



UMCS

UNIWERSYTET MARIII CURIE -SKŁODOWSKIEJ
W LUBLINIE

Szkoła Doktorska Nauk Społecznych

Dziedzina: **Nauki społeczne**

Dyscyplina: **Psychologia**

mgr Joanna Małgorzata Księska-Koszalka

nr albumu: 305765

**Orientacja życiowa a postawy wobec medycyny
komplementarnej i alternatywnej**
(**Life orientation and attitudes toward s complementary
and alternative medicine**)

Rozprawa doktorska przygotowana pod kierunkiem naukowym prof. dr hab. Barbary
Gawdy

w Instytucie Psychologii UMCS

LUBLIN 2024

Spis treści

Wstęp	5
I. TEORETYCZNE PODSTAWY BADAŃ	9
1.1. Medycyna komplementarna i alternatywna (CAM) – charakterystyka zjawiska, definicja, klasyfikacje, problemy metodologiczne	9
1.2. Kontekst i znaczenie tematyki CAM dla psychologii jako nauki i dyscypliny stosowanej oraz zdrowia publicznego	16
1.3. Modele teoretyczne wyjaśniające kształtowanie się postaw wobec CAM	30
1.4. Przegląd badań nad psychologicznymi uwarunkowaniami postaw wobec CAM	41
1.5. Psychologiczne podstawy kształtowania się postaw zdrowotnych. Postawy zdrowotne jako element orientacji życiowej.....	54
1.5.1. Postawy i orientacje życiowe.....	54
1.5.2. Postawy i orientacje zdrowotne	62
1.6. Czynniki wpływające na kształtowanie się postaw	68
1.7. Model badań własnych.....	72
II. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH	76
2.1. Cel badań, problemy i hipotezy badawcze	76
2.2. Zmienne i ich operacjonalizacja	88
2.3. Techniki badawcze	92
2.4. Charakterystyka grupy badanej i procedury badań.....	105
2.5. Zastosowane programowanie oraz strategia analizy danych.....	109
III. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH	112
3.1. Analiza właściwości zmiennych	112
3.2. Związki między Czynnikiemami Zewnętrznymi i Wewnętrznymi będącymi elementami Orientacji życiowej a Postawami wobec CAM	121
3.3. Typy użytkowników CAM oraz różnice pomiędzy wyodrębnionymi typami ..	132
3.4. Obiektywny i subiektywny stan zdrowia oraz spostrzegane zagrożenie chorobą a stosowanie CAM.....	141
3.5. Wybrane zmienne socjodemograficzne a stosowanie CAM	142
3.6. Weryfikacja hipotez i dyskusja wyników	146
3.7. Znaczenie otrzymanych wyników dla psychologii jako dyscypliny teoretycznej i stosowanej i zdrowia publicznego	157
Ograniczenia badań własnych	167
Wnioski.....	168

Literatura cytowana.....	170
Spis tabel	200
Spis rysunków	202
Aneks.....	203

Wstęp

Prawa rozwoju nauki wydają się wskazywać, że nie ma powrotu do dawnych prawd, że odbywa się on w drodze stałego postępu, w miarę zdobywania nowych narzędzi badawczych. To, co racjonalne, nie ustępuje nigdy temu, co było tylko nie sprawdzoną hipotezą. Czy jednak medycyna nadal nie jest wyłącznie nauką? A może nie jest nią w sposób wystarczająco pewny? Faktem jest bowiem, że obok metod współcześnie uznanych odżywają w praktyce medycznej koncepcje stare, nie mające racjonalnego uzasadnienia, bądź też powstają nowe, oparte na irracjonalnych przesłankach. Zjawiska tego nie da się wytłumaczyć kategoriami właściwymi dla nauk ścisłych. Jego wytłumaczenia można poszukiwać raczej w sferze psychologicznej człowieka.

Współczesna medycyna, w miarę jak wydaje się rozumieć coraz bardziej zjawiska życia, jak umie większość swoich działań racjonalnie wytłumaczyć, odrzuca wszystko to, czego teraz jeszcze nie potrafi wytłumaczyć [...] Jest rzeczą pewną, a dowodzi tego doświadczenie dziejów medycyny, że nigdy medycyna nie będzie mogła poradzić sobie ze wszystkimi problemami zdrowotnymi człowieka [...] mimo coraz sprawniejszego i skuteczniejszego działania medycyny, człowiek nie choruje mniej – choruje inaczej. Zawsze więc w każdym społeczeństwie i w każdym czasie będą ludzie, którym współczesna im medycyna nie będzie już umiała pomóc, bądź też będzie mogła pomóc tylko w stopniu niezadowalającym. Ci ludzie będą poszukiwać pomocy poza medycyną, w obszarze tego, co nazywane jest niekiedy medycyną niekonwencjonalną [...].

Okolicznościami sprzyjającymi jej rozwojowi są niekiedy błędy popełniane w medycynie naukowej, okres jej załamań, bądź też oddalanie się od niesienia pomocy choremu, jako celu zasadniczego [...] rozwinięta specjalizacja i technicyzacja medycyny, wiązana często z pojęciem dehumanizacji jako wtórnego jej zjawiska i powodująca, że człowiek czuje się w niej zagubiony i poszukuje czegoś, co wydaje mu się bardziej ludzkie, proste i trafiające do jego psychiki [...].

Błędem popełnianym przez przedstawicieli medycyny naukowej był brak zainteresowania tymi metodami bądź odrzucania ich a priori, bez prób obiektywizowania i zaakceptowania, lub też odrzucanie na podstawie przeprowadzonych obserwacji naukowych. Nie wszystko bowiem, co nie pochodzi z laboratoriów naukowych, godne jest odrzucenia. Wśród sporów medycyny naukowej i niekonwencjonalnej znajduje się człowiek z jego niepokojami i problemami, człowiek racjonalnie myślący, umiejący obiektywnie oceniać rzeczywistość. Kiedy jednak staje on wobec własnych problemów psychicznych lub zdrowotnych i nie może uzyskać pomocy w tym, co racjonalne, co akceptuje jego rozum, korzysta z tego, czego nie rozumie, na co spogląda niekiedy sceptycznie, ale co stwarza mu nadzieję, szansę [...]. Zawsze więc będą istniały poszukiwania dróg poza medycyną [...], tym większe, im bardziej medycyna praktyczna będzie stronić od problemów psychospołecznych związanych z chorobą. Zdając sobie z tego sprawę, lekarz powinien starać się coś wiedzieć o tych metodach, znać ich genezę; na podstawie dziejów medycyny, a także innych nauk humanistycznych, jak psychologia i socjologia, zjawiska te zrozumieć i wykorzystać w swojej działalności [...] (Brzeziński, 1988, s. 480-481) .

Przytoczone wyżej fragmenty obszernego wstępu do rozdziału na temat medycyny konwencjonalnej w stosunkowo dawno opracowanym klasycznym podręczniku historii medycyny Brzezińskiego (1988) w sposób trafny i obrazowy przedstawiają fenomen korzystania z medycyny komplementarnej i alternatywnej (*complementary and alternative medicine – CAM*) w kontekście współczesnym. Autor podkreśla historyczny kontekst zagadnienia, słabości medycyny jako nauki i dyscypliny praktycznej i jej bezsilność wobec niektórych problemów zdrowotnych oraz przede wszystkim rodzące się na tym tle potrzeby i postawy zdrowotne człowieka. Te ostatnie kierują jego zainteresowania w stronę CAM i sprawiają, że terapie te są wciąż żywe i obserwuje się ich rozkwit na całym świecie, również w Polsce. Znamionym w tym kontekście jest zdanie Brzezińskiego, który pisze, iż *zjawiska tego nie da się wytłumaczyć kategoriami właściwymi dla nauk ścisłych. Jego wytłumaczenia można poszukiwać raczej w sferze psychologicznej człowieka* (Brzeziński, 1988, s. 480).

Chęć głębszego zrozumienia tego fenomenu zrodziła motywację do podjęcia tej tematyki na gruncie pracy doktorskiej. W polskiej literaturze przedmiotu bowiem tematyka ta ma charakter nikły i niszowy, odzwierciedlający się w pojedynczych artykułach naukowych oraz jednej monografii (Olchowska-Kotala, 2009). W literaturze światowej psychologia CAM rozwija się, wciąż jednak istnieje wiele nowych, niezbadanych wciąż wątków i obszarów. Dysertacja ta zatem uzupełnia tę lukę i podejmuje próbę umiejscowienia problematyki CAM na gruncie psychologii jako nauki i dyscypliny stosowanej oraz dokonania jej zarysu w szerszym kontekście społeczno-kulturowym oraz funkcjonowania współczesnej medycyny i problemów zdrowia publicznego.

Projekt badawczy oparto o Społeczno-Behawioralny Model Korzystania z Opieki Zdrowotnej Andersena (1968, 1995), który został zaadaptowany na gruncie tematyki CAM przez Fouladbakhsh i Stommela (2007). Model ten wyjaśnia fenomen korzystania z CAM jako wielowymiarowego zjawiska, warunkowanego przez czynniki predysponujące (*predisposing factors*), do których zalicza m.in. wybrane zmienne socjodemograficzne i psychologiczne, czynniki umożliwiające (*enabling factors*), które są związane z dostępnością jednostki do produktów czy praktyk CAM oraz potrzeb zdrowotnych (*health needs factors*), które wywodzą się z obiektywnego i subiektywnego stanu zdrowia oraz percypowanego zagrożenia chorobą (Fouladbakhsh, Stommel, 2007). Celem pracy jest poszukiwanie uwarunkowań kształtowania się postaw zdrowotnych

związanych z CAM w wymiarze poznawczo-emocjonalnym - ustalenie roli czynników o charakterze środowiskowym, społecznym, takim, jak: deklarowany wpływ środowiska rodzinnego i mass mediów oraz dyssatisfakcji z medycyny konwencjonalnej. Przedmiotem zainteresowań jest również rola czynników wewnętrznych, będących składowymi orientacji życiowej człowieka, tj. świadomości zdrowotnej, dyspozycyjnego optymizmu, wrażliwości duchowej, samokontroli i nonkonformizmu jako czynników kształtujących postawy zdrowotne wobec CAM. Wreszcie celem pracy jest identyfikacja ich behawioralnego wymiaru poprzez poszukiwanie wśród osób korzystających z CAM specyficznych typów zróżnicowanych pod względem wybranych charakterystyk psychologicznych.

W ramach niniejszego projektu badawczego poszukuje się również odpowiedzi na pytanie, czy wybrane zmienne predysponujące (wybrane zmienne socjodemograficzne), zmienne umożliwiające (miejsce zamieszkania i poziomu dochodów) oraz źródła potrzeb zdrowotnych (subiektywny i obiektywny stan zdrowia oraz spostrzegane zagrożenie chorobą) różnicują osoby korzystające i niekorzystające z CAM.

Niniejsza praca składa się z trzech rozdziałów. W rozdziale pierwszym zawarto teoretyczne wprowadzenie do omawianych zagadnień. Przedstawiono w nim zarys problemów definicyjnych i metodologicznych związanych z podejmowaniem tematyki CAM na gruncie naukowym oraz wybrane klasyfikacje tych terapii. W rozdziale tym zaprezentowano również kontekst i znaczenie podejmowanych zagadnień dla psychologii jako nauki i dyscypliny stosowanej oraz zdrowia publicznego. Omówiono najważniejsze modele teoretyczne wyjaśniające kształtowanie się postaw wobec CAM oraz zawarto przegląd dotychczasowych badań nad psychologicznymi uwarunkowaniami zjawiska. Zaprezentowano również teoretyczne podstawy problematyki postaw i orientacji, w tym zdrowotnych oraz ich kształtowania się. W ostatnim podrozdziale tej części pracy przedstawiono model badań własnych.

Rozdział drugi wprowadza w metodykę badań empirycznych własnych badań, przedstawia sformułowane cele, problemy i hipotezy badawcze wraz z ich uzasadnieniem. Dokonano w nim również opisu wszystkich zmiennych i ich operacjonalizacji. W rozdziale drugim zaprezentowano także wykorzystane narzędzia badawcze, opis grupy badanej i przyjętą procedurę badań. Omówiono zastosowane oprogramowanie komputerowe oraz strategię analiz statystycznych.

W rozdziale trzecim przedstawiono właściwości badanych zmiennych, wyniki otrzymanych badań oraz ich dyskusję. W rozdziale tym omówiono też znaczenie wyników pracy dla psychologii jako nauki i dyscypliny praktycznej oraz zdrowia publicznego. Wskazano również na ograniczenia badań własnych i sformułowano wnioski końcowe.

W pracy zawarto również spis literatury cytowanej, tabel, rysunków oraz aneksy.

Pragnę złożyć podziękowania wszystkim osobom, które przyczyniły się do powstania niniejszej dysertacji. W sposób szczególny pragnę podziękować mojemu promotorowi – Pani prof. dr hab. Barbarze Gawdzie, której życzliwa postawa, zaangażowanie i niezmienna otwartość na wszelkie pytania, wątpliwości i potrzeby doktorantki była jednym z najważniejszych źródeł wsparcia i utrzymania motywacji do wzmożonej naukowej pracy. Chciałabym również podziękować Pani Dyrektor Szkoły Doktorskiej Nauk Społecznych dr hab. Agacie Ziętek za wszelką pomoc, wyrozumiałość i nieustającą wiarę w moje możliwości. Dziękuję również mojej promotor pracy magisterskiej dr Justynie Iskrze, która niezmiennie od lat zachęcała mnie do dalszego rozwoju naukowego po zdobyciu magisterium. Pragnę również podziękować mgr Tomaszowi Misiuro za pomoc w analizach statystycznych oraz wyrazić wdzięczność wszystkim innym osobom, które stanowiły dla mnie źródło ważnego wsparcia podczas przygotowywania niniejszej pracy.

I. TEORETYCZNE PODSTAWY BADAŃ

1.1. Medycyna komplementarna i alternatywna (CAM) – charakterystyka zjawiska, definicja, klasyfikacje, problemy metodologiczne

W języku potocznym używa się szeregu określeń dotyczących różnorodnych form uprawiania profilaktyki oraz leczenia chorób i dolegliwości zdrowotnych, takich, jak medycyna niekonwencjonalna, naturalna, alternatywna, tradycyjna, ludowa, paramedycyna itp., a które z uwagi na wiele czynników funkcjonują poza medycyną akademicką, rozumianą jako *medycyna oparta na dowodach* (tzw. *Evidence-Based Medicine*). W literaturze przedmiotu znajdziemy również te pojęcia, choć nie zawsze stosowane są z pełną świadomością i z przypisaną im charakterystyką definicyjną. Dopiero pod koniec XX wieku, kiedy nauki społeczne i nauki o zdrowiu, zaczęły interesować się praktykami leczniczymi funkcjonującymi poza oficjalnymi systemami medycznymi, podjęte zostały próby zdefiniowania i usystematyzowania tego zjawiska (Eisenberg i in., 1993; Olchowska-Kotala, 2009; Piątkowski, 1984)

Z uwagi na wielość terminów i definicji funkcjonujących w obrębie omawianego zjawiska w 2002 r. NCCAM w USA (NCCAM – National Center of Complementary and Alternative Medicine - Narodowe Centrum Medycyny Komplementarnej i Alternatywnej), obecnie NCCIH – National Center of Complementary and Integrative Health - Narodowe Centrum Zdrowia Komplementarnego i Integracyjnego) zaproponowało termin *Complementary and Alternative Medicine* (CAM) oraz definicję, by ujednoczyć stosowaną w literaturze terminologię (NCCAM, 2002). Zgodnie z definicją NCCAM *Complementary and Alternative Medicine* - CAM stanowią *grupy różnych systemów leczenia i opieki zdrowotnej, produkty i praktyki, które nie są częścią medycyny konwencjonalnej* (NCCAM, 2002). Jednocześnie NCCAM podkreśliło, że medycyna komplementarna i alternatywna są pojęciami rozłącznymi i wyjaśniło, na czym polega różnica między nimi. Według NCCAM, praktyki medycyny komplementarnej są i mogą być stosowane razem z praktykami medycyny konwencjonalnej, medycyna alternatywna natomiast obejmuje działania lecznicze podejmowane zamiast niej. Weiss i Lonquist (2006, s. 219) opisując CAM piszą, iż: *medycyna komplementarna i alternatywna (CAM) to szeroki zakres środków leczniczych, który obejmuje wszystkie systemy zdrowotne, metody i praktyki oraz towarzyszące im*

teorie i przekonania, inne niż te, które są integralnie związane z dominującym politycznie systemem zdrowotnym konkretnego społeczeństwa lub kultury w danym okresie historycznym. Termin CAM szybko rozprószył się w literaturze, można również spotkać jego rozszerzenie w postaci TCAM, które oprócz medycyny komplementarnej i alternatywnej uwzględnia medycynę tradycyjną (*Traditional, Complementary and Alternative Medicine*), choć w obrębie CAM także ją uwzględniano (World Health Organization, 2019).

Mimo, iż termin CAM jest popularny i powszechnie stosowany, zarzuca się mu jednak nieuprawnione stosowanie terminu „medycyna”. Ta bowiem zarezerwowana jest tylko i wyłącznie dla praktyk tzw. *Evidence Based Medicine* (EBM) czyli podejścia w medycynie, które nazywamy opartym na dowodach. Przeciwnicy terminu CAM podnoszą, że metody lecznicze stosowane w ramach CAM nie są medycyną, zwolennicy natomiast podtrzymują jego zasadność z uwagi na fakt, że wiele terapii CAM przenika do medycyny konwencjonalnej i jest stosowanych przez lekarzy (Piątkowski, 2014).

W Polsce, zwłaszcza na gruncie socjologii zdrowia funkcjonuje termin leczenie niemedyczne wprowadzony przez Piątkowskiego (1990). W jego ujęciu, leczenie niemedyczne to *działania na rzecz zdrowia, które medycyną nie są, a wywodzą się z różnorodnych tradycji kulturowych, społecznych i odwołują się do rozmaitych doświadczeń terapeutycznych dawnej medycyny, tradycyjnego chłopskiego leczenia ludowego (metody znachorskie) i metod samoleczenia* (Piątkowski, 2008, s. 39). To, co najsilniej odróżnia medycynę akademicką od leczenia niemedycznego, to *status naukowy, umocowanie w systemie legislacyjnym oraz posiadanie (lub nieposiadanie) spójnego kodeksu deontologiczno – etycznego wyznaczającego standardy postępowania w procesie leczenia* (Piątkowski, 2008, s. 39).

Czynnik pierwszy, odnoszący się do statusu naukowego dotyczy wspomnianych kwestii dotyczących standardów EBM. Choć w ostatnich latach, wiele terapii CAM jest badanych pod kątem ich skuteczności, większość z nich nadal nie jest przebadana, a efektywność niektórych nie została potwierdzona. Część terapii z oczywistych względów jest trudna bądź niemożliwa do weryfikacji np. terapie opierające się na działaniu bliżej nie określonej energii.

Czynnik drugi, mówiący o umocowaniu legislacyjnym i posiadaniu spójnego kodeksu deontologiczno-etycznego odnosi do ram etyczno-prawnych, w których funkcjonuje medycyna akademicka, personel medyczny i pacjenci, np. Ustawa o Zawodzie Lekarza, prawo farmaceutyczne czy Karta Praw Pacjenta (Zalewska-Blechar,

2023). Zgodnie z nimi przykładowo pacjent ma *prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, opartej na dostępnych metodach i środkach zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, [...], a także do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych jawnej procedury [...]* (Ustawa o Zawodzie Lekarza) Art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89). Natomiast zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej *lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowanymi naukowo. Nie wolno mu również współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień* (Naczelna Izba Lekarska, 2003). W ramach istniejących regulacji prawnych, pacjent powinien móc liczyć na efektywność i bezpieczeństwo stosowanych procedur medycznych, lekarz natomiast ponosi odpowiedzialność prawną za nienależyte stosowanie tych procedur. Te i inne kwestie są w taki czy inny sposób skodyfikowane w ramach odpowiednich przepisów.

Jeśli chodzi o CAM, poza uregulowaniami prawnymi obowiązującymi wszystkich przedsiębiorców, nie istnieją w Polsce przepisy ani obowiązujące normy etyczne, które regulowałyby działalność uzdrowicieli, co odróżnia ich działalność od praktyki lekarskiej (Piątkowski, 2014). W niektórych krajach natomiast istnieją przepisy regulujące niektóre z metod stosowanych w ramach CAM, przykładowo w Szwajcarii są one finansowane z budżetu państwa (Saldana, 2018). Szerzej na temat wszelkich uwarunkowań problematyki lecznictwa niemedycznego w kontekście prawnym pisze Piątkowski (2014) i Lyszczyzna (2022).

Ujęcie Piątkowskiego z pewnością ułatwia postawienie cezurę pomiędzy CAM a medycyną akademicką, co jest użyteczne dla metodologii, jednak należy pamiętać, że w wielu wypadkach cezurę tą trudno zastosować. Chodzi przede wszystkim o fakt rosnącej liczby badań nad CAM, które dowodzą skuteczności niektórych metod, co powoduje ich przenikanie do konwencjonalnej praktyki medycznej. Przykładem nich jest szereg preparatów na bazie ziół, które uzyskały status produktu leczniczego, które to na podstawie obowiązujących przepisów muszą posiadać udowodnione działanie lecznicze. Wydaje się zatem, że część produktów, usług i metod należących do CAM spełnia kryteria, aby praktyki na nich bazujące nazwać „medycyną”.

Jak już wcześniej wspomniano, szeroko w literaturze światowej rozpowszechnił się termin *complementary and alternative medicine* i jego skrót CAM (Piątkowski, 2008). Spotykany on jest w najważniejszych czasopismach z zakresu medycyny i nauk

o zdrowiu, termin występuje również w tytułach czasopism o tej tematyce np. *Complementary and Alternative Medicine* lub *Evidence-Based Complementary Alternative Medicine* and. Pojęcie CAM stosowane jest również w czasopismach z zakresu psychologii zdrowia. Widać zatem wyraźnie, że termin jest wyraźnie zakorzeniony w naukach o zdrowiu, stąd zdaniem autorki stosowanie go na gruncie niniejszej pracy jest jak najbardziej uprawnione.

Jeśli chodzi o popularność CAM na świecie, przegląd danych pochodzących z 15 krajów, który został opublikowany w 2012 r. pokazuje że odsetek osób, które w ostatnich miesiącach stosowały jakąś formę CAM w różnych krajach waha się w obrębie 9,8 - 76% (Tangkiatkumjai i in., 2020). Wśród krajów, gdzie popularność CAM osiąga najwyższy stopień dominują kraje azjatyckie, tj. Japonia, Singapur, Korea Południowa i Arabia Saudyjska, gdzie odsetek badanych deklarujących stosowanie CAM w różnych badaniach wyniósł między 68, a 76%. Równie wysokie wyniki odnotowano w Australii. W Afryce subsaharyjskiej średnie rozpowszechnienie korzystania z CAM wśród mieszkańców wynosi ponad 58%, najwyższe w Nigerii i Etiopii (James i in., 2018). Jak podaje Boylan i współpracownicy (2020), 3 na 10 osób badanych w Ameryce Środkowej i Południowej stosuje CAM, jeśli chodzi o mieszkańców hiszpańskojęzycznych stosunek ten wynosi 7 na 10. Jeden z najniższych wskaźników popularności CAM otrzymano w Brazylii, gdzie z CAM korzysta zaledwie 4,5% populacji (Boccolini, Boccolini, 2020). W krajach europejskich rozpowszechnienie CAM wśród ludności odnotowano na poziomie 20-30% w Szwecji, Włoszech i Wielkiej Brytanii. Odsetek ten w USA wynosi ponad 40% (Harris i in., 2012). W metaanalizie z roku 2019 (Fjær i in., 2020) obejmującej wyniki badań pochodzących z 14 krajów, popularność TCAM wyrażona w postaci stosowania produktów, praktyk lub korzystania z usług TCAM w ciągu ostatnich 12 miesięcy w poszczególnych krajach wyniosła między 24%, a 71,3%. Najniższy odsetek odnotowano wśród obywateli Szwajcarii, zaś najwyższy dotyczy Korei Południowej. Średnia europejska w tym zakresie wynosi 26%. Wzrost popularności CAM odnotowano w Wielkiej Brytanii, gdzie odsetek osób deklarujących stosowanie CAM w niektórych badaniach osiągnął pułap powyżej 40%. Krajem europejskim, w którym stosowanie CAM ma najniższy poziom są Czechy, w których żadnej z metod CAM nie zastosowało w okresie ostatnich 12 – miesięcy ponad 70% osób badanych.

Jeśli chodzi o polską populację, niewiele badań z tym zakresie przeprowadzono. W populacji polskiej w badaniu CBOS w 2011 r. korzystanie z CAM zadeklarowało

ok. 24% osób (CBOS, 2011). W kilku badaniach dotyczących stosowania CAM wśród polskich pacjentów onkologicznych, odsetek badanych korzystających z CAM wyniósł od 22 do 47% (Duleba i in., 2008; Humańska, Nowicki, 2005; Nowicki i in., 2013; Puskulluoglu i in., 2021; Woźniak-Holecka i in., 2010). W badaniach nad adaptacją polskiej wersji kwestionariusza I-CAM-Q Jędrzejewskiej i współpracowników (2023) przeprowadzonych w wybranych grupach o tematyce medycznej (m.in. grupy przedstawicieli różnych zawodów medycznych, grupy zainteresowania CAM, grupy wsparcia pacjentów) na próbie 524 osób prawie 60% osób skorzystało z porady u co najmniej jednego praktyka CAM. Stosowanie ziołolecznictwa zadeklarowało prawie 85% badanych, witamin i minerałów natomiast ponad 88%. W sposób oczywisty nie jest to reprezentatywna próba populacji, pokazuje jednak duże zainteresowania metodami CAM wśród osób chorych i zainteresowanych tematyką zdrowotną.

W badaniach własnych przeprowadzonych na próbie 599 osób metodą kuli śnieżnej prowadzonych nad adaptacją narzędzia Skala do Badania Postaw wobec Medycyny Konwencjonalnej, Komplementarnej i Alternatywnej (CACMAS) niemal 43,8% osób zadeklarowało korzystanie z CAM. W tej grupie większość osób korzystało z CAM łącznie z medycyną konwencjonalną, a wyłącznie CAM stosowało jedynie 4,2% osób badanych. Spośród osób badanych prawie 30% należała do grup zainteresowań CAM działających w mediach społecznościowych. Największą popularnością wśród respondentów cieszyły się terapie biologiczne, manualne oraz Tradycyjna Medycyna Chińska (Księska-Koszałka, Gawda, 2023).

Widać wyraźnie, że zwolennicy terapii CAM zarówno w Polsce, jak i na świecie stanowią niemałą grupę populacji. Stanowi to pewien fenomen, co uzasadnia podejmowanie działań w kierunku poznania specyfiki psychologicznego funkcjonowania tej grupy i uwarunkowań zjawiska.

Z uwagi na mnogość i duże zróżnicowanie terapii w obrębie CAM, dokonano także propozycji klasyfikacji systemów leczenia (NCCAM, 2002):

- alternatywne systemy medyczne – (whole medical systems) np. medycyna chińska, ajurwedyjska, homeopatia – całościowe systemy teorii i praktyki medycznej;
- medycyna ciała i umysłu (mind-body therapies) – metody bazujące na założeniu powiązania ze sobą ciała i psychiki - m.in. praca z ciałem, relaksacja, yoga;
- terapie biologiczne – (biologically based therapies) – terapie oparte o biologicznie czynne substancje dostępne w przyrodzie – m.in. naturoterapię, dietoterapię, ziołolecznictwo, suplementację np. preparatami witaminowymi;

- terapie manualne – (manipulative and body-based therapies) wykorzystujące terapie dłońmi, które wykonują różne zabiegi na ciele np. różnego rodzaju masaże, osteopatia, chiropraktyka;
- terapie energią (energy medicine)– metody oddziaływania na pola energetyczne człowieka, np. bioenergoterapia, reiki.

Powyższa klasyfikacja jako nadal aktualna znajduje się na oficjalnej stronie Narodowego Centrum Komplementarnego i Integracyjnego Zdrowia (National Center of Complementary and Integrative Health - NCCIH) (<https://www.nccih.nih.gov/>), w które przekształciło się NCCAM. Zmiana nazwy wiąże się z przemianami, jakie zaszły w pojmowaniu znaczenia i miejsca terapii CAM w praktyce medycznej. Instytut promuje włączenie terapii komplementarnych do głównego nurtu medycyny i wspiera rozwój medycyny integracyjnej. Stąd również NCCIH zaproponował nową uzupełniającą klasyfikację terapii komplementarnych opierającą się na kryterium sposobu czy też aspektu wsparcia, w jakim poszczególne metody CAM wspierać mogą medycynę konwencjonalną. Zgodnie z NCCIH wyróżniamy terapie, które mogą uzupełniać leczenie (<https://www.nccih.nih.gov/>):

- wsparcie żywieniowe/odżywcze (*nutritional*) – w którym wymieniane są preparaty naturalne (stosowanie roślin leczniczych, ziół), suplementy diety (pro- i prebiotyki, produkty witaminowe i mineralne, ekstrakty roślinne), dietoterapia, fitochemikalia;
- wsparcie psychologiczne – mindfulness, praktyki duchowe, świadome jedzenie, psychoterapia;
- wsparcie mind-body, łączące aspekt psychologiczny i fizyczny - techniki oddechowe i relaksacyjne, Yoga, Tai Chi, terapia sztuką, ruchem, medytacja;
- wsparcie fizyczne – terapie manualne, terapie wykorzystujące oddziaływanie temperatury np. zimne i ciepłe okłady, akupunktura, metody wykorzystujące działanie światła, stymulację elektromagnetyczną.

Widać wyraźnie, że nacisk kładziony jest na promowanie terapii komplementarnych na rzecz odchodzenia od metod medycyny alternatywnej. Wymienione wyżej typy terapii są przedmiotem badań naukowych, wiele z nich posiada status udowodnionej bądź obiecującej skuteczności, choć oczywiście każda z metod badana i oceniana jest osobno w różnych sytuacjach zdrowotnych i klinicznych (Bardia i in., 2006; Calcagni i in., 2019; Cooke i in., 2020; Jonas, Levin, 2000; Rubinstein i in., 2010; Tan i in., 2023).

Davis i współpracownicy (2011) proponują podział CAM na terapie stosowane przez lekarza i te, stosowane samodzielnie. W pierwszej grupie wymienia takie przykłady, jak osteoterapia czy chiropraktyka, w grupie drugiej natomiast stosowanie suplementów diety czy też medytację lub jogę.

Biorąc pod uwagę przytoczone wyżej klasyfikacje metod CAM i terapii komplementarnych, widać wyraźnie, że różne grupy terapii są zróżnicowane pod względem możliwości weryfikacji ich skuteczności i tym samym możliwości usankcjonowania ich na gruncie naukowym. Jest to jeden z czynników, który stwarza trudności metodologiczne w badaniach nad CAM i różnice indywidualne w podejściu do tych terapii przez ich zwolenników i przeciwników. Jeśli chodzi o metody biologiczne, istnieje substancja biologicznie czynna, którą można wyekstrahować, odpowiednio dozować i przeprowadzić kliniczną weryfikację jej skuteczności w grupie pacjentów. Tak stało się w przypadku wielu ziół leczniczych czy preparatów opartych na działaniu ekstraktów z roślin opartych na farmakopei europejskiej czy Tradycyjnej Medycynie Chińskiej (Jonas, Levin, 2000). Udowodnioną bądź obiecującą wartość terapeutyczną przypisano również wielu terapiom typu umysł-ciało czy technikom manualnym (Calcagni i in., 2019; Jonas, Levin, 2000; Rubinstein i in., 2010). Jednakże metody, które są oparte na działaniu czynników, które trudno poddać weryfikacji (np. działanie bliżej nieokreślonej energii w terapiach energetycznych, kamieni czy talizmanów) są dla badaczy wyzwaniem i trudno mówić językiem nauki o ich skuteczności, choć próby te są także podejmowane (Jonas, Levin, 2000; Rao i in., 2016). To, co również utrudnia badania naukowe podejmowane nad efektywnością CAM, to kontekst ich zastosowania – inne wyniki możemy otrzymać stosując dane podejście terapeutyczne w leczeniu chorób, a inne w profilaktyce. Podobnie inne wyniki w zakresie leczenia występować mogą u osób zdrowych, a inne wśród osób przewlekle chorych. Oprócz tego, badacze wymieniają szereg innych problemów metodologicznych, które mają znaczenie dla prowadzonych projektów badawczych (Ernst, 2007; Goldstein, 2000; Jonas, Levin, 2000; Olchowska-Kotala, 2009; Piątkowski, 2008).

Poszczególne terapie CAM różnią się pod względem popularności i dostępności w różnych krajach. Wiele państw czy regionów posiada własne tradycyjne metody lecznictwa, które są dla nich specyficzne i stosowane są na niewielkim obszarze kuli ziemskiej, np. Curanderismo (Padilla i in., 2001) występujące w krajach Ameryki Południowej i Środkowej czy japońska medycyna Kampo (Watanabe i in., 2011).

W sposób oczywisty są to praktyki niedostępne w innych częściach świata, co utrudnia międzynarodowe badania nad preferencjami w zakresie różnych metod terapii.

Jak już wcześniej wspomniano poszczególne państwa różnią się pod względem przepisów prawnych regulujących praktyki CAM, podobnie istnieją odrębne dla różnych krajów systemy medyczne, które w różnym stopniu dopuszczają CAM w ramach świadczeń zdrowotnych dla pacjentów. Wpływa to znacząco na dostępność do praktyk CAM oraz postawy kadry medycznej. Te ostatnie również mają istotne znaczenie dla popularności CAM w różnych krajach, podobnie jak nastawienie społeczeństwa. Wpływ na podejście do CAM ma również kultura zdrowotna i trendy w zakresie podejścia do zdrowia i dbania o siebie obecne w różnych kulturach (Ernst, 2007; Goldstein, 2000; Jonas, Levin, 2000; Olchowska-Kotala, 2009; Piątkowski, 2008). Wszystkie te czynniki mają znaczenie dla badaczy z dyscyplin nauk społecznych, jak i nauk o zdrowiu. Widać zatem wyraźnie, że w badaniach nad CAM istnieje może szereg czynników, często o charakterze interdyscyplinarnym, które mogą mieć znaczenie dla otrzymanych wyników badań.

1.2. Kontekst i znaczenie tematyki CAM dla psychologii jako nauki i dyscypliny stosowanej oraz zdrowia publicznego

Fenomen dużej popularności CAM na całym świecie związany jest z przemianami społeczno-kulturowymi i światopoglądowymi, jakie zachodziły w ostatnich kilkudziesięciu latach w kontekście myślenia o zdrowiu, chorobie, roli systemu opieki zdrowotnej oraz relacjach między personelem medycznym, a pacjentami. Dominujący w ramach medycyny konwencjonalnej model biomedyczny, skoncentrowany patogenetycznie, upatrujący przyczyny chorób niemal wyłącznie w sposób biologiczny, oparty w swoich metodach leczniczych głównie na farmakoterapii spotkał się ogromną krytyką (Kościńska, Kuchcińska, 2010; Nowakowski, 2015; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Piątkowski, Nowakowski, 2017; Sęk, Heszen, 2009). Zarzuca się mu dehumanizację, marginalizację ważnych, pozabiologicznych uwarunkowań zdrowia i choroby, pomijanie potrzeb i oczekiwań pacjenta, pozostawiając go bierną istotą, która poddawana jest dyrektywnym procedurom medycznym. Osiągnięcia takich dyscyplin jak medycyna behawioralna, psychosomatyczna, psychologia zdrowia dowiodły, że w profilaktyce i leczeniu duże znaczenie mają czynniki pozabiologiczne, związane choćby ze środowiskiem pacjenta, narażeniem na stres, jego własną aktywnością

zdrowotną, przekonaniami czy postawami (Sęk, Heszen, 2009). Oparty na kartezjańskiej zasadzie rozdziału „duszy i ciała” model biomedyczny nie wytrzymał zatem próby czasu. Nałożyły się na to problemy funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej (m.in. kolejki do specjalistów, zbyt mało czasu poświęconego pacjentom na wizytach lekarskich, zawilość procedur i nadmierna biurokracja), które spowodowały powszechne niezadowolenie ze świadczeń opieki zdrowotnej (Olchowska-Kotała, 2009). Dyssatisfakcję pogłębiały problemy i konsekwencje stosowania leczenia farmakologicznego, takie, jak skutki uboczne stosowanych leków i związane z tym obniżenie jakości życia czy zbyt niska skuteczność stosowanych terapii. Jednocześnie mimo postępów medycyny w zakresie możliwości leczenia i stosowania nowoczesnych technologii, zachorowalność w populacjach na choroby przewlekłe systematycznie wzrastała (Gładczuk, Kleszczewska, 2021). Zauważono również, że mimo rozwoju coraz bardziej efektywnych środków farmakoterapeutycznych, medycyna w sposób ciągły leczy, lecz nie potrafi wyleczyć wielu schorzeń. Pojawiły się zarzuty wobec koncernów farmaceutycznych, że sytuacja tego typu sterowana jest przez nie odgórnie i celowo, w kierunku nie leczenia, a raczej optymalizacji stanu chorego – systematyczne zażywanie leków przez pacjenta przynosi bowiem firmie zyski, wyleczenie go natomiast pozbawi ją dochodów z tego tytułu (Lamberty, Imhoff, 2018; Nowakowski, 2015; Nowakowski, Piątkowski, 2017). Zaczęto zarzucać firmom działania wpisujące się w tzw. *medykalizację*, której przejawami są m.in. sztuczne tworzenie jednostek chorobowych (np. zespół suchego oka, zespół niespokojnych nóg) i potrzeb zdrowotnych (np. walka ze zmarszczkami, zapobieganie suchości jamy ustnej) czy wprowadzanie interwencji medycznych tam, gdzie do tej pory dane zjawiska uważano za fizjologiczne, bądź niewymagające specjalnego leczenia (np. zespół napięcia przedmiesiączkowego) (Lamberty, Imhoff, 2018; Nowakowski, 2015; Nowakowski, Piątkowski, 2017). Ponadto działania marketingowe koncernów farmaceutycznych związane z szerokim promowaniem swoich wyrobów, takie jak: benefity przyznawane dla aptek i placówek medycznych za polecenie i przypisywanie preparatów danej firmy, przekazywanie ogromnych środków na ich popularyzację w reklamach i konferencjach branżowych, sponsorowanie prowadzenia badań nad lekami i czasopism naukowych itp. zaczęło budzić wątpliwości etyczne. Pojawiły się pytania, czy, aby na pewno podmiotem w procesie leczenia jest pacjent, a ostatecznym celem jego zdrowie, czy raczej priorytetowo traktuje się zażywanie leków, a głównym celem jest pomnażanie zysków z ich sprzedaży. Podnoszone są również uwagi na rolę lekarza w tym systemie – czy nadal

leczenie opiera się na tzw. sztuce lekarskiej, czy też personel medyczny nie staje się urzędnikiem czy figurantem realizującym coraz bardziej sformalizowane procedury przypisywania środków leczniczych (Nowakowski, 2015; Piątkowski, Nowakowski, 2017).

W związku ze słabościami modelu biomedycznego w naukach o zdrowiu rozpowszechnił się model holistyczno-funkcjonalny, który traktuje człowieka jako *whole person*, a zagadnienia zdrowia i choroby ujmuje szeroko, biorąc pod uwagę różnorodne sfery funkcjonowania, które pozostała w związku z nimi. Podobnie pozabiologiczne ujęcie zdrowia odzwierciedla definicja zdrowia WHO z 1948 roku, która wskazuje, że zdrowie to nie tylko brak choroby, ale pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny (WHO, 1948). Model holistyczno-funkcjonalny postrzega zarówno przyczyny choroby, jak i sposoby leczenia w sposób dynamiczny i złożony wskazując na różne aspekty życia człowieka i funkcjonowania organizmu, które należy brać pod uwagę zajmując się zdrowiem człowieka. Szczególną rolę w modelu przypisuje się jednostce, która jest podmiotem zdolnym aktywnie wpływać na swoje zdrowie w różnych jego aspektach (Kowalski, Gawęł, 2006; Ostrzyżek, Marcinkowski, 2012; Sęk i in., 2017; Sęk, Heszen, 2009; Słońska, 1994; Walentynowicz-Moryl, 2017). W podejściu tym, wywodzącym się z ogólnej teorii systemów von Bertalanffy (1975) brane są pod uwagę również psychologiczne, społeczne i inne czynniki, które stanowią uwarunkowania stanu zdrowia człowieka. Rozpatruje się je w kontekście i w powiązaniu z szeroko rozumianym środowiskiem, stąd model ten w naukach socjologicznych funkcjonuje jako model socjoekologiczny (Słońska, 1994). W psychologii zdrowia dominuje ujęcie biopsychospołeczne, w którym bazując na zdobyczach modelu biomedycznego rozpatruje się problemy medyczne w ich aspekcie psychologicznym i społecznym (por. Bidzan, 2010). Co ważne, w wyżej wymienionych szerszych ujęciach zdrowia w opozycji do podejścia patogenetycznego, skoncentrowanego na chorobie, charakterystycznego dla modelu biomedycznego, nacisk kładziony jest na podejście salutogenetyczne rozpowszechnione przez Anthonovsky'ego (1995), w którym dominuje nacisk na zdrowie i czynniki prozdrowotne stanowiące o zasobach człowieka. Wg Anthonovsky'ego zdrowie to nie tylko brak choroby, a stan dynamicznej, względnej równowagi, a stan zdrowia jednostki sytuuje się między krańcami kontinuum zdrowia-choroba, stale zmieniając swoje położenie w kontekście zmieniających się uwarunkowań. Zdrowie w tym ujęciu ma charakter nie statyczny, a procesualny, polegający na zdolności

organizmu do reagowania na złożone bodźce płynące ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego.

Coraz szerszy kontekst rozważań zrodził koncepcje, które włączają zagadnienia duchowości i religijności do myślenia o zdrowiu. I tak, obok wspomnianych już wymiarów biologicznego, psychologicznego, społecznego itp., zaczęto mówić o duchowym wymiarze zdrowia człowieka (Harris i in., 1999; Heszen-Niejodek, Gruszczyńska, 2004; Molesztak, 2010; Popielski, 1999). Istnieją badania, które wykazały, że strategie radzenia sobie z chorobą włączające kwestie duchowości i religijności, odwołanie do Boga, Absolutu czy siły wyższej istotnie przyczyniają się do lepszej adaptacji do choroby i zwiększają poczucie kontroli (Koenig i in., 2001; Manterys i in., 2023). Widać zatem wyraźnie, że zagadnienia zdrowia i choroby postrzegać można w sposób węższy (model biomedyczny) i szerszy (model holistyczno-funkcjonalny). Choć podejście biomedyczne dominuje we współczesnej medycynie, podejścia szersze silnie na nie oddziałują, co widoczne jest choćby w poprawie warunków funkcjonowania opieki zdrowotnej i przeobrażeniach w postrzeganiu roli pacjenta. Dominujące w modelu biomedycznym podejście, w którym pacjent jest osobą pasywną, pozbawioną możliwości partycypacji w procesie leczenia ewoluuje w kierunku tzw. *opieki skoncentrowanej na pacjencie - PCC (Patient-Centered Care)*. Model ten uznawany obecnie w wielu krajach za wzorcowy polega na opiece, w której oczekiwania, wartości, preferencje i potrzeby pacjenta brane są pod uwagę w planowaniu, koordynowaniu i świadczeniu usług zdrowotnych. Bardzo ważną rolę w PCC odgrywa relacja personel medyczny - pacjent czy też lekarz-pacjent. Wzrastająca rola pacjenta w procesie leczenia oraz przywiązywanie większej wagi do jego podmiotowości w opiece zdrowotnej jest wyrazem odchodzenia od modelu biomedycznego na rzecz podejścia bardziej holistycznego, ujmującego pozabiologiczne aspekty funkcjonowania człowieka (Ścisło i in., 2022). Wysoka jakość komunikacji lekarz-pacjent opartej na zaufaniu oraz upodmiotowienie osoby pacjenta w systemie opieki zdrowotnej przekładają się na wzrost satysfakcji pacjenta. Ta z kolei pozwala osiągać bardziej sumienne przestrzeganie zaleceń przez pacjenta i tym samym lepsze wyniki zdrowotne (Bidzan i in., 2022).

Niezadowolony z konwencjonalnej opieki medycznej jest jednym z ważniejszych powodów zwracania się pacjentów w kierunku CAM (m.in. Tangkiatkumjai i in., 2020; Zörgő i in., 2018a, 2020). Jak pokazały badania Sęk (2000), subiektywna reprezentacja poznawcza zdrowia u pacjentów odzwierciedla rozumienie zdrowia charakterystyczne dla modelu holistyczno-funkcjonalnego. Natomiast wiele podejść terapeutycznych

funkcjonujących w ramach CAM jawnie deklaruje swój holistyczny charakter, podkreślając wieloaspektowość prowadzonych diagnoz i metod leczenia. U terapeutów holistycznych klient czy też pacjent może liczyć na dużą ilość poświęconego czasu i uwagi, terapeuta analizuje wiele danych dotyczących stylu życia i dolegliwości pacjenta, uważnie słucha wszystkich informacji dotyczących nawet subtelnie odczuwanych symptomów. Niejednokrotnie stosowane metody odwołują się do rzeczywistości nadprzyrodzonej, sił duchowych, działania energii czy też właściwości leczniczych przedmiotów związanych z kultem religijnym np. krzyżyków, różańców, święconej wody (Piątkowski, 2008). Ponadto świat metod CAM odwołujący się przykładowo do terapeutycznego wpływu ekstraktów z roślin wydaje się pacjentom bliższy i bardziej zrozumiały niż skomplikowane mechanizmy działania produktów farmaceutycznych. Terapie konwencjonalne niejednokrotnie wiążą się z uciążliwymi skutkami ubocznymi, które rzadziej spotyka się stosując CAM. Osoby świadczące usługi zdrowotne w zakresie CAM często odwołują się do negatywnych narracji dotyczących praktyk konwencjonalnych i działalności koncernów farmaceutycznych, wykorzystując je jako argumenty dla poparcia swoich metod leczenia. Doskonale zdają sobie sprawę z mankamentów podejścia biomedycznego, świadomie prezentując własne holistyczne ujęcie zagadnień zdrowia i choroby wiedząc, że jest ono bliskie potrzebom pacjentów (Janiszewska, 2019; Piątkowski, 2008). Wszystkie wymienione elementy mogą mieć znaczenie dla dokonywanych przez jednostki wyborów zdrowotnych i kształtowania się pozytywnych postaw wobec CAM i medycyny konwencjonalnej.

Za wzrost zainteresowania CAM wśród społeczeństwa odpowiadać mogą także inne trendy i zjawiska społeczne związane ze zdrowiem, wśród nich moda na prozdrowotny styl życia i tzw. *healism*, który wyraża się w kulcie zdrowia oraz przekonaniu o możliwości sprawowania nad nim kontroli poprzez aktywność ukierunkowaną w kierunku jego utrzymania i/lub poprawy (Piątkowski, 2008). Prozdrowotny styl życia sprzyjający zdrowiu, optymalnemu poziomowi energii i dobre samopoczucie są wyrazami dbania o własny dobrostan czy *well-being*, *wellness*, czy realizację potrzeby bycia *fit* (Oliver i in., 2018). Szeroki wachlarz możliwości działań profilaktycznych, samoleczenia i innych aktywności prozdrowotnych, jakie oferuje CAM, sprawia, że trafia ona na podatny grunt w postaci otwartych na nie odbiorców. Odzwierciedlają to 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 zażywanie

farmaceutyków medycyna konwencjonalna najczęściej nie daje pacjentowi szans partycypacji w procesie leczenia bądź oferuje je w wąskim zakresie. W sposób oczywisty ogranicza to możliwość nabywania i realizacji własnych kompetencji i zainteresowań zdrowotnych przez pacjentów pomijając ich potrzeby w tym zakresie (Bann i in., 2010; Zörgő i in., 2018).

Rozwój nowych technologii oraz media społecznościowe sprzyjają dalszemu wzmocnieniu się tych trendów oraz rozprzestrzenianiu się informacji o CAM. Istnieje ogromna ilość badań, które potwierdzają bardzo istotną rolę internetu i mediów społecznościowych w uzyskiwaniu informacji zdrowotnych. Mimo, że autorytet lekarza w uzyskiwaniu wiarygodnych informacji na temat zagadnień zdrowia jest względnie wysoki, poszukiwanie materiałów dotyczących tematyki zdrowotnej w społeczeństwach, w tym również w Polsce jest bardzo popularne (Chen, Wang, 2021; Gwozdecka-Wolniaszek, Mateusiak, 2013). Internet i media społecznościowe pełnią również ważną rolę w obiegu informacji i kształtowaniu się postaw wobec CAM (Ng i in., 2023). Co istotne, wpływ ten oddziałuje na popularność CAM zarówno w sposób pozytywny, jak i negatywny. Z jednej strony media społecznościowe służą dzieleniu się informacjami, doświadczeniami, przekonaniem i postawami użytkowników wobec CAM sprzyjając ich popularyzacji. Przykładowo w Polsce bardzo popularne są grupy zainteresowań CAM na Facebooku – grupa *Zioła i leczenie ziołami* zrzesza prawie 400000 użytkowników (stan na 18.11.2023 r.), grupa *Naturalne metody leczenia-zioła-alternatywne metody-wiedza o zdrowiu* prawie 70000 użytkowników (stan na 18.11.2023 r.). W mediach społecznościowych szereg osób obserwuje również profile znanych praktyków i popularyzatorów CAM, np. profil naturoterapeuty Jerzego Zięby, autora 3 tomów *Ukrytych terapii* obserwuje 401000 osób (stan na 18.11.2023 r.), a jeden z jego filmów w serwisie Youtube pt. *Jak pozbyć się miażdżycy* osiągnął liczbę 1,9 mln wyświetleń (stan na 18.11.2023 r.). Jednocześnie w kontrze do tych źródeł informacji i wpływów istnieją profile i kanały, których celem jest przekazywanie wiarygodnych, opartych na EBM informacji o zdrowiu, które zwalczają trendy popularności CAM. Należą do nich np. profil *ANTY-Ukryte Terapie-Bzdury Jerzego*, który stara się walczyć z działalnością wspomnianego wyżej Jerzego Zięby, który śledzi ponad 12 000 użytkowników (stan na 18.11.2023 r.), profil *Pseudonauki Altmedu i Bajki Dla Dorosłych* (ok. 3700 obserwujących – stan na 18.11.2023 r.), profil prof. Agnieszki Szuster-Ciesielskiej z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie (ponad 21 000 obserwujących – stan na 18.11.2023 r.) profil lekarza Dawida Ciemięgi (91000 osób zainteresowanych –

stan na 18.11.2023 r.), czy wreszcie *Teoretycznie tak - grupa pro naukowa*, która skupia ok. 67 000 internautów zainteresowanych nauką (stan na 18.11.2023 r.). Podobne ścieranie się poglądów pro- i anty-CAM obserwuje się w mediach społecznościowych w innych krajach (Ng i in., 2023).

Kontrowersje wobec CAM, które znajdują wyraz w mediach społecznościowych są obecne również w innych mediach, społeczeństwie i postawach personelu medycznego. Ostrzeżenia dotyczące zagrożeń związanych z praktykami nieuczciwych uzdrowicieli czy stosowaniem na własną rękę niezweryfikowanych naukowo pseudoterapii regularnie pojawiają się w mediach w wypowiedziach lekarzy - specjalistów, dziennikarzy, a także w perypetiach serialowych bohaterów¹.

Problematyka CAM budzi w sposób oczywisty najwięcej kontrowersji w środowiskach medycznych. Wśród personelu medycznego widoczne jest całe spektrum postaw od zdecydowanego odrzucenia do pełnej integracji CAM do medycyny konwencjonalnej. Postawy sceptyczne wobec CAM opierają się przede wszystkim na niezgodności CAM z EBM i potencjalnych zagrożeniach, jakie niesie ze sobą stosowanie CAM, często bez nadzoru lekarza, niejednokrotnie zamiast medycyny konwencjonalnej (Aizuddin i in., 2022; Phutrakool, Pongpirul, 2022; Zalewska-Blechar, 2023). W opozycji do postawy bezwzględnego odrzucenia pojawiają się głosy, które w kontekście dużej popularności CAM postulują wzmożenie badań nad CAM i integrowanie jej z praktyką medyczną (Aizuddin i in., 2022; NCCAM, 2000; Orr, Fette, 2019; Phutrakool, Pongpirul, 2022). Podejście to rekomenduje WHO, które argumentuje, że wzmożenie badań nad CAM i jego stosowanie pod kontrolą personelu medycznego przyczyni się z jednej strony do zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów, z drugiej zaś umożliwi wykorzystanie terapii CAM w celach profilaktycznych lub uzupełniających konwencjonalne praktyki (WHO, 2013; WHO, 2019). Wyraźnie widać w tym względzie kierunek, który widoczny jest również we współczesnym podejściu świata naukowego do CAM – koncentracja na terapiach komplementarnych (m.in. interwencje żywieniowe, umysł-ciało, terapie manualne), które mogą być poddawane naukowej weryfikacji i wspierać medycynę akademicką, marginalizowane są natomiast terapie alternatywne, przede wszystkim te, które nie sposób ująć w ramy metodologii naukowej (NCCIH, 2021). I tak, pręźnie

¹ Przypadki problemów pacjentów, którzy stosowali jakąś formę terapii CAM pojawiały się w popularnych serialach o tematyce medycznej, m.in. w *Na dobre i na złe* (przypadek pacjentki pijącej własny mocz w ramach uroterapii). Podobnie od czasu do czasu media nagłaśniają przypadki niebezpiecznego użycia CAM w świecie realnym, np. śmierć 36-latki w Poznaniu po zastosowaniu wlewu z DMSO (dimetylosulfotlenku) w telewizji TVN 24

prorowadzone badania prezentowane są w szeregu czasopism naukowych obecnych na liście JCR, m.in. *Complementary Therapies in Medicine*, *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, *BMC Complementary Medicine and Therapies* czy *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. Zmiany nazw tych czasopism w ostatnich latach są znamienne w tym zakresie np. *BMC Complementary Medicine and Therapies* jeszcze niedawno nosił nazwę *BMC Complementary and Alternative Medicine*, a do niedawna *Journal of Complementary and Alternative Medicine* obecnie uzyskał tytuł *Journal of Integrative and Complementary Medicine*. Ten sam kontekst spowodował zmianę działu dotyczącego CAM w Narodowym Instytucie Zdrowia w USA z *National Center of Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) na *National Center for Complementary and Integrative Health*. Widać wyraźnie, że w nauce zaczyna dominować integracyjne podejście do CAM, które otrzymało nazwę *medycyny integracyjnej*, zwanej inaczej *integratywną* czy też *zintegrowaną* (Hu i in., 2015). Medycyna integracyjna w praktyce medycznej włącza zdobyte metod komplementarnych do medycyny konwencjonalnej. Zamiast postrzegać te metody leczenia jako wzajemnie się wykluczające, medycyna integracyjna ma na celu połączenie ich w celu synergistycznego efektywniejszego działania. To podejście do opieki zdrowotnej, w którym priorytetowo traktowane są potrzeby i preferencje pacjentów. Ma ona swoje korzenie w holistyczno-funkcjonalnym ujęciu zdrowia - uznaje ona złożoną i wzajemnie powiązaną naturę ludzkiego organizmu, przyjmując kompleksowy punkt widzenia, który uwzględnia wszystkie aspekty dobrego samopoczucia, w tym wymiary fizyczne, emocjonalne, psychiczne i duchowe. Ważne miejsce w medycynie integracyjnej zajmuje opieka skoncentrowana na pacjencie oraz wysoka jakość relacji lekarz – pacjent, w której to pacjent aktywnie partycypuje w podejmowaniu decyzji zdrowotnych. Ponadto podejście integracyjne kładzie nacisk na indywidualność i wyjątkowość jednostki, analizując jej historię zdrowia poprzez uwzględnienie m.in. takich czynników, jak styl życia, środowisko, stan emocjonalny. Duże znaczenie w medycynie integracyjnej ma profilaktyka, w które wdraża się szereg oddziaływań terapeutycznych mających na celu utrzymanie i poprawę zdrowia przed wystąpieniem choroby. Takie proaktywne podejście obejmuje np. modyfikację stylu życia i metod radzenia sobie ze stresem, interwencje suplementacyjne i żywieniowe. Jednocześnie duży nacisk kładziony jest na bezpieczeństwo i skuteczność stosowanych metod komplementarnych, które powinny być poparte badaniami naukowymi (Frenkel, Cohen, 2014; Hu i in., 2015; Kalariya i in., 2023; Umberger, 2019),

Medycyna integracyjna zyskuje na znaczeniu. Coraz więcej placówek medycznych chętnie zatrudnia specjalistów np. z zakresu terapii manualnych, psychologów, dietetyków, organizuje spotkania dla rodzin pacjentów, organizuje zajęcia z zakresu edukacji zdrowotnej. Jest to szczególnie widoczny trend w krajach skandynawskich i bardziej zamożnych krajach europejskich, zaczyna on przenikać również do Polski. Na korzyść takiego podejścia zwracają uwagę niektórzy polscy autorzy na podstawie własnych obserwacji klinicznych (Humańska, Nowicki, 2005; Woźniak-Holecka i in., 2010). W roku 2017 w Polsce założono Towarzystwo Lekarzy Medycyny Zintegrowanej (TLMZ), która skupia medyków zainteresowanych terapiami komplementarnymi. W ramach działalności towarzystwa prowadzi się i promuje badania naukowe w duchu medycyny integracyjnej, organizowane są szkolenia i sympozja dla lekarzy (www.tlmz.pl).

Mimo widocznych tendencji i zainteresowań medycyną integracyjną w Polsce, jest ono nadal zjawiskiem kontrowersyjnym i niszowym. Choć coraz bardziej widoczne są wpływy szerszego, bardziej holistycznego i przyjaznego pacjentowi podejścia w opiece zdrowotnej, działalność lekarzy integracyjnych w Polsce rzadko spotyka się z przychylnością środowiska lekarskiego. Wręcz przeciwnie - niektórzy przedstawiciele TLMZ mają procesy sądowe, w których zarzuca im się działania niezgodne ze standardami EBM i sztuką lekarską oraz szkodzące zdrowiu publicznemu².

Zagadnienia związane z CAM i medycyną integracyjną są obecne także na gruncie psychiatrii i psychologii. Temat ten, podobnie, jak wśród lekarzy budzi ogromne kontrowersje. Niektórzy teoretycy postulowali włączenie CAM do psychologii (Bassman, Uellendahl, 2003; Wilson, White, 2011), inni mimo dostrzeganych zalet, w obliczu braku zadowalających dowodów na skuteczność metod CAM zajmowali stanowisko przeciwne (Hughes, 2008). W 2012 r. Barnett i Shale (2012) na łamach *Professional Psychology: Research and Practice* wydawanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA) opublikowali artykuł pt. *The Integration of Complementary and Alternative Medicine (CAM) Into the Practice of Psychology: A Vision for the Future*, w którym postulowali uwzględnienie tematyki CAM w praktyce i badaniach naukowych. Zdaniem autorów, CAM i związane z nim trendy w opiece

² M.in. dwóm popularnym lekarzom integracyjnym - Prezesowi TLMZ prof. Andrzejowi Frydrychowskiemu oraz Hubertowi Czerniakowi zawieszono okresowo prawo wykonywania zawodu (Jankowska, 2021)

zdrowotnej są korzystne dla pacjentów i zyskują coraz większą popularność. W związku z tym psychologowie powinni uzyskać wiedzę na temat poszczególnych terapii CAM, ich efektywności i bezpieczeństwa m.in. w celu ich włączania do swojej praktyki psychologicznej bądź w celu poszukiwania możliwości delegowania pacjentów do innych praktyków CAM. Barnett i Shale opisali przydatność niektórych terapii CAM, głównie z grupy umysł-ciało i podejść bliższych praktyce psychologicznej, m.in. medytacji, jogi, mind-fullness, progresywnej relaksacji mięśniowej, muzykoterapii, terapii ruchem, aromaterapii, masaży itp. Autorzy przytaczali dowody w postaci badań naukowych dotyczących tych metod, uzasadniali, które techniki i w jakim kontekście można stosować w praktyce psychologicznej i psychoterapii. W artykule podjęto również kwestie etyczne, w których zaznaczali ważność takich aspektów, jak uzyskiwanie świadomej zgody pacjenta, należyte jego informowanie, unikanie bliskiego kontaktu fizycznego, czy konieczność lub rekomendacja do nabywania odpowiednich kwalifikacji do świadczenia poszczególnych usług w zakresie CAM. Podkreślano zalety CAM jako terapii komplementarnych, które stanowią szansę dla bardziej holistycznej i spersonalizowanej opieki nad pacjentem. Postulowano włączenie wiedzy na temat metod i praktyk CAM do programów nauczania i szkoleń dla psychologów oraz wzmożenie badań naukowych nad efektywnością i przydatnością CAM. Prognozowano wzrost znaczenia CAM dla praktyki psychologicznej. Dwa lata później pogłęбили omawiane zagadnienia w książce *Complementary and alternative medicine for psychologists: An essential resource* (Barnett i in., 2014).

Wspomniany artykuł wywołał głębokie oburzenie u Swana i współpracowników (2015), którzy na łamach tego samego czasopisma opublikowali krytyczny artykuł pt. *Why Psychologists Should Reject Complementary and Alternative Medicine: A Science-Based Perspective*, w którym tezy Barnett i Shale poddali druzgocącej krytyce. Wzięli oni pod lupę badania naukowe i argumenty przytoczone przez Barnett i Shale i punkt po punkcie wykazali słabość metodologiczną przytoczonych przez nich badań oraz tendencyjność i przecenienie na korzyść CAM uzyskanych w nich wyników. W oparciu o te krytyczne analizy oraz zasady etyki zawodowej, w której podkreślali, że psychologowie, podobnie, jak lekarze, powinni kierować się praktykami opartymi na dowodach, opowiedzieli się za zdecydowanym i bezwzględnym odrzuceniem CAM w psychologii jako dyscyplinie stosowanej. Swan ze współpracownikami jawnie zadeklarowali swoje oburzenie publikacją artykułu Barnett i Shale w *Professional Psychology: Research and Practice* uznając je za niebezpieczne i szkodliwe, ponieważ

praktyki CAM mogą rozpowszechnić się na terenie psychologii, jeśli podparte będą autorytetem APA i wydawanego przez nie czasopisma.

Dwa stanowiska względem miejsca CAM w psychologii, które odzwierciedlone zostały w powyższych artykułach, obrazują dyskusję, jaka toczy się w tym zakresie wśród teoretyków i praktyków. Szerzej piszą o tym Thomson-Casey i współpracownicy (2023) w narracyjnym przeglądzie dotyczącym problematyki CAM w kontekście praktyki psychologicznej. Z jednej strony mamy do czynienia ze stanowiskiem opozycyjnym, które broni praktyk opartych na dowodach i zasad etyki zawodowej, w myśl których niedopuszczalne jest stosowanie względem pacjentów metod niezweryfikowanych w sposób naukowy. Ponadto jako istotny kontrargument dla łączenia zagadnień CAM z psychologią jest brak merytorycznego przygotowania psychologów w tym zakresie – zarówno przygotowania stricte medycznego, jak i wiedzy oraz kwalifikacji dotyczących CAM. Część środowiska psychologów obawia się ponadto spadku reputacji zawodu psychologa. Z drugiej zaś strony pojawiają się głosy, które w różnym stopniu opowiadają się za włączeniem CAM do praktyki psychologicznej oraz postulują szersze zajęcie się tematyką z uwagi na preferencje pacjentów i względy zdrowia publicznego. Co ważne, w tym drugim podejściu argumentuje się konieczność pogodzenia się i skonfrontowania z rzeczywistością społeczną, która pokazuje, że metody CAM są bardzo popularne nie tylko wśród ogółu pacjentów, ale również wśród pacjentów psychiatrycznych i osób zainteresowanym wsparciem własnego zdrowia psychicznego.

Jak pokazują badania, znaczna część pacjentów stosowała przynajmniej jedną terapię CAM w celu poprawy swojego zdrowia psychicznego, w tym najczęściej dostępne bez recepty suplementy witaminowe i mineralne, preparaty ziołowe, jogę, aromaterapię, medytację czy masaż. Liczba ta waha się między 0,7 do 89% i jest zróżnicowana geograficznie (Thomson-Casey, Adams, i in., 2023). Choć dysponujemy jedynie danymi z wybranych regionów świata, możliwą skalę zjawiska niech zobrazują dane Jonga i współpracowników (2019), którzy podają, że procent podopiecznych ośrodków zdrowia psychicznego w Holandii, którzy korzystają z CAM wyniósł w ich badaniach 75% oraz dane pochodzące z Arabii Saudyjskiej (Rajab i in., 2019), w których 82,2% pacjentów psychiatrycznych w ostatnich 12-miesiącach stosowało przynajmniej jedną z terapii CAM. W Szwecji 67% pacjentów korzystających z usług psychologów i psychiatrów zgłosiło korzystanie z CAM w walce z objawami depresji, lęku lub bezsenności (Wemrell i in., 2020). Liczby te dowodzą o potencjalnym prawdopodobieństwie sięgnięcia po CAM w przypadku dolegliwości z zakresu zdrowia psychicznego przynajmniej przez część

populacji. W sposób oczywisty rodzi to wyzwania dla psychologii, psychiatrii i zdrowia publicznego.

Doniesienia dotyczące praktyk włączenia zagadnień i metod związanych z CAM do praktyki psychologicznej pokazują, że zjawisko to ewidentnie już ma miejsce, podobnie, jak termin *psychologia integracyjna* funkcjonuje już w obiegu (Kassis, Papps, 2020). W literaturze wyróżniono cztery funkcjonujące formy obecności zagadnień CAM w praktyce psychologicznej (Thomson-Casey, Adams, i in., 2023):

- 1) omawianie zagadnień związanych z CAM podczas sesji psychologicznej – wymienia się tutaj m.in. podnoszenie kwestii ryzyka i korzyści związanych ze stosowaniem CAM przez pacjenta, udzielaniem mu informacji na temat CAM itp.;
- 2) rekomendacja stosowania różnego rodzaju terapii CAM – np. w sytuacji, w której psycholog zaleca pacjentowi korzystanie z CAM np. w postaci zajęć z jogi czy stosowania określonych ziół;
- 3) polecenie i przekierowywanie przez psychologa do różnych specjalistów CAM np. do akupunkturzysty, masażyisty, naturopaty
- 4) stosowanie CAM w praktyce psychologicznej – np. poza interwencjami i praktykami stricte psychologicznymi, psycholog samodzielnie względem pacjenta stosuje jedną lub więcej metod CAM np. biofeedback, sesje progresywnej relaksacji mięśniowej.

Jednym z krajów, w którym psychologowie szerzej zajmują się zagadnieniami CAM jest Australia. W tym kraju przy Australijskim Towarzystwie Psychologicznym działa nawet sekcja dotycząca CAM - *Psychology and Complementary and Therapies Interest Group* (Wilson, White, 2011). W badaniu, w którym wzięło udział 202 psychologów, ponad 95% badanych przyznało, że w wywiadzie psychologicznym pyta pacjentów o ich doświadczenia związane z CAM; ponad 90% zaleca swoim pacjentom terapię z grupy umysł-ciało, ponad 60% przekierowuje swoich pacjentów do naturopatów (Thomson-Casey, McIntyre, i in., 2023). Podobnie wysoki odsetek rekomendacji i przekierowań pacjentów do różnych praktyk/usług CAM notuje się w Austrii i Indonezji (Liem, 2019; Liem, Newcombe, 2021; Ligorio, Lyons, 2019). Ponad 65% badanych psychologów w trzech wymienionych wyżej krajach integruje jakąś formę CAM do własnej praktyki psychologicznej (Liem, 2019; Liem, Newcombe, 2021; Mörkl i in., 2020).

Jeśli chodzi o Polskę, tego typu badania nie były prowadzone, więc skala zjawiska nie jest znana. Bez trudu jednak można znaleźć w internecie gabinety psychologiczne czy psychoterapeutyczne, które oferują usługi z zakresu np. biofeedbacku, hipnozy, ustawień hellingerowskich i innych metod zaliczanych do CAM.

Co istotne w obrębie usług psychologicznych i psychoterapeutycznych stosowane są bez większych kontrowersji takie metody, jak np. techniki mindfulness, EMDR czy treningi relaksacyjne, których wcześniej nie traktowano jako część wymienionych dyscyplin (Thomson-Casey i in., 2022; Thomson-Casey i in., 2023). Podobnie, zwolennicy włączenia CAM do psychologii argumentują istnienie w jej obrębie takich podejść, jak psychologia energetyczna (Feinstein, 2008), integralna czy transpersonalna jako funkcjonujące mimo jej osobliwej specyfiki, która z trudnością odnajduje się w ramach naukowej metodologii (Kassis, Papps, 2020).

Zjawiskiem sprzyjającym rozwojowi psychologii integracyjnej oraz włączenia CAM do psychologii i psychiatrii jest prężny rozwój psychodietetyki i psychiatrii żywieniowej. Dyscypliny te promują zdrowy styl życia i istotę zmiany nawyków żywieniowych dla zdrowia psychicznego. Ważne odkrycia tych dziedzin, dotyczących pozytywnego wpływu wybranych witamin i minerałów, makro- i mikroelementów czy ekstraktów roślinnych (m.in. takich, jak np. probiotyki, kwas foliowy, witamina D, kwasy omega-3, kurkumina, ashwagandha) na wybrane parametry zdrowia psychicznego spowodowały, że nurt ten uważany jest za jeden z bardziej obiecujących podejść terapeutycznych. Dodatkowo znamieną jest wzrastająca oferta suplementów diety i preparatów leczniczych wyprodukowanych w wyniku dużej liczby badań prowadzonych w tym nurcie (Jacka, 2017; Mörkl i in., 2020; Sarris i in., 2015). Jest to duże wyzwanie i rozwijająca się alternatywa dla psychofarmakologii.

Widać wyraźnie, że CAM wielotorowo przenika do psychologii jako nauki i dziedziny stosowanej. Wydaje się, że dalsze postępowanie tego zjawiska jest nieuniknione. Podobnie dalsza popularność CAM i stosowanie tych metod przez pacjentów stanowi wyzwanie dla zdrowia publicznego, co implikuje powstawanie nowych wyzwań zarówno dla praktyków i teoretyków psychologii. W sposób oczywisty należy zatem omówić potencjalne zagrożenia i korzyści związane ze stosowaniem CAM przez pacjentów. Część tego opracowania oparta będzie o kwestie, które podnoszone są w tym zakresie w literaturze. Wątki te przeplatane będą autorskimi spostrzeżeniami doktorantki, które uważa ona za istotne dla omawianej tematyki, a których nie napotkała

w naukowych opracowaniach. Nie mają one charakteru rozstrzygającego, mają jednak na celu poddanie pewnych kwestii pod naukową dyskusję.

Biorąc pod uwagę fakt, że wiele metod CAM nie zostało zweryfikowanych naukowo bądź nie istnieją oficjalne wytyczne dotyczące bezpieczeństwa ich stosowania istnieje ryzyko potencjalnych skutków ubocznych, które mogą zagrażać zdrowiu i/lub życiu pacjentów. Zagrożenie to może być również związane z potencjalnymi interakcjami, które mogą zachodzić pomiędzy substancjami czynnymi zawartymi w preparatach CAM, a farmaceutykami. Niektóre z tych interakcji opisano już w publikacjach naukowych, np. ekstrakt z dziurawca zwyczajnego (*hypericum perforatum*) uznano za korzystny w leczeniu stanów depresyjnych, może on jednak nasilać działanie selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny, zwiększając ryzyko wystąpienia tzw. zespołu serotoninowego (Glynn, Bhikha, 2018).

Kolejne ryzyko, jakie łączy się ze stosowaniem CAM dotyczy zagrożenia, jaki jest przerywanie i rezygnacja z konwencjonalnych form leczenia i diagnostyki medycznej na rzecz wyłącznego korzystania z CAM. Zdaniem teoretyków zachowania tego typu mogą niweczyć szanse na efektywne leczenie bądź wyleczenie schorzenia, jeśli pacjent nie trafi w odpowiednim terminie do lekarza (Johnson i in., 2018). Takie postępowanie Zorgo i współpracownicy nazywają *dysfunkcyjnym stylem korzystania z CAM* (Zörgö i in., 2020)

Dodatkowo stosowanie CAM może być szkodliwe dla zdrowia w sposób bezpośredni. O ile stosowanie tradycyjnych receptur, np. mieszanek ziołowych uznaje się za względnie bezpieczne, przykładowo regulacje dotyczące rynku suplementów diety w Polsce nie nakładają na producenta obowiązku ani przeprowadzenia badań efektywności i bezpieczeństwa preparatu z udziałem ludzi, ani również przedstawienia ekspertyz, z których wynikałoby, że skład produktu zawarty w preparacie jest zbieżny ze stanem faktycznym. Wiele produktów dostępnych w internecie sprzedawanych jako remedia na różne choroby przewlekłe informacji o składzie nie zawiera, bądź zawiera je w ograniczonej ilości (Najwyższa Izba Kontroli, 2018). To tylko kilka przykładów niebezpieczeństw związanych z CAM polegających zarówno na możliwości bycia oszukany, jak i narażonym na możliwość intoksykacji.

Jeszcze jednym potencjalnym zagrożeniem jest uzależnienie od stosowania CAM, analogiczne do ortoreksji bądź z nią powiązane. Choć nie znaleziono tego typu doniesień w literaturze, pewne niektóre przekonania powiązane z ortoreksją, takie, jak obsesja spożywania wyłącznie „zdrowych i naturalnych” produktów i staranne unikanie

przetworzonej żywności (Brytek-Matera, 2012) wydaje się korespondować, z leżącymi niejednokrotnie u podstaw korzystania z CAM przekonań o wyższości naturalnych, nefarmakologicznych form leczenia. Analogicznie do ortoreksji, osoby owładnięte troską o własne zdrowie mogłyby w tym ujęciu skoncentrowane być na dysfunkcyjnym spożywaniu/konsumowaniu różnych produktów czy usług CAM. Kwestia ta oczywiście wymaga podjęcia stosownych badań w tym zakresie.

W kontekście przytoczonych wyżej zagrożeń związanych ze stosowaniem CAM, uzasadnione jest postulowane przez teoretyków włączenie kwestii CAM do wywiadu psychologicznego i lekarskiego w celu minimalizacji potencjalnych zagrożeń, które wyniknąć mogą ze stosowania CAM (w tym dysfunkcjonalnego) przez pacjentów. Jest to o tyle, istotne, iż niejednokrotnie pacjenci nie ujawniają personelowi medycznemu informacji o tym (Foley i in., 2019; Mcintyre i in., 2020). W sposób oczywisty, co również postulowane jest w literaturze, konieczne jest zapewnienie służbom medycznym i psychologom odpowiedniej edukacji w zakresie CAM. Omawiane problemy pokazują również istotę prowadzenia badań naukowych w zakresie psychologicznych uwarunkowań korzystania z CAM, aby zrozumieć predyktory zachowań zdrowotnych i wyborów związanych z CAM.

1.3. Modele teoretyczne wyjaśniające kształtowanie się postaw wobec CAM

Dotychczas w badaniach nad psychologicznymi uwarunkowaniami postaw wobec medycyny komplementarnej i alternatywnej zaproponowano różne modele wyjaśniające to zagadnienie. Można podzielić je na dwie grupy. W grupie pierwszej znajdują się modele powstałe na bazie dotychczasowych badań nad uwarunkowaniami postaw wobec CAM. Są to modele specyficzne, ukierunkowane na wyjaśnianie tylko tego zjawiska. Jeśli chodzi o drugą grupę, podejmowane były próby zastosowania istniejących już modeli zmiany zachowań zdrowotnych lub koncepcji psychologicznych, które zapożyczono czy też zaadaptowano na potrzeby wyjaśniania postaw wobec CAM. Modele te różnią się między sobą zarówno doбором zmiennych wyjaśniających, jak i również zakresem, w jakim wyjaśniają postawy wobec CAM. Niektóre z modeli mają charakter zamknięty, zakładający określony zestaw zmiennych, inne natomiast dopuszczają dokładanie kolejnych, co czyni je bardziej uniwersalnymi.

W grupie pierwszej modele wyjaśniania postaw wobec CAM oparte są o diadę nazywaną skrótowo w literaturze *push&pull*, co oznacza współistnienie czynników „przyciągających” jednostkę do CAM i „odstręczających” od medycyny konwencjonalnej. W Modelu Sirois (1998) autorka uwzględnia takie zmienne odstręczające, jak dyssatisfakcja z doświadczeń z medycyną konwencjonalną zarówno w aspekcie wyników leczenia, jak i kontaktów z personelem medycznym. Jaki pisze Sirois, problemy w relacji lekarz – pacjent, które nie przyczyniają się do spełnienia oczekiwań pacjenta polegają w dużej mierze na braku możliwości jego kontroli nad leczeniem, które w całości spoczywa na osobie lekarza. Czynniki przyciągające do CAM to pozytywne, satysfakcjonujące doświadczenia związane z korzystaniem z CAM; przekonania zdrowotne, związane z postrzeganiem CAM jako lepszy niż medycyna konwencjonalna model leczenia, wzmacniane często przez wpływ otoczenia pacjenta. Znaczenie dla wyborów zdrowotnych jednostki ma również poczucie umiejscowienia kontroli. Wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli wiąże się z potrzebą udziału pacjenta w procesie leczenia, potrzebą samodzielności i przejmowania odpowiedzialności za swój stan zdrowia, a te z kolei wzmacniają mogą tendencję do wyboru metod CAM, które w większym stopniu dają możliwość pacjentowi partycypacji w procesie podejmowania decyzji i leczenia.

Sirois (1998) pisze również, iż niektóre cechy osobowości mogą predysponować do używania CAM powołując się na badania nad różnymi zmiennymi osobowościowymi Wielkiej Piątki z zachowaniami zdrowotnymi. Nie rozstrzyga jednak, które cechy osobowości predysponują do korzystania z CAM. Sirois wskazuje również, powołując się na różne badania empiryczne, iż niezależnie od poglądów i preferencji dotyczących leczenia (CAM versus konwencjonalna opieka zdrowotna) motywacja do stosowania CAM warunkowana jest przez indywidualną sytuacją zdrowotną pacjenta. Jaki pisze, to, jaki model opieki zdrowotnej wybierze pacjent, zależy od jednostki chorobowej, niektóre schorzenia bardziej lub mniej skłaniają do decyzji wyboru sposobu leczenia. Reasumując, na podstawie rozważań Sirois (1998) można uznać, że model ten uwzględnia 3 rodzaje czynników mających znaczenie dla kształtowania się postaw wobec CAM:

- 1) czynniki odstręczające od medycyny konwencjonalnej (dyssatisfakcja z konwencjonalnego leczenia i relacji z personelem medycznym);
- 2) czynniki przyciągające do CAM (satysfakcjonujące doświadczenie z korzystania z CAM, przekonania zdrowotne pozytywnie oceniające CAM);

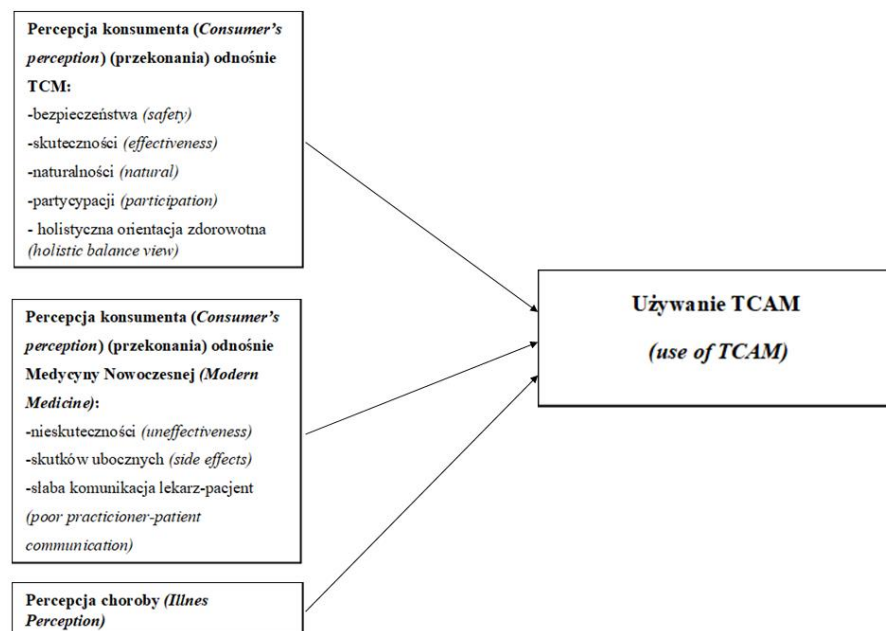
- 3) pozostałe czynniki - cechy osobowości, poczucie umiejscowienia kontroli oraz indywidualne czynniki sytuacyjne związane ze stanem zdrowia.

Wychodząc z założeń modelu, autorka mając świadomość rozległego niezbadanego do tej pory obszaru badań (lata 90-te!) nad uwarunkowaniami korzystania z CAM, eksplorowała szereg czynników, które poza zmiennymi *push&pull*, mają znaczenie dla kształtowania się postaw wobec CAM. Powstały na ich bazie kolejny model oraz ważniejsze wyniki badań zawarte zostaną w dalszej części pracy.

Model w dużej mierze zbieżny z założeniami Sirois przedstawili Tam, Chang i Suki (2014). Bazując na koncepcji *push&pull* i badaniach empirycznych, swój model oparli oni o czynniki poznawcze dotyczące percepcji TCAM, percepcji medycyny konwencjonalnej oraz percepcji własnej choroby. Szczegóły modelu przedstawia poniższy rysunek.

Rysunek 1

Model Koncepcyjny Kluczowych Czynników Wpływających na Używanie TCAM (A Conceptual Model of Key Influences on the Use of Traditional and Complementary Medicine) Tama, Changa i Suki (2014)



Adnotacja: źródło: “Understanding consumption of the traditional and complementary medicine: A conceptual model”, A. Tam, M. D. Chang, N.M. Suki, 2014, *International Journal of Research in Management & Social Science* (2014) 2(3) 1-6 (2014)

Koncepcja ta wskazuje czynniki poznawcze, które biorą udział w postawianiu postaw wobec CAM. Autorzy bardziej niż Sirois rozwijają zakresy czynników *push&pull*, cały model opierając właściwie na przekonaniach zdrowotnych. Wśród czynników przyciągających do CAM pojawia się holistyczna orientacja zdrowotna, która wyraża się w postrzeganiu organizmu jako całość łącząca różne sfery – m.in. fizyczną, psychiczną, duchową społeczną, przeciwna podejściu skoncentrowanemu na tym, co biologiczne. To, co jest ciekawe, a co istotnie odróżnia oba modele jest kwestia stanu zdrowia – Sirois pisze o obiektywnej sytuacji zdrowotnej, Tam, Chang i Suki kładą nacisk na jej percepcję. To ważne rozróżnienie pojawi się także w innych modelach. Słabością omawianego modelu jest pomijanie czynników pozapoznawczych, np. emocjonalnych, osobowościowych, środowiskowych.

Jak już wcześniej wspomniano, badacze chętnie korzystali z istniejących w literaturze przedmiotu modeli czy też teorii i adaptowali je na potrzeby badań nad CAM. Spośród nich bardzo popularne są *Model Przekonań Zdrowotnych (Health Belief Model – HBM)* Beckera (1977) oraz *Teoria Planowego Działania (Theory of Planned Behaviour - TPB)* Ajzena i Fishbeina (1980) oraz będąca jej rozszerzeniem *Teoria Uzasadnionego Działania (Theory of Reasoned Action - TRA)* Ajzena (1985).

Model Przekonań Zdrowotnych (Becker, 1974) jest najstarszym z modeli, w swojej rozwiniętej wersji akcentuje rolę przekonań zdrowotnych dotyczących spostrzeganej powagi choroby i podatności na chorobę, percepowanych korzyści i barier podjęcia zachowań zdrowotnych. Aby dane zachowanie wystąpiło konieczna jest motywacja, która powstaje w chwili, kiedy wartości subiektywnie ocenionej ciężkości zachorowania i własnej podatności na nie, które składają się na spostrzegane zagrożenie chorobą będą wyższe od 0. Ocena ewentualnych benefitów wynikających z danego zachowania z kolei musi być wyższa niż percepowane potencjalne bariery. W modelu uwzględniono również pobudki do działania, które mogą przyjmować postać różnych motywatorów np. zaleceń innych osób, akcji prowadzonych w mediach oraz zmienne pośredniczące, takie jak czynniki socjodemograficzne, psychospołeczne, czy strukturalne. Zestaw wymienionych zmiennych pozwala ocenić prawdopodobieństwa wystąpienia określonego zachowania zdrowotnego (Becker, 1974).

Model jest chętnie wykorzystywany w badaniach nad CAM. Stosowano go do badania uwarunkowań korzystania z CAM u osób z cukrzycą typu 2 (Chang i in., 2012; Tehrani i in., 2022), u libańskich studentów (Lizi, 2016), stosowania CAM przez matki w celu zapobiegania i leczenia symptomów COVID-19 u dzieci (Frachiseur, 2021).

W każdym przypadku model był istotny, choć nie zawsze dotyczyło to wszystkich składowych modelu. Jego zaletą jest uniwersalność i możliwość testowania różnych zmiennych pośredniczących, dlatego też badacze chętnie poszerzają go o spektrum różnych zmiennych psychologicznych, m.in. o motywację zdrowotną, poczucie własnej skuteczności. Krytycy modelu uważają model za zbyt statyczny, nieuwzględniający dynamiki procesów decyzyjnych oraz faktu, że nie zawsze jednostka podejmuje decyzję w oparciu o analizę całości zaproponowanych w modelu zmiennych. Ponadto niewyjaśnione pozostają relacje między poszczególnymi zmiennymi modelu, nie wiadomo czy wewnętrzne zależności mają charakter linearny czy też model jest wieloczynnikowy (Ogden, 2004).

Kolejną teorią zmiany zachowań zdrowotnych, która jest wykorzystywana do wyjaśniania postaw wobec CAM jest Teoria Uzasadnionego Działania (*Theory of Reasoned Action* - TRA). stworzona w latach 70-tych przez Ajzena i Fishbeina (1980), rozwinięta później przez Ajzena (1985) jako Teoria Planowanego Działania (*Theory of Planned Behaviour* – TPB). W myśl teorii, aby dane zachowanie pojawiło się, konieczna jest intencja jego wykonania. Stąd model ten, podobnie, jak HBM, ma charakter motywacyjny. Do zaistnienia intencji konieczne są postawa, w której dominują pozytywne przekonania odnośnie danego zachowania zdrowotnego i wyniku jego wdrożenia oraz norma subiektywna wyrażająca się w aprobacie otoczenia zewnętrznego, osób znaczących, czy przekazu medialnego oraz motywacja do podporządkowania się mu. Te dwa elementy były składowymi tworzenia się intencji w modelu TRA, TPB wprowadziła kolejny element – spostrzeganą kontrolę behawioralną, która odnosi się do przekonań jednostki na temat kontroli realizacji danego zachowania. Przekonania te jednostka kształtuje na bazie własnych wcześniejszych doświadczeń lub innych czynników określających spostrzeganą trudność zachowania. Spostrzegana kontrola behawioralna wiąże się z przekonaniami na temat własnej skuteczności, ocenie własnych szans powodzenia i ograniczeń (Ajzen, 1985).

Teorię TPB wykorzystano w badaniu personelu medycznego różnych specjalizacji, którzy uczestniczyli w kursie medycyny integracyjnej pt. *Whole Health* (Shamblen i in., 2018). W badaniu spostrzegana kontrola behawioralna została ujęta jako poczucie własnej skuteczności w integrowaniu medycyny komplementarnej z medycyną akademicką oraz umiejętność werbalizacji wdrażanych podejść terapeutycznych podczas spotkań z pacjentami. Uczestnicy badani byli przed i po skończonym kursie oraz po trzech miesiącach. Zoperacjonalizowane jako spostrzegana kontrola behawioralna

zmienne przekładały się na wdrażanie medycyny integracyjnej w praktyce pracy z pacjentami oraz promocję tego podejścia wśród pacjentów (Shamblen i in., 2018). Teorię TPB wykorzystano również do konstrukcji narzędzia do badania postaw i przekonań wobec CAM u pacjentów onkologicznych pt. *Attitudes and Beliefs about Complementary and Alternarnative Medicine (ABCAM)* (Mao i in., 2012). Zgodnie z założeniami teorii TPB potwierdzono trójczynnиковą strukturę opierającą się na składowych: oczekiwane korzyści, spostrzegane bariery i subiektywne normy związanych ze stosowaniem CAM. W badaniach przeprowadzonych na próbie malezyjskiej (Dzulkipli i in., 2019) i australijskiej (O'Connor, White, 2009) teoria TPB wyjaśniała korzystanie z CAM w badanej grupie. Zaletą TPB jest duża czytelność i łatwość stosowania, przez co teoria dobrze wyjaśnia rolę postaw, przekonań i kontroli zachowań związanych ze zdrowiem.

Sirois ze współpracownikami (2016) próbowała ustalić, jakie czynniki leżą u podstaw korzystania z CAM w dłuższej perspektywie czasowej, argumentując, że niektórzy eksperymentują z CAM, ale nie stają się stałymi, zadeklarowanymi zwolennikami tych metod. Badacze poszukiwali zatem czynników, które powodują, że jednostki stają się systematycznymi klientami produktów, usług czy praktyk CAM. Ponadto, jak zauważa Sirois i pracownicy, konwencjonalna opieka zdrowotna jest niejako wyborem stosowanym „z pierwszej ręki”, domyślnym, natomiast korzystanie z CAM jest częściej wynikiem świadomego wyboru, związanego często z rezygnacją z podejścia konwencjonalnego na rzecz pewnej alternatywy w postaci CAM. Na tej podstawie badacze wyszli z założenia, że dotychczasowe podejścia do CAM w zbyt dużym stopniu koncentrowały się na zmiennych behawioralnych przypisując nieadekwatnie małą rolę zmiennym o charakterze psychologicznym.

Opierając się na powyższych założeniach oraz dotychczasowych badaniach psychologicznych dotyczących CAM stworzono *Konsumencki Model Zaangażowania w CAM (CAM Commitment Model)*. Model zapożyczono do *Konsumenckiego Modelu Zaangażowania w Markę (Consumer Commitment Model)* Wanga (2002), który jest dobrze ugruntowany empirycznie. Zgodnie z tym modelem zaangażowanie w konkretną markę rozwija się z dwóch rodzajów pozytywnych doświadczeń z marką: 1) drodze funkcjonalnej związanej z utylitarnymi potrzebami i motywacjami, które znajdują odzwierciedlenie w pozytywnych wynikach, zadowoleniu i zaufaniu do marki (satysfakcja z doświadczeń z marką) oraz 2) symbolicznej, która obejmuje postrzegane "dopasowanie" między wartościami konsumenta a marką (zgodność wartości). Razem te

dwa czynniki prowadzą do zaangażowania, o czym świadczą późniejsze powtórne zakupy czy polecenie "marki" innym oraz poczucie przynależności do społeczności innych użytkowników marki.

Zgodnie z propozycją Sirois i współpracowników u podstaw konsumenckiego zaangażowania w CAM leżą (2016):

wartości użyteczne (*utilitaria values*), które wyrażają się w:

- 1) pozytywnych wynikach związanych z CAM (*positive CAM outcomes*), które mają wymiar fizyczny, emocjonalny i behawioralny, które to wymiary są ze sobą powiązane;
- 2) satysfakcja z CAM;
- 3) zaufanie do CAM:
 - do praktyka CAM
 - do CAM jako metody leczenia.

wartości symboliczne (*symbolic values*), na które składają się:

- 1) Postrzeganie dopasowania między CAM, a wartościami jednostki (*perceptions of „fit” with CAM*), które zawiera takie elementy, jak:
 - Podejście kładące nacisk na leczenie całego organizmu (*emphasis of whole person treatment*);
 - Aktywna rola w podejmowaniu decyzji o leczeniu (*active role in treatment decisions*);
 - Holistyczna orientacja zdrowotna (*holistic health beliefs*).

Wartości użyteczne i symboliczne leżą u podstaw zaangażowania w CAM (*CAM Commitment*), które wyraża się w:

wymiarze behawioralnym w:

- Częstotliwości i zakresie stosowania CAM (*frequency & breadth of CAM use*);
- Polecaniu CAM innym osobom (*recommends CAM to others*);
- Ujawnianiu informacji o korzystaniu z CAM lekarzowi (*discloses CAM use to physicians*);
- Przestrzeganiu zaleceń CAM (*adheres to CAM recommendations*).

wymiarze psychologicznym w:

- Intencji stosowania CAM w przyszłości (*intention to use CAM in future*);

- Postrzeganiu siebie jako osobę stosującą CAM (*perceptions of self as a CAM user*);
- gotowości do poświęceń w celu korzystania z CAM (*willingness to make sacrifices to use CAM*).

Model został przetestowany przez autorów na grupie 359 studentów. Spośród nich 159 osób stosowała CAM przynajmniej od 6 miesięcy i te osoby zostały włączone do próby, na podstawie której zbudowano model regresyjny. Wartości użyteczne i symboliczne łącznie wyjaśniały 44% wariacji dalszego korzystania z CAM oraz 53% postrzegania bycia konsumentem CAM. Chociaż analizy korelacyjne ujawniły, że wartości użyteczne i symboliczne były ze sobą istotnie powiązane, analizy regresji potwierdziły ich unikalny wkład w zaangażowanie CAM, stwierdzając, że każda z nich odpowiadała za znaczną wariację we wskaźnikach zaangażowania CAM (Sirois i in., 2016). Potwierdza to znaczenie obu tych wartości dla zrozumienia różnych wymiarów zaangażowania CAM. Ważnym osiągnięciem modelu jest pokazanie, że korzystanie z CAM w dłuższej perspektywie czasowej może być oparta nie tylko o satysfakcjonujące wcześniejsze doświadczenia ze stosowaniem CAM, ale również o szerokie spektrum przekonań i wartości zdrowotnych wyznawanych przez jednostkę.

Ostatnim z modeli, które są wykorzystywane w badaniach nad uwarunkowaniami postaw wobec CAM jest *Społeczno-Behawioralny Model Korzystania z Opieki Zdrowotnej Andresena* (1968). Model powstał w latach 60 – tych XX-wieku, przeszedł kilka modyfikacji. Pierwotnie został stworzony do wyjaśniania różnych uwarunkowań korzystania z opieki zdrowotnej. Model bierze pod uwagę indywidualne, społeczne, socjoekonomiczne i systemowe czynniki wpływające na korzystanie z konwencjonalnej opieki zdrowotnej. Zgodnie z modelem, korzystanie z usług zdrowotnych jest postrzegane jako funkcja trzech szerokich klas determinantów określonych jako (Aday, Andersen, 1974; Andersen, 1968, 1995):

1) zmienne predysponujące (*predisposing factors*) - skłonność jednostki do korzystania z usług, m.in. cechy demograficzne, takie jak płeć, wiek i stan cywilny; charakterystyczne cechy struktury społecznej określone jako wykształcenie, rasa, pochodzenie etniczne; przekonania zdrowotne wskazane przez indywidualne wartości i postawy dotyczące zdrowia, usług lekarskich i ubezpieczenia zdrowotnego;

2) zmienne umożliwiające (*enabling factors*) - środki, które jednostka ma do dyspozycji w celu korzystania z usług zdrowotnych - warunki lub czynniki, które umożliwiają lub utrudniają korzystanie z usług zdrowotnych. Obejmują one zasoby specyficzne dla jednostek i rodzin, czynniki, które mogą potencjalnie wpływać na konwencjonalne korzystanie z usług, takie jak dochód, ubezpieczenie zdrowotne, zatrudnienie i regularne źródło opieki. Do czynników umożliwiających należą również takie zmienne, jak stosunek liczby lekarzy i łóżek szpitalnych, miejsce zamieszkania (mniejsze vs. większe ośrodki), region, itp. wpływające na bliskość usług zdrowotnych

3) zmienne potrzeby zdrowotne (*health needs factors*)- zapotrzebowanie jednostki na opiekę, obejmuje zarówno potrzeby obiektywne, jak i spostrzeganie, obejmując zdiagnozowane wskaźniki stanu zdrowia oraz subiektywne indywidualne postrzeganie własnej choroby, dolegliwości zdrowotnych, składające się na ocenę własnego stanu zdrowia.

Łącznie, zmienne predysponujące, umożliwiające oraz potrzeby są czynnikami, które wpływają na popyt na usługi (*health care service use*). Ostatni człon modelu – wyniki zdrowotne (*health outcomes*) odnosi się do wyników korzystania z opieki zdrowotnej poprzez wpływ na stan zdrowia i jakość życia.

Poniżej znajduje się graficzne przedstawienie zależności w Modelu Andersena.

Rysunek 2

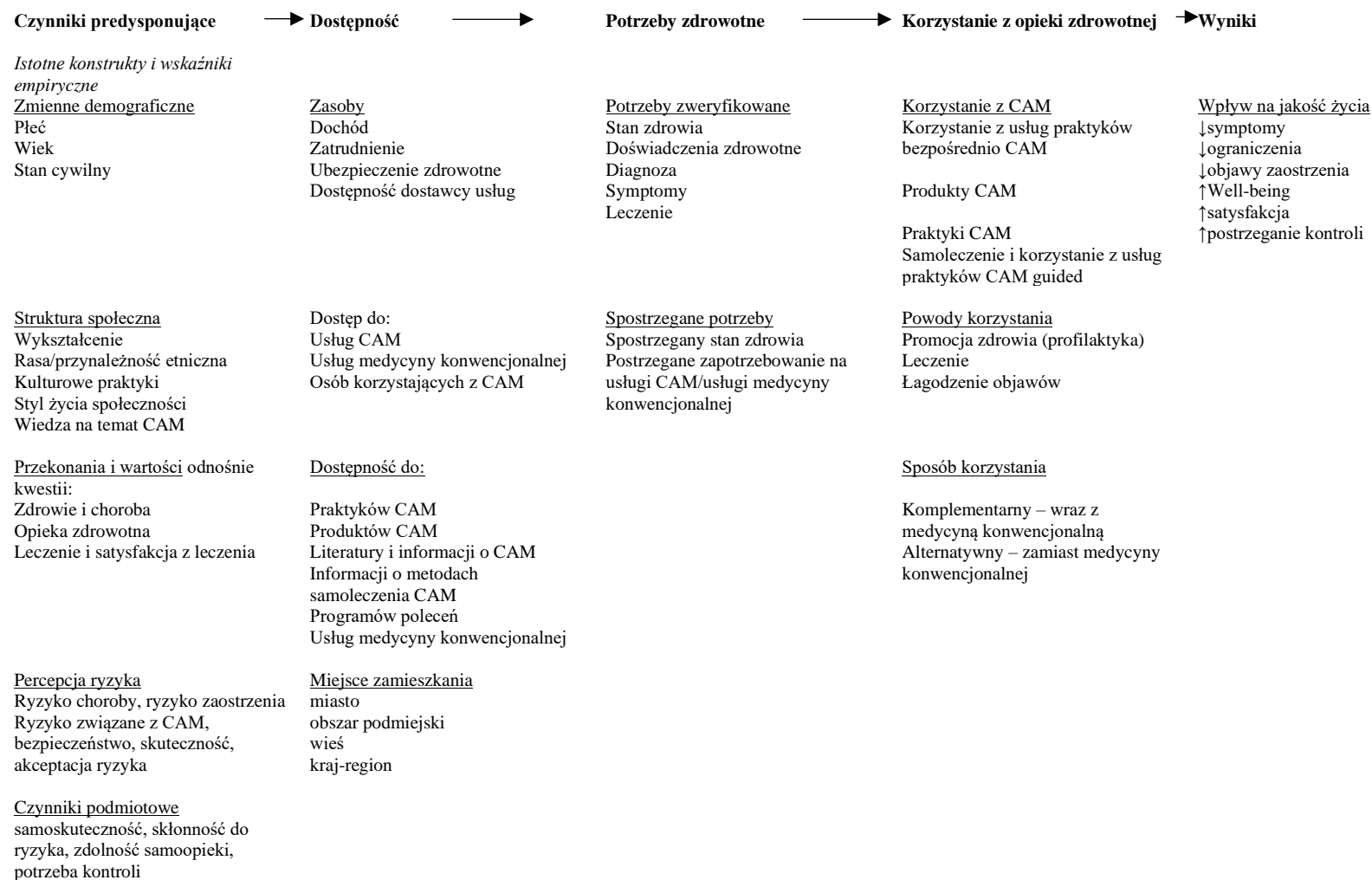
Spoleczno-Behawioralny Model Korzystania z Opieki Zdrowotnej Andersena



Adnotacja: A behavioral model of families' use of health services, s., R. Andersen, 1968, Chicago, Center for Health Administration Studies, University of Chicago

Na potrzeby badań nad CAM został zaadaptowany przez Fouladbaksh i Stommela (2007). Autorzy zmodyfikowali model Andersena w oparciu o dotychczasowe teoretyczne i empiryczne osiągnięcia badawcze dotyczące CAM. W czynnikach predysponujących ujęli zatem zarówno zmienne z poziomu indywidualnego, dotyczące uwarunkowań podmiotowych dotyczących m.in. takich zmiennych psychologicznych np. poczucie własnej skuteczności, skłonność do ryzyka, światopogląd, dotychczasowe doświadczenia dotyczące korzystania z opieki zdrowotnej, jak i poziomu systemowego, w którym ujęto m.in. uwarunkowania socjodemograficzne oraz inne czynniki związane z funkcjonowaniem w ramach określonych społeczności. Jak piszą autorzy, starano się uwzględnić czynniki zarówno typu *push*, jak i *pull*, zgodnie z doniesieniami z badań i wcześniejszymi podejściami teoretycznymi. Korzystanie z opieki zdrowotnej zostało również ujęte wielowymiarowo, w rozbiciu na różne produkty, usługi i praktyki oferowane w ramach CAM. Jednocześnie celem badaczy było takie ukonstytuowanie modelu, które pozwoli na prowadzenie porównań między korzystaniem z CAM, a korzystaniem z konwencjonalnej opieki zdrowotnej. Jest to model najczęściej wykorzystywany i z uwagi na szerokie spektrum zmiennych, które obejmuje, oceniany jest również najwyżej spośród wszystkich modeli badań nad CAM (Lorenc i in., 2009). Został zastosowany wielokrotnie do badań nad CAM w różnych populacjach, m.in. w Stanach Zjednoczonych, Ghanie, na Filipinach (Dahilig, Salenga, 2012; Felix, 2020; Upchurch, Rainisch, 2013). Na potrzeby wyjaśniania podejmowania decyzji o stosowaniu CAM przez rodziców w leczeniu dzieci użyli go Robinson, Lorenc i Blair (2013). Model dobrze się sprawdza, eksploruje w sposób bardzo szeroki uwarunkowania stosowania CAM, umożliwia prowadzenie badań porównawczych. Na kolejnej stronie zawarto całość modelu zaproponowanego przez Fouladbaksh i Stommela (2007).

Rysunek 3. Model korzystania z opieki zdrowotnej CAM (Fouladbakhsh, Stommel, 2007, s. 13)



Dotychczasowe podejścia teoretyczne wyjaśniające różnorodne uwarunkowania postaw wobec CAM koncentrują się głównie na czynnikach socjodemograficznych, zdrowotnych, światopoglądowych, opartych o przekonania zdrowotne oraz związanych z systemem opieki zdrowotnej. Choć prezentują one pewne aspekty psychologiczne i znajdują na nie swoje miejsce, brakuje jednak podejścia, które szerzej opisuje psychologiczne uwarunkowania zjawiska. Widać zatem wyraźnie, że dalsza eksploracja psychologicznych uwarunkowań postaw wobec CAM może dać jego pełniejszy obraz.

1.4.Przegląd badań nad psychologicznymi uwarunkowaniami postaw wobec CAM

Prężny rozwój badań nad uwarunkowaniami postaw wobec CAM rozpoczął się na początku lat 90-tych XX wieku. Równoległe do badań psychologicznych, prowadzono je także na gruncie socjologii, antropologii medycznej i innych nauk o zdrowiu. Dane, które posiadamy pochodzą w większości z literatury zagranicznej, w Polsce badania prowadzono w niewielkim zakresie, choć w ostatnich latach ich przybywa. Największe zdobycze w tym zakresie ma polska socjologia zdrowia, ściśle ośrodek lubelski składający się z badaczy skupionych wokół osoby prof. Włodzimierza Piątkowskiego. W ostatnich latach przeprowadzono także kilkanaście badań na polskich uniwersytetach medycznych, na wydziałach/w instytutach nauk o zdrowiu, zdrowia czy pielęgniarstwa, duża część tych badań została zrealizowana na próbach pacjentów onkologicznych.

Jeśli chodzi o dyscyplinę psychologii, literatury jest znacznie mniej poza monografią i badaniami Olchowskiej-Kotali (2003, 2009, 2013), badaniami Dolińskiej-Zygmunt (2000), Mellibrudy, Lesiak i Sikory (1985) oraz badań własnych autorki niniejszej dysertacji (Księżka-Koszałka, 2021; Księżka-Koszałka, Gawda, 2023) nie ma żadnych opracowań wpisujących się w nurt poszukiwania psychologicznych uwarunkowań zjawiska popularności CAM.

Dane na temat psychologicznych uwarunkowań stosowania CAM podzielić można na różnorodne grupy czynników, począwszy od czynników związanych ze zdrowiem oraz o charakterze socjodemograficznym i środowiskowym/społecznym. Istotnymi predyktorami stosowania CAM są również zmienne emocjonalne, osobowościowe, poznawcze oraz związanych z religijnością i duchowością.

Po CAM sięgają zarówno osoby zdrowe, jak i osoby z przejściowymi dolegliwościami zdrowotnymi oraz chorobami przewlekłymi. Z racji większych potrzeb

zdrowotnych, znacznie częściej korzystają z CAM osoby przewlekle chore oraz osoby z niższą samoocena stanu zdrowia lub wyższym postrzeganym zagrożeniem chorobą (Bishop, Lewith, 2010; Fjær i in., 2020; Guillaud i in., 2019; Kempainen i in., 2018; Tangkiatkumjai i in., 2020).

Jeśli chodzi o miejsce zamieszkania polskie badania pokazują, że częściej po CAM sięgają mieszkańcy większych aglomeracji (CBOS, 2011). Kwestia ta jest zróżnicowana w różnych regionach świata. Większe ośrodki stwarzają szerszą dostępność do różnych usług i produktów CAM. Ponadto na terenie miast istnieje większa ekspozycja jednostek na trendy społeczno-kulturowe związane ze zdrowiem i działania marketingowe branży związanej z CAM. Z kolei niektóre badania pokazują również duże rozpowszechnienie CAM na terenach wiejskich (Adams i in., 2011). Fakt ten tłumaczy się popularnością na tych obszarach medycyny tradycyjnej i niższą dostępnością konwencjonalnej opieki medycznej. Podobnie w wielu obszarach w Polsce wciąż żywotne jest na terenach wiejskich polskie leczenie ludowe, o czym szeroko pisze Piątkowski (2012).

Jeśli chodzi o płeć, wykształcenie i poziom osiągniętych dochodów, badania pochodzące z niemal większości obszarów świata są na ogół zbieżne. Wynika z nich, że najważniejszymi predyktorami stosowania CAM są płeć kobieca, wyższe dochody oraz wyższe wykształcenie (Bishop, Lewith, 2010; Fjær i in., 2020; Guillaud i in., 2019; Piątkowski, 2008; Tangkiatkumjai i in., 2020). Ważne są również takie aspekty, jak dostępność CAM, ich rozpowszechnienie w społeczności oraz tradycje rodzinne korzystania z opieki zdrowotnej wyniesione z domu (Latte-Naor i in., 2018; Lobera, Rogero-García, 2020; Thi i in., 2020; Welz i in., 2019). Jeśli chodzi o płeć, wyniki te nie są dla badaczy zaskakujące, kobiety bowiem częściej interesują się tematyką zdrowotną, mają wyższą świadomość zdrowotną i kompetencje w zakresie zdrowia, częściej również w pełnionych przez nie rolach rodzinnych podejmują się działań opiekuńczych na rzecz zdrowia innych członków rodziny (Piątkowski, 1990, 2008, 2012). Wydaje się zatem, że wyższe zainteresowanie CAM wśród kobiet może być naturalną konsekwencją wykonywania tych zadań i realizacji zainteresowań oraz poszukiwania narzędzi zaradczych w obliczu dolegliwości zdrowotnych własnych lub osób bliskich.

Jeśli chodzi o poziom dochodów, większa zamożność u osób pozytywnie zorientowanych w kierunku CAM tłumaczy się większymi zasobami finansowymi tych osób, dzięki którym mogą sobie one pozwolić na zakup usług czy produktów CAM, które najczęściej nie podlegają refundacji i są niejednokrotnie dość kosztowne (Piątkowski,

2008). Natomiast wyższe wykształcenie wg badaczy częściej powiązane jest z większą dbałością o zdrowie i zainteresowanie tematyką zdrowotną, co, jak już wcześniej wspomniano, może wiązać się z poszukiwaniem możliwości samoleczenia (Krajewski-Siuda i in., 2012).

Choć wydaje się, że wyższe wykształcenie będzie wiązało się z większym sceptycyzmem do metod z kręgu CAM, jak wynika z badań, postawy wobec CAM w większym stopniu warunkowane są czynnikami związanymi ze stylami poznawczymi, tendencjami do pewnych sposobów rozumowania i przekonaniami, aniżeli z samym poziomem wykształcenia. Badania prowadzone nad stylami poznawczymi rozumianymi jako dominujący u jednostki sposób przetwarzania i wartościowania informacji wykazały, że osoby korzystające z CAM częściej charakteryzuje intuicyjny, a rzadziej racjonalny styl myślenia (Budżak, Branković, 2022; Hyland i in., 2008; Lindeman, 2011; Olchowska-Kotala, 2009; Saher, Lindeman, 2005; Won, 2014). Styl intuicyjny powiązany jest z tendencją do globalnego sposobu odbioru i oceny informacji, kierowaniu się przeczuciami, domysłami, wykraczaniu poza dostępne zbiory informacji w poszukiwaniu spójności i całości wśród danych nieuporządkowanych i chaotycznych. Styl ten jest przeciwstawny stylowi racjonalnemu, który wiąże się z przetwarzaniem informacji w sposób logiczny, uporządkowany, obiektywny, opartym o krytycyzm wnikliwość zwracaniu uwagi na konsekwencje podejmowanych decyzji (Olchowska-Kotala, 2009). Jednakże warto zaznaczyć, iż u pacjentów onkologicznych, zmienną która sprzyja próbom stosowania CAM okazały się oba wymienione style poznawcze (Olchowska-Kotala, 2013). Różnice te wynikać mogą oczywiście z uwarunkowań sytuacyjnych i związanych ze stanem zdrowia. Bahall (2017) dowiódł w swoich badaniach, że pacjenci chorzy na nowotwór stosują CAM m.in. kierując się przekonaniem, iż chcą zastosować wszelkie możliwe środki by wyzdrowieć, nawet, jeśli uznają, że CAM może nie być skuteczne. Z wnioskami z tych badań korespondują ustalenia Cavojoyej i Ersoy (2020) – u części pacjentów nowotworowych stosowanie CAM nie wiązało się z wiarą w jej efektywność czy silniejszymi preferencjami wobec CAM.

Zwolennicy CAM częściej odznaczają się niższym poziomem potrzeby poznania (Aßmann, Betsch, 2023) oraz potrzeby domknięcia poznawczego (Svedholm, Lindeman, 2013), przy czym należy zaznaczyć, że w badaniach polskich prowadzonych przez Olchowską-Kotalę (2009) zmienna ta była nieistotna. Wykazano również, że osoby stosujące CAM mają tendencję do wyciągania wniosków z łatwo dostępnych

i ograniczonych liczebnie źródeł, co w konsekwencji może prowadzić do wyciągania pochopnych wniosków. Wśród zwolenników homeopatii zaobserwowano również błędy poznawcze polegające na łączeniu ze sobą obiektywnie niepowiązanych faktów (często mylenie korelacji zjawisk z ich przyczynowością), co również w konsekwencji oznacza generowanie błędnych sądów (Aßmann, Betsch, 2023). Omawiane skrzywienia poznawcze, jak pisze Beyerstein (2001) są silniejsze, jeśli towarzyszą im powiązania emocjonalne, doktrynalne lub pieniężne. W badaniach Olchowskiej-Kotali (2013) przeprowadzonych z udziałem pacjentów nowotworowych z tendencją do stosowania CAM wiązała się Emocjonalność jako preferencja poznawcza, która przejawia się w tym, że jednostka skłonna jest wybierać sądy oparte na emocjach, nastrojach i osobistych odczuciach oraz w sposób subiektywny podchodzić do rozumienia faktów i zdarzeń.

Osoby korzystające z CAM rzadziej charakteryzuje tendencja do naukowego rozumowania (*scientific reasoning*) i krytycznego myślenia (Cavojova, Ersoy, 2020; Lobera, Rogero-García, 2020). Autorzy tych badań podkreślają, że wiedza i wykształcenie nie wystarczą, aby osoba potrafiła adekwatnie i obiektywnie ocenić dane zjawisko, niezbędna jest elementarna znajomość metodologii naukowej i umiejętność jej zastosowania. Osoby stosujące CAM częściej również charakteryzuje twórczość/kreatywność jako styl poznawczy, który wyraża się pomysłowością, giętkością, otwartością, spontanicznością oraz skłonnością do podejmowania ryzyka i eksperymentowania poznawczego (Olchowska-Kotala, 2009). Być może z tego powodu, dużo łatwiej znieść im towarzyszący sceptykom dystans do niezweryfikowanych naukowo metod leczenia oraz pojawiający się w ocenie CAM dysonans poznawczy.

Zwolenników CAM ponadto częściej charakteryzuje myślenie magiczne (Bryden i in., 2018; Saher, Lindeman, 2005); wiara w przesady i teorie spiskowe (Galliford, Furnham, 2017; Lamberty, Imhoff, 2018; Oliver, Wood, 2014; Saher, Lindeman, 2005), zjawiska paranormalne (Olchowska-Kotala, 2009; Saher, Lindeman, 2005; Van den Bulck, Custers, 2010) oraz inne trudne do wyjaśnienia fenomeny np. intencjonalne korzystanie z zasobów tzw. energii (Jeswani, Furnham, 2010; Saher, Lindeman, 2005). W tej grupie również częściej odnajdziemy zwolenników ruchów antyszczepionkowych (Bryden i in., 2018).

Osoby preferujące CAM twierdzą często, że fakt stosowania przez nich tych terapii nie jest wyizolowanym z ich osobowości, poglądów i systemu wartości jednostkowym aktem behawioralnym, lecz stanowi spójną składową ich postaw,

przekonań i światopoglądu (Bishop i in., 2007; Chowdhuri, Kundu, 2020; Galbraith, 2018; Lobera, Rogero-García, 2020; Sirois i in., 2016). Mimo, iż jak wykazano wyżej, osoby korzystające z CAM w mniejszym stopniu wykazują potrzebę uzyskania na dany temat wyczerpującej i pogłębionej wiedzy, starają się jednak wytworzyć odnośnie CAM względnie spójną reprezentację poznawczą. Wyraża się ona z pewnymi charakterystycznymi przekonaniami, specyficznymi dla tej grupy osób.

Dwie pierwsze grupy tych przekonań można zaliczyć do omawianych w poprzednim podrozdziale czynników *push&pull* – są to przekonania negatywnie odnoszące się do służby zdrowia i medycyny konwencjonalnej oraz pozytywne wobec CAM. W trzeciej grupie przekonań znajdują się inne sądy, charakterystyczne dla zwolenników CAM oraz te, o których zasygnalizowano już przy okazji omawiania czynników poznawczych (m.in. poglądy antyszczepionkowe, wiara w zjawiska paranormalne itp.).

Dyssatisfakcja z doświadczeń i osiągnięć medycyny konwencjonalnej to czynnik, który od dawna pojawia się w wynikach badań na uwarunkowaniach stosowania CAM (m.in. Tangkiatkumjai i in., 2020; Zörgő i in., 2020). Zwolennicy CAM bardzo często są niezadowoleni z leczenia konwencjonalnego, uskarżają się na jego skutki uboczne czy też niższą niż oczekiwana efektywność. Oceniają negatywnie system medyczny i pracę placówek służby zdrowia, krytycznie odnoszą się do postaw i zachowań personelu medycznego. Niejednokrotnie nie czują się dobrze w relacji lekarz-pacjent oraz doskwiera im pasywna rola i brak decyzyjności w procesie leczenia (Olchowska-Kotala, 2009; Piątkowski, 2008). Szerszy kontekst rozczarowania medycyną akademicką opisano już w podrozdziale drugim. Podkreślić należy, że to niezadowolenie i wiążące się z nim negatywne przekonania na temat medycyny konwencjonalnej są ważnymi predyktorami postaw pro-CAM.

Jednocześnie zwolennicy CAM charakteryzują się pozytywnymi przekonaniami na temat tych terapii. Uważają oni najczęściej CAM za bezpieczne, skuteczne, cechujące się niższym ryzykiem wystąpienia skutków ubocznych. Ponadto uznają te metody za „naturalne”, a leczenie nimi „zgodne z naturą”. Przekonania te wpływają na obniżenie lęku związanego z leczeniem metodami CAM w przeciwieństwie do leczenia konwencjonalnego, które jawi się jako toksyczne, szkodliwe, nienaturalne (Bishop i in., 2007; Olchowska-Kotala, 2009; Zörgő i in., 2018a). Podobnie CAM postrzegane są częściej jako tradycyjne, „starożytne” czy wywodzące się z prastarych systemów wiedzy przodków. Przetrwanie tych praktyk do czasów współczesnych uznawane jest za dowód

ich skuteczności (Zörgő i in., 2018a). Warto w tym kontekście przytoczyć badania Furnhama i współpracowników (2014; 2010), którzy dowiedli, że korzystaniu z CAM częściej towarzyszą wyższe wyniki w zakresie tzw. *Modern Health Worries* (MHW), które definiuje się jako spostrzegane zagrożenie dla zdrowia wynikające ze zmian technologicznych i cech współczesnego życia. Do MHW zalicza się przede wszystkim toksyczne interwencje medyczne, zanieczyszczenie środowiska, skażona żywność i promieniowanie (Petrie i in., 2005).

Zwolenników CAM bardzo często charakteryzuje tzw. *holistyczna orientacja zdrowotna* traktująca organizm człowieka jako nierozzerwalną wielowymiarową (m.in. fizyczną, psychiczną, duchową itp.) całość (Arthur i in., 2012; Thomson i in., 2014). Podejście holistyczne zakłada branie pod uwagę wszystkich wymiarów zdrowia człowieka w procesie leczenia, postrzeganie choroby przez pryzmat wielu złożonych patomechanizmów. Holistyczna orientacja zdrowotna nawiązując do omawianego w poprzednim podrozdziale modelu holistyczno-funkcjonalnego podkreśla zdolność organizmu do adaptacji i samoleczenia, które należy wspierać w przypadku pojawienia się zaburzeń, uznaje możliwość przejmowania przez jednostkę jako podmiot kontroli nad zdrowiem i chorobą. Z tym wiąże się częściej charakterystyczna dla zwolenników CAM chęć partycypacji w procesie leczenia i podejmowania odpowiedzialności za swoje zdrowie (Attwell i in., 2018; MacArtney, Wahlberg, 2014). Osoby stosujące CAM podejmują różne działania, które uznają za prozdrowotne oraz wykazują większe ogólne zainteresowanie sprawami zdrowia. Ciekawy opis podejścia do problematyki zdrowia i choroby użytkowników CAM można znaleźć w artykule MacArtneya i Wahlberga (2014, s.15). Jak piszą *wykazują oni większe zainteresowanie zrozumieniem znaczenia choroby, to pacjenci dążący do poznania i doświadczenia, nadania sensu temu, co dzieje się aktualnie w ich ciele, do ponownego skategoryzowania siebie i przeformułowania tradycyjnych pojęć, takich jak życie, choroba, ciało, itd. W tym celu, użytkownicy CAM dokonują zindywidualizowanych poszukiwań medycyny lub terapeutycznych „itinerariów”, które działają w ich przypadku.* Widać wyraźnie, że osoby stosujące CAM cechuje potrzeba autonomicznego budowania spójnej, świadomej reprezentacji poznawczej wokół zdrowia i korzystania z CAM.

Wiele badań pokazało, że zwolennicy CAM charakteryzują się wyższym poziomem świadomości zdrowotnej (Gould, 1990a; Księżka-Koszałka, Gawda, 2022) oraz kompetencji zdrowotnych (Bains, Egede, 2011; Gardiner i in., 2013; Widyaningtyas i in., 2023), przy czym w jednym z badań (Bains, Egede, 2011) obserwacja ta dotyczyła

jednie osób rasy kaukaskiej, ale nie Afroamerykanów. Istnieją jednak doniesienia, które nie potwierdzają związku kompetencji zdrowotnych z korzystaniem z CAM u pacjentów onkologicznych (Ozdelikara, Karaođlan, 2023). Jeŝli chodzi o kompetencje zdrowotne istnieją inne ciekawe niuanse, które dostrzeżono wśród użytkowników CAM. W badaniu prowadzonym przez Uzdil i Kılıç (2022) na grupie osób dializowanych wykazano, że osoby, które informują lekarza o korzystaniu z CAM osiągają wyższe wyniki w zakresie kompetencji zdrowotnych od osób, które ukrywają ten fakt przed lekarzem. Smith i współpracownicy (2019) na podstawie badań osób w wieku senioralnym natomiast ustalili, że osoby stosujące produkty CAM dostępne bez recepty charakteryzują się wyższym poziomem kompetencji zdrowotnych od osób, które korzystają z usług praktyków CAM. Ponadto osoby preferujące różne metody CAM różnią się pod względem poziomu kompetencji zdrowotnych (Bains, Egede, 2011).

W kilku badaniach wykazano, że zwolennicy CAM osiągnęli wyższe wyniki w zakresie wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia (Astin, 1998; Blondé i in., 2020; Schützler, Witt, 2014), choć niektóre wyniki badań tego nie potwierdziły. W badaniach polskich prowadzonych przez Dolińską – Zygmunt (2000) pokazano, że zwolennicy CAM częściej deklarują zależność zdrowia od czynników zewnętrznych, tj. tzw. mocnych (Boga, lekarzy). Wielu autorów istniejące w wynikach poszczególnych badań rozbieżności uzasadnia faktem, iż ludzie wykorzystują różne sposoby atrybucji w kwestiach podejścia do swojego zdrowia (Stainton-Rogers za: Furnham, Beard, 1995).

Jak już wcześniej wspomniano, korzystanie z CAM związane jest szerzej ze światopoglądem jednostki, a nawet sferą jej religijności i duchowości. Zwolennicy CAM często deklarują, że stosowanie CAM jest zgodne i spójne z ich filozofią życiową i poglądami (Bishop i in., 2007; Chowdhuri, Kundu, 2020; Popper-Giveon i in., 2012; Zörgő i in., 2018). Dotychczasowe badania, które były w tym zakresie prowadzone przyniosły wiele ciekawych rezultatów.

Osoby preferujące terapie CAM częściej charakteryzuje posiadanie tzw. postmaterialistycznych poglądów, które postulują odejście od wartości materialnych i skupienie się na problemach i prawach człowieka oraz działaniach na rzecz lepszej jakości życia ludzkości (Messerli-Rohrbach, 2000). Osoby korzystające z CAM częściej odznaczają się wyższą świadomością ekologiczną i są zwolennikami szerokich działań na rzecz klimatu i środowiska (Furnham, Forey, 1994). Jak pokazały badania prowadzone w oparciu o powstałą w latach 60-tych w Stanach Zjednoczonych typologię Raya, osoby zainteresowane CAM częściej charakteryzuje przynależność do grupy tzw. *cultural*

*creatives*³ – osób zainteresowanych ochroną środowiska, rozwojem osobistym, ezoteryką, niekonwencjonalnym formami duchowości, zamiłowaniem do egzotyki w przeciwieństwie do *moderns*, którzy podążają za popkulturą i nowoczesnością oraz *heartlanders*, których cechuje konserwatyzm i tradycyjne poglądy (Astin, 1998). Same również częściej uważają się za osoby niekonwencjonalne (McGregor, Paey, 1996). Co ciekawe, przychylność wobec metod CAM powiązano również z poglądami politycznymi – wśród Europejczyków sympatyzujących z Partią Zielonych, ruchami alternatywnymi, antykorupcyjnymi i wolnościowymi zdecydowanie częściej znajdziemy zwolenników CAM niż wśród obywateli europejskich, którym bliższe są poglądy nacjonalistyczne i autorytarne (Valtonen i in., 2023).

Osoby korzystające CAM częściej deklarują religijność bądź bycie osobą uduchowioną; częściej deklarują również pogłębione życie religijne czy duchowe, jednakże akcentując brak przynależności do określonego systemu religijnego. Częściej także podkreślają w swej wierze pozaformalne i pozainstytucjonalne aspekty życia religijnego (Abheiden i in., 2020; Cavojova, Ersoy, 2020; Smith i in., 2008). Co ciekawe, badania pokazały, że religijni lekarze częściej zalecają CAM swoim pacjentom (Powers-James i in., 2020).

Pewne aspekty religijności i duchowości bardzo często stanowią elementy związane z poszczególnymi terapiami w ramach CAM bądź niektóre praktyki duchowe czy religijne m.in. joga, medytacja, modlitwa uważane są za typy terapii CAM. Istnieją także terapie z kręgu tzw. *spiritual healing* lub *faith healing*, w których sam czynnik duchowy jest środkiem terapeutycznym i warunkiem zdrowienia (Jonas, Levin, 2000). Modlitwa o uzdrowienie dzięki oddziaływaniu Łaski Bożej jest także oficjalnie usankcjonowana przez Kościół Rzymskokatolicki i praktykowana przez rzesze wiernych. Kościół Rzymskokatolicki dopuszcza również przypadki tzw. cudownych uzdrowień (Morciniec, 2012; Pastuszak, 2011; Simão i in., 2016; Wiecki, 2017). Terapie CAM są popularne także w pewnych wspólnotach religijnych, np. zakonnych, w których istnieje długa tradycja uprawiania ziołolecznictwa. Zakonnicy z jednej strony opierają się na udowodnionej skuteczności biodostępnych substancji zawartych w ziołach, z drugiej zaś strony w swej działalności powołują się na leczniczą moc natury stworzonej przez Boga (Paczuska, 2019). Kościół Rzymskokatolicki wspiera również bądź oficjalnie nie zabrania terapii medycyny ludowej, w których wykorzystuje się religijne symbole

³ Wg Stratton i in. (2008) w Europie żyje ok. 80–90 milionów *culture creatives*

np. medaliki, łańcuszki, obrazki, krzyże przypisując im uzdrawiającą moc pochodzącą od Chrystusa, co jest charakterystyczną cechą polskiego lecznictwa ludowego (Piątkowski, 2008, 2012, 2020). Z drugiej zaś strony Kościół stanowczo potępia i aktywnie zwalcza te rodzaje praktyk, w których potencjalny efekt terapeutyczny pochodzi od bliżej nieokreślonej siły wyższej/energii. Uznaje za okultyzm i odrzuca wiele terapii CAM, zwłaszcza terapii bazujących na leczniczej energii bądź pracy ze świadomością, jak np. bioenergoterapia, reiki, joga, tai-chi, re-birthing czy też inne metody nawiązujące do tradycji wschodnich czy New Age⁴ (Morciniec, 2012; Pastuszak, 2011). Należy zauważyć ponadto, że Kościół Rzymskokatolicki indukuje wiernym silny lęk przed tego typu praktykami wskazując na zagrożenie opętania przez złe duchy lub demony. Ostrzega, że możliwe są przypadki uzdrowienia ciała przy równoległym zaistnieniu skutków ubocznych dla sfery duchowej wiernego. Jest to jeden z przypadków, w których Kościół może udzielić egzorcyzmów (Morciniec, 2012). W sposób oczywisty afirmacja bądź odrzucenie CAM przez osoby duchowne może wpływać na postawy i preferencje zdrowotne w zakresie CAM u wiernych.

Do CAM przenikają również elementy religii i filozofii Wschodu oraz New Age, która do tych systemów nawiązuje. Wpływy te widoczne są przede wszystkim w terapiach typu mind-body m.in. jodze, tai-chi oraz różnego rodzaju terapiach energetycznych, ale też w Tradycyjnej Medycynie Chińskiej (TCM) i Ayurwedzie. Z tym wiąże się tzw. witalizm, który zakłada istnienie przenikającej cały wszechświat i istoty żywe energii, nazywanej w TCM *qi*, natomiast *prana* w Ayurwedzie. Istniejące zaburzenia zdrowotne w myśl tych poglądów wynikać mogą z zakłóceń w przepływie energii, a leczenie polegać ma na przywróceniu prawidłowości przepływów energii w ciele. Witalizm może obejmować także wiarę w takie zjawiska, jak karma i reinkarnacja. Co więcej, przekonania te mogą być powiązane z rozumowaniem teleologicznym oraz symbolicznym postrzeganiem chorób i ich objawów (np. dysfunkcje słuchu interpretowane są jako wynikające z niechęci do „słyszenia” czegoś niepożądanego). Związek między używaniem CAM a postawami związanymi z witalizmem udokumentowano w badaniach jakościowych przeprowadzonych w różnych krajach (Beyerstein, 2001; Zörgő i in., 2018).

⁴ Jak czytamy w Katechizmie Kościoła Katolickiego: *Wszystkie praktyki magii lub czarów, przez które dąży się do pozyskania tajemnych sił, by posługiwać się nimi i osiągać nadnaturalną władzę nad bliźnim — nawet w celu zapewnienia mu zdrowia — są w poważnej sprzeczności z cnotą religijności. (...) Uciekanie się do tak zwanych tradycyjnych praktyk medycznych nie usprawiedliwia ani wzywania złych mocy, ani wykorzystywania łatwowierności drugiego człowieka (...)* (Katechizm Kościoła Katolickiego, 2012)

Wiele elementów religijnych, duchowych, spirytystycznych czy mistyczno-magicznych wykorzystywanych jest w praktykach uzdrowicieli czy tzw. healerów. Stanowi to sposób zarówno marketingowy, jak i forma oddziaływania leczniczego. Uzdrowiciele niejednokrotnie budują wokół swych praktyk aurę tajemniczości, nadprzyrodzoności, ceremonialności, wymawiając przy tym regułki zabarwione tekstami odwołującymi się do sfery duchowości i religijności. Bardzo dużo na temat tego rodzaju praktyk pisze w swoich licznych opracowaniach naukowych Piątkowski (2008, 2012, 2020) oraz ostatnio Michalik (2020) i Janiszewska (2019) – wymienione studia socjologiczne opisują także praktyki uzdrowicieli działających na terenie Polski, np. Zbigniewa Nowaka czy Kaszpirowskiego.

Istnieją również badania potwierdzające znaczenie czynników osobowościowych dla wyborów zdrowotnych związanych z CAM. Większość tych badań prowadzono w oparciu o tzw. model Wielkiej Piątki. Czynnikiem najsilniej dodatnio związanym ze stosowaniem CAM jest Otwartość na Doświadczenie, co wynika z wielu badań (Honda, Jacobson, 2005; Olchowska-Kotala, 2009; Sirois, Gick, 2002; Sirois, Purc-Stephenson, 2008; Smith i in., 2008; Thomson i in., 2014; Toivonen i in., 2018). Warto w tym kontekście zaznaczyć, że wielu autorów, którzy nie prowadzili swoich badań stricte w oparciu o kwestionariusze do badania osobowości, a raczej swobodnie skonstruowane ankiety i wywiady, podawało, iż tendencji do korzystania z CAM towarzyszy ciekawość, chęć eksperymentowania, gotowość do spróbowania czegoś nowego czy egzotycznego (Zörgő i in., 2018). W sposób oczywisty motywatory te korespondują z zakresem konstruktu Otwartości na Doświadczenie. W kilku badaniach wykazano znaczenie ekstrawersji (Chowdhuri, Meyur, 2018; Furnham, 2007; Olchowska-Kotala, 2009), ugodowości (Sirois, Purc-Stephenson, 2008) i neurotyczności (Olchowska-Kotala, 2013). Ponadto w badaniach Chowdhuri i Meyur (2018) i Furnhama (2007) ze stosowaniem CAM ujemnie związana była Sumiennność. Widać wyraźnie, że choć Otwartość na Doświadczenie powiązana była ze stosowaniem CAM w wielu badaniach, wyniki w zakresie pozostałych cech Wielkiej Piątki są rozbieżne, zmienne te okazały się istotne tylko w niektórych badaniach.

Istnieją ponadto pojedyncze doniesienia na temat dodatniej korelacji między przeszłym i aktualnym stosowaniem CAM, a poczuciem koherencji u pacjentów onkologicznych (Bonacchi i in., 2014). Użytkownicy CAM osiągają również wyższe wyniki w Skali Absorpcji mierzonej TAS (*Tellegen Absorption Scale*), która opisywana jest jako umiejętność zaangażowania czy zaabsorbowania wykonywaną czynnością czy

przeżywanymi aktualnie doznaniem/stanem nie rozpraszając się innymi istniejącymi w otoczeniu bodźcami (Owens i in., 1999). W badaniach Sirois (2012) zaobserwowano wyższy poziom uważności na bodźce płynące z ciała u osób korzystających z CAM. Są to jednak pojedyncze obserwacje.

Jeśli chodzi o sferę emocjonalną, w literaturze istnieją rozbieżności w zakresie badanych zmiennych – z jednej strony badania donoszą o afekcie pozytywnym u zwolenników CAM, inne o gorszym samopoczuciu i większym nasileniu cechy lęku (Chowdhuri, Meyur, 2018; McGregor, Paey, 1996; Mitzdorf i in., 1999; Owens i in., 1999). Ponadto niektóre wyniki sugerują większy poziom dyspozycyjnego optymizmu u pacjentów nowotworowych stosujących CAM (Arthur i in., 2012; Myers i in., 2008), istnieją doniesienia mówiące o tym, że związek ten ma miejsce jedynie w przypadku stosowania szczęścia z eksponowanych osiemnastu typów terapii CAM u studentów (Smith i in., 2008). W badaniu Mitzdorf i wsp. (1999) odnotowano różnice między osobami chorymi leczącymi się konwencjonalnie oraz chorymi stosującymi CAM na w czterech z dziewięciu wymiarów kwestionariusza *Freiburger Persönlichkeit Inventar* (FPI-A1); osoby leczące się za pomocą metod CAM osiągały wyższe wyniki w skalach labilność emocjonalna, drażliwość, kobiecość oraz uległość. Jeśli chodzi o inteligencję emocjonalną, kontrolę emocji, samoregulację, poczucie własnej skuteczności, style radzenia sobie i tym podobne miary przystosowania i efektywnego funkcjonowania, badań jest bardzo mało, a ich wyniki także nie są spójne (Dolińska-Zygmunt, 2000; Dufter i in., 2021; Honda, Jacobson, 2005; Hübner i in., 2022; LaCaille, Kuvaas, 2011; Won, 2014). Trudno jednak porównywać wyniki badań w zakresie zmiennych emocjonalnych i dotyczących radzenia sobie – są one silnie związane z czynnikami sytuacyjnymi, wrażliwe na odmienne u różnych jednostek i grup uwarunkowania zdrowotne. Dlatego również trudno oczekiwać, iż wyniki badań przeprowadzonych wśród osób zdrowych czy o zróżnicowanych jednostkach chorobowych i objawach, o różnych rokowaniach i zasobach wsparcia będą otrzymywać takie same wyniki. Niemniej jednak czynniki emocjonalne i związane ze strategiami radzenia sobie mogą odgrywać ważną rolę w procesach decyzyjnych dotyczących zdrowia i choroby.

W niniejszym podrozdziale przedstawiono najważniejsze wyniki badań nad psychologicznymi uwarunkowaniami postaw wobec CAM. Na ich podstawie można sformułować konkluzję, że największe znaczenie mają czynniki społeczno-poznawcze oraz związane ze światopoglądem i duchowością. Znaczenie mają również cechy osobowości, zwłaszcza jedną z ważniejszych zmiennych jest Otwartość na

Doświadczenie. Wykazano jednak, że w zakresie wielu zmiennych wyniki badań nie są jednoznaczne i spójne, co implikuje konieczność prowadzenia dalszych, pogłębionych badań.

Rozbieżność wyników badań związana jest z szeregiem czynników, które mają znaczenie dla tej problematyki, które omówiono w podrozdziale pierwszym, m.in. związanych z uwarunkowaniami społeczno-kulturowymi, systemowymi, prawnymi, związanymi ze stanem zdrowia. Warto jednak zaznaczyć, że podejście, w którym użytkowników CAM traktuje się jako jedną homogeniczną grupę poddawane jest krytyce. Mimo, iż wykazano szereg zmiennych pozytywnie związanych z korzystaniem ze wszystkich CAM, bez podziału na poszczególne typy terapii, wielu autorów w swoich badaniach otrzymało inne wyniki, jeśli chodzi o zwolenników poszczególnych metod CAM (Bishop i in., 2006; Fouladbakhsh, Stommel, 2007; Hendrickson i in., 2006; Kelner, Wellman, 1997). Są również autorzy, którzy w obrębie osób korzystających z CAM wyróżniają różne typy czy podgrupy osób. Przykładowo Von Conrady i Bonney (2017) w badaniu przeprowadzonym na próbie australijskiej wyodrębnili trzy klastry złożone z osób, zróżnicowanych pod względem korzystania z CAM, umiejętności zdrowotnych, płci i wykształcenia. Beyerstein (2001) wśród zwolenników CAM wyróżnia dwie grupy osób – grupa pierwsza, w której znajdują się osoby przewlekle chore, które nie otrzymały skutecznego leczenia konwencjonalnego, które w akcie desperacji i z uwagi na błędy poznawcze i zaufanie do niewłaściwych autorytetów uwierzyły, że CAM może być w ich przypadku skuteczne; w grupie drugiej zaś znajdują się osoby, które odrzuciły mechanistyczno-empiryczne podstawy biomedycyny, bliskie światopoglądowo są dla nich natomiast koncepcje witalistyczne i animistyczne. Choć autor nie powołuje się w tym przypadku na wyniki konkretnych badań, wyraźnie jednak wskazuje na możliwość istnienia dwóch całkowicie różnych źródeł motywacji do stosowania CAM, które mogą funkcjonować w całkiem odrębny sposób. W tym przypadku w grupie pierwszej stosowanie CAM miałoby charakter pragmatyczno-funkcjonalny, w drugiej zaś stanowić wyraz światopoglądu czy orientacji życiowej.

Z kolei Robinson, Lorenc i Blair (2009) na podstawie pogłębionych wywiadów focusowych wśród rodziców pochodzących z różnych państw i kontynentów scharakteryzowali ich postawy wobec CAM w postaci interesującej typologii. Wyróżnili oni 7 typów rodziców od najmniej do najbardziej zaangażowanych w stosowanie CAM w przypadku leczenia swoich dzieci. Pierwsza grupa określona jako *non-users* to rodzice

nie korzystający z CAM podczas leczenia dzieci, nastawieni do tych metod w sposób sceptyczny, obawiający się potencjalnej toksyczności i szkodliwości CAM. Grupę kolejną tworzą tzw. *użytkownicy ostatniej szansy (last resort users)*, którzy skłonni są zastosować CAM tylko w ostateczności, jeśli metody konwencjonalne byłyby nieskuteczne. *Użytkownicy zainteresowani/otwarceni na CAM (open/interested users)* to osoby z niewielką wiedzą i doświadczeniem w zakresie stosowania CAM, gotowi jednak na ich zastosowanie. Często są to osoby, które nie mogą pozwolić sobie na eksperymentowanie z metodami CAM z powodów finansowych. Kolejny typ rodziców korzystających z CAM to *użytkownicy pragmatyczni (pragmatic users)*, którzy nie mają skryzalizowanych preferencji wobec CAM bądź medycyny konwencjonalnej. Stosują jedno bądź drugie podejście terapeutyczne dokonując każdorazowo optymalnego i najlepszego z punktu widzenia dobra ich dziecka wyboru. Często konsultują się w sprawach korzystania z CAM z lekarzami. W typologii Robinson, Lorenc i Blair (2009) wyróżniono także *użytkowników rutynowych (routine users)*, którzy stosują CAM w sposób wyuczony, wyrosły na bazie doświadczeń w społeczności i uwarunkowań kulturowych, w których funkcjonują. Najczęściej stosują oni domowe terapie CAM i dopiero, kiedy te nie pomogą sięgają po pomoc lekarską. Dwa ostatnie typy – *świadomi użytkownicy (informed users)* oraz *zaangażowani wyznawcy (committed believers)* to osoby ceniące w leczeniu dzieci wyżej CAM niż medycynę konwencjonalną uważając te metody za bezpieczniejsze i bardziej naturalne. Rodzice Ci obawiają się farmakoterapii jako metody niejako bardziej inwazyjnej, związanej z wyższym ryzykiem skutków ubocznych. *Informed users* przywiązują dużą wagę do pogłębiania wiedzy na temat CAM oraz zwiększania poziomu świadomości zdrowotnej na temat tych metod. Aktywnie studiują literaturę i zasoby informacyjne internetu, rozmawiają również z lekarzami na temat stosowania CAM. *Committed believers* natomiast nie tylko preferują CAM w leczeniu dzieci, ale stosowanie tych terapii uważają za element ich stylu życia, światopoglądu i wyznawanych wartości. Za wszelką cenę unikają oni kontaktów z konwencjonalną służbą zdrowia uważając, że należy się do niej zwracać jedynie w ostateczności (Robinson i in., 2009). Wyróżnione typy rodziców różniły się ponadto pod względem poziomu wykształcenia, pochodzenia i statusu materialnego. Mankamentem przeprowadzonych badań były małe, niereprezentatywne grupy – poszczególne typy mogły reprezentować przykładowo jedynie 2-3 osoby. Przytoczona typologia w sposób wyrazisty pokazuje jednak różnice w nasileniu stosowania CAM oraz wielość możliwych pobudek z tym związanych. Ponadto sugeruje, że zwolennicy CAM

mogą stanowić grupę niejednorodną, zróżnicowaną pod wieloma względami, co uzasadnia potrzebę prowadzenia kolejnych badań.

Zawarty w niniejszym i poprzednim podrozdziale przegląd modeli i badań nad CAM wyraźnie wskazuje na różne, często autonomiczne grupy czynników, które stanowią uwarunkowania takich, a nie innych postaw czy wyborów zdrowotnych związanych z CAM. Istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że poszczególne zbiory czynników mogą mieć większe lub mniejsze znaczenie zarówno dla pojedynczych decyzji, jak i względnie stałych postaw zdrowotnych. W sposób oczywisty wymaga to jednak dalszych pogłębionych badań.

1.5. Psychologiczne podstawy kształtowania się postaw zdrowotnych. Postawy zdrowotne jako element orientacji życiowe

W niniejszym rozdziale zawarto teoretyczne wprowadzenie do zagadnienia postaw i orientacji życiowych w psychologii i naukach społecznych. Z uwagi na tematykę niniejszej pracy, kwestie te przedstawiono ze szczególnym uwzględnieniem postaw i orientacji zdrowotnych. Rozdział uzupełnia omówienie czynników związanych z powstawaniem i kształtowaniem się postaw zarówno w ujęciu ogólnym, jak i postaw zdrowotnych.

1.5.1. Postawy i orientacje życiowe

Rozległa literatura przedmiotu na temat zagadnienia postaw w psychologii przedstawia wielość ujęć definicyjnych i koncepcyjnych pojęcia postawy oraz ich rozwój. Opisują je szeroko prace m.in. Miki (1981), Mądrzyckiego (1970), Prężyny (1981), Chlewińskiego (1987), Nowaka (1973), Marody (1976). Początków pojęcia „postawa” należy doszukiwać się w spostrzeżeniach psychologii klasycznej, opierającej się na założeniach atomistyczno-asocjacyjnych. Wówczas zaczęto wyodrębniać w wyjaśnianiu nowych wyników badań takie pojęcia, jak apersepcja, tendencja determinująca czy umysłowe nastawienie (Mądrzycki, 1970). Owocem tych badań były wnioski, w których zauważono, że czas reakcji zależy od nastawienia jednostki na bodziec lub reakcję oraz wpływ nastawień na spostrzeganie czy rozwiązywanie zadań matematycznych. Po raz pierwszy jednak słowo postawa użyte zostało przez filozofów Spencera i Baina,

którzy przez postawę rozumieli *psychiczny stan gotowości do słuchania, uczenia się czegoś, stan który jest warunkiem przyswojenia sobie prawdziwej wiedzy* (za: Mika, 1981, s. 111). W latach 30-tych dominowało ujęcie postawy jako stanu gotowości, podobnego do określenia „nastawienia”, o którym pisał m.in. Allport w swojej definicji, która mówi, iż *postawa jest psychicznym i nerwowym stanem gotowości, zorganizowanym przez doświadczenie, wywierającym ukierunkowujący lub dynamiczny wpływ na reakcje jednostki w stosunku do wszystkich przedmiotów czy sytuacji, z którymi jest on związany* (Allport, 1935, s. 290). Przeniesienie na grunt społeczny tych rozważań zawdzięczamy socjologom Znanieckiemu i Thomasowi (1918-20), którzy ujęli postawę jako stan umysłu jednostki wobec pewnych wartości o społecznym charakterze. Kolejne koncepcje, tj. behawiorystyczne lub wywodzące się z teorii społecznego uczenia się, socjologiczne oraz nawiązujące do teorii poznawczych akcentowały różne aspekty konstruktów postawy (Mądrzycki, 1970).

W koncepcjach behawiorystycznych czy teorii uczenia się podkreślano istotę zachowania jednostki, jej reakcje wobec przedmiotów świata zewnętrznego, w tym, o charakterze społecznym, które są powtarzające się i konsekwentne, występujące ilekroć dana sytuacja czy dany przedmiot ma miejsce i które są do siebie podobne. Takie ujęcie reprezentowali Green (1959), Fuson (1943), Scott (1959) czy Droba (1933).

W teoriach socjologicznych akcentowano aspekt emocjonalnego stosunku do przedmiotów lub zjawisk. Nastawienie to może mieć charakter względnie stały, a jego kierunek (znak) może być pozytywny, negatywny lub neutralny. Dobrym przykładem tego podejścia jest definicja Thurstone’a i Chave’a (1929), który pisze, iż *postawa stanowi stopień natężenia pozytywnego lub negatywnego uczucia związanego z jakimś przedmiotem* (Thurstone i Chave, 1929, s. 6-7). Podobne ujęcia postawy znajdziemy w pracach m.in. Guilforda (1959), Remmersa (1954), Murraya i Morgana (1945), wśród polskich autorów u Reykowskiego (1973) i Obuchowskiego (1972).

W koncepcjach wywodzących się z psychologii poznawczej położono nacisk na takie aspekty postaw o charakterze poznawczym, jak sądy, spostrzeżenia, oceny, przekonania oraz towarzyszące im procesy umysłowe czy procesy przetwarzania informacji. Podejście to reprezentowali Rokeach (1960), Kerlinger (1967), Pronko (1961) czy Ferguson (1952) (Mika, 1987, Mądrzycki 1970). Współcześnie w rozważaniach na temat poznawczego wymiaru postawy podkreśla się ewaluacyjny charakter tego wymiaru oraz jego związek z zasobami wiedzy jednostki (Eagly, Chaiken, 1993; Maio, Olson, 1999).

Z czasem doszło do zintegrowania powyższych trzech aspektów konstruktów postawy i zaczęto mówić o niej, jako o złożonej strukturze czy organizacji poszczególnych elementów. Taką definicją w 1947 roku posłużył się Smith (1967), który pierwszy wyodrębnił 3 zasadnicze składniki postaw rozumiejąc postawę jako strukturę, która składa się:

- a) z elementów poznawczych, które składają się na zasób informacji o przedmiocie postawy (wymiar poznawczy);
- b) z elementów afektywnych, mających określony kierunek i siłę (wymiar emocjonalny),
- c) z indywidualnego działania nosiciela postawy wobec jej przedmiotu (wymiar behawioralny).

Podjęcie strukturalistyczne obecne jest także wśród polskich teoretyków. Warto w tym miejscu przytoczyć definicję Miki (1981, s. 116), który definiuje postawę jako *względnie trwałą strukturę (lub dyspozycję do pojawiania się takiej struktury) procesów poznawczych, emocjonalnych i tendencji do zachowań, w której wyraża się określony stosunek wobec danego przedmiotu* lub nieco szerzej charakteryzującej poszczególne komponenty propozycji Prężyny (1981, s. 20), który pisze, iż postawa to *względnie stałe ustosunkowanie, które wyraża się w gotowości podmiotu do pozytywnych lub negatywnych reakcji intelektualno-orientacyjnych, emocjonalno-motywacyjnych oraz behawioralnych wobec jej przedmiotu.*

Takie strukturalistyczne podejście rozpowszechniło się w powszechnej literaturze przedmiotu, co znalazło swój wyraz w podręcznikach z zakresu psychologii, m.in. Rathusa (2004, s. 769), który pisze, iż postawa jest *trwałą umysłową reprezentacją ludzi, miejsc lub obiektów powodującą reagowanie pozytywnymi lub negatywnymi emocjami i wpływającą na zachowanie*; Zimbardo i Leippe (2004, s. 52), którzy zdefiniowali postawę jako *wartościujące nastawienie oparte na elementach poznawczych, reakcjach uczuciowych oraz intencjach co do przyszłości i na zachowaniu* oraz definicjach słownikowych (m.in. American Psychological Association, 2018; Janus, 2011), które również wskazują na trójczynnikowe rozumienie pojęcia postawy.

Reasumując należy przyjąć, iż postawa jest strukturą składającą się z wymiaru poznawczego, do którego należą m.in. sądy, opinie, przekonania, oceny czy reprezentacje poznawcze przedmiotów i zjawisk; wymiaru emocjonalnego, w którym zawierają się uczucia, reakcje emocjonalne, czy całościowo stosunek emocjonalny względem obiektu/obiektów oraz wymiar behawioralny wyrażający się w zachowaniu czy tendencji do określonego zachowania.

W literaturze wyróżnia się ponadto pewne przymioty dotyczące postaw, do których należą (Mądrzycki, 1970; Mika, 1981):

- Treść przedmiotowa – odnosi się do wskazania, czego dotyczy dana postawa, jakiego przedmiotu, idei, zjawiska czy obiektu; wg treści możemy mówić np. o postawach religijnych, politycznych, zdrowotnych, estetycznych, personalnych, rzeczowych;
- Zakres postawy – wskazuje, do jak szerokiego zakresu elementów się ona odnosi – jednej rzeczy czy osoby, czy też pewnego kompleksu czy struktury tych przedmiotów, osób czy zjawisk;
- Kierunek (znak) postawy – decyduje o pozytywnej lub negatywnej postawie wobec jej treści przedmiotowej. Choć autorzy nie są w tym względzie zgodni, można przyjąć, iż postawa może mieć również znak 0 czy neutralny;
- Siła postawy – odnosi się do tego, jak duże jest nasilenie postawy pozytywnej czy negatywnej wobec jej przedmiotu, przykładowo, czy dane zjawisko postrzegane czy odczuwane jako umiarkowanie czy zdecydowanie skrajnie negatywne;
- Złożoność postawy – dotyczy stopnia, w jakim są rozwinięte poszczególne komponenty postawy. Można wyróżnić postawy o silnie rozwiniętych wszystkich trzech komponentach i takie, w których pewne komponenty są mniej rozwinięte;
- Zwartość postawy - określa zgodność między trzema wymiarami postawy, zwłaszcza pod względem znaku i siły; na tej podstawie można określić czy dane postawy są silnie lub słabo zintegrowane;
- Stopień powiązania danej postawy z innymi postawami – wskazuje na to, czy postawa ma charakter odrębny czy raczej powiązana jest z innymi postawami;
- Trwałość – odnosi się do stopnia, w jakim dana postawa jest stabilna i niezmienna w dłuższej perspektywie czasowej.

Dzięki wymienionym wyżej elementom możemy obserwować, opisywać, klasyfikować i oceniać przejawiane przez jednostki postawy.

O ile pojęcie postawy jest w psychologii konstruktem klarownym i powszechnie stosowanym, pojęcie orientacji życiowej może nastęrczyć większych trudności, ma bowiem charakter zdecydowanie bardziej nieprecyzyjny. W literaturze istnieje wiele ujęć tego terminu i jest on używany w różnych, nawet odległych kontekstach znaczeniowych. Istnieją również pojęcia pokrewne, takie jak orientacja, orientacja wartościująca, twórcza, globalna, orientacja życiowa, orientacja pozytywna, orientacja społecznego działania. Szerszy przegląd tych propozycji i koncepcji znajdziemy w pracy Seredyńskiej (2009),

Kanclerz (2015) i Dąbrowskiej (2011). W niniejszej pracy skupiono się na ujęciach, które będą użyteczne do wypracowania definicji, która zostanie przyjęta na gruncie tej dysertacji.

W polskiej literaturze pojęcie orientacji najwcześniej pojawiło się w pracach Błachowskiego (1917, s. 41, 88), który definiuje orientację życiową jako *nastawienie jednostki wobec otaczającego świata*. Lewicki (1960, s. 208), natomiast rozumie orientację w otoczeniu jako *procesy poznawcze człowieka, polegające na poznawaniu zarówno wskaźników wartości, jak i wskaźników działania*. W celu realizacji potrzeb i wartości biologicznych oraz społecznych ludzie muszą być zorientowani odnośnie różnych problemów, sytuacji, działań, wartości aby realizować swoje potrzeby. Rozwój orientacji w otoczeniu oraz rozwój potrzeb to dla Lewickiego dwa główne systemy będące efektem socjalizacji człowieka wzajemnie od siebie zależne. W pierwszym okresie życia człowiek z jednej strony uczy się abstrakcyjnego poznawania, co pozwala mu zrozumieć np. wymagania otoczenia, z drugiej zaś następuje rozwój potrzeb społecznych, badawczych, ambicyjnych, co kształtuje właściwe motywy do orientowania się w otoczeniu i w działaniu (Lewicki, 1960). W ujęciu Lewickiego zatem orientacja jest nabytym poprzez doświadczenie, socjalizację i procesy poznawcze jednostki kompleksem wiedzy na temat wartościowych sposobów działania i realizacji różnego rodzaju potrzeb. Ma więc ona charakter funkcjonalny. Również w sposób funkcjonalny rozumie orientację człowieka Obuchowski (1982, s. 34-35). Pisze on, że orientacja *to czynne poszukiwanie i wykorzystanie niektórych zmian w środowisku jako nośników informacji determinujących wybór sposobu uzyskania optymalnego poziomu samoregulacji*. Jest to zatem działanie adaptacyjne, mające na celu podtrzymanie równowagi zarówno wewnętrznej, jak i zewnętrznej, które pozwalają radzić sobie w otaczającym środowisku (Obuchowski, 1982).

Kolejne ciekawe ujęcia podkreślają budowanie w ramach orientacji życiowej reprezentacji poznawczych różnego rodzaju większych lub mniejszych zjawisk czy sytuacji oraz wartościujący charakter tych procesów. Wg Skarżyńskiej (1990, s. 139) orientacja życiowa to *mniej lub bardziej spójny zbiór orientacji poznawczych, motywacyjnych i moralnych wobec określonej sytuacji, wyznaczonej przez typ relacji interpersonalnych, który służy jako przewodnik dla działań jednostki w danej sytuacji*. Szersze ujęcie znajdziemy w definicji Ziółkowskiego (1990, s. 57), który pisze, iż orientacje indywidualne wyrażają *pewne zgeneralizowane tendencje do postrzegania, wartościowania, odczuwania i reagowania na rzeczywistość społeczną [...]*. Zawierają

one pewne kategorie wartościowania rozpoznawania i odczuwania obiektów dostępnych percepcji i wartościowaniu [...] zawierają ewaluację wszelkich zjawisk [...] stanowią dyspozycje do określonych zachowań. W skład takiej orientacji u Ziółkowskiego (1990) wchodzi zatem:

- wartości (jako subiektywne ideały, o różnym poziomie abstrakcji);
- potoczna wiedza o rzeczywistości (zawierająca opis i diagnozę obecnego stanu społeczeństwa oraz zachowań i postaw partnerów i równoległe swojej własnej sytuacji życiowej, postrzegane przyczyny obecnego stanu rzeczywistości oraz prognoza na przyszłość;
- pozytywna lub negatywna ocena postrzeganego stanu systemu;
- dyspozycję do zachowań w stosunku do określonych obiektów oraz umiejętność ich prognozowania.

Ujęcie Ziółkowskiego upodabnia orientacje indywidualne do postaw rozumianych trójczynnikiem, zawierając ich wymiar poznawczy, emocjonalny i behawioralny. Opierając się na propozycji Ziółkowskiego (1990) i Skarżyńskiej (1990), Cybal-Michalska (2006, s. 67) przyjęła podobną definicję, pisząc, iż *orientacje życiowe zarówno na społecznym, jak i indywidualnym poziomie stanowią zgeneralizowane tendencje do postrzegania, wartościowania, odczuwania i reagowania na globalizacyjne przemiany w świecie, na podstawie uświadamianych i wpółuświadamianych przekonań dotyczących z jednej strony otoczenia społeczno-kulturowego, z drugiej – podmiotu działania i możliwości w nim tkwiących*. Cybal-Michalska (2006) podkreśla w swojej definicji, iż pewne aspekty kształtujące orientację życiową mogą nie być świadomie wyartykułowane. Zwraca również uwagę na kwestię wartościowania nie tylko rzeczywistości społecznej, ale i podmiotu, który dokonuje wartościowania siebie samego (Cybal-Michalska, 2006).

Wielu autorów zajmujących się orientacjami życiowymi podkreśla istotę wartości. Takie podejście prezentują Kruczek i Janicka (2019, s. 159), która uważa, że wyrazem tego, co jednostka uznaje za wartościowe jest jej orientacja życiowa, która *będąc względnie stałą, nadaje kierunek aktywności człowieka i stanowi zarazem "zobowiązanie" do przestrzegania określonych zasad i wzorów postępowania*. Tak rozumiana orientacja życiowa wiązała się będzie ze światopoglądem i moralnością jednostki, o czym już wspominała mówiąc o orientacjach moralnych Skarżyńska (1990).

Aspekt oceniająco-wartościujący jawi się jako najważniejszy wymiar orientacji życiowej w większości przytoczonych ujęć.

Co ważne, jak wskazały również powyższe ujęcia orientacji życiowej, wyrażać się ona będzie w wymiarze behawioralnym. W szczególności, na co wskazuje Hejnicka-Bezwińska (1997) ujawniać się będą codziennych czynnościach, wyborach, nawykach, utrwalaniu lub unikaniu różnych sytuacji oraz wypowiedaniu poglądów odnośnie sytuacji, które występują na co dzień, jak i przyszłych, pożądanym stanów rzeczy. Orientacje życiowe uzależnione są od czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i kulturowych (Hejnicka-Bezwińska, 1997).

Pojęcie orientacji życiowej znajduje swoje szczególne miejsce w pedagogice, gdzie wiele miejsca poświęca się na budowanie orientacji życiowej młodzieży, a proces ten nieodłącznie odbywa się w kontekście funkcjonowania w społeczeństwie (Hejnicka-Bezwińska, 1997). W niektórych krajach funkcjonuje przedmiot szkolny *Life Orientation*, którego celem jest kształtowanie jednostki w kontekście jej funkcjonowania w świecie współczesnym (Rooth, 2005). Program nauczania ujmowany jest holistycznie i korzysta z osiągnięć takich dziedzin, jak socjologia, pedagogika, psychologia, nauki polityczne, włączane są zagadnienia dotyczące aktywności fizycznej, świata pracy i zawodów, biznesu i przedsiębiorczości, zdrowia czy duchowości. Przedmiot wskazuje na powiązanie ze sobą różnych sfer rozwoju i działalności człowieka. Ma również za zadanie przekazywać wiedzę, wartości, postawy i umiejętności dotyczące zarządzania sobą, dbania o środowisko, obejmuje zagadnienia odpowiedzialnego obywatelstwa, zdrowego i produktywnego życia, zaangażowania społecznego, lepszej jakości życia. Rolą przedmiotu *Life Orientation* jest również wyposażenie uczniów w kompetencje rozwiązywania problemów, podejmowania świadomych decyzji i wyborów oraz planowania odpowiednich działań, które umożliwią im prowadzenie sensownego i udanego życia w zmieniającym się świecie i społeczeństwie (Rooth, 2005).

W literaturze przedmiotu możemy znaleźć wiele kategoryzacji orientacji życiowych. Przykładowo Grulkowski (1995) nawiązując do koncepcji Fromma wyróżnia orientację „mieć” ukierunkowaną materialistycznie na gromadzenie dóbr, opartej o regułę posiadania oraz orientację „być”, która urzeczywistnia się w doświadczaniu życia, radości, wspólnocie z innymi ludźmi.

Gańczarczyk (1994) kategoryzuje orientacje życiowe na orientacje ogólne (wśród nich reformatorskie, perfekcjonistyczne, nonkonformistyczne, konserwatywne, konformistyczne, f) inercyjne, inne) - wyrażające się w stosunku do społecznych norm

i przyjętych zasad funkcjonowania oraz skonkretyzowane, dotyczących poszczególnych sfer psychospołecznego funkcjonowania (egzystencjalno-materialne, oświatowo-zawodowe, moralne, ogólnożyciowe, obywatelskie, polityczne, inne, w tym zdrowotne).

