

E-PÁCIENSEK, AVAGY A BETEGEK ÚJ GENERÁCIÓJA

E-PATIENTS: THE NEW GENERATION OF MEDICAL CLIENTS

MÁLOVICS ÉVA

egyetemi docens/associate professor
Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar/University of Szeged Faculty of
Economics and Business Administration
Szeged
eva.malovics@eco.u-szeged.hu

FARKAS GERGELY

tanársegéd/assistant lecturer
Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar/University of Szeged Faculty of
Economics and Business Administration
Szeged
farkas.gergely@eco.u-szeged.hu

ABSTRACT

According to the studies, the technological inventions make the health care system more democratic. The patients' increasing knowledge and awareness have an important role in this. With the help of the Internet, not only the physician can follow the behaviour and condition of the patients more closely, but the patients are also able to effectively monitor the doctor's work. The new generation of the patients actively deals with their health-related issues. They gather information with search engines and online social networks, and they turn to the health care system after they possess some knowledge about their medical state. We study, how the so-called e-patients change the most often paternalistic doctor-patient relationships. We conducted interviews with patients who invest considerable energy before consultations or treatments to find out about the possible causes of their condition and the treatments available on the Internet. We conducted the interviews with patients with chronic illnesses. Results show that these patients look for new online information constantly and thoroughly about their medical state and the possible treatments. They feel, that they arrive to the consultation with more knowledge about the specific illness than what the doctors have got. Despite all of these, in the end they cannot speak about it and stick to paternalistic communication patterns.

1. Bevezetés

Kutatásaink célja az orvos – beteg kommunikáció sajátosságainak feltárása a páciensek tapasztalatainak tükrében. Mivel a páciensek élményeit, érzéseit és gondolatait szeretnénk volna feltárni ezzel a témával kapcsolatban, mélyinterjúkat készítettünk. Nem célunk az orvostudomány és az egészségügyi szolgáltatások jelenlegi helyzetének értékelése, ellentmondásainak vizsgálata, csak annyiban érintjük e témát, amennyiben ez a megkérdezettek élményvilágában felmerült, és viselkedését befolyásolta. Orvosokkal is készítettünk interjúkat e témakörben, hiszen a személyközi kommunikáció többszereplős folyamat, és lényeges a másik oldal vizsgálata is. E tanulmányban azonban csak a páciens interjúk eredményeit mutatjuk be.

Napjainkban gyors technikai fejlődés zajlik, amely az egészségügyben is jelentős változásokat indukál. Meskó Bertalan arra hívja fel a figyelmet, hogy a felénk tartó „technikai cunami” következményeként előfordulhat, hogy a személyes orvos-beteg kapcsolat eltűnik a

gyógyításból. (Meskó 2016:10) A szakemberek szerint a technológiai fejlesztések az egészségügy jelentős demokratizálódását fogják kiváltani, amelynek fontos eleme lesz a páciensek fokozódó tudása és tudatossága. Sőt, az új technológiák révén az „egészségügyi ellátás kezd visszakerülni az emberek otthonába.” (Meskó 2016:4)

„Az orvosok az új technológia segítségével végre a beteg emberi lényre fókuszálhatnak, ahelyett, hogy idejük jelentős részét az érvényes információk kiásására kéne fordítaniuk. végre arra koncentrálhatnak, amihez a legjobban értenek: szakszerűen gondoskodhatnak a betegeikről. Azok pedig egyenrangú partnerekké előlépve saját kezükbe vehetik ügyeik rájuk eső részének intézését.” (Meskó 2016:15) Meskó közeli jövőnek látja az e-páciensek tömeges megjelenését, ami a gyakorló orvoslás szerkezetének megújítását is lehetővé teszi, illetve kiköveteli azt. Az egészségügy igen lassan reagál a gyorsan zajló technikai fejlődésre, félő, hogy olyan szakadék alakul ki, amit már nem tud átugrani. „Ez ahhoz vezet majd, hogy a páciens majd a technológia világában fog orvosi segítséget keresni, ami nincs ellenőrizve, biztosítva, felügyelve.” (Meskó 2016:16)

