

A betegtájékoztatás, mint betegjog a felnőtt háziiorvosi alapellátásban a hipertóniás betegek körében

Doktori értekezés

Lengyel Ingrid Krisztina

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Prof. Dr. Kovács József egyetemi tanár, az MTA doktora

Hivatalos bírálók: Dr. Feith Helga Judit Ph.D., főiskolai tanár

Dr. Kapocsi Erzsébet, egyetemi mesteroktató

Szigorlati bizottság elnöke: Prof. Dr. Réthelyi János Ph.D., egyetemi tanár

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Kakuk Péter Ph.D., egyetemi adjunktus

Dr. Simon Lajos Ph.D., egyetemi docens

Budapest

2022

Rövidítések jegyzéke

AIPM = Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete (Association of Innovative Pharmaceutical Manufacturers)

ÁEEK = Állami Egészségügyi Ellátó Központ

GNRS = Generale Normativum in Re Sanitatis

HS2013 = Hungarostudy 2013

KSH = Központi Statisztikai Hivatal

ELEF = Európai Lakossági Egészség Felmérés

Eütv. = az egészségügyről szóló 1997.évi CLIV. törvény

MOK = Magyar Orvosi Kamara

Törvénycikk = tv.

Tartalomjegyzék

| | |
|--|----|
| 1. Bevezetés | 4 |
| 1.1. A betegjogok története | 4 |
| 1.1.1. A hazai betegjogi sérelmekről..... | 7 |
| 1.2. Betegtájékoztatás – tájékozott beleegyezés – egészségértés..... | 9 |
| 1.2.1. Betegtájékoztatás – tájékozott beleegyezés | 9 |
| 1.2.2. Egészségértés..... | 18 |
| 1.3. A magasvérnyomás-betegségről..... | 19 |
| 2. Célkitűzések | 21 |
| 2.1. A kutatás előzményei – problémafelvetés..... | 21 |
| 2.2. A kutatás előtti dilemmák..... | 23 |
| 2.3. A kutatás előkészítése..... | 23 |
| 2.4. A kutatás háttere | 24 |
| 2.4.1. A kutatás módszerének kiválasztása..... | 24 |
| 2.5. Kutatási kérdések | 25 |
| 2.6. A kutatás hipotézisei..... | 25 |
| 3. Módszerek | 27 |
| 3.1. Adatgyűjtés – a kutatás körülményei | 27 |
| 3.1.1. A háziiorvosi praxisok jellemzői..... | 29 |
| 3.1.2. A betegoktatásról | 31 |
| 3.2. A pilot kérdőívek és a végleges kérdőívek módszertani összevetése | 32 |
| 3.3. A kérdőív strukturáltsága – felosztása..... | 34 |
| 3.3.1. Az egészségi állapotról | 34 |
| 3.3.2. A hazai egészségügyi rendszerről | 37 |
| 3.3.3. A háziiorvosi ellátásról..... | 37 |
| 3.3.4. A betegtájékoztatásról..... | 37 |
| 3.3.5. A személyes adatokról | 38 |
| 4. Eredmények | 39 |
| 4.1. A kutatás általános eredményei, tapasztalatai | 39 |
| 4.2. Demográfiai mutatók..... | 40 |
| 4.3. A kutatás részletes statisztikai elemzése | 42 |
| 4.3.1. Az egészségi állapot megítélése..... | 42 |

| | |
|---|-----|
| 4.3.1.1. A magasvérnyomás-betegségről | 50 |
| 4.3.2. A hazai egészségügyi rendszerről való tájékozottság eredményei | 52 |
| 4.3.3. A háziorvosi ellátásról..... | 55 |
| 4.3.4. A betegtájékoztatásról..... | 61 |
| 4.4. Az interjú elemzése | 71 |
| 5. Megbeszélés | 73 |
| 5.1. Az egészségi állapotról..... | 73 |
| 5.1.1. A magasvérnyomás-betegségről | 76 |
| 5.2. A hazai egészségügyi rendszerről | 78 |
| 5.3. A háziorvosi ellátásról..... | 79 |
| 5.4. A betegtájékoztatásról | 81 |
| 5.5. A betegoktatásról..... | 84 |
| 5.6. A hipotézisek megbeszélése..... | 87 |
| 6. Következtetések..... | 90 |
| 7. Összefoglalás | 92 |
| 8. Summary..... | 93 |
| 9. Irodalomjegyzék | 94 |
| 10. Saját publikációk jegyzéke | 106 |
| 10.1. Az értekezéshez szorosan kapcsolódó publikációk..... | 106 |
| 10.2. Az értekezéshez nem kapcsolódó publikációk | 106 |
| 11. Mellékletek..... | 107 |
| 1. Melléklet: Az egészségügyről szóló 1997.évi CLIV. tv. 13.§. és 134-135.§-a. | 107 |
| 2. Melléklet: Pilot kérdőív | 110 |
| 3. Melléklet: Végleges kérdőív..... | 121 |
| 4. Melléklet: „Alapellátási Tükör 5007” – „Beteg kérdőív felnőtt praxisoknak” . | 133 |
| 5. Melléklet: Interjú kérdések Oroszi Julianna betegoktatóhoz | 135 |
| 6. Melléklet: Interjú Oroszi Julianna betegoktatóval..... | 137 |
| 12. Táblázatok és ábrák jegyzéke | 149 |
| 13. Köszönetnyilvánítás | 152 |

„Az őszinte orvos-beteg kommunikációnak nem is az a legfontosabb kérdése, hogy mennyit hajlandó az orvos elmondani a betegnek, hanem inkább az, hogy mennyire hajlandó meghallgatni őt! Vagyis nemcsak többet kell megmondani a betegnek, mint eddig, hanem jobban meg is kell hallgatni őt!”

(Cicely Saunders)

1.BEVEZETÉS

A jelenleg hatályos, egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) betegjogokról szóló paragrafusainak a hazai egészségügyi ellátórendszerben kiemelt és meghatározó szerepe van. A betegjogok ismerete, azok betartása és betartatása igen nagy feladat minden, a szolgáltatásban résztvevő orvos és szakdolgozó számára. A betegek jogai és tájékoztatása egyaránt foglalkoztatja a pácienseket és az ellátókat. Egyre jellemzőbb a betegek és hozzátartozóik jogtudatos szemlélete is, ezért kiemelt fontosságú, hogy valamennyi egészségügyi ellátó ismerje a betegjogi rendelkezéseket, mert ez a kulcsa a napi ellátás gördülékenységének és a beteg elégedettségének is.

1.1. A betegjogok története

Lars Fallberg, a göteborgi Nordic School of Public Health és a WHO munkatársa szerint a betegjog olyasmi, mint a házasság: amikor a felek önként találkoznak és megegyezésre jutnak, akkor ebben a kapcsolatban a jognak nincsen szerepe. Amikor azonban a két fél között nézeteltérés támad, akkor a konfliktus tisztázására gyakran jogi eszközökhöz kell folyamodni. A WHO olyan jellegű tevékenysége, amely a betegjogok elismertetésére irányult, a hatvanas évekre nyúlik vissza, de a betegjogi deklaráció szövegét csak 1994-ben, Amszterdamban alkották meg. Számos országban alkották meg úgy a betegjogi törvényt, hogy az Amszterdami Deklaráció fő alapelveiből indultak ki. Ezek közül meg kell említeni az emberi jogokat, hiszen ezek azok, amelyek sérülhetnek az egészségügyi ellátás során [1]. Kiemelendő az emberi méltósághoz való jog, amely valamennyi egészségügyi ellátás során prioritás kell, hogy legyen. Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz, a magzat életét a fogantatástól kezdve védelem illeti meg [2].

A magyar népi orvoslással foglalkozó irodalom [3] szerzője szerint „Mária Terézia 1770-ben kiadott, Generale Normativum in Re Sanitatis című rendelete indította el azt a rendeletlavinát, előírás-áradatot, amely végső soron bürokrata rabszolgává züllesztette a XVII. században még szabad magyar orvost.” [4] A GNRS a modern polgári értelemben vett, szakmailag is elkülönülő egészségügyi államigazgatás felé vezető út első állomása Magyarországon. Általánosságban véve azonban kulturális örökségünknek is hatalmas értéke, hiszen a mai jogszabályokra már egyáltalán nem jellemző, színes és élvezetes leírásaival értesít bennünket egészségkultúránk XVIII. századvégi állapotáról [5].

Magyarországon az 1876. évi XIV. törvénycikk (tvc.) is rendelkezett – többek között - a hazai egészségügyi ellátásokról, ezek során pedig a betegek egyes csoportjait kiemelten kezelte. Ugyanez a jogszabály hívta fel a figyelmet az orvosok által elkövetett jogsértésekre is, amelyekre már akkor a „műhiba” megnevezést alkalmazta. A rendelet 19.§-a már a betegekről szóló tájékoztatásra is utalt az alábbiak szerint: „A betegek hogylétéről a hozzátartozók, gyámok és hatóságok tudakozódására az intézet tudósítást adni tartozik.” [6]

1948-ban, az angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálat megalapításakor lefektették, hogy a beteg döntése, és az azt megelőző megfelelő tájékoztatás nem választható el egymástól. A '70-es évek elejéig jellemzően az orvosi etika szabályai határozták meg az orvos és beteg kapcsolatát, ezt követően kezdett el néhány európai ország foglalkozni a betegek jogainak törvénybe iktatásával. Az 1970-es évek kezdetén, Nyugat-Európából kiindulva az orvosi paternalista szemlélet lassanként átváltozott az orvos és a beteg közötti partneri viszonyra, egyenrangúvá téve az egészségügyi ellátáson belüli kommunikációt, kapcsolatot. Ennek közrehatásaként nyertek teret a betegjogok [7]. Évezredekken keresztül a hierarchikus orvos-beteg viszony volt az egészségügy döntő kapcsolatrendszere. Ebben a viszonyban – az elmúlt évtizedekben – jelentős változások álltak be, amelyek abban is tükröződnek, hogy beteg helyett a szakirodalom szívesebben használja a páciens kifejezést, míg az orvosi ellátás egyre inkább, mint egyfajta szolgáltatás jelenik meg [8]. A betegjogokra ma is kiemelt hangsúlyt kell fektetni, mert a betegek jelentős része kiszolgáltatott az egészségügyi ellátás során, és tájékozatlansága akár kárt is okozhat neki. Hazánkban, az egészségügyi törvény hatályba helyezése előtt az orvos döntése volt jellemző az egészségügyi ellátás,

gyógyítási folyamatok során, míg később ez a gyakorlat inkább a beteg döntése felé orientálódott. Magyarországon (megfelelően Byrne és Long 1976-os megállapításainak) a paternalista stílus uralkodik az orvosok körében, ahol a betegek függő viszonyban vannak a számukra szolgáltatást nyújtó orvostól [9]. A betegek már jóval tájékozottabbak, és az egészségügy több szegmensében elvárják, hogy partnerként kezeljék őket. Ehhez pedig minőségi tájékoztatás is szükséges lenne.

Paul W.H.M. Franciseen, a holland Egészségügyi, Szociális és Sport Minisztérium betegjogi koordinátora szerint: „... végeredményben az egészségügyi ellátás a beteg függvénye. Ha nem volna beteg, nem lenne szükség orvosra sem és a beteg elsősorban emberi lény, nem csupán orvosi eset vagy egy beteg szervezet lenne...” [10]. 1981-ben jelent meg az alapvető betegjogokat is összefoglaló Lisszaboni Deklaráció, ami már – többek között – a megfelelő betegtájékoztatásról is rendelkezett, mely szerint a betegnek joga van ahhoz, hogy megfelelő tájékoztatás után bizonyos kezelések elvégzését elfogadja vagy elutasítsa. Az Amszterdami Deklaráció kibocsátásának is hasonló volt a célja; egy olyan dokumentum létrehozása, amely szintén a betegjogok általános alapelveit tartalmazza. Ezt követően született meg a betegek jogainak európai tervezete, ezt követően Finnország volt az első olyan ország, ahol törvénybe foglalták a betegjogokat. 2002-ben, Rómában látott napvilágot az Európai Betegjogi Charta (European Charter of Patients' Rights), európai betegszervezetek szakértői közreműködésével. Ez tizennégy alapvető betegjogot különített el.

A legfontosabb betegjogi vonatkozású nemzetközi deklarációkat az *1. táblázat* foglalja össze.

1. táblázat: A legfontosabb betegjogi vonatkozású nemzetközi deklarációk (1948-2002)

| A deklaráció megnevezése | Megjelenés éve |
|---|-----------------------|
| Az Emberi Jogok Egyetemes Deklarációja | 1948 |
| Európai Szociális Charta | 1961 |
| A betegek jogai - Az Amerikai Kórházzövetség dokumentuma | 1973 |
| Az Európai Tanács Ajánlásai a Betegek és Haldoklók Jogaival kapcsolatban | 1976 |
| A Betegek Jogainak Deklarációja (WHO, Lisszabon) | 1981 |
| A Betegek Jogainak Európai Deklarációja (WHO Regionális Hivatala, Amszterdam) | 1994 |
| Az Európa Tanácsnak Az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló Egyezmény (Oviedo) | 1997 |
| A betegjogok európai chartája – Aktív Állampolgári Hálózat | 2002 |

A betegjogok azt szolgálják, hogy a beteg és az intézmény közötti kapcsolat emberségesebbé váljon és a beteg alanya és ne tárgya legyen az ellátásnak. Továbbá csökkenti a beteg kiszolgáltatottságát a kórházi bürokráciával szemben és az orvosok kiszolgáltatottságát a hierarchikus berendezkedéssel szemben [11].

1.1.1. A hazai betegjogi sérelmekről

A betegjogi sérelmek vizsgálata, tanulmányozása során a tájékoztatáshoz való jog sérelme releváns. 1999-ben már lezajlott hazánkban, a győri Petz Aladár Kórházban egy felmérés, amely vizsgálat 367 személyre terjedt ki, és egyaránt kérdezte a beteget és az egészségügyi szakdolgozót is. E vizsgálat a betegjogi ismeretekre, a beteg-tájékoztatás módjaira és annak részletességére is kiterjedt. Tíz évvel később, 2009-ben a Szegedi Egyetemen, Klinikák szerinti bontásban zajlott egy nem reprezentatív felmérés 198 résztvevő bevonásával. E kutatás eredményeként megállapították (Bacsó-Szondi), hogy a legtöbb hiányosság a tájékoztatás terén tapasztalható.

A tájékoztatási jog sérelme a 2019. évi Integrált Jogvédelmi Szolgálat által elkészített publikus statisztikája alapján, az éves betegjogi képviselői megkeresések 28,6 %-át

(4748 db) teszik ki. Megállapítható, hogy a betegjogok rendszerint együttesen sérülnek, nehezen lehet azokat egymástól elválasztani, mivel az egyik betegjog megsértése gyakran maga után vonja a többi betegjog megsértését is. A megkeresések mértéke az elmúlt öt évben 17,8%-al emelkedett (2. táblázat).

2. táblázat: A betegjogi képviselői megkeresések esetszámai (2016-2020)

| Év | Betegjogi esetszám |
|------|--------------------|
| 2016 | 14 183 |
| 2017 | 14 622 |
| 2018 | 14 102 |
| 2019 | 16 597 |
| 2020 | 20 081 |

A betegek és hozzátartozóik betegjogi tudatossága a fővárosban kimagasló számot mutat [12]. Az alapellátás területén történt megkeresés 4681 fő (28%) volt. Ez a szolgáltató intézmény típusa szerint a legkevesebb megkeresést jelentette. A kutatói tapasztalat alapján, a megkeresések a betegek és a hozzátartozók részéről egyaránt jelen voltak.

A megkeresések jellemzően azt mutatták, hogy a betegek nem kaptak személyükre szabott formában történő és teljes körű tájékoztatást, és – különösen a pandémia idején elrendelt látogatási tilalom ideje alatt, – szükség esetén – a hozzátartozók sem, a szeretteik állapota felől. Gyakran előfordult, hogy a tájékoztatás során, vagy azt követően nem mertek további kérdéseket feltenni az adott tájékoztatással kapcsolatban. A tájékoztatáshoz való jog többnyire kis számban szerepelt önálló sérelemként a betegjogi képviselői megkeresések között, azonban legtöbb esetben valamilyen módon kapcsolódott, társult más betegjogot érintő panaszokhoz. A szolgáltatások közül a fekvőbeteg – ellátás, majd sorrendben a járóbeteg – ellátás és legvégül az alapellátás területéről érkeznek a betegjogi képviselői megkeresések. Területi eloszlásban Budapest, Dél – Alföld és Észak – Alföld helyezkedik el a megkeresések között az első három helyen.

A betegjogi képviselők számos esetben tapasztalták, hogy az úgynevezett nem orvosszakmai tárgyú betegpanaszok száma jelentősen kevesebb lenne, amennyiben az orvos/ápoló - beteg bizalmi viszonyban felmerülő kommunikáció javulna [13]. Azok az esetek, amikor a beteg nem kap megfelelő tájékoztatást, információt, közvetve kihat a beteg további egészségi állapotára, esetenként újabb egészségügyi szolgáltatás igénybe vételére készíti a beteget.

Gyakoriak a szolgáltatók betegtájékoztatási hiányosságai [14], de az ellátó és finanszírozási rendszer sem teszi lehetővé, hogy a kezelőorvos kimerítően magyarázzon egy információra éhes betegnek a betegségről, a választási lehetőségeiről, a lehetséges szövődményekről. Megfelelő (finanszírozott) időráfordítás nélkül ez többnyire nem is megvalósítható. A bírói ítélezési gyakorlat pedig következetesen megítéli a „teljes körű” tájékoztatás elmaradása miatti kárigényeket. Még az aláírt betegtájékoztatók és beteg - beleegyező nyilatkozatok mellett is komoly nehézséget jelent a szolgáltatóknak bizonyítani, hogy az „egyénesített”, szóbeli tájékoztatás során a beteg minden „további” kérdését is feltehetette. Ehhez az kellene, hogy az orvos–beteg kommunikáció tényleges részleteit tükrözze az aláírt beteg-beleegyező nyilatkozat (lassan már hangfelvételben kellene gondolkodni). Emiatt (is) válnak az orvosok képernyőt (és nem beteget) tekintő, dokumentáló „gépekké”. A várakozó betegek egyre emelkedő száma és a finanszírozási korlátok mindeközben szembemennek a fenti kívánalmakkal. [15].

Az orvos – beteg kommunikációval kapcsolatos legfontosabb írott szabályokat (és következményeiket) elsősorban az ágazatot átfogó alapjogszabályból, az egészségügyi törvényből (Eütv.) [16] kiindulva érdemes áttekinteni. Megfelelően értelmezve, kompetenciakörre vonatkoztatva az „orvosi” fordulatok alkalmazhatók más egészségügyi dolgozókra vagy egészségügyi szereplőkre is.

1.2. Betegtájékoztatás – tájékozott beleegyezés - egészségértés

1.2.1. Betegtájékoztatás – tájékozott beleegyezés

Magyarországon az 1972. évi II. törvény 45.§/1/bekezdése foglalkozott már részletesebben az általános betegtájékoztatással. A betegek megfelelő tájékoztatáshoz való jogát, illetve e jog érvényesülése érdekében az egészségügyi szolgáltatókat terhelő kötelezettségeket, a jelenleg hatályos Eütv.13., illetve 134-135. §. jogszabály passzusai

rögzítik (*1. melléklet*). Ezek értelmében a beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra. A betegtájékoztatás tartalma, terjedelme vonatkozásában mindenképp annak céljából kell kiindulni. Ez teszi lehetővé, hogy a beteg minden szükséges információ birtokában, kellő megfontolást követően, megalapozott döntést hozhasson a beavatkozás elvégzéséhez való hozzájárulás kérdésében. A beteg tájékoztatása akkor tekinthető megfelelőnek, ha e cél elérésére alkalmas [17]. A korszerű bioetika alapelve az alapos és hatékony tájékoztatás, ez azonban akkor valósulhat meg, ha az informáló és az informált személy is ténylegesen megérti, miről is van szó a tájékoztatás során [18].

Amennyiben a hazai egészségügyi rendszerben az ellátó minden paragrafusra kiemelt figyelmet és elégséges időt fordítana, abban az esetben a rendszer szinte működésképtelenné válna. Így az áthidaló és elégséges megoldást az jelentheti, hogy a beteg állapotára fókuszálva, a rövid távú célokat és tervezett eljárásokat, terápiákat szem előtt tartva szükséges a minimum információt a betegnek átadni.

A betegtájékoztatói standardokba sorolva három fő kategóriát érdemes kiemelni:

„...1. Szakmai standard: elégséges az a mennyiségű és minőségű tájékoztatás, amelyet a legtöbb orvos nyújtana hasonló esetben, vagyis a tájékoztatás orvosszakmai kérdés. Ez a gyakorlat akkor jelenthet gondot, ha a szakma a nem megfelelő tájékoztatást fogadja el elégségesnek.

2. Objektív standard: a beteggel közlendő információk minőségét és mennyiségét elvi szempontok szerint határozzák meg, nem pedig szakmai szempontból. A betegekkel azt kell közölni, amit egy racionális embernek tudnia kell a megalapozott döntéshozatalhoz, vagyis nem kell minden információt átadni, csak azt, ami releváns a döntés meghozatala szempontjából.

3. Szubjektív standard: mindent el kell mondani a betegnek, ami érdeklő. Például a Jehova Tanúi felekezethez tartozónak azt, hogy esetlegesen vérátömlesztésre is szükség lehet, hiszen az ő vallásuk tiltja ezt. Az előző esetekben ezt az információt nem kellett volna megosztani. Összességében ez a tájékoztatói forma lenne az ideális és a követendő példa minden orvos számára, de ez aránytalanul nagy terhet róna az

egészségügyben dolgozókra, hiszen figyelemmel kellene lenniük a beteg vallására, félelmeire, fóbiáira és sok egyéb tényezőre is...” [19].

A beteg tájékoztatás standardjait 2007-ben az Egészségügyi Minisztérium is részletesen kidolgozta, és kézikönyv formában vezette be a hazai egészségügyi rendszerbe. A beteg tájékoztatásra vonatkozó részletei az alábbiak:

„...BTA.2. standard: A betegek, illetve törvényes képviselőik tájékoztatását és beleegyezését a szolgáltató által meghatározott folyamattal, dokumentált eljárással és képzett munkatársakkal érik el.

BTA.2. standard magyarázata: Az ellátással kapcsolatos döntések meghozatalában való részvétel egyik módja a tájékozott beleegyezés megszerzése. A beleegyezéshez a betegnek tájékozottnak kell lennie a tervezett ellátással kapcsolatos minden olyan tényezőről, amely a tájékozott döntéshozatal feltétele. A tájékoztatás módja és nyelvezete érthető a betegek illetve törvényes képviselőik számára. A beleegyezési folyamatot a szolgáltató szabályozó dokumentumokban és dokumentált eljárásokban egyértelműen rögzíti. A vonatkozó jogszabályokat és szabályozókat beépítik az eljárásokba. A betegek, törvényes képviselőik tájékozottak arról, hogy mely vizsgálatokhoz, beavatkozásokhoz és kezelésekhöz szükséges a beleegyezés, és azt hogyan adhatják meg (pl. szóban, beleegyezési formula aláírásával, vagy egyéb módon). A betegek, illetve törvényes képviselőik jogosultak a tervezett vizsgálatok, beavatkozások, kezelése elutasítására. Ebben az esetben a tájékoztatás, elutasítás, illetve megszakítás tényét, a betegek, illetve törvényes képviselőik írásos rendelkezését, a nyilatkozattétel jogosultságát, aláírását a betegdokumentációban írásban rögzíteni kell. Vannak kijelölt munkatársak, akik képzettek és jogosultak a betegek tájékoztatására, a betegek beleegyezésének elnyerésére és annak dokumentálására...”[20]

A tájékoztatásnak két fajtája ismeretes. Az egyik a terápiás tájékoztatás, amelynek során a beteg gyógyulásának előkészítése a cél. Ebbe a körbe a további gyógykezelések szükségessége, gyógyszeradagolások, valamint az életvezetési tanácsokról történő felvilágosítás tartoznak. A másik az önrendelkezésen alapuló tájékoztatás, amely megalapozza a kezelés elfogadásának, vagy elutasításának döntését a kockázatok, alternatívák és a diagnózis tükrében [21]. A beteg önrendelkezési jogát csakis akkor

tudja érvényesíteni a kezelés, ellátás során, ha hozzájut azokhoz az információkhoz, melyekre döntését alapozhatja. A betegtájékoztatás célja tehát összetett; megalapozza és fenntartja a hatékony gyógyító kapcsolatot, biztosítja a beteg együttműködését, valamint segít abban, hogy a beteg az egészség megőrzését segítő magatartását kialakíthassa. Kiemelendő, hogy a bioetikai szakirodalom nem ismeri a „terápiás tájékoztatás” és az „önrendelkezésen alapuló tájékoztatás” megkülönböztetést; minden tájékoztatás az önrendelkezési jog megalapozását és a beteg autonómiájának tiszteletben tartását szolgálja. A tájékozott beleegyezés a beteg által adott önkéntes, szabad és informált felhatalmazás az orvos által tervezett beavatkozás elvégzésére. Az elv az orvos – beteg viszony új kommunikációs modellje, amelyben az orvos a beteget bevonja a döntéshozatali folyamatba, s a beteg – az orvostól kapott információk segítségével – maga dönt arról, hogy a lehetséges diagnosztikus vagy terápiás alternatívák közül melyiket alkalmazza az ő esetében. Így az orvosi szakmai szempontokkal együtt a beteg értékpreferenciái is szerepet kaphatnak a megfelelő beavatkozás kiválasztásában [22].

A beteg - együttműködésre több kifejezés (compliance, konkordancia, adherencia, perzisztencia) is szerepel a szakirodalomban, azonban a fogalmak értelmezése nem egységes, ezért nehéz a tanulmányok eredményeinek összehasonlítása. Az elmúlt években több jelentős nemzetközi szervezet is felismerte ezt a problémát, és megpróbálták standardizálni a beteg-együttműködés alapfogalmait [23]. A compliance szó a szótár szerinti jelentései [1. teljesítés; 2. szolgálatkészség; 3. egyetértés] alapján a gyógyszer felíró orvos által elmondottakkal való egyetértésre, a terápiás javaslatok szolgálatkész teljesítésére utal. Paternalisztikus jelentéstartalma (az orvos utasít, a beteg végrehajt) miatt a compliance helyett inkább a konkordancia kifejezést kezdték használni, aminek a jelentése [1. összhang; 2. egyetértés] azt sugallja, hogy az orvos és a beteg kölcsönös egyeztetés után egyetértésre jutnak a gyógyszeres kezelés módját illetően. Érdekes módon soha nem vizsgálták azt, hogy ez a megközelítés hasznos-e a betegeknek, és az sem világos, hogy kik azok a betegek, akik valóban osztozni akarnak az orvossal a terápiás döntés felelősségében. Nem sokkal ezután – ugyancsak a compliance szinonimájaként – terjedni kezdett az adherencia kifejezés, melynek jelentései [1. ragaszkodás, hűség; 2. odaadás, pontos betartás] nagyon jól érzékeltetik azt az állhatatosságot, amire a betegnek szüksége van a krónikus betegség gyógyszeres

kezelése során [24]. A definíciók vizsgálata során az egészségtudatossággal is fontos foglalkozni, hiszen a tájékoztatás és az egészségtudatosság szoros összefüggésben állhat azon egyének életében, akiknél az orvos – beteg kommunikációs viszony megfelelő és fontos. Az egészségtudatosság alatt azt értjük, hogy a magatartás ellenőrzésével, kézben tartásával olyan döntéseket hozunk, amelyek az egészségünket hosszú távon befolyásolják. A döntéseink olyanok is lehetnek, amelyek lemondással járnak, és ezeknek az erőfeszítéseknek az eredményét csak később látjuk, tehát csak hosszú távon térülnek meg [25].

A tájékoztatás önmagában nem cél, hanem eszköz kell, hogy legyen, amelynek segítségével a beteg szabad és informált döntéseket hozhat. A tájékoztatás egy folyamat része, amelyben a beteg több különböző információforrást – köztük webes felületeket és írásbeli tájékoztató anyagokat – vehet igénybe. A szóbeli tájékoztatás alapvető, de a beteg számos esetben csak látszólag és rövid ideig érti azt, amit az ellátó elmond számára, kis időn belül az információ tartalma kopik és egy döntési helyzetben esetleg rossz irányba befolyásolja a beteget.

Több kutatás [26-29] azonban arra is felhívja a figyelmet, hogy a betegek gyakran és szívesen engedik át a döntések feletti kontrollt az orvosnak. „Nagy fontosságú döntések meghozatala esetén az egyébként aktív, kontrolláló betegek is hajlamosak az orvosra ruházni a döntés felelősségét” [30].

Az orvosnak a beteggel folytatott konzultáció során a „szervi elváltozás keresése mellett” figyelembe kell venni, hogy betege mit gondol „állapota eredetéről, jelentőségéről, prognózisáról”, és hogy ez hogyan befolyásolja mindennapi életét [31]. E helyzetet hátráltathatja, ha a beteg a világhálóról szerzett ismeretekkel felvértezve keresi fel kezelőorvosát, és esetlegesen emiatt keletkezik hiány a tájékoztatásban [21]. A beteg és hozzátartozója részére elengedhetetlen a tájékoztatás úgy kvantitatív, mint kvalitatív mérce szerint. Adott helyen, adott időben célszerű ezt megtenni; nem javasolt a „futószalag” elvre és időhiányra hivatkozni. Így a betegellátás mechanizálódása, üzemi és/vagy üzleti folyamattá válása megelőzhető.

Az orvos – beteg konzultáció „az egészségügy teljesítményének magja” [32]. A szakirodalom szerint egy orvos szakmai pályafutása során kb. 150.000 beszélgetést

folytat betegeivel [33], „a leggyakoribb orvosi tevékenység a betegekkel való kommunikáció” [34]. Az orvos – beteg beszélgetésben állítják fel a legtöbb diagnózist, kezelési terveket alakítanak ki és döntéseket hoznak ezekkel kapcsolatban, megteremtik a beteg számára a sikeres kezeléshez szükséges pszichoszociális és kognitív feltételek egy részét [35]. A Magyar Orvosi Kamara (MOK) Etikai Kódexének II.5. és 6. fejezete is foglalkozik a tájékoztatási kötelezettséggel. Az orvos – beteg találkozás során történő kommunikáció száma kultúránként eltérő lehet.

A jelenleg is alkalmazott betegtájékoztatásra vonatkozó jogi előírások, Finnországban hasonlítanak leginkább a magyar szabályozáshoz. A beteget tájékoztatni kell az egészségi állapotáról, a kezelés jellegéről, a szóba jöhető alternatív eljárásokról és módszerekről és minden más, a kezeléssel kapcsolatos jelentős tényről. A várólistán szereplő betegnek szintén joga van tájékoztatást kapni a várakozás okáról és a szolgáltatáshoz való hozzájutás előrelátható idejéről. A beteg ellátása során tiszteletben kell tartani a méltóságát, és magánszférához való jogát. A kezelés és ellátás során figyelembe kell venni továbbá a beteg egyéni igényeit és tekintettel kell lenni anyanyelvére, kultúrájára [36]. Természetesen minden tájékoztatás hatékonyságának a mércéje a megfelelő orvos-beteg viszony. Ezek interperszonális jellemzőit azonban nem szabályozzák, vagy nem úgy befolyásolják egységes és nemzetközileg elfogadott elvek, mint ahogyan az új tudományos eredmények irányítják a diagnosztikát vagy az alkalmazott terápiát. Bálint Mihály szerint:...”az orvos személyisége is gyógyszerként hathat, miután az nagymértékben befolyásolhatja a gyógyulást...” [37]. Ebben jelentős szerepe van a betegoktatásnak és a beteg felvilágosításnak is.

Az orvos és a beteg erkölcsi attitűdjének alakulására társadalmi-kulturális hatások, sokszor egymástól eltérő szokások, értékek és szakmai hagyományok gyakran mélyebben hatnak, mint az orvostikai vitákban kiérlelt elvek. Mindezek miatt a betegtájékoztatással kapcsolatos új normák elfogadása nem egységes a hazai orvosi gyakorlatban [38].

A betegek megfelelő tájékoztatása az önrendelkezési joguk érvényesülésének alapvető és elengedhetetlen feltételét képezi. A kommunikációra vonatkozó paragrafusok (érthetően) jobbra a szakmai tartalmi elemekre fókuszálnak, azonban a törvény szellemiségéből és a szakmai kamarák etikai kódexeiből a kommunikáció

megvalósulási módjára, mikéntjére is lehet következtetni (hangnem, empátia, etika) [39].

Az Angol Betegjogi Charta – Patient’s Charter of England – alapelve, hogy a beteg döntése és az azt megelőző megfelelő betegtájékoztatás egymástól el nem választható. A beleegyezésnek megfelelő tájékoztatáson kell alapulnia és önkéntesnek kell lennie [40]. A hazai szabályozáshoz hasonlóan, a Charta szerint az orvosi titoktartás és a személyes adatok védelme érdekében a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) minden dolgozójának törvényben meghatározott kötelessége az adatok titokban tartása és azok bizalmas kezelése. Az adatokat az Adatvédelmi törvény (Data Protection Act) védi. A Chartában megfogalmazott alapelveket azonban nem lehet jogokként értelmezni, mint inkább általános elvárásokként. Ez megnehezíti a beteg helyzetét egy esetleges jogsértésben. Ezért sokan helyesebbnek és célravezetőbbnek tartják általános alapelvek helyett konkrét jogokat megfogalmazni. A betegnek joga van jogorvoslathoz folyamodnia, ha jogait megsértik [41]. Kártérítésre irányuló bírósági eljárást kell kezdeményezni a károkozás vagy az elmaradt jövedelem megtérítése miatt. Ha az orvos felelőssége megállapítható, kártérítést kell fizetnie. Összehasonlítva a brit egészségügyi ellátórendszert a hazai szabályozással, óriási előnyük van a briteknek a tekintetben, hogy külön egészségügyi ombudsman foglalkozik a brit állami egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos panaszok vizsgálatával, és a hatásköre kiterjed az ellátással kapcsolatos orvosszakmai döntések, például műhibák vizsgálatára is [42].

A tájékozott beleegyezés egy olyan folyamat, amelyben a betegnek lehetősége nyílik arra, hogy tudakozódjon a vele kapcsolatos kezelés, műtét, illetve egyéb gyógymódok kapcsán, és ezután „megértett” döntést hozzon. Ezt kifejezést az angol terminológia „informed consent”-ként használja [43]. A tájékozott beleegyezés a tájékoztatáshoz való jogot és az önrendelkezéshez való jogot tartalmazza. A tájékozott beleegyezés doktrínájának kezdete 1957-re, a „Salgo - per” évére tehető...”Az elv részletes kimunkálása, határainak körülírása az ezt követő években ment végbe, s a hatvanas években került be az orvostikai szakirodalomba...”[44].

Az infokommunikációs technológiai fejlődés teret nyitott a betegnek, a világhálón más fórumok eléréséhez is. Ez olykor előnyére, míg más esetekben hátrányára válik a betegnek, ellátónak egyaránt. Amikor a beteg információkkal felkészülve megy a

szolgáltatóhoz, joggal feltételezhető róla, hogy jártasságot szerzett az állapotáról, és ez a tájékoztatás lerövidítéséhez vezethet szolgáltatói oldalon. E folyamat során a legnehezebb megtalálni a megfelelő arányokat, domináns közlendőket a kommunikációban; ez a mindennapi gyógyítási tevékenység igazi kihívása és sokszor a gyógyítás egyik kulcsa is egyben. Elvárható, hogy a beteg által használt információforrások szakmailag hitelesek legyenek. Ehhez arra lenne szükség, hogy az információt megbízhatósági minősítéssel lássák el. Finnországban jó gyakorlatként működik olyan minősítő bizottság, ami a betegek számára kiadott betegtájékoztatókat minősíti. További információ-forrásként az élethosszig tartó tanulás is említendő.

Az egészségügy és betegellátás területén is tapasztalható a rohamléptékű infokommunikációs fejlődés, digitalizáció. A digitális egészségügy és ellátás azokat az eszközöket és szolgáltatásokat fedi le, amelyek információs és kommunikációs technológiák révén tökéletesítik a megelőzést, a diagnosztizálást, a kezelést, az egészséggel kapcsolatos kérdések nyomon követését és kezelését, valamint felügyelik és kezelik az egészség és az életmód kölcsönhatását. Az innovatív digitális egészségügy és ellátás javíthatja az ellátás minőségét és az ellátás igénybevételeének lehetőségét, valamint növelheti az egészségügyi ágazat általános hatékonyságát [45]. A hazai egészségügy – a felhasználói tapasztalatok alapján – lassan áll át a digitalizált eszközök, lehetőségek használatára, pedig ennek relevanciája kiemelkedő szerepet tölt be a betegtájékoztatóban is. Számos elektronikus anyag, mobil alkalmazás és a telemedicina különböző eszközei állnak a szolgáltatók és a betegek/hozzá tartozók rendelkezésére, amelyek gördülékennyé tehetik az ellátási formulákat.

A kommunikációnk tartalma és módja lehet közömbös a másik felé, jobba teheti a világunk egy részét, esetleg romba döntheti a másik ember életét. Az orvosi kommunikáció is lehet ilyen kétélű fegyver: gyógyíthat is, de ölhet is. Ráadásul: az orvos gyógyító személyisége tudatosan képes (kellene, legyen) saját káros kommunikációs hatásai észlelésére, megelőzésére. Az orvosi kommunikációnak a felelőssége is kettős: köteles elősegítenie a páciens gyógykezelését/gyógyulását, de azt is elfogadjuk, hogy ennek érdekében joggal érdeklődik az orvos az életünk intim dolgai felől. Ezekhez az információ-cserékhez írott és íratlan társadalmi elvárások adnak

keretet (udvariassági és kulturális szabályok, etikai megfontolások, házirendek, szakmai protokollok és jogszabályok) [46].

Az egészségügyi rendszerek hatékonysága nemcsak azzal növelhető jelentősen, hogy az emberek képesek jól tájékozódni bennük, hanem azzal is, hogy a megfelelő orvosokat keresik fel a megfelelő időben, betegségeikkel időben jelentkeznek, így azok kezelését már akkor el lehet kezdeni, amikor még nincs szükség költségesebb beavatkozásokra. Továbbá, megértik a krónikus betegségek kezelésének módját és követik a terápiát [47]. A betegségek egy része a helyes életmód megválasztásával akár meg is előzhető. Ez a fajta egészségtudatos magatartás jelentősen hozzájárulhat az egészségügyi rendszer hatékonyabb működéséhez és a magyar lakosok jobb egészségszínvonalához. Kiemelkedő jelentőségű lehet, hogy a magyar lakosság egészségtudatossága, egészséggel kapcsolatos ismeretei és a részükre nyújtható beteg tájékoztatás aránya, egyaránt emelkedő tendenciát mutasson. A házi orvosi alapellátásban az orvos - egészségügyi szakdolgozó - beteg kontextusban mindenkinek megfelelő részt szükséges vállalnia a betegség megelőzés – egészségmegőrzés tevékenységében. Ez az ellátó részéről a kompetencia alapú betegoktatást, a beteg részéről a felelős egészségmagatartást jelenti.

Ennek jegyében az AIPM támogatásával 2015 május-júniusában elkészült egy átfogó kutatás, amely a Maastrichti Egyetem által szervezett nemzetközi kutatássorozat (Health Literacy Survey EU) módszertanát követve országos reprezentatív mintán (n=1008) felmérte, hogy a magyar lakosság ismeretei mennyire felelnek meg az egészséggel kapcsolatos komplex igényeknek. A Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft. kutatásából fény derült többek között arra, hogy a magyar lakosság:

- Mennyire tudja, hogy mit kell tenni alapvető egészségügyi vészhelyzetekben;
- mennyire tudja, hogy honnan szerezzék be az őt érintő egészségügyi információt;
- mennyire képes megítélni az egészségügyi információ hitelességét;
- képes-e megérteni és követni az orvosi utasításokat;
- képes-e elolvasni és megérteni egy gyógyszer beteg tájékoztatóját [48].

Ugyanez a felmérés rámutat arra is, hogy minden második embernek problémás az egészségértése Magyarországon.

1.2.2. Egészségértés

A problémás egészségértés és a hiányos/nem megfelelő betegtájékoztatók esetleges együttállása komoly veszélyt jelenthet a beteg számára egy döntési helyzetben. A gyógyítás sikerességének alapvető meghatározója, hogy a beteg érti-e és megfelelően használja-e az orvosi információkat. Ennek befolyásolója az úgynevezett „health literacy” (egészségértés). A legelterjedtebb meghatározás szerint az egészségértés „...az egészséggel kapcsolatos alapvető információk és szolgáltatások elérésének, értelmezésének és megértésének képessége, valamint ezen információk és szolgáltatások felhasználásának kompetenciája az egészség fejlesztése érdekében”. A WHO 1998-as definíciója külön hangsúlyozza az információkeresés egyéni motivációját, valamint az ezek mögött álló kognitív és szociális készségeket. Schulz és Nakamoto modellje három komponensre bontja az egészségműveltséget: deklaratív tudás (tárgyi tudás az egészséggel és megőrzésével kapcsolatban); procedurális tudás (a tárgyi tudás alkalmazásának képessége egészséggel kapcsolatos szituációkban), illetve az ítéliképesség (a tárgyi tudásra alapozva az új információk, helyzetek hatékony megítélése [49]).

Magyarországon nemrég jelentek meg az első eredmények a nemzetközi szakirodalomban két és fél évtizede jelenlévő mérőeszközök adaptációjáról és a magyar lakosság egészségműveltség szintjéről [50]. A nyolc országot lefedő Európai Egészségértés Felmérés (European Health Literacy Survey – HLS-EU) kutatás Magyarországon 1000 fős reprezentatív mintán, három fő mérőindex (egészségügyi, prevenció és az egészségfejlesztési kompetencia) mentén vizsgálta a lakosság egészségértését is. Az eredmények rámutattak arra, hogy minél kevésbé ismeri az egyén saját egészségi állapotát, annál kevésbé hiszi azt, hogy van tartós betegsége, valamint minél kevésbé érzi azt, hogy egészségi állapota korlátozza őt, annál magasabb szintű az egészségértése.