Cudowska (1997, 2004) wyróżniła w swojej typologii orientację rodzinną (ukierunkowaną na działania na rzecz dobra jej członków); personalistyczną (skoncentrowaną na „ja” i samorealizacji); hedonistyczną (skupioną na odczuwaniu doraźnych przyjemności, stroniącą od wysiłku); zawodową (ukierunkowaną na pracę i karierę zawodową); społeczną (skoncentrowaną na działaniach na rzecz wspólnoty i dobra społecznego); obserwacyjną (bierną, wycofującą się na rzecz własnego spokoju i stabilizacji).

Widać wyraźnie, że każda z przytoczonych koncepcji orientacji życiowych implikuje konkretne sposoby wartościowania życia społecznego i sposobu funkcjonowania w nim, stosunku do siebie i innych, akcentuje różnego rodzaju wartości, które w zależności od konkretnej orientacji mają większe lub mniejsze dla jednostki znaczenie.

Na podstawie powyższych rozważań na temat pojęcia orientacji życiowej i jego zakresu, integrując powyższe propozycje koncepcyjne przyjmuję, iż orientacja życiowa:

- jest strukturą wielowymiarową, łączącą aspekty poznawczo-ewaluatywne, emocjonalno-motywacyjne i behawioralne;
- zawiera za Ziółkowskim (1990, s. 57) i Cybal-Michalską (2006, s. 67) *pewne zgeneralizowane tendencje do postrzegania, wartościowania, odczuwania i reagowania na rzeczywistość społeczną [...]. Zawierają one pewne kategorie wartościowania rozpoznawania i odczuwania obiektów dostępnych percepcji i wartościowaniu [...]*;
- za Ziółkowskim (1990, s. 57): *zawiera ewaluację wszelkich zjawisk [...]*, stąd mogą dotyczyć wszystkich aspektów rzeczywistości społecznej, przedmiotów, problemów, wartości czy zjawisk, różnych sfer psychospołecznego funkcjonowania jednostki;
- za Ziółkowskim (1990, s. 57) i Hejnicką-Bezwińską (1997, s. 44): *stanowi dyspozycje do określonych zachowań*;
- zachowania te za Hejnicką-Bezwińską (1997, s. 44) *przejawiają się na poziomie jednostkowym – w codziennych czynnościach, wyborach, nawykach, utrwalaniu lub unikaniu różnych sytuacji oraz wypowiedaniu poglądów odnośnie sytuacji, które występują na co dzień, jak i przyszłych, pożądanym stanów rzeczy oraz biorąc pod*

uwagę kategoryzację orientacji życiowych zaproponowanych przez Grulkowczyka (1995), Gańczarczyka (1994) i Cudowską (1997, 2004) przejawia się na poziomie społecznym w stosunku do innych oraz do zjawisk społecznych;

- za Obuchowskim (1982, s. 34-35) orientacje życiowe stanowią element procesów samoregulacji i przystosowania jednostki do życia w rzeczywistości społecznej, stąd przyjmuję, iż wyrażają się również we właściwościach jednostki, które odnoszą się do mechanizmów samoregulacji takich, jak np. strategię radzenia sobie ze stresem, samokontrola, samodyscyplina, prężność;
- za Kruczek i Janicką (2019, s. 159) orientacja życiowa jest wyrazem tego, co jednostka uznaje za wartościowe, [...] *nadaje kierunek aktywności człowieka i stanowi zarazem "zobowiązanie" do przestrzegania określonych zasad i wzorów postępowania*. Przyjmuję zatem, że orientacja życiowa stanowi element samoregulacji w znaczeniu motywacyjno-ukierunkującym, integrując cele, model życia, światopogląd, wyznawane normy i wartości moralne, wpływając na sposób postępowania jednostki i dokonywane wybory;
- za Hejnicką-Bezwińską (1997, s. 22): orientacja życiowa *uzależniona jest od czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i kulturowych*

Według zaprezentowanej wyżej konceptualizacji postawy i ich systemy są elementami orientacji życiowej, do której zaliczają się również wyznawane wartości, wymiary osobowości, mechanizmy regulacji zachowania, sfera emocjonalno-motywacyjna oraz dyspozycje do określonych zachowań. Wszystkie te elementy tworzą względnie spójny system składający się na orientację życiową jednostki.

1.5.2. Postawy i orientacje zdrowotne

Specjalnym rodzajem postaw, który należy w kontekście tematyki niniejszej pracy omówić są postawy zdrowotne. Choć istnieje w literaturze wiele doniesień na temat postaw zdrowotnych, rzadko podejmowane są próby ukazania ścisłej definicji tego terminu. Co więcej, niejednokrotnie postawy zdrowotne utożsamiane są zachowaniami bądź przekonaniem zdrowotnymi. Zdarza się również, że traktuje się rozłącznie postawy i zachowania zdrowotne, używając przekonania i postaw zdrowotnych jako synonimów, pomijając niejednokrotnie przy tym ich związki ze sferą emocjonalną. Prowadzi to do

pewnego chaosu terminologicznego i zagraża adekwatnemu wyciąganiu wniosków z badań empirycznych. Uwagi te dotyczą zarówno literatury polskiej, jak i zagranicznej.

Według Gawęł (2003, s. 34) przedmiotem postaw zdrowotnych *jest powszechnie uważana za uniwersalną wartość zdrowia zaś stopień ich wykształcenia stanowi wskaźnik internalizacji tej wartości*. Składnikami treściowymi postawy wobec zdrowia zdaniem autorki jest szeroki wachlarz zagadnień związanych ze zdrowiem, tj. m.in. problemy zdrowego stylu życia (nawyków odżywiania, aktywności fizycznej, nałogów, stosowania używek, kontrolowania stanu zdrowia, leczenia), kształtowania środowiska, działań na rzecz zdrowia, edukacji zdrowotnej oraz wartościowanie zdrowia. Wiodącą rolę pełni komponent poznawczy postaw zdrowotnych, oparty na przekonaniach wytworzonych na bazie posiadanej wiedzy wobec wymienionych treści, komponent uczuciowo-motywacyjny natomiast wyraża się w emocjonalnym stosunku do określonych działań na rzecz zdrowia oraz świadomym umieszczaniem go w swojej hierarchii wartości. Składnik behawioralny postaw zdrowotnych odnosi się do podejmowanych zachowań zdrowotnych zarówno w trakcie choroby, jak i zdrowia podejmowanych wobec własnej osoby, innych lub środowiska (Gawęł, 2003).

W sposób interesujący piszą o postawach zdrowotnych Kaczor-Szkodny i Szkodny (2021, s. 48). Wg nich *postawa zdrowotna wiąże się z rozwojem komponentów poznawczych, behawioralnych oraz emocjonalnych danej jednostki [...] Jest to wypadkowa posiadanego światopoglądu, wyznawanej hierarchii wartości oraz indywidualnych możliwości każdego człowieka [...] obejmuje aspekt pozytywnego lub negatywnego wartościowania lub oceniania, przy jednoczesnym zachowaniu jej trwałości [...] postawy zdrowotne są ważnym elementem życia każdego człowieka, odzwierciedlając jego stosunek do świata oraz poszczególnych obszarów życia i zdrowia*. Takie szerokie ujęcie postaw zdrowotnych umiejscawia je w szerszym kontekście całości funkcjonowania jednostki we wszystkich jej sferach. Takie podejście koresponduje z pojęciem orientacji zdrowotnych. Seredyńska (2009, s. 62) opierając się na definicji Ziółkowskiego (1990, s. 57) pisze, iż:

- *orientacje zdrowotne są elementami orientacji życiowej, która obejmuje pewne zgeneralizowane tendencje do postrzegania, wartościowania, odczuwania i reagowania na rzeczywistość społeczną [...] zawierają one pewne kategorie wartościowania, rozpoznawania i odczuwania obiektów dostępnych percepcji czy wartościowaniu [...]*, wobec czego Seredyńska uznaje, iż *orientacja zdrowotna obejmuje tendencje jednostek do postrzegania, wartościowania, odczuwania*

i reagowania na wszelkie zjawiska pozostające w relacji ze zdrowiem, w jego wymiarze: fizycznym, psychicznym, społecznym oraz noetycznym;

- *są sędami wartościującymi wszelkie zjawiska; ocena dotyczy komparacji postrzeganego obrazu rzeczywistości z uznawanymi wartościami, stanowiącymi probierze opiniowania. Uwzględnia także doświadczenia związane ze zdrowiem tak w odniesieniu do siebie, jak i innych;*
- *powstają na bazie posiadanej wiedzy. Zawierają opis i ocenę obecnego stanu zdrowia oraz zachowań i postaw wobec zdrowia w odniesieniu do siebie i innych; postrzeganie przyczyn obecnego stanu zdrowia swojego i innych; prognozę zdrowotną na najbliższą i dalszą przyszłość dla siebie i innych*
- *stanowią dyspozycję do zachowań związanych ze zdrowiem. Obejmują także umiejętność ich programowania. Zachowania te Seredyńska rozumie szeroko, uznając, iż obejmuje ona aktywność behawioralną ukierunkowaną zarówno na siebie, jak i innych. Ponadto rozumiejąc zdrowie w jego kontekstach: fizycznym, społecznym, psychicznym i noetycznym uważa, iż przedmiotem orientacji zdrowotnej są wyobrażenia i przekonania człowieka o celach zdrowotnych i środkach ich realizacji w dziedzinie szeroko pojętej aktywności np. (Seredyńska, 2009, s. 63):*
 - *w dziedzinie aktywności fizycznej: odżywianie, używki, spędzanie czasu wolnego, badania profilaktyczne itd.;*
 - *w dziedzinie aktywności społecznej: stosunki interpersonalne, wsparcie, sposoby pełnienia ról społecznych itd.;*
 - *w dziedzinie aktywności psychicznej: reakcje na stres, wsparcie (głównie emocjonalne), używki itd.;*
 - *w dziedzinie aktywności noetycznej: związanej z wolnością, odpowiedzialnością, dążenie do sensu i wartości.*

Wszystkie wyżej wymienione elementy wg Seredyńskiej przenikają się wzajemnie.

Konstruktem teoretycznym, w którym zawierają się postawy zdrowotne oraz wartościowanie zagadnień zdrowia i choroby jest również świadomość zdrowotna, którą zdefiniować można jako *część świadomości* (Becker i in., 1977, s. 349), *która wyraża stopień, w jaki jednostka angażuje się w sprawy zdrowia czy też skłonna jest angażować się w różne zachowania zdrowotne* (Becker i in., 1977, s. 349; Gawęł, 2011, s. 84); *to tendencja do koncentrowania uwagi na zdrowiu* (Iversen, Kraft, 2006, s. 603), *a szerzej złożona struktura poznawcza ukierunkowująca i organizująca zachowania zdrowotne człowieka* (Gawęł, 2011, s. 84; Iversen, Kraft, 2006, s. 603). W strukturze tej, jak pisze

Ratajczak (1997), istotnym zagadnieniem jest miejsce zdrowia w hierarchii wartości jednostki, co ma znaczenie regulujące dla zachowania się człowieka wobec swojego zdrowia.

Widać zatem wyraźnie, że postawy i orientacje zdrowotne oraz świadomość zdrowotna są elementami szerszych systemów wpisujących się w całokształt funkcjonowania jednostki, a zatem stanowią element jej orientacji życiowej.

Zależności te dobrze ilustrują wyróżniane w literaturze orientacje zdrowotne, postawy zdrowotne, koncepcje zdrowia czy też typy myślenia o zdrowiu. Choć są one przez teoretyków różnie nazywane, pokazują szeroki kontekst funkcjonowania postaw zdrowotnych w szerszym systemie orientacji życiowej jednostki.

W poprzednich podrozdziałach obszernie opisano modele zdrowia: biomedyczny i holistyczno-funkcjonalny. Na podstawie tych modeli Sęk stworzyła Skalę Przekonań Zdrowotnych (SPZ-HF/BM) (Sęk, 2000), która powstała w oparciu o założenia teoretyczne tych modeli. Pozwala ona na rozróżnienie dwóch orientacji zdrowotnych, w zależności od tego, które twierdzenia – pochodzące z jakiegoś modelu są badanemu bliższe.

Herzlich (1973) wyróżnia trzy typy myślenia o zdrowiu:

- typ powierzchowny, tzw. myślenie o zdrowiu w próżni – zdrowie staje się przedmiotem uwagi okazjonalnie, gdy pojawi się choroba, dolegliwość lub dyskomfort. Zagadnienia zdrowia mają w orientacji życiowej jednostki znaczenie marginalne, nie wykazują zatem istotnego mechanizmu regulującego zachowanie człowieka
- traktowanie zdrowia jako rodzaju zasobów, z charakterystycznym myśleniu o zdrowiu w kategorii rezerw – zdrowie stanowi stały atrybut człowieka, odczuwany jest jako pewien posiadany kapitał. W tym ujęciu aktywność zdrowotna pomnaża zasoby człowieka, umacnia go. Jest to rodzaj orientacji, w której osoba ceni wartość zdrowia, a zatem istotę podejmowania wysiłków na jego rzecz.
- traktowanie zdrowia jako równowagi – zdrowie stanowi pewną normę, do której człowiek dąży, której osiągnięcie i utrzymanie daje mu rodzaj zadowolenia. Norma ta ma jednak indywidualnie subiektywny charakter, należy zatem ją poznać, aby móc ją ocenić.

Przegląd postaw zdrowotnych możemy znaleźć w pracy Kubińskiej, Pańczuk i Ławnik (2016). Na podstawie dostępnej literatury, stworzyły one listę postaw zdrowotnych. Niektóre z nich opisane są językiem, jak na współczesny język naukowy

niewielu archaicznym, pochodzą one bowiem z prac naukowych sprzed kilkudziesięciu lat, znaczeniowo jednak nie tracą na aktualności. Poniżej przedstawiono ciekawsze z nich (Kubińska i in., 2016, s. 75):

Postawa dojrzała – wyraża się w *racjonalnym, emocjonalnie zrównoważonym stosunku do choroby, inwalidztwa, śmierci. Obejmuje poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie i współodpowiedzialność za zdrowie publiczne. Wiąże się również z gotowością i umiejętnością spieszenia z pomocą innym.*

Postawa autokreacyjna – przejawiająca się w *prezentowaniu odpowiedzialności za swój los, pomyślność, stan zdrowia. Zdrowie jest tu obiektem troski, dbałości i kontroli, aby jak najdłużej było w dobrym stanie, gwarantującym sprawne zaspokojenie życiowych aspiracji i aktywne społeczne funkcjonowanie.*

Postawa samarytańska polegająca na *przekonaniu o tym, że każdy człowiek powinien zawsze i bezinteresownie udzielać pomocy drugiemu człowiekowi w sytuacji choroby lub zagrożenia zdrowia bez względu na pokrewieństwo i status społeczny.*

Postawa lekomanii uwydatnia się w przekonaniu, że *współczesne leki (i suplementy) są bardzo skuteczne i są w stanie wyleczyć większość zaburzeń psychosomatycznych i chorób, bez działań ubocznych. Wiąże się z nabywaniem leków i suplementów bez kontroli lekarza.*

Postawa healthismu wyraża się w przeświadczeniu, iż *zdrowie jest bardziej znaczące niż wszystkie inne wartości, jest celem samym w sobie, a nie środkiem (zasobem) do osiągnięcia innych celów i wartości.*

Postawa estetyzacji wiąże się z poglądami, w których *piękno ciała, które uzyskać można jako rezultat interwencji medycznej i kosmetycznej, jest jedną z najistotniejszych potrzeb wobec ciała. Piękne ciało jest tu miarą stanu zdrowia. W postawie tej istnieje tendencja do „pomieszania piękna ze zdrowiem”.*

Postawa eksploatorska Przekonanie o tym, że *zdrowie jest po to, aby je maksymalnie wykorzystać do robienia kariery, odniesienia sukcesu, zdobycia popularności, wzbogacenia się. Zdrowie jest w tym ujęciu traktowane instrumentalnie*

Postawa wyrachowana uosabiające *wyrachowane żerowanie na chorobie, słabości, wyłudzenie zwolnień, urlopów, wczasów zdrowotnych, zapomóg, rent inwalidzkich, prowokowanie różnych nadużyć materialnych i społecznych. Wykorzystywanie wrażliwości innych osób.*

Postawa roszczeniowa polega na *nadmiernym przerzuceniu na państwo i jego systemy, instytucje i osoby odpowiedzialności za zaspokojenie podstawowych potrzeb związanych*

ze sferą i stanem zdrowia, świadome zwalnianie się z odpowiedzialności i troski o własne zdrowie.

Postawa abnegacji przejawia się w lekceważeniu stanu zdrowia i samopoczucia. Niechęć do podejmowania zachowań zdrowotnych; osobie takiej nie zależy na dbałości o zdrowie, poprawie, umocnieniu, kontroli zdrowia, zmianie zachowań antyzdrowotnych.

Postawa oporu uwidocznia się w odcinaniu się od jakichkolwiek praktyk prozdrowotnych, podejmowanie antyzdrowotnych zachowań, dołączenie do grupy osób akceptujących czynniki ryzyka zdrowia w otoczeniu i brak świadomości zdrowotnej.

Postawa hysterii przejawia się w takich zachowaniach, jak ucieczka w chorobę, wymuszanie zainteresowania swoją wyolbrzymioną lub wymyśloną słabością, infantylne reakcje, skłonność do szantażu (emocjonalnego i werbalnego), terroru (bo wam umrę).

Postawa znieczulicy (społecznej, zawodowej) wyrażająca się w przekonaniu, że brak zainteresowania słabością, chorobą innych osób nie jest niczym złym. Stan zdrowia, jego utrata to prywatna sprawa każdego człowieka.

Postawa znachorstwa Zawierzenie uzdrowiaczom i przekonanie, że bioenergoterapia, homeopatia, medycyna alternatywna to metody, które skutecznie leczą choroby – nie to, co medycyna konwencjonalna.

Opisane wyżej kategoryzacje pokazują spektrum różnych postaw zdrowotnych. Przedstawiają one przykłady różnych przekonań, preferencji i zachowań zdrowotnych oraz miejsca zagadnień zdrowia w hierarchii wartości jednostki od centralnego po marginalne. Pokazują również, w jaki sposób postawy zdrowotne mogą pełnić rolę podrzędną lub nadrzędną wobec innych postaw oraz wewnętrzne i zewnętrzne sposoby umiejscowienia poczucia kontroli zdrowia. Wymienione postawy odzwierciedlają również stosunek jednostki do wartości zdrowia innych osób. Teoretycy uwzględnili również postawy wobec CAM. Zaprezentowana kategoryzacja pokazuje mnogość możliwych postaw zdrowotnych mogących pojawiać się w społeczeństwie.

Zagadnienie postaw zdrowotnych jest istotne dla psychologii jak nauki i dyscypliny praktycznej z uwagi na jego wagę dla zdrowia publicznego. Postawy zdrowotne stanowią o wyborach dotyczących stylu życia, realizowanych zachowaniach prozdrowotnych i profilaktycznych. Decydują również o podejmowaniu działań autodestrukcyjnych i antyzdrowotnych, czego dowodem jest m.in. istnienie takich zaburzeń lub destrukcyjnych wzorców zachowań, jak anoreksja, bulimia, ortoreksja, bigoreksja czy tanoreksja, które są ściśle powiązane z postawami zdrowotnymi. W obliczu ogromnego zagrożenia chorobami cywilizacyjnymi, tematyka postaw

zdrowotnych nabiera coraz większego znaczenia. W celu budowania społecznego dobrostanu należy przykładać szczególną troskę do edukacji zdrowotnej, profilaktyki i prewencji, które, aby być skuteczne uwzględniać muszą działania skierowane na kształtowanie postaw prozdrowotnych oraz ich zmianę.

1.6.Czynniki wpływające na kształtowanie się postaw

W literaturze wskazuje się na szereg czynników mających znaczenie dla powstawania i kształtowania się postaw. Mają one różną specyfikę i siłę oddziaływania uzależnioną od samej jednostki, kontekstu społecznego i sytuacyjnego.

Autorzy są zgodni co do tego, że u źródeł postaw leżą czynniki zewnętrzne, związane ze środowiskiem społecznym oraz czynniki wewnętrzne, które leżą w niej samej.

Jeśli chodzi o czynniki zewnętrzne, jednym ze znaczących czynników wpływających na kształt postaw są postawy członków rodziny i osób znaczących, które w procesie wychowawczym w sposób zamierzony lub niezamierzony są przekazywane kolejnym pokoleniom. Kształtowanie postaw w wyniku socjalizacji ma miejsce od wczesnego dzieciństwa, w którym dzieci są codziennymi odbiorcami przekazywanych werbalnie i niewerbalnie treści (Gałdowa, 1990; Gaweł, 2003; Mądrzycki, 1970; Mika, 1981).

W miarę upływu kolejnych lat życia znaczenia nabierają również inne źródła wpływające na formujące się postawy – placówki edukacyjne i opiekuńczo – wychowawcze, a w nich nauczyciele, znaczące autorytety i środowisko rówieśnicze (Gałdowa, 1990; Gaweł, 2003). Mogą one zmieniać bądź umacniać przekaz otrzymany w rodzinie, a także wpływać na kształtowanie nowych postaw. Grupa rówieśnicza wraz z wiekiem nabiera coraz większego znaczenia, zwłaszcza formujące się małe grupy, wśród których funkcjonuje jednostka. Są one istotnym czynnikiem kształtującym postawy, zwłaszcza dla osób w wieku nastoletnim i późniejszym. Jak pisze Mądrzycki (1970), silny wpływ oddziaływania na jednostkę mają osoby, z którymi łączy ją bliskie więzi emocjonalne. Stąd również postawy formują się pod wpływem postaw mają rówieśnicy, których młody dorastający darzy uczuciami szczególnej uwagi, których uważa za swoich bliskich przyjaciół lub sympatię. Zdaniem badacza, nie należy zapominać o idolach – uwielbianych przez młodzież wokalistów, sportowców czy

aktorów, których opinie w sposób szczególnie silny mogą oddziaływać na postawy dorastającej młodzieży (Mądrzycki, 1970).

Przekaz od tych osób najczęściej odbywa się poprzez środki masowego przekazu, które uznawane są za jeden z ważniejszych czynników powstawania i kształtowania się postaw. Jest to szczególnie aktualne i znaczące w dobie współcześnie obecnego masowego dostępu do źródeł informacji i treści marketingowych oraz szerokiego rozpowszechnienia mediów społecznościowych. Działający w mass mediach aktywiści, influencerzy, grupy interesów czy inni kreatorzy treści, które są powszechnie dostępne, mają ogromny wpływ na postawy nie tylko jednostek, ale całych grup społecznych (Gwozdecka-Wolniaszek, Mateusiak, 2013).

Zarówno środowisko rodzinne, szkolne, jak i wpływ grupy rówieśniczej może kształtować postawy konstruktywne, społeczne pożądane i korzystne dla rozwoju jednostki, jak i działać na niego w sposób destrukcyjny. To samo dotyczy przekazów medialnych, w których nie zawsze przekaz formułowany jest w sposób bezstronny i obiektywny. Wiele treści ma cel opiniotwórczy, a zatem wprost ukierunkowany na formowanie się postaw. Co ważne, niejednokrotnie mamy do czynienia z celową manipulacją bądź dezinformacją, mającą na celu kształtowanie postaw zgodnych z korzyściami, które chce uzyskać nadawca. Współcześnie zatem jednostka ma styczność z wieloma bodźcami informacyjnymi i od jej umiejętności poznawczych, aktywności własnej oraz umiejętności krytycznej oceny treści i źródeł informacji zależy podatność na oddziaływanie massmediów. Ponadto zdaniem Mądrzyckiego (Mądrzycki, 1970), jeśli postawy nie są zbyt nasilone i zintegrowane, jednostka jest dużo bardziej podatna na lansowane wzorce oraz presję różnych grup i środowisk.

Wreszcie do zewnętrznych czynników wpływających na kształtowanie postaw należy cały kontekst społeczno – kulturowy, w którym żyje i dorasta jednostka. Tradycja, trendy, przyjęte w danej grupie społecznej normy społeczne, moralne, religijne, przyzwyczajenia, konwencje czy wartości od najmłodszych lat oddziałują na stosunek jednostki do różnych obiektów lub zjawisk społecznych (Mądrzycki, 1970).

Postawy zdrowotne są również silnie uwarunkowane procesem socjalizacji i oddziaływaniami kontekstu społeczno-kulturowego. Jak piszą Gaweł (2003) oraz Kaczor-Szkodny i Szkodny (2021) duże znaczenie dla formowania się postaw zdrowotnych mają nawyki i przekonania obecne w rodzinnym domu. Na postawy zdrowotne silnie oddziałują również przekazy medialne oraz trendy społeczne i mody na określone zachowania pro- i antyzdrowotne obecne w społeczeństwie i w obrębie

mniejszych grup oddziaływania. Istotne będą również autorytety czy edukatorzy, w postaci choćby przedstawicieli środowiska lekarskiego, którzy prowadzą różnego rodzaju działania informacyjne, mające wpływać na opinie społeczeństwa.

Rozwój nowych technologii w obrębie rynku produktów prozdrowotnych również oddziałuje na postawy i potrzeby zdrowotne. Zwraca się także uwagę na czynniki ekonomiczne, które wpływają na dostępność do różnego rodzaju usług i produktów zdrowotnych. Obecność ograniczeń finansowych może obniżać możliwości realizacji różnych zachowań zdrowotnych i tym samym osłabiać postawy zdrowotne (Paasche-Orlow i in., 2005). Na rozwój postaw zdrowotnych będą wpływać również doświadczenia związane realizacją zachowań zdrowotnych, m.in. związane z korzystaniem z różnych usług zdrowotnych, systemu medycznego czy kontaktów z personelem medycznym (Fouladbakhsh, Stommel, 2007).

Jak pisze Mądrycki (1970), nie sposób zignorować czynników zewnętrznych w kształtowaniu postaw, jednakże nie da się również w całości bezkrytycznie przyjmować gotowe wzorce z otoczenia. Dlatego bardzo istotne są czynniki wewnętrzne, podmiotowe, mające źródło w jednostce i podejmowanej przez nią świadomej aktywności w kierunku kształtowania własnych postaw.

Jeśli chodzi o czynniki wewnętrzne, należą do nich w pierwszej kolejności uwarunkowania biologiczne, związane z jednej strony z czynnikami genetycznymi i wrodzonymi, takimi, jak inteligencja czy cechy psychofizyczne, z drugiej zaś potrzeby fizyczne i fizjologiczne. Zwłaszcza zdolności poznawcze, (choć ich poziom rozwoju podlega dalszemu rozwojowi), decydują o potencjale przetwarzania informacji przez jednostkę, co przekłada się na kształt przejawiających przez nią postaw (Mądrycki, 1970). W dalszej kolejności na formowanie się postaw wpływają kompetencje i umiejętności poznawcze m.in. krytycznego myślenia, analizy i syntezy napływających bodźców informacyjnych, weryfikacji źródeł informacji itp. Istotne są również aktywność własna, podejmowana samodzielnie refleksja oraz ciekawość poznawcza, które sprzyjają pogłębianiu wiedzy i świadomemu kształtowaniu własnych postaw (Chlewiński, 1987; Gałdowa, 1990; Mądrycki, 1970). Procesy te są wzmacniane przez określone cechy osobowości, takie, jak otwartość na doświadczenie czy ugodowość, cechy temperamentu i czynniki emocjonalno-motywacyjne. Źródłem kształtowania obecnych i nowych postaw są również inne postawy, wyznawane wartości oraz czynniki związane z religijnością i duchowością jednostki (Allport, 1988). Są to czynniki bardzo silnie oddziałujące na jednostkę, konstytuujące jej wrażliwość na różne zjawiska

społeczne. Łączą się one w pewne grupy czy kompleksy postaw szerzej tworząc orientacje życiowe czy światopoglądowe.

Również postawy i orientacje zdrowotne są silnie uwarunkowane czynnikami wewnętrznymi, w pierwszej kolejności związanymi z czynnikami biologicznymi i wrodzonymi. Wśród nich szczególne znaczenie będzie miał aktualny stan zdrowia i jego historia, odporność immunologiczna organizmu i podatność na choroby. Oddziałują one silnie na potrzeby, przekonania i zachowania zdrowotne, a także sferę emocjonalną człowieka, co łącznie rodzi określone postawy wobec zagadnień zdrowia i choroby (Gaweł, 2003).

Postawy zdrowotne kształtują się również w procesie aktywności własnej jednostki – poprzez aktywność poznawczą związaną z przetwarzaniem informacji dotyczących kwestii zdrowotnych, zwłaszcza z ich wartościowaniem oraz aktywność w zakresie realizacji zachowań zdrowotnych (Gaweł, 2003). Wpływ na realizację tych procesów mają cechy osobowości, procesy samoregulacji i sfera emocjonalna, co potwierdza szereg badań, w których wykazano istotny związek niektórych cech osobowości i czynników emocjonalnych z tendencją do zachowań pro i antyzdrowotnych (Booth-Kewley, Vickers, 1994; Joyner i in., 2018; Magee i in., 2013; Misiólek, Błażek, 2023; Rhodes, Smith, 2006). Trwałość tendencji behawioralnych związanych z aktywnością zdrowotną również kształtowana jest pod wpływem czynników osobowościowych i emocjonalnych.

Postawy zdrowotne uwarunkowane są również przez inne elementy orientacji życiowej – inne postawy, czynniki światopoglądowe, wyznawane wartości duchowe i religijne. Czynniki te warunkują procesy umieszczania zagadnień związanych ze zdrowiem i chorobą w hierarchii wartości jednostki (Molesztak, 2010). Przy czym należy zauważyć, że na poziomie deklaracyjnym, ludzie stawiają zdrowie bardzo wysoko w swojej hierarchii wartości. Jak pokazują jednak badania, nie przekłada się to na poziom behawioralny (Puchalski, 1997). Centralność postaw zdrowotnych w świadomości jednostki jest czynnikiem decydującym o zawartości składowych tych postaw oraz rzeczywistym znaczeniu zdrowia jako elementu orientacji życiowej jednostki.

Reasumując pojedyncze postawy, ich znak, siła, zawartość, kształtują się pod wpływem splotu różnorodnych czynników oddziałujących na jednostkę z zewnątrz i/lub warunkowane są wewnątrznie. Siła wpływu poszczególnych czynników jest zróżnicowana indywidualnie – poszczególne osoby różnią się podatnością na wpływ czynników zewnętrznych, podobnie również w sposób oczywisty istnieją różnice

indywidualne w poziomie wiedzy, refleksyjności, uwarunkowania osobowościowych czy temperamentalnych. Rodzi to mnogość i unikalność postaw wśród poszczególnych jednostek.

1.7. Model badań własnych

Przedmiotem badań w ramach niniejszego projektu są postawy zdrowotne, ściślej postawy wobec medycyny komplementarnej i alternatywnej (*complementary and alternative medicine* – CAM). Zgodnie z założeniami teoretycznymi postawy rozumiem trójczynnikowo jako obejmujące ich wymiar poznawczy, emocjonalny i behawioralny. Przedmiotem badań będą zatem, w odniesieniu do wymiaru poznawczego i emocjonalnego, przekonania zdrowotne i stosunek emocjonalny do przedmiotu, jakim jest CAM, który wyrażał się będzie poprzez stopień zgodności z zaprezentowanymi osobie badanej twierdzeniami wyrażającymi poznawcze lub emocjonalne ustosunkowanie się do CAM. Wskaźnikiem wymiaru behawioralnego będą preferencje odnośnie wybranych typów terapii CAM - zgodnego z kategoryzacją CAM zaproponowaną w 2002 przez NCCAM (2002), którą omówiono w podrozdziale 1.1.

Badanie uwarunkowań tak ujętych postaw wobec CAM oparto o wiedzę psychologiczną na temat powstawania i kształtowania się postaw, która ich źródeł upatruje w czynnikach zewnętrznych (m.in. związanych z oddziaływaniem środowiska społecznego, środkami masowego przekazu, doświadczeniem na temat przedmiotu zdobytym w ramach funkcjonowania w środowisku) oraz wewnętrznych (m.in. związanych z osobowością, sferą emocjonalną, własną aktywnością poznawczą, światopoglądem, religijnością czy duchowością). Czynniki zewnętrzne oraz wewnętrzne są elementami orientacji życiowej. Zgodnie z tym podejściem w modelu umieszczono dwa zbiory zmiennych. Zawarto:

1. Zewnętrzne uwarunkowania kształtowania postaw wobec CAM w postaci takich zmiennych, jak percepcja znaczenia wpływu tradycji rodzinnej stosowania CAM, przekazu mass mediów na temat CAM oraz dysatisfakcja z doświadczeń z medycyną konwencjonalną. Dobór tych zmiennych ma uzasadnienie w literaturze przedmiotu, co szeroko opisano w podrozdziale 1.4. Znaczenie czynników związanych ze stosowaniem CAM w rodzinie pokazują badania Latte-Naor i in. (2018), Lobera i Rogero-García (2020), Thi i in., (2020) i Welz i in. (2019), roli środków masowego przekazu badania Ng i in., (2023), natomiast dysatisfakcja z medycyny konwencjonalnej jest jednym

z ważniejszych predyktorów korzystania z CAM zaobserwowanych w ogromnej liczbie badań (m.in. Tangkiatkumjai i in., 2020; Zörgö i in., 2020). Wybrane czynniki zewnętrzne wpisują się w ramy definicji orientacji życiowej, bowiem zgodnie z przyjętą konceptualizacją orientacja życiowa zawiera ewaluację wszelkich zjawisk [...] (Ziółkowski, 1990, s. 58), stąd ewaluacja ta dotyczyć może wszystkich aspektów rzeczywistości społecznej, przedmiotów, problemów, wartości czy zjawisk, do których należeć może percepcja i ocena doświadczeń z medycyną konwencjonalną oraz wpływu tradycji rodzinnej i przekazu mass mediów na stosowanie CAM. Ponadto wybrane czynniki zewnętrzne to przejaw orientacji życiowej na poziomie jednostkowym wyrażane w [...] wypowiedaniu poglądów odnośnie sytuacji, które występują na co dzień, jak i przyszłych, pożądanym stanów rzeczy (Hejnicka-Bezwińska, 1997, s. 44), a więc formułowanie sądów na temat wcześniejszych doświadczeń z medycyną konwencjonalną oraz wpływów na własne korzystanie z CAM tradycji rodzinnej i przekazu mass mediów. Wreszcie orientacja życiowa przejawia się na poziomie społecznym, wyrażając stosunek jednostki do różnych zjawisk społecznych (Cudowska, 1997, 2004; Gańczarczyk, 1994; Grulkowski, 1995), jakimi są korzystanie zarówno z medycyny konwencjonalnej, jak i CAM.

2. Wewnętrzne - podmiotowe uwarunkowania postaw wobec CAM. Wśród uwarunkowań wewnętrznych zawarto takie zmienne, jak dyspozycyjny optymizm, konformizm-nonkonformizm, świadomość zdrowotną, wrażliwość duchową oraz samokontrolę. Wymienione uwarunkowania wpisują się w elementy definicyjne orientacji życiowej, odnoszą się bowiem to kwestii wartości, religijności i duchowości (wrażliwość duchowa), pozytywnej orientacji wobec przyszłych zdarzeń (dyspozycyjny optymizm), orientacji zdrowotnej (świadomość zdrowotna), poziom niezależności w wartościowaniu i stosunek wobec norm i konwencji społecznych (konformizm-nonkonformizm) oraz elementów regulacji emocji i zachowania (samokontrola). Wymienione elementy orientacji życiowej zgodnie z przyjętą konceptualizacją zawierają aspekty poznawczo-ewaluatywne, wyrażając pewne zgeneralizowane tendencje do postrzegania, wartościowania, odczuwania i reagowania na rzeczywistość społeczną [...]. Zawierają one pewne kategorie wartościowania rozpoznawania i odczuwania obiektów dostępnych percepcji i wartościowaniu (Cybal-Michalska, 2006, s. 67; Ziółkowski, 1990, s. 57). Stanowią również dyspozycje do określonych zachowań (Hejnicka-Bezwińska, 1997, s. 44; Ziółkowski, 1990, s. 57) i wiążą się z procesami samoregulacji (Obuchowski, 1982). Szersze, oparte o wyniki badań empirycznych

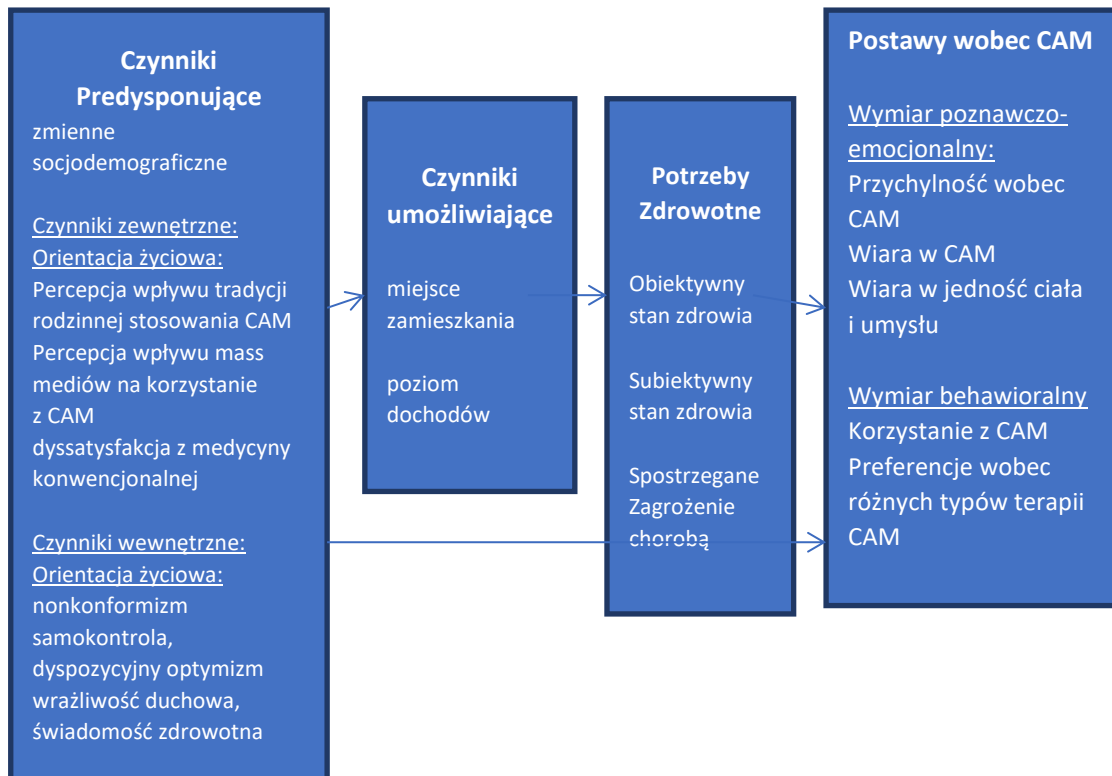
uzasadnienie wyboru zmiennych wymienionych w zakresie czynników wewnętrznych jako uwarunkowań postaw wobec CAM zostanie przedstawione w rozdziale kolejnym, przy okazji omawiania hipotez badawczych.

Jednocześnie model badań własnych opiera się o Społeczno-Behawioralny Model Korzystania z Opieki Zdrowotnej Andersena (1968), który uważany jest za model najbardziej uniwersalny i użyteczny w badaniach nad uwarunkowaniami postaw wobec CAM (Lorenc i in., 2009). Oparto się na adaptacji tego modelu przez Foulabakhsh i Stommela (2007), który szerzej opisano w rozdziale 1.3. Zgodnie z tym modelem wymienione w zakresie zewnętrznych i wewnętrznych uwarunkowań postaw wobec CAM stanowią w tym modelu czynniki predysponujące (*predisposing factors*). Odnoszą się bowiem do zmiennych o charakterze społecznym i psychologicznym, które znajdują się w modelu w zbiorze czynników predysponujących. W dalszej kolejności w modelu badań własnych ujęto zmienne z grupy czynników umożliwiających, związanych z dostępnością do CAM (*enabling factors*) oraz potrzebami zdrowotnymi (*health needs*). Czynniki umożliwiający, związane z dostępnością do CAM w niniejszym modelu to miejsce zamieszkania oraz dochód; w zakresie potrzeb zdrowotnych ujęto obiektywny i subiektywny stan zdrowia oraz spostrzegane zagrożenie chorobą. Wszystkie te czynniki generują określone potrzeby zdrowotne. Istnieją przesłanki z literatury przedmiotu wskazujące, że zarówno zmienne ujęte w zakresie czynników umożliwiających, związanych z dostępnością, jak i potrzebami zdrowotnymi stanowią czynniki istotnie związane w badaniach empirycznych z korzystaniem z CAM.

Poniżej znajduje się graficzne przedstawienie modelu.

Rysunek 4

Model badań własnych



W kolejnym rozdziale zostaną przedstawione cele, problemy i hipotezy badawcze.

II. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

2.1. Cel badań, problemy i hipotezy badawcze

Wprowadzenie teoretyczne zawarte w rozdziale poprzednim pokazuje jasno, że istnieje wiele konsekwencji przede wszystkim społecznych i zdrowotnych stale utrzymującego się względnie wysokiego zainteresowania metodami CAM. Ich stosowanie realnie oddziałuje na przejawiane przez jednostki zachowania pro- i antyzdrowotne, kształtuje gusta konsumenckie, tworzy nowe wyzwania dla medycyny akademickiej i systemu medycznego. Fakty te dobitnie wskazują, iż istnieje potrzeba wnikliwego poznawania tych zjawisk poprzez badanie mechanizmów i uwarunkowań postaw zdrowotnych związanych z CAM.

Co warto zauważyć, dotychczasowe badania rzadko prowadzone były w oparciu o większe projekty badawcze. W większym stopniu były to projekty ukierunkowane na wycinkowe badanie związków pomiędzy zmiennymi. Znacznie rzadziej badano postawy wobec CAM w sposób kompleksowy, w oparciu o konstrukty dotyczące różnych sfer funkcjonowania jednostki. Ponadto wiele badań prowadzono w oparciu o samodzielnie skonstruowane ankiety, zdecydowanie mniej wyników pochodzi z badań kwestionariuszowych, opartych o metody o zweryfikowanych właściwościach psychometrycznych. Często również badane są osobno zachowania i przekonania zdrowotne, znacznie mniej badań traktuje tą problematykę całościowo, badając wielowymiarowo postawy zdrowotne. Wreszcie, co jest szczególnie istotne w kontekście niniejszej pracy – dysponujemy śladowymi danymi odnośnie psychologicznych uwarunkowań postaw w Polsce. Polski kontekst badań ma bowiem znaczenie szczególne, biorąc pod uwagę, co wskazano w rozdziale poprzednim - szeroko zakrojoną w mediach społecznościowych działalność kilku popularyzatorów CAM; długą tradycję lecznictwa ludowego w Polsce; a także fakt, iż CAM ma swoich zwolenników wśród części duchowieństwa oraz że duża część Polaków deklaruje przynależność do wyznania rzymskokatolickiego. Wszystkie te czynniki mogą tworzyć szczególny kontekst kształtowania postaw wobec CAM w społeczeństwie polskim.

Jak wskazano w rozdziale poprzednim postawy wobec CAM są uwarunkowane szeregiem czynników, m. in. środowiskowych, społecznych, infrastrukturalnych,

zdrowotnych itp. Pokazano również, że istotne są zmienne psychologiczne, związane ze sferą emocjonalną, osobowościową oraz poznawczą.

Dotychczasowe badania w zakresie czynników psychologicznych przyniosły wiele interesujących danych, które przedstawiono w rozdziale poprzednim. Jak wykazano jednak, w istniejących doniesieniach istnieją rozbieżności, co implikuje potrzebę prowadzenia dalszych pogłębionych badań w tym zakresie.

W ten nurt wpisuje się problematyka badawcza dotycząca niniejszej pracy. Głównym pytaniem badawczym brzmi:

Jakie są uwarunkowania postaw wobec medycyny komplementarnej i alternatywnej (complementary and alternative medicine - CAM)?

Przytoczone wcześniej badania zrealizowane na innych populacjach niż polska pokazują, że wśród uwarunkowań postaw zdrowotnych znajdują się zarówno czynniki zewnętrzne, jak i wewnętrzne. Celem badań będzie zatem ustalenie zależności pomiędzy czynnikami zewnętrznymi, związanymi ze środowiskiem społecznym i doświadczeniami jednostki oraz czynnikami wewnętrznymi, będącymi elementami orientacji życiowej, a postawami wobec CAM. Z niniejszego podziału wynikają kolejne pytania badawcze, dotyczące roli czynników zewnętrznego i wewnętrznego:

Czy istnieje i jaki obraz ma zależność pomiędzy wybranymi czynnikami zewnętrznymi, będącymi elementami orientacji życiowej, a postawami wobec CAM? – ściślej: celem badań będzie uzyskanie odpowiedzi na następujące szczegółowe pytania badawcze: czy istnieje i jaki obraz ma zależność pomiędzy wybranymi czynnikami zewnętrznymi tj. percepcją znaczenia tradycji rodzinnej korzystania z CAM i przekazu mass mediów na temat CAM oraz dyssatisfakcją z doświadczeń z medycyną konwencjonalną, a postawami wobec CAM?

U podstaw stosowania CAM leżą również pewne podmiotowe czynniki wewnętrzne, tj. cechy, przekonania czy poglądy będące elementami szerszych systemów światopoglądowych czy filozoficznych. Wydaje się więc, że predyktory stosowania CAM zawierają pewne wskaźniki wartościowania, co wyraża się w tendencji do kształtowania się u zwolenników CAM specyficznych orientacji życiowych. Stąd również w zakresie czynników wewnętrznych, ramach orientacji życiowej dokonano wyboru określonych jej elementów, tj. świadomości zdrowotnej, dyspozycyjnego optymizmu, konformizmu-nonkonformizmu, samokontroli, i wrażliwości duchowej i zadano kolejne pytania badawcze odnośnie związków między tymi zmiennymi, a postawami wobec CAM:

Czy istnieje i jaki obraz ma zależność pomiędzy czynnikami wewnętrznymi, będącymi elementami orientacji życiowej a postawami wobec CAM? Ścisłej - , czy istnieje i jaki obraz ma zależność pomiędzy czynnikami wewnętrznymi, będącymi elementami orientacji życiowej, tj. świadomością zdrowotną, dyspozycyjnym optymizmem, nonkonformizmem, samokontrolą, wrażliwością duchową a postawami wobec CAM?

Ponadto wnioski płynące z badań psychologicznych pozwalają przypuszczać, że osoby preferujące CAM nie są grupą homogeniczną, tj. przejawiają różne nasilenie preferencji wobec różnym typów terapii CAM. Celem badań będzie zatem uzyskanie odpowiedzi na pytanie:

Czy możliwe jest wyodrębnienie typologii osób ze względu na preferencje stosowania różnych metod CAM? Jeśli odpowiedź na to pytanie okaże się pozytywna, kolejne pytanie brzmi:

Czy pomiędzy typami osób korzystających z CAM istnieją różnice pod względem poziomu wybranych zmiennych psychologicznych, będących elementami orientacji życiowej? A zatem ściślej - kolejnymi pytaniami szczegółowymi są:

Czy poszczególne typy osób korzystających z CAM różnią się pod względem poziomu świadomości zdrowotnej, dyspozycyjnego optymizmu, nonkonformizmu, samokontroli i wrażliwości duchowej?

Kolejna kwestia to znaczenie czynników zdrowotnych w odniesieniu do postaw wobec CAM. Zgodnie z doniesieniami z badań, na kształtowanie postaw wobec CAM mają wpływ stan zdrowia oraz jego subiektywne spostrzeganie, wraz z percepcją zagrożenia chorobą. Zgodnie z modelem Andersena (1968, 1995) oraz jego adaptacją stworzoną przez Fouladbakhsh i Stommela (2007) na potrzeby wyjaśniania postaw wobec CAMS czynniki te stanowią źródła potrzeb zdrowotnych, które skłaniają jednostkę do sięgania po CAM. Stąd również, zgodnie z celem badań jest ustalenie czy wymienione zmienne różnicują osoby korzystające i niekorzystające z CAM poprzez uzyskanie odpowiedzi na pytanie badawcze:

Czy i w jaki sposób obiektywny vs. subiektywny stan zdrowia oraz spostrzegane zagrożenie chorobą różnicują osoby korzystające i niekorzystające z CAM?

Jak pokazują badania, niektóre zmienne socjodemograficzne, takie jak płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, przynależność religijna czy poziom dochodów

pozostają w istotnym związku z korzystaniem z CAM. Celem badań będzie zatem ustalenie, czy wybrane zmienne socjodemograficzne istotnie różnicują osoby korzystające i niekorzystające z CAM w badanej grupie. W związku z tym kolejne pytanie badawcze brzmi:

Czy osoby korzystające i niekorzystające z CAM różnią się pod względem wybranych zmiennych socjodemograficznych, tj. płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, poziomu osiąganych dochodów i przynależności religijnej?

W nawiązaniu do powyższych pytań badawczych sformułowano następujące hipotezy badawcze:

Hipoteza 1. Istnieje związek między czynnikami zewnętrznymi, będącymi elementami orientacji życiowej (percepcją znaczenia rodzinnej tradycji stosowania CAM i przekazu mass mediów na temat CAM oraz dyssatysfakcją z medycyny konwencjonalnej) i wewnętrznymi, stanowiącymi składowe orientacji życiowej (świadomością zdrowotną, dyspozycyjnym optymizmem, nonkonformizmem, samokontrolą i wrażliwością duchową) a postawami wobec CAM.

Jak pokazano w rozdziale poprzednim, postawy zdrowotne, w tym postawy wobec CAM warunkowane są zarówno przez czynniki zewnętrzne, związane ze środowiskiem społecznym i doświadczeniami jednostki (m.in. Gawęł, 2003; Mądrzycki, 1970; Olchowska-Kotala, 2009; Sirois, 1998), jak i czynnikami wewnętrznymi związanymi z funkcjonowaniem poznawczym, emocjonalnym, osobowością, duchowością itp. (m.in. Bishop i in., 2007; Galbraith i in., 2018; Honda, Jacobson, 2005; Smith i in., 2008). Na znaczenie obu rodzajów elementów wskazują również modele kształtowania się postaw wobec CAM omówione w podrozdziale 1.3 (Fouladbakhsh, Stommel, 2007; Sirois, 1998; Sirois i in., 2016). Szczegółowe wyjaśnienie znaczenia obu rodzajów czynników oraz doboru poszczególnych zmiennych wchodzących w ich skład zawarto w uzasadnieniach do hipotez 1a i 1b.

Hipoteza 1a. Istnieje związek między czynnikami zewnętrznymi: jak percepcja znaczenia wpływu rodzinnej tradycji stosowania CAM i przekazu medialnego na temat CAM oraz dyssatysfakcją z medycyny konwencjonalnej a postawami wobec CAM

Jak już wspomniano w podrozdziale 1.4., szereg badań pokazało znaczenie czynników socjodemograficznych i społeczno-środowiskowych w postawaniu i kształtowaniu się postaw wobec CAM. Istnieje również szereg doniesień pochodzących z badań naukowych, które świadczą o ważnej roli doświadczeń związanych z korzystaniem z medycyny konwencjonalnej w tym zakresie.

Teoretyczne uwarunkowania rozwoju postaw zdrowotnych wskazują, że jednym z czynników, który istotnie wpływa na ich kształt są tradycje i doświadczenia rodzinne. Jednostka w procesie socjalizacji internalizuje postawy zdrowotne wyniesione z domu rodzinnego (Gaweł, 2003). Potwierdzają to również badania, które wskazują, że stosowanie CAM w rodzinie pozostaje w istotnym związku z korzystaniem z CAM przez jednostkę (Latte-Naor i in., 2018; Lobera, Rogero-García, 2020; Thi i in., 2020; Welz i in., 2019). Istnieją zatem przesłanki, iż związek między tradycją stosowania CAM w rodzinie, a pozytywnymi postawami wobec CAM w badanej grupie również będzie zachodził.

Związek przekazu mass mediów na kształtowanie się postaw zdrowotnych jest dobrze ugruntowany teoretycznie i empirycznie. Przekaz medialny silnie oddziałuje również na postawy wobec CAM, czego dowiodły badania Ng (2023). Z uwagi na widoczne wpływy zwolenników CAM w polskich mediach społecznościowych oczekuje się, że w badanej grupie również istnieje pozytywny związek między przekazem mass mediów na temat CAM, a pozytywnymi postawami wobec CAM.

Jeśli chodzi o związek dysytysfakcji z medycyny konwencjonalnej z postawami wobec CAM, badania empiryczne dowiodły, że jest ona jednym z ważniejszych czynników predysponujących do stosowania CAM (Tangkiatkumjai i in., 2020; Zörgő i in., 2020). Z uwagi na silne również w społeczeństwie polskim niezadowolenie ze służby zdrowia (CBOS, 2018), można przypuszczać, że czynnik ten również w badanej grupie będzie pozostawał w istotnym związku z pozytywnymi postawami wobec CAM.

Hipoteza 1b. Istnieje związek między czynnikami wewnętrznymi: świadomością zdrowotną, dyspozycyjnym optymizmem, nonkonformizmem, samokontrolą, i wrażliwością duchową a postawami wobec CAM

W rozdziale pierwszym pokazano, że do istotnych uwarunkowań kształtowania się postaw wobec CAM należą czynniki psychologiczne związane m.in. ze sferą poznawczą, emocjonalną, osobowościową, przekonaniami i wartościami oraz religijnością i duchowością jednostki. Zakłada się zatem, że również w badanej grupie

zachodzi istotny związek między wybranymi zmiennymi psychologicznymi, stanowiącymi elementy orientacji życiowej, a postawami wobec CAM.

Istnieją badania (w tym polskie), które potwierdzają istotny związek pomiędzy wyższym poziomem świadomości zdrowotnej, a pozytywnymi postawami wobec CAM (Gould, 1990b; Księżka-Koszałka, Gawda, 2022). Podobnie również, co ściśle wiąże się ze świadomością zdrowotną, zaobserwowano, że osoby korzystające z CAM odznaczają się wyższym poziomem kompetencji zdrowotnych (Bains, Egede, 2011; Gardiner i in., 2013; Widyaningtyas i in., 2023). Warto jednak zaznaczyć, że nie wszystkie badania potwierdzają te związki. Biorąc pod uwagę jednak polską specyfikę, w jakiej prowadzone są niniejsze badania zakłada się, że pozytywne postawy wobec CAM w badanej grupie będą związane z wyższym poziomem świadomości zdrowotnej – wniosek taki płynie z poprzednich badań własnych prowadzone na próbie polskiej. Ponadto Polska należy do krajów z największym odsetkiem osób kupujących produkty lecznicze wydawane bez recepty (tzw. OTC) (Grysiak, 2023). Polacy z w roku 2022 wydali łącznie 7,7 mld zł na suplementy diety. Wg danych sondażu firmy Olvit z 2022 r. ponad dwie trzecie badanych Polaków zażywa, a prawie połowa kupuje suplementy przynajmniej raz w miesiącu. Polska jest również jednym z większych producentów ziół w Europie, z czego 70% produkcji sprzedawana jest w Polsce (Nowak, 2023). Duża część OTC i suplementów diety oraz zioła należą do metod CAM. Z uwagi na swoją specyfikę stanowią w dużej mierze stosowane są samodzielnie, na własną rękę. Jest to działanie przynajmniej w założeniu konsumenta prozdrowotne (Derkacz i in., 2014), stąd można przypuszczać, że wynika z troski o zdrowie i pozytywnym jego wartościowaniu, co stanowi jeden z przejawów świadomości zdrowotnej. Dlatego oczekuje się, zgodnie z hipotezą, że w badanej próbie polskiej wyższy poziom świadomości zdrowotnej będzie wiązał z postawami wobec CAM.

Należy zaznaczyć, że istnieje niska ilość badań na temat związku między dyspozycyjnym optymizmem a postawami wobec CAM. Istnieją pojedyncze doniesienia o związku tej zmiennej z CAM u pacjentów onkologicznych (Arthur i in., 2012; Myers i in., 2008), są również dostępne pojedyncze obserwacje mówiące o tym, iż wyższy poziom dyspozycyjnego optymizmu wiąże się z gotowością do korzystania sześciu z osiemnastu typów terapii CAM u studentów (Smith i in., 2008). Uzasadnia to potrzebę dalszych badań. Biorąc pod uwagę intencję stosowania CAM jako działania prozdrowotnego można przypuszczać, iż towarzyszy mu pozytywne przekonania co do efektywności ich stosowania. Mimo częstego braku empirycznych dowodów na korzyści terapeutyczne

wielu terapii CAM, wiele osób sięga jednak po te terapie, co świadczy w pewnym stopniu o przyjmowaniu pozytywnej perspektywy związanej z oczekiwanymi korzyściami terapeutycznymi. Ponadto w badaniach Owensa i wsp. (1999) z korzystaniem z CAM korelowało lepsze samopoczucie i przeżywanie pozytywnych emocji. Są to konstrukty bliskie znaczeniowo dyspozycyjnemu optymizmowi. Stąd również zgodnie z hipotezą, oczekuje się, że w badanej grupie istnieje pozytywny związek między dyspozycyjnym optymizmem a postawami wobec CAM.

Badania nad związkiem nonkonformizmu z postawami wobec CAM nie były dotychczas prowadzone. Zdaniem autora jednak, istnieją przesłanki, które uzasadniają wybór tej zmiennej jako hipotetycznie istotnej w niniejszym projekcie badawczym. Korzystanie z CAM budzi w wśród pracowników służby zdrowia oraz przynajmniej w części społeczeństwa liczne kontrowersje. Stosowanie CAM może się zatem wiązać z narażeniem na społeczne napiętnowanie, wymaga więc pewnych predyspozycji do tego, aby mimo przeciwnych społecznych opinii podtrzymywać zachowania związane z korzystaniem z CAM i/lub pozostać przy swoich pozytywnych przekonaniach wobec CAM. Dotyczy to również prawdopodobnych negatywnych reakcji lekarza na informację o stosowaniu CAM przez pacjenta, który musi wykazać się pewną odpornością na przekaz kierowany od lekarza. Wspomniane predyspozycje oraz odporność na nacisk społeczny i przekaz autorytetu lekarza stanowić może być związany z nonkonformizmem. Podobne z resztą intuicje miał Siahpush (1999), który jako jedną ze skal w swoim kwestionariuszu do badania postaw wobec medycyny alternatywnej umieścił *Odrzucenie autorytetu (Rejection of authority)*, który w kontekście jego badań dotyczył pracowników służby zdrowia. Zgodnie z nakreśloną optyką zakłada się istnienie pozytywnego związku między nonkonformizmem, a pozytywnymi postawami wobec CAM w badanej grupie.

Choć w literaturze przedmiotu nie ma danych na temat bezpośrednich zależności zmiennej samokontroli ze stosowaniem CAM, istnieją w badaniach empirycznych pewne przesłanki, które pozwalają przypuszczać, że istnieje negatywny związek między samokontrolą, a postawami wobec CAM. W badaniach Kwapisa i Bartczuka (2020) samokontrola związana była pozytywnie z sumiennością i strategiami ze stresem skoncentrowanymi na zadaniu. W badaniach Chowduri i Meyur (2018) oraz Furnhama (2007) stosowanie CAM wiązało się natomiast negatywnie z sumiennością. Podobnie w badaniach Hondy (2005) wykazano, że osoby korzystające z CAM istotnie rzadziej stosują strategie skoncentrowane na wytrwałości w dążeniu do celu, natomiast częściej

wobec wyzwania wybierają strategię obniżenia swoich aspiracji. Jeśli zatem stosowanie CAM pozostaje w negatywnym związku z sumiennością i wytrwałością w dążeniu do celu, można przypuszczać, że cechy te korespondują z istotnie niższym poziomem samokontroli u osób z pozytywnymi postawami wobec CAM.

Warto w tym kontekście przytoczyć również badania Olchowskiej-Kotali (2013), która wykazała, że u pacjentów nowotworowych z tendencją do stosowania CAM wiązała się wyższa Emocjonalność jako preferencja poznawcza, w której jednostka skłonna jest wybierać sądy oparte na emocjach, nastrojach i osobistych odczuciach oraz w sposób subiektywny podchodzić do rozumienia faktów i zdarzeń. Również badania porównawcze pacjentów hospitalizowanych korzystających i niekorzystających z CAM Mitzdorf i wsp. (1999) pokazały, że osoby leczące się za pomocą metod CAM osiągały wyższe wyniki w skalach labilność emocjonalna, drażliwość, kobiecość oraz uległość. Wyniki te pośrednio wskazywać mogą na niższy poziom samokontroli u osób z pozytywnymi postawami wobec CAM.

Jednym z przejawów samokontroli jest niższa tendencja do ujawniania zachowań autodestrukcyjnych. Biorąc pod uwagę, że stosowanie części terapii CAM, zwłaszcza tych niezwyfikowanych naukowo może wiązać się z ryzykiem zdrowotnym. W przypadku niektórych terapii potwierdzono ich toksyczny i negatywny wpływ na zdrowie (Sacco i in., 2022). Można zatem przyjąć, iż jednym z racjonalnych strategii byłoby powstrzymanie się od ich zażywania, zwłaszcza regularnego. Utrzymywanie tego rodzaju zachowań może zatem świadczyć o niższej zdolności do samokontroli i o tendencji do zachowań autodestrukcyjnych. Stąd również zakłada się, że samokontrola pozostaje w istotnym negatywnym związku z postawami wobec CAM.

Istnieje szereg doniesień naukowych na temat związku sfery duchowości i religijności z pozytywnymi postawami wobec CAM. Osoby korzystające z CAM często deklarują się jako osoby religijne (Bishop i in., 2007; Hsiao i in., 2008; McCurdy i in., 2003; Smith i in., 2008). Badania pokazują również, że wśród zwolenników CAM istotnie częściej znajdują się osoby zainteresowane niekonwencjonalnymi formami duchowości, formami duchowości związanymi z holizmem, witalizmem, filozofią i religią Dalekiego Wschodu i New Age (Astin, 1998; Bishop i in., 2007; Olchowska-Kotala, 2009; Zörgő i in., 2018). Konstrukty wrażliwości duchowej, który zawiera w sobie takie komponenty, jak religijność, poczucie sensu, wrażliwość etyczną, holizm, zaangażowanie duchowe wraz z dedykowanym mu inwentarzem wydaje się być adekwatnym narzędziem pomiaru korespondującym ze spektrum różnych wymiarów duchowości, które powiązano

z pozytywnymi postawami wobec CAM (Kapała, 2016, 2017; Straś-Romanowska, Kowal, Kapała, 2016; Straś-Romanowska, Kowal, Kapała, 2016). Biorąc pod uwagę dobre ugruntowanie empiryczne związku pomiędzy różnymi wymiarami duchowości i religijnością, a pozytywnymi postawami wobec CAM, wydaje się uprawniona hipoteza, iż istnieje pozytywny związek między wrażliwością duchową a postawami wobec CAM.

Hipoteza 2. Istnieją różne typy osób korzystających z CAM, które różnią się pod względem preferencji wobec różnych typów terapii CAM oraz różnych elementów orientacji życiowej obejmujących charakterystyki takie jak: dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej, świadomość zdrowotna, dyspozycyjny optymizm, nonkonformizm, samokontrola, wrażliwość duchowa

Jak już wspomniano w rozdziale pierwszym, wielu badaczy osiągały w swoich badaniach inne wyniki w zakresie wybranych zmiennych psychologicznych biorąc pod uwagę różne preferencje wobec wybranych terapii CAM (Bains, Egede, 2011; Hendrickson i in., 2006; Kelner, Wellman, 1997). Również wielu teoretyków wskazywało, że zróżnicowanie, z którym mamy do czynienia w obrębie różnych metod CAM implikuje konieczność prowadzenia badań w obrębie jednego rodzaju bądź jednej grupy typów terapii (Lorenc i in., 2009). Podobnie pojawiają się głosy, że rozbieżności w wynikach badań nad uwarunkowaniami postaw wobec CAM, które pojawiają się w badaniach, mogą być powodowane błędnym podejściem, które traktuje wszystkich zwolenników CAM jako homogeniczną grupę (Lorenc i in., 2009).

Biorąc pod uwagę przełożenie tych rozważań na grunt empiryczny w literaturze obserwuje się dwa podejścia – w pierwszym badane są określone zmienne w odniesieniu do preferencji wobec różnych terapii CAM, wyjaśniając poszczególne zmienne w oparciu o grupy zwolenników konkretnych terapii, przykładowo zwolennicy homeopatii i terapii mind-body są porównywani pod względem wybranego kryterium. W podejściu drugim grupę badawczą tworzą osoby korzystające z danego typu terapii i prezentuje się wyniki w odniesieniu do tej jednej grupy osób, np. zwolenników ziołolecznictwa.

W ramach niniejszego projektu zaproponowano podejście innego typu, którego nie podjęto jeszcze na gruncie badań naukowych nad psychologicznymi uwarunkowaniami postaw wobec CAM. Założono w ramach hipotezy, że w obrębie osób korzystających z CAM istnieją różne typy osób, które różnią się pod względem konfiguracji preferencji w zakresie wybranych terapii CAM. W dalszej kolejności założono, że różnice te w pewnym stopniu można wyjaśnić poziomem wybranych

zmiennych psychologicznych. Warto w tym kontekście wspomnieć o rozważaniach Beyersteina (2001), który wśród zwolenników CAM osoby, które rozczarowane brakiem efektywności leczenia konwencjonalnego, zachęcane dezinformacją na temat CAM zwróciły się w sposób desperacki ku tym metodom. W drugiej grupie zaś umieścił osoby, u których stosowanie CAM wynika z kwestii światopoglądowych, w których osoby te odrzucają mechanistyczno-empiryczne podstawy medycyny konwencjonalnej. Autor nie prowadził jednak w zakresie swojej propozycji żadnych badań, jednak jego obserwacje korespondują z wynikami innych badań psychologicznych (m.in. Bishop i in., 2007; Čavojová, Ersoy, 2020; Tangkiatkumjai i in., 2020; Zörgő i in., 2018) nad uwarunkowaniami postaw wobec CAM, które dowiodły roli dyssatisfakcji z medycyny konwencjonalnej, czynników poznawczych oraz światopoglądowych w wyjaśnianiu korzystania z CAM. Istnienie heterogenicznych grup osób w obrębie użytkowników CAM dowiedli również badacze australijscy (von Conrady, Bonney, 2017), którzy w swoich badaniach wśród przedstawicieli tej grupy wyróżnili trzy klastry złożone z osób, zróżnicowanych pod względem nasilenia korzystania z CAM, umiejętności zdrowotnych, płci i wykształcenia. Ponadto w wyniku przeprowadzonych wywiadów focusowych z udziałem rodziców różnych narodowości i kultur Robinson, Lorenc i Blair (2009) wyodrębnili 7 typów rodziców w kontekście ich stosunku do leczenia dzieci w oparciu o metody CAM. Pierwsza grupa rodziców to *świadomi użytkownicy (informed users)*, którzy proaktywnie poszukują informacji o CAM, ponieważ uważają te metody za bezpieczniejsze dla dzieci i mniej inwazyjne. Mają wysoki poziom wiedzy na temat CAM, w razie potrzeby konsultują się z lekarzami w tej kwestii. Podobni do nich są rodzice określani przez badaczy jako *zaangażowani wyznawcy (committed believers)*. Oni również aktywnie pogłębiają swoją wiedzę i cenią CAM wyżej niż medycynę konwencjonalną, jest to jednak powiązane z całością ich stylu życia i wartościami. Stosują niemal wyłącznie CAM, a korzystanie z medycyny konwencjonalnej jest dla nich ostatecznością. Trzeci typ – *użytkownicy rutynowi (routine users)* to osoby, które rutynowo rozpoczynają leczenie od metod CAM w ramach domowego samolecznictwa, a dopiero kiedy okaże się to niewystarczające korzystają z pomocy lekarza. Dla tych rodziców stosowanie CAM zakorzenione jest w tradycjach i uwarunkowaniach społeczno-kulturowych funkcjonujących w ich społecznościach. Korzystanie z CAM nie jest tutaj wynikiem świadomych wyborów czy podejmowanej refleksji, jest niejako wyuczonym sposobem radzenia sobie z problemami zdrowotnymi. Kolejnym wyodrębnionym typem rodziców są *użytkownicy pragmatyczni (pragmatic users)*.

Stosowanie CAM jest dla nich wyborem metody leczenia optymalnej z punktu widzenia aktualnej sytuacji zdrowotnej dziecka i zależnie od jej oceny, niejednokrotnie w oparciu o konsultację z lekarzem, wybierają medycynę konwencjonalną albo metody CAM. Badacze wyróżnili jeszcze użytkowników *otwartych/zainteresowanych CAM* (*open/interested users*), którzy skłonni są stosować CAM, ale posiadają jednak niewielką wiedzę, małe doświadczenie lub niskie zasoby finansowe. Ostatnie wyodrębnione typy rodziców to użytkownicy *ostatniej szansy* (*last resort users*), którzy zastosowaliby CAM u swoich dzieci jedynie w ostateczności, jeśli medycyna konwencjonalna by zawiodła oraz *non users*, którzy nie stosują CAM, uznając te terapie za potencjalnie niebezpieczne i szkodliwe i są wobec nich sceptyczni (Robinson i in., 2009). Choć przytoczone przykłady typów osób korzystających z CAM nie podają stricte charakterystyk psychologicznych wyodrębnionych grup, obserwacje te są jednak ważne, ponieważ pokazują, że zwolennicy CAM nie są grupą jednorodną. Badania te otwierają zatem drogę do poszukiwania w obrębie tej grupy specyficznych typów.

Zakłada się zatem, że istnieją w obrębie osób korzystających z CAM różne grupy osób na podstawie różnych konfiguracji ich preferencji wobec terapii CAM. Oczekuje się również, że wyodrębnione typy różnią się pod względem czynników wewnętrznych stanowiących elementy orientacji życiowej. Ponadto zakłada się również, że wyodrębnione typy będą różnić się pod względem postaw wobec CAM i medycyny konwencjonalnej. Z uwagi na brak wcześniejszych badań oraz niewiadomą odnośnie ostatecznej konfiguracji preferencji wobec różnych typów terapii CAM nie sformułowano hipotez odnośnie konfiguracji preferencji wśród wyróżnionych typów, ani czynników je wyjaśniających. Niniejsze badania ma zatem charakter eksploracyjny.

Hipoteza 3. Osoby korzystające z CAM i niekorzystające z CAM różnią się w zakresie obiektywnego i subiektywnego stanu zdrowia oraz spostrzegania zagrożenia chorobą w taki sposób, że osoby korzystające z CAM charakteryzuje gorszy obiektywny i subiektywny stan zdrowia oraz wyższy poziom spostrzeganego zagrożenia chorobą

Wyniki badań pokazują, że obiektywne i subiektywne pogorszenie stanu zdrowia czy obecność choroby oraz spostrzegane zagrożenie chorobą mogą być czynnikami, które skłaniają jednostkę do korzystania z CAM (Bishop, Lewith, 2010; Fjær i in., 2020; Guillaud i in., 2019; Kemppainen i in., 2018; Tangkiatkumjai i in., 2020). Można to wytłumaczyć chęcią polepszenia stanu zdrowia. Rola percepcji stanu zdrowia podkreślają

również modele teoretyczne i prowadzone w oparciu o nie badania choćby w ramach Modelu Przekonań Zdrowotnych (Frachiseur, 2021; Tehrani i in., 2022). Również w modelu Andersena (1968, 1995) oraz jego adaptacji stworzonej przez Fouladbaksh i Stommela (2007) na potrzeby wyjaśniania uwarunkowań korzystania z CAM obiektywny i subiektywny stan zdrowia oraz spostrzegane zagrożenie chorobą stanowią o potrzebach zdrowotnych jednostki, które skłaniają ją do sięgania po CAM. Rolę percepcji własnego zdrowia w swoim modelu podkreślali również Sirois (1998) oraz Tam, Chang i Suki (2014). Oczekuje się zatem, że osoby korzystające z CAM częściej charakteryzował będzie gorszy obiektywny i subiektywny stan zdrowia oraz wyższy poziom spostrzeganego zagrożenia chorobą.

Ponadto sformułowano dodatkowe hipotezy uwzględniające inne zmienne socjodemograficzne ważne w wyjaśnianiu postaw wobec CAM.

Hipoteza 4. Osoby korzystające i niekorzystające z CAM różnią się pod względem wybranych zmiennych socjodemograficznych, takich, jak płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, poziom dochodów, przynależność religijna.

Powyższą hipotezę sformułowano na podstawie wcześniejszych wyników badań nad wybranymi czynnikami socjodemograficznymi, które dowiodły, że ze stosowaniem CAM istotnie częściej wiążą się takie czynniki, jak płeć kobieca, wyższe dochody, wyższe wykształcenie (Fjær i in., 2020; Guillaud i in., 2019; Kemppainen i in., 2018; Tangkiatkumjai i in., 2020), zamieszkanie w większych ośrodkach miejskich (CBOS, 2011), bycie osobą wierzącą (Hsiao i in., 2008; Hughes, 2006; Kralj, Kardum, 2020; McCurdy i in., 2003; Montalto, 2006; Pedersen i in., 2013). Istotę czynników socjodemograficznych, w dużej mierze związanych z dostępnością do CAM w kształtowaniu postaw wobec CAM podkreślane są również w modelach teoretycznych (Becker, 1974; Fouladbaksh, Stommel, 2007; Sirois, 1998). Istnieją zatem przesłanki, że zmienne te również będą istotnie różnicować osoby korzystające i nie korzystające z CAM w badanej grupie.

2.2. Zmienne i ich operacjonalizacja

Poniżej scharakteryzowano zmienne zastosowane w niniejszym projekcie badawczym, wraz z opisem ich operacjonalizacji i metodami pomiaru. W pierwszej kolejności przedstawiono zmienne zależne wyjaśniane, następnie zmienne niezależne wyjaśniające, zmienne pośredniczące oraz zmienne kontrolowane.

Zmienne główne wyjaśniane:

Poznawczo-emocjonalny wymiar postaw wobec CAM

Wskaźniki:

- wynik łączny w skalach *Przychyłość Wobec CAM*, *Wiara w CAM* oraz *Jedność ciała i umysłu*;
- wynik w skali *Przychyłość Wobec CAM*;
- wynik w skali *Wiara w CAM*;
- wynik w skali *Jedność ciała i umysłu*.

Wszystkie powyższe zmienne mają charakter ilościowy, narzędzie pomiaru stanowi Skala Postaw Wobec Medycyny Komplementarnej, Alternatywnej i Konwencjonalnej Polska (CACMAS) autorstwa McFadden, Hernandez i Ito. (2010) w polskiej adaptacji Księżkiej-Koszałki i Gawdy (2023).

Behawioralny wymiar postaw wobec CAM

Wskaźniki

- korzystanie z CAM
 - a) łącznie z medycyną konwencjonalną;
 - b) zamiast medycyny konwencjonalnej;
 - c) niestosowanie tego typu terapii

Jest to zmienna nominalna mierzona za pomocą wskazanego wyżej pytania jednokrotnego wyboru

- nasilenie preferencji wobec określonych typów terapii CAM potwierdzona deklaracją korzystania i/lub prawdopodobieństwem korzystania w przyszłości

Jest to zmienna ilościowa mierzona za pomocą opracowanej samodzielnie oraz w oparciu o klasyfikację Narodowego Instytutu Zdrowia w USA z 2002 r. ankiety dotyczącej preferencji wobec 7 lub więcej terapii CAM

Zmienne niezależne wyjaśniające

Orientacja życiowa – Czynniki Zewnętrzne:

- **Percepcja znaczenia wpływu tradycji rodzinnej na stosowanie CAM** – zmienna ilościowa, mierzona za pomocą pytania, w którym badany określa w skali od 1 do 7 siłę wpływu rodziny na stosowanie CAM

- **Percepcja znaczenia wpływu mass mediów na stosowanie CAM** – zmienna ilościowa, mierzona za pomocą pytania, w którym badany określa w skali od 1 do 7 siłę wpływu mass mediów na stosowanie CAM

- **Dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej**

Jest to zmienna ilościowa, której wskaźnikiem jest wynik w skali *Dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej w Skali Postaw Wobec Medycyny Komplementeranej, Alternatywnej i Konwencjonalnej (CACMAS)* autorstwa McFadden, Hernandez i Ito (2010) w polskiej adaptacji Księżskiej-Koszałki i Gawdy (2023).

Orientacja życiowa – Czynniki Wewnętrzne

- **Świadomość zdrowotna**

Jest to zmienna ilościowa, natomiast jej wskaźnik stanowi wynik ogólny w *Skali Świadomości Zdrowotnej (Health Consciousness Scale - HCS)* autorstwa Hu (2013) w polskiej adaptacji Księżskiej-Koszałki i Gawdy (2022).

- **Dyspozycyjny optymizm**

Wskaźnikiem jest zmienna ilościowa wyrażona w postaci wyniku ogólnego w kwestionariuszu *Test Orientacji Życiowej (Life-Orientation Test - LOT)* autorstwa Scheier, Carver Bridges w polskiej adaptacji Poprawy i Juczyńskiego (2009).

- **Konformizm-nonkonformizm**

Jest to zmienna ilościowa. Wskaźnikiem zmiennej jest wynik w skali *Konformizm-Nonkonformizm* w Kwestionariuszu Twórczego Zachowania KANH III Bernackiej, Popka i Gierczyka (2017)

- **Samokontrola**

Zmienna ma charakter ilościowy, natomiast jej wskaźnik stanowi wynik ogólny w Skali Samokontroli (Self-Control Scale - SCS) Tangney, Baumeistera, R.F., Boone'a (2004) w polskiej adaptacji Kwapisa i Bartczuka (2020)

- **Wrażliwość duchowa**

Zmienna ma charakter ilościowy. Jej wskaźnikiem jest wynik ogólny w Inwentarzu Wrażliwości Duchowej (IWD) Straś - Romanowskiej, Kowal i Kapały (2016)

Zmienne uboczne kontrolowane

- **Spostrzegane zagrożenie chorobą**

Jest to zmienna ilościowa, której wskaźnikiem jest subiektywna percepcja nasilenia zagrożenia chorobą mierzona za pomocą pytania ankietowego.

- **Spostrzegany stan zdrowia**

Zmienna ma charakter ilościowy. Jej wskaźnikiem jest subiektywnie ocena własnego stanu zdrowia deklarowana przez osobę badaną w pytaniu ankietowym.

- **Obiektywny stan zdrowia**

Zmienna ma charakter nominalny. Wskaźnikiem zmiennej jest informacja o stanie zdrowia badanego wyrażona w oparciu o trzy kategorie: „jestem całkowicie zdrowy”; „mam przejściowe dolegliwości zdrowotne”; „choruję przewlekle”. Pomiar zmiennej przeprowadzony został w oparciu o pytanie jednokrotnego wyboru.

Pozostałe zmienne uboczne kontrolowane

- **Miejsce zamieszkania**

Zmienna ma charakter porządkowy, jej wskaźnikiem jest wielkość miejscowości badanego. Jest mierzona za pomocą pytania jednokrotnego wyboru zamieszczonego w metryczce.

- **Poziom dochodów**

Zmienna ma charakter porządkowy, natomiast jej wskaźnik stanowi wysokość dochodu netto mierzonego w określonych przedziałach zarobkowych opartych o wielokrotność minimalnego wynagrodzenia w Polsce na dzień 1 stycznia 2023 r. Pomiar zmiennej oparty jest o pytanie jednokrotnego wyboru zamieszczone w metryczce.

- **Płeć**

Jest to zmienna nominalna, której wskaźnikiem jest deklaracja badanego o przynależności do płci bądź bycia osobą niebinarną. Zmienna mierzona jest za pomocą pytania jednokrotnego wyboru zamieszczonego w metryczce.

- **Wiek**

Zmienna ma charakter ilościowy, jej wskaźnikiem jest wiek wyrażony cyfrą. Zmienna jest mierzona za pomocą pytania zamieszczonego w metryczce.

- **Stan cywilny**

Zmienna ma charakter nominalny, jej wskaźnikiem jest stan cywilny wyrażony w terminach, które regulują tą kwestie w polskim przepisach prawa. Zmienna jest mierzona za pomocą pytania jednokrotnego wyboru zamieszczonego w metryczce.

- **Sytuacja zawodowa**

Zmienna ma charakter nominalny, jest mierzona za pomocą pytania jednokrotnego wyboru zamieszczonego w metryczce.

- **Poziom wykształcenia**

Zmienna ma charakter porządkowy, jej wskaźnikiem jest ukończony etap kształcenia. Zmienna jest mierzona za pomocą pytania jednokrotnego wyboru zamieszczonego w metryczce.

