

AZ ORVOS MINT GYÓGYSZER

„Az emberek egyből másképp néznek rám, ha a fehér köpenyt viselem” – ez a gondolat egy elsőéves orvostanhallgató tollából származik, aki egy kórház sürgősségi osztályán tett tanulmányi célú megfigyeléseiről számolt be. Az orvosok speciális szerepével a magyar származású Michael Balint az 1930-as években kezdett foglalkozni, Londonban az orvos-beteg kapcsolat problémáival foglalkozó csoportokat hozott létre (úgynevezett Bálint-csoportok napjainkban is működnek; ezekben a csoportokban 8-10 orvos és egy-két pszichológus beszél meg az orvos-beteg kapcsolatban felmerülő problémákat, a beteg érdekeit előtérbe állítva). Két évtizeddel később megszületett könyve, melyben az elhanyagolt, de vitathatatlan jelentőségű kapcsolati tényezőket elemzi az orvos-beteg interakcióban. Szerinte az orvoslásban a legtöbbet használt orvosság maga az orvos: nemcsak az számít, milyen gyógyszert ad, hanem az is, hogyan adja.

Az orvos-beteg kapcsolat vonatkozásait a nemzetközi szinten az utóbbi évtizedekben megszámlálhatatlan kutatás vizsgálta. Ez a folyamat párhuzamban áll az úgynevezett bio-pszicho-szociális (vagy holisztikus) szemlélet felemelkedésével, mely szerint a gyógyítási folyamat során tudatosan kell odafigyelni arra, hogy az egészség nem csupán biológiai tényezők mentén értelmezendő, hanem az ember biológiai, pszichológiai, szociális és spirituális egységén alapul. Igen szemléletesen mutatta be Byrne és Long vizsgálata házi-orvos-beteg interakciókról még az 1970-es években, hogy e szemlélet követésében az orvosoknak alapvetően két csoportját különböztethetjük meg: az orvoscentrikus kommunikációt alkalmazók célja a gyors információszerzés, amely alapján felállítják a diagnózist és meghatározzák a további lépéseket, míg a betegközpontú kommunikáció során nagy hangsúlyt kap a páciens aktivitása, elvárásai, félelmei és aktív részvétele a folyamatban. A kutatók azt is megállapították, hogy azt, hogy milyen stílusú a kommunikáció, az orvos személye sokkal inkább befolyásolja, mint a beteghez kapcsolódó vagy helyzeti tényezők – létezik tehát az egyes orvosokra jellemző, elsősorban



az orvos viselkedése által meghatározott konzultációs stílus. A betegközpontúság hiánya vagy megléte napjainkban is az orvos-beteg interakciók elemzésének alapja. Bár ennek mérése meglehetősen problematikus, számos kutatás támasztja alá, hogy annak, hogy hogyan folyt a konzultáció, közvetlen és közvetett módon is hatása lehet a páciens egészségére. Di Blasi egészségügyi szaklapokban publikált, a

témában végzett mintegy 25 (szigorú kritériumok alapján kiválasztott) kísérletet értékelt ki ebből a szempontból. Az találta, hogy az orvos-beteg kapcsolat valamely elemének változása körülbelül az esetek felében gyakorolt pozitív hatást a páciensek szubjektív (például hogy a páciens hogyan érzi magát) vagy objektív (például hogy a páciensnek hogyan változott a vérnyomása, fájdalma) egészségügyi állapotára.

Az orvos-beteg kapcsolat következményeinek megragadására talán a legszemléletesebb terület a beteg együttműködésének mértéke, mely arra utal, hogy az egyén mennyiben követi az egészségügyi ellátást nyújtó (jelen esetben orvos) ajánlásait a terápia különböző területein (gyógyszerek szedése, további vizsgálatok elvégzése, életmódbeli változtatások stb.). Az orvos által nyújtott információk és érzelmi támogatások (ezt kognitív és érzelmi gondoskodás-ként is nevezhetjük) fontos szerepet töltenek be az együttműködés elősegítésében. Az együttműködésnek pedig igen komoly egyéni, társadalmi és gazdasági következményei is vannak, hiszen a nem elégséges együttműködés betegségek kialakulásához, súlyosbodásához, így magasabb szintű ellátás igénybevételéhez vezethet.