Az első, harmonizált felmérést Magyarországon a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 2009-ben bonyolította le. A felmérés második fordulójával kezdve az adatgyűjtés végrehajtását bizottsági rendelet szabályozza. A 2019. évi adatgyűjtésre az Európai Bizottság 255/2018/EU számú rendelete vonatkozik. A személyes kikérdezésen alapuló felmérések segítségével betekintést nyerhetnek a kutatók, a lakosság vagy annak egy szegmensének egészségi állapotáról, az életviteléről, és esetlegesen az önellátással

kapcsolatos korlátozottságról. Továbbá a testmozgásról, a táplálkozásról, az egészségkárosító szokásokról és az egészségügyi ellátórendszer igénybevételéről, az ellátással való elégedettségről, illetve egyéb, az egészséget befolyásoló tényezőkről is. A 2019. évi lakossági egészségfelmérés szeptember 16. és december 31. között, 510 településen, 12 002 fő megkeresésével zajlott. A vizsgálat hagyományosan a 15 éves és annál idősebb, magánháztartásokban élő lakosságra terjedt ki [124].

A beteg a szükséges tájékoztatás hiányában csak elvileg van abban a helyzetben, hogy döntsön különböző beavatkozásokról, vizsgálatok vállalásáról. A nem megfelelő, nem teljes körű és/vagy nem egyéniesített, és a beteg számára nem érthető tájékoztatás mindenképpen jogsérelmet eredményez [51]. A tájékozott betegek ezzel szemben más a hozzáállása, és ez jelentősen kihat a terápia hatékonyságára, végső soron a gyógyulásra [52].

1.3. A magasvérnyomás-betegségről

A kardiovaszkuláris eredetű elhalálozásoknak jelentős része a magas vérnyomás következménye. 2012-ben például a világon bekövetkezett 17,5 millió szív- és érrendszeri okból történt halálesetnek majdnem az 50%-a volt összefüggésbe hozható az artériás hipertóniával [53]. A magasvérnyomás - betegséget már a magyar orvoslás egyik nagyja, Korányi Sándor a „XIX. század tüdővésze”, „közegészségügyi probléma”-ként definiálta. 1963 – ban Németh László úgy fogalmaz az általa éveken át vezetett naplóban, hogy a hipertónia a „súlyos szorítóba” került emberek betegsége, talán nem is sejtve, hogy a szív-és érrendszeri betegségek terén Magyarország nemsokára vezető helyre kerül Európában [54]. A 2009. évi hazai egészségfelmérés szerint a magas vérnyomás előfordulási aránya a 15 éven felüli lakosság körében 32% körüli. A megkérdezettek 27%-a orvos által felírt gyógyszert is szed betegségének karbantartására. A magasvérnyomás-betegség az idősödéssel az emberek egyre nagyobb hányadánál jelentkezik, a nyugdíjasok körében eléri a 65%-ot. A hipertónia az egyik leggyakoribb betegség hazánkban. A felnőtt népességből mintegy 3,5 millió embert érint. Magyarországon 1985-ben jelent meg az első olyan ajánlás a hipertóniás betegek kezelésére és gondozására, amely a mai fogalmaink szerinti szakmai irányelveknek is megfelelt [55]. 2015-ben e szakmai irányelv 10. kiadása - az alapellátásban történő hipertóniás beteg gondozása során – külön kitért az életmód tanácsadás, a gyógyszeres

terápiához kapcsolódó betegtájékoztatás és a betegút követés szükségességére. Ezek a kérdések a kérdőíves felmérés során is megjelentek. A gondozásban kiemelten fontos az egészséges családtagok és a hipertóniás beteg megfelelő informálása folyamatos betegség/kockázat ismeretekkel való ellátása. Az egészségmegőrzés és betegségmegelőzés, valamint a minőségi orvos-beteg együttműködés alapját jelenti a felvilágosító, tájékoztató tevékenység. A megoldásra számos példa van, akár a nyomtatott alapú (betegnek szóló újság), akár az Interneten keresztüli (tájékoztató honlapok), akár a telemedicinális módszerek (például okostelefonon SMS küldés) formájában [56]. A hipertóniás beteg kezelése során is nagy szerep hárul az orvos-beteg kapcsolatra, így az egyirányú kommunikáció és alárendelt szerep helyett partneri kapcsolatba kell helyezni a beteget. A találkozások alkalmával fel kell kelteni a beteg figyelmét, és hagyni számára időt a kérdésre. Sajnos a felnőtt háziorvosi alapellátás és az alapellátáshoz tartozó orvosi ügyeleti ellátás során, a magas betegszám miatt, ez olykor lehetetlen (például influenzajárvány idején). A szerző a saját tapasztalataiból merít; három évig egészségügyi alapellátás koordinálását, tizenkét évig orvosi ügyeleti ellátást végzett, jelenleg - öt éve - betegjogi képviselőként dolgozik.

2.CÉLKITŰZÉSEK

2.1. A kutatás előzményei – problémafelvetés

Célkitűzése, hogy a jövőbeni betegtájékoztatással és betegoktatással kapcsolatos hazai kvalitatív és kvantitatív kutatásoknak szakirodalmi és empirikus háttérrel biztosítson, ezzel támogatva a további munkát.

A kutatás egy olyan témát kívánt feldolgozni, amely az egészségügyi ellátás minden területén jelen van, és a napi alkalmazása során számos hiányosság, probléma fedezhető fel. A megfelelő betegtájékoztatás alapja az orvos – beteg interakció kifogástalansága. Ez egy mérhető, és nagyon pontos kritériumrendszer szerint feldolgozható terület, amely értékelésekor viszont magában rejtheti a szubjektív lehetőségét. A kutató feltételezése szerint a mindennapi gyógyító tevékenység, valamint a betegek egyre nagyobb száma nem teszi lehetővé, hogy a jelen hatályos jogszabály betegtájékoztatásra vonatkozó részében foglaltak maradéktalanul betarthatóak legyenek.

A kutatás megkezdése előtt – a kutatási tervet követve - az alábbi feladatok elvégzése vált szükségessé:

- A felhasználni kívánt külföldi kutatások, cikkek, tanulmányok megismerése;
- a magasvérnyomás-betegség (hipertónia) kórképének részletes tanulmányozása a kompetencia határaink megtartása mellett;
- az egészségértés, egészség tudatosság tanulmányozása, korábbi kutatások feltérképezése;
- a betegtájékoztatás jogszabályi nyomon követése, a kapcsolódó szakirodalmi helyek tanulmányozása;
- a betegoktatás fogalmának tisztázása, a hazai egészségügyi rendszerben való fellelhetősége, és ehhez kapcsolódó oktatási anyagok felkutatása;
- fókuszcsoport összehívása az érintett felnőtt háziorvosokkal;
- a kutatás technikai és anyagi feltételeinek biztosítása.

A megfogalmazott kérdések mindegyike aktuális, feltárandó és innovatív jellegű. A jelenlegi háziiorvosi ellátás során nem megkérdőjelezhető a betegtájékoztatás szükségessége. A kutatás arra is kereste a választ, mi az a jó módszer/gyakorlat, amely leveheti a teher egy részét az ellátó válláról, elősegítve ezzel a magas szintű szakmai munka végzését. Az Eütv. hatályba lépése mérföldkő volt a kilencvenes évek végén. A betegjogi képviselői tapasztalatok szerint az egészségügyben dolgozó szakemberek jelentős része szokásokra alapozva, rutinszerűen végzi munkáját, és több, mint húsz év után sem érzik mindig szükségességét a részletes, kompetencia alapú betegtájékoztatásnak. Az ápolóknak készült etikai kódexet áttekintve tapasztalható, hogy a „szószólói felelősség” fogalma alatt a pártfogás, a felelősség és lojalitás együtt, kitüntetett helyet foglalnak el. Morális értelemben ez nem más, mint a beteg emberrel szemben tanúsított lojális magatartás. Ahogy a francia filozófus, Levinas (1982) írja: „A Másik sorsa, most azon múlik, amit én teszek. Létezésem számít, következményei vannak!”[57].

A betegtájékoztatás optimális esetben öt pilléren épít: a diagnózisra, a prognózisra, a kockázatokra, a kezelési alternatívákra és az életmódra. A megfelelő betegtájékoztatás során nem hagyható figyelmen kívül, hogy a beteg elegendő megértési és mérlegelési képességgel rendelkezik-e, vagy nem? Ennek tisztázása mindenképpen alapos, körültekintő vizsgálatot és tapasztalt szakembert igényel, és elengedhetetlen a vizsgálat körülményeinek, eredményének részletes dokumentálása [58].

A célkitűzéseket összegezve a kutatás három fő irányt tűzött ki vizsgálata tárgyául: a magyar lakosság egy keresztmetszeti populációjának (véletlenszerűen kiválasztott erzsébetvárosi lakosok) az egészségi állapotát, egészségértését, a magasvérnyomás-betegséggel kapcsolatos állapotukat és ismereteiket, valamint a betegtájékoztatással kapcsolatos tudásukat, attitűdjüket megfigyelni, majd ebből leíró statisztikát, és összehasonlító elemzéseket készíteni. A kutatásnak nem volt célja, hogy vizsgálja az egészségértést, és a háziiorvosi rendelések infrastrukturális jellemzőit, valamint a kutatás nagyobb körre való kiterjesztése sem. Nem volt célja továbbá az európai adatokkal való összehasonlító elemzés elkészítése sem, annak ellenére, hogy számos adat rendelkezésre állna a feldolgozáshoz. A kutató meggyőződése szerint a hazai betegtájékoztatás témájában nem elsődleges, és mellőzhető ez az adattartalom.

A kutató munkájához kapcsolódó tapasztalatai alapján elmondható, hogy nagyon nehéz azt a szemléletet kialakítani a betegekben, hogy merjenek kérdezni, és merjék szóvá tenni sérelmeiket. A kutatás erre is igyekezett rávilágítani. A kutatás távlati célja, hogy eredményeivel pozitív elmozdulást eredményezzen, elsősorban a betegtájékoztatás hatékonysága és a betegoktatás szükségessége, és bevezetése terén. Ez akkor remélhető, hogyha a háttér okokra fény derül és meghatározhatóak a változtatás irányai és szereplői. A végső cél mindazon hiányosságok feltárása volt a betegtájékoztatás, valamint az orvos-beteg interakció során, amelyek olykor a betegellátásban, vagy a betegelégedettség felmérésekben megjelenhetnek.

2.2. A kutatás előtti dilemmák

A véglegesítés előtt számos dilemma is felmerült, amelyek mérlegelésre kerültek. Reprezentatív jellegű kutatás (minimum ezer fő lekérdezése) volt az eredeti terv, azonban a kérdezőbiztosi munka során felmerült időbeli változások és humán tényezők, nem tették ezt lehetővé. Eldöntendő kérdés volt az is, hogy mennyi legyen a kérdőívben megjelenő kérdések száma; itt végül az alaposság és a három kitűzött témacsoport (egészség – magasvérnyomás – betegtájékoztatás) kérdéseinek aránya lett a döntő szempont. A betegtájékoztatáshoz kapcsolódó kérdések során a jogszabályi megfelelés minél részletesebb alábontása volt a cél, ezt a kérdőív összeállításánál sikerült részletezni.

2.3. A kutatás előkészítése

Jelen kutatás a felnőtt háziorvosi alapellátásra fókuszált. Azon belül – különös tekintettel az alapellátásban megjelenő multimorbid emberre -, a hipertóniás betegeknek szóló betegtájékoztatás kerül vizsgálatra. A betegségre szűkítés szempontja a szinte népbetegségnek számító, magas számban megjelenő magasvérnyomás-betegség volt; e nélkül óriási lett volna a merítés a lekérdezések során. A magasvérnyomás-betegségre a népegészségügyi jelentősége miatt került a választás; a szerző előző munkatapasztalata során felismerésre került, hogy a választott betegséggel kapcsolatosan, a betegek nem rendelkeznek kellő információval, ennek kapcsán e betegségükkel olykor felületesen foglalkoznak.

A felnőtt háziiorvosi alapellátásban, a főváros VII. kerülete (Erzsébetváros) került kiválasztásra kutatási egységként. A célzott kiválasztás alapja, hogy a választott kerület alapellátásának résztvevői a kutató számára ismertek voltak, előző szakmai tevékenysége kapcsán.

2.4. A kutatás háttere

2.4.1. A kutatás módszerének kiválasztása

Az első szándék nemzetközi kutatás keresése volt, aminek hasonló témájú kérdőívét kívánta validáltatni a kutató a hazai felhasználásra. Ebben a szűkített keresztmetszetű, átfogó jellegű témakörben nem volt egyezés a nemzetközi és a hazai szakirodalom vizsgált elemei között. Egy 2010-ben végzett norvég tanulmányt sikerült fellelni a kutatás előkészülete során, amely csak némi átfedést mutatott a jelenlegi kutatási témával. Ez a tanulmány egy videofelvétellel készült kvalitatív kutatás volt a betegkonzultációkról, melyeket fekvőbeteg-ellátásban végeztek, azonban e kutatás tartalma nem fedte le a választott kutatási témát. A kutatás vezetőjével történt kapcsolatfelvétel során közös pontokat keresése volt a cél, de sikertelenül. E kutatás szempontjainak átvétele felmerült ugyan a kérdőív kérdéseinek összeállítása során – bár a kutatási terület és a módszerek is eltérőek voltak -, azonban azok adaptálásával olyan sok eltérés mutatkozott, hogy az ötlet elvetésre került.

A másik indok, ami miatt nem kerültek be a kérdések közé a szempontok, annak szenzitív jellege volt. Az volt a kutatói vélelem, hogy kellemetlen helyzetbe hozható a kérdőív kitöltése/lekérdezés során a válaszadó. Ez az említett kutatás kitért az orvosi figyelem, az udvariasság és az egzisztenciális ellátás kérdéseire. Kissé bővebben, az orvosi figyelem/tájékoztatás kapcsán a metakommunikációs jelek jelenlétére és alkalmazására; az orvosi titoktartásra való fókuszálás kommunikáció közben a megfelelő kommunikációs nyelvezet használatára. Az udvariasság kapcsán az üdvözlés elemeire, etikai és illemszabályok betartására és a megszólítás jellegére. Végül az egzisztenciális ellátás során: a paternalista orvosi attitűd projekciójára, ennek metakommunikációs gesztusaira, valamint a beteg pszico-szociális helyzetével való törődés szükségletének kielégítésére. Végül a releváns eltérések dominanciája miatt a kutatás adaptálása elvetésre került.

2.5. Kutatási kérdések

A kérdések tematikus blokkok összeállításával készültek; az első verzióban a közérdekű adatok után általános kérdések következnek; ezt követően a háziiorvosi ellátásra, az egészségi állapotra és háziiorvosi kapcsolatra vonatkozó, kapcsolódó kérdéseket tett fel a kérdőív. A kutatás gerincét a betegtájékoztatásra irányuló kérdéscsoport alkotta. A pilot kérdőívvezetés (2. melléklet) során fény derült arra, hogy a kérdések összetételén, tartalmán és sorrendjén is változtatni szükséges, így azok meg is történtek (3. melléklet). A végleges kérdőívben az egészségi állapotról, a hazai egészségügyi rendszerről, a háziiorvosi ellátásról, a betegtájékoztatásról és végül a személyes adatokról kerültek a kérdések összeállításra.

A kérdőív nem tartalmazott betegoktatásra vonatkozó kérdéseket, annak szükségességére a kérdőív feldolgozását követően kívánt a kutató rámutatni. A kutatás nem vizsgálta a magasvérnyomás – betegség attribúcióit, nem kereste okait annak, hogy a beteg miben látja betegségének okát.

A betegoktatással kapcsolatos kérdések az elkészített interjúba strukturáltan kerültek (5. melléklet), a hatályos jogszabály betegtájékoztatásra vonatkozó paragrafusait figyelembe véve. Az interjú teljes szövege a 6. melléklet –ben olvasható.

A kérdések száma végül soknak bizonyult, de a kutatás kitűzött célja érdekében történt az összeállítás. Vizsgálati korlátként kizárólag a lekérdezés ideje jelent meg; az önkitöltés módszerét – a vizsgálati célpopulációra vetítve – a kérdezőbiztosi kitöltés váltotta fel.

2.6. A kutatás hipotézisei

A hipotézisek, elsősorban a jelenleg hatályos Eütv. betegjogi – ezen belül a tájékoztatáshoz való jog - vonatkozásai alapján kerültek felállításra, keresve az egyezőségeket és különbözőségeket.

Első hipotézis: A hatályos egészségügyi törvényben szereplő, betegtájékoztatáshoz való jog nem, vagy csak minimálisan valósul meg a felnőtt háziiorvosi alapellátásban

Második hipotézis: A betegtájékoztatás jogszabályban foglalt részletességének

megvalósulása nem kizárólag kommunikációs, hanem etikai feladat

Harmadik hipotézis: A betegoktató képzés és a képzést követő bevezetés, hiánypótló a jelenlegi oktatási és egészségügyi rendszerben

Negyedik hipotézis: A felnőtt háziorvosi alapellátásban kevés a betegek tájékoztatására fordított idő

Számos szempont felmerül a hipotézisek megalkotása során, hiszen a betegtájékoztatás témája egy széles spektrumú, több nézőpontból vizsgálható terület. A betegjogok tekintetében elsődlegesen a betegtájékoztatásra fókuszáltak a hipotézisek, az ellátórendszer egyik olyan szegmensében, ahol az orvos-beteg találkozás kiemelten fontos. Az egészségértés és egészségi állapot mutatói, valamint a hipertónia témájában feltett kérdések a teljesség és a keresztmetszeti szűkítés eszközeiként funkcionáltak.

3.MÓDSZEREK

3.1. Adatgyűjtés – a kutatás körülményei

A módszertan prominens irányelve a szisztematikus elemzési mód és strukturált közzététel, valamint a transzparencia biztosítása volt, annak érdekében, hogy az eredmények és a konklúziók visszakövethetők legyenek [59]. Végül, de nem utolsó sorban a kutatás során elengedhetetlen szempont volt az összes résztvevő anonimitásának biztosítása.

Budapest Főváros VII. kerület Erzsébetváros felnőtt háziiorvosi praxisaiban, az országos tendenciához hasonlóan kb. a betegek 20%-a, átlagosan 200-300 ember áll hipertóniás gondozás alatt, ebből kb. 10 fő jelenik meg egy adott háziiorvosi rendelésen. Ez a számadat a kutatás teljes ideje alatt szinte állandónak volt mondható. A betegek kiválasztása véletlenszerűen, a napi betegforgalom során történt.

A kutatási terv megvalósításához (amelyhez betegekkel és ellátókkal történő kommunikáció, valamint a kérdőívek elkészítése, feldolgozása és archiválása volt szükséges) a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának jóváhagyása vált szükségessé. Ennek előzményeként a választott kerület Polgármesterének támogató, és a kerületi háziiorvosok aláírt befogadó nyilatkozata is már rendelkezésre állt. A kutatás ideje alatt valamennyi praxisban írásos tájékoztató kifüggesztése volt a cél, a betegek részére. Ez később elvetésre került, a kutatásban közreműködő háziiorvosok kérésére. A kutatásban részt vevő praxisok háziiorvosai részére felajánlásra került a kutatási eredményekről szóló tájékoztatás lehetősége, akár egy Önkormányzat által szervezett alapellátási értekezlet keretében. Ennek megszervezését és lebonyolítását a pandémia megakadályozta.

Az adatgyűjtés - kérdőívezés 2017. szeptember és 2019. december között zajlott, ún. kényelmi mintavételezés, véletlenszerű kiválasztás módszerével, kérdőíves lekérdezéssel, a háziiorvosi praxisokban megjelent betegek körében. Ők képezték az alapsokaságot. A kutatást a Tudományos és Kutatási Etikai Bizottság engedélyezte (engedély száma: 12265-2/2017/EKU).

A kutatás a hipertóniás betegek lekérdezését tűzte ki elsődleges célul, mint a kérdőívezési folyamat keresztmetszetét szűkítő lehetőség, azonban ehhez a háziorvost vagy az asszisztensét kellett volna megkérdezni, hogy a váróban helyet foglaló személyek közül ki hipertóniás. Az egészségügyi személyzet bevonásával elveszett volna a kérdőívet kitöltők anonimitása, így mellőzésre került ez a lehetőség. A válaszadás lehetősége így minden várakozónak potenciálisan rendelkezésére állt, és a feldolgozás is a teljes kérdőív mennyiséget foglalta magába. A feldolgozás során derült ki, hogy a válaszadók közül ki hipertóniás, és ki nem. Ez a homogenitás indokolja az a tényt, hogy minden megkérdezett/kérdőív kitöltő egyforma kérdőívet használt. Ebből adódóan – minden igyekezet ellenére - a kérdőív egyik hiányossága, hogy a válaszok között nem hagyott olyan lehetőséget, hogy a beteg tudomása szerint nincs magas vérnyomása.

A kutatásnak nem volt célja rendelkezésen kívüli, nem speciális populáció lekérdezése, kontrollcsoport bevonása, a kutatás alapcéljára és volumenére tekintettel sem.

A kitöltött kérdőívek száma 547 volt, ez végül 24 háziorvosi körzetből adódott össze. A mintavételi eljárás alanyai az adott rendelési napokon a praxisok váróiban jelenlevő, válaszadási hajlandóságot mutató várakozó páciensek voltak. Ahhoz, hogy ténylegesen a beteg kerüljön lekérdezésre, vagy töltsse ki a kérdőívet, tájékozódni kellett arról, hogy valóban saját jogon várakozik-e az orvosánál. A kutatás egyik célja volt, hogy a háziorvosnál megjelentek száma és a hipertóniás betegek aránya alátámassza azt a KSH által, 2019-ben közzétett 33 százalékos számadatot, amely a magyar lakosságban előforduló hipertóniás arányszámban is megjelenik.

A vizsgálandó kerület populációja a 2015. évi KSH adatok alapján 54.129 fő volt. E lakosságszámnak az 1%-a (minimum 541 fő) került a lekérdezési és kutatási tervbe. A kutatás nem minősíthető reprezentatívnak, azonban további kutatások alapját képezheti. Erzsébetvárosban harminchárom felnőtt háziorvosi praxis működik, így praxisonként minimum húsz kérdőív került volna lekérdezésre. Az együttműködő praxisszám végül huszonnégy lett, ennek megfelelően kellett a kérdőívek számát is alakítani. A kérdőív tartalma időközben változott; pilot kutatás előzte meg a végleges formát. A kérdőíves lekérdezés mellett további interjúk is a kutatási terv részét képezték.

A kutatásban részt vevő praxisok adatai is vizsgálat alá kerültek; a házi orvos által kitöltött adatlap tartalma adott információkat a házi orvos neméről, koráról, a praxisban ellátottak számáról, nemi megoszlás és a területi ellátási kötelezettség alapján. A kérdések között felmerült a praxisban eltöltött évek, és a rendelési időben megjelent betegszám is, illetve a magasvérnyomás-betegséggel nyilvántartott betegek nemi eloszlása. A praxis adatai a kérdőívek feldolgozását nem befolyásolták, a kutatás e része arra irányult, hogy képet adjon arról, milyen kor – és nemi összetételűek a vizsgált kerület házi orvosai. A kérdőívben nem szerepeltek arra utaló kérdések, hogy ez befolyásolja-e az orvos-beteg viszonyt; a kutató meggyőződése szerint ezek túl bizalmas jellegű információk lettek volna a válaszadás során, amely az eredményeket is negatívan befolyásolja (jó benyomás keltés).

3.1.1. A házi orvosi praxisok jellemzői

A kétéves kutatási periódusban a felnőtt házi orvosi praxisokban történt némi változás. Három házi orvos elhunyt, három házi orvos nyugdíjazás és betegség miatt átadta a praxisát. Az elhunyt orvosok betegeit a működési engedélyben szereplő helyettesiek látták el. A kutatáshoz való újabb hozzájárulásra már nem volt szükség, a kérdőívezés ezek bekövetkeztéig megtörtént.

A kutatást megelőző részvételi szándék nagyobb nyitottságot mutatott, mint ahogy a végén valójában realizálódott. Ennek összefoglaló adatait az 3. táblázat mutatja be.

3. táblázat: A kutatási részvétel mutatói a praxis számok alapján

| | |
|---|--------------|
| Összes praxis szám (2017) | 33 db |
| A kutatásba való előzetes, telefonon történő, szóbeli beleegyezés száma | 28 db |
| A kutatásba való, személyesen történő, írásbeli beleegyezés száma | 24 db |
| Teljes elutasítás | 4 db |
| Visszalépés előzetes szóbeli beleegyezést követően | 2 db |

A praxisokra vonatkozó adatlapok szerint, a praxisban előforduló legkevesebb magasvérnyomás-betegség a teljes praxiszámhoz viszonyítva 25,8%, míg a legmagasabb érték 61,5%. Így a teljes vizsgálati anyagban a magasvérnyomás-betegség előfordulásának átlaga 43,6%. A házi orvosok kora szerint a legfiatalabb női házi orvos 46 éves, a legidősebb 82 éves. A férfi házi orvosok között a legfiatalabb 44 éves, míg a legidősebb 79 éves volt. A praxisban eltöltött idő kumulált átlaga 24,3 év. Rendelésenként (négy óra rendelési idővel számolva) átlagosan 28 beteget látnak el; ez a szám influenzás időszakban magasabb, míg a nyári hónapokban alacsonyabb értéket mutatott (4. táblázat). A praxisokban megjelenő betegek korosztályos megoszlását is ez a tényező befolyásolja.

4. táblázat: A kutatásban részt vevő házi orvosi praxisok (N=24) jellemzői a kutatási időszakban

| N=24 | Nő | Férfi |
|--|------------------|--------------|
| A házi orvosok nemi megoszlása (fő) | 16 | 8 |
| A házi orvosok átlag életkora (év) | 64,8 | 66,1 |
| A praxisban eltöltött idő kumulált átlaga (év) | 24,3 | |
| A praxisok kártyaszámainak átlaga (db) | 1409 | |
| A praxis leterheltsége (rendelési idő/ellátott beteg) | 4 óra / 28 beteg | |
| A praxisokban előforduló hypertóniás betegek száma (fő) | 8137 | 5084 |
| A vizsgált praxisok betegeinek nemi megoszlása (%) | 68,2 | 31,8 |

A kutatás fő gerince a kérdőíves felmérés volt, az elemzés pedig ennek megfelelően szisztematikusan (hármás tagolásban) készült. A hármás tagolás (egészségi állapot - magasvérnyomás-betegség (hipertónia) - beteg tájékoztatás) koncepciója végigkíséri a feldolgozást is, az egyes blokkok és összefüggések részletes feldolgozása mellett. A kutatás másik iránya egy hazai beteg oktatóval készített interjú feldolgozása volt, melynek során a beteg tájékoztatással kapcsolatos közös pontokat kereste a kutató.

A kutatás során önkitöltős módszer alkalmazása volt a cél, azonban a válaszadásra hajlandóságot mutatók jelentős része (76,3%) a kérdezőbiztosi közreműködést preferálta. A fiatalabb válaszadók maguk töltötték ki a kérdőívet (23,7%). Ahogy a kitöltés különbözősége is eltérő időtartamot igényelt, úgy a feldolgozásnál is különbség volt észlelhető; a kérdőívek 18,4%-ában nem volt teljes a kitöltés, egy vagy több kérdés kihagyásra került. Ez az önállóan kitöltők között volt észlelhető. A kérdőívek feldolgozása során a tényleges válaszadók eredményei kerültek elemzésre, ezek száma pedig 541 lett; statisztikai szempontból ennyit lehetett teljes körűen felhasználni.

A lekérdezett – később pilot kutatásként felhasznált 86 kérdőív (2. melléklet) – konklúzióit levonva módosítás eredményeként alakult ki a végleges kérdőív (3. melléklet). Ez a beteg-kérdőívek tekintetében elsősorban strukturális változtatást és kérdésekkel történő kiegészítést jelentett. A végleges kérdőív kérdéseinek összeállításánál a 2009 - 2010 között, az OALI munkacsoport (Szatmári A, Sonkoly I. és Balogh S.) irányításával zajló alapellátási tükör kérdőívének (4. melléklet) tartalma is megfontolásra került [60]. Ennek eredményeképp a betegtájékoztatásról szóló blokkba került az a kérdés, amelyik a beteg, háziorvosi praxison kívüli információszerzési lehetőségeire kérdez.

3.1.2. A betegoktatásról

A hazai betegoktatás/betegedukáció témájában készített interjút követően, kódolás nélküli tartalomelemzés és kvantitatív összegzés történt, annak érdekében, hogy a tevékenység alapjai is felszínre kerüljenek. Az interjú 2016-ban készült az Országos Gerincgyógyászati Központ betegoktató munkatársával, Oroszi Juliannával.

Az interjú hangfelvétellel került rögzítésre az interjúalany beleegyezésével, majd annak tartalma szó szerinti lejegyzést követően került feldolgozásra. A félig strukturált interjú standardizált kérdések mentén zajlott, nyitva hagyva a válaszadás közbeni spontán kérdésfeltevés lehetőségét is. Alapvetően az előre meghatározott kérdés kategóriákra hagyatkozott. A hazai betegtájékoztatás általános jellemzői kontextusában, a betegoktatói tapasztalatokról várt választ az interjú. A fekvőbeteg-ellátó intézményben zajló betegtájékoztatási folyamat megismerése után a beteg általi visszacsatolási metódusokba is betekintést kaptunk. A beszélgetés kitért a betegoktatói tevékenység elfogadottságára és a team munka fontosságára is. Végül a hatályos jogszabály szerinti,

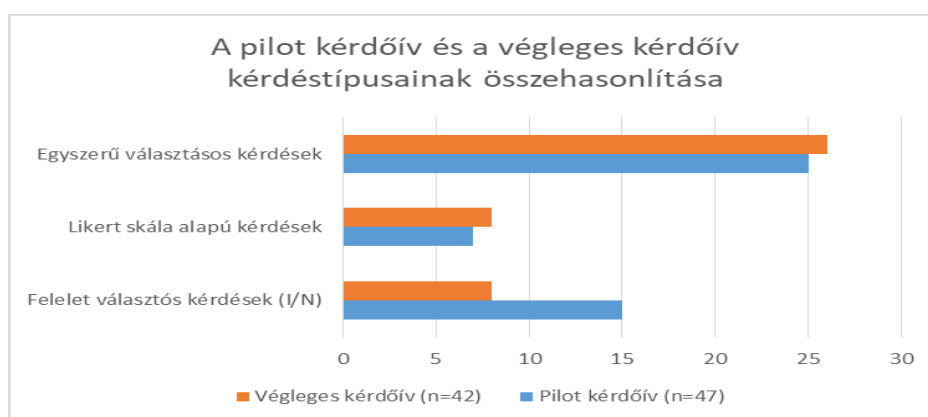
tájékoztatáshoz való jog kritériumai kerültek összevetésre a betegoktató napi tevékenységével; hogyan követi a munka a jogi szabályzót? Az interjú teljes anyaga a 6. mellékletben olvasható.

Az interjú nem került elemzésre, kizárólag a hazai jó gyakorlat bemutatása volt a cél. Jellemzően a betegoktató „perspektíváit” kívánta reprezentálni, nem pedig a kapcsolódó orvosi tevékenységet.

3.2. A pilot kérdőívek és a végleges kérdőívek módszertani összevetése

Az eredeti kérdőív – miután felismerésre került a módszertani változtatások szükségessége -, pilot kérdőívként funkcionált.

A végleges kérdőív 5 blokkban, összességében 42 kérdést tartalmazott. Letisztult, könnyen áttekinthető és feldolgozható struktúra elkészítése volt a cél. Az első blokk (10 kérdés) az egészségi állapotról, a második blokk (4 kérdés) a hazai egészségügyi rendszerről, a harmadik blokk (10 kérdés) a háziorvosi ellátásról, a negyedik blokk (14 kérdés) a betegtájékoztatásról és az ötödik blokk (4 kérdés) a személyes adatokról kérdezett. A két kérdőív kérdéstípusainak összetételét az 1. ábra mutatja be.



1. ábra: A pilot kérdőív és a végleges kérdőív kérdéstípusainak összehasonlítása

Tekintettel arra, hogy a kutatás fókuszja a betegtájékoztatásra, annak jogszabályi megvalósulására irányult, így a legtöbb kérdés erre vonatkozott. A kérdések összeállításának és megfogalmazásának alapját a jogszabály szövegezése adta; az volt a vizsgálat bázisa, hogy milyen az egyezés, illetve hol vannak eltérések a hétköznapi gyakorlat és a jogszabályi követelmények között. Vizsgálatra került ezen felül a

megkérdezettek egészségi állapota és az egészségügyi rendszerről való tájékozottságuk mértéke is.

A pilot- és a végleges kérdőív összehasonlítása az 5. táblázatban követhető.

5. táblázat: A pilot- és a végleges kérdőív összehasonlítása

| | Pilot kérdőív | Végleges kérdőív |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Kérdések száma összesen: | 47 | 42 |
| Kérdés-blokkok száma: | 6 | 5 |
| Kérdések sorrendje: | Személyes adatok | Az egészségi állapotról |
| | A hazai egészségügyi rendszerről | A hazai egészségügyi rendszerről |
| | A háziorvosról | A háziorvosi ellátásról |
| | Az egészségi állapotról | A betegtájékoztatásról |
| | A háziorvosi kapcsolatról | Személyes adatok |
| | A betegtájékoztatásról | - |

A kérdőívek feldolgozása az IBM-SPSS v.26 statisztikai program használatával történt, leíró statisztikai és összehasonlító keresztelemzések elkészítése céljából. A leíró statisztika során a minta adatainak áttekinthető formába történő rendezése, tömörítése, az adatok grafikus megjelenítése, ábrázolása és egyes jellemző értékeinek meghatározása volt a cél. Tekintettel arra, hogy a leíró statisztikai elemzés esetében a nominális mérési szint a legkevésbé informatív, hiszen értékei között csak minőségi különbség van, ezért az elemzéseket, értelmezéseket keresztábrával, khi négyzet próbával és a nominális változók közötti kapcsolatokat mérő mutatókkal került bemutatásra. A leíró statisztikai elemzések során ez a mérési szintű változó oszlopdiagrammal, illetve kördiagrammal került ábrázolásra a feldolgozás során. Nominális mérési szintű változók a nemeknél (1-férfi, 2-nő), ordinális mérési szintű változók az iskolai végzettségénél (1-alapfokú, 2-középfokú, 3-felsőfokú) kerültek alkalmazásra. Az alapfokú végzettség a kevesebb, mint 8 osztály és a 8 osztály végzettséget, a középfokú végzettség a szakmunkásképző, szakiskolai, szakközépiskolai vagy gimnáziumi érettségit, a felsőfokú végzettség pedig a főiskolai vagy egyetemi szintű diplomát foglalta magába. Az életkor feldolgozásánál arányskála mérési szint került alkalmazásra és a betöltött életévek számával történt a mérés. Két minőségi

változó közötti kapcsolat elemzésére khi négyzet próba került alkalmazásra, vagyis a két változó közötti szignifikáns kapcsolat került megfigyelésre és prezentálásra.

3.3. A kérdőív strukturáltsága – felosztása

3.3.1. Az egészségi állapotról

A kérdőívezés folyamata és annak feldolgozása, átfogó képet kívánt bemutatni a vizsgált lakosság egészségi állapotáról, szakmai szempontok, támpontok keresésével. A legutóbbi, hasonló jellegű kutatás 2013-ban, 2014-ben és 2019-ben történt a Hungarostudy Kutatócsoport által, Dr. Susánszky Éva Ph.D. vezetésével, de végül a 2013. évi felmérés vonatkozó kérdései kerültek beépítésre a kérdőívbe. A kérdések közül végül hat 100 %-os egyezőséget mutatott a HS2013 kutatás kérdéseivel. A kérdőív egészségi állapotról kérdező blokkjában megjelent, HS2013 kutatással egyező kérdések:

1. „Hogyan minősítené egészségi állapotát?”
2. „Az alábbi táblázatban tüneteket sorolok fel, ami az emberekkel elő szokott fordulni. Kérem, mindegyikről mondja meg, hogy az adott tünet az elmúlt hónap során előfordult-e Önnel? És ha igen, akkor az, mennyire zavarta Önt? (1-nem fordult elő, 2-előfordult, egyáltalán nem zavart, 3-előfordult, kissé zavart, 4-előfordult, nagyon zavart).

A kérdőív személyes adatokról kérdező blokkjában megjelent egyező kérdések:

1. „Az Ön neve”
2. „Az Ön családi állapota”
3. „Az Ön legmagasabb iskolai végzettsége”
4. „Az Ön születési adatai”

A kérdőív háziorvosi ellátásról kérdező blokkjában az alábbi kérdést tettük fel:

„Mennyire elégedett Ön az egészségügyi ellátásokkal? Kérem, osztályozzon, 1-től 5-ig.” E kérdésben a Hungarostudy 2013 kutatás során a háziorvosi ellátással, a járóbeteg-szakellátással és a kórházi ellátással való elégedettséget kérdezte, a szerző kutatása kitért a patikai ellátás elégedettségére is.

Az egészségi állapot megítéléséről szóló első blokk további kérdéseit az *3. melléklet* mutatja be.

Az egészségi állapot önértékelése az egyik leggyakrabban használt mérési módszer az egészségszociológiai vizsgálatokban. Szinte nincs olyan kutatás, melyben ne szerepelne a kérdés: „Hogyan jellemezné egészségi állapotát általában? Mondhatja-e, hogy egészségi állapota általában kitűnő, jó, megfelelő vagy rossz?” Az egészségi státusz ilyen mérésének két fő oka van: a mérést nem szűkíti le az egészség valamely specifikus dimenziójára, átfogó képet ad az egészségi állapotról, ahogy azt az emberek érzelik – s ki lenne illetékesebb az efféle értékelésre, mint éppen a megkérdezett személy –, másfelől összegzetten méri azokat az ismereteket is, melyekkel az emberek saját egészségükről rendelkeznek [61]. Az egészségi állapot önértékelését gyakran kritizálják szubjektivitása és megbízhatatlansága miatt. Ám éppen szubjektivitása jelenti az előnyét, mivel az egészség más mérési módokkal nem befogható személyes értékelését tükrözi. Kétségtelen az is, hogy az általános egészségnek ez a mutatója megbízható és reprodukálható, szorosan korrelál az „objektív” mutatókkal, mint például az orvosi értékelésekkel [62 - 63].

Az egészségi állapot milyensége nem csupán az egészségszociológia számára középponti jelentőségű, hanem egyre inkább az emberi jóllétet, életminőséget általánosan jellemző indikátornak tekintik, amelynek fontossága hasonló az országok gazdasági teljesítményének jellemzésére használt nemzeti jövedelem (GDP) mutatójához [64]. A kilencvenes években folyó kutatások eredményei szerint a magyar lakosság egészségi állapota nem csak az „objektív” (mortalitási illetve morbiditási) mutatószámok alapján, hanem az emberek saját megítélése szerint is kedvezőtlennek tekinthető. Magyarországon ma már rendszeresen készülnek kérdőíves kikérdezésen alapuló egészségfelmérések. A kutatások egyik vonulatát a már említett Hungarostudy elnevezésű lakossági vizsgálatok jelentik, amelynek első felvételére még 1988-ban került sor, egy országos reprezentatív vizsgálat keretében. Több mint 20 ezer személy (N=20902) kérdőíves adatfelvétele történt meg. Hét évvel később, 1995-ben újabb keresztmetszeti vizsgálat történt egy kb. 12 ezres mintán (N=12552), majd 2002-ben egy hasonló nagyságú mintán (N=12640) megismételték az adatfelvételt [65]. Annak érdekében, hogy az eredmények folyamatában prezentálhatóak legyenek, kiválasztásra

került a 2009. és a 2015. évi kutatás is. A GFK Magyarország felmérései alapján a lakosság szubjektív egészségi állapota romló tendenciát mutatott 2004 és 2011 között [66], az Eurostat adatbázis eredményei [67] pedig arra engednek következtetni, hogy egy pozitív tendencia volt kialakulóban 2012-ben, amit a 2013.évi adatok [68] is alátámasztanak (6. táblázat).

6. táblázat: Az általános egészségi állapot önértékelése (N=1000)

| Válaszkategóriák | Válaszok megoszlása | |
|------------------|---------------------|------|
| | Fő | % |
| Kiváló | 113 | 11,3 |
| Jó | 526 | 52,6 |
| Közepes | 289 | 28,9 |
| Rossz | 58 | 5,8 |
| Nagyon rossz | 13 | 1,3 |

Az egészségi állapot szubjektív megítélésének összehasonlítása végül a KSH ELEF, a Szinapszis Kft. kutatása és a saját kutatás eredményei alapján történt. A három kutatásban egyaránt az egykérdéses Likert - skála szolgált a mérésre.

Jelen kutatás során páratlan válaszlehetőségek kerültek felhasználásra („nagyon rossz/rossz/közepes/jó/kiváló”), a középső jelző („közepes”) esetén – bár a megfogalmazás eltérő („közepes/elfogadható/kielégítő”) volt –, de ezt egymás szinonimájaként került feldolgozásra az értékelés során. A könnyebb elemzés és tájékoztatás érdekében együtt került vizsgálatra a két – két szélső attitűd (nagyon rossz/rossz és nagyon jó/jó). A kutatás előre meghatározott szignifikancia szint értéke $p=0,05$ volt.

Az eredmények rámutatnak arra, hogy a mintában, az önbevalláson alapuló egészségi állapot megítélése jelentősen eltérhet a valós, statisztikai adatokon alapuló helyzettől, ami Magyarország esetében egyértelműen kimutatható. Amíg a megkérdezettek egészségi állapota önbevallás alapján inkább jónak tekinthető, addig az objektív, reprezentatív mintán készült statisztikai adatok kifejezetten rossz egészségi állapotot tükröznek [69].

3.3.2. A hazai egészségügyi rendszerről

A második és harmadik blokkban a hazai egészségügyi rendszer ismerete került vizsgálat alá, és ezen belül a háziiorvosi ellátás. A kérdések kitértek a háziiorvos választás, a háziiorvosi megjelenés gyakorisága, célja, valamint az orvos – beteg interakció időtartamára is. A két blokkot együtt vizsgálva, a négy feleletválasztós kérdést a háziiorvos választásra irányuló kérdések követték; a vizsgálat célja itt a területi ellátási kötelezettség és a korosztályos, valamint a választás szándéka szerinti összefüggés volt. Ezt követően a hazai egészségügyi rendszer legfőbb szereplői iránti elégedettséget vizsgálja a kérdőív, 1 – 5-ig történő osztályozási módszerrel. Szenzitív jellegű kérdésnek imponáló két kérdés kerül előtérbe, amelyek a háziiorvos szakmaiságára és emberi jellemzőire irányultak. Az eredmények egyértelműen a válaszadók szubjektív benyomásait tükrözik. Jelen esetben etikai dilemma merült fel, mely szerint a lekérdezés során (amennyiben nem önkéntessel történik a válaszadás), milyen mértékben lehet befolyással az, hogy ha tart a beteg az orvosának haragjától, vagy attól, hogy az ő válasza valamilyen formában esetleg kitudódik. A kérdés a kérdőív része maradt végül, bízva abban, hogy a válaszadók a tisztességesség és becsületesség elvét gyakorolják. A háziiorvoshoz látogatás gyakorisága, annak motivációja és az orvosnál eltöltött időt is a feltett kérdések közé kerültek; az eredmények a szakirodalmi háttérrel és a demográfiai mutatókkal lettek összevetve.

