

Pregledni članak



INTEGRIRANI KONCEPTUALNI OKVIR ZA ŽALJENJE ZBOG ODLUKE O LIJEČENJU KOD PACIJENATA S NEZARAZNIM BOLESTIMA: PODRŠKA ODLUKAMA USMJERENIMA NA PACIJENTA UTEMELJENA NA BIBLIOMETRIJSKOJ ANALIZI

Rosario Caruso¹, Cristina Arrigoni², Alice Silvia Brera^{3,4,*}

¹ Department of Biomedical Sciences for Health, University of Milan, 20122 Milano, Italija; ORCID: 0000-0002-7736-6209

² Department of Public Health, Experimental and Forensic Medicine, Section of Hygiene, University of Pavia, 27100 Pavia, Italija

³ First Department of Internal Medicine, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, 27100 Pavia, Italija; ORCID: 0000-0003-1107-768X

⁴ Department of Biomedicine and Prevention, University of Rome Tor Vergata, 00133 Rim, Italija

Dopisni autor: Alice Silvia Brera ✉ alicesilvia.brera01@universitadipavia.it

DOI: <https://doi.org/10.65241/wh.8.2.18>

Za citiranje: Caruso R, Arrigoni C, Brera AS. Integrirani konceptualni okvir za žaljenje zbog odluke o liječenju kod pacijenata s nezaraznim bolestima: podrška odlukama usmjerenima na pacijenta utemeljena na bibliometrijskoj analizi. *World of Health*. 2025;2(8):144-150. DOI: <https://doi.org/10.65241/wh.8.2.18>

Primljeno: 14. srpnja 2025. | Recenzirano: 4. kolovoza 2025. | Prihvaćeno: 5. kolovoza 2025.

SAŽETAK

Uvod: Žaljenje zbog odluke ključni je ishod usmjeren na pacijenta, posebno relevantan za osobe s neprenosivim bolestima koje se suočavaju s više terapijskih mogućnosti s jednakim koristima. Cilj je ove studije bio razviti integrirani konceptualni okvir za razjašnjenje odrednica i putova koji vode do žaljenja zbog odluke i podršku donošenju odluka usmjerenih na pacijenta.

Metode: Ova je studija razvila integrirani konceptualni okvir kombinirajući nedavni pretražni pregled s bibliometrijskim i leksikometrijskim analizama. Naslovi, sažeci i ključne riječi iz 28 studija s cjelovitim tekstom uključeni u pretražni pregled izdvojeni su i sastavljeni u RIS datoteku. Preliminarna leksikometrijska analiza kvantificirala je leksičku raznolikost, dok je analiza zajedničke pojave ključnih riječi provedena pomoću VOSviewera za identifikaciju glavnih tematskih skupina. Nalazi su zatim integrirani s tematskom sintezom kako bi se razvio sveobuhvatan konceptualni okvir.

Rezultati: Leksikometrijska je analiza otkrila visok stupanj leksičke raznolikosti, što je naznačeno omjerima Type-Token (0,7158) i Hapax Token (0,5736), što sugerira tematsko bogatstvo unutar izvornih podataka. Bibliometrijsko mapiranje identificiralo je sedam različitih konceptualnih klastera: psihološke i emocionalne odrednice, procese odlučivanja i strategije uključivanja pacijenata, ishode i kvalitetu života koje prijavljuju pacijenti, pokretače stavova i motivacije, kontekste

usmjerene na obitelj i razvoj, demografske karakteristike te analitičke i kontekstualno specifične čimbenike. Ovi klasteri, sintetizirani s tematskim nalazima, oblikovali su strukturirani konceptualni okvir koji ilustrira odnose između prediktora, medijatora i ishoda, a sve to modulirano je sveobuhvatnom kulturnom sferom.

Zaključci: Rezultirajući okvir nudi sveobuhvatan i primjenjiv model za razumijevanje i potencijalno predviđanje žaljenja zbog odluka kod pacijenata s neprenosivim bolestima. Integracijom psiholoških, demografskih, kliničkih i kontekstualnih čimbenika postavlja temelje za razvoj prilagođenih intervencija za podršku odlučivanju usmjerenih na smanjenje žaljenja i poboljšanje skrbi usmjerene na pacijenta. Buduća empirijska validacija i primjena ovog okvira mogu informirati personalizirane strategije za jačanje zajedničkog donošenja odluka i poboljšanje ishoda liječenja pacijenata.

Ključne riječi: teškoće povezane s liječenjem, kronična stanja, strategije potpore, bibliometrijska analiza, zajedničko donošenje odluka, skrb usmjerena na pacijenta.

UVOD

Pacijenti bi trebali biti u središtu zdravstvene skrbi i aktivno uključeni kao glavni akteri u osmišljavanju i provedbi planova skrbi. Međutim, njihovi se glasovi često nedovoljno prepoznaju

ili zanemaruju kada se donose ključne odluke u vezi s njihovim zdravljem, mogućnostima liječenja i povezanim troškovima. Ovu nepovezanost dodatno pogoršava često oklijevanje kliničara da smisleno uključe pacijente u istraživačke i obrazovne inicijative (1,2).

Već godinama je prepoznato da sami pacijenti, a ne kliničari, trebaju prijaviti svoje simptome i druge ishode (1,3,4). Kada kliničari interpretiraju i izvještavaju o iskustvima pacijenata u njihovo ime, zanemaruju jedinstveno iskustveno znanje koje pacijenti stječu živeći sa svojim stanjem, promatrajući učinke liječenja i snalazeći se u kontinuiranim procesima pokušaja i pogrešaka (1,3,4). Ova je perspektiva posebno važna u kliničkim situacijama gdje postoji više učinkovitih terapijskih mogućnosti (5). U tim slučajevima, pacijent bi trebao voditi proces donošenja odluke, djelujući kao „kompas“ za odabir najprikladnije opcije (6). Bez aktivnog i ranog sudjelovanja pacijenta, pojedinci mogu kasnije požaliti zbog odabranog liječenja, čak i godinama nakon odluke, što može ugroziti odlaske na kontrolne preglede i ukupnu sigurnost liječenja (6).

Pacijenti s neprenosivim bolestima (NCD) često se suočavaju sa složenim izborima liječenja koji uključuju više mogućnosti za upravljanje njihovim stanjem. Na te odluke utječu osobne preferencije, zdravstvena pismenost i kvaliteta informacija i podrške koju pružaju zdravstveni djelatnici (7).

U zdravstvu, žaljenje zbog donesene odluke (DR) odnosi se na osjećaj kajanja ili žaljenja zbog izbora liječenja. To je značajan pokazatelj učinkovitosti donošenja odluka i može se pojaviti kada pacijenti smatraju kako su mogli postići bolji ishod da su donijeli drukčiju odluku (7,8). DR se može manifestirati kao žaljenje zbog ishoda (žaljenje zbog ishoda), same odabrane opcije (žaljenje zbog odabrane opcije) ili procesa donošenja odluka (žaljenje zbog procesa), pri čemu svaki odražava različite aspekte procesa donošenja odluke (6). Stoga je robustan i podržavajući proces donošenja odluka ključan za ublažavanje promjenjivih rizika povezanih s kliničkim pogoršanjem, nestabilnim zdravstvenim stanjima ili lošom kvalitetom života povezanom sa zdravljem (9). Iskustvo s DR-om također bi moglo povećati financijski teret, posebno za pacijente iz socioekonomski nepovoljnih sredina te može naštetiti odnosu pacijent-pružatelj usluga, što dovodi do nepovjerenja i nižeg zadovoljstva zdravstvenim uslugama (8,10).

Dokazi upućuju na to da primjena strategija poput zajedničkog donošenja odluka (SDM) može smanjiti DR jer SDM uključuje pacijente od najranijih faza njihovog kliničkog putovanja i potiče osjećaj udjela u izborima liječenja (11,12).

Razumijevanje što se događa s pacijentima s neprenosivim bolestima koji moraju birati između više opcija ključno je za razvoj prediktivnih modela korištenjem retrospektivnih podataka za sprječavanje i ublažavanje DR-a (13). Osim toga, ključno je imati valjan i pouzdan alat za identifikaciju pojedinaca koji su u riziku od razvoja DR-a (14). Stoga, unapređujući jedinstveni konceptualni okvir, cilj nam je podržati razvoj modela teorijskog okvira koji ublažava rizik od DR-a kada su dostupne višestruke ekvivalentne terapijske strategije za pacijente s neprenosivim bolestima.

METODE

DIZAJN

Dizajn ove sekundarne studije temelji se na analizi rezultata nedavnog pretražnog pregleda (14), u kombinaciji s bibliometrijskim mapiranjem kako bi se konstruirao i potvrdio sveobuhvatan konceptualni okvir. Prvo, nalazi iz pretražnog pregleda korišteni su za identifikaciju ključnih tema i odrednica povezanih s DR-om kod pacijenata s neprenosivim bolestima. Zatim je provedena bibliometrijska analiza kako bi se mapirala konceptualna struktura literature o donošenju odluka i DR-u, pružajući empirijske dokaze o tematskim skupinama i međusobnim vezama između psiholoških, kliničkih, demografskih, procesnih i ishodnih čimbenika. Sustavno smo sintetizirali prediktore, medijatore i ishode te istaknuli kontekstualne i kulturne modifikatore koji utječu na procese donošenja odluka integrirajući ova dva izvora. Tako izvedeni konceptualni okvir namijenjen je podržati razvoju prediktivnih modela usmjerenih na ublažavanje rizika od DR-a kada su pacijentima s neprenosivim bolestima dostupne višestruke terapijske mogućnosti.

POSTUPAK

Članci uključeni u pretražni pregled izvezeni su izdvajanjem njihovih naslova, sažetaka i punih tekstova (PDF-ova), a zatim sastavljeni u RIS format datoteke. Ovaj sveobuhvatni skup podataka poslužio je kao temelj za naknadnu bibliometrijsku analizu.

