

A depresszió kockázata, avagy a boldogtalanság gazdaságpszichológiája

Jelen dolgozatomban bemutatom az egészségügyi szolgáltatás jellegzetességeit, külön kitérve azon kockázatterülettel kapcsolatos csapdahelyzetre, mely az eltérő informáltságból, így az eltérő kompetenciákból származtatható. Külön foglalkozok a kockázatkezelés pszichológiai sajátosságaival az orvosi kezelés során, valamint az orvos-beteg kommunikáció jellegzetes tényezőivel. Bemutatom a jelenleg ismert különböző egészségmodelleket. Külön fejezetet szentelek a depresszió epidemiológiájának, bemutatom a hivatalos orvosi és terápiás megközelítéseket, valamint ellentétpáráként egy ettől merőben eltérő nézőpontot.

Bemutatom, a kutatás eddigi eredményeit, az alkalmazott módszertant.

Az alábbi kérdésekre keresem a választ: vajon ha valaki depressziós, mekkora kockázatnak észleli az orvoshoz fordulást/ nem fordulást (azaz ha elment orvoshoz, miért ment el, ha nem, akkor miért nem). Kíváncsi vagyok arra is, hogyan vélekednek minderről a kezelésüket végző pszichiáterek.

Journal of Economic Literature (JEL) kód: I12, A12

Kulcsszavak: depresszió, egészség-gazdaságtan

Mottó

„...*idegorvoshoz* azért nem megyek, mert aznap mikor mennem kellene, éppen nagyon ideges vagyok és ilyen idegállapotban nem bírom az orvost-és végre;

pszichoanalitikushoz azért nem megyek, mert három hétig egyebet se csinál, mint hogy kielemez belőlem, hogy miért nem akarok pszichoanalitikushoz menni, mint az egyszeri tanító, aki azt mondja Mórícának: Móricka, warum bist du nicht gekommen, mire Móricka teljes joggal felelheti méltatlankodó hangon: Herr Lehrer, ich bin doch da!”

(Karinthy Frigyes: Betegek és orvosok)

1. A SZTE Gazdaságtudományi kar Üzleti Tudományok Intézetének kutatásának egészségügyi ága

Kutatásom (és így dolgozatom) része a SZTE GTK kutatásának.

A kutatás témája a kockázatterület és a kompetenciák szerepe a szolgáltatásokban, különösképp két területen: az egészségügyben és a felsőoktatásban.

A kutatás elsődleges célja annak megvizsgálása, hogy a szolgáltatásfolyamatban résztvevők (pontosabban a szolgáltató, illetve az igénybe vevő) hogyan gondolkodik a szolgáltatást nyújtó kompetenciájáról, hogyan hat ez a kockázat észlelésére, s ez

¹ SZTE, PhD Hallgató, Közgazdaságtani Doktori Iskola, 2006

kommunikációval hogyan befolyásolható. Részletesebben a következő kérdésekre keressük a választ:

- Melyek azok a tényezők, amelyek befolyásolják a kompetenciát?
- A folyamat során változik – e a kockázatérzet?
- Melyek azok a tényezők, amelyek befolyásolják a szolgáltató, illetve az igénybe vevő szolgáltatóval kapcsolatos észlelt kompetenciáját?
- Melyek azok a tényezők, amelyek befolyásolják a szolgáltató, illetve az igénybe vevő által észlelt kockázatot?
- Kezelhető – e az észlelt kockázat? Ha igen, hogyan?
- A kockázatmenedzsment hogyan változtatja az észlelt kockázatot?
- Milyen szerepe van a kockázat kommunikációjának? Befolyásolja – e, és ha igen, hogyan az igénybe vevők észlelt kockázatát?

Kutató csoportunk az egészségügyi és a felsőoktatási szolgáltatásügyletek során létrejövő kockázatérzettel kapcsolatos csapdahelyzetek feltárásán dolgozik, melyek főként az eltérő informáltságból, s így az eltérő kompetenciákból származtathatóak.

1.1. Az egészségügyi szolgáltatás jellegzetességei

Nem könnyű megfogalmazni, hogy az egészségügyi ellátást igénybevevők milyen szolgáltatást is vesznek igénybe. Egy laikus azt gondolhatja, 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 közelebbről 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 orvost 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 se világos, hogy miért fordult hozzá a beteg, és sejthető, 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 se tudja megfogalmazni, hogy mi is a szükséglete.

Ezek az előzetes - és esetleg nem is megfogalmazott - elvárások nagyban befolyásolják, hogy hogyan észleli a szolgáltatással kapcsolatos kockázatot a beteg illetve az orvos. Magát az orvos-beteg kapcsolatot, az orvos-beteg viszonyt mind a két résztvevő értelmezi a maga módján, és a találkozás kezdetekor ezekkel az értelmezésekkel, és az ezekhez kapcsolódó viselkedési sémákkal, stratégiákkal elvárásokkal, vágyakkal vág bele a találkozásba. Mind a két fél kommunikálja a maga értelmezéseit, és az értelmezésekkel kapcsolatos bizonytalanságait is. Ha visszatérünk az eredeti kiindulópontunkhoz, vagyis a szolgáltatások területére, akkor úgy foglalhatjuk 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.

Hogy mit is vár a beteg az egészségügyi ellátástól, azt megközelíthetjük arról az oldalról is, hogy mikor elégedett a szolgáltatással. Ezzel kapcsolatban is komoly kritikai megjegyzéseket lehet tenni, melyekre majd a betegelégedettséget befolyásoló tényezők összefoglalása után térünk ki. 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; 1990).

Összefoglalva a fent leírtakat, az egészségügyi szolgáltatások jellegéből fakadóan elkerülhetetlenül információs aszimmetria lép fel. Ez minden olyan piacra jellemző folyamat, ahol az eladó többet tud a tranzakció tárgyáról, mint a vevő. Az egészségügyben, a kínálati oldalon, elsősorban az orvosoknál többlettudás halmozódik fel a tranzakció tárgyáról, vagyis például az adott betegség gyógyításáról, a gyógyítási folyamat valódi hasznosságáról és költségeiről, valamint az egyes beavatkozások valódi kockázatáról, a káros mellékhatások valószínűségéről. Ez az információs aszimmetria sajátos kockázatkezelési folyamatokat eredményez a betegnél, és fokozza például a kockázatkommunikáció, vagy az orvos észlelt kompetenciájának szerepét a beteg saját egészségével kapcsolatos döntéseiben, illetve az egészségügyi szolgáltatás színvonalának megítélésében.

A beteg kiszolgáltatottsága tovább árnyalja a képet. Az orvosnak hatalma van a beteg felett, amely részben a tudástöbbletből, aszimmetrikus információkból fakad; részben a nagyobb döntési lehetőségéből. A beteg szuverenitása viszont sérül, gyakran nincs döntésképes helyzetben. Ez a kiszolgáltatottság csökkenthető, de teljesen kiküszöbölni nem lehet. A csökkentésre a törvényi szabályozás, az orvosi kommunikációs kultúra, az etikus hozzáállás és az anyagi ösztönzés adhat módot.

1.2. A kockázátészlelés pszichológiai sajátosságai az orvosi kezelés során

Többféle kockázat is megjelenik ebben a helyzetben. Jelen van az egészségi állapottal kapcsolatos aggodalom. Mi a kockázata egy beavatkozásnak, mi a kockázata egy betegségnek? Ez mind az orvos, mind a beteg részéről megjelenhet. Ugyanakkor észlelnék a felek kockázatot azt illetően is, hogy sikerül-e a szolgáltatást nyújtani. Ez a kockázati tényező szintén mind a két oldalon megjelenik. Tehát a kockázat fajtái ebben a helyzetben:

1/a) A beteg vélekedése az egészségi állapotával kapcsolatos kockázatokról. Például mit gondol arról, hogy ha a minden nap jelentkező kisebb ízületi panaszokkal nem keres fel orvost, annak mi a kockázata.

1/b) A orvos vélekedése az egészségi állapotával kapcsolatos kockázatokról. Amint az az előzőből is kiderül, ez sokszor az orvos-beteg találkozást követően se vág egybe a beteg elképzeléseivel. Van, hogy az orvos egyértelműen nem törekszik a beteg jó informálására. Ilyen helyzet például a gyógyíthatatlan beteg diagnózisának közlése,

vagy a betegre való "ráijesztés". E két eset egyikében sincs általánosan elfogadott és bevett szakmai ajánlás a kommunikáció módjára.

