medicine*. New York: Berghahn Books; 2006. p. 21-34.
 68. Pavić Ž, Milanović G. Komplementarna i alternativna medicina u Hrvatskoj: testiranje triju hipoteza. *Socijalna ekologija* 2014;23(2):95–119.
 69. Bukovčan T, Čargonja H. Od ljekaruša do new agea—tradicijska medicina Dalmacije. In: *Kultura i transformacije: otočke perspektive*; 2006; Komiža, Hrvatska.
 70. Jaša H. Povjeravanje bolesnika odabranim liječnicima obiteljske medicine o korištenju metoda komplementarne i alternativne medicine [specijalistički završni rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2017.
 71. Sablić A. Upotreba komplementarne i alternativne medicine kod pacijenata obiteljske medicine Doma zdravlja Dubrovnik [završni rad]. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku; 2022 [cited 2025 Feb 6]. Available from: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:155:136745>.
 72. Čizmešija T, Bergman-Marković B. Use of complementary and alternative medicine among the patients in primary health care. *Acta Med Croatica* 2008;62(1):45-50.
 73. Novinić M. Informiranost opće populacije o alternativnim metodama liječenja [završni rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin, Odjel za sestrinstvo; 2021. [cited 2024 Dec 14]. Available from: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:780307>

74. Wu A, Wu Y, Natarajan V i sur. Complementary and alternative medicine use in patients with cancer and immigration background. *JCO Glob Oncol* [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 6];(9):e2200303. Available from: <https://doi.org/10.1200/GO.22.00303>
75. Al-shaikhli HSI, Al-Naggar R, Alkhateeb M. Complementary and alternative medicine use among cancer patients in Iraq. *Qubahan Acad J* 2024;4(4):16-25.
76. Dhanoa A, Yong TL, Yeap SJL, Chinnasamy P, Singh VA. Complementary and alternative medicine use amongst Malaysian orthopaedic oncology patients. *BMC Complement Altern Med* 2014;14:404.
77. Källman M, Bergström S, Carlsson T i sur. Use of CAM among cancer patients: Results of a regional survey in Sweden. *BMC Complement Med Ther* 2023;23(1):51.
78. Kasprzycka K, Kurzawa M, Kucharz M i sur. Complementary and Alternative Medicine Use in Hospitalized Cancer Patients—Study from Silesia, Poland. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 4];19(3):1600. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031600>.
79. Andrašek S. Naše spoznaje o primjeni komplementarne i alternativne medicine u onkoloških bolesnika [diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2015. Available from: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:351199>.
80. Magdalenić M. Primjena alternativnih i komplementarnih metoda liječenja kod onkoloških bolesnika [diplomski rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin, Odjel za sestrinstvo; 2023. urn:nbn:hr:122:102862.
81. Armano Lj, Petrak O, Kern J. Iskustva onkoloških bolesnika u primjeni alternativnih i komplementarnih metoda liječenja. *J Appl Health Sci* 2017;3(1):5-13.
82. Sigurnjak A. Alternativna i komplementarna dijetoterapija karcinoma [završni rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Prehrambeno-biotehnološki fakultet; 2012 [cited 2025 Feb 6]. Available from: <https://repozitorij.pbf.unizg.hr/en/islandora/object/pbf%3A1083>.
83. Romić K. Primjena alternativne i komplementarne medicine kod onkoloških bolesnika [Internet]. [diplomski rad]. Split: Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija; 2022. [cited 2024 Dec 30]. Available from: <https://repo.ozs.unist.hr/islandora/object/ozs%3A1366/datastream/PDF/view>.
84. Galbraith N, Moss T, Galbraith V, Purewal S. A systematic review of the traits and cognitions associated with use of and belief in complementary and alternative medicine (CAM). *Psychol Health Med* 2018;23(7):854–69.
85. Mittal N, Chanchal DK, Pant NC, Porwal P. Evidence-based practice: integrating research, expertise, and patient values [Internet]. In: *Futuristic Trends in Pharmacy & Nursing*. Vol

3. IIP Series; 2024 May. p. 53-78. [cited 2024 Oct 4]. Available from: <https://www.doi.org/10.58532/V3BAPN15P2CH2>.
86. Lee YS, Lee MS, Moher D i sur. Robust evidence in integrative medicine: innovations, challenges, and future directions. *Perspect Integr Med* 2024;3(3):162–7.
87. Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G i sur. Acupuncture for chronic pain: update of an individual patient data meta-analysis. *J Pain* 2018;19(5):455–74.
88. Pascoe MC, Thompson DR, Ski CF. Yoga, mindfulness-based stress reduction and stress-related physiological measures: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology* 2017;86:152-68.
89. Posadzki P, Lee M S, Ernst E. Osteopathic manipulative treatment for pediatric conditions: a systematic review. *Pediatrics* 2013;132(1)140–52.
90. Ashraf H, Khan AA, Raza S, Malik MA, Iqbal Z. Cultural influences on the acceptance of complementary and alternative medicine in Pakistan. *Trad Med J* 2019;45(2):134-47.
91. Traidl-Hoffmann C. Nature's pharmacy at risk: unveiling the hidden molecular secrets of phytotherapy in the age of globalization. *Allergy* 2024;79(6):1413–5.
92. Mortada EM. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine in Current Medical Practice [Internet]. *Cureus*. 2024;16(1):e52041. [cited 2025 Jan 31]. Available from: <https://doi.org/10.7759/cureus.52041>
93. Toplak Galle K. Hrvatsko ljekovito bilje. Zagreb: Mozaik knjiga, 2001.
94. Tas F, Ustuner Z, Can G i sur. The prevalence and determinants of the use of complementary and alternative medicine in adult Turkish cancer patients [Internet]. *Acta Oncol* 2005 [cited 2025 Feb 6];44(2):161–7. Available from: <https://doi.org/10.1080/02841860510007549>
95. Yarney J, Donkor A, Opoku SY i sur. Characteristics of users and implications for the use of complementary and alternative medicine in Ghanaian cancer patients undergoing radiotherapy and chemotherapy: a cross-sectional study. *BMC Complement Altern Med* [Internet]. 2013 Jan 19 [cited 2025 Feb 6];13:16. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6882-13-16>.
96. Yalcin S, Hurmuz P, McQuinn L, Naing A. Prevalence of complementary medicine use in patients with cancer: a Turkish comprehensive cancer center experience. *J Glob Oncol* 2018;4:1–6.
97. Opletal Lj, Volák J. Bilje za zdravlje. Varaždin: Stanek d.o.o.; 2001.
98. Weiss RF. In: *Herbal Medicine*. Arcanum AB, editor. Beaconsfield, U.K: Beaconsfield publishers; 1988. pp. 22–28.

99. Merfort I, Heilmann J, Hagedorn-Leweke U, Lippold BC. In vivo skin penetration studies of camomile flavones. *Pharmazie* 1994;49:509–11.
100. Srivastava JK, Pandey M, Gupta S. Chamomile, a novel and selective Cox-2 inhibitor with anti-inflammatory activity. *Life Sci* 2009;85:663–9. doi: 10.1016/j.lfs.2009.09.007.
101. Way TD, Kao MC, Lin JK. Apigenin induces apoptosis through proteasomal degradation of HER2/neu in HER2/neu-overexpressing breast cancer cells via the phosphatidylinositol-3'-kinase/Akt-dependent pathway. *J Biol Chem* 2004;279:4479–89. doi: 10.1074/jbc.M305529200.
102. Patel D, Shukla S, Gupta S. Apigenin and cancer chemoprevention: progress, potential and promise. *Int J Oncol* 2007;30:233–45.
103. Gates MA, Tworoger SS, Hecht JL, De Vivo I, Rosner B, Hankinson SE. A prospective study of dietary flavonoid intake and incidence of epithelial ovarian cancer. *Int. J Cancer* 2007;121:2225–32.
104. Shukla S, Mishra A, Fu P, MacLennan GT, Resnick MI, Gupta S. Up-regulation of insulin-like growth factor binding protein-3 by apigenin leads to growth inhibition and apoptosis of 22Rv1 xenograft in athymic nude mice. *FASEB J* 2005;19:2042–4. doi: 10.1096/fj.05-3740fje.
105. Gardiner P. Complementary, Holistic, and Integrative Medicine: Chamomile. *Pediatr Rev* 2007;28:16–18. doi: 10.1542/pir.28-4-e16.
106. Kell T. More on infant colic. *Birth Gaz* 1997;13:3.
107. Kiefer D, Pantuso T. Panax ginseng. *Am Fam Physician* 2003;68(8):1539–42.
108. Bach HV, Kim J, Myung SK, Cho YA. Efficacy of ginseng supplements on fatigue and physical performance: A meta-analysis. *J Korean Med Sci* 2016;31(12):1879–86.
109. Mancuso C, Santangelo R. Panax ginseng and Panax quinquefolius: From pharmacology to toxicology. *Food Chem Toxicol* 2017;107(Pt A):362–72.
110. He Y, Yue Y, Zheng X, Zhang K, Chen S, Du Z. Curcumin, inflammation, and chronic diseases: How are they linked? *Molecules* 2015;20(5):9183–213.
111. Kumari P, Swami MO, Nadipalli SK, Myneni S, Ghosh B, Biswas S. Curcumin delivery by poly(lactide)-based co-polymeric micelles: An in vitro anticancer study. *Pharm Res* 2016;33(4):826–41.
112. Wang Y, Lv J, Cheng Y i sur. Apoptosis induced by Ginkgo biloba (EGb761) in melanoma cells is Mcl-1-dependent. *PLoS One* [Internet]. 2015 [cited 2025 Feb 6];10(4):e0124812. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124812>.

113. Fu Z, Lin L, Liu S i sur. Ginkgo Biloba Extract Inhibits Metastasis and ERK/Nuclear Factor kappa B (NF-κB) Signaling Pathway in Gastric Cancer. *Med Sci Monit* 2019;25:6836-45
114. Zhai Z, Liu Y, Wu L i sur. Enhancement of innate and adaptive immune functions by multiple Echinacea species. *J Med Food* 2007;10(3):423–34.
115. Henderson L, Yue QY, Bergquist C, Gerden B, Arlett P. St John's wort (*Hypericum perforatum*): drug interactions and clinical outcomes. *Br J Clin Pharmacol.* 2002 Oct;54(4):349-56.
116. Boucher C. *Curing Everyday Ailments the Natural Way*. New York: Reader's Digest; 2002.
117. Grusky Z. *Zlatna knjiga ljekovitog bilja*. Zagreb: Nakladni zavod Matice hrvatske; 1999.
118. Hrvatska elektronička medicinska edukacija (HeMED). Homeopatija [Internet]. [cited 2024 Dec 30]. Available from: <https://www.hemed.hr/Default.aspx?sid=13870119>.
Boehm K, Raak C, Cramer H, Lauche R, Ostermann T. Homeopathy in the treatment of fibromyalgia—a comprehensive literature-review and meta-analysis. *Complement Ther Med* 2014;22(4):731-42.
119. Boehm K, Raak C, Cramer H, Lauche R, Ostermann T. Homeopathy in the treatment of fibromyalgia—a comprehensive literature review and meta-analysis [Internet]. *Complement Ther Med.* 2014;22(4):731-42 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2014.06.005>
120. U.S. Food and Drug Administration (FDA). Homeopathic Drug Products: Guidance for FDA Staff and Industry [Internet]. Center for Drug Evaluation and Research; Center for Biologics Evaluation and Research. 2022 [cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://www.fda.gov/media/163755/download>
121. Petrušić T. *Ayurveda: Nauk o životu*. Zagreb: Profil Knjiga d.o.o.; 2008. p. 37.
122. Saini H, Tripathi R. Current era of AyurGenomics and AyurProteomics. *Ayush J Integr Oncol* 2024;1(1-2):10-2.
123. Sharma MK, Pareek P, Sharma P, Sharma RK, Sharma DC. The Imperative Need for Research in Ayurveda: Unraveling Ancient Wisdom through Modern Science [Internet]. *J Ayu Herb Med* 2023 [cited 2025 Feb 6];9(3):108-10. Available from: <https://doi.org/10.31254/jahm.2023.9301>
124. Acharya R. The convergence of empirical Ayurveda and evidence-based research: Redefining modern healthcare through Ayurveda. *J Res Ayurvedic Sci* 2024;8(5):217-21.