A fent leírtak következtében új típusú online közösségek jöttek létre, s alakulnak napjainkban is. A betegek aktívan foglalkoznak az egészségükkel kapcsolatos tényezőkkel. Az interneten gyűjtik az információkat a betegsükről, a lehetséges megoldásokról, s új tudásukkal jó esetben a szakemberekhez fordulnak. Az online közösségekben a páciensek megosztják tudásukat, és a betegtársak bizonyos problémákat jobban értenek, tapasztalati tudásuk révén ezekben több segítséget tudnak nyújtani az orvosoknál. Az e-páciens mozgalom leghíresebb képviselője könyvében a következőképpen fogalmazta meg e fogalom tartalmát: az e-páciens olyan páciens, aki felhatalmazott, elkötelezett, felszerelt és engedéllyel bíró. (deBronkart,Sands, 2013) Tehát nem csak arról van szó, hogy elektronikus eszközökkel gyűjt és oszt meg információt, hanem ezeket a saját érdekében fel is használja a konzultációk során.

Kutatási kérdéseink a következők: Az interjúalanyok gyűjtenek-e információt betegsükről és annak gyógyítási lehetőségeiről? Honnét szerzik az információkat, mennyire tartják azokat fontosnak, hogyan jelenik meg ez az orvos-beteg kommunikációban?

2. Az e-páciens

Az egészségügyi szolgáltatásokban elkerülhetetlenül információs aszimmetria lép fel. Az egészségügyben, a kínálati oldalon, elsősorban az orvosoknál többlettudás halmozódik fel az adott betegség gyógyításáról, a gyógyítási folyamat valódi hasznosságáról és költségeiről, valamint az egyes beavatkozások valódi kockázatáról, a káros mellékhatások valószínűségéről. A beteg kiszolgáltatottsága tovább árnyalja a képet. Katz (1984) megállapítja, hogy az orvosok kiválóan felkészültek arra, hogy gondosan járjanak el a beteg fiziológiai szükségleteit illetően, de nagyon kevésbé foglalkoznak azok döntési szükségleteivel. Schwarz (2016) szerint bár a betegek kezelésbe való bevonása jelentősen javította az ellátás minőségét, ugyanakkor az orvosi felelősség páciensre való áthárítása túl messzire ment el. Az USA példáját hozva, ha orvoshoz megy a beteg, az orvos a kezelések több verzióját is felkínálja, azok előnyeit és kockázatait ismertetve, és megkérdezi a beteget, hogy melyiket választaná. Schwartz szerint ez „a felelősség átruházása a döntéshozatalban olyanról, aki tud valamit, ez az orvos, olyan valakire, aki nem tud semmit, és általában beteg, így nincs a legjobb állapotban, hogy döntéseket hozzon, nevezetesen a páciensre.” (Schwartz, 2016:1) Eszerint az orvosnak hatalma van a beteg felett, amely részben a tudástöbbletből, aszimmetrikus információkból fakad, részben a nagyobb döntési lehetőségéből.

A technikai változások következtében azonban a páciensek és az egészségügyben dolgozók kockázatérzete is változáson megy keresztül. A betegsügről és annak gyógymódjáról az interneten tájékozódó betegek sokkal nagyobb tudással mennek az orvoshoz, míg az orvos a protokollt kínálja nekik, ők már azzal is tisztában vannak, hogy a szakma ezt már vitatja, esetleg

azzal is, hogy miért vitatja. „Az információs társadalom fejlődése hatására a mai páciensek sajátos „szakértői” státuszba kerülnek a tüneteikkel kapcsolatos tudást illetően. Részben ez vezetett oda, hogy a magatartástudományi szakirodalomban megjelent a "laikus szakértő" fogalma.” (Csabai,Csörsz,Szili 2009:18) Az orvosok egy része ezt a személyük, szakértelmük elleni támadásnak foghatják fel, ez rosszabb kommunikációt és bizalmatlanságot eredményezhet.