3.3.3. A háziiorvosi ellátásról

A háziiorvos kapuőr szerepe nem kérdőjelezhető meg, ezért kiemelten fontos funkciót lát el a betegek ellátása során [70]. A beteg, amikor felkeresi háziiorvosát, az egészségügyi személyzet gondoskodására és az orvos a páciensre irányított figyelmére vágyik, de ezen túl, sokszor a beteg arra is igényt tartana, hogy átbeszélje pszichoszociális problémáit orvosával. A kutató saját munkájának tapasztalata alapján elmondható, hogy ez az igény prioritásként kezelendő, és elmaradása számos betegpanasz hátterében is fellelhető.

3.3.4. A betegtájékoztatásról

A kutatás fő témáját alkotó blokk kérdéseinek összeállításánál is a hatályos Eütv. vonatkozó paragrafusának szövegezése képezte az alapokat, és ebből készült tizennégy

kérdés. A kérdések feltevése során azzal szembesültem, hogy – ahogy az a törvény szövegezésében is látható – a megfogalmazások olykor nehezen voltak követhetőek a megkérdezettek számára, illetve a szakmai nyelvezet értelmezése olykor gondot jelentett. A módszertani jelleget tekintve egyszerű feleletválasztós, valamint több válasz aláhúzásnak lehetőségét engedő kérdések kerültek megfogalmazásra. Ebben a blokkban egy olyan kérdés is került, amely egyidejűleg kérdezi a fennálló magasvérnyomás-betegséghez kapcsolódó beteg tájékoztatás részletességét is. A negyedik blokk utolsó kérdésében újra végig vizsgáltuk a beteg tájékoztatás jogszabályi megfogalmazását, és egy táblázatba sűrítve, 1-5-ig tartó skálán mértük az elégedettséget. A fókusz ebben a kérdésben a részletes beteg tájékoztatásra irányult.

3.3.5. A személyes adatokról

A személyes adatok blokkban a megkérdezett neme, családi állapota és születési adatai kerültek felmérésre, alapot adva ahhoz a szándékhoz, hogy egyes kérdések feldolgozása során lesz-e szignifikáns összefüggés vagy eltérés az adatokban. A kérdéstípusok teljes egyezőségét mutattak a HS2013 kérdőív kérdéseivel (nem, iskolai végzettség és családi állapot vonatkozásában).

4.EREDMÉNYEK

4.1. A kutatás általános eredményei, tapasztalatai

A lekérdezési időszakban két, magasabb számú betegforgalom (2017. december és 2018. november) volt tapasztalható a rendelőkben. Ennek okaként két influenzás időszak említendő. A kapott eredmények miatt releváns ez az információ, hiszen a magyar demográfiai adatok nem ezt az adatot erősítik. E megállapítás alatt a háziiorvosi rendelőkben megjelenő betegek, életkor szerinti jellemzője értendő. Inkább az idősebb betegek járnak gyakrabban a háziiorvoshoz, mint a fiatalabbak.

Egy kérdőív kitöltése átlagban 30 - 40 percet vett igénybe. A kitöltési hajlandóság igen alacsony tendenciát mutatott. A háziiorvosi rendelésre várakozók mintegy egyharmada működött közre, így a tervezett mennyiségű kérdőív (N=547) ugyan kitöltésre került, de a válaszadásba bevonni kívántak száma háromszor annyi (n=1847) volt. Az elutasítások (n=1297) hátterében különféle indokokat említettek a megkérdezettek (7. táblázat). A kérdőívekre került feljegyzésként az elutasítás indoka, amelyből az összegzett feldolgozás történt.

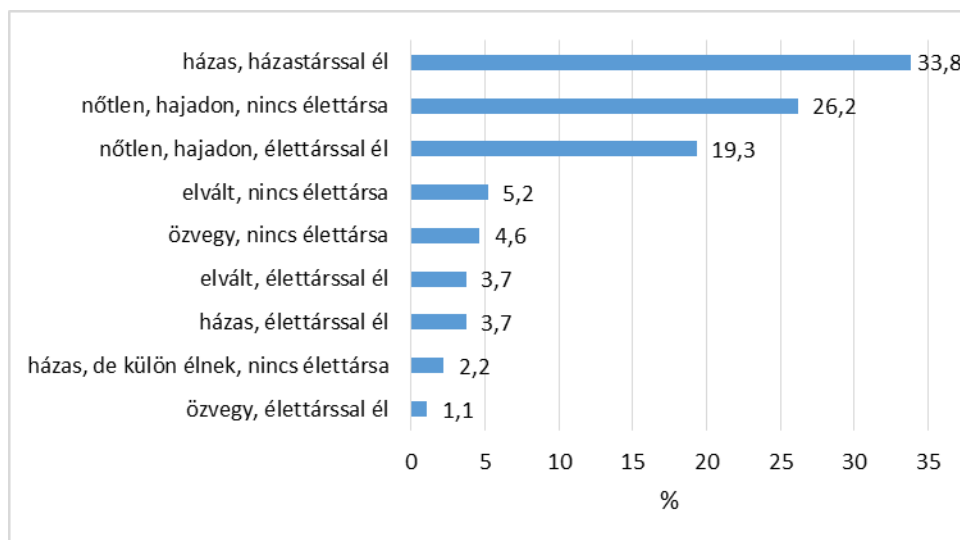
7. táblázat: A kérdőív kitöltés elutasításainak indokai

| | Az elutasítás indokai | Az elutasítás száma (n=1297) |
|-----|--|------------------------------|
| 1. | nincs semmilyen racionális indok az elutasításra | 311 |
| 2. | „nem érek én erre rá” | 269 |
| 3. | verbális kommunikáció nélkül utasít el | 255 |
| 4. | „nem érdekel” | 159 |
| 5. | „ha megtudja az orvosom, kitagad a körzetéből” | 101 |
| 6. | „megint valami értelmetlen statisztika” | 58 |
| 7. | „nem akarom a doktor urat/doktornőt magamra haragítani” | 48 |
| 8. | „számít egyáltalán, ha bármit is mondok?” | 45 |
| 9. | „félek, hogy ha kitöltöm, az orvos megbosszulja vagy kikapok” | 22 |
| 10. | „fizetnek érte? ha nem, akkor, minek?” | 20 |
| 11. | „miért erre költi az állam pénzét, ahelyett, hogy az egészségügybe tenné ezt a pénzt?” | 9 |

A kérdőív kitöltését elutasítók nemi megoszlási aránya: 71,6% férfi és 28,4 % nő. A kapott értékek fordítottan arányosak a válaszadók nemi megoszlásának arányával. Elgondolkodtató eredmény (5,7 és 9. sor) az a 13,1%, amely azt tükrözi, hogy a betegek tartanak a házi orvosuk haragjától, vagy bármely más retorziótól. Ez a 13,1% elutasító, kivétel nélkül mind nő volt. Az orvostól való félelem ténye a kérdőívben is megjelenik. Valamennyi közreműködésre való felkérés esetén, az előzetes tájékoztatás során többször biztosításra került a válaszadó anonimitása, ennek ellenére a félelem, a kiszolgáltatott helyzet ezt felülírta. A közöny és az érdektelenség aránya domináns (1-4.sor), ez az elutasítások 76,6%-a. A betegek 20,7%-a nem ért rá a várakozás során. A fennmaradó 10,3% válasz (6,8,10 és 11. sorok) az elégedetlenség, humor, agresszió és türelmetlenség jeleit mutatta vegyesen. A kérdőív kitöltése során – azoknál a betegeknél, akik a kérdezőbiztosi segítséget igényelték -, nem derült fény arra a technikai deficitre, amely a kérdőív szerkesztésnél/szövegezésnél megjelent, mely szerint, aki nem érintett a magasvérnyomás betegségben, azok kihagyhatták az erre vonatkozó kérdéseket. A szerkesztett kérdéseknél, ahol több válasz volt jelölhető, erre a kérdőív külön felhívta a figyelmet. Minden más kérdésnél egy válasz jelölése történt meg, még azokban az esetekben is, amikor önkitöltéssel zajlott a válaszadás. Ennek következtében a kapott eredmények így kerültek feldolgozásra, és valid eredményeket tükröznek.

4.2. Demográfiai mutatók

A kérdőív demográfiai adatokat felmérő blokkjának valamennyi kérdése a HS2013 kérdőív kérdéseivel (VII. kártyalap/11. blokk/ 1,3,4. kérdések) megegyeztek. Az adott rendeléseken, a várakozók körében, a válaszadók aránya: 73,3% nő, 26,7% férfi volt. A családi állapot vonatkozásában az egyedül élők és a társsal élők aránya 38,2/61,8% (2. ábra)



2. ábra: A válaszadók megoszlása családi állapotuk szerint (N=547)

A korcsoportos megoszlásból azt a három sávot (46-55 év; 56-65 év; 65 év felett) érdemes említeni, amely a betegségek megjelenése szempontjából magasabb kockázatot jelent; ez a válaszadók (n=172) 31,7%-a (8. táblázat). A vizsgált időszakban ez az erzsébetvárosi háziiorvosi rendelőkben megjelent betegek közel egyharmada. Nem egyértelműen a kerületi lakosság szám szűk keresztmetszetét mutatja, mert más, kerületen kívüli emberek is megjelennek a rendeléseken.

8. táblázat: A válaszadók korcsoportos megoszlása (N=547)

| | |
|--------------|-------|
| 18-25 év | 20,1% |
| 26-35 év | 27,9% |
| 36-45 év | 20,3% |
| 46-55 év | 12,4% |
| 56-65 év | 9,2% |
| 65 év fölött | 10,1% |

Az iskolai végzettség eredményeit vizsgálva megállapítható az érettségivel (54%) és diplomával (37,3%) rendelkezők összesített értéke, ez a válaszadók 91,3%-a.

A feldolgozott demográfiai adatok körébe említhetőek az első blokk két utolsó kérdése, amely a fogyatékossgot méri („Ön fogyatékossgal él?” és „Ha Ön fogyatékossgal él, szükséges-e Önnek valamilyen segítség a mindennapi orvos-beteg találkozások során?”). A válaszadók (n=531) közül hat látássérült (1,1%), három hallássérült (0,6%)

és hét mozgássérült (1,3%) volt. A kérdőív kitért arra is, hogy a fogyatékossgal élők körében, szükséges-e számukra valamilyen segítség a mindennapi orvos - beteg találkozások során. Hét fő szeretne a betegségéről szóló tájékoztató kiadványokat olvasni, hét fő igényli más, segítő emberek részvételét e találkozások során, egy fő kézi olvasógépet használna ezekhez, míg szintén egy fő jelölt egyéb segédeszközt, megnevezés nélkül. A fogyatékossgal élők a válaszadás során elmondták, hogy az orvos-beteg találkozások során Braille alapú tájékoztatással (helyben történő jegyzetelés) és hangfelvétel rögzítéssel, valamint Skype alapú jeltolmács „alkalmazásával” értelmezik az orvos által elmondottakat. Az erre utaló eredmények a kérdezőbiztos általi adatrögzítéssel kerültek dokumentálásra.

4.3. A kutatás részletes statisztikai elemzése

4.3.1. Az egészségi állapot megítélése

Jelen kutatás egészségi állapot szubjektív megítélésére vonatkozó kérdésének („Hogyan minősítené a saját egészségi állapotát?”) feldolgozása során kapott válaszok (N=547), összesített százalékos megoszlását a 3. ábra mutatja be.

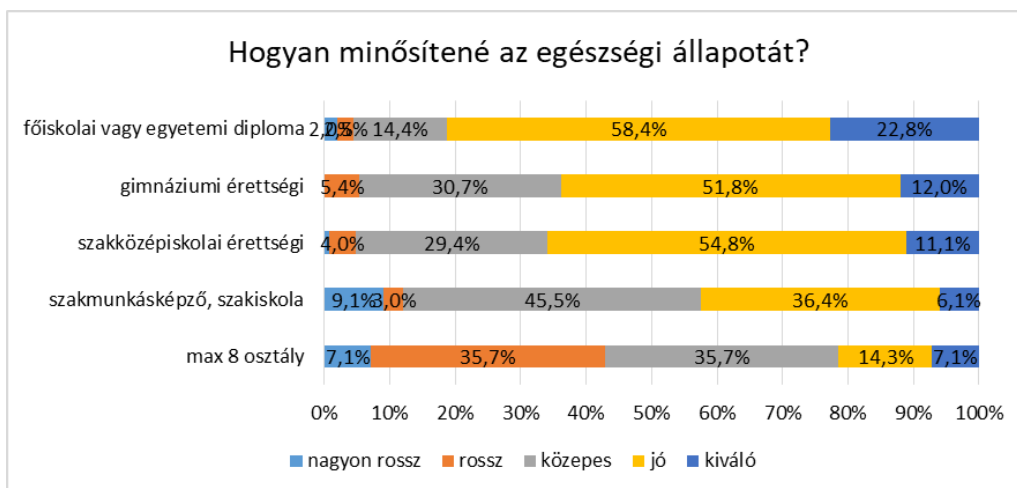


3. ábra: Az egészségi állapot szubjektív megítélése 2017-2019 közötti időszakban (N=547)

Jelen kutatás során az egészségi állapot megítélésének összehasonlító elemzése nemenként, családi állapot, végzettség szerint és korcsoportos bontásban történt. A nők (73,3%) válaszadási hajlandósága 2,5-szer több volt, mint a férfiaké (26,7%). Ez az eltérés a „jó” és „kiváló” minősítésben is követhető. A családi állapot szerinti összehasonlításban az özvegy, egyedül élő válaszadók egyharmada ítéli

rossznak/nagyon rossznak egészségi állapotát. A házasságban és házasságon kívül, de tartós kapcsolatban élő válaszadók (n=331) esetében pozitív eredmények születtek. E csoportokban átlagosan 56,2 %-ban jó/kiváló volt a szubjektív egészségi állapot mutatója. A kapcsolatban élők az összes válaszadók 61,6 %-a. Szignifikáns eltérést mutat ($K\chi^2=3,67$) a házasságban/élettársi kapcsolatban élők, valamint az egyedüli (szingli) életet élők és a megözvegyült és elvált válaszadók egészségi állapot megítélésére vonatkozó eredmény. Jó/kiváló eredményt mutatott a házasságban/élettársi kapcsolatban élők (77,3%/72,5%), míg a megözvegyült és elvált válaszadók (28%/32,1%) esetében releváns visszaesés észlelhető.

Az iskolai végzettség és az egészségi állapot szubjektív megítélése között is cél volt az összefüggések keresése (4. ábra). Az iskolai végzettségi szint, az összehasonlító elemzés eredménye alapján igen erősen befolyásolja az egészség önértékelését. Az érettségi bizonyítvánnyal és diplomával rendelkező válaszadók (n=494) körében egyértelmű emelkedő tendencia figyelhető meg az egészségi állapot pozitív szubjektív megítélésében. Az érettségivel nem rendelkező, 8 osztályt végzett válaszadói csoportnál (n=47) tapasztalható egy elgondolkodtató eredmény, miszerint a válaszadók 8,7%-a nagyon rossznak ítéli saját egészségi állapotát.



4. ábra: Az egészségi állapot szubjektív megítélése az iskolai végzettség szerint (N=547)

Elemzésre kerültek a szakközépiskolai és a gimnáziumi érettségivel rendelkező válaszadók egészségi állapot megítélésének eredményei, és az eltérés mértéke 0,8 és 3,0

% között volt. Az eltérések kis mértéke okaként az a kutatói feltételezés, hogy ez a képzési különbözőségekből adódik.

Az egészségi állapot szubjektív megítélésének iskolai végzettség szerinti vizsgálata során a „nagyon rossz” és „kiváló” minősítések kontextusa is elemzésre került. Három korcsoport sávbán (szakközépiskolai és gimnáziumi érettségi, és a diploma) átlagosan 14,4% eltérésre derült fény a pozitív megítélés irányába, míg a negyedik sávbán (szakmunkásképző, szakiskola) 3% volt az eltérés mértéke a „nagyon rossz” megítélés irányába. A legalacsonyabb iskolai végzettségűek között nem volt eltérés a minősítések között. Az elemzés megerősíti azt a többszörösen igazolt tényt és objektíven tükrözi azt, hogy minél magasabb a válaszadók iskolai végzettsége, annál inkább jobbnak ítélik meg egészségi állapotukat. Nem szubjektív torzításról van szó tehát; a tényleges egészségi állapotuk is jobb, ezzel kapcsolatban is számos kutatás készült.

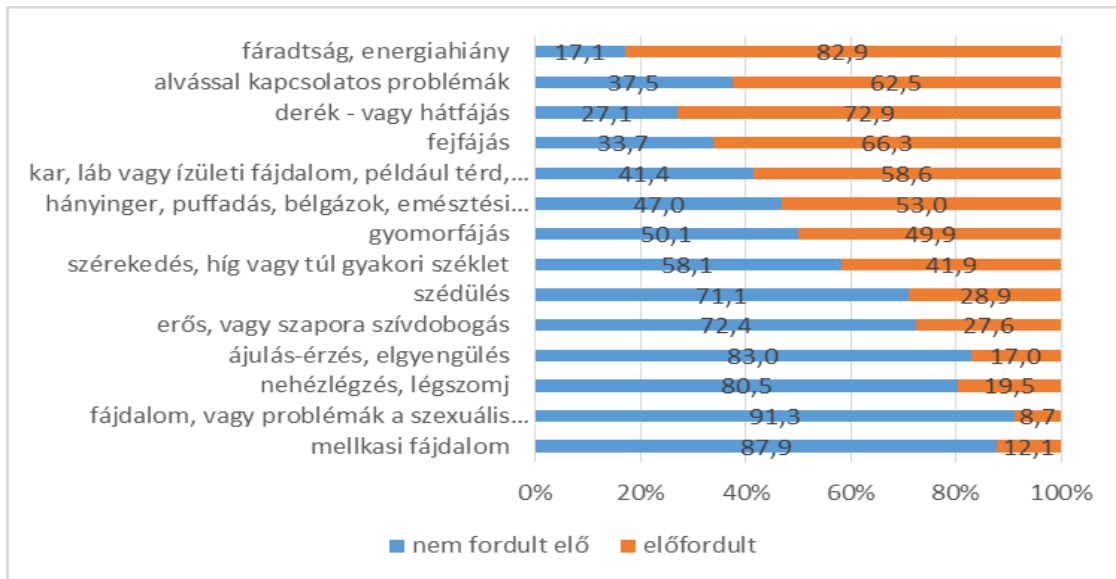
Az egészségi állapot szubjektív megítélésének korcsoportonkénti vizsgálata során a „nagyon rossz” és „kiváló” minősítések is összevetésre kerültek. Öt korcsoport sávbán átlagosan 14,3% eltérés mutatkozott a pozitív megítélés irányába, míg a hatodik sávbán (65 év fölötti korcsoport) 9,1% volt az eltérés mértéke a „nagyon rossz” megítélés irányába. A kutató meggyőződése, hogy a magas életkor és az azt kísérő multimorbiditás eredményezi ezt a mutatót.

Az egészségi állapot megítélését követően, az első blokk 2. kérdéseként olyan konkrét tünetek egy hónapon belüli megjelenése került kutatásra, amelyek az egészségi állapotra engedtek következtetni. A kérdések a leggyakoribb nozológiai osztályozásnak megfelelően, a szív-és érrendszeri-, az emésztőrendszeri-, a légzőszervi-, mozgásszervi megbetegedések és a mentális állapot jellemző tüneteire vonatkoztak. A kérdezés során nem volt cél, hogy bármilyen szociális diagnózis történjen, kizárólag az, hogy kiderüljön, az emberek felismerik-e tüneteiket, megváltozott egészségi állapotukat, azokat hogyan élik meg, és ezzel egyidejűleg megkeresik-e házi orvosukat, vagy egyéb utakon keresnek megoldást, tájékoztatást panaszaikra.

A konkrét tünetek megjelenése és az iskolai végzettséget vizsgáló kereszttábla elemzéssel megállapítható, hogy minél magasabban iskolázott a válaszadó, annál inkább zavarják a megjelenő tünetek. A tizennégy felsorolt tünettípus közül három esetben nem

volt (Khi^2 0,001 és 0,003 között), minden más esetben szignifikáns eltérés (Khi^2 0,008 és 0,814 között) volt tapasztalható.

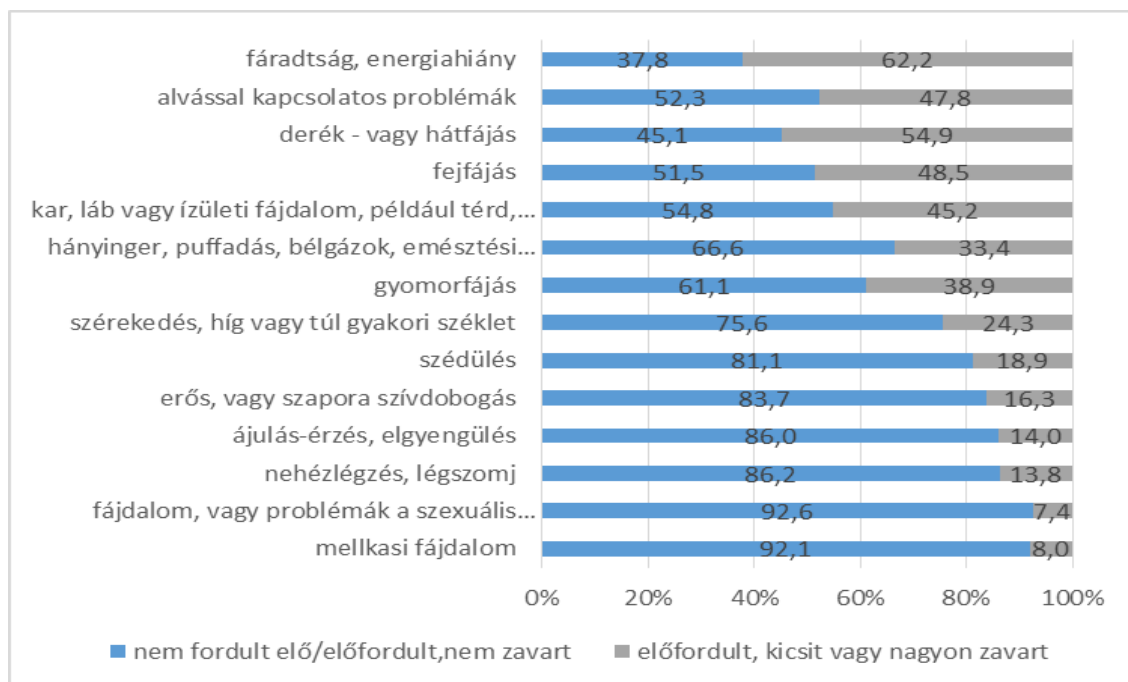
A feldolgozás során a négyféle minősítő jelölés két változóra csökkent. Az egyik változó a nemleges válaszokat, míg a másik az előfordulást mutatta (5. ábra). A válaszadás során 13 és 20 között volt azok száma, akik nem válaszoltak egy-egy tünetnél, azonban az értékelhető eredmény így is ötszáz felett maradt.



5. ábra: Az elmúlt hónap során észlelt tünetek előfordulása igen/nem besorolás szerint

Összehasonlítás történt a táblázat értékelése során, annak érdekében, hogy kiderüljön, a kapott eredmények esetében található-e eltérés. Az egyik elemzés során egyesítésre kerültek az „előfordult, de nem zavarta”, az „előfordult, kissé zavarta” és az „előfordult, nagyon zavarta” oszlopok eredményei, és ezekkel szemben vizsgáltam a „nem zavarta” oszlop kapott eredményeit.

A másik vizsgálat során az eredeti, kétváltozós elemzés került alkalmazásra (0=nem fordult elő/előfordult, egyáltalán nem zavarta; 1=előfordult, kissé zavarta/előfordult, nagyon zavarta). Kirívó különbségek feltárása volt a cél a feldolgozás során. Ennek eredményeit a 6. ábra mutatja be.



6. ábra: Az elmúlt hónap során észlelt tünetek előfordulása „nem fordult elő/előfordult, nem zavart” és „előfordult, kissé vagy nagyon zavart” besorolás szerint

A két diagram vizsgálata alapján, a kutatói vélelem szerint a válaszadók együtt tudnak élni a fáradt, energiahiányos állapotukkal, valamint az alvászavarokhoz is oly mértékben hozzászoktak, hogy nem zavarja őket a napi tevékenység során. Ugyanez a meggyőződés a fájdalom elviselésével kapcsolatosan is. A két ábra összehasonlítása során az „előfordult” és az „előfordult, kicsit, vagy nagyon zavart” mutatók lettek szembe állítva egymással. Ennek következtében a kapott százalékos különbségek kumulált átlaga 12,01% volt. A legnagyobb különbséget (20,7%) a fáradtság és energiahiány, a legkisebb eltérést (1,3%) pedig a szexuális együttlét során megjelenő fájdalom mutatta.

A legtöbb tünetnél (alvászavarok, mozgásszervi panaszok, gyomorpanaszok, székelési habitushoz társuló panaszok és szédülés) az eltérés a két diagram összevetésében 10 - 20% közé tehető. Tíz százalék alatti az eltérés a keringési- és légzőszervi megbetegedésekre utaló tünetek esetében. Ennek okaként az feltételezhető, hogy az emberek a riasztó tüneteket komolyabban veszik, és kevésbé kívánják vele együtt élni. A szexualitás kérdésében pedig a válaszadással és egyáltalán a témával kapcsolatos tabu vélelme merül fel. A tünetek előfordulásából összehasonlító elemzés is

készült (nem, családi állapot, kor és iskolai végzettség szerint), azonban az értekezés fő témájának kiemelt fontossága miatt, ebből csak a tünetek előfordulásának kor szerinti összehasonlítása kerül bemutatásra (9. táblázat).

9. táblázat: Az elmúlt hónap során észlelt tünetek előfordulása kor szerinti összehasonlítás szerint (N=547)

| | 18-25 év | 26-35 év | 36-45 év | 46-55 év | 56-65 év | 66 év fölött | Khi ² -próbák (p) |
|---|--------------|--------------|--------------|----------|--------------|--------------|------------------------------|
| fájdalom vagy problémák a szexuális együttlét során | <u>17,4%</u> | 6,6% | 4,5% | 1,5% | 4,0% | 3,6% | 0,000 |
| mellkasi fájdalom | <u>15,6%</u> | 6,6% | 4,5% | 1,5% | 8,0% | 9,1% | 0,010 |
| nehézlégzés, légszomj | 11,9% | 15,9% | 12,7% | 7,5% | 8,0% | <u>21,8%</u> | 0,170 |
| ájulás-érzés, elgyengülés | <u>22,0%</u> | 15,2% | 5,5% | 7,5% | 10,0% | 20,0% | 0,030 |
| erős vagy szapora szívdobogás | <u>20,2%</u> | 12,6% | 10,9% | 19,4% | 24,0% | 14,5% | 0,159 |
| szédülés | <u>25,7%</u> | 19,2% | 15,5% | 9,0% | 14,0% | 23,6% | 0,071 |
| székrekedés, híg vagy túl gyakori széklet | <u>27,5%</u> | 27,8% | 15,5% | 13,4% | 26,0% | <u>29,1%</u> | 0,043 |
| hányinger, puffadás, bélgázok, emésztési problémák | <u>44,0%</u> | 33,1% | 30,0% | 17,9% | <u>32,0%</u> | 30,9% | 0,019 |
| gyomorfájás | <u>56,0%</u> | 41,7% | 30,9% | 17,9% | 30,0% | 30,9% | 5,181 |
| kar, láb vagy ízületi fájdalom például térd, csípő és hasonlók | 38,5% | 41,7% | 39,1% | 41,8% | 48,0% | <u>67,3%</u> | 0,009 |
| fejfájás | <u>58,7%</u> | 45,7% | 44,5% | 43,3% | 52,0% | 32,7% | 0,038 |
| alvással kapcsolatos problémák | 41,3% | 42,4% | 42,7% | 38,8% | <u>58,0%</u> | <u>70,9%</u> | 0,001 |
| derék- vagy hátfájás | <u>56,0%</u> | <u>53,0%</u> | <u>50,9%</u> | 46,3% | 56,0% | 63,6% | 0,496 |
| fáradtság, energiahány | <u>71,6%</u> | 57,6% | 57,3% | 46,3% | 64,0% | 67,3% | 0,019 |

A táblázatban aláhúzással jelölt adatok további vizsgálódásra biztatja a kutatót, azonban néhány gondolatot szükséges hozzáfűzni. Elgondolkodtató adat a fiatal, szexuálisan aktív korcsoport együttléttel kapcsolatos problémája, ahogyan az is, hogy vajon a szívbetegségekre jellemző tünetek háttérében vajon tényleg keringési betegség, vagy inkább pszichés jellegű, pánikbetegség, szorongásos állapot vagy egyéb kórképek állhatnak. Az emésztőrendszeri panaszok kiemelkedő száma ugyanezt a dilemmát veti fel ebben a fiatal, aktív korosztályban. A 18-25 év közötti fiatalok esetében felmerült, fáradtságot/energiahiányt mutató magas eredmény (71,6%) háttérében az életkezdesi vagy a felsőfokú tanulmányok miatti leterheltség állhat. A vizsgált tünetek közül,

mindösszesen két esetben zavarta a válaszadókat a fennálló egészségi állapot eltérés (derék-és hátfájás, fáradtság-és energiahiány).

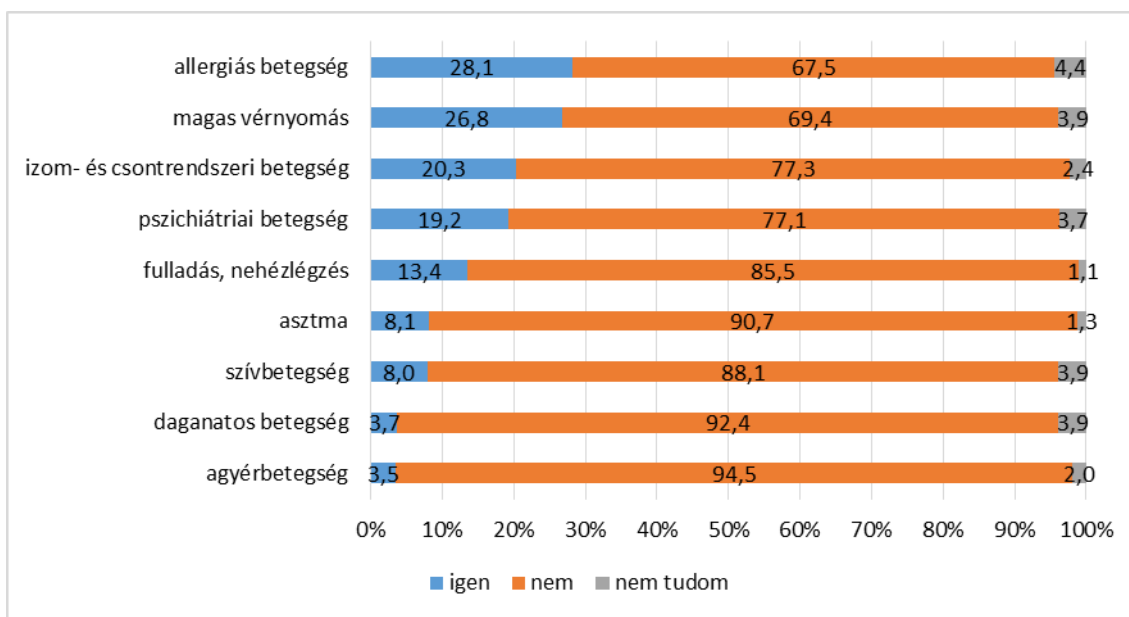
A kutatás eredményei igazolják az időskorban megjelenő leggyakoribb betegségeket is (alvással kapcsolatos problémák, ízületi fájdalmak és a székelési habitus változásával járó problémák). Az aktív munkaképes korosztály (18 – 45 év között) derék-és hátfájás panaszainak hátterében a mozgásszegény életmód, és az ülőmunka/számítógépes tevékenység magas munkaóra aránya, valamint a mentális terhek szomatikus elhordozása vélelmezhető. Elgondolkodtató adat az a 71,6%, ami a legfiatalabb válaszadók (n=110) körében a fáradtságra, energiahiányra mutat rá. Szintén említésre méltó, és gondolkodásra késztető, hogy a válaszadók 62,7%-ánál megjelent a gyomorfájás szimptomája, azonban nem zavarta őket.

Jelen esetben az összehasonlító elemzés azt mutatta, hogy a felsorolt tizennégy tünet közül tizenkét esetben bizonyítható szignifikáns eltérés, ahol a független változóként az életkor, függő változóként az adott tünetek kerültek feltüntetésre. A tizennégy megjelenő tünettípus elemzése során két esetben (szexuális együttlét alatti fájdalom és alvási panaszok) nem volt szignifikáns eltérés ($p < 0,005$).

A kérdőív egészségi állapotra vonatkozó harmadik kérdése a betegség előfordulására keresett válaszokat („Az alábbi táblázatban olyan betegségeket sorolok fel, ami az emberekkel elő szokott fordulni. Kérem, mindegyikről mondja meg, hogy az adott betegség előfordul-e Önnél?”). A kérdésfeltevésnél az volt a cél, hogy betekintést adjon a kutatás abba, hogy az emberek tisztában vannak-e, milyen betegségekkel élnek együtt.

A kérdés alapjaként a HS2013 kérdőív, kilenc megegyező kérdése (III. kártyalap/4. blokk/8. kérdés) került felhasználásra, azonban a kérdésfeltevés céljában és a betegségek összetételében módosítás történt. A jelen egészségi állapotra vonatkozóan, a statisztikákban előforduló gyakori betegségek kerültek lekérdezésre. Ezek mind megjelentek a HS2013 kérdőívben is tíz plusz kérdéssel együtt, azonban ott a fő kérdés, hogy a betegségükkel kezelték-e a válaszadót kórházban. A kérdőívben egyszerű feleletválasztós kérdés megalkotására esett a választás (7. ábra). Az értékelés során bebizonyosodott, hogy a kutatás keresztmetszeti szűrője, a magas vérnyomás, a leggyakoribb kórképek közül a második helyen áll, a válaszadók 26,8 százalékának

(n=147) van tudomása róla. A leggyakrabban előforduló betegség az allergiás megbetegedés, a megkérdezettek 28,1%-a. Ezen belül nem tudható, hogy milyen típusú allergiát említenek, így nem releváns a hazai allergiás betegek számával történő összehasonlítás sem. A harmadik helyen a mozgásszervi megbetegedések (20,3%) találhatóak.



7. ábra: Az adott betegség előfordul-e Önnél? (N=547)

Az első blokk, egészségi állapotra vonatkozó kérdése – többek között - a gyógyszerszedési rendszerességre is kitért („Szed-e rendszeresen gyógyszert?”). A gyógyszer definitív meghatározása ebben az esetben nem került részletezésre (gyógyszer, gyógyhatású készítmény, vitamin készítmény vagy étrend kiegészítő termék). Ahogyan az sem, hogy általában hányféle készítményt és milyen gyakorisággal és indikációval szednek a betegek. A válaszadók 46,2 %-a rendszeresen szed gyógyszert, míg az 53,8%-a nem. Az ELEF 2019. évi eredményei alapján a népesség 71%-a használt valamilyen gyógyszert vagy gyógyhatású készítményt az adatfelvételt megelőző két hétben, hasonlóan 2009-hez, amikor 69% volt ez az arány. A nőkre sokkal inkább jellemző a gyógyszerszedés, 2014-ben 77%-uk számolt be erről, szemben a férfiak 64%-ával.

Jelen kutatás eredményei is rávilágítottak, hogy az életkor előrehaladtával nő a gyógyszerhasználók aránya; a 18–34 évesek kicsit több mint fele, a 35–64 év közöttiek

héttedede, a 65 évesek és idősebbek több mint kilenczede fogyasztott valamilyen készítményt a válaszadást megelőző két hétben. A gyógyszerfelíratás összehasonlító vizsgálata során a nemek szerinti összehasonlításban nem volt releváns különbség (nők: 51,8%, férfiak: 58,6%, ahol N=547). A családi állapot vizsgálata során a két kimagasló eredményt (92% és 71,4%) az özvegy és elvált, élettárs nélkül élő válaszadók mutatták, amely arra engedett következtetni, hogy a magány jelentősen befolyásolja az egészségi állapotot, és ennek érdekében a gyógyszereszedési hajlandóság is nő. Az iskolai végzettség során egyértelmű az emelkedő tendencia, mely szerint minél magasabb az iskolai végzettsége a válaszadónak, annál kevésbé keresi házi orvosát gyógyszerfelírási szándékkal. Megdöbbentő eredmény a korcsoportos vizsgálat kapcsán az a 92,7%, amely a 66 év feletti válaszadók közül került ki, ahol N=547. A korcsoportos sávok esetében is az életkor előre haladása és a gyógyszer felíratási szándék egyenes arányosságot mutatott.

A feldolgozás során megállapíthatóvá vált – elsősorban az egészségi állapot megítélése tekintetében -, hogy nem lehet éles határt húzni a hipertóniás betegek és az egyértelműen nem hipertóniás betegek válaszai között. Ennek okaként a véletlenszerűen kiválasztott válaszadás említhető. Ennek ellenére az ötfokozatú skála használatával, ahol az 1= nagyon rossz és az 5= kiváló) kimutatásra kerültek a hipertóniás és nem hipertóniás válaszadók eredményei (n=520), valamint azoké is, akik nem tudják, hogy van-e hipertóniájuk (n=21). Azok a betegek, akik tudnak betegségükről, az egészségi állapot megítélésének átlaga 3,23 volt, míg azok esetében, akiknél egyértelműen nem állt fenn a kutatás idején a hipertónia betegség, 3,99 átlagértéket mutatott a feldolgozás. Azon válaszadók (n=21) esetében, akik nem tudják, fennáll-e a hipertónia, 3,48 átlagértéket mutatott a kutatás. A felmérésben részt vevő kis szegmens eredménye is rávilágított arra, hogy amennyiben tudunk egészségi állapotunkat negatívan befolyásoló betegségről, úgy a szubjektív egészségi állapot megítélése is rosszabb lesz.

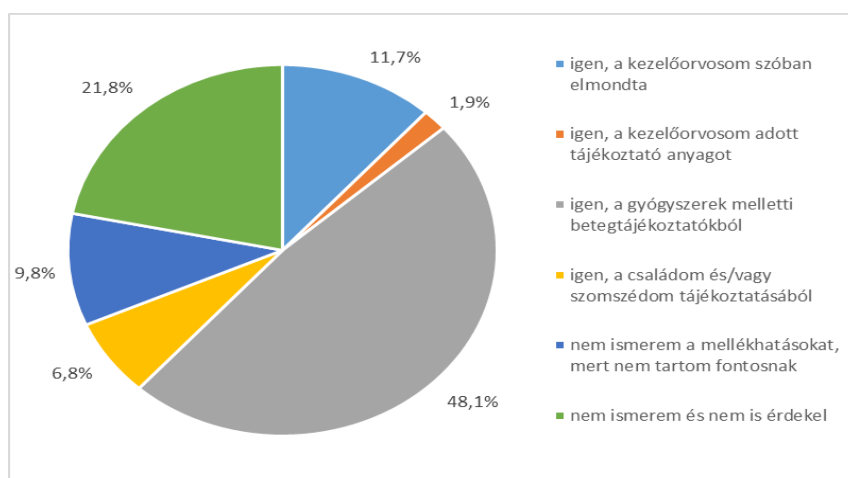
4.3.1.1. A magasvérnyomás-betegségről

Az egészségi állapot felmérésének blokkján belül három további kérdés vonatkozott az esetlegesen fennálló magasvérnyomás-betegsége („Mikor derült ki a betegsége?”) és terápiája ismeretére („Ismeri-e a vérnyomáscsökkentő gyógyszerek általános hatásait, és

a mellékhatásait?"). A kérdőív összeállításánál kimaradt az a kérdéstípus, amelyik rákérdez a magas vérnyomás tényére, majd átirányít a konkrét kérdésre, de tekintettel arra, hogy a kitöltés jelentős része lekérdezéssel zajlott, ez végül nem jelentett gondot. Arra a kérdésre, hogy mikor derült ki a válaszadó magasvérnyomás-betegsége, négy időszavat jelölt meg a kérdőív. Az ötödik válaszlehetőség a „nem tudom” volt. A válaszadók (N=547) 41,5 százaléka (n=227) vallja, hogy magasvérnyomás-betegsége van. A megkérdezettek 45%-a (n=102) viszont nem tudja, hogy mióta áll fenn a betegsége. A kutató feltételezése szerint, e válaszadói réteg kevésbé tájékozott a betegségével kapcsolatosan. Összevetve azzal a kérdéssel, amely a betegségek előfordulására irányult, annak magasvérnyomás-betegség adataival összehasonlítva megállapítható, hogy 26,8 %-os (n=147) előfordulás mellett, 80 fő különbség van. Ugyanezen kérdésnél a betegség (magas vérnyomás) előfordulás kérdésénél a „nem tudom” választ adók aránya 3,9% volt. Keresztábra elemzéssel került vizsgálatra a hipertónia más betegségekkel összefüggésben. E vizsgálat során szignifikáns összefüggéseket mutatott (ahol a „p” <0,05) a szív-érrendszeri, az asztma, az allergia, a cukorbetegség, az agyérbetegségek, a daganatos betegségek, az izom-és csontrendszer betegségek, valamint a pszichiátriai betegségekkel. Kimagasló szignifikáns eltérést ($\chi^2=3,87$) a magas vérnyomással élők koszorúér betegségekkel való együttállása mutatta.

Varianciaanalízissel került vizsgálatra a magas vérnyomás az egészségi állapot, illetve a magas vérnyomás és az orvoshoz járás gyakorisága. A magas vérnyomással élő válaszadók (n=227) az ötfokú skálán (1=nagyon rossz, 2=rossz, 3=közepes, 4=jó, 5=kiváló) 3,23 átlagértéket mutattak az egészségi állapot megítélésének vonatkozásában, amely szignifikáns eltérést (p=9,86) mutatott a lekérdezettek teljes számához képest. Az orvoshoz járás gyakorisága egy kilenc szintű skála (1=mindennap, 2=hetente többször, 3=hetente, 4=2-3 hetente, 5=havonta, 6= 2-3 havonta, 7=évi 1-2 alkalom, 8=ritkábban és 9=soha) segítségével került felmérésre. A magas vérnyomással élők 5,95 átlagértéket mutattak ugyanezen, skálán az orvoshoz járás gyakoriságának vonatkozásában, amely szintén szignifikáns eltérést (p=2,44) mutatott a lekérdezettek teljes számához képest.

A válaszadók által szedett vérnyomáscsökkentő gyógyszerek mellékhatásainak ismerete tekintetében igen elgondolkodtató eredmények születtek (8. ábra).

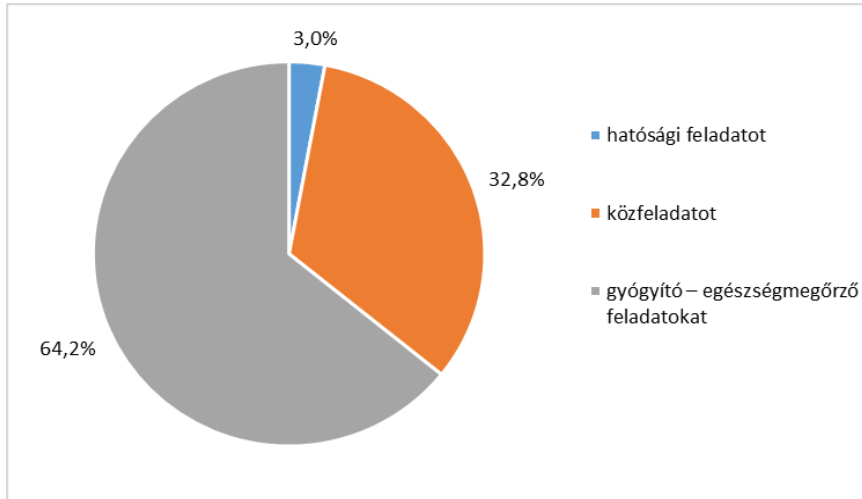


8. ábra: Tudja-e, hogy van-e mellékhatása az Ön által szedett vérnyomáscsökkentő gyógyszernek? (n=266)

A diagram alapján összesített megállapítás szerint a gyógyszeralkalmazással kapcsolatos mellékhatásokról a betegek elsősorban a gyógyszer melletti írásos betegtájékoztatóból (48,1%), másodsorban a kezelőorvos szóbeli vagy írásos tájékoztató anyagából (13,6%) és egyéb, nem releváns forrásokból (6,8%) tájékozódnak. Kiemelt fontosságú eredmény a válaszadóknak az a 31,6%-a, akik nem ismerik, számukra nem fontos vagy nem érdeklő a szedett gyógyszer mellékhatása.

4.3.2. A hazai egészségügyi rendszerről való tájékozottság eredményei

A tematikus és logikai kapcsolódás miatt a két blokk (II. és III.) elemző feldolgozása egyidejűleg történt. A kérdőív második blokkjának kérdései a házi orvosi ellátásról és a betegek érdekképviseléről tudakozódott. A házi orvosi ellátásra vonatkozó kérdés (Ön szerint a házi orvosi ellátás milyen típusú ellátás?) egyszerű feleletválasztáson alapult. A válaszadók (n=536) 96,6%-a szerint az alapellátás, míg 3,4 %-a a szakellátás körébe tartozik. Az egészségügyi dolgozó feladat ellátásával kapcsolatos kérdésnél (Ön szerint az egészségügyi dolgozó milyen feladatot lát el?) nem jelölte a kérdőív külön az orvosi és az asszisztensi tevékenységet. A feldolgozást követően, a kérdésfeltevés pontatlanságaként szükséges említeni, hogy – bár a kérdőív összeállításakor egyértelműnek látszott – a válaszadók részéről az elsődleges ellátási feladatot várta a kérdőív megjelölni. A válaszok megoszlását a 9. ábra mutatja be.



9. ábra: Ön szerint milyen feladatot lát el az egészségügyi dolgozó? (N=542)

A gyógyító-egészségmegőrző feladatok ismerete nem kétséges, azonban a közfeladat ellátásáról való ismeret, és annak alacsony mutatószáma (32,8%) elgondolkodtató. A válaszadók (N=532) 45,7% - a úgy gondolja, hogy a betegek érdekképviselete megoldott, míg az 54,3%-uk ennek ellenkezőjét véli. Az egészségügyi ellátás során ért jogsérelmekkel kapcsolatosan is minden lehetőséget igyekeznek kihasználni az érintettek, azonban meglepő adat az a 7,6%, aki az egészségügyi dolgozóval tisztázza a vitás helyzetét. A kutató betegjogi képviselői tevékenységének további tapasztalata, hogy amennyiben a vélt vagy valós sérelem helyén, és szinte azonnal tisztázásra kerül az adott konfliktus, akkor, az békésen rendeződik és nincs további hordozott sérelem egyik félben sem. A konfliktusok hátterében – a legtöbb esetben -, a nem megfelelő hangvételi, idejű és tartalmú kommunikáció áll. A jogsérelem megoldási alternatíváit és arányát a 10. táblázat mutatja be. A betegjogi képviselői munkatapasztalat szerint a betegek és hozzátartozók az elszenvedett jogsérelem megoldási módját gyakran félreértelmezik, ugyanis számos esetben kezdődik a panaszbejelentés azzal a szándékkal, hogy a bejelentő „feljelentést akar tenni”. Hasonlóan téves az információ a betegjogi képviselő feltételezett végzettségével és kompetenciájával kapcsolatosan is.

10. táblázat: Ön kihez fordulna, ha az egészségügyi ellátás során jogsérelem éri? (N=543)

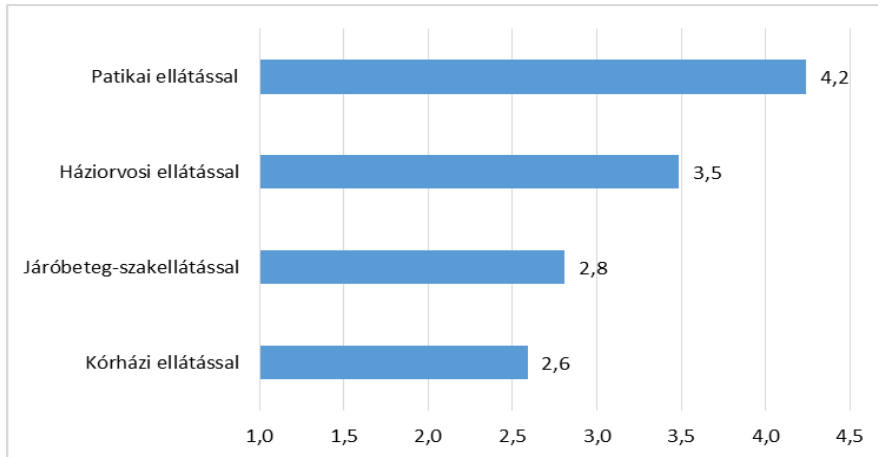
| | |
|-----------------------|-------|
| egészségügyi dolgozó | 7,6% |
| ügyvéd | 14,9% |
| betegjogi képviselő | 63,2% |
| nem fordulok senkihez | 14,4% |

A kérdőív harmadik blokkjában feltett kérdések szintén a háziiorvosi tevékenységről, a beteg háziiorvos-látogatási szokásairól, a háziiorvos személyéről és az általános egészségügyi szolgáltatásokról szólnak.

A háziiorvos választás módja („Hogyan lett az Ön háziorvosa?”), és a tényleges háziiorvosi ellátás helye („Hol van az Ön háziorvosa?”) kérdésekre adott válaszok között közel azonos mértékű az összefüggés. A válaszadók 47,8%-ának a VII. kerületben van a háziorvosa, míg további 7,1%-nak szintén a vizsgált kerületben van, de nem Erzsébetvárosban lakik. A két érték összege szinte azonos azzal, hogy a válaszadók 54,7%-a hozzá tartozik. A kutatóban felvetődik a kérdés, hogyan értelmezik a válaszadók a „hozzá tartozik” jelzőt, ugyanis többen jelezték szóban, hogy miután közel laknak, biztosak benne, hogy hozzá tartoznak. Ennek értelmezésére nem tért ki a kérdőív. Nem tért ki a kérdőív arra sem, hogy a pontos körzetfelosztás szerinti meghatározást és jelölést megkérdezze. Megdöbbentő adat az a 32,5%, amely arra utal, hogy a válaszadónak nem Erzsébetvárosban van a háziorvosa, és nem is Erzsébetvárosban lakik. A kutató meggyőződése, hogy ez a szám abból adódik, hogy két influenzás időszak zajlott a lekérdezés terminusában, és a panaszosok az aktuális tartózkodási vagy munkahelyük szerinti ellátót keresték, akik ambuláns ellátás keretén belül látták el őket.

Az egészségügyi ellátásokkal való elégedettség („Mennyire elégedett Ön az egészségügyi ellátásokkal?”) is a kérdőív része volt, hasonlóan a HS2013 felmérés kérdőívéhez (III. kártyalap/5.blokk/4. kérdés), azonban a gyógyszerértékesítési ellátással is kiegészült. 1 – től 5-ig tartó skálán kellett osztályozni az elégedettséget, ahol az 5-ös a teljesen elégedett, az 1-es a teljesen elégedetlen véleményt jelölte. Az eredmények átlagait a 10. ábra mutatja be. A legjobb megítélést a gyógyszerértékesítési ellátás kapta. Tizenkét válaszadó elmondását összegezve, számukra az elégedettség legfőbb faktorai a vásárlói kényelem és a kínált termékpaletta, valamint az in store vásárlói szolgáltatások voltak. Kiemelték a gyógyszerészek kiváló áruismeretét is, aminek köszönhetően gyors volt a kiszolgálás. Fontos volt a válaszadók számára, hogy a gyógyszeres terápiával kapcsolatosan részletes tájékoztatást megkapták, valamint hogy beteg tájékoztató anyagok és broszúrák is elérhetőek a gyógyszerértékesítési pontokban. Az in store szolgáltatás a kiskereskedelemben előforduló közkedvelt reklámtevékenység, melynek során

kedvezményes termécsomagok ajánlása, tematikus szakértői tanácsadás, termékbemutatók és termékminták átadása zajlik. Ez a gyógyszertárakban is közkedvelt árukínálati és promóciós módszer. Végül azt is kiemelték a válaszadók, hogy az is sokat jelent, miszerint nem kell olyan sokat várni a gyógyszertárban, mint a háziorvosnál.



10. ábra: Az egészségügyi ellátásokkal való elégedettség átlaga (2017-2019)

4.3.3. A háziorvosi ellátásról

A kérdőívben két olyan kérdés került megfogalmazásra („Milyen az Ön háziorvosának a szakmai tudása?” és „Milyennek tartja Ön a háziorvosát emberileg?”), amelyről a kutatói vélelem az volt, hogy a válaszadási arány kevésbé lesz értékelhető. A szakmai tudását egy 1-5-ig tartó értékelő skálán kellett jelölni, ahol az 1=nem elégséges, míg az 5=kimagasló szakmai tudást jelentett. Az 516 fő válaszadó általi eredmény 3,74 átlagot mutatott. A háziorvos emberi tulajdonságainak értékelése során öt jellegzetes emberi tulajdonságot értékelték a válaszadók 1-5-ig. Itt az átlag értékek az alábbiak szerint alakultak (11. táblázat).

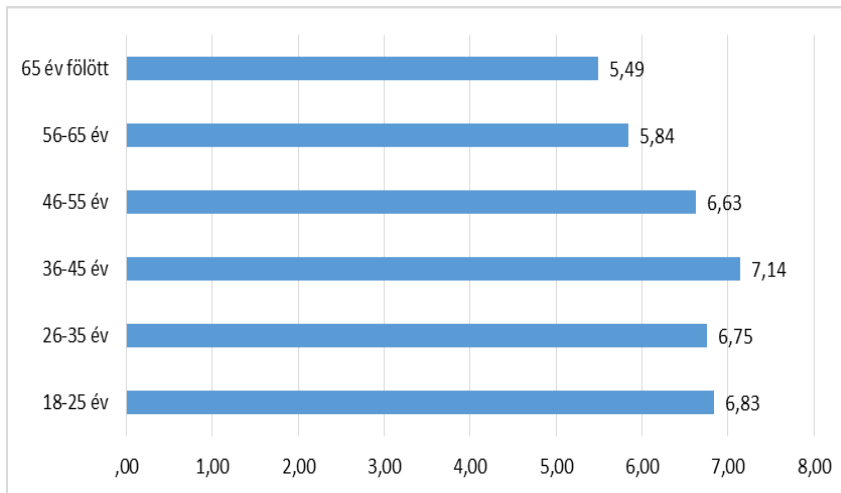
11. táblázat: A háziorvos emberi tulajdonságainak értékelése (átlag)

| | N | Átlag |
|----------------|-----|-------|
| türelmetlen | 529 | 1,87 |
| közvetlen | 533 | 3,57 |
| felületes | 525 | 2,31 |
| kedves | 536 | 3,76 |
| lelkiismeretes | 534 | 3,64 |

A válaszadók megítélése szerint házi orvosaik inkább pozitív emberi tulajdonságokkal rendelkeznek. A kutató meggyőződése, hogy az optimális orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció alapja, hogy a beteg bizalommal legyen orvosa iránt, és ehhez az orvos pozitív személyiségjegyei elengedhetetlenek. A házi orvos látogatás gyakorisága („Milyen gyakran jár a házi orvosához?”) és annak célja („Milyen céllal jár a házi orvoshoz?”), valamint a házi orvosi rendelőben eltöltött idő („Ön szerint mennyi időt tölt behívás után alkalmanként a házi orvosnál?”) vizsgálata is részét képezte a kutatásnak. A házi orvos látogatás gyakorisága kilenc kategóriában került vizsgálatra, de az elemzésnél több ízben összevont értékek kerültek összehasonlításra más jellemzőkkel. Így a három legmagasabb érték és a hozzá tartozó gyakoriságok lettek szembe állítva az egészségi állapot szubjektív megítélésének eredményeivel. A százalékos megoszlásban az évi 1-2 alkalommal történő látogatás mutatta a legmagasabb értéket (37,1%), azonban ehhez a mutatóhoz hozzá lett adva az ennél ritkábban, és soha orvoshoz nem járó adatokat is. Így az összesített eredmény 59,2% lett. Megvizsgálva az egészségi állapot megítélésének értékeit, az feltételezhető, hogy a „jó” minősítésű egészségi állapotú válaszadók (53%) tartoznak ebbe a körbe. A 2 – 3 havonta orvost látogatók (25,6%) leginkább a rendszeres gyógyszereszedőkből állhatnak; az egészségi állapot megítélésének eredményéből a „közepes” minősítésű válaszadók száma (25%) áll ehhez a legközelebb. A havonta vagy annál gyakrabban házi orvost látogató válaszadók aránya 15,4%, míg a nagyon rossz és rossz egészségi állapotot minősítő válaszadók ennek kevesebb, mint fele (7%). Ez arra mutat rá, hogy az egészségi állapot szubjektív megítélése nem reális. A házi orvos látogatás gyakoriságának nemek szerinti megoszlása, szignifikáns eltérést mutat a nők javára ($p=0,008$), míg a családi állapot szerint nincs eltérés.

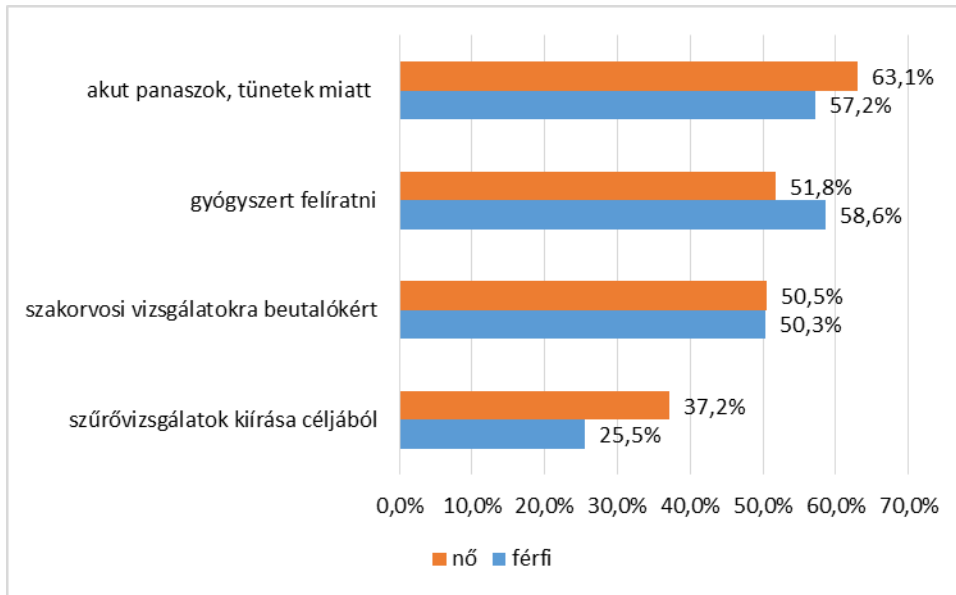
Az iskolai végzettséget vizsgálva az a kutatói megállapítás, hogy minél magasabb az iskolai végzettség, annál ritkább a házi orvos felkeresésének gyakorisága. Ennek hátterében többek között az Internet, okoskészülékek és az egyéb, elektronikus lehetőségek szélesebb körű használata merül fel. Bár a kutatásnak nem tért ki arra, hogy milyen egyéb szolgáltatásokat vesz igénybe a beteg a házi orvosi ellátás mellett, de az is feltételezhető, hogy a magasabb iskolai végzettségű válaszadók, a vélhetően magasabb jövedelmi helyzetüknek köszönhetően magánorvosi ellátást vesznek igénybe. Ez további vizsgálat alapját képezheti a későbbiek során. Az átlag értékeket vizsgálva

megállapítható a korcsoportok tekintetében is, hogy minél magasabb az átlag, annál kevesebb az orvoshoz járás száma (11. ábra).



11. ábra: A háziorvos látogatás átlaga korcsoportonként (N=544)

A felnőtt háziorvosi alapellátás igénybevételi célja vizsgálatából, elsősorban a nemek közötti különbségek kerülnek kiemelésre az elemzés során. Összehasonlítva a kapott adatokat látható, hogy a motiváció tekintetében nincs jelentős eltérés a nemek között (12. ábra). A 10% alatti eredmények a táblázatban nem kerültek feltüntetésre. A kérdőív e kérdésének eredményei voltak leginkább elgondolkodtatóak, részben a válaszadók száma, részben a kapott eredmények miatt. A válaszadók száma tekintetében a legkevesebb megkeresés (1,3%) az életmód tanácsokért, az egészség megőrzési tanácsokért (1,7%), valamint a szűrővizsgálatok kiírása céljából (34,1%) volt. Ezt a szakorvosi vizsgálatokra szóló beutalók kiírása (50,5%) és a gyógyszer felírása (53,4%) követte. Az akut panaszok, tünetek megjelenése miatt háziorvosi megkeresések aránya a megkérdezettek 61,6%-a. A kutatói megállapítás, hogy az egészség megőrzését szolgáló preventív intézkedések kiemelt fontossága nem jelenik meg a lakosság e szegmensében, és az orvoshoz fordulás legfőbb okaként még mindig a már kialakult betegségek, megváltozott egészségi mutatók említhetőek.



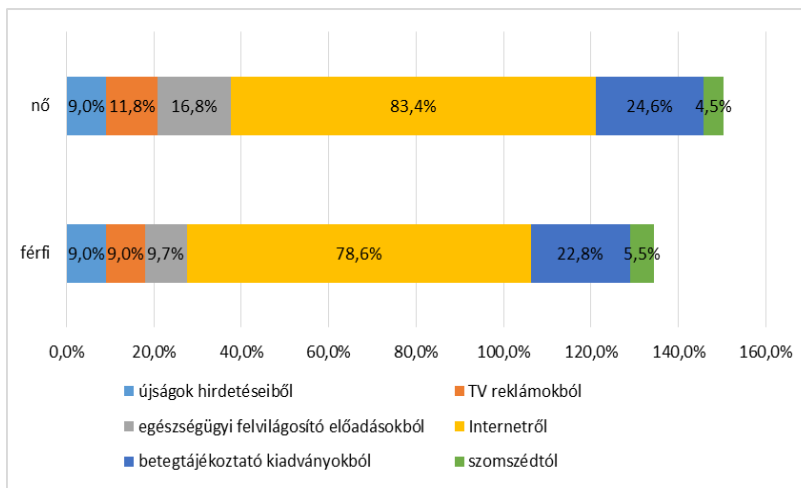
12. ábra: A háziorvoshoz látogatás célja nemek szerint (N=544)

Az orvosi látogatások céljai korcsoport szerinti bontásban is elemzésre kerültek, ennek adatait a 12. táblázat mutatja be. Az eredmények tekintetében egyik motivációnál sem látható egyértelmű növekvő vagy csökkenő tendencia. A kapott adatok szerint az életkor előrehaladtával (45 év felett) a gyógyszerfelírási- és a szakorvosi beutalók iránti igény növekszik, míg a szűrővizsgálatok céljából és az akut panaszok, tünetek miatti orvoslátogatás száma csökkenő tendenciát mutat. A kutatói vélelem ez esetben az, hogy az idősebbek tisztában vannak betegségeikkel, van szakorvosuk és tudják, hogy esetenként mely orvosi ellátást szükséges felkeresniük. A fiatal generáció egészségesebb, nem jár orvoshoz, amennyiben szüksége van orvosi ellátásra, a családorvost keresi fel elsőként.

12. táblázat: A háziorvosi látogatások céljai korcsoportok szerinti bontásban (N=544)

| | szakorvosi vizsgálatokra beutalókért | gyógyszert felíratni | szűrővizsgálatok kiírása céljából | akut panaszok, tünetek miatt |
|--------------|--------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| 18-25 év | 45,0% | 46,8% | 39,4% | 69,7% |
| 26-35 év | 54,3% | 41,7% | 40,4% | 62,3% |
| 36-45 év | 45,5% | 39,1% | 30,9% | 73,6% |
| 46-55 év | 44,8% | 67,2% | 35,8% | 52,2% |
| 56-65 év | 58,0% | 76,0% | 28,0% | 50,0% |
| 66 év fölött | 61,8% | 92,7% | 12,7% | 45,5% |

Kimagasló eredményeket mutattak a 18-45 év közötti korcsoport válaszadói, az akut panaszok miatti háziorvosi felkeresések tekintetében, melynek háttérében – az említett okon túl - a médiahatás és az internetes tájékoztatás kontrollja feltételezhető. A feltételezés részben a kérdőív kitöltés közbeni beszélgetésre, részben a kutató egészségügyi szakdolgozói tevékenységének tapasztalataira utal. A kérdőív beteg-tájékoztatásról szóló kérdéscsoportjában - ahol a kérdés arra irányult, hogy milyen egyéb helyekről tájékozik még a beteg állapotával, vagy betegségével kapcsolatosan - is megerősíti ezt a tény. A válaszadók (n=448) átlag 81%-a az Internetről tájékozik állapotával kapcsolatosan. A nemek között nem volt e kérdésben releváns eltérés (13.ábra).

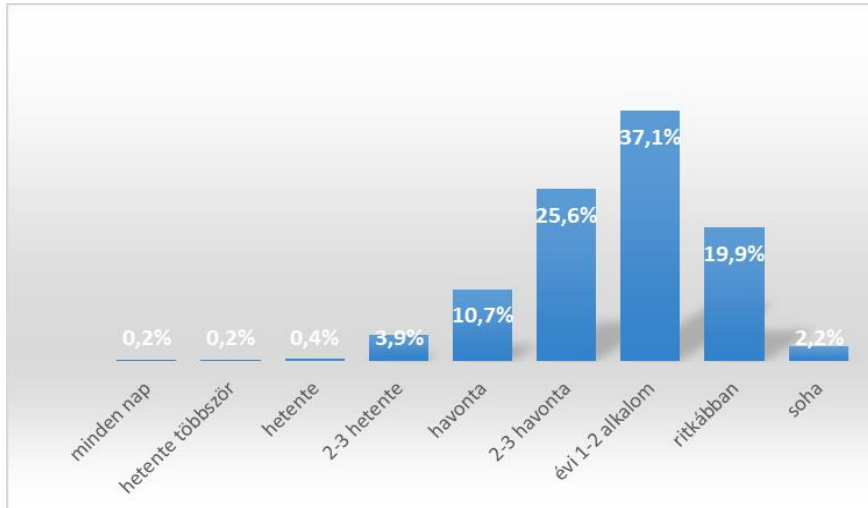


13. ábra: A betegségekről, egészségi állapotról való tájékozódás helyei nemek szerinti bontásban (n=448)

Az orvos – beteg találkozások ideje (elegendőnek tartja-e az orvos-beteg találkozások idejét?) a válaszadók (N=547) közel 70 százaléka szerint elégséges. Akinél nem elegendő a háziorvosnál eltöltött idő, ők a húsz perces időintervallumot látják elégségesnek. A betegek többsége a kutatás során szóban elmondta, hogy a háziorvosnál a várakozási időt gyakran túl hosszúnak, míg az orvossal töltött időt túl rövidnek érezte. Az orvos-beteg találkozások során a „gépiesített munka” (vényfelírás, beutaló írás, táppénzes állomány dokumentumai) mellett kiemelkedő jelentősége van a kommunikációnak, beteg-tájékoztatásnak is.

Az egészségügyi dolgozóknak nagyon kell figyelnie arra, hogy a beteg betegsége folytán módosult lelkiállapotban van és a hétköznapi szavakat másképpen értelmezheti. Egészséges állapotban mást jelent egy mondat, de egy betegségben szenvedőnek az más értelmet kaphat.

A házi orvos látogatások gyakoriságát a 14. ábra szemlélteti.



14. ábra: A házi orvos látogatás gyakorisága (N=540)

Variancia-analízissel került vizsgálatra, hogy a megkérdezettek közül, azok, akiknél ismert a hipertónia betegség (n=145), a kilenc fokozatú, a házi orvos látogatás gyakoriságát mérő skálán, milyen átlageredményt mutatott. Ennek megfelelően az értékelés átlaga 5,95. Emelkedő tendenciát mutatnak, az átlageredmények tekintetében a nem hipertóniások (6,87) és a betegség jelenlétét nem ismerő válaszadók (6,95) eredményei. A kutatói következtetés, hogy minél inkább tisztában vannak a betegség tényével, a házi orvos látogatás gyakorisága annál inkább követhető. A hipertóniás betegek tehát szignifikáns eltérést mutattak, amelyben $p=2,4$.

Elgondolkodtató, hogy a válaszadók összesen 57%-a évi egy-két, vagy annál is ritkábban keresi fel orvosát. A kutató szerint ez elsősorban az internetes tájékoztatás széleskörűségének tudható be, azonban itt szükséges azt is megjegyezni, hogy a publikus, gyakran látogatott tájékoztatási felületek orvosszakmai validitása és pontossága nem minden esetben tekinthető relevánsnak. A szerzett információk orvossal történő megvitatása elengedhetetlen, hiszen az orvos-beteg kapcsolatot

leginkább a kommunikáció határozza meg. A diagnózis felállítása a webes felületekről nem a beteg feladata, hanem az egy hosszan tartó diagnosztikus folyamat eredményeként létrejövő orvosi vélemény. Ismételt kutatói vélelem, hogy a beteg háziiorvosi ellátásban történő megjelenésének háttérében a magán egészségügyi szolgáltatások igénybe vétele is említhető.

Az összehasonlító elemzések közül a családi állapot és a háziiorvoshoz látogatás célja került kiemelésre, melynek során az egyedül élők adatai kerültek vizsgálatra. A megadott kilenc kategóriából (1.nőtlen/hajadon, nincs élettársa; 2.nőtlen/hajadon, élettárssal él; 3.házassal/házastárssal él; 4.házassal/élettárssal él; 5.házassal, de külön élnek/nincs élettársa; 6.elvált/nincs élettársa; 7.elvált/élettárssal él; 8.özvegy, nincs élettársa; 9.özvegy, élettárssal él) négy esetben egyedül, társ nélkül élnek a válaszadók. A legmagasabb százalékos arányt az özvegy és elvált emberek adták (92% és 71,4%) a gyógyszerfelírás céljából történő orvoslátogatás miatt. Kiemelkedő mutatóként a nőtlen/hajadon, egyedül élő válaszadók is említhetőek; esetükben az akut panaszok/tünetek miatti orvos felkeresés volt jellemző 72,3 %-ban.

Kutatói vélelem, hogy míg az előbbieken a rendszeres látogatás a biztonságérzet miatt, míg az utóbbi a gyógyulás mihamarabbi célja, valamint az egészségtudatosság miatt történik. Életkori megközelítés alapján a nőtlenek/hajadonok fiatalabbak, míg az özvegy/elváltak idősebbek.

4.3.4. A beteg tájékoztatásról

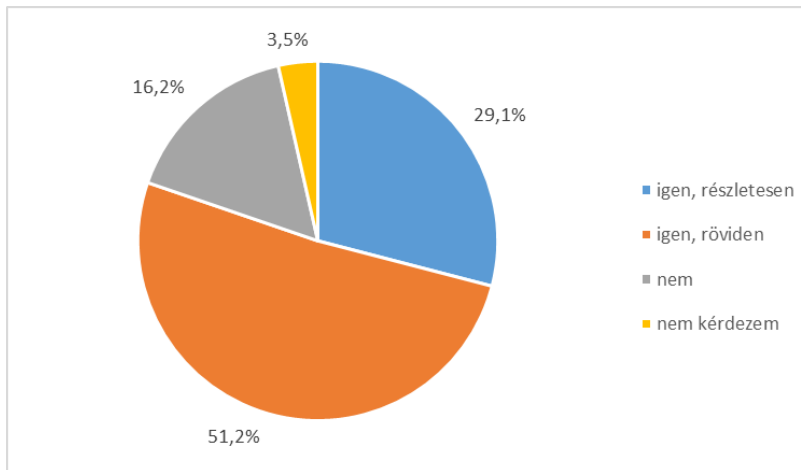
A kutatás gerincét adó kérdésblokk tizennégy kérdésben járta körül a felnőtt háziiorvosi alapellátásban zajló beteg tájékoztatást. A kérdések elkészítésének az Eütv. 13.§.-a képezte az alapját. Ezek a törvény szövegezését alapul véve kerültek összeállításra. Típusait tekintve egy páros Likert típusú, három páratlan Likert típusú, hét egyszerű feleletválasztós és négy alkérdéseket (9 db) is feltevő feleletválasztós kérdés készült. A páratlan Likert kérdésnél táblázatos formában további tizennégy alkérdés került kidolgozásra és alkalmazásra.

A kérdőív beteg tájékoztatási blokkjának első három kérdése a vizsgálatokra küldés indokoltságáról, tervezett időpontjáról és azok elvégzéséhez szükséges beleegyezés lehetőségére vonatkozott.

Ezek szerint:

- „ha orvosa vizsgálatra, vagy beavatkozásra küldi Önt, minden esetben tájékoztatja ennek indoklásáról?”
- „minden esetben megkapja a felvilágosítást a vizsgálatok, vagy beavatkozások tervezett időpontjáról?”
- „kéri-e az orvosa a vizsgálatok és beavatkozások elvégzéséhez az Ön beleegyezését?”

A kapott eredményeket (15. ábra) összevetve a jogszabályi előírásokkal látható, hogy mindösszesen a válaszadók kevesebb, mint egyharmada (29,1%) nyilatkozott úgy, hogy részletes tájékoztatást kap.



15. ábra: Ha orvosa vizsgálatra, vagy beavatkozásra küldi Önt, minden esetben tájékoztatja ennek indoklásáról? (n=537)

Pozitívnak értékelendő – tekintettel a házi-orvosi ellátás leterheltségére -, hogy a tájékoztatottak köre összesítve 80,3 %-os eredményt ad, ami arra ad biztosítékot, hogy az orvoshoz fordulók jelentős része tájékozott a vizsgálatra, beavatkozásra küldés tényéről.

A diagramon látható nemleges válaszok összege (19,7%) és a tizedik kérdésre kapott nemleges válaszok eredménye (20%) vizsgálata során látható, hogy a betegek kérdezési hajlandósága a betegségükkel, és a vizsgálatokhoz kapcsolódó információkkal kapcsolatosan is alacsony, és releváns eltérést sem mutat.

A vizsgálatok, vagy a beavatkozások tervezett időpontjával kapcsolatos tájékoztatás vizsgálata során (N=537) az volt tapasztalható, hogy a számbeli különbözőség nem

mutatott nagy eltérést (66% igen, 34% nem), azonban a kérdőívvezés során kapott szóbeli megjegyzések azt tükrözték, hogy a tájékoztatás konkrét tartalma nem volt jellemző. A tájékoztatás leginkább abban mutatkozott, hogy a beteget a szakrendelőbe irányították időpontért, illetve egy közelítőleges időintervallumot jelöltek meg a beteg kérdésére, a vizsgálati előjegyzés időpontjára vonatkozólag. Bár a kérdőív nem tért ki arra, milyen módon tudnak előjegyzést kérni a betegek a vizsgálatokra, de az elmondottak alapján, az online előjegyzési formára egyetlen alkalommal sem hívta fel az orvos a figyelmet. A megkérdezettek közül pár idősebb válaszadó elmondta, hogy az asszisztens sem kérhető meg időpont foglalásra, mert „nincs neki erre ideje”. Itt szükséges megjegyezni, hogy a napi betegjogi képviselői tevékenység is hasonló jellegű megkeresésekkel támasztja alá ezeket az információkat.

A vizsgálatokhoz, beavatkozásokhoz történő beleegyezés kérdésében is közel egyező válaszok születtek az igen/nem arányában (n=529; igen:52%, nem:48%). A nemleges válaszok indokai a 13. táblázat mutatja be.

13. táblázat: Ha nem kéri orvosa a vizsgálatok és beavatkozások elvégzéséhez az Ön beleegyezését, mit gondol, mi ennek az oka? (n=311)

| Ok | Válaszadók száma (fő) | Megoszlás (%) | Érvényes válaszok megoszlása (%) |
|---|-----------------------|---------------|----------------------------------|
| <i>A beteg nem dönthet</i> | 68 | 12,4 | 21,9 |
| Az orvos nem vállalja a beteg – esetleg helytelen - döntését | 78 | 14,3 | 25,1 |
| Az orvosnak nincs ideje erre | 101 | 18,5 | 32,5 |
| <i>Csak az orvos dönthet a vizsgálatokról és beavatkozásokról</i> | 64 | 11,7 | 20,5 |
| Összes érvényes válasz | 311 | 56,9 | 100,0 |
| Nem válaszolt | 236 | 43,1 | |
| Összesen | 547 | 100,0 | |

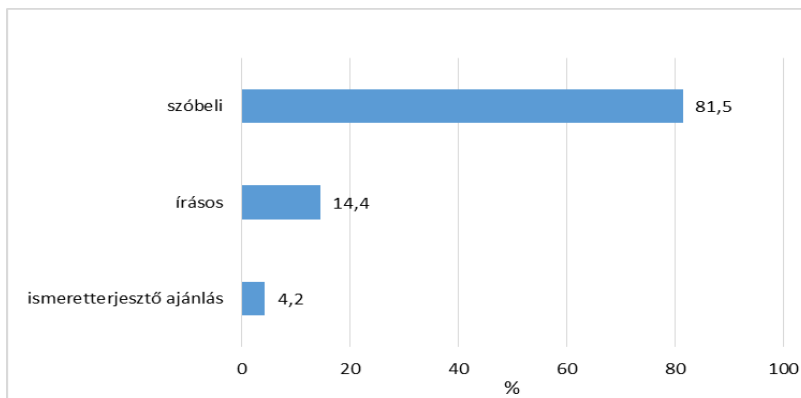
A táblázatban kiemelt számadat és arány is a házi orvosok leterheltségére, és a betegre fordítható kevés időre utal. Etikai dilemma, hogy az az összesített százalékos adat (42,4%), amely a „beteg nem dönthet”(21,9%) és a „csak orvos dönthet a vizsgálatokról és beavatkozásokról”(20,5%) összegéből keletkezett, az valójában az orvos iránti megbecsülést, szakmai elismertséget vagy a patriarchális orvos magatartást tükrözi.

Ugyanakkor a válaszadók (n=78) egynegyede (25,1%) úgy véli, hogy orvosa áthárítja betegére a döntési felelősséget, ezért nem kéri a beteg beleegyezését. E mögött azok a rendszerhibák feltételezhetőek, amelyek az egészségügyi ellátórendszer napi problémáiként (humán erőforrás hiány, megnövekedett adminisztrációs terhek és egyéb szolgáltatói kötelezettség) jelennek meg. Betegjogi panaszok szempontjából vizsgálva célszerű lenne a panasz-központúságtól a tájékoztatás-központúság felé elmozdulni [99]. Követve a jogszabályi szövegezést a betegtájékoztatás tartalmára („Szokott-e más alternatív módszerről, például életmód tanácsadás, homeopátia stb., új vizsgálati vagy gyógyító eljárásokról tájékoztatást kapni az orvosától?”), valamint azok technikai megvalósítására irányult a következő kérdés. A nyugati orvoslástól eltérő módszerekről, életmódról és az ehhez kapcsolódó esetleges újszerű vizsgálati vagy gyógyító eljárásokról a válaszadók több, mint fele (52,7%) soha nem kap tájékoztatást. A „gyakran” és „minden alkalommal” történő tájékoztatás 5% alatt van. Hasonló jelleget mutatott a betegtájékoztatásról szóló blokk azon kérdése is, mely azt kérdezi, kap-e a beteg az orvosi találkozások alkalmával az életmódjára vonatkozó tanácsokat? E szerint az életmódra vonatkozólag az esetek 59%-ában nem kap a beteg tanácsokat. Ez a magyar lakosság prevenciós szemléletének javítására rossz hatással van. A válaszadók számos esetben szóbeli jelzéssel éltek azzal kapcsolatban, hogy nem kapnak megfelelő információt arról, hogy betegségét hogyan értelmezze és kezelje. Úgy érzik az orvos „visszautasítja” és/vagy a korára fogja a problémát, nem válaszol a kérdéseire. Esetenként pedig olyan érzésről számoltak be a válaszadók, hogy panaszait elbagatellizálja az orvosa. Elgondolkodtató az a tény, miszerint az említett megjegyzéseket nem merték a kérdőívben jelölni, kizárólag a kérdezőbiztosi feljegyzésre lehetett alapozni a feldolgozás során.

A kutató meggyőződése, hogy a házi orvos felkeresése egyre inkább az akut betegségek, panaszok esetében történik, és ezt bátorítja a betegekben is, az időhiány következtében. A kapott tanácsokkal kapcsolatos eredmények tekintetében az tapasztalható, hogy azon válaszadók közül, akik az életmódra vonatkozó tanácsok kérdésében igennel válaszoltak (41%), a következő feleletválasztós kérdésben („Ön ezeket a tanácsokat megfogadja/nem tartja fontosnak/figyelmen kívül hagyja/nem kap ilyen tanácsokat, de szüksége lenne rá/nem kap tanácsokat, és nem is tud rákérdezni?”), mindösszesen közel 30 %-uk nyilatkozott. Az életmódra vonatkozó tanácsokat a betegek – mindösszesen -

egyharmada megfogadja, ugyanakkor – ezzel egyenlő mértékben – nincsenek tanáccsal ellátva a betegek, pedig szükségük lenne rá elmondásuk szerint. Összegzett adatként, 20 %-ot meghaladó mértékű azon válaszadók száma, akik nem tartják fontosnak és figyelmen kívül hagyják a kapott tanácsokat. Ők egy keskeny szeletét képezik az egészségi állapot megítélésében a „jó” vagy „kiváló” állampolgároknak. Ezen kérdéseknél nem végeztünk keresztábra elemzéseket, de tekintettel a téma fontosságára, szintén egy későbbi kutatás alapjait képezheti.

A tájékoztatás módjainak vizsgálata során („Milyen módon teszi meg a háziorvosa a betegségekkel kapcsolatos tájékoztatást?”), a szóbeli tájékoztatás kiemelkedő tendenciát mutat, annak ellenére, hogy a megfelelő, minden szempontot figyelembe vevő tájékoztatás legnagyobb akadálya az egészségügyi rendszer túlterheltsége, valamint az ebből eredő időhiány. A százalékos megoszlást a 16. ábra szemlélteti.



16. ábra: Milyen módon teszi meg a háziorvosa a betegségekkel kapcsolatos tájékoztatást? (n=446)

A vizsgálati eredményekről történő tájékoztatás folyamatában számos, jogszabálytól való eltérés mutatkozott. Bár ezekre a válaszadók által adott eredmények alapján lehet következtetni, mégis elgondolkodtató. Az Eütv. 13.§.(4). szerint: a betegnek joga van megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait [104]. A hatályos jogszabály nem definiálja a tájékoztatás módját, csak a tartalmi minimumokat. Az eltérések az adatvédelmi szabályozással hozhatóak összefüggésbe, valamint rendszerhiányosságok állhatnak a háttérben.

Az eredmények szerint a háziorvos a legtöbb esetben (66,3%) visszarendeli a beteget a vizsgálati eredményekért. Ennek az előnye a tájékoztatás szempontjából a

személyesség, és a beteg kérdezési lehetősége. A betegek számos esetben nem akarnak mást, mint azt, hogy az orvos hallgassa meg őket, és adjon több információt az állapotukról. Ezzel csökkenthető a téves információk szerzésének a valószínűsége. Szeretnék továbbá könnyíteni az érzelmi és fizikai fájdalmaikon, és tanácsokat kapni. A válaszadók 16,6%-a telefonon érdeklődik, 8,4%-a részére e-mailben küldi, 4,5%-ot visszarendel újabb időpontra az eredményért, míg 4,3% esetében a hozzátartozónak adja oda a házi orvos a beteg vizsgálati eredményét.