125. Tubaki BR, Lavekar GS, Chandrashekar CR, Sathyaprabha TN, Kutty BM. Development and validation of Ayurveda based assessment scale for anxiety. *J Ayurveda Integr Med* 2023;14:100765.
126. Ivaniš M. *Aromaterapija*. Zagreb: Planetopija; 2006.
127. Cheong MJ, Kim S, Kim JS i sur. A systematic literature review and meta-analysis of the clinical effects of aroma inhalation therapy on sleep problems. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 4];100(9):e24652. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024652>.
128. Polonini D, Mesquita J, Lanine E i sur. Intranasal administration of lavender and fennel reduces salivary cortisol levels and improves sleep quality: a double-blind randomized clinical trial. *Eur J Integr Med* 2020;34:101015.
129. Schneider R, Singer N, Singer T. Medical aromatherapy revisited—Basic mechanisms, critique, and a new development [Internet]. *Hum Psychopharmacol* 2019 [cited 2025 Feb 6];34(1):e2683. Available from: <https://doi.org/10.1002/hup.2683>
130. Dyer L, Cleary M, Ragsdale-Lowe S, McNeill C, Osland K. The use of aromasticks in a cancer centre: A retrospective review. *Complement Ther Clin Pract* 2014;20(4):203-6.
131. Stringer GD. Aromasticks in cancer care: an innovation not to be sniffed at [Internet]. *Complement Ther Clin Pract* 2011 [cited 2025 Feb 6];17(2):116-121. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2010.06.002>
132. Charlesworth E, Hughes JG, Plant H, Carballo L. Complementary therapy for people with cancer; the patient's perspective. *Eur J Integr Med* 2018;17:26-32.
133. Borum AE. Apitherapy and applications in veterinary medicine. *U Arı D-U Bee J* 2024;24(2):442-58.
134. Özdem B, Erdoğan E. Effects of propolis on oral health and oral cancer. *HRU Int J Dent Oral Res* 2024;4(2):74-81.
135. Turn JT, Mayer J, Nagata K i sur. Impact of apitherapy on canine, equine, and chicken lymphocytes, in vitro [Internet]. *Vet Immunol Immunopathol* 2024 [cited 2025 Feb 6];268:110700. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.vetimm.2023.110700>
136. Habryka C, Kruczek M, Drygaś B. Bee products used in apitherapy. *World Sci News*. 2016;(48):254-8.
137. Gupta RK, Stangaciu S. Apitherapy: holistic healing through the honeybee and bee products in countries with poor healthcare systems. U: Abrol DP, ur. *Beekeeping for Poverty Alleviation and Livelihood Security*. Dordrecht: Springer; 2014. p. 413-46.
138. Hellner M, Winter D, von Georgi R, Münstedt K. Apitherapy: Usage and experience

- in German beekeepers. *Evid Based Complement Alternat Med* 2008;5(4):475-9.
139. Kapš P. Apiterapija – liječenje pčelinjim proizvodima. Sveta Nedjelja: Biblioteka Dobar život; 2013.
140. Wardle J, Adams J. Naturopaths: their role in primary health care delivery. U: Adams J, Magin P, Broom A, ur. *Primary health care and complementary and integrative medicine: practice and research*. 1st.ed. London: Imperial College Press; 2013. p. 73–92.
141. Steel A, Foley H, Bradley R i sur. Naturopathic medicine and its role in contemporary healthcare [Internet]. *Complement Ther Clin Pract* 2018 [cited 2025 Feb 6];31:212-22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.02.007>
142. Sarris J, Wardle J, Steel A. The practice and regulatory requirements of naturopathy and Western herbal medicine in Australia. *Aust J Herb Med* 2012;24(3):103-7.
143. Herman PM, Poindexter BL, Witt CM, Eisenberg DM. Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. *BMJ Open* [Internet]. 2012 [cited 2025 Feb 4];2(5):e001046. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001046>
144. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Naturopathy [Internet]. [cited 4. veljače 2024.]. Available from: <https://www.nccih.nih.gov/health/naturopathy>.
145. Devinsky O, Cross JH, Laux L i sur. Trial of cannabidiol for drug-resistant seizures in the Dravet syndrome. *N Engl J Med* 2017;376(21):2011-20.
146. Izzo AA, Borrelli F, Capasso R, Di Marzo V, Mechoulam R. Non-psychotropic plant cannabinoids: new therapeutic opportunities from an ancient herb. *Trends Pharmacol Sci*. 2009;30(10):515-27. doi: 10.1016/j.tips.2009.07.006. Epub 2009 Sep. Erratum in: *Trends Pharmacol Sci* 2009 Dec;30(12):609.
147. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S i sur. Cannabinoids for medical use: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 2015 [cited 2025 Feb 6];313(24):2456–73. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2015.6358>.
148. U.S. Food and Drug Administration (FDA). FDA approves first drug comprised of an active ingredient derived from marijuana to treat rare, severe forms of epilepsy [Internet]. 2018 [cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-drug-comprised-active-ingredient-derived-marijuana-treat-rare-severe-forms>
149. Ladin DA, Soliman N, Griffin L, Van Dross R. Preclinical and clinical assessment of cannabinoids as anti-cancer agents. *Front Pharmacol*. 2016;7:361. Erratum in: *Front*

- Pharmacol 2021;12:732903. doi:10.3389/fphar.2021.732903.
150. Markus Klarić M, Klarić D, Brborović O, Capak K. Marihuana – zlouporaba i medicinska uporaba. *J Appl Health Sci* 2020;6(1):137-51.
151. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Pravilnik o mjerilima za razvrstavanje lijekova te o propisivanju i izdavanju lijekova na recept. *Narodne novine* [Internet]. 2013 [cited 2024 Dec 14];86:1937. Available from: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_07_86_1937.html
152. Syldona M, Rein G. Energy medicine, energy therapies, and cardiovascular disease. In: Rosch PJ, ed. *Bioelectromagnetic and Subtle Energy Medicine*. Totowa, NJ: Humana Press; 2004. p. 201–14.
153. Field T. Massage therapy research review. *Complement Ther Clin Pract* 2014;20(4):224–9.
154. Mayo Clinic. Massage therapy. [Internet]. [cited 2024 Feb 4]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/massage-therapy/about/pac-20384595155>.
155. Cassileth BR, Deng G. Complementary and alternative therapies for cancer [Internet]. *Oncologist*. 2004;9(1):80-89 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.9-1-80>
156. National Health Service (NHS). Osteopathy [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 14]. Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/osteopathy/>
157. Leksikografski zavod Miroslav Krleža. Bioenergija. *Hrvatska enciklopedija* [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 24]. Available from: <https://www.enciklopedija.hr/clanak/bioenergija>
158. Braboszcz C, Hahusseau S, Delorme A. Meditation and neuroscience: from basic research to clinical practice. In: Carlstedt R, ur. *Integrative Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioral Medicine: Perspectives, Practices and Research*. New York: Springer Publishing; 2010. p. 1910-25.
159. Walsh R, Shapiro SL. The meeting of meditative disciplines and Western psychology: a mutually enriching dialogue. *Am Psychol* 2006;61(3):227–38.
160. Leksikografski zavod Miroslav Krleža. Meditacija. *Hrvatska enciklopedija* [Internet]. 2013 [cited 2024 Dec 30]. Available from: <https://www.enciklopedija.hr/clanak/meditacija>
161. Leksikografski zavod Miroslav Krleža. Yoga. *Hrvatska enciklopedija* [Internet]. 2013 [cited 2025 Feb 25]. Available from: <https://www.enciklopedija.hr/clanak/yoga>
162. Leksikografski zavod Miroslav Krleža. Hipnoza. *Hrvatska enciklopedija* [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 30]. Available from: <https://www.enciklopedija.hr/clanak/hipnoza>.

163. Levin J. How faith heals: a theoretical model. *Explore* (NY) 2009;5(2):77-96.
164. Vukušić H. Duhovnost i medicina. U: Jurčić M, Nikić M, Vukušić H, ur. Vjera i zdravlje: zbornik radova s interdisciplinarnog, multikonfesionalnog i internacionalnog simpozija održanog 2. ožujka 2005. godine na Filozofskom fakultetu Družbe Isusove u Zagrebu. 2. prošireno izd. Zagreb: Zaklada biskup Josip Lang; 2007. str. 3–20.
165. Ljubičić Đ. Duhovnost i psihijatrija. Rijeka: Sveučilište u Rijeci – Medicinski fakultet; 2009. str. 23.
166. Parlov M. Marulić: molitelj i učitelj molitve. *Colloquia Maruliana* 2008;17:199-218.
167. Pawlikowski J, Wiechetek M, Sak J, Jarosz M. Beliefs in miraculous healings, religiosity and meaning in life [Internet]. *Religions* 2015;6:1113–24. [cited 2025 Jan 10]. Available from: <https://doi.org/10.3390/rel6031113>.
168. Norheim AJ. Mirakuløs helbredelse i Lourdes? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2009;129(18):1902–4.
169. Jantos M, Kiat H. Prayer as medicine: how much have we learned? *Med J Aust* 2007;186(10 Suppl):51-3.
170. Racz A, Pavić J, Čutura V. Duhovna strana izlječenja – nadnaravno čudo ili spontana remisija. *J Appl Health Sci* 2016;2(1):15-22.
171. Roberts L, Ahmed I, Davison A. Intercessory prayer for the alleviation of ill health. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009;(2):CD000368. [cited 2024 Dec 30]. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000368.pub3>.
172. Wu EC, Cutright KM. In God's hands: How reminders of God dampen the effectiveness of fear appeals. *J Mark Res* 2018;55(1):119–31.
173. Sinding Bentzen J. Acts of God? Religiosity and natural disasters across subnational world districts [Internet]. *Econ J* 2019 [cited 2025 Feb 6];129(622):2295–321. Available from: <https://doi.org/10.1093/ej/uez008>
174. Auriol E, Lassébie J, Panin A, Raiber E, Seabright P. God insures those who pay? Formal insurance and religious offerings in Ghana. *Q J Econ* 2020;135(4):1799–848.
175. Anderson JW, Nunnolley PA. Private prayer associations with depression, anxiety and other health conditions: an analytical review of clinical studies. *Postgrad Med* 2016;128(7):635-41.
176. World Health Organization. Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a worldwide review [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2001 [cited 2025 Feb 6]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2943e/>.

177. Lie D, Boker J. Development and validation of the CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ) and CAM use and attitudes amongst medical students [Internet]. BMC Med Educ 2004;4:2. [cited 2021 Nov 17]. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-4-2>.
178. Schneider CD, Meek PM, Bell IR. Development and validation of IMAQ: Integrative Medicine Attitude Questionnaire [Internet]. BMC Med Educ 2003 [cited 2025 Feb 6];3:5-10. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-3-5>
179. Dossey BM. Florence Nightingale: Mystic, visionary, healer. Springhouse, PA: Springhouse; 2000.
180. Koithan M. Concepts and principles of integrative nursing. In: Kreitzer MJ, Koithan M, eds. Integrative Nursing. 1st ed. Oxford, England: Oxford University Press; 2014. p. 3- 16.
181. Bjerså K, Stener Victorin E, Fagevik Olsén M. Knowledge about complementary, alternative and integrative medicine (CAM) among registered health care providers in Swedish surgical care: a national survey among university hospitals. BMC Complement Altern Med 2012;12:42.
182. Sharp D, Lorenc A, Feder G i sur. "Trying to put a square peg into a round hole": A qualitative study of healthcare professionals' views of integrating complementary medicine into primary care for musculoskeletal and mental health comorbidity [Internet]. BMC Complement Altern Med 2018 [cited 2025 Feb 6];18(1):1–14. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2349-8>
183. Zeliadt SB, Douglas JH, Gelman H i sur. Effectiveness of a whole health model of care emphasizing complementary and integrative health on reducing opioid use among patients with chronic pain [Internet]. BMC Health Serv Res. 2022;22:1053 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08438-2>
184. Shannon ZK, Salsbury SA, Gosselin D, Vining RD. Stakeholder expectations from the integration of chiropractic care into a rehabilitation setting: A qualitative study [Internet]. BMC Complement Altern Med 2018 Dec [cited 2025 Feb 6];18(1):316. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2386-3>
185. Corina G, Christine H, Klein G. Oncologists' experiences of discussing complementary and alternative treatment options with their cancer patients: A qualitative analysis. Support Care Cancer 2016;24(9):3857–62.
186. Cutshall S, Derscheid D, Miers AG i sur. Knowledge, attitudes, and use of complementary and alternative therapies among clinical nurse specialists in an academic

- medical center. *Clin Nurse Spec* 2010;24(3):125-31.
187. DeKeyser FG, Bar Cohen B, Wagner N. Knowledge levels and attitudes of staff nurses in Israel towards complementary and alternative medicine. *J Adv Nurs* 2001;36(1):41-8.
 188. Rojas-Cooley MT, Grant M. Complementary and alternative medicine: Oncology nurses' knowledge and attitudes. *Oncol Nurs Forum* 2009;36(2):217-24.
 189. Samuels N, Zisk-Rony RY, Singer SR i sur. Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among nurse-midwives in Israel. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2010 [cited 2024 Dec 30];203(4):341.e1-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.06.036>
 190. Risberg T, Kolstad A, Bremnes Y i sur. Knowledge of and attitudes toward complementary and alternative therapies: A national multicentre study of oncology professionals in Norway. *Eur J Cancer* 2004;40(4):529-35.
 191. Thiago SCS, Tesser CD. Family Health Strategy doctors and nurses' perceptions of complementary therapies. *Rev Saúde Pública* 2011;45(2):249-57.
 192. Kreitzer MJ, Kligler B, Meeker WC. Health professions education and integrative healthcare. *Explore (NY)* 2009;5(4):212-27. doi: 10.1016/j.explore.2009.05.012.
 193. van Vliet M, Jong M, Busch M, Meijer JEM, von Rosenstiel IA, Jong MC. Attitudes, beliefs, and practices of integrative medicine among nurses in the Netherlands. *J Holist Nurs* 2015;33(2):110–21.
 194. Chang KH, Brodie R, Choong MA, Sweeney KJ, Kerin MJ. Complementary and alternative medicine use in oncology: A questionnaire survey of patients and health care professionals. *BMC Cancer* 2011;11:196.
 195. Ventola CL. Current issues regarding complementary and alternative medicine (CAM) in the United States: Part 1: The widespread use of CAM and the need for better-informed health care professionals to provide patient counseling. *P T* 2010;35(8):461–8.
 196. Block KI, Block PB, Gyllenhaal C. Integrative therapies in cancer: modelling an evidence-based protocol. *Integr Cancer Ther* 2004;3(1):5-17.
 197. Sierpina VS, Dalen JE. The future of integrative medicine [Internet]. *Am J Med* 2010 [cited 2025 Feb 6];123(8):693-5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2010.03.022>
 198. Furlow ML, Patel DA, Sen A, Liu JR. Physician and patient attitudes towards complementary and alternative medicine in obstetrics and gynecology. *BMC Complement Altern Med* 2008;8:35.
 199. Radovčić Z, Nola IA. Integracija komplementarne i alternativne medicine s primarnom

