

Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos – beteg kommunikációról

Málovics Éva¹ – Vajda Beáta² – Kuba Péter³

Az orvos-beteg kapcsolatot nagymértékben meghatározza a felek közötti kommunikáció. A nemzetközi szakirodalomban a kommunikáció és egészségügyi döntéshozatal kapcsán a közös döntés és a páciens egyéni igényeihez való alkalmazkodás egyre nagyobb hangsúlyt kap. Hazánkban ugyanakkor – korábbi kutatási eredmények alapján – még mindig a paternalista, orvos-központú kommunikáció és döntéshozatal dominál. A tanulmány egy (az igénybe vevői oldal véleményét vizsgáló) kérdőíves kutatás eredményeit mutatja be, melynek legfőbb témái az orvos-beteg kapcsolat, a döntéshozatalba való bevonódással kapcsolatos igények és korábbi tapasztalatok. Az eredmények megerősítik azon feltételezést, mely szerint a paternalista stílus, illetve a döntés orvoshoz való delegálása az igénybe vevői oldal által is gyakran preferált minta.

Kulcsszavak: egészségügyi szolgáltatás, kommunikáció, paternalizmus, döntéshozatal

1. Bevezetés

Tanulmányunk alapja egy empirikus kutatás az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők körében. E kutatásunk központi kérdése, hogy az *orvos-beteg kommunikáció* során a szakirodalomban optimálisnak tartott közös döntésről hogyan vélekednek a páciensek.

Nem könnyű megfogalmazni, hogy az egészségügyi ellátást igénybevevők *milyen szolgáltatást* is vesznek igénybe. Laikusként gondolhatjuk, hogy a szolgáltatás tárgya egyértelmű: a beteg meg szeretne gyógyulni, ezt a gyógyulást az orvos tudja számára, mint szolgáltatást nyújtani. Ebből a szemszögből úgy tűnik, hogy a beteg emberek keresik meg ezt a szolgáltatást, hogy meggyógyuljanak.

Ha közelebről vizsgáljuk ezt a kérdést, akkor meglepő adatokkal találkozunk. Egyes felmérések arra mutatnak, hogy az önmagukon tüneteket észlelő személyek 30%-a fordul orvoshoz, és még a magukat betegnek vallók is csak az esetek 40%-ában keresik fel a doktort (Molnár–Csabai 1994). Tehát önmagában a tünet, de még a betegség vélelmezése se indítja az emberek egy nagy részét arra, hogy az or-

¹ Dr. Málovics Éva, szakcsoportvezető egyetemi docens, SZTE Gazdaságtudományi Kar, Üzleti Tudományok Intézete (Szeged).

² Vajda Beáta, PhD-hallgató, SZTE Gazdaságtudományi Kar, Üzleti Tudományok Intézete, (Szeged).

³ Kuba Péter, tanársegéd, SZTE Gazdaságtudományi Kar, Üzleti Tudományok Intézete, (Szeged).

vost felkeresse. A másik oldalt vizsgálva az is megállapítható, hogy az orvosok a hozzájuk forduló emberek igen nagy részével kapcsolatban vélekednek úgy, hogy nem kimondott orvosi segítséget kerestek. Cartwright és Anderson angliai családorvosoktól kapott válaszok alapján azt találta, hogy a hozzájuk forduló emberek 24%-áról gondolják az orvosok, hogy “teljesen feleslegesen” kereste fel őket (Cartwright–Anderson 1984). Mindezek mellett pszichológiai szemszögből biztosan állítható, hogy aki az orvost felkeresi, az valamit vár tőle, valamit kapni szeretne a helyzettől. Még akkor is, ha a találkozás után az orvos “teljesen feleslegesnek” tartja azt. Lehet, hogy a beteg csak megnyugvást akart, lehet, hogy csak arra volt szüksége, hogy beszélhessen valakivel az aggodalmairól, lehet, hogy az orvosa lényegében az egyetlen szociális kapcsolata, lehet, hogy csak így tud kimaradni az iskolából és elkerülni ezzel egy témazáró dolgozatot... Bármi áll is a háttérben, a 24%-os adat jól mutatja, hogy számos olyan eset van, amikor az *orvos számára sem világos*, hogy miért fordult hozzá a beteg, és sejtethető, hogy számos esetben a beteg sincs tisztában azzal, hogy mit is vár a találkozástól. Világosan látszik kirajzolódni, hogy a *beteg elvárásai* az orvossal kapcsolatban számos esetben messze nem korlátozódnak a betegség megszüntetésére, bár néha maga sem tudja megfogalmazni, hogy mi is a szükséglete.

