



JOANNA M. KSIĘSKA-KOSZALKA

Maria Curie-Skłodowska University
in Lublin, Poland

joannaksieska-koszalka@o2.pl

ORCID: 0000-0002-8777-3545

BARBARA GAWDA

Maria Curie-Skłodowska University
in Lublin, Poland

ORCID: 0000-0002-6783-1779

WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W BADANIU FENOMENU KORZYSTANIA Z ALTERNATYWNYCH FORM TERAPII

CONTEMPORARY CHALLENGES IN RESEARCHING THE PHENOMENON OF USING ALTERNATIVE FORMS OF THERAPY

ABSTRACT

Aim: The aim of the work is to show the attitudes toward phenomenon of alternative forms of therapy (CAM) as a challenge for modern science, especially social and health science. An important issue is the presentation of the determinants and socio-cultural context of the phenomenon. The aim of the research was to determine the extent of the prevalence of the use of CAM and the purposes for which they are used. The research purpose was also to determine which types of therapy are most often chosen and to check whether people using them and not using them differ in terms of the severity of health attitudes, e.g. such as belief in the integration of body and mind, a sense of holistic balance, and so on.

Methods: The research was conducted on a group of Polish respondents (N = 599). The tools used were a survey and the Complementary, Alternative and Conventional Medicine Attitudes Scale (CACMAS) questionnaire by T. Hernandez, K. McFadden and T. Ito, which was adapted to Polish conditions together with the verification of its psychometric properties.

Results: Over 40% of respondents admit that they use CAM, with biological, manual and Traditional Chinese Medicine therapies being the most popular on average. CAMs are most often used for prevention, treatment and well-being purposes. There are significant differences among CAM users and non-users in terms of attitudes favourable to CAM, beliefs about their credibility and attitudes of belief in the integration of body and mind, as well as dissatisfaction with experiences with conventional medicine.

Discussion: The research shows the high prevalence of the use of CAM in the studied Polish sample. The results show that there is an urgent need to study people's needs and expectations regarding health services.

STRESZCZENIE

Cel: Praca ma na celu ukazanie postaw wobec fenomenu alternatywnych form terapii (CAM) jako wyzwania dla współczesnej nauki, zwłaszcza dyscyplin społecznych i nauk o zdrowiu. Ważne w niniejszej pracy jest opisanie determinant i kontekstu społeczno-kulturowego fenomenu CAM. Celem badań było ustalenie zakresu rozpowszechnienia zjawiska korzystania z CAM oraz stosunku Polaków do tego typu terapii. Badania miały również rozstrzygnąć, jakie rodzaje terapii wybierane są najczęściej i sprawdzić, czy osoby je stosujące i niestosujące różnią się pod względem nasilenia postaw zdrowotnych, m.in. takich jak wiara w jedność ciała i umysłu, poczucie holistycznej równowagi i innych.

Metody: Badania przeprowadzono na grupie polskich respondentów (N=599). Jako narzędzia wykorzystano ankietę oraz kwestionariusz *Complementary, Alternative and Conventional Medicine Attitudes Scale* (CACMAS) autorstwa T. Hernandez, K. McFadden i T. Ito, który zaadaptowano do warunków polskich wraz z weryfikacją jego własności psychometrycznych.

Wyniki: Ponad 40% badanych przyznaje, że korzysta z CAM, przy czym średnio najbardziej popularne są terapie biologiczne, manualne i tradycyjna medycyna chińska. CAM stosowane są najczęściej w celach profilaktycznych, leczniczych i poprawy samopoczucia. Występują istotne różnice u osób korzystających i niekorzystających z CAM w zakresie postaw przychylnych wobec CAM, przekonań dotyczących ich wiarygodności oraz postawach wiary w jedność ciała i umysłu, a także zadowolenia z doświadczeń z medycyną konwencjonalną.

Omówienie: Badania pokazują duże rozpowszechnienie zjawiska korzystania z CAM w badanej polskiej próbie. Wyniki wskazują na pilną potrzebę badania potrzeb i oczekiwań ludzi w zakresie usług zdrowotnych.

KEYWORDS: *complementary and alternative medicine, alternative therapies, health attitudes, philosophy mind-body, holistic balance, psychometric properties*

SŁOWA KLUCZOWE: *medycyna komplementarna i alternatywna, alternatywne terapie, postawy zdrowotne, filozofia umysł – ciało, holistyczna równowaga, właściwości psychometryczne*

WPROWADZENIE

CAM JAKO NOWE WYZWANIE DLA NAUKI

Mimo ogromnych postępów medycyny i farmacji na całym świecie mamy do czynienia z coraz większym zainteresowaniem medycyną komplementarną i alternatywną (*complementary & alternative medicine* – CAM). Szacuje się, że jej rozpowszechnienie wynosi w zależności od kraju między 9,8% a 76% (Tangkiatkumjai, Boardman \i Walker, 2020), w Polsce jest to przynajmniej 24% populacji (CBOS, 2011).

Przedstawiciele nauki dostrzegają szereg nowych wyzwań zarówno teoretycznych, jak i praktycznych związanych z coraz większą popularnością CAM. Podkreślają więc konieczność prowadzenia multidyscyplinarnych badań z nimi związanych. Termin i skrót CAM definiuje się jako „grupy różnych systemów leczenia i opieki zdrowotnej, produkty i praktyki, które nie są częścią medycyny konwencjonalnej”. Został on zaproponowany przez National Center of Complementary and Alternative Medicine w USA (NCCAM, 2000). W podejściu tym akcentuje się ważne rozróżnienie między medycyną komplementarną, która ma charakter uzupełniający do metod konwencjonalnych, i medycyną alternatywną stosowaną zamiast medycyny akademickiej. W polskiej literaturze naukowej, zwłaszcza z zakresu socjologii, najczęściej używa się terminu „lecznictwo niemedyczne” wprowadzonego przez Piątkowskiego. To, co jednoznacznie rozgranicza medycynę akademicką od lecnictwa niemedycznego, to status naukowy, umocowanie

w systemie legislacyjnym oraz posiadanie (lub nieposiadanie) spójnego kodeksu deontologiczno-etycznego wyznaczającego standardy postępowania w procesie leczenia medycznego w przeciwieństwie do niemedycznego (Piątkowski, 1990).

