

A BETEGEK EGYÜTTMŰKÖDÉSI KÉSZSÉGÉT BEFOLYÁSOLÓ SZOCIOLÓGIAI TÉNYEZŐK

A betegek együttműködési készsége, amelyet a pszichoszomatikus orvoslásban és az orvosi szociológiában a compliance - noncompliance fogalommal jelölnek, azt fejezi ki, hogy a beteg milyen mértékben tartja be az orvos terápiás utasításait (javaslatait). Főleg a gyógyszeres terápiára, a diétás előírásokra, a dohányzására és az alkoholfogyasztására, valamint a gyógytornára vonatkozik. A kutatások az utóbbi egy-két évtizedben főleg a magyaránny noncompliance magatartásra irányulnak, amely 20-80 % között mozog. Az NSZK három kivárosában például olyan infarktuson átesett betegek együttműködési készségét vizsgálták, akiknek az orvos a dohányzás abbahagyását tanácsolta. (1. ábra) A kutatások a noncompliance magyarázatát a betegség típusában és lefolyásában, pszichés következményeiben, a kezelés módjában, az orvos személyiségében és az orvos-beteg kommunikációban, valamint a betegek demográfiai, szociális-kulturális jegyeiben keresik.

Az ORFI Reumatológiai tanszékén Géher Pál dr. vizsgálta 100 Bechterew-kórban (spondylitis ankylopoetica) szenvedő beteg együttműködési készségét a rehabilitáció szempontjából. Molnár László dr. a szociológiai adatgyűjtéshez és értékeléshez nyújtott segítséget. Az eredményekről részletes beszámoló látott napvilágot az Egészségnevelés 1987. évi 2. számában.

A vizsgálat során a noncompliance magas értékben fordult elő: 45 %-os nagyságrendű volt. Magyarázatát - szignifikanciasszámítás alapján - főleg a következőkben találtuk: 1. a betegség időtartama (vagyis nem elsősorban a betegség súlyossága) szerint nőtt a tornázók aránya; 2. az életkor növekedése szintén pozitív szerepet játszott (öregkorúakra nem terjedt ki a felmérés); 3. akiknek betegségismerete magas volt, gyakrabban tornáztak.

A betegségismeretet leginkább az orvosi felvilágosítás és a beteg iskolai végzettsége befolyásolta. (2. ábra) A betegek szoros értelemben vett szociokulturális jellemzői - az életkoron és iskolai végzettségen túl - nem különböztek a compliance és noncompliance csoportnál. A következő szociológiai jellemzőket vizsgáltuk: családi viszonyok, iskolai és foglalkozási életút, életmód (beleértve egy hétköznap és egy hétvége időmérlegét is), a beteg találkozása az egészségügyi intézménnyel és betegségismerete. A kikérdezés mélyinterjúhoz hasonló módszerrel történt.

A betegek demográfiai, szociokulturális jellemzőinek vizsgálata során a külföldi kutatások metodikáját alkalmaztuk, és azokhoz hasonló eredményekre jutottunk: a szociológiai tényezők nem gyakorolnak számottevő hatást a noncompliance beteg-viselkedésre. Ezt az eredményt nem tartottuk kielégítőnek: új utak keresésére ösztönzött bennünket, a következő irányokban.

1./ A külföldi és hazai módszerek utólagos kritikai áttekintése alapján úgy látjuk, hogy közvetlen kapcsolat keresése a noncompliance magatartás és a szociodemográfiai jellemzők között nem indokolt. A kutatások nagy része arra épül, hogy a noncompliance betegeviselkedést - szociokulturális vonatkozásban - a foglalkozások, a családi állapot, a jövedelem, az életmód különbségeiből magyarázza. Mi jelenleg úgy véljük, hogy ez nem reális: közvetítő tényezőket kell keresni. Figyelembe kell venni, hogyan épül be a beteg együttműködési készsége emberi viselkedésének, életvitelének egészébe.

2./ Figyelemre méltónak tartjuk azt a - publikációkban csak ritkán olvasható - kutatási eredményt, hogy az együttműködés fő rizikótényezője a betegségbelátás csökkenése, mint szomatopszichikus tényező. Ez tulajdonképpen nem mond ellent a mi megállapításunknak, amely szerint a vizsgált 100 beteg esetében a betegségismeret volt az egyik fő befolyásoló faktor. A betegségbelátás ugyanis legalább két dolgot jelent: a./ betegségismeretet, b./ élményt a betegségről. A gyógymód tartós vállalása a betegségbelátás magas fokát feltételezi, ami a betegséggel kapcsolatos élményekre vezethető vissza.