Az orvos – beteg kommunikáció témájában számos modellt alkalmaznak, ezek közül a nyugat-európai társadalmakban a Byrne and Long (1976) – féle hatszakaszos konzultáció, és a The Calgary Cambridge Method (2000) ötszakaszos konzultációs modellje a legelfogadottabb. Utóbbit az angol orvostudományban – mint bizonyítékokon alapuló módszer – oktatják és alkalmazzák. Amennyiben jó a tájékoztatás, és a beteg elégségesnek véli, abban az esetben inkább elvárható, hogy betartják az előírásokat. A válaszadók szóbeli kiegészítő megkérdezése során derült ki az is, hogy elsősorban azt sérelmezik, hogy a rövid orvostudományban töltött idő személytelen, inkább hasonlít a gépies, bürokratikus adatfelvételre. Azt is nehezményezik, hogy számos esetben a házi orvos röviden kérdez, és nem hallgatja végig a beteget, vagy távolságtartóan viselkedik velük. Ennek eredményeképp sok beteg nem is akar többet beszélni, viszont a kevés információ pótlására szüksége van, így megkeresi azokat – a nem mindig megbízható információforrásokat -, ahol beszerezni próbálja a hiányzó információkat.

A telefonon történő érdeklődés, a hozzátartozónak átadott leletek és az e-mailben elküldött vizsgálati eredmények részben mellőzik a személyes konzultációt, részben az adatvédelmi előírásokkal kapcsolatosan is aggályosak lehetnek. Hiába az évek óta tartó jó orvos-beteg kapcsolat, az orvos és az asszisztens nem tehet kivételt egy esetben sem, nem adhat információt a vizsgálati eredményről. A telefonos érdeklődés (16,6%) több esetben nem csak az eredmény tényét, hanem tartalmát is lefedte, a beteg beazonosítása nélkül. Erre a kérdőíves lekérdezés alkalmával történő beszélgetés során, szóbeli kiegészítéseként derült fény. Az elektronikusan megküldött eredmények vonatkozásában (8,4%) pedig az a láncszem hiányzott számos házi orvosi rendelőben, hogy kié a használt e-mail cím és ki fér hozzá a betegnek kívül.

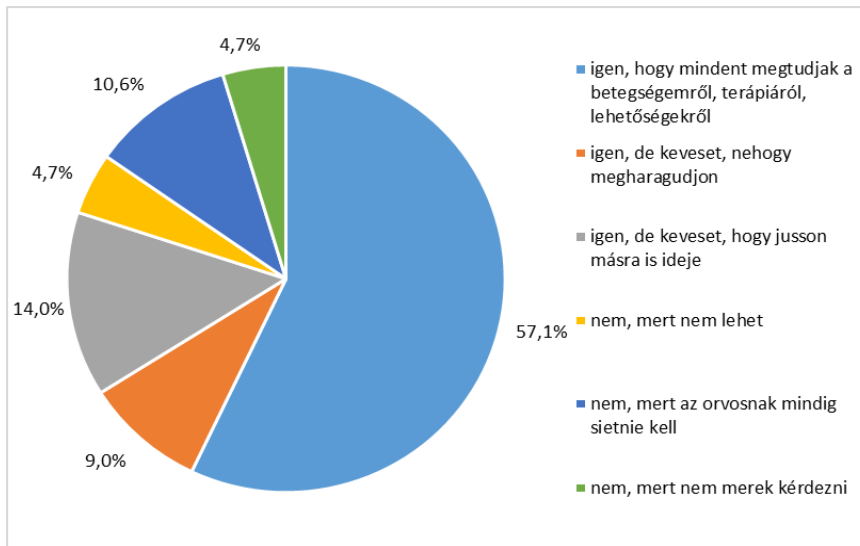
Jelenleg már ez a probléma az EESZT rendszer bevezetésével kiküszöbölhető, azonban az idős betegek és a túlterhelt, olykor megszokásból dolgozó szolgáltatók sajnos, még

mindig helytelenül szolgáltatnak szenzitív betegadatokat. A betegjogi képviselői tevékenység során számos ilyen jellegű jogsérelem lát napvilágot. A hozzátartozónak átadott vizsgálati eredmények (4,3%) tekintetében az elvárható intézkedés az lenne, hogy minden esetben vizsgálják a hozzátartozói minőséget, valamint a gondnokoltóság tényét, annak jellegével együtt. Nem elfogadott a háziorvosi rendelőkben a közösségi térben található, recepciós pultra lerakott lelet, még borítékban sem.

Az egészségi állapothoz kapcsolódó plusz információk érdekében tett lépésekről tesz fel három kérdést a kérdőív betegtájékoztatásról szóló blokkja.

Ezek az alábbiak:

- „Szokott-e Ön kérdéseket feltenni a betegségével kapcsolatosan?” (17. ábra)
- „Kit kérdez leggyakrabban a betegségével kapcsolatosan?”
- „Milyen más helyekről tájékozódik még a betegségéről, gyógyszerekről és az egyéb, egészségi állapotát érintő kérdésekről?”



17. ábra: Szokott-e Ön kérdéseket feltenni a betegségével kapcsolatosan? (n=536)

A válaszok feldolgozása során örömteli eredményként mutatkozik az összegzett igen válaszok aránya (80.1%), amely az egyén felelősségét és az orvos tanácsainak, javaslatainak elismertségét mutatja.

Az orvos iránti bizalmat és a tudás elismertségét feltételezi a válaszadók (n=510) 83,5%-a, aki a betegségével leggyakrabban a háziorvosát és a szakorvost kérdezi. Érdekes adat az információért a gyógyszerész felé forduló válaszadók aránya (10,6%), mellyel kapcsolatosan az a kutatói meggyőződés, hogy az anonimitásnak, az általánosan

feltehető kérdésnek, és az egyénre fordított több időnek kiemelkedő szerepe van. Az egészségi állapothoz kapcsolódó, egyéb helyről szerzett információk forrásait is kereste a kutatás („Milyen más helyekről tájékozódik még a betegségéről, a gyógyszerekről és az egyéb, egészségi állapotát érintő kérdésekről?”) (n=448). Ennek eredményeiből az internetről való tájékozódás emelkedik ki (81,9%), amely mellé tehető, az egyéb média eszközök "használata" (TV reklámok és újsághirdetések), melynek összegzett aránya 20%. A kérdőívben jelölt egészségügyi felvilágosító előadások tartalma nem került kifejtésre, ezek értelmezhetőek szakmai és populáris/kereskedelmi célú előadásoknak egyaránt. A válaszadók 15%-a jelölte ezeket is. Míg a válaszadók egynegyede beteg tájékoztató kiadványokat is felhasznál ismeretei bővítéséhez. A kutatói álláspont, hogy a nagy különbség (Internet használat és „hagyományos” média eszközök) háttérben, a kérdőívet kitöltők korosztályos különbözősége áll. Elgondolkodtatóak voltak azok a megjegyzések, amelyek az egyéb helyek megjelölése eredményeként születtek. A válaszadók az alábbi helyekről tájékozódnak még egészségi állapotukról, betegségeikről és a gyógyszerekről:

- orvos szülő
- orvos házastárs
- barátok
- egészségügyben dolgozó ismerősök, rokonok
- dokumentumfilmek
- orvosi témájú sorozatok (3%)
- orvosi szakkönyvek
- saját egészségügyi tanulmányok, jegyzetek

Valamennyi jelölés 1% alatti, az eltérő érték a felsorolásban megjelenítésre került. Tekintettel arra, hogy több válasz jelölése is megengedett volt a válaszadás során, így az összesített érték meghaladta a száz százalékot.

Újra a tájékoztatáshoz való jog jogszabályi felsorolása képezte az alapját a kérdőív elkészítésénél egy táblázatos formában, melynek során a magasvérnyomás betegséggel kapcsolatos, részletes tájékoztatás került a fókuszba, kilenc egyszerű feleletválasztós kérdéssel. Pár esetben zavaró volt a válaszadók számára, hogy a beteg tájékoztatással kapcsolatos kérdések közé magas vérnyomással kapcsolatos kérdés került, azonban

tematikusan ehhez a blokkhoz tartozik. A kutatás gerincét képező betegtájékoztató miatt itt került elhelyezésre. A kapott eredmények közül az „igen” válaszok kerültek feldolgozásra, ennek eredményeit a 14. táblázat mutatja be. A bemutatott al minta a magasvérnyomás-betegséggel élők 'igen' válaszait tükrözi.

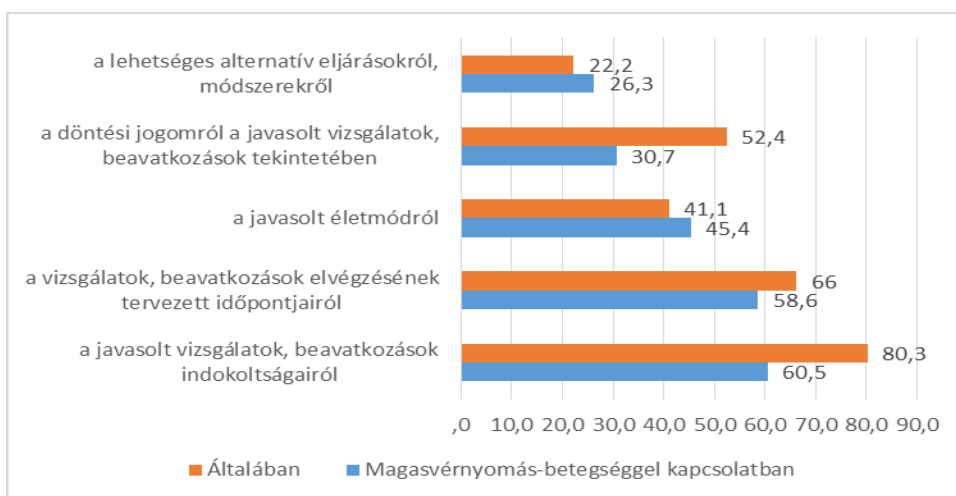
14. táblázat: A magasvérnyomás-betegségével kapcsolatosan Ön milyen részletességgel kap információkat a házi orvosától (%)? (n=227)

| Információ tartalma | „Igen” válaszok aránya (%) |
|--|----------------------------|
| a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről | 26,3 |
| a döntési jogomról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében | 30,7 |
| a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól | 37,1 |
| az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről | 43 |
| a javasolt életmódról | 45,4 |
| az egészségi állapotomról és annak orvosi megítéléséről | 52,4 |
| a további ellátásokról | 53 |
| a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól | 58,6 |
| a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról | 60,5 |

A táblázat eredményei összevetésre kerültek (18. ábra) a korábbi „igen” válaszok eredményeivel. Az összehasonlítás azon kérdéseknél történt meg, amelyekre a blokk elején általános betegtájékoztató céljából rákérdeztünk. Látható, hogy a vizsgált öt elem összehasonlítása minden esetben szignifikáns különbséget mutatott ($p > 0,005$), ahol $p < 0,10$ és $0,41$ között van. Az is kitűnik, hogy az alternatív eljárásokról és módszerekről történő tájékoztatás aránya úgy az általános, mint a betegség-specifikus betegtájékoztató eseteiben, a házi orvosi alapellátás rendszerében igen alacsony. Elgondolkodtató, hogy a betegek kevesebb, mint a fele hall az alternatív megoldásokról, lehetőségekről.

Bár a legkisebb eltérés az életmódbeli javaslatok tekintetében mutatkozott, mégis a kutató meggyőződése, hogy ha ezen a számon javítani lehetne, úgy a betegek tájékozottsága szélesebb körű lenne, mint jelenleg. A számadatok ismét az alapellátási rendszer túlterheltségét és a betegekre fordítható kevés időt támasztják alá. Mindezek

ellenére a kapott eredmények azt mutatják, hogy a javasolt vizsgálatok, beavatkozások indokoltságát szolgáló tájékoztatásra mindig jut idő.



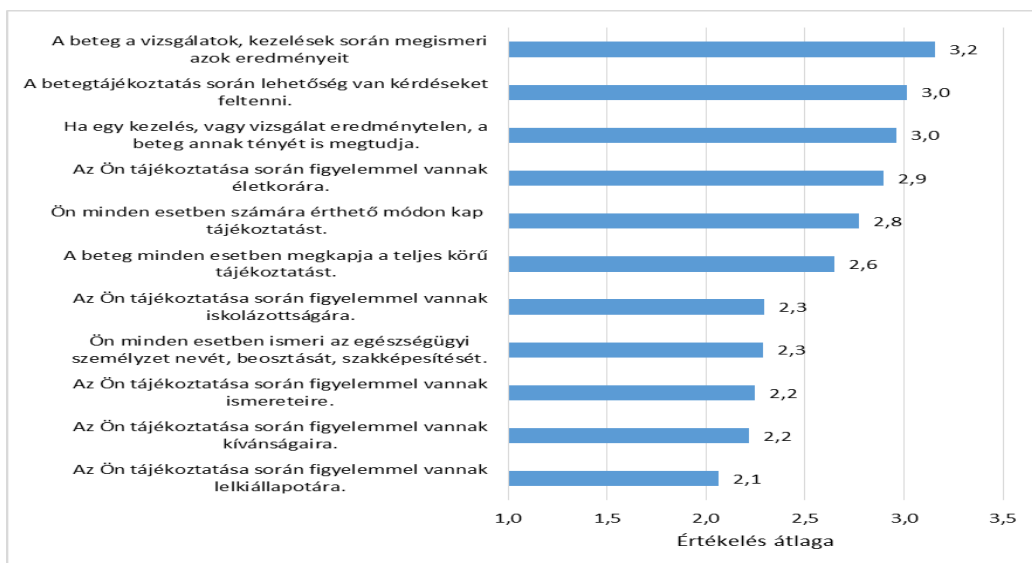
18. ábra: A legfőbb betegtájékoztatási elemekre adott igen válaszok összehasonlítása (%) (n=328)

A kérdőív betegtájékoztatásra vonatkozó kérdésblokkjának utolsó kérdése is táblázatos formában készült el, és a feldolgozásnál átlagszámítás került alkalmazásra (19. ábra). A kérdésben feltett állítások teljes mértékben követik a jogszabályi szövegezést. A kérdés összeállítás során az 1-4., valamint a 6. állítás esetén – stilisztikai változatosság alkalmazása miatt –, nem a válaszadó lett megszólítva, hanem általánosságban a 'beteg'-ről szólt, azonban a kérdezőbiztosi lekérdezés során ez egyértelmű kérdésfeltevessé vált, így a kapott eredményben minimális lehet a torzítás.

A kérdés: „A következőkben a betegtájékoztatásról olvashat rövid állításokat. Kérjük, mindegyiknél karikázza be, hogy Ön mennyire ért egyet ezekkel az állításokkal?”

Ötfokozatú Likert skála (1=egyáltalán nem, 2=kis mértékben, 3=általában igen, 4=igen, 5=teljes részletességgel) használatával kellett a megvalósulás mértékét bekarikázni. Az eredmények (N=535) feldolgozásánál az első szembetűnő eredmény, hogy a tájékoztatás során a beteg életkora a legtöbb esetben kiemelkedő szempont. A válaszok kevesebb, mint felénél a tájékoztatás szempontjai közül, a beteg pszichés és kognitív jellemzőinek feltárására nem kerül sor. A beteg lelkiállapotának figyelembe vétele, és ahhoz igazodó tájékoztatás számos esetben hatékonyabb lehet, mint az ezt figyelembe nem vevő tájékoztatás. A válaszadók közül minden harmadik jelölte, hogy a

betegtájékoztatók során fontos az aktuális lelkiállapota. A kutató meggyőződése, hogy a beteg céltudatos értékteremtéséhez vezető út a teljeskörű betegtájékoztatók.



19. ábra: Ön mennyire ért egyet az alábbi, betegtájékoztatókhoz kapcsolódó állításokkal? (átlag)

A betegtájékoztatók alaposabbá tétele növelhetné a betegelégedettséget, az orvosok irányába tanúsított bizalmát, nem utolsósorban a kezelés biztonságát. A felnőtt háziorvosi alapellátás megszaporodott teendői és adminisztratív terhei számos esetben problémát jelent az ellátónak, hogy valamennyi, a jogszabályban előforduló feltételnek eleget tegyen. A betegeknek, a kérdőíves felmérés szóbeli kiegészítései alapján – ellátási formától függetlenül – leginkább a jó szó gyógyító erejére van szükségük. Számos esetben előfordul, hogy ha türelemmel, és nyitottsággal fordul az ellátó a beteg felé, az elnézőbb az esetleges – számára kedvezőtlen – rossz hír közlésével. A betegjogi megkeresések tapasztalatai alapján elmondható, hogy a betegelégedetlenség fő okaként a hiányos, vagy – a beteg számára - nem megfelelő formában történő tájékoztató áll.

4.4. Az interjú elemzése

Az interjú elemzés során a jelen hatályos egészségügyi törvény, tájékoztatókhoz való jog gyakorlása során elvárható leírások kerültek vizsgálat alá; megvalósulnak-e a betegjogi tevékenység során a törvényben foglalt elvárások?

Az interjú feldolgozása során az egyes szakaszok között, egyaránt megjelentek narratív és leíró részek is. Mivel a kutató az interjúalany interpretációira volt kíváncsi, az interjútervet nem lehetett mindenáron tartani: több ízben át kell engedni a vezetést az

interjúalanyak. Továbbá el kell továbbá kerülni az interjú során az értelmezést és az összefüggések keresését. Fontos volt rákérdezni, hogy a betegoktatás jelensége, szükségessége mit jelent az interjúalanyak; hogyan látja ennek jelenét és jövőjét.

Az interjú elemzés rávilágított arra is, hogy az Eütv-ben foglaltakkal jelentős mértékű az egyezés a betegtájékoztató részletességében.

5.MEGBESZÉLÉS

Az elmúlt pár évtizedben a betegjogok kérdése egyre nagyobb hangsúlyt kapott nemzeti és nemzetközi szinten is. Ennek oka, hogy az alapvető emberi jogok az egészségügyi ellátás tekintetében, mint betegjogok fogalmazódtak meg. Nagy fordulat a betegjogok területén az 1980-as évek táján következett be. Ettől az időponttól kezdve a betegjogok fokozottan a figyelem középpontjába kerültek. A hazánkban 1997-ben megszületett Eütv. kodifikálása során a nemzetközi alapidokumentumok és iránymutatások szolgáltak példaként, amelyek az egyén önrendelkezési jogából kiindulva határozzák meg a betegjogok törvénybe foglalásának egységes elveit. Így a legfontosabb irányt az amszterdami deklaráció mutatta a jogalkotónak [71].

5.1. Az egészségi állapotról

Az eredmények összevetésre kerültek az elmúlt tíz évben zajlott más, hasonló jellegű kutatásokkal is. A KSH Európai Lakossági Egészség Felmérés vizsgálatának (ELEF), a Szinapszis Kft. által végzett kutatásnak és a saját kutatás eredményei kerültek összehasonlításra. Tekintettel arra, hogy a minősítések megfogalmazásában minimális eltérés volt tapasztalható, így egységesítésre került a megítélés kategorizálása (1. kategória: nagyon rossz/rossz; 2. kategória: közepes/elfogadható/kielégítő; 3. kategória: jó/nagyon jó/kiváló). Eltérő időszakban (2009, 2015 és 2017-2019) és eltérő időintervallumban (4 hónap, 2 hónap és 2 év) zajlottak a felmérések. A horizontális elemzés során megállapítható, hogy az 1. kategóriában a legnagyobb (8%) az eltérés, a 2009-ben vizsgált személyek esetében. A 2. kategóriában szintén a 2009.évi eredmény több, mint a másik két időszak eredménye, itt 5 és 6%-os az eltérés. A 3. kategóriában ezzel szemben, a 2015. és 2017-2019.évi eredmények mutatnak magasabb értékeket (13 és 14% az eltérés mértéke). A vertikális összehasonlítás során megállapítható, hogy 2009 -ben a megkérdezettek alig több, mint 50 %-a ítélte jónak/nagyon jónak/kiválónak az egészségi állapotát, 2015-ben és a jelen kutatás idejében ez a mutató a 70 %-os eredményhez közelített. A kutató meggyőződése, hogy a tíz év alatt fejlődött az emberek egészségtudatossága, ennek kapcsán többször igénybe veszik az egészségügyi ellátórendszert. A hozzáférhető szűrővizsgálatok is olyan eredményeket mutattak, amelyek alapján javulhatott az egészség állapot szubjektív megítélése. Az összehasonlítás a 15. táblázatban követhető.

15. táblázat: Az egészségi állapot szubjektív megítélésének eredményei (2009-2019 között)

| Az egészségi állapot megítélése | KSH ELEF (2009.szept. – dec.) n = 10470 | Szinapszis Kft. kutatása (2015.máj.-jún.) n = 1008 | Saját kutatás (2017-2019) n = 547 |
|---|--|---|--|
| 1.kategória: Nagyon rossz/rossz | 15% | 7% | 7% |
| 2.kategória: Közepes/elfogadható/kielégítő | 31% | 26% | 25% |
| 3.kategória: Jó/nagyon jó/kiváló | 54% | 67% | 68% |

A Szinapszis Kft, kilenc európai országban végezte egyidejűleg ugyanezt a felmérést, és a válaszadók szubjektív önértékelésének vizsgálata során a magyar és a holland átlag egyezőséget mutatott. Magyarországon 2016-ban, egy 8 országot lefedő Európai Egészségértés Felmerés (HLS-EU) alapján, validált HLS-EU 47 kérdőív segítségével zajlott egy kutatás. A magyar adatok azt mutatják, hogy minél jobbnak látja valaki saját egészségi állapotát, minél kevésbé van tartós betegsége és minél kevésbé érzi azt, hogy egészségi állapota korlátozza őt, annál magasabb szintű az egészségértése [72].

2019 őszén, Magyarországon harmadik alkalommal került sor az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF 2019) lebonyolítására. Az Európai Parlament és Tanács 1338/2008/EK számú rendelete előírja a lakossági kikérdezésen alapuló felmérés ötvenkénti végrehajtását a tagországokban. Ez abból a célból történik, hogy rendelkezésre álljon az a minimális statisztikai adatállomány, amelyből kiszámíthatók a minden tagállamtól elvárt mutatók, az ún. egészségindikátorok. Ebben a felmérésben a lakosság nagy része elégedett egészségével az egészségi állapot szubjektív értékelése alapján: a felnőtt népesség közel 90%-a minimum kielégítőnek tartja, hattizede pedig jónak vagy nagyon jónak. A férfiak közül többen érzik magukat jó egészségi állapotban, ugyanakkor az öt évvel korábbi adatokhoz képest mindkét nem optimistábban nyilatkozott.

Sok korábbi, a házasok és nem házasok mentális és szomatikus egészségét összehasonlító tanulmány a nem házas kategóriát általánosan használta, azaz nem különböztette meg az elváltak, özvegyek, különélők, soha nem házasodottak és az élettársi kapcsolatban élők csoportját. Ez a distinkció az újabb kutatásokban már fontos

szempont. A másik, hangsúlyossá vált csoportosító változó a házasság minősége szerinti különbségtétel. Egyes kutatók kritikával illetik a házasság és mentális egészség közötti, szerintük sokak által túlértékelt pozitív kapcsolatot, és amellet érvelnek, hogy a házasság nem önmagában záloga az egészségnek, hanem annak minősége az, ami az egészség megőrzésében szerepet játszik [73]. Általánosan érvényes az, hogy a jó kapcsolatok, a megtartó társas háló hozzájárulnak a szomatopszichés egészség fenntartásához és csökkentik a mortalitás rizikóját [74],[75]. A társas kapcsolatok közül a házastárssal való kapcsolat különösen fontos szerepet tölt be a mentális egészségi állapot és a jóllét alakulásában [76]. A házasságot egészségvédő faktorként azonosító kutatások többsége (amelyek elsősorban morbiditási és mortalitási mutatókat vizsgáltak) arra hívja fel a figyelmet, hogy a házások egészségesebbek, boldogabbak és elégedettebbek a nem házásokkal összehasonlítva. E vizsgálatok szerint a házásokat jobb szomatikus és mentális egészségi állapot, nagyobb pszichológiai jóllét, kevesebb krónikus betegség és hosszabb élettartam jellemzi [77], [78], [79],[80]. A kutatói megállapítás, hogy a magány és a vesztesség negatívan befolyásolja az egészségi állapotot. A betegségek és a fájdalom elviselésével kapcsolatosan már Oscar Wilde is így vélekedett a *Dorian Grey arcképe* művében: „...Van valami rettenetesen beteges abban, hogy a modern kor szereti a fájdalmat...”. Hippokratész szerint „...A fájdalom az élet házőrző kutyája...” Albert Schweitzer úgy véli: „...A fájdalom a halálnál is rettenetesebb úr...”

Tudományos vizsgálatok igazolják, hogy a nem jól kontrollált, akut fájdalomban szenvedő betegeknél olyan jelentős pszichológiai zavarok alakulhatnak ki, mint a szorongás, a depresszió és az alváshiány [81]. Ez magyarázatot adhat arra is, hogy a kapcsolódó tünetek is milyen mértékben jelentkeznek a kérdőívek válaszaiban. Szembetűnő a különbség a mozgásszervi betegségekre utaló tünetek esetében is, mennyire együtt élnek az emberek a derék- vagy hátfájással (18%), valamint az egyéb ízületi jellegű fájdalmakkal (13,4%). A fájdalom a leggyakoribb ok, amivel a betegek orvoshoz fordulnak. Világszerte a krónikus fájdalmak közül a mozgásszervi panaszok, így a gerinc- és ízületi fájdalmak miatt veszik leggyakrabban igénybe az egészségügyi ellátást. Ennek jelentőségét nemcsak az adja, hogy gyakori ellátást igényelnek ezek a betegek, hanem az is, hogy a mozgásszervi elváltozások a funkciókárosodás leggyakoribb okai. Európában a munkaképesség-csökkenés 20%-a derék- és

nyakfájdalommal hozható összefüggésbe [82]. A KSH 2019.évi magyarországi számadatai alapján hazánkban tartós derékfájdalom miatt minden második ember fordul orvoshoz életében, a porckopásos betegek száma 1,5 – 2 millióra, míg a csontritkulásban szenvedők száma kb. 900 ezer fő (kétharmad nő/egyharmad férfi). Ezeken felül még mintegy 150 ezer betegnél tartanak nyilván különböző ízületi gyulladásokat is. Az ELEF 2014.évi kutatása szerint a felmérést megelőző 12 hónapban fennálló krónikus betegségek közül vezető helyen a magasvérnyomás-betegség, a mozgásszervi, valamint a szív- és érrendszeri betegségek csoportja áll.

E számadatok némi kitekintést kívántak bemutatni más betegségekkel összefüggésben, az értekezés fókusza a hipertónia.

A kutatás alátámasztotta, hogy az egészség és az egészséges ember tanulmányozására, a gimnáziumi oktatás több figyelmet és óraszámot fordít, míg a szakközépiskolákban jellemzően a szakirányú tárgyak dominálnak.

Fontos megjegyezni, hogy az egészségi állapot megítélése és az egészségértés különböző fogalmak. A kérdőívvezés során többször felmerült az a kérdés a válaszadók részéről, hogy arra vagyunk-e kíváncsiak, hogy mennyire vigyáznak az egészségükre, vagy mennyire egészségesek? A látszólag egyértelműnek tűnő kérdés ezek alapján dilemmát vetett fel. Baker és munkatársainak kutatása [83] szerint a kisebb egészségértés erős, pozitív kapcsolatban áll a mortalitással, és jobban képes bejósolni a szubjektíven és objektíven értékelt egészségi állapotot, mint az életkor, a jövedelem, a foglalkoztatási státusz, az iskolázottság vagy a rasszhoz, etnikai csoportokhoz való tartozás [84]. A nem megfelelő egészségműveltséggel rendelkező személyek hosszabb időt töltenek kórházban és többször használják az egészségügyi rendszert, mint a magas egészségértésű páciensek [85].

5.1.1. A magasvérnyomás-betegségről

A magasvérnyomás-betegséget sokszor maga a beteg sem veszi észre, hosszú éveken keresztül. Ilyenkor alakulnak ki fokozatosan az érfal azon elváltozásai, amely később szívinfarktushoz, végtagi artériás szűkülethez vagy vesebetegséghez vezethetnek. Időskorban sokkal gyakoribb a hipertónia, de az idősek magas vérnyomása nem az öregedés szükségszerű velejárója, hanem betegség, amit kezelni kell [86]. Nagyon

fontos tehát, az észrevétlensége miatt „néma gyilkosnak” is nevezett betegség korai felismerése, amelynek egyszerű módja az orvos – beteg találkozások során történő rendszeres vérnyomásmérés. A betegség specialitása, a tünetek riasztó mivoltának hiánya miatt, számos esetben a betegek is könnyedén veszik azt. A kutató saját munkájához kapcsolódó tapasztalata, hogy olykor a beteg azt gondolja, a gyógyszer szedésével kiváltja az életmódbeli változtatások szükségességét, valamint az egyszeri terápia lejárata követően további kezelésre nincs szükség. Orvosi ügyeleti ellátásban gyakran tapasztalható, hogy a betegnek felírt vérnyomáscsökkentő gyógyszer önkényes abbahagyása során („már jó értékeket mértem...”), irreverzibilis állapot, például stroke jelentkezik. A terápia elhagyásának indokaként, a beteg olykor azt mondja, hogy a kezelőorvosa/háziorvosa nem tájékoztatta arról, hogy a terápiát folytatnia kell.

A hipertónia az egyik leggyakoribb betegség, amely több millió embert érint a világban és hazánkban is [87 - 90].

A háziorvosok által jelentett adatokból a KSH közlése alapján, Magyarországon 2,5 millió, szakmai becslések szerint 3,5 millió hipertóniás ember él. Egyértelműen kijelenthető, hogy csak társadalmi konszenzussal lehet előre lépni a hipertónia leküzdésében, mert a gyógyító munka mellett legalább olyan jelentőségű a felvilágosítás, oktatás, információ átadás, minden médiaeszköz és a civil szervezetek segítségével. Ez esetben is az egészségmegőrzés és a betegségmegelőzés alapvető feladat [91].

Egy magyar tanulmányban, háziorvosi praxisban – a magasvérnyomás betegségben szenvedő betegcsoporttal kapcsolatban - az alábbiak szerint nyilatkozott a háziorvos: „...Bevezettük a kliensszemléletű betegoktatást, ahol a páciens személyre szabottan – személyiségének megfelelően, családi állapotát és életkorát figyelembe véve – segítjük az eredményes terápiához. Azoknál a betegeknél, akikről tudtuk, hogy szívesen használják a korszerű technikák valamelyikét (okostelefon, digitális vérnyomásmérő, online levelezési rendszer stb.), újfajta telemedicinális programot alkalmaztunk, amelyben a páciensek rendszeresen, online tartották a kapcsolatot a háziorvossal, a szakasszisztenssel, szükség esetén a dietetikussal és a gyógytornással. Ez az új szemléletű edukáció azt eredményezte, hogy a betegek 84%-a elérte a program során a célvérnyomást, és a vizsgált három hónap alatt a gyógyszerek kiváltása és szedése

csaknem 90%-ban megvalósult. A program nagy sikere azt mutatja, hogy ha megváltoztatjuk a kommunikációs stratégiát a hipertóniás beteg gondozásában, könnyebben elérjük a célvérnyomást, javul a terápiához való társulás és ezáltal a szövődmények megelőzése eredményesebbé válik a hazai betegek körében...” [92].

Az erzsébetvárosi felmérésből is kitűnt, hogy a hipertóniás betegek száma igen magas. A kutatás befejezésekor összegzett adat alapján, az Erzsébetvárosban regisztrált hipertóniás betegek aránya a kerületi lakosság 24,4 %-a. Szükséges azonban megjegyezni, hogy e szám a rendeléseken legalább egyszer megjelent, és regisztrációba vett betegek adatát mutatja, és nincs információ arról, hogy a tünet – és panaszmentes betegek száma mekkora arányt mutat még.

5.2. A hazai egészségügyi rendszerről

Az egészségügyi ellátások rendszere az egészségügyi szolgáltatások biztosítását, valamint a népegészségügyi célok megvalósítását teszik lehetővé. Az egészségügyi ellátások célja, hogy segítsék az egészség fejlesztését, helyreállítását, megakadályozzák az egészségromlást, valamint hogy könnyítsék a megváltozott egészségi állapotú emberek munkába, illetve a közösségbe való beilleszkedését [93]. A magyar egészségügy jól strukturált, egymásra épülő, a beteget a középpontban ellátó rendszer. A lakosság a gyógyító – megelőző ellátásokat veszi igénybe, azonban a prevenció szemlélet sok ember életében nem jelent prioritást. Sokan önkiszákmányoló életmódot folytatnak, és a személyes egészségkultúra hiánya is megmutatkozik. A kutatás rávilágított arra is, hogy a lakosság megkérdezett szegmense nem rendelkezik pontos ismeretekkel arra vonatkozólag, hogy a hazai egészségügy alapellátási résztvevői milyen feladatot, milyen struktúrában látnak el, valamint betegjogi sérelem esetén, milyen széles skálán tudnak jogérvényesítési lehetőségeket igénybe venni. A lakosság egy része azzal sincs tisztában, hogy az egészségügyi dolgozó közfeladatot ellátó személy. Az Eütv. 139. §-a szerint...”az egészségügyi dolgozó egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggő tevékenység végzése során, valamint az egészségügyi szolgáltatóval munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló más személy e jogviszony alapján végzett, a betegellátással és a betegirányítással közvetlenül összefüggő feladatai tekintetében a Büntető Törvénykönyvről szóló törvény szempontjából közfeladatot ellátó személynek minősül...” [94].

A betegjogi képviselői tapasztalatok szerint az egészségügyi dolgozók felé tanúsított tiszteletteljes attitűd egyre inkább halványodni látszik. Ebből a szempontból a betegjogi képviselők – szintén személyes tapasztalattal alátámasztva - sem kivételek, ugyanis a sérelmet szenvedett panaszosok olykor méltatlan magatartást tanúsítanak a jogérvényesítés során.

A betegségmutatók sokszínűsége, a magyar lakosság multimorbiditása sok esetben nem rendszerszintű, hanem gondolkodásbeli hiányosságokra irányítja a figyelmet.

5.3. A háziorvosi ellátásról

Az alapellátás az a lakosság-közeli ellátási forma, amely az általánosan igénybe vett ellátásokat (nem szakellátás) biztosítja. A lakóhelyen vagy annak közelében mindenkire számára elérhetően vehető igénybe. Az alapellátás orvos és beteg hosszú távú személyes kapcsolatán alapul. Célja és feladatai egy adott közösség egészségét fejlesztő megelőző tevékenység, illetve az egyén egészségi állapotának figyelemmel kísérése, valamint egészségügyi felvilágosítása és nevelése, gyógykezelése, gondozása és rehabilitációja, szükség esetén a beteg otthonában történő ellátása, vagy megfelelő szakorvoshoz történő irányítása [95]. Az orvosnak, érzékenynek, udvariasnak, őszintének és figyelmesnek kell lennie. Ha jól végzi munkáját, megkönnyítheti a páciensnek, hogy megbéküljön a helyzetével, csökkentve a bizonytalanságot – ami már önmagában gyógyító hatású [96] – és tisztázva, hogy mivel kell szembenézni. Az orvos személyisége is gyógyszerként hathat, miután az nagymértékben befolyásolhatja a gyógyulást [97]. Ehhez számos esetben paradigma váltás is szükségessé válhat, minél inkább célszerű az orvos – beteg partnerségre törekedni a hatékonyság érdekében.

A modern bioetika egyik legfontosabb önmeghatározási bázisát a paternalizmus elvetése jelenti. A paternalizmus a politikai elméletben és a bioetika kapcsán egyaránt alapvető fogalom, mégpedig minkét esetben negatív előjellel. A paternalizmus (egyfajta atyáskodó hozzáállás) arra a viszonyra utal, amikor az egyik fél a másik érdekében próbál döntést hozni, mégpedig olyan értékrend és belátások alapján, amellyel a másik fél nem feltétlenül ért közvetlenül egyet. Ez a hozzáállás azt sugallja, hogy az egyik fél (információs és hatalmi pozíciójánál fogva) abban a helyzetben érzi magát, hogy jobban tudja, mi a jó a másik félnek, mint az önmaga, segítő szándéktól vezérelve pedig

jogosultnak tartja, hogy a másik fél szempontjainak figyelmen kívül hagyásával is keresztülvigye akaratát a másik általa vélelmezett legjobb érdekeinek előmozdításának céljából. Ez a szituáció nem minden esetben korlátozódik egyszerű ténybeli ismeretek terén mutatkozó aszimmetrikus relációkra, tehát amikor a szakértő jobban ismeri az adott helyzet számottevő részleteit [98].

A betegek észleléseit, véleményét és ismereteit zavaró körülménynek tartják. Az idősebb, „engedelmes” betegek elégedettebbek a paternalista kommunikációval, míg a fiatalabb, illetve jobban informált betegek jobban szeretnék bevonódni a konzultáció menetébe és a döntéshozatalba [99].

Egy tanulmány szerint negatív tendenciát mutat a betegek növekvő száma a rendeléseken. Így az orvosok túlterheltsége fokozódott, az egy betegre eső idő rövid, nincs lehetőség, hogy a beteg panaszaival mélységben lehessen foglalkozni. Még kevésbé van idő arra, hogy a beteg panaszai mögött rejlő esetleges szocio-pszichés problémákkal is foglalkozni lehessen [100]. Jelen kutatás is alátámasztotta a felnőtt háziorvosi alapellátásban betegre fordítható idő hiányát.

Azok az emberek, akik érzelmi vagy más stressz hatására eltérnek a korábban vallott értékeiktől vagy terveiktől, nem tekinthetők feltétlenül autonóm módon cselekvőknek [63]. A beteg ember számára a legnagyobb kihívássá az válik, hogy újra egységes rendszerként tekinthessen önmagára és ehhez segítséget kapjon másoktól [101].

...”Az ember megszokott, rendszeres napi tevékenységének a megismerése, az egészségi állapot és a napi tevékenység összhangba hozása, az ehhez szükséges támogatás biztosítása az adott személy együttműködési készségét is javítja, mert valóban úgy érzi, hogy az ellátása során minden szempontot figyelembe véve az ő „személyes egészségét” szeretnék biztosítani...” [102].

Az alapellátás hagyományosan praxisokra alapozott ellátási forma, de az utóbbi évtizedekben megjelentek a közösségi, az orvosi együttműködésre alapozott formái is. Az alapellátás nem azonos a háziorvosi ellátással, és egy betegnek (szakfeladatonként) több alapellátó orvosa/gondozója is lehet [103].

5.4. A betegtájékoztatásról

Az Eütv. 135.§-a az alábbiak szerint fogalmaz a betegtájékoztatás tekintetében: „... (1) A kezelőorvos a beteg tájékoztatását körültekintően, szükség szerint fokozatosan, a beteg állapotára és körülményeire tekintettel végzi. (2) A beteg tájékoztatása során kiemelt figyelmet kell fordítani a kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményeire és a beavatkozások lehetséges szövődményeire, azok előfordulási gyakoriságára. Meg kell győződni arról, hogy a beteg a tájékoztatást megértette, továbbá szükség esetén gondoskodni kell a tájékoztatott lelki gondozásáról...” [104]. Több szakember világít rá arra a megállapításra, mely szerint a beteg csak akkor tud megfelelő döntést hozni a kezeléséről, ha valamennyi kockázattal és esetleges mellékhatással tisztában van. Az is tény, hogy ha a beteg sok tájékoztatást kap a szolgáltatás igénybevétele során, akkor sok olyan probléma is generálódik, amely a rendszerben benne van [105]. Dr. Nemesik János így fogalmaz egy cikkében: ...”a családorvos szempontjából fontos, hogy a betegtájékoztatást nagy gondossággal végezze. A megfelelő betegtájékoztatás tehát alapvető fontosságú, mind az egészségmegőrzés, mind a hipertónia esetén a megfelelő orvos-beteg kapcsolat fenntartása és a szövődmények elkerülése szempontjából...” [106].

Egy németországi koordinált felmérés során, amely az orvos – beteg együttműködését vizsgálta, az az eredmény született - a betegeket megkérdezve - (N=8119, 8 európai országból), hogy

- 23% szeretne önállóan dönteni a kezelésről
- 26% szeretné, hogy egyedül az orvos döntsön
- 51% szeretne az orvossal együtt dönteni.

Háziorvosnál 1100 beteget kérdeztek meg, melynek eredményeképp

- 77% azt válaszolta, hogy közös döntést kívánna hozni az orvosával a terápiát illetően

Az orvosok véleménye az alábbiak szerint alakult:

- 67% pozitívan áll a közös döntéshez
- 21% szeretne továbbra is egyedül, mint orvos dönteni
- 8% mondja, hogy döntsön a beteg

- 4% az esettől teszi függővé [107]

Az irodalmi áttekintéseknél, az internetes keresések esetében, a PubMed, a The Lancet Public Health és a The Lancet Healthy Longevity került áttekintésre. A keresés angol és magyar nyelven történt, a kulcsszavak a 'patient information', a 'patient information GP', az 'informed consent', az 'informed consent GP', a 'hipertonia' és a 'health literacy' voltak. A magyar folyóiratok esetében a betegtájékoztatás és a tájékozott beleegyezés kifejezésekre történt keresés. Az időbeli szűrés az elmúlt tíz évre tekintett vissza. A betegtájékoztatásra 16.100 magyar és több, mint 495 millió nemzetközi találat, a tájékozott beleegyezésre 39.100 magyar találat között lehet válogatni. A magyar keresések közül az Orvosi Hetilap vonatkozó publikációi kerültek releváns említésre. E lapban magyar és angol nyelven történt a keresés.

A nemzetközileg elismert, vizsgált tudományos lapok esetében a kereső kulcsszavak megjelenése magas tendenciát mutatott. Példaként a PubMed-ben fellelt 'patient information' kifejezés (627.869) találata, az 'informed consent' kifejezés (105.133) találata és a The Lancet Healthy Longevity folyóiratban talált, szintén a 'patient information' kifejezésre adott (1.999.201) találata áll.

Több vizsgálat eredménye igazolta, hogy a tájékozatlan betegeknél gyakrabban fordulnak elő kísérőbetegségek, gyakrabban kerülnek kórházba, és nagyobb arányban halnak meg. A betegek gyógyszerekkel kapcsolatos tájékozatlansága jelentősen rontja a terápiát, és gazdaságtalan is, ha nem, vagy nem optimális mennyiségben szedik gyógyszereiket. A tapasztalatok szerint a gazdaságilag fejlett országokban is a hipertóniásoknak csak mintegy fele követi orvosa utasításait. A terápiahűséget rontó tényezők az ismerethiány, a téves ismeretek a betegségről, a tartós gyógyszeres kezelés, az életmóddal kapcsolatos megszorítások, az akut fájdalom, a rosszullet hiánya. Infarktus után a rehabilitációra kerülő betegek 70 százaléka nincs tisztában saját rizikófaktoraival, azaz az elsődleges prevenció hiányával, de nincsenek ismereteik betegségük kialakulásáról sem, így saját felelősségük sem merül fel bennük. A betegdukáció során az új ismeretek szerzésével a beteg fokozatosan ismeri fel saját aktív szerepét a betegsége kialakulásának folyamatában, és ezzel párhuzamosan motivált lesz a hatékonyabb kezelésben is [108].