- **Wyznanie**

Zmienna ma charakter nominalny, jej wskaźnikiem jest przynależność religijna bądź jej brak lub inna forma odniesienia do kwestii istnienia Absolutu/Siły wyższej. Kategoryzacja obejmuje również deklarację na temat behawioralnego wymiaru religijności, jakim jest uczestnictwo w praktykach religijnych. Zmienna mierzona jest za pomocą pytania jednokrotnego wyboru zamieszczonego w metryczce.

2.3. Techniki badawcze

Do pomiaru zmiennych wykorzystano kwestionariusze o bardzo dobrych właściwościach psychometrycznych, dostępne w literaturze przedmiotu. Z uwagi na brak polskich narzędzi do pomiaru świadomości zdrowotnej i postaw wobec CAM, zaadaptowano do warunków polskich narzędzia amerykańskie. Właściwości skal pomiarowych, w tym osiągnięte współczynniki rzetelności poszczególnych narzędzi zaprezentowano w rozdziale trzecim.

Metryczka

Zastosowana metryczka dotyczyła wybranych zmiennych socjodemograficznych oraz dotyczących subiektywnego i obiektywnego stanu zdrowia oraz spostrzeganego zagrożenia chorobą. Zawierała pytania odnoszące się do płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, dochodu netto i wyznania. W zakresie kwestii zdrowotnych zbierano dane na temat stanu zdrowia odnoszącego się do zdiagnozowanych chorób przewlekłych, przejściowych dolegliwości zdrowotnych bądź ich braku. Zawarto również pytanie o stan zdrowia oceniany subiektywnie w skali od 1 do 7. W ten sam sposób badani oceniali postrzegane subiektywnie zagrożenie chorobą.

Pytania zawarte w metryczce umieszczono na końcu, badani odpowiadali na zawarte w niej pytania, po wypełnieniu wszystkich kwestionariuszy. Jedynie pytania dotyczące stanu zdrowia i jego subiektywnej oceny jako zbieżne tematycznie, były zadawane po wypełnieniu Skali Świadomości Zdrowotnej (HCS).

***Skala Świadomości Zdrowotnej (Health Consciousness Scale-HCS) Ch. S. Hu (2013)
w polskiej adaptacji J. Księżkiej-Koszalki i B. Gawdy (2022)***

Skala Świadomości Zdrowotnej stanowi polską adaptację amerykańskiego narzędzia do badania świadomości zdrowotnej *Health Consciousness Scale* Hu (2016). Oryginalne narzędzie powstało w oparciu o wybór itemów z dostępnych w literaturze innych narzędzi pomiaru świadomości zdrowotnej, zwłaszcza kwestionariusza Honga (2009). Celem badaczki było stworzenie narzędzia integrującego wąskie i szerokie ujęcia koncepcyjne świadomości zdrowotnej dostępne w literaturze. Po wykonaniu stosownych analiz, Hu wyodrębniła 8-czynnikowe narzędzie zawierające 34 itemy. Skala HCS oparta jest o *Model Transteoretyczny i Stadialny* Prochaska i Diclemente (1983). Zgodnie z modelem, jakakolwiek zmiana (w tym przypadku - w kierunku poprawy zdrowia) zachodzi w oparciu o sekwencję etapów: prekontemplacja–kontemplacja–przygotowanie–działanie–podtrzymywanie działania–zakończenie (z zaznaczeniem, że w zagadnieniach związanych z zachowaniami zdrowotnymi ostatnią fazę stanowić może podtrzymywanie działania). Poszczególne etapy charakteryzują się zwiększaniem poziomu świadomości. W fazie pierwszej mamy do czynienia z całkowitym brakiem świadomości problemu, nie ma zatem również motywacji do działania, w fazach kolejnych świadomość wzrasta, co sprzyja budowaniu motywacji, odpowiedzialności, sprawstwa i pożądanых postaw. W tym ujęciu konstrukt świadomości zdrowotnej zawiera komponenty poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Na poziomie mentalnym jednostka uświadamia sobie istotne zagadnienia odnoszące się do własnego zdrowia, dokonuje wartościowania różnych jego elementów, posiada wiedzę i kompetencje pozwalające efektywnie radzić sobie z różnymi problemami zdrowotnymi. W sferze emocjonalnej wraz ze wzrostem poziomu świadomości zdrowotnej pojawia się motywacja do podejmowania zachowań prozdrowotnych oraz poczucie odpowiedzialności za zdrowie, w wymiarze behawioralnym zaś świadomość zdrowotna wyraża się w ich realizacji.

Skala HCS w polskiej adaptacji Księżkiej-Koszalki i Gawdy (2022) przeprowadzonej na próbie 599 osób uległa skróceniu do 23 itemów, zachowano sposób udzielania odpowiedzi opartej o 6 stopniową skalę, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie zgadzam się”, a 6 „zdecydowanie się zgadzam”. Liczba czynników uległa zmniejszeniu do pięciu. Polska adaptacja HCS charakteryzuje się ona następującą strukturą czynnikową:

- *Wartość zdrowia (Health Value)* – czynnik wyrażający postrzeganie korzyści wynikających z dobrego stanu zdrowia i podejmowania działań prozdrowotnych, odpowiedzialność za zdrowie oraz wartościowanie zdrowia;
- *Poszukiwanie Informacji o Zdrowiu (Health Information Seeking)* – charakteryzuje dążenia jednostki do wyjaśniania przyczyn swoich dolegliwości, konsultowania i diagnozowania niepokojących objawów, zainteresowanie tematyką dbania o zdrowie;
- *Wiedza o zdrowiu (Health Knowledge)* – odnosi się do kompetencji zdrowotnych, znajomości podstawowych zasad postępowania w sytuacjach różnych chorób i dolegliwości zdrowotnych;
- *Orientacja na zdrowie fizyczne (Physical Health Orientation)* – wyraża się w działaniach ukierunkowanych na aktywność fizyczną;
- *Orientacja na zdrowie psychiczne (MentalHealth Orientation)* – odnosi się do zachowań mających na celu redukcję stresu, dbałość o higienę psychiczną.

Jeśli chodzi o walory psychometryczne, osiągnięto bardzo wysoki współczynnik rzetelności zarówno dla całej skali ($\alpha=0,89$), jak i poszczególnych czynników. Współczynnik rzetelności wszystkich podskal wynosi powyżej 0,80, jedynie skala Orientacja na Zdrowie Psychiczne charakteryzuje się rzetelnością nieco niższą wynoszącą 0,74. Analiza miar dobroci dopasowania modelu do danych wykonana za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej wskazuje, iż odzwierciedla on charakter relacji pomiędzy rozpatrywanymi zmiennymi.

Trafność narzędzia oparto o analizę różnic międzygrupowych, w których porównywano wyniki w skali osób będących pracownikami służby zdrowia z pozostałymi osobami badanymi. Wyniki personelu medycznego w skali HCS są istotnie wyższe, co potwierdza trafność narzędzia. Szersze omówienie procedury adaptacji i właściwości psychometrycznych HCS znajduje się w artykule Księżkiej-Koszałki i Gawdy (2022).

Test Orientacji Życiowej LOT-R M. F. Scheiera, Ch. S. Carvera i M. W. Bridgesa w polskiej adaptacji R. Poprawy i Z. Juczyńskiego (2009)

Kwestionariusz LOT-R jest polską adaptacją *Life-Orientation-Test* - LOT Scheiera, Carvera i Bridgesa (1994; 1985). Autorami polskiej adaptacji są Poprawa i Juczyński

(2009). Oryginalne narzędzie służy do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu rozumianego jako zgeneralizowana tendencja do oczekiwania pozytywnych wyników zdarzeń. Według autorów orientacja tego typu jest cechą osobowości. Polska wersja narzędzia zawiera 10 itemów, jest przeznaczona do badania osób dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych. Sposób odpowiadania opiera się na 5-stopniowej skali od 0 do 4, w której 0 oznacza „zdecydowanie nie odnosi się do mnie”, a 4 „zdecydowanie odnosi się do mnie”.

Współczynnik rzetelności LOT-R alfa Cronbacha wynosi 0,76. Stabilność bezwzględna mierzona za pomocą retestu wykonywanego po sześciu tygodniach wyniosła 0,43. Trafność teoretyczną ustalono analizując związki pomiędzy optymizmem a wysoką samocena, skłonnością do przeżywania dodatnich emocji, koncentracją w sytuacjach stresowych raczej na problemach niż emocjach. Wynik ogólny LOT koreluje dodatnio (0,63) z poczuciem własnej wartości mierzonym Skalą Rosenberga oraz ujemnie ze skalą kontroli depresji (-0,54) i gniewu (-0,51) mierzonymi CECS.

Skala Samokontroli - polska adaptacja K. Kwapisa i R. Bartczuka (2020) Self-Control Scale – SCS J. P. Tangney, R. F. Baumeistera, A. L. Boone'a (2004)

Autorzy oryginalnego narzędzia - Tangney, Baumeister i Boone (2004) konceptualizują samokontrolę jako istotną część self, dzięki której jednostka jest w stanie regulować swoje impulsy, nastroje, emocje i zachowania. Definiują oni samokontrolę jako umiejętność zastępowania lub zmieniania swoich wewnętrznych reakcji (takich jak emocje, myśli), a także do przerywania niepożądanych tendencji behawioralnych (takich jak impulsy) i powstrzymywania się od ich działania. Tangney i in. (2004) na podstawie tak rozumianego konstrukt samokontroli opracowali 36 - punktową Skalę Samokontroli (S-CS) do oceny dyspozycyjnej samokontroli. Polska wersja również posiada 36 itemów, badani udzielają odpowiedzi w oparciu o 5-stopniową skalę, w której 1 oznacza „zupełnie nie podobne do mnie”, a 5 „bardzo podobne do mnie”.

Polska wersja Skali Samokontroli SCS (Kwapis, Bartczuk, 2020) wyróżnia następujące czynniki odnoszące się do cech oraz zachowań, w których samokontrola się ujawnia:

Impulsywność (Impulsiveness) – odnosi się do skłonności do dużej reaktywności emocjonalnej i behawioralnej;

Rzetelność i samodyscyplina (Reliability and Self-Discipline) – przejawiająca się w niezawodności, dobrej organizacji pracy, punktualności;

Zachowania autodestrukcyjne (Autodestructive Behaviors) – dotyczy zachowań szkodliwych, antyzdrowotnych, ryzykownych, trudności w zachowaniu umiarkowania i kontroli impulsów;

Silna Wola (Willpower) – odnosi się do umiejętności mobilizowania się do działania;

Zdrowe Nawyki (Healthy Habits) – dotyczy zachowań prozdrowotnych regularnie wykonywanych przez jednostkę;

Czynnik szósty – autorzy nie określili jego nazwy, odnosi się ona natomiast od umiejętności dochowania tajemnicy;

Wytrwałość i odporność na niepowodzenia (Persistence and Resistence to Failures) – odnosi się do umiejętności podtrzymywania działania mimo pojawiających się blokad, przeszkód czy porażek.

Skala SCS została zaadaptowana w oparciu o badania przeprowadzone w pięciu próbach: młodzieży szkolnej, osobach dorosłych, recydywistów odbywających karę pozbawienia wolności, osób uzależnionych od alkoholu oraz przedstawicieli służb mundurowych – policjantów i strażaków. Współczynniki rzetelności oszacowano we wszystkich badanych grupach w oparciu o trzy miary rzetelności: α Cronbacha, λ Guttmana oraz ω McDonalds'a i wynosiły odpowiednio od 0,85-0,91, 0,89-0,95 i 0,90-0,96. Najwyższe wyniki pomiaru współczynników rzetelności odnotowano w grupie osób dorosłych i recydywistów. Badania prowadzone w oparciu o różne próby pozwoliły również na pomiar trafności teoretycznej opartej o badanie różnic międzygrupowych. Potwierdziły one trafność narzędzia, najwyższe wyniki uzyskują policjanci i strażacy, natomiast najniższe odnotowano wśród osób uzależnionych. Samokontrola u więźniów jest wyższa niż u uzależnionych i niższa niż u pracujących w służbach mundurowych.

Skala Samokontroli koreluje dodatnio z wynikami w zakresie sumienności i ugodowości, natomiast ujemnie z neurotycznością. Ponadto uzyskano istotne korelacje między wynikami w skali samokontroli z wynikami związanymi z radzeniem sobie ze stresem. Wyższy poziom samokontroli dodatnio koreluje ze strategiami zorientowanymi na zadaniu, natomiast ujemnie ze strategiami związanymi z koncentracją na emocjach i unikowymi.

Inwentarz Wrażliwości Duchowej (IWD) M. Straś - Romanowskiej, J. Kowal i M. Kapała

Inwentarz Wrażliwości Duchowej IWD jest autorskim narzędziem Straś - Romanowskiej, Kowal i Kapała (2016), służy do pomiaru wrażliwości duchowej. Konstrukcja ten jest wg autorek *dyspozycją do doświadczania duchowości, przejawiającą się w ujmowaniu zdarzeń w perspektywie transcendentnej (pozaempirycznej) i ostatecznej, we wrażliwości moralnej oraz umiejętności odnajdywania sensu w sytuacjach paradoksalnych i granicznych. Jest ona zbiorem powiązanych ze sobą (specyficznych) zdolności i umiejętności, mających bezpośrednie odniesienie/zastosowanie do życia codziennego, służących adaptacyjnemu rozwiązaniu problemów i realizowaniu celów (zwłaszcza z dziedziny moralnej), co jest niezbędne do pełnego rozwoju w dorosłości. Tak rozumiana wrażliwość duchowa jest bliska temu, co w psychologii rozwojowej określa się mianem mądrości (zwłaszcza mądrości transcendentnej (Kapała, 2017, s. 17; Straś-Romanowska, Kowal, Kapała, 2016, s. 167)).*

Narzędzie zawiera 56 twierdzeń, do których badany odnosi się na 4 punktowej skali, w której kolejne stopnie skali oznaczają: 1 – *zdecydowanie nie zgadzam się*; 2 – *raczej nie zgadzam się*; 3 – *raczej zgadzam się*; 4 – *zdecydowanie zgadzam się*. Za pomocą IWD otrzymujemy wynik ogólny oraz wyniki w poszczególnych podskalach. Podskale stanowią komponenty wrażliwości duchowej, składają się na nie (Straś-Romanowska, Kowal, Kapała, 2016, s. 167-168):

Holizm i Harmonia - *przejawia się w poczuciu przynależności do większej całości (wszechświata, kosmosu, ludzkości, stworzenia itd.), bycia jej niepowtarzalną częścią, w poczuciu zjednoczenia z tą większą całością i świadomości wzajemnych zależności między nią a „ja”. Z odczuwania tej jedności osoba może czerpać głęboki wewnętrzny spokój, radość oraz poczucie bezpieczeństwa i sensu życia.*

Mądrość – Świadomość – Sens - *odnosi się do fundamentalnych życiowych kwestii – tego, co w życiu ważne, lecz często niepewne. Wynika nie tyle z wiedzy teoretycznej, co z osobistego doświadczenia. Dotyczy wiedzy i zdolności wydawania sądów na temat biegu ludzkiego życia, jego przemian, uwarunkowań oraz na temat istniejących bytów, kontekstu ich istnienia w dynamicznej perspektywie i zależności między nimi (Baltes, Smith 1990). Przejawia się w potrzebie i wynikającym z niej dążeniu do zrozumienia istoty rzeczy, w stawianiu sobie pytań o sens zjawisk i wydarzeń, typu: „Dlaczego?”, „Po co?”, „W jakim celu?”, oraz w zdolności rozumienia samego siebie i głębokiego intuicyjnego pojmowania kwestii egzystencjalnych. Polega na posługiwaniu się nie tylko logiką, ale*

też wglądem i intuicją, a co za tym idzie wymaga zaakceptowania w życiu irracjonalności, niepewności, względności, różnorodności i sprzeczności.

Religijność i Wiara - rodzaj zaangażowania osobistego wynikającego z głębokiej wewnętrznej potrzeby i woli osoby, pozwalający odnosić codzienne i mniej codzienne zdarzenia życiowe do „wyższych sensów” – do spraw ostatecznych (Ultimate Concerns – Tillich). Jego rezultatem jest dążenie do spójności postępowania z wyznawaną religią, z zasadami wiary. Istotą religijności i wiary jest przekonanie o istnieniu Boga i Jego obecności w życiu człowieka oraz chęć budowania z Nim osobistej relacji. Religijność i wiara mogą przejawiać się w dążeniu do poznawania prawd wiary, zgłębianiu świętych pism i wiedzy religijnej, podejmowaniu prywatnych i zorganizowanych praktyk duchowych, uczestnictwie w życiu wspólnotowym. Religijność i wiara mogą być też traktowane jako zasoby wykorzystywane w radzeniu sobie z trudnymi zdarzeniami życiowymi

Wrażliwość Etyczno-Moralna (Sumienie) - przejawia się w posiadaniu zorganizowanego, hierarchicznego systemu wartości, organizującego doświadczenia, umożliwiającego ustosunkowanie się człowieka do problemów życia w wielu jego aspektach – od codziennych zdarzeń po dramatyczne życiowe decyzje. W wymiarze praktycznym owocuje zdolnością odróżniania dobra i zła, wyczuleniem na wartości, świadomym ich wyborem i realizowaniem w życiu codziennym. Prowadzi do doskonalenia siebie i rozwoju osobowego, a w szerszym wymiarze – do życia w zgodzie z własnym sumieniem.

Otwartość na Drugiego Człowieka - jest postawą wynikającą z wrażliwości etycznej. W wymiarze praktycznym przejawia się w zrozumieniu i szacunku wobec drugiego człowieka, umiejętności przebaczenia, współczuciu i empatii, dostrzeganiu potrzeb innych, podejmowaniu działań służących pomaganiu i realizowaniu ich dobra, poczuciu odpowiedzialności za innych, respektowaniu zasad sprawiedliwości społecznej i niegodzeniu się na ludzką krzywdę.

Zaangażowanie Duchowe - rozumiane jako czynnik dwuwymiarowy. Wyraża się ilościowo – w ilości czasu przeznaczanego na czynności związane z realizowaniem i rozwijaniem własnej duchowości, a także jakościowo – w intensywności uczuć i doznań towarzyszących czynnościom służącym realizowaniu i rozwijaniu duchowości. Efektem zaangażowania duchowego jest skuteczne łączenie sfery wartości wyższych z codziennym działaniem.

Wrażliwość Estetyczna - wyraża się w posiadaniu tzw. gustu i w zmyśle piękna – dostrzeganiu go wokół siebie, potrzebie otaczania się nim, poszukiwaniu wrażeń estetycznych. Osobę o tego typu wrażliwości cechuje finezja i wysmakowanie w zaspokajaniu potrzeb: od najniższych (biologicznych), przez psychiczne, po najwyższe (duchowe) (Socha 2000).

Współczynnik rzetelności Inwentarza Wrażliwości Duchowej dla wyniku ogólnego wyniósł $\alpha=0,95$, a większość poszczególnych podskal otrzymała współczynniki powyżej 0,70. Jedynie współczynniki rzetelności skali Mądrość, Świadomość, Sens oraz Zaangażowanie duchowe były niższe i wynosiły odpowiednio 0,65 i 0,56. Stabilność bezwzględna wyników uzyskanych za pomocą pomiarów test – retest dla wyniku ogólnego i poszczególnych czynników mieściła się w przedziale $r= 0,84 - 0,95$.

Autorki inwentarza miały problem z pomiarem trafności kryterialnej i zbieżnej z uwagi na brak dostępnych, analogicznych narzędzi badawczych. Ustalały zatem trafność teoretyczną w oparciu o wywiady narracyjne wyodrębniając spośród osób badanych osoby o skrajnie wysokich wynikach w zakresie wrażliwości duchowej i jakości życia oraz osoby o skrajnie niskich wynikach w zakresie obu tych zmiennych. Wywiady dotyczyły m.in. przebiegu i oceny życia osób badanych, wydarzeń doniosłych, które miały w nim miejsce, roli osób znaczących. Autorki oceniały wywiady w oparciu o różne kryteria, m.in. badano aspekty treściowe narracji pod kątem zawartości semantycznej konstrukt wrażliwości duchowej. Narracje osób o wysokim poziomie wrażliwości duchowej różniły się znacząco od narracji osób niskim poziomem w skali IWD, co szeroko zostało opisane w nieopublikowanej rozprawie doktorskiej Kapały (2013). Narracje osób z wysokim poziomem IWD i wysoką jakością życia cechowała duża refleksyjność, poczucie harmonii i akceptacja tego, co miało miejsce w przeszłości i ma miejsce w teraźniejszości. Cechowała je również skłonność do rozumienia i integrowania trudnych doświadczeń w całość biegu swojego życia, brak roszczeniowości. Refleksje osób z niskim poziomem IWD miały bardziej charakter procesualny, sprawozdawczy, mniej nasycony w opisie doświadczeń i towarzyszącym im uczuć, brakowało szerszej syntezy życiowych wydarzeń w spójny, integrujący je system znaczeń. Tym sposobem - metodą jakościową, zdaniem autorek udało się dowieść trafności teoretycznej Inwentarza Wrażliwości Duchowej.

Kwestionariusz Twórczego Zachowania KANH III R. Bernackiej, S. Popka i M. Gierczyka

Kwestionariusz Twórczego Zachowania KANH III to oryginalne narzędzie Bernackiej, Popka i Gierczyka (2017) zakorzenione w psychologii twórczości, ściślej – w koncepcji postawy twórczej Popka (2001). Definiuje on postawę twórczą jako *aktywny stosunek do świata i życia, wyrażający się potrzebą poznania i świadomego przetwarzania zastanej rzeczywistości, a także własnego „ja”* (Bernacka i in., 2017, s. 33). Postawa twórcza w ujęciu Popka wyraża się w sferze poznawczej i charakterologicznej. Ta pierwsza obejmuje dyspozycje intelektualne, a ich określony zestaw składa się na zachowania algorytmiczne i heurystyczne. W sferze charakterologicznej dominujące znaczenia mają właściwości należące do struktury osobowości, składające się na konformizm i nonkonformizm. Czynniki osobowościowe jako nadrzędne aktywują i pozwalają na realizację twórczych tendencji jednostki, stąd Popek nonkonformizm uważa za rdzeń postawy twórczej. Jak pisze na podstawie prac Popka Bernacka (2019, s. 86) *nonkonformizm jest więc energetycznym zasobem motywacyjnym [...] samonapędzającym się mechanizmem sprawczym [...] który inicjuje, organizuje i ukierunkowuje potencjalne możliwości i zasoby (twórcze) człowieka na ich ekspresję i/lub realizację.*

Choć narzędzie KANH III ściśle wiąże się z wyżej nakreślonym ujęciem nonkonformizmu, Popek w swoich pracach nie pomija jednak znaczenia tej cechy w relacji do norm i wpływów społecznych (2001) - nawiązując do klasycznych definicji, które mówią, iż nonkonformizm to cecha lub zdolność jednostki do oparcia się naciskowi społecznemu, przeciwstawiania się osądem, opiniom czy poglądami innych ludzi. To także niezależność i samodzielność w myśleniu lub działaniu, które sprawiają, iż jednostka kieruje się autonomicznymi motywacjami i wartościami i gotowa jest bronić swojego punktu widzenia (Aronson i in., 1997; Bernacka, 2001; Strzałecki, 1989; Wosińska, 1985). Korespondując z tym ujęciem, Popek pisze, iż konformiści i nonkonformiści to grupy znajdujące się na dwóch przeciwstawnych krańcach życia społecznego. Konformiści są silnie zharmonizowani z życiem społecznym, czują się bezpiecznie ulegając i podporządkowując się normom, obyczajom, ideom, natomiast nonkonformiści to osoby dążące do samosterowności, nie obawiają się występowania przeciw istniejącemu porządkowi, a uleganiu mu daje im poczucie braku samorealizacji (Popek, 2001). Koncepcja nonkonformizmu Popka obejmuje zatem aspekt niezależności, autonomii i odporności na wpływ społeczny, co odzwierciedlone jest również

w twierdzeniach KAHN III (np. item 12 - *Decyzje zwykle podejmuję samodzielnie, nie kierując się naciskiem innych ludzi*) (Bernacka i in., 2017).

Wyróżnienie tego aspektu na terenie konstruktów nonkonformizmu będącego podstawą KAHN III jest w kontekście niniejszego projektu badawczego bardzo istotne. Poszukiwano bowiem metody pomiaru nonkonformizmu, który ujmowałby w jego ramach kwestię niezależności, samosterowności i odporności na społeczne wpływy. Tematyka CAM budzi przecież w społeczeństwie duże kontrowersje, korzystanie z CAM w pewnych środowiskach naraża jednostkę na społeczny ostracyzm. Stąd również szerzej omówiono ujęcie nonkonformizmu Popka, aby podkreślić, iż mimo, że kładzie on nacisk na związek nonkonformizmu z postawą twórczą, zarówno konstrukt ten, jak i KAHN III obejmuje interesujące autora niniejszej pracy aspekty związane z niezależnością jednostki wobec społecznych wpływów.

Narzędzie KAHN III (Bernacka i in., 2017) składa się z 26 twierdzeń, do których badani mogą odnosić się za pomocą następujących odpowiedzi: „tak”, „raczej tak”, „nie mam zdania”, „raczej nie”, „nie”. Kwestionariusz składa się z dwóch skal: *Zachowania Algorytmiczne - Heurystyczne* oraz *Konformizm - Nonkonformizm*. W skład nonkonformizmu w kwestionariuszu KAHN wchodzi takie cechy, jak elastyczność adaptacyjna, dominacja, tolerancyjność, samoorganizacja, oryginalność, niezależność, otwartość, konsekwencja, odporność i wytrwałość, aktywność, samokrytycyzm, wysokie poczucie własnej wartości.

Rzetelność podskal mierzona za pomocą współczynnika α Cronbacha wynosi odpowiednio dla skali *Zachowania Algorytmiczne - Heurystyczne* 0,65, dla skali *Konformizm-Nonkonformizm* 0,69. Rzetelność mierzona na podstawie testu-retestu wynosi natomiast 0,95.

Trafność kryterialną skali *Konformizm-Nonkonformizm* określono na podstawie korelacji wyników KAHN III z wynikami *Inwentarza Osobowości NEO-FFI* Costy i McCrae'a (Zawadzki i in., 1998) oraz kwestionariuszem *Style zachowania się* (Strzałecki, 1999). Kwestionariusz KAHN III koreluje dodatnio ze skalami, które wyodrębnia kwestionariusz Strzałeckiego. Jeśli chodzi o związek KAHN III z NEO-FFI, skala *Konformizm-Nonkonformizm* koreluje jedynie dodatnio z ekstrawersją i sumiennością, ujemnie natomiast z neurotycznością, skala ta nie pozostaje również w istotnym związku z ugodowością. Jak twierdzą autorzy, wyniki te wskazują, iż narzędzia te wywodzą się z innego podłoża teoretycznego (Bernacka i in., 2017).

Kwestionariusz do Pomiaru Postaw wobec Medycyny Konwencjonalnej, Komplementarnej i Alternatywnej T. Hernandez, K. McFadden i T. Ito (Conventional, Complementary and Alternative Medicine Attitudes Scale - CACMAS) w polskiej adaptacji J. Księskiej-Koszalki i B. Gawdy

Oryginalna wersja CACMAS Hernandez, McFadden and Ito (2010) składa się z 26 twierdzeń. Odpowiedzi badani udzielają w oparciu o siedmiostopniową skalę typu Lickerta, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 7 „zdecydowanie się zgadzam”. Skala składa się z trzech czynników: *Dyssatysfakcja z medycyny konwencjonalnej (Dissatisfaction with conventional medicine)*, *Filozoficzna zgodność z CAM (Philosophical congruence with CAM)* oraz *Holistyczna równowaga (Holistic balance)*. Pierwsza ze skal dotyczy pomiaru niezadowolenia z doświadczeń z medycyną konwencjonalną; druga obejmuje twierdzenia odnoszące się do poglądów przychylnych terapiom CAM i spójności z założeniami teoretyczno-filozoficznymi, które stoją u ich podstaw; trzecia skala natomiast dotyczy przekonań wywodzących się z holistycznego modelu zdrowia, charakteryzujących holistyczną orientację zdrowotną (McFadden i in., 2010).

Co ważne, właściwości psychometryczne oryginalnej wersji CACMAS oszacowano na bardzo małej grupie badanej obejmującej jedynie 65 studentów. Jedną ze współauterek, w późniejszej replikacji z innym zespołem badawczym przeprowadzonej na niewiele większej grupie 97 weteranów (Betthausen i in., 2014) otrzymała strukturę, składającą się z 4 czynników. Zawiera ona podskale: *Przychylność wobec CAM (Acceptability of CAM)* wyrażającą preferencję metod CAM w sytuacji dokonywania wyboru między CAM, a medycyną konwencjonalną; *Przychylność wobec medycyny konwencjonalnej (Acceptability of Traditional Medicine)* oznaczającą skłonność do wyboru medycyny konwencjonalnej i poparcie dla jej sposobów leczenia, *Wiara w jedność ciała i umysłu (Mind-Body Integration)*, która zawiera twierdzenia nawiązujące do holistycznej orientacji zdrowotnej, wyrażające przekonanie o jedności ciała i umysłu oraz akcentujące istotę czynników psychologicznych i duchowych w percepcji przyczyn chorób i możliwości ich leczenia; wreszcie *Wiara w CAM (Belief in CAM)*, która odwołuje się do przekonań dotyczących efektywności i wiarygodności terapii CAM. Istnieje również turecka adaptacja CACMAS, która ma zdecydowanie lepsze właściwości psychometryczne i podobnie, jak wersja pierwotna - trójczynnikową strukturę, (Köse i in., 2018).

W adaptacji polskiej (Księżka-Koszałka, Gawda, 2023), przeprowadzonej na próbie 599 osób dorosłych otrzymano wersję analogiczną do narzędzia Betthauser i współpracowników (2014) z niewielkimi zmianami odnośnie zawartości pozycji. Wersja polska otrzymała 23 itemy i 4 następujące czynniki (Księżka-Koszałka, Gawda, 2023):

Przychylność wobec CAM – oznacza tendencję do korzystania CAM, aniżeli z medycyny konwencjonalnej oraz przekonanie o skuteczności CAM. Wiąże się z wyrażaniem poglądów spójnych z przekonaniem leżącymi u podstaw wielu metod CAM, m.in. wiarę w zdolności organizmu do samoleczenia i utrzymywania homeostazy, istnienie sił witalnych i sił destrukcyjnych dla zdrowia człowieka. Zgodnie z tymi przekonaniem również, organizm ma zdolność samoleczenia, a człowiek może uruchamiać zasoby samouzdrawiające i hamujące lub ograniczające działanie czynników destrukcyjnych.

Dysatisfakcja z doświadczeń z medycyną konwencjonalną – wysokie wyniki w tej skali wskazują na brak zaufania i satysfakcji z doświadczeń z medycyną konwencjonalną oraz niezadowolenie z relacji z pracownikami służby zdrowia.

Wiara w CAM – niższe wyniki w tej podskali wiążą się z przekonaniem o nieskuteczności i braku wiarygodności terapii CAM. Odnoszą się do sądów podważających zasadność stosowania metod o braku udowodnionej skuteczności, odrzucające terapie niezweryfikowane naukowo.

Wiara w Jedność ciała i umysłu – twierdzenia tej skali nawiązują do tendencji ujmujących zdrowie w sposób holistyczny, zakładających harmonijną jedność funkcjonowania ciała i umysłu. Wyrażają one ponadto przekonanie, że w leczeniu i postrzeganiu przyczyn chorób należy brać pod uwagę zarówno sferę cielesną, jak i mentalną oraz, że takie podejście charakterystyczne dla założeń wielu terapii CAM powinno zostać zaadaptowane w medycynie konwencjonalnej.

Polska wersja kwestionariusza CACMAS odznacza się bardzo dobrymi walorami psychometrycznymi. Trafność struktury czynnikowej potwierdzają osiągnięte miary dobroci dopasowania modelu otrzymane w wyniku zastosowania Konfirmacyjnej Analizy Czynnikowej (CFA).

Współczynnik zgodności wewnętrznej Alfa Cronbacha wynosi 0,92 dla całej skali, co świadczy o bardzo wysokiej rzetelności narzędzia. Zadowolające 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 wynikami czterech grup osób: badanych zainteresowanych CAM, badanych korzystających lub

niekorzystających z CAM, pracowników naukowych oraz pozostałymi osobami badanymi. Wyniki pozwoliły na potwierdzenie trafności teoretycznej polskiej wersji CACMAS - osoby, które interesują się CAM i korzystają z CAM mają istotnie wyższe wyniki w kwestionariuszu CACMAS, natomiast pracownicy naukowcy niższe. Całość analiz, w oparciu o które dokonano pomiarów właściwości psychometrycznych polskiej wersji CACMAS zawarto w artykule Księżkiej-Koszałki i Gawdy (2023).

Ankieta na temat preferencji wobec poszczególnych typów terapii CAM oraz korzystania z CAM

Do pierwotnej wersji CACMAS autorki dołączyły ankietę na temat preferencji odnośnie korzystania z różnych typów terapii CAM. W ankiecie wskazano do wyboru terapie popularne na terenie Ameryki Północnej i Południowej. W ankiecie, którą dołączono do polskiej wersji CACMAS ujęto terapie charakterystyczne bądź popularne w europejskim kręgu kulturowym oraz wyróżnione w klasyfikacji NCCAM (2002). Badani mogli odpowiedzieć na pytania dotyczące preferencji wobec każdej z wymienionych terapii CAM na 7 – stopniowej skali, gdzie 1 oznaczało „Nie korzystam i z dużym prawdopodobieństwem nie skorzystał(a)bym w przyszłości”, natomiast 7 „W dużej mierze korzystam i/lub z dużym prawdopodobieństwem skorzystał(a)bym w przyszłości”. Poniżej znajdują się metody CAM, odnośnie których wypowiedzieli się badani:

- 1) Homeopatia;
- 2) Tradycyjna Medycyna Chińska – np. chińskie zioła, akupunktura;
- 3) Medycyna ciała i umysłu – praca z ciałem, refleksoterapia, biofeedback;
- 4) Terapie biologiczne – ziołolecznictwo, dietoterapia, suplementy diety;
- 5) Terapie manualne – osteopatia, chiropraktyka;
- 6) Terapie energią – bioenergoterapia, reiki;
- 7) Inne – jakie?.....

Zanim jednak przedstawiane były poszczególne terapie do oceny, badani byli pytani, czy i w jaki sposób korzystają z CAM – łącznie czy zamiast medycyny konwencjonalnej lub mogli zadeklarować nie stosowanie tego typu terapii. Następnie badani odpowiadali na dwa pytania:

W jak dużym stopniu stosowanie terapii medycyny komplementarnej i/lub alternatywnej w Twojej rodzinie miało wpływ na Twoje postawy wobec tych metod?

W jak dużym stopniu informacje o medycynie komplementarnej i /lub alternatywnej z telewizji, Internetu, czasopiśmie i innych mediów wpłynęły na Twoje postawy wobec tych terapii?

Badani określali stopień siły wpływu w skali od 1 do 7, gdzie 1 oznaczał „wcale nie miały wpływu” a 7 „w dużym stopniu miały wpływ”. Pytania miały na celu uzyskania informacji o nasileniu wpływu tradycji rodzinnych i przekazu płynącego z mass mediów na stosowanie CAM.

2.4. Charakterystyka grupy badanej i procedury badań

Niniejszy projekt badawczy został zrealizowany na polskiej grupie 512 osób dorosłych. Badania były prowadzone online metodą kuli śniegowej. Autor niniejszej pracy oraz grupa zaangażowanych studentów – ankieterów wysłało do potencjalnych osób badanych link do badania z prośbą o udostępnienie go kolejnym osobom. Badania miały charakter dobrowolny i anonimowy. Uczestnicy zostali poinformowani o tym fakcie oraz o tym, że badanie ma charakter naukowy, a zebrane informacje będą przetwarzane w sposób zbiorczy wyłącznie na potrzeby prowadzenia badań. Osoby badane nie otrzymywały wynagrodzenia za udział w badaniach. Osoby rozpowszechniające link motywowały potencjalne osoby badane możliwością udziału w naukowych badaniach psychologicznych, przysłużenia się rozwojowi nauki oraz za pomocą informacji, iż tematyka badań dotyczy postaw zdrowotnych, co jest istotne dla zdrowia publicznego. Projekt badawczy uzyskał pozytywną opinię Komisji Etyki Badań Naukowych Uniwersytetu Marii Curie - Skłodowskiej w Lublinie dopuszczającą projekt do realizacji w dniu 25 października 2021 r. (nr wniosku 14/2021). Kopię dokumentu zawarto w aneksie.

W wyniku przeprowadzonych badań otrzymano próbę 512 wypełnionych kwestionariuszy. Z uwagi na ograniczenia wiarygodności wyników otrzymanych w ramach badań internetowych przeprowadzono szereg analiz, które miały na celu wykluczenie przypadków tzw. nieuważnego odpowiadania (*careless responses*) (Meade, Craig, 2012) oraz wartości odstających (Aguinis i in., 2013). Jak wskazuje Johnson (2005), anonimowe badania prowadzone drogą internetową mogą być związane z występowaniem wyższego odsetka tzw. odpowiedzi nieuważnych (*careless responses*). Ich obecność może w znaczącym stopniu wpłynąć na jakość zgromadzonych danych

a tym samym rzetelność uzyskanych wyników. Analizy, o których mowa zostały przeprowadzone z wykorzystaniem biblioteki *careless* (Yentes, Wilhelm, 2023).

W celu wykluczenia przypadków zawierających odpowiedzi potencjalnie nieuważne zastosowano metodę oceny średniej długości nieprzerwanego ciągu odpowiedzi (*Average LongString*) oraz analizę spójności odpowiedzi dla pozycji parzystych i nieparzystych (*Even-Odd Consistency*) (Meade, Craig, 2012). Nietypowy wzorec odpowiedzi, sugerujący potencjalnie nieuważne udzielanie odpowiedzi, zidentyfikowano u 12 respondentów (w tym 5 kobiet). Ze względu na ryzyko wpływu tych przypadków na wiarygodność uzyskanych wyników, zostały one wykluczone z dalszych analiz. Szczegółowy wykaz odrzuconych przypadków wraz z uzasadnieniem został zamieszczony w aneksie.

Na podstawie oceny rozkładu wyników wykonanej z wykorzystaniem histogramów oraz rozstępu międzykwartylowego (*IQR*) zidentyfikowano 32 przypadki odstające (w tym 23 kobiety), które zostały zaklasyfikowane jako przypadki odstające potencjalnie wynikające z błędu pomiaru (*error outliers*) (Aguinis i in., 2013). Po ostrożnej analizie rozkładów wyników oraz wartości odchyień w każdej zmiennej zdecydowano o przyjęciu liberalnego progu odcięcia powyżej 3 odchyień standardowych od średniej (Aguinis i in., 2013). Histogramy oraz wykresy skrzynkowe zostały zamieszczone w aneksie.

Ostateczna próba składała się z 468 obserwacji (w tym 347 kobiet i 1 osoba bez deklaracji płci) o średnim wieku $M = 37,89$ ($SD = 13,02$). Stu czterdziestu jeden respondentów (w tym 117 kobiet) deklaroowało stosowanie CAM łącznie z medycyną konwencjonalną, 10 badanych osób (w tym 8 kobiet) korzystało z tych terapii zamiast medycyny konwencjonalnej, natomiast 317 (w tym 222 kobiety i 1 osoba bez deklaracji płci) zgłosiło, że nie stosuje CAM. Szczegółowe dane dotyczące zmiennych socjodemograficznych zostały przedstawione w Tabeli 1.

Tabela 1

Opis zmiennych socjodemograficznych dla pełnej próby po wykluczeniu przypadków potencjalnie wadliwych

Zmienna	Liczebności	% całości
Miejsce zamieszkania		
Wieś	107	23 %
małe miasto (do 100 tys. mieszkańców)	88	19 %
średnie miasto (100-400 tys. mieszkańców)	143	31 %
duże miasto (powyżej 400 tys. mieszkańców)	130	28 %
Poziom wykształcenia		
Podstawowe	7	1 %
zawodowe/średnie	153	33 %
Wyższe	308	66 %
Stan cywilny		
Wolny	156	33 %
w związku małżeńskim	280	60 %
rozwódziony/a	26	6 %
wdowiec/wdowa	6	1 %
Sytuacja zawodowa		
Bezrobotny	16	3 %
uczę się/studiuje	65	14 %
uczę się/studiuje, pracuję w niepełnym wymiarze godzin	21	4 %
uczę się/studiuje, pracuję w pełnym wymiarze godzin	16	3 %
pracuję w niepełnym wymiarze godzin	42	9 %
pracuję w pełnym wymiarze godzin	278	59 %
emeryt/rencista	30	6 %
Dochód netto		
nie chcę udzielać odpowiedni na to pytanie	87	19 %
0-2700 (do kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę netto na dzień 01.2023 r.	78	17 %
2700-41000 (do ok. 1,5 - krotność minimalnego wynagrodzenia)	151	32 %
4100-5400 (ok.1,5-2 - krotność minimalnego wynagrodzenia)	76	16 %
5400 i powyżej (ok. 2-krotność minimalnego	76	16 %

Tabela 1

Opis zmiennych socjodemograficznych dla pełnej próby po wykluczeniu przypadków potencjalnie wadliwych

Zmienna	Liczebności	% całości
wynagrodzenia)		
Przynależność religijna		
Ateizm	65	14 %
Agnostycyzm	35	7 %
Brak przynależności, ale wierzący	48	10 %
Katolicyzm	228	49 %
Katolicyzm, ale niepraktykujący	73	16 %
Inne	19	4 %
Stan zdrowia		
Całkowicie zdrowy/a	133	28 %
Przejściowe dolegliwości zdrowotne	213	45 %
Chorujący/a przewlekłe	122	26 %
Stosowanie CAM		
Łącznie z medycyną konwencjonalną	141	30 %
Zamiast medycyny konwencjonalnej	10	2 %
Nie stosuje tego typu terapii	317	68 %

Adnotacja. $N = 468$; źródło: opracowanie własne.

Zgodnie z powyższą tabelą, zdecydowana większość badanych (66%) legitymuje się wykształceniem wyższym ($N=308$), natomiast 33% ($N=153$) mają wykształcenie zawodowe lub średnie. Badana próba charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem odnośnie miejsca zamieszkania. Największą reprezentację wśród badanych mają osoby zamieszkałe miasta średnie (100-400 tys. mieszkańców) ($N=143$), co stanowi 31% osób, następnie duże miasta (powyżej 400 tys. mieszkańców) ($N=130$; 28%), kolejno przedstawiciele wsi, których odsetek wynosi 23% ($N=107$) oraz małych miast (do 100 tys. mieszkańców), którzy stanowią 19% ($N=88$) badanej grupy. Ponad połowa osób w badanej próbie jest w związku małżeńskim ($N=280$; 60%), nieco ponad 30% jest stanu wolnego ($N=156$; 33%), zaledwie kilkuprocentową reprezentacją w badanej próbie posiadają osoby rozwiedzione oraz owdowiałe. Jeśli chodzi o sytuację zawodową osób

badanych, ponad połowa osób to osoby wyłącznie pracujące w pełnym wymiarze godzin ($N=278$; 59%). Z kolei odsetek osób wyłącznie uczących się/studiujących stanowi 14% ($N=65$). Jeśli chodzi o poziom dochodów, jest on w badanej grupie zróżnicowany, w każdym z przedziałów znajduje się kilkanaście procent osób; jedynie w grupie zarabiającej kwotę powyżej wynagrodzenia minimalnego za pracę na dzień 1 stycznia 2023 r. do kwoty 4100 stanowiącej 1,5 – krotność tego wynagrodzenia znajduje się 32% osób badanych ($N=151$), który to przedział stanowi grupę najliczniejszą. W zakresie przynależności religijnej prawie połowa osób badanych deklaruje bycie osobą praktykującą wyznania rzymskokatolickiego ($N=228$; 49%), kolejno niepraktykujący katolicy stanowią 16% osób badanych ($N=73$). Ateizm deklaruje 14 % osób ($N=65$), a brak przynależności religijnej dotyczy 10% osób ($N=48$). Postawę agnostycyzmu deklaruje 7% badanych ($N=35$), przedstawiciele innych wyznań stanowią mniejszość wynoszącą 4% ($N=19$).

W badanej próbie większość osób nie stosuje medycyny komplementarnej i alternatywnej (*complementary & alternative medicine – CAM*) ($N=317$; 68%). Odsetek osób stosujące wyłącznie te terapie wynosi zaledwie 2% ($N=19$), natomiast osoby, które stosują CAM łącznie z medycyną konwencjonalną stanowią prawie 30% osób ($N=141$; 30%). Osoby zdrowe stanowią 28% osób badanych ($N=133$), chore przewlekłe 26% ($N=122$), 45% wszystkich badanych to osoby z przejściowymi dolegliwościami zdrowotnymi.

W ostatnim kroku zostały wykonane standaryzacje zmiennych (dla $M = 0$ i $SD = 1$). Tak przygotowana baza danych została wykorzystana w dalszych analizach.

2.5. Zastosowane programowanie oraz strategia analizy danych

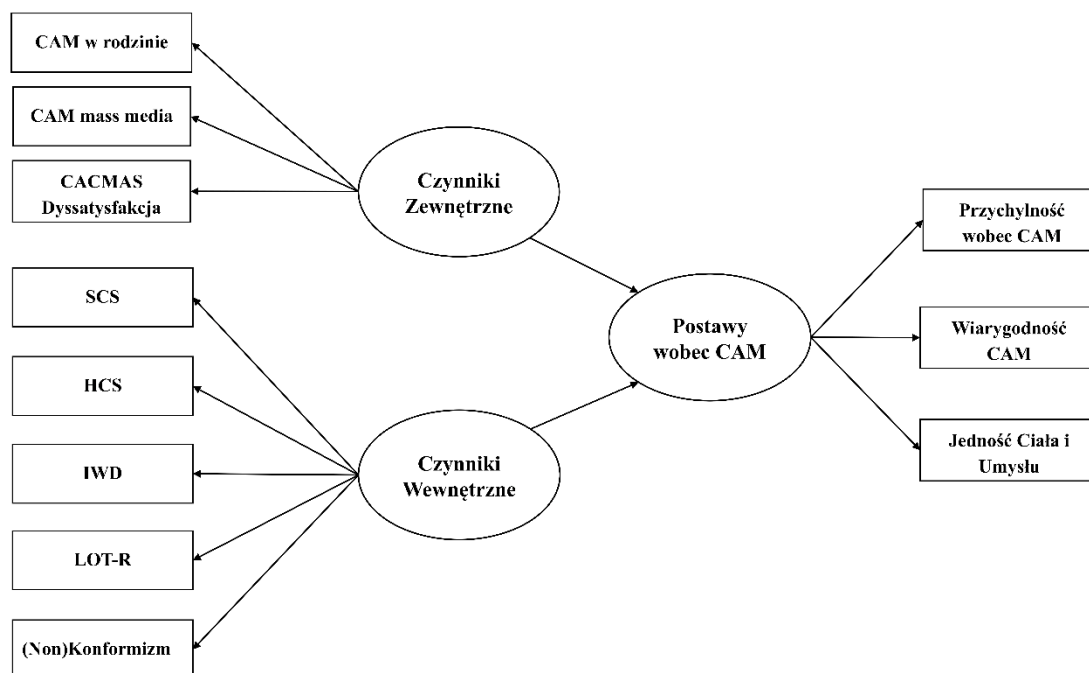
Analizy statystyczne zostały wykonane za pomocą oprogramowania SPSS 29 oraz z wykorzystaniem języka R (wer 4.4.0; R Core Team, 2023) wraz z bibliotekami *Amelia II* (wer. 1.8.2; Honaker i in., 2011), *careless* (wer. 1.2.2; Yentes, Wilhelm, 2023), *lavaan* (wer. 0.6-17; Rosseel, 2012). Informacje o miejscu zastosowania danej biblioteki zostały zamieszczone przy opisie każdej z analiz.

Do weryfikacji hipotezy 1 (H1) oraz hipotezy 1a (H1a) i 1b (H1b) przyjęto następującą strategię analizy danych. W pierwszej kolejności przy pomocy modelowania równań strukturalnych (*SEM*) z zastosowaniem metody największej wiarygodności *maximum likelihood* (Maydeu-Olivares, 2017) wykonano weryfikację głównego

modelu postulowanego w pracy. Model przedstawiał relację pomiędzy trzema zmiennymi, tj. Czynniki Zewnętrzne (H1a), Czynniki Wewnętrzne (H1b) oraz Postawami wobec CAM. Składnikami poszczególnych zmiennych były: *percepcja znaczenia wpływu rodziny na stosowanie CAM* (CAM w rodzinie), *percepcja znaczenia wpływu mass mediów na stosowanie CAM* (CAM mass media) oraz wynik dla skali CACMAS *Dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej*; oraz wyniki ogólne w skalach SCS, HCS, IWD, LOT-R i wynik dla skali KAHN-III *Konformizm-Nonkonformizm* dla Czynniki Wewnętrzne oraz wyniki w skalach CACMAS *Przychyłość wobec CAM*, *Wiara* w CAM i *Jedność Ciała i Umysłu* jako składowe Postaw wobec CAM. Tak zdefiniowany model przedstawia rysunek 5.

Rysunek 5

Model przedstawiający relację pomiędzy zmiennymi Czynniki Zewnętrzne, Czynniki Wewnętrzne i Postawy wobec CAM wraz z ich wskaźnikami



Adnotacja: CAM w rodzinie – percepcja znaczenia wpływu tradycji rodzinnej na stosowania CAM; CAM mass media – percepcja znaczenia wpływu mass mediów na stosowanie CAM; CACMAS Dyssatisfakcja – wynik w skali Dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej; CACMAS - Skala Postaw wobec Medycyny Komplementarnej, Konwencjonalnej i Alternatywnej; SCS –Skali Samokontroli; HCS – Skala Świadomości Zdrowotnej; LOT-R – Test Orientacji Życiowej; (Non)Konformizm – Skala Konformizm-Nonkonformizm w Kwestionariuszu Twórczego Zachowania KAHN III;

Następnie, także przy pomocy analizy równań strukturalnych z zastosowaniem metody największej wiarygodności, zweryfikowano relacje pomiędzy każdym ze

wskaźników Czynników Zewnętrznych oraz Wewnętrznych a zmienną zależną Postawy wobec CAM. Analiza ta umożliwiła określenie bezpośredniego udziału wariancji zjawisk mierzonych przez zmienne obserwowalne w wyjaśnianiu poziomu Postaw wobec CAM.

W kolejnym kroku, w celu dokonania szczegółowego opisu związku pomiędzy zmiennymi obserwowalnymi, wykonana została analiza regresji liniowej (Su i in., 2012) z uwzględnieniem składowych obu Czynników jako predyktorów oraz wyników w skalach CACMAS *Przychyłość wobec CAM* i CACMAS *Jedność Ciała i Umysłu* jako zmiennych zależnych.

W celu zweryfikowania hipotezy 2 (H2) przeprowadzona została analiza skupień metodą k-średnich (Steinley, 2006). Wydzielone na tej podstawie podzbiory zostały następnie porównane ze sobą pod względem wyników na skalach CACMAS *Dysatisfakcja z medycyny konwencjonalnej*, HCS, SCS, LOT-R, IWD oraz *Konformizm-Nonkonformizm*. Porównania zostały wykonane z wykorzystaniem wielowymiarowej analizy wariancji MANOVA (St & Wold, 1990).

W celu weryfikacji hipotezy 3 (H3) dotyczącej różnic pomiędzy osobami korzystającymi z CAM i niekorzystającymi w zakresie zmiennych subiektywny stan zdrowia i spostrzegane zagrożenie chorobą mierzonych na skali porządkowej, wykorzystano test *U-Manna-Whitneya* (McKnight & Najab, 2010). Natomiast w celu weryfikacji różnic pomiędzy tymi samymi grupami dla zmiennej nominalnej obiektywny stan zdrowia wykonano test niezależności χ^2 . Ze względu na odporność na niskie wartości liczebności oczekiwanych oraz większą precyzję dla prób o $N < 1000$, interpretacji istotności statystycznej wyników dokonano na podstawie wartości p wyliczonej ze wzoru Fishera uogólnionego na zmienne wielokategorialne (McDonald, 2009). Ze względu na zjawisko inflacji błędu pierwszego rodzaju, wywołanego wielokrotnymi porównaniami w ramach jednej rodziny hipotez, zastosowana została korekta dla wartości p metodą Benjaminiego-Hochberga (Benjamini i Hochberg, 1995)

Hipoteza 4 także została zweryfikowana z wykorzystaniem testu niezależności χ^2 . Wartość p została wyliczona z zastosowaniem dokładnego testu Fishera (McDonald, 2009). Zastosowano również korektę dla wartości p metodą Benjaminiego-Hochberga (1995).

III. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

3.1. Analiza właściwości zmiennych

Właściwości skal pomiarowych

Z uwagi na fakt, iż analizy dotyczące hipotezy 2 zostały przeprowadzone wyłącznie na próbie użytkowników CAM, przeprowadzone analizy właściwości skal pomiarowych oraz relacji pomiędzy badanymi zmiennymi dokonano uwzględniając zarówno całą badaną próbę, jak i wyniki grupy osób, która zadeklarowała korzystanie z CAM. Tabela 2 zawiera informacje dotyczące podstawowych statystyk opisowych dla każdej ze skal wraz ze wskaźnikami rzetelności α Cronbacha, ω McDonalda, oraz średniej wyodrębnionej wariancji AVE (Zinbarg i in., 2005) dla pełnej próby ($N = 468$). Natomiast w tabeli 3 znajduje się opis zmiennych wykonany na próbie osób, które korzystają z CAM ($N = 151$).

Wykresy zamieszczone w aneksie przedstawiają histogramy wraz z informacją o gęstości rozkładu zmiennej, wykresy kwartył-kwartył oraz wykresy skrzynkowe (wiolinowe) z uwzględnieniem szumu losowego (jitter) dla każdej ze zmiennych.

Tabela 2

Opis statystyczny poszczególnych skal pełnej próby

Skala	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Maks.	Skośność Kurtzoza				Wskaźniki rzetelności			
					<i>SKE</i>	<i>SE</i>	<i>K</i>	<i>SE</i>	α	Ω	<i>AVE</i>	
HCS												
Wynik ogólny	107,81	16,12	61,00	144,00	-0,10	0,11	-0,44	0,23	0,89	0,90	0,30	
Wartość zdrowia	37,01	4,22	21,00	42,00	-1,01	0,11	0,99	0,23	0,83	0,84	0,40	
Orientacja na zdrowie fizyczne	15,15	5,65	4,00	24,00	-0,19	0,11	-0,97	0,23	0,82	0,82	0,62	
Poszukiwanie informacji	11,29	3,82	3,00	18,00	-0,25	0,11	-0,71	0,23	0,86	0,87	0,53	
Wiedza o zdrowiu	23,14	4,51	10,00	30,00	-0,53	0,11	-0,14	0,23	0,90	0,90	0,71	
Orientacja na zdrowie psychiczne	11,46	3,55	3,00	18,00	-0,10	0,11	-0,73	0,23	0,77	0,79	0,56	
SCS												
Wynik ogólny	102,43	15,76	61,00	140,00	-0,17	0,11	-0,22	0,23	0,87	0,87	0,23	

Tabela 2*Opis statystyczny poszczególnych skal pełnej próby*

Skala	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Maks.	Skośność		Kurtoza		Wskaźniki rzetelności		
					<i>SKE</i>	<i>SE</i>	<i>K</i>	<i>SE</i>	α	Ω	<i>AVE</i>
Impulsywność	30,72	6,78	12,00	44,00	-0,30	0,11	-0,37	0,23	0,82	0,82	0,35
Rzetelność i samodyscyplina	18,86	3,52	8,00	25,00	-0,52	0,11	-0,12	0,23	0,70	0,70	0,32
Silna wola	13,21	3,48	4,00	20,00	-0,27	0,11	-0,46	0,23	0,59	0,60	0,29
Zachowania autodestrukcyjne	18,21	3,98	6,00	25,00	-0,46	0,11	-0,18	0,23	0,72	0,73	0,36
Zdrowe Nawyki ^b	6,77	1,84	2,00	10,00	-0,26	0,11	-0,12	0,23	-	-	-
IWD											
Wynik ogólny	165,00	25,36	97,00	219,00	-0,01	0,11	-0,71	0,23	0,96	0,96	0,35
Holizm i harmonia	17,30	3,04	8,00	24,00	-0,14	0,11	-0,22	0,23	0,73	0,73	0,33
Mądrość, Świadomość, Sens	30,99	4,51	18,00	40,00	-0,17	0,11	-0,38	0,23	0,76	0,77	0,27
Religijność i Wiara	24,12	9,17	10,00	40,00	-0,11	0,11	-1,24	0,23	0,96	0,96	0,70
Etyka, Moralność, Sumienie	31,33	4,51	18,00	40,00	-0,15	0,11	-0,40	0,23	0,81	0,82	0,31
Otwartość na Drugiego	31,55	4,35	18,00	40,00	-0,40	0,11	-0,00	0,23	0,78	0,78	0,27
Zaangażowanie	11,78	2,21	6,00	16,00	-0,07	0,11	-0,62	0,23	0,62	0,65	0,34
Wrażliwość Estetyczna	17,94	3,03	9,00	24,00	-0,21	0,11	-0,37	0,23	0,61	0,63	0,25
LOT-R	14,93	4,56	1,00	24,00	-0,39	0,11	-0,11	0,23	0,78	0,79	0,41
KAHN-III											
Konformizm-Nonkonformizm	33,20	6,36	15,00	50,00	-0,29	0,11	-0,32	0,23	0,75	0,76	0,24
Zachowania heurystyczne-log.	34,83	7,27	12,00	51,00	-0,56	0,11	0,29	0,23	0,72	0,74	0,23
CACMAS											
Wynik ogólny	81,62	24,62	26,00	152,00	0,23	0,11	-0,35	0,23	0,91	0,91	0,33
Przychylność wobec CAM	27,49	10,78	8,00	56,00	0,32	0,11	-0,56	0,23	0,87	0,87	0,48
Dyssatisfakcja z medycyny	23,90	10,89	8,00	56,00	0,57	0,11	-0,48	0,23	0,89	0,89	0,51

Tabela 2*Opis statystyczny poszczególnych skal pełnej próby*

Skala	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Maks.	Skośność		Kurtoza		Wskaźniki rzetelności			
					<i>SKE</i>	<i>SE</i>	<i>K</i>	<i>SE</i>	α	Ω	<i>AVE</i>	
konwencjonalnej												
Wiara (wiarygodność) w CAM	11,05	4,85	3,00	21,00	-0,01	0,11	-0,77	0,23	0,77	0,77	0,53	
Jedność Ciała i Umysłu	19,17	4,90	5,00	28,00	-0,18	0,11	-0,38	0,23	0,69	0,69	0,37	
Poznawczo-emocjonalny wymiar postawy	57,72	18,20	18,00	105,00	0,18	0,11	-0,50	0,23	0,91	0,91	0,33	
Wiek	37,89	13,02	18,00	82,00	0,96	0,11	0,72	0,23	-	-	-	
CAM w rodzinie ^a	3,61	1,62	1,00	6,00	-0,12	0,20	-1,04	0,39	-	-	-	
CAM mass media ^a	3,54	1,50	1,00	6,00	-0,11	0,20	-0,97	0,39	-	-	-	

Adnotacja. *N* = 468; ^a *N* = 151; ^b dla skali Zdrowe Nawyki nie wyliczano wskaźników rzetelności ze względu na zbyt niską liczbę pozycji testowych; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; Min. – wartość minimalna; Maks. – wartość maksymalna; *SKE* – skośność; *K* – kurtoza; *SE* – błąd standardowy; α – α Cronbacha; ω – omega McDonalda; *AVE* – średnia wyodrębniona wariancja; HCS – Skala Świadomości Zdrowotnej; SCS – Skala Samokontroli; IWD – Inwentarz Wrażliwości Duchowej; LOT-R – Test Orientacji Życiowej; KAHN-III – Kwestionariusz Twórczego Zachowania; CACMAS – Skala Postaw Wobec Medycyny Komplementarnej, Konwencjonalnej i Alternatywnej; źródło: opracowanie własne

Tabela 3*Opis statystyczny poszczególnych skal na próbie użytkowników CAM*

Skala	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Maks.	Skośność		Kurtoza		Wskaźniki rzetelności			
					<i>SKE</i>	<i>SE</i>	<i>K</i>	<i>SE</i>	α	Ω	<i>AVE</i>	
HCS												
Wynik ogólny	110,48	15,75	70,00	144,00	-0,18	0,20	-0,68	0,39	0,89	0,90	0,30	
Wartość zdrowia	37,64	4,09	24,00	42,00	-1,07	0,20	0,90	0,39	0,85	0,86	0,45	
Orientacja na zdrowie fizyczne	15,93	5,51	4,00	24,00	-0,29	0,20	-0,89	0,39	0,85	0,86	0,67	
Poszukiwanie informacji	10,79	3,98	3,00	18,00	-0,22	0,20	-0,76	0,39	0,89	0,89	0,58	
Wiedza o zdrowiu	23,84	4,55	10,00	30,00	-0,57	0,20	-0,34	0,39	0,90	0,91	0,71	
Orientacja na zdrowie	12,11	3,58	3,00	18,00	-0,29	0,20	-0,52	0,39	0,82	0,84	0,64	

Tabela 3*Opis statystyczny poszczególnych skal na próbie użytkowników CAM*

Skala	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Maks.	Skośność Kurtoza				Wskaźniki rzetelności			
					<i>SKE</i>	<i>SE</i>	<i>K</i>	<i>SE</i>	α	Ω	<i>AVE</i>	
psychiczne												
SCS												
Wynik ogólny	103,82	13,81	64	137	-0,34	0,20	0,26	0,39	0,85	0,85	0,21	
Impulsywność	30,50	6,44	14	43	-0,22	0,20	-0,39	0,39	0,80	0,80	0,32	
Rzetelność i samodyscyplina	19,31	3,32	8	25	-0,66	0,20	0,28	0,39	0,69	0,69	0,32	
Silna wola	13,54	3,39	5	20	-0,37	0,20	-0,63	0,39	0,57	0,59	0,28	
Zachowania autodestrukcyjne	18,62	3,91	8	25	-0,52	0,20	-0,06	0,39	0,71	0,73	0,36	
Zdrowe Nawyki ^a	7,15	1,76	2	10	-0,18	0,20	-0,13	0,39	-	-	-	
IWD												
Wynik ogólny	169,78	23,60	108	219	-0,02	0,20	-0,63	0,39	0,95	0,95	0,30	
Holizm i harmonia	17,69	2,98	8	24	-0,10	0,20	0,01	0,39	0,73	0,74	0,34	
Mądrość, Świadomość, Sens	31,84	4,44	22	40	-0,19	0,20	-0,68	0,39	0,78	0,78	0,28	
Religijność i Wiara	25,36	8,17	10	40	-0,22	0,20	-1,04	0,39	0,93	0,93	0,58	
Etyka, Moralność, Sumienie	32,10	4,44	19	40	-0,27	0,20	-0,23	0,39	0,81	0,81	0,31	
Otwartość na Drugiego	31,93	4,24	21	40	-0,28	0,20	-0,23	0,39	0,77	0,77	0,25	
Zaangażowanie	12,28	1,97	7	16	-0,12	0,20	-0,38	0,39	0,60	0,63	0,32	
Wrażliwość Estetyczna	18,58	2,86	9	24	-0,33	0,20	0,14	0,39	0,59	0,62	0,29	
LOT-R	15,40	4,05	6	24	0,00	0,20	-0,49	0,39	0,70	0,72	0,34	
KAHN-III												
(Non)Konformizm	34,23	5,51	20	46	-0,35	0,20	-0,53	0,39	0,67	0,69	0,19	
Zachowania heurystyczne-log.	35,87	6,57	19	49	-0,37	0,20	-0,32	0,39	0,70	0,71	0,20	
CACMAS												
Wynik ogólny	101,33	18,56	52	152	0,29	0,20	0,05	0,39	0,85	0,78	0,23	
Przychylność wobec CAM	36,35	8,49	16	56	0,11	0,20	-0,12	0,39	0,79	0,79	0,33	

Tabela 3*Opis statystyczny poszczególnych skal na próbie użytkowników CAM*

Skala	M	SD	Min.	Maks.	Skośność		Kurtoza		Wskaźniki rzetelności		
					SKE	SE	K	SE	α	Ω	AVE
Dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej	28,03	10,85	8	56	0,22	0,20	-0,59	0,39	0,87	0,88	0,48
Wiara (wiarygodność) w CAM	14,70	3,41	7	21	0,03	0,20	-0,55	0,39	0,49	0,49	0,24
Jedność Ciała i Umysłu	22,26	3,87	13	28	-0,34	0,20	-0,56	0,39	0,66	0,66	0,34
Poznawczo-emocjonalny wymiar postawy	73,30	13,36	40	105	0,05	0,20	0,02	0,39	0,85	0,82	0,19
Wiek	38,97	12,23	19	76	0,82	0,20	0,56	0,39	-	-	-
CAM w rodzinie ^a	3,61	1,62	1	6	-0,12	0,20	-1,04	0,39	-	-	-
CAM mass media ^a	3,54	1,50	1	6	-0,11	0,20	-0,97	0,39	-	-	-

Adnotacja. $N = 151$; ^a dla skali Zdrowe Nawyki nie wyliczono wskaźników rzetelności ze względu na zbyt niską liczbę pozycji testowych; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; Min. – wartość minimalna; Maks. – wartość maksymalna; *SKE* – skośność; *K* – kurtoza; *SE* – błąd standardowy; α – α Cronbacha; ω – omega McDonalda; *AVE* – średnia wyodrębniona wariancja; HCS – Skala Świadomości Zdrowotnej; SCS – Skala Samokontroli; IWD – Inwentarz Wrażliwości Duchowej; LOT-R – Test Orientacji Życiowej; KAHN-III – Kwestionariusz Twórczego Zachowania; CACMAS – Skala Postaw Wobec Medycyny Komplementarnej, Konwencjonalnej i Alternatywnej; źródło: opracowanie własne

Wszystkie wartości skośności i kurtozy w obu próbach mieszczą się w granicach akceptowalnych dla rozkładów wystarczająco zbliżonych do rozkładu normalnego (Bulmer, 1979). Natomiast zawartości wykresów wskazują, że nie ma dalszych podstaw do oznaczenia żadnej z obserwacji jako ekstremalnej, znacząco odstającej do próby (Aguinis i in., 2013).

W przypadku większości skal zaobserwowano satysfakcjonujące wartości wskaźników rzetelności, co sugeruje, że są one wystarczająco rzetelne do wykorzystania w badaniach naukowych (Taber, 2018). Wyjątkiem są skale SCS *Silna Wola* i IWD *Wrażliwość Estetyczna* (w obu próbach) oraz IWD *Zaangażowanie* (tylko w próbie użytkowników CAM), dla których uzyskano niskie wartości współczynników rzetelności. W związku z tym należy zachować ostrożność przy interpretowaniu wyników

analiz wykonanych z wykorzystaniem tych skal, jednak w niniejszych analizach brano pod uwagę jedynie wyniki ogólne SCS oraz IWD. Natomiast dla skali *Wiara w CAM* w próbie osób korzystających z CAM zaobserwowano niesatysfakcjonujące wartości współczynników rzetelności. Należy jednakże zaznaczyć, że w przypadku bardzo krótkich skal (*Wiara w CAM* zawiera trzy pozycje testowe) często raportowane są niskie wartości współczynników rzetelności (Schweizer, 2011). Niewielka liczba pozycji konsekwentnie prowadzi do niedoszacowania zgodności wewnętrznej, co wynika z natury współczynnika α Cronbacha (Rammstedt, Beierlein, 2014; Ziegler i in., 2014). W związku z tym, niska wartość współczynników w tym przypadku nie musi być jednoznaczna z niską rzetelnością skali. Jednakże nie jest zalecane wykonywanie analiz, których wynik byłby oparty w głównej mierze na wyniku skali *Wiara w CAM*, na przykład regresji liniowej, w której występuje ona w charakterze zmiennej zależnej.

Relacje pomiędzy głównymi zmiennymi

Tabela 4 przedstawia wartości współczynnika korelacji r Pearsona obliczonego w pełnej próbie pomiędzy zmiennymi będącymi przedmiotem hipotez oraz wiekiem. Wykresy rozrzutu dla zmiennych zostały zamieszczone w aneksie.

Wartości istotnych statystycznie współczynników korelacji znajdowały się w zakresie od niskich ($r = 0,10$) do bardzo wysokich ($r = 0,89$). Przeprowadzone analizy sugerują, że wśród zmiennych będących obiektem zainteresowania nie obserwuje się nadmiernej współliniowości (Tabachnick, Fidell, 2012).

Tabela 4

Współczynniki korelacji r Pearsona wykonanych na próbie użytkowników CAM pomiędzy zmiennymi będącymi przedmiotem hipotez

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1, Wynik ogólny HCS	—															
2, Wynik ogólny DS-14	-0,27***	—														
3, Wynik ogólny SCS	0,41***	-0,44***	—													
4, Wynik ogólny IWD	0,36***	-0,25***	0,30***	—												
5, Wynik ogólny LOTR	0,23***	-0,62***	0,39***	0,33***	—											
6, (Non)konformizm	0,28***	-0,41***	0,34***	0,16***	0,37***	—										
7, Przychylność wobec CAM	0,22***	-0,11*	0,08	0,22***	0,11*	0,19***	—									
8, Dysatisfakcja z medycyny konwencjonalnej	-0,09	0,06	-0,09	0,04	-0,08	0,04	0,40***	—								
9, Jedność Ciała i Umysłu	0,24***	-0,03	0,10*	0,29***	0,13**	0,16***	0,68***	0,25***	—							
10, Wiara (wiarygodność) w CAM	0,04	-0,10*	0,04	0,13**	0,10*	0,07	0,70***	0,34***	0,48***	—						
11, Wynik ogólny CACMAS	0,11*	-0,05	0,02	0,20***	0,06	0,15**	0,89***	0,73***	0,70***	0,75***	—					
12, Wiek	0,27***	-0,24***	0,26***	0,29***	0,14**	0,11*	0,08	-0,05	0,11*	0,02	0,04	—				
13, CAM w rodzinie	0,08	0,07	0,09	0,03	0,13	0,04	0,27***	0,12	0,07	0,15	0,24**	-0,04	—			
14, CAM mass media	0,15	-0,19*	0,05	0,25**	0,12	-0,01	0,25**	0,08	0,18*	0,28***	0,25**	0,16	0,14	—		
15, Spostrzegane zagrożenie chorobą	-0,08	0,14**	-0,15**	-0,08	-0,15***	-0,04	-0,01	0,02	-0,02	0,06	0,01	0,16***	-0,01	-0,13	—	
16, Subiektywny stan zdrowia	0,32***	-0,35***	0,29***	0,19***	0,33***	0,16***	0,08	-0,13**	0,07	0,00	-0,01	-0,02	0,02	0,09	-0,43***	—
17, Obiektywny stan zdrowia	0,01	0,24***	-0,12**	-0,11*	-0,17***	-0,01	0,01	0,02	0,11*	0,05	0,05	0,19***	-0,07	-0,16*	0,38***	-0,47***

Uwaga. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$; $N = 468$; źródło: opracowanie własne

Tabela 5 przedstawia ponownie statystyki opisowe dla wybranych zmiennych, jednakże obliczone na próbie osób, które zadeklarowały stosowanie CAM. Wartości siły związku pomiędzy zmiennymi znajdowały się w zakresie od słabych ($r = 0,16$) do bardzo wysokich ($r = 0,79$). Podobnie jak poprzednio, nie ma podstaw do uznania relacji pomiędzy zmiennymi za współliniowe.

Tabela 5

Współczynniki korelacji r Pearsona wykonanych na próbie użytkowników CAM pomiędzy zmiennymi będącymi przedmiotem hipotez

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Wynik ogólny HCS	—															
2. Wynik ogólny DS-14	-0,18*	—														
3. Wynik ogólny SCS	0,35***	-0,29***	—													
4. Wynik ogólny IWD	0,42***	-0,32***	0,29***	—												
5. Wynik ogólny LOTR	0,22**	-0,59***	0,34***	0,40***	—											
6. (Non)konformizm	0,25**	-0,30***	0,22**	0,16	0,22**	—										
7. Przychyłność wobec CAM	0,37***	-0,18*	0,06	0,23**	0,18*	0,22**	—									
8. Dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej	-0,21**	0,13	-0,09	-0,00	-0,05	-0,01	0,19*	—								
9. Jedność Ciała i Umysłu	0,35***	-0,05	0,06	0,23**	0,16*	0,24**	0,64***	0,06	—							
10. Wiara (wiarygodność) w CAM	0,03	-0,14	0,04	0,10	0,10	0,08	0,48***	0,12	0,37***	—						
11. Wynik ogólny CACMAS	0,12	-0,05	-0,00	0,17*	0,11	0,16	0,79***	0,70***	0,61***	0,55***	—					
12. Wiek	0,20*	-0,21*	0,25**	0,21**	-0,02	-0,03	0,05	-0,01	0,06	0,13	0,05	—				
13. CAM w rodzinie	0,08	0,07	0,09	0,03	0,13	0,04	0,27***	0,12	0,07	0,15	0,24**	-0,04	—			
14. CAM mass media	0,15	-0,19*	0,05	0,25**	0,12	-0,01	0,25**	0,08	0,18*	0,28***	0,25**	0,16	0,14	—		
15. Spostrzegane zagrożenie chorobą	-0,13	0,18*	-0,15	-0,22**	-0,23**	-0,03	-0,19*	-0,04	-0,12	-0,04	-0,14	0,19*	-0,01	-0,13	—	
16. Subiektywny stan zdrowia	0,28***	-0,31***	0,25**	0,22**	0,29***	0,07	0,15	-0,20*	0,07	0,06	-0,02	-0,09	0,02	0,09	-0,48***	—
17. Obiektywny stan zdrowia	-0,10	0,22**	-0,17*	-0,20*	-0,26**	0,04	-0,17*	-0,05	0,09	-0,11	-0,11	0,28***	-0,07	-0,16*	0,47***	-0,49***

Uwaga. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$; $N = 151$; źródło: opracowanie własne

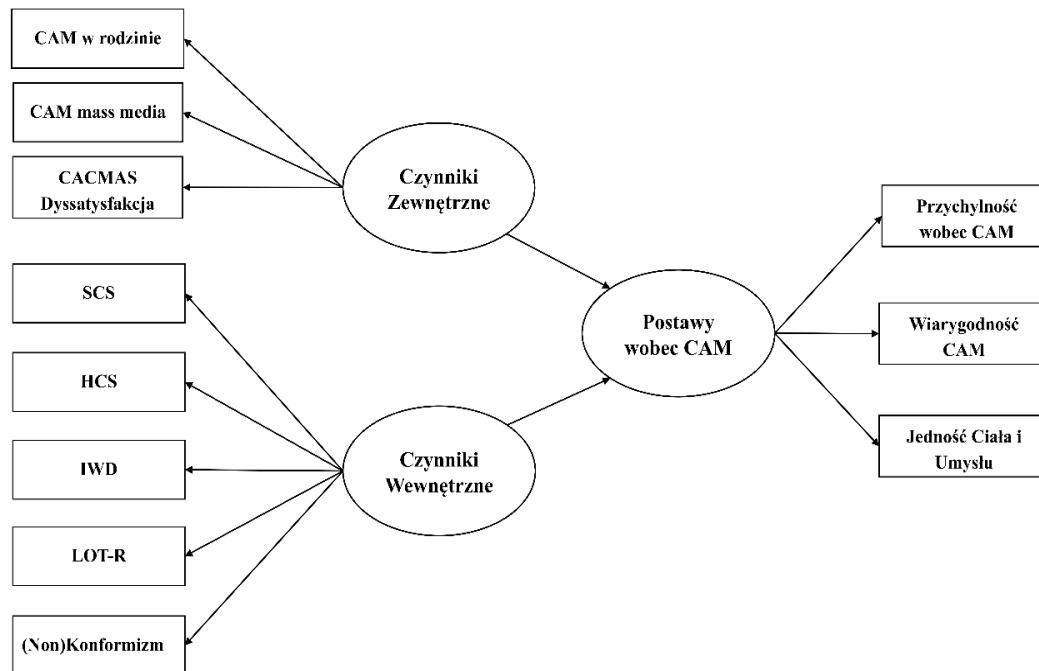
3.2. Związki między Czynnikiemami Zewnętrznymi i Wewnętrznymi będącymi elementami Orientacji życiowej a Postawami wobec CAM

Na tym etapie analiz dokonano weryfikacji hipotez: H1, H1a i H1b. W tym celu przeprowadzono analizę równań strukturalnych metodą największej wiarygodności *maximum likelihood* (Maydeu-Olivares, 2017). Analizę wykonano z wykorzystaniem biblioteki *lavaan* (Rosseel, 2012). Wyniki weryfikacji założeń zostały przedstawione w aneksie.

Rysunek 6 przedstawia testowany model. Opisuje on relację pomiędzy trzema konstruktami latentnymi, utworzonymi w oparciu o składniki wymienione w H1a i H1b. Pierwszy z nich odnosi się do czynników zewnętrznych a jego wskaźnikami są zmienne *percepcja wpływu rodziny na stosowanie CAM* (CAM w rodzinie), *percepcja wpływu mass mediów na stosowanie CAM* (CAM mass media) oraz wynik dla skali CACMAS *Dyssatysfakcja z medycyny konwencjonalnej*. Wyniki ogólne w skalach SCS, HCS, IWD, LOT-R i wynik dla skali KAHN-III *Konformizm-Nonkonformizm* zostały wybrane jako składowe zmiennej Orientacja życiowa - Czynniki Wewnętrzne. Oba czynniki zostały włączone do modelu jako predyktory zmiennej *Postawy wobec CAM*, za której wskaźniki przyjęto wyniki w skalach *Przychyłość wobec CAM*, *Wiara (wiarygodność) w CAM* i *Jedność Ciała i Umysłu*.

Rysunek 6

Model przedstawiający relację pomiędzy zmiennymi Czynniki Zewnętrzne, Czynniki Wewnętrzne i Postawy wobec CAM oraz ich wskaźnikami



Adnotacja: CAM w rodzinie – percepcja wpływu tradycji rodzinnej na stosowanie CAM; CAM mass media – percepcja wpływu mass mediów na stosowanie CAM; CACMAS Dyssatisfakcja – wynik w skali Dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej; CACMAS - Skala Postaw wobec Medycyny Komplementarnej, Konwencjonalnej i Alternatywnej; SCS – Skali Samokontroli; HCS – Skala Świadomości Zdrowotnej; LOT-R – Test Orientacji Życiowej; (Non)Konformizm – Skala Konformizm-Nonkonformizm w Kwestionariuszu Twórczego Zachowania KAHN III;

Ocena jakości dopasowania modelu do danych została dokonana w oparciu o wskaźniki RMSEA, SRMR, χ^2/df , CFI, TLI, AIC oraz BIC. Analiza wykazała słabe dopasowanie testowanego modelu do danych (Kline, 2011): $\chi^2(41) = 74,43$, $p = 0,001$, $\chi^2/df = 1,81$, RMSEA = 0,07, 95% PU [0,05; 0,10], SRMR = 0,05, CFI = 0,88, TLI = 0,84, AIC = 3977,90 oraz BIC = 4053,33. Na podstawie wartości wskaźników modyfikacyjnych (Klein, 2011) wprowadzono do modelu informację o kowariancji pomiędzy parami zmiennych *Dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej* i wynikiem ogólnym skali HCS, wynikiem na skali LOT-R i wynikiem ogólnym HCS oraz CAM mass media i wynikiem ogólnym skali IWD. Wartości indeksów wynosiły odpowiednio $MI = 11,65$, $MI = 10,35$ oraz $MI = 6,44$. Analiza skorygowanego w ten sposób modelu wykazała jego bardzo dobre dopasowanie do danych: $\chi^2(39) = 42,53$, $p = 0,282$, $\chi^2/df = 1,12$, RMSEA = 0,03, 95% PU [0,00; 0,07], SRMR = 0,02, CFI = 0,98, TLI = 0,98, AIC = 3952 oraz BIC = 4036,48. Spadek wartości AIC oraz BIC sugeruje poprawę jakości

dopasowania modelu do danych. Zestawienie wskaźników dopasowania dla obu modeli wraz z wartościami kryterialnymi zostało przedstawione w Tabeli 6.