Badania nad CAM napotykają na szereg trudności metodologicznych. Między innymi problemem jest różnorodność metod terapii. Wyróżnia się np. terapie biologiczne (m.in. ziołolecznictwo, sokoterapia), terapie energią (m.in. reiki, bioenergoterapia), terapie manualne (masaż, chiropraktyka), terapie mind-body (m.in. relaksacja, joga) oraz alternatywne systemy medyczne (m.in. ajurweda, medycyna chińska) (NCCAM, 2000). Różnorodność terapii rodzi wiele problemów ze względu na to, że poszczególne terapie różnią się między sobą choćby możliwością oceny ich efektywności i naukowej weryfikacji. W dodatku ocena ta być może jest zależna od stanu zdrowia osób badanych oraz tego, czy dana terapia stosowana jest profilaktycznie czy leczniczo. Niekiedy pojawiają się możliwości kwalifikowania w obrębie CAM takich metod, jak psychoterapia czy dietoterapia (np. Perdyan, Wasiukiewicz, Szastok i Jassem, 2021). Kolejne problemy metodologiczne w badaniach nad CAM wynikają z różnic kulturowych i narodowościowych w ich stosowaniu w różnych krajach, odmiennej ofercie produktów i usług CAM, wreszcie zróżnicowaniu legislacyjnym i systemowym. Funkcjonowanie CAM ma zatem swoją specyfikę narodową, a nawet regionalną (Goldstein, 2000; Piątkowski, 2008; Wojtecka, Wojnarowska, Zarzeczna-Baran i Bandurska, 2016).

Stosowanie CAM stanowi problem społeczny i zdrowotny, będący ogromnym wyzwaniem dla służby zdrowia. Z jednej strony pojawiają się obawy dotyczące zagrożeń dla bezpieczeństwa pacjentów – przede wszystkim związane ze stosowaniem niezwyfikowanych naukowo typów terapii, bez kontroli i wiedzy lekarza czy też z przypadkami całkowitej rezygnacji pacjentów z leczenia konwencjonalnego. Z drugiej zaś strony dostrzega się szansę na poprawę zdrowia ludności – wiele terapii CAM jest bowiem i może być bezpiecznie stosowanych przez dłuższy czas w celach profilaktycznych i/lub pomocniczych w terapii, wzmacniając szerokie i długofalowe korzyści związane z partycypacją pacjenta w procesie leczenia (Humańska i Nowicki, 2005; WHO, 2013). Ta dychotomia powoduje również podziały wśród personelu medycznego. Z jednej strony z uwagi na potencjalne zagrożenia wielu lekarzy

jest za całkowitym odrzuceniem bądź marginalizacją CAM. Z drugiej zaś strony w wielu krajach zaczyna dominować podejście tzw. medycyny integracyjnej czy też zintegrowanej, która włącza terapie z grupy *complementary* do medycyny akademickiej. W tym ujęciu terapie komplementarne uzupełniają podejście stricte medyczne o interwencje z zakresu zdrowego stylu życia, np. dietoterapię, suplementację, praktyki psychologiczne i psychoterapeutyczne, praktyki o charakterze religijnym/duchowym (np. joga, medytacja, modlitwa) oraz terapie manualne (Cianciara, 2012; National Center for Complementary and Integrative Health, 2021; Orr i Fette, 2019). Stąd również w coraz większej liczbie szpitali i placówek medycznych oferowane są tego rodzaju terapie (Humańska i Nowicki, 2005). Rośnie również popularność holistycznego podejścia do opieki nad pacjentem. W podejściu tym w proces leczenia angażuje się specjalistów niemedycznych, np. psychologów, duchownych i włącza niejednokrotnie rodzinę pacjenta. Na korzyść takiego podejścia zwracają uwagę także polscy autorzy na podstawie własnych obserwacji klinicznych (Humańska i Nowicki, 2005; Woźniak-Holecka i in., 2010). W sposób oczywisty wymaga to pewnej otwartości i wiedzy personelu medycznego na temat różnych terapii CAM. Wyzwanie to implikuje dyskusję na temat zakresu i zasadności włączenia terapii CAM do oficjalnego systemu medycznego, co w różnym stopniu dzieje się w różnych krajach (Orr i Fette, 2019, Cianciara, 2012). Rodzi to jednak nowe, kolejne wyzwania o charakterze prawnym (por. Piątkowski, 2014).

Podczas gdy przed naukami medycznymi i biologicznymi w sposób oczywisty stoi zadanie ustalenia skuteczności poszczególnych rodzajów terapii, nauki społeczne i nauki o zdrowiu próbują dociekać, jakie są uwarunkowania funkcjonowania i rozwoju tych trendów. Uwarunkowań tych starają się szukać dwutorowo – próbując ustalić, które czynniki powodują, że pacjenci i konsumenci chętnie zwracają się ku CAM oraz w kierunku przeciwnym – poszukując słabych stron medycyny akademickiej, które sprawiają, że ludzie rezygnują lub ograniczają leczenie konwencjonalne (Zörge, Purebl i Zana, 2018). Jak wskazują wyniki wielu badań w tym zakresie, z CAM najczęściej korzystają osoby dorosłe, częściej płci żeńskiej, o wyższych dochodach i wyższym wykształceniu (Fjær, Landet, McNamara i Eikemo, 2020; Guillaud, Darbois, Allenet i Pinsault, 2019; Piątkowski, 2008). Jednocześnie większe

zainteresowanie CAM spowodowane jest często rozczarowaniem medycyną konwencjonalną, która krytykowana jest za wiele zjawisk; od nadmiernego biologizmu, poprzez ograniczenie do niosących szereg skutków ubocznych metod farmakoterapii, niedocenienie wpływu na proces leczenia relacji lekarz – pacjent po inne mankamenty systemu medycznego, takie jak kolejki, brak możliwości finansowania niektórych terapii przez NFZ, czy ogromna biurokracja (Olchowska-Kotala, 2009; Siahpush, 1999).