Az orvos-beteg kapcsolatnak az ellátás valamennyi szintjén és területén számottevő szerepe lehet. A háziiorvosi ellátás ugyanakkor az, amely a legtöbb embernél – elviekben legalábbis – hosszú távú személyes kapcsolatra épül, melyben nemcsak a gyógyítás, hanem a prevenció is fontos. Egy, a Szegedi Tudományegyetemen folyó (több tudományágat is érintő) kutatás során ezért azt vizsgáltuk, az emberek hogyan vélekednek saját háziiorvosukkal való kapcsolatukról, a háziiorvosi ellátás minőségéről. A kérdőíves megkérdezésben 448 fő vett részt, és bár a minta nem reprezentatív, a válaszadók elegendő számban képviselték mindkét nemet és valamennyi korosztályt ahhoz, hogy azt a statisztikai feldolgozás során súlyozással illesszük a felnőtt magyar lakosság jellemzőihez. Így az eredmények egy korra és nemre országosan reprezentatívnak tekinthető adatbázisra értelmezhetők. A válaszadók több mint fele aktív dolgozó, mintegy 15-15%-uk tanuló, illetve nyugdíjas, a fennmaradók pedig GYES-en, GYED-en levők, munkanélküliek vagy háztartásbeliek. Háziiorvosával mintegy 60%-uk legalább félévente találkozik.

Az eredmények alapján az ellátás – páciensek által észlelt – minőségét öt dimenzióban értelmezhetjük. Ezek közül legfontosabbnak a „gondoskodás” dimenziója bizonyult (ez mutatja a legszorosabb korrelációt az elégedettséggel), melybe az orvos információátadására, reagálási készségére, figyelmességére vonatkozó elemek tartoznak. A „tárgyi környezet” dimenziója a felszerelés, a környezet, valamint az orvos és a személyzet rendezettségét foglalja magában, a „személyzet” dimenzió kifejezetten a segítő személyzet (asszisztens) segítőkészségét és munkáját, az „időmenedzsment” dimenzió a megfelelő várakozási, rendelési időket és a pontosságot, míg a „személyre szabottság” a páciensre fordított megkülönböztetett figyelmet. A válaszadók elvárásai valamennyi dimenzióban igen magasak voltak, és ezek – igen kismértékben ugyan – meghaladták azt, amit valójában tapasztaltak. Ennél is érdekesebb eredmény azonban az orvos kognitív és érzelmi gondoskodásának, valamint kommunikációs stílusá-



nak összefüggései e szubjektív kimenetekkel, valamint az együttműködési hajlandósággal.

Az orvoscentrikus (paternalistának is nevezhető) stílusú háziiorvosokra kevésbé jellemző a kitűnőre értékelt kognitív és érzelmi gondoskodás, mint a betegcentrikus stílust alkalmazókra. Eszerint az ő pácienseik közül kevesebben érzik, hogy (többek között) megnyugodva, kérdéseikre választ kapva, az információkat megértve jönnek ki a konzultációról. Mivel a válaszadók mintegy háromnegyede jellemezte paternalistaként háziiorvosát, ez vélhetően sok esetben fordul elő. Ez azért is gond, mert a kognitív és érzelmi gondoskodás szintje összefügg nemcsak a páciensek által észlelt minőséggel és elégedettséggel, hanem együttműködési hajlandóságukkal is.

Szemléletes, hogy egyetlen olyan válaszadó sem volt, aki közepes vagy rosszabb érzelmi és kognitív gondoskodásban részesült, és az észlelt minőség gondoskodás dimenzióját kitűnőre értékelte. Az észlelt minőség valamennyi dimenziója, valamint az átfogó elégedettség kapcsán is elmondható ugyanakkor, hogy arra kiváló értékelést szignifikánsan nagyobb arányban adtak a megfelelő kognitív és érzelmi gondoskodást kapók, mint a közepeset vagy rosszabbat kapók, a kitűnőt kapók pedig mindkét másik csoportnál. Érdekes, hogy ez a kapcsolat a tárgyi környezet értékelésénél is érvényes! Ezt pedig vélhetően nem egyfajta hibás

vagy véletlen korreláció okozza az adatokban, ugyanis ismerünk olyan nemzetközi kutatást is, amelyben például a konzultáció hosszát becsülték meg tévesen a páciensek – attól függően, hogy mennyire voltak elégedettek az orvos empaticusságával. Az orvos-beteg interakció minősége tehát igen meglepő következményekkel is járhat, hiszen ez az a tulajdonsága az ellátásnak, amelyet (a technikai, orvos-szakmai megvalósítással ellentétben) a laikus is meg tud ítélni – és azután ehhez az ítélethez igazíthatja az ellátás egyéb vonatkozásaival kapcsolatos véleményét is.

Egyértelmű az összefüggés az orvosi információnyújtás és érzelmi támogatás, valamint a beteget együttműködés között is: e támogatást kiválóan tartók szignifikánsan magasabb arányban működnek teljes mértékben együtt mind gyógyszereszedés, mind további vizsgálatok elvégzése tekintetében, és az életmód-tanácsok betartásánál is hasonló tendencia fedezhető fel.

Nem mindegy tehát, hogy mi történik a rendelésben egy konzultáció során – sőt, az sem mindegy, hogy hogyan történik.

KINCSESNÉ VAJDA BEÁTA

A jelen kutatás a TÁMOP 4.2.4.A-1 kiemelt projekt keretében meghirdetett ösztöndíj-támogatásnak köszönhetően valósult meg, a Magyar Állam és az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával.