



CSÓKA ILDIKÓ DR. PHARM., PhD
INTÉZETVEZETŐ EGYETEMI DOCENS, SZTE

Döntési pont

Egészségveszteség megelőésekor kit keres fel a páciens és milyen elvárásai vannak ezzel kapcsolatban?

Cikksorozatunk első részében az egészségmagatartással és az egészségveszteség megelőésével foglalkoztunk. A betegéletút következő lépésével folytatjuk: a döntéshozatal kérdésével. Vajon mitől függ, hogy az egyén kitől kérdez, honnan szerez információt egészsége/ esetleges betegsége kapcsán? Mi alapján dönti el, hogy végül hova forduljon segítségért?

DÖNTÉSI LEHETŐSÉGEK

Számos szakirodalom foglalkozik ezzel a kérdéskörrel napjainkig; Zola modellje (1973) alapján foglaljuk össze a lehetséges főbb utakat.

Öngyógyítás

Az egyén önállóan dönt, nem kér segítséget. Kulturális háttérétől függően népi gyógymódot alkalmaz (akut, enyhének vélt tünetek) vagy öngyógyszerezést választ. A kezelést „önállóan” oldja meg a saját információira támaszkodva és megítélve a tünetek súlyosságát, valamint saját veszélyeztetettségét. Itt a páciens szükség esetén bevonható a tudományos alapokon nyugvó gyógyítás területére. Amennyiben ezt állapota nem indokolja, akkor pedig hívjuk fel a figyelmét, keressen fel bennünket, ha szakmailag megalapozott információra van szüksége.



Laikus segítség kérése

Igen gyakori a tapasztaltabb családtagok (pl. kisgyermekes anya az édesanyjától), ismerősök (pl. szomszédasszonyok stb.) véleményének kérése és az arra való hagyatkozás. Egyre inkább jellemző ez a viselkedés, az egészséggel kapcsolatos „vélt tudás” igen nagy bátorsággal párosulva téves diagnózishoz és „terápiához” vezethet megfelelő szaktudás híján.

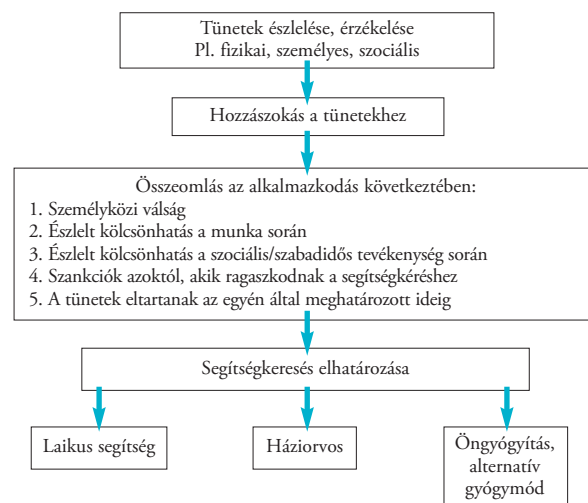
Alternatív terápiás lehetőségek igénybevétele

A tünetek súlyosságának egyéni értékelése alapján sokan fordulnak „enyhébb” gyógymódokhoz, főként a szintetikus gyógyszerekről hallott mellékhatásoktól való féle-

lem okán. Ezen alternatív lehetőségek tárháza meglehetősen nagy; egyesek az „Evidence Based Medicina” alapján is elfogadhatók, míg másoknak alig van, vagy egyáltalán nincs tudományos megalapozottsága.

Belépés az egészségügyi ellátórendszerbe

Ez történhet a háziorvos felkeresésével vagy az öngyógyszerezés kapcsán a gyógyszerertárba való érkezéssel. A betegek itt éreznie kell a tudást és a törődést, hogy az egészsége megtartásához/visszaszerzéséhez ezen a helyen megtalálják a legmegfelelőbb terápiát.



A BETEG ELVÁRÁSAI ÉS EGYÜTTMŰKÖDÉSI HAJLANDÓSÁGA

Amikor a beteg nem saját hatáskörében látja el magát, hanem ellátót (alternatív vagy egészségügyi ellátás) választ; bizonyos elvárásai vannak. Ezek teljesülésétől teszi függővé a rendszerben való maradását vagy kilépését és más megoldás keresését.

A BETEGEK ELVÁRÁSAI KÖZÖTT AZ ALÁBBI ELVÁRÁSOK TEKINTHETŐK HANGSÚLYOSNAK

- Körülmények: pontos információ arról, hogy hova kell menni, a recepciós segítőkészsége, egyeztetett találkozás az ellátóval, a megbeszélte idő tartása.
- A terapeuta személyes tulajdonságai, viselkedése: tudás, tiszta, érthető beszéd, figyelem és tisztelet jelei a beteg felé, a méltóság megőrzésének lehetősége, információ a betegség okairól és a kivédési lehetőségekről, a kezelés előnyei és hátrányai, lehetőség az életnehez-ségekre megbeszélésére, lehetőség szabad beszédre az irányított helyett, a terápiás döntésekbe való bevonás

(A. Bowling, 2012; G. Deledda et al, 2013).