- zdravstvenom zaštitom u Republici Hrvatskoj – mišljenja liječnika primarne zdravstvene zaštite. *Acta Med Croatica* 2015;69:451-8.
200. Jurković A, Racz A. Uvjerenje i stavovi budućih zdravstvenih radnika o učinkovitosti komplementarne i alternativne medicine. *J Appl Health Sci* 2020;6(2):229-37.
 201. Racz A, Crnković I, Brumini I. Nurses, physiotherapists and sanitary engineers attitudes and beliefs about complementary and alternative medicine. In: 6th International Multidisciplinary Scientific Conference SGEM SOCIAL SCIENCES & ARTS CONFERENCE; 2019 Apr 11-14; Vienna, Austria. Vienna: Stef92 Technology; 2019. p. 423-30. doi: 10.5593/sgemsocial2019V/2.1.
 202. Von Schoen-Angerer T, Manchanda RK, Lloyd I i sur. Traditional, complementary and integrative healthcare: global stakeholder perspective on WHO's current and future strategy [Internet]. *BMJ Glob Health* 2023 [cited 2025 Feb 6];8:e013150. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013150>
 203. Tröndle M, Matheus de Souza D, Tiziana Verardo Polastrini R i sur. Perceptions of healthcare professionals on the implementation of integrative and complementary practices in a university pediatric hospital in Brazil: a qualitative interview study. *Integr Cancer Ther* [Internet]. 2023;22:15347354231192004 [cited 2025 Feb 6]. Available from: <https://doi.org/10.1177/15347354231192004>
 204. Weis J, Jablotschkin M, Horneber M i sur. Education about complementary and alternative medicine in cancer self-help groups by trained peers. *BMC Complement Med Ther* [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 6];24(1):373. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12906-024-04680-2>.
 205. Karim S, Benn R, Carlson LE i sur. Integrative oncology education: an emerging competency for oncology providers [Internet]. *Curr Oncol*. 2021;28(1):853-62 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://doi.org/10.3390/curroncol28010084>
 206. Hupkens S. Implementation of complementary interventions in the Netherlands: experiences of pioneers [Internet]. *Patient Educ Couns*. 2012;89(3):411-6 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.11.001>
 207. Sundberg T, Halpin J, Warenmark A, Falkenberg T. Towards a model for integrative medicine in Swedish primary care [Internet]. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:107 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-107>
 208. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Poslijediplomski sveučilišni studij. Nastavni plan i program [Internet]. Zagreb; [cited 2024 Feb 1]. Available from: <https://mef.unizg.hr/studiji/poslijediplomski/sveucilisni-poslijediplomski->

[specijalisticki/#OBITELJSKA-MEDICINA\(107\)#nastavni-plan-i-program#1-godina#6046](#)

209. Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. Nastavni plan i organizacija studija [Internet]. 2025; [cited 2025 Feb 08] Available from: <https://medri.uniri.hr/obrazovanje/studiji/integrirani-preddiplomski-i-diplomski-sveucilisni-studij/medicina/>
210. Zdravstveno veleučilište Zagreb. Stručni studij radioterapije. Studijski plan i program [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 07]. Available from <https://www.zvu.hr/strucni-studij-radne-terapije/>
211. Farmaceutsko-biokemijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Nastavni plan i program [Internet]. [cited 2024 Dec 14]. Available from: <https://www.pharma.unizg.hr/nastavni-plan-i-program/96>.
212. Soltanipour S, Keihanian F, Saeidinia A. Knowledge, attitude and practice of physicians towards herbal remedies in Rasht, north of Iran [Internet]. Medicine (Baltimore). 2022;101(47):e31762 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000031762>
213. Leininger MM. Culture care diversity and universality: A theory of nursing. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2001.
214. Lindholm L, Eriksson K. To understand and alleviate suffering in a caring culture. J Adv Nurs 1993;18(9):1354-61.
215. Hewson MG, Copeland HL, Mascha E, Arrigain S, Topol E, Fox JE. Integrative medicine: Implementation and evaluation of a professional development program using experiential learning and conceptual change teaching approaches. Patient Educ Couns 2006;62(1):5-12.
216. Nazik E, Nazik H, Api M, Kale A, Aksu F, Kadanali S. Complementary and alternative medicine use by gynecologic oncology patients in Turkey. Asian Pac J Cancer Prev 2012;13(1):21-5.
217. Racz A, Crnković I, Brumini I. Attitudes and beliefs about integration of CAM education in health care professionals training programs. In: 6th International Multidisciplinary Scientific Conference SGEM SOCIAL SCIENCES & ARTS CONFERENCE; 2019 Apr 11-14; Vienna, Austria. Vienna: Stef92 Technology; 2019. p. 399-406. doi: 10.5593/sgemsocial2019V/2.1.
218. Stašević I, Lovrek Seničić M, Ropac D. Poznavanje komplementarne i alternativne medicine učenika srednje medicinske škole. Acta Med Croatica 2020;74:25-34.

219. Gaydos HL. Complementary and alternative therapies in nursing education: trends and issues. Online J Issues Nurs [Internet]. 2001 May 31 [cited 2024 Feb 4];6(2):Manuscript 5. Available from: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TaleofContents/Volume62001/No2May01/TrendsandIssues.aspx
220. Zhao FY, Kennedy GA, Cleary S i sur. Knowledge about, attitude toward, and practice of complementary and alternative medicine among nursing students: a systematic review of cross-sectional studies. Front Public Health [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 6];10:946874. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.946874>.
221. Siegel P, Broom A, Bowden V, Adams J, de Barros NF. Attitudes toward complementary and alternative medicine amongst oncology professionals in Brazil [Internet]. Complement Ther Med 2016 [cited 2025 Feb 6];27:30–4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.04.003>
222. Yang G, Zhang H, Gan Z, Fan Y, Gu W, Ling C. Discrepant views of oncologists and cancer patients on complementary and alternative medicine in a Chinese general hospital. Integr Cancer Ther 2018;17(2):451–7.
223. Hrvatska udruga za prirodnu, energetsku i duhovnu medicinu (HUPED). HUPED kao krovna organizacija [Internet]. [cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://www.huped.hr/hr/novosti/huped-kao-krovna-organizacija>
224. Roy V, Gupta M, Ghosh RK. Perception, attitude and usage of complementary and alternative medicine among doctors and patients in a tertiary care hospital in India. Indian J Pharmacol 2015;47:137-42.
225. Aveni E, Bauer B, Ramelet A-S i sur. The attitudes of physicians, nurses, physical therapists, and midwives toward complementary medicine for chronic pain: A survey at an academic hospital. Explore (NY) 2016;12(5):341–6.
226. Alrowais NA, Alyousefi NA. The prevalence extent of complementary and alternative medicine (CAM) use among Saudis. Saudi Pharm J 2017;25(3):306-18.
227. Chang HT, Im HB, Choi SJ, Choi D, Han D. Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) Among Elderly Cancer Patients in Korea: A Cross-Sectional Study. [Preprint]. 2024.
228. Živčić D, Racz A, Naletilić D. Differences in attitudes towards beliefs on complementary and alternative medicine witnessed between physiotherapists, nurses, paramedics and physicians. Afr J Tradit Complement Altern Med 2014;11(6):57-65.
229. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Pravilnik o stavljanju u promet te

označavanju i oglašavanju tradicionalnih biljnih lijekova. Narodne novine. 2010;89:2533. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2010_07_89_2533.html

230. Marijanović I, Bevanda Glibo D, Lasić T i sur. The use of complementary and alternative medicine among cancer patients undergoing conventional treatment: A single-centre experience. *Psychiatr Danub* 2021;33(Suppl 13):304-7.
231. Kust D, Šamija I, Marić-Brozić J i sur. Use of alternative and complementary medicine in patients with malignant diseases in high-volume cancer center and future aspects. *Acta Clin Croat*. 2016;55(4):585-92.
232. Lin Y, Yang Y, Zhang X, Li W, Li H, Mu D. Manual lymphatic drainage for breast cancer-related lymphedema: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Breast Cancer*. 2022 Jul;22(5):e664–e673. doi:10.1016/j.clbc.2022.01.013.
233. Crnković I, Brumini I, Racz A. Assessing knowledge and attitudes toward spirituality in the domain of providing health care. *Nova prisutnost* 2019;17(2):323-33.
234. Brenko A, Dugac Ž, Randić M. *Narodna medicina*. Zagreb: Etnografski muzej Zagreb, 2001.
235. Ernst E, White A. The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complement Ther Med* 2000;8(1):32–6.
236. Horneber M, Bueschel G, Dennert G, Less D, Ritter E, Zwahlen M. How many cancer patients use complementary and alternative medicine: a systematic review and meta- analysis. *Integr Cancer Ther* 2012;11(3):187–203.
237. Schils A, Lechon AS, Rondeaux S i sur. Cancer patients' behaviors and attitudes toward natural health products [Internet]. *BMC Complement Med Ther* 2023 [cited 2025 Feb 6];23(1):442. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12906-023-04278-0>
238. Bonucci M, Geraci A, Pero D i sur. Complementary and integrative approaches to cancer: a pilot study on attitudes and habits among cancer patients in Italy. *Evid Based Complement Alternat Med* 2022;2022:1-10.
239. Bishop FL, Lewith GT. Who uses CAM? A narrative review of demographic characteristics and health factors associated with CAM use. *Evid Based Complement Alternat Med* 2010;7(1):11-28.
240. Ucan O, Pehlivan S, Ovayolu N, Sevinc A, Camci C. The use of complementary therapies in cancer patients: a questionnaire-based descriptive survey from southeastern Turkey. *Am J Clin Oncol* 2008;31(6):589–94.

241. Arthur K, Belliard JC, Hardin SB, Knecht K, Chen CS, Montgomery S. Practices, attitudes, and beliefs associated with complementary and alternative medicine (CAM) use among cancer patients. *Integr Cancer Ther* [Internet]. 2012 [cited 2024 Dec 14];11(3):232–42. Available from: <https://doi.org/10.1177/1534735412448776>.
242. Ku CF, Koo M. Association of distress symptoms and use of complementary medicine among patients with cancer. *J Clin Nurs* 2012;21(5–6):736–44.
243. Boon H, Stewart M, Kennard MA i sur. Use of complementary/alternative medicine by breast cancer survivors in Ontario: prevalence and perceptions. *J Clin Oncol* 2000;18(13):2515–21.
244. Jędrzejewska A, Ślusarska BJ, Szadowska-Szlachetka Z, Rudnicka-Drożak E, Panasiuk Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer and their relationship with health behaviours - Cross-sectional study. *Ann Agric Environ Med* 2021;28(3):475–82.
245. Sanford NN, Sher DJ, Ahn C, Aizer AA, Mahal BA. Prevalence and Nondisclosure of Complementary and Alternative Medicine Use in Patients With Cancer and Cancer Survivors in the United States. *JAMA Oncol* 2019;5(5):735–7.
246. Hyodo I, Amano N, Eguchi K i sur. A national survey on complementary and alternative medicine use among cancer patients in Japan. *J Clin Oncol* 2005;23(12):2645-54.
247. Corner J, Yardley J, Maher EJ i sur. Patterns of complementary and alternative medicine use among patients undergoing cancer treatment. *Eur J Cancer Care* 2009;18(3):271–9.
248. Jaiswal K, Bajait C, Pimpalkhute S, Sontakke S, Dakhale G, Magdum A. Knowledge, attitude, and practice of complementary and alternative medicine: A patient’s perspective. *Int J Med Public Health* 2015;5(1):13-7.
249. Hutten R, Weil CR, Barney BM i sur. Complementary and Alternative Medicine in Oncology (CAMEO) study: A multi-institutional cross-sectional analysis of patients undergoing cancer treatment. *J Clin Oncol* 2022;40(16):e18739. doi:10.1200/JCO.2022.40.16_suppl.e18739..
250. Genc E, Bulut I. Investigation of usage, attitudes toward complementary and alternative medicine among cancer patients in Turkey during the COVID-19 pandemic. *Work* 2024;78(4):1161–72.
251. Jafari A, Zanganeh M, Kazemi Z, Lael-Monfared E, Tehrani H. Knowledge, attitudes, and use of complementary and alternative medicine among Iranian healthcare workers:

- A cross-sectional study. *BMC Complement Med Ther* 2021;21(1):1-11.
252. Balneaves LG, Watling CZ, Hayward E i sur. Addressing the use of complementary and alternative medicine among individuals with cancer: An integrative review and clinical practice guidelines. *J Natl Cancer Inst* 2022;114(1):25–37.
 253. Berretta M, Della Peppa C, Tralongo P i sur. Use of complementary and alternative medicine (CAM) in cancer patients: An Italian multicenter survey. *Oncotarget* 2016;8(15):24401–14.
 254. Tor-Anyiin A, Okonkwo R, Tor-Anyiin I. Prevalence and predictors of complementary and alternative medicine (CAM) use among healthcare workers in Nigeria [Internet]. *Glob J Health Sci* 2018 [cited 2025 Feb 6];10(12):40. Available from: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v10n12p40>
 255. Dahilig VR, Salenga RL. Prevalence, perceptions, and predictors of complementary and alternative medicine use in selected communities in the Philippines. *JAASP* [Internet]. 2012 [cited 2025 Jan 3];1:16–24.
 256. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Šifarnik dijagnostičko-terapijskih postupaka u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti (DTP – SKZZ). Zagreb: HZZO [Internet]. [cited 2025 Apr 15]. Available from: <https://hzzo.hr/hzzo-za-partnere/sifarnici-hzzo-0>
 257. Aulia N. Integrating Islamic Values and Modern Medical Practices to Enhance Public Health in Muslim Communities: Integrasi Nilai-Nilai Islam dan Praktik Medis Modern untuk Meningkatkan Kesehatan Masyarakat Muslim. *Averroes J Sci Relig Stud* [Internet]. 2024 Nov 18 [cited 2025 Feb 4];1(2):[123-34]. Available from: <https://e-journal.grahakaromah.com/index.php/averroes/article/view/36>
 258. Hibban MF. Living the Qur'an and Sunnah as the foundation of a holistic healthy lifestyle. *Int J Islam Complement Med* 2022;3(2):49-56.
 259. Pedersen CG, Christensen S, Jensen AB, Zachariae R. Believing in God and CAM: Religious faith and use of complementary and alternative medicine (CAM) in a national cohort of women treated for early-stage breast cancer. *J Relig Health* 2013;52(3):991–1013. doi:10.1007/s10943-012-9569-x.
 260. Smith GD, Wu SC. Nurses' beliefs, experiences, and practice regarding complementary and alternative medicine in Taiwan [Internet]. *J Clin Nurs* 2012 [cited 2025 Feb 6];21(17–18):2659–67. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04008.x>
 261. Heller T, Kloos C, Mueller N i sur. Complementary and alternative medicine is

- positively associated with religiosity/spirituality. *J Complement Integr Med* 2021;18(1):185-92.
262. Dima-Cozma C, Cozma S. Religion and medicine or the spiritual dimension of healing. *J Study Relig Ideol* 2012;11(31):31-48.
 263. Wirgues MD, Guimarães ER de O, Coutinho IM, Guida CG, Victor LS, Bernardes CTV. Efeitos da religião/espiritualidade no tratamento de enfermidades. *Braz J Dev [Internet]*. 2020 [cited 2025 Feb 6];6(9):65859–71. Available from: <https://doi.org/10.34117/BJDV6N9-132>.
 264. Martz D, Baker G, Knott N i sur. Physicians' personal and practical use of CAM therapies in a rural community in the southeastern United States. *J Altern Complement Med* 2006;12(8):715-6.
 265. Alsharif F. Discovering the use of complementary and alternative medicine in oncology patients: a systematic literature review [Internet]. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2021;2021:6619243 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://doi.org/10.1155/2021/6619243>
 266. Ebel MD, Rudolph I, Keinki C i sur. Cancer patients' perception of their disease, self-efficacy, locus of control, and use of complementary and alternative medicine. *J Cancer Res Clin Oncol* 2015;141(8):1449–55.
 267. Nguyen LT, Davis RB, Kaptchuk TJ, Phillips RS. Use of complementary and alternative medicine and self-rated health status: results from a national survey. *J Gen Intern Med* 2011;26(4):399–404.
 268. Alonso Street EM, Grutzmacher S, Branscum A, Smit E. Self-perceived health and chronic conditions among users of supplements with and without botanical ingredients: Findings from the 2009–2014 National Health and Nutrition Examination Survey. *J Diet Suppl* 2022;19(6):689-703.
 269. Racz A, Crnković I, Brumini I. Confidence in the effectiveness of CAM therapy – attitudes and beliefs of health care professionals in Croatia. In: 6th International Multidisciplinary Scientific Conference SGEM SOCIAL SCIENCES & ARTS CONFERENCE; 2019 Apr 11-14; Vienna, Austria. Vienna: Stef92 Technology; 2019. p. 407-14. doi: 10.5593/sgemsocial2019V/2.1.
 270. Akhrani LA, Ardyaningrum Y. Attitude toward complementary and alternative medicine (CAM) as Sangkal Putung patient satisfaction. In: Proceedings of the 4th ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPOCH 2018); 2018 Nov 24– 25; Jakarta, Indonesia. Atlantis Press; 2019. p. 26-9.

271. Werneke U, Earl J, Seydel C, Horn O, Crichton P, Fannon D. Potential health risks of complementary alternative medicines in cancer patients. *Br J Cancer* [Internet]. 2004 [cited 2025 Feb 6];90(2):408–13. Available from: <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601560>.
272. Royal London Hospital for Integrated Medicine. University College London Hospitals [Internet]. [cited 2024 Dec 30]. Available from: <https://www.uclh.nhs.uk/ourservices/ourhospitals/rhim/Pages/Home.aspx>.
273. Wuttke W, Jarry H, Haunschild J, Stecher G, Schuh M, Seidlova-Wuttke D. The non-estrogenic alternative for the treatment of climacteric complaints: Black cohosh (*Cimicifuga* or *Actaea racemosa*). *J Steroid Biochem Mol Biol* 2014;139:302–10.
274. Gardner ZE, McGuffin M. American Herbal Products Association's Botanical Safety Handbook. 2nd ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2013.
275. Borrelli F, Ernst E. *Cimicifuga racemosa*: A systematic review of its clinical efficacy. *Eur J Clin Pharmacol* 2002;58(4):235–41. doi:10.1007/s00228-002-0457-2.
276. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. Black Cohosh: UK Public Assessment Report [Internet]. London; 2007 [cited 2024 Feb 1]. Available from: <http://www.mhra.gov.uk/home/groups/esherbal/documents/websitesresources/con2024279.pdf>
277. Frye RF, Fitzgerald SM, Lagattuta TF, Hruska MW, Egorin MJ. Effect of St John's wort on imatinib mesylate pharmacokinetics. *Clin Pharmacol Ther* 2004;76(4):323-9.
278. Ramsay NA, Kenny MW, Davies G, Patel JP. Complimentary and alternative medicine use among patients starting warfarin. *Br J Haematol* 2005;130(5):777–80.
279. Niggemann B, Gruber C. Side effects of complementary and alternative medicine. *Allergy* 2003;58(8):707-16.
280. Evans M, Shaw A, Thompson E i sur. Decisions to use complementary and alternative medicine (CAM) by male cancer patients: information-seeking roles and types of evidence used. *BMC Complement Altern Med* 2007;7:25.
281. Astin JA, Reilly C, Perkins C, Child WL. Perspectives on breast cancer patients and their use of complementary and alternative medicine: a study by the Susan B. Komen Breast Cancer Foundation. *J Soc Integr Oncol* 2006;4(4):157-69.
282. Stub T, Quandt SA, Arcury TA i sur. Perception of risk and communication among conventional and complementary health care providers involving cancer patients' use of complementary therapies: a literature review [Internet]. *BMC Complement Altern Med* 2016 [cited 2025 Feb 6];16:1-14. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1087-1>

283. Üstündağ S, Zencirci AD. Complementary and alternative medicine use among cancer patients and determination of affecting factors: a questionnaire study. *Holist Nurs Pract* 2015;29(6):357–69.
284. Hunter D, Oates R, Gawthrop J, Bishop M, Gill S. Complementary and alternative medicine use and disclosure amongst Australian radiotherapy patients. *Support Care Cancer*. 2014;22(6):1571-8.
285. Rausch SM, Winegardner F, Kruk KM i sur. Complementary and alternative medicine: use and disclosure in radiation oncology community practice. *Support Care Cancer* 2011;19(4):521-9.
286. Black DS, Lam CN, Nguyen NT, Ihenacho U, Figueiredo JC. Complementary and integrative health practices among Hispanics diagnosed with colorectal cancer: utilization and communication with physicians. *J Altern Complement Med* 2016;22(6):473-9.
287. Butler S, Owen-Smith A, DiIorio C, Goodman M, Liff J, Steenland K. Use of complementary and alternative medicine among men with prostate cancer in a rural setting. *J Community Health* 2011;36:1004-10.
288. Choi JY, Chang YJ, Hong YS i sur. Complementary and alternative medicine use among cancer patients at the end of life: Korean national study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012;13(4):1419-24.
289. Wortmann JK, Bremer A, Eich HT i sur. Use of complementary and alternative medicine by patients with cancer: a cross-sectional study at different points of cancer care. *Med Oncol* 2016;33(7):78.
290. Oh B, Butow P, Mullan B i sur. Patient-doctor communication: use of complementary and alternative medicine by adult patients with cancer. *J Soc Integr Oncol* 2010;8(2):56-64.
291. Ge J, Fishman J, Vapiwala N i sur. Patient-physician communication about complementary and alternative medicine in a radiation oncology setting. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2013;85(1):e1-e6.
292. Sohl SJ, Borowski LA, Kent EE i sur. Cancer survivors' disclosure of complementary health approaches to physicians: The role of patient-centered communication [Internet]. *Cancer* 2015 [cited 2025 Feb 6];121(6):900-7. Available from: <https://doi.org/10.1002/cncr.29138>
293. Juraskova I, Hegedus L, Butow P, Smith A, Schofield P. Discussing complementary therapy use with early-stage breast cancer patients: exploring the communication gap. *Integr Cancer Ther* 2010;9(2):168-76.

294. Roter DL, Yost KJ, O’Byrne T i sur. Communication predictors and consequences of complementary and alternative medicine (CAM) discussions in oncology visits. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2016 [cited 2024 Dec 30];99(9):1519–25. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.012>.
295. Jermini M, Dubois J, Rodondi PY i sur. Complementary medicine use during cancer treatment and potential herb-drug interactions from a cross-sectional study in an academic centre. *Sci Rep* [Internet]. 2019 [cited 2024 Sep 16];9(1):5078. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-019-41532-3>.
296. Lövgren M, Wilde-Larsson B. Push or pull? Relationships between lung cancer patients’ perceptions of quality of care and use of complementary and alternative medicine. *Eur J Oncol Nurs* 2011;15(4):311–7.
297. Koenig CJ, Ho EY, Trupin L, Dohan D. An exploratory typology of provider responses that encourage and discourage conversation about complementary and integrative medicine during routine oncology visits. *Patient Educ Couns* 2015;98(7):857-63
298. Kooreman P, Baars EW. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer [Internet]. *Eur J Health Econ*. 2012;13(6):769-76 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0330-2>
299. Gupta R. Integrating modern, alternative and complementary medicine: a holistic approach to better patient care and cost-effectiveness [Internet]. *World J Adv Sci Technol*. 2023;3(2):006-020 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://doi.org/10.53346/wjast.2023.3.2.0060>
300. Gaudet TW. Integrative medicine: the evolution of a new approach to medicine and to medical education. *Integr Med (Encinitas)* 2008;1(1):67-73.
301. Maizes V, Rakel D, Niemiec C. Integrative medicine and patient-centered care. *Explore (NY)* 2009;5(5):277-89.
302. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51(7):1087-110.
303. Weeks J, Lao L. A Public Health Agenda for Traditional, Complementary, and Alternative Medicine. *Am J Pub Health* 2015;92(10), 1582-91.
304. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260(12):1743-8.
305. Weil A. Integrative medicine. *Arch Intern Med* 2009;169(3):277–80.
306. Claridge JA, Fabian TC. History and development of evidence-based medicine. *World J Surg* 2005;29(5):547-53.

307. Khorsan R, Coulter I D, Hawk C, Choate CG. Measures in chiropractic research: choosing patientbased outcome assessments. *J Man Physiolog Therap* 2014;37(5), 337-346.
308. Lind BK, Lafferty WE, Tyree PT, Diehr PK. Comparison of health care expenditures among insured users and nonusers of complementary and alternative medicine in Washington State: a cost minimization analysis. *J Altern Complement Med* 2010;16(4):411-7.
309. Kaptchuk TJ, Miller FG. What is the best and most ethical model for the relationship between mainstream and alternative medicine: opposition, integration, or pluralism? *Acad Med* 2005;80(3):286-90.
310. Wiese M, Oster C, Pincombe J. Understanding the emerging relationship between complementary medicine and mainstream health care: a review of the literature. *Health (London)* [Internet]. 2010 [cited 2025 Feb 6];14(3):326–42. Available from: <https://doi.org/10.1177/1363459309358594>.
311. Jong MC, Vijver L, Busch M, Fritsma J, Seldenrijk R. Integration of complementary and alternative medicine in primary care: What do patients want? *Patient Educ Couns* 2012;89(3):417-22.
312. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler, M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res*, 2004; 39(4 Pt 1): 1005-1026.
313. Watanabe K, Matsuura K, Gao P i sur. Traditional Japanese Kampo medicine: clinical research between modernity and traditional medicine. *Evid Based Complement Alternat Med* [Internet]. 2011 [cited 2025 Feb 6];2011:513842. Available from: <https://doi.org/10.1093/ecam/nej067>.
314. Katayama K, Yoshino T, Munakata K i sur. Prescription of kampo drugs in the Japanese health care insurance program. *Evid Based Complement Alternat Med* [Internet]. 2013 [cited 2025 Jan 4];2013:576973. Available from: <https://doi.org/10.1155/2013/576973>
315. Republika Slovenija. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS [Internet]. [cited 2024 Dec 14];36/2008. Available from: <https://www.uradni-list.si>.
316. Republika Srbija. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Službeni glasnik RS [Internet]. [cited 2024 Dec 14];107/2005. Available from: <https://www.paragraf.rs>.
317. Li Q. Effects of forest environment (Shinrin-yoku/Forest bathing) on health promotion and disease prevention - the Establishment of "Forest Medicine" [Internet]. *Environ*

- Health Prev Med 2022;27:43. [cited 2025 Jan 14]. Available from: <https://doi.org/10.1265/ehpm.22-00160>.
318. Li Q. New Concept of Forest Medicine [Internet]. Forests. 2023;14(5):1024. [cited 2024 Dec 21]. Available from: <https://doi.org/10.3390/f14051024>.
 319. Shin WS. The influence of forest therapy on human health [Internet]. Environ Health Prev Med 2016 [cited 2025 Feb 6];21(1):1-8.
 320. Park BJ. Forest therapy and education in Korea: Current trends and future directions. Korean J Environ Health 2016;39(4):285-98.
 321. Kim W, Lim S. Forest healing programs and education in South Korea: A new model for integrative health. J For Res 2018;23(2):99-108.
 322. Dwyer J. Our History [Internet]. New South Wales, Australia: Friends of Science in Medicine; 2023 [cited 2025 Feb 3]. Available from: <https://www.scienceinmedicine.org.au/welcome-message/>.
 323. Kligler B, Maizes V, Schachter S i sur. Core competencies in integrative medicine for medical school curricula: A proposal. Acad Med 2004;79(6):521-31.
 324. Kaul E, Velasquez M. The effect of experiential education on students' attitudes about complementary & alternative medicine practices [Undergraduate Medical Student Research]. University of New Mexico Digital Repository; 2009 [cited 2025 Jan 11]. Available from: <https://digitalrepository.unm.edu/ume-research-papers/90>.
 325. Frenkel M, Ben-Arye E, Hermoni D. Approach to educating family practice residents and family physicians about complementary and alternative medicine. Complement Ther Med 2004;12(2):118-25.
 326. Eaves ER, Nichter M, Howerter A i sur. Printed educational materials' impact on tobacco cessation brief interventions in CAM practice: Patient and practitioner experiences. Health Promot Pract 2016;17(6):862–70.
 327. Medicinski fakultet Sveučilište u Ljubljani. Nastavni plan i program [Internet]. Ljubljana: Sveučilište u Ljubljani [cited 2025 Feb 6]. Available from: <https://www.mf.uni-lj.si>
 328. Fakultet zdravstvenih znanosti Sveučilišta u Ljubljani. Izborni kolegiji [Internet]. [cited 2024 Dec 14]. Available: <https://www.fzs.uni-lj.si>.
 329. Sveučilište u Beogradu. Farmaceutski fakultet. Studijski programi [Internet]. Available from: <https://www.pharmacy.bg.ac.rs>. cited 14.12.2024.
 330. Wardell DW, Weymouth KF. Review of complementary and alternative medicine use among nurses. J Prof Nurs 2004;20(4):186–95.