Klemperer (2005) az orvos-beteg kommunikáció három modelljét különbözteti meg: paternalisztikus, SDM és informatív. A paternalisztikus megfelel az orvoscentrikus kommunikációnak, ahol az orvos segíteni akar, de a döntési folyamatból kizárja a pácienszt. Az informatív azt jelenti, hogy a páciens egyedül dönt a terápiáról. Klemperer szerint e kettőt csak a lakosság szűk rétege igényli. A többségnek több információra és a terápiáról való döntési folyamatban való részvételre lenne igénye (Klemperer 2005, Vajda 2011). A szakirodalomban egyre többen érvelnek amellett, hogy a paternalisztikus jellegű kommunikáció nem túl eredményes, mert nem veszi figyelembe a páciens szükségleteit, elképzeléseit, inkább egy partneri orvos-beteg kapcsolat kialakítása lenne szükséges (Herrman et al. 2005).

Csabai és társai (2009) az orvos-beteg kapcsolat „konkordancia” modelljéről írnak, ami lényegében megfelel a közös döntésnek. Szerintük is lehetséges lenne, hogy az egészségügyi szakember és a páciens valamiféle szakemberként találkozhatnak, ehhez azonban a tudáson kívül sok más feltételnek is teljesülnie kell. Az egyik legfőbb akadálya ennek az, hogy a felek fejében „hamis szerződés” van, azaz mást gondolnak egymás szerepeiről, és ezért mást is várnak el egymástól. A páciens úgy gondolja, hogy csak arról kell beszélnie, amit kérdeznek, és az orvos a felelős a gyógyulásáért. Az orvos úgy véli, ha a beteg valamit elhallgat, az az ő felelőssége, és nem sokat tehet a lelki vagy szociális háttérű problémák esetén. A szerződésben nem csak különböző tételek állnak a két oldalon, de ezek még implicitek is maradnak. Mindkét fél számára világos és elfogadott szerződésre lenne szükség, sokkal aktívabb páciensre, ebben az orvos támogatja őt, valamint a gyógyulás folyamatának közös mérlegelésére.

Arra a kérdésre, hogy „milyen a jó beteg” a Jadad (2003) által összeállított lista a következő:

- Listába szedi a kérdéseit és elvárja, hogy érthető választ kapjon
- Közös döntéshozatalban akar részt venni
- Hozzá akar jutni a saját orvosi adataihoz és szükség esetén megosztja ezeket
- Igényt tart másodvéleményre, ha súlyosnak érzi a helyzetet
- Távközlési eszközzel jelentkezik személyes konzultációkra.

Ehhez a pácienseket fejleszteni kell az egészségtudatosság, a közös döntés és a krónikus állapotok önmenedzsmentjének területén (Coulter et al. 2008). Kutatásainkkal jól használható információkat szeretnénk nyújtani az orvosok és a páciensek szükségleteiről, a változó orvos-beteg kapcsolatban, s ezzel hozzájárulni a kommunikáció és a szolgáltatás színvonalának javításához, amely a jelen technikai fejlődés keretei között meghatározó jelentőséget nyert.

3. A kutatás módszertana

A fent említett jelenségek komplexitása miatt empirikus kutatásaink kvalitatív részét 1 – 2 órás mélyinterjúk alkotják, melyeket a grounded theory módszerével elemzünk, terjedelmes beszámolókat, részletekbe menő adatokat tervezünk gyűjteni, amelyek mélyreható betekintést engednek az egészségüggyel kapcsolatos tapasztalatok világába. Célunk a megkérdozettek „belülről származó tudásának” (Charmaz, 2013) feltérképezése, megélt tapasztalataiknak megértése. A grounded theorynek idővel több irányzata is kialakult, miután a modell alkotóinak útjai a módszer különböző alkalmazása miatt szétváltak. Kutatásainkban a Strauss és Corbin által továbbfejlesztett változatot alkalmaztuk, mely szerint használhatók a szakirodalomban már létező fogalmak a kódolás során, és mind az induktív, mind a deduktív logika megengedett. a kutatási eredmények validitását az biztosítja, hogy két kutató egymástól függetlenül elemzi