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (egészségügyi törvény) bevezeti a fogalmat a magyar egészségügyi jogba, noha tájékoztatáson alapuló beleegyezésről beszél (15.§ (3) bekezdés), ami szó szerinti értelemben ugyan nem pontosan azt jelenti (hiszen a tájékoztatott beteg nem feltétlenül tájékozott is egyben), viszont a törvény kétségtelenül a tájékozott beleegyezés értelmében használja a fogalmat, ami így a hazai jogrendszer része lett. Tájékozott beleegyezés esetén a beteg nem egyszerűen azt teszi, amit az orvos tanácsol, hanem végső soron ő maga dönt arról, hogy egy beavatkozás elfogadható-e számára, mindazon előnyök és hátrányok ismeretében, amelyekről őt az orvosa tájékoztatta. Valójában nem tájékozott beleegyezésről, hanem tájékozott döntésről van szó [109].

A felnőtt háziiorvosi ellátás a betegellátás első frontvonala. Az információkat, az egészségéhez vezető utakat a családorvos fogja össze, így a beteg joggal helyezi a bizalmát az ellátóba. A betegek eltérő személyisége, kora és állapota különféle tájékoztatási módszert igényelhet. A beteg gyakran sokkal negatívabban értelmezi a következményeket, üzeneteket, mivel fél, szorong [110].

A bevezetőben említett, Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok Kézikönyve a tájékoztatás vonatkozásában az több vonatkozást is rögzít.

A standardok között szerepel azon képzett munkatársak említése, akik az eljárások megvalósításában részt vesznek. Ez az alapgondolat motiválta a kutatót – részben - a kutatás elvégzéséhez is, hogy feltérképezze, a betegtájékoztatáshoz elégséges időt és lehetőségeket, és alátámassza egy olyan képzett személy (betegoktató/betegedukátor) alkalmazásának indokát, aki munkájával könnyíthet az alapellátásra nehezedő terheken.

5.5. A betegoktatásról

A terápiás betegoktatás jelentőségét az 1970-es években Nyugat-Európában ismerték fel és kezdtek vele foglalkozni. A betegoktatás minden olyan oktatói tevékenységet tartalmaz, ami a betegek felé irányul, ide értve a terápiás tájékoztatást, egészségnevelést és a klinikai egészség megőrzését. Öt fontos tényező azonosítható a betegoktatás fejlődésében: (1) kutatás- és leletalapú standardok, (2) gondozás szervezete, (3) oktatási és módszertani támogatás, (4) szakmai értékek, (5) a betegoktatás elismerése, finanszírozása és helye az egészségpolitikában. Számos következtetés tehető a kommunikáció jövőbeli fejlődésére vonatkozóan az egészségügyben a betegoktatás rendszerén belül Európában. A betegoktatás létező különbségeibe való bepillantás hozzájárulhat a kommunikáció nemzetközileg elfogadott normáinak fejlődéséhez az egészségügyben. Számos országban hagyományosan a kórházak is szerepet játszottak a betegoktatás fejlődésében. A kórházak kutatói kimutatták a betegoktatás előnyeit a hospitalizáció idejének rövidítésében, a betegek szorongásának csökkentésében, a betegek elégedettségének növelésében és az egészségügy hatékonyságának javításában. A krónikus betegségben szenvedők betegoktatása egyre nagyobb figyelmet kap. Valószínűleg hasznos lenne úgy tekinteni a betegoktatásra, mint az egészségügyi kommunikáció egy speciális formájára, és egyesíteni az erőt a kommunikációkutatók és a kommunikációt oktató tanárok növekvő csoportjával [111].

Angliában, a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) önálló ambuláns központokat, ún. „walk-in” centrumokat hozott létre, ahová a páciens a diagnózissal és a kezeléssel kapcsolatos információkért, tanácsért fordulhat. Svédországban, tanulócsoportokat hoztak létre a majdani oktatást végző személyek képzésére. Franciaországban a háziorvosi rendszer részét képezi; jelenleg folyamatban van, hogy az egészségnevelés országos hálózatához kapcsolódva az ellátás egyéb területein is elterjedjen. 1994 óta jelen vannak a francia orvosi - és egészségtudományi képzésben a betegoktatási ismeretek és 1998 óta egy posztgraduális program is létezik. Hollandiában a háziorvosi és kórházi rendszerbe is szervesen beépült a betegoktatás. A 80-as évektől speciális koordinátorok jelentek meg a kórházakban; új módszereket dolgoztak ki, képezték, motiválták a szakembereket. A betegfelvételnél mindenütt betegoktatásra szakképzett

nővérek és önálló betegoktatók találhatóak. A házi orvos képzés része is a betegoktatás. A házi orvosok részére kiadott holland kézikönyvekben mindegyik fejezet után van egy betegoktatási rész. Ezeket a betegoktatási függelékeket komputeres anyagokba, szoftverekbe is beillesztik. A szervezett betegoktatás első sikereit Leona Miller érte el az USA-ban. Diabéteszes betegek részére ismertette a betegséget, életmódbeli tanácsokat adott, és ismertette a kezelés sajátosságait. Azóta az egész világon elterjedt és mindennapi gyakorlattá vált [112].

A Clevelandi Klinika Egészségtudományi Oktatási Központja kifejezetten betegoktatókat képez, melynek bemeneti követelménye az egészségügyi alapvégzettség. Programjukban a betegoktató definíciója az alábbi: a betegoktató az a személy, aki tájékoztatással elősegíti a betegek egészségét és jó közérzetét. Azáltal, hogy javítja a lakosság ismereteit a különféle egészséggel kapcsolatos kérdésekről, elősegíti az egészséges életmód pozitív szokásait is. A betegoktatók segítenek a betegeknek javítani az orvostudományhoz és saját életmódjukhoz való hozzáállásukat. Ez megakadályozhatja a betegségeket, a fogyatékosságot és az idő előtti halálozást azáltal, hogy arra ösztönzi a betegeket, hogy aktívan vegyenek részt életük egészséges megélésében. A betegoktatók olyan témákkal foglalkoznak, mint a testmozgás, az egészséges táplálkozási szokások, a szexuális egészség és az egészséges alvási gyakorlatok [113]. A Brighton and Sussex Medical School (BSMS) betegoktatói képzéseket tart és ennek kapcsán, betegoktató csoportokat indít abból a célból, hogy az orvostanhallgatók részére is tartsanak a képzéseket. Ezek során visszatükrözik a kommunikációs készségeiket, a beszédstílusukat és azok tartalmát, segítve ezzel a még jobb orvos – beteg viszony kialakítását [114].

A betegoktatás Magyarországon sem ismeretlen fogalom; a személyre szabott orvoslás alapja. E téma irodalmi áttekintésénél, az Internetes keresések során a betegeducátor, a betegoktatás és a betegoktató kifejezésekre kaptunk találatokat. A betegeducátorra 3150 magyar és több, mint 55 millió nemzetközi találat, a betegoktatásra 9560 és a betegoktatóra 16 ezer magyar találat között lehet válogatni. A PubMed 551.585 találatot adott a „patient educator” kulcsszavas keresésre. A nyomtatott publikációkban további 2215 magyar és 4557 nemzetközi cikk érhető el a témában. A kutató meggyőződése, hogy a betegoktatás területén szerteágazó lehetőségeket használnak jelenleg is

világszerte, hazánkban ez a terület fejlesztendő. A fejlesztés fő feladata a kompetenciák meghatározásának szükségessége, az orvos milyen kompetenciával ruházza fel a mellette dolgozó betegoktatót, illetve a képzésben ez hogyan jelenhet meg, milyen elvárásokat lehet felállítani a betegoktatóval szemben, hogy a felelősségi körök egyértelműek legyenek.

Magyarországon a szakterületek vonatkozásában, jelenleg a diabetológia, az onkológia és a mozgásszervi rehabilitáció alkalmazza legszélesebb körben a betegoktatást. A tanulmányok áttekintése arra világított rá, hogy jellemzően a napi orvosi tevékenység részeként, kisebb mértékben külön foglalkozásként jelenik meg a betegedukáció. A képzések hazai áttekintése alapján OKJ szintű, ráépüléssel jellemezhető képzés található a témában, amely a nevét is magában foglalja; ez a diabetológiai szakápoló és edukátor szakképzés. Ezen kívül egy e-learning alapú, 2016-ban, EFOP-3.4.3-16-2016-00014 pályázati képzést indított a Szegedi Tudományegyetem, célcsoport tekintetében általános jelleggel. A járóbeteg-szakellátásban Budapest főváros XVI. kerületében zajlik betegedukáció, különböző protokollok, eljárásrendek alapján; itt a betegpanaszok megelőzése és a szolgáltatás minőségének javítása érdekében történik ez a tevékenység. A WHO szerint a beteget a terápiás betegoktatás egyrészt képessé teszi az optimális életvezetésre, másrészt folyamatos tevékenységgé kell válni. A terápiás betegoktatás betegközpontú, cél a család együttműködése az egészségügyi személyzettel [115].

Megfelelő tájékozódás, edukáció hiányában a beteg „saját terápiás döntését” ösztönösen, benyomásokra alapozva hozza meg [116]. A kutatás az alapellátásban is kereste a betegedukációs lehetőségeket, valamint az erre vonatkozó igényt is igyekezett verbálisan felmérni. A betegek szóbeli visszajelzései azt tükrözték, hogy bizalmatlanok lennének egy harmadik személlyel kapcsolatban a praxisban, illetve azt jelezték többen, hogy nem vennének igénybe plusz szolgáltatást, ha fizetni kellene érte. Az is felmerült pár válaszadóban, hogy nem konkurenciája-e a betegedukátor személye a háziornosnak. Kilenc, többségében fiatalabb válaszadó jelezte, hogy szerinte az egészségnevelés és a betegoktatás megegyezik. Fontos, hogy a két tevékenység nem állítható szembe egymással. A betegoktatás nem csupán a betegséggel kapcsolatos oktatást jelenti, hanem a betegek jogaival és etikai kérdéseivel is foglalkozik [115]. Így inkább mondható kiegészítő jellegű tevékenységnek.

5.6. A hipotézisek megbeszélése

Az **első** hipotézis feltételezte, hogy a hatályos Eütv-ben szereplő, betegtájékoztatáshoz való jog nem, vagy csak minimálisan valósul meg a felnőtt háziiorvosi alapellátásban. Ez részben igazolódott a kérdőíves válaszok feldolgozását követően. A felnőtt háziiorvosi alapellátásban kevés idő jut a hatályos egészségügyi törvényben foglalt, tájékoztatási jogban foglaltak részletes betartására. Ennek okaként az alapellátás rendszerére nehezedő adminisztrációs és feladat ellátási túlterheltség említhető. A betegtájékoztatás rendszere a hatályos jogszabályban jól kidolgozott, azonban azok maradéktalan betartása nem kivitelezhető.

A **második** hipotézis azt feltételezte, hogy a betegtájékoztatás jogszabályban foglalt részletességének megvalósulása nem kizárólag kommunikációs, hanem etikai feladat. Tekintettel arra, hogy a háziorvos gyógyító - etikai hozzáállását igen nehéz a laikus betegek számára meghatározni, jellemezni, így a kutatás során a háziorvos emberi tulajdonságainak megítélése került a kérdőívbe. Ennek eredményeként számos esetben igazolódott, hogy a betegek elnézőbbek, lágyabbak azokban az esetekben, amelyek során érzik az orvos odafordulását, illetve azon információkat is jobban befogadják, amelyek tartalma nem feltétlenül kedvező számukra. Az orvosi tisztességet, kedvességet és hozzáértést még mindig prioritásként kezeli a legtöbb beteg az orvos-beteg találkozások során. Ehhez pedig a háziorvos személyének pozitív megítélése – amelyet a kutatás eredményei alátámasztanak – elengedhetetlen. Az ellátó orvost elsősorban kedvesnek, lelkiismeretesnek és közvetlennek látják a megkérdezett betegek, amely az etikus orvos – beteg kapcsolatot is alátámasztja. Igazolódik tehát a hipotézis, amely szerint a pragmatikus és részletes betegtájékoztatás valóban nem „csak” kommunikációs feladat.

Kezdetben Katz az orvos – beteg kapcsolat történetét az orvosok részéről a hallgatás történetének nevezte [117]. „...Noha a betegek túlnyomó többsége a legtöbb empirikus vizsgálat szerint kétségtelenül tudni szeretné betegségé diagnózisát és prognózisát, valójában azonban a betegek nem az igazságot, hanem a megnyugtatót várják orvosuktól...[118]”. A betegek felvilágosításának standardjai közül az objektív standard is alátámasztja a hipotézist. „...Eszerint az, hogy egy tervezett beavatkozás veszélyeiről, előnyeiről stb. mit és mennyit kell a beteggel közölni, nem szakmai, hanem inkább elvi,

etikai kérdés, s ennek eldöntésében a laikusok éppolyan illetékesek, mint az orvosok...[119]”.

A **harmadik** hipotézis szerint, a betegedukátor képzés és a képzést követő bevezetés, hiánypótló a jelenlegi oktatási és egészségügyi rendszerben. A betegedukátor képzés bevezetése a betegtájékoztatási hiátusok betöltése érdekében szükséges lehet, majd egy rendszerszintű felmérést követően a végzett szakemberek helyét is szükséges lenne megtalálni. Ehhez megfelelő finansziális háttér és paradigma változtatás elindítása válhat szükségessé, a képzők, döntéshozók és felhasználók részéről egyaránt. Tekintettel arra, hogy évek óta működik hazánkban is ez a jó gyakorlat, célszerű lehet a kiterjesztése más intézmények felé is, vagy akár az alapellátás területére is. E hipotézis kizárólag a jó gyakorlat bemutatásával került alátámasztásra, erre vonatkozó kérdés nem szerepelt a kérdőívben, és más módon sem tért ki rá a kutatás.

A **negyedik** hipotézis szerint a felnőtt háziiorvosi alapellátásban kevés a betegek tájékoztatására fordított idő. A kutatás eredményei alapján, e hipotézis igazolását három szempont alapján célszerű vizsgálni.

Az első szempont az orvos – beteg találkozások ideje: a válaszadók (N=547) közel 70 százaléka szerint elégséges. Ez feltételezi azt, hogy minden olyan információ birtokába is kerül a beteg, amelyre egészségi állapotával, tervezett vizsgálataival és hasonló kérdésekkel kapcsolatosan felmerül. Ez azt mutatja, hogy a hipotézisben foglaltak nem támaszthatóak alá.

A második szempont a betegtájékoztatás módja: a válaszadók 81,5 százaléka a háziiorvos szóbeli tájékoztatását jelölte a kérdőív kitöltése során. Ez szintén azt mutatja, hogy a hipotézisben foglaltak nem támaszthatóak alá, hiszen a betegek jelentős része megkapja a tájékoztatást, és feltételezhetően ez az idő elégségesnek bizonyul.

A harmadik szempont a beteg kérdezési hajlandósága/lehetősége a betegségével kapcsolatosan, amely során információkat szeretne az állapotáról: a kutatás eredményeiből – ebben az esetben - a nemleges válaszok kerültek elemzésre, annak okán, hogy rávilágítsanak a hipotézisben foglaltakra. A nemleges válaszok a válaszadók 66,5 százalékánál jelentek meg, az alábbi bontásban: 57,1% nem kérdez a betegségével

kapcsolatosan, mert az orvosnak mindig sietnie kell; 4,7% azért nem kérdez, mert nem mer kérdezni és szintén 4,7% azért nem kérdez, mert nem lehet. A kutató számára ez a szempontrendszer igazolja a negyedik hipotézist, mely szerint a betegek jelentős részének szüksége lenne még további tájékoztatásra.

6.KÖVETKEZTETÉSEK

A betegek tájékoztatása egyszerű feladatnak bizonyul, azonban alapvető fogalmak tisztázása szükséges e tekintetben. Az alapvető betegtájékoztatást beleegyezés követi. Eszerint az orvos egyszerűen közli a beteggel, hogy milyen beavatkozást vagy kezelést tart az adott esetben a legcélszerűbbnek, s a beteg ebbe minden további magyarázat vagy információ nélkül beleegyezik [120]. A viszony alá- és fölérendelt, a döntés az orvos kezében van, a beteg pedig passzívan tudomásul veszi a hallottakat és engedelmeskedik. A kommunikáció egyirányú, a beteg informáltsága kismértékű. Számos esetben nem érvényesül a beteg autonómiája, mely legtöbb esetben bizalmatlanná teszi a beteget. Tájékozott beleegyezés során az orvos-beteg kapcsolatra az erkölcsi kölcsönösség jellemző, az orvos a részletes tájékoztatás és döntés előkészítésének a kulcsa. Kétirányú kommunikáció és folyamatos párbeszéd jellemzi e kapcsolatot, melynek eredményeképp a beteg tájékozottá, és ezzel együtt a döntései során magabiztossá válik [121]. Sokszor az ellátók is meglepődnek, milyen komoly kérdéseket fogalmaznak meg a betegek, hiszen egy részük jól felkészült, tájékozott, olvasott beteg, hiszen az életükről van szó, tudni akarnak mindent a legapróbb részletekig. A bizalom is optimálisnak mondható, a beteg bízik az orvosában, és az orvos is bízik a beteg felelős döntésében. A kutatás eredményei ezt is alátámasztották.

...”Az orvos és betege közötti szakmai kompetencia különbség feloldása létkérdés az együttműködés megvalósítása érdekében, melynek nélkülözhetetlen eszköze a tájékoztatás...” [122]. Az orvosi kommunikáció jelentőségére is egyre több kutatás hívja fel a figyelmet. Immár áttekintő tanulmányok, metaanalízisek is igazolják, hogy megfelelő kommunikáció többek között jelentősen javítja a betegek terápiás együttműködését [123]. Jelen kutatás eredményéből egyértelműen kiolvasható, hogy a betegek többsége egy szakmailag kompetens és emberileg számára megfelelő orvosra szeretné bízni magát, aki elrendeli a helyes terápiát, és vállalja a felelősséget a döntéséért. Ezt a bizalmat és információkat keresik a betegek más, kiegészítő tevékenységek - pl. utazás előtt – során is. A betegek tájékoztatásának fontossága szinte minden területen kiemelkedően fontos.

Az egészséget befolyásoló életmódbeli és társadalmi tényezőkről, a lakosság egészségügyi ellátórendszerrel való elégedettségéről leginkább kérdőíves lakossági

egészségfelmérések révén lehet információhoz jutni [124]. Jelen vizsgálat eredményei a 2017-2019. évi állapotot tükrözik. A kutatási kérdésekre a kutatás választ adott, és innovatív kapukat nyithatnak meg egy további, kutatáshoz, vagy olyan programokhoz, amelyek a betegedukációt és a professzionális szintű betegtájékoztatást tűzik ki célul. A későbbiekben bevonásra kerülhetnek olyan, nem állami feladatot ellátó szervezetek is, akik az ellátásra kötelezettek részére a betegtájékoztatás tárgyában segítségükre lehetnek.

A kutatást megelőzően a saját és szűkebb környezet házi orvos látogatás tapasztalatai, a szinte napi jelenségnek számító betegpanaszok valamint a médiában megjelenő, témával kapcsolatos események voltak ismertek. A kutatás aktualitását végül a hatályos jogszabályban foglaltak betarthatóságát, és az esetleg felmerülő eltérésekre adható innovatív javaslatok lehetősége adta.

A kutatás eredményei arra is rámutattak, hogy a széleskörű, alapos és a hatályos jogszabályokhoz szorosabban illeszkedő betegtájékoztatás csak olyan eszközökkel és módszerekkel alkalmazhatóak, amelyek a tájékoztatás idejét nem a közvetlen orvos-beteg interakció növelésével, hanem a 21. századi eszközök és lehetőségek kihasználásával valósítja meg.

Megvalósítható és fenntartható megoldás lehet, hogy az orvosok betegtájékoztató munkájába, mint a szakmai team értékes és hasznos tagjai, a megfelelően képzett ápolók lépnek be segítségül. Szükséges bevonni a szakképzett betegoktatók munkáját az egészségügyi intézményekben, akik nem csak lerövidíthetnék az orvossal történő beszélgetés és tájékoztatás idejét (az orvosi kompetenciákra szorítkozva), hanem kiegészítésképp ápolási, életvezetési, diétás tanácsokra, alternatív gyógyászati segédeszközökre, rehabilitációs és gondozási tevékenységekre vonatkozó információkkal láthatnák el a betegeket.

7.ÖSSZEFOGLALÁS

A magyar lakosság körében végzett nagymintás egészségi állapot-felmérések döntő többsége a keresztmetszeti kutatási elrendezések hagyományát követi. Ezek a vizsgálatok nem vagy csak erős megszorításokkal alkalmasak az egészségi állapot és a társadalmi, gazdasági és pszicho-szociális háttértényezők közötti ok - okozati összefüggések leírására [125]. A felmérés módszertani jellemzője, hogy mellőzött minden más vizsgálati eljárást, és a tiszta statisztikai mutatókra építette következtetéseit. Az egylépcsős felvételi eljárásban egy fő kérdezőbiztos vett részt, aki maga is egészségügyi végzettségű szakember, és jártassága van a betegjogok tárgyában is. A kérdőívfejlesztés eredményeként speciális területet sikerült bevonni a vizsgálati körbe, amely a téma szerteágazó jelenléte miatt nemcsak hazai, de nemzetközi érdeklődésre is számot tarthat a későbbiek folyamán. A kutató álláspontja, hogy a felnőtt háziorvosi ellátásban nem csupán betegellátás zajlik, hanem az orvos professzionális tevékenységeinek az összessége. Ebben a folyamatban – az aktív gyógyítás mellett – a betegek tájékoztatásának, a beteg részére nyújtott mentális támogatásnak és valamennyi gyógyító, tanító és vezetői készségnek jelen kell lenni. A kutatás alátámasztotta azt a tényt, hogy mindezekre nem jut elégséges idő az alapellátási rendszer túlterheltsége miatt, így szükségessé válhat plusz humán erőforrás bevonása is a munkába. Ideális megoldásnak tekinthető a betegoktató személye, aki meghatározott kompetencia körrel végzi a tevékenységét – a betegek javára. Ennek a koncepciónak és oktatási folyamatnak a kidolgozása nélkülözhetetlen. A hatékonysága rövid – és hosszútávon is kimutatható lenne. A betegoktató helyének, a finanszírozási és jogszabályi háttérének kidolgozását követően példaértékűnek számítana az alapellátás bevezetésében. A kutatás eredményei ennek indokoltságát is alátámasztották.

8.SUMMARY

The vast majority of large-scale health surveys conducted among the Hungarian population follow the tradition of cross-sectional research arrangements. These studies are not, or only with strong constraints, suitable for describing causal relationships between health status and social, economic, and psychosocial background factors [125]. The methodological feature of the survey was that it omitted all other test procedures and based its conclusions on pure statistical indicators. The one-step admissions process involved a principal interviewer who herself is a health professional and also has expertise in patient rights. As a result of the development of the questionnaire, a special area was included in the study, which may be of interest not only domestically but also internationally in the future due to the diversified presence of the topic.

The researcher's view is that in adult GP care, not only patient care takes place, but the totality of the doctor's professional activities. In addition to active healing, patient information, mental support for the patient and all healing, teaching and leadership skills should be present in this process. The research supported the fact that not all of these are given enough time due to the overload of the primary care system, so it can become necessary to involve additional human resources in the work. The ideal solution is the person of the patient educator, who carries out his / her activity with a specific range of competencies - for the benefit of the patients. The development of this concept and educational process is essential. Its effectiveness could be demonstrated in both the short and long term. Once the location, funding and legal background of the patient educator has been developed, it would be exemplary in the introduction of primary care. The results of the research also supported the justification for this.

9.IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Vajda A (2001) A betegjogok érvényesülése – Európai körkép. LAM 2001;11(2): 234-236.
- [2] Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.) II. cikk
- [3] Oláh Andor: „Újhold, új király!” A magyar népi orvoslás életrajza. Bp., 1986. Gondolat Kiadó. 305 p.
- [4] Oláh Andor: „Újhold, új király!” A magyar népi orvoslás életrajza. Bp., 1986. Gondolat Kiadó. I. rész, 3. fejezet: Német mérég – magyar orvosság (népi orvoslás és politikatörténet), p. 91, 93.
- [5] Balázs Péter: Generale Normativum in Re Sanitatis 1770. Szervezett egészségügyünk 1770-es alaprendelete. Piliscsaba; Budapest, 2004. Magyar Tudománytörténeti Intézet Forrás: <https://antikva.hu/kiado/magyar-tudomanytorteneti-intezet> (letöltve: 2021. december 1.)
- [6] A m.k. belügyminiszter 1876. november 21-én 51.661.sz.a. kelt szabályrendelete a kórházakra és gyógyintézetekre nézve (5.§.e,g pontok). In: Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye. 1854-1894. Összeállította: Dr. Chyzer Kornél, Budapest: Dobrowsky és Franke Kiadása, Pesti Könyvnyomda; 1984
- [7] Halmos T (2006) Partneri viszony az orvos-beteg kapcsolatban és ennek hatása az egészségi állapotra. Magyar Tudomány, 2006/9 1099.o.
- [8] Kardos G (1996) A betegek jogai és az orvos-beteg kapcsolat néhány általános kérdése. Acta Humana. 1996/25. 62-72. o.
- [9] Málovics É, Vajda B, Kuba P. (2009) Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos – beteg kommunikációról In: Hetesi E. – Majó Z. – Lukovics M. (szerk.): A szolgáltatások világa. JATEPress, Szeged, 250-264. o.
- [10] Paul W.H.M Francissen: Patients rights in Europe: 8 years after the WHO Declaration of Amsterdam (14th World Congress on Medical Law Book of procedure)
- [11] Kovács J. A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2006:576-577.
- [12] Annual activity report of National Centre for Patients’ Rights and Documentation of 2018. [IJSZ, 2018.évi szakmai beszámoló].

http://www.ijsz.hu/UserFiles/beszamolo_2018.pdf [Hungarian]:25

(Letöltve: 2020.december 28.)

[13] Annual activity report of National Centre for Patients' Rights and Documentation of 2018.[IJSZ, 2018.évi szakmai beszámoló.]

http://www.ijsz.hu/UserFiles/beszamolo_2018.pdf [Hungarian]:29

(Letöltve: 2020.december 28.)

[14] Annual activity report of National Centre for Patients' Rights and Documentation of 2014.[OBDK,2014.évi szakmai beszámoló.]

http://www.obdk.hu/UserFiles/beszamolo_2014.pdf

[15] Case Law/ Esetjog: 2229 Civil Principal Decision of the Supreme Court of 2010.

[A Legfelsőbb Bíróság 2229/2010. számú polgári elvi határozata (EBH2010. 2229.)]

<http://www.kuria-birosag.hu/hu/elvhat/22292010-szamu-polgari-elvi-hatarozat> Pfv. III.

21.318/2008 Decision of the Supreme Court of 2010. [A Legfelsőbb Bíróság Pfv. III.

21.318/2008. számú polgári jogi döntése (BH2010. 65.)]

<http://www.petrassydr.hu/images/stories/BH2010.65.pdf> 1867 Civil Principal Decision

of the Supreme Court of 2008. [A Legfelsőbb Bíróság 1867/2008. számú polgári elvi

határozata (EBH2008. 1867.)] <http://www.hqsoft.eu/k/images/stories/>

EBH2008.1867.pdf [Hungarian]

[16] Act CLIV of 1997 on Health. [1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.]

<http://net.jogtar.hu> [Hungarian] (Hatályos: 2021. január 4.)

[17] Kovács J. A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2006:130.

[18] Nemes László (2009): Egy tudománykutatáson alapuló bioetika körvonalai Debreceni Egyetem, Humán Tudományok Doktori Iskola. PhD értekezés Forrás:

<https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/90422/Nemes%20Laszlo%20ertekezés.pdf?sequence=5&isAllowed=y> (Letöltve: 2021. december 4.)

[19] Kovács J. A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest,2006:131–132.

- [20] Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok Kézikönyv (2007) Egészségügyi Minisztérium (betegtájékoztatásra vonatkozó részletei - p.96.)
- [21] Forrás: <https://arsboni.hu/betegjogok-a-tajekoztatás-fontossága/> (letöltve: 2021. december 1.)
- [22] Kovács J. A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2006:130.
- [23] Sackett DL, Snow JC. The magnitude of compliance and non-compliance. In: D W Taylor, D L Sackett, R B Haynes, A L Johnson, E S Gibson, R S Roberts. Compliance in Health Care. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1979:11-22.
- [24] Aronson JK. (szerk.). Compliance, concordance, adherence. Br J Clin Pharmacol 2007; 63(4): 383-384.
- [25] Holczinger Istvánné: Egészséges életmód, életvitel. Centroszet Szakképzés-szervezési Nonprofit Kft., 2010.
- [26] de Haes H. (2006). Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: a case for vulnerability. Patient Educ Couns. 62(3):291-8.
- [27] Flynn KA, et al. (2006). A typology of preferences for participation in healthcare decision making. Soc Sci Med. 63:1158-1169.
- [28] Oliver Ommen, Christian Janssen, Edmund Neugebauer, Bertil Bouillon, Klaus Rehm, Christoph Rangger, Hans Josef Erli, Holger Pfaff (2008). Trust, social support and patient type – associations between patients perceived trust, supportive communication and patients preferences in regard to paternalism, clarification and participation of severely injured patients. Patient Educ Couns. 73(2):196-204.
- [29] Andreassen HK, Trondsen M, Kummervold PE, Gammon D, Hjortdahl P. (2006). Patients who use e-mediated communication with their doctor: new constructions of trust in the patient-doctor relationship. Qual Health Res.16(2):238-48.
- [30] Lázár I, Túry F. Az orvos-beteg kapcsolat. In: Orvosi pszichológia. Kopp M, Berghammer R. (szerk.). Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2009:254-275.

- [31] Bartha A (2005) Betegség Percepció kérdőív, és ami mögötte van. Alkalmazott Pszichológia, VII. évf. 1. szám:50-73.
- [32] Hart JT. (1998) Expectations of health care: promoted, managed or shared? Health Expect.1:3-13.
- [33] Spranz-Fogasy, Th. (2010). Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: FragenundAntworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann, A. & Reitemeyer, U. & Schmitt, R. & Spranz-Fogasy, Th. (2010). *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Studien zur deutschen Sprache. Band 52. Tübingen: Narr Verlag.
- [34] Pilling J. (szerk.) Orvosi Kommunikáció. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2008
- [35] Nowak, P. (2011) 20 Thesen zu Gesundheit, Partizipation und Empowerment im Gespräch zwischen Arzt und Patient. *Balint-Journal*, 12, Stuttgart – New York: Thieme Verlag. 8-14. www.thieme-connect.de/ejournals
- [36] dr. Fábrián Titusz: Betegjogok Európában. Forrás: http://www.szoszolo.hu/06tanulmanyaink/230514.betegjogok_europaban.html (letöltve: 2021.december 1.)
- [37] M BALINT (1955) The doctor, the patient and the illness. *Lancet*. 268:683-8.
- [38] Murányi I, Jenei I. A tájékoztatás szerepe az orvos-beteg kapcsolatban. *Magyar Valóság* 1995/6:85
- [39] Mina A. (2016) Kommunikáció az egészségügyben – jogi vonatkozások. *Orv Hetil* 157:675–679.
- [40] Kovács G., Kovács V. A betegjogok alakulása Európa egyes országaiban – Tanulmányok Forrás: <https://blszk.sze.hu/images/Dokumentumok/diskurzus/2012/1/kov%C3%A1cs.pdf> (letöltve: 2021.november 2.)

- [41] The Patient's Charter and you – a Charter for England In: <http://www.tgmeds.org.uk/patientscharter.html> (letöltve: 2021. április 8.)
- [42] Dósa Á. (1996) Tanulmányok. A tájékozott beleegyezés az európai államok jogában és a nemzetközi dokumentumokban. Acta Humana. 1996/25:61
- [43] Forrás: <https://arsboni.hu/betegjogok-a-tajekoztatás-fontossága/> (letöltve: 2021. december 1.)
- [44] Kovács J. A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2006:352.
- [45] Az Európai Unió hivatalos portáljához tartozó weboldal. E-egészségügy In: https://ec.europa.eu/health/ehealth/home_hu (letöltve: 2021. november 8.)
- [46] Mina A. (2016) Kommunikáció az egészségügyben – jogi vonatkozások. Orv Hetil 157:675–679.
- [47] Egészségtudatosság Magyarországon. Egy nemzetközi felmérés tanulságai. Forrás: <http://www.magangyogyszereszek.hu/ax/axpid1.php?pid=755> (Letöltve: 2021. december 4.)
- [48] Az AIPM szerepvállalása – Innovatív Gyógyszergyártók Egyesületének kutatása. Forrás: <https://aipm.hu/egeszsegertes/aipm-szerepvallalasa> (Letöltve: 2021. december 4.)
- [49] Papp-Z.O., Náfrádi L, Peter J.S., Csabai M. (2016) „Hogy minden beteg megértse!” Az egészségműveltség (health literacy) mérése Magyarországon. Orv Hetil 157:905-915.
- [50] Szinapszis Kft.: Do they handle health-related information properly? (Vajon a helyükön kezeljük az egészséggel kapcsolatos információkat?) 2015.december 3. <http://www.webbeteg.hu/cikkek/egeszseges/18638/egeszsegtudatossag-health-literacy-survey> [Hungarian]
- [51] Forrás: <https://www.fulopugyved.com/cikkek/cikkek/a-betegtajekoztatás-jogi-vetuletei/a-betegtajekoztatással-szembeni-követelmények/> (letöltve: 2021. december 1.)

- [52] Az egészségértés helyzete és hatásai Magyarországon Forrás: https://www.doki.net/tarsasag/meszk/upload/meszk/document/az_egeszsegertes_fontoss_agarol.pdf?web_id= (letöltve: 2021. november 30.)
- [53] Cazarim Mde S, de Freitas O, Penaforte TR, Achcar A, Pereira LR. (2016). "Impact Assessment of Pharmaceutical Care in the Management of Hypertension and Coronary Risk Factors after Discharge." PLoS One 11:6.
- [54] Németh L (2011) Hipertónia napló. Kaleidoscope Művelődés-, Tudomány - és Orvostörténeti Folyóirat 2011.2:222-230. (Felszeghi Sára PhD. szerző)
- [55] Török E, Gyárfás I (1985) A Hipertónia Munkacsoport ajánlása a magasvérnyomás-betegség gondozási programjához. Orv Hetil 126:3157-61.
- [56] Kiss I (2016) A hypertoniás betegek kezelése és gondozása az új szakmai irányelvek alapján. LAM 26:167-172.
- [57] Ferenczi I (2008) „A betegnek adott szó megszeghetetlen”. LAM 18:168-172.
- [58] Makó J, Dósa Á, Szabik I (2007) Etikai kérdések a beteg kezelésében. LAM 17:815-818.
- [59] Zörgő Sz. A terápiaválasztás szociokulturális tényezői – a komplementer és alternatív medicina használatának körülményei magyar betegek körében – Doktori értekezés p:33. DOI:10.14753/SE.2020.2369
Forrás:http://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/8798/disszert%C3%A1ci%C3%B3_m_DOIs.pdf?sequence=1 (letöltve: 2021. november 30.)
- [60] Szatmári M, Sonkoly I, Balogh S. (2010) Alapellátási tükör 5007 betegelégedettségi kérdőív alapján. Medicus Universalis XLIII/2010:137-139.
- [61] Ware JE. (1986) The Assessment of Health Status. In: Applications of Social Science to Clinical Medicine and Health Policy. Edited by. L. H. Aiken and D. Mechanic. Rutgers University Press. New Brunswick, New Jersey. 204–208.
- [62] Maddox GL, Douglass EB. (1973) Self-assessment of Health: a longitudinal study of elderly subjects. J Health Soc Behav 14:87–93.

[63] J M Mossey, E Shapiro (1982) Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly.” Am J Public Health 72:800–808.

[64] Kovács K (2006) Az egészségi állapot mérése. Az egészségi állapot Magyarországon In: Orvosi szociológia., Szántó Zs, Susánszky É. (szerk.). Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006:29.

[65] Kovács K. (2006) Az egészségi állapot mérése. Az egészségi állapot Magyarországon In: Orvosi szociológia., Szántó Zs, Susánszky É. (szerk.). Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006:36-37.

[66] Bernát A. (2012) Hazai egészséggazdaság. „Marketing, public relations és reklám az egészségügyben” XV. Országos Konferencia. Budapest, 2012. február 16-17.

[67] Eurostat (2014): adatbázisok

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database online (Letöltve: 2021. január 10.)

[68] Szakály Z, Szente V, Szigeti O. (2013) Élelmiszer, táplálkozás és egészség. Országos reprezentatív kérdőíves megkérdezés, Kaposvári Egyetem, Kaposvár.

[69] WHO (2016): World Health Statistics 2016. WHO Press, Geneva.

[70] Csaba Iván–Gál Róbert Iván (1998) „Ulysses a kórházban: Betegutak az egészségügyben és a házi orvos kapuőr-szerepe” In: Társadalmi riport 1998, Kolosi Tamás, Tóth István György, Vukovich György (szerk.). Budapest: TÁRKI, Pp. 340–360.

[71] dr. Fábrián Titusz: Betegjogok Európában. Forrás:

http://www.szoszolo.hu/06tanulmanyaink/230514.betegjogok_europaban.html (letöltve: 2021.december 1.)

[72] Koltai-Kun (2016) A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. Egészségfejlesztés, LVII.3:17.

- [73] Kristi Williams (2003) Has the future of marriage arrived? A contemporary examination of gender, marriage and psychological well-being. *J Health Soc Behav.* 44: 470-87.
- [74] Maija Reblin, Bert N Uchino (2008) Social and emotional support and its implication for health. *Curr Opin Psychiatry*, 21:201-5.
- [75] Bert N Uchino, Birmingham, W. Stress and support processes. In R.J. The handbook of stress science: Biology, psychology, and health Contrada, A. Baum (szerk.). Springer, New York, 2011:111-121
- [76] Kovács É, Balog P, Mészáros E, Kopp M (2013) A házastársi, élettársi és elvált családi állapot összefüggései a mentális egészséggel. In: *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 14:205—230.
- [77] Kim HK, McKenry, PC (2002) The relationship between marriage and psychological well-being. *Journal of Family Issues* 23:885—911.
- [78] Kopp M, Skrabski Á (2006) A támogató család, mint a pozitív életminőség alapja. In: M. Kopp, M.E. Kovács (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* Semmelweis Kiadó, Budapest, 220-232.
- [79] Peiro A (2006) Happiness, satisfaction, and socio-economic conditions: Some international evidence. *The Journal of Socio-Economics*, 35:348—365
- [80] Waite L, Gallagher L (2000) *The case for marriage: Why married people are happier, healthier, and better off financially.* New York: Doubleday
- [81] John-Paul J Pozek, M De Ruyter, Talal W Khan (2018) Comprehensive Acute Pain Management in the Perioperative Surgical Home *Anesthesiol Clin.* 36: 295–307.
- [82] European Musculoskeletal Surveillance and Information Network. Musculoskeletal health status in Europe. www.eumusc.net/workpackages_wp4.cfm.2006-2010
- [83] David W Baker, Michael S Wolf, Joseph Feinglass, Jason A Thompson, Julie A Gazmararian, Jenny Huang (2007) Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med.* 167:1503–1509.

[84] Michael S Wolf, Terry C Davis, Chandra Y Osborn, Silvia Skripkauskas, Charles L Bennett, Gregory Makoul (2007) Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. *Patient Educ Couns.* 65:253–260.

[85] Lena Mårtensson, Gunnel Hensing (2012) Health literacy – a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scand J Caring Sci.* 26:151–160.

[86] Magas vérnyomás – hipertónia cikk (2015.május 15.) Forrás: http://otszonline.hu/betegtajekoztato/cikk/magas_vernyomas_hipertonia (letöltve: 2021.december 1.)

[87] Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death; a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016;387:957-67.

[88] NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet* 2017;389:37-55.

[89] Nemcsik J, Páll D, Ábrahám G, et al. May Measurement Month 2017: an analysis of blood pressure screening in Hungary-Europe. *Eur Hearh J Suppl* 2019;21:D56-D58.

[90] Nemcsik J, Páll D, Járai Z. A hipertónia jelentősége a cardiovascularis halálozás megelőzésében. *Lege Artis Medicinae* 2021;31:129-32.

[91] Kiss I, Farsang Cs. A szakmai irányelveken alapuló terápiás gyakorlat aktuális kérdései hypertoniabetegségben. 1.3 fejezet. Kiss I, Kékes E.(szerk.) „Éljjen 140/90 alatt!”. Hatékony vérnyomáscsökkentés a beteg-együttműködés segítségével. Az MHT tudományos és továbbképző könyvsorozata. *Literatura Medica Kiadó Kft.* Budapest, 2015

[92] Barna I (2017) A betegedukáció jelentősége a hypertoniás beteg családorvosi gondozásában. *Korszerű Kaleidoszkóp* 2017.3:10-11.

