

UDK 615.8:316](497.5)

Izvorni znanstveni rad.
Primljeno: 25. 07. 2014.
Prihvaćeno: 2. 10. 2014.

KOMPLEMENTARNA I ALTERNATIVNA MEDICINA U HRVATSKOJ: TESTIRANJE TRIJU HIPOTEZA

Željko Pavić i Goran Milanović

Odjel za kulturologiju
Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku
Trg Svetog Trojstva 3, 31000 Osijek
e-mail: zpavic@unios.hr

Sažetak

Novija istraživanja pokazuju da komplementarnu i alternativnu medicinu (KAM) koristi veliki broj stanovnika zapadnih zemalja. Polazeći od ranijih istraživanja i postojećih objašnjenja ovoga fenomena, u ovome se radu testiraju tri hipoteze: hipoteza postmodernih vrijednosti, hipoteza dehumanizacije te hipoteza komplementarnosti. Rezultati korelacijskog istraživanja provedenog na uzorku hrvatske populacije (N=500) pokazali su da je oko 15% sudionika istraživanja koristilo KAM u posljednjih 5 godina, kao i da oko 45% sudionika istraživanja ima više ili podjednako povjerenja u KAM u usporedbi s konvencionalnom medicinom. Također je utvrđeno da se na temelju podataka iz ovoga istraživanja hipoteza dehumanizacije može u potpunosti odbaciti, dok hipoteza postmodernih vrijednosti može biti djelomično, a hipoteza komplementarnosti potpuno prihvaćena. Testiranje sociodemografskih korelata pokazalo je rezultate slične onima iz prethodnih istraživanja – obrazovaniji pojedinci, pojedinci s višim prihodima i žene češći su korisnici KAM-a. Autori ovoga rada stoga zaključuju da u Hrvatskoj KAM predstavlja dodatnu opciju za one pojedince koji vjeruju da se zdravlje treba definirati i postizati na holistički način, a ne isključivo korištenjem farmaceutskih sredstava. Ovi rezultati mogu biti protumačeni pomoću hrvatskog društvenog konteksta, tj. djelomično objašnjeni specifičnim razvojem hrvatskog zdravstvenog sustava. Uz metodološka ograničenja ovog istraživanja, ovakav specifičan društveni kontekst u određenoj mjeri otežava generaliziranje utvrđenih rezultata.

Ključne riječi: Alternativna i komplementarna medicina, alternativne terapije, Hrvatska, zdravstvena studija, postmoderno društvo, društvene vrijednosti

UVOD

Najčešće definirana kao skup medicinskih znanja i praktičnih postupaka koji nisu prihvaćeni kao dio medicinskog *mainstreama*, komplementarna i alternativna medicina (KAM) obuhvaća širok spektar različitih pristupa pitanjima zdravlja i liječenja. Prema Ernstu i sur. (1995:506), KAM se može definirati kao „dijagnoza, tretman i/ili prevencija koja dopunjava *mainstream* medicinu doprinoseći zajedničkom cilju, zadovoljavajući potražnju koju ortodoksni pristupi nisu zadovoljili, ili diverzificirajući konceptualni okvir medicine“. Za Falkenberga i sur. (2012), KAM se sastoji od svih medicinskih sustava i

terapija, koji se obično nalaze izvan konvencionalne zdravstvene skrbi, a koji su zasnovani na znanju, vještinama i praksama izvedenim iz teorija, filozofija i iskustva korištenih da se održi i poboljša zdravlje te prevenira i liječi bolesti. Unatoč njihovim međusobnim razlikama, različite vrste KAM-a dijele nekoliko epistemoloških sličnosti. Primjerice, Fulder (1998) naglasak na samoliječenje, rad sa simptomima, a ne protiv njih, individualnost, holistički pristup, poštivanje univerzalnih načela koja povezuju živa bića i njihovu okolinu te nepostojanje fiksnog početka ili završetka tretmana. S druge strane, Kaptchuk i Eisenberg (1998) naglašavaju orijentaciju prema prirodi, vitalizam, znanost i duhovnost kao temeljna obilježja KAM-a. U metodološkom pogledu, umjesto korištenja eksperimentalnih randomiziranih kontroliranih kliničkih studija, KAM se često oslanja na dokaze derivirane iz kanonskih tekstova ili navodne duge akumulacije znanja koje proizlaze iz kliničkog iskustva, promatranja i testiranja. Eksperimentalne randomizirane kontrolirane kliničke studije ponekad se odbacuju zbog njihove navodne sljepoće na holistički i individualizirani pristup tipičan za KAM (Polich i sur., 2010).

U Hrvatskoj bi trebalo povući jasnu distinkciju između narodne medicine i KAM-a jer je riječ o različitim fenomenima s različitim povijesnim korijenima i socijalnom osnovicom. Hrvatska narodna medicina dio je kulturalne tradicije te je blisko povezana s herbalizmom i magijskom tradicijom (Randić, 2003). Iako narodna medicina uključuje razne postupke liječenja te razrađene ideje o tijelu i zdravlju, najčešće je povezana s 'demonističkom' teorijom nastanka bolesti, u kojoj se tradicionalni iscjelitelji trebaju boriti protiv 'zlih duhova' i 'vradžbina' bačenih na bolesnu osobu (Brenko, 2004). S druge strane, KAM je u Hrvatskoj relativno noviji fenomen, povezan s marketizacijom zdravstva i slobodom zdravstvenih izbora (Bukovčan, 2010).

Rezultati novijih studija pokazuju da je korištenje KAM-a rašireno među općom populacijom zapadnih zemalja. Na primjer, procijenjena jednogodišnja prevalencija u nekim zemljama kreće se od 12,4% u Kanadi (Metcalf i sur., 2010) do 44,0% u Ujedinjenom Kraljevstvu (Posadzki i sur., 2013), odnosno 48,7% u Norveškoj (Fønnebo i Launsø, 2009). Procjene prevalencije KAM-a u nekim istočnoeuropskim zemljama znatno su niže te iznose oko 6% u Sloveniji (Kersnik 2000), 7% u Rumunjskoj (Dragan i Odde Madsen, 2011) te 13% u Mađarskoj (Buda i sur., 2006). Može se napomenuti da raznolike brojke koje se odnose na prevalenciju dobivene u istraživanjima mogu odražavati različite društvene kontekste, ali također mogu biti i posljedica korištenja različitih vrsta istraživačkih nacrti, mjerenja i definicija KAM-a. Stoga u ovom trenutku vjerojatno nije moguće doći do pouzdanih općenitih zaključaka koristeći postojeće podatke u meta-analizi (Eardley i sur., 2012). Nažalost, kvantitativna istraživanja prevalencije i razloga korištenja KAM-a u Hrvatskoj dosad nisu rađena. Jedino istraživanje koje je pokušalo objasniti razloge navodnog porasta popularnosti KAM-a u Hrvatskoj (Bukovčan, 2008) bilo je etnografske (kvalitativne) naravi. Oslanjajući se na pomoć ključnih informanata (terapeuta KAM-a), navedena je studija potvrdila da su KAM terapeuti bili vrlo rijetki u Hrvatskoj prije 1990-ih, ali isto tako, s obzirom na svoj dizajn, ova studija nije mogla donijeti kvantitativne procjene prevalencije KAM-a niti razloga njezinog korištenja. Širenje KAM-a izazvalo je različite reakcije te su se stoga pojavili i različiti načini regulacije odnosa između KAM-a, konvencionalne medicine i države. Komplementarna

i alternativna medicina u Hrvatskoj zakonski je podregulirana i nije doživjela gotovo nikakvu vrstu javnog priznanja koje bi vodilo do njezine profesionalizacije. Prema *Zakonu o zdravstvenoj skrbi* (Narodne novine, 150/08), samo doktori medicine smiju samostalno prakticirati medicinu. Polje KAM terapija pravno je neregulirano i otvoreno svakome, s obzirom na to da ne postoje obvezne licence za KAM terapeute. Kada su u pitanju KAM preparati, samo homeopatski produkti su regulirani *Zakonom o lijekovima* (Narodne novine, 76/13). Stoga se, imajući u vidu zakonodavnu regulaciju KAM-a, hrvatski zdravstveni sustav vjerojatno može svrstati među 'tolerantne' sustave (za pregled KAM regulacije, vidjeti Cant i Sharma, 1999). Neke inicijative čiji je cilj bio profesionalizacija/licenciranje KAM-a u Hrvatskoj nisu bile uspješne. Primjerice, zajedničko povjerenstvo sastavljeno od Vladinih predstavnika (doktora medicine) i predstavnika KAM terapeuta 2004. godine nije uspjelo doći do zajedničkog prijedloga o proširenoj pravnoj regulaciji KAM-a u Hrvatskoj. Često je mišljenje među KAM terapeutima da se doktori medicine odupiru licenciranju KAM-a kako mu ne bi dali dodatnu legitimaciju, a u pojedinim slučajevima kako bi čak i stekli monopol nad određenim medicinskim tradicijama poput akupunkture (Bukovčan, 2010).

Spomenuti manjak istraživanja u Hrvatskoj, niži stupanja javnog zanimanja za KAM te manjak zakonodavne regulacije i javnih politika u ovome području mogu se objasniti evocirajući povijesni razvitak hrvatskog zdravstvenog sustava. Općenito govoreći, tijekom druge polovine 20. stoljeća hrvatski je zdravstveni sustav bio financiran kroz mješavinu proračunskih izdvajanja te doprinosa iz zdravstvenog osiguranja, pri čemu je država imala odlučujući utjecaj na donošenje odluka. Krajem spomenutog razdoblja, postignuta je gotovo potpuna pokrivenost populacije kada je zdravstveno osiguranje u pitanju, s visokim stupnjem financijske solidarnosti usmjerene prema onim građanima čije zdravstveno osiguranje nije moglo pokriti neke medicinske postupke (Zrinščak, 2007).¹ Pluralizam medicinskih usluga bio je ograničen na rijetke privatne prakse od 1980-ih nadalje, najčešće pokrenutih od strane liječnika paralelno zaposlenih u državnom (javnom) zdravstvu (Zrinščak, 2007). Također, u ovom je razdoblju biomedicina u velikoj mjeri zamijenila narodnu medicinu uobičajenu za hrvatska ruralna područja. Iako opisane okolnosti nisu bile pogodne za razvoj medicinskog tržišta, tranzicija prema kapitalizmu tijekom 1990-ih dovela je do postupne diverzifikacije pružanja zdravstvene skrbi (Mastilica i Kušec, 2005), uključujući i pojavu alternativnih terapijskih pristupa 'uvezenih' sa Zapada. Dakle, sloboda izbora i pojačana marketizacija zdravstvene skrbi mogli bi voditi do rastućeg korištenja komplementarne i alternativne medicine. U ovome trenutku, korištenje KAM-a u Hrvatskoj predstavlja direktni trošak za korisnike (plaćanje 'iz džepa'), s obzirom na to da alternativne terapije nisu pokrivene obveznim zdravstvenim osiguranjem ili osiguravajućim planovima koje na tržištu nude osiguravajuće kuće. Marketizacija hrvatskog zdravstvenog sustava, koju se može pratiti i kroz rastuće udjele privatnih troškova u ukupnim zdravstvenim troškovima (Zrinščak

¹ Primjerice, zdravstveno osiguranje poljoprivrednika nije bilo dovoljno visoko da pokrije troškove bolničkog liječenja.

i Matković, 2006), dovodi do opadajućih komparativnih prednosti na strani konvencionalnih terapeuta (doktora medicine) čije su usluge pokrivenne obveznim zdravstvenim osiguranjem.