331. CAMbrella – A pan-European research network for Complementary and Alternative Medicine (CAM) [Internet]. Final Report Summary. CORDIS - EU research results; 2013 [cited 2025 Feb 3]. Available from: <https://cordis.europa.eu/project/id/241951/reporting?format=pdf>.

ILUSTRACIJE

Popis Tablica

Tablica 1. Sociodemografska obilježja ispitanika

Tablica 2. Stupanj prihvaćanja tvrdnji o integraciji KAM-a u konvencionalnu medicinu

Tablica 3. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o integraciji KAM-a s konvencionalnom medicinom

Tablica 4. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratumata i podstratumata o integraciji KAM-a s konvencionalnom medicinom: rezultati Tukey testa

Tablica 5. Stupanj prihvaćanja tvrdnji o integraciji KAM-a u zdravstveni i obrazovni sustav

Tablica 6. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o integraciji KAM-a u zdravstveni i obrazovni sustav

Tablica 7. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratumata i podstratumata o integraciji KAM-a u zdravstveni i obrazovni sustav: rezultati Tukey testa

Tablica 8. Stupanj prihvaćanja tvrdnji o učinkovitosti KAM-a

Tablica 9. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o uvjerenju u učinkovitost KAM-a

Tablica 10. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratumata i podstratumata o učinkovitosti KAM-a: rezultati Tukey testa

Tablica 11. Stupanj prihvaćanja tvrdnji o terapijskoj djelotvornosti pojedinih KAM metoda

Tablica 12. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o terapijskoj djelotvornosti pojedinih KAM metoda

Tablica 13. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratumata i podstratumata o djelotvornosti pojedinih KAM metoda: rezultati Tukey testa

Tablica 14. Procjena unutarnje konzistentnosti prirodne, energetske i duhovne metode: Cronbach Alpha

Tablica 15. Utjecaj pojedinačnih čestica na prirodne energetske i duhovne metode: Cronbach Alpha ako je KAM metoda isključena

Tablica 16: Prosječni pokazatelji za prirodnu, energetske i duhovnu metodu

Tablica 17. Testiranje normalnosti distribucije za prirodnu, energetske i duhovnu metodu

Tablica 18. Spearmanov koeficijent korelacije za prirodnu, energetske i duhovnu metodu

Tablica 19. Razlike u prihvaćanju prirodne, energetske i duhovne metode prema sociodemografskim karakteristikama ispitanika: rezultati Mann-Whitney U testa i Wilcoxon W testa

Tablica 19a. Razlike u prihvaćanju prirodne, energetske i duhovne metode prema sociodemografskim karakteristikama ispitanika: rezultati Kruskal-Wallisovog testa

Tablica 20. Stupanj prihvaćanja tvrdnji o razlozima primjene KAM-a

Tablica 21. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o razlozima primjene KAM-a

Tablica 22. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratumata i podstratumata o razlozima primjene KAM-a: rezultati Tukey testa

Tablica 23. Tvrdnje s najvišim stupnjem slaganja među ispitanicima na razini cijelog upitnika

Tablica 24. Tvrdnje s najmanjim stupnjem slaganja među ispitanicima na razini cijelog upitnika

Tablica 25. Stupanj prihvaćanja, prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova između ispitanika o korištenju KAM-a neovisno o znanju liječnika

Tablica 26. Statistička značajnost razlika uvjerenja i stavova stratumata i podstratumata o korištenju KAM-a neovisno o znanju liječnika

Tablica 27. Usporedba sociodemografskih karakteristika ispitanika u odnosu na korištenje KAM-a: rezultati hi-kvadrat testa

Tablica 28. Stupanj prihvaćanja, prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o korištenju KAM-a u bliskom okruženju ispitanika

Tablica 29. Statistička značajnost razlika uvjerenja i stavova između stratumata i podstratumata o korištenju KAM-a u obitelji i bliskom okruženju ispitanika: rezultati Tukey testa

Tablica 30. Učestalost primjene KAM-a ispitanika: distribucija frekvencija, prosječne vrijednosti i standardna devijacija

Tablica 31. Statistička značajnost razlika učestalosti primjene KAM-a između stratumata i podstratumata: rezultati Tukey testa

Tablica 32. Usporedba sociodemografskih karakteristika ispitanika s obzirom na učestalost primjene KAM-a: rezultati hi-kvadrat testa

Tablica 33. Procjena unutarnje konzistentnosti kognitivne, bihevioralne i emocionalne komponente stava: Cronbach Alpha

Tablica 34. Utjecaj pojedinačnih tvrdnji na pouzdanost kognitivne komponente stava: Cronbach Alpha ako je tvrdnja isključena

Tablica 35. Utjecaj pojedinačnih tvrdnji na pouzdanost bihevioralne komponente stava: Cronbach Alpha ako je tvrdnja isključena

Tablica 36. Utjecaj pojedinačnih tvrdnji na pouzdanost emocionalne komponente stava: Cronbach Alpha ako je tvrdnja isključena

Tablica 37. Prosječne vrijednosti i varijabilnost kognitivne, emocionalne i bihevioralne

komponente stava

Tablica 38: Testiranje normalnosti distribucije kognitivne, emocionalne i bihevioralne
komponente stava

Tablica 39. Pearsonove korelacije između kognitivne, emocionalne i bihevioralne komponente
stava

Tablica 40. Odnos sociodemografskih karakteristika ispitanika prema bihevioralnoj,
emocionalnoj i kognitivnoj komponenti stava: rezultati Mann-Whitney U testa

Tablica 40a. Odnos sociodemografskih karakteristika stratum i podstratum prema
bihevioralnoj, emocionalnoj i kognitivnoj komponenti stavova: rezultati Kruskal-Wallis testa

Tablica 41. Stupanj prihvatanja tvrdnji o očekivanjima od KAM-a

Tablica 42. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o
očekivanjima od KAM-a

Tablica 43. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratum i
podstratum o očekivanjima od KAM-a: rezultati Tukey testa

Tablica 44. Stupanj slaganja ispitanika s tvrdnjama o dobrobitima KAM-a

Tablica 45. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o
dobrobitima KAM-a

Tablica 46. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratum i
podstratum o dobrobitima KAM-a: rezultati Tukey testa

Tablica 47. Stupanj slaganja ispitanika s tvrdnjama o neželjenim učincima KAM-a

Tablica 48. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o
neželjenim učincima KAM-a

Tablica 49. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratum i
podstratum o neželjenim učincima KAM-a: rezultati Tukey testa

Tablica 50. Stupanj prihvatanja tvrdnji o izvorima informacija o KAM-u

Tablica 51. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o
izvorima informacija o KAM-u

Tablica 52. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratum i
podstratum o izvorima informacija o KAM-u: rezultati Tukey testa

Tablica 53. Distribucija odgovora ispitanika o razlozima izbjegavanja razgovora o KAM-u

Tablica 54. Prosječne vrijednosti i standardna devijacija uvjerenja i stavova ispitanika o
razlozima izbjegavanja razgovora o KAM-u sa zdravstvenim radnicima

Tablica 55. Statistička značajnost razlika u uvjerenjima i stavovima između stratum i
podstratum o izbjegavanju razgovora o KAM-u sa zdravstvenim radnicima: rezultati Tukey
testa

Tablica 56. Pregled regulacije, obrazovanja i financiranja KAM-a u zdravstvenom i obrazovnom sustavu zemalja Europe i regije

Popis slika i Grafova

Slika1. Incidencija raka u Hrvatskoj od 2001. do 2020. god. – grube stope na 100.000 stanovnika*

Slika 2. Incidencija raka u Hrvatskoj od 2001. do 2020. god. – dobno standardizirane stope na 100.000 stanovnika*

Slika 3. Mortalitet od raka u Hrvatskoj od 2001. do 2020. god. – grube stope na 100.000 stanovnika*

Slika 4. Mortalitet od raka u Hrvatskoj od 2001. do 2020. god. – dobno standardizirane stope na 100.000 stanovnika*

Slika 5. Najčešća sijela raka kod muškaraca u 2021. Godini u RH

Slika 6. Najčešća sijela raka kod žena u 2021. Godini u RH

Graf 1. Prosječni pokazatelji za energetske, duhovne i prirodne metode

Graf 2. Korelacija prirodne i energetske metode

Graf 3. Korelacija između emocionalne i kognitivne komponente stava

Graf 4. Korelacija između bihevioralne i kognitivne komponente stava

PRIVITCI

Informirani pristanak

INFORMIRANI PRISTANAK

Obrazac informiranog pristanka sastavljen je u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 158/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 12/12, 35/12, 70/12 i 82/13) i Zakonom o pravima pacijenata Republike Hrvatske (NN 169/04, 37/08). Istraživanjem će biti osigurano poštivanje temeljnih etičkih i bioetičkih principa (autonomnost, pravednost, dobročinstvo i neškodljivost) u skladu s Nurnberskim kodeksom i Helsinškom deklaracijom.

Istraživač: Ljerka Armano, mag.med.techn., mag.biolog. KBC Sestre milosrdnice, Vinogradska 29, Zagreb, mob.: 099 319 51 29, e-mail adresa: ljerka.armano@kbcsn.hr

Mentor/komentor: izv. prof. prim. dr. sc. Vanja Tešić, dr. med., spec. epidem.; NZJZ dr. Andrija Štampar; doc. dr. sc. Aleksandar Racz, dr. med. spec.; Zdravstveno veleučilište, Zagreb

Naziv istraživanja: Uvjerenja i stavovi o komplementarnoj, alternativnoj i integrativnoj medicini onkoloških pacijenata i zdravstvenih radnika u djelatnosti onkologije

Mjesto istraživanja: KBC Sestre milosrdnice, KBC Zagreb

Izvor financiranja: istraživač sam financira ovo istraživanje te nitko od uključenih neće primiti nikakvu materijalnu niti nematerijalnu naknadu

Predviđeno trajanje istraživanja: Istraživanje se planira provesti od VI. do XII. mj. 2021.g.

Poštovana/i,

Pozivamo Vas da sudjelujete u istraživanju u kojem će se istražiti stavovi i uvjerenja zdravstvenih radnika u djelatnosti onkologije i onkoloških pacijenata o alternativnoj, komplementarnoj i integrativnoj medicini.

Molimo Vas da pažljivo pročitate ovu obavijest čija je svrha pomoći Vam odlučiti želite li sudjelovati u ovom znanstvenom istraživanju. Za sva pitanja ili nedoumice, obratite se istraživaču koji Vam je uručio ovu obavijest.

Ukoliko odlučite sudjelovati u ovom istraživanju od Vas će se tražiti da potpišete ovaj Informirani pristanak. Informirani pristanak potpisuje i istraživač, a kopiju pristanka možete

dobiti na zahtjev. Original Informiranog pristanka nalazi se kod istraživača ovog ispitivanja. Uvid u rezultate istraživanja biti će Vam dostupni po njihovoj objavi, ali i prije toga od istraživača možete dobiti relevantne informacije o rezultatima istraživanja.

O istraživanju: Prema SZO komplementarna i alternativna medicina (KAM) kao i integrativna medicina označava dopunu alopatskoj / konvencionalnoj / zapadnoj medicini. Komplementarna i alternativna medicina (u daljnjem tekstu KAM) po definiciji Svjetske zdravstvene organizacije obično označava široki niz praksi zaštite zdravlja koje nisu dio tradicije neke zemlje i nisu integrirane u dominantan sustav zdravstvene zaštite. (izvor: Traditional, Complementary and Integrative Medicine (who.int)). Drugi izrazi, osim izraza alternativne medicina, koji se pokatkad koriste da bi se opisale te prakse zaštite zdravlja jesu prirodna medicina, paramedicina, nekonvencionalna medicina i cjelovita (holistička) medicina. Konkretni primjeri navedene medicine su ajurvedska medicina, akupresura, akupunktura, kiropraktika, bioenergetika, biomagnetna terapija, polaritetna terapija, feng shui, iridologija, chelation terapija, chi kung, yoga, reiki, biljna medicina itd.

Komplementarna ili integrirana medicina se razlikuje od alternativne medicine jer se ona koristi zajedno s konvencionalnom isključivo kao njena dopuna, dok se alternativna medicina koristi često umjesto konvencionalne medicine. Unatoč znatnom rastu KAM-a i integrativne medicine u Hrvatskoj i unutar EU i dalje ne postoji jedinstvena europska klasifikacija KAM-a.

Međutim, prakticiranje KAM-a je uvelike prisutno u Hrvatskoj i među pacijentima, a podaci vrlo rijetkih istraživanja provedenih među zdravstvenim radnicima pokazuju sklonost primjeni KAM-a i među zdravstvenim radnicima. Rezultati istraživanja mogli bi biti poticaj kritičkom preispitivanju opravdanosti integracije KAM-a u hrvatski zdravstveni sustav. Istovremeno, nedostaju istraživanja stavova zdravstvenih profesija o KAM-u i integrativnoj medicini, kao što se i u kurikulumima svih zdravstvenih profesija na dodiplomskom i diplomskom nivou uopće ne spominju navedeni sadržaji, niti postoji organizirana edukacija na razini cjeloživotnog učenja, s izuzetkom edukacije iz akupunkture za liječnike i pojedinih tehnika masaže za fizioterapeute. Stoga je dizajnirano pilot istraživanje uvjerenja i stavova kao eksplorativno, presječno istraživanje u jednoj vremenskoj točki korištenjem metode anketiranja pomoću posebno dizajniranog upitnika, na stratificiranom, slučajnom, uzorku ispitanika (stratum 1 – zdravstveni radnici u djelatnosti onkologije (liječnici, medicinske sestre, fizioterapeuti, inženjeri radiološke tehnologije), 2 – onkološki bolesnici)

Ciljevi istraživanja:

Temeljni cilj istraživanja je utvrditi uvjerenja i stavove zdravstvenih radnika i pacijenata prema KAM-u i integrativnoj medicini usmjeravajući se na nekoliko specifičnih ciljeva:

1. Utvrditi razlike u uvjerenjima i stavovima o KAM-u i integrativnoj medicini između pojedinih stratum (stratum 1 - zdravstveni radnici u djelatnosti onkologije, podstratumi: liječnici, medicinske sestre/tehničari i ostali zdravstveni radnici; stratum 2 – onkološki pacijenti)
2. Utvrditi raširenost i razinu prihvaćenosti predrasuda zdravstvenih radnika i oboljelih od onkoloških bolesti te raširenost primjene pojedinih metoda i tehnika iz spektra KAM-a i integrativne medicine
3. Utvrditi povezanost pojedinih obilježja ispitanika (stratum 1 i 2) sa iskazanim uvjerenjima i stavovima o KAM-u i integrativnoj medicini, posebice utjecaj niza sociodemografskih obilježja (na pr. dob, temeljno obrazovanje, mjesto rada, svjetonazorska uvjerenja, materijalno stanje itd.) kao i s obzirom na vrstu morbiditeta s kojim se susreću u profesionalnom radu, osobno iskustvo s primjenom KAM-a, osobno iskustvo obolijevanja od onkoloških bolesti ili prisutnost takvih pacijenata u užoj obitelji
4. Utvrditi interes zdravstvenih radnika za edukacijom iz područja KAM-a i integrativne medicine u svrhu kritičkog preispitivanja utemeljenosti moguće integracije KAM-a u obrazovni i zdravstveni sustav Republike Hrvatske, te stavove onkoloških pacijenata o istom.