[93] Integrált Jogvédelmi Szolgálat Nemzeti Kapcsolattartó Pont tájékoztatója Forrás: <https://www.eubetegjog.hu/az-ellatorendszer-felepitese.html>

- [94] Az egészségügyről szóló 1997.évi CLIV. törvény 139.§. (Letöltve: 2021. január 5.)
- [95] Forrás: <https://fogalomtar.aeek.hu/index.php/Alapell%C3%A1t%C3%A1s>
(letöltve: 2021.december 1.)
- [96] Communicating Bad News. Behavioural Science Learning Modules. Division of Mental Health, World Health Organization, Geneva, 1993.
- [97] M BALINT (1955) The doctor, the patient and the illness. Lancet 268:684
- [98] Nemes L. A bioetika alapelvei, az orvos-beteg kapcsolat etikája és a betegjogok In: http://filozofia.uni-eger.hu/public/uploads/a-bioetika_alapelvei_5580274bbf3c8.pdf
- [99] Málovics É, Vajda B, Kuba P (2009) Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos-beteg kommunikációról In: Hetesi E, Majó Z, Lukovics M. A szolgáltatások világa. JATEPress, Szeged. 250-264.
- [100] Halmos T (2006) Partneri viszony az orvos – beteg kapcsolatban és ennek hatása az egészségi állapotra. Magyar Tudomány 9:1099
- [101] Nemes L (2014) A klinikai etika visszatérése LAM 24:386-392.
- [102] Vályi P (2015) „Betegségügy”, „egészségügy” vagy „egész-ség-ügy” a mindennapi orvosi gyakorlatban? LAM 25:537-542.
- [103] Forrás: <https://fogalomtar.aeek.hu/index.php/Alapell%C3%A1t%C3%A1s>
(letöltve: 2021.december 1.)
- [104] Az egészségügyről szóló 1997.évi CLIV. törvény (Letöltve: 2021. január 5.)
- [105] Zelena A (2014) Mennyi időt a betegre? LAM 24: 635-637.
- [106] Nemcsik J (2018) A hipertóniás betegek ellátása a családorvosi gyakorlatban. A betegtájékoztatás kiemelt szerepe. Hypertonia 2018/1.
- [107] Bóta M (2008) Orvos – beteg kommunikáció. A „nehéz beteg” In: <https://docplayer.hu/8381319-Orvos-beteg-kommunikacio-a-nehez-beteg-dr-bota-margit-ph-d-klinikai-szakpszichologus-egyetemi-adjunktus.html> (Letöltés dátuma: 2020. december 8.)

- [108] http://pharmaonline.hu/kepzes/cikk/a_betegedukacio_szerepe_a_kardiologiaban
(Letöltve: 2020. december 12.)
- [109] Kovács J. (2000) A cselekvőképesség megállapításának bioetikai elvei. Fundamentum 2:91.
- [110] Ráczkevy DG. (2013) Empatikus kommunikáció és konfliktuskezelés az egészségügyben. Hadtud Szemle 6:140.
- [111] European Seminar on Patient Education, 1999:1-4. (saját fordítás) Forrás: <http://midra.uni-miskolc.hu/document/27903/23538.pdf> (letöltve: 2021. május 6.)
- [112] Terbéné Szekeres Klára oktató prezentációja „A betegoktatásról” Forrás: <https://slideplayer.hu/slide/2066448/> (letöltve: 2021. december 1.)
- [113] <https://my.clevelandclinic.org/departments/health-sciences-education/careers/career-options/patient-educator> (letöltve: 2021. január 4.)
- [114] Forrás: <https://www.bsms.ac.uk/index.aspx> (Letöltve: 2021. január 5.) (saját fordítás)
- [115] Terbéné Szekeres Klára: Betegoktatás előadása.
Forrás: <https://slideplayer.hu/slide/2066448/> (Letöltve: 2021. december 5.)
- [116] dr. Kardos Zsuzsanna: A betegedukáció jelentősége a terápiás együttműködés javításában előadása. Forrás: <http://docplayer.hu/20442327-A-betegedukacio-jelentosege-a-terapias-egyuttmukodes-javitasaban.html> (Letöltve: 2021. december 5.)
- [117] Katz J (1986) The Silent World of Doctor and Patient. London, Collier Macmillan Publishers 28
- [118] Kovács J. A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2006:352.
- [119] Kovács J. A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2006:131-32.
- [120] Kovács J. A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2006:127.

- [121] Elwyn, Glyn – Edwards, Adrian Gwyn – Kinnersley, Paul – Grol, Richard (2000) Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice*, 2000/50(460). 892–899.
- [122] Dósa Á. (2002) Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért. *Állam- és Jogtudomány* 43:23-72.
- [123] Kelly B Haskard Zolnierok, M Robin Dimatteo (2009) Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 47:826-34
- [124] Forrás: www.ksh.hu/elef (Letöltve: 2021. december 5.)
- [125] Susánszky É, Székely A et al. (2007) A Hungarostudy Egészség Panel (HEP) felmérés módszertani leírása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 8 (2007) 4,274

10.SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

10.1. Az értekezéshez szorosan kapcsolódó publikációk

- Lengyel I, Ács N (2021) Az együtt szülés feltételeinek megteremtése hazai szülészeti osztályokon a COVID-19 járvány idején. *Orvosi Hetilap* 2021; 162.(21): 824 – 829. DOI: 10.1556/650.2021.32226
- Lengyel I (2020) A jogszabály szerinti betegtájékoztató érvényesülésének vizsgálata a felnőtt háziiorvosi alapellátásban *Lege Artis Medicinae – közlésre elfogadva* (2021. január 30.)
- I. Lengyel (2020) ” Expectations for 21st century patient information in Hungary – examining the right to being informed in general practice only for adults (including the outcomes of a survey questionnaire)” *Kaleidoscope Művelődés-, Tudomány- és Orvostörténeti Folyóirat* 2020. Vol. 10. No. 20. DOI: 10.17107/KH.2020.20.190-195
- Felkai P, Lengyel I (2019) Kéretlen e-mailek az orvos postafiókjában: ezek veszélyei az egészségnevelésre, a betegtájékoztatásra és a tudományos munkára *Orvosi Hetilap* 2019; 160.(43): 1706–1710 DOI: 10.1556/650.2019.31531
- Lengyel I, Felkai P (2018) Utazás előtti tanácsadás és betegegynevelés a magyar utazóknál *Orvosi Hetilap* 2018; 159.(9): 357–362. DOI: 10.1556/650.2018.30987
- Lengyel I. (2018) Leggyakoribb utazással összefüggő nyári fertőzések, ételmérgezőzések és azok kezelési lehetőségei és az utazás előtti betegtájékoztató jelentősége *Háziiorvos Továbbképző Szemle* 2018; 23: 54-57.

10.2. Az értekezéshez nem kapcsolódó publikációk

- Felkai P, Lengyel I, Szokoly M, Forgó I. (2017) A magyar alpesi sízók és hódeszkázók egészségkárosodásainak összehasonlító statisztikai elemzése *Orvosi Hetilap* 2017; 158.(16): 618–624. DOI:10.1556/650.2017.30707

11.MELLÉKLETEK

1.Melléklet

**Az egészségügyről szóló CLIV. törvény 13-14.§-a, és a 134-135.§-a
(hatályos: 2020. december 5.)**

...”13.§. A beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra.

(2) A betegnek joga van ahhoz, hogy a rá vonatkozó személyes adatok kezelésével összefüggő információkon felül részletes tájékoztatást kapjon

a) egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is,

b) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,

c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,

d) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,

e) döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,

f) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,

g) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,

h) a további ellátásokról, valamint

i) a javasolt életmódról.

(3) A betegnek joga van a tájékoztatás során és azt követően további kérdésre.

(4) A betegnek joga van megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait.

(5) A cselekvőképtelen, a korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott betegnek is joga van a korának és pszichés állapotának megfelelő tájékoztatáshoz.

(6) A betegnek joga van megismerni az ellátásában közvetlenül közreműködő személyek nevét, szakképesítését és beosztását.

(7) A tájékoztatáshoz fűződő jogok gyakorlásához szükséges feltételeket a fenntartó biztosítja.

(8) A betegnek joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jelnyelvi tolmácsot biztosítsanak.

(8a) Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, a beteg kérelmére a tájékoztatás során biztosítani kell támogatója jelenlétét.

(9) Az orvos a vizsgálatot megelőzően köteles a beteget - amennyiben állapota lehetővé teszi - arról tájékoztatni, hogy a vizsgálat és az azt követő ellátás térítési díját meg kell téríteni, ha a vizsgálat eredménye szerint sürgős szükség nem áll fenn és az ellátás költségének fedezete a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alapon keresztül sincs biztosítva.

(10) A (2) bekezdés szerinti részletes tájékoztatást homeopátiás gyógyszer ajánlása esetén írásban is a beteg rendelkezésére kell bocsátani.

14. § (1) A cselekvőképes beteg a tájékoztatásáról lemondhat, kivéve, ha betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse. Ha a beavatkozásra a beteg kezdeményezésére és nem terápiás célból kerül sor, a tájékoztatásról való lemondás csak írásban érvényes.

(2) Az (1) bekezdés szerinti rendelkezéseket a 16. életévét betöltött kiskorú személy esetén is alkalmazni kell.

(3) A tájékoztatás joga a beteget akkor is megilleti, ha beleegyezése egyébként nem feltétele a gyógykezelés megkezdésének.

134. § (1) A kezelőorvos - a 14. § (1)-(2) bekezdéseiben foglalt esetek kivételével - a beteg állapota által indokolt rendszerességgel, a tőle elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint, a 13. §-ban foglaltak figyelembevételével tájékoztatja a beteget annak egészségi állapotáról.

(2) Ha a beteg cselekvőképtelen, korlátozottan cselekvőképes kiskorú vagy a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott, a kezelőorvos a 16. §-ban foglalt személyeket is tájékoztatja.

(3) A szóbeli tájékoztatás nem helyettesíthető az előre elkészített általános ismertető segédanyagok átadásával.

(4) Indokolt esetben a tájékoztatásnak ki kell terjednie a 209. § (1) és (5) bekezdése, a 219. § (1) bekezdés *e*) pontja, valamint a 219. § (2) bekezdés *e*) pontja szerinti körülményekre is.

135. § (1) A kezelőorvos a beteg tájékoztatását körültekintően, szükség szerint fokozatosan, a beteg állapotára és körülményeire tekintettel végzi.

(2) A beteg tájékoztatása során kiemelt figyelmet kell fordítani a kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre és a beavatkozások lehetséges következményeire, azok előfordulási gyakoriságára. Meg kell győződni arról, hogy a beteg a tájékoztatást megértette, továbbá szükség esetén gondoskodni kell a tájékoztatott lelki gondozásáról...”

2. Melléklet

PILOT - KÉRDŐÍV

Tisztelt Válaszadó!

Lengyel Ingrid Krisztina vagyok, a budapesti Semmelweis Egyetem 4. sz. Mentális Egészségtudomány Doktori Iskolájának másodéves doktorandusz hallgatója. Kutatás végzek a betegtájékoztató témakörében Budapest VII. kerület valamennyi háziorvosi praxisában.

Az alábbi kitöltött kérdőív a kutatásom egyik részeként kerül feldolgozásra és elemzésre.

Kitöltése kb. húsz percet vesz igénybe, név nélkül (anonim módon) történik és átfogó képet ad arról, hogy az Ön háziorvosa a betegtájékoztató tekintetében mennyire vonja Önt be, illetve az ehhez kapcsolódó egyéb, hasznos információkról is képet ad számomra.

Kérem, a kérdőív kitöltésével segítse munkámat!

Amennyiben segítségre van szüksége benne, készséggel állok rendelkezésére; (lengyel.ingrid@gmail.com)! Kérem, **húzza alá** a választ, vagy esetenként válaszokat!

1.Személyes adatok

- Az Ön születési éve:.....
- Az Ön neme:
 - nő
 - férfi
- Az Ön családi állapota:
 - egyedülálló
 - házas
 - elvált
 - özvegy
- Az Ön iskolai végzettsége:
 - 8 általános
 - szakmunkásképző

érettségi

főiskola/egyetem

- Az Ön tartózkodási illetősége a VII.kerületben:

állandó lakcímmel rendelkezem a kerületben

tartózkodási hellyel rendelkezem a kerületben

albérletben lakom a kerületben

nem a kerületben lakom

egyéb, mégpedig:.....

- Fogyatékossgal él?

igen

nem

- Ha fogyatékossgal él, szükséges-e segítség a mindennapi kommunikációban?

igen,

mégpedig:.....

nem

2.Általános kérdések az egészségügyi rendszerről

- Ön szerint a háziiorvosi ellátás milyen típusú ellátás?

alapellátás

szakellátás

- Ön szerint az egészségügyi dolgozó milyen feladatot lát el?

közfeladatot

hatósági feladatot

gyógyító – egészségmegőrző feladatokat

- Ön szerint a betegek és hozzátartozók érdekképviselete.....

megoldott

nem megoldott

- Ön kihez fordulna, ha az egészségügyi ellátás során jogsérelem éri?
egészségügyi dolgozó
ügyvéd
betegjogi képviselő
egyéb, éspedig:.....

3.Az Ön házi orvosára vonatkozó kérdések

- Van Önnek választott házi orvos?
van
nincs
nem tudom
- Hol van az Ön házi orvos?
Házi orvos a VII.kerületben van
Házi orvos a VII.kerületben van, de Ön NEM itt lakik
Házi orvos nem a VII.kerületben van
Házi orvos nem a VII.kerületben van, de Ön ITT lakik
Nem tudom megmondani
- Hogyan lett az Ön házi orvos? (Ebben a válaszban többet is aláhúzhat)
ő a lakóhely szerinti ellátásra kötelezett
ajánlás útján kerültem hozzá
szimpátia szerint választottam
a családot már régen is ő kezelte
véletlenül kerültem hozzá
egyéb úton, mégpedig:.....
- Hogyan jellemezné a házi orvosát szakmailag?
szakmai tudása kimagasló
szakmai tudása közepes
szakmai tudása nem elégséges
nem tudom megítélni

egyéb, éspedig:.....

- Jellemezze a háziorvosát emberileg?
Karikázza be az 1-től 5-ig tartó skálán, ahol a számok az alábbiakat jelentik!
1= türelmetlen
2=túlterhelt
3=semleges
4=kedves
5=lelkiismeretes

1 2 3 4 5

4.Az egészségi állapotáról

- Egészségesnek tartja magát?
Igen
Nem
- Van-e ismert betegsége a magas vérnyomáson kívül? (Ebben az esetben több válasz is megjelölhető!)

szívbetegségek (szívdobogásérzés, lábdagadás, vízkórság)
fulladás, nehézlégzés
asztma
allergia
cukorbetegség
szélütés, gutaütés, hűdés
reuma
rák (daganatos betegségek)
gerincbetegség, hátfájás
idegbetegség
egyéb,

éspedig:.....

nem tudok róla

- Mikor derült ki a magas vérnyomás betegsége?
1 éven belül
1 – 5 év között
5 évnél régebben
10 évnél régebben
nem tudom

- Szed rendszeresen gyógyszert?
nem
igen
- Hányféle gyógyszert szed rendszeresen?
0 – 5 között
5 – 10 között
10 felett
- Szed-e a magas vérnyomására gyógyszert?
igen
igen, többet is
nem
nem tudom
- Ismeri-e az Ön által szedett gyógyszerek hatásait, mellékhatásait? Itt is több válasz megjelölhető!
igen, a kezelőorvosomtól
igen, a betegtájékoztatókból
igen, a családom és/vagy a szomszédjaim tájékoztatásából
nem tartom fontosnak
nem érdekel, csak legyenek jobban
nem
- Az alábbi kérdésben kérem, karikázza be az Ön által tapasztaltakat! (I=igen, N=nem)

A magas vérnyomás betegségével kapcsolatosan kap-e részletes tájékoztatást?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is | I | N |
| <input type="checkbox"/> a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról | I | N |
| <input type="checkbox"/> a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól | I | N |
| <input type="checkbox"/> a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól | I | N |
| <input type="checkbox"/> döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében | I | N |
| <input type="checkbox"/> a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről | I | N |
| <input type="checkbox"/> az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről | I | N |

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> a további ellátásokról | I | N |
| <input type="checkbox"/> a javasolt életmódról | I | N |

5.A háziiorvosi kapcsolatról

- Milyen gyakran jár a háziorvosához?
 - hetente többször
 - hetente
 - kéthetente
 - havonta
 - három havonta
 - évente egyszer
 - csak ha beteg vagyok
 - nem a háziorvoshoz járok, hanem minden esetben magánorvoshoz

- Milyen céllal jár a háziorvoshoz? (Ebben az esetben több válasz is megjelölhető!)
 - vizsgálatokra beutalóként
 - gyógyszert felírtni
 - életmód tanácsadásért
 - egészségmegőrzési tanácsokért
 - szűrővizsgálatok kiírása céljából

- Ön mennyi időt tölt behívás után alkalmanként a háziorvosánál?
 - 1 – 5 perc között
 - 6 – 10 perc között
 - 10 – 20 perc között
 - 20 percnél többet

- Elegendőnek tartja-e az orvos – beteg találkozások idejét?
 - igen
 - nem

- Ha nem, mennyi lenne az ideális eltöltött idő a háziorvosánál egy-egy alkalommal?

10 perc

20 perc

30 perc

6.A betegtájékoztatásról

- Tud-e Ön a magasvérnyomás betegségéről?

igen

nem

- Ismeri Ön a betegségével kapcsolatos valamennyi információt?

igen, mindent tudok a betegségről

igen, nagyjából

nem igazán

nem, mert nem értek hozzá

nem akarom tudni, csak gyógyuljak meg

- Ön szerint, amikor a háziorvosánál jár, alkalmanként elegendő információt kap?

igen

nem

- Ha orvosa vizsgálatra, vagy beavatkozásra küldi Önt, minden esetben tájékoztatja ennek indokoltságáról?

igen, részletesen

igen, röviden

nem

nem kérdezem

- Minden esetben megkapja a felvilágosítást a vizsgálatok, vagy beavatkozások tervezett időpontjáról?

igen

nem

- Megkérdezi-e az orvosa, hogy a vizsgálatok és beavatkozások tekintetében Ön mit dönt?

igen

nem

- Ha nem kérdezi meg, mit gondol, mi ennek az oka?

a beteg nem dönthet

az orvos nem vállalja a beteg – esetleg helytelen - döntését

az orvosnak nincs ideje erre

ő tudja, mit kell tennie

egyéb, éspedig:.....

- Szokott-e más alternatív módszerről, új vizsgálati vagy terápiás eljárásról tájékoztatást kapni az orvosától?

soha

ritkán

általában igen

gyakran

minden alkalommal

- Kap-e Ön az orvosi találkozások alkalmával az életmódjára vonatkozó tanácsokat?

igen, minden alkalommal

általában igen, de nem tartom fontosnak

nem szoktam figyelni rá

nem kapok ilyen tanácsokat, de szükségem lenne rá

nem kapok tanácsokat, és nem is tudok rákérdezni

egyéb, éspedig:.....

- Milyen tájékoztatást kap leginkább háziorvosától? (Ebben az esetben több válasz is megjelölhető!)

szóbeli

kézírásos

internetes ajánlás (weboldal hivatkozás, vagy linkajánlás)

tudományos orvosi magyarázat

legtöbbször semmilyen

egyéb:.....

- A vizsgálati eredményeiről az orvosától hogyan kap tájékoztatást? (Ebben az esetben több válasz is megjelölhető!)

visszarendeli Önt újabb időpontra érte

telefonon érdeklődik

hozzátartozójának adja oda

nem jelez vissza Önnek

e-mailben elküldi az eredményt

egyéb úton, éspedig:.....

- Mennyit kérdez betegségéről a háziorvosnál?

annyit, hogy mindent megtudjak a betegségről, terápiáról, lehetőségekről

annyit, amennyi ideje van rám

keveset, nehogy megharagudjon

keveset, hogy jusson másra is ideje

semennyit, mert nem lehet

semennyit, mert sietnie kell

semennyit, mert nem merek kérdezni

- Van-e Önben félelem, ha az orvostól kérdezni kell?

van, mert.....

nincs

- Befolyásolja-e a kérdésben, hogy az orvos nő/férfi?
 - igen
 - nem
- Kitől kérdez szívesebben betegségéről, egészségi állapotáról?
 - háziorvosától
 - körzeti nővértől
 - mentőszolgálatától
 - orvosi ügyelettől
 - gyógyszerésztől
 - egyéb helyről, éspedig:.....
- Milyen más helyekről tájékozódik még a betegségéről, a gyógyszerekről és az egyéb, egészségi állapotát érintő kérdésekről?(Ebben az esetben több válasz is megjelölhető!)
 - újságok hirdetéseiből
 - TV reklámokból
 - egészségügyi felvilágosító előadásokból
 - Internetről
 - betegtájékoztató kiadványokból
 - szomszédától
 - egyéb helyekről,
 - éspedig:.....
- Kérem, jelölje meg az alábbi skálákon a véleményével megegyező pontokat!
(1= egyáltalán nem, 2=kis mértékben, 3=általában igen, 4=igen, 5= teljes részletességgel)
 - A beteg minden esetben megkapja a teljes körű tájékoztatást.
1.....2.....3.....4.....5
 - A betegtájékoztató során lehetőség van kérdéseket feltenni.
1.....2.....3.....4.....5
 - A beteg a vizsgálatok, kezelések során megismeri azok eredményeit.
1.....2.....3.....4.....5

- Ha egy kezelés, vagy vizsgálat eredménytelen, a beteg annak tényét is megtudja.

1.....2.....3.....4.....5

- Ön minden esetben ismeri az egészségügyi személyzet nevét, beosztását, szakképesítését.

1.....2.....3.....4.....5

- Az Ön tájékoztatása során figyelemmel vannak életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára és kívánságaira

1.....2.....3.....4.....5

- Ön minden esetben számára érthető módon kap tájékoztatást.

1.....2.....3.....4.....5

KÖSZÖNÖM EGYÜTTMŰKÖDÉSÉT!

3. Melléklet

VÉGLEGES KÉRDŐÍV

Tisztelt Válaszadó!

Lengyel Ingrid Krisztina vagyok, a budapesti Semmelweis Egyetem Doktori Iskolájának végzős PhD hallgatója. Kutatás végzek a betegtájékoztatás témakörében háziiorvosi körzetekben.

Az alábbi kitöltött kérdőív a kutatásom egyik részeként kerül feldolgozásra és elemzésre.

Kitöltése kb. fél órát vesz igénybe, név nélkül, önkitöltős módszerrel történik és átfogó képet ad arról, hogy Ön mennyire tájékozott az egészségi állapotával és betegségeivel kapcsolatban. A kutatás rendelkezik a megfelelő etikai engedéllyel (12265-2/2017/EKU), és az Ön orvosa nem tudja meg annak tartalmát.

A kutatás eredményei kizárólag tudományos célokra kerülnek felhasználásra.

Köszönöm, hogy a kérdőív kitöltésével segíti munkámat!

I.Az egészségi állapotáról (Kérem, **húzza alá** a választát!)

1. Hogyan minősítené a saját egészségi állapotát?

nagyon rossz

rossz

közepes

jó

kiváló

2. Az alábbi táblázatban olyan tüneteket sorolok fel, ami az emberekkel elő szokott fordulni. Kérem, mindegyikről mondja meg, hogy az adott tünet az **elmúlt hónap** során előfordult-e Önnel? És ha igen, akkor az, mennyire zavarta Önt? Írja a megfelelő számot a táblázatba!

- 1 - nem fordult elő
 2 - előfordult, egyáltalán nem zavarta
 3 - előfordult, kissé zavarta
 4 - előfordult, nagyon zavarta

| | |
|--|--|
| gyomorfájás | |
| derék- vagy hátfájás | |
| kar, láb vagy ízületi fájdalom például térd, csípő és hasonlók | |
| fejfájás | |
| mellkasi fájdalom | |
| szédülés | |
| ájulás-érzés, elgyengülés | |
| erős vagy szapora szívdobogás | |
| nehézlégzés, légszomj | |
| fájdalom vagy problémák a szexuális együttlét során | |
| székrekedés, híg vagy túl gyakori széklet | |
| hányinger, puffadás, bélgázok, emésztési problémák | |
| fáradtság, energiahány | |
| alvással kapcsolatos problémák | |

3. Az alábbi táblázatban olyan betegségeket sorolok fel, ami az emberekkel elő szokott fordulni. Kérem, mindegyikről mondja meg, hogy az adott betegség előfordul-e Önnél? Kérem, **tegyen X-et** a táblázat megfelelő mezőjébe!

| | Igen | Nem | Nem tudom |
|---|------|-----|-----------|
| szívbetegség, mint amilyen a koszorúér betegség, szívérbetegség, szívérszűkület, angina, infarktus | | | |
| fulladás, nehézlégzés | | | |
| asztma | | | |
| allergiás betegség | | | |
| cukorbetegség | | | |
| magas vérnyomás | | | |
| agyérbetegség, mint amilyen, például az agyérgörcs, trombózis, embólia, agyvérzés, gutaütés vagy sztrók | | | |
| daganatos betegség | | | |
| izom- és csontrendszeri betegség | | | |
| pszichiátriai betegség, mint amilyen a depresszió, szorongás, pánikzavar | | | |

4. Szed-e rendszeresen gyógyszert?

igen

nem

5. Mikor derült ki a magas vérnyomás betegsége?

1 éven belül

1 – 5 év között

5 évnél régebben

10 évnél régebben

nem tudom

6. Az alábbi kérdésben a vérnyomáscsökkentő gyógyszerek **általános hatásait** sorolom fel. Kérem, **húzza alá**, amelyikről Ön is tud! (Több válasz is aláhúzható!)

segíthet az érlemeszesedés csökkentésében
csökkenti a vérnyomást
vízhajtó hatása is van
kedvezően befolyásolják a szívritmust

7. Tudja-e, hogy van-e **mellékhatása** az Ön által szedett vérnyomáscsökkentő gyógyszernek?

igen, a kezelőorvosom szóban elmondta
igen, a kezelőorvosom adott tájékoztató anyagot
igen, a gyógyszerek melletti betegtájékoztatókból
igen, a családom és/vagy szomszédom tájékoztatásából
nem ismerem a mellékhatásokat, mert nem tartom fontosnak
nem ismerem és nem is érdekel

8. Ön fogyatékossgal él?

igen, látássérült vagyok
igen, hallássérült vagyok
igen, mozgássérült vagyok
nem

9. Ha Ön fogyatékossgal él, szükséges-e Önnek valamilyen segítség a mindennapi orvos-beteg találkozások során? **Húzza alá**, amire szüksége van!

tájékoztató kiadvány a betegségemről
jeltolmács
Braille tájékoztató
másik ember részvétele
egyéb: _____

II. A hazai egészségügyi rendszerről (Kérem, **húzza alá**!)

1. Ön szerint a háziorvosi ellátás milyen típusú ellátás?

alapellátás
szakellátás

2. Ön szerint az egészségügyi dolgozó milyen feladatot lát el?

hatósági feladatot
közfeladatot
gyógyító – egészségmegőrző feladatokat

3. Ön szerint a betegek érdekképviselése....

megoldott
nem megoldott

4. Ön kihez fordulna, ha az egészségügyi ellátás során jogsérelem éri?

egészségügyi dolgozó
ügyvéd
betegjogi képviselő
nem fordulok senkihez

III. A háziorvosi ellátásról

1. Hol van az Ön háziorvosa? (Kérem, **húzza alá!**)

itt a kerületben
itt a kerületben, de Ön NEM itt lakik
nem ebben a kerületben van
nem ebben a kerületben van, de Ön ITT lakik
nem tudom megmondani

2. Hogyan lett az Ön háziorvosa? (Kérem, **húzza alá!**)

hozzá tartozom
nem tartozom hozzá lakóhely szerint, választottam
ajánlás útján kerültem hozzá
szimpátia szerint választottam
a családot is már régóta ő kezelte
véletlenül kerültem hozzá
egyéb úton: _____

3. Mennyire elégedett Ön az egészségügyi ellátásokkal?

Kérem, **osztályozzon**, 1-től 5-ig. Az 5-ös azt jelenti, hogy teljesen elégedett, az 1-es pedig azt, hogy teljesen elégedetlen.

| | |
|------------------------------|--|
| 01. Háziorvosi ellátással | |
| 02. Járóbeteg-szakellátással | |
| 03. Kórházi ellátással | |
| 04. Patikai ellátással | |

4. Véleménye szerint milyen az Ön házi orvosának a **szakmai tudása**?
Kérem, **karikázza be** azt a számot 1 és 5 között, amelyik leginkább jellemző;
az 1=nem elégséges, az 5=kimagasló szakmai tudást jelenti.

*nem elégséges**kimagasló*

1

2

3

4

5

5. Az alábbi táblázatban arra kérjük, hogy milyennek tartja Ön a házi orvosát emberileg? **Tegyen X-et** a táblázatban 1 és 5 között, ahol az 1=nem jellemző, az 5=nagyon jellemző!

| | 1 nem jellemző | 2 | 3 | 4 | 5 nagyon jellemző |
|----------------|----------------------|---|---|---|-------------------------|
| türelmetlen | | | | | |
| közvetlen | | | | | |
| felületes | | | | | |
| kedves | | | | | |
| lelkiismeretes | | | | | |

6. Milyen gyakran jár a házi orvosához? (Kérem, **húzza alá!**)

mindennap
hetente többször
hetente
2-3 hetente
havonta
2-3 havonta
évi 1-2 alkalom
ritkábban
soha

7. Milyen céllal jár a házi orvoshoz? (**Több válasz** is aláhúzható!)

szakorvosi vizsgálatokra beutalóért (például reumatológia, ortopédia stb.)
gyógyszert felíratni
életmód tanácsért
egészségmegőrzési tanácsokért
szűrővizsgálatok kiírása céljából (például emlőszűrés, vérvizsgálat stb.)
akut panaszok, tünetek miatt (például megfázás, sérülés stb.)

8. Ön szerint kb. mennyi időt tölt *behívás után* alkalmanként a háziorvosnál?
(Kérem, **húzza alá!**)

1 – 5 perc között
6 – 10 perc között
10 – 20 perc között
20 percnél többet

9. Elegendőnek tartja-e az orvos-beteg találkozások idejét?
igen

nem

10. Ha nem, mennyi lenne az ideális eltöltött idő a háziorvosánál egy-egy alkalommal?

10 perc
20 perc
30 perc

IV. A beteg tájékoztatásról (Kérem, **húzza alá**, amit gondol!)

1. Ha orvosa vizsgálatra, vagy beavatkozásra küldi Önt, minden esetben tájékoztatja ennek indokoltságáról?

igen, részletesen
igen, röviden
nem
nem kérdezem

2. Minden esetben megkapja a felvilágosítást a vizsgálatok, vagy beavatkozások tervezett időpontjáról?

igen
nem

3. Kéri-e az orvosa a vizsgálatok és beavatkozások elvégzéséhez az Ön beleegyezését?

igen
nem

4. Ha nem kéri, mit gondol, mi ennek az oka?

a beteg nem dönthet
az orvos nem vállalja a beteg – esetleg helytelen - döntését
az orvosnak nincs ideje erre
csak az orvos dönthet a vizsgálatokról és beavatkozásokról

5. Szokott-e más alternatív módszerről (például életmód tanácsadás, homeopátia stb.), új vizsgálati vagy gyógyító eljárásról tájékoztatást kapni az orvosától?

soha
ritkán
néha
gyakran
minden alkalommal

6. Kap-e Ön az orvosi találkozások alkalmával az életmódjára vonatkozó tanácsokat?

igen
nem

7. Ön ezeket a tanácsokat..... (Kérem, **húzza alá!**)

minden alkalommal megfogadom
nem tartom fontosnak
figyelman kívül hagyom
nem kapok ilyen tanácsokat, de szükségem lenne rá
nem kapok tanácsokat, és nem is tudok rákérdezni

8. Amennyiben tájékoztatást kap betegségekkel kapcsolatban, milyen módon teszi ezt meg a háziorvosa? (Ebben az esetben **több válasz** is megjelölhető!)

szóbeli
írásos (az orvos leírja kézzel, vagy szórólapot, reklámanyagot ad)
ismeretterjesztő ajánlás (weboldal hivatkozás, link vagy folyóirat ajánlás)

9. A vizsgálati eredményeiről az orvosától általában hogyan kap tájékoztatást? (Kérem, **húzza alá!**)

visszarendeli Önt újabb időpontra érte
telefonon érdeklődik
hozzátartozójának adja oda
e-mailben elküldi az eredményt
nem értesülök a vizsgálati eredményekről
egyéb úton: _____

10. Szokott-e Ön kérdéseket feltenni a betegségével kapcsolatosan? (Kérem, **húzza alá!**)

igen, hogy mindent megtudjak a betegségről, terápiáról, lehetőségekről

igen, de keveset, nehogy megharagudjon

igen, de keveset, hogy jusson másra is ideje

nem, mert nem lehet

nem, mert az orvosnak mindig sietnie kell

nem, mert nem merek kérdezni

11. Kit kérdez leggyakrabban a betegségével kapcsolatban? (Kérem, **húzza alá!**)

háziorvosát

szakorvosát

körzeti nővért

mentőszolgálatot

orvosi ügyeletet

gyógyszerészt

12. Milyen más helyekről tájékozódik még a betegségéről, a gyógyszerekről és az egyéb, egészségi állapotát érintő kérdésekről? (**Több válasz** is megjelölhető!)

újságok hirdetéseiből

TV reklámokból

egészségügyi felvilágosító előadásokból

Internetről

betegtájékoztató kiadványokból

szomszédától

egyéb helyekről: _____

13. Az alábbi kérdésben állításokat talál arról, hogy a magas vérnyomás betegségével kapcsolatosan Ön milyen részletességgel kap információkat háziorvosától.

Kérem, **tegyen X-et** a táblázatban, az igen vagy nem oszlopba!

Részletes tájékoztatást kapok...

| | Igen | Nem |
|---|------|-----|
| ...az egészségi állapotomról és annak orvosi megítéléséről | | |
| ...a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról | | |
| ...a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól | | |
| ...a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól | | |
| ...a döntési jogomról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében | | |
| ...a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről | | |
| ...az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről | | |
| ...a további ellátásokról | | |
| ...a javasolt életmódról | | |

14. A következőkben a **betegtájékoztatásról** olvashat rövid állításokat. Kérjük, mindegyiknél **karikázza be**, hogy Ön mennyire ért egyet ezekkel az állításokkal. (1= egyáltalán nem, 2=kis mértékben, 3=általában igen, 4=igen, 5= teljes részletességgel)

| | teljes részletes- séggel | igen | általá- ban igen | kis mérték- ben | egyál- talan nem |
|---|--------------------------------|------|---------------------|-----------------------|------------------------|
| A beteg minden esetben megkapja a teljes körű tájékoztatást. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| A betegtájékoztatás során lehetőség van kérdéseket feltenni. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| A beteg a vizsgálatok, kezelések során megismeri azok eredményeit. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Ha egy kezelés, vagy vizsgálat eredménytelen, a beteg annak tényét is megtudja. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Ön minden esetben ismeri az egészségügyi személyzet nevét, beosztását, szakképesítését. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Ön minden esetben számára érthető módon kap tájékoztatást. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | teljes részletes- séggel | igen | általá- ban igen | kis mértékbe n | egyál- talan nem |
| Az Ön tájékoztatása során | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| figyelemmel vannak életkorára. | | | | | |
| Az Ön tájékoztatása során figyelemmel vannak iskolázottságára. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Az Ön tájékoztatása során figyelemmel vannak ismereteire. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Az Ön tájékoztatása során figyelemmel vannak lelkiállapotára. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Az Ön tájékoztatása során figyelemmel vannak kívánságaira. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

V. Személyes adatok (Kérem, húzza alá, illetve töltse ki!)

1. Az Ön neme:

férfi

nő

2. Az Ön családi állapota:

- nőtlen, hajadon, nincs élettársa
- nőtlen, hajadon, élettárssal él
- házas, házastárssal él
- házas, élettárssal él
- házas, de külön élnek, nincs élettársa
- elvált, nincs élettársa
- elvált, élettárssal él
- özvegy, nincs élettársa
- özvegy, élettárssal él

3. Az Ön legmagasabb iskolai végzettsége:

- kevesebb, mint 8 osztály
- 8 osztály
- szakmunkásképző, szakiskola
- szakközépiskolai érettségi
- gimnáziumi érettségi vagy
- főiskolai vagy egyetemi diploma

4. Az Ön születési adatai:

| ÉV | | | | HÓ | | NAP | |
|----|--|--|--|----|--|-----|--|
| | | | | | | | |

KÖSZÖNÖM EGYÜTTMŰKÖDÉSÉT!

4.Melléklet

„Alapellátási Tükör 5007” - „Beteg kérdőív felnőtt praxisoknak”

A megfelelő válaszokat kérjük aláhúzni!

- 1) Mennyi ideje tartozik jelenlegi házi orvosához?
1 – 3 – 5 – 10 – 10-nél több éve
- 2) Fontosnak érzi-e, hogy Önnek és családjának állandó házi orvos legyen?
Igen – Nem
- 3) Úgy érzi-e, hogy bizalommal fordulhat házi orvosához bármilyen egészségi problémájával?
Igen – Nem
- 4) A házi orvostól kapott tanácsok érthetőek-e az Ön számára?
Igen – Nem
- 5) A házi orvostól kapott tanácsokat általában megfogadja-e?
Soha – ritkán – időnként – gyakran – mindig
- 6) A házi orvoson kívül honnan szerez még információkat betegségéről?
Más orvosoktól – természetgyógyásztól – gyógyszerésztől – barátoktól, ismerősöktől – szakkönyvekből, újságokból, rádióból, TV-ből, internetről
- 7) Úgy érzi-e, hogy bizalmasan kezelik a rendelőben elmondott egészségi problémáit?
Igen – Nem
- 8) Igényli-e, hogy bizonyos esetekben négy szemközt közölhesse az orvossal panaszait?
Igen – Nem
- 9) Amennyiben igényli a négy szemközti találkozást, kérésére kap-e erre lehetőséget?
Igen – Nem
- 10) Figyelembe veszik-e a tervezett vizsgálatokkal, kezelésekkal kapcsolatban az Ön kérését ill. egyetértését?
Igen – Nem
- 11) Szokott-e élni az előjegyzési rendszerrel?
Igen – Nem

12.) Ha nem kér előjegyzést, általában mennyit kell várnia?

0-30 perc, 30-40 perc, 40-50 perc, 50-60, 60-70, 70 felett perc

13.) Elégedett-e az orvosi rendelő/váró berendezésével, hangulatával, kényelmével?

Egyáltalán nem – kicsit – közepesen – többnyire - teljesen

14.) Egyéb észrevételek, javaslatok:

.....
.....

Név, cím (nem kötelező kitölteni):

.....

Dátum:.....

KÖSZÖNJÜK VÁLASZAIT!

5. Melléklet

INTERJÚ KÉRDÉSEK OROSZI JULIANNA BETEGOKTATÓHOZ

- Mióta foglalkozik betegoktatással?
- Mit gondol a hazai betegtájékoztatásról általában?
- Mennyi az átlag betegre fordított idő a betegtájékoztatás során?
- Van-e lehetősége a betegnek a kérdezésre?
- Van-e visszajelzés az orvosok részéről az előzetes, részletes betegtájékoztatást követően?
- Érezhető-e, hogy az előzetes betegtájékoztatással az orvosi felelősség terhe könnyebb lesz?
- Tekinthető-e mediációnak az a helyzet, amikor a betegkommunikáció során Ön teszi meg az első lépést az orvos felé (a beteg nem mer kérdezni)?
- Megvalósul-e az egyéniesített formában történő betegtájékoztatás?
- Teljes körű-e a betegtájékoztatás abban az esetben is, ha a beteg nem csak a műtéttel kapcsolatosan kérdez?
- Felmerülhet-e olyan kérdés a beteg részéről, amely túlmutat a betegoktató kompetenciáján?
- A tájékoztatás során, illetve azt követően a betegnek van – e lehetősége kérdezni?
- A beteg minden esetben megismeri a vizsgálatának az eredményét a műtét előtt?
- A beteg tájékozódik-e az őt ellátó személyzet szakképesítéséről és nevééről?
- Tudják-e biztosítani a fogyatékossgal élők számára az érthető betegtájékoztatáshoz szükséges elemeket/eszközöket/humán erőforrást?

- Tájékoztatják-e a betegeket a térítési díjas szolgáltatásokról, és annak mértékéről?
- Tudnak-e szükség szerint tolmácsot biztosítani a betegtájékoztatáshoz?
- Rendelkezik-e arról adattal, hogy a betegtájékoztatás elmaradása vagy nem teljessége miatt mennyi betegpanasz érkezik az intézménybe?
- Mi a tapasztalata arról, hogy a betegek mennyire fogadják el Öntől a betegtájékoztatást?
- Volt-e arra példa, hogy a beteg „szakmailag” felkészülten érkezett?
- Milyen oktatási anyagok állnak rendelkezésükre?
- Volt-e igény arra, hogy az Önöknél bevált jó gyakorlatot adaptálják más hazai intézményben?
- Mit gondol, miért nincs más intézményben betegoktató?

6.Melléklet

INTERJÚ OROSZI JULIANNA BETEGOKTATÓVAL

(Készült:2016. november 14.)

Köszönöm a lehetőséget Oroszi Juliannának, aki fogadott engem az Országos Gerincgyógyászati Központban, ő a Betegtájékoztató Szolgálat vezetője; őt kérdezem interjúm során.

Mióta foglalkozik betegtájékoztatással?

Mindenek előtt én is nagyon köszönöm, és nagyon megtisztel ez a felkérés, és nagy örömmel teszek eleget. Betegtájékoztatással 2006. márciusa óta foglalkozom. Akkor kezdtük a tájékoztató füzetek írását, gyakorlatilag az első mondatokat akkor írtuk le, ennek már tíz éve. Egy nagyon komoly anyag teljesült ki, gyakorlatilag minden műtéti fajtához 15-20, sőt van, hogy 30 oldalas tájékoztató füzet készült.

Egy kitérő kérdést engedjen meg! Azt említi, hogy tíz éve foglalkozik ezzel; jövőre húsz éves lesz az egészségügyi törvény, ami deklarálja Magyarországon a hatályos betegjogokat. Mi történt előtte tíz évig? Ön mit lát, mi történt ezen a területen előtte? Hogyan is volt ez?

Az igazság az, hogy erre nagyon nehezen tudok válaszolni, ugyanis én előtte Németországban dolgoztam műtősnőként az egyik legnagyobb gerincsebészeti klinikán. Ezért azt gondolom, hogy nem én vagyok az illetékes, aki ezt a kérdés megválaszolja.

Semmi gond. Egyebekben mit gondol a hazai betegtájékoztatásról?

Az első gondolatom az, hogy itt mi mindent megteszünk, legalábbis igyekszünk mindent megtenni. Az első időkben – talán az első hét évben -, ez fantasztikusan személyre szabottan tudott menni, mert akkor nem volt ennyi betegünk, mint amennyi most van. Gyakorlatilag minden egyes beteggel le tudtam ülni, minden egyes műtetre váró beteget személyesen ismertem. Az, hogy máshol hogy volt? Természetesen nézegetem a honlapokat, a külföldi oldalakat is figyelem, de azt vettem észre, hogy még mindig nagyon gyerekcipőben jár ez a téma.

Sajnos én is ezt vettem észre. Mennyi az átlag betegre fordított idő? Mennyire csökkent, hiszen ha jól értem, nagy a műtéti betegszám? Mit gondol arról, hogy mennyi az optimális?

Először is, ami szerintem a legfontosabb, hogy személyre szabott legyen a tájékoztatás. Az új betegek, akik először vannak nálunk és nem ismerik a rendszert, ez nagyon sok mindentől függ. Függ a beteg intellektusától, attól, hogy mennyire tájékozott egyáltalán ebben a témában. Visszatérve a kérdésre, szerintem az ideális az 7 – 10 perc lenne, akivel szemtől szemben leülünk, átbeszéljük a következő nap eseményeit, a

betegtájékoztató füzetek segítségével. Ugyanis ezeket a füzeteket a betegek már megkapják, amikor bejönnek az ambulanciára. Az orvos elküldi őket képalkotó vizsgálatokra, felállítja a diagnózist, megbeszéli a beteggel, és felajánlja neki a műtétet. A beteg ekkor kap egy füzetet, ezt szépen hazaviheti s a beteg a családja körében – ezt nagyon fontosnak tartom -, ugyanis a szerettei kérdezik, hogy mi történt vele, mit fognak vele csinálni, mi lesz vele egyáltalán? Mi tudunk adni a betegnek minimum két füzetet, egyrészt az altatásról, másrészt a műtétéről. Úgy érkezik ide vissza a beteg, már tisztában van, tehát átolvasta a mi füzetünket, ezek után fogok vele beszélgetni, természetesen az orvosi tájékoztatáson kívül.

Kicsit triviális a kérdés; kikérdezik a beteget az olvasottakról?

Nem, szó sincs róla.

Nem tudják, hogy megértette-e, elolvasta-e, nincs már semmilyen feed-back? Hagyják azt, hogy kérdezzen?

Így van. Szerintem ebben a munkában nagyon fontos az empátia. Az, hogy az ember ránéz valakire, ránéz egy betegre, és az első tekintetből nagyon sok mindent le lehet szűrni. Megnyílnak a betegek, hiszen ez egy krízis állapotnak is felfogató, hisz a műtét előtti napról van szó, és hál' istennek nem operálnak bennünket olyan gyakran. Ilyenkor mindenki egy kicsit szorong, és azt vettem észre, hogy nagyon gyakran apró kérdéseke akadnak fent. Apró kérdéseken dilemmáznak, ez hogy lesz, az hogy lesz. Ilyenek például, hogy széklet, vizelet. Ezek nagyon-nagyon fontos dolgok, és egy ilyen beszélgetés alatt ezeket is tudjuk tisztázni. Felszabadul a beteg egy pozitív választól is, és ezek után nyugodtan tud felfeküdni a beteg a műtőasztalra. Könnyebb lelkiállapotba kerül a beteg, és ilyenkor elszoktam mondani a betegnek, hogy kis horgokat dobáljanak ki és ebbe kapaszkodjanak bele, hogy miért fontos az neki, hogy meggyógyuljon? Ugyanis meggyőződésem, hogy sebész a szikével dolgozik, és ez az ő dolga, hogy nagyon rendesen megcsinálja. De azt, hogy a beteg elinduljon a gyógyulás útján, azt a beteg lelkiállapota fogja megadni. Én ebben hiszek, és fontosnak tartom, hogy egy pozitív képpel feküdjön fel a beteg az asztalra, és ez a műtét előtti beszélgetés gyakorlatilag ebben is segít.

Olyan jellegű visszajelzéseik vannak-e az orvosok – elsősorban az operatőr részéről -, hogy ennek van-e valami érezhető, mérhető haszna, hozadéka, vagy ez már egy bevett, tíz év alatt használt dolog? Vannak-e pozitív, kiugró eredmények?

Az első hozzáfűznivalóm az lenne, hogy itt is nehezen fogadták el az orvosok ezt a tényt, de aztán látták, hogy ez jó. Az egyik orvosunk – kb. két éve csináltuk már ezt a műtėti tájékoztatást, akkor azt mesélte el nekem, hogy odament az egyik betegéhez műtét után, hogy közölje vele, hogy dura sérülés következett be a műtét alatt, és most két-három napot feküdni kell. Erre a beteg vigyorogva az ágyából csak annyit mondott, hogy ezt tudom, mert nekem a Julika már elmondta, hogy lehet ilyen szövődmény. Erre az orvos

fellélegzett, hogy, jaj de jó. Szóval egy ilyen történet volt. Egyébként nagyon sok odafigyelés történhet egy tíz perces odafigyelés alatt. Nagyon fontos, hogy egyrészt ezt mind leírtuk a füzetbe is, és a beteg ezt olvashatja. Ugyanakkor az orvos ezt elmondja szóban, és ez a beszélgetés gyakorlatilag pluszban van.

Ez nekem egy kis etikai dilemma, de nyilván az orvos ezt másképp látja, de szinte áthárította a felelősséget, illetve segítséget kapott a tájékoztatásban. Nem is jó kifejezés az áthárítás, hanem inkább segítséget kapott a közlésben.

Nem áthárítás, hiszen arról van szó, hogy a műtét előtt a beteg mindenképp megkapja a füzetet, és a műtét előtti tájékoztatás nélkül is tájékoztatja az orvos a beteget szóban is. Az altatóorvos is tájékoztatja szóban a beteget. Gyakorlatilag mi ezzel a szolgáltatással egy pluszt adunk a betegnek. Tehát én semmi olyat nem mondok, ami nincs leírva a füzetbe. A betegek műtét előtt gyakorlatilag ugyanazokat a kérdéseket teszik fel műtét előtt, és tulajdonképpen arról van szó, hogy leveszünk nagyon sok rutin munkát az orvosok válláról, akik ugyan ezen idő alatt olyan munkát tudnak végezni, amit csak az orvosi diplomával lehet megtenni. Tehát én meg vagyok róla győződve, hogy minden kórházba és minden egészségügyi intézménybe – ugyanúgy, ahogy Hollandiában és más országokban ez már létezik is -, vannak betegoktatók, akiknek kifejezetten ez a munkájuk. Gyakorlatilag Magyarországon fehér hollóként nézünk még tíz év után is erre. Meggyőződésem, hogy ez segítség, a betegnek is segíték és az orvosnak is segíték ezzel. A kommunikációban is segíték; ha azt látom, vagy a beteg kifejezetten kéri, hogy még valamit az orvosnak szeretne elmondani, akkor én ezt a találkozást összehozom. Ez egy kapocs, információ átadás és segítő beszélgetés is. Egy kommunikációs levezetés.

Mintegy mediációként definiálhatjuk?

Igen.

Azt említette, hogy még mindig fehér hollóként beszélünk a témáról. Találkozott esetleg olyannal – nyilván intézménynév említése nélkül – szakmai körökben, konferenciákon, hogy még mindig nem fogadják el az ön tevékenységét, illetve ezt a jellegű tevékenységet ebben az intézményben?

Az fogadhatja ezt fenntartással, aki nem érti meg, hogy miről van szó! Semmiképpen nem tudom az orvos szerepét ellátni, mert nem vagyok orvos, én műtős szakasszisztens vagyok és huszonegy évet álltam a műtőasztal mellett. Rengeteg gerincműtétet láttam és a szemem előtt van a mai napig még minden egyes mozdulat. Imádtam a műtőasztal mellett lenni és a műtőben dolgozni. De ez egy teljesen más terület és ezt is nagyon-nagyon szeretem. Meg vagyok róla győződve – kérdésére visszatérve -, hogy az tarthatja ezt etikátlannak, aki nem érti, hogy miről van szó.

Ön szerint – nyilván a saját munkájából táplálkozik – a jelen hatályos jogszabály törvényi cikkelyben, tartható minden, betegtájékoztatási szempont minden

betegtájékoztatási ülés során? Természetesen mindegyikre rátérünk részletesen. Nézzük végig tehát! Elsőként az egyéniesített forma?

Részben erről volt már szó, igen, ez tartható. Tehát minden egyes műtétre váró beteggel leülünk, és beszélgetünk az előtte álló műtétről.

Teljes körűnek érzi-e a tájékoztatást – gondolok itt arra, ami pl. a saját kutatási területem is -, hogy ha mondjuk, hipertóniás beteg jön műtétre? Kitér-e, vagy ez az a hely, ahol ki kell térni arra, hogy a betegnek egyéb betegségei is vannak?

Nem hiszem, hogy ez az a hely, hiszen ez gyakorlatilag az utolsó pont, itt kizárólag a műtéttel kapcsolatos dolgokkal foglalkozunk. Tehát az összes többi dolognak már előtte meg kell történni; hogy a műtét előtt mi fog a beteggel történni, a műtét menete milyen, a műtéti szövődmények, közvetlen a műtét után, a rehabilitáción mi történik vele. Gyakorlatilag, amit leírtunk a füzetbe, azt vesszük át a beteggel még egyszer, ha erre igény van. Természetesen erre nagyon sok esetben nincs igény. Beszélgettem olyan betegekkel, akik négyszer – ötször elolvasták a füzetet és nagyon ismerik a tartalmát. Sőt, volt egy olyan beteg, aki előtte elvitte a házi orvosnak, és a házi orvos azt mondta neki, hogy ha erre önnek már nincs szüksége, legyen szíves adja oda nekem, hogy tudjam a betegeket korrektül tájékoztatni.

Ez, azt gondolom, az önök elismerése! Mi van akkor, ha megfordítjuk az előzőleg feltett kérdést? Ön azt mondta, hogy a műtéti technika, a műtét előtti és utáni állapotról, és a rehabilitációról tájékoztatnak. Mi van abban az esetben, amikor úgy jön önhöz a beteg, hogy ok, ezt megértettem, de egyébként nekem pajzsmirigy betegségem és egyéb más betegségem is van. Felmerülhet-e itt olyan kérdések, és ha igen milyen gyakran, amely az ön kompetenciáját meghaladják?

Ez az altatóorvos feladata, ezeket a beteg az altatóorvosnak mondja el, amikor találkozik a beteg vele, egy-két héttel a műtét előtt.

Ez nyilvánvaló, de ott sem jut minden eszébe a betegnek.

Igen, ez nagyon jó kérdés. Többször volt már ilyen, hogy azt mondta a beteg, hogy elfelejtettem valamit mondani az altatóorvosnak, vagy a sebésznek. Ilyenkor az van, hogy veszem a telefont, felhívom az altatóorvost, vagy az altatóorvos vezetőjét, vagy a sebészt. Elmondom neki, hogy még ezek az információk vannak a betegről, és ezzel kihozhatunk olyan dolgokat, amik a sötétben maradtak.

Ennek nyilván nincs semmi szándékossága a háttérben, hanem annyi, hogy a beteg izgul, feszült és szorong. Ezért, ha jól értem, van ön és az altatóorvos, ön és a sebész között, vélelmezem mindkét irányban egy folyamatos feed-back mechanizmus.

Tájékoztatás során, illetve azt követően van-e a betegnek lehetősége kérdezni?

Természetesen igen.

Mi a visszajelzés az orvosok részéről – hiszen gondolom, itt természetesen lehet -; volt-e olyan észrevétel, és szándékosan nem panaszt mondok, hogy „de még meg akartam kérdezni a doktor urat/doktornőt, de nem volt már rám ideje? Találkozott ilyennel, ha igen, nagyságrendileg mennyivel?

Tulajdonképpen arról van szó, hogy az orvos rengeteg beteggel találkozik, nem akarok számokat mondani, de az ambulancián hihetetlen mennyiségű beteg megfordul. Ott lehetnek olyan dolgok, amikor egy-egy kérdést nem tud feltenni a beteg, mert olyan az adott szituáció. A füzetet, az írásos anyagot mindenképpen a kezébe kapja, és elképzelhető, hogy a füzetből megkapja az ő gondolataira, kérdéseire a választ. De az is elképzelhető, hogy pontosan a füzet hívja fel a figyelmét valamire, amit itt megkérdezhet, és itt nagyjából be is zárul a kör. Amire én nem tudok válaszolni, házi szokások, bármi, akkor azonnal megkeresem az orvost, vagy az aneszteziológust és azonnal rövide zárjuk ezt.

Ha ebből folyamatábrát szeretnénk csinálni, akkor ez, hogy nézne ki? Megérkezik a beteg, van egy diagnózisa, és indikált a műtetre. Tehát: ambulancia – füzet (párhuzamosan az orvosi tájékoztatás) – utána ön a műtét előtti napon. Mikor írja alá a beteg a műtéti beleegyezést?

Volt egy idő, amikor ekkor, nálam írta alá a beteg. Aztán egyre több betegünk lett, és kitaláltuk azt, hogy a beteg már az orvosnál írja alá, amikor a szóbeli tájékoztatást megkapta. Vigye haza a beteg, tanúztassa le a családdal, és aláírva, letanúzva hozza vissza. Gyakorlatilag az én feladatom az információátadáson, a segítő beszélgetésen kívül már más lett; az én feladatom könnyebb lett, a feladat, hogy leellenőrizzem, hogy megvan-e minden aláírás. A dátum, az orvos aláírása, a beteg aláírása és a két tanú. Tehát ezek így néznek ki ezek a füzetek, két példányban, etikettel ellátva, hogy pontosan tudjuk, melyik betegé.

Ez fontos, hogy a szóbeli tájékoztatás után ezt kézbe kapja, elviszi, ön előtt ezt otthon elolvashatja, aláírja, és ami kérdése van, azt ezután felteheti. Majd lelkileg beleegyezve, fizikálisan felkészülve megérkezik Önhöz, kérdésekkel a fejében, de a formai dolgok már eddigre kipipálva, és ezzel önöknek már nem kell foglalkozni.

A beteg minden esetben megismerheti a vizsgálatainak az összes eredményeit? Ismét ez talán nem az ön kompetenciája, de most haladunk végig a tájékoztatási checklist-en, ezért kérdezem.

Ehhez joga van a betegnek.

Igen, ezt tudom, de akkor felteszem másképp a kérdést. Volt-e esetleg olyan visszajelzés, hogy azt mondta a beteg, hogy egy-egy ponton nem tudom, mit jelent az információ, nem tudom, hogy itt mi történt vele, vagy nem kapott esetleg meg valamilyen részinformációt?

Nem találkoztam ilyennel.

Tudom, hogy ön az utolsó lépcsőfok a betegnél, mielőtt lefektetik, ezért itt lecsapódhat még minden. Itt még gyorsan megkérdezhet utoljára bármit. Akkor, ha ilyen nem volt, akkor erre is kiemelt figyelmet fordítanak.

Mennyire jellemző, illetve mennyire tartják be azt az előírást, hogy a beteget ellátó személyzet szakképesítése, a neve feltüntetésre kerül és a beteg ezt láthatja?

Igen, mindenkinek van egy kis táblácskája, meg is mutatom önnek, ez így néz ki, és ezt tesszük ki, erről a beteg tájékozódhat.

Ismét evidenciáról beszélünk. Azt mondja a jogszabály, hogy a betegnek érthető módon kell a tájékoztatást megadni. Itt elsősorban arra gondolok, hogy mi a helyzet a fogyatékossgal élőkkel? Látássérült, hallássérült? Hogyan tudják a kommunikációs gátakat áthidalni? Ön hogyan tudja ezeket áthidalni?

Meg kell, hogy mondjam, hogy a tíz év alatt nem találkoztam sem látássérülttel, sem hallássérülttel. Voltak olyan esetek, hogy a törvényes képviselőnek kellett aláírni a beleegyező nyilatkozatot, mert cselekvőképtelen volt a beteg. Ilyenkor azt csináltuk, hogy ugye meg van határozva szépen sorban, hogy az egy háztartásban élő, stb. Ezekben az esetekben igyekszünk ide hívni a hozzátartozót. Vagy például operálunk scoliosisos gyerekeket. Ők valóban gyerekek, általában 12 és 14 éves kor körül operáljuk ezeket a gyerekeket. Külön kórteremben vannak, ahol az anyuka is mellette fekszik. Ilyen esetben az anyuka írja alá a beleegyező nyilatkozatokat. De visszatérve a cselekvőképtelenekre, volt olyan, hogy nem tudott bejönni a hozzátartozó, és akkor faxoltunk. Ez nagyon komoly munka, hogy az orvos telefonon mindent lebeszél a hozzátartozóval, telefonon már szóban beleegyezik a hozzátartozó, majd utána elfaxoltuk a beleegyező nyilatkozatot, ő visszairta és végül így nyertük el a hozzátartozó beleegyezését a műtéthez. Nagyon nagy hangsúlyt fordítunk az ilyen extrém helyzetekre is.

Akkor tehát nem volt még a praxisában sem látás-, sem hallássérült?

Nem.

Teljesen szubjektív jellegű a kérdés; tudja egyébként, hogy milyen lehetőségei vannak a tájékoztatásra ezekben az esetekben, amikor az érintett kísérő nélkül jön?

Csak a törvényes képviselőt tudjuk bevonni. Vagy ön tud valami megoldást?

Igen, tudok hasznos tanáccsal szolgálni önnek. Van a SINOSZ-nak egy internet alapú kontakt tolmács szolgálata, amit tud használni. Azért, mert valaki siket, vagy nagyfokú hallássérülése van, nem biztos, hogy van törvényes képviselője, hiszen ő alapvetően cselekvőképese, csak a kommunikációhoz kell neki valamilyen segítség. Tehát van egy ilyen ingyenesen igénybe vehető skype alapú szolgáltatás, amelyhez egy web kamerára

van szükség. Ön beszél hangzó nyelven, a kamera másik oldalán pedig a jeltolmács fordít a siket részére jelnyelven. Ez fontos, és nem sokan tudnak róla. Hiszen azt gondoljuk, ha valaki fogyatékossgal él, törvényes képviselője is van. Főleg a siketeknél sok esetben ki is kéri maguknak a normalitást, hisz intelligenciában és más mentális szempontból is rendben vannak.

Érdekes, hogy az elmúlt tíz évben nem találkoztam még siket beteggel.

Ha etikai szempontból tovább görgetjük a gondolatot, akkor gondoljunk bele, hogyha a cselekvőképes fogyatékossgal élő nem akarja, hogy a hozzátartozója, aki tud neki a kommunikációban valami módon segíteni, nem akarja, hogy végig hallgassa azokat az információkat, ami róla szól. Ez számomra egy etikai dilemma.

És a látássérülteknél?

A látássérülteknél, ha nem halmozott fogyatékossgáról beszélünk, akkor egy tanú jelenlétében a ráutaló magatartás elfogadható. Tisztázni kell, hogy mi az ő hivatalos aláírása. Lehet aláírás pecsétje, amiről van igazolása, hogy a pecsét elfogadható. Van olyan is, hogy egyedül érkezik, és meg kell kérdezni tőle, hogyan szokott aláírni? Az aláírásához odasegítem a kezét a sor elejére, ahol alá kell írnia, előtte természetesen szóban elmondom, mit ír alá és duplán visszakerdezem tőle, hogy minden részlet megértett-e? Amennyiben igen, és nincs kérdés, tájékoztatom, hogy itt ezt fogja aláírni. Ha ő nincs gondnokság, gyámság alatt, ebben az esetben betegjogi szempontból ez teljesen legális, elfogadható dolog.

Értelmi sérültek esetében, akik születésüktől fogva gondnokság alatt vannak, ott annak megfelelően kell eljárni, de komoly megoldandó kérdés, illetve probléma a sok demens és Alzheimer szindrómás idős, mert, hogy a nagy részük nincs gondnokság alatt. A hozzátartozó nyilván nem fogja gondnokságba vétetni, mert azt látja, hogy ő is erre a sorsra jut harminc év múlva. Szóval van baj, hiszen amikor az egész környezet látja, hogy a nagymamával van baj, mert furcsa dolgokat csinál és beszél, és még mindig nem veszik gondnokságba. Ily módon ő bármit aláírhat, mint cselekvőképes, jogképes felnőtt.

Az a szörnyű, hogy egyre több az idős ember, és ez a probléma még előttünk áll.

Igen, a magyar lakosság korfája igen nyílik; a demográfiai adatok is az egyre növekvő idősek számát mutatja.

Nem tudom, hogy önöknél vannak-e térítés ellenében végzett vizsgálatok, de a jogszabály előírja azt is, hogy e vizsgálatok előtt a beteget tájékoztatni kell a térítési díjról. Van-e ilyen jellegű szolgáltatás önöknél, és ha igen, tájékoztatva van-e a beteg?

Ez nem az én kompetenciám. De ott kezdjük, hogy a Budai Egészség Központ szakkórháza az Országos Gerincgyógyászati Központ. A Budai Egészség Központ végzi a rendelőintézeteti dolgokat, komoly diszpécierszolgálattal. Gondolom, hogy ők

tájékoztatják a beteget, ha megkérdezi, hogy mi mennyibe kerül? Erre nem tudok válaszolni, mert ebbe nem vagyunk benne és nem az én feladatam.

Mennyi a külföldi betegek aránya? Illetve a külföldi betegeknek hogyan történik a betegtájékoztatás?

A főorvos úr, Dr. Varga Péter Pál által és nem tudok számot mondani, de arányban 15-20 százalék. Az angol nyelvű tájékoztatás úgy történik, hogy a füzetünket angol nyelvre is lefordítottuk, mindegyiket. Azt a betegnek oda tudjuk adni, azt el tudja olvasni. Én angolul olyan szinten nem beszélek, hogy tájékoztatni tudjam a betegeket, de van az intézetben egy munkatárs, aki intézi a felvételeket, az anyagi részt és olyankor őt szoktam megkérni, ő jön velem és tolmácsol. Vagy eleve tolmácsot hívunk. Az esetek hetven százalékában tolmáccsal jön a beteg. Például ha Iránból jön, vagy nem hétköznapi nyelvet használ. Ha német beteg érkezik, akkor tudom őt tájékoztatni. Ez egyébként hihetetlen örömet is okoz nekem, hogy beszélhetek vele németül és gyakorolhatom a nyelvet.

Nem látja aggályosnak azt, hogy ha valaki valamilyen egzotikus nyelven beszél, arabul, kínaiul, amikor jön a tolmács, hogy az egészségi állapotról, az elkövetkezendő napokról, helyzetről kell tájékoztatni a beteget? Ez ismét egy bennem felmerülő etikai dilemma.

Nem valószínű, mert a részleteket, azt előzőleg megbeszélte már az operatőrrel, a főorvos úrral. Amiről itt mi már beszélünk ilyenkor, az gyakorlatilag már a házi szokások. Nem megyünk bele már szakmai részletekbe, a füzetet előre megkapja, tehát én nem kérem meg azt a kollegát, aki az egészségügyben sem nagyon járatos, hogy itt bármi gyakorlati dolgot fordítson. Tehát ilyenkor gyakorlatilag arra szorítokozunk, hogy a házi szokásokkal tisztában legyen a beteg és az összes többi, tehát a szakmai részek az orvosok feladata.

Tehát itt önnél lényegében a technikai rész marad, a házirend adaptált ismertetése.

Igen, pontosan így van.

Mit gondol, mi a tapasztalat, vagy akár mindkettő, hogy a betegtájékoztatás elmaradása miatt mennyi a panaszmenyiség száma? Kicsit kérem, lépjen ki virtuálisan az intézményből! Van-e erre vonatkozólag gondolata?

Nekem meggyőződésem, hogy az is nagyon jól esik az embernek, még akkor is, ha egészséges, hogy meghallgatják. De ha még ráadásul beteg is, főleg műtét előtti napon, akkor kifejezetten érzékeny az emberi lélek, és minden odafordulásért nagyon-nagyon hálás tud lenni, és ezt nagy örömmel veszi. Meggyőződésem, hogy ebben a munkában az empátiával, az egész folyamat lesimításával van dolgom, ugyanúgy érzelmileg, mint jogilag. Gyakorlatilag a beteget próbálok először olyan helyzetbe hozni, hogy döntőképes helyzetben legyen. Fontos a tájékozott beleegyezés elnyerése. Ezek ugyan

már mind előttünk vannak, de itt még mindig simíthatunk a dolgokon. Másrészt jogilag is fontos, ugyanis ha nem írtunk dátumot, vagy egy aláírás hiányzik a beleegyezőn, vagy nem pontosan ugyanaz a műtét lesz, mint amit aláírt a beteg, ilyen dolgok is kiszűrődnek ennél az utolsó fázisnál. Még bőven van időnk segíteni, hiszen csak holnap fogják operálni a beteget, ma még itt mindent megtehetünk, lesimíthatjuk akár érzelmileg, akár jogilag a dolgokat.

Jól érkelem, hogy megfordította a kérdést? Azt próbálta nekem elmagyarázni minden oldalról, hogyan előzik meg azt, hogy a tájékoztatás elmaradása miatt panasz érkezzon. Jól értettem?

Igen.

Ettől függetlenül mit gondol, hogy ha kilép az intézményből, hallott-e olyan statisztikáról, természetesen nem szám szerint, hogy mennyi panasz lehet a tájékoztatás elmaradásából?

Szerintem ez egyre fontosabb kérdés. Egyre több beteg lesz, egyre több öreg lesz, egyre fontosabb és egyre nagyobb szerepe lesz ennek a munkának. Nem beszélve arról, hogy egyre több a jogi per is. Pontosan ez az a munka, amit az előző kérdésre válaszolva, próbáltam érzékeltetni. Nagyon sokszor a mediátor szerep a legfontosabb. Sokszor nem kell több a betegnek, csak hogy azt érezze, hogy őt emberszámba vették. És akkor nem indul el, nem jelenti fel a kórházat, mert ott mindenki úgy viselkedett vele, hogy emberségesen bántak vele. A másik, hogy van egy ilyen oldala is, hogy a papírok rendben legyenek. Átmegy, nem tudom, hány kézen, és még mindig találunk olyat, amin lehet még javítani. Utánam jön még egy ember, aki a papírokat átnézi, tehát igyekezzünk száz százalékra menni.

Azt tudja, hogy az egyik leggyakoribb megsértett betegjog a tájékoztatás elmaradása? Azt gondolom, hogy óriási előnyben vannak ezzel a rendszerrel, ezzel a feladattal, amit ön ellát, hiszen nagyon sok esetben az a méregfoga, hogy ha csak két mondattal többet mond, nem tesz panaszt. Hiszen ott áll a bizonytalanságban, és nem tudja, mit tegyen és tényleg csak két fél mondatra lenne szüksége.

A következő kérdésem, amit meg szerettem volna öntől kérdezni, az a kompetencia miatt nem releváns, miszerint a beteg-tájékoztatás során nem térnek ki más betegségekre? Ezek tehát az anesztéziánál, a kezelőorvosnál tisztázódnak és itt a szokásokhoz kapcsolódó információkról esik szó.

Igen, a műtéti technikával kapcsolatos információkat. Nézze meg, milyen gyönyörű makettjeink vannak, ide bejön egy beteg ebbe a szobába, először is az történik vele, hogy nyugalom van, csend van, nem kórház jellegű a szoba berendezése, már ettől szerintem megnyugszik. Aztán elkezdődik egy beszélgetés, amit szépen felvezetünk, eljutunk a műtéti témáig, majd megmutatom neki ezeket a gyönyörű maketteket, amit

most önnek is megmutatok. Itt van a sérv, így türemkedik ki, és ezt az idegyököt nyomja. Ezt a sérvet távolítja el az orvos, ezt a gyököt szabadítja fel az orvos, és ettől várható, hogy a lábba kisugárzó fájdalom elmúlik. Gyakorlatilag az nagyon nagydolog, hogy a beteg el tudja magát helyezni, hogy most miről is van szó? Gyönyörűen lilával le van festve a nyaki, késsel a háti, zölddel az ágyéki, ezért nagyon sok betegnek ez is segít, hogy egyáltalán hol van ez, lent vagy fent? Úgyhogy itt van egy másik is, ezt szertik nagyon. Két csigolyatest között van a porckorong. Ha itt megnyomjuk, akkor kitüremkedik a porckorong. Aztán vannak videofelvételeink, amin gyönyörűen lehet látni, hogy utazik be a csavar a gerincebe és hogyan kötik össze titán rudakkal. Úgyhogy a tájékoztatásnak a gerince az pontosan az, hogy a műtét technikáját elmagyarázzuk a betegnek. Erre jön rá a házi szokások tájékoztatása, ami megnyugtatja a beteget és jobban érzi magát a házban, mert ismer egy-két apróságot, például mikor lehet látogatni, hová jöhet a látogató. Általában ilyen kérdések is zavarják a beteget, ezekre is kitérünk, és ez megnyugtatja a beteget. Visszatérve a műtéthez is, hogy hány cső lesz benne, ehét, vagy nem ehét, mikor ehét utoljára, hogyan fürdik, mikor jön érte a betegszállító, mikor kezdődik a műtét, vagy, hogy nem kelhet fel. Meg vagyok győződve, hogy nagyon-nagyon sok elesést megakadályoztunk itt az intézetben azzal a ténnyel, hogy elmondom a betegnek, hogy a műtét utáni első felkelés mindig gyógytornász jelenlétében történik. Meg vagyok győződve, hogy az eleséseket ezzel a minimálisra tudjuk csökkenteni. Nem is tudom, hogy egyáltalán volt-e ilyen problémánk valaha? Tehát ilyen szempontból is nagy szerepe van ennek a munkának.

Mennyire fogadják el a betegek a betegtájékoztatást? Azt mondja, hogy mindenkinek egyénre szabottan történik ez, hiszen mindegyikünk más-és más, máshonnan érkezik, más ismeretekkel, más motivációval. Mi a tapasztalat?

Tíz év alatt én nem emlékszem, hogy olyan lett volna, hogy valaki azt mondta, hogy köszönöm szépen, én ezt nem kérem. Olyan volt, aki azt mondta, hogy a részletekbe ne menjünk bele. Nála elmondtam, amit úgy gondoltam, hogy nem a részletek, felvettük egymással a kontaktust, megnéztem, hogy aláírta-e a beleegyező nyilatkozatokat és egy kellemes beszélgetés zajlott. Szem előtt tartjuk a beteg kívánságát, és így az van, amit a beteg szeretne.

Olyanra volt-e példa, hogy elkezdte magyarázni és a beteg azt mondta, hogy ezt én tudom, megnézem az Interneten. Volt-e – bár nem szeretem ezt a kifejezést – bármilyen negatív visszajelzés, volt-e olyan, hogy azt mondta a beteg, hogy nem érdekel a video sem, csak essünk túl rajta?

Nem emlékszem, olyan volt – de ez pozitív példa -, hogy a beteg azt mondta, hogy ha ott lett volna ez a tájékoztatás, amikor az orvos felállította a diagnózist, akkor lehet, hogy megspóroltak volna egy-két telefonbeszélgetést, egy-két kört; az ismeretségi körben próbáltak kérdezősködni, információt szerezni. Tulajdonképpen az van – talán ez az első és legfontosabb -, hogy a betegek örülnek az odafigyelésre.

Ez elmondható kortól, nemtől s minden mástól is függetlenül?

Igen.

Százalékosan említve, milyen mennyiségű kérdés hangzik el egy ilyen interakció során? Azt említette, hogy az ideális idő általában 7 – 10 perc. Mi a tapasztalata, mennyit kérdeznek az emberek?

Ez típusfüggő. Van, aki nagyon sokat kérdez, a nyitottabb betegek általában. Volt a múlt héten pont egy beteg, akire már eleve figyelmeztettek a nővérek, hogy ez a beteg különleges és már a harmadik emeleten van (az interjúalany szobája a IV. emeleten van – a szerk.) és jól készül fel. A beteg nem tudott járni, nem tudtam felhozni a szobámba, odavittem a makettemet a beteghez, aki egyébként gyógyszerész és közel volt a szakmához. A legnagyobb meglepéssel írt alá a beleegyező nyilatkozatot, és örült, hogy látta, hol van az ő problémája. Nagyon örült annak, hogy meg tudott egy – két részletet erről. Külön dicsérte a füzetünket, elmondta, hogy nagyon jól meg van írva és külön dicsérte, hogy a latin szavak csak zárójelben vannak, és hogy elől szerepelnek a magyar szavak, és ezt egy laikus is meg tudja érteni.

Azt gondolom, hogy ez szempont volt, amikor ezek a füzetek el kezdtek készülni.

Igen, a főorvos úr erre nagy figyelmet szentelt, hogy ez így legyen. Érthető és olvasható legyen.

Ez a tájékoztatási rendszer adaptált rendszer, nemzetközi kitekintésben nézve ez átvett gyakorlat saját fejlesztéssel? Tud-e konkrétan olyan országot, ahol ezt használják?

Nem. Gyakorlatilag azzal kezdjük, hogy az anatómiai leírást adjuk, utána folytatjuk a betegség bemutatásával, a konzervatív kezelési lehetőségekkel, ha a konzervatív kezelés nem segít, akkor hogyan készül fel a műtétre otthon? Majd elérkezünk a kórházba, mi történik önnel a műtét előtti napon, ezt részletesen leírjuk. Azután a műtét menetét leírjuk lépésről lépésre, azután van egy ilyen rész, hogy mi történik önnel a műtét után, milyen szövődmények léphetnek fel? Erre külön kitértünk több oldalon keresztül. Utána a rehabilitáció, a gyógytorna, és a pszichológusoknak nagy szerepe van a házban; a pszichológusok minden füzetbe írtak legalább két – három oldalt. Az ő anyaguk is benne van, a legvégén a gyógytornászok is írtak, és ezt követik a beleegyező nyilatkozatok. Ez inkább logikai sorrendet követ. Kezdjük az anatómiánál, befejeztük a beleegyező nyilatkozatoknál. A betegnek lépésről lépésre végig kell ezen az úton mennie, és így raktuk össze ezt a füzetet.

Volt-e önöknél arra példa – tudván, kb. húsz százalék a külföldi betegek aránya -, hogy annyira meg voltak elégedve, hogy ezt a rendszert szeretnék elvinni?

A debreceni kórházból volt itt egy gyógytornász kolléganő, ő kérte, illetve volt egy másik, szintén gyógytornász kolléganő, akinek a szakdolgozatát segitettem megírni, és

itt végeztünk is egy felmérést ötven beteg bevonásával. Akkor megkérdeztük, hogy mennyire olvasták a füzetet, mennyire segített, végig mentünk egy-két kérdésen, úgyhogy ezek voltak.

Ha jól értem, a visszajelzések ezek szerint mindenholnan pozitívak a betegtájékoztató füzetek tekintetében? Közben, ahogy hallgatom önt, pár kérdést kivettem, a kompetencia kör miatt, illetve azért is, mert a válaszok során több átfedés is volt és több helyről már válaszokat is kaptam ezekre.

Az utolsó kérdésem önhöz ebben a témában; milyen módon, milyen koncepció alapján készítik a betegtájékoztatókat, de erre is kaptam választ, mely szerint logikusan felépítve, egy folyamatot végigkísérve történik ez. Kezdve a „papír alapú” anatómiával, befejezve azzal, hogy Ön megnyomja a kis makettjét szemléltetési célból.

Van-e olyan specifikum, olyan szívet melengető dolog, ami itt még elmondható, ebben a témában, és fontos tudni, fontos publikálni és fontos beszélni róla?

Szívem szerint nagyon boldog lennék, ha ezt a munkát el tudnánk terjeszteni a többi intézetekbe. Ugyanis meg vagyok róla győződve, hogy ez nagyon sokat jelent az orvosoknak is, a betegek is. Ugyanis ez a feladatunk nekünk, egészségügyeseknek, hogy a beteget emeljük fel, a betegek tegyünk meg mindent, és a jogi oldal is előttünk van, ahogy erről már beszéltünk is. Nagyon sok idős ember lesz, akik még inkább megkívánják az odafigyelést. Olyan betegoktatókat kellene kiképezni, akik a saját munkaterületükön – én műtősnőként huszonhét év után ezt tudom, ezt láttam, ezt ismerem jól -, a legjobbak. Az egészségügy területén megtalálni azokat az embereket, akik rengeteget tanultak, rengeteget tapasztaltak a saját témájukban, és betenni őket az orvosok és betegek közé. Főiskolai végzettsége legyen, mert az meggyőződésem, hogy kell hozzá, és így kiképezni a betegoktatókat. Igazán így tudnának segíteni.

Mit gondol, miért nincs most az intézményekben betegoktató? Ez pusztán pénz kérdése lenne?

Talán azért, mert az orvosok sem fogadják a mai napig el. Nem fogadják el, és nem értik, hogy miről van itt szó! Varga Péter Pál főorvos úr hihetetlen előre látással már tíz évvel ezelőtt döntött ebben a kérdésben. Itt lenne egy kidolgozott anyag, és itt a példa is, ami működik is. Valóban ez nagyon nagydolog lenne, ha mi ezt át tudnánk adni, ugyanis az is meggyőződésem – tekintettel arra, hogy jövőre negyven éve leszek a szakmában -, hogy nagyon szeretném mindazt a tudást átadni, amit a betegtájékoztatók során szereztem.

Ennél szebb végszó nem lehet egy interjúnál; kívánom, hogy ezt megtegye, képezze és segítsen olyan embereket ehhez a szakmához, hivatáshoz, amit ön művel, hogy mások is ilyen lelkesedéssel csinálják azt, amit ön csinál jelenleg.

Köszönöm az interjút és idejét, amit erre szánt!

12.TÁBLÁZATOK ÉS ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. táblázat: A legfontosabb betegjogi vonatkozású nemzetközi deklarációk (1948-2002)
2. táblázat: A betegjogi képviselői megkeresések esetszámai (2016-2020)
3. táblázat: A kutatási részvétel mutatói a praxis számok alapján
4. táblázat: A kutatásban részt vevő háziiorvosi praxisok (n=24) jellemzői a kutatási időszakban
5. táblázat: A pilot- és a végleges kérdőív összehasonlítása
6. táblázat: Az általános egészségi állapot önértékelése (N=1000)
7. táblázat: A kérdőív kitöltés elutasításainak indokai
- 8.táblázat: A válaszadók korcsoportos megoszlása(N=547)
9. táblázat: Az elmúlt hónap során észlelt tünetek előfordulása kor szerinti összehasonlítás szerint (N=547)
10. táblázat: Ön kihez fordulna, ha az egészségügyi ellátás során jogsérelem éri? (N=543)
11. táblázat: A háziorvos emberi tulajdonságainak értékelése (átlag)
12. táblázat: A háziiorvosi látogatások céljai korcsoportok szerinti bontásban (N=544)
13. táblázat: Ha nem kéri orvosa a vizsgálatok és beavatkozások elvégzéséhez az Ön beleegyezését, mit gondol, mi ennek az oka? (n=311)
14. táblázat: A magasvérnyomás-betegségével kapcsolatosan Ön milyen részletességgel kap információkat a háziorvosától (%)? (n=227)
15. táblázat: Az egészségi állapot szubjektív megítélésének eredményei (2009 – 2019 között)

- 1. ábra:** A pilot kérdőív és a végleges kérdőív kérdéstípusainak összehasonlítása
- 2. ábra:** A válaszadók megoszlása családi állapotuk szerint (N=547)
- 3. ábra:** Az egészségi állapot szubjektív megítélése 2017-2019 közötti időszakban (N=547)
- 4. ábra:** Az egészségi állapot szubjektív megítélése az iskolai végzettség szerint (N=547)
- 5. ábra:** Az elmúlt hónap során észlelt tünetek előfordulása igen/nem besorolás szerint
- 6. ábra:** Az elmúlt hónap során észlelt tünetek előfordulása „nem fordult elő/előfordult, nem zavart” és „előfordult, kissé vagy nagyon zavart” besorolás szerint
- 7. ábra:** Az adott betegség előfordul-e Önnél? (N=547)
- 8. ábra:** Tudja-e, hogy van-e mellékhatása az Ön által szedett vérnyomáscsökkentő gyógyszernek?
(n=266)
- 9. ábra:** Ön szerint milyen feladatot lát el az egészségügyi dolgozó? (N=542)
- 10. ábra:** Az egészségügyi ellátásokkal való elégedettség átlaga (2017-2019)
- 11. ábra:** A házi orvos látogatás átlaga korcsoportonként (N=544)
- 12. ábra:** A házi orvoshoz látogatás célja nemek szerint (N=544)
- 13. ábra:** A betegségekről, egészségi állapotról való tájékozódás helyei nemek szerinti bontásban (n=448)
- 14. ábra:** A házi orvos látogatás gyakorisága (N=540)
- 15. ábra:** Ha orvosa vizsgálatra, vagy beavatkozásra küldi Önt, minden esetben tájékoztatja ennek indokoltságáról? (n=537)
- 16. ábra:** Milyen módon teszi meg a házi orvosa a betegségeivel kapcsolatos tájékoztatást? (n=446)

17. ábra: Szokott-e Ön kérdéseket feltenni a betegségével kapcsolatosan? (n=536)

18. ábra: A legfőbb betegtájékoztatási elemekre adott igen válaszok összehasonlítása (%) (n=328)

19. ábra: Ön mennyire ért egyet az alábbi, betegtájékoztatáshoz kapcsolódó állításokkal? (átlag)

13.KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Hálás köszönetemet fejezem ki mindazoknak, akik segítettek kutatásomat, doktori tanulmányaimat, és ezen dolgozat elkészítését. Mindenekelőtt köszönettel tartozom témavezetőmnek, Prof. Dr. Kovács József egyetemi tanárnak, aki doktoranduszi éveimet végig segítette, és akinek munkássága, szakmaszeretete és embersége az igaz példa előttem. Megköszönöm Dr. Susánszky Éva egyetemi tanárnak, hogy doktori tanulmányaimat tanácsaival támogatta és Dr. Zana Ágnes egyetemi docensnek, a házi védés opponensének a konstruktív javaslatait.

Köszönöm Dr. Forrai Judit professzor asszonynak, hogy emberségével és nyitottságával támogatta tanulmányaimat. Köszönettel tartozom Dr. Szabó Dorottya szociológusnak, aki a kutatás statisztikai feldolgozásban támogatott. Oroszi Julianna betegoktatónak is köszönettel tartozom az interjú készítés lehetőségéért.

Az EMMI Integrált Jogvédelmi Szolgálat jogvédelmi biztosának, Dr. Novák Krisztinának és mindazon kollégájának köszönetemet fejezem ki, aki bármilyen módon segítette e munka elkészültét, és doktori képzésem sikeres befejezését.

Édesanyám és néhai Nagyszüleim biztatása és végtelen segítsége a legszilárdabb alapokat nyújtotta számomra. Köszönet illeti segítőkész Fiamat, Grünfeld D. Henriket mindazon támogatásért, amit értem tett. Köszönöm a jóságukat.

Köszönöm a segítséget szerzőtársaimnak, Prof. Dr. Ács Nándornak és Prof. Dr. Felkai Péternek.

Külön köszönetemet fejezem ki Erzsébetváros Önkormányzatának támogatásáért abban, hogy a kutatás megvalósulhasson. Köszönöm a kutatásban részt vevő felnőtt házi orvosoknak együttműködésüket és nyitottságukat.