Tabela 6

Wskaźniki dopasowania modeli testowanych z wykorzystaniem metody największej wiarygodności

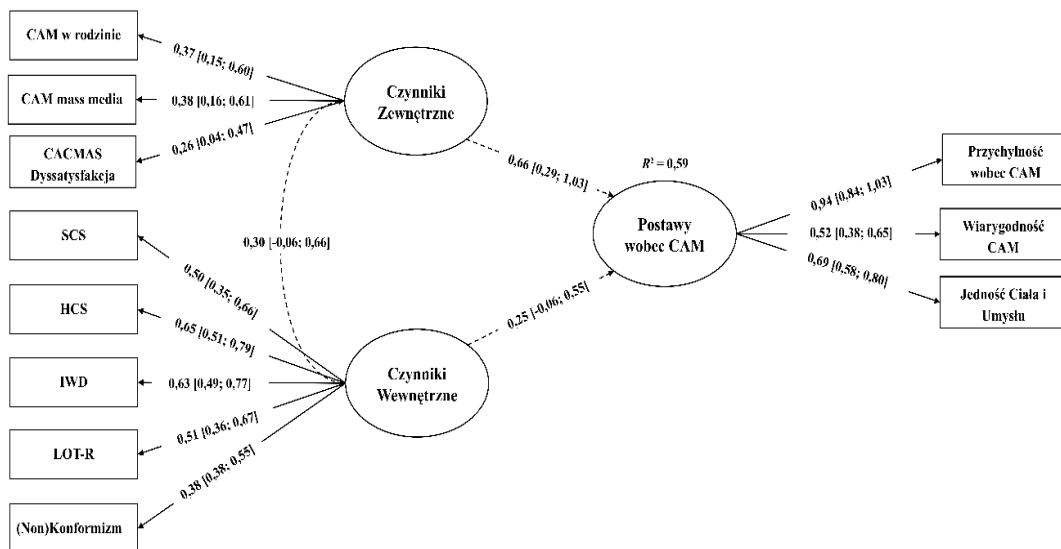
Model	χ^2	df	χ^2/df	P	CFI	TLI	RMSEA [90% CI]	SRMR	AIC	BIC
Model 1	74,43	41	1,81	0,001	0,88	0,84	0,07 [0,05; 0,10]	0,05	3977,90	4053,33
Model 2	42,53	38	1,12	0,282	0,98	0,98	0,03 [0,00; 0,07]	0,02	3952,00	4036,48

Wartości kryterialne^a — — < 2 albo 3 > 0,05 ≥ 0,95 ≥ 0,95 < 0,05 [0,00; 0,08] ≤ 0,08 M2 < M1 M2 < M1

Adnotacja. ^a na podstawie (Schreiber, 2017); M1 – wartość dla modelu 1; M2 – wartość dla modelu 2; źródło: opracowanie własne

Rysunek 7

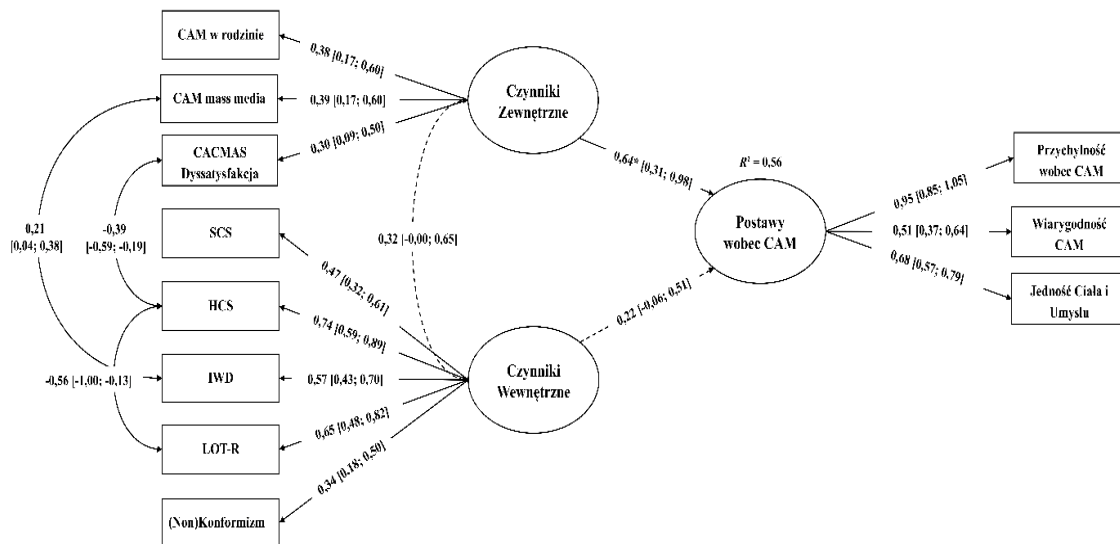
Model równań strukturalnych dla relacji pomiędzy predyktorami Czynniki Zewnętrzne i Czynniki Wewnętrzne oraz zmiennej zależnej Postawy wobec CAM wraz z wartościami współczynników standaryzowanych



Adnotacja. Wartości w kwadratowych nawiasach przedstawiają 95% przedziały ufności dla współczynników; linią przerywaną oznaczono relacje nieistotne statystycznie na poziomie p > 0,005; źródło: opracowanie własne.

Rysunek 8

Model równań strukturalnych dla relacji pomiędzy predyktorami Czynniki Zewnętrzne i Czynniki Wewnętrzne oraz zmiennej zależnej Postawy wobec CAM po wprowadzeniu korekty w oparciu o wartości indeksów modyfikacyjnych



Adnotacja. * $p < 0,050$; wszystkie wartości podane na rysunku przedstawiają współczynniki standaryzowane; wartości w kwadratowych nawiasach przedstawiają 95% przedziały ufności dla współczynników; linią przerywaną oznaczono relacje nieistotne statystycznie na poziomie $p > 0,005$; źródło: opracowanie własne.

Rysunki 7 i 8 przedstawiają kolejne modele wraz z uzyskanymi standaryzowanymi wartościami współczynników. W przypadku modelu 2, to znaczy skorygowanego o wartości indeksów modyfikacyjnych, predyktor Czynniki Zewnętrzne okazał się być istotnie statystycznie związany ze zmienną zależną, $Z = 2,14$, $p = 0,032$. Wartość standaryzowanego współczynnika regresji wynosiła $\beta = 0,64$, 95% PU [0,31; 0,98]. Natomiast nie potwierdzono występowania istotnego statystycznie związku pomiędzy zmienną Czynniki Wewnętrzne a zmienną zależną, $Z = 1,51$, $p = 0,132$. Wartość standaryzowanego współczynnika regresji wynosiła $\beta = 0,22$, 95% PU [-0,06; 0,51]. Szczegółowe wyniki przeprowadzonej analizy zostały zamieszczone w Tabeli 7. Łączna wartość wariancji zmiennej zależnej wyjaśnianej przez predyktory wynosiła $R^2 = 0,56$.

Tabela 7

Współczynniki regresji dla relacji pomiędzy predyktorami a zmienną Postawa wobec CAM

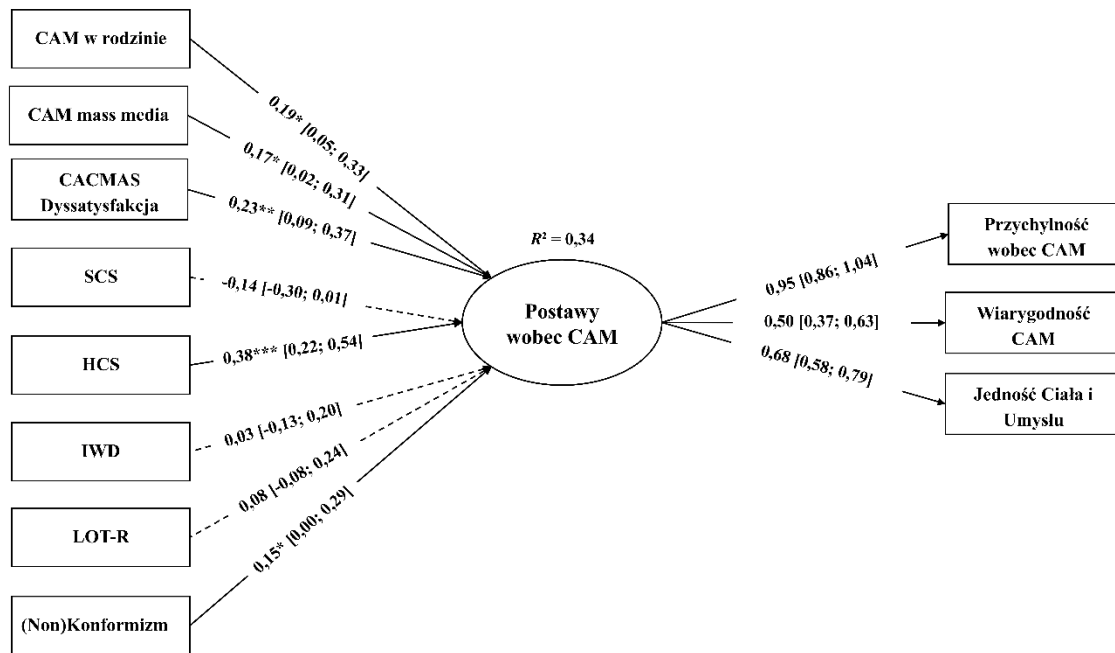
Predyktor	<i>SE</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	95% PU (<i>B</i>)	β	95% PU (β)
Model 1							
ZEW	0,71	1,95	0,051	1,38	[-0,01; 2,77]	0,66	[0,29; 1,03]
WEW	0,27	1,54	0,124	0,41	[-0,11; 0,93]	0,25	[-0,06; 0,55]
Model 2							
ZEW	0,62	2,14	0,032*	1,33	[0,11; 2,55]	0,64	[0,31; 0,98]
WEW	0,20	1,51	0,132	0,30	[-0,09; 0,69]	0,22	[-0,06; 0,51]

Adnotacja. * $p < 0,05$; *B* – współczynnik niestandardyzowany; β – współczynnik standaryzowany; *SE* – błąd standardowy; ZEW – zmienna Czynniki Zewnętrzne; WEW – zmienna Czynniki Wewnętrzne; źródło: opracowanie własne.

W celu dokonania opisu szczegółowych relacji pomiędzy poszczególnymi zmiennymi obserwowalnymi a zmienną *Postawy wobec CAM* została przeprowadzona kolejna analiza z wykorzystaniem modelowania równań strukturalnych metodą największej wiarygodności. Obliczenia zostały wykonane z wykorzystaniem biblioteki *lavaan* (Rosseel, 2012).

Rysunek 9

Model równań strukturalnych dla relacji pomiędzy predyktorami a zmienną Postawy wobec CAM wraz z wartościami współczynników standaryzowanych



Adnotacja. *** $p < 0,001$, ** $p < 0,010$, * $p < 0,050$; wartości w kwadratowych nawiasach przedstawiają 95% przedziały ufności dla współczynników; linią przerywaną oznaczono relacje nieistotne statystycznie na poziomie $p > 0,005$; źródło: opracowanie własne.

Tabela 8

Wskaźniki dopasowania modelu testowanego z wykorzystaniem metody największej wiarygodności

Model	χ^2	df	χ^2/df	p	CFI	TLI	RMSEA [90% CI]	SRMR
Model 1	24,16	16	1,51	0,086	0,95	0,92	0,06 [0,00; 0,10]	0,02
Wartości kryterialne^a	—	—	< 2 albo 3	> 0,05	≥ 0,95	≥ 0,95	< 0,05 [0,00; 0,08]	≤ 0,08

Adnotacja. ^a na podstawie (Schreiber, 2017); M1 – wartość dla modelu 1; M2 – wartość dla modelu 2; źródło: opracowanie własne.

Rysunek 9 przedstawia model wraz ze standaryzowanymi wartościami współczynników. Analiza wykazała akceptowalne dopasowanie testowanego modelu do danych $\chi^2(16) = 24,16$, $p = 0,086$, $\chi^2/df = 1,51$, RMSEA = 0,06, 95% PU [0,00; 0,10],

SRMR = 0,02, CFI = 0,95, TLI = 0,92. Ocena wartości wskaźników modyfikacyjnych nie sugerowała konieczności wprowadzenia do modelu informacji o kowariancji pomiędzy zmiennymi. Zestawienie uzyskanych wyników zostało zaprezentowane w tabeli 8.

Wszystkie predyktory wchodzące wcześniej w skład zmiennej Czynniki Zewnętrzne wykazały istotną statystycznie relację ze zmienną: *Dysatisfakcja z medycyny konwencjonalnej*, $Z = 3.08$, $p = 0,002$ przy wartości współczynnika standaryzowanego $\beta = 0,23$, 95% PU [0,09; 0,37]; CAM w rodzinie, $Z = 2,54$, $p = 0,011$ oraz $\beta = 0,12$, 95% PU [0,05; 0,33]; CAM mass media, $Z = 2,23$, $p = 0,26$ oraz $\beta = 0,17$, 95% PU [0,02; 0,31]. Istotnym statystycznie predyktorem okazały się również być wynik ogólny w skali HCS ($Z = 4,50$, $p < 0,001$, $\beta = 0,38$, 95% PU [0,22; 0,54]) oraz wynik w skali *Konformizm-Nonkonformizm* ($Z = 1,99$, $p = 0,047$, $\beta = 0,15$, 95% PU [0,00; 0,29]).

Nie potwierdzono natomiast występowania istotnej statystycznie relacji pomiędzy *Postawami wobec CAM* a wynikami ogólnymi w skalach SCS ($Z = -1,81$, $p = 0,070$, $\beta = -0,14$, 95% PU [-0,30; 0,01]), IWD ($Z = 0,39$, $p = 0,696$, $\beta = 0,03$, 95% PU [-0,13; 0,20]) oraz LOT-R ($Z = 1,02$, $p = 0,307$, $\beta = 0,08$, 95% PU [-0,08; 0,24]). Szczegółowe wyniki przeprowadzonej analizy zostały zamieszczone w Tabeli 9. Łączna wariancja zmiennej zależnej wyjaśniana przez predyktory wynosiła $R^2 = 0,34$.

Tabela 9

Współczynniki regresji dla relacji pomiędzy i predyktorami a zmienną Postawy wobec CAM

Predyktor	SE	Z	p	B	95% PU (B)	β	95% PU (β)
HCS	0,07	4,50	< 0,001***	0,32	[0,18; 0,46]	0,38	[0,22; 0,54]
SCS	0,07	- 1,81	0,070	- 0,13	[-0,26; 0,01]	- 0,14	[-0,30; 0,01]
IWD	0,07	0,39	0,696	0,03	[-0,11; 0,17]	0,03	[-0,13; 0,20]

Tabela 9

Współczynniki regresji dla relacji pomiędzy i predyktorami a zmienną Postawy wobec CAM

LOT-R	0,07	1,02	0,307	0,07	[-0,07; 0,21]	0,08	[-0,08; 0,24]
Nonkonformizm	0,07	1,99	0,047*	0,13	[0,00; 0,26]	0,15	[0,00; 0,29]
Dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej	0,06	3,08	0,002**	0,17	[0,06; 0,28]	0,23	[0,09; 0,37]
CAM w rodzinie	0,06	2,54	0,011*	0,15	[0,03; 0,26]	0,19	[0,05; 0,33]
CAM mass media	0,06	2,23	0,026*	0,13	[0,02; 0,24]	0,17	[0,02; 0,31]

Adnotacja. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$; B – współczynnik niestandardyzowany; β – współczynnik standardyzowany; SE – błąd standardowy; źródło: opracowanie własne.

Ostatnim krokiem było przeprowadzenie regresji liniowej (Su i in., 2012) w celu dokonania szczegółowego opisu relacji pomiędzy zmiennymi obserwowalnymi względem poszczególnych wymiarów Postaw wobec CAM. Ze względu na niską wartość współczynników rzetelności dla skali *Wiara (wiarygodność) w CAM*, nie została ona uwzględniona jako zmienna zależna.

Analiza przeprowadzona dla skali *Przychyłość wobec CAM* wykazała, że wybrana grupa predyktorów wykazywała istotny statystycznie związek ze zmienną zależną, $F(8;142) = 7,98$, $p < 0,001$, skorygowane $R^2 = 0,27$. W przypadku zmiennych wynik na skalach HCS ($\beta = 0,37$, $t(142) = 4,43$, $p < 0,001$) i *Dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej* ($\beta = 0,22$, $t(142) = 3,08$, $p = 0,003$) oraz CAM w rodzinie ($\beta = 0,19$, $t(142) = 2,66$, $p = 0,009$) i CAM mass media ($\beta = 0,15$, $t(142) = 2,01$, $p = 0,047$) zaobserwowano istotny statystycznie związek z *Przychyłością wobec CAM*. Natomiast wyniki na skalach SCS ($\beta = -0,14$, $t(142) = -1,77$, $p = 0,078$), IWD ($\beta = 0,03$, $t(142) = 0,32$, $p = 0,747$), LOT-R ($\beta = 0,08$, $t(142) = 0,97$, $p = 0,336$) oraz *Konformizm-Nonkonformizm* ($\beta = 0,13$, $t(142) = 1,81$, $p = 0,072$) nie mogły zostać uznane za istotne

predyktory badanego zjawiska. Szczegółowe informacje dotyczące współczynników modelu zostały zamieszczone w tabeli 10.

Tabela 10

Wartości współczynników w analizie regresji liniowej przeprowadzonej dla zmiennej zależnej Przychylność wobec CAM

Predyktor	B	SE	95% PU		t	p	β	95% PU	
			Dolny	Górny				Dolny	Górny
Wyraz wolny	0,56	6,56	-12,41	13,54	0,09	0,932			
HCS	0,20	0,04	0,11	0,29	4,43	<0,001	0,37	0,20	0,53
SCS	-0,09	0,05	-0,18	0,01	-1,77	0,078	-0,14	-0,29	0,02
IWD	0,01	0,03	-0,05	0,07	0,32	0,747	0,03	-0,14	0,19
LOTR	0,16	0,17	-0,17	0,49	0,97	0,336	0,08	-0,08	0,24
Nonkonformizm	0,21	0,11	-0,02	0,43	1,81	0,072	0,13	-0,01	0,28
Dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej	0,18	0,06	0,06	0,29	3,08	0,003	0,22	0,08	0,37
CAM w rodzinie	1,00	0,38	0,26	1,75	2,66	0,009	0,19	0,05	0,33
CAM mass media	0,83	0,42	0,01	1,66	2,01	0,047	0,15	0,00	0,29

Adnotacja. B – współczynnik niestandardyzowany; β – współczynnik standardyzowany; SE – błąd standardowy; źródło: opracowanie własne.

Analiza wykonana dla zmiennej *Jedność Ciała i Umysłu* jako zmiennej objaśnianej ponownie wykazała dobre dopasowanie modelu do danych, $F(8;142) = 4,35$, $p < 0,001$, skorygowane $R^2 = 0,15$. Jedynie dwa predyktory okazały się statystycznie istotnie związane ze zmienną zależną, to jest wynik na skalach HCS ($\beta = 0,33$, $t(142) = 3,66$, $p < 0,001$) oraz *Konformizm-Nonkonformizm* ($\beta = 0,16$, $t(142) = 2,02$, $p = 0,045$). W przypadku pozostałych zmiennych nie wykryto istotnej statystycznie zależności: $\beta = -0,13$, $t(142) = -1,48$, $p = 0,142$ dla wyniku na skali SCS; $\beta = 0,05$, $t(142) = 0,60$, $p = 0,547$ dla skali IWD; $\beta = 0,07$, $t(142) = 0,77$, $p = 0,441$ w przypadku LOT-R; $\beta = 0,11$, $t(142) = 1,43$, $p = 0,154$ dla *Dyssatisfakcji z medycyny konwencjonalnej*; $\beta = 0,01$, $t(142) = 0,11$, $p = 0,911$ w przypadku zmiennej CAM w rodzinie; $\beta = 0,11$, $t(142) = 1,34$, $p =$

0,182 dla zmiennej CAM mass media. Szczegółowe informacje o współczynnikach modelu zostały zamieszczone w tabeli 11.

Tabela 11

Wartości współczynników w analizie regresji liniowej przeprowadzonej dla zmiennej zależnej Jedność Ciała i Umysłu

Predyktor	B	SE	95% PU		t	p	β	95% PU	
			Dolny	Górny				Dolny	Górny
Wyraz wolny	8,42	3,23	2,03	14,80	2,61	0,010			
HCS	0,08	0,02	0,04	0,12	3,66	<0,001	0,33	0,15	0,51
SCS	-0,04	0,02	-0,08	0,01	-1,48	0,142	-0,13	-0,29	0,04
IWD	0,01	0,01	-0,02	0,04	0,60	0,547	0,05	-0,12	0,23
LOTR	0,06	0,08	-0,10	0,23	0,77	0,441	0,07	-0,10	0,24
Konformizm- Nonkonformizm	0,11	0,06	0,00	0,22	2,02	0,045	0,16	0,00	0,32
Dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej	0,04	0,03	-0,02	0,10	1,43	0,154	0,11	-0,04	0,27
CAM w rodzinie	0,02	0,19	-0,35	0,39	0,11	0,911	0,01	-0,14	0,16
CAM mass media	0,27	0,20	-0,13	0,68	1,34	0,182	0,11	-0,05	0,26

Adnotacja. B – współczynnik niestandardowy; β – współczynnik standaryzowany; SE – błąd standardowy; źródło: opracowanie własne

Podsumowując, przeprowadzone analizy statystyczne wykazały bardzo dobre dopasowanie modelu do danych. Nie potwierdziły natomiast zasadności postulowanych w nim relacji, wskazujących, że zmienna Czynniki Zewnętrzne, której wskaźnikami są *Dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej*, CAM w rodzinie i CAM mass media oraz zmienna Czynniki Wewnętrzne, reprezentowana przez wyniki w skalach HCS, SCS, IWD, LOT-R i *Konformizm-Nonkonformizm*, mogą być traktowane jako istotne predyktory czynnika Postawy wobec CAM, budowanego przez wyniki na skalach *Przychylność wobec CAM, Jedność Ciała i Umysłu i Wiara (wiarygodność) w CAM*. Jedynie zmienna Czynniki Zewnętrzne okazała się być istotnym statystycznie predyktorem zmiennej zależnej, wykazując związek dodatni o wielkości efektu $\beta = 0,64$.

Otrzymane wyniki pokazują, że Postawy wobec CAM warunkowane są istotnym udziałem takich czynników, jak dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej, percepcja wpływu rodziny oraz mass mediów na stosowanie CAM przez jednostkę.

Szczegółowe analizy sugerują, że spośród zmiennych budujących Orientację Życiową - Czynniki Wewnętrzne jedynie wynik na skali HCS wykazuje stabilny, istotny statystycznie dodatni związek ze zmiennymi zależnymi z *Postawami wobec CAM* oraz jej składowymi (z wyjątkiem składowej *Wiara (wiarygodność) w CAM*, gdyż ta relacja nie była testowana). Postawy wobec CAM i ich składowe w niniejszym badaniu wiązały się z wyższym poziomem świadomości zdrowotnej. Zmienna *Konformizm-Nonkonformizm* także wykazuje istotny statystycznie związek dodatni z *Postawami wobec CAM* oraz jedną jej składową, to jest skalą *Jedność Ciała i Umysłu*. Wyższy poziom nonkonformizmu jest zatem istotnie powiązany z *Postawami wobec CAM* oraz z postawami holistycznymi, wyrażającymi się w przekonaniu o tym, że sfera fizyczna i psychiczna funkcjonowania człowieka są ze sobą nierozzerwalnie związane, co wyraża się w postawach, których dotyczy skala *Jedność Ciała i Umysłu*.

Wszystkie zmienne będące wskaźnikami Czynników Zewnętrznych wykazują indywidualnie istotny statystycznie dodatni związek z *Postawami wobec CAM* oraz jedną jej składową, to jest skalą *Przychyłość wobec CAM*. Oznacza to, że uwarunkowaniami Postaw wobec CAM w wymiarze poznawczo-emocjonalnym oraz jej składowej: *Przychyłości wobec CAM* są: wyższy poziom dyssatisfakcji z medycyny konwencjonalnej, większy postrzegany wpływ tradycji rodzinnej oraz mass mediów na ich stosowanie.

Spośród istotnych statystycznie predyktorów, największy udział w wyjaśnianiu wariacji zmiennej *Postawy wobec CAM* miał wynik w skali HCS ($\beta = 0,32$), natomiast najmniejszy *Konformizm-Nonkonformizm* ($\beta = 0,13$). W niniejszym badaniu Postawy wobec CAM pozostają w istotnym dodatnim związku z wyższym poziomem świadomości zdrowotnej i nonkonformizmu. W przypadku zmiennej *Przychyłość wobec CAM* były to odpowiednio HCS ($\beta = 0,37$) oraz CAM mass media ($\beta = 0,15$) czyli wyższy poziom świadomości zdrowotnej oraz deklarowany wpływ mass mediów na stosowanie CAM. Natomiast dla zmiennej zależnej *Jedność Ciała i Umysłu* były to odpowiednio HCS ($\beta = 0,33$) oraz *Konformizm-Nonkonformizm* ($\beta = 0,16$). Przekonanie o psychofizycznej jedności ciała i umysłu wyrażającej się w holistycznych postawach ujętych w Skali *Jedność Ciała i Umysłu* wiąże się istotnie z wyższym poziomem świadomości zdrowotnej i nonkonformizmu.

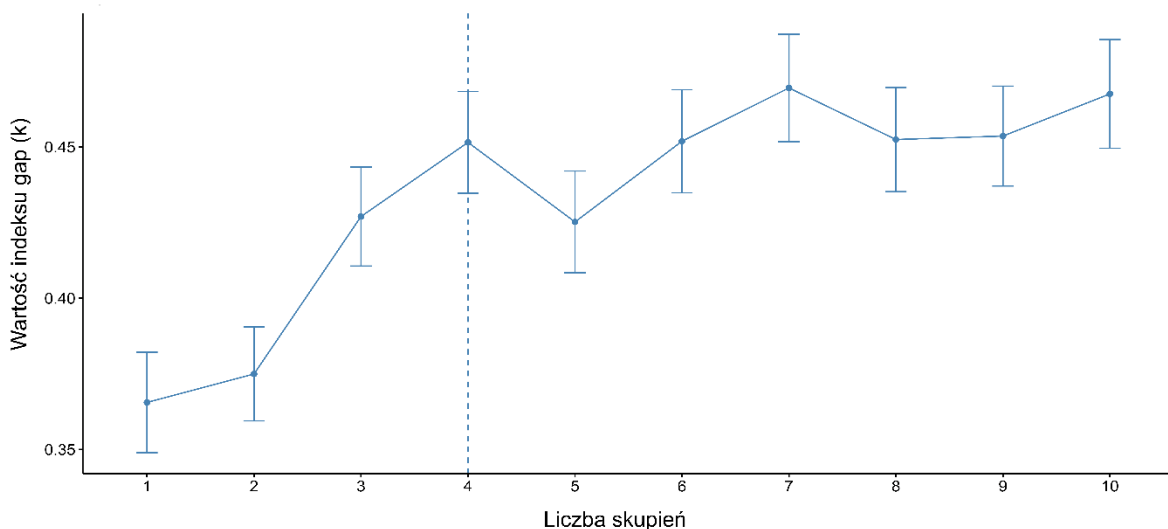
3.3. Typy użytkowników CAM oraz różnice pomiędzy wyodrębnionymi typami

W ramach hipotezy 2 postulowano istnienie wśród zwolenników CAM typów użytkowników, które różnią się pod względem poziomu wybranych zmiennych psychologicznych. W celu weryfikacji tej hipotezy przeprowadzono analizę skupień metodą k-średnich z wykorzystaniem algorytmu Hartigana-Wonga (1979). Liczbę centrów skupień wyznaczono przy pomocy indeksu *gap statistic* (Tibshirani i in., 2001). Następnie wykonano jednoczynnikową wielowymiarową analizę wariancji MANOVA (St, Wold, 1990) dla zmiennych zależnych: wynik na skalach HCS, SCS, LOT-R, *Dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej*, wymiarów postaw wobec CAM: CACMAS *Jedność Ciała i Umysłu* i CACMAS *Przychyłość wobec CAM* oraz wyodrębnionych skupień jako zmiennej niezależnej⁵.

Przeprowadzone analizy wskazywały na optymalną wartość 4 niezależnych skupień, co przedstawiono na poniższym rysunku.

Rysunek 10

Wartości indeksu gap dla różnej liczby skupień

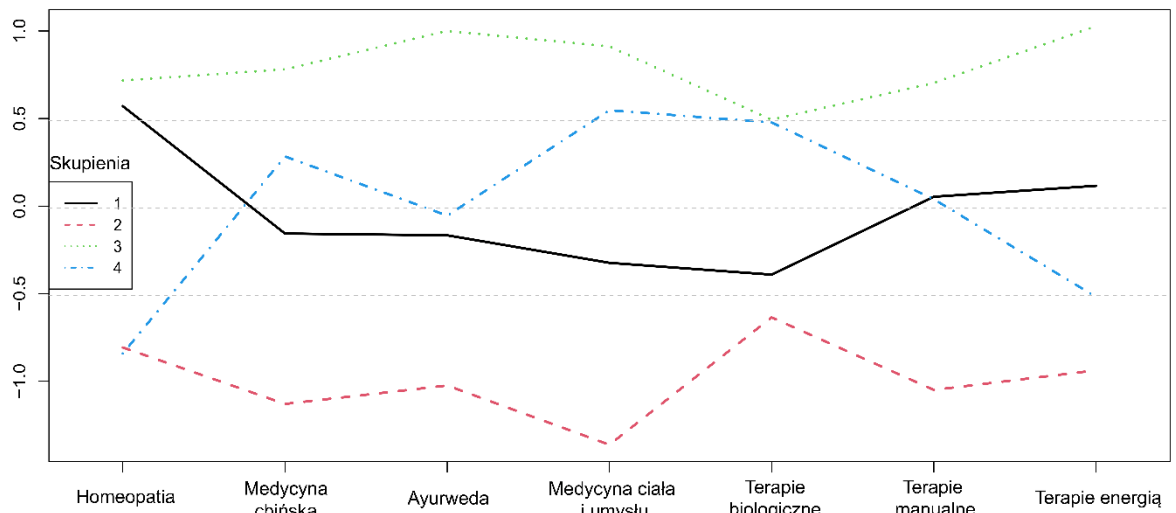


Adnotacja: źródło: opracowanie własne

⁵ Skala Wiara w CAM nie została uwzględniona w analizach ze względu na zbyt niską rzetelność do analiz indywidualnych (jako zmienna zależna w analizie testem K-W).

Rysunek 11

Centra skupień wyodrębnione na podstawie preferencji wobec różnymi typów terapii CAM



Adnotacja. Oś y przedstawia wartości odchylenia standardowego; wykres został sporządzony w oparciu o dane standaryzowane.

Rysunek 11 przedstawia profil poszczególnych skupień wyodrębniony na podstawie średnich dla każdej zmiennej w ramach danego centrum. Uśredniona wartość wskaźnika sylwetki (*silhouette score*) wynosiła 0,22 i może zostać uznana za akceptowalną (Shahapure, Nicholas, 2020). Zawartość skupień pozwoliła na zidentyfikowanie następujące grupy użytkowników CAM charakteryzujące się odmiennym stylem stosowania CAM: (1) *typ Zorientowany na homeopatię*, (2) *typ Ostrożny*, (3) *typ Zaangażowany*, (4) *typ Niekontrowersyjny*. Grupę osób *Zorientowanych na homeopatię* charakteryzowało wyższe od przeciętnej zainteresowanie homeopatią przy relatywnie bliskim przeciętnej poziomie zainteresowania pozostałymi formami CAM lub nieznacznie obniżonym poziomie preferencji wobec terapii biologicznych i typu ciało-umysł. Skupienie drugie reprezentują osoby, które choć stosują CAM, charakteryzują się najniższym poziomem preferencji wobec wszystkich rodzajów terapii CAM. Wydaje się, że choć są one otwarte na korzystanie z CAM, cechuje je ostrożność w ich stosowaniu. Dlatego też ten typ stosowania CAM określić można jako *Ostrożny*. Jego przeciwieństwem są reprezentanci skupienia trzeciego, którzy uzyskują wyższe poziomy nasilenia tendencji do korzystania z wszystkich rodzajów terapii CAM w porównaniu do pozostałych grup. Ten typ stosowania CAM został zatem określony

jako *Zaangażowany*. Ostatnie skupienie tworzą osoby, które wykazują większe niż wartość przeciętna zainteresowanie medycyną ciała i umysłu, terapiami biologicznymi i Tradycyjną Medycyną Chińską przy niższym poziomie zainteresowania homeopatią i terapiami energią. Oznacza to, że osoby te kierują swoje upodobania w stronę terapii w większym stopniu akceptowanych społecznie, w mniejszym stopniu kontrowersyjnych. Duża część metod terapeutycznych istniejących w obrębie tych typów terapii jest akceptowanych przez naukę i poddawane były empirycznej weryfikacji. Z pewnymi ograniczeniami adaptowane są również przez medycynę konwencjonalną (Bardia i in., 2006; Cooke i in., 2020; Jonas, Levin, 2000; Zhang i in., 2018). Homeopatia i terapie energią są natomiast nieakceptowane przez środowisko medyczne i odrzucane jako metody nie poddające się empirycznej weryfikacji (terapię energią) (Jonas, Levin, 2000; Rao i in., 2016) bądź posiadające założenia sprzeczne z prawami nauki (homeopatia) (Jonas i in., 2003; Jonas, Levin, 2000). Biorąc pod uwagę specyfikę preferowanych terapii typ korzystania z CAM, jaki reprezentują można nazwać *Niekontrowersyjnym*.

Standaryzowane wartości średnich dla skupień zostały przedstawione w tabeli 12.

Tabela 12

Średnie standaryzowane wartości zainteresowania różnymi metodami CAM dla poszczególnych skupień

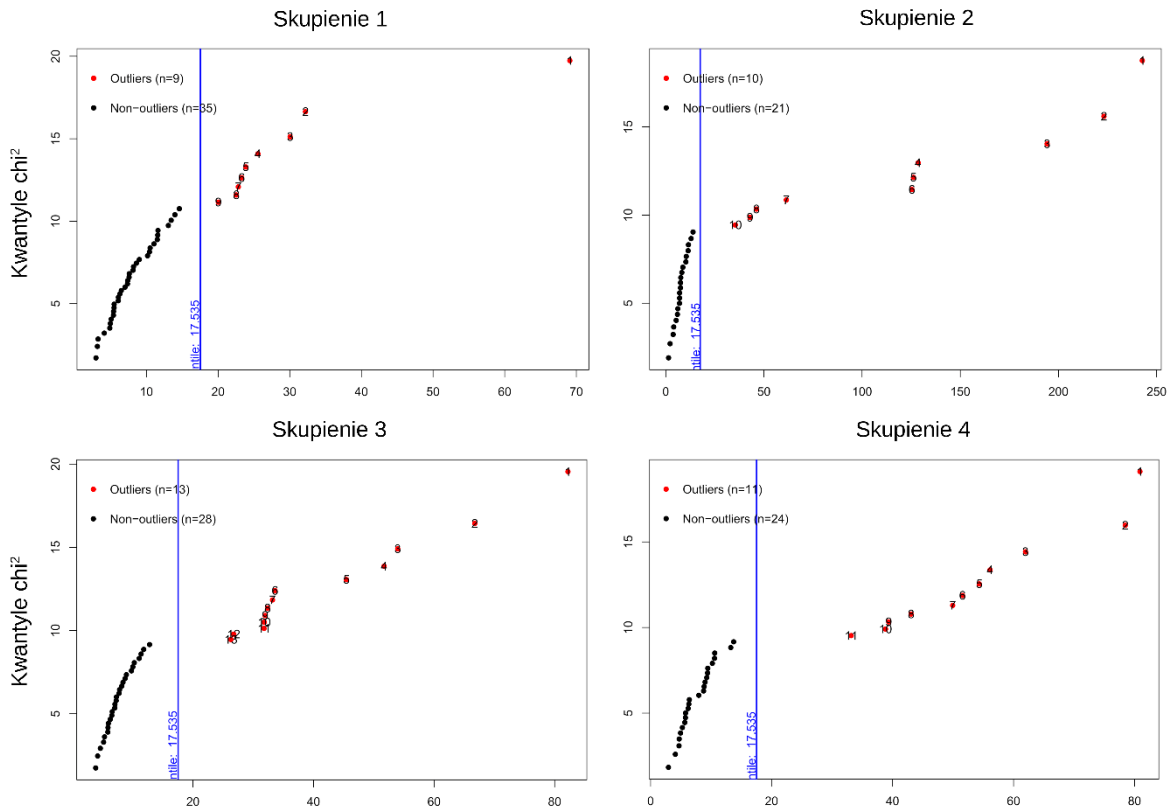
Metoda CAM	Skupienie			
	1	2	3	4
Homeopatia	0,57	-0,81	0,72	-0,84
Medycyna Chińska	-0,16	-1,13	0,78	0,28
Ayurweda	-0,17	-1,02	1	-0,05
Medycyna Ciała i Umysłu	-0,32	-1,36	0,91	0,55
Terapie Biologiczne	-0,39	-0,64	0,49	0,48
Terapie Manualne	0,05	-1,05	0,7	0,04
Terapie Energią	0,12	-0,94	1,03	-0,52

Adnotacja: źródło: opracowanie własne

Analizy wykresów opisowych wykonanych z wykorzystaniem odpornej odległości Mahalanobisa (Korkmaz i in., 2014) wykazała występowanie znacznej ilości wielowymiarowych przypadków odstających, co ilustruje rysunek 12.

Rysunek 12

Wykresy K-K skorygowanych wartości χ^2 do diagnostyki wielowymiarowych przypadków odstających w poszczególnych skupieniach



Adnotacja. Oś x przedstawia wartości kwadratu odpornej odległości Mahalanobisa. Źródło: opracowanie własne

Ze względu na wysoką wrażliwość testu MANOVA na przypadki ekstremalne, wykonano wielowymiarową analizę wariancji w wersji nieparametrycznej (Bathke i in., 2008; Burchett i in., 2017; Liu i in., 2011). Przeprowadzone analizy wykazały występowanie różnic pomiędzy analizowanymi grupami: $F(17,77; 853,90) = 5,76$, $p < 0,001$; odporna Lambda Wilksa = 3,77, $p < 0,001$; oszacowanie McKeona dla testu Lawleya-Hotellinga = 3,97, $p < 0,001$; oszacowanie Mullera dla testu Bartletta-Nandii-Pillai = 3,56, $p < 0,001$.

W celu eksploracji różnic w ramach poszczególnych zmiennych wykonano test Kruskala-Wallisa (Chan, Walmsley, 1997). Analizy wykazały występowanie różnic

między skupieniami w zakresie zmiennych HCS, $\chi^2(3) = 14,79$, $p = 0,002$, $\varepsilon^2 = 0,10$, LOT-R, $\chi^2(3) = 10,02$, $p = 0,018$, $\varepsilon^2 = 0,07$, Konformizm-Nonkonformizm, $\chi^2(3) = 18,04$, $p < 0,001$, $\varepsilon^2 = 0,12$, CACMAS Jedność Ciała i Umysłu, $\chi^2(3) = 35,96$, $p < 0,001$, $\varepsilon^2 = 0,24$, i CACMAS Przychylność wobec CAM, $\chi^2(3) = 38,31$, $p < 0,001$, $\varepsilon^2 = 0,26$. Nie wykazano natomiast istnienia statystycznie istotnych różnic dla zmiennych SCS, $\chi^2(3) = 1,91$, $p = 0,592$, IWD, $\chi^2(3) = 6,21$, $p = 0,102$ oraz *Dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej*, $\chi^2(3) = 1,12$, $p = 0,771$. W tabeli 13 przedstawiono statystyki opisowe dla zmiennych zależnych w grupach wyodrębnionych ze względu na przynależność do skupienia. Natomiast tabela 14 zawiera wyniki testu *post-hoc* DSCF (Douglas, Michael, 1991) dla zmiennych zależnych, dla których wykryto różnice istotne statystycznie.

Tabela 13

Statystyki opisowe dla zmiennych zależnych w podziale na grupy wyodrębnione na podstawie przynależności do skupień

Skala	Sk.	M	Mdn	SD	Min.	Maks.	Skośność		Kurtoza		S-W	
							SKE	SE	K	SE	W	p
HCS												
	1 ^a	108,25	109,00	14,97	78,00	137,00	-0,04	0,36	-0,74	0,70	0,98	0,591
	2 ^b	102,55	105,00	17,13	70,00	134,00	-0,01	0,42	-0,96	0,82	0,97	0,613
	3 ^c	117,17	118,00	15,47	84,00	144,00	-0,39	0,37	-0,82	0,72	0,96	0,145
	4 ^d	112,49	113,00	12,19	92,00	137,00	0,18	0,40	-0,90	0,78	0,97	0,457
SCS												
	1	103,05	104,00	14,35	69,00	135,00	-0,33	0,36	0,32	0,70	0,98	0,570
	2	104,23	107,00	13,71	76,00	134,00	-0,18	0,42	-0,30	0,82	0,96	0,222
	3	106,10	105,00	14,09	64,00	137,00	-0,44	0,37	0,94	0,72	0,98	0,783
	4	101,77	102,00	13,04	66,00	127,00	-0,51	0,40	0,50	0,78	0,97	0,481
IWD												
	1	165,86	165,50	19,63	129,00	200,00	-0,12	0,36	-0,96	0,70	0,97	0,286
	2	167,19	165,00	23,24	135,00	216,00	0,44	0,42	-0,77	0,82	0,95	0,124
	3	177,71	179,00	24,15	136,00	219,00	-0,15	0,37	-1,09	0,72	0,95	0,101
	4	167,71	167,00	26,48	108,00	213,00	-0,31	0,40	-0,23	0,78	0,97	0,526
LOT-R												
	1	14,64	14,00	3,96	7,00	24,00	0,55	0,36	-0,25	0,70	0,95	0,073
	2	14,94	14,00	3,96	6,00	24,00	0,08	0,42	0,31	0,82	0,98	0,898
	3	16,93	18,00	4,00	7,00	24,00	-0,64	0,37	0,14	0,72	0,96	0,146
	4	14,97	15,00	3,99	6,00	23,00	-0,07	0,40	-0,27	0,78	0,98	0,829

Tabela 13

Statystyki opisowe dla zmiennych zależnych w podziale na grupy wyodrębnione na podstawie przynależności do skupień

Skala	Sk.	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>SD</i>	Min.	Maks.	Skośność		Kurtoza		S-W	
							<i>SKE</i>	<i>SE</i>	<i>K</i>	<i>SE</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Konformizm-Nonkonformizm												
	1	35,00	36,00	5,00	23,00	43,00	-0,46	0,36	-0,27	0,70	0,97	0,200
	2	30,35	30,00	5,65	20,00	43,00	0,11	0,42	-0,49	0,82	0,98	0,764
	3	35,90	37,00	4,86	23,00	44,00	-0,74	0,37	0,17	0,72	0,95	0,077
	4	34,74	35,00	5,32	26,00	46,00	0,07	0,40	-0,96	0,78	0,95	0,139
Dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej												
	1	26,57	26,00	9,48	9,00	46,00	0,08	0,36	-0,68	0,70	0,98	0,580
	2	28,77	29,00	8,29	13,00	45,00	0,12	0,42	-0,59	0,82	0,98	0,780
	3	28,32	28,00	12,25	8,00	51,00	0,12	0,37	-0,81	0,72	0,97	0,245
	4	28,89	28,00	12,82	10,00	56,00	0,33	0,40	-0,92	0,78	0,95	0,136
Jedność Ciała i Umysłu												
	1	20,59	21,00	3,27	14,00	25,00	-0,49	0,36	-0,82	0,70	0,93	0,012
	2	20,03	20,00	3,83	13,00	27,00	-0,04	0,42	-0,44	0,82	0,97	0,432
	3	24,17	24,00	3,01	18,00	28,00	-0,32	0,37	-0,94	0,72	0,93	0,010
	4	24,09	25,00	3,60	16,00	28,00	-0,69	0,40	-0,36	0,78	0,90	0,003
Przychylność wobec CAM												
	1	33,64	34,00	6,29	21,00	47,00	-0,18	0,36	-0,32	0,70	0,97	0,385
	2	31,03	31,00	7,36	16,00	49,00	0,04	0,42	0,68	0,82	0,97	0,515
	3	42,35	42,00	7,29	27,00	56,00	-0,00	0,37	-0,43	0,72	0,98	0,777
	4	37,43	38,00	8,81	18,00	56,00	0,05	0,40	-0,09	0,78	0,98	0,814

Adnotacja. *N* = 151; ^a*N* = 44; ^b*N* = 31; ^c*N* = 41; ^d*N* = 35; Sk. – numer skupienia; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; Min. – wartość minimalna; Maks. – wartość maksymalna; *SKE* – skośność; *K* – kurtoza; *SE* – błąd standardowy; *W* – wynik test Shapiro-Wilka; źródło: opracowanie własne

Tabela 14

Porównania parami post-hoc testem Dwassa-Steela-Critchlowa-Flignera

Skala	Skupienia	<i>W</i>	<i>p</i>
HCS			
	1 ^a 2 ^b	-1,95	0,513
	3 ^c	3,66	0,047
	4 ^d	1,73	0,611
	2 3	4,90	0,003
	4	3,24	0,101
	3 4	-2,20	0,403
LOT-R			
	1 2	0,89	0,923
	3	3,96	0,027
	4	0,99	0,898
	2 3	3,28	0,094
	4	0,13	1,000
	3 4	-3,20	0,107
Konformizm- Nonkonformizm			
	1 2	-4,80	0,004
	3	1,32	0,786
	4	-0,36	0,994
	2 3	5,63	<0,001
	4	4,04	0,022
	3 4	-1,50	0,714
Jedność Ciała i Umysłu			
	1 2	-1,08	0,869
	3	6,27	<0,001
	4	5,72	<0,001
	2 3	6,16	<0,001
	4	5,62	<0,001
	3 4	0,24	0,998
Przychylność wobec CAM			
	1 2	-2,51	0,287
	3	7,09	<0,001
	4	2,89	0,171

2	3	7,49	< 0,001
	4	4,17	0,017
3	4	-3,58	0,055

Adnotacja. $N = 151$; ^a $N = 44$; ^b $N = 31$; ^c $N = 41$; ^d $N = 35$; W – wynik testu Dwassa-Steela-Critchlowa-Flignera

Porównania parami wskazują na występowanie istotniej statystycznie różnicy pomiędzy typem *Ostrożnym* (2), a *Zaangażowanym* (3) ($W = 4,90$, $p = 0,003$) w zakresie zmiennej HCS. Osoby przynależące do skupienia 2, reprezentujące typ *Ostrożny* uzyskują istotnie niższe wyniki ($Mdn = 105,00$) niż osoby należące do typu *Zaangażowanego* ($Mdn = 118,00$). Dla tej zmiennej wykryto także istotną statystycznie różnicę pomiędzy typem *Zorientowanym na homeopatię* (1) a typem *Zaangażowanym* (3) ($W = 3,66$, $p = 0,047$), gdzie osoby należące do skupienia numer 1 (typ *Zorientowany na homeopatię*) ($Mdn = 109$) uzyskiwały istotnie niższe wyniki. Wielkość efektu tych różnic należy zinterpretować jako małą ($\epsilon^2=0,10$) (Cohen, 2016). Najwyższymi wynikami w zakresie zmiennej HCS w badanych grupach charakteryzują się zatem osoby reprezentujące typ *Zaangażowany* (3), najniższym zaś osoby korzystające z CAM w sposób *Ostrożny* (2). Oznacza to, że najwyższy poziom świadomości zdrowotnej charakteryzuje *Zaangażowany* typ stosowania CAM (3) w porównaniu do typu *Zorientowanego na homeopatię* (1) i *Ostrożnego* (2), które charakteryzują się niższymi wynikami w zakresie tej zmiennej.

Wyodrębnione grupy różnią się istotnie statystycznie także pod względem wyników uzyskiwanych na skali LOT-R ($W = 3,96$, $p = 0,027$). Wielkość uzyskanego efektu jest mała ($\epsilon^2=0,07$). Osoby reprezentujące typ *Zaangażowany* (3) wykazywały istotnie wyższe wyniki ($Mdn = 18,00$) niż osoby zaliczone do typu *Zorientowanego na homeopatię* (1) ($Mdn = 14,00$). Wyniki te oznaczają, że typ *Zaangażowany* (3) charakteryzuje się istotnie wyższym poziomem dyspozycyjnego optymizmu niż typ *Zorientowany na homeopatię* (1).

W zakresie skali *Konformizm-Nonkonformizm* wykryto trzy istotne statystycznie porównania o umiarkowanej sile efektu ($\epsilon^2=0,12$): pomiędzy typem *Zorientowanym na homeopatię* (1) i *Ostrożnym* (2) ($W = 4,80$, $p = 0,004$), *Ostrożnym* (2) i *Zaangażowanym* (3) ($W = 5,63$, $p < 0,001$) oraz *Ostrożnym* (2) i *Niekontrowersyjnym* (4) ($W = 4,04$, $p = 0,022$). Osoby przynależące do typu *Ostrożnego* (2) ($Mdn = 30,00$) wykazywały istotnie statystycznie niższe wyniki niż członkowie pozostałych grup (mediany kolejno

dla skupień 1, 3, 4: $Mdn = 36,00$, $Mdn = 37,00$ i $Mdn = 35,00$). Oznacza to, że najniższe nasilenie zmiennej Nonkonformizm obserwuje się u osób stosujących CAM w sposób *Ostrożny* (2), nieco wyższe u osób stosujących CAM w sposób *Niekontrowersyjny* (4), natomiast wyniki najwyższe kolejno notuje typ *Zaangażowany* (3) i *Zorientowany na homeopatię* (1).

Wyodrębnione skupienia różnią się również istotnie w zakresie wyników w dwóch składowych postaw wobec CAM w wymiarze poznawczo-emocjonalnym. Wielkość efektu tych różnic jest umiarkowana ($\epsilon^2=0,26$ – wielkość efektu w przypadku różnic w skali *Przychyłość wobec CAM* oraz $\epsilon^2=0,24$ - dla różnic skali *Jedność Ciała i Umysłu*). W przypadku skali *Jedność Ciała i Umysłu* zaobserwowano istotnie statystyczne różnice pomiędzy skupieniami 1 i 3 czyli pomiędzy reprezentantami typów: *Zorientowany na homeopatię* i *Zaangażowany* ($W = 6,27$, $p < 0,001$), *Zorientowany na homeopatię* (1) i *Niekontrowersyjny* (4) ($W = 5,72$, $p < 0,001$), *Ostrożny* (2) i *Zaangażowany* (3) ($W = 6,16$, $p < 0,001$) oraz *Ostrożny* (2) i *Niekontrowersyjny* (4) ($W = 5,62$, $p < 0,001$). Osoby *Zorientowane na homeopatię* (1) ($Mdn = 21,00$) uzyskiwały istotnie niższe wyniki niż osoby charakteryzujące się *Zaangażowanym* typem stosowania CAM (3) ($Mdn = 24,00$) oraz *Niekontrowersyjnym* typem (4) ($Mdn = 25,00$). Podobnie, osoby należące do typu *Ostrożnego* (2) ($Mdn = 20,00$) uzyskiwały istotnie niższe wyniki niż osoby charakteryzujące się typem *Zaangażowanym* (3) oraz *Niekontrowersyjnym* (4). Widać wyraźnie, że osoby reprezentujące typ *Zaangażowany* i *Niekontrowersyjny* istotnie bardziej skłaniają się ku podejściu holistycznemu, traktującemu sferę psychiczną i fizyczną jako funkcjonalną całość i takie podejście do zagadnień zdrowia i choroby jest im bliższe.

Dla skali *Przychyłość wobec CAM* wykryto istotne statystycznie różnice pomiędzy osobami *Zorientowanymi na homeopatię* (1) i *Zaangażowanymi* w stosowanie CAM (3) ($W = 7,09$, $p < 0,001$), osobami należącymi do typu *Ostrożnego* (2) i *Zaangażowanego* (3) ($W = 7,49$, $p < 0,001$) oraz do *Ostrożnego* (2) i *Niekontrowersyjnego* (4) ($W = 4,17$, $p < 0,017$). Osoby charakteryzujące się *Zaangażowanym* typem stosowania CAM (3) ($Mdn = 42,00$) uzyskiwały istotnie wyższe wyniki niż osoby *Zorientowane na homeopatię* (1) ($Mdn = 34,00$) i oraz o *Ostrożnym* typie stosowania CAM (2) ($Mdn = 31,00$). Osoby przynależące do typu *Ostrożnego* (2) uzyskiwały także niższe wyniki niż osoby reprezentujące *Niekontrowersyjny* typ stosowania CAM (4) ($Mdn = 38,00$). Wyniki najwyższe w zakresie *Przychyłości wobec CAM* osiągały osoby charakteryzujące się *Zaangażowanym* (3) i *Niekontrowersyjnym* (4)

typem ich stosowania, co oznacza że użytkownicy ci są najbardziej skłonni do tego, by postrzegać CAM jako bardziej odpowiednie dla nich niż medycyna konwencjonalna i zdecydowanie preferują te metody leczenia.

3.4. Obiektywny i subiektywny stan zdrowia oraz spostrzegane zagrożenie chorobą a stosowanie CAM

W celu weryfikacji hipotezy dotyczącej występowania różnic pomiędzy osobami korzystającymi i niekorzystającymi z CAM pod względem zmiennych stanowiących źródła potrzeb zdrowotnych: subiektywny stan zdrowia i spostrzegane zagrożenia chorobą, mierzonych na skali porządkowej, zastosowano test U Manna-Whitney'a (McKnight, Najab, 2010). Natomiast w celu weryfikacji różnic pomiędzy tymi samymi grupami dla zmiennej nominalnej obiektywny stanu zdrowia wykonano test niezależności χ^2 . Wartość p , na podstawie której dokonano interpretacji poziomu istotności statystycznej wyliczono ze wzoru Fishera uogólnionego na zmienne wielokategorialne. Test ten wykazuje odporność na niskie wartości liczebności oczekiwanych oraz większą precyzję dla prób o $N < 1000$ (McDonald, 2009). Z uwagi na zjawisko inflacji błędu pierwszego rodzaju, wywołanego wielokrotnymi porównaniami w ramach jednej rodziny hipotez, zastosowano korektę dla wartości p metodą Benjaminiego-Hochberga (Benjamini i Hochberg, 1995)

Przeprowadzone analizy nie wykazały występowania istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami w zakresie żadnej z przeanalizowanych zmiennych. W przypadku zmiennej subiektywny stan zdrowia uzyskano wartość testu $U = 23232,50$, $p = 0,599$, dla zmiennej spostrzegane zagrożenie chorobą $U = 22595,00$, $p = 0,317$, natomiast w przypadku zmiennej obiektywny stan zdrowia $\chi^2(2) = 3,48$, $p = 0,173$. Tabela krzyżowa dla testu χ^2 została przedstawiona w tabeli 23.

Tabela 15

Tabela krzyżowa dla relacji pomiędzy zmiennymi Stosowanie CAM a Obiektywny stan zdrowia

Stosowanie CAM		Obiektywny stan zdrowia			Całość
		Całkowicie zdrowy	Przejściowe dolegliwości zdrowotne	Przewlekłe chory	
Stosuje	Obserwowana	36	69	46	151
	Oczekiwane	42,91	69,05	39,04	151,00
	% w kolumnie	27 %	32 %	38 %	32 %
Nie stosuje	Obserwowana	97	145	75	317
	Oczekiwane	90,09	144,95	81,96	317,00
	% w kolumnie	73 %	68 %	62 %	68 %
Całość	Obserwowana	133	214	121	468
	Oczekiwane	133	214	121	468
	% w kolumnie	100 %	100 %	100 %	100 %

3.5. Wybrane zmienne socjodemograficzne a stosowanie CAM

W celu weryfikacji istnienia różnic pomiędzy badanymi korzystającymi a niekorzystającymi z CAM pod względem zmiennych wiek, płeć, wykształcenie⁶ oraz przynależność religijna zastosowano test niezależności χ^2 (McDonald, 2009). Interpretacja istotności statystycznej wyników została dokonana na podstawie wartości p wyliczonej ze wzoru Fishera uogólnionego na zmienne wielokategorialne. Metoda ta wykazuje odporność na niskie wartości liczebności oczekiwanych oraz większą precyzję dla prób o $N < 1000$ (McDonald, 2009). Interpretacja wyników *post-hoc* została przeprowadzona w oparciu o metodę porównania wartości reszt standaryzowanych z uwzględnieniem poprawki Pearsona (Sharpe, 2015). W przypadku zmiennych

⁶ Zmienna wykształcenie nie została przeanalizowana przy pomocy narzędzi dla zmiennych porządkowych, ponieważ posiada tylko 3 wartości, a mediana w grupie jest taka sama. Z tego względu zastosowanie tabel krzyżowych umożliwi lepsze zrozumienie analizowanego zjawiska.

porządkowych Miejsce zamieszkania oraz poziom dochodów⁷ zastosowano test *U* Manna-Whitney'a (McKnight, Najab, 2010).

W celu ograniczenia wpływu zjawisko inflacji błędu pierwszego rodzaju, wywołanego wielokrotnymi porównaniami w ramach jednej rodziny hipotez, zastosowana została korekta dla wartości *p* metodą Benjaminiego-Hochberga (1995). Tabela 16 zawiera szczegółowe informacje na temat wartości obserwowanych i oczekiwanych dla zmiennych Płeć oraz Stosowanie CAM. Analizy przeprowadzone z wykorzystaniem testu niezależności χ^2 wskazują, że kobiety istotnie statystycznie częściej stosują CAM niż mężczyźni, $\chi^2(1) = 8,40$, $p = 0,007$. Wielkość efektu mierzoną przy pomocy współczynnika *V* Cramera można określić jako niską $V = 0,13$ (Funder, Ozer, 2019).

Tabela 16

Tabela krzyżowa dla relacji pomiędzy zmiennymi Stosowaniem CAM i Płeć

Stosowanie CAM		Płeć		Całość
		Kobieta	Mężczyzna	
Stosuje	Obserwowane	125	26	151
	Oczekiwane	112.20	38.80	151.00
	% w kolumnie	36 %	22 %	32 %
	Reszty stand.	2,90	-2,90	
Nie stosuje	Obserwowane	222	94	316
	Oczekiwane	234.80	81.20	316.00
	% w kolumnie	64 %	78 %	68 %
	Reszty stand.	-2,90	2,90	
Całość	Obserwowane	347	120	467
	Oczekiwane	347	120	467
	% w kolumnie	100 %	100 %	100 %

Adnotacja. Reszty stand. – reszty standaryzowane z wykorzystaniem korekty Pearsona; wartość krytyczna dla reszt = 2,50; źródło: opracowanie własne

⁷ Zmienna poziom dochodów została uwzględniona po wykluczeniu osób, które odmówiły udzielenia odpowiedzi. Dlatego w tym przypadku $N = 381$.

Istotna statystycznie zależność została zaobserwowana także dla zmiennej Wykształcenie, $\chi^2(2) = 13,66, p < 0,001$, przy niskiej wielkości efektu $V = 0,17$. Analiza reszt standaryzowanych wskazuje, że spośród przebadanych grup zależności występowały w grupach osób posiadających zawodowe/średnie wykształcenie oraz o wyższym wykształceniu. Osoby należące do pierwszej grupy istotnie częściej deklarowały niestosowanie CAM niż stosowanie (wartości reszt standaryzowanych 3,45 względem -3,45), natomiast osoby z wyższym wykształceniem istotnie częściej deklarowały stosowanie CAM niż niestosowanie (wartości reszt standaryzowanych 3,67 względem -3,67). W przypadku osób z wykształceniem podstawowym nie zaobserwowano występowania istotnej zależności. Szczegółowe dane na temat wartości obserwowanych, oczekiwanych oraz reszt standaryzowanych zostały przedstawione w tabeli 17.

Tabela 17

Tabela krzyżowa dla relacji pomiędzy zmiennymi Stosowanie CAM i Poziom wykształcenia

Stosowanie CAM		Poziom wykształcenia			Całość
		Podstawowe	Zawodowe/średnie	Wyższe	
Stosuje	Obserwowane	1	33	117	151
	Oczekiwane	2.26	49.37	99.38	151.00
	% w kolumnie	14 %	22 %	38 %	32 %
	Reszty stand.	-1,03	-3,45	3,67	
Nie stosuje	Obserwowane	6	120	191	317
	Oczekiwane	4.74	103.63	208.62	317.00
	% w kolumnie	86 %	78 %	62 %	68 %
	Reszty stand.	1,03	3,45	-3,67	
Całość	Obserwowana	7	153	308	468
	Oczekiwane	7	153	308	468
	% w kolumnie	100 %	100 %	100 %	100 %

Adnotacja. Reszty stand. – reszty standaryzowane z wykorzystaniem korekty Pearsona; wartość krytyczna dla reszt = 2,64; źródło: opracowanie własne.

Istotną statystycznie zależność zaobserwowano także w przypadku związku pomiędzy stosowaniem CAM a deklarowanym wyznaniem, $\chi^2(5) = 23,15, p < 0,001$.

Analizy *post-hoc* wykonane w oparciu o reszty standaryzowane wskazują, że spośród przebadanych grup osoby deklarujące ateizm istotnie częściej wskazywały na niestosowanie CAM względem stosowania (wartości reszt standaryzowanych odpowiednio 2,85 i -2,85), natomiast osoby deklarujące brak przynależności religijnej, ale będące wierzącymi częściej wybierały stosowanie CAM względem niestosowania (wartości reszt standaryzowanych odpowiednio 4,08 i -4,08). W przypadku pozostałych grup wydzielonych na podstawie przynależności religijnej nie zaobserwowano istotnej zależności. Wielkość obserwowanego efektu można określić jako umiarkowaną ($V = 0,22$). Szczegółowe informacje na temat danych zawiera tabela 19.

W przypadku zmiennych Miejsce zamieszkania i Dochód netto nie wykryto różnic istotnych statystycznie, uzyskują kolejno wyniki $U = 23800,50$, $p = 0,920$ dla Miejsca zamieszkania oraz $U = 14219,50$, $p = 0,188$ dla Dochodu netto.

Tabela 18

Tabela krzyżowa dla relacji pomiędzy zmiennymi Stosowanie CAM a Przynależność religijna

Stosowanie CAM		Deklarowane wyznanie						Całość
		Ateizm	Agn.	Brak przyn.	Katolicyzm	Kat. niep.	Inne	
Stosuje	Obserwowane	11	12	28	72	24	4	151
	Oczekiwane	20,97	11,29	15,49	73,56	23,55	6,13	151,00
	% w kolumnie	17 %	34 %	58 %	32 %	33 %	21 %	32 %
	Reszty stand.	-2,85	0,27	4,08	-0,31	0,12	-1,07	
Nie stosuje	Obserwowane	54	23	20	156	49	15	317
	Oczekiwane	44,03	23,71	32,51	154,44	49,45	12,87	317,00
	% w kolumnie	83 %	66 %	42 %	68 %	67 %	79 %	68 %
	Reszty stand.	2,85	-0,27	-4,08	0,31	-0,12	1,07	
Całość	Obserwowana	65	35	48	228	73	19	468
	Oczekiwane	65	35	48	228	73	19	468
	% w kolumnie	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Adnotacja. Reszty stand. – reszty standaryzowane z wykorzystaniem korekty Pearsona; Agn. – agnostycyzm; Brak przyn. – brak formalnej przynależności, ale wierzący; Kat. niep. – Katolicyzm, ale niepraktykujący; wartość krytyczna dla reszt = 2,87; źródło: opracowanie własne.

3.6. Weryfikacja hipotez i dyskusja wyników

Hipoteza 1. Istnieje związek między czynnikami zewnętrznymi, będącymi elementami orientacji życiowej (percepcją znaczenia rodzinnej tradycji stosowania CAM i przekazu mass mediów na temat CAM oraz dyssatysfakcją z medycyny konwencjonalnej) i wewnętrznymi, stanowiącymi składowe orientacji życiowej (świadomością zdrowotną, dyspozycyjnym optymizmem, nonkonformizmem, samokontrolą i wrażliwością duchową) a postawami wobec CAM.

Hipoteza 1a. Istnieje związek między czynnikami zewnętrznymi będącymi elementami orientacji życiowej jak: percepcja znaczenia rodzinnej tradycji stosowania CAM i przekazu medialnego na temat CAM, dyssatysfakcja z medycyny konwencjonalnej, a postawami wobec CAM

Hipoteza 1b. Istnieje związek między czynnikami wewnętrznymi, stanowiącymi elementy orientacji życiowej: świadomością zdrowotną, dyspozycyjnym optymizmem, nonkonformizmem, samokontrolą, i wrażliwością duchową a postawami wobec CAM

Na podstawie otrzymanych wyników, należy uznać, że hipoteza pierwsza została częściowo potwierdzona. Istotnymi predyktorami Postaw wobec CAM są czynniki zewnętrzne, co potwierdza część założeń, jednak w zakresie czynników wewnętrznych, jedynie wybrane elementy orientacji życiowej: poziom świadomości zdrowotnej oraz nonkonformizmu istotnie wiążą się z postawami wobec CAM w wymiarze poznawczo-emocjonalnym.

Wobec powyższego należy uznać, że postawy te w większym stopniu warunkowane są czynnikami zewnętrznymi – dyssatysfakcją z medycyny konwencjonalnej, deklarowanym wpływem tradycji rodzinnej stosowania CAM oraz przekazem medialnym na temat tych terapii. Oznacza to, że wyniki badań otrzymanych w ramach niniejszej polskiej próby potwierdzają wyniki innych badaczy, którzy jako ważne predykatory kształtowania się postaw wobec CAM uznają dyssatysfakcję z medycyny konwencjonalnej (m.in. Betthausen i in., 2014; McFadden i in., 2010; Piątkowski, 2008; Zörgő i in., 2018b, 2020), tradycję stosowania CAM w rodzinie (Latte-Naor i in., 2018; Lobera, Rogero-García, 2020; Thi i in., 2020; Welz i in., 2019) oraz przekaz medialny na temat CAM (Ng i in., 2023). Wyniki te korespondują również

z poszczególnymi elementami teoretycznych modeli wyjaśniających uwarunkowania postaw wobec CAM. Czynniki zewnętrzne wyodrębniły jako istotne zarówno czynniki odstręczające od CAM (*push*) – dyssatisfakcję z medycyny konwencjonalnej, jak i czynniki przyciągające do CAM (*pull*) – deklarowany wpływ tradycji rodzinnej korzystania z CAM oraz przekazu medialnego, co nawiązuje wprost do modelu *push&pull* Sirois (1998). Obecność normy subiektywnej w postaci tradycji rodzinnej oraz przekazu płynącego z mass mediów na temat CAM koresponduje z elementami Teorii Planowego Działania i Teorii Uzasadnionego Działania Fishbeina i Ajzena (Ajzen, 1985, 1991; Ajzen & Fishbein, 1980).

Wyniki otrzymanych badań mogą być powiązane z faktem nienajlepszej oceny polskiej służby zdrowia przez Polaków (Centrum Badania Opinii Społecznej, 2021), która stanowi jeden z czynników powodujących zainteresowanie innymi metodami leczenia poza oficjalnym systemem medycznym.

Znaczący udział percepcji znaczenia wpływu rodzinnego na stosowanie CAM w wyjaśnianiu postaw wobec tych terapii można wytłumaczyć głębokim zakorzeniem się CAM w polskiej tradycji i kulturze, o czym szeroko pisze w swoich pracach Piątkowski (1984, 1990, 2008, 2012, 2020). Wskazuje on, na istnienie wciąż żywej tradycji lecznictwa ludowego na terenie Polski, która jest przekazywana z pokolenia na pokolenie. Być może również znacząca część osób korzystających z CAM w badanej próbie mogłaby być zaliczona do użytkowników typu *routine users* wyróżnionych w typologii Robinson, Lorenc i Blair (2009), u których stosowanie CAM jest silnie „wyuczone” poprzez przekaz rodzinnej tradycji oraz uwarunkowane względami kulturowymi obecnymi w społeczności. Przemawia za tym również duże rozpowszechnienie wśród Polaków samolecznictwa poprzez stosowania leków dostępnym bez recepty (Derkacz i in., 2014) (a wśród nich są także preparaty CAM), co jest również charakterystyczne dla *routine users*, którzy najczęściej zanim skorzystają z profesjonalnej porady lekarskiej, najpierw stosują leczenie domowe różnymi metodami CAM. W sposób oczywisty jednak kwestia ta wymaga dalszych badań, do których znaczący wpływ tradycji rodzinnej stosowania CAM w badanej próbie mógłby być przesłanką.

Wyniki badań potwierdziły również istotną rolę środków masowego przekazu w wyjaśnianiu postaw wobec CAM. Oprócz tego, że potwierdza to tendencję zaobserwowaną w badaniach międzynarodowych (Chen, Wang, 2021; Ng i in., 2023), może wskazywać również na związek z aktywnością wielu polskich kont pro-CAM

funkcjonujących w mediach społecznościowych, których duże zasięgi w ujęciu liczbowym zreferowano w rozdziale pierwszym. Podobnie w prasie dostępnych jest dużo periodyków o tematyce zdrowotnej, w której popularyzowane są różne metody CAM, zwłaszcza terapie biologiczne, które można stosować samodzielnie w domu w ramach profilaktyki i samoleczenia (m.in. *Moda na Zdrowie, Czego Ci lekarz nie powie, Zdrowie bez leków, Porady na Zdrowie, Zielnik Polski*). Warto zauważyć, że niejednokrotnie już same tytuły tych czasopism promują samolecznictwo i samodzielne radzenie sobie z dolegliwościami zdrowotnymi bez pomocy lekarza. Porady na temat korzystania z CAM znajdziemy również działach zdrowotnych w prasie kobiecej np. w *Poradniku Domowym* czy *Dobrych Radach*. Podobnie w reklamach telewizyjnych wiele miejsca poświęcane jest na promowanie różnego rodzaju preparatów, których istotna część należy do produktów CAM. Przykładowo w roku 2022 do wiodących (pierwsza dwudziestka) firm przeznaczających kilkumilionowe (!) wydatki na reklamy w stacjach telewizyjnych należały takie firmy, jak Aflofarm, Natur Produkt Pharma czy US Pharmacia (Kurdupski, 2022). Każda z nich pochwalić się może bogatą i zróżnicowaną ofertą produktów i suplementów diety, które są preparatami CAM. Duża dostępność informacyjna na temat terapii czy produktów CAM obecna we wszystkich środkach masowego przekazu koresponduje wyraźnie z otrzymanymi wynikami w zakresie deklarowanego znaczącego wpływu massmediów na postawy wobec CAM w grupie badanej.

Jak pokazały badania, istotny udział w wyjaśnianiu postaw wobec CAM mają również wybrane aspekty orientacji życiowej w postaci czynników wewnętrznych jak świadomość zdrowotna i nonkonformizm. Wydaje się zatem, że całościowo zdefiniowana w tym badaniu orientacja życiowa nie warunkuje postaw wobec CAM, ale istnieją jej elementy tj. zmienne psychologiczne, które są istotne w wyjaśnianiu kształtowania się tych postaw.

Wśród tych zmiennych największy udział ma świadomość zdrowotna. Wyniki te są zbieżne z obserwacjami Bainsa i Egede (2011), Gardinera i wsp. (2013) oraz Widyaningtyasa i wsp. (2023). Oznacza to, że większe zainteresowanie tematyką zdrowotną, wyższy poziom wiedzy o zdrowiu, większy udział zagadnień zdrowia w hierarchii wartości jednostki oraz zachowania zdrowotne mające na celu troskę o zdrowie fizyczne i psychiczne wiąże się z wyższym nasileniem pozytywnych postaw wobec CAM. Orientacja zdrowotna jest zatem w sposób znaczący z tymi postawami powiązana. Wyniki te pozwalają przypuszczać, że pozytywne postawy wobec CAM osób z wyższym poziomem świadomości zdrowotnej są w dużym stopniu świadomymi

wyborami zdrowotnymi, opartymi o motywację do zachowań prozdrowotnych i tendencją do pogłębiania wiedzy na temat zdrowia. Niesie to ze sobą ważne implikacje praktyczne dla edukacji zdrowotnej i zdrowia publicznego, szerzej zostanie ta kwestia poruszona w kolejnym podrozdziale.

Przeprowadzone badania nie ujawniły związku pomiędzy wrażliwością duchową a postawami wobec CAM. Wyniki te zaskakują w obliczu stosunkowo dużej liczby badań, które pokazują jako charakterystyczne dla zwolenników CAM zainteresowanie różnymi formami i wymiarami duchowości (Astin, 1998; Bishop i in., 2007; Zörgö i in., 2018a), a także wyższe wyniki w zakresie bezpośredniego pomiaru duchowości (Bishop i in., 2007; Mao i in., 2010; Smith i in., 2008) i religijności (McCurdy i in., 2003; Nicdao, Ai, 2014; Pedersen i in., 2013; Wilborn, 2020). Być może wynik ten ma związek ze specyfiką badanej grupy, w której 75% stanowili katolicy. Tak duży udział reprezentantów tej grupy koresponduje z liczbą zadeklarowanych katolików w polskiej populacji, która wynosi ok. 71% (Główny Urząd Statystyczny, 2023), co jest unikalne w tej części świata (Pew Research Center, 2017), a to mogło wpłynąć na odmiennosc otrzymanych wyników. Warto także zestawzić te wnioski z wynikami pochodzącymi z danych uzyskanych podczas weryfikacji hipotezy 4, które dotyczą behawioralnego wymiaru postaw, które pokazują, że stosowanie CAM jest częstsze u badanych, którzy deklarują brak przynależności religijnej przy jednoczesnej deklaracji pozostawiania osobą wierzącą, o czym pisali również Bishop i współpracownicy (2007). Dane pokazały również, że niestosowanie CAM w badanej grupie częściej występowało w grupie ateistów. Być może zatem istnieje jakieś inne, bardziej wysublimowane powiązanie między specyfiką duchowości, religijności i wrażliwości duchowej bądź ich elementami a stosowaniem CAM wśród Polaków, co powinno być jednak przedmiotem dalszych, pogłębionych badań.

Otrzymane wyniki nie potwierdziły również związków pomiędzy samokontrolą a postawami wobec CAM oraz dyspozycyjnym optymizmem a postawami wobec CAM w wymiarze poznawczo-emocjonalnym. Istniało jednak w tym przypadku mniej jednoznacznych i bezpośrednich danych, które sugerowałyby istnienie tych związków. Dyspozycyjny optymizm różnicuje jednak różne, wyodrębnione w ramach hipotezy 2 typy użytkowników CAM, co sugeruje, że wyższy poziom tej zmiennej charakteryzuje część zwolenników CAM – tych najbardziej zaangażowanych w korzystanie z różnych typów terapii CAM. Wynik ten pokazuje zasadność poszukiwania typologii wśród osób

korzystających z CAM, które są zróżnicowane pod względem poziomu różnych zmiennych psychologicznych.

Swoistym niespotykanym dotąd w badaniach empirycznych novum było umieszczenie w projekcie badawczym zmiennej *konformizm-nonkonformizm*, którą hipotetycznie powiązano z pozytywnymi postawami wobec CAM. Korzystanie z CAM wiąże się bowiem z licznymi kontrowersjami w społeczeństwie i wśród pracowników służby zdrowia, stąd zwolennicy CAM mogą spotkać się ze społecznym ostracyzmem oraz negatywnym odbiorem przez lekarza informacji o stosowaniu metod CAM. Jednostka, która chce kontynuować tego rodzaju praktyki musi wykazać się pewnymi zasobami odporności na ewentualną krytykę i możliwość społecznego napiętnowania. Podobne intuicje miał Siahpush (1999), który jako jedną ze skal w swoim kwestionariuszu do badania postaw wobec medycyny alternatywnej umieścił *Odrzucenie autorytetu (Rejection of authority)*, który w kontekście jego badań dotyczył jednak jedynie relacji z pracownikami służby zdrowia. Idąc tym tokiem rozumowania postulowano istnienie związku nonkonformizmu i pozytywnych postaw wobec CAM, co zostało w niniejszym badaniu potwierdzone. Cecha osobowości, jaką jest nonkonformizm, która charakteryzuje się niezależnością w myśleniu i działaniu, samosterownością, tendencją do postępowania zgodnie z własnymi wartościami i przekonaniem, odpornością na oddziaływania wpływu społecznego (Bernacka, 2019; Popek, 2001) okazała się być istotnie związana z pozytywnymi postawami wobec CAM. Może to oznaczać, że pewna część zwolenników CAM będzie te terapie konsekwentnie stosować mimo nieprzychylnych opinii na ich temat płynących od osób znaczących czy medycznych autorytetów. Wyniki te wnoszą ważny wkład do wiedzy na temat wymiarów osobowości i orientacji życiowej wyjaśniających kształtowanie się postaw wobec CAM w wymiarze poznawczo-emocjonalnym.

Specyfika narzędzia KAHN III umieszcza nonkonformizm w kontekście osobowości twórczej, a nonkonformizm ten jest jeszcze szerszy znaczeniowo niż sam aspekt wewnątrzsterowności i odporności na społeczne wpływy. Oprócz wymienionych, konstrukt nonkonformizmu w kwestionariuszu KAHN obejmuje takie cechy, jak m.in. elastyczność adaptacyjna, dominacja, tolerancyjność, samoorganizacja, oryginalność, otwartość, konsekwencja, aktywność, samokrytycyzm, wysokie poczucie własnej wartości (Bernacka i in., 2017). Być może zatem z pozytywnymi postawami wobec CAM będą wiązały się również inne cechy osobowości twórczej. Warto w tym kontekście nadmienić, iż Olchowska-Kotala (2009) wykazała, że z korzystaniem z CAM związana

jest *Twórczość* jako styl poznawczy, który wyraża się pomysłowością, giętkością, otwartością, spontanicznością oraz skłonnością do podejmowania ryzyka i eksperymentowania poznawczego. Być może zatem warto ukierunkować dalsze poszukiwania badawcze w kierunku powiązań osobowości twórczej oraz specyficznych dla niej stylów poznawczych z tendencją do ujawniania pozytywnych postaw wobec CAM.

Częściowe potwierdzenie przyjętego modelu badawczego pokazuje złożoność uwarunkowań postaw wobec CAM, znaczenie zarówno czynników zewnętrznych związanych z doświadczeniami z medycyną konwencjonalną, tradycją stosowania CAM w rodzinie oraz przekazu na temat CAM płynącego z mass mediów, jak i istotę wybranych wymiarów orientacji życiowej – świadomości zdrowotnej i nonkonformizmu. Wyniki te pozwalają głębiej zrozumieć fenomen kształtowania się postaw wobec CAM i są bardzo ważne z punktu widzenia zdrowia publicznego oraz edukacji zdrowotnej, o czym będzie mowa w kolejnym podrozdziale. Otwierają one również drogę do dalszych, pogłębionych badań nad uwarunkowaniami postaw zdrowotnych.

Hipoteza 2. Istnieją różne typy osób korzystających z CAM, które różnią się pod względem preferencji wobec różnych typów terapii CAM oraz różnych elementów orientacji życiowych obejmujących charakterystyki takie jak: dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej, świadomość zdrowotna, dyspozycyjny optymizm, nonkonformizm, samokontrola, wrażliwość duchowa

Wykonane analizy statystyczne pozwoliły wśród osób korzystających z CAM wyodrębnić 4 typy osób, które różnią się pod względem preferencji wobec różnych rodzajów terapii CAM. Co więcej, wyróżniono również grupy, które nie mają sprecyzowanych preferencji wobec którychś z terapii, różnią się one natomiast nasileniem preferencji wobec wszystkich wyróżnionych terapii. Tym samym część hipotezy dotycząca możliwości wyodrębnienia wśród osób stosujących CAM różnych typów została potwierdzona.

Otrzymane wyniki potwierdziły również drugą część hipotezy, która postulowała, iż poszczególne typy osób korzystających z CAM różnią się pod względem wybranych charakterystyk psychologicznych oraz postaw wobec CAM. Analizy istotności różnic wykazały, że poszczególne typy osób korzystających z CAM istotnie różnicuje poziom świadomości zdrowotnej, dyspozycyjnego optymizmu i nonkonformizmu oraz postaw

wobec CAM w aspekcie poznawczo-emocjonalnym w wymiarach – *Wiary w Jedność Ciała i Umysłu* oraz *Przychylności wobec CAM*. Wyniki w zakresie wrażliwości duchowej i samokontroli nie różniły się istotnie.