Mogući rizici i dobitci: Nema rizika povezanih sa ovim istraživanjem. Ne postoji također ni osobni materijalni dobitak od ovog istraživanja nikog od uključenih u istraživanje.

Pravo na odbijanje i odustajanje: Vaše sudjelovanje u ovom istraživanju je dobrovoljno. Svoje sudjelovanje možete prekinuti u bilo kojem trenutku bez navođenja razloga.

Dozvola za istraživanje: Istraživanje i informirani pristanak odobrila su Etička Povjerenstva svih ustanova na kojima se provodi istraživanje.

Povjerljivost: Vaši će osobni i medicinski podaci biti prikupljeni u skladu s etičkim i bioetičkim principima, Sukladno tome osigurat će se Vaša privatnost i zaštita tajnosti podataka. Nitko osim istraživača neće imati uvid podacima u njihovom izvornom obliku. Podatci će se obrađivati elektronički, a u bazu podataka biti ćete uneseni pomoću koda te Vaše ime nikada neće biti otkriveno.

Za što će se koristiti podaci dobiveni u ovom istraživanju?

Istraživanje se provodi u svrhu izrade doktorske disertacije a rezultati istraživanja biti će korišteni u svrhu objave znanstvenih radova i kongresnih priopćenja uz potpunu zaštitu osobnih podataka ispitanika.

Kontakt podaci: Za dodatna pitanja o samom istraživanju slobodno se obratite glavnom istraživaču:

Ljerka Armano, mag.med.techn.; mag. biol.

KBC Sestre milosrdnice, Vinogradska 29, Zagreb

Služba za zdravstvenu njegu, Odjel za prevenciju i sprječavanje bolničkih infekcija

Tel.: 099 319 51 29

e-mail adresa: ljerka.armano@kbcsm.hr

Svojim potpisom potvrđujem da sam informiran/a o ciljevima, prednostima i rizicima ovog istraživanja i pristajem u njemu sudjelovati.

Mjesto i datum _____

Potpis sudionika _____

Potpis voditelja istraživanja _____

Upitnik

U istraživanju su korištena dva upitnika, jedan za onkološke pacijente i jedan za zdravstvene radnike koji su u ovom radu spojeni, a pitanja koja se odnose samo na zdravstvene radnike su označena znakom zvjezdice (*).

UVJERENJA I STAVOVI O KOMPLEMENTARNOJ, ALTERNATIVNOJ I INTEGRATIVNOJ MEDICINI ONKOLOŠKIH PACIJENATA I ZDRAVSTVENIH RADNIKA U DJELATNOSTI ONKOLOGIJE

Poštovani,

zahvaljujemo što ste pristali sudjelovati u ovom znanstvenom istraživanju. Za ispunjavanje ovog upitnika trebati će vam cca 10-15 minuta. Upitnik je strukturiran kako bi se prikupile informacije o stavovima i uvjerenjima o komplementarnim i alternativnim metodama liječenja (KAM), te raširenosti i vrstama primjene KAM metoda među zdravstvenim radnicima i pacijentima.

Podaci prikupljeni ovim istraživanjem koristiti će se isključivo u svrhu izrade doktorskog rada na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci. Istraživanje je u potpunosti anonimno, a svi odgovori analizirati će se na grupnoj razini.

Molimo da na svako pitanje odgovorite što iskrenije. Isto tako, ako vam pitanje stvara nelagodu, vaše je pravo ne odgovoriti na njega.

Radi jednostavnosti, pitanja su pisana u muškom rodu, a odnose se jednako i na muški i na ženski spol.

Zahvaljujemo na vašem vremenu, trudu i dobroj volji.

Voditelj istraživanja:

Ljerka Armano, mag. med. techn., mag.biol.

Pojašnjenje pojmova:

Prema SZO komplementarna i alternativna medicina (KAM) kao i integrativna medicina označava dopunu konvencionalnoj / zapadnoj medicini. Komplementarna i alternativna medicina po definiciji Svjetske zdravstvene organizacije označava široki niz praksi zaštite zdravlja koje nisu dio tradicije neke zemlje i nisu integrirane u dominantan sustav. Drugi izrazi, osim izraza alternativna medicina, koji se koriste da bi se opisale te prakse zaštite zdravlja jesu prirodna medicina, paramedicina, nekonvencionalna medicina i cjelovita (holistička) medicina. Konkretni primjeri navedene medicine su

ajurvedska medicina, akupresura, akupunktura, kiropraktika, bioenergetika, biomagnetna terapija, polaritetna terapija, feng shui, iridologija, chelation terapija, chi kung, yoga, reiki, biljna medicina itd.

Komplementarna ili integrirana medicina se razlikuje od alternativne medicine jer se ona koristi zajedno s konvencionalnom isključivo kao njena dopuna, dok se alternativna medicina koristi umjesto konvencionalne medicine.

I. DEMOGRAFSKI PODACI O ISPITANIKU

1. Spol (zaokružiti)

- a) muški
- b) ženski

2. Dob (navesti navršene godine života)

3. Bračni status (zaokružiti)

- a) oženjen / u vezi
- b) neoženjen / samac

4. Razina obrazovanja (odabrati najviši završeni stupanj obrazovanja)

- a) OŠ (osnovna škola)
- b) SSS (srednja stručna sprema)
- c) VŠS (viša školska sprema/prvostupnik-180 ECTS)
- d) VSS (visoka stručna sprema/magistar struke-300 ECTS)

5. Po zanimanju ste* (pitanje se odnosi na zdravstvene radnike):

- a) liječnik
- b) medicinska sestra/tehničar

6. Navedite duljinu radnog staža u godinama* (pitanje se odnosi na zdravstvene radnike)

7. Područje stanovanja

- a) urbana sredina (grad)

b) ruralna sredina (selo/prigradsko područje)

8. Vjersko opredjeljenje

a) vjernik (vjernik praktičar)

b) agnostik (bez vjerskih uvjerenja)

c) ateista (nevjernik)

9. Vaša primanja su:

a) ispod HR prosjeka

b) u visini HR prosjeka (prosječna neto plaća u RH cca 1.000 €)

c) iznad HR prosjeka

10. Da li radite u djelatnosti onkologije* (pitanje se odnosi samo na zdravstvene radnike)

a) da

b) ne

II. STAVOVI I UVJERENJA O KAM-u

1. Integracija KAM-a s klasičnom medicinom

Molimo vas da na skali od 1 do 5 odabirom jednog broja naznačite u kojoj mjeri se slažete s navedenim tvrdnjama

(1 – uopće se ne slažem, 2 – uglavnom se ne slažem, 3 – niti se slažem niti se ne slažem, 4 – uglavnom se slažem, 5 – u potpunosti se slažem)

Iako o tome ne govore, pacijenti u praksi upotrebljavaju neku od terapija iz područja KAM-a	1 2 3 4 5
Pozitivno je što postoje komplementarne i alternativne metode liječenja	1 2 3 4 5
Među liječnicima postoji snažan otpor primjeni KAM-a kod pacijenata koji su uključeni u dijagnostičke i terapijske procese	1 2 3 4 5
Trebalo bi voditi evidenciju o primjeni KAM-a u zdravstvenom kartonu / dokumentaciji pacijenta	1 2 3 4 5
Prilikom uzimanje anamneze trebalo bi uzimati anamnestičke podatke o primjenama KAM-a	1 2 3 4 5

KAM bi trebalo bi integrirati s metodama klasične, službene medicine	1 2 3 4 5
Pacijent mora informirati svoj liječnički tim o primjeni KAM-a	1 2 3 4 5
Liječenje KAM-om trebalo bi u potpunosti biti pokriveno preko HZZO-a	1 2 3 4 5
KAM terapije trebale bi biti dostupne pacijentima na razini primarne zdravstvene zaštite	1 2 3 4 5
KAM uključuje ideje i metode čijom integracijom u sustav klasične medicine svi mogu imati koristi	1 2 3 4 5
Klinička medicina trebala bi integrirati ono najbolje od KAM-a i od klasične medicine	1 2 3 4 5
Zdravstveni radnici trebali bi biti osposobljeni za razgovor s pacijentima o najčešće primjenjivanim metodama KAM-a	1 2 3 4 5
Pacijenti bi se morali prije primjene KAM-a konzultirati sa svojim liječnikom ili terapeutom	1 2 3 4 5
Šteta je što se o KAM metodama premalo govori i što se rijetko koriste	1 2 3 4 5

2. Integracija KAM-a u obrazovni i zdravstveni sustav

Molimo vas da na skali od 1 do 5 odabirom jednog broja naznačite u kojoj mjeri se slažete s navedenim tvrdnjama

(1 – uopće se ne slažem, 2 – uglavnom se ne slažem, 3 – niti se slažem niti se ne slažem, 4 – uglavnom se slažem, 5 – u potpunosti se slažem)

Znam razliku između komplementarne i alternativne medicine	1 2 3 4 5
Tijekom obrazovanja kroz verificirane nastavne planove i programe zdravstveni bi se djelatnici trebali educirati iz područja KAM-a	1 2 3 4 5
Zdravstveni djelatnici trebali bi imati formalno obrazovanje iz područja KAM-a	1 2 3 4 5
Tijekom svojeg formalnog obrazovanja zdravstveni djelatnici dobiju vrlo malo ili nimalo informacija o KAM-u	1 2 3 4 5
Zdravstveni djelatnici ne posjeduju dovoljno znanja da s pacijentima mogu kvalificirano razgovarati o mogućnostima primjene i djelotvornosti KAM-a	1 2 3 4 5

Želio bih da kroz formalne obrazovne programe zdravstveni djelatnici usvoje dovoljno znanja kako bi sa zainteresiranim pacijentima mogli kvalificirano razgovarati o mogućnostima primjene i djelotvornosti KAM-a	1 2 3 4 5
Obrazovanje iz područja KAM-a trebalo bi biti sastavni dio obrazovnih planova i programa za sve pripadnike zdravstvenih profesija	1 2 3 4 5
Obrazovanje iz KAM-a trebalo bi biti sustavno integrirano u različite klasične zdravstvene sadržaje (od anatomije do interne medicine i zdravstvene njege) na svim razinama obrazovanja, kako teoretski tako i praktično	1 2 3 4 5
KAM terapija u načelu je opasna za pacijenta i trebalo bi je izbjeđavati	1 2 3 4 5
Osobe koje primjenjuju KAM, a nisu zdravstvene struke obični su šarlatani i trebalo bi im zabraniti rad	1 2 3 4 5
Iznenaduju me ljudi koji ne shvaćaju da je motiv KAM terapeuta zarada a ne dobrobit pacijenata	1 2 3 4 5
KAM terapeuti trebali bi prolaziti sustav licenciranja kao i zdravstveni radnici klasične medicine	1 2 3 4 5
Trebala bi postojati specijalizacija iz KAM terapije	1 2 3 4 5
KAM terapijom trebali bi se baviti samo liječnici	1 2 3 4 5
Država bi trebala odrediti tko smije prakticirati i pružati KAM	1 2 3 4 5
Ponosan sam na one zdravstvene radnike i pacijente koji mogu otvoreno razgovarati o prednostima i opasnostima korištenja KAM	1 2 3 4 5
Volio bih kada bi zdravstveni radnici imali formalnu edukaciju iz KAM-a	1 2 3 4 5

3. Uvjerenje u učinkovitost KAM terapije

Molimo vas da na skali od 1 do 5 odabirom jednog broja naznačite u kojoj mjeri se slažete s navedenim tvrdnjama

(1 – uopće se ne slažem, 2 – uglavnom se ne slažem, 3 – niti se slažem niti se ne slažem, 4 – uglavnom se slažem, 5 – u potpunosti se slažem)

Fizičko i mentalno zdravlje održavano je unutarnjom energijom ili životnom silom	1 2 3 4 5
--	-----------

Zdravlje i bolest odraz su ravnoteže između životno osnažujućih i destruktivnih sila	1 2 3 4 5
Tijelo se samoiscjeljuje i zadatak je zdravstvenog radnika samo pomagati u procesu iscjeljivanja	1 2 3 4 5
Pacijentovi simptomi moraju se smatrati pokazateljem opće neravnoteže ili disfunkcije koja zahvaća cijelo tijelo	1 2 3 4 5
Pacijentova očekivanja, uvjerenja i vrijednosti moraju biti integrirani u proces zdravstvene skrbi	1 2 3 4 5
Komplementarne i alternativne metode prijetnja su javnom zdravlju	1 2 3 4 5
Ljuti me kada ljudi koriste KAM metode vjerujući u njihovu učinkovitost	1 2 3 4 5
Zdravstveni djelatnici (liječnici, med.sestre...) srame se o KAM-u razgovarati sa svojim kolegama	1 2 3 4 5
Uzbudjuje me pomisao na mogućnosti koje se možda kriju u KAM metodama	1 2 3 4 5
Terapije koje nisu testirane po znanstvenim principima moraju biti zabranjene	1 2 3 4 5
Učinci KAM terapija najčešće su rezultat placebo-efekta	1 2 3 4 5
KAM terapije uključuju ideje i metode od kojih klasična medicina može profitirati	1 2 3 4 5
Većina KAM terapija potiče prirodne iscjeljujući snage u tijelu	1 2 3 4 5
U narodnoj tradiciji i znanju naših predaka leže odgovori na pitanja u medicini kojima danas ne znamo odgovor	1 2 3 4 5
Vjerujem u Božansku silu i njene iscjeliteljske moći	1 2 3 4 5

4. Kako ocjenjujete moguću terapijsku djelotvornost pojedine tehnike KAM?

Molimo vas da na skali od 1 do 6 odabirom jednog broja naznačite u kojoj mjeri ocjenjujete moguću terapijsku djelotvornost pojedine tehnike KAM-a.

(1 – potpuno neučinkovito, 2 – uglavnom neučinkovito, 3 – niti pomaže niti šteti, 4 – uglavnom učinkovito, 5 – potpuno učinkovito, 6 – nikad nisam čuo za tu tehniku)

Meditacije	1 2 3 4 5 6
Masažne tehnike	1 2 3 4 5 6
Duhovna iscjeljenja	1 2 3 4 5 6
Bioenergija	1 2 3 4 5 6

Molitva za sebe	1 2 3 4 5 6
Zagovornička molitva za drugoga	1 2 3 4 5 6
Joga	1 2 3 4 5 6
Ljekovito bilje	1 2 3 4 5 6
Kiropraktika	1 2 3 4 5 6
Akupunktura	1 2 3 4 5 6
Homeopatija	1 2 3 4 5 6
Reiki	1 2 3 4 5 6
Hipnoza	1 2 3 4 5 6
Ajurveda	1 2 3 4 5 6
Osteopatija	1 2 3 4 5 6
Aromaterapija	1 2 3 4 5 6
Apiterapija	1 2 3 4 5 6
Naturopatija	1 2 3 4 5 6
Medicinska marihuana	1 2 3 4 5 6

5. Razlozi primjene KAM-a:

Molimo vas da na skali od 1 do 5 odabirom jednog broja naznačite u kojoj mjeri se slažete s navedenim tvrdnjama

(1 – uopće se ne slažem, 2 – uglavnom se ne slažem, 3 – niti se slažem niti se ne slažem, 4 – uglavnom se slažem, 5 – u potpunosti se slažem)

Nezadovoljstvo terapijskim mogućnostima klasične medicine (uspješnost ishoda liječenja, nuspojave lijekova, bespomoćnost u terminalnim fazama bolesti)	1 2 3 4 5
Nezadovoljstvo odnosom liječnika i zdravstvenih radnika klasične medicine prema pacijentu	1 2 3 4 5
Nezadovoljstvo sustavom zdravstvene zaštite (liste čekanja, skupoća, nedostatak svih lijekova na popisima koje pokriva HZZO...)	1 2 3 4 5
Uvjerenje da će KAM pomoći tamo gdje klasična medicina više ne može pomoći	1 2 3 4 5
Strah od nuspojava lijekova i terapijskih postupaka	1 2 3 4 5
Želja da pacijent preuzme aktivniju ulogu u svojem liječenju	1 2 3 4 5

Veća usklađenost KAM metoda sa osobnim životnim uvjerenjima i stavovima	1 2 3 4 5
Utjecaj medija i reklama	1 2 3 4 5
U fazama bolesti pacijenti se hvataju za svaku nadu neovisno o nepostojanju dokaza u učinkovitosti	1 2 3 4 5
Odbojna mi je pomisao da se uče i primjenjuju metode koje nisu zasnovane na dokazima	1 2 3 4 5

III. OSOBNO ISKUSTVO PRIMJENE KAM

1. Osobno iskustvo

Molimo vas da na skali od 1 do 5 odabirom jednog broja naznačite u kojoj mjeri se slažete s navedenim tvrdnjama (1 – uopće se ne slažem, 2 – uglavnom se ne slažem, 3 – niti se slažem niti se ne slažem, 4 – uglavnom se slažem, 5 – u potpunosti se slažem)

Osobno sam barem jednom u životu upotrijebio neku od metoda KAM-a.	1 2 3 4 5
Netko od članova moje obitelji ili meni bliskih ljudi je barem jednom u životu upotrijebio neku od metoda KAM-a.	1 2 3 4 5
Tijekom liječenja susreo sam najmanje jednog pacijenta koji je upotrebljavao neku od metoda KAM-a.	1 2 3 4 5
Ozbiljno razmišljam obratiti se za pomoć KAM terapeutu.	1 2 3 4 5
Vrlo rado bi koristio KAM metode ali si ih ne mogu priuštiti iz financijskih razloga	1 2 3 4 5

2. Upotrebljavate li sada ili ste ranije koristili ikakve druge pripravke ili metode za liječenje svoje bolesti osim onoga što vam je odredio onkolog i/ili liječnik opće medicine?

- a) DA – navedite što/koje metode _____
- b) NE

3. Koliko često sada uzimate/practicirate KAM?

- a) nikad
- b) rijetko
- c) povremeno

- d) jednom tjedno
- e) svaki dan

4. Razlozi zbog kojih Vi osobno primjenjujete ili bi počeli primjenjivati KAM

Molimo vas da na skali od 1 do 5 odabirom jednog broja naznačite u kojoj mjeri se slažete s navedenim tvrdnjama (1 – uopće se ne slažem, 2 – uglavnom se ne slažem, 3 – niti se slažem niti se ne slažem, 4 – uglavnom se slažem, 5 – u potpunosti se slažem)

Ukoliko Vi ne koristite KAM, molimo Vas da ipak odgovorite na sva pitanja tako da označite što mislite zbog ga određeni pacijenti koriste?

Ne primjenjujem KAM metode	1 2 3 4 5
Službena medicina previše je toksična	1 2 3 4 5
KAM je bliska mojim uvjerenjima	1 2 3 4 5
Više vjerujem KAM-u	1 2 3 4 5
Imam osjećaj da držim kontrolu u svojim rukama	1 2 3 4 5
Službena medicina previše je bazirana na tehnologiji	1 2 3 4 5
Službena medicina ne liječi čovjeka kao cjelinu	1 2 3 4 5
Želim isprobati sve što može pomoći	1 2 3 4 5
Razočaran sam jer službena medicina ne djeluje	1 2 3 4 5
Za sprječavanje bolesti	1 2 3 4 5
Za liječenje bolesti	1 2 3 4 5
Za unapređenje psihofizičkog zdravlja	1 2 3 4 5

5. Koja su ili bi bila Vaša očekivanja od KAM-a?

Molimo vas da na skali od 1 do 5 odabirom jednog broja naznačite u kojoj mjeri se slažete s navedenim tvrdnjama (1 – uopće se ne slažem, 2 – uglavnom se ne slažem, 3 – niti se slažem niti se ne slažem, 4 – uglavnom se slažem, 5 – u potpunosti se slažem)

Ukoliko Vi ne koristite KAM, molimo Vas da ipak odgovorite na sva pitanja tako da označite što mislite koja su očekivanja od primjene KAM-a kod onih pacijenti koji ga koriste?

Ne koristim i nemam očekivanja od KAM-a	1 2 3 4 5
Da poveća imunitet	1 2 3 4 5
Da pomaže u opuštanju/spavanju	1 2 3 4 5
Da pomaže u cijeljenju rana	1 2 3 4 5
Da umanjuje nuspojave liječenja	1 2 3 4 5

Da poboljša psihičko/emocionalno stanje	1 2 3 4 5
Da pomaže održati dobro fizičko stanje	1 2 3 4 5
Da direktno utječe/liječi bolest	1 2 3 4 5

6. Jeste li primijetili neke dobrobiti KAM-a?

Molimo vas da na skali od 1 do 5 odabirom jednog broja naznačite u kojoj mjeri se slažete s navedenim tvrdnjama (1 – uopće se ne slažem, 2 – uglavnom se ne slažem, 3 – niti se slažem niti se ne slažem, 4 – uglavnom se slažem, 5 – u potpunosti se slažem).

Ukoliko Vi ne koristite KAM, molimo Vas da ipak odgovorite na sva pitanja tako da označite što mislite koja bi mogle biti dobrobiti primjene KAM-a kod onih pacijenti koji ga koriste?

Olakšanje tegoba	1 2 3 4 5
Povlačenje bolesti	1 2 3 4 5
Kvalitetan i miran san	1 2 3 4 5
Ublažavanje boli	1 2 3 4 5
Nisam primijetio nikakve dobrobiti	1 2 3 4 5

7. Jeste li doživjeli neke negativne/neželjene efekte KAM-a?

Molimo vas da na skali od 1 do 5 odabirom jednog broja naznačite u kojoj mjeri se slažete s navedenim tvrdnjama (1 – uopće se ne slažem, 2 – uglavnom se ne slažem, 3 – niti se slažem niti se ne slažem, 4 – uglavnom se slažem, 5 – u potpunosti se slažem)

Ukoliko Vi ne koristite KAM, molimo Vas da označite X te ipak odgovorite na sva pitanja tako da označite što mislite koje bi mogle biti negativne ili neželjene posljedice primjene KAM-a.

Probavne smetnje (npr. proljev, povraćanje, bolovi u trbuhu...)	1 2 3 4 5
Poremećaj krvnog tlaka/pulsa	1 2 3 4 5
Poremećaj spavanja	1 2 3 4 5
Razdražljivost	1 2 3 4 5
Otežano kretanje	1 2 3 4 5
Alergije	1 2 3 4 5
Nisam doživio negativne efekte	1 2 3 4 5
Zdravstveni radnik (liječnik, farmaceut, med.sestra...) me upozorio na moguće štetnosti KAM-a	1 2 3 4 5

8. Ako vaš liječnik ili medicinska sestra nisu upoznati s time da upotrebljavate KAM, što vas sprječava da o tome s njima porazgovarate (ili što mislite da pacijente sprječava)?

Molimo vas da na skali od 1 do 5 odabirom jednog broja naznačite u kojoj mjeri se slažete s navedenim tvrdnjama (1 – uopće se ne slažem, 2 – uglavnom se ne slažem, 3 – niti se slažem niti se ne slažem, 4 – uglavnom se slažem, 5 – u potpunosti se slažem)

Ukoliko Vi ne koristite KAM, molimo Vas da ipak odgovorite na sva pitanja tako da označite što mislite zbog čega pacijenti koji koriste KAM o tome ne razgovaraju sa liječnikom ili medicinskom sestrom?

Nikad me nitko nije pitao o tome	1 2 3 4 5
Bojim se da će me zdravstveni djelatnici ismijati	1 2 3 4 5
Zdravstveni djelatnici ne odobravaju KAM	1 2 3 4 5
Zdravstveni radnici nemaju dovoljno znanja o KAM	1 2 3 4 5
Bojim se da će mi biti uskraćeno/odgođeno liječenje	1 2 3 4 5
Ne osjećam se ugodno o tome razgovarati	1 2 3 4 5
Smatram da nije potrebno da ih o tome obavijestim	1 2 3 4 5
Pokušao sam ali nisu htjeli o tome razgovarati	1 2 3 4 5

1. Od koga ste dobili informaciju o KAM-u?

Molimo vas da na skali od 1 do 5 odabirom jednog broja naznačite u kojoj mjeri se slažete s navedenim tvrdnjama (1 – uopće se ne slažem, 2 – uglavnom se ne slažem, 3 – niti se slažem niti se ne slažem, 4 – uglavnom se slažem, 5 – u potpunosti se slažem)

Ukoliko Vi ne koristite KAM, molimo Vas da ipak odgovorite na sva pitanja tako da označite što mislite od koga pacijenti dobivaju informacije o KAM-u.

Zdravstvenog djelatnika izvan bolnice	1 2 3 4 5
Zdravstvenog djelatnika u bolnici	1 2 3 4 5
Prijatelja ili člana obitelji	1 2 3 4 5
Od drugih pacijenata	1 2 3 4 5
Raznih udruga (grupe samopomoći)	1 2 3 4 5
TV, radio, internet, časopisi	1 2 3 4 5
U crkvi	1 2 3 4 5

2. Samoprocjena zdravlja

Molimo vas da na skali od 1 do 5 odabirom jednog broja naznačite u kojoj mjeri procjenjujete svoje zdravlje

(1 – vrlo loše, 2 – loše, 3 – ni dobro ni loše/osrednje, 4 – dobro, 5 – jako dobro)

Smatram da je moje zdravlje	1 2 3 4 5
-----------------------------	-----------

11. Koliko KAM opterećuje Vaš budžet?

Molimo vas da na skali od 1 do 5 odabirom jednog broja naznačite u kojoj mjeri se slažete s navedenim tvrdnjama (1 – uopće se ne slažem, 2 – uglavnom se ne slažem, 3 – niti se slažem niti se ne slažem, 4 – uglavnom se slažem, 5 – u potpunosti se slažem).

Ukoliko Vi ne koristite KAM, molimo Vas da označite X te ipak odgovorite na sva pitanja tako da označite što mislite u kojoj mjeri primjena KAM-a opterećuje budžet onih koji ga koriste?

Ne opterećuje ili malo opterećuje	1 2 3 4 5
Opterećuje ili jako opterećuje	1 2 3 4 5
Nevažno koliko košta jer je zdravlje važnije od novaca	1 2 3 4 5

12. Zadovoljstvo uslugama KAM terapeuta

Ukoliko ste koristili usluge KAM terapeuta molimo Vas da na skali od 1 do 5 odabirom jednog broja naznačite u kojoj mjeri se slažete s navedenim tvrdnjama

(1 – uopće se ne slažem, 2 – uglavnom se ne slažem, 3 – niti se slažem niti se ne slažem, 4 – uglavnom se slažem, 5 – u potpunosti se slažem)

Ukoliko NISTE koristili usluge KAM terapeuta molimo Vas da NE ODGOVARATE na slijedeća pitanja u niže navedenoj tablici.

Moja iskustva su pozitivna i pomoglo mi je	1 2 3 4 5
Preporučio bih KAM drugima	1 2 3 4 5
Moja iskustva su pozitivna ali više ne bi ponovio	1 2 3 4 5
Nisam osjetio poboljšanje	1 2 3 4 5
Moje iskustvo je negativno	1 2 3 4 5
Sve je to smišljeno radi osobne dobiti terapeuta	1 2 3 4 5
Odlazak KAM terapeutu bila je moja velika pogreška	1 2 3 4 5

Hvala Vam na sudjelovanju!