Ez a gondolat az életvitel, valamint az értékek felé orientált bennünket.

3./ Néhány kutatás már érintette azt, hogy a terápiás módszereket a beteg egyéni életviteléhez és szokásaihoz kell adaptálni. Szerintünk ez a lényeghez vezető megállapítás, ha azt szociológiai szempontból kifejtjük. Ugyanis a compliance mértékének felmérése során azt kell vizsgálni, hogy a terápia kívánta beteg-viselkedés milyen módon épül be a beteg korábbi életvitelébe és milyen irányba módosítja azt. A módosítás (a terápiás követelmények) be tudnak-e épülni a beteg életvitelében jelentkező attitűdökbe és értékekbe. Ez az attitűdök és értékek konzisztenciájától, valamint attól függ, hogy az egészség hol foglal abban helyet. Az egészség helyének vizsgálata az egyén értékhierarchiájában módszertani szempontból kialakultnak tekinthető. Leginkább azt a módszert használják, hogy a megkérdezettől azt kéri, hogy életcélokra vonatkozó kijelentéseket fontossági sorrendbe rendezze. Mi ezt az egészség-megtartás társadalmi rétegződésének vizsgálata során alkalmazzuk a 4. sz. melléklet szerint.

4./ Az egészség mint érték az egyén értékrendszerének hierarchiájában számos szociokulturális tényezőtől függ. Az eddigi kutatások során a következő szabályszerűségeket találták:

- az ifjúság értékrendszerében az egészséget a szexuális érdeklődés, a családalapítás, a foglalkozási adaptáció stb. háttérbe szorítja;
- a férfiak szocializációjában az egészségmodell ma sem áll előtérben;
- az alacsony státuszú csoportok esetében az egészségnek alacsony az értéke;
- a foglalkozási szerepekkel való magas fokú azonosulás az egészség értékét redukálja.

Az egyén életvitelére gyakran olyan kényszerpályán mozog, amikor életkörülményei miatt nem választhatja az orvos terápiás javallatait.

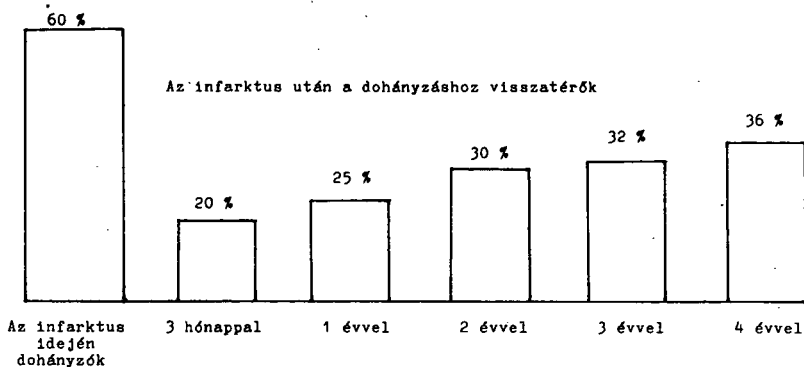
Előállhat olyan életszituáció, amikor az egyén számára az egészség értéktelenné válik, ezzel együtt redukálódik az orvossal való együttműködés fontossága. Például az egészség értéke erősen devalválódik az elemi életszükségletek kielégítéséért folytatott küzdelemben.

Az orvossal való együttműködést az is befolyásolja, hogy a beteg saját egészségi állapotát milyennek ítéli. Szociológiai elemzések szerint az egészségi állapot laikus értékelésének alapvető jellemzője, hogy felértékeli saját egészségi állapotát és ennek alapján nagyobb toleranciát enged meg a betegséggel, illetve a gyógymóddal kapcsolatban. Érdeemes volna alaposan megvizsgálni az egészségi állapot önértékelése és az orvossal való együttműködés kapcsolatát.

Végülis úgy látjuk, hogy az együttműködési magatartás megértésének még feltáratlan, itthon és külföldön egyaránt alig vizsgált területe a beteg egészség-magatartása, amit szociális-kulturális tényezők határoznak meg. Kutatásunkat ebbe az irányba kívánjuk kiterjeszteni, hipotéziseinket empírikus elemzések során igazolni. Elgondolásaink összefoglalását a 3. ábra tartalmazza.