Z analiz tych wyników płynię kilka bardzo ciekawych obserwacji. Wyodrębniono wyraźne dwa typy korzystania z CAM, które istotnie różnią się nasileniem wobec preferencji wobec wszystkich typów terapii CAM – wyróżnia się w tym zakresie grupa osób o typie *Ostrożnym*, które charakteryzuje się mniejszym poziomem preferencji oraz o *Zaangażowanym* typie korzystania z CAM, które wykazuje wyraźnie wysoki poziom preferencji wobec każdego z rodzajów terapii CAM. Różnice behawioralne są spójne z wskaźnikami poznawczo-emocjonalnymi – reprezentanci typu zaangażowanego przejawiają istotnie bardziej pozytywne postawy wobec CAM w dwóch wyodrębnionych wymiarach. Ponadto typ *Zaangażowany* w porównaniu do *Ostrożnego* typu korzystania z CAM charakteryzuje się również istotnie wyższym poziomem nonkonformizmu, dyspozycyjnego optymizmu i świadomości zdrowotnej. Można przypuszczać zatem, że *Ostrożny* typ stosowania CAM reprezentują osoby otwarte na CAM, nie przejawiające jednak silnego przekonania do tych terapii oraz oczekiwań odnośnie ich efektywności. Wykazano, że stosowanie CAM jest możliwe nawet, jeżeli jednostka nie wierzy w efektywność terapii CAM np. w sytuacji, w której chce mieć poczucie, że zrobiła wszystko, co możliwe aby zwyciężyć chorobę (Bahall, 2017; Čavojová, Ersoy, 2020). Mogą one również nie przejawiać optymalnego poziomu gotowości do postępowania sprzecznego z ogólnie przyjętymi normami i konwencjami, są mniej nonkonformistyczne.

Przeciwny typowi *Ostrożnemu*, *Zaangażowany* typ korzystania z CAM charakteryzuje się silnie pozytywnymi postawami wobec tych metod, w sposób zdecydowany je preferuje, bliskie są mu idee holistyczne, głoszące wiarę w jedność ciała i umysłu. Z uwagi na wyższy poziom dyspozycyjnego optymizmu, typ ten być może w większym stopniu skłonny jest postrzegać perspektywę osiągniętych efektów działania CAM jako korzystne. Posiada również wyższy poziom świadomości zdrowotnej, co w kontekście wyższego nasilenia pozytywnych postaw wobec CAM pozwala przypuszczać, że dokonywane przez niego wybory zdrowotne i przejawiane preferencje wobec CAM są bardzo świadome i wynikają z przemyślanego wyboru. Otrzymane wyniki badań korespondują z typologią rodziców korzystających z CAM, stworzoną na podstawie wywiadów przez Robinson, Lorenc i Blair (2009), którzy wyróżnili w obrębie 7 wyróżnionych typów, rodzaj użytkowników *otwartych/zainteresowanych*

(*open/interested users*), którzy choć są otwarci na terapie CAM, mają niewielką wiedzę i doświadczenie z nimi związane, dysponują również zbyt niskimi środkami finansowymi, aby pozwolić sobie na ich stosowanie. Niższe nasilenie preferencji wobec CAM oraz niższa w tej grupie świadomość zdrowotna wskazywać może na pewne podobieństwa *Ostrożnego* typu stosowania CAM do *open/interested users*. Podobnie jeśli chodzi o *Zaangażowany* typ korzystania z CAM, posiada on pewne cechy wspólne z wyróżnionymi przez badaczy *zaangażowanymi wyznawcami* (*commitment believers*). Typ ten charakteryzuje się wyraźną preferencją różnorodnych metod CAM i w sposób świadomy je wybiera, co łączy go z *Zaangażowanym* typem stosowania CAM wyróżnionym na gruncie niniejszych badań. *Zaangażowani wyznawcy* wplatają ich stosowanie do szeroko pojętego własnego stylu i sposobu życia, a medycynę konwencjonalną traktują jako wybór ostatniej szansy, kiedy metody CAM zawiodą. Mimo podobieństwa, trudno powiedzieć, czy przytoczona w ostatnim zdaniu charakterystyka *commitment believers* mogłaby dotyczyć wyodrębnionego w niniejszym badaniu typu *Zaangażowanego*. Kwestia ta wymagałaby dalszych pogłębionych badań jakościowych, podobnie, jak bliższa eksploracja podobieństw między typem *Ostrożnym* korzystania z CAM oraz *open/interested users*. Wyniki niniejszych badań oraz spostrzeżenia Robinson, Lorenc i Blair (2009) sygnalizują jednak pewne ciekawe tendencje i wyznaczają kierunki badań na przyszłość.

Kolejne wyodrębnione skupienie zawiera grupę osób wyraźnie preferującą terapię z grupy medycyna ciała i umysłu, biologiczne oraz Tradycyjną Medycynę Chińską. Charakteryzuje się również istotnie niższym nasileniem nonkonformizmu niż typ *Zaangażowany* i *Zorientowany na homeopatię*. Typ *Niekontrowersyjny* przejawia również wysoką spójność z postawami wobec CAM w wymiarze poznawczo-emocjonalnym, co wyraża się w wysokim nasileniu pozytywnych postaw wobec CAM. Biorąc pod uwagę tę charakterystykę ten sposób korzystania z CAM określono jako *Niekontrowersyjny*. Preferowane przez tę grupę terapie są w większym stopniu akceptowane społecznie i pozwalające na naukową weryfikację. Stąd również chętniej są badane i włączane do medycyny konwencjonalnej (Bardia i in., 2006; Cooke i in., 2020; Jonas, Levin, 2000; Zhang i in., 2018). W przeciwieństwie do nich, homeopatia i terapie energią są raczej najczęściej przez środowisko medyczne i odrzucane jako terapie niepoddające się empirycznej weryfikacji, jakimi są w dużej mierze terapie energią (Jonas, Levin, 2000; Rao i in., 2016) bądź posiadają założenia sprzeczne z prawami nauki, o czym mówi się w kontekście homeopatii (Jonas i in., 2003; Jonas, Levin, 2000;

Komsta, 2006). Z uwagi na wyższy w tej grupie poziom świadomości zdrowotnej, można przypuszczać, że osoby o *Niekontrowersyjnym* stylu korzystania z CAM mogą być świadome statusu naukowego poszczególnych metod CAM. Z uwagi na to i być może również na niższy stopień nonkonformizmu, decydują się one na terapię w mniejszym stopniu kontrowersyjne i bardziej akceptowane przez środowisko lekarskie i społeczeństwo.

Czwartym wyróżnionym w niniejszym badaniu typem korzystania z CAM stanowią osoby o wyraźnie dominującej preferencji do korzystania z homeopatii. Nasilenie poziomu preferencji wobec innych typów terapii jest w ich przypadku zdecydowanie niższe, podobnie postawy wobec CAM nie mają tak dużego nasilenia, jak w przypadku osób reprezentujących typ *Zaangażowany*. Osoby te charakteryzują się, podobnie, jak typ *Zaangażowany* istotnie wyższym poziomem nonkonformizmu od typu *Ostrożnego* i *Niekontrowersyjnego*. Koresponduje to z faktem, iż homeopatia jest metodą bardzo kontrowersyjną i odrzucaną przez wiele środowisk (Komsta, 2006), zatem jej stosowanie w pewnych okolicznościach może spotkać się ze społecznym ostracyzmem, któremu jednostka będzie musiała się oprzeć.

Otrzymany wynik może być związany ze względnie dużą popularnością homeopatii w społeczeństwie polskim. Co ciekawe, w Polsce homeopatią zajmuje się ok. 5000 lekarzy, funkcjonuje również w środowisku lekarskim Polskie Towarzystwo Homeopatyczne, a dopuszczonych do obrotu preparatów homeopatycznych szacuje się na co najmniej kilka tysięcy (Komsta, 2006). Wg raportu GFK Polonia (2014), środki homeopatyczne przynajmniej raz w miesiącu stosuje 53% Polaków. Badania te pokazują dużą popularność homeopatii w polskiej populacji, co uzasadniać może otrzymane wyniki w postaci typu stosowania CAM *Zorientowanego na homeopatię*.

Niniejsza analiza przyniosła warty szczególnej uwagi wynik wskazujący na istotną rolę poziomu nonkonformizmu u wyodrębnionych typów korzystania z CAM. Warto zauważyć, iż niższe poziomy tej zmiennej charakteryzują typ *Ostrożny* i *Niekontrowersyjny*, najwyższe wyniki w zakresie nonkonformizmu uzyskują zaś reprezentanci typu *Zorientowanego na homeopatię* oraz *Zaangażowanego*. Biorąc pod uwagę tę obserwację oraz wyniki dotyczące pozytywnego związku tej zmiennej z pozytywnymi postawami wobec CAM można uznać nonkonformizm za szczególnie istotny czynnik osobowości i element orientacji życiowej, ważny dla kształtowania się postaw wobec CAM.

Na poniższym rysunku dokonano graficznej prezentacji typologii, która powstała w oparciu o wyniki niniejszych badań.

Rysunek 13

Typologia użytkowników CAM

Typologia użytkowników CAM

Typ zorientowany na homeopatię	Typ ostrożny	Typ zaangażowany	Typ niekontrowersyjny
Przejawia wyraźne preferencje stosowania homeopatii. Charakteryzuje się niższym poziomem świadomości zdrowotnej i dyspozycyjnego optymizmu, cechuje się natomiast wyższym poziomem nonkonformizmu. W porównaniu do innych typów osiąga także niższe nasilenie <i>Przychylności wobec CAM</i> oraz przekonań holistycznych, ujmujących umysł i ciało jako psychofizyczną jedność.	Charakteryzuje się niewielkim nasileniem preferencji wobec wszystkich typów terapii CAM. W porównaniu do innych typów cechuje go niższy poziom świadomości zdrowotnej i nonkonformizmu, a także niższe nasilenie pozytywnych postaw wobec CAM przejawiających się w <i>Przychylności wobec CAM</i> i wierze w <i>Jedność Ciała i Umysłu</i> .	Uwidoczniła się w nim wyraźna preferencja wobec wszystkich typów terapii CAM oraz najwyższy w porównaniu do innych typów poziom <i>Przychylności wobec CAM</i> oraz przekonań holistycznych głoszących jedność ciała i umysłu. Charakteryzuje go również najwyższy poziom świadomości zdrowotnej i nonkonformizmu. Przejawia również wyższy poziom dyspozycyjnego optymizmu niż typ stosowania CAM zorientowany na homeopatię.	Jego preferencje wobec różnych typów terapii CAM są wyraźnie ukierunkowane na metody CAM społecznie akceptowane i w mniejszym stopniu kontrowersyjne: terapie biologiczne oraz terapie typu „umysł-ciało” z wyraźnym pominięciem metod bardziej kontrowersyjnych, takich, jak np. homeopatia czy terapie energią. Cechują go niższy poziom nonkonformizmu, pozytywne postawy wobec CAM (<i>Przychylności wobec CAM</i>) oraz holistyczna orientacja zdrowotna, wyrażająca się w wierze w jedność ciała i umysłu, które w kontekście zagadnień zdrowia i choroby są nierozdzielalną całością.

Adnotacja. źródło: opracowanie własne

Wyniki badań pokazują ponadto, że zwolennicy CAM są grupą heterogeniczną, zróżnicowaną pod względem preferencji, postaw wobec CAM oraz elementów orientacji życiowej. Co ważne, wiele z wykazanych poziomów efektów wykrytych istotnych różnic było znaczące, co oznacza istnienie wyraźnych tendencji w zakresie mierzonych zmiennych. Ograniczeniem badań jest względnie nieduża próba osób korzystających z CAM ($N=151$), co przełożyło się na stosunkowo niewielką liczbę badanych w poszczególnych skupieniach. Być może badania przeprowadzone na większej grupie zwolenników CAM ujawniłyby inne tendencje.

Z uwagi na fakt, iż istnieje niska ilość badań poszukujących w obrębie korzystających z CAM różnych typów, a dotychczasowe badania są obiecujące, istnieje potrzeba prowadzenia dalszych badań w tym zakresie.

Hipoteza 3. Osoby korzystające z CAM i niekorzystające z CAM różnią się w zakresie obiektywnego i subiektywnego stanu zdrowia oraz spostrzegania zagrożenia chorobą w taki sposób, że osoby korzystające z CAM charakteryzuje gorszy obiektywny i subiektywny stan zdrowia oraz wyższy poziom spostrzeganego zagrożenia chorobą

W świetle otrzymanych wyników badań powyższą hipotezę należy odrzucić. Otrzymane wyniki nie ujawniły różnic pomiędzy osobami korzystającymi i niekorzystającymi z CAM w zakresie wyróżnionych czynników zdrowotnych. Wydaje się, że wyniki te można powiązać ze zróżnicowanymi motywatorami zdrowotnymi użytkowników CAM. Jak pokazały badania Księżkiej-Koszałki i Gawdy (2023), powody korzystania z CAM u polskich badanych w porównywalnym stopniu dotyczyły celu leczenia, jak i zapobiegania chorobom oraz poprawie samopoczucia. Te powody korzystania z CAM mogą być formułowane zarówno przez osoby chore, jak i zdrowe. Co ważne, oprócz osób przewlekle chorych i zdrowych, wśród badanych były również osoby z przejściowymi dolegliwościami zdrowotnymi. Między trzema wyodrębnionymi grupami nie odnotowano istotnych różnic, a są to grupy korzystające z CAM w podobnym nasileniu, ale o zróżnicowanych potrzebach zdrowotnych. Bogata, skoncentrowana na różnych potrzebach zdrowotnych oferta CAM wydaje się być atrakcyjna dla wszystkich trzech grup osób badanych. Niesie to ze sobą ważne implikacje praktyczne, co zostanie szerzej omówione w kolejnym podrozdziale.

Hipoteza 4. Osoby korzystające i niekorzystające z CAM różnią się pod względem wybranych zmiennych socjodemograficznych, jak płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, poziom dochodów, przynależność religijna.

Na podstawie otrzymanych wyników badań należy stwierdzić, że sformułowana hipoteza została potwierdzona częściowo. Wśród osób korzystających z CAM istotnie wyższa okazała się liczba kobiet, co jest zbieżne z wynikami wielu badań (Fjær i in., 2020; Guillaud i in., 2019; Tangkiatkumjai i in., 2020). Również w grupie osób stosujących CAM istotnie wyższa jest liczba osób legitymujących się wyższym wykształceniem. Badania te również (Fjær i in., 2020; Guillaud i in., 2019; Tangkiatkumjai i in., 2020) są zgodne z ustaleniami wielu badaczy. Wśród osób korzystających z CAM nie stwierdza się istotnych różnic odnośnie przynależności religijnej, ateizmu, agnostycyzmu ani katolicyzmu. Co ważne jednak, brak przynależności religijnej istotnie częściej niż oczekiwano dotyczył osób korzystających

z CAM. Wyniki te potwierdzają ustalenia, w których wykazano, że zwolennicy CAM częściej deklarują się jako osoby uduchowione, ale podkreślają swój brak przynależności do konkretnego systemu religijnego bądź preferencję do niekonwencjonalnych form duchowości (Bishop i in., 2007).

Jednocześnie przeprowadzone badania nie ujawniły w grupach osób stosujących i niestosujących CAM różnic w zakresie miejsca zamieszkania. Badania CBOS (2011) sugerowały, że polscy zwolennicy CAM to osoby częściej zamieszkujące większe ośrodki miejskie. Niniejsze badanie nie potwierdziło tej zależności. Być może ma tu znaczenie silna tradycja lecznictwa ludowego obecna na polskiej wsi, która przenika również do innych, mniejszych i większych ośrodków miejskich, wraz z migracjami mieszkańców wsi do większych miast, która miała miejsce przez ostatnie dekady (Piątkowski, 2008, 2012). Kwestia wymaga to jednak dalszych, pogłębionych badań.

Nie ujawniono również różnic w zakresie osiągniętych dochodów, o czym donosiły inne badania (Fjær i in., 2020; Guillaud i in., 2019; Piątkowski, 2008). Trudno powiedzieć, dlaczego niniejsze badanie przeprowadzone na populacji polskiej nie potwierdza różnic w poziomie dochodów zwolenników CAM, które zaobserwowano w innych krajach. Być może wynika to z faktu dostępnej szerokiej oferty i dostępności produktów CAM o zróżnicowanym pałapie cenowym, który pozwala na ich zakup konsumentom o różnym poziomie osiągniętych dochodów. Być może wartościowych informacji dostarczyłyby dane na temat ponoszonych kosztów na produkty czy usługi CAM przez grupy osób o zróżnicowanym poziomie dochodów bądź jeśli zbadane zostałyby w tych grupach preferencje wobec różnych typów terapii CAM. Są to jednak inspiracje dla kolejnych hipotez badawczych.

3.7. Znaczenie otrzymanych wyników dla psychologii jako dyscypliny teoretycznej i stosowanej i zdrowia publicznego

Otrzymane wyniki pokazują, że kształtowanie się postaw wobec CAM może być warunkowane przez szereg czynników o charakterze zewnętrznym i wewnętrznym, wpisanym w orientację życiową.

Jeśli chodzi o czynniki zewnętrzne, przeprowadzone badania wykazały duże znaczenie percypowanego przez jednostkę deklarowanego rodzinnego wpływu na stosowanie CAM. W literaturze istnieje wiele badań i opracowań omawiających

kształtowanie się postaw zdrowotnych w rodzinie. Również, dysponujemy ciekawymi obserwacjami polskich socjologów dotyczących przekazu z pokolenia na pokolenie tradycyjnego polskiego lecznictwa ludowego. W tym kontekście, jak zasygnalizowano już w poprzednim podrozdziale, warto byłoby również sprawdzić, czy wśród polskich zwolenników CAM, znajdziemy typowych *routine users*, u których stosowanie CAM jest silnie uwarunkowane tradycją rodzinną oraz zwyczajami panującymi w lokalnej społeczności. Wiąże się z tym zagadnieniem samolecznictwa za pomocą CAM, które powinno być przedmiotem badań specjalistów także z zakresu nauk i medycznych i nauk o zdrowiu. Stosowanie CAM, biorąc pod uwagę względnie wysoki poziom świadomości zdrowotnej ich zwolenników, może stanowić, jak u *routine users* niejako leczenie „pierwszego rzutu”, zanim pacjent zgłosi się po profesjonalną poradę lekarską. Warto byłoby usystematyzować wiedzę na temat „algorytmów” takiego samolecznictwa, aby wykorzystać ją do opracowania strategii informacyjnych dla tego rodzaju pacjentów. Jest to szczególnie ważne dla lekarzy rodzinnych i farmaceutów, ponieważ skuteczna edukacja pacjenta w zakresie bezpiecznych i efektywnych metod CAM oraz zasad ich względnie nieszkodliwego stosowania pozwoliłaby na minimalizację ewentualnego ryzyka zdrowotnego dla tych osób.

Badania pokazały również duże znaczenie deklarowanego przekazu odnośnie mass mediów na temat CAM na postawy wobec nich. Jak wykazał Ng i współpracownicy (2023), przekaz ten przedstawia CAM zarówno w sposób pozytywny, jak i negatywny, oba mogą silnie oddziaływać na odbiorców i kształtować postawy zdrowotne. Przedstawione w rozdziale teoretycznym okazały zasięgi kont i grup w mediach społecznościowych pokazują jednoznacznie, że mamy do czynienia z ogromnym zalewem informacyjnym na temat CAM, co jak pokazały wyniki niniejszych badań, ma realny wpływ na postawy wobec CAM. Brakuje jednak rzetelnych naukowych opracowań zawartych tam treści. Warto byłoby zbadać, szczególnie w sposób jakościowy zawartość merytoryczną tych kont oraz wypowiedzi zwolenników i przeciwników CAM w mediach społecznościowych. Mogłoby to stanowić interesujące źródło informacji na temat postaw zdrowotnych, w tym wobec CAM, co byłoby znaczącym pogłębieniem wiedzy na ten temat płynącej z wyników przeprowadzonych badań oraz źródłem nowych hipotez badawczych.

Być może również z punktu widzenia polityki i edukacji zdrowotnej oraz zdrowia publicznego, warto byłoby zadbać o rzetelny przekaz na temat CAM w mass mediach, w szczególności mediach społecznościowych. Jak pokazały niniejsze badania, osoby

charakteryzujące się pozytywnymi postawami wobec CAM, odznaczają się również wyższym poziomem świadomości zdrowotnej. Skłonne są one zatem do aktywnego poszukiwania informacji o zdrowiu i mają silną motywację do pogłębiania swojej wiedzy na jego temat. Dobrze byłoby, aby istniały w przestrzeni polskiego internetu i mediów społecznościowych rzetelne źródła usystematyzowanych, opartych na EBM informacji o CAM podpartymi autorytetem uczelni, instytutów medycznych czy lekarzy. Obecnie działające inicjatywy są raczej oddolne, skupione na działalności pojedynczych lekarzy czy naukowców, brakuje natomiast większych przedsięwzięć w tym zakresie. Na pilną potrzebę opracowania rzetelnych informacji na temat CAM wskazują również lekarze polscy, którzy wykazali w swoich badaniach, że pacjenci onkologiczni korzystający z CAM opierają się na mało wiarygodnych źródłach informacji (Stanisz i in., 2019).

Na szczególną uwagę zasługują również wyniki mówiące o tym, że jednym z predyktorów pozytywnych postaw wobec CAM jest niezadowolenie z doświadczeń w zakresie medycyny konwencjonalnej. Wynik ten odzwierciedla widoczny trend światowy w tym zakresie, co potwierdzają liczne badania. Warto byłoby pogłębić wiedzę na temat źródeł tego niezadowolenia wśród zwolenników CAM w kontekście specyfiki polskiego systemu medycznego. Być może grupa ta jest bardziej niż pozostali pacjenci wrażliwa na pewne aspekty funkcjonowania służby zdrowia i praktyki medycznej. Jej specyficzne potrzeby – holistycznego podejścia do leczenia, pogłębionej relacji lekarz – pacjent, zrozumienia źródeł choroby zasygnalizowano w rozdziale pierwszym (m.in. Bann i in., 2010; MacArtney, Wahlberg, 2014). Wydaje się to szczególnie istotne z punktu widzenia wyższego poziomu świadomości zdrowotnej, którym zgodnie z niniejszymi badaniami charakteryzują się zwolennicy CAM w badanej grupie. Osoby te mają być może specyficzne oczekiwania i wymagania jako pacjenci, co powinno być przedmiotem dalszych pogłębionych badań w polskiej populacji.

W tym kontekście warto również poddać głębszej analizie fakt, iż ani obiektywny ani subiektywny stan zdrowia, ani spostrzegane zagrożenie chorobą nie różnicuje osób korzystających i niekorzystających z CAM. Oznaczać to może, że metody CAM są atrakcyjne dla wszystkich grup pacjentów i do nich wszystkich kierowana jest zróżnicowana oferta produktów czy usług CAM. Jest to jeszcze jedna cegiełka pokazująca istotę salutogenetycznego podejścia do zdrowia (Antonovsky, 1995), skoncentrowanego na zdrowiu przeciwnemu podejściu patogenetycznemu, które w większym stopniu skupione jest na leczeniu i walce z chorobami. Jeśli medycyna i służba zdrowia będą skoncentrowane patogenetycznie, będą traciły z oczu osoby

zainteresowane pomnażaniem zasobów zdrowia i nie będą odpowiadały na potrzeby wszystkich grup pacjentów. Wydaje się, że w obliczu mody na prozdrowotny styl życia to właśnie CAM oferuje produkty i usługi znacznie lepiej dopasowane do różnych grup pacjentów.

Jak pokazały badania, większe znaczenie w wyjaśnianiu postaw wobec CAM mają czynniki zewnętrzne, związane ze środowiskiem dorastania i funkcjonowania jednostki oraz doświadczeń z medycyną konwencjonalną. Wyniki niniejszych badań sugerują jednak, że istotnymi predyktorami są także wybrane czynniki wewnętrzne, będące elementami orientacji życiowej.

Większość badań nad psychologicznymi uwarunkowaniami CAM skupiały się na czynnikach społeczno-poznawczych. Znaczniej mniej wiemy na temat osobowościowych, emocjonalnych oraz związanych z samoregulacją zmiennych, które również mogą pozostawać w istotnym związku z postawami wobec CAM. Niniejsze badania dowodzą, że stanowią one istotne czynniki wyjaśniające kształtowanie się tych postaw.

Ważnym wymiarem osobowości pozostającym w związku z wyższym nasileniem postaw wobec CAM okazał się nonkonformizm. Z uwagi na to, iż wynik ten stanowi pierwsze pojedyncze doniesienie na ten temat, warto byłoby powtórzyć niniejsze badanie na reprezentatywnej próbie populacji oraz rozszerzyć te badania na inne, aby sprawdzić rzeczywistą siłę predykcyjną tej zmiennej w wyjaśnianiu postaw wobec CAM. Cenne byłoby również uwzględnianie nonkonformizmu w projektach badawczych nastawionych na poszukiwanie wśród zwolenników CAM specyficznych typów. Jak pokazały bowiem niniejsze badania, jest to zmienna w sposób istotny różnicująca różne kategorie zwolenników CAM, zwłaszcza preferencje odnośnie różnych typów terapii CAM. Ponadto warto sprawdzić, czy nonkonformizm w przypadku pewnych postaw zdrowotnych, również związanych z CAM nie jest powiązany z dogmatyzmem i sztywnością osobowości. Istnieją badania sugerujące, że wśród zwolenników CAM istotnie częściej spotkamy osoby o poglądach odrzucających całkowicie medycynę i leczenie konwencjonalne (Lamberty, Imhoff, 2018), antyszczepionkowych (Bryden i in., 2018), wierzących w teorie spiskowe (Galliford, Furnham, 2017; Oliver, Wood, 2014). Być może towarzyszący tym postawom względny radykalizm jest powiązany z wyższym nasileniem nonkonformizmu oraz również radykalnym postawom pro-CAM. Nie można wykluczyć, że taka postawa dotyczyć może jakiejś części *zaangażowanego* typu stosowania CAM wyodrębnionego na gruncie niniejszych badań – osoby te przecież,

jak wykazano, charakteryzuje wyższy poziom nonkonformizmu oraz najsilniejsze pozytywne postawy wobec CAM oraz wyższy poziom preferencji wobec wszystkich typów terapii CAM. Nie jest wykluczone, że preferencje korzystania z CAM i postawy wobec tych terapii nie mają charakteru radykalnego czy też fanatycznego. Ta kwestia i ewentualne powiązanie postaw wobec CAM, nonkonformizmu z dogmatyzmem i sztywnością osobowości wymaga dalszych pogłębionych badań ilościowych i jakościowych.

Warto również kontynuować badania dotyczące dyspozycyjnego optymizmu w kontekście postaw wobec CAM, ponieważ on również istotnie różnicuje poszczególne typy tych użytkowników oraz stanowi ważny zasób w kontekście cech osobowości sprzyjających zdrowiu (Juczyński, 2009; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008). Wysoki dyspozycyjny optymizm wraz z wysoką świadomością zdrowotną to istotne zasoby radzenia sobie w sytuacji chorób przewlekłych. Te natomiast są globalnym problemem zdrowia publicznego (Ziarko, 2014). Stosowanie CAM może wzmacniać bądź rozwijać te cechy i umiejętności zdrowotne, co wpływać może całościowo na zaangażowanie pacjenta w proces leczenia i realizacji zaleceń lekarskich oraz jego kondycję psychiczną. Warto w tym względzie przytoczyć badania Melibrudy i współpracowników (1985), którzy wykazali, że chorzy stosujący CAM nie odnieśli z tego tytułu lepszych efektów terapeutycznych niż chorzy nie korzystający z tych terapii, jednak znacznie lepiej radzili sobie z chorobą. Kwestia roli CAM w procesie zmagania się z chorobą zostanie rozwinięta w dalszej części wywodu.

Wyższy poziom świadomości zdrowotnej u osób z pozytywnymi postawami wobec CAM wiele mówi na temat specyficznych potrzeb zdrowotnych tej grupy osób. Wyższy poziom świadomości zdrowotnej oznacza, że zwolennicy CAM cechują się wyższym poziomem motywacji zdrowotnej, chętniej przejawiają zachowania prozdrowotne oraz aktywnie poszukują informacji na temat zdrowia. Mają więc w większym stopniu tendencję do żywego angażowania się w sprawy własnego zdrowia i pomnażania jego zasobów. Wynikają z tego ich specyficzne potrzeby i wymagania wobec relacji lekarz-pacjent i partycypacji w podejmowaniu decyzji zdrowotnych, co potwierdzają przeprowadzone w tym zakresie badania – osoby korzystające z CAM chcą w większym stopniu sprawować kontrolę nad procesem leczenia i brać w nim aktywny udział oczekując umożliwienia im tego przez osobę lekarza (Bann i in., 2010; MacArtney, Wahlberg, 2014). Brak zaspokojenia tych potrzeb i oczekiwań są wymieniane jako jeden z powodów dyszatisfakcji z medycyny konwencjonalnej u osób korzystających z CAM

(Piątkowski, 2008; Zörgő i in., 2018). Jeśli weźmiemy dodatkowo pod uwagę treść przekonań zawierających się w skalach *Wiara w jedność ciała i umysłu* oraz *Przychylność wobec CAM*, w których osoby te osiągają wyższe poziomy, nawiązuje ona do problematyki ujmowania w postrzeganiu zdrowia i choroby czynników pozabiologicznych – umysłowych, psychologicznych, duchowych. Oznacza to, że z wyższym poziomem świadomości zdrowotnej tych osób z pozytywnymi postawami wobec CAM wiąże się holistyczna orientacja zdrowotna, bliskość ich przekonań i wartości zdrowotnych do założeń podejścia biopsychospołecznego oraz modelu holistyczno-funkcjonalnego w medycynie. Prowadzi to do jednoznacznych wniosków o potrzebie prowadzenia właśnie takich praktyk medycznych, w których poszanowane będą wartości i oczekiwania pacjenta, jego potrzeby partycypacji w procesie leczenia oraz uwzględniane pozabiologiczne czynniki. Dotyczy to zarówno diagnozy, jak i postępowania terapeutycznego. Jest to ważny wniosek dla specjalistów z zakresu zdrowia publicznego i medycyny, którzy projektują oraz prowadzą usługi medyczne.

Na uwagę zasługują również wyniki wskazujące istotnie wyższy odsetek w grupie badanej wśród osób korzystających z CAM ujawniania braku przynależności religijnej z jednoczesnym deklaramentem bycia osobą wierzącą. Wyniki te wskazują na potrzebę dalszych badań w zakresie sfery religijnej i duchowej osób korzystających z CAM – brak przynależności do konkretnego wyznania, ale deklaracja bycia osobą religijną implikuje potrzebę pogłębienia zawartości treściowej poglądów duchowo-religijnych tych osób. Jest to szczególnie istotne z uwagi na możliwe ich powiązanie z postawami zdrowotnymi.

Biorąc pod uwagę skalę zjawiska – odsetek stosujących CAM w Polsce (32%) odnotowany w tym i innych badaniach pokazuje, że Polska znajduje się w trendzie, w którym średni odsetek osób korzystających z CAM w Europie wynosi 26% (Fjær i in., 2020). Podobnie w imponującym tempie rośnie na polskim rynku liczba podmiotów oferujących różne usługi w zakresie CAM (Janiszewska, 2019). Prężnie działają fora, grupy oraz konta tematyczne na temat CAM w mediach społecznościowych. Oznacza to, że zainteresowanie CAM dotyczy ogromnej liczby polskich pacjentów. Wobec tak znaczącej roli mass mediów w promowaniu zjawiska i coraz większej oferty produktów i usług CAM, trudno przewidywać, że istniejące tendencje zostaną zahamowane. Jednakże polska polityka zdrowotna oraz środowisko lekarskie wydaje się nie dostrzegać wagi tego zjawiska, zarówno niebezpieczeństw z tym związanych, jak i potencjalnych korzyści. Naczelna Izba Lekarska zajmuje się głównie identyfikacją i wyciąganiem konsekwencji wobec lekarzy, którzy leczą niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną,

o czym społeczeństwo jest informowane za pośrednictwem mediów. Przy takich okazjach pojawiają się wypowiedzi lekarzy ostrzegające przed pseudoterapiami oraz niebezpiecznymi, niezwyfikowanymi naukowo metodami leczenia. Co ważne jednak, brakuje publikacji i opracowań, które systematyzowałyby wiedzę na temat produktów, praktyk i usług CAM (pierwsze kroki w tym zakresie podejmuje Polska Liga Walki z Rakiem, materiały znajdują się jednak w procesie przygotowywania - (<https://www.ligawalkizrakiem.pl/rak-niekonwencjonalnie/o-serwisie>). Brakuje również świadomej polityki zdrowotnej i wyczerpujących wytycznych dla specjalistów z zakresu ochrony zdrowia, w jaki sposób postępować z pacjentami korzystającymi z CAM i w jaki sposób uczynić je narzędziem wspomagającym proces leczenia. Wydaje się, że w dalszym ciągu w Polsce metody CAM są przez środowisko lekarskie demonizowane i traktowane jako zagrożenie, bądź pomijane jako zjawisko, któremu nie warto poświęcać uwagi⁸. W wyniku takich postaw nie mierzymy się ani z realnym zagrożeniem, ani nie wykorzystujemy potencjału CAM, nie odpowiadamy również na potrzeby pacjentów w tym zakresie. Nie uda się tego zrobić, bez zagłębienia się w coraz bogatszą naukową literaturę na ten temat, dostępną przecież w poważanych medycznych czasopismach naukowych.

Kwestię tą już jakiś czas temu zajęła się Światowa Organizacja Zdrowia, postulując wzmożenie badań nad CAM, z uwagi na duże rozpowszechnienie zjawiska korzystania z tych terapii na całym świecie (WHO, 2005, 2013, 2019). WHO podkreśla, że jest to bardzo istotne nie tylko z uwagi na wartość poznawczą tej wiedzy; jest to ważne z punktu widzenia minimalizacji ryzyka zdrowotnego oraz możliwości wykorzystania CAM w profilaktyce i uzupełnieniu terapii konwencjonalnej. Jest to podejście oparte o akceptacji faktu, że część społeczeństwa jest zainteresowana tymi metodami i chce je stosować, przeciwna skupieniu na walce z tym zjawiskiem, które powoduje spychanie CAM do przynajmniej częściowo niekontrolowanej czarnej strefy działalności

⁸ Jedynym dokumentem zamieszczonym na swoich stronach przez Naczelną Izbę Lekarską (NIL) jest stanowisko Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME) w sprawie CAM oraz umieszczenie na swych stronach treści całości tego stanowiska (Naczelna Izba Lekarska, 2015). Stanowisko to przestrzega przed zagrożeniami związanymi ze stosowaniem CAM przez pacjentów oraz wyraża tezę, iż w ramach CAM nie ma żadnych środków ani procedur, które posiadałyby dowody skuteczności, osiągnięte efekty porównywane są do efektu placebo. Stanowisko to przeczy jednak EBM, ta bowiem udowodniła skuteczność niektórych terapii CAM, których przykłady umieszczono na kolejnej stronie. Zgodnie ze stanowiskiem CPME, lekarze oraz państwo są jednak zobowiązani do przekazywania rzetelnej informacji na temat CAM oraz troski o szczególnie wrażliwe grupy zainteresowane tymi terapiami np. pacjentów onkologicznych. CPME postuluje wprowadzenie rygorystycznych regulacji na temat CAM w państwach członkowskich. Autorzy dokumentu nie artykułują w żaden sposób pozytywnych aspektów CAM dla zdrowia publicznego (CPME position paper on complementary and alternative treatments, 2015).

paramedycznej i ryzykownego samolecznictwa. Podejście to jest zgodne z przemyśleniami autora niniejszej pracy. Przykładowo, istnieje wiele terapii CAM, zwłaszcza terapii biologicznych, których skuteczność we wspieraniu odporności organizmu została potwierdzona naukowo, m.in. skuteczność różnych preparatów witaminowo-mineralnych takich, jak wit. D (Wimalawansa, 2023), kwasy omega-3 (Gutiérrez i in., 2019), czy ekstrakty z takich roślin, jak m.in. kurkuma (Kahkhaie i in., 2019), echinacea (Catanzaro i in., 2018) czy czarny bez (Mahboubi, 2021). Podobnie udowodniono skuteczność passiflory (Janda i in., 2020) i kozłka lekarskiego (Borrás i in., 2021) w zaburzeniach lękowych. Co więcej, preparaty oparte o wybrane ekstrakty z roślin, o zweryfikowanych właściwościach leczniczych, mające status leku (co oznacza, że ich skuteczność została potwierdzona badaniami) są dostępne w aptekach. Warto byłoby zatem, aby lekarze mieli wiedzę na temat efektywności i bezpieczeństwa różnych metod CAM i pytali o korzystanie z CAM pacjentów podczas wywiadu lekarskiego. Wiedza lekarza na temat stosowania CAM przez pacjenta umożliwia jego interwencję w momencie, kiedy stwarza ono zagrożenie dla zdrowia pacjenta. Lekarz mógłby wówczas edukować pacjenta lub zaproponować bezpieczne i skuteczne metody CAM. Jest to szczególnie ważne dla pacjentów z chorobami przewlekłymi, np. chorymi onkologicznie, których część stosuje CAM, aby mieć poczucie, że zrobili wszystko, co możliwe, by wyzdrowieć albo, u których systematyczne zażywanie preparatów CAM daje poczucie większej kontroli nad procesem leczenia i pomnaża zasoby nadziei (Bahall, 2017). Uwzględnienie tych potrzeb w procesie leczenia byłoby wyrazem poszanowania preferencji zdrowotnych pacjenta, umożliwiałaby jego partycypację w procesie leczenia. Takie podejście przyczyniałoby się do budowania relacji lekarz-pacjent i odpowiadałoby na potrzeby zwolenników CAM wynikające z wyższego poziomu ich świadomości zdrowotnej. Jednocześnie efektem takiego postępowania byłoby przeciwdziałanie ewentualnym zagrożeniom zdrowotnym, pomnażaniu zasobów zdrowia oraz lepsze przystosowanie do radzenia sobie z chorobą. Mogłoby również oddziaływać na motywację do kontynuowania zachowań prozdrowotnych wspierając cele profilaktyki i prewencji. Jest to podejście, które odzwierciedla światowy trend włączania komplementarnych terapii do leczenia konwencjonalnego na rzecz bardziej holistycznego i integracyjnego podejścia w medycynie, o którym pisano już w rozdziale pierwszym.

W kontekście powyższego widoczna jest dogłębna potrzeba szkoleń i systematycznych opracowań dla lekarzy dotyczących metod CAM oraz pogłębienie ich świadomości, czym charakteryzują się zwolennicy CAM i jakie są ich potrzeby

i preferencje zdrowotne. Warto byłoby, aby problematyka ta była szerzej podejmowana w programach nauczania uniwersytetów medycznych.

Powyższe rozważania są również istotne z punktu widzenia polskiej psychologii zdrowia, zarówno teoretycznej, jak i stosowanej. Niestety nie podjęto w Polsce dyskusji ani nie opracowano żadnych wytycznych dla psychologów i pacjentów w tym zakresie. W literaturze polskiej mamy do czynienia z nikłą ilością badań na temat psychologicznych uwarunkowań stosowania CAM, o czym wspomniano już w rozdziale pierwszym. Polskie podręczniki do psychologii zdrowia również nie uwzględniają tych zagadnień, podczas gdy niektóre podręczniki anglojęzyczne psychologii CAM poświęcają nawet całe rozdziały (Nezu i in., 2003; Taylor, 2015). Wydaje się, że psychologowie również nie znają problematyki psychologicznej ani medycznej związanej z CAM i nie są właściwie przygotowani do rozmawiania o nich z pacjentami. Dzieje się to ze szkodą dla pacjentów, ponieważ w mniemaniu autorki tej dysertacji istnieje przynajmniej kilka istotnych obszarów pracy psychologicznej z pacjentami, ważnych zwłaszcza z punktu widzenia psychologów pracujących w placówkach służby zdrowia. Należy do nich przede wszystkim obszar psychoedukacji, w którym do zadań psychologa mogłoby należeć prowadzenie rozmów z pacjentami na temat ich korzystania z CAM. Przedmiotem tych rozmów mogłoby być motywowanie do korzystania z bezpiecznych i sprawdzonych metod i praktyk CAM (o ile pacjent zgłasza takie potrzeby), zachęcanie do pogłębiania wiedzy na ten temat i do współpracy z lekarzem w tym zakresie z uwagi na to, iż wielu pacjentów ukrywa fakt stosowania CAM przed lekarzami (Foley i in., 2019; Halpin i in., 2020; Mcintyre i in., 2020). Kontekst rozmów na temat CAM może pomóc lepiej zrozumieć potrzeby zdrowotne pacjenta i rolę CAM, jaką odgrywa lub może odgrywać w procesie leczenia i radzenia sobie z chorobą. Korzystanie z CAM przez pacjenta wpleść bowiem można do ogółu oddziaływań psychologa w zakresie promocji zdrowia i prozdrowotnego stylu życia oraz wspomagania pacjenta w zmaganiu się ze schorzeniami przewlekłymi. Psycholog mógłby także identyfikować osoby o dysfunkcyjnym stylu korzystania z CAM, w którym pacjent stosuje zachowania antyzdrowotne i pracować nad kształtowaniem adekwatnych i konstruktywnych postaw wobec tych terapii. Jest to szczególnie istotne biorąc pod uwagę badania, które sugerują, że znaczna część pacjentów stosowała przynajmniej jedną terapię CAM w celu poprawy swojego zdrowia psychicznego, w tym najczęściej dostępne bez recepty suplementy witaminowe i mineralne, preparaty ziołowe, jogę, aromaterapię, medytację czy masaż. Liczba ta waha się między 0,7 do 89% i jest zróżnicowana

geograficznie (Thomson-Casey, i in., 2023), wśród krajów europejskich, dane szwedzkie i holenderskie pokazują, że odsetek ten jest relatywnie wysoki, wynosi bowiem odpowiednio 67% i 75% pacjentów placówek ochrony zdrowia psychicznego. Biorąc pod uwagę szeroką i rosnącą rynkową ofertę preparatów i usług CAM, wydaje się, że w gabinetach psychologicznych coraz częściej spotykać będziemy osoby eksperymentujące z CAM. W mniemaniu autora, specjaliści powinni mieć świadomość pozytywnych i negatywnych wymiarów tego zjawiska.

Co ważne, duża część psychologów wykorzystuje już w swojej pracy techniki z zakresu umysł-ciało np. trening relaksacyjny, elementy mindfulness. Być może warto byłoby kierować pacjentów zainteresowanych CAM do zwrócenia uwagi na te terapie i zgodnie z własnym warsztatem pracy lub poprzez rekomendację do innego specjalisty proponować pacjentom tego typu wspomaganie terapii konwencjonalnych. Podobnie, psycholog mógłby jako członek zespołu terapeutycznego sugerować lekarzom rozważenie wspomagania kondycji psychicznej pacjenta za pomocą wybranych preparatów CAM wspomagających pracę układu nerwowego, oddziałujących na stan psychiczny pacjenta, zwłaszcza jeśli pacjent artykułowałby takie potrzeby. W sposób oczywisty jednak są to pewne propozycje, które wymagają dalszych rozważań i opracowania rekomendacji i wytycznych w gronie doświadczonych specjalistów. Widać jednak wyraźnie, że zagadnienia związane z CAM znajdują się w spektrum kompetencji psychologa jako zawodu funkcjonującego w ramach systemu służby zdrowia. Puentując zatem niniejsze dywagacje na temat implikacji praktycznych podejmowanych zagadnień postuluję uruchomienie w ramach polskiej psychologii zdrowia obszaru psychologii CAM.

Ograniczenia badań własnych

Niniejsza praca pokazuje znaczenie różnorodnych czynników leżących u podstaw kształtowania się postaw wobec CAM zarówno w wymiarze poznawczo-emocjonalnym, jak i behawioralnym. Wyodrębnia także typy osób różniące się pod względem preferencji wobec różnych typów terapii CAM oraz wybranych charakterystyk psychologicznych. Pokazuje również, które zmienne zdrowotne i socjodemograficzne różnicują osoby korzystające i niekorzystające z CAM. Otrzymane wyniki mają jednak swoje ograniczenia.

Próba badana, na której przeprowadzono badania, mimo doboru losowego, nie jest reprezentatywną próbą dla polskiej populacji. Zawiera również znacząco wysoki odsetek kobiet oraz osób z wyższym wykształceniem, co nie odzwierciedla struktury polskiej populacji. Warto zatem powtórzyć niniejsze badanie na reprezentacyjnej próbie populacji, aby zweryfikować uzyskane na gruncie niniejszej pracy wyniki.

Warto również na większej próbie użytkowników CAM poszukiwać typologii jej użytkowników. Wyodrębniona w niniejszym badaniu grupa osób korzystających z CAM wynosiła 151 osób. Choć udało się otrzymać wyraźne cztery skupienia reprezentujące cztery typy użytkowników, warto byłoby sprawdzić, czy zaobserwowane tendencje uzyskane zostaną również uzyskane w badaniach na większej próbie osób korzystających z CAM.

Realizacja niniejszego projektu badawczego miała miejsce w okresie pandemicznym i postpandemicznym. Badania własne prowadzone na potrzeby adaptacji Skali Świadomości Zdrowotnej HCS oraz kwestionariusza Skala Postaw wobec Medycyny Komplementarnej, Konwencjonalnej i Alternatywnej CACMAS były prowadzone w trakcie pandemii, badania dotyczące niniejszej dysertacji w okresie postpandemicznym. Konsekwencjami pandemii mogą być zmiany w obiektywnym i subiektywnym stanie zdrowia oraz spostrzeganym zagrożeniu chorobą, a także w postawach zdrowotnych, w tym wobec CAM (Agrawal i in., 2023; Delibaś i in., 2022; Księska-Koszalka, 2021b). Trudno przewidzieć, czy i w jaki sposób ten czynnik mógł wpłynąć na wyniki badań, dlatego też warto byłoby zweryfikować wnioski płynące z niniejszych badań po upływie co najmniej kilku lat-kilkunastu lat, ponieważ istnieje ryzyko, że czynniki związane z pandemią wciąż oddziałują.

Wnioski

1. Uwarunkowania postaw wobec CAM w obrębie orientacji życiowej wyjaśnia istotny udział czynniki zewnętrznych, takich, jak dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej, percepcja znaczenia wpływu rodzinnej tradycji stosowania CAM oraz przekazu mass mediów na temat CAM
2. Wyodrębnione w ramach orientacji życiowej czynniki wewnętrzne jako całość nie są związane z postawami wobec CAM, ale wybrane elementy, tj. wyższy poziom świadomości zdrowotnej i nonkonformizmu są predyktorami pozytywnych postaw wobec CAM
3. Grupa użytkowników CAM nie jest homogeniczna – można wyróżnić w niej cztery grupy osób różniących się preferencjami wobec określonych typów terapii CAM oraz w zakresie poziomu wybranych zmiennych psychologicznych.
4. Wyróżniono 4 typy osób korzystających z CAM – *typ Ostrożny*, charakteryzujący się niższym poziomem nasilenia preferencji wobec wszystkich typów terapii CAM oraz *typ Zaangażowany*, który wykazuje wysokie nasilenie preferencji wobec wszystkich typów terapii CAM. Wyodrębniono również *typ Zorientowany na homeopatię*, który cechuje silna preferencja wobec metod homeopatycznych oraz *typ Niekontrowersyjny* preferujący typy terapii CAM w większym stopniu społecznie akceptowane, takie, jak: terapie biologiczne, typu ciało-umysł, Tradycyjna Medycyna Chińska.
5. Wymienione typy użytkowników CAM różnicuje poziom świadomości zdrowotnej, dyspozycyjnego optymizmu, nonkonformizmu oraz dwóch wymiarów postaw wobec CAM – Przychylności wobec CAM i Wiary w Jedność Ciała i Umysłu.
6. Zmienne zdrowotne: obiektywny i subiektywny stan zdrowia oraz spostrzegane zagrożenie chorobą nie różnicują osób korzystających i niekorzystających z CAM
7. Osoby stosujące i niestosujące CAM różnią się pod względem płci, wykształcenia i przynależności religijnej.
8. Udział zmiennych psychologicznych w kształtowaniu się postaw wobec CAM wskazuje na potrzebę prowadzenia dalszych badań, a fenomen korzystania z CAM implikuje nowe wyzwania praktyczne i badawcze dla psychologii zdrowia
9. Uzyskane wyniki badań stanowią przesłankę do głębszego zbadania potrzeb zdrowotnych i informacyjnych użytkowników CAM oraz wykorzystania wiedzy na

temat psychologicznych uwarunkowań postaw wobec CAM dla celów poprawy zdrowia publicznego, w tym zdrowia psychicznego jednostek.

Literatura cytowana

- Abheiden, H., Teut, M., Berghöfer, A. (2020). Predictors of the use and approval of CAM: results from the German General Social Survey (ALLBUS). *BMC complementary medicine and therapies*, 20(1), 183.
<https://doi.org/10.1186/s12906-020-02966-9>
- 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(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-11-2>
- Aday, L. A., Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, 9(3), 208–220.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4436074><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1071804>
- Agrawal, A., Sharma, A., Mathur, M., Sharma, A., Modi, G., Patel, T. (2023). Perspective Toward Complementary and Alternative Medicines in the Prevention of COVID-19 Infection. *Indian Journal of Community Medicine*, 48(3), 401–406.
https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_282_22
- Aguinis, H., Gottfredson, R. K., Joo, H. (2013). Best-Practice Recommendations for Defining, Identifying, and Handling Outliers. *Organizational Research Methods*, 16(2), 270–301. <https://doi.org/10.1177/1094428112470848>
- Aizuddin, A. N., Ihsan Ahmad Zamzuri, M. A., Mansor, J., Nurumal, S. R., Syed, S. Z., Abd Razak, M. A., Jamhari, M. N., Fah, T. S., Miskam, H. M., Hod, R., Yusoff, H. M. (2022). Perception of integrating complementary and alternative medicine practice in patient's treatment among the healthcare practitioners: a systematic review. *Pan African Medical Journal*, 43.
<https://doi.org/10.11604/pamj.2022.43.19.31133>
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. W *Action Controll* (s. 11–39). Springer.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211.
[https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice-Hall.
- Allport, G. W. (1988). *Osobowość i religia*. Instytut Wydawniczy Pax.
- American Psychological Association. (2018). <https://dictionary.apa.org/>. *APA Dictionary of Psychology*.
- Andersen, R. M. (1968). *A behavioral model of families' use of health services*. Center for Health Administration Studies, University of Chicago.

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior*, 36(1), 1–10.
<https://doi.org/10.2307/2137284>
- Antonovsky, A. (1995). Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. *Jak sobie radzić ze stresem*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R. M. (1997). *Psychologia społeczna: serce i umysł*. Zysk i S-ka.
- Arthur, K., Belliard, J. C., Hardin, S. B., Knecht, K., Chen, C.-S., Montgomery, S. (2012). Practices, Attitudes, and Beliefs Associated With Complementary and Alternative Medicine (CAM) Use Among Cancer Patients. *Integrative Cancer Therapies*, 11(3), 232–242. <https://doi.org/10.1177/1534735411433832>
- Aßmann, L., Betsch, T. (2023). Medical decision making beyond evidence: Correlates of belief in complementary and alternative medicine (CAM) and homeopathy. *PLOS ONE*, 18(4), e0284383. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284383>
- Astin, J. A. (1998). Why Patients Use Alternative Medicine Results of a National Study. *Journal of the American Medical Association*, 279(19), 1548-1553.
- Attwell, K., Ward, P. R., Meyer, S. B., Rokkas, P. J., Leask, J. (2018). “Do-it-yourself”: Vaccine rejection and complementary and alternative medicine (CAM). *Social Science Medicine*, 196, 106–114.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.022>
- Bahall, M. (2017). Prevalence, patterns, and perceived value of complementary and alternative medicine among cancer patients: a cross-sectional, descriptive study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 17(1), 345.
<https://doi.org/10.1186/s12906-017-1853-6>
- 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.
<https://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 (New York, N.Y.)*, 16(7), 745–752.
<https://doi.org/10.1089/acm.2009.0381>
- Bardia, A., Barton, D. L., Prokop, L. J., Bauer, B. A., Moynihan, T. J. (2006). Efficacy of Complementary and Alternative Medicine Therapies in Relieving Cancer Pain: A Systematic Review. *Journal of Clinical Oncology*, 24(34), 5457–5464.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2006.08.3725>
- Barnett, J. E., Shale, A. J. (2012). The integration of Complementary and Alternative Medicine (CAM) into the practice of psychology: A vision for the future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(6), 576–585.
<https://doi.org/10.1037/a0028919>

- Barnett, J. E., Shale, A. J., Elkins, G., Fisher, W. (2014). *Complementary and alternative medicine for psychologists: An essential resource*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14435-000>
- Bassman, L. E., Uellendahl, G. (2003). Complementary/alternative medicine: Ethical, professional, and practical challenges for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(3), 264–270. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.3.264>
- Bathke, A. C., Harrar, S. W., Madden, L. V. (2008). How to compare small multivariate samples using nonparametric tests. *Computational Statistics Data Analysis*, 52(11), 4951–4965. <https://doi.org/10.1016/j.csda.2008.04.006>
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Sick Role Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 409–419. <https://doi.org/10.1177/109019817400200407>
- Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., Drachman, R. H. (1977). The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(4), 348. <https://doi.org/10.2307/2955344>
- Benjamini, Y., Hochberg, Y. (1995). Controlling the False Discovery Rate: A Practical and Powerful Approach to Multiple Testing. *Journal of the Royal Statistical Society Series B: Statistical Methodology*, 57(1), 289–300. <https://doi.org/10.1111/j.2517-6161.1995.tb02031.x>
- Bernacka, R. E. (2001). Konformizm-nonkonformizm jako wymiar osobowości. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*, 14.
- Bernacka, R. E. (2019). Emocjonalne predyktory nonkonformizmu. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*, 31(4), 179. <https://doi.org/10.17951/j.2018.31.4.179-195>
- Bernacka, R. E., Popek, S. L., Gierczyk, M. (2017). Kwestionariusz Twórczego Zachowania KANH III – prezentacja właściwości psychometrycznych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*, 29(3), 33. <https://doi.org/10.17951/j.2016.29.3.33>
- Bethhauser, 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.
- Beyerstein, B. L. (2001). Alternative Medicine and Common Errors of Reasoning. *Academic Medicine*, 76(3), 230–237. <https://doi.org/10.1097/00001888-200103000-00009>
- Bidzan, M. (2010). *Niepłodność w ujęciu bio-psycho-społecznym*. Oficyna Wydawnicza "Impuls".

- Bidzan, M., Jurek, P., Bidzan-Wiącek, M., Bidzan-Bluma, I., Szulman-Wardal, A. (2022). *Zadowolenie odbiorców z usług medycznych: uwarunkowania, konsekwencje i diagnoza*. Difin.
- 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. <https://doi.org/10.1093/ecam/nen023>
- Bishop, F. L., Yardley, L., Lewith, G. T. (2006). Why do people use different forms of complementary medicine? Multivariate associations between treatment and illness beliefs and complementary medicine use. *Psychology Health*, 21(5), 683–698. <https://doi.org/10.1080/14768320500444216>
- 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. <https://doi.org/10.1177/1359105307082447>
- Blondé, J., Desrichard, O., Kaiser, B. (2020). Psychological predictors of the use of complementary and alternative medicines during pregnancy within a sample of Swiss women. *Health Psychology Research*, 8(1). <https://doi.org/10.4081/hpr.2020.8789>
- Błachowski, S. (1917). *Nastawienia i spostrzeżenia. Studium psychologiczne*. Warszawa
- Bonacchi, A., Fazzi, L., Toccafondi, A., Cantore, M., Mambrini, A., Muraca, M. G., Banchelli, G., Panella, M., Focardi, F., Calosi, R., Di Costanzo, F., Rosselli, M., Miccinesi, G. (2014). Use and Perceived Benefits of Complementary Therapies by Cancer Patients Receiving Conventional Treatment in Italy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(1), 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.014>
- Booth-Kewley, S., Vickers, R. R. (1994). Associations between Major Domains of Personality and Health Behavior. *Journal of Personality*, 62(3), 281–298. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00298.x>
- Borrás, S., Martínez-Solís, I., Ríos, J. L. (2021). Medicinal Plants for Insomnia Related to Anxiety: An Updated Review. *Planta Medica*, 87(10/11), 738–753. <https://doi.org/10.1055/a-1510-9826>
- Boylan, P. M., Murzello, A., Parmar, J., Chow, N. K. (2020). Integration of Latin American Complementary and Alternative Medicine Topics Into a Doctor of Pharmacy Curriculum and Survey of Student Attitudes and Behaviors. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 7, 238212052090412. <https://doi.org/10.1177/2382120520904121>
- Bryden, G. M., Browne, M., Rockloff, M., Unsworth, C. (2018). Anti-vaccination and pro-CAM attitudes both reflect magical beliefs about health. *Vaccine*, 36(9), 1227–1234. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.12.068>
- Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa - an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and*

- Psychotherapy*, 14(1), 55–60. <https://www.archivespp.pl/Orthorexia-nervosa-an-eating-disorder-obsessive-compulsive-disorder-or-disturbed,153335,0,2.html>
- Brzeziński, T. (1988). Współczesne relikty przeszłości. *Medycyna niekonwencjonalna*. W T. Brzeziński (Red.), *Historia medycyny* (s. 480–498). Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Budżak, A., Branković, M. (2022). Alternative Ways to Mental Health: Exploring Psychological Determinants of Preference for CAM Treatments. *Studia Psychologica*, 64(1), 118–135. <https://doi.org/10.31577/sp.2022.01.843>
- Bulmer, M. G. (1979). *Principles of statistics*. Courier Corporation.
- Burchett, W. W., Ellis, A. R., Harrar, S. W., Bathke, A. C. (2017). Nonparametric Inference for Multivariate Data: The R Package **npmv**. *Journal of Statistical Software*, 76(4). <https://doi.org/10.18637/jss.v076.i04>
- Calcagni, N., Gana, K., Quintard, B. (2019). A systematic review of complementary and alternative medicine in oncology: Psychological and physical effects of manipulative and body-based practices. *PLOS ONE*, 14(10), e0223564. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223564>
- Catanzaro, M., Corsini, E., Rosini, M., Racchi, M., Lanni, C. (2018). Immunomodulators Inspired by Nature: A Review on Curcumin and Echinacea. *Molecules*, 23(11), 2778. <https://doi.org/10.3390/molecules23112778>
- Cavojova, V., Ersoy, S. (2020). The role of scientific reasoning and religious beliefs in use of complementary and alternative medicine. *Journal of Public Health*, 42(3). <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz120>
- Čavojová, V., Ersoy, S. (2020). The role of scientific reasoning and religious beliefs in use of complementary and alternative medicine. *Journal of Public Health*, 42(3), e239–e248. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz120>
- CBOS. (2011). *Horoskopy , wróżby, talizmany - czyli magia wokół nas - Raport z badań.*
- CBOS. (2018). *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej. Komunikat z badań.*
- Centrum Badania Opinii Społecznej. (2021). *Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.*
- Chan, Y., Walmsley, R. P. (1997). Learning and Understanding the Kruskal-Wallis One-Way Analysis-of-Variance-by-Ranks Test for Differences Among Three or More Independent Groups. *Physical Therapy*, 77(12), 1755–1761. <https://doi.org/10.1093/ptj/77.12.1755>
- Chang, H. A., Wallis, M., Tiralongo, E. (2012). Predictors of complementary and alternative medicine use by people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1256–1266. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05827.x>

- Chen, J., Wang, Y. (2021). Social Media Use for Health Purposes: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(5), e17917. <https://doi.org/10.2196/17917>
- Cholewiński, Z. (1987). *Postawy a cechy osobowości*. Towarzystwo Naukowe KUL.
- Chowdhuri, P. D., Kundu, K. (2020). Factors determining choice of complementary and alternative medicine in acute and chronic. *Journal of IComplementary and Integrative Medicine*, 17(3). <https://doi.org/10.1515/jcim-2019-0105>
- Chowdhuri, P. D., Meyur, S. (2018). Exploration of Personality Factors and their Effects on People's Decision Making of Complementary and Alternative Medicine. *International Journal of Management Studies*, 2(4), 120–125.
- Cohen, J. (2016). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>
- Cooke, M., Ritmala-Castrén, M., Dwan, T., Mitchell, M. (2020). Effectiveness of complementary and alternative medicine interventions for sleep quality in adult intensive care patients: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 107, 103582. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103582>
- CPME position paper on complementary and alternative treatments, Pub. L. No. https://www.cpme.eu/api/documents/adopted/2015/CPME_AD_Board_23052015_FINAL_EN.CPME_.Statement.on_.alternative.treatments.FINAL_.23.05.2015.Reykjavik.pdf (2015).
- Cudowska, A. (1997). *Orientacje życiowe współczesnych studentów*. Trans Humana.
- Cudowska, A. (2004). *Kształtowanie twórczych orientacji życiowych w procesie edukacji*. Trans Humana.
- Cybal-Michalska, A. (2006). *Tożsamość młodzieży w perspektywie globalnego świata: studium socjopedagogiczne* (Numer 133). Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Dahilig, V. R. A., Salenga, R. L. (2012). Prevalence, perceptions and predictors of complementary and alternative medicine use in selected communities in the Philippines. *Journal of Asian Association of Schools of Pharmacy*, 1, 16–24.
- Davis, M. A., Weeks, W. B., Coulter, I. D. (2011). A proposed conceptual model for studying the use of complementary and alternative medicine. *Alternative therapies in health and medicine*, 17(5), 32–36.
- Dąbrowska, A. (2011). *Wizja perspektywicznego życia u dorastających z dysfunkcjonalnych środowisk rodzinnych*. Stowarzyszenie "Nauka Edukacja Rozwój".
- de Moraes Mello Boccolini, P., Siqueira Boccolini, C. (2020). Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use in Brazil. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12906-020-2842-8>

- Delibaş, L., Polat, F., Ekren Çakici, A. (2022). Adults' State of Using Complementary and Alternative Medicine During the COVID-19 Pandemic. *Holistic Nursing Practice*. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000506>
- Derkacz, M., Wicha, J., Flisek, J., Tarach, J. (2014). Stosowanie leków OTC przez pacjentów Poradni Lekarza Rodzinnego. *Family Medicine Primary Care Review*, 3, 216–218.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2000). Podmiotowe wyznaczniki korzystania z praktyk medycyny alternatywnej. *Sztuka leczenia*, 4, 69–74.
- Douglas, C. E., Michael, F. A. (1991). On distribution-free multiple comparisons in the one-way analysis of variance. *Communications in Statistics - Theory and Methods*, 20(1), 127–139. <https://doi.org/10.1080/03610929108830487>
- Droba, D. (1933). The nature of attitudes. *Journal of Social Psychology*, 4.
- Dufter, S. A., Hübner, J., Ahmadi, E., Zomorodbakhsch, B. (2021). Traits of cancer patients and CAM usage. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 147(12), 3685–3692. <https://doi.org/10.1007/s00432-021-03605-7>
- 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.
- Eagly, A. H., Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Harcourt brace Jovanovich college publishers.
- Eisenberg, D. M., Kesler, R. C., Foster, C., Norlock, F. E., Calkins, D. R., Delbanco, T. L. (1993). Unconventional medicine in the United States: Prevalence, costs and patterns of use. *The New England Journal of Medicine*, 28, 246–252.
- Ernst, E. (2007). The fascination of complementary and alternative medicine (CAM). *Journal of Health Psychology*, 12(6), 868–870. <https://doi.org/10.1177/1359105307082448>
- Feinstein, D. (2008). Energy psychology: A review of the preliminary evidence. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 199–213. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.199>
- Felix, P. (2020). *Application of the Andersen Health System Utilization Framework in the Investigation of the use of Traditional Medicine in Kumasi, Ghana* [Georgia Southern University]. <https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/etd/2179>
- Ferguson, L. W. (1952). *Personality measurement*. McGraw-Hill.
- Fionda, S., Furnham, A. (2014). Hypochondriacal attitudes and beliefs, attitudes towards complementary and alternative medicine and modern health worries predict patient satisfaction. *JRSM Open*, 5(11), 1–10. <https://doi.org/10.1177/2054270414551659>

- 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. <https://doi.org/10.1186/s12906-020-02903-w>
- Foley, H., Steel, A., Cramer, H., Wardle, J., Adams, J. (2019). Disclosure of complementary medicine use to medical providers: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 9(1), 1573. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-38279-8>
- Fouladbakhsh, J. M., Stommel, M. (2007). Using the behavioral model for complementary and alternative medicine: The CAM healthcare model. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 4(1), 1993–1998. <https://doi.org/10.2202/1553-3840.1035>
- Frachiseur, G. (2021). *Complementary or alternative medicine usage of mothers seeking to prevent coronavirus illness or manage symptoms: identifying relationships existing between mental constructs and concepts of the Health Belief Model*. University of Texas at Tyler.
- Frenkel, M., Cohen, L. (2014). Effective Communication About the Use of Complementary and Integrative Medicine in Cancer Care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(1), 12–18. <https://doi.org/10.1089/acm.2012.0533>
- Funder, D. C., Ozer, D. J. (2019). Evaluating Effect Size in Psychological Research: Sense and Nonsense. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 2(2), 156–168. <https://doi.org/10.1177/2515245919847202>
- Furnham, A. (2007). Are modern health worries, personality and attitudes to science associated with the use of complementary and alternative medicine? *British Journal of Health Psychology*, 12(2), 229–243. <https://doi.org/10.1348/135910706X100593>
- Furnham, A., Beard, R. (1995). Health, just world beliefs and coping style preferences in patients of complementary and orthodox medicine. *Social Science Medicine (1982)*, 40(10), 1425–1432. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00263-s](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00263-s)
- Furnham, A., Forey, J. (1994). The attitudes, behaviors and beliefs of patients of conventional vs. complementary (alternative) medicine. *Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 458–469.
- Fuson, W. M. (1943). Attitudes: a note on the concept and its research context. *American Sociological Review*, 7.
- Galbraith, N. (2018). *Cognition associated with use of and belief in complementary and alternative medicine (CAM)*. University of the West of England.
- Galbraith, N., Moss, T., Galbraith, V., Purewal, S. (2018). A systematic review of the traits and cognitions associated with use of and belief in complementary and alternative medicine (CAM). *Psychology, Health and Medicine*, 23(7), 854–869. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1442010>

- Galliford, N., Furnham, A. (2017). Individual difference factors and beliefs in medical and political conspiracy theories. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(5), 422–428. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/sjop.12382>
- Gałdowa, A. (1990). Rozwój i kryteria dojrzałości osobowej. *Przegląd Psychologiczny*, 33(1), 13–27.
- Gańczarczyk, A. (1994). *Orientacje życiowe młodzieży w warunkach transformacji ustroju* (T. 1390). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- 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. 1*, 290–297. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.830663>
- Gaweł, A. (2003). *Pedagodzy wobec wartości zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gaweł, A. (2011). Świadomość zdrowotna jako kategoria wyznaczająca cele edukacji Zdrowotnej. W A. Gaweł B. Bieszczad (Red.), *Kategorie pojęciowe edukacji w przestrzeni interdyscyplinarnych interpretacji* (s. 83–99). Uniwersytet Jagielloński.
- Gfk Polonia. (2014). *Leki homeopatyczne okiem Polaków*.
- Glynn, J., Bhikha, R. (2018). Herbal Products and Conventional Drugs – an Uneasy Alliance. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 18(1), 24–29. <https://doi.org/10.3329/bjms.v18i1.39542>
- Gładczuk, J., Kleszczewska, E. (2021). Choroby cywilizacyjne – działania profilaktyczne i interwencyjne. *Hygeia Public Health*, 56(1), 14–23.
- Główny Urząd Statystyczny. (2023). Przynależność wyznaniowa - dane NSP dla kraju i jednostek samorządu terytorialnego. W: *Narodowy Spis Powszechny*.
- Goldstein, M. (2000). The Emergence of Alternative Medicine. W P. Brown (Red.), *Perspectives in Medical Sociology* (s. 363–372). Waveland Press.
- Gould, S. J. (1990a). Health Consciousness and Health Behavior: The Application of a New Health Consciousness Scale. *American Journal of Preventive Medicine*, 6(4), 228–237. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(18\)31009-2](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(18)31009-2)
- Gould, S. J. (1990b). Health Consciousness and Health Behavior: The Application of a New Health Consciousness Scale. *American Journal of Preventive Medicine*, 6(4), 228–237. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(18\)31009-2](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(18)31009-2)
- Green, B. F. (1959). Attitude measurement. W G. Lindzey (Red.), *Handbook of social psychology*. Addison-Wesley.
- Grulkowski, B. (1995). Metoda pomiaru i psychologiczna charakterystyka postaw „być” i „mieć”. *Roczniki Filozoficzne*, 171–222.
- Grysiak, A. (2023). *Polacy są rekordzistami w wydatkach na leki bez recepty*. <https://www.wiadomoscikosmetyczne.pl/rynek-kosmetyczny/polacy-sa-rekordzistami-w-wydatkach-na-leki-bez-recepty-2446323>.

- Guilford, J. P. (1959). *Personality*. McGraw-Hill.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.12.014>
- Gutiérrez, S., Svahn, S. L., Johansson, M. E. (2019). Effects of Omega-3 Fatty Acids on Immune Cells. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(20), 5028. <https://doi.org/10.3390/ijms20205028>
- Gwozdecka-Wolniaszek, E., Mateusiak, J. (2013). O stronach internetowych, przekazach medialnych i innych źródłach wiedzy o zdrowiu i chorobie. W M. Górnik-Durose (Red.), *Kultura współczesna a zdrowie* (s. 194–201). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Halpin, S. N., Potapragada, N. R., Bergquist, S. H., Jarrett, T. (2020). *Use and factors associated with non-disclosure of complementary and alternative medicine among older adults*. 46(1), 18–25.
- Harris, A. H. S., Thoresen, C. E., Mccullough, M. E., Larson, D. B. (1999). Spiritually and Religiously Oriented Health Interventions. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 413–433. <https://doi.org/10.1177/135910539900400309>
- Harris, P. E., Cooper, K. L., Relton, C., Thomas, K. J. (2012). Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. *International Journal of Clinical Practice*, 66(10), 924–939. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2012.02945.x>
- Hartigan, J. A., Wong, M. A. (1979). Algorithm AS 136: A K-Means Clustering Algorithm. *Applied Statistics*, 28(1), 100. <https://doi.org/10.2307/2346830>
- Hejnicka-Bezwińska, T. (1997). *Orientacje życiowe młodzieży*. Wydawnictwo Uczelniane WSP.
- Hendrickson, D., Zollinger, B., McCleary, R. (2006). Determinants of the Use of Four Categories of Complementary and Alternative Medicine. *Complementary health practice review*, 11(1), 3–26. <https://doi.org/10.1177/1533210106288080>
- Herzlich, C. (1973). *Health Illness: A social psychological analysis*. Academic Press.
- Heszen-Niejodek, I., Gruszczyńska, E. (2004). Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. *Przegląd Psychologiczny*, 47(1), 15-31.
- Honaker, J., King, G., Blackwell, M. (2011). **Amelia** II: A Program for Missing Data. *Journal of Statistical Software*, 45(7). <https://doi.org/10.18637/jss.v045.i07>
- Honda, K., Jacobson, J. S. (2005). Use of complementary and alternative medicine among United States adults: The influences of personality, coping strategies, and social support. *Preventive Medicine*, 40(1), 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.05.001>

- Hong, H. (2009). Scale Development for Measuring Health Consciousness: Re-conceptualization. *That Matters to the Practice*, 212–233.
- Hsiao, A.-F., Wong, M. D., Miller, M. F., Ambs, A. H., Goldstein, M. S., Smith, A., Ballard-Barbash, R., Becerra, L. S., Cheng, E. M., Wenger, N. S. (2008). Role of Religiosity and Spirituality in Complementary and Alternative Medicine Use Among Cancer Survivors in California. *Integrative Cancer Therapies*, 7(3), 139–146. <https://doi.org/10.1177/1534735408322847>
- Hu, C. S. (2016). A New Measure for Health Consciousness : Development of A Health Consciousness Conceptual Model. W: *Proceedings of the National Communication Association Annual Conference, Washington, DC, USA* (s. 21-24)
- Hu, X.-Y., Lorenc, A., Kemper, K., Liu, J.-P., Adams, J., Robinson, N. (2015). Defining integrative medicine in narrative and systematic reviews: A suggested checklist for reporting. *European Journal of Integrative Medicine*, 7(1), 76–84. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2014.11.006>
- Hübner, J., Welter, S., Ciarlo, G., Käsmann, L., Ahmadi, E., Keinki, C. (2022). Patient activation, self-efficacy and usage of complementary and alternative medicine in cancer patients. *Medical Oncology*, 39(12), 192. <https://doi.org/10.1007/s12032-022-01796-8>
- Hughes, B. M. (2006). Regional Patterns of Religious Affiliation and Availability of Complementary and Alternative Medicine. *Journal of Religion and Health*, 45(4), 549–557.
- Hughes, B. M. (2008). How should clinical psychologists approach complementary and alternative medicine? Empirical, epistemological, and ethical considerations. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 657–675. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.005>
- Humańska, M., Nowicki, A. (2005). Postępowanie dodatkowe i alternatywne u kobiet chorych na raka piersi. *Współczesna Onkologia*, 9;, 263–268.
- Hyland, M. E., Lewith, G. T., Wheeler, P. (2008). Do existing psychologic scales measure the nonspecific benefit associated with CAM treatment? *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, 14(2), 185–189. <https://doi.org/10.1089/acm.2007.7050>
- International Health Conference (New York, J.-J. 1946). (1948). *Summary report on proceedings, minutes and final acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946*. 143 p.; Index p.131.
- Iversen, A. C., Kraft, P. (2006). Does socio-economic status and health consciousness influence how women respond to health related messages in media? *Health Education Research*, 21(5), 601–610. <https://doi.org/10.1093/her/cyl014>
- Jacka, F. N. (2017). Nutritional Psychiatry: Where to next? *EBioMedicine*, 17, 24–29. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2017.02.020>

- James, P. B., Wardle, J., Steel, A., Adams, J. (2018). Traditional, complementary and alternative medicine use in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMJ Global Health*, 3(5), e000895. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000895>
- Janda, K., Wojtkowska, K., Jakubczyk, K., Antoniewicz, J., Skonieczna-Żydecka, K. (2020). *Passiflora incarnata* in Neuropsychiatric Disorders—A Systematic Review. *Nutrients*, 12(12), 3894. <https://doi.org/10.3390/nu12123894>
- Janiszewska, K. (2019). *Ja nie lecę, ja uzdrawiam*. Otwarte.
- Jankowska, A. (2021). *Ilu lekarzy-antyszczepionkowców ukarał samorząd lekarski? . Co w zdrowiu - Ilu lekarzy-antyszczepionkowców ukarał samorząd lekarski?* <https://www.cowzdrowiu.pl/aktualnosc/post/ilu-lekarzy-antyszczepionkowcow-ukaral-samorzad-lekarski-dane>
- Janus, K. (2011). *Słownik pedagogiki i psychologii. Zagadnienia, pojęcia, terminy*. Buchmann.
- Jeswani, M., Furnham, A. (2010). Are modern health worries, environmental concerns, or paranormal beliefs associated with perceptions of the effectiveness of complementary and alternative medicine? *British Journal of Health Psychology*, 15(Pt 3), 599–609. <https://doi.org/10.1348/135910709X477511>
- Jędrzejewska, A. B., Ślusarska, B. J., Jurek, K., Nowicki, G. J. (2023). Translation and Cross-Cultural Adaptation of the International Questionnaire to Measure the Use of Complementary and Alternative Medicine (I-CAM-Q) for the Polish and Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph20010124>
- Johnson, J. A. (2005). Ascertaining the validity of individual protocols from Web-based personality inventories. *Journal of Research in Personality*, 39(1), 103–129. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.09.009>
- Johnson, S. B., Park, H. S., Gross, C. P., Yu, J. B. (2018). Use of Alternative Medicine for Cancer and Its Impact on Survival. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 110(1), 121–124. <https://doi.org/10.1093/jnci/djx145>
- Jonas, W. B., Kaptchuk, T. J., Linde, K. (2003). A Critical Overview of Homeopathy. *Annals of Internal Medicine*, 138(5), 393. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-5-200303040-00009>
- Jonas, W., Levin, J. (2000). *Podstawy medycyny komplementarnej i alternatywnej*. Universitas.
- Jong, M. C., Busch, M., Baars, E. W. (2019). Integrative medicine in Dutch curative and long-term healthcare centres: Mapping the field. *European Journal of Integrative Medicine*, 28, 14–19. <https://doi.org/10.1016/J.EUJIM.2019.04.003>
- Joyner, C., Rhodes, R. E., Loprinzi, P. D. (2018). The prospective association between the Five Factor personality model with health behaviors and health behavior clusters. *Europe's Journal of Psychology*, 14(4), 880–896. <https://doi.org/10.5964/ejop.v14i4.1450>

- Juczyński, Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w psychologii i promocji zdrowia*. Pracetst.
- Kaczor-Szkodny, P., Szkodny, W. (2021). Selected elements affecting the formation and shaping of attitudes and health behaviours. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 27(1), 45–49. <https://doi.org/10.26444/monz/131778>
- Kahkhaie, K. R., Mirhosseini, A., Aliabadi, A., Mohammadi, A., Mousavi, M. J., Haftcheshmeh, S. M., Sathyapalan, T., Sahebkar, A. (2019). Curcumin: a modulator of inflammatory signaling pathways in the immune system. *Inflammopharmacology*, 27(5), 885–900. <https://doi.org/10.1007/s10787-019-00607-3>
- Kalariya, Y., Kumar, A., Ullah, A., Umair, A., Neha, F., Madhurita, F., Varagantiwar, V., Ibne Ali Jaffari, S. M., Ahmad, A., Aman, M., Sapna, F., Varrassi, G., Kumar, S., Khatri, M. (2023). Integrative Medicine Approaches: Bridging the Gap Between Conventional and Renal Complementary Therapies. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.46033>
- Kanclerz, B. (2015). Orientacje życiowe młodzieży–ich uwarunkowania i przemiany. *Studia Edukacyjne*, 36, 143-164
- Kapała, M. (2013). *Poczucie jakości życia a typ umysłu i inteligencja duchowa w kontekście doświadczenia indywidualnego*. Uniwersytet Wrocławski.
- Kapała, M. (2016). Existential/spiritual resources and the subjective quality of life experiences among elderly adults. *Polish Journal of Applied Psychology*, 13(4), 123–168. <https://doi.org/10.1515/pjap-2015-0046>
- Kapała, M. (2017). *Duchowość jako niedoceniany aspekt psyche. Propozycja nowego ujęcia duchowości w psychologii – kategoria wrażliwości duchowej*. XXX, 7–37.
- Kassambara, A., Mundt, F. (2017). Package ‘factoextra’. *Extract and visualize the results of multivariate data analyses*, 76(2).
- Kassis, A., Papps, F. A. (2020). Integrating complementary and alternative therapies into professional psychological practice: An exploration of practitioners’ perceptions of benefits and barriers. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 41, 101238. <https://doi.org/10.1016/J.CTCP.2020.101238>
- Katechizm Kościoła Katolickiego* (2. wyd.). (2012). Pallotinum.
- Kelner, M., Wellman, B. (1997). Health care and consumer choice: Medical and alternative therapies. *Social Science Medicine*, 45(2), 203–212. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00334-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00334-6)
- Kemppainen, L. M., Kemppainen, T. T., Reippainen, J. A., Salmenniemi, S. T., Vuolanto, P. H. (2018). Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(4), 448–455. <https://doi.org/10.1177/1403494817733869>
- Kerlinger, F. N. (1967). Social attitudes and their criterial referents: A structural theory. *Psychological Review*, 74(2), 110.

- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Koenig, H. G., Larson, D. B., Larson, S. S. (2001). Religion and Coping with Serious Medical Illness. *Annals of Pharmacotherapy*, 35(3), 352–359. <https://doi.org/10.1345/aph.10215>
- Komsta, Ł. (2006). Homeopatia a badania naukowe. *Śłużba Zdrowia*, 55–58, 19–21.
- Korkmaz, S., Göksülük, D., Zararsiz, G. (2014). MVN: An R package for assessing multivariate normality. *R JOURNAL*, 6(2).
- 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.
- Kościńska, E., Kuchcińska, M. (2010). *Konteksty zdrowia i edukacji zdrowotnej*. UKW Bydgoszcz.
- Kowalski, M., Gawel, A. (2006). *Zdrowie-wartość-edukacja*. Impuls.
- Krajewski-Siuda, K., Chmura, R., Łach, K. (2012). Samoleczenie jako problem zdrowia publicznego. W K. Krajewski-Siuda (Red.), *Samoleczenie* (s. 31–98). Instytut Sobieskiego.
- Kralj, Ž., Kardum, G. (2020). Attitudes toward complementary and alternative medicine, beliefs in afterlife and religiosity among psychiatrists, psychologists and theologians. *Psychiatria Danubina*, 32(3), 420–427.
- Kruczek, A., Janicka, M. (2019). Being or having? – young adults life orientations and their satisfaction with life. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 19(2), 158–164. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2019.0016>
- Księżka-Koszalka, J. (2021a). Psychological determinants of the use of complementary and alternative medicine – CAM. *Journal of Education, Health and Sport*, 11(12), 280–292. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2021.11.12.021>
- Księżka-Koszalka, J. (2021b). Psychologiczne konsekwencje pandemii COVID-19. W: W. Nowak K. Szalonka (Red.), *Zdrowie i style życia : ekonomiczne, społeczne i zdrowotne skutki pandemii* (s. 47–57). E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego. <https://doi.org/10.34616/142078>
- Księżka-Koszalka, J., Gawda, B. (2023). Współczesne wyzwania w badaniu fenomenu korzystania z alternatywnych form terapii. *Journal of Modern Science*, 1(50), 72–92.
- Księżka-Koszalka, J. M., Gawda, B. (2022). Health Consciousness vs. Disease. Polish Adaptation of the Health Consciousness Scale by Ch.S.Hu. *Current Problems of Psychiatry*, 4(23). <https://doi.org/doi:10.2478/cpp-2022-0018>
- Kubińska, Z., Pańczuk, A., Ławnik, A. (2016). Postawy wobec zdrowia jako jeden z przejawów kompetencji zdrowotnych. *Rozprawy Społeczne*, 10(4), 73–79.