Za sociologe, istraživanje KAM-a može biti primjer vježbe 'sociološke imaginacije' (C.W. Mills), prilikom čega naizgled osobne i idiosinkratične okolnosti mogu biti protumačene pomoću šireg strukturalnog konteksta (Stratton i McGovern-Snofsky, 2008: 778). Primjerice, mikro-varijable (npr. korištenje KAM-a ili stavovi prema KAM-u) mogu biti povezane s makrodruštvenim konstruktima poput birokratizacije, promjene društvenih vrijednosti, (post)modernizacije, marketizacije i individualizacije. Uz pomoć sociološkog teoretiziranja i metodološkog aparata, zagonetka visoke prevalencije KAM-a može barem djelomično biti riješena. Štoviše, sociološko istraživanje KAM-a donosi i potencijal teorijske integracije, tj. postizanja svojevrstne konstruktne valjanosti spomenutih apstraktnih teorijskih konstrukata. Sociološki doprinosi proučavanju KAM-a osobito su dobrodošli u zemljama poput Hrvatske, u kojoj je tranzicija prema kapitalizmu donijela nagle promjene društvene strukture i društvenih vrijednosti (Županov, 2002). Marketizacija zdravstvenog sustava, praćena intenzivnijom kulturnom razmjenom te promjenama društvenih vrijednosti (npr. Rimac, 2010), mogla bi donijeti novu raznolikost i pluralizam na medicinska tržišta. Svi ovi procesi mogu se manifestirati kao povećani potrošački izbor, otvorenost prema alternativnim medicinskim tradicijama i ekstenzivnijim definicijama zdravlja koje naglašavaju važnost duhovnosti i životnog stila.

ISTRAŽIVAČKE HIPOTEZE

Stratton i McGovern-Snofsky (2008) tvrde da se dosadašnja istraživanja KAM-a mogu podijeliti u tri skupine. Prva skupina obuhvaća one studije koje nastoje utvrditi sociodemografske korelate korištenja KAM-a, bez utvrđivanja njihovih intervenirajućih/antecedentnih čimbenika. U drugoj se skupini nalaze istraživanja u kojima se utvrđuju sociopsihološke varijable (npr. depresija), pretpostavljajući da KAM može pomoći u ublažavanju psiholoških problema ili olakšavanju svakodnevnog funkcioniranja. Treća skupina uključuje studije koje identificiraju uzroke korištenja KAM-a koji se mogu povezati s nezadovoljstvom s konvencionalnom medicinom i njezinim potencijalnim ili stvarnim negativnim posljedicama i nuspojavama. Uz postojeće tri skupine, Stratton i McGovern-Snofsky definiraju i četvrtu skupinu, koja se općenito može nazvati „sociološki pristup KAM-u“, pri čemu ovaj pristup obuhvaća sve one studije koje problematiziraju socio-strukturne utjecaje na ponašanje pojedinaca, kada su u pitanju korištenje KAM-a ili stavovi prema njemu.

Istraživanje koje će biti prezentirano u ovome radu može biti svrstano u prvu, treću i četvrtu skupinu. Osim istraživanja sociodemografskih korelata, u ovoj studiji testirane su tri hipoteze kojima se pokušava objasniti korištenje KAM-a. Prva i sociološki najjače obojena hipoteza, često nazivana i *hipoteza postmodernih vrijednosti*² (primjerice,

2 U originalu: *postmodern hypothesis*.

Kumar, 2003), naglašava postmodernizaciju društva, odnosno promjene društvenih vrijednosti kao najvažnije determinante privlačnosti KAM-a. Kao dvije najvažnije promjene društvenih vrijednosti, mogu se istaknuti opadanje povjerenja u glavne društvene institucije te porast individualizma s pratećim idejama o osobnom razvoju. Prema poznatom modelu Ronalda Ingleharta, kulturni, politički i ekonomski procesi grupiraju se u logične konfiguracije, čineći stoga neke pravce društvenog razvoja vjerojatnijim od drugih. Nadograđujući teoriju modernizacije, Inglehart smatra da rastuće razine društvenog blagostanja vode do postmodernizacije u kojoj se naglasak na materijalni prosperitet, birokratizaciju i znanstvenu racionalnost zamjenjuju vrijednostima individualne autonomije, pluralizma i samoizražavanja (Inglehart, 1997). Prema njemu, erozija povjerenja u društvene institucije, koja se može identificirati u anketnim istraživanjima, može biti pripisana rastućim razinama egzistencijalne sigurnosti u formativnim godinama koja smanjuje potrebu za protektivnim hijerarhijskim institucijama i jakim društvenim/političkim liderima. Iako kratkoročne promjene ekonomskih okolnosti mogu voditi do rastućih razina materijalizma i kolektivizma, čini se da dugoročni ekonomski rast i generacijske promjene vode do jačanja spomenutih postmaterijalističkih/postmodernih vrijednosti (Abramson i Inglehart, 1995). Na filozofskoj razini, ove promjene društvenih vrijednosti mogu biti stavljene u kontekst postmodernog gubitka vjere u „velike naracije“ (Lyotard), tj. mogu biti povezane sa slabljenjem sveobuhvatnih ideologija koje su bile sposobne sve društvene procese i individualne biografije pozicionirati u koherentan i vjerodostojan referentni okvir (Pavić, 2013). Stoga odbijanje moderne vjere u Razum vodi do „naglasaka na intuiciju, svakodnevni život, lokalno zanje, specifično, kontingentno, osobno svjedočenje i direktno iskustvo, radije no teoriju i apstrakcije“ (Curtler, 1997: 29).

Čini se kako se ovakve promjene društvenih vrijednosti mogu teorijski povezati s jačim povjerenjem u KAM i njegovim češćim korištenjem. Niže povjerenje u društvene institucije, uključujući i znanost i biomedicinu, te naglasak na individualnu autonomiju vode do epistemološkog pluralizma i skepse prema svim istinama koje nisu intuitivno plauzibilne i osvjedočene osobnim iskustvom. Naglasak na holizam i duhovnost, kao neodvojiva obilježja KAM-a, čine se posve podudarnim s ovim vrijednostima. Iako se može argumentirati da korištenje KAM-a ne predstavlja potpuno odbacivanje znanosti i svakog oblika autoriteta te da čak može biti promotreno i kao porast medikalizacije i socijalne kontrole (Kumar, 2003), čini se da je suvremeno medicinsko polje strukturirano oko istinski novog tipa medicinskog pluralizma (Cant i Sharma 1999).

Druga hipoteza, koju možemo nazvati *hipotezom dehumanizacije*, tvrdi da se privlačnost KAM-a može pripisati dehumanizirajućim aspektima suvremene konvencionalne medicine, poput nedostatka vremena za pacijente („pristup tekuće vrpce“) i sebičnim profitnim interesima medicinskih profesija i farmaceutske industrije („big pharma“) (Stoneman i sur., 2013). Prema ovoj hipotezi, povećavana marketizacija i birokratizacija zdravstvenog sustava vodi do nezadovoljstva s konvencionalnom medicinom i do povećane učestalosti korištenja komplementarne i alternativne medicine. Alocirajući više vremena svojim pacijentima i pokazujući iskreni interes za njihovo blagostanje,

KAM terapeuti postižu veći stupanj zadovoljstva svojih klijenata u usporedbi s konvencionalnim liječnicima (doktorima medicine) (Cant, 2005). Sažeto govoreći, ovom se hipotezom tvrdi da barem jedan dio privlačnosti KAM-a može biti atribuiran manjku personaliziranog pristupa, a ne zdravstvenim ishodima u užem smislu riječi.

Treća hipoteza, koju se može nazvati *hipotezom komplementarnosti*, upućuje na mogućnost da korištenje KAM-a ne mora biti u suprotnosti s korištenjem konvencionalne medicine, niti s pozitivnim stavovima prema njoj. Drugim riječima, ovom se hipotezom tvrdi da korištenje KAM-a može biti komplementarno korištenju konvencionalne medicine. KAM može biti korišten kao dodatak u situacijama u kojima konvencionalna medicina ne može pacijentu pružiti izvjestan lijek (npr. muskuloskeletalni problemi³ ili migrena) ili kada pacijent jednostavno želi dodatni tretman (Arthur i sur., 2013). U ovome smislu, i konvencionalna medicina i KAM mogu koegzistirati u suvremenom pluralističkom medicinskom polju, barem sa stajališta pacijenata.