Zdaniem niektórych teoretyków z zakresu nauk społecznych ów kryzys medycyny konwencjonalnej i wzrastająca rola lecznictwa niemedycznego to także wynik przemian społeczno-kulturowych i światopoglądowych, na których tle wzrasta zainteresowanie CAM (Gale, 2014; Zörge i in., 2018). Zwolennicy CAM to często osoby zainteresowane zdrowym stylem życia, ekologią, charakteryzujące się holistyczną orientacją zdrowotną, akcentującą istotę pozabiologicznych (m.in. psychologicznych, społecznych, duchowych) mechanizmów wpływających na powstawanie zdrowia i choroby i tym samym warunkujących efektywne leczenie. To osoby z większą świadomością zdrowotną, pragnące sprawować większą kontrolę nad procesami zdrowia i chorobami zachodzącymi w ich ciele (Bishop, Yardley i Lewith, 2007). Częściej osoby te przejawiają postawy odpowiedzialności za zdrowie, pogłębiają swoją wiedzę i umiejętności zdrowotne (Bains i Egede, 2011; Gardiner i in., 2013). Piątkowski wiąże te postawy z *healismem*, który wyraża się w kulcie zdrowia oraz przekonaniu o możliwości sprawowania nad nim kontroli poprzez aktywne działania podejmowane na jego rzecz (Piątkowski, 2008). Aktywnie podejmowane działania prozdrowotne, warunkujące dobry stan zdrowia, optymalny poziom energii i dobre samopoczucie to również nieodłączne elementy dbania o własny dobrostan, modny dzisiaj *well-being* czy *wellness* (Oliver, Baldwin i Datta, 2018). Szeroka gama możliwości profilaktyki, samoleczenia i różnych oddziaływań prozdrowotnych, jakie niesie ze sobą CAM, powoduje, że trafia ona na podatny grunt wyjątkowo otwartego na tę ofertę odbiorcy, co odzwierciedlają dane płynące z rynku, które podają, iż w ciągu ostatnich pięciu lat podwoiła się liczba podmiotów gospodarczych świadczących usługi w tej branży (Nowakowska, 2018). W przeciwieństwie do CAM zorientowana na farmakoterapię medycyna akademicka najczęściej nie daje pacjentowi zbyt wielu możliwości partycypacji w procesie leczenia, nabywania kompetencji

zdrowotnych lub pomija znaczenie potrzeb pacjentów w tym zakresie. Rozwój nowych technologii oraz media społecznościowe sprzyjają dalszemu wzmocnieniu się tych trendów (Bann, Sirois i Walsh, 2010; Zörge i in., 2018).

Jak już wcześniej wspomniano, brakuje aktualnych danych na temat korzystania z CAM i na temat postaw wobec CAM w Polsce. Istnieją prace dotyczące tradycyjnego lecznictwa ludowego prowadzone przez polskich socjologów. Prowadzone są badania w obszarze onkologii, podejmujące problematykę stosowania CAM przez pacjentów. Z tych badań wynika, że najbardziej popularne są fitoterapie (Dulęba, Wysocki, Styczyński, 2008; Nowicki, Jeziorska, Farbicka, 2013; Olchowska-Kotala i Barański, 2016; Puskulluoglu, Uchańska, Tomaszewski, Zygulska, 2021). Z badań nad pacjentami onkologicznymi w Polsce wynika, że stosowanie CAM nie jest powiązane ze stanem cywilnym pacjentów, posiadaniem potomstwa, miejscem zamieszkania, zaleceniami lekarza, subiektywną oceną choroby ani też skutecznością leczenia onkologicznego (Puskulluoglu i in., 2021). Stosowanie CAM przez pacjentów onkologicznych jest niezależne od wymienionych czynników i dość popularne; najprawdopodobniej jest efektem ogólnego niezadowolenia ze służby zdrowia i szczególnego stanu psychicznego doświadczanego wskutek oddziaływania choroby, tj. poczucia bezsilności/bezradności. Według Centrum Badań Opinii Społecznej z 2011 r. 24% Polaków lub ich rodzin stosowało CAM (Perdyan i in., 2021). Portal internetowy podaje, że w 2008 r. 54% Polaków stosowało homeopatię (Cianciara, 2012). Jednak polska psychologia zdrowia w sposób nikły zajęła się tematyką CAM. Dyscyplina ta nie wypracowała również żadnych narzędzi badawczych, co uniemożliwia prowadzenie badań dotyczących postaw wobec CAM (Księska-Koszałka, 2021).

W odpowiedzi na tę lukę przeprowadzono niniejsze badanie, którego celem było uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania: Jaka jest skala zjawiska korzystania z CAM w Polsce? Z jakich powodów jest ono stosowane? Jakie metody terapii są najpopularniejsze? Czy i w jaki sposób osoby korzystające i niekorzystające z CAM różnią się pod względem wybranych postaw zdrowotnych?

METODOLOGIA

W celu udzielenia odpowiedzi na powyższe pytania zredagowano ankietę dotyczącą danych socjodemograficznych i wybranych aspektów związanych z korzystaniem z CAM. Pytano w niej o sposób korzystania z CAM (łącznie czy zamiast medycyny konwencjonalnej) oraz cele z tym związane (leczenie chorób, zapobieganie im, poprawa samopoczucia, samorozwój). Badano również korzystanie i prawdopodobieństwo skorzystania z pięciu wyodrębnionych przez NCCAM grup terapii, przy czym grupę alternatywnych systemów medycznych rozbito na trzy podejścia terapeutyczne, tj. tradycyjną medycynę chińską, ajurwedę i homeopatię. Z uwagi na brak polskich narzędzi za zgodą autorów dokonano polskiej adaptacji Complementary, Alternative and Conventional Medicine Attitudes Scale (CACMAS) (2010) służącej do pomiaru postaw zdrowotnych wobec medycyny komplementarnej, alternatywnej i konwencjonalnej. Ustalono właściwości psychometryczne narzędzia.

KWESTIONARIUSZ CACMAS

Oryginalna wersja narzędzia składa się z 26 itemów, odpowiedzi udzielane są na siedmiostopniowej skali typu Lickerta, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 7 „zdecydowanie się zgadzam”. Skala ma strukturę trójczynnikową, obejmującą podskale: *Dissatisfaction with conventional medicine*, *Philosophical congruence with CAM* oraz *Holistic balance*. Pierwszy z czynników dotyczy pomiaru niezadowolenia z doświadczeń z medycyną konwencjonalną; drugi obejmuje itemy dotyczące poglądów przychylnych terapiom CAM i spójności z założeniami, które stoją u ich podstaw; czynnik trzeci zawiera przekonania wywodzące się z holistycznego modelu zdrowia (McFadden i in., 2010)