az interjú átiratokat, és ezután egyeztetik elemzési eredményeiket. Az átiratok alapos tanulmányozása során a kutatók keresik azokat a fogalmakat (kódokat), amelyek a szövegben a kutatási kérdés megválaszolásához tartoznak, valamint minden felmerülő gondolatot, ötletet fejlegyeznek memok formájában. Az első eredményeket tanulmányozva az összetartozó fogalmakból kategóriákat képeznek, és feltárják a kategóriák közötti összefüggéseket, valamint megkeresik a kutatási kérdés megválaszolására alkalmas kulcskategóriákat. A kategóriák közötti összefüggések alapján az eredményeket egy kutatási modellben vázolják fel. (Charmaz, 2013) Az interjúk elemzését konstruktivista interpretatív szemléletben tervezzük, a megkérdezettek jelentéseit, szándékait, tetteit tanulmányoztuk, az adatokból kiolvasható irányt próbáltuk követni. (Horváth, Mitev 2015) „A realista ontológia úgy tartja, hogy vizsgált változók az egyéntől függetlenül léteznek, és emiatt konkrétak, objektívek és mérhetőek. Az interpretivista ontológia ezzel szemben azt feltételezi, hogy az emberi lény nem csupán passzívan reagál a külső valóságra, hanem belső percepcióin és gondolatán keresztül vizsgálja a külső világot, ezáltal aktívan teremtve meg saját valóságát.” (Horváth, Mitev 2015:94) A fent leírtakból következik, hogy a grounded theory módszerrel nem kívánunk hipotéziseket tesztelni, erre nem is alkalmas, viszont megfogalmazhatók vele állítások arról, hogy a kutatás alanyai hogyan interpretálják a valóságot.

4. A minta

Mintavételünk hólabda módszerrel történt, valamint a grounded theory módszer minőségi mintavételét is alkalmaztuk, ami azt jelenti, hogy a már elkészült interjúk elemzése során felbukkanó adatok is irányítják azt, hogy kit kérdezzünk meg, és hogy mit kérdezzünk tőle. Célunk volt jól képzett, súlyos betegségben szenvedő páciensek megkérdezése, mert úgy véltük, hogy a betegség súlyossága kellő motivációt ad az interneten történő tájékozódásra a lehetséges terápiákról, és képzettségük révén ehhez a szükséges feltételekkel is rendelkeznek. Tanulmányunkban hat pácienssel készített mélyinterjú eredményeit dolgoztuk fel (1. táblázat).

1. táblázat: A mintába került válaszadók
Table 1: Interviewees in the sample

Sorszám	Nem	Kor (év)	Foglalkozási terület	Legfontosabb kórkép
1	Nő	60-70	felsőoktatási	cukorbetegség, hipertónia, agyvérzés
2	Nő	60-70	egészségügyi	daganatos betegség
3	Nő	40-50	egészségügyi	CMT betegség, csípő műtét
4	Nő	60-70	közoktatási	daganatos betegség
5	Nő	60-70	vegyésmérnöki	daganatos betegség
6	Férfi	60-70	tudományos kutatási	daganatos betegség

(saját szerkesztés)

5. Eredmények

Kutatási kérdésünk első fontos tényezője az, hogy milyen a páciens informáltsága, és honnét szerzi be a tudását a saját betegségéről és annak gyógymódjáról. A megkérdezettek először részben elégedettek voltak a tájékoztatással, de ahogy ők is elkezdtek tájékozódni, és újabb és újabb egészségügyi szakemberekkel kerültek kapcsolatba, egyre több hiányosságot fedeztek fel miközben a kommunikációs számos pozitív és negatív elemével találkoztak (2. táblázat). A kezdeti bizalmat sorozatos csalódások váltották fel a kapkodó, hiányos tájékoztatás és a gyorsan kikényszerített döntések miatt. Nem kaptak gondolkodási időt, kérni pedig nem mertek súlyos esetben sem. Az interjú alanyok hiába néztek utána az orvosi problémáiknak interneten, vagy más forrásokban a kommunikáció során mégsem tudták hasznosítani.