- 2/a) A beteg vélekedése a szolgáltatással kapcsolatos kockázatokról. Mit gondol a beteg az orvostól, akihez fordul? Mennyire felkészült, mennyire ért a szakmájához?
- 2/b) Az orvos vélekedése arról, hogy az adott betegnek milyen eséllyel tudja a megfelelő szolgáltatást nyújtani. Mennyire hajlandó a beteg együttműködni? Megérti-e a beteg a kezelés jelentőségét. Betartja-e az orvos utasításait? Rá tudja-e venni az orvos a beteget, hogy betartsa az utasításait.

Élhetünk azzal a felosztással, hogy az 1/a, 1/b pontok a szolgáltatási tranzakció személyeihez kötöttek, míg a 2/a és 2/b pontok a személyek viszonyától függ, mely a kommunikáció során alakul. Ez a felosztás mint látni fogjuk merőben elméleti, mind a négy fajta kockázateszlelés és annak kommunikációja kihat a másik háromra.

1.3. Az orvos beteg kommunikáció jellegzetes tényezői

1.3.1. A szakértő – laikus szemléletbeli különbségei a kockázatok észlelésében

Slovic (1987) a laikusok kockázateszlelésének jellegzetességeit kutatta, fontosnak tartotta a laikusok kockázatról alkotott képének megismerését. Legfontosabb kérdései közül néhány: Melyek az észlelt kockázatot meghatározó tényezők? (Fogalomhasználatbeli jellegzetességek, érzelmi tényezők befolyásoló ereje, a módszerek adekvátsága...) Milyen pontos az átlagember észlelése? (A „torzítások” oka az információk hiányossága, vagy a képességek korlátozott volta?) Milyen intézkedésekre van szükség a kockázattal szembeni felvilágosító magatartás kialakulásának előmozdítására? Mennyire tudják megbecsülni a szakértők, hogy hol vannak szakértelmük határai?

Eredményei azt mutatják, hogy a laikusok kockázattal kapcsolatos tudása a kevesebb információ és esetleges tévedések ellenére is olyan szabályosságot mutató megfontolásokat tükröz, amelyek tipikusan hiányoznak a szakértők kockázátértékeléseiből (Slovic, 1987. p. 466). E gondolatok a kockázat észleléssel és kommunikációval kapcsolatos szakirodalomban ma már központi szerepet játszanak.

A laikusok esetében nagymértékben befolyásolja a kockázat észlelésének milyenségét az önértékelés szintje, az, hogy mennyire tartja magát a személy kompetensnek, hogyan értékeli saját képességeit a valószínűségi becslések terén. Akik bizonytalanok és nem tartják kompetensnek magukat, általában túlbecsülik a kockázatot és túlságosan elővigyázatosak.

Akik jól informáltak, tapasztaltak és önállóan tartják magukat, inkább alábecsülik a kockázatokat, mert nehezen tudják elképzelni a kontroll elvesztését a helyzet felett. Fischhoff és Beyth (1975) vizsgálatai szerint a kísérleti személyek, amikor korábbi becsléseikre kellett visszaemlékezni, ezeket rendszeresen a tényleges eredmények irányába torzították. Slovic és Fischhoff úgy látták, hogy a laikusok nincsenek tudatában annak, hogy mennyire bizonytalan feltevéseken alapulnak az ítéleteik. (Tehát nem csak azzal nincsenek tisztában, hogy miket kellene mérlegelni, de azzal sem, hogy mennyire nincsenek tisztában ezzel.)

1.3.2. Az orvos – beteg kapcsolat eltérő felfogásai

Az orvos-beteg konzultációk egyik alapmodelljét Long és Bryne 1976-os kutatásuk alapján fogalmazták meg (Bryne, Long; 1976). A kutatásban összesen 2500 családorvosi rendelőben lefolyt konzultációt rögzítettek és elemeztek. A vizsgálatban holland és ír orvosok és pácienseik vettek részt. A vizsgálat egyik legfontosabb eredménye az úgynevezett betegközpontú és az orvosközpontú konzultációs stílus elkülönítése volt. Mindenek előtt érdemes kiemelni azt az eredményt, hogy a felvett konzultációk stílusa úgy tűnt, hogy leginkább nem a betegről és nem a szituációról, hanem legerősebben az orvostól függött. Röviden összefoglalva a konzultációknak két jól elkülöníthető csoportja rajzolódott ki az elemzésekből. Az orvosok egyik csoportját a találkozás során a gyors információszerzés szándéka jellemezte, mely alapján diagnózist állítottak fel a maguk számára, majd a gyógyulás érdekében szükséges további lépéseket közölték a beteggel. Az orvosok másik csoportjára sokkal inkább jellemző volt, hogy a gyógyítás folyamatába megpróbálják aktívan bevonni, bekapcsolni a beteget, teret engednek a beteg véleményének, fantáziáinak, esetleges elképzeléseinek, sokkal inkább a megértés jellemzi őket a beteg irányába, mint a beteg utasítása. Az alapvető különbség a két szemlélet között abban fogható meg, hogy melyik szerint ki dönt a betegről.

Az orvosközpontú konzultációt az orvos részéről egyfajta autoriter viselkedésmód jellemzi. Ennek a kommunikációnak a pszichológiai hatásai a következőkben foglalhatók össze:

- az orvos, a beteget gyerek szerepbe helyezi,
- a szituációt alapvetően a beteg bizonytalanságérzésével manipulálva irányítja, uralja, miközben lehetséges, hogy ütközik a beteg autonómia igényével,

- ha a beteg érzelmileg el tudja fogadni ezt a helyzetet (vagyis pszichológiai szakkifejezéssel élve be tud hódolni), akkor nagy biztonságot ad, ami jelentős szorongáscsökkenéssel járhat.

Ugyanakkor a szorongás csökkenthető a beteg bevonásával is, tehát az orvos-beteg kapcsolat építésének nem ez az egyetlen útja.

Több megjegyzést is érdemes ezzel az alapvető jelentőségű vizsgálattal kapcsolatban tenni. Egyrészt érdemes külön kiemelni, hogy bár első olvasásra egyértelműen a betegcentrikus szemlélet tűnik szimpatikusabbnak a legtöbb olvasó számára, ez mégis egyfajta értékítélet mely vélhetően a demokratikus módszerek és az autonómia iránti egyre nagyobb igényből fakadhatnak.

Másrészt különösen nagy jelentősége van a vizsgálat helyének és idejének. Sejthető, hogy mind világviszonylatban, mind hazánkban jelentős változások történtek a társadalmi elvárások és szerepek tekintetében a vizsgálat óta eltelt 30 évben. Komoly kutatást érdemelne, hogy vajon ma Magyarországon az embereknek mennyire vagy milyen esetekben van igénye a betegcentrikus megközelítésre. Könnyen elképzelhető eltérő kulturális és történelmi háttérünkből adódóan, hogy a magyar páciensek egészen máshogyan reagálnak a betegcentrikus szemléletű orvosra, mint az 1976-os minta holland és ír páciensei. Nem egyértelmű, hogy a magyar beteg esetleg nem igényli-e sokkal határozottabban az utasító és gyerekszerepbe helyező orvosi magatartást. Nem világos, hogy a magyar beteg hogyan reagálna arra, ha az általa esetleg igen kiemelt tekintélyszemélyként kezelt orvos a gyógyítás folyamatába őt is be szeretné vonni, és az együttműködésére számít.

1.3.3. Az orvos illetve a beteg szerepről kialakított elképzelések

Megerősítést nyert hogy az orvos-beteg találkozás egyik és másik fél által megélt minőségét nagyon nagyban befolyásolja, hogy melyik szereplő milyen elképzelésekkel él a szituációban rá eső szerep természetét illetően. Ez különösen fontos pontja a témakörnek, mert úgy tűnik, hogy a társadalmunkat átható, minden szociális szerepre kiterjedő változás az egészségügyi szerepeket se hagyta érintetlenül (Buda; 1999). Ezen változások szerepbizonytalansághoz vezetnek, sem az orvos, sem a beteg számára nem mondható el általánosságban, hogy egyértelmű lenne a beteg- illetve orvosszereppel járó jogok, kötelezettségek, játékszabályok összessége. Mindezzel kapcsolatban a társadalom, a szakma, az egészségügy is ellentmondásos képet közvetít, és ezzel az ellentmondásos képpel küzd is.