Iako je često teorijski elaborirana, empirijski testovi hipoteze postmodernih vrijednosti uz korištenje reprezentativnih uzoraka relativno su rijetki. Primjerice, nakon istraživanja na malom (N=209) probabilističkom uzorku u Australiji, Siahpush (1999a) je zaključio da rašireni postmoderni pogledi na zdravlje (holizam, individualna odgovornost za zdravlje i mogućnost njegovog kontroliranja, preferiranje prirodnih proizvoda nauštrb farmaceutike i sl.) mogu biti razlog rasta popularnosti KAM-a. U nešto rigoriznijem testu (probabilistički uzorak, N=787), isti autor (Siahpush, 1999b) utvrdio je da su postmoderni pogledi na zdravlje snažno korelirani s pozitivnim stavovima prema KAM-u. Empirijske studije vezane uz dvije preostale hipoteze također su donijele nekonkluzivne rezultate. U prethodno spomenutom istraživanju, Siahpush (1999b) je nezadovoljstvo s konvencionalnom medicinom podijelio u dva tipa: nezadovoljstvo medicinskim ishodom i nezadovoljstvo medicinskim susretom. Prvi tip se donekle podudara s našom hipotezom komplementarnosti, a drugi s hipotezom dehumanizacije. Obje vrste nezadovoljstva u toj su se studiji pokazale nepovezanim sa stavovima prema KAM-u. S druge strane, u kvalitativnoj studiji pacijenata s uznapredovalim stadijem karcinoma, Correa-Velez i sur. (2005) utvrdili su da se KAM najčešće koristi kao dopuna klasičnom liječenju, a ne kao njegova suprotnost. U sličnoj studiji, Lee-Treweek (2002) je utvrdila da su i nezadovoljstvo s ishodima i nezadovoljstvo sa susretima povezani s povjerenjem prema KAM-u. Stoneman i sur. (2013) utvrdili su da 40% britanske populacije ima simultana pozitivna vjerovanja o uspješnosti homeopatije i konvencionalne medicine. Parcijalnu potvrdu hipoteza dehumanizacije i komplementarnosti može se pronaći i u istraživanju rađenom na populaciji starijih ljudi u Njemačkoj, napravljenoj od strane Büssinga i sur. (2011). Autori ove studije ustanovili su da većina sudionika istraživanja koriste konvencionalnu medicinu i KAM kao komplementarne načine liječenja te da je vrijeme posvećeno pacijentima od strane KAM terapeuta snažan prediktor preferencija

³ Prema pregledu literature koji su napravili Eardley i sur. (2012), muskuloskeletalni problemi predstavljaju medicinska stanja koja su najčešći razlog posezanja za komplementarnom i alternativnom medicinom u Europskoj uniji.

prema KAM-u. S druge strane, većina sudionika istraživanja nije bila nezadovoljna konvencionalnom medicinom. I na kraju, nekoliko studija (Blais i sur., 1997; Buda i sur., 2006) koje su pokušale utvrditi korelaciju između posjeta alternativnim terapeutima i posjeta doktorima medicine ustanovile su da je ova korelacija pozitivna u sekundarnoj zdravstvenoj skrbi, ali i negativna u primarnoj zdravstvenoj skrbi.

Postojeća istraživanja vezana za sociodemografske korelate korištenja KAM-a upućuju na zaključak da su, barem u razvijenim zemljama, obrazovaniji pojedinci, pojedinci višeg dohotka i žene češći korisnici KAM-a. S druge strane, istraživanja povezanosti između dobi i korištenja KAM-a te vrste naselja u kojoj pojedinac živi (urbano-ruralno, veličina naselja) donijela su nekonkluzivne rezultate. Primjerice, Metcalfe i sur. (2010) pronašli su da su šanse da žena bude korisnik KAM-a 1,97 veće od šansi da muškarac bude korisnik KAM-a, da su šanse da osoba sa završenim post-sekundarnim obrazovanjem koristi KAM 2,51 puta veće od šansi osoba koje nisu završile sekundarno obrazovanje te da su šanse osobe iz najvišeg imovinskog kvintila 1,71 veće od osobe iz najnižeg kvintila. U ovoj je studiji također utvrđeno da se najvjerojatniji korisnici KAM-a nalaze u dobnoj skupini od 25-44 godine. Conboy i sur. (2005) ustanovili su da su kod većine vrsta KAM-a žene češći korisnici od muškaraca, kao i da su korisnici KAM-a u prosjeku obrazovaniji i imućniji od nekorisnika. Spinks i Hollingsworth (2012) utvrdili su da su ženski spol i više obrazovanje povezani s češćim korištenjem KAM-a. Schernhammer i sur. (2009) utvrdili su da su više formalno obrazovanje i ženski spol prediktori favoriziranja KAM terapije kod oboljelih od karcinoma. S druge strane, Van der Schee i Groenewegen (2010) nisu pronašli statistički značajnu povezanost između spola, godina i stupnja obrazovanja i povjerenja u KAM. Conboy i sur. (2005) pronašli su da je dob povezana s korištenjem različitih tipova KAM-a, ali na različite načine. Oni tipovi KAM-a koji uključuju korištenje usluga terapeuta, poput kiropraktike i akupunkture, povezani su s višom dobi, dok su oni tipovi koji ne uključuju terapeuta povezani s nižom dobi korisnika. Steinsbekk i sur. (2009) utvrdili su da je u Norveškoj stupanj obrazovanja blago negativno, a u SAD-u snažno pozitivno povezan s korištenjem KAM-a. Ovi su autori također utvrdili da se u SAD-u najveći udio KAM korisnika može pronaći u dobnoj skupini od 30-49 godina, a u Noveškoj u dobnoj skupini od 30-59 godina. Veza između vrste naselja (urbano-ruralno) i korištenja KAM-a je znatno manje istražena od veza drugih sociodemografskih varijabli i korištenja KAM-a. Neke studije (npr. Mäntyranta i sur., 1999) ustanovile su da su stanovnici urbanih naselja češći korisnici KAM-a, ali su neke studije ustanovile da je ova veza obrnuta (Adams i sur., 2011) ili nepostojeća (Robinson i Chesters, 2008).

Imajući u vidu da su testiranja ranije spomenutih hipoteza nekonkluzivna te da su simultani testovi ovih hipoteza rijetki, u ovom su empirijskom istraživanju postavljene i testirane sljedeće hipoteze:

- H1: Korištenje KAM-a bit će češće, a stavovi prema KAM-u pozitivniji među mladim, obrazovanijim, imućnijim pojedincima, stanovnicima gradova te ženama.
- H2: Korištenje KAM-a bit će češće, a stavovi prema KAM-u pozitivniji među pojedincima koji imaju postmoderne poglede na zdravlje te koji izražavaju niži stupanj povjerenja u društvene institucije.

- H3: Korištenje KAM-a bit će češće, a stavovi prema KAM-u pozitivniji među pojedincima koji smatraju da je suvremena konvencionalna medicina dehumanizirana.
- H4: Korištenje KAM-a bit će češće, a stavovi prema KAM-u pozitivniji među pojedincima koji smatraju da KAM može biti korišten kao komplementarni način liječenja.

UPITNIK I OPERACIONALIZACIJA

Istraživač koji pokušava izmjeriti učestalost korištenja komplementarne i alternativne medicine od početka se suočava s fundamentalnim pitanjem – što je KAM i koje prakse i aktivnosti se mogu smatrati KAM-om? Osim toga, dvije dodatne dileme trebaju biti riješene: samostalno korištenje KAM-a nasuprot odlasku k terapeutu te izbor adekvatnog vremenskog okvira u anketnom istraživanju. Prva dilema proizlazi iz činjenice da KAM može biti korišten na dva različita načina, tj. posjetom alternativnom terapeutu ili autonomnim korištenjem tretmana i preparata. Korištenjem delphi metode uz participaciju eksperata iz nekoliko geografskih regija (SAD, Zapadna Europa, UK i Kanada), Lachance i sur. (2009) došli su do zaključka o potrebi razdvajanja dvaju različitih načina korištenja KAM-a. Eksperti koji su sudjelovali u tom istraživanju složili su se da se herbalna medicina, akupunktura, homeopatija, tradicionalna kineska medicina, kiropraktika, naturopatija, osteopatija, Ayurvedska medicina i masažna terapija trebaju uključiti u istraživanja koja problematiziraju KAM vezan uz korištenje usluga terapeuta. S druge strane, homeopatski produkti, biljni pripravci, pripravci tradicionalne kineske medicine, naturopatski produkti i nutricionistički produkti predstavljaju samostalno korištenje KAM-a. U naše istraživanje uključili smo gotovo sve tipove KAM-a spomenute u navedenoj studiji, s izuzetkom herbalizma i nutricionističkih pripravaka. Takva je odluka donesena zbog mogućnosti da se korištenje biljnih pripravaka od strane sudionika istraživanja shvati na vrlo širok i dvosmislen način koji bi u KAM uključivao čak i konzumaciju biljnih čajeva ili vitaminskih pripravaka. Stoga je isključivanje herbalizma, prema našem mišljenju, pridonijelo jasnijoj, iako i užoj, konceptualizaciji KAM-a. Iako je razumno pretpostaviti da neki od tipova KAM-a, poput tradicionalne kineske i Ayurvedske medicine, nisu osobito često prisutni u Hrvatskoj, nije bilo razloga za njihovo isključenje s liste jer im je značenje relativno jasno i nedvosmisleno. S druge strane, iako anegdotalni dokazi kažu da su u Hrvatskoj relativno često prisutne razne vrste energetske i duhovne medicine, i ovdje nam se činilo da bi njihovo uključivanje u istraživanje doprinijelo znatno manje jasnoj konceptualizaciji KAM-a. Primjerice, na taj bi način i osobna molitva ili odlazak u crkvu mogli biti smatrani dijelom KAM-a. Osim toga, iz postojećih radova o narodnoj medicini u Hrvatskoj može se zaključiti da duhovna medicina po svojim socijalnim korijenima i epistemološkim postavkama prije pripada upravo tradiciji narodne medicine, a ne KAM-u. U istraživanju nismo razdvajali samostalno korištenje KAM-a i korištenje pripravaka, a osnovni je razlog za to relativno kratko trajanje telefonskih intervjua. Druga ranije spomenuta dilema prisutna je u svim istraživanjima u kojima se pokušava

mjeriti učestalost ljudskog ponašanja. U našem istraživanju prihvatili smo uputu danu od strane Bradburna i sur. (2004), a koja kaže da nam jača salijentnost pojedinog ponašanja omogućava korištenje dužeg vremenskog okvira u kojemu se određeno ponašanje dogodilo ili nije dogodilo. Imajući u vidu činjenicu da korištenje KAM-a, barem na način na koji je to definirano u našem istraživanju, vjerojatno predstavlja salijentno i relativno rijetko ponašanje, u našem istraživanju koristili smo petogodišnji vremenski okvir. Preciznije govoreći, sudionici istraživanja trebali su reći jesu li u posljednjih pet godina koristili bilo koji od tipova KAM-a koji su im navedeni, a frekvencija takvog ponašanja nije mjerena. Naime, unatoč salijentnosti tog ponašanja, pretpostavili smo da se sudionici istraživanja ne bi na pouzdan način mogli prisjetiti učestalosti toga ponašanja u posljednjih pet godina. Kako je navedeno, kako bi se sudionicima istraživanja razjasnilo što se smatra KAM-om te kako bi se olakšalo prisjećanje, lista ranije navedenih tipova KAM-a (akupunktura, homeopatija, tradicionalna kineska medicina, kiropraktika, naturopatija, osteopatija, Ayurvedska medicina i masažna terapija) te vrsta KAM pripravaka (homeopatski produkti, pripravci tradicionalne kineske medicine, naturopatski produkti) pročitana je sudionicima istraživanja.