Oryginalna 27-itemowa wersja CACMAS została przetłumaczona na (*Dual Forward Translation*) język polski przez dwóch niezależnych tłumaczy (*Harmonization*). W dalszej kolejności dokonano tłumaczenia zwrotnego wersji pojednanej (*Back Translation and Reconciliation*). Otrzymano zadowalającą jakość tłumaczenia obu wersji, następnie dokonano korekty niektórych sformułowań, aby były one bardziej charakterystyczne dla języka używanego

przez populację polską (*Proofreading*). Oceny dokonywało również dwóch psychologów. Tak przygotowaną wersją przebadano 10 osób i poproszono o informację zwrotną dotyczącą klarowności przekazu poszczególnych elementów. Zgodnie z uwagami naniesiono drobne poprawki. Najbardziej problematyczne i niejasne dla badanych było sformułowanie „Terapie komplementarne (*complementary therapies*)”, mimo iż wyrażenie to zostało wyjaśnione w instrukcji. W Polsce w potocznym obiegu, w mediach, raczej stosuje się sformułowania „medycyna niekonwencjonalna”, „naturalna”, „alternatywna”. Choć są to sformułowania nieściśle, są one zdecydowanie bliższe i bardziej czytelne dla polskiego respondenta. Dlatego też utrzymano oryginalne wyrażenie „terapię komplementarną”, ale obok w nawiasie wstawiono „medycyna niekonwencjonalna”. Wyrażenia pokrewne do „terapię komplementarną” wstawiono również w instrukcji, aby jeszcze dobitniej uwydatnić desygnat tego sformułowania.

Należy zaznaczyć, że właściwości psychometryczne oryginalnej angielskiej wersji CACMAS ustalono na bardzo małej grupie badanej obejmującej jedynie 65 studentów. Jedną z współauterek, w późniejszej replikacji z innym zespołem badawczym przeprowadzonej na niewiele większej grupie 97 weteranów (Betthausen i in., 2014) otrzymała strukturę czteroczynnikową obejmującą podskale: *Acceptability of CAM* wyrażającą tendencję do wyboru metod CAM i postrzeganie ich wyższości nad medycyną konwencjonalną; *Acceptability of Traditional Medicine* oznaczającą zaufanie do medycyny konwencjonalnej i poparcie dla jej sposobów leczenia, *Mind-Body Integration*, która zawiera sformułowania wywodzące się z holizmu, głosi jedność ciała i umysłu oraz akcentuje istotę czynników psychologicznych i duchowych w postrzeganiu przyczyn chorób i możliwości ich leczenia; i wreszcie *Belief in CAM*, która odwołuje się do przekonań dotyczących skuteczności i wiarygodności metod CAM. Dysponujemy również turecką wersją CACMAS, która ma zdecydowanie lepsze właściwości psychometryczne i trójczynnikową strukturę, analogiczną do wersji oryginalnej (Köse, Ekerbiçer i Erkorkmaz, 2018).

W celu ustalenia struktury polskiej adaptacji wykonano eksploracyjną analizę czynnikową (EFA), a następnie konfirmacyjną analizę czynnikową (CFA). EFA wykonano na losowej próbie 50% (N=291) z całej badanej grupy wynoszącej 600 osób. Z uwagi na duże prawdopodobieństwo skorelowania czynników, co sugeruje wiele badań empirycznych (Księska-Koszałka, 2021)

wykorzystano rotację prostą Oblimin. Z powodu braku danych usunięto jedną próbkę i na otrzymanej całkowitej liczbie badanych (N=599) wykonano resztę obliczeń. Jakość doboru próby oceniono za pomocą testu K-M-O oraz testu sferyczności Bartletta. CFA wykonano metodą *Generalized Least Squares* (GLS). W celu ustalenia miar zgodności wewnętrznej CACMAS posłużono się współczynnikiem α Cronbacha. Trafność teoretyczną ustalono na podstawie analiz istotności różnic międzygrupowych. Losowanie oraz obliczenia statystyczne wykonano w oparciu o oprogramowanie SPSS wersja 26 i 27 oraz SPSS AMOS.

Z uwagi na obecność pandemii COVID-19 badania były prowadzone on-line, metodą kuli śnieżnej. Link do badania przesyłany był drogą mailową bądź poprzez media społecznościowe. Każda z osób badanych była proszona o udostępnienie linka do badań kolejnej osobie. Linki do badań umieszczone były również w grupach osób zainteresowanych CAM oraz korzystających/niekorzystających z tych metod w mediach społecznościowych. Badania wykonano również w grupie pracowników naukowych..

Dokładna charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy znajduje się w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

Zmienne socjodemograficzne	Próba 1 (N=291)		Próba 2 (N=599)	
Wiek	M=34 SD=9,88 Min. – Max. 17–72		M=35 SD=10,21 Min. – Max. 15–77	
	N	%	N	%
Płeć				
kobieta	230	38,3	468	78,1
mężczyzna	61	10,1	131	21,9
Wykształcenie				
podstawowe	4	1,4	10	1,7
średnie/zawodowe	78	26,8	156	26
wyższe	209	71,8	433	72,3

Miejsce zamieszkania				
wieś	78	26,8	145	24,2
małe miasto poniżej 100 tys. osób	55	18,9	112	18,7
średnie miasto powyżej 100 tys. osób	77	26,5	156	26
duże miasto powyżej 400 tys. osób	81	27,8	186	31,1
Grupy badanych				
Stan zdrowia			N	%
choruję na chorobę przewlekłą			148	36,4
mam przejściowe problemy/dolegliwości zdrowotne			233	38,9
jestem całkowicie zdrowy			218	24,7
Zawód medyczny wykonywany lub wyuczony			99	16,5
Osoby zainteresowane CAM			172	28,7
Pracownik naukowy			62	5,2
Ogółem			599	100

WYNIKI

ADAPTACJA KWESTIONARIUSZA CACMAS

Jak wynika z przeprowadzonych analiz, grupa badana okazała się dobrze dobrana ($KMO=0.92$, $Chi^2 \approx 3767,83$ $df=253$, $p<0,01$). Eksploracyjna analiza czynnikowa pozwoliła wyodrębnić cztery czynniki, które wyjaśniają łącznie prawie 63% wariacji, przy czym najwięcej wariacji wyjaśniają dwa pierwsze czynniki (odpowiednio czynnik I – 38,57% i II – 13,447%), kolejne poniżej 10% wariacji (czynnik III – 6,58% i IV – 4,35%). W stosunku do wersji oryginalnej usunięto cztery pozycje (7,17,20,21), które miały ładunki czynnikowe poniżej 0,4 oraz te, które „ładowały” więcej niż jeden czynnik. Strukturę czynnikową CACMAS wraz z ładunkami czynnikowymi umieszczono w aneksie. Struktura ta jest analogiczna do wersji Betthausser i in. (2014), z niewielkimi zmianami

odnośnie do zawartości pozycji. Polska wersja CACMAS zawiera 24 itemy oraz cztery następujące podskale:

Przychyłość wobec CAM – oznacza preferencję stosowania CAM i przekonanie o skuteczności CAM. Oznacza posiadanie poglądów spójnych z filozofią stojącą u podstaw wielu terapii CAM, m.in. wiarę w zdolności organizmu do samoleczenia i utrzymywania homeostazy, istnienie sił witalnych i sił zniszczenia w stosunku do zdrowia człowieka. W tym ujęciu leczenie częściej polega na wsparciu organizmu w uruchomieniu zasobów samouzdrawiających i zahamowanie działania czynników destrukcyjnych.

Dysatisfakcja z doświadczeń z medycyną konwencjonalną – wyniki wyższe wiążą się z brakiem zaufania i satysfakcji z doświadczeń z medycyną konwencjonalną, niezadowolenie z relacji z personelem medycznym. Wyniki niskie oznaczają zadowolenie z dotychczasowych kontaktów z medycyną konwencjonalną.

Wiara w CAM – niższe wyniki w tej podskali oznaczają brak wiary w skuteczność CAM, przekonanie o braku wiarygodności tego typu metod terapii. To przekonania nieakceptujące stosowanie terapii o braku udowodnionej skuteczności, odrzucające metody niezwerifikowane naukowo.

Jedność ciała i umysłu – odnosi się do przekonań ujmujących zdrowie w sposób holistyczny, zakłada jedność sfer cielesnej i mentalnej w budowaniu zasobów zdrowia. To pogląd, który głosi, że w leczeniu i rozumieniu przyczyn choroby należy brać pod uwagę czynniki pochodzące z obu sfer i takie podejście wywodzące się z podejścia charakterystycznego dla CAM powinno zostać zaadaptowane na gruncie medycyny konwencjonalnej.

W celu potwierdzenia otrzymanej struktury czynnikowej przeprowadzono konfirmacyjną analizę czynnikową (CFA). Uzyskano zadowalające miary dobroci dopasowania modelu, które zawarto w kolejnej tabeli (tabela 2).

Tabela 2. Współczynniki konfirmacyjnej analizy czynnikowej

Model	CMIN/df	GFI	AGFI	CFI	RMSEA	PCLOSE
Model czteroczynnikowy CACMAS-24-PL	1,09	0,97	0,96	0,99	0,001-0,02	1,00

CMIN/df – test χ^2 /stopnie swobody; GFI – wskaźnik dobroci dopasowania; AGFI – skorygowany wskaźnik dobroci dopasowania; CFI – wskaźnik porównawczy dopasowania; RMSEA – granica błędu dla modeli dobrze dopasowanych; PCLOSE – test bliskości.

Współczynnik zgodności wewnętrznej Alfa Cronbacha wynosi 0,92 dla całej skali, co pozwala ocenić rzetelność narzędzia jako bardzo wysoką. Bardzo zadowalające są również współczynniki α Cronbacha w poszczególnych podskalach (I – 0,89; II – 0,89, III – 0,72, IV – 0,70).

Trafność narzędzia sprawdzono w oparciu o analizę różnic między:

- a. grupami osób zainteresowanych CAM,
- b. osobami korzystającymi lub niekorzystającymi z CAM,
- c. pracownikami naukowymi a pozostałymi badanymi.

W każdym przypadku różnice między grupami były istotne.

Osoby, które deklarują przynależność do grup osób zainteresowanych CAM, osiągają w skali CACMAS istotnie wyższe ($M_{rang}=413,70$; $U=13056,00$; $p<0,001$) wyniki niż reszta osób badanych ($M_{rang}=235,24$). Siłą wielkości siły tego efektu jest przeciętna ($rg=0,49$). Co ważne, biorąc pod uwagę faktyczne stosowanie/niestosowanie CAM, najwyższe wyniki osiągają osoby stosujące CAM zamiast medycyny konwencjonalnej ($M_{rang}=536,90$; $H(2)=215,84$; $p<0,001$), nieco niższe osoby stosujące CAM łącznie z medycyną konwencjonalną ($M_{rang}=383,32$), a najniższe osoby deklarujące niekorzystanie z CAM ($M_{rang}=202,39$). Siłą wielkości siły tego efektu jest przeciętna ($\epsilon^2=0,37$). (tabela 3).

Założono również, że pracownicy naukowci, z uwagi na nieodzowny w zawodzie sceptycyzm wobec niezweryfikowanych naukowo faktów, będą osiągalni w CACMAS niższe wyniki niż pozostałe osoby badane. Założenie to potwierdziło się; pracownicy naukowci uzyskują istotnie niższe wyniki ($M_{rang}=245,34$; $U=12519$; $p<0,05$) od pozostałych osób badanych ($M_{rang}=292,79$). Siłą wielkości siły tego efektu jest jednak słaba ($rg=0,08$).

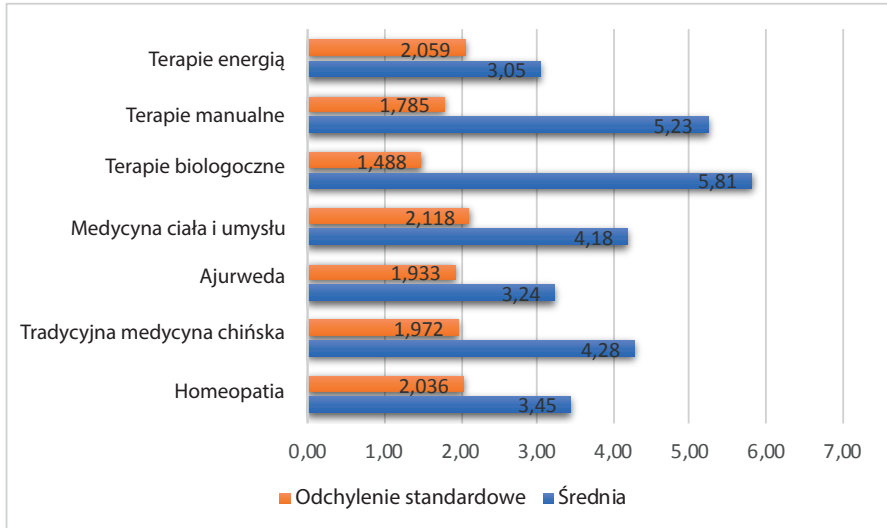
Testy różnic międzygrupowych oraz analiza czynnikowa EFA i CFA dowodzą trafności teoretycznej adaptowanej wersji kwestionariusza CACMAS. Przeprowadzone analizy pokazują, że kwestionariusz ten jest rzetelnym i trafnym narzędziem do badania postaw wobec medycyny komplementarnej, alternatywnej i konwencjonalnej.

SPECYFIKA KORZYSTANIA Z CAM W POLSCE

W badanej grupie niemal 43,8% (N=262) osób zadeklarowało korzystanie z CAM, przy czym większość osób (N=237) stosuje te terapie łącznie z medycyną konwencjonalną, a wyłącznie CAM wybiera jedynie 4,2% (N=25) osób badanych. Spośród osób badanych 27,8% (N=172) deklaruje zainteresowanie tymi metodami leczenia poprzez udział w grupach zainteresowań funkcjonujących w mediach społecznościowych. Ponad połowa osób badanych (56,3%; N=337) nie stosuje CAM.

Osoby korzystające z CAM poproszono o zaznaczenie w skali od 1 do 7, z których terapii korzystają i/lub z których terapii skorzystaliby z dużym prawdopodobieństwem. Dane na temat najpopularniejszych terapii CAM w badanej grupie umieszczono na histogramie.

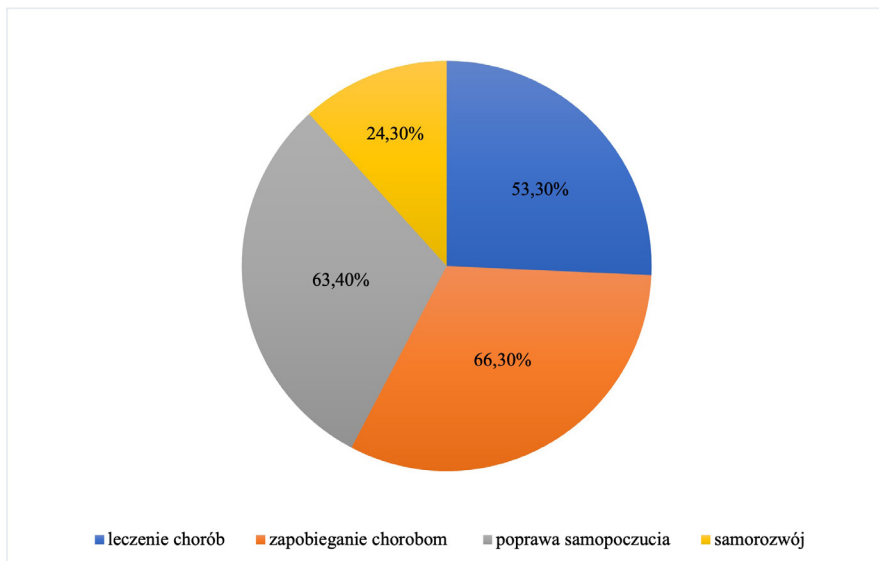
Rycina 1. Najpopularniejsze terapie medycyny komplementarnej i alternatywnej (CAM) w badanej grupie



Spośród najbardziej popularnych metod terapii wśród Polaków największą popularnością cieszą się terapie biologiczne, terapie manualne i tradycyjna medycyna chińska. Średnio najrzadziej wybierane są homeopatia, terapie energią i ajurweda (rycina 1).

W ankiecie pytano również osoby badane o ich cele związane z korzystaniem z CAM. Dane zawarto na histogramie 2.

Rycina 2. Cel związany z korzystaniem z CAM



Osoby badane stosują CAM w różnych celach. W celach leczniczych stosuje CAM 53,3% (N=147) osób, a w profilaktycznych 66,3% (N=183). Poprawa samopoczucia w związku z korzystaniem z CAM jest celem 63,4% (N=175) osób, natomiast dla samorozwoju stosuje te terapie 24,3% (N=67) badanych (rycina 2).

RÓŻNICE W WYBRANYCH POSTAWACH ZDROWOTNYCH

Badanie kwestionariuszem CACMAS pozwoliło na ustalenie różnic między grupami osób stosujących CAM łącznie/zamiast medycyny konwencjonalnej oraz niekorzystających z CAM w zakresie postaw zdrowotnych stanowiących podskale kwestionariusza. Wyniki w zakresie różnic międzygrupowych zawarto w tabeli 3.

Tabela 3. Różnice w podskalach kwestionariusza CACMAS u osób stosujących CAM łącznie z medycyną konwencjonalną (I grupa), zamiast medycyny konwencjonalnej (II grupa) i niekorzystających z CAM (III grupa)

Zmienne	Średnia ranga Mrang			Test Kruskala-Wallisa H	df	Istotność p	Wielkość efektu ϵ^2
	Nie stosują CAM	łącznie z MK	Zamiast MK				
Przychylność wobec CAM	203,46	390,11	536,36	221,185	2	0,00	0,38
Satysfakcja z MK	257,47	331,21	512,46	66,504	2	0,00	0,11
Wiarygodność CAM	213,99	390,23	503,08	185,348	2	0,00	0,31
Wiara w jedność ciała i umysłu	209,84	390,13	505,56	195,511	2	0,00	0,33
Wynik sumaryczny CACMAS	202,39	383,32	536,90	215,854	2	0,00	0,37

CAM – medycyna komplementarna i alternatywna; MK – medycyna konwencjonalna.

Kwestionariusz CACMAS pozwala zbadać zarówno nasilenie przekonań przychylnych CAM, jak i trzy postawy zdrowotne, które w wielu badaniach empirycznych okazały się charakterystyczne dla zwolenników CAM. Jak pokazują wyniki, podobne trendy kształtują się w badaniach polskich – najwyższe wyniki w poszczególnych podskalach osiągają osoby, które radykalnie wybierają metody CAM zamiast medycyny konwencjonalnej. Zgodnie z danymi zawartymi w tabeli korzystanie z CAM w każdym przypadku oznacza istotnie większe niż u osób niekorzystających z CAM nasilenie postaw przychylności wobec CAM, dysatysfakcji z doświadczeń z medycyną konwencjonalną, zaufania do metod CAM oraz wiary w jedność ciała i umysłu. Nasilenie tych postaw jest najwyższe u osób korzystających z CAM zamiast medycyny konwencjonalnej, a najniższe u osób niestosujących CAM.