Ezen bizonytalanságok egyik gócpontja mellesleg pont az, hogy az egészségügyi ellátás tekinthető-e szolgáltatásnak, és amennyiben igen, akkor milyen következményekkel jár ez. Mindezek a szerepbizonytalanságok Magyarországon vélhetően hatványozottan fejtik ki hatásukat az utóbbi legalább 20 éve hirtelen társadalmi változásainak köszönhetően, melyek nagytöbbsége nem természetes folyamat eredményeként alakult ki a közösségben, hanem különböző hirtelen és külső hatások eredményeként állt elő.

Általában elmondható, hogy az orvos-beteg találkozás közben a szerepbizonytalanság nehezíti a kommunikációt, és melegágya az ellátással kapcsolatos elégedetlenségnek (Molnár, Csabai; 1994). Buda Béla is kiemeli, hogy az orvos-beteg találkozásnak már már külön része az egyes szerepekre vonatkozó elvárások egyeztetése vagy ütköztetése (Buda; 1999). Sejthető, hogy a társadalom egyre több színterén és egyre artikuláltabban megfogalmazódó autonómiaigény egyre nehezebben egyeztethető össze azzal a "hagyományos" orvos-moddal, mely autoritásánál fogva élhet a beteg utasításának jogával. A szerepeket illetően nagy általánosságban a pszichológia azt az összefüggést állapítja meg, hogy az ilyen helyzetekben az tud hatékonyan működni, aki képes gyorsan és rugalmasan váltani az egyes szerepek között, amihez pedig a személyiség rugalmassága és a jól kidolgozott szakmai identitás tud szilárd alapot adni.

Mindez ahhoz járul hozzá, hogy az orvos-beteg találkozás az esetek nem kis részében egyben egyeztető fórum is - akár észreveszik ezt a felek, akár nem. Egyeztetni kell, hogy ki hogyan képzei a maga szerepét ebben a helyzetben, és hogy hogyan tudnak ezek a szerepek egymással együttműködni. Sejthető, hogy a pályakezdőknek különösen nagy nehézségei vannak ezen a téren. Mindezek a szerepekkel kapcsolatos kérdések igen nagy hatással vannak a betegelégedettségre és vélhetően a kockázatészlelésre is. Feltehető, hogy egy maga feletti autoritást elváró beteget elégedetlenné tesz egy nagyon kooperálni és egyenrangúként kezelni szándékozó orvos. A beteg számára akár az orvos kompetenciája is megkérdőjeleződhet ebben a helyzetben. Tűnhet számára úgy, hogy az orvos bizonytalan, mikor őt is bevonja abba, hogy a megfelelő terápiát kiválasszák. Ugyanakkor nyilván a fordított reláció is fennállhat: egy erősen orvos-központú konzultáció után érezheti úgy a beteg, hogy nem tudta elmondani, hogy mi is az ő igazi problémája, nem hallgatták meg, nem könnyebbült meg igazán. Általánosságban úgy fogalmazható meg ez a sejtés, hogy vélhetően emeli a szolgáltatással kapcsolatban észlelt kockázatot (minkét oldalon), ha a másik fél nem az előzetes szerepelvárásaimnak megfelelően viselkedik, vagy pontosabban ha a szolgáltatás folyamán nem tud a két fél megegyezni abban, hogy milyen szerepek mentén tud a szolgáltatás megvalósulni.

Könnyen elképzelhető, hogy a mögött az általános trend mögött, hogy az egészségügyi ellátással kapcsolatos elégedettségben kiugróan nagy szerepe van a kommunikációs elemeknek, pont az itt tárgyalt szerepbizonytalanság áll.

1.4.4. Különböző egészségmodellek

Vélhetően nem kis mértékben az utóbbi évtizedek társadalmi hatásai is közrejátszottak abban, hogy az egészségügy szférájában világviszonylatban új szemléletek jelentek meg a gyógyítás célját és értelmét illetően. Röviden úgy fogalmazhatjuk meg, hogy a rendkívül hosszú időn keresztül egyeduralkodó biomedikális egészségügyi modellel szemben - melyben a betegség egyértelműen és kizárólag fizikális, testi, fiziológiai elváltozások következménye, s ebből adódóan a kezelésnek az egyénre és annak kizárólag testi folyamataira kell koncentrálnia - eleinte alternatívaként adódott, majd helyenként fel is váltotta azt a bio-pszicho-szociális modell - melyben a beteg állapotára nem csak hatással van, de annak kialakulásában és rendeződésében is alapvető jelentőségű a beteg társadalmi, gazdasági környezete, mentális állapota, pszichológiai tulajdonságai, emberi kapcsolatai, s így a gyógyító tevékenység sem korlátozódhat kizárólag a beteg testének fizikai vizsgálatára és alakítására. A bio-pszicho-szociális modellben a beteg betegsége nem független annak személyiségétől, élettörténetétől, családi háttérétől, szociális helyzetétől, kulturális értékeitől és látásmódjától.

Ma Magyarországon az orvostársadalommal szemben egyrészt egyre határozottabb elvárásként fogalmazódik meg, hogy az orvos foglakozzon a beteggel mint személlyel, vagyis egyre határozottabb a betegcentrikus szemlélet felé való elmozdulás igénye, mind bizonyos szakmai körökben, mind a társadalom részéről. Ugyanakkor az orvosképzés az utóbbi legalább 50 évben egyértelműen a biomedikális modell talapzatára épült fel, és a helyzet ha változik is, csak nagyon és bizonytalan lassú lépésekkel halad a bio-pszicho-szociális modell irányába. A ma praktizáló orvosok elsöprő többsége az egyetemi éve alatt jó eséllyel semmit nem hallott arról, hogy hogyan kell halálhírt közölni, hogy milyen kommunikációs manőverekkel lehet egy beteget együttműködésre bírni, hogyan lehet felismerni az együtt nem működés mögött rejlő motívumokat, és hogyan lehet ezeket nem kritizálva megérteni. Vélhetően nem hallott sokat arról, hogy hogyan befolyásolja a beteg kommunikációját a saját szorongása, vagy hogy egyáltalán milyen okokból szoronghat a beteg, amikor orvoshoz fordul. Úgyszintén nem hallhatott sokat arról, hogy hogyan befolyásolja a saját szorongása a beteget, illetve kettőjük kommunikációját, stb. Tehát az egyre körvonalazottabban megfogalmazódó igényekkel szemben sokszor a teljes eszköztelenség áll. Van aki

természetéből adódóan ráatalál, hogy hogyan lehet a “beteggel is foglalkozni, nem csak a betegségével”, de akinek ez nem adódik magától, az nagyon sokszor azt az - egyébként teljesen természetes utat választja -, hogy elmenekül az emberi jelenségek ingoványos talajáról a fiziológiai folyamatok és jól mérhető biokémiai reakciók biztonságosan felépített természettudományos várába. Mindez arra mutat, hogy nem csak a társadalom él egyidejűleg többféle összeegyeztethetetlen szerepelvárással az egészségügyi személyzettel szemben, hanem magukon az egészségügyi szakmákon belül is ellentmondásos szerepmoდეllek élnek egyszerre.

A kutatás egészségügyi ága tagjaként úgy vélem, hogy a depresszió, mint korunk egyik leggyakoribbá vált betegsége külön figyelmet érdemel. Erre dolgozatomban külön kitérek, milyen társadalmi és gazdasági károkat okoz a depresszió, és mibe kerül akár a kezelése, akár a nem-kezelése (azaz a kezeletlen depressziósok). Sajnos nem egységes a szakma (orvosok – pszichiáterek, pszichológusok) véleménye még a definíciót illetően sem, a kezelésről (mikor és kit kell kezelni, és ha kezelnek, akkor hogyan) nem is beszélve. Ezért megpróbálom összefoglalni a jelenleg érvényes szakmai irányzatokat a depresszió definíciójáról, létrejöttének lehetséges elméleteiről, és az érvényben lévő szakmai protokollok szerinti kezeléséről.