RIS datoteka uvezena je u VOSviewer, specijalizirani softver za izradu i vizualizaciju bibliometrijskih mreža (15). Pomoću ovog alata provedena je analiza istovremene pojave ključnih riječi kako bi se identificirali klasteri i mapirali konceptualni odnosi unutar literature o donošenju odluka i DR-u kod pacijenata s neprenosivim bolestima.

Analiza je omogućila identifikaciju glavnih tematskih područja i ispitivanje međusobno povezane psihološke, kliničke, demografske, procesne i ishodne čimbenike. Bibliometrijski nalazi su zatim integrirani s tematskom sintezom iz pretražnog pregleda kako bi se poboljšao i potvrdio konceptualni okvir. Ovaj integrativni pristup osigurao je da je okvir utemeljen i na kvalitativnim tematskim dokazima i na kvantitativnom mapiranju literature, pružajući čvrstu osnovu za buduće prediktivno modeliranje DR-a.

IZVORI PODATAKA

Izvori podataka za ovu sekundarnu analizu sastojali su se od 28 studija s cjelovitim tekstem uključenih u sveobuhvatni pregled usmjeren na DR među pacijentima s neprenosivim bolestima (14). Ove su studije objavljene između 2005. i 2023. godine, dok je većina (89,3%) objavljena nakon 2015. Potječu

prvenstveno iz Sjeverne Amerike (46,4%) i Europe (39,3%). Skup podataka sastojao se od studija različitih dizajna, uključujući opservacijske studije (60,7%), kvalitativne studije (14,3%), eksperimentalne studije (14,3%) i preglede literature. (10,7%).

Pretražnim pregledom sustavno su mapirane odrednice, medijatori, ishodi i kontekstualni čimbenici koji utječu na DR, ističući širok raspon ključnih tema. To je uključivalo središnju ulogu kvalitete komunikacije između pacijenta i kliničara, zajedničke procese donošenja odluka te važnost poticanja autonomije i povjerenja pacijenata. Naglasak je stavljen na psihološke i emocionalne odrednice poput anksioznosti, straha od loših ishoda, moralnog sukoba i očekivanog žaljenja, koje mogu značajno oblikovati iskustva pacijenata u donošenju odluka. Nadalje, pregled je naglasio važnost praksi informiranog pristanka i transparentne razmjene informacija u osnaživanju pacijenata da aktivno sudjeluju u odlukama o svojoj skrbi. Očekivanja pacijenata, i realna i idealizirana, pojavila su se kao ključni čimbenici koji utječu na zadovoljstvo odabranim liječenjem i dugoročnu percepciju kvalitete skrbi. Konačno, pregled je detaljno opisao posljedice DR-a na ishode koje su prijavili pacijenti, uključujući kvalitetu života povezanu sa zdravljem, zadovoljstvo liječenjem, emocionalnu dobrobit te pridržavanje daljnje skrbi i propisanih režima liječenja.

ANALIZA PODATAKA

Analiza podataka provedena je u dvije komplementarne faze: bibliometrijska analiza nakon koje slijedi tematska sinteza. Prije bibliometrijskog mapiranja, provedena je preliminarna leksikometrijska analiza tekstualnih podataka (naslova i sažetaka) izdvojenih iz korpusa pretražnog pregleda. Ova analiza usmjerena je na kvantificiranje ukupne leksičke raznolikosti i strukture skupa podataka. Nakon prethodne obrade i uklanjanja uobičajenih zaustavnih riječi, izračunat je ukupan broj tokena, veličina vokabulara i broj hapax legomena (riječi koje se pojavljuju samo jednom). Omjeri Type-Token (TTR) i Hapax Token (HTR) također su izračunati za procjenu leksičkog bogatstva i prevalencije jedinstvenih pojmova. Ova deskriptivna analiza pružila je temeljni kvantitativni pregled korpusa, potvrđujući njegovu tematsku složenost i podupirući naknadne faze bibliometrijske i tematske sinteze.

RIS datoteka koja sadrži naslove, sažetke i ključne riječi članaka uključenih u pregled opsega uvezana je u VOSviewer (verzija 1.6.20). Analiza istovremene pojave ključnih riječi provedena je korištenjem metode binarnog brojanja, koja uzima u obzir prisutnost ili odsutnost ključne riječi u svakom dokumentu, čime se smanjuje pristranost uzrokovana duljinom dokumenta ili ponavljanjem ključnih riječi.

Minimalni prag pojavljivanja postavljen je kako bi se filtrirali rijetki pojmovi i poboljšala jasnoća konceptualne mape. Odabrana metoda normalizacije bila je jakost asocijacije, a dodatno je primijenjena LinLog/modularna normalizacija kako bi se naglasila odvojenost konceptualnih klastera (16). Rezultirajuća vizualizacija mreže omogućila je identifikaciju različitih tematskih

klastera, koji odražavaju ključne konceptualne domene povezane s donošenjem odluka i DR-om kod pacijenata s neprenosivim bolestima.

Nakon vizualizacije mreže, provedena je tematska analiza na temelju izdvojenih podataka iz pretražnog pregleda (17). Članci su sustavno kodirani kako bi se identificirale ponavljajuće teme, odrednice, medijatori, ishodi i kontekstualni čimbenici koji utječu na DR (18). Okvir kodiranja iterativno je usavršavan stalnom usporedbom, integrirajući uvide iz narativne sinteze i bibliometrijskih klastera.

Nalazi su obje analize zatim integrirani kako bi se razvio sveobuhvatan konceptualni okvir. Ova integracija osigurala je da je svaki konstrukt utemeljen na empirijskim dokazima, potkrijepljenim kvantitativnim bibliometrijskim mapiranjem i kvalitativnom tematskom sintezom. Rezultirajući okvir prikazuje odnose između psiholoških, stavovnih, kliničkih, demografskih i kontekstualnih čimbenika, procesa donošenja odluka i ishoda usmjerenih na pacijenta kao što su DR, kvaliteta života, zadovoljstvo i pridržavanje liječenja.

REZULTATI

DESKRIPTIVNA LEKSIKOMETRIJSKA ANALIZA IZVORNIH PODATAKA

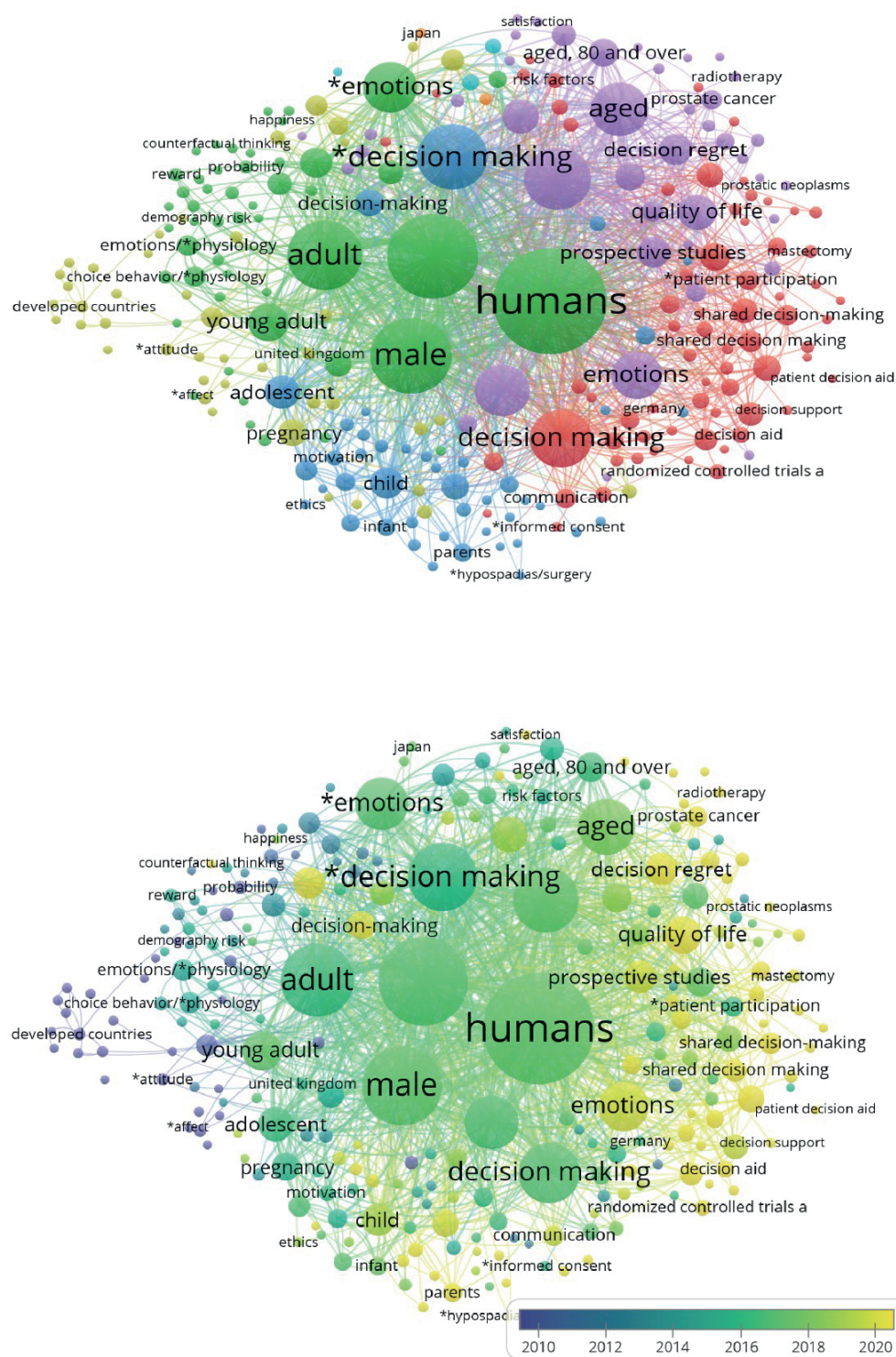
Deskriptivna leksikometrijska analiza provedena je na tekstualnom korpusu izvedenom iz naslova i sažetaka 28 članaka uključenih u pregled opsega. Nakon prethodne obrade i uklanjanja uobičajenih zaustavnih riječi, korpus se sastojao od ukupno 387 tokena, s veličinom vokabulara od 277 jedinstvenih riječi. Značajno je da su 222 od tih riječi bile hapax legomena, riječi koje su se pojavile samo jednom unutar korpusa.

Rezultirajući TTR bio je 0,7158, što sugerira visoku razinu leksičke raznolikosti, dok je HTR bio 0,5736, što ističe značajan udio jedinstvenih ili niskofrekventnih pojmova. Ovi rezultati sugeriraju da su izvorni podaci pokazali bogatu leksičku varijabilnost i tematsku nijansu, što podupire sljedeće korake bibliometrijskog mapiranja i tematske sinteze usmjerene na razvoj sveobuhvatnog konceptualnog okvira o DR-u kod pacijenata s neprenosivim bolestima.

BIBLIOMETRIJSKO MAPIRANJE I KONCEPTUALNO GRUPIRANJE

Provedena je analiza bibliometrijskog mapiranja kako bi se vizualizirala konceptualna struktura literature uključene u pretražni pregled (slika 1). Mreže zajedničkih ključnih riječi generirane su kako bi se identificirali najčešći i tematski povezani pojmovi u korpusu. Primijenjena su dva normalizacijska

Panel A: Network visualization using LinLog/modularity normalization.



Slika 1. Bibliometrijsko mapiranje i konceptualno grupiranje

pristupa. Panel A prikazuje vizualizaciju mreže korištenjem LinLog/modularne normalizacije koja naglašava konceptualno odvajanje među klasterima. Panel B prikazuje istu mrežu korištenjem normalizacije jakosti asocijacije koja ističe snagu odnosa zajedničke pojave i rezultira gušćim, kompaktnijim rasporedom.

U obje vizualizacije pojavilo se sedam različitih i stabilnih konceptualnih skupova. Prvi skup, obojen žutom, obuhvaća psihološke i emocionalne odrednice, uključujući pojmove poput emocija, moralnog sukoba, afekta i očekivanog žaljenja. Drugi skup, obojen crvenom, obuhvaća procese odlučivanja i strategije uključivanja pacijenata, a karakteriziraju ga ključne riječi povezane sa zajedničkim donošenjem odluka, podrškom u odlučivanju, sudjelovanjem pacijenata, informiranim pristankom i kvalitetom komunikacije. Treći skup, obojen ljubičasto, odražava ishode i kvalitetu života koje navode pacijenti, uključujući DR, zadovoljstvo liječenjem i percipiranu dobrobit. Četvrti skup, prikazan svijetlozelenom bojom, usredotočuje se na pokretače stava i motivacije, uključujući konstrukte poput bihevioralne namjere, motivacije i prihvatanja liječenja. Peti skup, plave boje, ističe obiteljski i razvojni kontekst, s čestim referencama na roditelje, djecu, adolescente i razvojne faze relevantne za odluke o zdravstvenoj skrbi. Šesti skup, obojen zelenom, grupira demografske karakteristike, posebno pojmove vezane uz dob i spol, razlikujući mladu, odraslu i stariju populaciju. Konačno, sedmi skup, prikazan sivom i smeđom bojom, uključuje analitičke i kontekstualno specifične čimbenike, obuhvaćajući pojmove povezane sa zdravstvenim okruženjem, socioekonomskim

uvjetima, dizajnom studije i metodološkim deskriptorima. Ovi klasteri, sažeti u Tablici 1, pružaju bogatu i koherentnu konceptualnu osnovu koja integrira psihološke, kliničke, demografske i kontekstualne elemente, nudeći sveobuhvatno razumijevanje fenomena. Stabilnost i tematska jasnoća klastera podržavaju njihovu upotrebu kao osnove za razvoj konceptualnog okvira za bolje razumijevanje i ublažavanje DR-a kod pacijenata s neprenosivim bolestima.

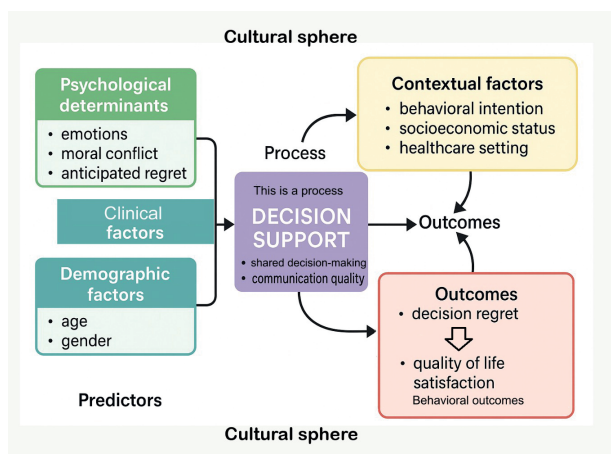
TEMATSKA ANALIZA I NOVI TEORIJSKI OKVIR

Sinteza koja je rezultat tematske analize potvrdila je i obogatila ključna područja, uključujući psihološke odrednice (npr. emocije, moralni sukob i očekivano žaljenje), kliničke i demografske čimbenike te središnju ulogu procesa podrške odlučivanju (posebno zajedničko donošenje odluka i kvaliteta komunikacije). Kontekstualni čimbenici, poput namjera ponašanja, socioekonomskog statusa i zdravstvenog okruženja, pojavili su se kao ključni modifikatori koji oblikuju iskustvo pacijenta i utječu na daljnje ishode. Ti ishodi uključuju DR, zadovoljstvo liječenjem, kvalitetu života i pridržavanje terapije.

Konačni konceptualni okvir (slika 2) vizualno integrira te odnose, predstavljajući strukturirani put od prediktora do procesa i ishoda, a sve pod utjecajem sveobuhvatne kulturne sfere. Ovaj okvir služi kao temelj za razvoj prediktivnih modela i ciljanih intervencija usmjerenih na smanjenje DR-a i poboljšanje ishoda usmjerenih na pacijenta kod osoba s nezaraznim bolestima.

Tablica 1. Sažetak karakteristika skupova

Skup	Oznaka	Ključni koncepti (primjeri)
Skup 1 (crveni)	Procesi odlučivanja i strategije uključivanja pacijenata	Zajedničko donošenje odluka, pristanak, sudjelovanje
Skup 2 (žuti)	Psihološke i emocionalne odrednice	Emocije, žaljenje, moralna prosudba, izborno ponašanje
Skup 3 (plavi)	Obiteljski i razvojni konteksti	Roditelji, pedijatri, negovatelji
Skup 4 (svijetlo zeleni)	Pokretači stavova i motivacije	Stav, namjera, motivacija
Skup 5 (ljubičasti)	Ishodi koje navode pacijenti i kvaliteta života	Kvaliteta života, zadovoljstvo, ishodi liječenja, samoprocjena
Skup 6 (sivi)	Analitička razmatranja i razmatranja dizajna studije	Kohortne studije, logistički modeli, omjeri izgleda
Skup 7 (smeđi)	Kontekstualno specifični i geografski modifikatori	Japan, postoperativno razdoblje



Slika 2. Konceptualna sfera

RASPRAVA

Ova studija integrira bibliometrijsko mapiranje i tematsku analizu kako bi razvila sveobuhvatan konceptualni okvir koji objašnjava višestruke čimbenike koji doprinose DR-u kod pacijenata s neprenosivim bolestima. Ovaj okvir ističe središnju ulogu procesa podrške odlučivanju i otkriva kako ti međusobno povezani elementi utječu na ishode usmjerene na pacijenta, kao što su žaljenje, kvaliteta života, zadovoljstvo i pridržavanje terapije (19–23).

Odrednice utvrđene u ovom okviru usko se podudaraju s onima opisanim u pretražnom pregledu (14), koji je istaknuo utjecaj psiholoških čimbenika poput straha, tjeskobe i moralnog sukoba na pojavu DR-a. Prethodne studije su dosljedno pokazale da negativne emocionalne reakcije i neispunjena očekivanja mogu pojačati DR i negativno utjecati na zadovoljstvo liječenjem i pridržavanje terapije (24–29). Trenutni okvir dodatno proširuje ova zapažanja eksplicitnom integracijom demografskih i kontekstualnih modifikatora poput dobi, socioekonomskog statusa i zdravstvenog okruženja, čimbenika koji su u prethodnim modelima često bili nedovoljno istraženi ili tretirani kao faktori koji utječu na rezultate, a ne kao središnji elementi (24–29). Istaknuto uključivanje zajedničkog donošenja odluka i kvalitete komunikacije kao posredničkih čimbenika procesa također pojačava dokaze iz ranijih radova koji pokazuju da aktivno sudjelovanje pacijenata smanjuje žaljenje i poboljšava dugoročne ishode (22,23,30,31). Ovaj okvir nudi sveobuhvatniju perspektivu koja nadopunjuje i unapređuje prethodne koncepte donošenja odluka u kontekstima neprenosivih bolesti integrirajući ove različite odrednice i ističući njihove međusobne odnose.