WNIOSKI

Przeprowadzone badania ujawniły, iż prawie połowa badanych osób korzysta z CAM. Jest to wynik wysoki, który pozwala sformułować hipotezę, że w polskiej populacji może to być również wysoki odsetek. Potrzeba jednak dalszych badań na reprezentatywnej grupie populacji polskiej, aby sprawdzić, w jaki sposób kształtują się te tendencje, ostatnie badania pochodzą bowiem z 2011 r. (CBOS, 2011). Jeśli okaże się, że rzeczywiście statystyki te są tak wysokie, przedstawiciele nauk o zdrowiu i nauk społecznych powinni uświadomić sobie istnienie nowych wyzwań, którym powinny sprostać obie dziedziny. Liczby wskazujące na częstość korzystania z CAM świadczą bowiem o tym, że w Polsce istnieje grupa osób o specyficznych potrzebach i oczekiwaniach w zakresie podejścia do zapobiegania i leczenia chorób oraz dość liczna grupa wymagająca zarówno szczególnej uwagi, jak i specyficznych dla niej narzędzi pomiaru. Grupę tę stanowią nie tylko osoby niezadowolone z konwencjonalnych technik leczenia, lecz także przede wszystkim osoby mające specyficzną filozofię życiową, wiarę w jedność umysłu i ciała, holistyczne ujmowanie ludzkiego organizmu w kontekście relacji z otoczeniem. Wydaje się, że te tendencje w obliczu różnych problemów polskiej służby zdrowia, takich jak: niedofinansowanie, niedobory kadr medycznych, kolejki do specjalistów będą sprzyjały poszukiwaniu alternatywnych form leczenia. Nie bez znaczenia jest tutaj w dużej mierze pozytywny przekaz medialny na temat CAM i deficyt materiałów edukacyjnych ukazujących rzetelnie korzyści i zagrożenia z nimi związane. Zarysowuje się tutaj ważne zadanie badawcze i edukacyjne dla przedstawicieli nauk społecznych i nauk o zdrowiu. Potrzeby te dostrzegają sami pacjenci, którzy skarżą się na chaos informacyjny i trudności z dostępem do wiarygodnych źródeł informacji (Krzewińska, Dzimińska, Warwas i Wiktorowicz, 2021).

Wartością dodaną przeprowadzonych badań jest polska adaptacja kwestionariusza CACMAS. Umożliwi on dalsze prowadzenie badań naukowych w zakresie postaw związanych z CAM, co nie było do tej pory na terenie Polski możliwe z uwagi na brak takich narzędzi. Z uwagi na dobre właściwości psychometryczne, kwestionariusz stanowi cenne narzędzie do poznawania nowych danych na temat zjawisk związanych z rozwojem CAM w różnych grupach społecznych.

Struktura czynnikowa polskiej wersji CACMAS wraz z ładunkami czynnikowymi

Pozycja	I	II	III	IV
13. Zdrowie i choroba są odzwierciedleniem równowagi między pozytywnymi siłami wspomagającymi życie a negatywnymi siłami niszczącymi	0,84			
10. Zdrowie fizyczne i psychiczne jest utrzymywane dzięki działaniu wewnętrznej energii lub siły witalnej	0,80			
19. Uważam, że medycyna komplementarna (niekonwencjonalna) umożliwia mi branie bardziej aktywnego udziału w utrzymywaniu dobrego stanu zdrowia	0,64			
5. Mam lepsze relacje z osobą prowadzącą terapię komplementarną (np. uzdrowicielem, praktykiem medycyny niekonwencjonalnej) niż z moim lekarzem	0,60			
18. Po sesjach komplementarnej terapii (zastosowaniu medycyny niekonwencjonalnej) czuję się bardzo odprężony/-a	0,59			
12. Objawy występujące u pacjenta należy traktować jako przejaw ogólnego braku równowagi lub dysfunkcji wpływającej na cały organizm	0,58			
24. Uważam, że medycyna komplementarna (niekonwencjonalna) będzie bardziej skuteczna w utrzymaniu mojego zdrowia niż medycyna konwencjonalna	0,56			
2. Organizm ma przede wszystkim zdolność do samoleczenia się, a zadaniem osoby świadczącej opiekę zdrowotną jest pomoc w procesie leczenia	0,41			
1. Podczas ostatniej wizyty u lekarza, byłem/-am bardzo zadowolony/-a z opieki, jaką otrzymałem/-am R		0,85		
16. Podczas mojej ostatniej wizyty trudno było mi się porozumieć z moim lekarzem		0,80		
4. Gdy ostatnim razem miałem/-am istotne pytania dotyczące mojego zdrowia i zadałem/-am je lekarzowi, odpowiednio mi wszystko wyjaśnił R		0,80		
14. Podczas mojej ostatniej wizyty lekarz nie zrozumiał mojego problemu		0,78		
8. Mam duże zaufanie do lekarza, który mnie najczęściej leczy R		0,75		
27. Podczas mojej ostatniej wizyty lekarz nie poświęcił mi wystarczającej ilości czasu.		0,74		
26. Kiedy ostatnio byłem/am u lekarza, leczenie, które otrzymałem/am, było skuteczne w leczeniu/wyleczeniu mojej dolegliwości R		0,64		
11. Nie ufam lekarzom i szpitalom, więc korzystam z ich usług jak najrzadziej		0,44		
23. Należy odradzać stosowanie terapii, które nie zostały zweryfikowane w sposób uznany naukowo R			0,76	
9. Terapie komplementarne (medycyna niekonwencjonalna) to zagrożenie dla zdrowia publicznego. R			0,70	
6. Efekty terapii komplementarnych (medycyny niekonwencjonalnej) opierają się zwykle na efekcie placebo R			0,67	
15. Oczekiwanie, przekonania dotyczące zdrowia oraz wartości pacjenta należy włączyć do opieki nad nim				0,85
25. Cenię holistyczne podejście do leczenia pacjenta				0,73
3. Zdrowie mojego ciała, umysłu i ducha są ze sobą powiązane i ten, kto dba o moje zdrowie, powinien brać to pod uwagę				0,62
22. Terapie komplementarne (metody medycyny niekonwencjonalnej) opierają się na koncepcjach i metodach, z których medycyna konwencjonalna mogłaby skorzystać				0,40