2. A depresszióról

2.1. A depresszió előfordulása

A WHO adatai szerint (1997) világszerte évente kb. 100 millió embernél alakul ki depresszió. Az alapellátásban megjelenő betegek mintegy 10%-a depressziós. 1990-ben a depresszió a 4. helyen állt a társadalom és a beteg számára legnagyobb terhet jelentő betegségek listáján, és előreláthatólag 2020-ban kerül az első helyre.

Megbízható felmérések kimutatták, hogy életük során az emberek 12-19%-a esik át legalább egy súlyos (major) depressziós epizódon. Az éves előfordulás tekintetében a lakosság 6-8%-a, minden adott hónapban pedig 3-5%-a szenved depresszióban. Ez Magyarországon éves szinten 800.000, havi szinten több mint 500.000 embert jelent.

A WHO 2001-es felmérése szerint jelentős különbség mutatkozik a férfiak és nők vonatkozásában. Az adatok szerint a férfiak 5,8%-a, míg a nők 9,5%-a él át egy depressziós epizódot bármely adott év során. Tehát általánosságban azt mondhatjuk, hogy megközelítőleg kétszer annyi nő szenved depresszióban, mint ahány férfi.

Ezen felmérések azt is kimutatták, hogy a depressziós betegek jelentős hányada (fele, kétharmada) nem fordul orvoshoz, mivel nem is gondolják, hogy gyógyítható állapotról, illetve betegségről van szó és a panaszokat egyértelműen csak kifáradásnak, elfásultságnak illetve külső negatív életeseménynek tulajdonítják.

2.2. Öngyilkosság

A pszichiátriai betegségek közül leggyakrabban a hangulatzavarokhoz társul öngyilkosság. Kórházi kezelést igénylő, súlyos depressziós betegek között az öngyilkossági halál 10-25%. Az öngyilkosok 50-86%-a depressziós.

Évente 100 000 emberből 10-20 követ el öngyilkosságot. Az öngyilkosság gyakorisága országonként és kultúránként jelentős különbséget mutat, vannak országok ahol következetesen 10/100 000 alatt marad, másutt megközelíti a 40/100 000-t. Általában férfiak négyszer gyakrabban halnak meg öngyilkosság következtében, mint nők, de a nemek viszonyában még egy országon belül is jelentős eltérések vannak.

Amióta csak rendelkezésre állnak adatok, Magyarország vezető helyet foglal el az öngyilkossági statisztikában. A 19. század második felében Magyarországon az öngyilkosok aránya az akkori statisztika szerint 5/100 000 volt. A század végére ez a szám 20/100 000-re, 1920-ra 28/100 000-re emelkedett. A csúcst 1973-ban érte el, ekkor ez a szám 45/100 000 volt.

Ma Magyarországon az öngyilkossági arány 35/100 000 körül van. Amióta a balti államok (Észtország, Litvánia, Lettország) is publikálnak ilyen adatokat, azóta ők megelőzik Magyarországot. Utánunk Ausztria következik ahol ez a szám 26/100 000. Az USA-ban 11/100 000, Görögországban 4/100 000.²

2.3. A depresszió hivatalos orvosi és terápiás megközelítése

A pszichiátriai zavarok olyan magatartásbeli vagy pszichológiai tünet - együttesek, melyek jelentős szenvedést, ill. munkaképesség – csökkenést okoznak, vagy számottevően fokozzák a szenvedés, fájdalom és a halál ill. a cselekvőképesség beszűkülésének vagy elvesztésének reményét. A leggyakoribb pszichiátriai megbetegedések: a depresszió, a szorongásos zavarok, a pszichoaktív szer ártalmas használata és függőség, és a pszichózisok.

² <http://www.depresszio.hu/miadep.php>

A major depressziós zavar (major depressive disorder, MDD) egy hangulati zavar – egy olyan tünetegyüttes, amely jelentősen befolyásolja a páciens munka – és tanulási képességét, táplálkozási és alvási szokásait, munkára és tanulásra, valamint az öröme való képességét. A MDD tünetei folyamatosan fennállnak, és olyan súlyosak, melyek már számottevően rontják az illető mindennapi életvitelét. Az MDD diagnosztikus kritériumait a Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvének negyedik, átdolgozott kiadása (Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, DSM-IV-TR) rögzíti.

A depresszió tünetei között lelki (az érdeklődés elvesztése, levert hangulat, szomorúság, anhedónia, értéktelenség és büntudat érzése, szorongásos tünetek, csökkent koncentrációs képesség, halál vagy öngyilkosság visszatérő gondolata) és testi vonatkozásúak (fáradtság, hát- nyaki- és válltáji fájdalmak, insomnia vagy hypersomnia, fáradtság, étvágy és testsúly jelentős változása, egyaránt találhatók.

Az MDD előfordulásának valószínűsége (az élettartam – prevalencia) kétszer gyakoribb nőkben (15-20%) mint férfiakban (5-12%). Kulturális különbségek jelentősen befolyásolhatják a depressziós tünetek megjelenését és felvállalását. Az előzetes epizódok száma növeli a következő epizódok valószínűségét. Az MDD számottevő mortalitással és morbiditással jár. Az MDD-s betegek 15%-a öngyilkosság következtében hal meg.

A legtöbb depressziós beteggel az alapellátás találkozik. A depressziós betegek gyakran nem lelki panaszokkal fordulnak orvoshoz, hanem testi tünetekkel. Őnáluk nehezebb a depresszió diagnózisának felállítása, sőt, gyakran el is marad. A leggyakoribb diagnosztikus eljárások és eszközök: klinikai interjú, DSM-IV-TR diagnosztikus kritériumok, pszichés státusz vizsgálata, depressziós skálák (értékelők és önértékelők), betegeducációs eszközök és tünetlisták, és a differenciál diagnózis (olyan betegségek kizárása, mint pl: a hypothyreosis, neurológiai megbetegedések, vitaminhiányos állapotok, stb). A felmérések azt mutatják, hogy a klinikailag jelentős depressziók több mint 50%-a diagnosztizálatlan marad az alapellátásban. A diagnosztizálatlan depressziós betegek jellemzően gyakrabban veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, és nagyobb kiadást jelentenek.

Bár a depresszió pontos oka ma sem ismert, számos teória látott már napvilágot, melyek közül a legfontosabbak: biokémiai teória, pszichológiai teóriák, szociális teória, öröklődéssel/genetikával kapcsolatos teóriák és az integratív teória.

Gyógyszeres és nem gyógyszeres kezeléseket egyaránt alkalmaznak a depresszió kezelésében. Utóbbiakra példák: pszichológiai terápiák (NLP, kognitív terápiák),

elektrokonvulzív terápia (ECT), nervus vagus stimuláció, pszichichirurgiai módszerek és alternatív terápiák (gyógynövény kivonatok, homeopátia, stb).

A depresszió kezelésének célkitűzései: a remisszió elérése („olyan, mint régen”), a beteg visszanyerje munkaképességét, javítani a beteg életminőségét, csökkenteni az egészségügy terhelését.

A depresszió gazdasági vonatkozásai:

- a rokkantosításhoz vezető leggyakoribb ok (10,7%)
- gyakori komorbiditás (pszichiátriai, szomatikus)
- egészségügyi ellátórendszer terhelése (szakszemélyzet, TB kassza)

2.4. Mit mond a pszichológus?³

Ismerjük a lelki élet valóban kóros zavarait, amelyek feltétlenül pszichoterápiás, pszichiátriai, sőt gyógyszeres kezelésre szorulnak. De ne minősítsünk minden pszichés problémát, nehézséget, kudarcot, megoldatlanságot kezelendő betegségnek. Az önmagával vívódó, elégedetlen, helyzeteivel küszködő ember lehet pszichésen egészséges, sőt! - belső küzdelmei éppen az egészségéből, problémabelátásából, a változás és változtatás igényéből fakadnak.