- Kurdupski, M. (2022). *Rynek reklamy telewizyjnej w marcu spadł o 3 proc. Polsat na czele wpływów, TVN24 w dół o 45 proc.*
<https://www.wirtualnemedial.pl/artykul/rynek-reklamy-telewizyjnej-marzec-2022-lider-polsat-ferrero>.
- Kwapis, K., Bartczuk, R. P. (2020). The Development and Psychometric Properties of the Polish Version of the Self-Control Scale. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*, 33(3), 123.
<https://doi.org/10.17951/j.2020.33.3.123-144>
- LaCaille, R. A., Kuvaas, N. J. (2011). Coping styles and self-regulation predict complementary and alternative medicine and herbal supplement use among college students. *Psychology, Health Medicine*, 16(3), 323–332.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2010.543909>
- Lamberty, P., Imhoff, R. (2018). Powerful Pharma and Its Marginalized Alternatives? *Social Psychology*, 49(5), 255–270. <https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000347>
- Latte-Naor, S., Sidlow, R., Sun, L., Li, Q. S., Mao, J. J. (2018). Influence of family on expected benefits of complementary and alternative medicine (CAM) in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 26(6), 2063–2069.
<https://doi.org/10.1007/s00520-018-4053-0>
- Lewicki, A. (1960). *Procesy poznawcze i orientacja w otoczeniu*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Liem, A. (2019). A comparison of attitudes towards complementary and alternative medicine between psychologists in Australia and Indonesia: a short report. *Integrative Medicine Research*, 8(3), 195–199.
<https://doi.org/10.1016/J.IMR.2019.07.004>
- Liem, A., Newcombe, P. A. (2021). Knowledge, attitudes, and usage of complementary-alternative medicine (CAM): A national survey of clinical psychologists in Indonesia. *Current Psychology*, 40(7), 3477–3487.
<https://doi.org/10.1007/s12144-019-00290-1>
- Ligorio, D. V., Lyons, G. C. B. (2019). Exploring differences in psychological professionals' attitudes towards and experiences of complementary therapies in clinical practice. *Australian Psychologist*, 54(3), 202–213.
<https://doi.org/10.1111/ap.12368>
- Lindeman, M. (2011). Biases in intuitive reasoning and belief in complementary and alternative medicine. *Psychology Health*, 26(3), 371–382.
<https://doi.org/10.1080/08870440903440707>
- Liu, C., Bathke, A. C., Harrar, S. W. (2011). A nonparametric version of Wilks' lambda—Asymptotic results and small sample approximations. *Statistics Probability Letters*, 81(10), 1502–1506. <https://doi.org/10.1016/j.spl.2011.04.012>
- Lizi, J. (2016). *Prevalence and Predictors of Complementary and Alternative Medicine Use among Lebanese College students*. Walden University.

- Lobera, J., Rogero-García, J. (2020). Scientific Appearance and Homeopathy. Determinants of Trust in Complementary and Alternative Medicine. *Health Communication*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1750764>
- Lorenc, A., Crichton, N., Robinson, N. (2013). Traditional and complementary approaches to health for children: Modelling the parental decision-making process using Andersen's sociobehavioural model. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(4), 277–285. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.05.006>
- Lorenc, A., Ilan-Clarke, Y., Robinson, N., Blair, M. (2009). How parents choose to use CAM: A systematic review of theoretical models. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 9(May). <https://doi.org/10.1186/1472-6882-9-9>
- Lyszczyna, A. (2022). Uwagi na temat medycyny komplementarnej i alternatywnej w prawie polskim. *Opolskie Studia Administracyjno-Prawne*, 20(1), 165–186. <https://doi.org/10.25167/osap.4749>
- MacArtney, J. I., Wahlberg, A. (2014). The Problem of Complementary and Alternative Medicine Use Today. *Qualitative Health Research*, 24, 114–123.
- Magee, C. A., Heaven, P. C. L., Miller, L. M. (2013). Personality Change Predicts Self-Reported Mental and Physical Health. *Journal of Personality*, 81(3), 324–334. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00802.x>
- Mahboubi, M. (2021). Sambucus nigra (black elder) as alternative treatment for cold and flu. *Advances in Traditional Medicine*, 21(3), 405–414. <https://doi.org/10.1007/s13596-020-00469-z>
- Maio, G. R., Olson, J. M. (1999). *Why we evaluate: Functions of attitudes*. Psychology Press.
- Manterys, K., Błażek, M., Rabinovitch, A. (2023). *Faith in God as a source for maintaining a sense of control in cancer in Polish sample*.
- Mao, J. J., Cronholm, P. F., Stein, E., Straton, J. B., Palmer, S. C., Barg, F. K. (2010). Positive Changes, Increased Spiritual Importance, and Complementary and Alternative Medicine (CAM) Use Among Cancer Survivors. *Integrative Cancer Therapies*, 9(4), 339–347. <https://doi.org/10.1177/1534735410387419>
- Mao, J. J., Palmer, S. C., Desai, K., Li, S. Q., Armstrong, K., Xie, S. X. (2012). Development and Validation of an Instrument for Measuring Attitudes and Beliefs about Complementary and Alternative Medicine (CAM) Use among Cancer Patients. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2012/798098>
- Marody, M. (1976). *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy*. PWN.
- Maydeu-Olivares, A. (2017). Maximum Likelihood Estimation of Structural Equation Models for Continuous Data: Standard Errors and Goodness of Fit. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 24(3), 383–394. <https://doi.org/10.1080/10705511.2016.1269606>

- Mądrzycki, T. (1970). *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.
- McCurdy, E. A., Spangler, J. G., Wofford, M. M., Chauvenet, A. R., McLean, T. W. (2003). Religiosity is Associated With the Use of Complementary Medical Therapies by Pediatric Oncology Patients. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 25(2), 125–129. <https://doi.org/10.1097/00043426-200302000-00008>
- McDonald, J. H. (2009). *Handbook of biological statistics* (T. 2). Sparky House Publishing Baltimore, MD.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2010.08.004>
- McGregor, K., Paey, R. (1996). The choice of alternative therapy for health care: Testing some propositions. *Social Science Medicine*, 43(9), 1317–1327.
- Mcintyre, E., Foley, H., Diezel, H., Harnett, J., Adams, J., Sibritt, D., Steel, A. (2020). Development and preliminary validation of the Complementary Medicine Disclosure Index. *Patient Education and Counseling*, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.01.008>
- McKnight, P. E., Najab, J. (2010). Mann-Whitney U Test. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1.
- Meade, A. W., Craig, S. B. (2012). Identifying careless responses in survey data. *Psychological methods*, 17(3), 437.
- Mellibruda L., Lesiak M., Sikora D., Zawadzka-Czaja B. (1985). *Uzdrowiciele – Raport z badań*. MZiOP.
- Messerli-Rohrbach, V. (2000). Personal values and medical preferences: postmaterialism, spirituality, and the use of complementary medicine. *Forschende Komplementarmedizin Und Klassische Naturheilkunde = Research in Complementary and Natural Classical Medicine*, 7(4), 183–189. <https://doi.org/10.1159/000021342>
- Michalik, G. (2020). *Kaspirowski. Sen o wszechmocy*. Agora.
- Mika, S. (1981). *Psychologia społeczna*. PWN.
- Misiołek, K., Błazek, M. (2023). Emotional and experiential factors that determine civilizational diseases. *Health Psychology Report*. <https://doi.org/10.5114/hpr/159283>
- Mitzdorf, U., Beck, K., Horton-Hausknecht, J., Weidenhammer, W., Kindermann, A., Takács, M., Astor, G., Melchart, D. (1999). Why do patients seek treatment in hospitals of complementary medicine? *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 5(5), 463–473. <https://doi.org/10.1089/acm.1999.5.463>

- Molesztak, A. (2010). *Duchowy wymiar zdrowia człowieka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Montalto, C. P. (2006). Use of Complementary and Alternative Medicine by Older Adults: An Exploratory Study. *Complementary Health Practice Review*, 11(1), 27–46. <https://doi.org/10.1177/1533210106288823>
- Morciniak, P. (2012). Medycyna alternatywna – alternatywa dla medycyny, okultyzm czy wiara zdesperowanych? Ujęcie wartościujące. W M. Worbs (Red.), *Wiara czy pseudowiara? Wykłady otwarte zorganizowane w okresie Wielkiego Postu 2012 roku* (T. 82). Uniwersytet Opolski.
- Mörkl, S., Wagner-Skacel, J., Lahousen, T., Lackner, S., Holasek, S. J., Bengesser, S. A., Painold, A., Holl, A. K., Reininghaus, E. (2020). The Role of Nutrition and the Gut-Brain Axis in Psychiatry: A Review of the Literature. *Neuropsychobiology*, 79(1), 80–88. <https://doi.org/10.1159/000492834>
- Murray, H. A., Morgan, C. D. (1945). A clinical study of sentiments. *Genetical Psychological Monographs*, 32.
- Myers, C. D., Jacobsen, P. B., Huang, Y., Frost, M. H., Patten, C. A., Cerhan, J. R., Sellers, T. A. (2008). Familial and Perceived Risk of Breast Cancer in Relation to Use of Complementary Medicine. *Cancer Epidemiology, Biomarkers Prevention*, 17(6), 1527–1534. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-08-0028>
- Naczelna Izba Lekarska. (2003). *Kodeks Etyki Lekarskiej*. <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>.
- Naczelna Izba Lekarska. (2015, maj 23). *Komplementarne i alternatywne metody leczenia - stanowisko CPME*. <https://nil.org.pl/aktualnosci/1210-komplementarne-i-alternatywne-metody-leczenia-stanowisko-cpme>.
- Najwyższa Izba Kontroli. (2018). *(Nie)kontrolowane suplementy diety*.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2000). *Expanding Horizons of Healthcare. Five Year Strategic Plan 2001-2005*.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2002). *What Is Complementary and Alternative Medicine (CAM)?* <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/index.htm>
- 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>
- National Center of Complementary and Integrated Health. <https://www.nccih.nih.gov/>.
- Nezu, A. M., Nezu Christine Maguth, Geller, P., Weiner, I. B. (2003). *Handbook Of Psychology-Vol 09-Health Psychology: T. IX*. John Wiley & Sons.
- Ng, J. Y., Verhoeff, N., Steen, J. (2023). What are the ways in which social media is used in the context of complementary and alternative medicine in the health and

- medical scholarly literature? a scoping review. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 23(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12906-023-03856-6>
- Nicdao, E. G., Ai, A. L. (2014). Religion and the Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) Among Cardiac Patients. *Journal of Religion and Health*, 53(3), 864–877. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9681-6>
- Nowak, R. (2023). Rozwój ziołolecznictwa w Polsce. Potencjał i potrzeby. Jakość ma znaczenie czyli źródła naturalnych substancji bioaktywnych do zastosowań medycznych. *Prezentacja prof. dr hab. R. Nowak z Zakładu Botaniki Farmaceutycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie jako opinia ekspercka sporządzona na potrzeby prac Parlamentarnego Zespołu ds. Ekologii i Polskiego Zielarstwa*.
- Nowak, S. (1973). Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych. W: S. Nowak (red.) *Teorie postaw* (s. 17–88). PWN.
- Nowakowska, K. (2018, luty 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>
- Nowakowski, M. (2015). *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*. UMCS.
- Nowakowski, M., Piątkowski, W. (2017). *Procesy medykalizacji we współczesnym społeczeństwie*. UMCS.
- 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*, 8–15.
- Obuchowski, K. (1972). *Psychologia dążeń ludzkich*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Obuchowski, K. (1982). *Kody orientacji i struktura procesów emocjonalnych*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- O'Connor, E. L., White, K. M. (2009). Intentions and willingness to use complementary and alternative medicines: What potential patients believe about CAMs. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15(3), 136–140. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.03.003>
- Ogden, J. (2004). *Health psychology: a textbook*. Open University Press.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość, stres a zdrowie*. Difin.
- Olchowska-Kotala, A. (2003). Podmiotowe wyznaczniki skłonności do korzystania z metod terapii niekonwencjonalnych. *Sztuka leczenia*, 2, 65–72.
- Olchowska-Kotala, A. (2009). *Kto i dlaczego leczy się niekonwencjonalnymi metodami terapii?* Adam Marszałek.

- Olchowska-Kotala, A. (2013). Individual Differences in Cancer Patients' Willingness to Use Complementary and Alternative Medicine. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 22(6), 855–860.
- Oliver, J. E., Wood, T. (2014). Medical Conspiracy Theories and Health Behaviors in the United States. *JAMA Internal Medicine*, 174(5), 817–818. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.190>
- 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. <https://doi.org/10.18848/2156-8960/cgp/v09i01/41-56>
- 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. <https://doi.org/10.1108/LHS-12-2018-0063>
- Ostrzyżek, A., Marcinkowski, J. T. (2012). Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna Biomedical versus holistic health model and the theory and clinical practice. W *Probl Hig Epidemiol* (T. 93, Numer 4). www.phie.pl
- Owens, J. E., Taylor, A. G., Degood, D. (1999). Complementary and alternative medicine and psychologic factors: toward an individual differences model of complementary and alternative medicine use and outcomes. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 5(6), 529–541. <https://doi.org/10.1089/acm.1999.5.529>
- Ozdelikara, A., Karaoğlan, İ. Ç. (2023). Effects of Oncology Patients' Health Literacy on Use of Complementary and Alternative Therapy. *Alternative therapies in health and medicine*, 29(6), 120–127.
- Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen-Bohlman, L. T., Rudd, R. R. (2005). The prevalence of limited health literacy. *Journal of general internal medicine*, 20(2), 175–184. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x>
- Paczuska, A. (2019). *Zielnik klasztorny*. Wydawnictwo RM.
- Padilla, R., Gomez, V., Biggerstaff, S. L., Mehler, P. S. (2001). Use of Curanderismo in a Public Health Care System. *Archives of Internal Medicine*, 161(10), 1336. <https://doi.org/10.1001/archinte.161.10.1336>
- Pastuszak, J. (2011). Komplementarność nauki i wiary na przykładzie medycyny naturalnej w Polsce. W A. Anczyk (Red.), *Medicina magica. Oblicza medycyny niekonwencjonalnej* (s. 27–40). Wydawnictwo Instytutu Pracy i Zdrowia Środowiskowego.
- Pedersen, C. G., Christensen, S., Jensen, A. B., Zachariae, R. (2013). In God and CAM We Trust. Religious Faith and Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in a Nationwide Cohort of Women Treated for Early Breast Cancer.

Journal of Religion and Health, 52(3), 991–1013. <https://doi.org/10.1007/s10943-012-9569-x>

- Petrie, K. J., Broadbent, E. A., Kley, N., Psych, D., Moss-Morris, R., Horne, R., Rief, W. (2005). Worries About Modernity Predict Symptom Complaints After Environmental Pesticide Spraying. *Psychosomatic Medicine*, 67(5), 778–782. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000181277.48575.a4>
- Pew Research Center. (2017). *Religijność i przynależność narodowa w Europie Środkowo-Wschodniej. Przenikanie się tożsamości narodowej i religijnej w regionie dawniej zdominowanym przez ateistyczne reżimy.*
- Phutrakool, P., Pongpirul, K. (2022). Acceptance and use of complementary and alternative medicine among medical specialists: a 15-year systematic review and data synthesis. *Systematic Reviews*, 11(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01882-4>
- Piątkowski, W. (1984). Lecznictwo niemedyczne: próba spojrzenia socjologicznego. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio I. Philosophia-Sociologia*, 9(7), 88–99.
- Piątkowski, W. (1990). *Spotkania z inną medycyną.* Wydawnictwo Lubelskie.
- Piątkowski, W. (2008). *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność.* Wydawnictwo Uniwersytetu Marii-Curie Skłodowskiej.
- Piątkowski, W. (2012). *Beyond medicine: Non-Medical Methods of Treatment in Poland.* Peter Lang GmbH.
- Piątkowski, W. (2014). Lecznictwo niemedyczne. Wybrane aspekty socjologiczne i formalno-prawne. *Konteksty społeczne*, 2(4).
- Piątkowski, W. (2020). *From Medicine to Sociology. Health and Illness in Magdalena Sokółowska's Research Conceptions.* Peter Lang Verlag. <https://www.peterlang.com/document/1058495>
- Piątkowski, W., Nowakowski, M. (2017). *Procesy medykalizacji we współczesnym społeczeństwie.* UMCS.
- Polska Liga Walki z Rakiem. *Rak niekonwencjonalnie - Serwis o terapiach komplementarnych, alternatywnych i niekonwencjonalnych.* <https://www.ligawalkizrakiem.pl/rak-niekonwencjonalnie/o-serwisie>.
- Popek, S. (2001). *Człowiek jako jednostka twórcza.* Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Popielski, K. (1999). Noopsychoematyka: propozycja nowego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego. *Przeгляд Psychologiczny*, 42(4), 17–41.
- Popper-Giveon, A., Schiff, E., Ben-Arye, E. (2012). I will always be with you: Traditional and complementary therapists' perspectives on patient-therapist-doctor communication regarding treatment of Arab patients with cancer in Israel. *Patient*

- Education and Counseling*, 89(3), 381–386.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.03.016>
- Powers-James, C., Alvarez, A., Milbury, K., Barbo, A., Daunov, K., Lopez, G., Cohen, L., Delgado-Guay, M. O., Olopade, O. I., Lee, R. T. (2020). The Influence of Spirituality and Religiosity on US Oncologists' Personal Use of and Clinical Practices Regarding Complementary and Alternative Medicine. *Integrative Cancer Therapies*, 19, 1–6. <https://doi.org/10.1177/1534735420945769>
- Prężyna, W. (1981). *Funkcja postawy religijnej w osobowości człowieka*. KUL
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.3.390>
- Pronko, N. H. (1961). Osobowość. *Zeszyty Naukowe WSP w Opolu*, 74(2), 179–180.
- Puchalski, K. (1997). *Zdrowie w świadomości potocznej*. Instytut Medycyny Pracy.
- Puskulluoglu, A. M., Uchańska, B., Tomaszewski, K. A., Zygulska, A. L. (2021). Use of complementary and alternative medicine among Polish cancer patients. *Nowotwory* 6(5), 354–361. <https://doi.org/10.5603/NJO.a2021.0051>
- R Core Team. (2023). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org>
- Rajab, M. H., Jabri, F., Alghalyini, B., Raddaoui, L., Rajab, K., Alkhani, M. A., Holmes, L. D., AlDosary, F. (2019). A Hospital-based Study of the Prevalence and Usage of Complementary and Alternative Medicine Among Saudi Psychiatric Patients. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.5584>
- Rammstedt, B., Beierlein, C. (2014). Can't We Make It Any Shorter? *Journal of Individual Differences*, 35(4), 212–220. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000141>
- Rao, A., Hickman, L. D., Sibbritt, D., Newton, P. J., Phillips, J. L. (2016). Is energy healing an effective non-pharmacological therapy for improving symptom management of chronic illnesses? A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 25, 26–41. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.07.003>
- Ratajczak, Z. (1997). Model zachowania się człowieka wobec własnego zdrowia. Wnioski dla praktyki promocyjnej. W Z. Ratajczak (Red.), *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Uniwersytet Śląski.
- Rathus, S. (2004). *Psychologia współczesna*. GWP.
- Redhuan Dzulklipli, Selangor, M., Puncak Alam, K., Maon, S. (2019). *Application of Theory of Planned Behavior to Predict the Intention to Purchase Complementary and Alternative Medicine*. <https://rpajournals.com/ithj>
- Remmers, H. H. (1954). *Introduction to opinion and attitude measurement*. Harper and Bros.

- Reykowski, J. (1973). Postawy a osobowość. W: S. Nowak (Red.), *Teorie postaw* (s. 89-112). PWN
- Rhodes, R. E., Smith, N. E. I. (2006). Personality correlates of physical activity: a review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 40(12), 958–965. <https://doi.org/10.1136/bjism.2006.028860>
- Robinson, N., Lorenc, A., Blair, M. (2009). Developing a decision-making model on traditional and complementary medicine use for children. *European Journal of Integrative Medicine*, 1(1), 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2009.01.002>
- Rokeach, M. (1960). *The open and closed mind*. Basic Books.
- Rooth, E. (2005). *An investigation of the status and practice of life orientation in south african schools in two provinces*. University of the Western Cape.
- Rosseel, Y. (2012). **lavaan** : An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2). <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Rubinstein, S. M., van Middelkoop, M., Kuijpers, T., Ostelo, R., Verhagen, A. P., de Boer, M. R., Koes, B. W., van Tulder, M. W. (2010). A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. *European Spine Journal*, 19(8), 1213–1228. <https://doi.org/10.1007/s00586-010-1356-3>
- Sacco, M. A., Zibetti, A., Bonetta, C. F., Scalise, C., Abenavoli, L., Guarna, F., Gratteri, S., Ricci, P., Aquila, I. (2022). Kambo: Natural drug or potential toxic agent? A literature review of acute poisoning cases. *Toxicology reports*, 9, 905–913. <https://doi.org/10.1016/j.toxrep.2022.04.005>
- Saher, M., Lindeman, M. (2005). Alternative medicine: A psychological perspective. *Personality and Individual Differences*, 39(6), 1169–1178. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.04.008>
- Saldana, S. B. (2018). *Perceptions of Complementary and Alternative Medicine in Western Society: A Focus Study on Switzerland*. Hamilton College.
- Sarris, J., Logan, A. C., Akbaraly, T. N., Amminger, G. P., Balanz??-Mart??nez, V., Freeman, M. P., Hibbeln, J., Matsuoka, Y., Mischoulon, D., Mizoue, T., Nanri, A., Nishi, D., Ramsey, D., Rucklidge, J. J., Sanchez-Villegas, A., Scholey, A., Su, K. P., Jacka, F. N. (2015). Nutritional medicine as mainstream in psychiatry. *The Lancet Psychiatry*, 2(3), 271–274. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00051-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00051-0)
- Scheier, M. F., Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 4(3), 219.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*, 67(6), 1063.
- Schreiber, J. B. (2017). Update to core reporting practices in structural equation modeling. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 13(3), 634–643. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2016.06.006>

- Schützler, L., Witt, C. M. (2014). Internal health locus of control in users of complementary and alternative medicine: a cross-sectional survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-320>
- Schweizer, K. (2011). Some Thoughts Concerning the Recent Shift from Measures with Many Items to Measures with Few Items. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(2), 71–72. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000056>
- Scott, W. A. (1959). Attitude change by response reinforcement replications and extension. *Sociometry*, 2.
- Seredyńska, D. (2009). *Orientacje zdrowotne dorosłych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Sęk, H. (2000). Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia. *Studia Minora Facultatis Philosophicae Universitatis Brunensis*, 4, 17–34.
- Sęk, H., Heszen, I. (2009). *Psychologia zdrowia*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Sęk, H., Kaczmarek, Ł. D., Ziarko, M. (2017). Wiedza naukowa a praktyka społeczna na przykładzie psychologii zdrowia: O dyscyplinie naukowej na zakręcie. *Nauka*, No 3, 103–117. <http://journals.pan.pl/dlibra/publication/edition/110497>
- Shahapure, K. R., Nicholas, C. (2020). Cluster quality analysis using silhouette score. *2020 IEEE 7th international conference on data science and advanced analytics (DSAA)*, 747–748.
- Shamblen, S. R., Atwood, K., Scarbrough, W., Collins, D. A., Rindfleisch, A., Kligler, B., Gaudet, T. (2018). Perceived Behavioral Control as a Key to Integrative Medicine. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*, 23, 2515690X1880158. <https://doi.org/10.1177/2515690X18801581>
- Sharpe, D. (2015). Your chi-square test is statistically significant: now what?. *Practical assessment, research evaluation*, 20(8), n8.
- Siahpush, M. (1999). Why do people favour alternative medicine? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(3), 266–271. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.1999.tb01254.x>
- Simão, T. P., Caldeira, S., De Carvalho, E. C. (2016). The Effect of Prayer on Patients' Health: Systematic Literature Review. *Religions* 7(1). <https://doi.org/10.3390/rel7010011>
- Sirois, F., Bann, C., Walsh, E. (2012). OA12.04. The role of mind-body awareness in complementary and alternative medicine (CAM) outcomes. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12(S1), O48. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-12-s1-o48>
- Sirois, F. M. (1998). *An investigation of the health beliefs and motivations of complementary medicine clients*. Carleton University Ottawa.

- Sirois, F. M., Gick, M. L. (2002). An investigation of the health beliefs and motivations of complementary medicine clients. *Social Science Medicine*, 55(6), 1025–1037. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00229-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00229-5)
- Sirois, F. M., Purc-Stephenson, R. J. (2008). Consumer Decision Factors for Initial and Long-Term Use of Complementary and Alternative Medicine. *Complementary health practice review*, 13(1), 3–19. <https://doi.org/10.1177/1533210107310824>
- Sirois, F. M., Salamonsen, A., Kristoffersen, A. E. (2016). Reasons for continuing use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in students: a consumer commitment model. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 16, 75. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1059-3>
- Skarżyńska, K. (1990). Orientacja egalitarna i nieegalitarna. W: J. Reykowski, K. Skarżyńska, (Red.), *Orientacje społeczne jako element mentalności* (s. 139–156). Polska Akademia Nauk.
- Słońska, Z. (1994). Promocja zdrowia–zarys problematyki. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna*, 1(1–2), 37–52.
- Smith, B. (1967). The Personal Setting of Public Opinions. W: M. Fishbein (Red.), *Readings in Attitude Theory and Measurement*. John Wiley & Sons.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K. T., Christopher, P. J., Bernard, J. F., Shelley, B. M. (2008). Who Is Willing to Use Complementary and Alternative Medicine? *Explore: The Journal of Science and Healing*, 4(6), 359–367. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2008.08.001>
- Smith, C. A., Chang, E., Gallego, G. (2019). Complementary medicine use and health literacy in older Australians. *Complementary Therapies in Medicine*, 42, 53–58. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.10.025>
- St, L., Wold, S. (1990). Multivariate analysis of variance (MANOVA). *Chemometrics and Intelligent Laboratory Systems*, 9(2), 127–141.
- Stanisz, M., Wojciechowska, A., Branecka-Woźniak, D., Kurzawa, R., Ciepiela, P., Wróbel, A. (2019). Komplementarne i alternatywne metody jako terapie stosowane przez pacjentów w trakcie leczenia systemowego nowotworów. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1(71), 42–47. <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.5>
- Steinley, D. (2006). K-means clustering: a half-century synthesis. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 59(1), 1–34.
- Straś-Romanowska, M., Kowal, J., Kapala, M. (2016). Wrażliwość duchowa w kontekście projektowania i rewitalizacji przestrzeni miejskiej. M., K., Leniartek (red.), *Przestrzeń mieszkańców i turystów po rewitalizacji miast* (s. 155-201). *Usługi Poligraficzne Bogdan Kokot vel Kokociński Nowa Ruda*.
- Straś-Romanowska, M., Kowal, J., Kapala, M. (2016). How to measure spiritual sensitivity at the IT user's workplace? The construction process and method of validation of Spiritual Sensitivity Inventory (SSI) / Jak zmierzyć duchową

- wrażliwość pracowników IT w miejscu pracy? Proces konstrukcji i metody walid. *Ekonometria*, 2(2). <https://doi.org/10.15611/ekt.2016.2.05>
- 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. <https://doi.org/10.1089/acm.2007.7006>
- Strzalecki, A. (1989). *Twórczość a style rozwiązywania problemów praktycznych: ujęcia prakseologiczne*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Strzalecki, A. (1999). *Style zachowania się. Kwestionariusz (wersja A)*. Wydawnictwo UKSW.
- Su, X., Yan, X., Tsai, C. (2012). Linear regression. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Computational Statistics*, 4(3), 275–294.
- Svedholm, A. M., Lindeman, M. (2013). Healing, Mental Energy in the Physics Classroom: Energy Conceptions and Trust in Complementary and Alternative Medicine in Grade 10–12 Students. *Science Education*, 22(3), 677–694. <https://doi.org/10.1007/s11191-012-9529-6>
- Swan, L. K., Skarsten, S., Heesacker, M., Chambers, J. R. (2015). Why psychologists should reject complementary and alternative medicine: A science-based perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(5), 325–339. <https://doi.org/10.1037/pro0000041>
- Ścisło, L., Bodys-Cupak, I., Kózka, M. (2022). Opieka skoncentrowana na pacjencie – analiza modelu i rezultatów wdrożenia do systemu opieki zdrowotnej. *Sztuka Leczenia*, 37(1), 33–41. <https://doi.org/10.4467/18982026SZL.22.004.15995>
- Tabachnick, B., Fidell, L. (2012). *Using multivariate statistics*. Person Education.
- Taber, K. S. (2018). The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273–1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Tam, A., Ling Dyana Chang, M., Mohd Suki, N. (2014). Understanding consumption of the traditional and complementary medicine: A conceptual model. *International Journal of Research in Management Social Science*, 2(3), 1–6. <https://www.researchgate.net/publication/266563104>
- Tan, M.-Y., Shu, S.-H., Liu, R.-L., Zhao, Q. (2023). The efficacy and safety of complementary and alternative medicine in the treatment of nausea and vomiting during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1108756>
- Tangkiatcumjai, 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.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., Boone, A. L. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success.

Journal of Personality, 72(2), 271–324.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x>

Taylor, S. E. (2015). *Health Psychology*. University of California.

Tehrani, H., Dadashi, N., Movahedzadeh, D., Khorasani, E. C., Jafari, A. (2022). The predictors of the use of complementary and alternative medicine among type 2 diabetes patients based on the health belief model. *Journal of Diabetes Metabolic Disorders*, 21(1), 285–292. <https://doi.org/10.1007/s40200-022-00971-y>

Thi, L., Phuc, N., Felix, M. S. (2020). Scoping Review : An Anthropological Analysis of the Beliefs of the Elderly That Influence the Use of Traditional /Complementary and Alternative Medicine. *Asia-Pacific Social Science Review*, 20(4), 136–149.

Thomas, W. I., Znaniecki, F. (1996). *The Polish peasant in Europe and America: A classic work in immigration history*. University of Illinois Press.

Thomson, P., Jones, J., Browne, M., Leslie, S. J. (2014). Psychosocial factors that predict why people use complementary and alternative medicine and continue with its use: A population based study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 20(4), 302–310. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2014.09.004>

Thomson-Casey, C., Adams, J., McIntyre, E. (2022). Complementary medicine in psychology practice: an analysis of Australian psychology guidelines and a comparison with other psychology associations from English speaking countries. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/S12906-022-03620-2>

Thomson-Casey, C., Adams, J., McIntyre, E. (2023). The engagement of psychology with complementary medicine: A critical integrative review. *Heliyon*, 9(10). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e21201>

Thomson-Casey, C., McIntyre, E., Rogers, K., Adams, J. (2023). The relationship between psychology practice and complementary medicine in Australia: Psychologists' demographics and practice characteristics regarding type of engagement across a range of complementary medicine modalities. *PLoS ONE*, 18(5). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0285050>

Thurstone, L. L., Chave, E. J. (1929). *The measurement of attitude*. University of Chicago Press.

Tibshirani, R., Walther, G., Hastie, T. (2001). Estimating the Number of Clusters in a Data Set Via the Gap Statistic. *Journal of the Royal Statistical Society Series B: Statistical Methodology*, 63(2), 411–423. <https://doi.org/10.1111/1467-9868.00293>

Toivonen, K. I., Tamagawa, R., Specca, M., Stephen, J., Carlson, L. E. (2018). Open to Exploration? Association of Personality Factors With Complementary Therapy Use After Breast Cancer Treatment. *Integrative Cancer Therapies*, 17(3), 785–792. <https://doi.org/10.1177/1534735417753539>

- Umberger, W. (2019). Complementary and Integrative Approaches to Pain and Patient Preference. *Pain Management Nursing*, 20(1), 1–2.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.11.059>
- Upchurch, D. M., Rainisch, B. K. W. (2013). A Sociobehavioral Model of Use of Complementary and Alternative Medicine Providers, Products, and Practices: Findings From the 2007 National Health Interview Survey. *Journal of Evidence-Based Complementary Alternative Medicine*, 18(2), 100–107.
<https://doi.org/10.1177/2156587212463071>
- Ustawa o Zawodzie Lekarza.
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970280152/U/D19970152Lj.pdf>.
- Uzdil, N., Kılıç, Z. (2022). Health literacy and attitudes to holistic, complementary and alternative medicine in peritoneal dialysis patients: A descriptive study. *European Journal of Integrative Medicine*, 55, <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2022.102185>
- Valtonen, J., Ilmarinen, V.-J., Lönnqvist, J.-E. (2023). Political orientation predicts the use of conventional and complementary/alternative medicine: A survey study of 19 European countries. *Social Science Medicine*, 331, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116089>
- Van den Bulck, J., Custers, K. (2010). Belief in complementary and alternative medicine is related to age and paranormal beliefs in adults. *The European Journal of Public Health*, 20(2), 227–230. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp104>
- Von Bertalanffy, L. (1975). *Perspectives on general system theory: Scientific-philosophical studies*. George Braziller.
- von Conrady, D. M., Bonney, A. (2017). Patterns of complementary and alternative medicine use and health literacy in general practice patients in urban and regional Australia. *Australian family physician*, 46(5), 316–320.
- Walentyńowicz-Moryl, K. (2017). Wielowymiarowe modele zdrowia. *Hygeia Public Health*, 52(1), 1–5.
- Wang, G. (2002). Attitudinal Correlates of Brand Commitment. *Journal of Relationship Marketing*, 1(2), 57–75. https://doi.org/10.1300/J366v01n02_04
- Warnes, G. R., Bolker, B., Lumley, T., Johnson, R. C., Jain, N., Schwartz, M., Rogers, J. (2024). *_gmodels: Various R Programming Tools for Model Fitting_*. R package version 2.19.1, <<https://CRAN.R-project.org/package=gmodels>>. (R package version 2.19.1). <https://CRAN.R-project.org/package=gmodels>
- Watanabe, K., Matsuura, K., Gao, P., Hottenbacher, L., Tokunaga, H., Nishimura, K., Imazu, Y., Reissenweber, H., Witt, C. M. (2011). Traditional Japanese Kampo Medicine: Clinical Research between Modernity and Traditional Medicine—The State of Research and Methodological Suggestions for the Future. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2011, 1–19.
<https://doi.org/10.1093/ecam/nej067>

- Weiss, G. L., Lonnquist, L. E. (2006). *Complementary and Alternative Medicine* (5. wyd.). Pearson Education.
- Welz, A. N., Emberger-Klein, A., Menrad, K. (2019). What motivates new , established and long- term users of herbal medicine : is there more than push and pull ? *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 7, 1–10.
- Wemrell, M., Olsson, A., Landgren, K. (2020). The Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Psychiatric Units in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(10), 946–957. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1744203>
- Widyaningtyas, D., Untoro, W., Ikhwan Setiawan, A., Wahyudi, L. (2023). Health awareness determines the consumer purchase intention towards herbal products and risk as moderator. *Contaduría y Administración*, 68(3), 396. <https://doi.org/10.22201/fca.24488410e.2023.3426>
- Wiecki, A. (2017). Modlitwy o zdrowie - nadużycie czy wiara ? Refleksja pastoralna. *Fides et Ratio*, 4(32), 258–263.
- Wilborn, D. (2020). *Does Religiosity Predict CAM Usage?* University of Florida.
- Wilson, L. M., White, K. M. (2011). Integrating complementary and alternative therapies into psychological practice: A qualitative analysis. *Australian Journal of Psychology*, 63(4), 232–242. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9536.2011.00022.x>
- Wimalawansa, S. J. (2023). Infections and Autoimmunity—The Immune System and Vitamin D: A Systematic Review. *Nutrients*, 15(17), 3842. <https://doi.org/10.3390/nu15173842>
- Won, C. (2014). *Personality, emotional intelligence, intuitive thinking and attitude towards complementary and alternative medicine*. Alliant International University.
- World Health Organization. (2005). *National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines. Report of a WHO Global Survey*. <http://www.apps.who.int/medicinedocs/pdf/s7916e/s7916e.pdf>.
- World Health Organization. (2013). WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. *Alternative and Integrative Medicine*, 1–76. <https://doi.org/2013>
- World Health Organization. (2019). *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*. World Health Organization.
- Wosińska, W. (1985). *Kierowanie ludźmi w świetle psychologii społecznej*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Woźniak-Holecka, J., Zborowska, K., Holecki, T. (2010). Medycyna alternatywna jako uzupełniająca forma leczenia chorób nowotworowych w opinii pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia*, 1, 21–28.
- www.tlmz.pl - strona internetowa Towarzystwa Lekarzy Medycyny Zintegrowanej.
- Yentes, R. D., Wilhelm, F. (2023). *careless: Procedures for computing indices of careless responding. R package version 1.2.2*.

- Zalewska-Blechar, P. (2023). *Lecznictwo niemedyczne jako konstrukt społeczny*. [niepublikowana rozprawa doktorska]. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej.
- Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P., Śliwińska, M. (1998). Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. *Adaptacja polska. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP*.
- Zhang, J.H., Li, Y.P., Zhang, B.L. (2018). [Evidence-based Chinese medicine : theory and practice]. *Zhongguo Zhong yao za zhi = Zhongguo zhongyao zazhi = China journal of Chinese materia medica*, 43(1), 1–7.
<https://doi.org/10.19540/j.cnki.cjcm.20171127.001>
- Ziarko, M. (2014). *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*. Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Ziegler, M., Kemper, C. J., Krueger, P. (2014). Short Scales – Five Misunderstandings and Ways to Overcome Them. *Journal of Individual Differences*, 35(4), 185–189.
<https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000148>
- Zimbardo, P. G., Leippe, M. R. (2004). *Psychologia zmiany postaw i wpływu społecznego*. Zysk i S-ka.
- Zinbarg, R. E., Revelle, W., Yovel, I., Li, W. (2005). Cronbach's α , Revelle's β , and McDonald's ω H: their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. *Psychometrika*, 70(1), 123–133.
<https://doi.org/10.1007/s11336-003-0974-7>
- Ziółkowski, M. (1990). Orientacje indywidualne a system społeczny. W. J. Reykowski, K. Skarżyńska, M. Ziółkowski (red.) *Orientacje społeczne jako element mentalności* (s. 53-75). Nakom.
- Zörgő, S., Peters, G.-J. Y., Mkhitarian, S. (2020). Attitudes Underlying Reliance on Complementary and Alternative Medicine. *Integrative Cancer Therapies*, 19, 1534735420910472. <https://doi.org/10.1177/1534735420910472>
- Zörgő, 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. <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2093-0>

Spis tabel

Tabela 1. Opis zmiennych socjodemograficznych dla pełnej próby po wykluczeniu przypadków potencjalnie wadliwych	107
Tabela 2. Opis statystyczny poszczególnych skal pełnej próby	112
Tabela 3. Opis statystyczny poszczególnych skal na próbie użytkowników CAM.....	114
Tabela 4. Współczynniki korelacji r Pearsona wykonanych na próbie użytkowników CAM pomiędzy zmiennymi będącymi przedmiotem hipotez.....	118
Tabela 5. Współczynniki korelacji r Pearsona wykonanych na próbie użytkowników CAM pomiędzy zmiennymi będącymi przedmiotem hipotez.....	120
Tabela 6. Wskaźniki dopasowania modeli testowanych z wykorzystaniem metody największej wiarygodności	123
Tabela 7. Współczynniki regresji dla relacji pomiędzy predyktorami a zmienną Postawa wobec CAM.....	125
Tabela 8. Wskaźniki dopasowania modelu testowanego z wykorzystaniem metody największej wiarygodności	126
Tabela 9. Współczynniki regresji dla relacji pomiędzy i predyktorami a zmienną Postawy wobec CAM.....	127
Tabela 10. Wartości współczynników w analizie regresji liniowej przeprowadzonej dla zmiennej zależnej Przychylność wobec CAM	129
Tabela 11. Wartości współczynników w analizie regresji liniowej przeprowadzonej dla zmiennej zależnej Jedność Ciała i Umysłu	130
Tabela 12. Średnie standaryzowane wartości zainteresowania różnymi metodami CAM dla poszczególnych skupień.....	134
Tabela 13. Statystyki opisowe dla zmiennych zależnych w podziale na grupy wyodrębnione na podstawie przynależności do skupień.....	136
Tabela 14. Porównania parami post-hoc testem Dwassa-Steela-Critchlowa-Flignera	138
Tabela 15. Tabela krzyżowa dla relacji pomiędzy zmiennymi Stosowanie CAM a Obiektywny stan zdrowia.....	142
Tabela 16 Tabela krzyżowa dla relacji pomiędzy zmiennymi Stosowaniem CAM i Płeć	143

Tabela 17. Tabela krzyżowa dla relacji pomiędzy zmiennymi Stosowanie CAM i Poziom wykształcenia	144
Tabela 18. Tabela krzyżowa dla relacji pomiędzy zmiennymi Stosowanie CAM a Przynależność religijna	145

Spis rysunków

Rysunek 1. Model Konceptyjny Kluczowych Czynników Wpływających na Używanie TCAM (A Conceptual Model of Key Influences on the Use of Traditional and Complementary Medicine).....	32
Rysunek 2. Społeczno-Behawioralny Model Korzystania z Opieki Zdrowotnej Andersena.....	38
Rysunek 3. Model korzystania z opieki zdrowotnej CAM	40
Rysunek 4. Model badań własnych.....	75
Rysunek 5. Model przedstawiający relację pomiędzy zmiennymi Czynniki Zewnętrzne, Czynniki Wewnętrzne i Postawy wobec CAM wraz z ich wskaźnikami	110
Rysunek 6. Model przedstawiający relację pomiędzy zmiennymi Czynniki Zewnętrzne, Czynniki Wewnętrzne i Postawy wobec CAM oraz ich wskaźnikami	122
Rysunek 7. Model równań strukturalnych dla relacji pomiędzy predyktorami Czynniki Zewnętrzne i Czynniki Wewnętrzne oraz zmiennej zależnej Postawy wobec CAM wraz z wartościami współczynników standaryzowanych.....	123
Rysunek 8. Model równań strukturalnych dla relacji pomiędzy predyktorami Czynniki Zewnętrzne i Czynniki Wewnętrzne oraz zmiennej zależnej Postawy wobec CAM po wprowadzeniu korekty w oparciu o wartości indeksów modyfikacyjnych	124
Rysunek 9. Model równań strukturalnych dla relacji pomiędzy predyktorami a zmienną Postawy wobec CAM wraz z wartościami współczynników standaryzowanych.....	126
Rysunek 10. Wartości indeksu gap dla różnej liczby skupień	132
Rysunek 11. Centra skupień wyodrębnione na podstawie preferencji wobec różnymi typów terapii CAM.....	133
Rysunek 12. Wykresy K-K skorygowanych wartości χ^2 do diagnostyki wielowymiarowych przypadków odstających w poszczególnych skupieniach.....	135
Rysunek 13. Typologia użytkowników CAM.....	155

Aneks

Pozytywna opinia Komisji Etyki Badań Naukowych Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej o dopuszczalności projektu badawczego

Lublin, dnia 25 października 2021 r.

Dot. wniosku nr **14/2021**

(data wpływu do Komisji - 2.09.2021 r.)

Szanowny Pan
mgr Joanna Księżka - Koszałka

W związku ze złożonym przez Panią do Komisji Etyki Badań Naukowych Uniwersytetu Marii Curie - Skłodowskiej w Lublinie w dniu 2 września 2021 r. wnioskiem w sprawie opinii o projekcie badawczym pod tytułem „*Orientacja życiowa a postawy wobec medycyny komplementarnej i alternatywnej*”, uprzejmie informuję, że na posiedzeniu Komisji w dniu 25 października 2021r. jednomyślnie **wydano pozytywną opinię o dopuszczalności przedmiotowego projektu badawczego.**

Zgodnie z § 7 ust. 2 Zarządzenia Nr 107/2013 Rektora UMCS z dnia 25 listopada 2013 r. w sprawie powołania i funkcjonowania Komisji Etyki Badań Naukowych UMCS (tekst jednolity), dalej jako Zarządzenie, Komisja podjęła decyzję w głosowaniu jawnym, w sposób jednomyślny, zwykłą większością głosów w obecności 11 członków Komisji (za 11 głosów, przeciwko - 0, brak wstrzymujących się).

W związku z powyższym, zgodnie z § 7 ust. 6 Zarządzenia, Komisja przekazuje pisemną opinię dla Wnioskodawcy.

W przypadku jednomyślności podczas głosowania opinia nie wymaga uzasadnienia.

Przewodnicząca Komisji Etyki Badań Naukowych UMCS



Prof. dr hab. Grażyna Krasowicz - Kupis

Tabela A-1*Opis zmiennych socjodemograficznych dla pełnej próby w podziale ze względu na fakt stosowania CAM*

Zmienna	Stosowanie CAM	Liczebności	% całości
Miejsce zamieszkania			
Wieś	Nie stosuje	82	16,02 %
	Zamiast	3	0,59 %
	Łącznie	34	6,64 %
małe miasto (do 100 tys. mieszkańców)	Nie stosuje	60	11,72 %
	Zamiast	3	0,59 %
	Łącznie	32	6,25 %
średnie miasto (100-400 tys. mieszkańców)	Nie stosuje	117	22,85 %
	Zamiast	2	0,39 %
	Łącznie	36	7,03 %
duże miasto (powyżej 400 tys. mieszkańców)	Nie stosuje	96	18,75 %
	Zamiast	3	0,59 %
	Łącznie	44	8,59 %
Poziom wykształcenia			
podstawowe	Nie stosuje	6	1,17 %
	Zamiast	1	0,20 %
	Łącznie	0	0,00 %
zawodowe/średnie	Nie stosuje	133	25,98 %
	Zamiast	2	0,39 %
	Łącznie	32	6,25 %
Wyższe	Nie stosuje	216	42,19 %
	Zamiast	8	1,56 %
	Łącznie	114	22,27 %
Stan cywilny			
Wolny	Nie stosuje	128	25,00 %
	Zamiast	2	0,39 %
	Łącznie	46	8,98 %
w związku małżeńskim	Nie stosuje	206	40,23 %
	Zamiast	9	1,76 %
	Łącznie	87	16,99 %
rozwidziony/a	Nie stosuje	16	3,13 %
	Zamiast	0	0,00 %
	Łącznie	11	2,15 %
wdowiec/wdowa	Nie stosuje	5	0,98 %
	Zamiast	0	0,00 %
	Łącznie	2	0,39 %

Tabela A-1*Opis zmiennych socjodemograficznych dla pełnej próby w podziale ze względu na fakt stosowania CAM*

Zmienna	Stosowanie CAM	Liczebności	% całości
Sytuacja zawodowa			
bezrobotny	Nie stosuje	11	2,15 %
	Zamiast	0	0,00 %
	Łącznie	7	1,37 %
uczę się/studiuję	Nie stosuje	51	9,96 %
	Zamiast	2	0,39 %
	Łącznie	16	3,13 %
uczę się/studiuję, pracuję w niepełnym wymiarze godzin	Nie stosuje	20	3,91 %
	Zamiast	0	0,00 %
	Łącznie	2	0,39 %
uczę się/studiuję, pracuję w pełnym wymiarze godzin	Nie stosuje	18	3,52 %
	Zamiast	0	0,00 %
	Łącznie	5	0,98 %
pracuję w niepełnym wymiarze godzin	Nie stosuje	25	4,88 %
	Zamiast	4	0,78 %
	Łącznie	15	2,93 %
pracuję w pełnym wymiarze godzin	Nie stosuje	207	40,43 %
	Zamiast	5	0,98 %
	Łącznie	91	17,77 %
emeryt/rencista	Nie stosuje	23	4,49 %
	Zamiast	0	0,00 %
	Łącznie	10	1,95 %
Dochód netto			
nie chcę udzielać odpowiedni na to pytanie	Nie stosuje	59	11,52 %
	Zamiast	1	0,20 %
	Łącznie	31	6,05 %
0-2700 (do kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę netto na dzień 01.2023 r.	Nie stosuje	61	11,91 %
	Zamiast	5	0,98 %
	Łącznie	20	3,91 %
2700-41000 (do ok. 1,5 - krotność minimalnego wynagrodzenia)	Nie stosuje	129	25,20 %
	Zamiast	4	0,78 %
	Łącznie	36	7,03 %

Tabela A-1*Opis zmiennych socjodemograficznych dla pełnej próby w podziale ze względu na fakt stosowania CAM*

Zmienna	Stosowanie CAM	Liczebności	% całości
4100-5400 (ok.1,5-2 - krotność minimalnego wynagrodzenia)	Nie stosuje	52	10,16 %
	Zamiast	0	0,00 %
	Łącznie	32	6,25 %
5400 i powyżej (ok. 2-krotność minimalnego wynagrodzenia)	Nie stosuje	54	10,55 %
	Zamiast	1	0,20 %
	Łącznie	27	5,27 %
Przynależność religijna			
Ateizm	Nie stosuje	60	11,72 %
	Zamiast	0	0,00 %
	Łącznie	12	2,34 %
Agnostycyzm	Nie stosuje	30	5,86 %
	Zamiast	1	0,20 %
	Łącznie	11	2,15 %
Brak przynależności, ale wierzący	Nie stosuje	22	4,30 %
	Zamiast	4	0,78 %
	Łącznie	25	4,88 %
Katolicyzm	Nie stosuje	174	33,98 %
	Zamiast	5	0,98 %
	Łącznie	69	13,48 %
Katolicyzm, ale niepraktykujący	Nie stosuje	53	10,35 %
	Zamiast	0	0,00 %
	Łącznie	26	5,08 %
Inne	Nie stosuje	16	3,13 %
	Zamiast	1	0,20 %
	Łącznie	3	0,59 %
Stan zdrowia			
Całkowicie zdrowy/a	Nie stosuje	109	21.29 %
	Zamiast	6	1.17 %
	Łącznie	31	6.05 %
Przejściowe dolegliwości zdrowotne	Nie stosuje	163	31.84 %
	Zamiast	4	0.78 %
	Łącznie	68	13.28 %
Chorujący/a przewlekłe	Nie stosuje	83	16.21 %
	Zamiast	1	0.20 %

Tabela A-1

Opis zmiennych socjodemograficznych dla pełnej próby w podziale ze względu na fakt stosowania CAM

Zmienna	Stosowanie CAM	Liczebności	% całości
	Łącznie	47	9,18 %

Adnotacja. N = 512; Zamiast – stosuje zamiast medycyny konwencjonalnej; Łącznie – stosuje łącznie z medycyną konwencjonalną.

Tabela A-2

Opis zmiennych socjodemograficznych dla pełnej próby po wykluczeniu przypadków potencjalnie wadliwych w podziale ze względu na fakt stosowania CAM

Zmienna	Stosowanie CAM	Liczebności	% całości
Miejsce zamieszkania			
Wieś	Łącznie	31	6,62 %
	Nie stosuje	73	15,60 %
	Zamiast	3	0,64 %
małe miasto (do 100 tys. mieszkańców)	Łącznie	31	6,62 %
	Nie stosuje	55	11,75 %
	Zamiast	2	0,43 %
średnie miasto (100-400 tys. mieszkańców)	Łącznie	36	7,69 %
	Nie stosuje	105	22,44 %
	Zamiast	2	0,43 %
duże miasto (powyżej 400 tys. mieszkańców)	Łącznie	43	9,19 %
	Nie stosuje	84	17,95 %
	Zamiast	3	0,64 %
Poziom wykształcenia			
podstawowe	Łącznie	0	0,00 %
	Nie stosuje	6	1,28 %
	Zamiast	1	0,21 %
zawodowe/średnie	Łącznie	31	6,62 %
	Nie stosuje	120	25,64 %
	Zamiast	2	0,43 %
Wyższe	Łącznie	110	23,50 %
	Nie stosuje	191	40,81 %
	Zamiast	7	1,50 %
Stan cywilny			
Wolny	Łącznie	44	9,40 %
	Nie stosuje	110	23,50 %
	Zamiast	2	0,43 %

Tabela A-2

Opis zmiennych socjodemograficznych dla pełnej próby po wykluczeniu przypadków potencjalnie wadliwych w podziale ze względu na fakt stosowania CAM

Zmienna	Stosowanie CAM	Liczebności	% całości
w związku małżeńskim	Łącznie	84	17,95 %
	Nie stosuje	188	40,17 %
	Zamiast	8	1,71 %
rozwiedziony/a	Łącznie	11	2,35 %
	Nie stosuje	15	3,21 %
	Zamiast	0	0,00 %
wdowiec/wdowa	Łącznie	2	0,43 %
	Nie stosuje	4	0,85 %
	Zamiast	0	0,00 %
Sytuacja zawodowa			
bezrobotny	Łącznie	7	1,50 %
	Nie stosuje	9	1,92 %
	Zamiast	0	0,00 %
uczę się/studuję	Łącznie	16	3,42 %
	Nie stosuje	47	10,04 %
	Zamiast	2	0,43 %
uczę się/studuję, pracuję w niepełnym wymiarze godzin	Łącznie	2	0,43 %
	Nie stosuje	19	4,06 %
	Zamiast	0	0,00 %
uczę się/studuję, pracuję w pełnym wymiarze godzin	Łącznie	4	0,85 %
	Nie stosuje	12	2,56 %
	Zamiast	0	0,00 %
pracuję w niepełnym wymiarze godzin	Łącznie	14	2,99 %
	Nie stosuje	24	5,13 %
	Zamiast	4	0,85 %
pracuję w pełnym wymiarze godzin	Łącznie	88	18,80 %
	Nie stosuje	186	39,74 %
	Zamiast	4	0,85 %
emeryt/rencista	Łącznie	10	2,14 %
	Nie stosuje	20	4,27 %
	Zamiast	0	0,00 %
Dochód netto			
nie chcę udzielać odpowiedni na to pytanie	Łącznie	31	6,62 %
	Nie stosuje	55	11,75 %

Tabela A-2

Opis zmiennych socjodemograficznych dla pełnej próby po wykluczeniu przypadków potencjalnie wadliwych w podziale ze względu na fakt stosowania CAM

Zmienna	Stosowanie CAM	Liczebności	% całości
0-2700 (do kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę netto na dzień 01.2023 r.)	Zamiast	1	0,21 %
	Łącznie	20	4,27 %
	Nie stosuje	53	11,32 %
2700-41000 (do ok. 1,5 - krotność minimalnego wynagrodzenia)	Zamiast	5	1,07 %
	Łącznie	33	7,05 %
	Nie stosuje	115	24,57 %
4100-5400 (ok.1,5-2 - krotność minimalnego wynagrodzenia)	Zamiast	3	0,64 %
	Łącznie	31	6,62 %
	Nie stosuje	45	9,62 %
5400 i powyżej (ok. 2-krotność minimalnego wynagrodzenia)	Zamiast	0	0,00 %
	Łącznie	26	5,56 %
	Nie stosuje	49	10,47 %
Przynależność religijna	Zamiast	1	0,21 %
	Łącznie	11	2,35 %
	Nie stosuje	54	11,54 %
Ateizm	Zamiast	0	0,00 %
	Łącznie	11	2,35 %
	Nie stosuje	23	4,91 %
Agnostycyzm	Zamiast	1	0,21 %
	Łącznie	24	5,13 %
	Nie stosuje	20	4,27 %
Brak przynależności, ale wierzący	Zamiast	4	0,85 %
	Łącznie	68	14,53 %
	Nie stosuje	156	33,33 %
Katolicyzm	Zamiast	4	0,85 %
	Łącznie	24	5,13 %
	Nie stosuje	49	10,47 %
Katolicyzm, ale niepraktykujący	Zamiast	0	0,00 %
	Łącznie	3	0,64 %
	Nie stosuje	15	3,21 %
Inne	Zamiast	1	0,21 %
	Łącznie	3	0,64 %
	Nie stosuje	15	3,21 %

Tabela A-2

Opis zmiennych socjodemograficznych dla pełnej próby po wykluczeniu przypadków potencjalnie wadliwych w podziale ze względu na fakt stosowania CAM

Zmienna	Stosowanie CAM	Liczebności	% całości
Stan zdrowia			
Całkowicie zdrowy/a	Łącznie	30	6,41 %
	Nie stosuje	97	20,73 %
	Zamiast	6	1,28 %
Przejściowe dolegliwości zdrowotne	Łącznie	64	13,68 %
	Nie stosuje	145	30,98 %
	Zamiast	4	0,85 %
Chorujący/a przewlekłe	Łącznie	47	10,04 %
	Nie stosuje	75	16,03 %
	Zamiast	0	0,00 %

Adnotacja. N = 468; Zamiast – stosuje zamiast medycyny konwencjonalnej; Łącznie – stosuje łącznie z medycyną konwencjonalną.

Tabela A-3

Lista przypadków wykluczonych ze względu na potencjalne nieuważne odpowiadanie (careless response)

Nr obserwacji	Płeć	Wiek	Stosowanie CAM	Powód usunięcia
38	K	55	Nie	Wartość ekstremalna długości ciągu na skali LOT-R
95	K	33	Nie	Wartość ekstremalna długości ciągu na skalach HCS
102	M	35	Nie	Wartość ekstremalna długości ciągu na skali CACMAS
176	M	50	Nie	Wartość ekstremalna długości ciągu na skali LOT-R
203	M	29	Nie	Wartość ekstremalna długości ciągu na skali CACMAS
245	M	35	Nie	Wartość ekstremalna długości ciągu na skali IWD
283	K	45	Nie stosuje	Wartość wskaźnika even-odd powyżej wartości krytycznej -0,30
343	M	43	Nie stosuje	Wartość ekstremalna długości ciągu na skali LOT-R
423	M	20	Nie stosuje	Wartość wskaźnika even-odd powyżej wartości krytycznej -0,30

Tabela A-3

Lista przypadków wykluczonych ze względu na potencjalne nieuważne odpowiadanie (careless response)

Nr obserwacji	Płeć	Wiek	Stosowanie CAM	Powód usunięcia
427	K	26	Łącznie z medycyną konwencjonalną	Wartość ekstremalna długości ciągu na skali LOT-R
464	M	23	Nie stosuje	Wartość ekstremalna długości ciągu na skalach SCS, LOT-R
494	K	24	Nie stosuje	Wartość ekstremalna długości ciągu na skali CACMAS

Adnotacja. K – kobieta; M – mężczyzna.

Tabela A-3

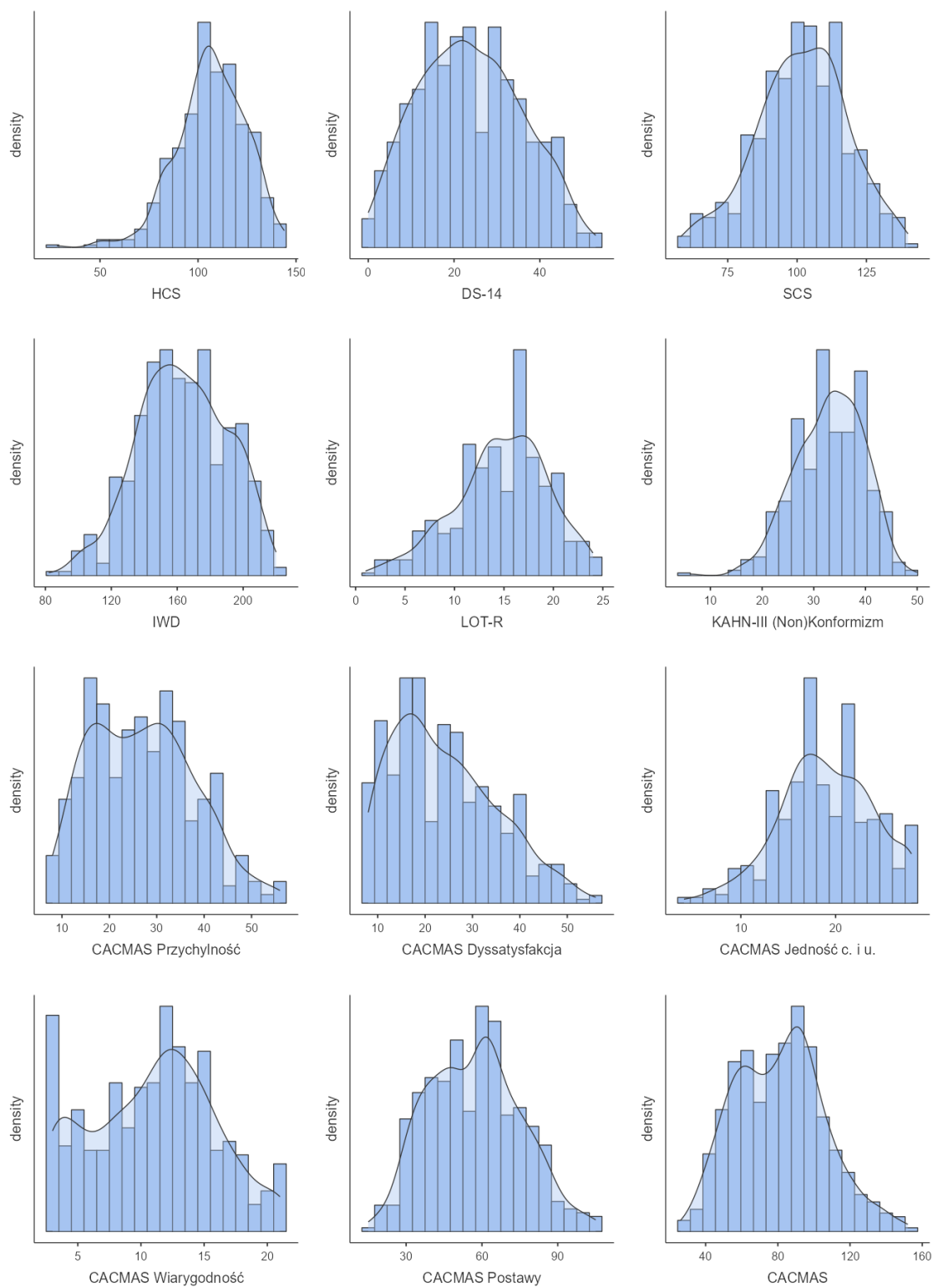
Statystyki opisowe dla wyników w próbie po usunięciu przypadków wskazanych w tabeli A-2

Zmienna	Średnia	SE	Mediana	SD	IQR	Minimum	Maksimum
HCS	106,56	0,79	107,00	17,70	22,25	28,00	144,00
SCS	101,80	0,72	102,00	16,15	22,00	58,00	140,00
IWD	163,22	1,20	162,50	26,86	39,00	82,00	220,00
LOT-R	14,75	0,21	15,00	4,67	6,00	1,00	24,00
KAHN-III (Non)Konformizm	33,07	0,29	33,00	6,58	10,00	6,00	50,00
CACMAS Przychylność	27,11	0,48	26,00	10,81	17,00	8,00	56,00
CACMAS Dyssatisfakcja	24,10	0,49	23,00	10,97	16,00	8,00	56,00
CACMAS Jedność c. i u.	19,00	0,22	19,00	4,98	7,00	4,00	28,00
CACMAS Wiarygodność	10,96	0,22	11,00	4,88	7,25	3,00	21,00
CACMAS Postawy	57,08	0,82	58,00	18,28	26,25	15,00	105,00
CACMAS	81,18	1,10	82,00	24,61	36,00	26,00	152,00

Adnotacja. N = 500.

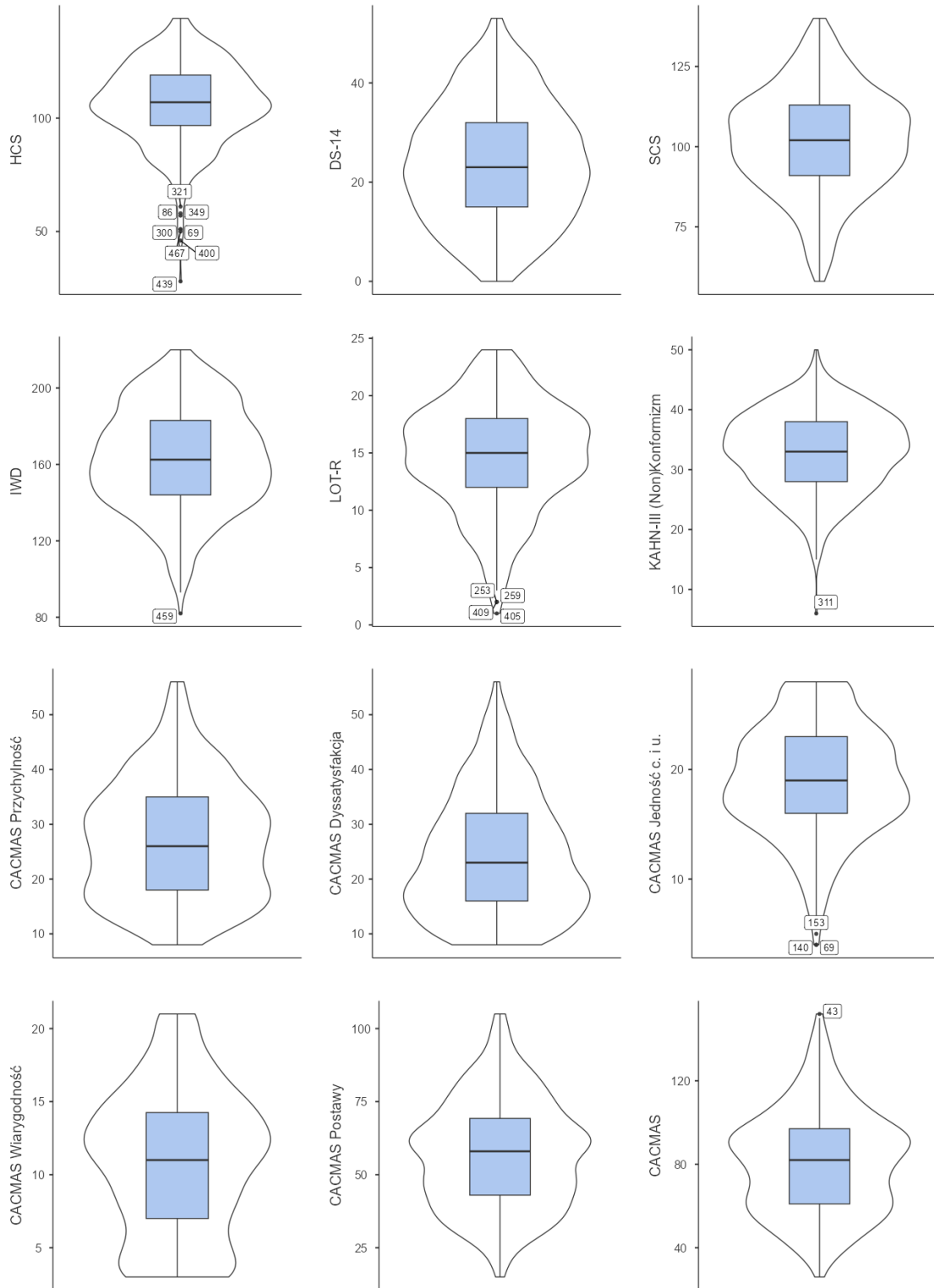
Rysunek A-1

Histogramy wraz z gęstością rozkładu dla wyników w skalach w próbie po usunięciu przypadków wskazanych w tabeli A-2



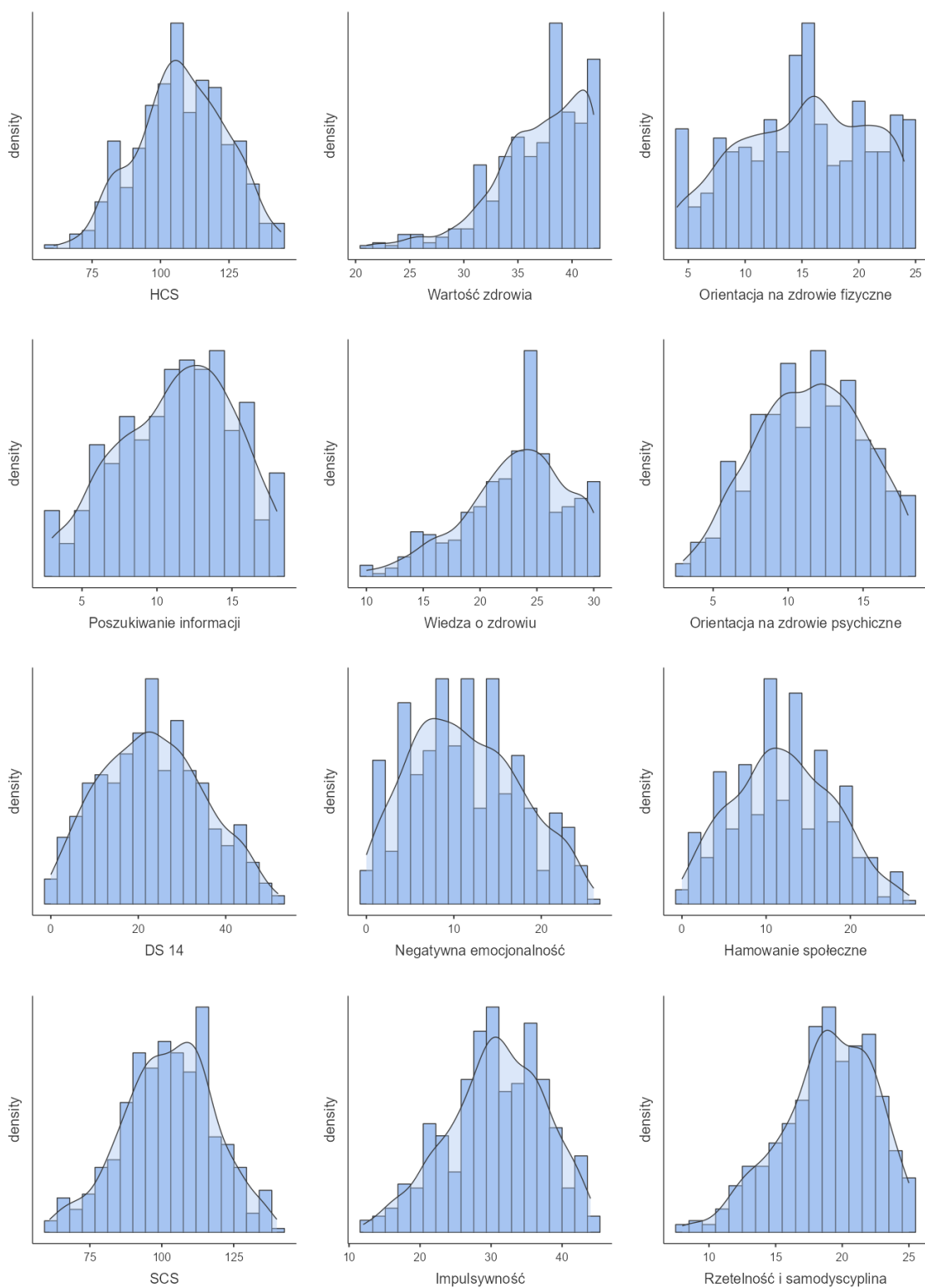
Rysunek A-2

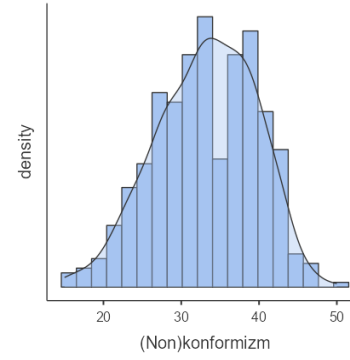
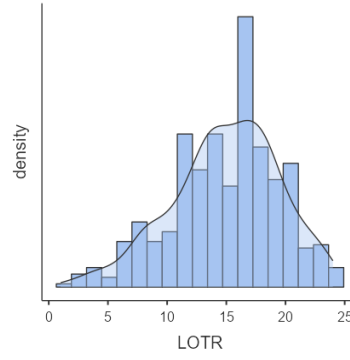
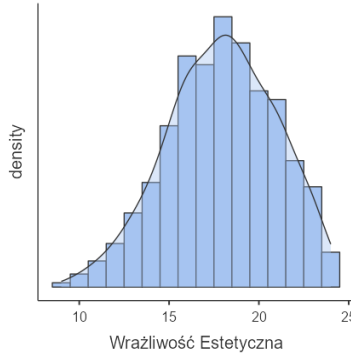
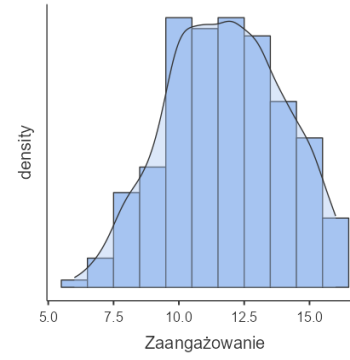
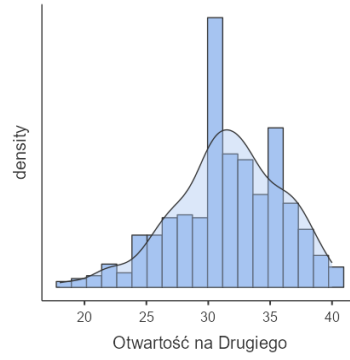
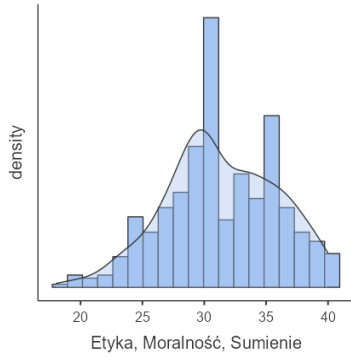
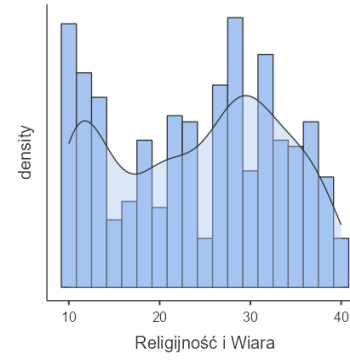
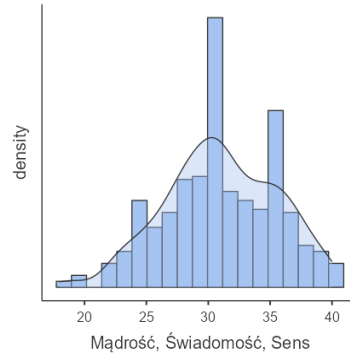
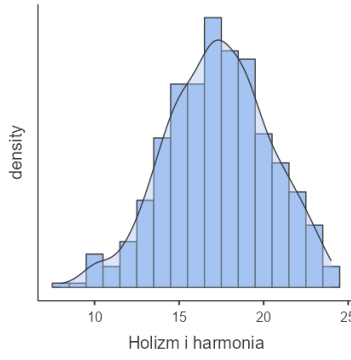
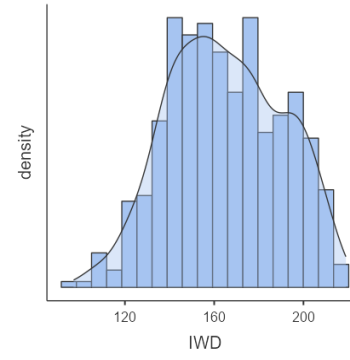
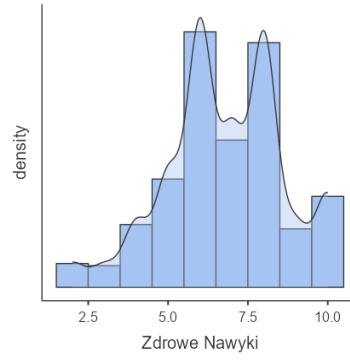
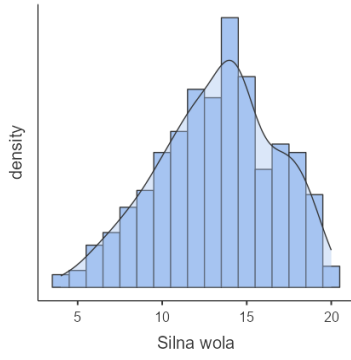
Wykresy skrzynkowe (wiolinowe) dla wyników w skalach w próbie po usunięciu przypadków wskazanych w tabeli A-2

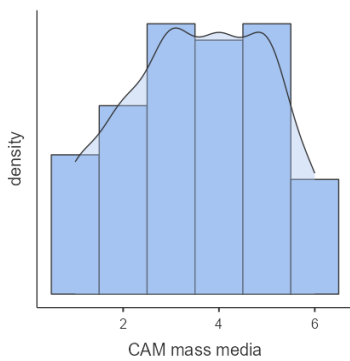
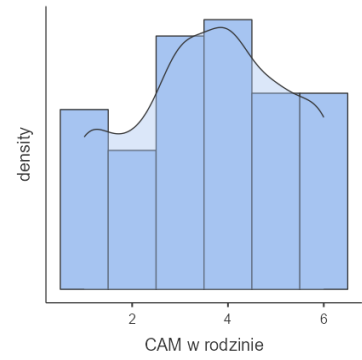
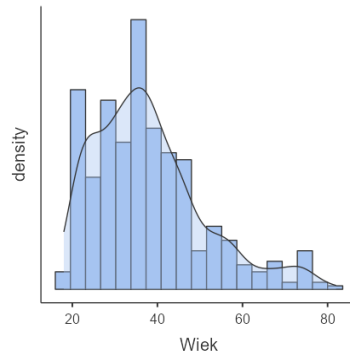
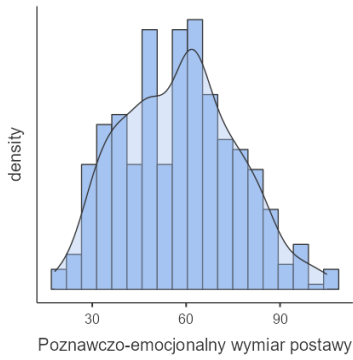
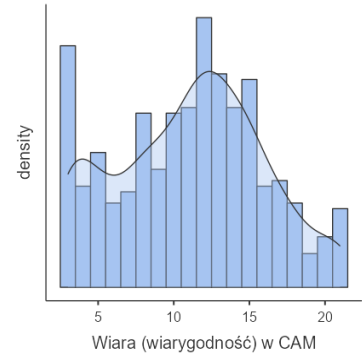
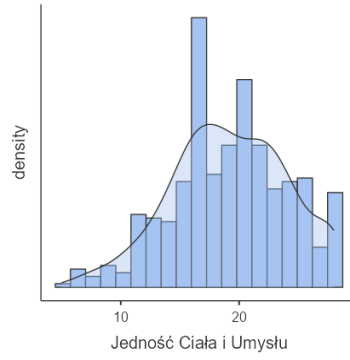
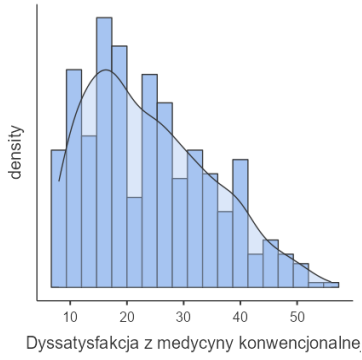
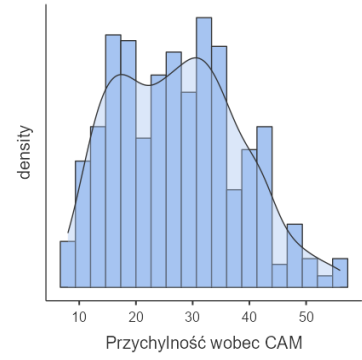
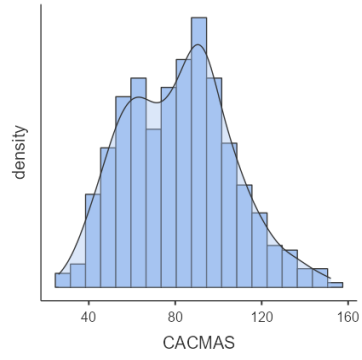
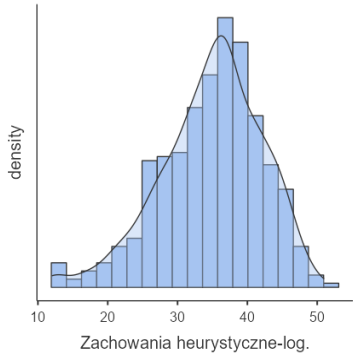