Buduća istraživanja trebala bi se usredotočiti na empirijsku validaciju ovog konceptualnog okvira u različitim populacijama pacijenata i zdravstvenim ustanovama kako bi se potvrdila njegova generalizacija i praktična relevantnost. Razvoj i testiranje prediktivnih modela temeljenih na ovom okviru mogli bi pomoći u identificiranju pojedinaca s većim rizikom od razvoja DR-

a, omogućujući ciljanije i proaktivnije intervencije. Nadalje, potrebne su dodatne kvalitativne studije kako bi se dublje istražile perspektive pacijenata, posebno kako bi se razumjele kulturne nijanse, individualni sustavi vrijednosti i životna iskustva koja mogu utjecati na procese donošenja odluka i ishode. Integriranje ovih uvida moglo bi dodatno poboljšati okvir i podržati dizajn personaliziranih strategija podrške odlučivanju koje poboljšavaju autonomiju pacijenata i smanjuju žaljenje u stvarnoj kliničkoj praksi.

Prilikom tumačenja ovih nalaza treba uzeti u obzir nekoliko ograničenja. Prvo, pretražni pregled koji je poslužio kao izvor podataka uključivao je samo studije objavljene na engleskom jeziku, što je potencijalno uvelo jezičnu pristranost i ograničilo obuhvaćanje kulturno specifičnih odrednica DR-a. Drugo, iako bibliometrijsko mapiranje nudi vrijedne strukturne uvide, ono može previše pojednostavniti složene konceptualne odnose i previdjeti nijansirana kontekstualna značenja prisutna u narativima u punom tekstu. Treće, integracija leksikometrijskih i bibliometrijskih pristupa, iako metodološki robusna, ne može u potpunosti uzeti u obzir individualna iskustva pacijenata ili dinamičnu prirodu donošenja odluka u kliničkim okruženjima. Konačno, predloženi konceptualni okvir, iako utemeljen na empirijskim dokazima, još nije prospektivno validiran i trebalo bi ga testirati u budućim studijama kako bi se potvrdila njegova primjenjivost i prediktivna točnost u različitim skupinama pacijenata i zdravstvenim sustavima.

ZAKLJUČAK

Ova studija predlaže sveobuhvatan konceptualni okvir koji objašnjava složene puteve koji vode do DR kod pacijenata s neprenosivim bolestima. Okvir pruža čvrstu osnovu za razvoj učinkovitih prediktivnih alata i prilagođenih intervencija za podršku odlučivanju integriranjem psiholoških, demografskih, kliničkih i kontekstualnih čimbenika. Buduća primjena ovog okvira u kliničkoj praksi ima potencijal ojačati zajedničko donošenje odluka, povećati zadovoljstvo pacijenata i u konačnici smanjiti DR u različitim zdravstvenim okruženjima.

LITERATURA

1. McKay J, Needham E, Walsh W. Including Patient Voices in Continuing Medical Education: One Provider's Experience. *Journal of CME* [Internet]. 2023 Dec 31 [cited 2025 Jul 7];12(1). Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/078338073.2023.2275504>
2. New England Journal of Medicine. The Power of the Patient Voice How Health Care Organizations Empower Patients and Improve Care Delivery. 2011.
3. Vakil NB, Halling K, Becher A, Rydén A. Systematic review of patient-reported outcome instruments for gastroesophageal reflux disease symptoms. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2013 Jan;25(1):2.