Az emberi kultúra erőfeszítésből származik. A kultúrateremtő erőfeszítések közé tartozik az ember belső vívódása önmagával, kínlódásai azon a fejlődési úton, amelyet végigjár. Technikai kultúránk által kifejlesztett kényelmi igényeink azonban mintha lassan átszivárognának a psziché birodalmába is. Elkényelmesedünk önmagunk faragásában és nevelésében, ellustulunk emberi kapcsolataink ápolásában, kikerüljük kényes és feszült helyzeteink megoldását. Ez a lustaság nemcsak kompromisszumokra, szkepticizmusra való hajlandóságunkban jelenik meg, hanem általában a pszichés erőfeszítések elkerülésében. Jobb egy-egy tablettá beszédésével, erőfeszítés nélkül csökkenteni idegességünket – mint kemény munkával végigjárni egy önismereti utat, hogy a saját erőnkől ismerjük meg feszültségeink okát és jussunk túl rajtuk. De vajon jobb-e? Sokkal egyszerűbb tanácsot kérni valakitől, mint vállalni a döntés felelősségét. Azonban a mástól kapott tanács, ami egy másik ember élményvilágából, értékrendjéből származik, vajon a saját énkéntől nem idegen-e? Vagy ezt az árat fizetjük meg inkább, csak hogy másra háríthassuk át a belső terheinket? Egyszerűbb panaszkodni, mint kiverejtékezni a megoldást. És vég nélkül – sokaknak és sokszor elismételve ugyanazt – panaszkodunk. Jobb arra az álláspontra helyezkedni, hogy ugyan

³ Popper, 1990

csináljanak már velem valamit a pszichés „nagyhatalmak”, mint lépcsőről lépésre taposni ki saját hiteles utunkat – legyen az bár olyan keskeny kis ösvény – de valóban a mienk. Jobb? ... Bármilyen furcsán hangzik: *az önmegismerés és a változtatás lehetőségének belső előfeltétele önmagunk szeretetteljes elfogadása.*

Ha megrajzolnánk egy tökéletesen kiegyensúlyozott ember ideális képét, mit mondhatnánk róla? Talán csak ennyit:

Képes arra, hogy *tehetségének, képességeinek megfelelően teljesítsen, produkáljon tanulásban, munkájában, hivatásában.*

Képes arra, hogy *jól érezze magát a világban*, képes életörömré, képes élvezni az élet által nyújtott lehetőségeket: az evést, a munkát, a pihenést, a kultúrát.

Képes arra, hogy a produkciói, jó közérzete megteremtése során ne zavarja, *ne tegye tönkre más emberek életét*; mindez ne mások rovására történjen; tehát képes szociális beilleszkedésre.

Sok ez vagy kevés? Mindenesetre kevesen mondhatják el magukról, hogy így élnek. De valószínűleg így szeretnének élni. (Popper, 1990)

2.5. Depresszióipar⁴, avagy egy másik pszichológus véleménye

A DSM-IV-TR depressziófelfogásának belső ellentmondásai

Nyíró Gyula pszichiáter 1967-os „Pszichiátriá”-jában, a „kis-Nyíróben” mindössze kilenc oldalt szentel a psychosis maniaco-depressiva kórképnek. Ebben Szegedy, a fejezet szerzője így ír: *„A valóban mániás-depressziós elmezavart azok a hangulatéletbeli zavarok teszik, amelyek bizonyíthatóan külső ok nélkül, valószínűen örökletes alapon, de mindesetre familiárisan fordulnak elő, ritkábban az életben egyszer, gyakrabban periodikusán vagy cirkulárisan ismétlődve. ...A megbetegedés keletkezésében az exogén tényezők szerepe elenyésző....igen jó eredmények érhetők el Melipramin(imipramin) alkalmazásával.”* Kielholz (1968) a Baseli Egyetem professzora ott bábáskodott az antidepresszánsok születése és kipróbálása körül. ... Kielholz szerint első lépésben el kell különíteni az endogén és a pszichogén depressziót, majd *„A pszichoreaktív depressziót keletkezésének megfelelően elsősorban pszichésen kell kezelni”*.

A hatvanas években tehát még élesen elkülönítették az endogén/biológiai depressziót a reaktív/neurotikus depressziótól. Az utóbbi évtizedekben rohamosan elterjed kutatási és

⁴ Az alábbi rész a következő honlapról általam kiragadva:
<http://www.antidepresszans.tenyek-tevhitek.hu/antidepresszans-tanulmany.htm>
A szerző Szendi Gábor (ld irodalomjegyzék)

diagnosztikus rendszer, a DSM (Diagnostic and Statistical Manual) nozológiai rendszere több mint betegségosztályozó rendszer, a DSM egy betegségmodell, amely számos alapvető torzulást eredményezett a kutatásban és a klinikai gyakorlatban. A DSM betegségosztályozó rendszer alapvetően behaviorista szemléletű fenomenológiai nozológiát ad, vagyis adott betegséget a tünetek meghatározott csoportjával jellemez, kijelöli, hány tünetnek kell egy időben fennállania, milyen idői és intenzitásbeli kereteken belül. Az orvoslásban alaptézis, hogy hasonló vagy akár azonos tüneteket eltérő betegségek is okozhatnak, a differenciáldiagnózis etiológiai megközelítés alapján hozott hipotéziseken keresztül történik.

A mentális betegségekben ugyanez a helyzet, a tünetek legkorrektebb elemzése sem vezet automatikusan helyes diagnózishoz, legalábbis etiológiai értelemben nem. A kutatásban kardinális problémákhoz vezet a DSM-rendszer alkalmazása, amelynek alapján homogénnek tekinthető betegcsoport valójában eltérő etiológiájú betegségekben szenvedő emberekből állhat. A DSM-rendszer komoly problémája, hogy hozzájárult ahhoz, amit az „életproblémák medikalizálásának” nevezhetnénk. Ez fakad a fenomenológiai szemlélethez, amely az okokat nem firtatva csak a „végeredményre”, a kialakult állapotra figyel. Ezért alakulhatott ki az a helyzet, hogy a major depresszió diagnosztikus kategóriájába bekerült az ún. atípusos depresszió, ami valójában feltehetőleg azonos a neurotikus depresszióval, és ennek komoly kihatása van mind a kutatásra, mind a klinikai gyakorlatra, nem beszélve a félrekezelte és félrevezetett milliókról, akikkel elhitetik, hogy „kémiai kiegyensúlyozatlanság”-ról van szó, s nem életnehézségekről, tartós rosszkedvről, deprimáltságról. A jelenleg érvényben lévő DSM-IV-TR alapvető problémája, hogy tüneti hasonlóság alapján, a soha nem igazolt „biokémiai egyensúlyzavart” tételezi fel igazolatlanul minden „depressziós” cinkével ellátott betegnél.

Ennek kapcsán Van Praag és mtsi. (2004) ezt írták: *„Tünettaniilag heterogén, nehéz mérni, diffúz, alig korrelál biológiai mutatókkal”* (248. oldal). Másutt: *„Hogyan lehet határt vonni a szomorúság és a depresszió, az aggodalmaskodás és a patológias hangulatváltozás közt úgy, hogy annak alapján dönteni lehessen a terápiás beavatkozásról, meg lehessen jósolni a lefolyást és a végső kimenetet?”* Nagy probléma ez, írják a szerzők, mert a kevert betegcsoportokon igen kicsi az esély arra, hogy az antidepresszánsok hatékonyságát igazolni lehessen. Hasonlattal élnek: kicsi volna az esély a tuberkulózis okának kiderítésére, ha a vizsgálati csoportban tuberkulotikus és náthás betegek volnának összekeverve (Szendi, 2005, 4–5. oldal).

Az antidepresszánsok hatástani vizsgálata általában

Persze sokszor van az úgy, hogy hibás az elmélet, a gyógyszer mégis hat. Ez azonban sem a régi triciklikus, sem a modern SSRI-okra nem áll. ... A placebokontrol a vizsgálatokban azért szükséges, mert csak így lehet elkülöníteni, a hatás mekkora része köszönhető az aktív hatóanyagnak, és mekkora részéért felelős pusztán a kezelésbevétellel és a tablettaszedéssel járó placebohatás. A gyógyszerhatást úgy kapják meg, hogy az aktív vegyületet szedő csoport átlagos javulásából levonják a placebo kapott csoport átlagos javulását.

Az újabb antidepresszánsok esetén sem jobb az eredmény:

Az elemzések azt mutatják, hogy a gyógyszeripari propaganda, és az antidepresszánsok napi rutinszerű pszichiátriai alkalmazása ellenére tudományosan nem igazolható az antidepresszánsok hatásossága depresszióban. A tudományban a negatív eredmény is eredmény, és az antidepresszánsok a vizsgálatok kb. 50%-ban hatástalannak mutatkoznak.

Jogos a kérdés, hogy lehet akkor ezeket a szereket törzskönyvezni és forgalmazni? A válasz az, hogy a gyógyszer-törzskönyvezési szabályok nem felelnek meg a tudományos vizsgálat kritériumainak, ugyanis a szabályok szerint a gyógyszerhatóságok nem vizsgálják, hogy cáfoló eredményű vizsgálat születik, csupán megelégszenek kettő pozitív hatást igazoló vizsgálat benyújtásával. Ez a XXI. században abszurdum.

3. Problémafelvetés

Amint a bevezetőben látható, a depresszió egy, napjainkat szorosan érintő megbetegedés. Sajnos nincs egység sem a definíciójában, sem a kialakulásának teóriáinak elfogadásában. Így nem lehet egységes vélemény a gyakoriságban, kezelési irányelvekben sem.

A felmerült kérdéseim:

- vajon miért megy/nem megy egy depressziós orvoshoz?
- milyen kockázatot lát egyik-másik viselkedésében (orvoshoz fordulás/nem fordulás)?
- ha elment, és kezelik, mennyire elégedett a szolgáltatással? Mennyire érzi jól magát?

3.1. A kutatás kapcsolódó alapfeltevései

A szolgáltatás sajátosságaival kapcsolatban feltételezzük, hogy mivel a szolgáltatási szféra legfőképpen bizalmi jellegű iparág, a kockázatészlelés jelentősége megnő, és a kockázatkezelési képességek, legfőképpen a kommunikációs képességek felértékelődnek.

A kockázatészleléssel kapcsolatban feltételezzük, hogy másképp észlelik a kockázatot a laikusok (szubjektív módon), illetve a szakértők (objektív módon); hogy fontos szerepe van az informáltságnak, a korábbi tapasztalatoknak, a társadalom ítéleteket formáló szerepének, illetve annak, hogy a szolgáltatás mely szakaszában vagyunk, az előfeltevéseknek és számos tényezőnek, mint például bizalom, rettegettség, kontrollálhatóság érzése.

A kockázatmenedzseléssel kapcsolatban feltételezzük, hogy a kockázatkommunikációval, mint az egyik legfontosabb kockázatkezelő módszerrel az észlelt kockázat csökkenthető, azonban nullára soha sem redukálható.

3.2. A kutatás vizsgálati módszerei

A kutatási minta a következő résztvevőkből áll: orvosok (házi orvosok, szakorvosok), más egészségügyi dolgozók, alternatív gyógyítók, betegek (krónikus betegek, már gyógyult betegek).

A kutatásban mind kvalitatív, mind kvantitatív módszereket alkalmazunk. Először fókuszcsoportos interjúkat zajlanak, majd interjúk készítése következik (kvalitatív módszerek), végül pedig kérdőíves megkérdezéseket tervezünk (kvantitatív módszerek). E sorrend oka, hogy a fókuszcsoportos interjúk során olyan kérdések, problémák kerülhetnek a felszínre, melyek az interjúkérdések kialakítását nagyban befolyásolhatják.

A kutatás jelenlegi fázisában a szükséges fókuszcsoport – interjúk lezajlottak, jelenleg mélyinterjúk készítése van folyamatban.

3.2.1. A fókuszcsoport és az egyéni interjúk eredményei

Az orvosok és betegek által észlelt kockázatok és kompetenciák jelentős eltéréseket mutatnak. Az orvosok a legfontosabb orvosi kompetenciák közé a szakma szabályainak ismeretét, a megfelelő szaktudást és erről bizonyító okiratot, valamint a döntéskészséget, a határozottságot, a saját kompetencia felmérésének képességét sorolták. A kommunikációs készségek szerepét elismerték, de nem tekintették egyértelműen az orvosi kompetencia

részének, a „humán komponens” alá sorolták, mely mintegy „kisugárzik” az orvostól. Egyes vélemények szerint egyáltalán nem a szakmaiságtól, hanem e tényezőtől függ a kockázat érzet csökkentése. Fontosnak tartották még a magyar nyelvű, folyamatos érthető tájékoztatást – beleértve például a zárójelentés közös értelmezését-, a türelmet, a segítőkészséget, a bizalmat, mely lényegében megfelel a „humán komponens” tágabb értelmezésének. A kockázatt növelő tényezők közül elsőnek jelölték az időhiányt és az orvos bizonytalanságát. Hangsúlyozták, hogy törekedni kell a kockázattényezők tudatosítására; bár ebben a tekintetben nyilvánvalóan nem lehet teljességre törekedni. A kompetencia elemek közvetítésének színhelyeül a közvetlen interakciókat, a felvilágosítást, a betegjogi tájékoztatókat jelölték meg a megkérdezettek. A bizalom, a kompetenciába vetett hit megingását elsősorban abban látták, ha nem megfelelőek a tárgyi adottságok -például a kórterem-, ha nem a beteg van mindenkor a figyelem középpontjában. Fontos megjegyezni, hogy a bizalomvesztés okaként a médiát is megjelölték. Ha a bizalomvesztés már megtörtént, akkor azt gondolják, hogy az orvos érzelmi intelligenciájától függ, hogy az még visszafordítható-e. Kompetenciaütközés esetén pedig az általános vélemény, hogy a beteg vagy magától elmegy, vagy ha nem, meg kell kérni rá.

Visszatérve a kockázat kérdésére, az orvosok a kockázat szó kapcsán a következő dolgokra asszociálnak:

- nem következik be javulás a kezelést követően
- nem változik a beteg állapota a kezelést követően
- rosszabb lesz a beteg állapota
- halál
- komplikációk felmerülése

A kockázateszlelést befolyásoló tényezők köz sorolják az orvos és a beteg személyiségét, az intézmény tárgyi feltételeit, a kiszolgáló személyzet minőségét és mennyiségét, az orvosok „elégedettségét” és a betegek egymás közötti kapcsolatát. Sikeresnek tartják a szolgáltatást, ha a gyógyulás egyértelmű, a beteg elégedetten távozik – azaz elfogadja a helyzetét („A legjobb eredmény elérése: Élet meghosszabbítás, elfogadható életminőséggel.”) Fontosnak tartják ebben a tekintetben, hogy „egyensúly” alakuljon ki, azaz azonos álláspontra kerüljön orvos és beteg. Gyakori problémának tartják a betegellátás szervezettségét, bizonyos kapacitások kihasználatlanságát,

A kommunikációval kapcsolatosan jelentősen eltérnek a vélemények. A középkorú orvosok arra panaszkodnak, hogy „ezt nekünk még nem oktatták”. Mások részesültek belőle, de nem mindig tartották azt kielégítőnek. Amikor szóba került a kommunikáció, akkor

elhangzott, hogy „a kommunikáció a legfontosabb”, bár egy hölgy gyorsan hozzátette „A beteg azt fogja kihallani belőle, amit akar“. Nincs „optimális kommunikáció”, de hangsúlyozzák a kétoldalúságot, a bizalmat illetve az empátiát. Kiemelik, hogy gyakorta kell a hozzátartozókat is „kezelní” nemcsak a beteget (pl. gyerekgyógyászatban). Bár hozzátézik: „Erre nincs kapacitás, az biztos. Sokszor azért választanak alternatív gyógymódot, mert ott foglalkoznak velük.”

A betegek szolgáltatásról alkotott véleményével kapcsolatosan az orvosok általános benyomása, hogy azt a más beteggel való kapcsolat nagyban befolyásolja a szolgáltatás előtt, illetve alatt. Előzetes kapcsolat csökkenti az észlelt kockázatot (pl. a szülészet esetén). Utána egyértelműen a gyógyulás, ami meghatározza. Az idő elhúzódása fokozza a beteg labilitását, amit megfelelő kommunikációval lehet csökkenteni.

A betegek a jó orvos kompetenciáiként jelölték meg a jó magyarázóképeséget – elsősorban a betegség okaira, lefolyására vonatkozóan; az emberi kapcsolatokban való jártasságot (törődés, gondosság, türelmesség, kedvesség, figyelmesség, őszinteség, biztatás, magabiztosság, „emberkedvelő”); a magabiztosságot a jó hírnevet, a problémamegoldó képeséget, a hatékony munkaszervezést, a munkatársakkal való emberséges bánásmódot és az elhivatottságot. Ha minden szükséges információt közöl, és mérlegeli a beteg nézőpontját is véleménykülönbség esetén. A szakképzettség meglétét természetesnek veszik, forrását nem firtatják. Naprakész tájékozottságot várnak el és kiterjedt szakmai kapcsolatokat. Az orvos szakképzettségéről szóló információknak különböző jelentőséget tulajdonítanak. A megkérdezettek egyik része azt mondta, hogy az orvos jó híre többet számít, mint a szakképzettségről szóló információ, másik felük biztosítékként éli meg azt (mikor végzett, milyen eredménnyel, hány éve praktizál stb.). Míg a rendelő tisztasága alapvető elvárás, a felszereltség korszerűsége nem annyira. Arra a kérdésre, hogy mi látszik ebből elsőre, azt a válaszolták, hogy az orvos szakértelme (kikérdezés és megvizsgálás során), az orvos modora, és a rendelő tisztasága. Inkompetensnek tűnik az orvos, ha nem néz a beteg szemébe, nem mosolyog, merev, mindig az óráját nézi, állandóan csörög a telefonja és késik, sokat gondolkozik, mellébeszél, rossz híre van, felszínesen végzi a vizsgálatokat, nem figyel a beteg panaszaira.

Összegezve, míg az orvosok a kompetenciáik legfontosabb elemeinek a szakmai tudást és az előírások betartását tartják, addig a betegek számára az orvos szociális kompetenciái nyújtják a legfontosabb támpontokat.

A megkérdezett betegek saját betegségükkel kapcsolatos kompetenciájukra vonatkozóan olyan megállapítást tettek, miszerint a beteg kompetenciája kapcsolatban van a

képzettségével, illetve az orvos eredményességét befolyásolhatja a beteg kompetenciája. Ha a beavatkozás kevésbé kockázatosnak tűnik, akkor a beteg általában ragaszkodik saját elképzeléséhez, amit nagyban befolyásolnak a személyiségjegyek is.

Véleményük szerint az orvosnak pontosan kell felmérnie a beteg kompetenciáját, sikeressége érdekében. Kockázatot csökkentő kompetencia-tényezőket pedig a következőket jelölték: a kórház hírneve, jó híre; a kórház felszereltsége; az orvos hírneve, jó híre; az orvos bizalomkeltő megjelenése; az orvosok, ápolónők kapcsolatteremtő képessége; az ápolónők szaktudása, az esetleges műtét előtti előkészületek magas színvonala, az esetleges kórházi betegtársak jó tapasztalata, történetei. A kockázatot növelő tényezők közé sorolták, ha az orvost nem ismerik, illetve ha nem magyar származású orvosok kezelik őket.

Az orvosok szerint általános bizalomvesztés történhet az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatosan, ha a média felkapja a betegellátás hiányosságáról szóló híreket -pl. betegcsere, műhiba. Személyes kapcsolatkor, korábbi pozitív viszony fennállása esetében nem számít, sok rossz tapasztalat kell, hogy ez megtörténjen. Elsődleges kiváltó okai: érezhetően „nem hozzáértő kezekbe” kerül a beteg, rosszabbodik az állapota, műhiba történik, a türelem, segítőkészség és az alaposág, vagy a szakértelem hiánya. Például a beteg azt látja, hogy az orvos mindenre ugyanazt adja, nincs szerteágazó ismerete a szakmájával kapcsolatban. Bizalomvesztés történik akkor is, ha az orvos nem teljesíti az ígéreteit, „valamilyen könyv” segítségével próbálja diagnosztizálni a betegséget, indokolatlanul sokat kell várni az ellátásra. A betegek szerint az orvosok kompetenciájába vetett hit megingása még kezelhető, ha nem teljesen veszítették el a bizalmukat; ellenkező esetben nem fogadják meg az orvos utasításait, illetve felkeresnek egy másik orvost.

A bizalomvesztés hatása lehet, hogy nem következik be javulás a beteg állapotában, a szolgáltatást kritizálja a beteg, például „mindig ugyanazt a gyógyszert írja fel”, vagy „anyagi szempontok” vezérlik a kezelést (paraszolvencia, TB pontok) végül nem beszél az orvossal, inkább orvost vált.

A betegek a kockázatot leginkább abban látják, ha esetlegesen nem következik be javulás a kezelést követően, orvosi műhiba történik, komplikációk merülnek fel, esetlegesen halál következik be. Az első esetben kockázatos az orvoshoz menni, nem tudják milyen szakember, milyen a rendelő felszereltsége, csak hallomásból tájékoztatódtak. Rendszeres kapcsolat esetén az jelenti a kockázatot, hogy az orvos vajon úgy fog-e viszonyulni hozzájuk, mint korábban.

Befolyásolja a kockázatkezelést az orvos, illetve az ápoló személyzet személyisége, a kórház állapota, infrastruktúrája, felszereltsége, a beavatkozás miatt más helyen felmerülő

probléma (munkahely, család), anyagi kockázat (a műtét költsége, pl. plasztikai műtét esetén. A kockázatok ismertetése a betegek véleménye szerint az orvos munkaköri kötelessége, ugyanakkor hozzáteszik, hogy részletes tájékoztatás a probléma súlyosságától, függ.. Kockázatsökkentő szerepet tölthet be a beteg részéről a megelőzés, a tájékozottság, a bizalom, az orvos utasításainak betartása, pozitív hozzáállás -hit a gyógyulásban, gondos megválasztása az orvosnak és együttműködés vele. Ugyanez az orvos részéről: kevesebb akut beteg, időben felismerni a betegséget, empátia és kellő tapintat.

Elsősorban akkor találják sikeresnek a betegek a szolgáltatást, ha a gyógyulás egyértelmű, bár belátják, ez a probléma súlyosságától függően más és más lehet. Másodlagos, de lényeges ugyanakkor a sikeresség szempontjából, ha a kezelés gyors, hatékony, kevés kellemetlenség kíséri, kicsi a fájdalom, kevés a kockázat, a gyógyulásuk időtartama az ismereteiknek megfelelően alakul. Egyes vélemények szerint már a helyes diagnózis is sikeresség egyik lényegi jellemzője –bár ez a beteg számára nem ellenőrizhető. Ha beteg sikertelenséget tapasztal –gyógyulás hiánya- akkor magatartása bizalmatlan lesz az orvossal szemben, nő a félelemérzete. A beteg akkor elégedett, ha a kezelés megfelel elvárásainak, vagy jobb, korszerű technológiát használ az orvos, a beteg meggyógyult. Gyors, pontos hatékony ellátást kap – látják, hogy az orvost mindent megtesz, a kezelés kezdetén felvázolt eredmények következnek be. Egy résztvevő megjegyezte, hogy az elégedettség függ a betegség súlyosságától is. A szolgáltatás színvonalát nem az orvosnál, hanem inkább az ellátási rendszer javításában tartják fontosnak emelni. A személyzet „emberként bánjon a beteggel”, javítsák a kórházak felszereltségét. Arra a kérdésre, hogy „Fontos-e jelezni az orvosnak, hogy a beteg elégedett?” azt a választ adják, hogy fontos, mert az orvost megerősíti a sikerélmény.

Érdekes kérdés a hálapénz, erről az orvosok nem szívesen beszélnek, szerintük, ha ad a beteg, ha nem, az ő gyógyítói kompetenciáik ugyanolyanok, mindkét esetben ugyanúgy gyógyítanak. A betegek viszont úgy érzik, hogy az orvos beteg kapcsolatból hiányzó szociális kompetenciákat, a figyelmet, a türelmet, a megértő bánásmódot, stb. ezzel inkább meg tudják szerezni.

4. További kutatási irányok

Kutatásaink minőségi módszerekkel folytatott részével a téma további szűkítését és a kutatás folytatásához szükséges mennyiségi eszközök kidolgozását kívántuk előkészíteni.

Az eddigi részeredményeket figyelembe véve következő feladatként további interjúkat készítünk, már egy szűkített orvos-és beteganyagon: pszichiátereket és depressziós betegeket kérdezzük meg.