Rysunek A-3

Histogramy wraz z gęstością rozkładu dla wyników w skalach w pełnej próbie

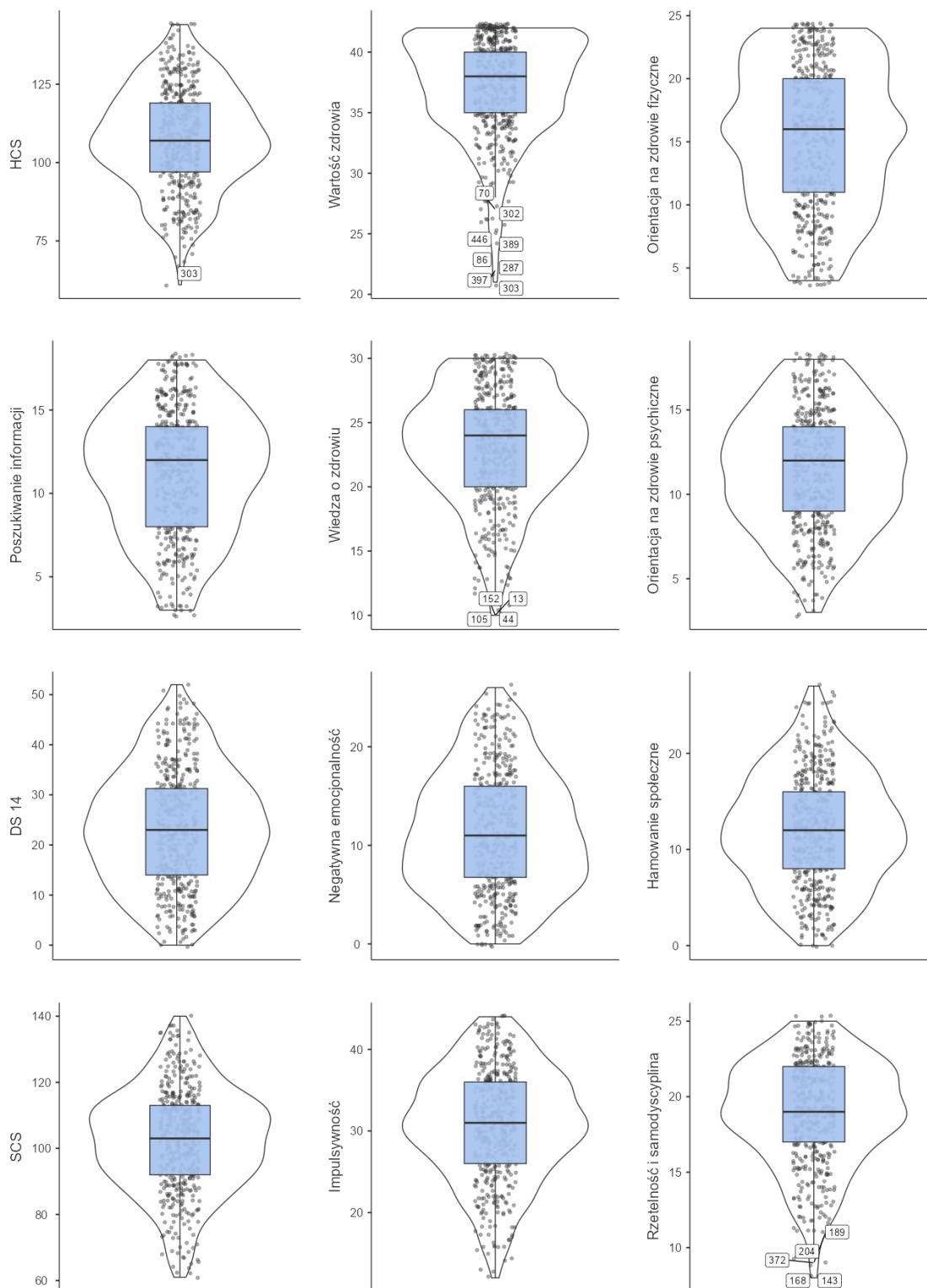


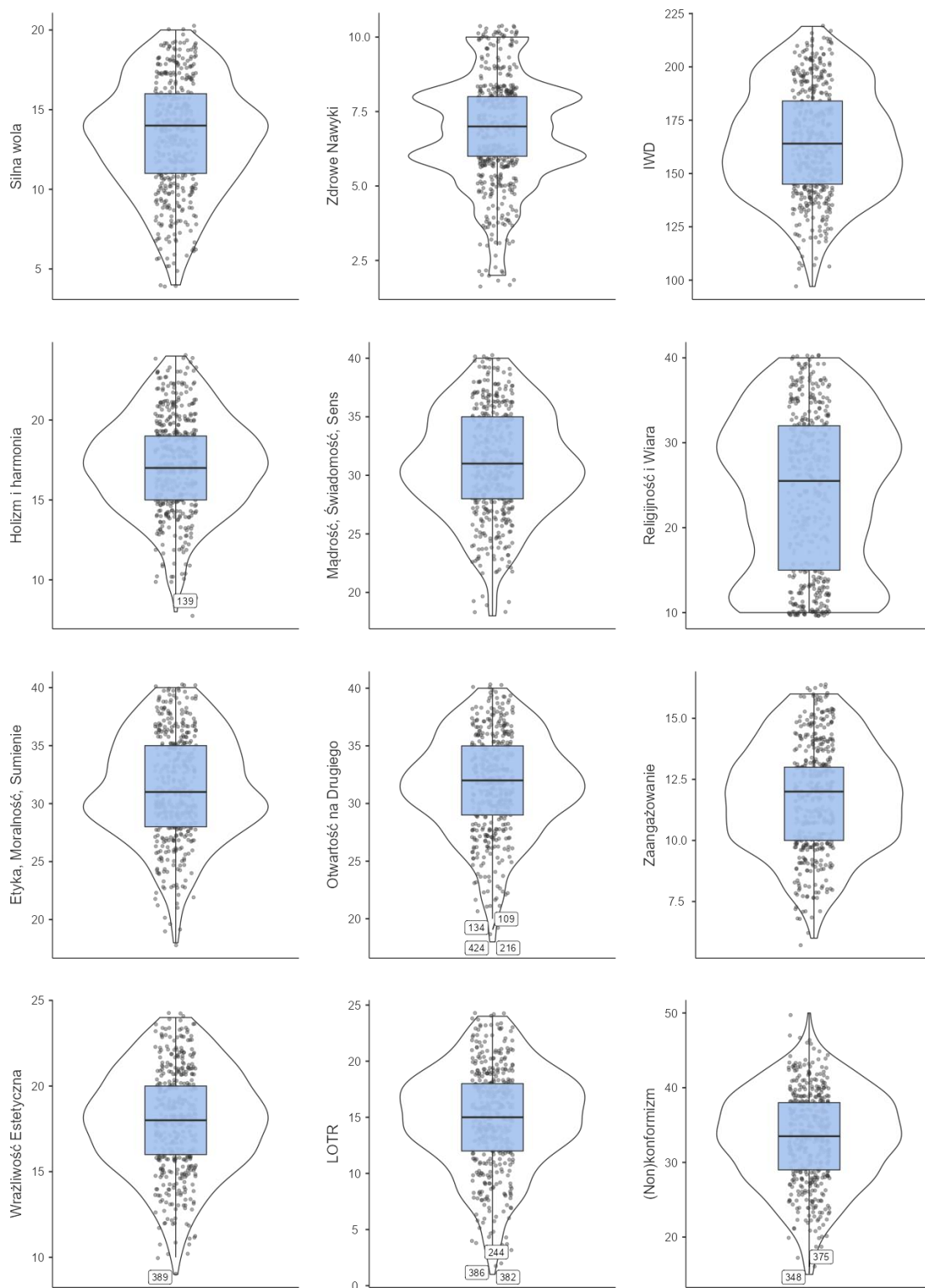


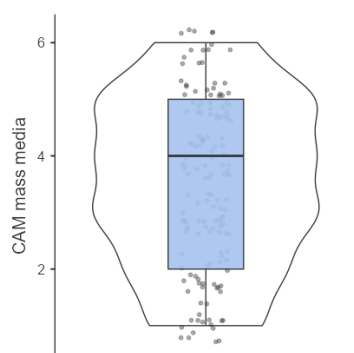
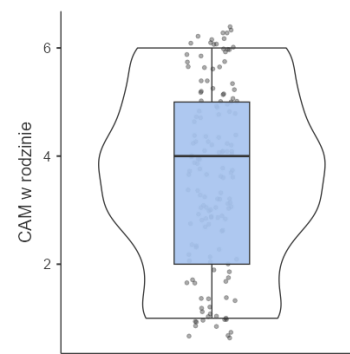
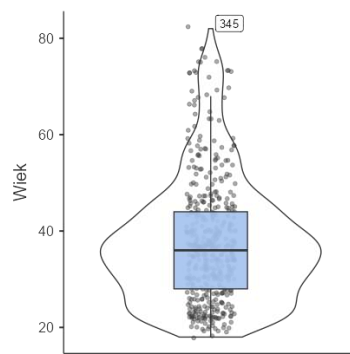
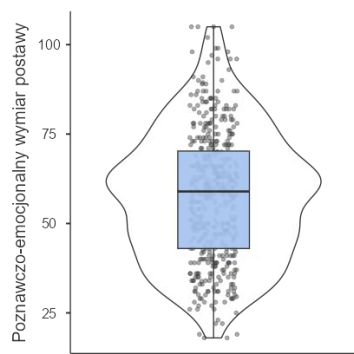
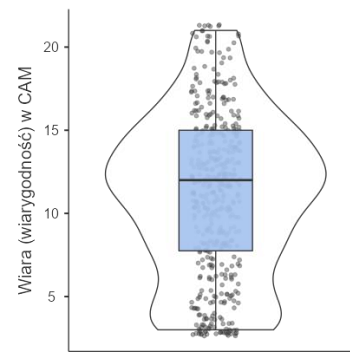
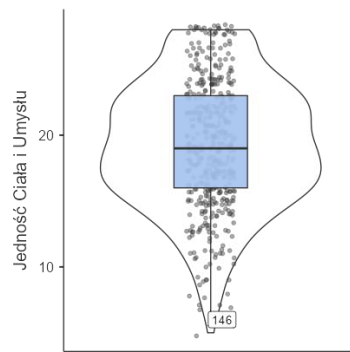
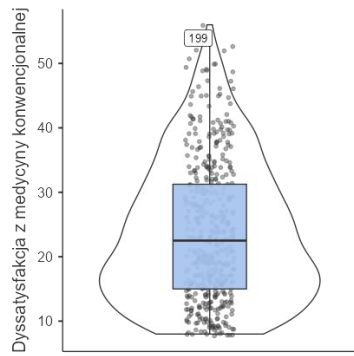
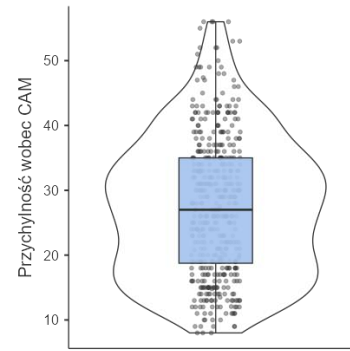
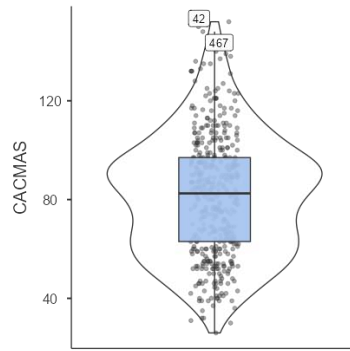
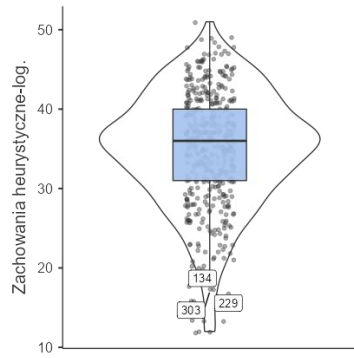


Rysunek A-4

Wykresy skrzynkowe (wiolinowe) dla wyników w skalach w pełnej próbie

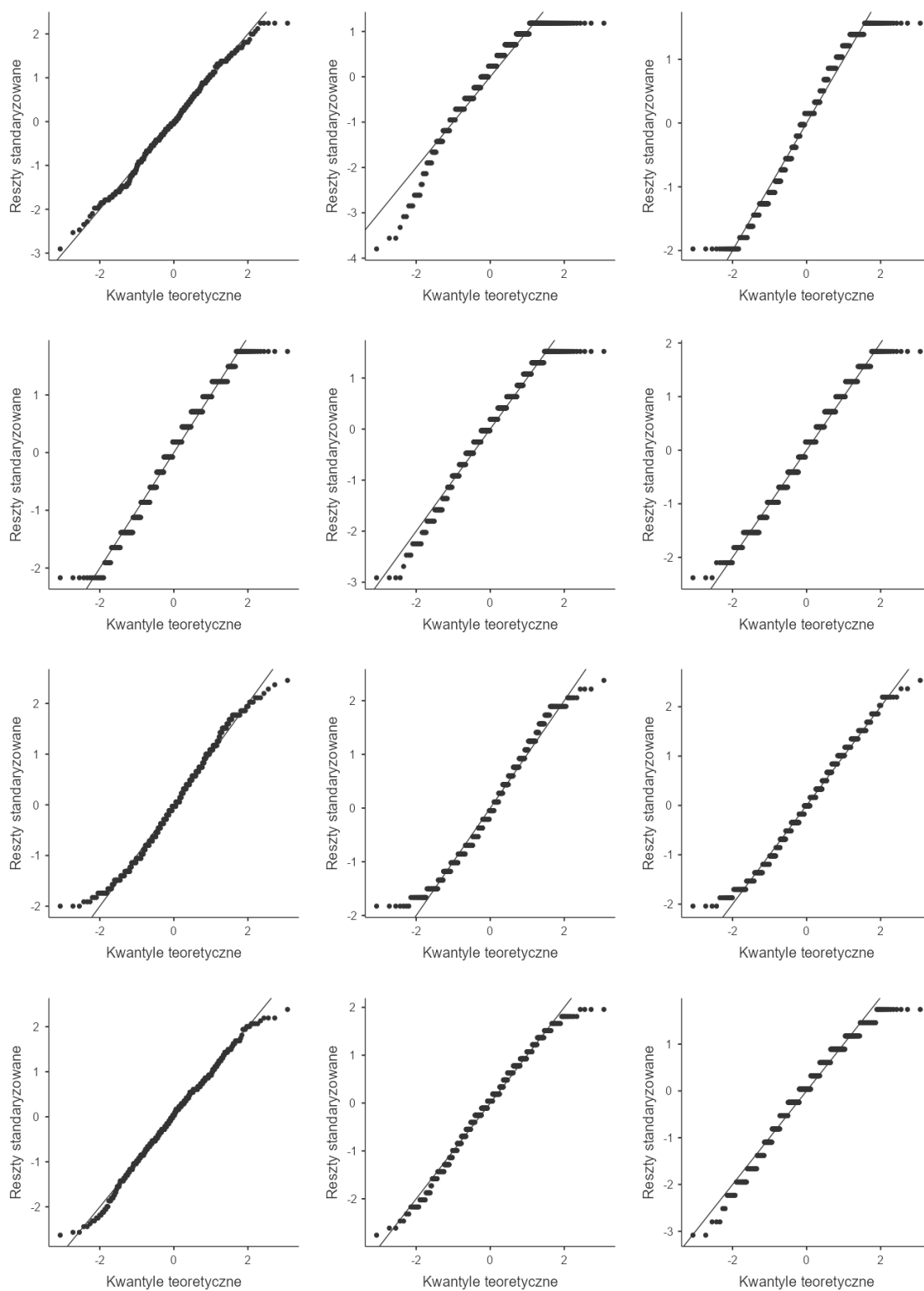


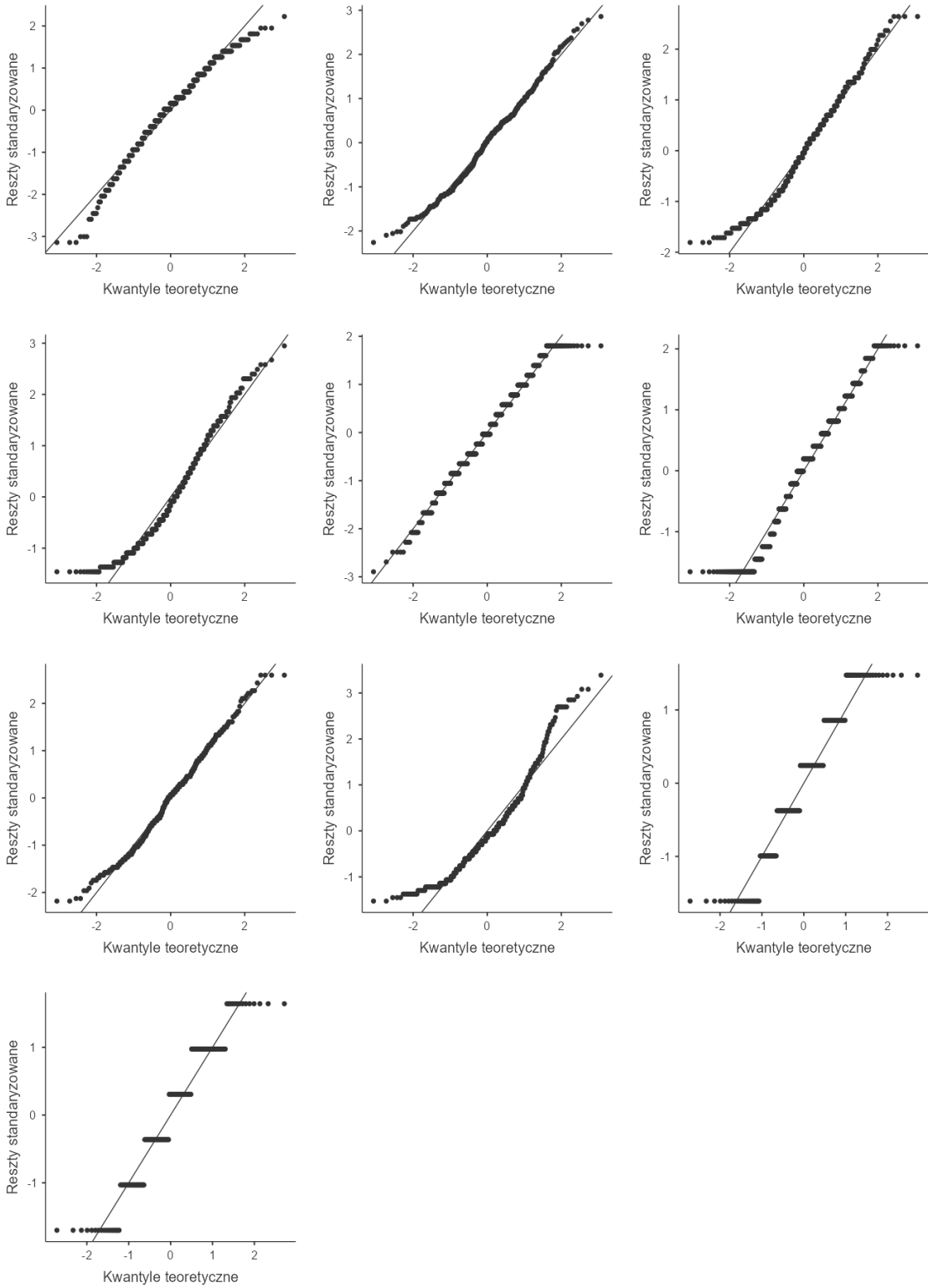




Rysunek A-5

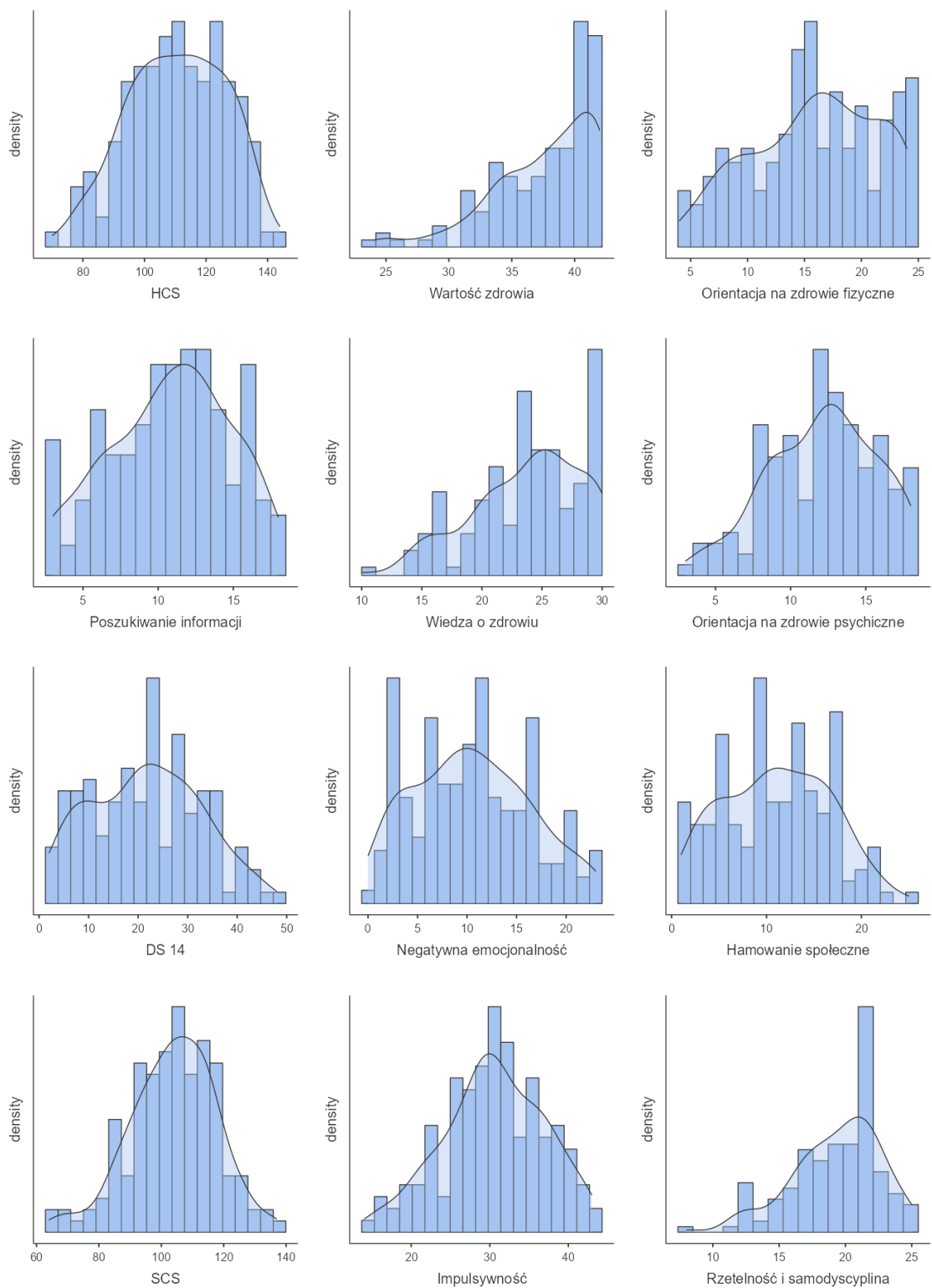
Wykresy K-K dla wyników uzyskanych w pełnej próbie

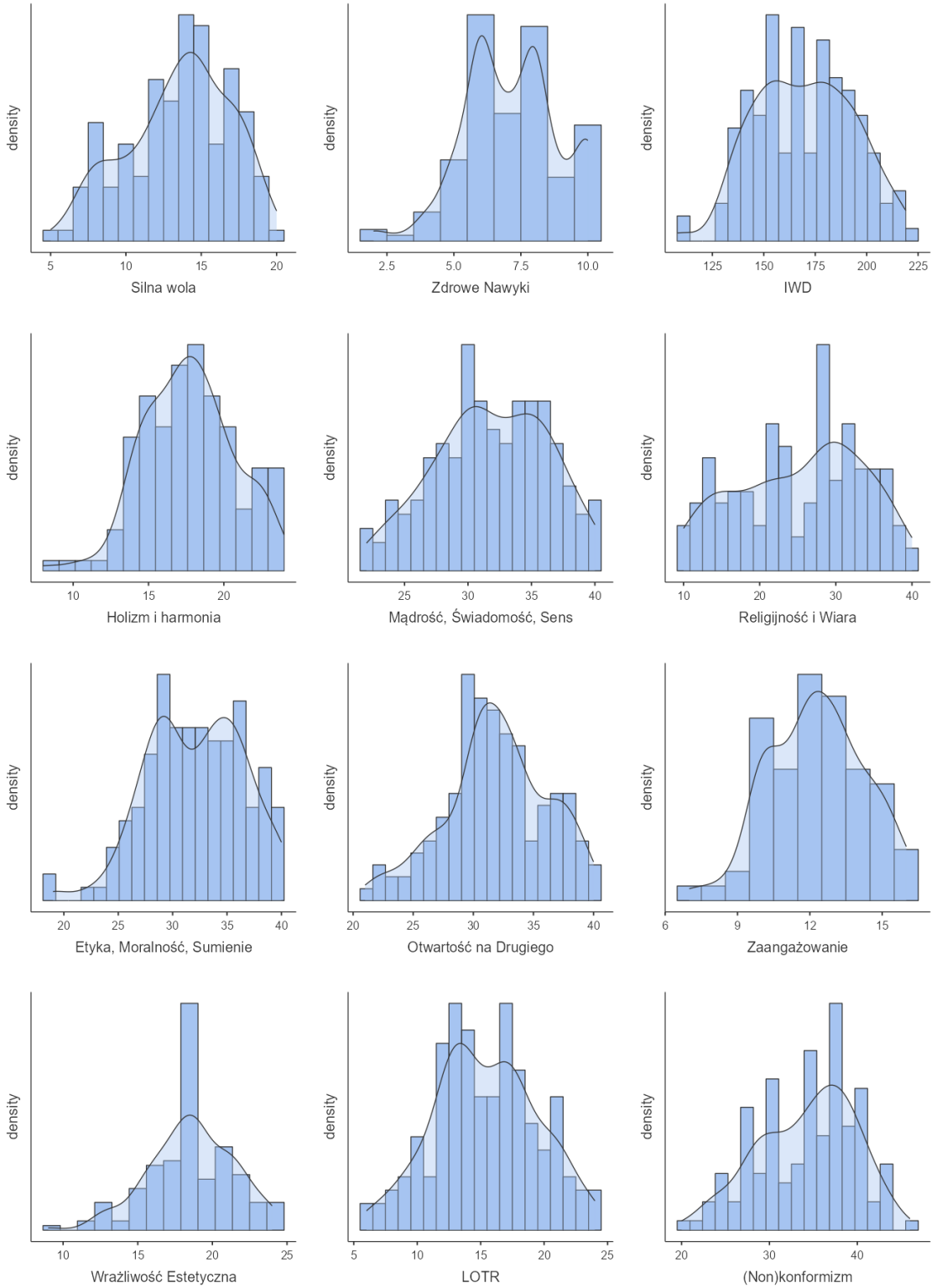


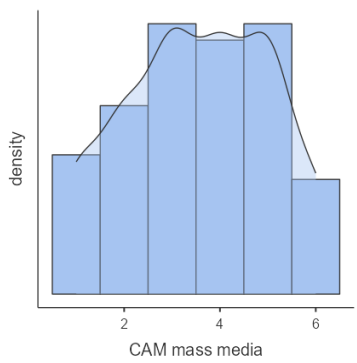
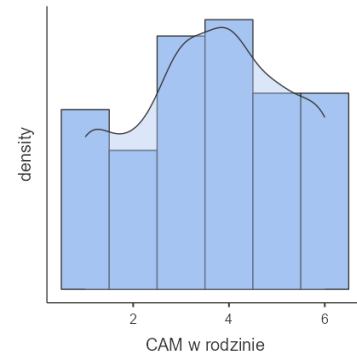
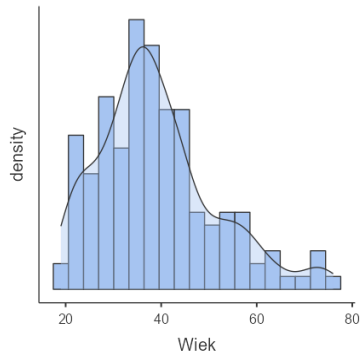
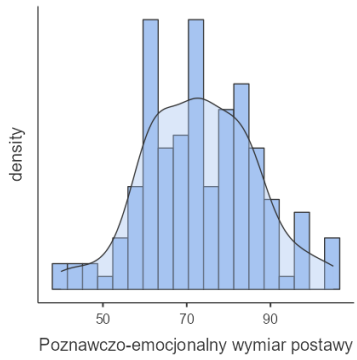
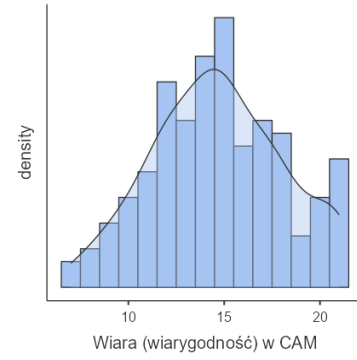
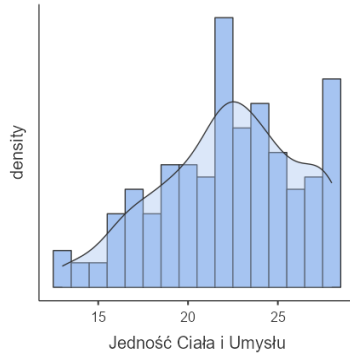
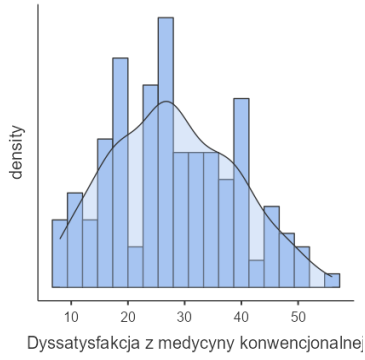
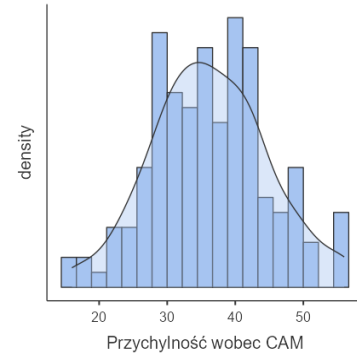
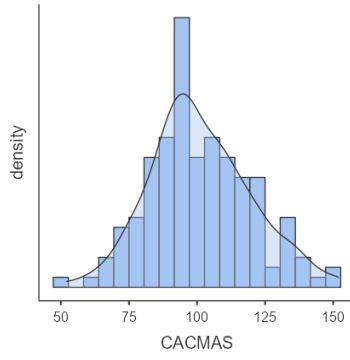
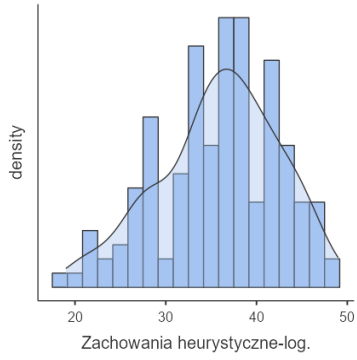


Rysunek A-6

Histogramy wraz z gęstością rozkładu dla wyników uzyskanych w próbie osób korzystających z CAM

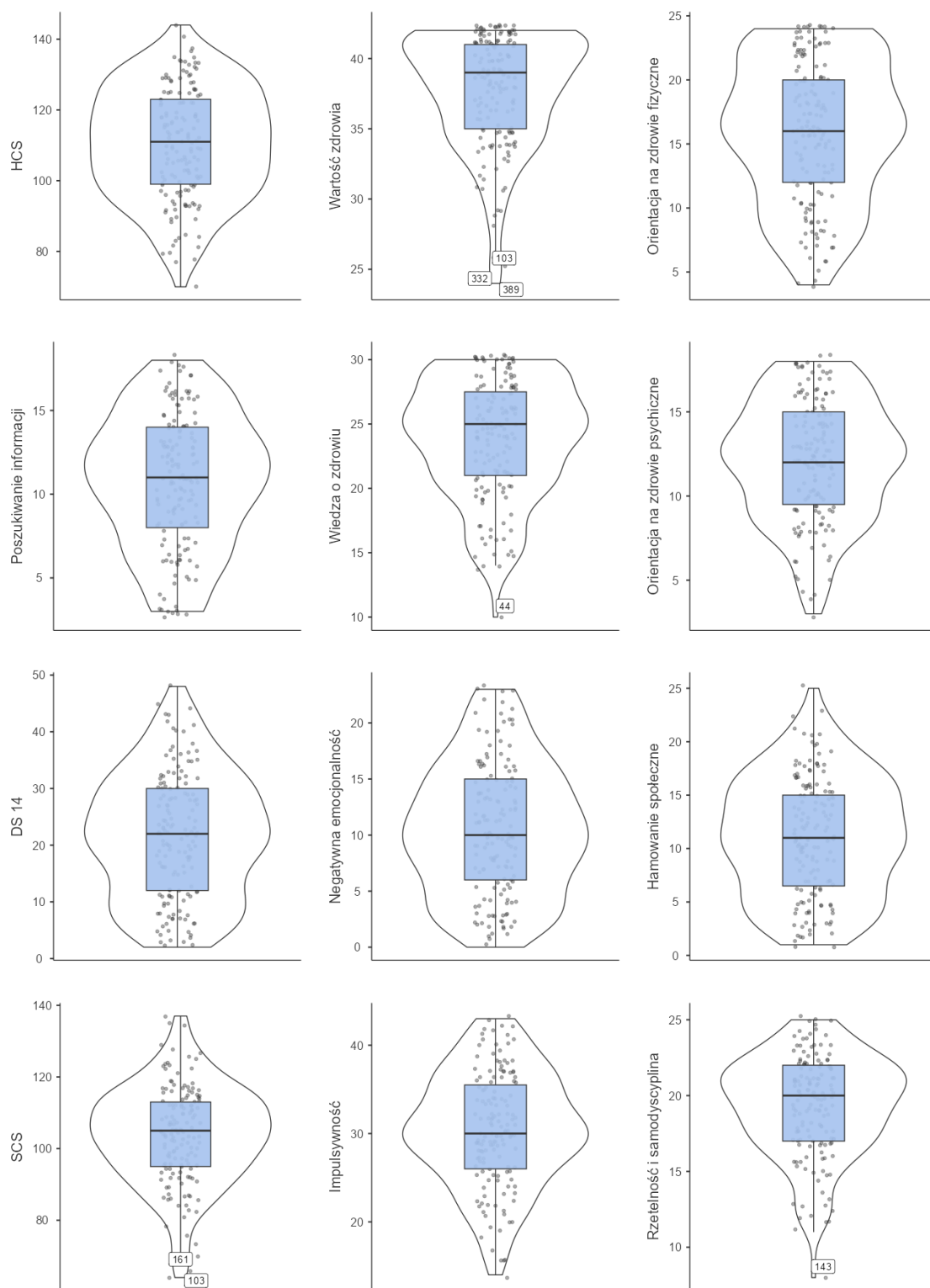


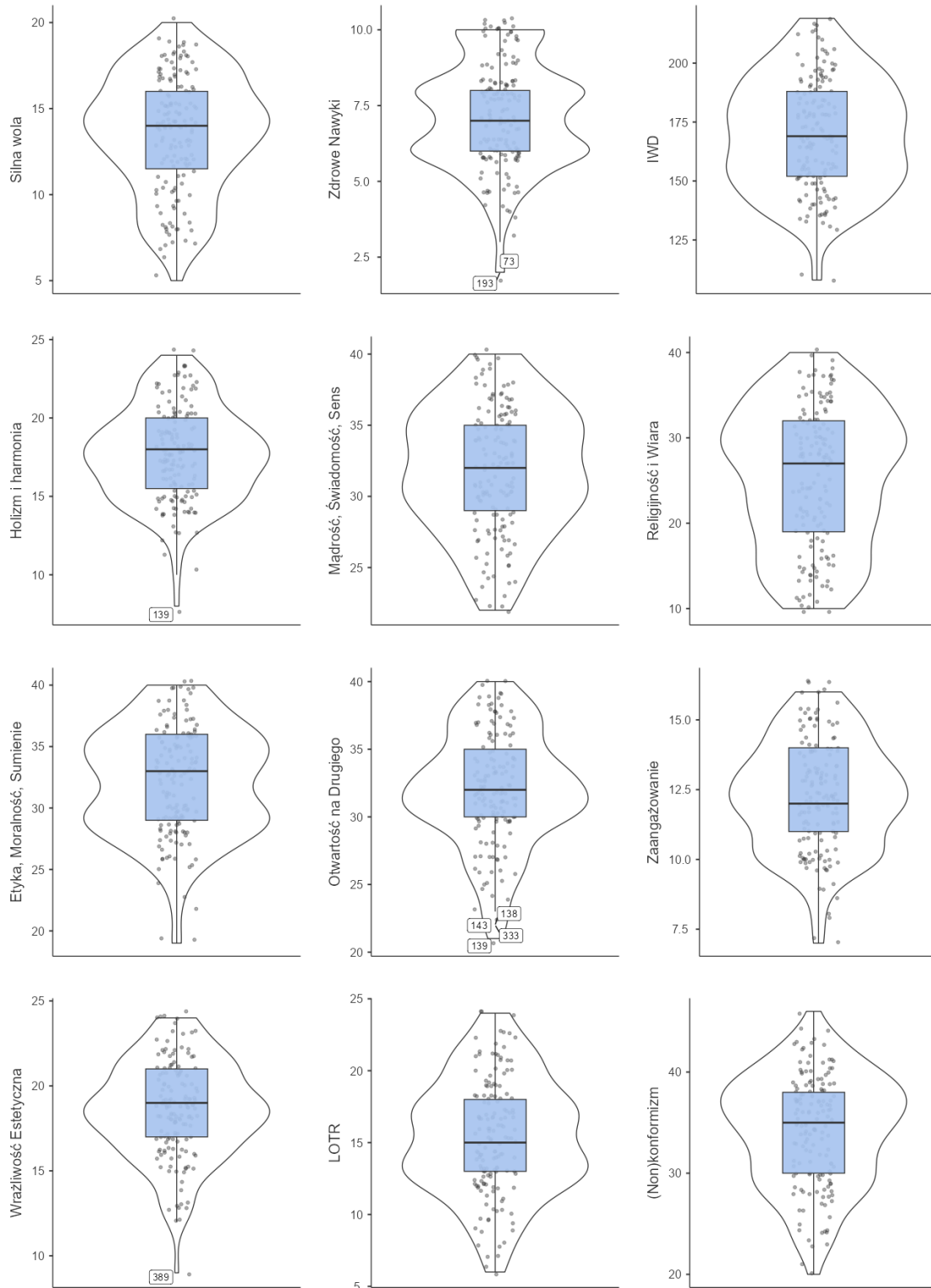


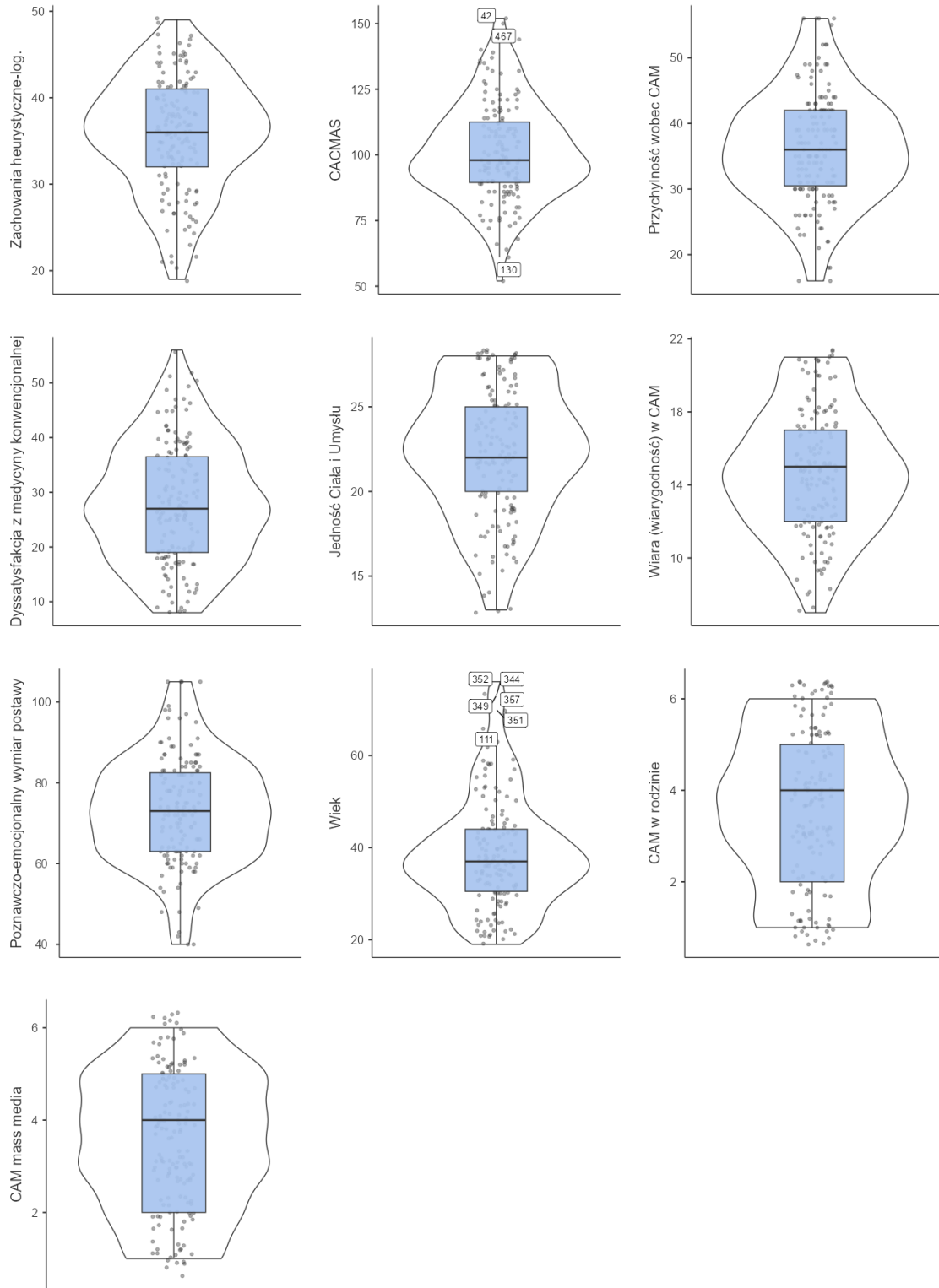


Rysunek A-7

Wykresy skrzynkowe (wiolinowe) dla wyników uzyskanych w próbie osób korzystających z CAM

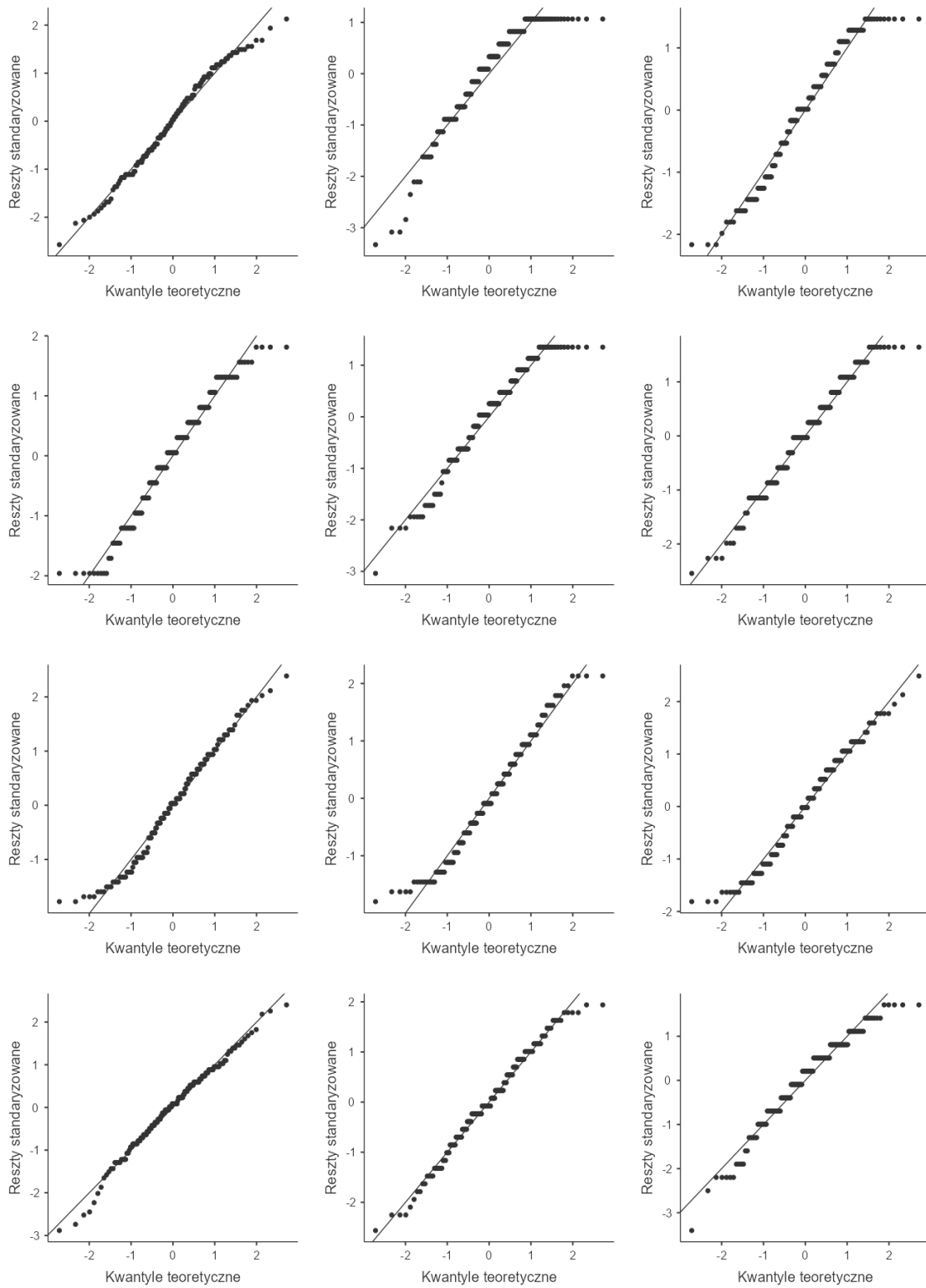


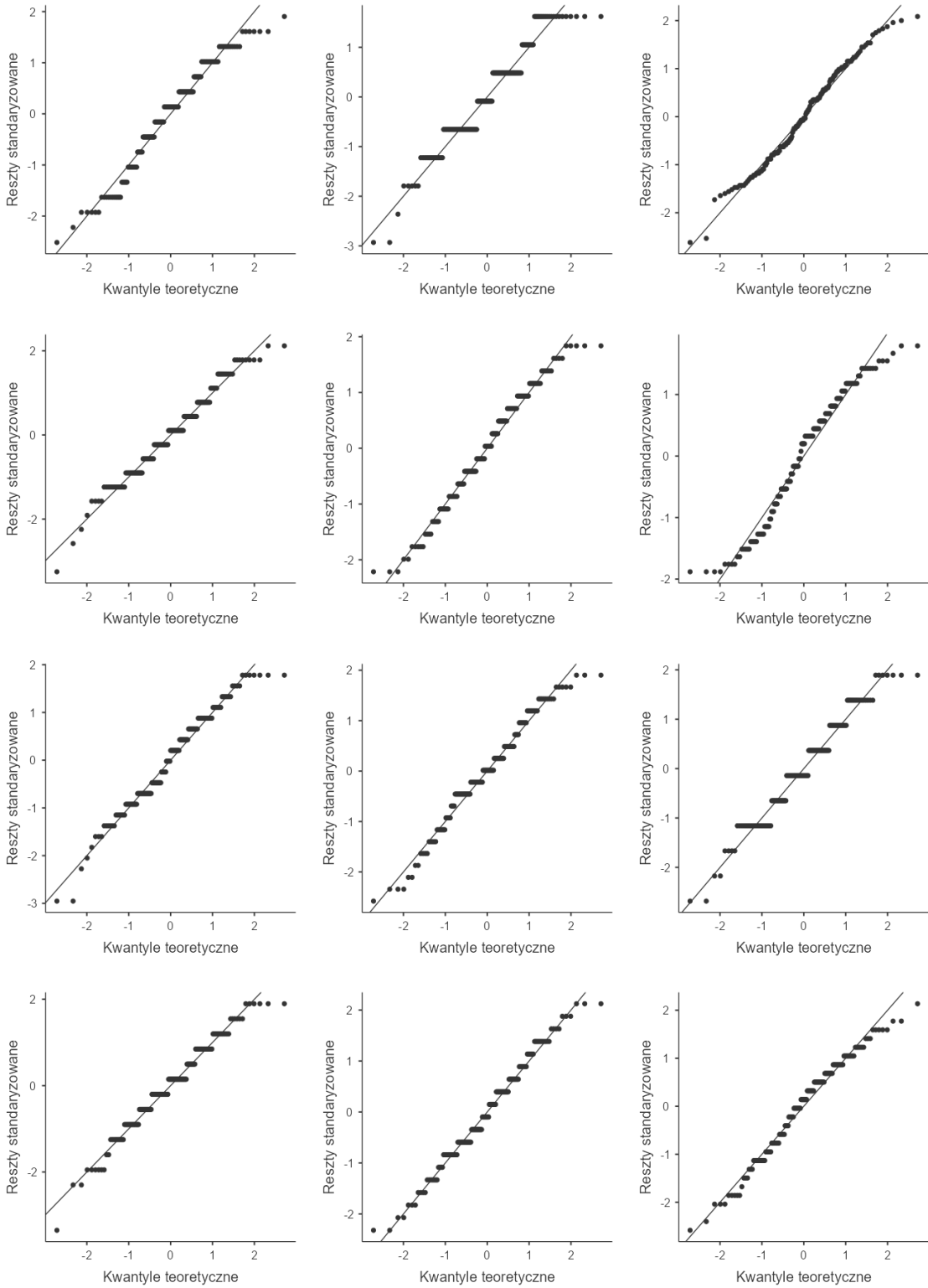


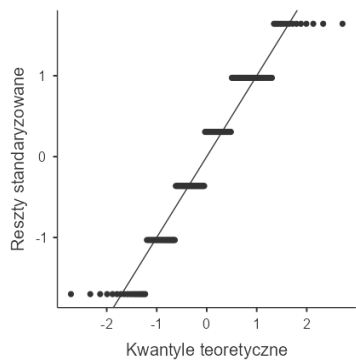
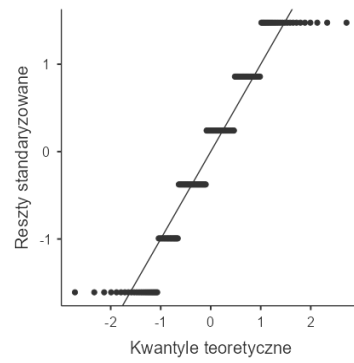
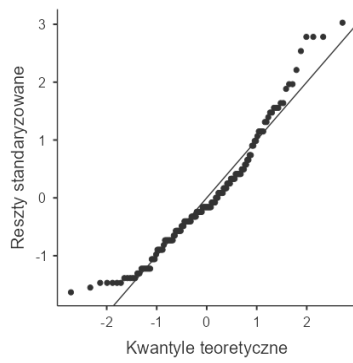
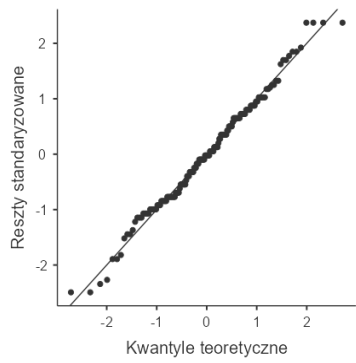
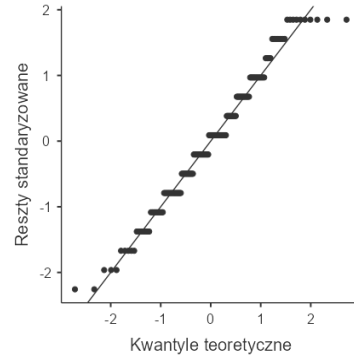
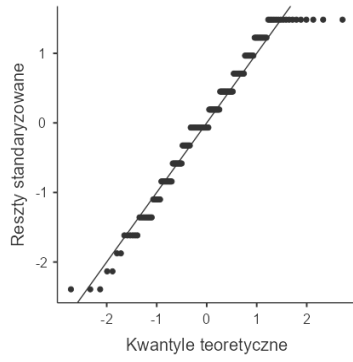
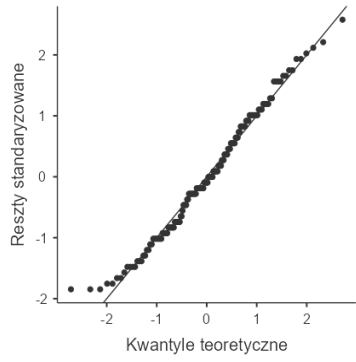
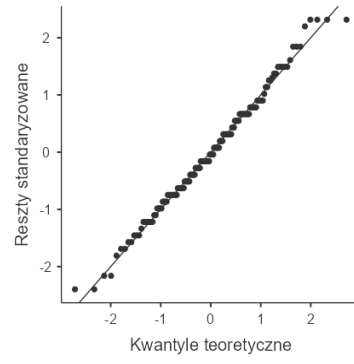
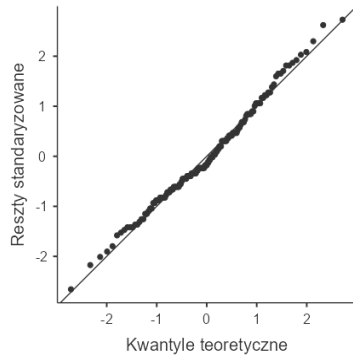
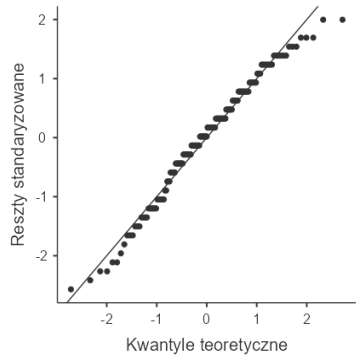


Rysunek A-8

Wykresy K-K dla wyników uzyskanych w próbie osób korzystających z CAM

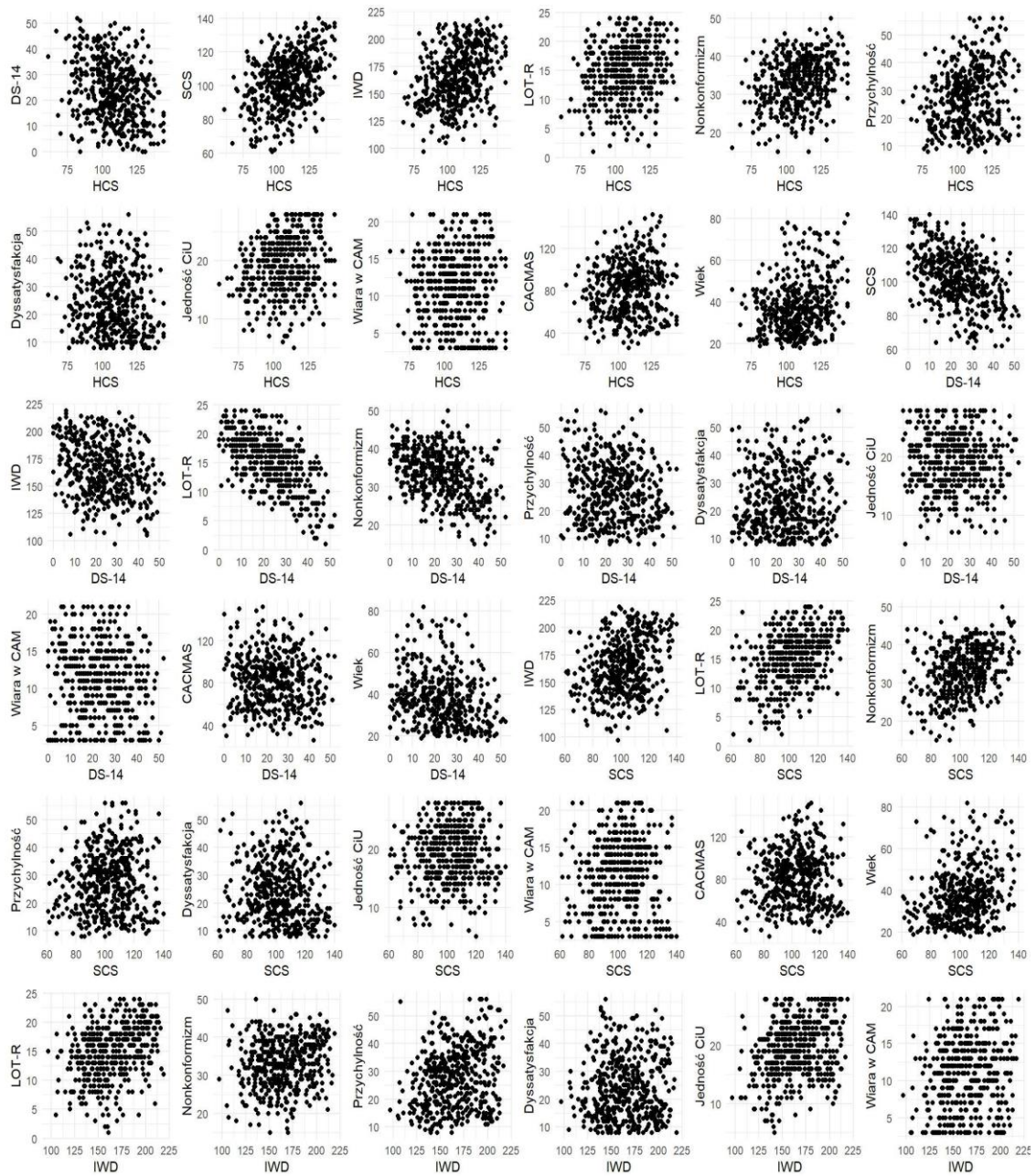






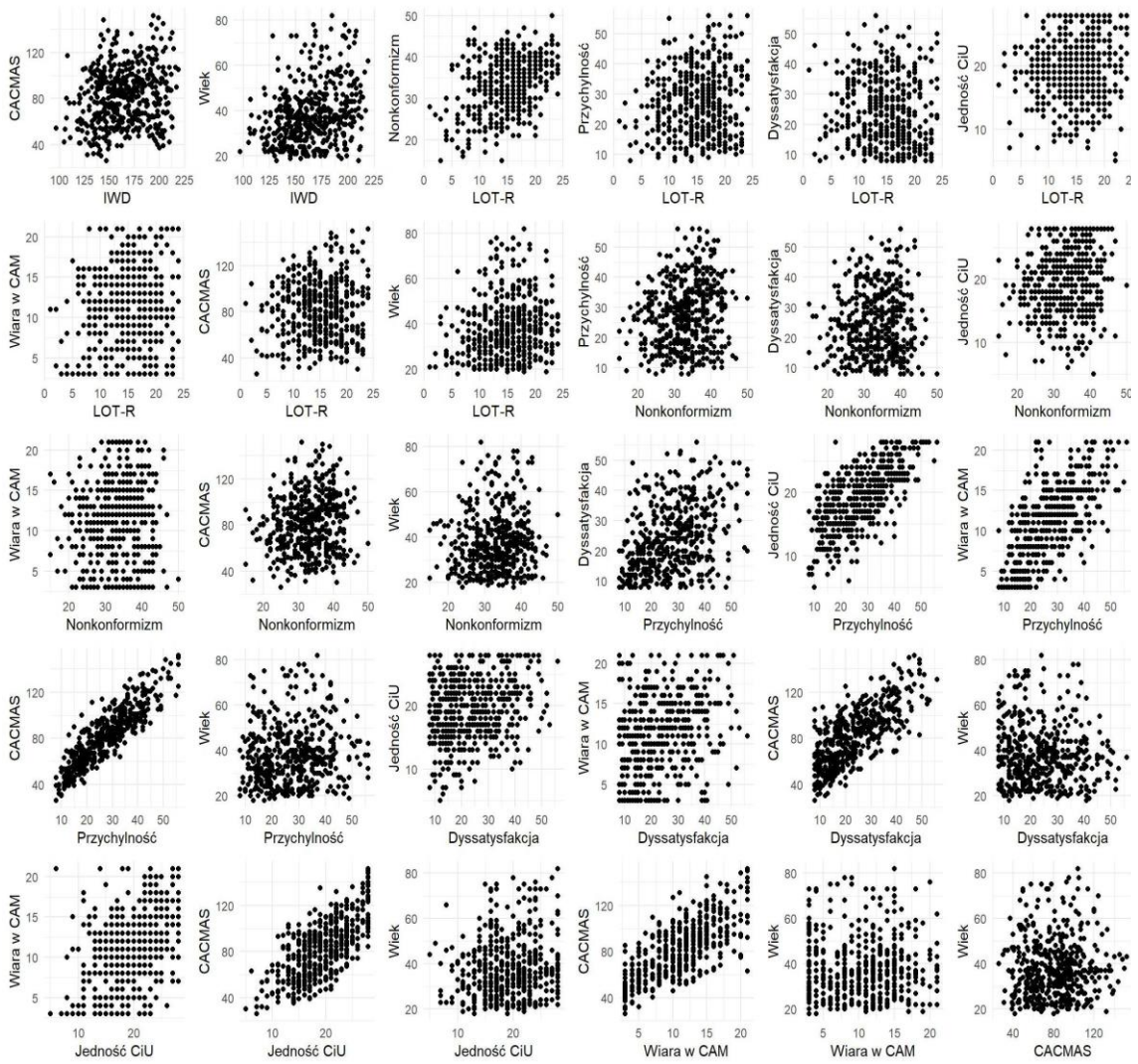
Rysunek A- 9

Wykresy rozrzutu dla korelacji pomiędzy zmiennymi przeprowadzonymi w pełnej próbie, część pierwsza



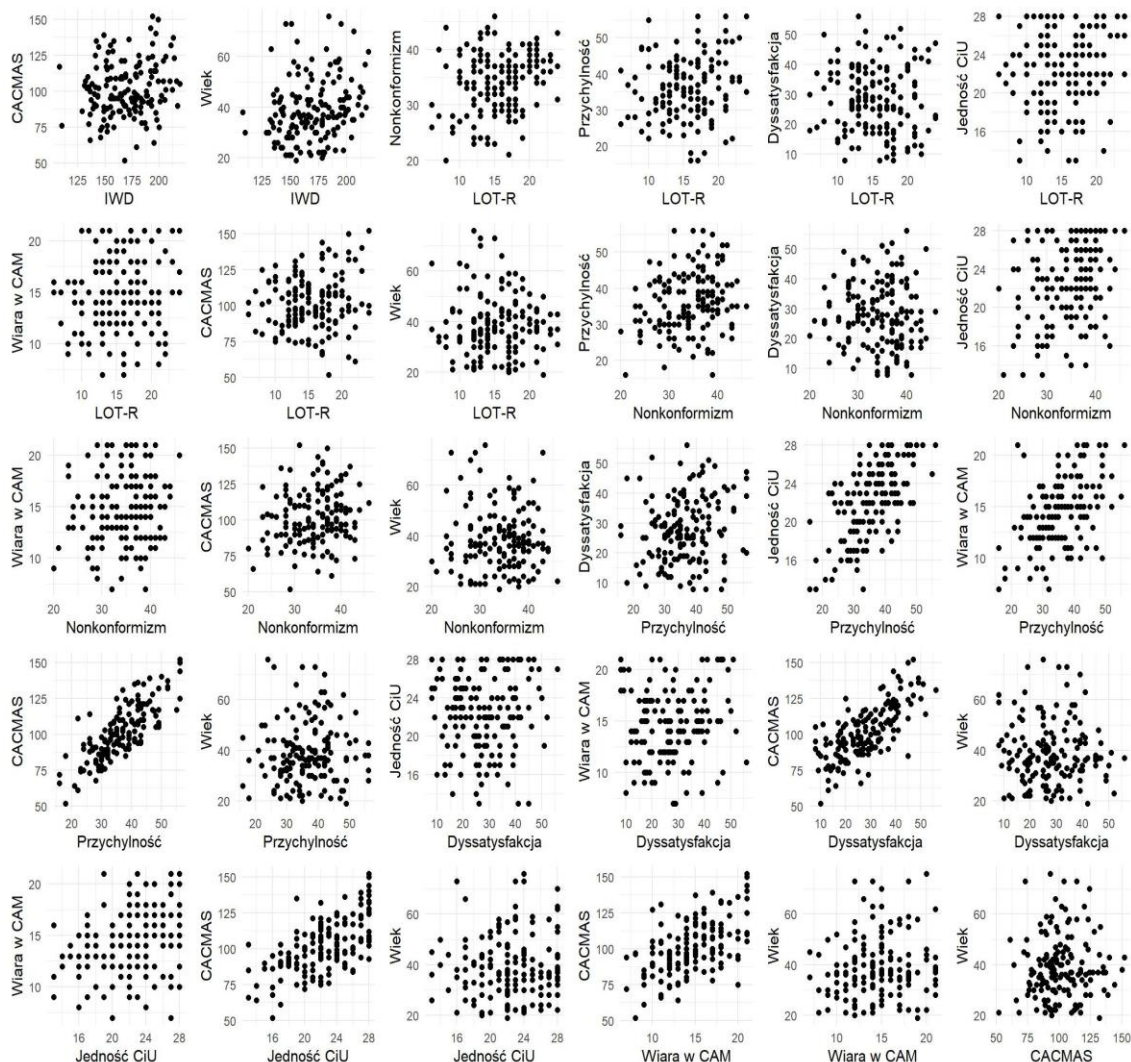
Rysunek A-10

Wykresy rozrzutu dla korelacji pomiędzy zmiennymi przeprowadzonymi w pełnej próbie, część druga



Rysunek A-11

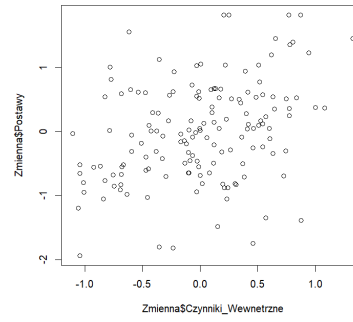
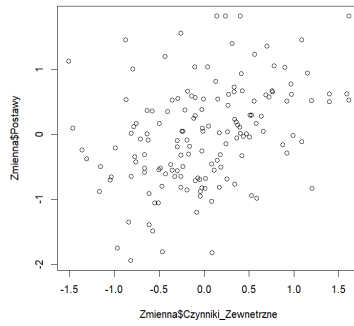
Wykresy rozrzutu dla korelacji pomiędzy zmiennymi przeprowadzonymi w próbie osób korzystających z CAM, część druga



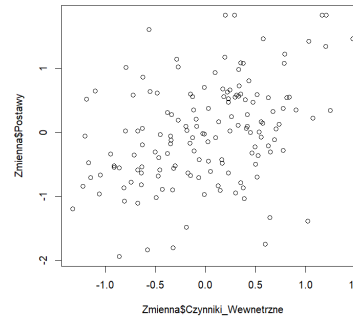
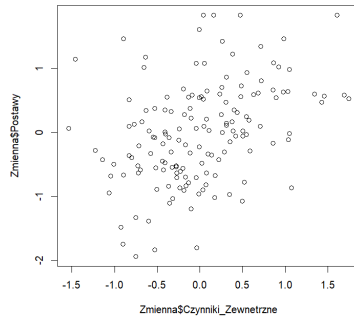
Rysunek A-12

Wykresy rozrzutu dla relacji pomiędzy zmiennymi w kolejnych modelach strukturalnych

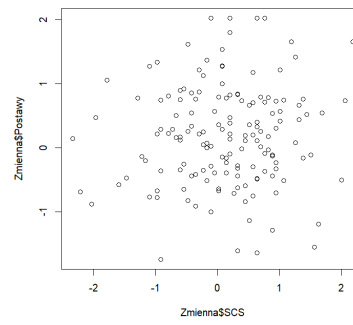
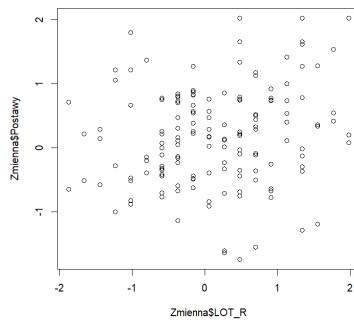
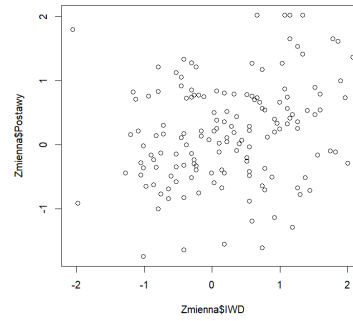
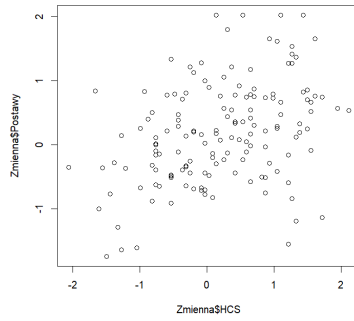
Model 1

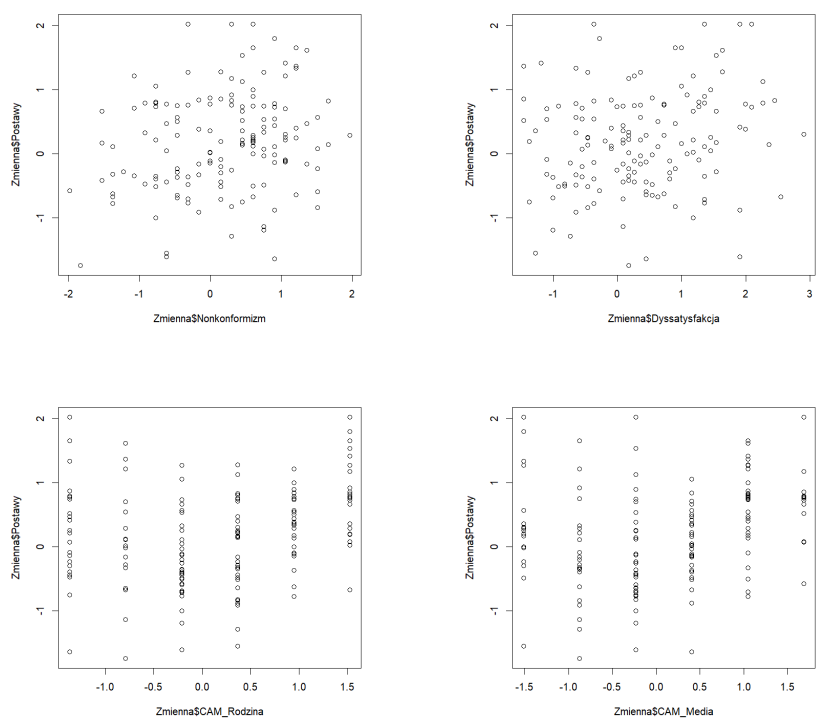


Model 2



Model 3





Adnotacja. Wartość statystyki wielowymiarowej normalności Doornika-Hansena wynosi $DH(22) = 32,38, p = 0,071$.

Tabela A-4

Statystyki współliniowości dla zmiennych niezależnych

Zmienna niezależna	VIF	Tolerancja
HCS	1,43	0,70
SCS	1,27	0,79
IWD	1,46	0,69
LOT-R	1,31	0,76
(Non)konformizm	1,12	0,89
Dyssatisfakcja z medycyny konwencjonalnej	1,09	0,91
CAM w rodzinie	1,06	0,94
CAM mass media	1,11	0,90

Tabela A-5*Wartości odległość Cooka w analizie regresji wielorakiej*

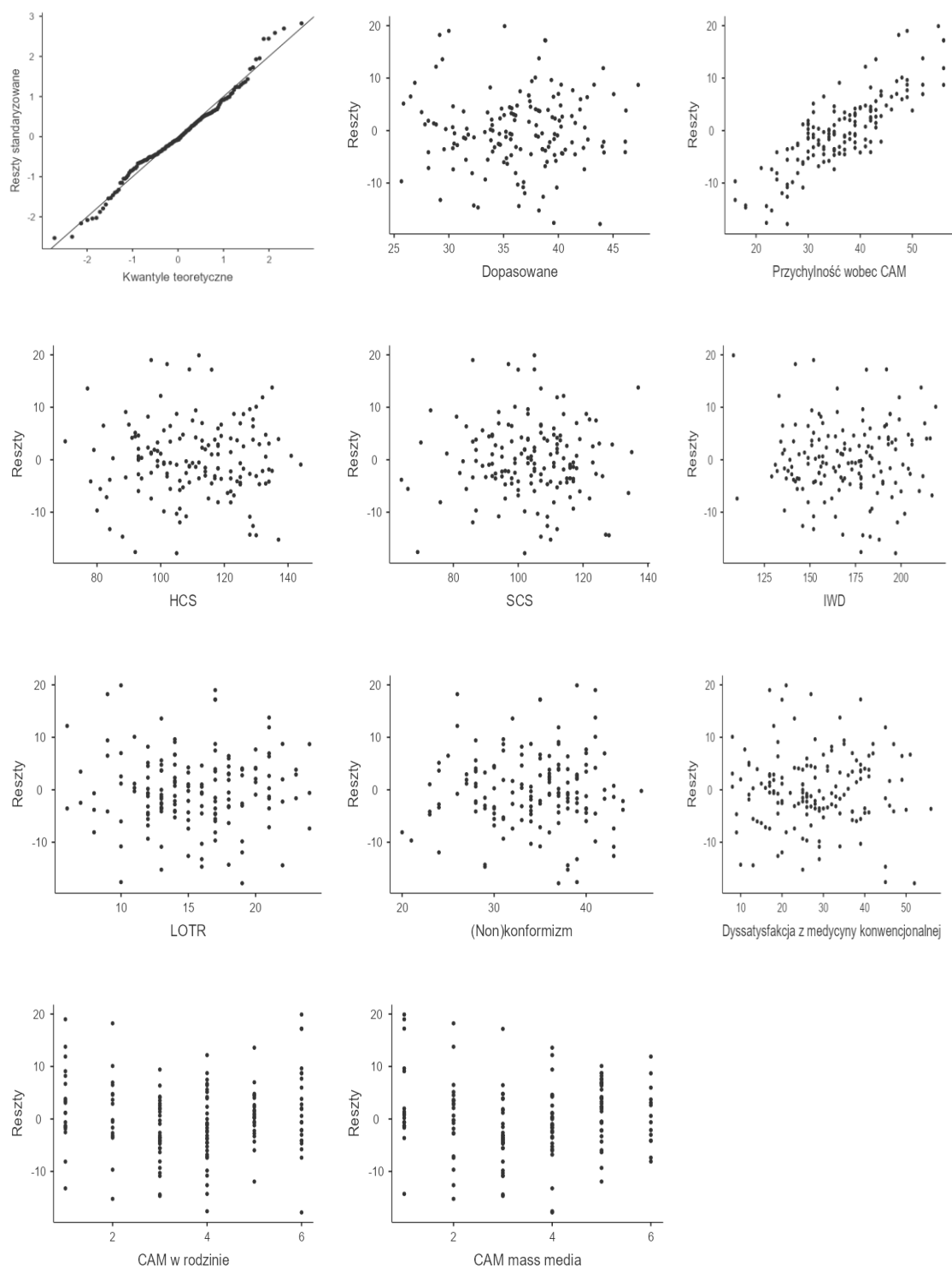
Zmienna zależna	Średnia	Mediana	SD	Rozstęp	
				Minimum	Maksimum
Przychylność wobec CAM	0,01	0,00	0,02	0,00	0,11
Jedność Ciała i Umysłu	0,01	0,00	0,01	0,00	0,08

Tabela A-6*Wyniki testu autokorelacji reszt Durbina-Watsona w analizie regresji wielorakiej*

Zmienna zależna	Autokorelacja	Statystyka D-W	<i>p</i>
Przychylność wobec CAM	0,03	1,94	0,734
Jedność Ciała i Umysłu	-0,02	2,03	0,896

Rysunek A-13

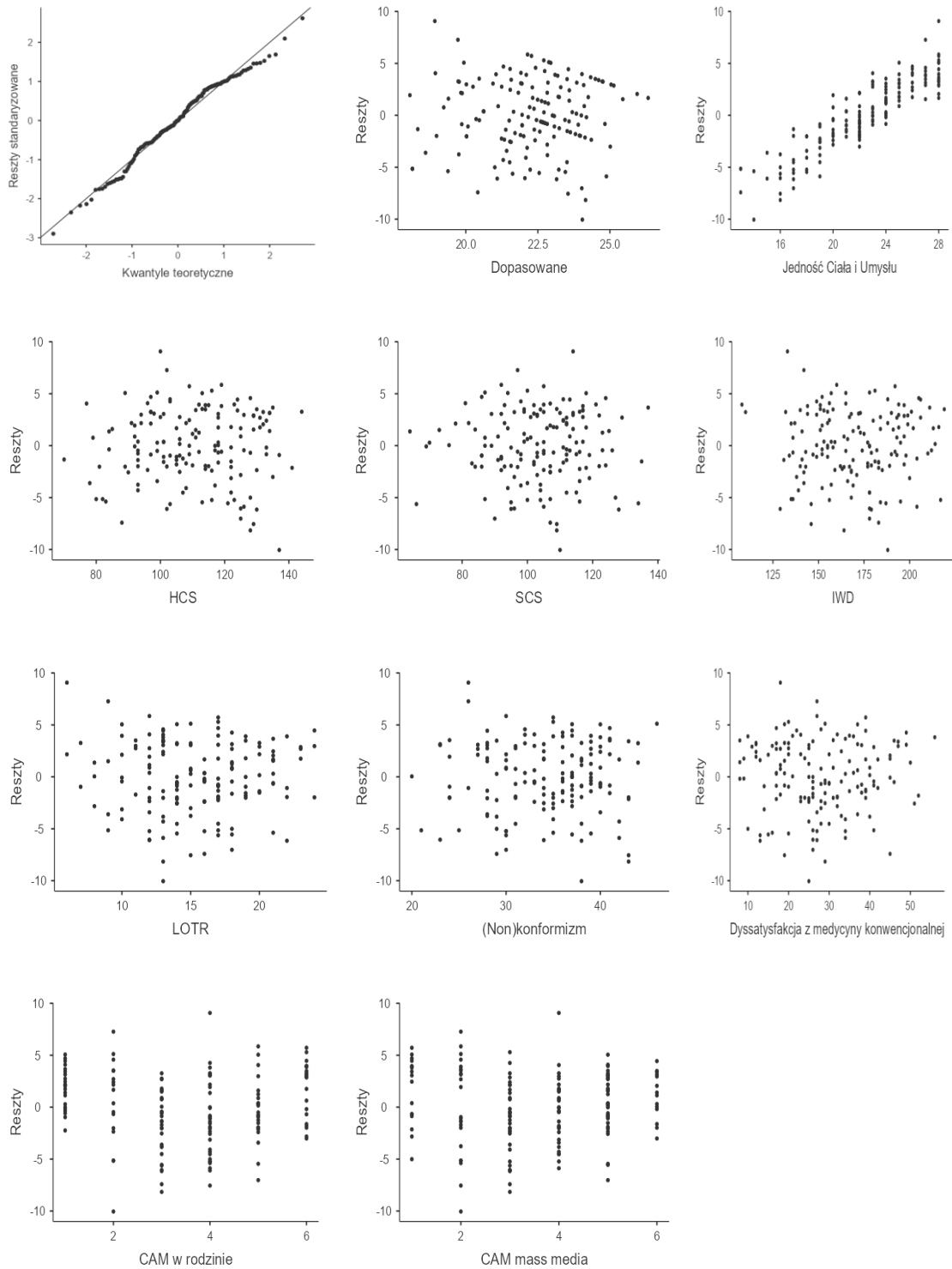
Wykresy normalności oraz wykresy rozrzutu dla reszt dla zmiennej zależnej Przychyłość wobec CAM



Adnotacja. Wartości testu Shapiro-Wilka dla zmiennej zależnej Przychyłość wobec CAM wynosiła $W = 0,98$, $p = 0,075$.

Rysunek A-14

Wykresy normalności oraz wykresy rozrzutu dla reszt dla zmiennej zależnej Jedność Ciała i Umysłu



Adnotacja. Wartości testu Shapiro-Wilka dla zmiennej zależnej Jedność Ciała i Umysłu wynosiła $W = 0,98, p = 0,096$.