Magát az orvos-beteg kapcsolatot, az orvos-beteg viszonyt mindkét *résztevő értelmezi* a maga módján, és a találkozás kezdetekor ezekkel az értelmezésekkel, és az ezekhez kapcsolódó viselkedési sémákkal, stratégiákkal, elvárásokkal, vágyakkal vág bele a találkozásba. Mindkét fél kommunikálja a maga értelmezéseit, és az értelmezésekkel kapcsolatos bizonytalanságait is. Ha visszatérünk az eredeti kiindulópontunkhoz, vagyis a szolgáltatások területére, akkor úgy foglалhatjuk össze az eddigieket, hogy ebben a helyzetben mind a szolgáltató, mind a szolgáltatást igénybe vevő félnek van valamilyen elképzelése azt illetően, hogy mi is az adott szolgáltatás, ám ez a két elképzelés szinte soha nem esik teljesen egybe, és mennél nagyobb a különbség, annál fontosabb az elképzelések kommunikációja, egyeztetése, megértése. Természetesen ez nagyon sok szolgáltatási helyzetben így van, de Cartwright és Anderson 24%-a arra mutat rá, hogy ebben a szolgáltatási helyzetben különösen gyakori az, hogy lényegében nem találkozik a két elképzelés egymással. Mintha az ember megrendelne egy szép hétvégi nyaralót és a kivitelező gyönyörű halastavat létesítene a telekre, majd mind a két fél értetlenül állna a másik reakciója előtt.

Jaspars és munkatársai arról kérdezték meg betegeket, hogy mi befolyásolja leginkább az orvosokkal való elégedettségüket. Lényegében arra kérték fel a vizsgálati személyeket, hogy fogalmazzák meg, milyen számukra a “jó” illetve a “rossz” orvos. A válaszokból az tűnt ki, hogy a *kapcsolati tényezőknek* elsöprő jelentősége van. A megemlített tényezők 72%-a pszichológiai vagy kapcsolati jellegű volt, míg összesen a maradék 28% volt kapcsolatban technikai részletekkel, a szűkebb értelemben vett orvoslással (Jaspars et al 1990).

2. A kommunikáció fontossága

Az orvos-beteg kapcsolatot főként a *kommunikáció* határozza meg. A diagnózis felállításához a páciensnek el kell mondania a panaszait. Ezután – esetleg további vizsgálatok után – az orvos közli az ő meglátásait, végül terápiát javasol/rendel el a betegnek. Eközben a kockázatokról is tájékoztatnia kell a beteget. Az említett kommunikációs folyamatok közben sokrétű értékelések és értelmezések zajlanak mindkét oldalon, melyek jó része rejtett, viszont nagymértékben befolyásolják a kommunikációt és annak eredményét; valamint a kommunikáció is visszahat az említett folyamatokra.

A kommunikáció kutatása hatalmas interdiszciplináris területen zajlik, különböző megközelítések a kommunikáció különböző oldalait tárták fel. A kommunikáció folyamatának is különböző koncepciói léteznek, egy sor jelenséget illetnek ezzel a fogalommal. Az *orvos-beteg kommunikáció* szempontjából a következő *modellek* a legjelentősebbek:

- A kommunikáció egyik *legtágabb* felfogása az információk cseréjét tartja központi jelentőségűnek. A kommunikáció általában nem csak verbálisan zajlik, az üzenetek többsége nem verbális szinten áramlik. Az orvos-beteg kommunikációban a verbális területnek van kiemelt jelentősége. Az orvos-beteg találkozás során a szimptomákról való információgyűjtés áll a középpontban, valamint az előtörténet és a panaszok. Az első lépés tehát a közös nyelv megtalálása, amely már feltételezi a páciens jelentésvilágának, valamint egyéb nemi, életkori szocioökonómiai, stb. sajátosságok figyelembevételét.
- A kommunikáció egy másik irányzata a *kapcsolatra* helyezi a figyelmet, arra a tényre, hogy a kommunikáció alapvetően az emberi kapcsolatokba ágyazódik (Fisher 1987). Az információ közvetítésén kívül a felek között kialakul valamilyen kapcsolat, ennek struktúrája szükséges a kommunikációs folyamat jellemzéséhez és megértéséhez.

Az orvos beteg kommunikáció jellegzetességeit a *szakember-laikus kommunikáció* jellegzetességei hatják át, ezek közül a legfontosabbak a következők (Málovics–Veres–Lippai–Nagy 2006):

- aszimmetria a kompetens szakértő és a laikus fél között,
- aszimmetria a segítő egészséges és a segítséget kérő beteg fél között,
- érintettség és félelem a páciens oldalán, rutin az orvos részéről,
- a döntési jogkör különbözőségei,
- szociokulturális különbségek.

A fent leírtakból következik, hogy az egészség, betegség és a kockázatokról való hiedelmek, felfogások jelentős különbözősége következtében a legsokrétűbb

félreértésekkel kell számolni, amelyeket csak kommunikáción keresztül lehetséges feltárni, megérteni, esetleg csökkenteni. Az orvos és beteg közötti együttműködés fontosságának felismerése hozzájárult az *orvos-beteg kapcsolat átalakulásához*: „a hagyományos, tekintélyelvű, orvosi utasításokon alapuló kapcsolati modellt kezdi felváltani a partneri kapcsolat kialakítására törekvő, betegközpontú orvoslás modellje... A betegek elégedettségét (amely egyaránt meghatározója lehet az orvosválasztásnak, a terápiakövető magatartásnak, de akár az orvosi perek arányának is) jelentős részben az orvos-beteg kommunikáció határozza meg” (Pilling 2004, 87. o.).

A téma fontosságát jelzi, hogy létezik az EACH (European Association for Communication in Healthcare) nemzetközi szervezet, melynek legfontosabb céljai között szerepel az egészségügyi szolgáltatást nyújtók és a betegek közötti kommunikáció javítása (Van Dulmen et al 2006).

3. A kommunikáció és döntéshozatal modelljei

Byrne és Long angol kutatók 1976-ban 2500 orvos-beteg találkozás elemzése alapján kétféle kommunikációs stílust írtak le: az *orvoscentrikus*, valamint a *betegcentrikus* stílust; és úgy találták, hogy a beteg, illetve a helyzet által meghatározó tényezők az adott konzultációs stílus megjelenését jóval kevésbé befolyásolták, mint az orvos saját jellemzői. Ez azt jelenti, hogy létezik „az egyes orvosokra jellemző, elsősorban az orvos viselkedése által meghatározott konzultációs stílus” (Csabai–Molnár 1999, 150. o.). Az orvoscentrikus kommunikáció képviselőinek fő jellemzői, hogy céljuk a gyors információszerzés, melynek alapján felállítják a diagnózist, amelyet röviden közölnek a beteggel a további szükséges tennivalókkal együtt. A másik típusú, betegközpontú konzultáció lényege, hogy több teret hagy a beteg aktivitásának, figyelembe veszi az ő elvárásait, félelmeit, igényeit is. Ha a kommunikációs stílus alapján vizsgáljuk a döntéshozatali módszereket, Klemperer (2005) alapján három módszert különböztethetünk meg:

- Paternalista döntéshozatal: az orvosközpontú kommunikáció módszere; az orvos meghozza a döntést, amelyet közöl a beteggel.
- Informatív döntéshozatal: az orvos információkat nyújt, és a beteg hozza meg a döntést.
- Közös döntés: az orvos és a beteg közösen döntenek. E döntéshozatali módszert a nemzetközi szakirodalom SDM-nek (Shared Decision Making) nevezi, melyet a '90-es években fejlesztettek ki azzal a céllal, hogy a betegek elgondolásait és igényeit nagyobb mértékben figyelembe tudják venni az egészségükkel kapcsolatos döntéshozatalnál. Ennek eredményeképpen a betegek „önmenedzselése” nőhet, a felelősség is megosztottá válik, és a választási lehetőségek szélesebb köre merülhet fel egy-egy kérdésben (Sihota–Lennard 2004).

Klemperer (2005) szerint a paternalista, illetve az informatív modellt kevés beteg igényli; többségük arra vágyik, hogy *megfelelő információkkal ellátva az orvos bevonja őt a döntési folyamatba*. Ugyanakkor Byrne és Long (1976) úgy találták, hogy az orvosok többsége a paternalista stílust képviseli. Egy a paternalista orvosi viselkedést a bizalom szempontjából vizsgáló aktuális kutatás (Ommen et al 2008) az irodalom áttekintése alapján szintén megállapította, hogy a paternalizmus a beteg orvosba vetett bizalmához szignifikánsan kapcsolódik, ugyanakkor felhívja a figyelmet arra, hogy bár vannak olyan orvosok, akik úgy gondolják, hogy a bizalom (amely az orvos-beteg interakciók egyik kulcsfontosságú tényezője) eléréséhez a kizárólagos út a paternalista orvosi stílus, és a passzív viselkedés a beteg részéről, azonban ez a minta kevesebb (inkább az idősebb) beteg számára felel meg; a fiatalabb és jól informált páciensek inkább szeretnék részt venni a döntésben. Emellett a kutatásban az is kiderült, hogy vannak olyan tényezők, amelyek szorosabb kapcsolatban vannak a bizalom meglétével, mint a paternalista stílussal kapcsolatos preferenciák: ezek az érzelmi, illetve az információs támogatás. Ennél is érdekesebb eredmény, hogy a paternalizmusra, illetve a részvételre vonatkozó preferenciák nem feltétlenül zárják ki egymást.

A kommunikáció és döntéshozatal módszereiről szóló szakirodalom kiterjedt volta, és a politikákban világszerte megjelenő, betegeket bevonni kívánó törekvések ellenére azonban elmondható, hogy arról, hogy maguk a betegek milyen szerepet szánnak/szánának maguknak az interakciókban, illetve, hogy mik a valós igényeik, preferenciáik, kevéssé szerepelnek témaként (Thompson 2007). Ahogy több kutatás eredménye is jelzi, nem biztos, hogy a „shared decision” mindenáron történő alkalmazása nem felel meg a páciensek igényeinek (Langewitz et al 2006, Little et al 2001).

A döntéshozatalt vizsgálva fontos továbbá megállapítani, hogy rendkívül *sokféle döntés* létezik az egészségügy világában; ahogyan Elwyn megállapítja, a közös döntés azon esetekben lehet megfelelő, amelyekben több lehetőség van, amelyeknek különböző lehet ugyan a kimenete, de valamennyi kimenet körülbelül ugyanannyira megfelelő (de Haes 2006).

Ezért úgy gondoljuk, fontos feltárni, hogy magyar viszonyok között mennyire van igény és lehetőség a szakirodalomban ideálisnak tartott Shared Decision Making módszerére (mind a betegek, mind az orvosok részéről); melyek azok a tényezők, amelyek a (potenciális) betegek számára fontosak az orvos-beteg konzultációt illetően, és mi alapján ítélik meg a szolgáltatás sikerességét. E tanulmányban a korábbi eredmények összefoglalása után egy, a fenti kérdésekre választ kereső kérdőíves felmérés első eredményeit mutatjuk be.