α -współczynnik zgodności wewnętrznej alpha Cronbacha

REFERENCES

- Bains, S.S., Egede, L.E. (2011). Association of health literacy with complementary and alternative medicine use: a cross-sectional study in adult primary care patients. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11, 138, doi.org/10.1186/1472-6882-11-138
- Bann, C.M., Sirois, F.M., Walsh, E.G. (2010). Provider support in complementary and alternative medicine: exploring the role of patient empowerment. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(7), 745–752.
- Betthausen, L.M., Brenner, L.A., Forster, J.E., Hostetter, T.A., Schneider, A.L., Herna, T.D. (2014). A Factor Analysis and Exploration of Attitudes and Beliefs Toward Complementary and Conventional Medicine in Veterans. *Medical Care*, 52(12), 50–56.
- Bishop, F.L., Yardley, L., Lewith, G.T. (2007). A Systematic Review of Beliefs Involved in the Use of Complementary and Alternative Medicine. *Journal of Health Psychology*, 12(6), 851–867.
- CBOS. (2011). *Horoskopy, wróżby, talizmany – czyli magia wokół nas – Raport z badań*.
- Cianciara, D. (2012). Integracja medycyny tradycyjnej z akademicką. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93, 223–228.
- Duleba, K., Wysocki, M., Styczyński, J. (2008). Physicians attitudes towards complementary and alternative medicine in patients with cancer: preliminary report from pediatric and oncology centers. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 12(4 Pt 2), 1148–1154.
- Fjær, E.L., Landet, E.R., McNamara, C.L., Eikemo, T.A. (2020). The use of complementary and alternative medicine (CAM) in Europe. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20(1), 108.
- Gale, N. (2014). The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. *Sociology Compass*, 8(6), 805–822.
- Gardiner, P., Mitchell, S., Filippelli, A.C., White, L.F., Paasche-Orlow, M.K., Jack, B.W. (2013). Health Literacy and Complementary and Alternative Medicine Use Among Underserved Inpatients in a Safety Net Hospital. *Journal of Health Communication*, 18(1), 290–297.
- Goldstein, M. (2000). The Emergence of Alternative Medicine. In P. Brown (Ed.), *Perspectives in Medical Sociology*, 363–372. Long Grove: Waveland Press.
- Guillaud, A., Darbois, N., Allenet, B., Pinsault, N. (2019). Predictive factors of complementary and alternative medicine use in the general population in Europe: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 42, 347–354.
- Humańska, M., Nowicki, A. (2005). Postępowanie dodatkowe i alternatywne u kobiet chorych na raka piersi. *Współczesna Onkologia*, 9, 263–268.
- Köse, E., Ekerbiçer, H. Ç., Erkorkmaz, Ü. (2018). Complementary, Alternative and Conventional Medicine Attitude Scale: Turkish Validity Reliability Study. *Sakarya Medical Journal*, 8(4), 726–736.

- Krzewińska, A., Dzimińska, M., Warwas, I., Wiktorowicz, J. (2021). *Komunikacja naukowa w Polsce. Szczepionki, medycyna alternatywna, zmiany klimatyczne, GMO pod lupą*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Księżka-Koszałka, J. (2021). Psychological determinants of the use of complementary and alternative medicine – CAM. *Journal of Education, Health and Sport*, 11(12), 280–292.
- McFadden, K.L., Hernandez, T.D., Ito, T.A. (2010). Attitudes toward complementary and alternative medicine influence its use. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 6(6), 380–388.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (2000). *Expanding Horizons of Healthcare. Five Year Strategic Plan 2001–2005*.
- National Center for Complementary and Integrative Health. (2021). *NCCIH Strategic Plan FY 2021–2025. Mapping a Pathway to Research on Whole Person Health*. <https://nccih.nih.gov/about/nccih-strategic-plan-2021-2025>
- Nowakowska, K. (2018), February 1). Przychodzi baba do znachora. Przez długie kolejki do lekarzy coraz częściej korzystamy z usług uzdrowicieli. *Dziennik Gazeta Prawna*, <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1100904,polacy-lecza-sie-u-uzdrowicieli.html>, (dostęp: 6.05.2022).
- Nowicki, A., Jeziorska, M., Farbicka, P. (2013). Stosowanie metod komplementarnych w zmniejszaniu bólu, lęku, depresji i zaburzeń nastroju u kobiet leczonych z powodu raka piersi. *Nowotwory. Journal of Oncology*, 63, 8–15.
- Olchowska-Kotala, A. (2009). *Kto i dlaczego leczy się niekonwencjonalnymi metodami terapii?* Toruń: Adam Marszałek.
- Olchowska-Kotala, A., Barański, J. (2016). Polish physicians' attitudes to complementary and alternative medicine. *Complementary Therapies in Medicine*, 27, 51–57.
- Oliver, M.D., Baldwin, D. R., Datta, S. (2018). Health to Wellness: A Review of Wellness Models and Transitioning Back to Health. *The International Journal of Health, Wellness, and Society*, 9(1), 41–56.
- Orr, D.E., Fette, D. (2019). From parallel to partnership. Factors that develop integrative relationships between biomedical and alternative medical practitioners. *Leadership in Health Services*, 32(4), 493–508.
- Perdyan, A., Wasiukiewicz, M., Szastok, P., Jassem, J. (2021). The scope of complementary and alternative medicine in Poland. *Nowotwory. Journal of Oncology*, 71(6), 357–372.
- Piątkowski, W. (1990). *Spotkania z inną medycyną*. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Piątkowski, W. (2008). *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Piątkowski, W. (2014). Lecznictwo niemedyczne. Wybrane aspekty socjologiczne i formalno-prawne. *Konteksty Społeczne*, 4(2), 7–20.

- Puskulluoglu, A.M., Uchańska, B., Tomaszewski, K.A., Zygulska, A. L. (2021). Use of complementary and alternative medicine among Polish cancer patients. *Nowotwory. Journal of Oncology*, 71(5), 274–281.
- Siahpush, M. (1999). Why do people favour alternative medicine? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(3), 266–271.
- Tangkiatkumjai, M., Boardman, H., Walker, D. (2020). Potential factors that influence usage of complementary and alternative medicine worldwide : a systematic review. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20(363), 1–15.
- WHO. (2013). WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. *Alternative and Integrative Medicine*, 1–76. <https://doi.org/2013>
- Wojtecka, A., Wojnarowska, M., Zarzeczna-Baran, M., Bandurska, E. (2016). Medycyna tradycyjna i alternatywna w świetle badań wybranych krajów. W: M. Warchał (red.), *Cywilizacja zdrowia*, s. 13–24. E-bookowo.
- Woźniak-Holecka, J., Zborowska, K., Holecki, T. (2010). Medycyna alternatywna jako uzupełniająca forma leczenia chorób nowotworowych w opinii pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia*, 1, 21–28.
- Zörge, S., Purebl, G., Zana, Á. (2018). A qualitative study of culturally embedded factors in complementary and alternative medicine use. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 18(1), 25.