A betegvárások tekintetében a szakirodalom megkülönbözteti

- a gyakorlati elvárásokat, „practical expectations” (amit az egyén valószínűsít, hogy történni fog),
- az ún. érzékelt elvárást, „perceived duty” (mi lenne a kötelessége, hogy tegyen az ellátó)
- és az ideális elvárást, „ideal expectation” (amit leginkább szeretne, hogy történjen).

Minél nagyobb a szakadék a gyakorlati elvárások és az ideális elvárások között, annál nagyobb a veszélye annak, hogy az ellátó rendszerben a bizalom, illetve az elégedettség csökken a páciens részéről.

A PÁCIENSEK INFORMÁCIÓKERESÉSI VISELKEDÉSE

Lényeges megemlíteni a döntéshozás kapcsán az információforrás kérdéskörét. Honnan szerzik az egyének az információt, ami alapján döntenek? Zola modellje érthető módon akkoriban nem foglalkozott az internet kérdéskörével.

Az egészséggel és a különböző betegségekhez kapcsolódó tünetekkel összefüggő információkhoz való hozzáférés, az **egészséggel kapcsolatos „tudás” mára már majdnem mindenkié.**

Az információs társadalomban, a világháló használatához szokott és szocializált generáció lassan belép abba a korba, amikor tagjai az egészségügyi ellátás felhasználóivá is válnak: az egészségvesztés jelei megjelennek. Viselkedésük azonban különbözik a korábban megszokottól.

„Medication Information Seeking Behaviour = MISB”-nak nevezik a betegek gyógyszerekkel kapcsolatos információkeresési viselkedését, míg az egészséggel kapcsolatos információkeresést „Health Information Seeking Behaviour”-nak értelemszerűen.

Mindkét viselkedés a rizikóhoz/vélt vagy valós veszélyhez való negatív hozzáállással kapcsolatos és az egyes modellek (pl. Comprehensive Model of Information Seeking, Risk Information Processing Model stb.) rendre a bizonytalanságérzetet, aggodást jelölik meg az információ-

keresés „motiváló” tényezőiként.

Az egyén leggyakrabban az alábbi esetekben keres információt:

- egészséges egyén valamilyen tünetet észlel: megijed, azonnal tudni akarja mi a helyzet,
- laborvizsgálat/diagnózis: az eredményeket a „kezebe nyomták”, szakorvosi időpont hetek/hónapok múlva,
- kórházi elbocsátást követő időszak: kevés információ, a zárójelentést nem érti, nem tudja mi lesz ezután,
- több orvos általi ellátás: többen írnak fel neki gyógyszert/kezelik és esetleg egymásnak valóban vagy látszólag ellentmondó információkat hall/ért a beteg,
- változtatás történik a gyógyszeres vagy általában a terápia menetében.

Azok a betegek, akik arról számoltak be, hogy interneten, tévéből, barátoktól, magazinokból stb. tájékozódtak gyógyszerelésükről 2x nagyobb eséllyel váltak nonadherenssé (lásd később a következő cikkben részletesen).

A „gyakori keresők” ugyanis hiába keresnek, nincs megnyugvás, mert ellentmondó információkat találnak; a bizonytalanság ettől fokozódik.

Főleg a 15–29 év közöttiek használnak egészségügyi szakemberen és információs anyagokon kívül tájékozdást szolgáló forrásokat (nők: magazinok, újságok, brosúrák, reklámok; férfiak: rokonok, rádió, tévé); míg az idősebbek az orvosban, gyógyszerészen bízhatnak. A laikus forrásokból történő informálódás igénye tehát az életkor előrehaladtával csökken; a jelenlegi idősebb populáció az egészségügyi információkat jellemzően az egészségügyi szakembertől kívánja megszerezni és arra támaszkodik (és nem is igen használja a világhálót!).

Az interneten történő egészséginformáció keresése várhatóan tovább növekszik; az Eurobarometer 2002-es vizsgálatban 23,1% volt, mely 2007-re 52,2%-ra nőtt (P. E. Kummervold, 2012). **Fel kell tehát készülnünk a közeljövőben az egészségügyi szolgáltatások tervezése során erre a tendenciára is.**

ÖSSZEFOGLALÁS

A döntési pontig eljutó egyén számára hozzáférhetővé kell tenni az egészségügyi szakmai tudás szükségességének igényét. Szükséges tudatosítani az egyénekben, hogy a sokszor bizonytalan forrásból származó információk téves diagnózishoz, terápiához vezethetnek és az egészségvesztés akár súlyosabbá is válhat.

További felelősségünk, hogy a páciens – amikor ellátót választ, akkor elvárásai teljesüljenek (környezet és a terapeuta személyes!), elégedett és ezzel együttműködő legyen. Minél nagyobb a betegek elégedettsége, annál nagyobb a valószínűsége, hogy a terápiával együttműködőek lesznek – itt jutunk el az adherenciához, azaz a beteg-együttműködés kérdéséhez, amelyet részletesen a következő cikkben tárgyalunk.