Imajući u vidu da je korištenje KAM-a u Hrvatskoj vjerojatno manje prihvaćeno i da nije često prisutno u javnom diskursu, pretpostavili smo da bi neki sudionici istraživanja mogli biti neskloni otkriti vlastito korištenje KAM-a. Osim toga, korištenje KAM-a često je korelirano sa zdravstvenim statusom pojedinca (npr. vidjeti Millar 1997), što pojedinca također može učiniti manje sklonim priznati korištenje KAM-a, a može i unižeti dodatnu grešku u mjerenje povezanosti korištenja KAM-a i drugih varijabli. Dakle, smatrali smo da bi mjerenje stavova prema KAM-u moglo biti jače povezano s drugim varijablama, nego što je to slučaj s korištenjem KAM-a, te da bi pojedinci lakše otkrili pozitivan stav prema KAM-u nego korištenje KAM-a. Stoga je sudionicima istraživanja postavljeno sljedeće pitanje: „Kome više vjerujete, konvencionalnoj medicini ili KAM-u?“, s mogućim opcijama odgovora navedenim kao „konvencionalna medicina“, „komplementarna i alternativna medicina“ te „objema podjednako“. Važno je napomenuti da je pitanje o stavovima prema KAM-u bilo postavljeno nakon pitanja o korištenju KAM-a te je zbog toga sudionicima istraživanja već bilo poznato koje su vrste medicinskih tradicija u ovome istraživanju uključene u KAM.

Kako bi se testiralo hipoteze postavljene u ovom istraživanju, nekolicina tvrdnji (Likertov tip, pet stupnjeva slaganja od „uopće se ne slažem“ do „potpuno se slažem“) vezanih uz različite vrste stavova prema konvencionalnoj medicini i KAM-u uključene su u upitnik. Kako bi se utvrdila faktorska struktura ovih tvrdnji, provedena je analiza glavnih komponenti sa svojstvenim vrijednostima većim od 1 kao kriterijem izlučivanja komponenti te ortogonalnom (varimax) rotacijom inicijalne solucije. Rezultati (prikazani u tablici 1) pokazuju postojanje triju faktora koji ukupno objašnjavaju 65,97% varijance. Na prvom faktoru (koji objašnjava 25,20% ukupne varijance) visoka opeterećenja imaju tvrdnje koje označavaju skepticizam u pogledu profesionalizma i integriteta medicinskih profesionalaca (doktora medicine). Stoga je ovaj faktor nazvan ‘**dehumanizacija konvencionalne medicine**’ te je uključen u daljnje analize kao prediktorska varijabla.

Izračunata mjera pouzdanosti (Cronbachov alfa) iznosi 0,76. Drugi faktor (koji objašnjava dodatnih 20,82% ukupne varijance) visoko je opterećen tvrdnjama u kojima se KAM percipira kao dodatna mogućnost prilikom biranja medicinskih tretmana. Stoga je ovaj faktor nazvan ‘**komplementarno korištenje KAM-a**’ (Cronbachov alfa=0,79). Treći faktor (19,92% ukupne varijance) visoko je opterećen tvrdnjama u kojima se odbacuje korištenje farmaceutskih pripravaka te tvrdnjama u kojima se pokazuje slaganje sa samoizlječujućim moćima ljudskog tijela. Imajući u vidu takvu kompoziciju i ranije teorijske postavke, ovaj je faktor nazvan ‘**postmoderni stavovi prema zdravlju**’ (Cronbachov alfa=0,66).

Tablica 1. *Analiza glavnih komponenti tvrdnji vezanih uz KAM (faktorska opterećenja)*

TVRDNJA	F 1	F 2	F 3
Prirodni lijekovi uspješniji su od farmaceutskih lijekova	0,09	0,23	0,76
Farmaceutski lijekovi čine više štete nego koristi	0,25	-0,04	0,73
Ljudsko tijelo može se samo izliječiti bez upotrebe lijekova	-0,10	0,09	0,78
Današnji liječnici nemaju blisku vezu sa svojim pacijentima	0,72	0,11	0,20
Liječnici su pod snažnim utjecajem farmaceutske industrije prilikom propisivanja lijekova	0,83	0,14	-0,05
Današnji su liječnici više zainteresirani za profit, nego za brigu o pacijentima	0,86	0,00	0,07
KAM može pomoću u liječenju bolesti koje konvencionalna medicina ne može izliječiti	0,06	0,88	0,18
KAM se može koristiti kao dopuna konvencionalnoj medicini	0,15	0,89	0,05

Napomena: Faktorska opterećenja veća od 0,4 otisnuta su debljim tiskom.

Kako bi se testirao drugi dio hipoteze postmodernih vrijednosti, upitnik je također sadržavao pitanja vezana uz povjerenje u društvene institucije (znanost, zdravstvo, obrazovanje i crkvu). ove su tvrdnje također bile Liketovog tipa, s opcijama odgovora koje su se kretale od „uopće im ne vjerujem“ do „potpuno im vjerujem“. I ove su tvrdnje također podvrgnute analizi glavnih komponenti sa svojstvenim vrijednostima većim od 1 kao kriterijem izlučivanja te varimax rotacijom inicijalne solucije. Analiza je pokazala postojanje jednog faktora koji je objasnio ukupno 62,46% varijance.⁴ Ovaj je faktor također korišten kao mjera povjerenja u društvene institucije u kasnijoj analizi (Cronbachov alfa=0,68).

⁴ Tablica ovdje nije navedena zbog ograničenog prostora.

UZORAK, PRIKUPLJANJE I ANALIZA PODATAKA

U istraživanju je korišten uzorak hrvatske odrasle populacije (16+) koji je uključivao 500 ispitanika. Podatci su prikupljeni metodom računalno potpomognutog telefonskog anketiranja (*computer assisted telephone interviewing - CATT*). Kućanstva koja će biti uključena u istraživanja izabrana su pomoću generatora slučajnih brojeva, a prilikom selekcije članova kućanstva također je korištena metoda slučajnog izbora (posljedni rođendan). Ipak, kako kućanstva nisu izvučena s liste svih kućanstava ili geografski stratificirana, uzorak ne može biti smatran posve probabilističkim. Prikupljanje podataka bilo je dijelom šireg istraživanja kojim se mjerila potrošnja organske hrane. Ukupno prosječno trajanje pojedinačnog intervjua bilo je 10 minuta, dok je dio vezan uz KAM trajao oko 5 minuta. Sve intervjue radili su iskusni anketari.

Kako bismo testirali postavljene hipoteze, proveli smo multivarijatnu statističku analizu. Prvo smo testirali hipoteze koje se odnose na korištenje KAM-a. Budući da je kriterijska varijabla bila dihotomne naravi (korištenje ili nekorištenje KAM-a u proteklih pet godina), a prediktorske varijable bile su ili dihotomne (nominalne) ili intervalne, binomna logistička regresija ocijenjena kao prikladni način testiranja hipoteza. Spol, mjesto stanovanja (urbano-ruralno) bili su prirodno dihotomni, dok su prihod po članu kućanstva i najviši završeni stupanj obrazovanja u analizu uneseni kao ordinalne varijable. Ostale varijable unesene su kao intervalne varijable. Budući da binarna logistička regresija ne zahtijeva normalnost distribucije niti homogenost varijanci, varijable su uvrštene u analizu bez prethodnih testova. Također, budući da nijedna od prediktorskih varijabli nije imala standardnu grešku veću od 2, multikolinearnost među prediktorskim varijablama vjerojatno nije bila prisutna. Osim toga, ortogonalnom varijacijom faktora osigurano je nepostojanje korelacije među njima.

Budući da je kriterijska varijabla bila nominalna s više od dvije kategorije, a prediktorske varijable nominalne, ordinalne ili intervalne, model multinomijalne logističke regresije korišten je prilikom predikcije povjerenja u KAM/konvencionalnu medicinu. I ovdje su spol i mjesto stanovanja nominalne varijable, prihod po članu kućanstva i najviši završeni stupanj obrazovanja tretirani su kao ordinalne, a ostale varijable kao intervalne varijable. Budući da i multinomijalna logistička regresija ne zahtijeva pretpostavke o normalnosti distribucije i homogenosti varijanci, i ovdje su varijable uvrštene u model bez prethodnih testova.

REZULTATI

Deskriptivni pokazatelji varijabli spola, dohotka po članu kućanstva, najvišeg završenog stupnja obrazovanja, vrste naselja, korištenja KAM-a u posljednjih 5 godina i povjerenja u KAM/konvencionalnu medicinu (tablica 2) upućuju na zaključak da je uzorak u pogledu osnovnih demografskih pokazatelja korišten u istraživanju vjerojatno reprezentativan za hrvatsku populaciju. Drugim riječima, pokazatelji uzorka vezani uz spol, dohodak, stupanj obrazovanja i mjesto stanovanja slični su populacijskim parametrima

prema Popisu stanovništva iz 2011. godine. Podatci također pokazuju da je 14,8% sudionika istraživanja koristilo KAM u prethodnih pet godina, dok 83,4% to nije učinilo. Kada je u pitanju povjerenje prema tipovima medicine, rezultati otkrivaju da 43,4% sudionika istraživanja više vjeruje konvencionalnoj medicini, 10,2% komplementarnoj i alternativnoj medicini, dok 34,6% podjednako vjeruje objema vrstama medicine.