4. Mainz J, Kristensen S, Roe D. The power of the patient's voice in the modern health care system. *International Journal for Quality in Health Care*. 2022 Mar 30;34(Supplement_1):ii1–2.
5. Sadusky T, Hurst C. The Patient Voice in Health Care Decision Making: The Perspective of People Living with Diabetes and CKD. *CJASN*. 2021 Jul;16(7):991–2.
6. Selby LV, Aquina CT, Pawlik TM. When a Patient Regrets Having Undergone a Carefully and Jointly Considered Treatment Plan, How Should Her Physician Respond? *AMA Journal of Ethics*. 2020 May 1;22(5):352–7.
7. Brera AS, Arrigoni C, Magon A, Conte G, Belloni S, Bonavina L, et al. Mapping the literature on decision regret in patients with non-communicable diseases (NCDs): a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2023 Jul;13(7):e072703.
8. Liu J, Hunter S, Zhu J, Lee RLT, Chan SWC. Decision regret regarding treatments among women with early-stage breast cancer: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2022 Mar;12(3):e058425.
9. Budreviciute A, Damiani S, Sabir DK, Onder K, Schuller-Goetzburg P, Plakys G, et al. Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Front Public Health* [Internet]. 2020 Nov 26 [cited 2025 Jul 7];8. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.574111/full>
10. DISPARITIES IN HEALTHCARE. In: 2021 National Healthcare Quality and Disparities Report [Internet] [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2021 [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578532/>
11. Xu RH, Zhou L ming, Wang D. The Relationship Between Decisional Regret and Well-Being in Patients With and Without Depressive Disorders: Mediating Role of Shared Decision-Making. *Front Psychiatry*. 2021 Jun 16;12:657224.
12. Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*. 2010 Oct 14;341:c5146.
13. Brera AS, Arrigoni C, Magon A, Conte G, Belloni S, Bonavina L, et al. A scoping review of decision regret in non-communicable diseases: The emerging roles of patient-clinician communication, psychological aspects, and medical outcomes. *Patient Education and Counseling*. 2025 Jan;130:108478.
14. Brera AS, Arrigoni C, Belloni S, Conte G, Magon A, Arcidiacono MA, et al. Decision Regret and Vaccine Hesitancy among Nursing Students and Registered Nurses in Italy: Insights from Structural Equation Modeling. *Vaccines*. 2024 Sep 14;12(9):1054.
15. Perianes-Rodriguez A, Waltman L, Van Eck NJ. Constructing bibliometric networks: A comparison between full and fractional counting. *Journal of Informetrics*. 2016 Nov;10(4):1178–95.
16. Sun Z, Liu C, Yao Y, Gao C, Li H, Wang L, et al. Therapeutic potential of triple-negative breast cancer immune checkpoint blockers: A 21-year bibliometric analysis. *Medicine*. 2025 Mar 7;104(10):e41739.
17. Hamel C, Michaud A, Thuku M, Skidmore B, Stevens A, Nussbaumer-Streit B, et al. Defining Rapid Reviews: a systematic scoping review and thematic analysis of definitions and defining characteristics of rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2021 Jan;129:74–85.
18. Forbes M. Thematic analysis: A practical guide. *Evaluation Journal of Australasia*. 2022 Jun;22(2):132–5.
19. Misal M, Girardo M, Wasson MN. Surgical Decision Regret in Women Pursuing Surgery for Endometriosis or Chronic Pelvic Pain. *J Minim Invasive Gynecol*. 2021 Jul;28(7):1343–50.
20. Metcalfe KA, Cil TD, Semple JL, Li LDX, Bagher S, Zhong T, et al. Long-Term Psychosocial Functioning in Women with Bilateral Prophylactic Mastectomy: Does Preservation of the Nipple-Areolar Complex Make a Difference? *Ann Surg Oncol*. 2015 Oct;22(10):3324–30.
21. May M, Burger M, Gilfrich C, Brookman-May S. Re: Decision Regret after Radical Prostatectomy Does Not Depend on Surgical Approach: 6-Year Followup of a Large German Cohort Undergoing Routine Care. *Eur Urol*. 2020 Dec;78(6):926–7.
22. Kuraoka Y, Nakayama K. Factors influencing decision regret regarding placement of a PEG among substitute decision-makers of older persons in Japan: a prospective study. *BMC Geriatr*. 2017 Jun 28;17(1):134.
23. Kleiss IIM, Kortlever JTP, Ring D, Vagner GA, Reichel LM. A Randomized Controlled Trial of Decision Aids for Upper-Extremity Conditions. *J Hand Surg Am*. 2021 Apr;46(4):338.e1–338.e15.
24. Heiniger L, Butow PN, Coll J, Bullen T, Wilson J, Baylock B, et al. Long-term outcomes of risk-reducing surgery in unaffected women at increased familial risk of breast and/or ovarian cancer. *Fam Cancer*. 2015 Mar;14(1):105–15.
25. Hendriksen HMA, de Rijke TJ, Fruijtier A, van de Giessen E, van Harten AC, van Leeuwenstijn-Koopman MSSA, et al. Amyloid PET disclosure in subjective cognitive decline: Patient experiences over time. *Alzheimers Dement*. 2024 Sep;20(9):6556–65.
26. Gao JP, Jin YH, Yu SF, Wu WF, Han SF. Evaluate the effectiveness of breast cancer decision aids: A systematic review and meta-analysis of randomize clinical trails. *Nurs Open*. 2021 Sep;8(5):2091–104.
27. Fang SY, Lin PJ, Kuo YL. Long-Term Effectiveness of a Decision Support App (Pink Journey) for Women Considering Breast Reconstruction Surgery: Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2021 Dec 10;9(12):e31092.
28. Deshpande AV. Authors' response to the editorial commentary on the study titled 'Parental Decision Regret among Australian Parents after consenting to or Refusing Hypospadias Repair for their son: Results of a survey with controls'. *J Pediatr Urol*. 2022 Aug;18(4):490.
29. Deliere A, Attai D, Victorson D, Kuchta K, Pesce C, Kopkash K, et al. Patients Undergoing Bilateral Mastectomy and Breast-Conserving Surgery Have the Lowest Levels of Regret: The WhySurg Study. *Ann Surg Oncol*. 2021 Oct;28(10):5686–97.
30. Khoder W, Hom E, Guanzon A, Rose S, Hale D, Heit M. Patient satisfaction and regret with decision differ between outcomes in the composite definition of success after reconstructive surgery. *Int Urogynecol J*. 2017 Apr;28(4):613–20.
31. Goldman KN, Blakemore J, Kramer Y, McCulloh DH, Lawson A, Grifo JA. Beyond the biopsy: predictors of decision regret and anxiety following preimplantation genetic testing for aneuploidy. *Hum Reprod*. 2019 Jul 8;34(7):1260–9.