2. táblázat: Az orvos-beteg kommunikáció jellemzői az interjúk alapján
 Table 2: Patient-doctor communication characteristics based on the interviews

Pozitív affiliáció	Negatív affiliáció
empátia	egyirányú kommunikáció
empátia az orvossal	hiányos tájékoztatás
bizalom	azonnali döntéskényszer
tisztelet	félreérthető kommunikáció
kedvesség	időhiány
humor	kiszolgáltatottság
	empátia hiánya
	protekción és paraszolvencia

(saját szerkesztés)

A különböző specialisták meglehetősen másképp tájékoztatták őket, ami szintén megviselte a pácienseket. Volt, hogy csak a megoldást közölték velük. A páciensek többsége a gyors kezelésért érzett hála miatt elfogadta a hiányos tájékoztatást.

„...nem, nyilván ilyen nem volt, hogy leülünk és akkor megbeszéljük, hogy asszonyom, ez a tejszatornából indul ki, ilyen százalékban halálos, ha ezt a műtétet elvégezzük ez lesz, de bocsánatos bűn, mert annyi volt a beteg...”(3)

Az orvosok sok esetben egyirányú kommunikációval érthetetlen információkat közöltek a megkérdezettekkel:

„...mert a sebészek azt mondták, hogy ez most 99%, megműtöttek, kész, az onkológián viszont azt mondták, hogy megelőzőképpen egy kemoterápia után lehetnek biztos abban, hogy jók az esélyeim, 60%, hogy meg van a műtét, ezt föl tudjuk emelni egy kemoval 95%-ra. Ezt sose értettem, hogy hogy jönnek ki ezek a százalékok, egyszer itt így, egyszer ott úgy, tehát annyira nem volt, nem volt.”(3)

Súlyos kérdésekben azonnali döntést kértek néhány információ alapján:

„...kemo kell és kétféle van, az erősebb, vagy ezt végigcsinálom, vagy egy enyhébb fajtája is, amitől tulajdonképpen a haja se hullik ki az embernek, de tulajdonképpen, hogy az előbbi a biztosabb. És akkor mondtam, hogy jó, ha kibírom, akkor legyen az erősebb, ennél több infóm nem volt az egészről, jó lett volna egy tájékoztató füzet, mert ez itt most már komoly volt.”(3)

A páciensek érzékelik, hogy a kommunikációval problémák vannak, de a nyomás alatt hajlamosak megfelelő informáltság nélkül is döntést hozni.

„...mindig mellémegy a kommunikáció, ott rögtön dönteni kellett és akkor a megfelelő kérdések se jutottak eszedbe... az ember nem gondol arra, hogy lehetnek maradandó mellékhatások, ez ugye menet közben derült ki, hogy nem olyan fényes a kép, hogy ezt megkapom, szenvedek és kijövök belőle egészségesen”(3)

„...és akkor úgy küldtek el, hogy hát rendben van, és én ettől nagyon boldog lettem, de azért menjek át az onkológiára. És akkor jó, hát mi az énnekem, átmegyek.....átmentem az onkológiára... és akkor ott jött a feketeleves, mert ott mondta az orvos, hogy hát ez egy elég gáz állapot, nem olyan szép tiszta kép ez, és bizony rám férne egy kemoterápia”(3)

Az időhiány köztudottan jellemző az ellátó rendszerre, amit a betegek bár nem tartanak jó dolognak, de elfogadják.