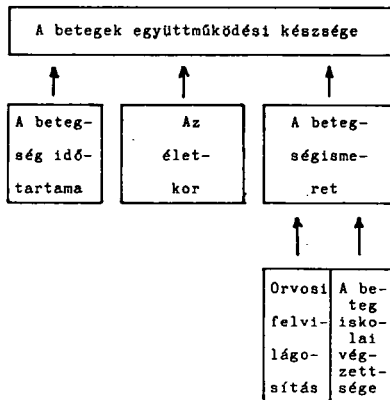
1. ábra

Infarktuson átesett betegek
dohányzással kapcsolatos egészség-viselkedése



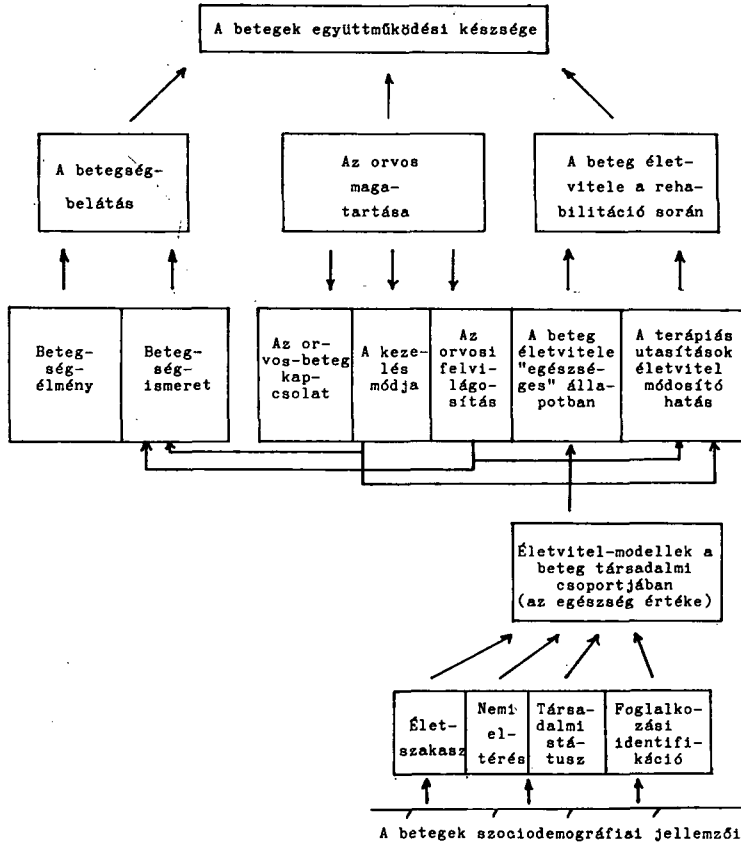
Forrás: Nüssel et al., 1978.

100 Bechterew-kórban szenvedő beteg compliance-vizsgálata



Forrás: Géher, Molnár: Egészségnevelés,
1987. 2. szám

A szociológiai vizsgálat stratégiája



Az alábbi kijelentések közül melyik hárommal ért egyet leginkább?

(A kiválasztott három kijelentést fontossági sorrendbe kérjük rendezni!)

első:

második:

harmadik:

- Elsősorban a munka teszi az embert boldoggá (1)
 Az ember higgyen valamiben, aminek a szolgálata a legfontosabb (2)
 A család a legfontosabb az életben (3)
 A békés, nyugodt, rendezett, biztonságos élet a legfontosabb (4)
 Arra kell törekedni, hogy megszerezze az ember mindazt, ami elérhető (5)
 A legfontosabb a minél kevesebb kööttség és a teljesen szabad élet (6)
 Legfontosabb az egészség (7)

IRODALOM

- Géher Pál dr., Molnár László dr.: A betegek együttműködési készségét meghatározó orvosi és szociológiai tényezők vizsgálata spondylitis ankylopoeticában. Egészségnevelés, 1987. 2. szám
- J.J. de Blécourt (ed.): Patient compliance. Hans Huber Publishers, Bern - Stuttgart - Vienna, 1980.
- E. Weber, U. Gundert-Remy: Patient compliance - a review of the recent literature. In: Blécourt (ed.): Id. mű
- Nüssel et al.: Patientcompliance als Forschungsgegenstand der Klinischen Epidemiologie - am Beispiel der Herzinfarktforschung in Heidelberg. Der Kassenarzt, 18., 1978. 2191. old.
- Bartkó György dr.: Schizophren betegek együttműködése a gyógyszeres kezeléssel. Orvosi Hetilap, 126., 37., 1985. 2261. old.
- Buda Béla dr.: Az orvos-beteg kapcsolat pszichológiája és a pszichoterápia alapjai. In: Trencsényi T. dr. (szerk.): A gyakorló orvos enciklopédiája. Medicina, Budapest, 1977.
- Utasi Ágnes: Életstílus-csoportok, fogyasztási preferenciák. MSZMP KB Társadalomtudományi Intézete, Budapest, 1984. 222-223. old.