4. Előzetes kvalitatív kutatások eredményei

A témában végzett korábbi kutatásaink kvalitatív módszerekkel készültek: fókusz-csoport-interjúkat és mélyinterjúkat készítettünk az egészségügyi szolgáltatások fontos szereplőivel: orvosokkal, ápolókkal, illetve páciensekkel. Ezen részkutatások eredményei azt sugallják, hogy Magyarországon (megfelelően Byrne és Long 1976-os megállapításainak) a *paternalista stílus uralkodik* az orvosok körében, ahol a betegek függő viszonyban vannak a számukra szolgáltatást nyújtó orvostól. A betegek észleléseit, véleményét és ismereteit zavaró körülménynek tartják. Úgy tűnik ugyanakkor, hogy a betegek különböző csoportjai különíthetők el: az idősebb, „engedelmes” betegek elégedettebbek a paternalista kommunikációval, míg a fiatalabb, illetve jobban informált betegek jobban szeretnék bevonódni a konzultáció menetébe és a döntéshozatalba. Úgy tűnik, hogy egy kis elmozdulás tapasztalható az orvos utasításainak való engedelmesség felől a megosztottabb döntés irányába. Azonban, a szolgáltató oldal (az orvosok) számos akadályozó tényezőt tud felsorolni, amelyek lehetetlenné teszik a közös döntéshozatal és az ezzel járó informatív, betegközpontú kockázatkommunikáció széles körű alkalmazását:

- egyetemi és munkahelyi szocializáció,
- a magyar egészségügyi ellátórendszer hiányosságai (lásd korábban),
- az egészségügyi intézmények szervezeti és működési kultúrája,
- személyiségbeli akadályok,
- egyéni érdekeltségek,
- tudás és kommunikációs készségek és képességek hiánya.

Ezen eredmények azt sugallják, hogy míg több országban különböző módszerek és támogató rendszerek fejlesztése, értékelése és alkalmazása van folyamatba jelenleg is (Simon et al 2006, Ruland–Bakken 2002, Guimond et al 2003), Magyarországon az SDM korántsem játszik kulcsfontosságú szerepet. Felmerül a kérdés: *van-e szükség a közös döntéshozatal módszerére*, vagy kultúránkban, az egészségügyet körülvevő bizonytalanság és problémák között a beteg döntésekbe való bevonása nem szükséges, hogy az alapvető kérdések között szerepeljen?

5. Kutatási módszer

Fent ismertetett eredményeink és megfogalmazott kérdéseink alapján, újabb szempontokat is bevonva a vizsgálatba, kvantitatív, *kérdőíves megkérdezést* folytattunk a Szegeden és környékén élő lakosság körében. Bár a megkérdezés nem reprezentatív, feltételezzük, hogy eredményei hozzájárulhatnak ahhoz, hogy választ kapjunk kutatási kérdéseinkre, és hogy egy (később finomítandó) képet fessen a lakosság (a magyarországi egészségügyi ellátórendszer potenciális vagy aktuális fogyasztói) véleményéről az orvos-beteg kapcsolat, a döntéshozatalban való bevonódással kapcsola-

tos igények és korábbi tapasztalataik kapcsán. Ezek mellett a kérdőív életstílus-állításokat is tartalmaz, így azt reméljük, hogy ezek megválaszolása alapján fogyasztói csoportok és attitűdök mentén is találhatunk szignifikáns eltéréseket az egészségügyi szolgáltatásokkal való viszonyban és véleményekben. Ezen eredmények ismeretése egy későbbi tanulmány célja lesz.

A kérdőívben többféle kérdéstípus szerepelt. A „jó” orvos és a „jó” egészségügyi intézmény meghatározásához, valamint a *gyógyítás-gyógyulás sikerességét meghatározó tényezők* megállapításához nagyobb számú, előre megadott tényezőket rangsoroltak. A kérdések következő csoportja hatfokú Likert-skála alapján nyújt információkat a kitöltők számára *emlékezetes orvos-beteg találkozó* és egészségügyi intézményben való tartózkodás, az egészségügyi ellátás sikerességét veszélyeztető tényezők, a *döntéshozatal és kommunikáció kapcsán preferált stílusok*, az észlelt kockázatot csökkentő tényezők, az orvos-beteg *kapcsolat befolyásoló szerepe*, valamint az orvos-váltás lehetséges okaival kapcsolatos véleményekről. Likert-skálán mértük az életstílus-állításokkal kapcsolatos egyetértéseket is. A demográfiai adatok a nemre, életkorra, végzettségre, valamint lakóhelyre vonatkoztak. A minta eloszlását a demográfiai változók mentén az 1. táblázat mutatja be.

1. táblázat A minta bemutatása

Teljes minta: n=389	Gyakoriság	Eloszlás (%)
Nem		
Férfi	201	52
Nő	188	48
Kor		
18-24	170	44
25-35	70	18
36-49	74	19
50 fölött	75	19
Végzettség		
Egyetem, főiskola	101	26
Felsőoktatási hallgató	121	31
Középiskola	111	29
Szakmunkás vagy általános iskola	56	14
Lakóhely típusa		
Megyeszékhely + Budapest	168	43
Város	135	35
Falu, község	86	22

Forrás: saját szerkesztés

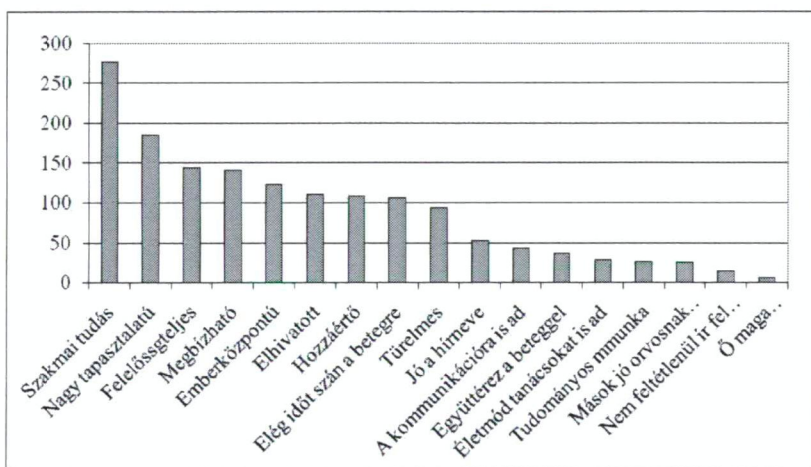
6. Kutatási eredmények

Mintánk tehát 389 válaszadóból állt. Természetesen voltak olyan kérdések, amelyekre nem minden válaszadó válaszolt, vagy nem megfelelően válaszoltak, a körül-

tekintően leírt instrukciók ellenére sem. Így az egyes kérdéseknél eltér az érvényes válaszok száma.

A „jó” orvost meghatározó tényezők rangsorolásakor a *szakmai tudás* volt az a jellemző, amelyet a leggyakrabban rangsoroltak a válaszadók nemcsak az első öt hely valamelyikére, hanem ez első helyre is. Az első öt helyre leggyakrabban rangsorolt egyéb tényezők, ahogyan az 1. ábra is mutatja, a szakmai tapasztalat, a felelősségtudat, a megbízhatóság, illetve az emberközpontúság. A kommunikációs vagy társas készségekre vonatkozó tényezőket alacsonyabb fontosságúnak tartották a válaszadók.

1. ábra A „jó” orvos ismérvei



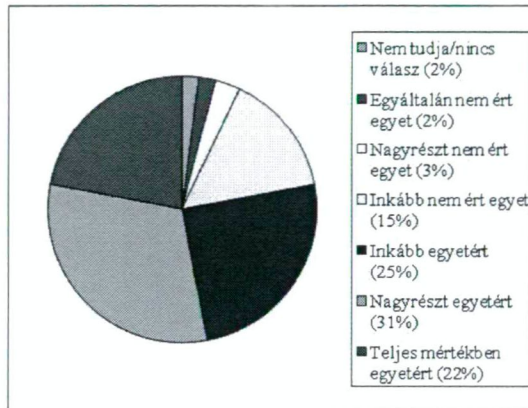
Forrás: saját szerkesztés

Megjegyzés: A diagram azon válaszadók számát jelöli, akik az adott tényezőt az első öt hely valamelyikére rangsorolták; n = 313.

Ezen eredmény megfelel a korábban orvosokkal készített mélyinterjúk eredményeinek, nevezetesen, hogy a szakmai képességek a legfontosabb tényezők, amelyek a jó orvost meghatározzák. Elégge eltér viszont a beteginterjúk eredményeitől. Láthatjuk, hogy az információs aszimmetria ellenére (hiszen a beteg, aki az esetek többségében laikus, nem tudja megítélni az orvos valós szakmai kompetenciáját), a betegek a feljüket a szakmaiságról közvetített kép alapján ítélnek, míg a társas kompetenciák (pl. a türelem) vagy a megfelelő kommunikáció (azon tényezők, amelyeket jobban meg tudnak ítélni) a háttérbe szorulnak. Ezen eredmény *ellenmond korábbi feltételezésünknek*, mely szerint a kommunikációs stílus a legfontosabb tényezők között játszik szerepet, ugyanakkor alátámasztja, hogy az, ahogyan az orvos a szakmai kompetenciáját kommunikálja, kiemelkedően fontos lehet. Kérdés maradt, hogy a beteg honnét szerez valós információt az orvos szakmai tudásáról.

A döntéshozattal kapcsolatos preferenciákra vonatkozó kérdésekre kapott válaszok egymásnak bizonyos szempontból ellentmondanak. Bár a döntésben való részvételt általánosan fontosnak tartják (több-kevesebb mértékben), ugyanakkor a válaszadók mintegy 80 százaléka állította, hogy a *döntést teljes mértékben az orvosra bízta*, hiszen ő ért hozzá (2. ábra).

2. ábra A döntéshozatal megvalósulása a gyakorlatban



Forrás: saját szerkesztés

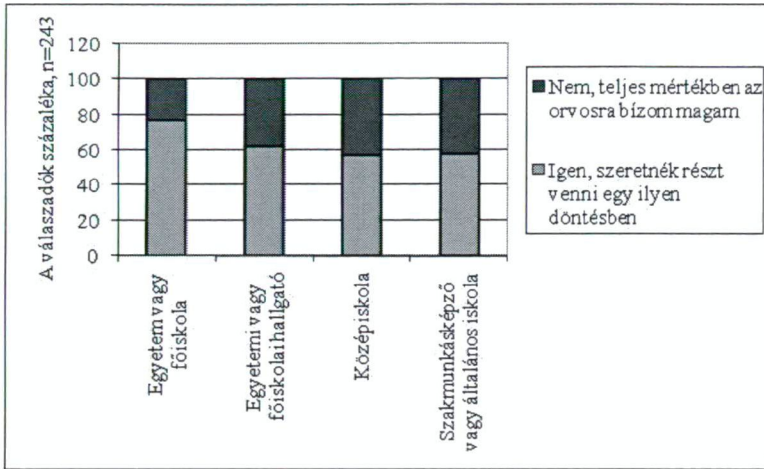
Megjegyzés: Az ábra „A döntést illetően teljesen az orvosra bízom magam” állítással való egyetértést jelöli a válaszadók százalékában; n = 389.

Ez azt jelenti – és újra, igazolja korábbi eredményeinket – hogy gyakorlatilag az orvos az, lévén szakmailag kompetens, akire a diagnózis megállapítása utáni ten-nivaló meghatározásának felelőssége teljes mértékben hárul, és ez a „szereposztás” mindkét félnek megfelel: az orvosnak és a betegnek is meghatározott és elfogadott feladata és szerepe van. Ennek eredményeképp felmerülnek azon kérdések is, amelyekben viszont a betegnek kell – a válaszadók szerint – felelősséget vállalni: időben felkeresni az orvost, illetve pontosan betartani, amit az elrendel. Fontos megemlíteni, hogy a kérdőíveket kitöltők ugyanezen tényezőket tartották emellett a gyógyítás-gyógyulás folyamatát leginkább veszélyeztető tényezőknek, a szűrővizsgálatok elkerülése mellett.

Mindazonáltal, több módon is feltéve a kérdést, kiderült, hogy a döntéshozatalba való *bevonódást* a válaszadók fontosnak tartják, és a demográfiai változók mentén vannak olyan csoportok, amelyeknél kimutatható eltérés a többitől.

Ha végzettség szerinti bontásban vizsgáljuk a bevonódásra való igényt, azt láthatjuk, hogy az *egyetemi/főiskolai diplomával rendelkezők* igen nagy része (közel 80 százaléka) szeretne bevonódni a döntésbe, míg mind a hallgatók, mind a középiskolát, szakmunkásképző iskolát vagy általános iskolát végzetteknek kisebb aránya, mintegy 60 százaléka igényelné a részvételt (3. ábra).

3. ábra Igény a döntésben való részvételre, végzettség szerinti bontásban

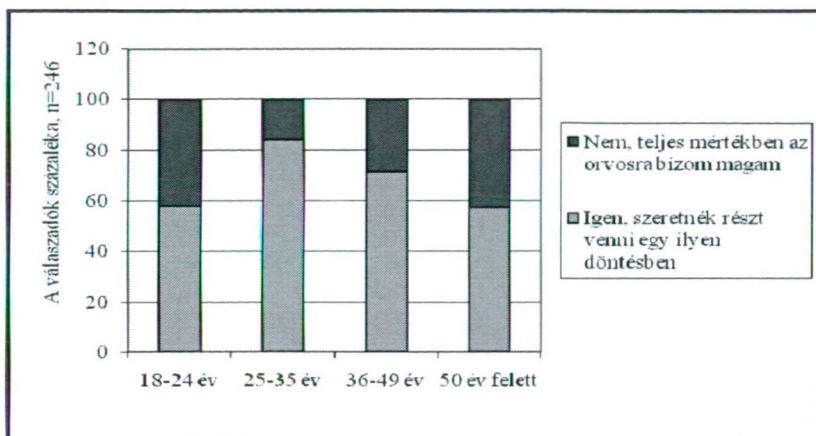


Forrás: saját szerkesztés

Korcsoportok között szintén megjelennek különbségek e kérdés tekintetében. A legfiatalabb (18 – 24 év közötti), valamint a legidősebb (50 év fölötti) általunk vizsgált réteg körülbelül azonos arányban, valamivel 60 százalékos alatti arányban igényli a részvételt. E két csoportnál magasabb arányban vonódnának be a 36 – 49 év közöttiek (mintegy 70 százalékosuk), *legmagasabb arányban pedig a fiatal, 25 – 35 év közötti korosztály*, magasabb, mint 80 százalékos aránnyal (4. ábra).

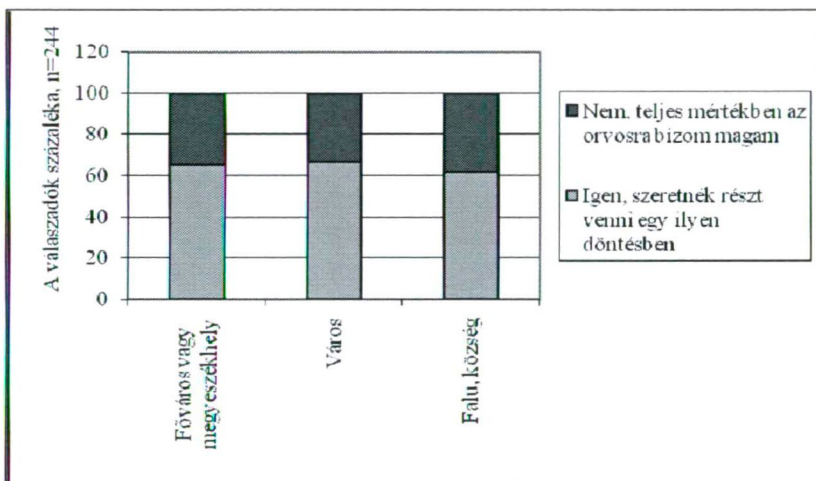
A lakhely típusa szerint egy kisebb különbség látható a *fővárosban/megyeszékhelyen/egyéb városban élők*, valamint a községben/faluban élők között: míg előbbieknél átlagosan 65 százaléka igényli a részvételt, addig utóbbiak valamivel kevesebb, mint 60 százaléka (5. ábra).

4. ábra Igény a döntésben való részvételre, korcsoport szerinti bontásban



Forrás: saját szerkesztés

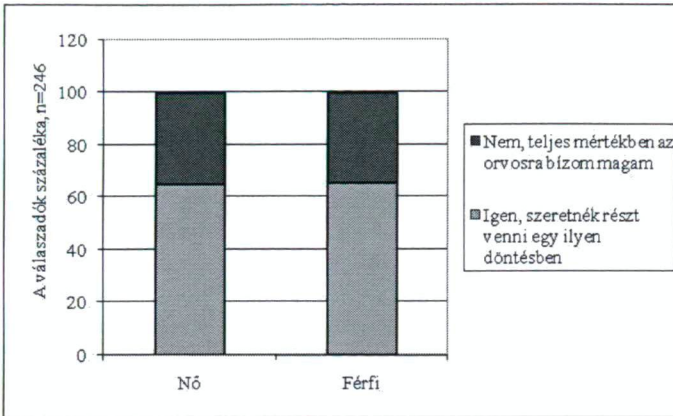
5. ábra Igény a döntésben való részvételre, lakhely szerinti bontásban



Forrás: saját szerkesztés

A végzettség, korosztály és lakhely szerinti eredményeink megegyeznek várakozásainkkal, ugyanakkor nemek tekintetében, bár vártunk különbséget, ezen eredményeinkben ez nem látható: *mind a férfiak, mind a nők azonos arányban (65 százalék) szeretnék, ha bevonódhatnának a döntésbe (6. ábra).*

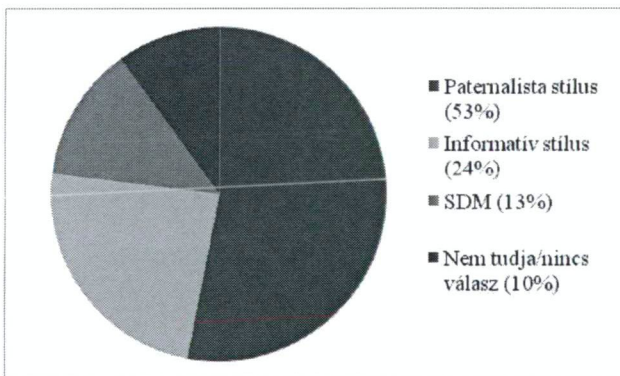
6. ábra Igény a döntésben való részvételre, nemek szerinti bontásban



Forrás: saját szerkesztés

Az eddig ismertetett eredmények tovább erősítik azon előzetes feltételezésünket, hogy a *paternalista stílus az uralkodó hazánkban*. Mindezek mellett közvetlenül is megkérdeztük a válaszadókat, hogy milyen kommunikációs – és döntéshozatali stílust tekintenek a legmegfelelőbbnek. Az érvényes válaszok közel 60 százaléka egy paternalista kommunikáció leírását (az orvos az állapotfelmérés után elmondja, mit tapasztalt, mi lehet a betegség oka, és mit kell csinálni) részesítette előnyben, szemben az informatív stílus (az orvos figyelmesen meghallgatja a beteg problémáit és megad minden információt ahhoz, hogy dönthessen), illetve a közös döntés ellenében (7. ábra).

7. ábra Az ideális kommunikációs stílus



Forrás: saját szerkesztés

Megjegyzés: Az ábra a „Milyen a jól kommunikáló orvos?” kérdés kapcsán az adott stílus jellemzésének kiválasztóit ábrázolja a válaszadók százalékában; n = 389.

7. Összegzés

Kutatásaink eredményeit összegezve szembetűnő a *különbség az interjúk és a kérdőíves megkérdezés eredményei között*. A kérdőívek eredményei alapján az orvosoknak a betegek által észlelt kompetenciái között a szakmai tudás és tapasztalat súlya fontos. A megkérdezettek többsége nem látja a kommunikáció fontosságát a terápia sikerében. Mindez teljes összhangban van az orvos interjúink eredményeivel, tehát nem csak az orvosok, hanem a páciensek is elfogadják, jónak tartják a paternalista kommunikációt, és többségük az orvosra bízta a döntést, elfogadva a köztük lévő tudásbeli aszimmetriát. Ezen eredményünk, bár – a szakirodalom alapján megfogalmazott előzetes várakozásainkhoz képest – meglepőnek tűnhet, ugyanakkor nem feltétlenül egyedi: De Haes 2006-os eredményei alapján azt állapította meg, hogy a páciensek 31%-a az orvos központú kommunikációt részesítené előnyben – ezen arány természetesen még mindig jóval alatta van az általunk kapott eredménynek, ugyanakkor igazolhatja, hogy igenis fontos különbséget tenni az egyes betegek preferenciái között. Ugyanígy Flynn (2006) eredménye, mely szerint a páciensek 39%-a tartozik a döntést az orvoshoz delegálni kívánó csoportba.

Kutatásunk eredményeiből szerintünk egyértelműen kiolvasható, hogy a páciensek többsége egy szakmailag kompetens orvosra szeretné bízni magát, aki elrendeli a helyes terápiát, és vállalja a felelősséget a döntéséért. Valószínűleg ezzel az elvárással megy az egészségügyi intézménybe, ahol gyakran teljesen mással találkozik, és komoly csalódásokat él át, esetleg pont ezek miatt az irreális elképzelések, elvárások miatt. Az orvosoknak ugyan vállalniuk kell döntéseik következményét, de ezek lehetséges negatív következményeit a páciensnek kell elviselnie, hiszen az ő testéről és lelkéről történt a döntés. S a negatív következményekkel számos esetben találkozhatnak, gyakran először a gyógyszer tájékoztatókon, ahol a számukra sokkoló mértékű kockázatokat elolvassa gyakran megtörténik, hogy inkább nem veszik be a gyógyszert, ezzel megsértve a „beteg együttműködés” alapjait.

Az ilyen és hasonló esetek mögött, amelyekről bőven hallhattunk a fókuszcsoport és az egyéni interjúk alkalmával gyakran az *elégtelen kommunikáció* állt. Jelentős információk nem hangzottak el a konzultáción, emiatt csökkent a bizalom, sérült a kapcsolat. Napjainkban e negatív hatásokat többszörösré erősítik az egészségügy romló anyagi feltételei. Vizsgálataink alapján úgy tűnik, hogy Magyarországon még hosszú utat kell bejárni az SDM és a terápiáról való jobb minőségű döntés elterjedéséig, s ehhez a pácienseknek is sokat kell tanulni és fejlődni a kommunikáció mindkét említett területén: mind az információk befogadásának és kommunikálásának, mind az egyenrangú kapcsolat kialakításának és az ezzel járó felelőségek vállalásának terén. Ugyanakkor arra is oda kell figyelni, hogy a betegek igényeit, preferenciáit figyelembe véve kezdődjön el egy esetleges változás.

Felhasznált irodalom:

- Byrne, P. S. – Long, B. E. 1976: *Doctors, Talking to Patients*. HMSO, London.
- Cartwright, A. – Anderson, R. 1984: *General Practice Revisited: A Secondary Study of Patients and Their Doctors*. Tavistock Publications, London.
- Csabai M. – Molnár P. 1999: *Egészség, betegség, gyógyítás*. Az orvosi pszichológia tankönyve. Springer, Budapest.
- de Haes, H. 2006: Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: a case for vulnerability. *Patient Education and Counseling*, 62, 291-298. o.
- Fisher, W. R. 1987: *Human Communication as Narration: Toward a Philosophy of Reason, Value and Action*. University of South Carolina, Columbia.
- Flynn, K. A. et al. 2006: A typology of preferences for participation in healthcare decision making. *Social Science and Medicine*, 63, 1158-1169. o.
- Guimond, P. et al (2003): Validation of a tool to assess health practitioners' decision support and communication skills. *Patient education and counseling*, 50, 235-245. o.
- Jaspars, J. – King, J. – Pendleton, D. 1990: The consultation: A social psychological analysis. In Pendleton, D. – Hasler, D. (szerk.): *Doctor-Patient Communication*. Academic Press, London.
- Klemperer, D. 2005: *Shared Decision Making – ein Thema für die Selbsthilfe?* Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, 132-136. o.
- Langewitz, W. – Nubling, M. – Weber, H. 2006: Hospital patients' preferences for involvement in decision making. *Swiss Medical Weekly*, 136, 56-64. o.
- Little, P. – Everitt, H., Williamson, I. – Warner, G. – Moore, M. – Gould, C. et al 2001: Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *British Medical Journal*, 322, 468-472. o.
- Málovics É. – Veres Z. – Lippai L. – Nagy Á. 2006: *Competences and Risk Perception in Medical Services*. Vth International Congress on Public and Non Profit Marketing. Konferencia CD.
- Molnár P. – Csabai M. 1994: *A gyógyítás pszichológiája*. Springer-Verlag, Budapest.
- Ommen, O. et al. 2008: Trust, social support and patient type – associations between patients perceived trust, supportive communication and patients preferences in regard to paternalism, clarification and participation of severely injured patients. *Patient Education and Counseling*, 73, 196-204. o.
- Pilling J. (szerk.) 2004: *Orvosi kommunikáció*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Ruland, C. M. – Bakken, S. 2002: Developing, implementing, and evaluating decision support systems for shared decision making and patient health care: a conceptual model and case illustration. *Journal of Biomedical Informatics*, 35, 313-321. o.
- Sihota, S. – Lennard, L. 2004: *Health literacy: being able to make the most of health*. National Consumer Council, London.

- Simon, D. et al (2006): Development and first validation of the shared decision – making questionnaire (SDM-Q). *Patient education and counseling*, 63, 319-327. o.
- Thompson, A. G. H: 2007: The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science & Medicine*, 64, 1297-1310. o.
- Van Dulmen, et al. 2006: Five years of EACH (European Association for Communication in Healthcare). *Patient Education and Counseling*, 62, 379-384. o.