„...sietett, meg kapkodott, de elmonda, ami szükséges, ami nagyon nagy pofon volt, mikor monda, hogy ez milyen műtét lesz és akkor én még addig a pillanatig bíztam benne, hogy hátha félrenézték meg hátha gyulladás... Megkaptam a papírt, hazamentem, bekapcsoltam az internetet, megnéztem, hogy kettes fokozat, ilyen-olyan, ennyi centiméteres, tehát igazából az internetről tájékoztam, minden kellemes légkör, meg együttérzés meg akármi ellenére tehát erre nem volt idő, hogy ott nekem ott elmagyarázzák ilyen-olyan szinten, hogy hát most én ilyen bajban vagyok, de hát meg lehetett érteni.”(3)

Részben az időhiány miatt a hospitalizált betegek sem kaptak megfelelő segítséget az új helyzetük elfogadásához, ami miatt kiszolgáltatottnak érezték magukat.

„...borzasztóan megalázó kezelés volt ... az egy fantasztikusan fura hely, mert a nővérekék jártak fel, alá, mert mindenfélét csinálnak, de gyakorlatilag mindenki mezítelen, mindegy, lehet, hogy valamilyen szinten be van takarva, de ez nem számít. ... Nekem ez sokkoló, de aki ott dolgozik, az naponta húsz ilyet lát. Vagy harmincat. Tehát azt lehetetlen másképp, csak úgy, hogy ezt megszokja valamilyen szinten....megváltozik az, hogy mi az elviselhető vagy a méltóságteljes viselkedés, nem az, ami a külső világban és ezt egyszerűen tudomásul kell venni.”(6)

A betegek igénylik az empátiát, de ezt különböző okokból sokszor úgy érzik, hogy nem kapják meg az ellátás során.

„...a bal karom nem működött, béna volt, de olyan ágyba fektettek, hogy nem tudtam fölülni. Kértem, hogy tegyenek egy olyan ágyba, ahol a jobb karomra tudok támaszkodni, volt is ilyen szabadon, azt mondták nem lehet, mert a számítógépben ez az én ágyam.”(1)

„Mert ha empatikus, mikor én a legerősebb kemoterápiát kérem, akkor azt mondja, az én nézőpontom szerint, hogy adunk magának egy kemoterápiát. Azt adjuk, ami Önnek most a lehető legmegfelelőbb.”(2)

Bár nem tartozott a céljaink közé, de az interjúk elemzése során kiderült, hogy minden megkérdezett az ellátó rendszerbe kerülés során erőforrásai révén (ismerősök, pénz) előnyökhöz jutott. Gyorsan sorra kerültek, ezért nagyon hálásak voltak, úgy érezték, hogy nincs joguk önérvényesítően kommunikálni.

„...előnyös helyzetben voltam szintén, mert hogy sebészetben dolgoztam és operáltak először és nagyon szépen kommunikálva, nagyon egyszerűen, tisztán, tudatosan közölték velem a tényeket, én körülbelül ezt is vártam, vagy így is vártam el, amennyiben van elvárás egyáltalán ezen a téren, és tehát egy szeretetteljes közegben voltam.”(2)

„...mindjárt behívtak, tehát nem is volt várakozás se, tehát én meglepődtem, de hát na most ez olyan volt, hogy beajánlott beteg ügye, ha valakinek ez nincs meg, akkor többet várhat meg az útvesszőbe kerül.”(3)

„...ott dolgozott egy beosztott munkatársamnak a felesége orvosként, tehát ott azért jobban figyeltek rám, mint egyébként figyeltek volna.”(6)

Az asszimetriát a betegek egy ideig tolerálták, de amikor rájöttek, hogy fontos dolgokról nem tájékoztatták őket, nem kérdezhettek, mert nem mertek, vagy mert túl gyorsan kellett dönteniük, csökkent a bizalom és az elégedettség. Az orvosok a protokoll szerint ajánlanak terápiát, amely sokszor nem optimális az adott beteg egyéni sajátosságait is figyelembe véve. A legtöbb megkérdezett terápiája során előfordultak orvosi tévedések, amiket a páciensek észrevettek. Ezek azonban az esetek többségében nem kerültek kimondásra az időhiány és a beteg által észlelt nagyfokú hatalmi különbség miatt.

A legtöbbet dicsért és sokszor hiányolt tényezők a pozitív affiliációhoz kapcsolódtak, ami a kommunikáció során keletkező pozitív érzelmi viszonyulás a felek között. Megkülönböztetik a jó orvost, aki empatikus velük és barátságos, de a lelkiismeretességet és a szaktudást is sokra értéklik a megkérdezettek, és a barátságatlan bánásmódot empatikusan a kontextusban felsorolt körülmények számlájára írják.

„kiderítettem, hogy ki volt az a fiatal orvosnő, mert borzalmasan szimpatikus volt, ahogy megértette a rémületemet, tehát az, hogy kész vagyok teljesen. ... még annyira fiatal, hogy valamilyen szinten együttérez a beteggel.”(6)

„...azt mondta, hogy ne nagyon reménykedjek. De együttérzéssel, tehát nem úgy mondta kárörömmel, vagy azt érezted volna, ha volt benne érzelem, akkor azt mondom, hogy inkább sajnálta egy kicsit...”(3)

A válaszadók az orvosokkal is empatikusak, még akkor is, ha néhány esetben az empátia hiánya nyilvánul meg velük szemben.

„...a betegek is figyeljenek arra oda, hogy mikor és hogy hogyan kéri vagy hogy hogy akarják vagy hogy akarják érvényesíteni az elképzeléseiket, hát az orvos is.”(2)

„...vagyok-e olyan alázatos én, mint páciens, akit meg akarnak gyógyítani, hogy az ő nézőpontját is figyelembe vegyem, ne csak a saját vélt vagy valós igazságaimat hangoztassam...”(2)

„Az egyik legnagyobb ellenségünknek az időhiányt gondolom, a másik az, és az is az időhiányból ered, vagy még ha elég jó pszichológusok, vagy emberismerők, akkor is, hogy bemérjék, hogy kinek hogyan és mennyit kell mondani.”(5)

A kommunikációs nehézségek ellenére az orvosokba vetett általános bizalom tapasztalható a válaszadóknál.

„bízom abban, hogy mindent meg fog tenni, ami értelmes és ami ésszerű és nem fogja ezt túlzásba se vinni és nem, tehát a szükséges figyelemmel fogja csinálni”(6)

„Nem, minek? Nem én vagyok az orvos, ha ő úgy ítéli meg, hogy ez így nekem rendben van, akkor persze.”(3)

A betegek sokszor felfigyeltek arra, ha a fent említett időhiány és más a rendszerből adódó nehézségek ellenére az ellátást végzők kedvesen, vagy tisztelettel szólnak hozzájuk.

„...egy bizonyos tisztelettel kezelt”(6)

„...tényleg nagyon figyelmesek voltak, mondták, hogy hogy feküdjek, kicsit fájni fog.”(2)

Végül többen említették, hogy a kiszolgáltató helyzetükben az érzett feszültséget az orvosok humoros megjegyzései nagy mértékben képesek voltak csökkenteni.

„Ó, ne törődjön vele, ez olyan nekem, mint pékkisasszonynak a kifli. Ilyeneket mondanak.”(6)

Fentiek alapján a válaszadók nem viselkednek e-páciensként a konzultációk során. A paternalista kommunikációt elfogadják annak ellenére, hogy igényelnék azt, hogy tudásukat megosszák az orvosokkal. A kommunikáció során számos pozitív és negatív jelzést kapnak, de összességében nem érzik úgy, hogy elég figyelmet kapnának miközben szembesülnek, vagy éppen megküzdnek az állapotukkal.

6. Összegzés

A páciensek meggyőződése, hogy az egészségügyi szolgáltatások terén csak paternalisztikus kommunikáció lehetséges, tehát látszólag alávetik magukat az orvos döntésének a terápiáról. Azonban valamennyien saját maguk is foglalkoztak a betegségük lehetséges gyógymódjaival, a terápiás folyamat során kialakítják a saját véleményüket is a gyógyításról, az egészségügy szakember kommunikációjáról. Információikat főként az internetről, ismerősöktől, könyvekből szerzik, összevetik a tapasztalataikkal, és mindannyian látják az orvostudomány alkalmazásának ellentmondásait. A terápia során nem merik megvitatni az orvossal a tudásukat, kétségeiket, kérdéseiket sem mindig teszik fel. Stressz alatt vannak, zavarban vannak, nem tudják, hogy mennyi időt tölthetnek az orvosnál. A kommunikáció funkcionális modelljét alkalmazva, a páciens igen aszimmetrikus kontrollmegoszlást észlel az orvosok javára, az affiliációnak mind a pozitív, mint a negatív megnyilvánulásaival találkozhatnak. Fontos lenne tudni a betegeknek, hogy minimum mennyi idő áll rendelkezésére a konzultáció során, és ez alatt a néhány perc alatt mit is kellene kérdeznie és közölnie. Konklúzióink, hogy bár a megkérdezettek aktívan foglalkoznak a gyógyulásuk kérdésével, az orvos-beteg kommunikáció a hagyományos paternalista stílusban történik, aminek egyik okát a beteg attitűdjei adják, ezért a gyógyítás hatékonyságának fokozása érdekében páciens edukációra lenne szükség. További kutatások szükségesek annak megállapítására, hogy az e-páciens viselkedésben kimutatható-e fokozatosság, valamint hogy az orvosok hogyan fogadják ezeket a megnyilvánulásokat.

A kutatást az EFOP-3.6.1-16-2016-00008 azonosítójú, EU társfinanszírozású projekt támogatta.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Charmaz, K. (2013): Lehorgonyzott elmélet. In: Kvalitatív kutatási olvasókönyv -Szavak, képek jelentés. Bodor P. (szerk.) L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Coulter, A., Parsons, S., Askham, J., & World Health Organization. (2008): Where are the patients in decision-making about their own care? (No. EUR/07/5065810). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Csabai M., Csörsz I., Szili K. (2009): A gyógyító kapcsolat élménye. Oriold & Társai Kiadó, Budapest.
- DeBronkart, D., Sands, D. Z. (2013): Let patients help. Smash Words Edition, New Hampshire.
- Herrmann, M. J., Welke, S., Segebrecht, Schwantes, U. (2005): Let's talk about Risk - Risikokommunikation in der Hausärztlichen Kardiovaskulären Prävention. PpMP-Psychotherapie· Psychosomatik·Medizinische Psychologie. Vol. 55, No. 2 (pp. 1-56.)
- Horváth D., Mitev A. (2015): Alternatív kvalitatív kutatási kézikönyv. Alinea Kiadó, Budapest.
- Jadad, A. R. (2003): I am a good patient, believe it or not. BMJ, Vol. 326 No. 7402 (pp. 1293–1295.)
- Klemperer, D., Rosenwirth, M. (2005): Shared Decision making–ein Thema für die Selbsthilfe. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (szerk.). Selbsthilfegruppenjahrbuch. (pp. 132-136.)
- Meskó B. (2016): Az orvoslás jövője. HVG Kiadó Zrt, Budapest.
- Schwartz, B. (2016): On the paradox of choice Letöltve: https://www.ted.com/talks/barry_schwartz_on_the_paradox_of_choice?language=hu#t-251360
- Vajda B. (2011): Kommunikációs és kapcsolati tényezők jelentősége az egészségügyi szolgáltatások minőségében. Vezetéstudomány. Vol. 42. No 5. (pp. 31-44.)