Tablica 2. *Deskriptivni statistički pokazatelji vezani uz spol, prihod po članu kućanstva, stupanj obrazovanja, vrstu naselja, korištenje KAM-a i povjerenje u vrste medicine*

VARIJABLA		N	%
Spol	Muškarci	229	45,8
	Žene	271	54,2
Prihod po članu kućanstva	Manje 1 000 HRK	56	11,2
	Od 1 000 do 3 000 HRK	211	42,2
	Od 3 001 do 7 000 HRK	112	22,4
	Više od 7 000 HRK	10	2,0
	Ne zna/odbija odgovoriti	109	21,8
Stupanj obrazovanja	Nezavršena ili završena osnovna škola	112	22,4
	Srednja škola	294	58,8
	Viša škola/fakultet	91	18,2
	Odbija odgovoriti	30	0,6
Vrsta naselja	Grad	246	49,2
	Selo	254	50,8
Korištenje KAM-a u proteklih 5 godina	Da	74	14,8
	Ne	417	83,4
	Ne zna/nije siguran/na	9	1,8
Povjerenje u vrste medicine	Konvencionalna medicina	217	43,4
	KAM	51	10,2
	Podjednako	173	34,6
	Ne zna/nije siguran/na	59	11,8

Iz deskriptivnih pokazatelja vezanih uz povjerenje u društvene institucije i tvrdnji koje se odnose na stavove prema KAM-u i konvencionalnoj medicini (prikazano u tablici 3) možemo vidjeti da se prosječni stupanj povjerenja na ljestvici od 1 do 5 kreće od 3,53 (Crkva) do 3,70 (znanost). Iz podataka također možemo zaključiti da su sudionici istraživanja pokazali najviši stupanj slaganja s tvrdnjama koje se odnose na komplementarnu upotrebu KAM-a, nakon čega slijede tvrdnje vezane uz dehumanizaciju suvremene medicine i medicinskih profesija.

Najmanji stupanj slaganja sudionici istraživanja u prosjeku su izrazili s tvrdnjama koje se odnose na postmoderna shvaćanja zdravlja.

Tablica 3. Deskriptivni statistički pokazatelji vezani uz povjerenje u društvene institucije te tvrdnje vezane uz KAM i konvencionalnu medicinu

VARIJABLA	Min.	Max.	A. s.	St. dev.
Povjerenje u znanost	1	5	3,70	0,88
Povjerenje u zdravstveni sustav	1	5	3,59	1,00
Povjerenje u obrazovni sustav	1	5	3,68	0,93
Povjerenje u Crkvu	1	5	3,53	1,24
Prirodni lijekovi uspješni su od farmaceutskih lijekova	1	5	3,51	0,98
Farmaceutski lijekovi čine više štete nego koriste	1	5	3,50	0,97
Ljudsko tijelo može se samo izliječiti bez upotrebe lijekova	1	5	2,60	1,13
Današnji liječnici nemaju blisku vezu sa svojim pacijentima	1	5	3,55	1,06
Liječnici su pod snažnim utjecajem farmaceutske industrije prilikom propisivanja lijekova	1	5	3,85	0,91
Današnji su liječnici više zainteresirani za profit, nego za brigu o pacijentima	1	5	3,61	0,99
KAM može pomoću u liječenju bolesti koje konvencionalna medicina ne može izliječiti	1	5	3,80	0,86
KAM se može koristiti kao dopuna konvencionalnoj medicini	1	5	3,99	0,84

Rezultati binarne logističke regresije pokazali su da je p-vrijednost hi-kvadrat vrijednosti ($\chi^2=62,49$) manja od konvencionalne razine od 0,05, što pokazuje da prediktorske varijable predviđaju upotrebu KAM-a bolje od slučajnosti. Drukčije rečeno, povezanost prediktorskih i kriterijske varijable potvrđena je i ne može se pripisati slučajnosti. Iznos pseudo R^2 pokazatelja ukazuje da je povezanost između prediktorskih varijabli i kriterijske varijable relativno skromna.

Kada su u pitanju sociodemografske varijable, podatci pokazuju da su sve one, osim dobi, statistički značajni prediktori korištenja KAM-a. Omjer šanse da će muškarac koristiti KAM i šanse da će ga koristiti žena iznosi 0,35.⁵ Drukčije rečeno, šanse korištenja KAM-a od strane muškarca iznose 0,35 šansi korištenja od strane žene. Osobe sa završenom višom školom/fakultetom vjerojatniji su korisnici KAM-a od osoba sa završenom srednjom školom (OŠ=2,78), dok između osoba sa završenom ili nezavršenom osnovnom školom i osoba sa završenom srednjom školom nema statistički značajne razlike.

5 Logistička regresija vjerojatnost izražava kroz tzv. omjer šansi (eng. odds ratio – OR). U ovome slučaju, šansa da će muškarac koristiti KAM računa se kao kvocijent vjerojatnosti korištenja i nekorisćenja KAM-a. Šansa da će žena koristiti KAM računa se na analogan način. Kada podijelimo ove dvije vrijednosti dobijemo omjer šansi, u našem slučaju to je 0,35.

Ispitnici koji žive na selu rjeđe koriste KAM od ispitanika koji žive u gradu (OŠ=0,52). Sudionici istraživanja koji žive u kućanstvima s prosječnim prihodom po članu kućanstva većim od 3 000 kuna vjerojatniji su korisnici KAM-a od osoba čiji prihod po članu kućanstva iznosi od 1 001 do 3 000 kuna (OŠ=0,76), dok između potonjih ispitanika i ispitanika s još nižim prihodima (do 1 000 kuna po članu kućanstva) nije utvrđena statistički značajna razlika. S druge strane, dob se nije pokazala kao statistički značajan prediktor upotrebe KAM-a.

Porast od jedne standardne devijacije⁶ kada je u pitanju uvjerenje da KAM može biti korišten kao komplementarna metoda liječenja povećava omjer šansi korištenja KAM-a u proteklih 5 godina za 1,39. Jedinični porast u prihvaćanju postmodernih ideja o zdravlju povećava omjer šansi korištenja KAM-a za 1,41. S druge strane, percepcija dehumaniziranosti suvremene konvencionalne medicine i stupanj povjerenja u društvene institucije nisu se pokazali statistički značajno povezani s korištenjem KAM-a.

Tablica 4. Pregled rezultata binarne logističke regresije vezane uz korištenje KAM-a

PREDIKTOR		B	SE B	OŠ	IP ⁷ (95%)
Spol		- 1,05**	0,31	0,35	0,18 - 0,66
Stupanj obrazovanja	Osnovna škola	- 1,08	0,58	0,34	0,11 - 1,05
	Viša škola, fakultet	1,02**	0,34	2,78	1,42 - 5,43
Mjesto stanovanja		- 0,66*	0,33	0,52	0,27 - 0,98
Prihod po članu kućanstva	Do 1 000 HRK	- 0,56	0,66	0,57	0,16 - 2,08
	Više od 3 000 HRK	0,76*	0,33	2,14	1,13 - 4,05
Dob		0,00	0,01	1,00	0,98 - 1,02
Dehumanizacija konvencionalne medicine		0,07	0,16	1,07	0,78 - 1,47
Komplementarno korištenje KAM-a		0,33*	0,16	1,39	1,02 - 1,92
Postmoderni stavovi prema zdravlju		0,34*	0,15	1,41	1,04 - 1,91
Povjerenje u društvene institucije		- 0,14	0,16	0,87	0,63 - 1,20

Cox & Snell R²=0,16; Nagelkerke R²=0,26; **p* < 0,05. ***p* < 0,01. ****p* < 0,001.

Napomena: Ženski spol, grad, prihod po članu kućanstva od 1 001 do 3 000 HRK i završena srednja škola (najviši završeni stupanj obrazovanja) predstavljaju referentne kategorije.

6 Rezultati ispitanika na pojedinim faktorima izračunati su regresijskom metodom i sačuvani kao faktorski skorovi sa standardnom devijacijom koja iznosi 1. Stoga se prethodna rečenica može preciznije izraziti kao: 'Jedinični porast (porast od jedne standardne devijacije) faktorskog rezultata vezanog uz dehumanizaciju suvremene konvencionalne medicine povećava omjer šansi korištenja KAM-a za 1,34'. Kao i ranije, vjerojatnost korištenja izražena je kao omjer šansi (OŠ).

7 Interval pouzdanosti u ovom slučaju predstavlja raspon unutar kojega se s vjerojatnošću od 95% nalazi populacijska vrijednost omjera šansi.

Kako je objašnjeno ranije, usporedba povjerenja u KAM i konvencionalnu medicinu korištena je u ovome istraživanju kao dodatna kriterijska varijabla, a njezina povezanost s prediktorskim varijablama ispitivana je pomoću multinomijalne logističke regresije. Rezultati testiranja modela pokazali su da prediktorske varijable predviđaju kriterijsku varijablu s vjerojatnošću većom od slučajnosti (hi-kvadrat iznosi 80,88 i statistički je značajan). I ova je veza relativno mala, što se može vidjeti iz vrijednosti pseudo R^2 pokazatelja. Sociodemografske varijable predviđaju povjerenje prema KAM-u na sličan način kao i kod modela kojim se predviđalo korištenje KAM-a. Primjerice, omjer šanse da će muškarac biti u grupi koja više vjeruje KAM-u, a ne u grupi koja više vjeruje konvencionalnoj medicini, i iste takve šanse kada su u pitanju žene iznosi 0,44 i statistički je značajan.

Osoba sa završenom višom školom ili fakultetom ima veću vjerojatnost pripadanja ovoj grupi u usporedbi s osobom koja je završila srednju školu ($O\check{S}=4,25$), dok između osoba sa završenom ili nezavršenom osnovnom školom i osoba sa završenom srednjom školom nema statistički značajne razlike. Osobe s prihodom po članu kućanstva većim od 3 000 kuna također imaju veću šansu nego osobe kod kojih taj prihod iznosi od 1 001 do 3 000 kuna pripadati grupi koja više vjeruje KAM-u u usporedbi s pripadanjem grupi onih koji više vjeruju konvencionalnoj medicini ($O\check{S}=3,98$). Osim dobi, koja i u ovom slučaju nije bila statistički značajan prediktor, niti mjesto stanovanja nije statistički značajno povezano s povjerenjem u KAM u usporedbi s povjerenjem u konvencionalnu medicinu.

Treba napomenuti da sociodemografske varijable nisu bile statistički značajni prediktori pripadanja grupi koja više vjeruje KAM-u, u usporedbi s pripadanjem grupi ispitanika koji podjednako vjeruju objema vrstama medicine.

Postmoderna uvjerenja o zdravlju statistički su značajan prediktor povjerenja prema KAM-u / konvencionalnoj medicini. Preciznije rečeno, jedinični porast ovih uvjerenja povećava omjer šansi pripadanja grupi koja vjeruje KAM-u za 3,28, odnosno za 1,78, kada je u pitanju pripadanje grupi koja podjednako vjeruje i jednoj i drugoj vrsti medicine. Drugim riječima, postmoderna uvjerenja o zdravlju dobro predviđaju i pripadnost grupi koja više vjeruje KAM-u i grupi koja podjednako vjeruje KAM-u i konvencionalnoj medicini, samo što je u prvom slučaju utjecaj ove varijable nešto jači.

Nasuprot rezultatima dobivenim u ispitivanju prediktora korištenja KAM-a, stupanj povjerenja u društvene institucije statistički je značajno povezan s povjerenjem u pojedine vrste medicine ($OR=0,40$, odnosno 0,67, ovisno o tome pripadnost kojoj je grupi u pitanju). Naime, pojedinci koji imaju viši stupanj povjerenja u društvene institucije imaju niži stupanj povjerenja u KAM u usporedbi s pojedincima koji manje vjeruju najvažnijim društvenim institucijama. Kao i u slučaju korištenja KAM-a, i ovdje se uvjerenja u dehumaniziranost suvremene medicine nisu pokazala kao statistički značajan prediktor.

Tablica 5. Pregled rezultata multinomijalne logističke regresije vezane uz povjerenje prema vrstama medicine

Vrsta medicine	PREDIKTOR	B	SE B	OŠ	IP (95%)
KAM	Spol	- 0,82	0,43	0,44	0,96 - 1,12
	Stupanj obrazovanja				
	Osnovna škola	0,03	0,60	1,04	0,32 - 3,36
	Viša škola, fakultet	1,45**	0,44	4,25	1,79 - 10,09
	Mjesto stanovanja	0,45	0,43	1,57	0,68 - 3,65
	Prihod po članu kućanstva				
	Do 1 000 HRK	-0,34	0,82	0,71	0,14 - 3,52
	Više od 3 000 HRK	1,38**	0,41	3,98	1,78 - 8,89
	Dob	-0,01	0,01	0,99	0,97 - 1,01
	Dehumanizacija konvencionalne medicine	-0,16	0,20	0,85	0,58 - 1,26
	Komplementarno korištenje KAM-a	,72**	,24	2,05	1,28 - 3,29
	Postmoderni stavovi prema zdravlju	1,19***	,23	3,28	2,09 - 5,15
	Povjerenje u društvene institucije	- ,92***	,22	0,40	0,26 - 0,61
Podjednako	Spol	-0,35	,24	,70	0,44 - 2,27
	Stupanj obrazovanja				
	Osnovna škola	0,18	0,33	1,20	0,63 - 2,28
	Viša škola, fakultet	0,42	0,34	1,53	0,78 - 2,99
	Mjesto stanovanja	-,17	,27	,84	0,50 - 1,43
	Prihod po članu kućanstva				
	Do 1 000 HRK	0,47	0,36	1,60	0,79 - 3,25
	Više od 3 000 HRK	0,44	0,28	1,56	0,89 - 2,71
	Dob	-,01	,01	,99	0,96 - 1,01
	Dehumanizacija konvencionalne medicine	-,03	,13	,97	0,76 - 1,24
	Komplementarno korištenje KAM-a	,30*	,13	1,35	1,06 - 1,76
	Postmoderni stavovi prema zdravlju	,58**	,14	1,78	1,36 - 2,34
	Povjerenje u društvene institucije	-,40**	,13	,67	1,16 - 1,92

Cox & Snell R Square=0,22; Nagelkerke R Square=0,27. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Napomena: Ženski spol, selo, prihod po članu kućanstva od 1 001 do 3 000 HRK i završena srednja škola (najviši završeni stupanj obrazovanja) predstavljaju referentne kategorije prediktorskih varijabli. Konvencionalna medicina je referentna kategorija kriterijske varijable.

RASPRAVA

Rezultati istraživanja prezentiranog u ovome radu pokazuju nešto nižu prevalenciju korištenja KAM-a u usporedbi s rezultatima studija provedenih u zapadnim zemljama (npr. Fønnebo i Launsø, 2009; Posadzki i sur., 2013). S druge strane, imajući u vidu razlike u upotrijebljenim indikatorima, ovi su rezultati relativno slični studijama i istraživanjima javnog mnijenja vezanim uz prevalenciju KAM-a provedenim u nekim istočnoeuropskim zemljama (npr. Buda i sur., 2006; Dragan i Odde Madsen, 2011; Kersnik, 2000). Ipak, iako rezultati našega istraživanja pokazuju da korištenje KAM-a nije osobito rašireno u hrvatskoj populaciji, oko 10% ispitanika vjeruje više komplementarnoj i alternativnoj medicini, a oko 35% podjednako joj vjeruje kao i konvencionalnoj medicini. Dakle, čini se da postoje stavovske predispozicije prema budućem korištenju KAM-a.

Ovakvi rezultati nisu iznenađujući, imajući u vidu da zdravstveni sustav kontroliran od strane države u prošlosti nije ohrabrivao razvoj ni organizacijskog niti epistemološkog medicinskog pluralizma. Budući da se troškovi KAM terapija plaćaju isključivo u gotovini (iz vlastitog džepa), za jedan dio hrvatske populacije KAM vjerojatno predstavlja preskupu opciju. Osim toga, KAM je u Hrvatskoj pravno podreguliran, a niski stupanj profesionalizacije ne pridonosi jačem povjerenju javnosti u KAM i KAM terapeute.

Kada su u pitanju sociodemografski čimbenici korištenja KAM-a, rezultati naše studije uglavnom se slažu s prethodnim istraživanjima te stoga i potvrđuju našu prvu hipotezu, s izuzetkom nepotvrđene veze između dobi i korištenja KAM-a. Kao i u drugim istraživanjima (npr. Metcalfe i sur., 2010; Spinks i Hollingsworth, 2012), i mi smo utvrdili da su žene češći korisnici KAM-a u usporedbi s muškarcima. Ova veza vjerojatno može biti protumačena češćom ženskom prisutnošću u polju holističke duhovnosti koja ideje zdravlja i dobrobiti locira u području potrage za autentičnošću, samosvijesti, samoispunjenjem te osnažujućim i egalitarnim intimnim vezama (Sointu i Woodhead, 2008). Stoga aktivni angažman u KAM aktivnostima ženama može pomoći da istovremeno i legitimiraju i osporavaju tradicionalne diskurse o ženstvenosti (Nissen 2011). Naš nalaz da je stupanj obrazovanja pozitivno koreliran s korištenjem KAM-a također je potvrđen i u većini drugih studija (npr. Conboy i sur., 2005; Schernhammer i sur., 2009) i vjerojatno može biti objašnjen višom svjesnošću o KAM-u i mogućnostima traženja i pronalaženja više informacija o KAM-u od strane obrazovanih osoba (Bishop i Lewith, 2010). Činjenica da nismo pronašli povezanost između dobi i korištenja KAM-a u suglasju je s prethodnim mješovitim nalazima u pogledu ove veze. Preciznije govoreći, neke su studije pronašle pozitivnu ili negativnu linearnu vezu, ali u većem broju studija ova je veza bila zakrivljena ili uopće nije postojala (za pregled, vidjeti Bishop i Lewith 2010). Nalaz po kojemu su imućniji pojedinci češće prijavili korištenje KAM-a također nije iznenađujući. Kako je ranije spomenuto, korištenje KAM-a u Hrvatskoj predstavlja izravni zdravstveni trošak koji se mora platiti iz vlastitog džepa, a pozitivna asocijacija između dohotka i korištenja KAM-a utvrđena je u i drugim istraživanjima (npr. Eisenberg i sur., 1998; Metcalfe i sur., 2010). Naše je istraživanje također pokazalo da je korištenje

KAM-a češće u urbanim sredinama. Ovaj nalaz može biti protumačen i čimbenicima ponude, tj. razvijenijim KAM tržištem u urbanim sredinama Hrvatske.⁸ Ovaj je nalaz donekle i podržan činjenicom da se sudionici istraživanja iz urbanih i ruralnih sredina međusobno ne razlikuju u pogledu povjerenja u različite tipove medicine. Budući da su druge studije koje su istraživale ovu povezanost (Adams i sur., 2011; Mäntyranta i sur., 1999; Robinson i Chesters, 2008) dale mješovite rezultate, ova je veza vjerojatno pod utjecajem čimbenika specifičnih za pojedinu zemlju (npr. neravnomjerna razvijenost KAM-a, dostupnost zdravstvene skrbi u ruralnim sredinama, razlike u zadovoljstvu zdravstvenom skrbi između urbanih i ruralnih sredina i sl.).

Kada su u pitanju hipoteze koje su motivirale nastanak ovoga istraživanja, možemo provizorno zaključiti da je hipoteza dehumanizacije odbačena, hipoteza komplementarnog korištenja potvrđena, a hipoteza postmodernih vrijednosti djelomično prihvaćena.

Odbacivanje hipoteze dehumanizacije u skladu je sa studijom napravljenom od strane Siahpusha (1999b), ali je u suprotnosti s mnogim drugim studijama (npr. Lee-Treweek, 2002; Shippee i sur., 2013; van den Brink-Muinen i Rijken, 2006). Moguće objašnjenje odbacivanja ove hipoteze u našem istraživanju možda se krije u činjenici da su stavovi prema konvencionalnoj medicini u njemu mjereni na općenitoj razini. Rezultati su možda mogli biti drukčiji da su stavovi mjereni na način da se tražilo izjašnjavaње o zadovoljstvu vlastitim liječnikom opće prakse ili liječnicima specijalistima koje je ispitanik posjetio. Dodatno objašnjenje odbacivanja ove hipoteze može biti povezano s hrvatskim društvenim kontekstom. Naime, zbog kasnijeg razvoja medicinskog tržišta i postojanja sveobuhvatnog sustava obvezne zdravstvene zaštite hrvatski su građani relativno neskloni plaćanju medicinskih usluga iz vlastitog džepa. Štoviše, čini se da postoje i generacijske razlike u tom pogledu, pri čemu su starije generacije vrlo nesklone plaćanju medicinskih usluga na taj način (Bukovčan, 2008). S obzirom na to da KAM usluge nisu pokrivene zdravstvenim osiguranjem, moraju biti plaćene u gotovini. Stoga *push* faktori poput percepcije dehumanizacije konvencionalne medicine možda nisu bili dovoljni za okretanje KAM-u kao alternativnoj metodi liječenja u odsutnosti *pull* faktora. Snaga *push* faktor također treba biti razmotrena. Neke studije zadovoljstva pacijenata u Hrvatskoj (Babić Banaszak i sur., 2001; Cvitanović i sur., 2011) pokazuju da su pacijenti vrlo nezadovoljni dugim čekanjem na zdravstvenu uslugu, radnim vremenom i udaljenošću od liječnika. Ali su pacijenti istovremeno izuzetno zadovoljni kvalitetom interakcije liječnik-pacijent i medicinska sestra/tehničar-pacijent (suosjećajnost, sklonost pomaganju i sl.).

Naša potvrda hipoteze komplementarnog korištenja u suglasju je s prethodnim istraživanjima (npr. Büssing, i sur., 2011; Stoneman i sur., 2013) i pokazuje da konvencionalna medicina i KAM nisu međusobno isključivi načini liječenja, barem iz perspektive pacijenata. Doduše, treba naglasiti da u su ovom istraživanju mjereni samo specifični

8 Primjerice, samo jedan od ukupno 44 člana Hrvatske udruge homeopata (www.homeopatija.hr) lociran je u ruralnoj sredini.

i vrlo ograničeni stavovi. Preciznije govoreći, ovdje nismo mjerili stvarni broj posjeta konvencionalnim liječnicima i KAM terapeutima, a samim time niti njihovu moguću pozitivnu ili negativnu asocijaciju.

Hipoteza postmodernih vrijednosti potvrđena je u smislu da su sudionici istraživanja koji imaju 'postmoderne stavove o zdravlju' češće koristili KAM, kao i da u prosjeku više vjeruju KAM-u u usporedbi s konvencionalnom medicinom. Hipotezom smo također predvidjeli da će niže povjerenje u društvene institucije biti značajan prediktor korištenja KAM-a, ali to nije potvrđeno podacima iz našeg istraživanja. Međutim, niže povjerenje u društvene institucije pokazalo se značajno povezanom s višim povjerenjem u KAM. Ova diskrepancija možda može biti pripisana relativnoj nesavršenosti našeg mjerenja korištenja KAM-a, odnosno mogućom značajnom mjernom pogreškom. Sažeto govoreći, naši rezultati samo potvrđuju nalaze po kojima su holistički pogledi na zdravlje, preferencija prema prirodnim zdravstvenim proizvodima i zabrinutost u pogledu nuspojava konvencionalnih lijekova značajni prediktori korištenja KAM-a (npr. Bücker i sur., 2008; Menniti-Ippolito i sur., 2002). Ali ne može biti pouzdano zaključeno da je češće korištenje KAM-a povezano s nižim povjerenjem u društvene institucije. Kada je u pitanju hrvatski kontekst, rezultati našega istraživanja kvantitativno potvrđuju podatke koje je dobila Bukovčan (2008). Naime, ona u svom zaključku etnografskog rada s korisnicima KAM-a u Hrvatskoj navodi sljedeću rečenicu (Bukovčan, 2008:72): „Na pitanje čini li im se objašnjenje koje su dobili od liječnika biomedicine jednako uvjerljivim, odgovaraju da je jedino što su saznali u biomedicinskom postupku bilo isticanje posljedica njihovog stanja, ali ne i objašnjenje uzroka.“

Čini se da oba istraživanja pokazuju da KAM u Hrvatskoj kao dodatnu opciju liječenja posebno često razmatraju oni pojedinci koji vjeruju da bi njihovo zdravlje trebalo biti promatrano i poboljšavano u holističkom okviru, a ne samo prepisivanjem farmaceutskih proizvoda. Ostaje za vidjeti hoće li dodatne promjene društvenih vrijednosti voditi do jače prisutnosti ovoga „novog medicinskog pluralizma“ u hrvatskom slučaju.

ZAKLJUČAK

U ovome smo radu pokušali jače rasvijetliti „začudujuću enigm“ popularnosti komplementarne i alternativne medicine u zemljama u kojima medicina zasnovana na dokazima (tzv. evidence-based medicine) rapidno napreduje i proširuje domašaj svojih spoznaja (Coulter i Willis, 2007: 214). Imajući u vidu manjak prethodnih kvantitativnih studija, rezultati ovoga istraživanja u budućnosti mogu poslužiti kao referentna točka za buduće studije i empirijska istraživanja prevalencije i razloga korištenja komplementarne i alternativne medicine u Hrvatskoj.

Prema našim najboljim spoznajama, naše je istraživanje jedno od rijetkih u kojima se pokušalo simultano ispitati različite eksplanatorne faktore korištenja KAM-a i stavova prema KAM-u. Međutim, naše istraživanje ima i nekoliko očitih ograničenja. Kako je ranije spomenuto, razvoj hrvatskog zdravstvenog sustava i medicinskog tržišta bitno je različito od razvoja zdravstvenih sustava na Zapadu, što vjerojatno ograničava generali-

zaciju dobivenih rezultata i mogućnost usporedbe s drugim istraživanjima. Primjerice, nepriznat javni status KAM-a u Hrvatskoj možda je neke sudionike istraživanja učinio nesklonim da iskažu svoje korištenje KAM-a i pozitivne stavove prema KAM-u (ili alternativno, da izraze svoje nezadovoljstvo i nepovjerenje prema konvencionalnoj medicini).

Dodatna ograničenja ovoga istraživanja mogu biti pripisana njegovoj metodologiji. Praktični razlozi doveli su nas do korištenja manjeg uzorka i manjeg broja pitanja/varijabli u upitniku što je posljedično dovelo i do niže pouzdanosti korištenih indikatora. Vremenski okvir korišten u ovome istraživanju (petogodišnje razdoblje), iako dobro odmjeren za mjerenje relativno rijetkih ponašanja, možda je doveo do veće pogreške prisjećanja, pogotovo zbog toga što je prikupljanje podataka provedeno telefonskim putem. Kako je uobičajeno u istraživanjima KAM-a, korištene mjere bile su specifične, što rezultate čini teže usporedivim s rezultatima dobivenim u drugim istraživanjima. I naposljetku, budući da smo koristili korelacijski nacrt (nacrt poprečnog presjeka), naša mogućnost dokazivanja kauzalnih povezanosti bila je ograničena samom naravi ovoga istraživačkog nacrta. Naime, ovim nacrtom nije moguće isključiti obrnutu kauzalnost i utjecaj trećih varijabli koje nisu mjerene u ovome istraživanju.

LITERATURA

- Abramson, P.R., and R. F. Inglehart. (1995). *Value Change in Global Perspective*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Adams, J., Sibbritt, D., Lui, C.W. (2011). The urban-rural divide in complementary and alternative medicine use: a longitudinal study of 10,638 women. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11(2).
- Arthur, K., Belliard, J.C., Hardin, S.B, Knecht, K., Chen, C., Montgomery, S. (2013). Reasons to Use and Disclose Use of Complementary Medicine Use – An Insight from Cancer Patients. *Cancer and Clinical Oncology*, 2(2): 81-92.
- Babić Banaszak, A., Kovačić, L., Mastilica, M., Babić, S., Ivanković, D., Budak, A. (2001). The Croatian Health Survey – Patient's Satisfaction with Medical Service in Primary Health Care in Croatia. *Collegium Antropologicum*, 25(2): 449-458.
- Bishop, F. L., Lewith, G.T. (2010). Who Uses CAM? A Narrative Review of Demographic Characteristics and Health Factors Associated with CAM Use. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 7(1): 11-28.
- Bradburn, N.M., Sudman, S., Wansink, B. (2004). *Asking Questions: The Definitive Guide to Questionnaire Design – For Market Research, Political Polls, and Social and Health Questionnaires, Revised Edition*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Blais, R., Maiga, A., Aboubacar, A. (1997). How Different are Users and Non-users of Alternative Medicine? *Canadian Journal of Public Health*, 88(3): 159-162.
- Brenko, A. (2004). Praktičari narodne medicine. *Sociologija sela*, 42(3-4): 309-338.

- Buda, L., Lampek, K., Tahin., T. (2006). Demographic Background and Health Status of Users of Alternative Medicine: A Hungarian Example., Pp. 21-34 in *Multiple Medical Realities: Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine*, edited by Johannessen, Helle and Imre Lázár. New York: Berghahn Books.
- Bukovčan, T. (2008). 'Želim odabrati koga ću voljeti i kamo ići na liječenje' – aktivizam u istraživanju komplementarne i alternativne medicine u Hrvatskoj. *Etnološka istraživanja/Ethnological Researches*, 1(12-13): 63-76.
- Bukovčan, T. (2010). Medicina u kandžama etnologije: mala regionalna povijest transformacije tradicijske medicine u medicinsku antropologiju. *Studia ethnologica croatica*, 22(1): 215-235.
- Bücker, B., Groenewold, M., Schoefer, Y., Schäfer, T. (2008). The use of complementary alternative medicine (CAM) in 1001 German adults: results of a population-based telephone study. *Gesundheitswesen*, 70(8-9): e29-36.
- Büssing, A., Ostermann, T., Heusser, P., Matthiessen, P.F. (2011). Usage of Complementary and Alternative Medicine Interventions by German Older Adults. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(6): 487-489.
- Cant, S., Sharma, U. (1999). *A New Medical Pluralism? Complementary medicine, doctors, patients and the state*. London: UCL Press.
- Cant, S. (2005). Understanding why people use complementary and alternative medicine., Pp 155-182 in *Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*, edited by Heller, Tom, Geraldine Lee-Treweek, Jeanne Katz, Julie Stone and Sue Spurr. Milton Keynes: The Open University.
- Captchuk, T. J., Eisenberg, D.M. (1998). The Persuasive Appeal of Alternative Medicine. *Annals of Internal Medicine*, 129(12): 1061-1065.
- Conboy, L., Patel, S., Kaptchuk, T.J., Gottlieb, B., Eisenberg, D., Acevedo-Garcia, D. (2005). Sociodemographic Determinants of the Utilization of Specific Types of Complementary and Alternative Medicine: An Analysis Based on a Nationally Representative Survey Sample. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(6): 977-994.
- Correa-Velez, I., Clavarino, A., Eastwood, H. (2005). Surviving, relieving, repairing, and boosting up: reasons for using complementary/alternative medicine among patients with advanced cancer: a thematic analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 8(5): 953-961.
- Coulter, I. D., Willis, E.M. (2007). Explaining the growth of complementary and alternative medicine. *Health Sociology Review*, 16: 214-225.
- Curtler, H. M. (1997). *Rediscovering Values: Coming to Terms With Postmodernism*. Armonk: M. E. Sharpe.
- Cvitanović, H., Jančić, E., Knežević, E., Kuljanac, I. (2011). Satisfaction of patients with healthcare quality in Outpatients dermatology clinic Karlovac, Croatia. *Medicina Fluminensis*, 47(1): 82-90.
- Dragan, S., Madsen., J.O. (2011). CAM in Romania. *Cambrella Newsletter Spring 2011*. Accessed 10 June 2013. from <http://cambrella.eu/home.php?il=150&cl=deu>

- Eardley, S., Bishop, F.L., Prescott, P., Cardini, F., Brinkhaus, B., Santos-Rey, K., Vas, J., von Ammon, K., Hegyi, G., Dragan, S., Uehleke, B., Fønnebo, V., Lewith, G. (2012). A Systematic Literature Review of Complementary and Alternative Medicine Prevalence in EU. *Forschende Komplementärmedizin*, 19 (Suppl. 2): 18-28.
- Eisenberg, D. M., Davis, R.B., Ettner, S.L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M., Kessler, R.C. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: Results of a follow-up national survey. *JAMA*, 280(18): 1569-1575.
- Ernst, E., Resch, K., Mills, S., Hill, R., Mitchell, A. (1995). Complementary medicine – a definition. *British Journal of General Practice*, 45: 506.
- Falkenberg, T., Lewith, G., Roberti di Sarsina, P., von Ammon, K., Santos-Rey, K., Hök, J., Frei-Erb, M., Vas, J., Saller, R., Uehleke, B. (2012). Towards a Pan-European Definition of Complementary and Alternative Medicine – a Realistic Ambition? *Forschende Komplementärmedizin*, 19 (Suppl. 2): 6-8.
- Fønnebo, V.M., Launsø, L. (2009). High Use of Complementary and Alternative Medicine Inside and Outside of the Government-Funded Health Care System in Norway. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(10): 1061-1066.
- Fulder, S. (1998). The Basic Concepts of Alternative Medicine and Their Impact on Our Views of Health. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 4(2): 147-158.
- Inglehart, R.F. (1997). *Modernization and postmodernization: cultural, economic and political change in 43 societies*. Princeton: Princeton University Press.
- Kersnik, J. (2000). Predictive characteristics of users of alternative medicine. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 130(11): 390-394.
- Kumar, A. (2003). The Use Of Complementary Therapies In Western Sydney. *Sociological Research Online*, vol. 8, no. 1, <http://www.socresonline.org.uk/8/1/kumar.html>.
- Lachance, L. L., Hawthorne, V., Brien, S.M., Hyland, M.E., Lewith, G.T., Verhoef, M.J., Warber, S., Zick, S. (2009). Delphi-Derived Development of a Common Core for Measuring Complementary and Alternative Medicine Prevalence. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5): 489-494.
- Lee-Treweek, G. (2002). Trust in complementary medicine: the case of cranial osteopathy. *The Sociological Review*, 50(1): 48-68.
- Mäntyranta, T., Hemminki, E., Kostela, K. (1999). Use of alternative drugs in Finland. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 8(1): 23-29.
- Mastilica, M., Kušec, S. (2005). Croatian healthcare system in transition, from the perspective of users. *BMJ*, 331(23): 223-226.
- Menniti-Ippolito, F., Gargiulo, L., Bologna, E., Forcella, E., Raschetti, R. (2002). Use of unconventional medicine in Italy: a nation-wide survey. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 58: 61-64.
- Metcalf, A., Williams, J., McChesney, J., Patten, S.B., Jetté, N. (2010). Use of complementary and alternative medicine by those with a chronic disease and the general population - results of a national population based survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 10(58).

- Millar, W.J. (1997). Use of Alternative Health Care Practitioners by Canadians. *Canadian Journal of Public Health*, 88(3): 154-158.
- Nissen, N. (2011). Challenging perspectives: women, complementary and alternative medicine, and social change. *Interface: a journal for and about social movements*, 3(2): 187-212.
- Pavić, Ž. (2013). Science and Pseudoscience in Postmodern Societies. *Informatologia*, 46: 145-153.
- Polich, G., Dole, C., Kaptchuk, T.J. (2010). The need to act a little more „scientific“: biomedical researchers investigating complementary and alternative medicine. *Sociology of Health and Illness*, 32(1): 106-122.
- Posadzki, P., Watson, L.K., Alotaibi, A., Ernst, E. (2013). Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by patients/consumers in the UK: systematic review of surveys. *Clinical Medicine*, 13(2): 126-31.
- Randić, M. (2003). Narodna medicina: liječenje magijskim postupcima. *Sociologija sela*, 41(1-2): 67-85.
- Rimac, I. (2010). Komparativni pregled odgovora na pitanja u anketi Europskog istraživanja vrednota 1999. i 2008. *Bogoslovska smotra*, 80(2): 425-525.
- Robinson, A., Chesters, J. (2008). Rural Diversity in CAM Usage: The Relationship Between Rural Diversity and the Use of Complementary and Alternative Medicine Modalities. *Rural Society*, 18(1): 64-75.
- Schernhammer, E.S., Haidinger, G., Waldhör, T., Vutuc, C. (2009). Attitudes About the Use of Complementary and Alternative Medicine in Cancer Treatment. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(10): 1115-1120.
- Shippee, T.P., Henning-Smith, C., Shippee, N.D., Kemmick Pintor, J., Call, K., McAlpine, D., a Jo Johnson, P. (2013). Discrimination in Medical Settings and Attitudes toward Complementary and Alternative Medicine: The Role of Distrust in Conventional Providers. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 6(1): 30-45.
- Siahpush, M. (1999a). Postmodern attitudes about health: a population-based exploratory study. *Complementary Therapies in Medicine*, 7(3): 164-169.
- Siahpush, M. (1999b). Why do people favour alternative medicine? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(3): 266-271.
- Sointu, E., Woodhead, L., (2008). Spirituality, Gender, and Expressive Selfhood. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 47(2): 259-276.
- Spinks, J., Hollingsworth, B. (2012). Policy Implications of Complementary and Alternative Medicine Use in Australia: Data from the National Health Survey. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(4): 371-378.
- Steinsbekk, A., Rise, M.B., Aickin, M. (2009). Cross-Cultural Comparison of Visitors to CAM Practitioners in the United States and Norway. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(11): 1201-1207.
- Stoneman, P., Sturgis, P., Allum, N., Sibley, E. (2013). Incommensurable World-views? Is Public Use of Complementary and Alternative Medicines Incompatible with Support for Science and Conventional Medicine? *PLoS ONE*, 8(1): e53174. [doi:10.1371/journal.pone.0053174]

- Stratton, T.D., McGivern-Snofsky, J.L. (2008). Toward a Sociological Understanding of Complementary and Alternative Medicine Use. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(6): 777-783.
- van den Brink-Muinen, A., Rijken, P.M. (2006). Does trust in health care influence the use of complementary and alternative medicine by chronically ill people?, *BMC Public Health* 6: 188.
- van der Schee, E., Groenewegen, P.P. (2010). Determinants of public trust in complementary and alternative medicine. *BMC Public Health*, 10: 128.
- Zrinščak, S., Matković, T. (2006). Coverage and Expenditure of the Croatian Health System. *Revija za socijalnu politiku*, 13(1): 115-123.
- Zrinščak, S. (2007). Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova. *Revija za socijalnu politiku*, 14(2): 193-220.
- Županov, J. (2002). *Od komunističkog pakla do divljeg kapitalizma: odabrane rasprave i eseji*. Zagreb: Hrvatska sveučilišna naklada.

COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE IN CROATIA: THREE HYPOTHESES

Željko Pavić and Goran Milanović

Summary

Recent studies show that complementary and alternative medicine (CAM) is being used by a large number of citizens in Western countries. Based on the previous research and various explanations of this phenomenon, in this study three hypotheses have been tested: postmodern, dehumanization and complement hypotheses. The results of the conducted cross-sectional research based on a nationally representative sample of Croatian population (N=500) revealed that around 15% of respondents had used CAM in the previous five years, and that around 45% of all respondents have more trust in CAM or equally trust CAM and conventional medicine. The data also showed that dehumanization hypothesis can be fully rejected, whilst postmodern hypothesis can be partially and complement hypothesis fully accepted. The test of sociodemographic correlates showed results that are similar to the previous research. These results can be interpreted within Croatian social context, i.e. tentatively explained by specific developments of Croatian health care system. In addition to methodological limitations, this social context hinders the generalizability of the obtained results to some extent.

Key words: *Complementary and alternative medicine (CAM), alternative therapies, Croatia, health study, postmodern society, social values*

KOMPLEMENTÄRE UND ALTERNATIVE MEDIZIN IN KROATIEN: TESTEN DREIER HYPOTHESEN

Željko Pavić und Goran Milanović

Zusammenfassung

Die neuste Forschung zeigt, dass sich eine große Anzahl von Bewohnern in westlichen Ländern der komplementären und der alternativen Medizin (CAM) bedient. Von früheren Studien und bestehenden Erklärungen dieses Phänomens ausgehend werden in der vorliegenden Arbeit drei Hypothesen getestet: Hypothese der postmodernen Werte, Hypothese der Dehumanisierung und die Hypothese der Komplementarität. Die Resultate der Korrelationsforschung, die an einem Muster der kroatischen Bevölkerung (N=500) durchgeführt wurde, zeigen, dass etwa 15% der Befragten in den letzten 5 Jahren CAM in Anspruch genommen haben, außerdem haben 45% der Befragten mehr oder gleich viel Vertrauen in CAM im Vergleich zur konventionellen Medizin. Es wurde auch festgestellt, dass man auf Grund der Angaben aus der Forschung die Hypothese über Dehumanisierung völlig verwerfen kann, während die Hypothese der postmodernen Werte teilweise, und die Hypothese der Komplementarität vollständig akzeptiert werden kann. Das Testen von soziodemographischen Korrelaten hat Resultate gezeigt, die ähnlich denen aus der vorhergehenden Forschung sind – Personen mit besserer Bildung, Personen mit einem höheren Einkommen und Frauen nehmen CAM öfter in Anspruch.

Die Autoren dieser Arbeit schließen deshalb, dass CAM in Kroatien eine zusätzliche Option für diejenigen darstellt, die glauben, dass man die Gesundheit auf eine holistische Art und Weise definieren und erzielen soll und nicht nur ausschließlich durch Anwendung pharmazeutischer Mittel. Diese Resultate können im Kontext der kroatischen Gesellschaft erklärt werden, d.h. man kann sie teilweise mit der spezifischen Entwicklung des kroatischen Gesundheitssystems erklären. Neben methodologischen Einschränkungen dieser Forschung erschwert ein solcher gesellschaftlicher Kontext im bestimmten Ausmass die Verallgemeinerung der festgestellten Ergebnisse.

Schlüsselwörter: *alternative und komplementäre Medizin; alternative Therapien; Kroatien; Gesundheitsstudie; postmoderne Gesellschaft; soziale Werte*