Az alábbi kérdésekre keresem a választ: vajon ha valaki depressziós, mekkora kockázatnak észleli az orvoshoz fordulást/ nem fordulást (azaz ha elment orvoshoz, miért ment el, ha nem, akkor miért nem). Kíváncsi vagyok arra is, hogyan vélekednek minderről a kezelésüket végző pszichiáterek.

Feltételezzük, hogy az orvos-beteg kommunikációnak sincs egy optimális módja. Kutatásainkkal konkrét, a kommunikáció során jól használható információkat szeretnénk nyújtani az orvosok és a páciensek szükségleteiről az orvos-beteg kapcsolatot illetően s ezáltal hozzájárulni a kommunikáció és a szolgáltatás színvonalának javításához.

Irodalomjegyzék

- Adams, John (1995): Risk, UCL Press, London
- Akerlof, G.A. (1984): An economic theorist's book of tales. Cambridge University Press and Risk Communication. In: Media Psychology, 6. köt. 1. sz. 23.o.
- Albert Györgyi (2005) Miért pont én? A depresszió szorításában. Park kiadó, Budapest
- Balogh, I. – Kovács, Z. (1998): Egészségkockázattal kapcsolatos téves optimizmust befolyásoló tényezők Magyarországon. Pszichológia 18. köt. 3. sz. 337-352. o.
- Bernstein, Peter L. (1998): Szembeszállni az istenekkel. A kockázatvállalás különös története. Panem, Budapest
- Bryne, P. S. – Long, B. E. (1976): Doctors, Talking to Patients. HMSO, London.
- Buda B. (1978): Az empátia az orvoslásban és a pszichológiai munkában. In: Buda B.: Az empátia, a beleélés lélektana. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Buda B. (1999): Az orvos-beteg kapcsolat pszichológiája és a pszichoterápia alapjai. In: Buda, B.: A pszichoterápia alapkérdései. Országos Alkohológiai Intézet és Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakgondozásért Alapítvány, Budapest.
- Caron, H. S. – Roth, H. P. (1968): Patients' Co-operations With a Medical Regiment. Journal of the American Medical Association, 203, 922-926.
- Catwright, A. – Anderson, R. (1984): General Practice Revisited: A Second Study of Patients and Their Doctors. Tavistock Publications, London.
- Csanaky, András – Ulbert, József (2004): Kockázatészlelés és kockázati magatartás. In: Közgazdasági Szemle LI. évf., március, 235-258. o.

- Cseh Gábor (1999): Az ipari kockázatok értékelésének és hatósági szabályozásának elvei és terminológiája. http://www.mbf.hu/Ipari_kockazat_kiv.html
- Csikszentmihályi Mihály (1997): Flow. Az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája, Akadémiai Kiadó, Budapest
- Davis, M. S. (1966): Variations in Patients' Compliance With Doctors' Orders: Anaysis of Congruence Between Survey Responses and Results of Empirical Investigations. *Journal of Medical Education*, 41, 1037-1048.
- DiMatteo, M. R. – Friedman, H. S. (1982): *Social Psychology and Medicine*. Oelgeschlager, Gunn-Hain Publisher, Cambridge.
- Dockery, Kate (2004): People unduly gloomy in positive situations, upbeat in negative ones. In: *Health & Medicine Week*, február 23., 780.o.
- Douglas, M.-Wildavsky, A. (1982): *Risk and culture*. Berkley, University of California Press.
- Duffy, D. L. – Hamerman, D. – Cohen, M. A. (1980): Communication Skills, of House Officers: A Study in a Medical Clinic. *Annals of Internal Medicine*, 93, 354-357.
- Faden, R. R. – Becker, C. – Lewis, C. – Freeman, J. – Faden, A. I. (1981): Disclosure of Information to Patients in Medical Care. *Medical Care*, 19, 718-733.
- Füredi János – Németh Attila – Tariska Péter (szerk) (2003): *A pszichiátria magyar kézikönyve*, Medicina, Budapest
- Jaspars, J. – King, J. – Pendleton, D. (1990): *The Consultation: A Social Psychological Analysis*. In: Pendleton, J. – Hasler, D. (eds.): *Doctor-Patient Communication*. Academic Press, London.
- Joffe,H. (2003): Risk: From perception to social representation. *British Journal of Social*
- Jungermann, H (1991): A racionalitás fogalmának kétféle értelmezése. In: Pápai Zoltán és Nagy Péter (szerk.): *Döntéseméleti szöveggyűjtemény*. Aula Kiadó. Budapest. 3-18. old.
- Kincses, Gyula dr. (1996): *Egészségpolitikai ábragyűjtemény*, Praxis Server, Budapest
- Klein, W. M. P. (2003): Self-Prescriptive, Perceived, and Actual Attention to Comparative Risk Information, *Psychology & Health*, 18. köt. 5.sz. október, 625.o.
- Kolos, K. (1998): Észlelt kockázat és kockázatkezelés a szolgáltatásoknál: a szolgáltatások
- Kolos, Krisztina – Berács, József (2000): *A fogyasztói döntések kockázata a benzinkútválasztás*
- Kolos, Krisztina (1997): *A kockázat szerepe a fogyasztók vásárlási döntéseiben*, *Marketing &*
- Korsch, B. M. – Gozzi, E. K. – Francis, V. (1968): Gaps in Doctor-Patient Communications: Doctor-Patient Interactions and Patient Satisfaction. *Pediatrics*, 42, 855-871.

- Leiss, W (ed.) (1989): Prospects and problems in risk communication. University of Waterloo Press
- Leiss, W. (2004): Effective risk communication practice, Toxicology Letters, 149. köt. 1-3.sz. április, 339.o.
- Leiss, W. (ed.) (1989): Prospects and problems in risk communication. University of Waterloo Press. Marketing, 51. köt. 34-43.o.
- Maguire, D. – Rutter, D. R. (1976): Teaching Medical Students to Communicate. In: Benneth, A. E. (ed.): Communications Between Doctors and Patients. Oxford University Press for the Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
- Molnár P. – Csabai M. (1994): A gyógyítás pszichológiája. Springer Hungarica, Budapest.
- Pendleton D. – Hasler, J. (eds.) (1983): Doctor-Patient Communication. Academic Press, London.
- Platt, F. W. – McMath, J. C. (1979): Clinical Hypocompetence: The interview. Annals of Internal Medicine, 91, 898-902.
- Priest, S. Hornig (2003): A risky career, Science & Public Policy (SPP), köt. 30.
- Popper Péter (1990) A belső utak könyve, Saxum Kft 10-11. old., 17. o.
- Psychology; 42. köt. 1. sz. március, 55. o., 19. o.
- Puschman, N. O. (1999): Systemtheorie des Risikos. Wirtschaftsphilosophie II. Hagen
- Renn, O. (1992) Concepts of risk: A Classification. Krinsky, S., Golding, D. (eds.) Social theories of risk. Westport, CT: Praeger, .53-82. o.
- Rimal, R. N. - Real, K. (2003): Perceived Risk and Efficacy Beliefs as Motivators Change. In: Human Communication Research, 29. köt. 3. sz. július, 370.o.
- Shostack, G.L. (1987): Service Positioning Through Structural Change, Journal of
- Spence, A.M. (1973): Job market signaling. Quarterly Journal of Economics, 77. 355-379. o.
- Szádóczky Erika – Rihmer Zoltán (szerk.) (2001): Hangulatzavarok, Medicina, Budapest
- Szendi Gábor: Depresszióipar, Sík Kiadó, Budapest, 2005, <http://www.antidepresszans.tenyek-tevhitek.hu/antidepresszans-tanulmany.htm>,
<http://www.depresszio.hu/miadep.php>
- Taylor, S. E. – Brown, J.D. (1988): Illusion and well-being: A social psychological perspective an mental health, Psychological Bulletin, 103, 193-210.o.
- Veres, Z. (2003): Szolgáltatásmarketing, KJK-KERSZÖV, Budapest.
- Waitzkin, H. (1984): Doctor-Patient Communication. Clinical Implications of Social Scientific Research. Journal of the American Medical Association, 7, 2441-1446.
- Zoltayné Paprika Zita (szerk.) (2002): Döntéelmélet, Alinea, Budapest