Ukoliko imate pitanja, slobodno se javite mailom na: ljerka.armano@kbcsn.hr

Prijedlog Syllabus-a za izborni kolegij Uvod u komplementarnu, alternativnu i integrativnu medicinu (KAIM)

Kategorija	Opis
Broj ECTS bodova	3
Trajanje kolegija	45 sati (18 sati predavanja, 15 sati seminara, 12 sati praktičnih vježbi)
Preduvjeti	Studenti svih godina dodiplomskih studija sestrinstva, fizioterapije i radne terapije. Preporučuju se osnovni predmeti poput Anatomije, Fiziologije i Osnove kliničke prakse.
Nositelj kolegija	N/A
Suradnici	N/A
Opis kolegija	Kolegij pruža studentima temeljno razumijevanje integrativnih metoda koje kombiniraju principe konvencionalne medicine i komplementarnih i alternativnih terapija. Poseban naglasak stavlja se na praktičnu primjenu KAIM metoda, znanstvenu procjenu njihove učinkovitosti i sigurnosti, te interdisciplinarnu suradnju među zdravstvenim radnicima. Uključeni su i etički izazovi, zakonodavni okvir i komunikacija s pacijentima o integraciji KAIM-a u kliničku praksu. Cilj je osigurati kritički, na dokazima utemeljen pristup, koji podržava cjelovito zdravlje pacijenata.
Ciljevi kolegija	1. Razumijevanje osnovnih principa i primjene KAIM medicine. 2. Kritičko vrednovanje znanstvenih dokaza o učinkovitosti i sigurnosti KAIM metoda. 3. Razvijanje vještina komunikacije i suradnje s pacijentima koji koriste KAIM terapije. 4. Primjenu interdisciplinarnog pristupa u razvoju integrativnog plana liječenja. 5. Prepoznavanje i rješavanje etičkih i pravnih izazova u primjeni KAIM-a.
Ishodi učenja	1. Objasniti temeljne pojmove i ulogu KAIM-a u suvremenom zdravstvu. 2. Kritički analizirati znanstvene dokaze i primjenjivost KAIM metoda. 3. Razviti i prezentirati integrativni plan skrbi prilagođen specifičnim pacijentima. 4. Sigurno komunicirati s pacijentima i kolegama o KAIM pristupima, u skladu s etičkim i zakonodavnim okvirom.
	5. Procijeniti potencijalne rizike i benefite KAIM metoda, uključujući moguće interakcije s konvencionalnom terapijom.

Kriteriji vrednovanja	1. Prisustvovanje nastavi (30%): Obavezno prisustvo na najmanje 80% predavanja, seminara i vježbi. 2. Izrada seminarskog rada (40%): Individualni rad na temu KAIM metoda, s posebnim osvrtom na integraciju u kliničku praksu. 3. Prezentacija (30%): Javna prezentacija rezultata pred kolegama i nastavnicima.
Obavezna literatura	1. WHO (2019). <i>Traditional, Complementary, and Integrative Medicine</i>. 2. CAMbrella
Dodatna literatura	1. Odabrani članci iz recentnih istraživanja
Dodana vrijednost i doprinos	Uvođenjem ovog kolegija, omogućuje se edukacija zdravstvenih radnika u području KAIM-a, potičući interdisciplinarnost i smanjenje predrasuda prema ovim metodama.

Tematske cjeline	Broj sati
Predavanja	18
Uvod u KAIM – Definicija, povijest, suvremeni kontekst.	2
Prirodne terapije – Biljni pripravci, prehrana, interakcije s lijekovima.	3
Energetske metode – Akupunktura, Reiki, bioenergija.	3
Terapije uma i tijela – Meditacija, mindfulness, tehnike disanja.	3
Duhovne metode – Molitva, duhovna skrb, povezanost s kulturološkim faktorima.	2
Integrativni pristup u onkološkoj skrbi i kroničnim bolestima – Primjeri iz prakse, klinički ishodi.	3
Etička i zakonodavna pitanja – Regulacija KAIM metoda u Hrvatskoj i svijetu.	2
Seminari	15
Rasprava o znanstvenim radovima i slučajevima	5
Razvoj integrativnog plana skrbi	5
Prezentacija rezultata seminara	5
Praktične vježbe	12
Radionica: Tehnike relaksacije i disanja	3
Simulacija: Komunikacija s pacijentima o KAIM metodama	3
Grupni rad: Primjena KAIM metoda u studijama slučaja	4
Završna prezentacija: Interdisciplinarni pristup	2

ŽIVOTOPIS

OSOBNİ PODACI

Ime i prezime	Ljerka Armano
Adresa	Trnsko 33b, 10 020 Zagreb
Mobilni telefon	+385 99 319 51 29
Elektronička pošta	ljerka.armano@gmail.com ; ljerka.armano@kbcsrn.hr
Državljanstvo	Hrvatsko
Datum rođenja	03.10.1965.

RADNO ISKUSTVO

Datum	1.2.2023. – 31.10.2023.
Ustanova zaposlenja	Dječji vrtić Čarobni svijet
Naziv radnog mjesta	Zdravstveni voditelj
Datum	1.11.2015.– danas
Ustanova zaposlenja	KBC Sestre milosrdnice, Služba za zdravstvenu njegu, Odjel za prevenciju i sprječavanje bolničkih infekcija
Naziv radnog mjesta	Sestra za bolničke infekcije
Datum	21.5.2013. – 31.10.2015.
Ustanova zaposlenja	KBC Sestre milosrdnice, Klinika za tumore
Naziv radnog mjesta	Glavna sestra Zavoda za radioterapiju i internističku onkologiju
Datum	2012. – 2013
Ustanova zaposlenja	KBC Sestre milosrdnice, Klinika za neurokirurgiju
Naziv radnog mjesta	Prvostupnica u poliklinici
Datum	2011. – 2012.
Ustanova zaposlenja	KBC Sestre milosrdnice, Klinika za neurokirurgiju
Naziv radnog mjesta	v.d. glavna sestra Zavoda za spinalnu kirurgiju
Datumi	1986. – 2011.
Ustanova zaposlenja	KBC Sestre milosrdnice, Klinika za neurokirurgiju
Naziv radnog mjesta	Medicinska sestra

ŠKOLOVANJE

Datum	2021. - 2022.
Mjesto	Zagreb
Ustanova	Sveučilište u Zagrebu, Fakultet hrvatskih studija – program Pedagoško-psihološko-didaktičko-metodičkoga obrazovanje nastavnika
Zvanje	Nastavničke kompetencije
Datum	2020 -
Mjesto	Rijeka
Ustanova	Sveučilište u rijeci, Medicinski fakultet, Doktorska škola - Javno zdravstvo
Zvanje	Doktorand

Datum	1984. – 2019.
Mjesto	Zagreb
Ustanova	Sveučilište u Zagrebu, PMF
Zvanje	Magistra biologije
Datum	2012. - 2015.
Mjesto	Zagreb
Ustanova	Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet – sveučilišni diplomski studij sestrinstva
Zvanje	Magistra sestrinstva
Datum	2007. - 2011.
Mjesto	Zagreb
Ustanova	Zdravstveno veleučilište Zagreb – preddiplomski stručni studij sestrinstva
Zvanje	Prvostupnica sestrinstva

OSOBNJE VJEŠTINE I KOMPETENCIJE

Strani jezici	Engleski – B1
---------------	---------------

Socijalne vještine i kompetencije	Rad unutar zdravstvenog tima, komunikacija sa svim profilima suradnika. Javni nastupi i prezentacije, socijalna osjetljivost, socijalno zagovaranje, ekološki aktivizam, volontiranje u neprofitnim udrugama.
-----------------------------------	---

PRIKAZ ZNANSTVENE, NASTAVNE I STRUČNE DJELATNOSTI

Popis indeksiranih radova	1. Armano L. i sur. Bridging the gap: Attitudes and practices toward complementary and alternative medicine among oncology patients and healthcare professionals in Croatia. <i>Front Psychol.</i> 2025;16:1531111. doi:10.3389/fpsyg.2025.1531111 2. Sedić B, i sur. Prejudices of nurses towards Roma as patients in the healthcare system of the Republic of Croatia. <i>Croat Nurs J.</i> 2024;8(2):153–167. doi:10.24141/2/8/2/8 3. Armano Lj., Kurtović B. Psihološki aspekti lumbalnog bolnog sindroma. <i>Sestrinski glasnik.</i> 2012;17(3):178-187.
Popis ostalih znanstvenih i stručnih radova te sažetaka sa stručnih skupova objavljenih u zbornicima	1. Armano, Andrea ; Armano, Ljerka ; Vukelić, Darko Mogućnosti i dobrobiti primjene Shinrin-yoku kao metode unapređenja zdravlja // Javnozdravstveni kongres Kajetan Blečić Rijeka, Hrvatska, 10.04.2025-12.04.2025 2. Armano L. i sur. Inovativne tehnologije kao pomoć pacijentima u pridržavanju propisane terapije // Knjiga sažetaka radova: 22. konferencija medicinskih sestara i tehničara i 8. konferencija zdravstvenih profesija - Tehnologije i inovacije u zdravstvenoj skrbi i obrazovanju / Rađenović, Ozren (ur.). Zagreb: Zdravstveno veleučilište u Zagrebu, 2023. str. 1-1 3. Armano L. i sur. Predrasude, manipulacije i laži o učinkovitosti korištenja neispitanih preparata u liječenju bolesti uzrokovane koronavirusom (COVID-19), Lošinjski dani bioetike, 15. – 18.5.2022. Lošinj 4. Armano Lj. i sur.

	Dileme oko primjene KAM u liječenju simptoma COVID- 19 // Global trends in nursing and healthcare. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2022. str. 50-50 Korištenje KAM-a kod onkoloških bolesnika u Hrvatskoj i svijetu (Armano Lj.), 19. konferencija medicinskih sestara i tehničara i 5. konferencija zdravstvenih profesija Global Nursing and Health Care, Zagreb, E-konferencija, 2020 5. Armano Lj. i sur. Predrasude, manipulacije i laži o učinkovitosti korištenja neispitanih preparata u liječenju bolesti uzrokovane koronavirusom (COVID-19) // 20. Lošinjski dani bioetike = 20th Lošinj Days of Bioethics. Zagreb: Hrvatsko filozofsko društvo, 2022. str. 43-44 6. Armano Lj. i sur. Integrating Complementary and Integrative Medicine in Education of Health Care Workers-Do we need it? // Science and Us, 1st Biomedicine and Health PhD Students Congress with International Participation, Book of Abstracts. Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, 2022. str. 103-103 7. Armano, Ljerka Korištenje KAM-a kod onkoloških bolesnika u Hrvatskoj i svijetu // Global Nursing and Healthcare 2. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2020. str. 24-24 8. Armano, Ljerka ; Gračan, Romana Usporedba dva komercijalna fiksativa pri upotrebi u rutinskim histološkim analizama // Journal of applied health sciences, 6 (2020), 1;5-14. doi: 10.24141/1/6/1/1
Stručno usavršavanje	1. Moderna i praktična medicinska edukacija, Centar za unaprjeđenje nastavničkih kompetencija i komunikacijskih vještina, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, 10 ECTS, peti ciklus provođenja programa cjeloživotnog obrazovanja, 2025. – 2. Napredni ITLS tečaj, International Trauma Life Support, Hrvatska gorska služba spašavanja, Zadar, 15. – 17. 3. 2024. 3. Pedagoško-psihološko-didaktičko-metodičko obrazovanje nastavnika (PPDMN), Hrvatski studiji, 2021/2022., 60 ECTS 4. „Informacijski alati za istraživače“, program cjeloživotnog učenja, Sveučilište u Rijeci, 6. – 10.12.2021. 5. Edukacija – stručno usavršavanje „Aktivno učenje i kritičko mišljenje u visokoškolskoj nastavi“, Forum za slobodu odgoja, 2021.
Ostalo	1. Armano, Lj. Ozljeđe u prirodi-Repetitorij prve pomoći, Vrelo života, Zagreb 2023.
Sudjelovanje na projektima	1. COST Action CA19132 - European Network to Advance Best practices & technoLogy on medication adherencE” (ENABLE), 2023. – danas 2. Clinres-farmacija. „Prospektivno, multicentrično, dvostruko slijepo, randomizirano, placebo kontrolirano ispitivanje na usporednim skupinama radi procjene učinkovitosti i sigurnosti klazosentana u smanjenju pobola povezanog s vazospazmom te smrtnosti svih uzroka u odraslih bolesnika sa subarahnoidalnim krvarenjem iz aneurizme liječenim postavljanjem kirurških kvačica“ KBC SM 2008. – 2010.

Nastavna aktivnost

1. 2022., 2025.–gost predavač na Sveučilište u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskom fakultetu, kolegij *Uvod u alternativnu i komplementarnu medicinu* (diplomski studij, VIII semestar)
2. 2022. – danas: Srednja škola za medicinske sestre Vrapče, vanjski suradnik za izvođenje predmeta *Zdravstvena njega u zaštiti mentalnog zdravlja, Higijena – preventivna medicina te Metodika zdravstvenog odgoja*
3. 2021. –.: Fakultet dentalne medicine i zdravstva u Osijeku, asistent na katedri za palijativnu medicinu i sestrinstvo, diplomski studij, Kolegiji *Teorije sestrinstva, Metodika nastave zdravstvene njege*
4. 2016. – 2019.; ZVU Specijalistički diplomski stručni studij Menadžment u sestrinstvu – asistent na katedri za društvene znanosti, kolegij *Upravljanje informacijskim sustavom i sustavom kliničkih podataka*
5. 2015. – 2016. ZVU Dodiplomski stručni studij Sestrinstvo – asistent na katedri za zdravstvenu njegu, kolegij *Zdravstvena njega onkoloških bolesnika*
6. 2012. – 2014. ZVU Dodiplomski stručni studij Sestrinstvo – asistent na katedri za zdravstvenu njegu, kolegij *Zdravstvena njega III*