

# **A terápiaválasztás szociokulturális tényezői – a komplementer és alternatív medicina használatának körülményei magyar betegek körében**

Doktori értekezés

**Zörgő Szilvia**

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Zana Ágnes, egyetemi adjunktus

Hivatalos bírálók: Dr. Köteles Ferenc, egyetemi tanár

Dr. Horkai Anita, adjunktus

Szigorlati bizottság elnöke: Prof. Dr. Tringer László, professor emeritus

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Barabás Katalin, egyetemi docens

Dr. Pethesné Dávid Beáta, egyetemi tanár

Budapest

2020

## **BEVEZETÉS**

### **Téma**

A kutatás az ún. nem-konvencionális gyógymódokat, azaz a komplementer és alternatív medicina (KAM) modalitásait alkalmazó betegek terápiaválasztását befolyásoló szociokulturális tényezőket vizsgálja. Tágabb kontextusban a kutatás arra irányul, hogy a beteg miként kerül kapcsolatba az egészségügyi kérdésekre vonatkozó információval és hogyan értelmezi azt, valamint interpretációját miként fordítja cselekvésbe. A Hagyományos Kínai Orvoslást (HKO) alkalmazó betegek kerültek a kutatás fókuszába, viszont a HKO sok szempontból magas transzferabilitással bírt a többi KAM modalitás tekintetében.

### **Klinikai relevancia**

A nem-konvencionális medicina kizárólagos (alternatív) használata – azaz a nyugati orvoslás elutasítása – sokszor súlyos betegségek kapcsán, akár a beteg életét veszélyeztetve is előfordul. Elterjedt jelenség az is, hogy a beteg terápiaválasztásával kapcsolatos döntéseiről kezelőorvosát nem tájékoztatja, mely szimultán alkalmazott gyógymódoknál destruktív terápiás interakciókhoz vezethet. Komoly kommunikációs problémák merülhetnek fel akkor is, amikor az orvos nincs tisztában a beteg KAM-használata mögött rejlő érvelésével, (szub)kultúra-függő és személyes preferenciáival, mely a beteg részéről bizalomvesztéshez vezethet.

### **Definíciós kérdések**

A komplementer és alternatív medicinának számos definíciója és tipológiája létezik, a legelterjedtebb a „nem konvencionális gyógymódok”, de a biomedicina és KAM határvonala országról-országra, akár kórházzról-kórházra változhat. A Cochrane Collaboration definíciója, nem pusztán arra hívja fel a figyelmet, hogy egy-egy KAM modalitás kultúrába ágyazott (saját orvosi rendszerrel rendelkező) jelenség, hanem arra is, hogy a KAM meghatározásában alapvető kérdés az, hogy milyen medicina domináns egy adott országban.

### **Prevalencia**

A legtöbb KAM-használatot mérő vizsgálat növekvő népszerűséget mutat, de a nemzetközi adatok nehezen összemérhetők, mert befolyásolja őket, többek között az adott egészségügyi rendszer felépítése (szektorai, társadalombiztosítás által támogatott eljárások stb.), az alkalmazott KAM definíció (pl.: csak biológiai alapú KAM bevonása, csak nagy gyógyító rendszerek eljárásainak mérése, csak specialistánál igénybe vett szolgáltatás vagy csak termék), a KAM kategorizációja (pl.:

törvénykezés, nemzetközi szervezetek, bizonyíték-alapú tipológiák), a betegcsoport (milyen betegség, milyen stádiumban? Pl.: „tüdőrák” vagy „krónikus” vagy „mozgásszervi”) és a KAM-használat típusa (pl.: kiegészítő vagy helyettesítő használat).

### **A tipikus KAM-használó**

Számos kutató állítja, hogy az átlag KAM-használó középkorú, jómódú, magas iskolázottságú, leginkább daganatos betegségben szenvedő fehér nő. Ugyanakkor más szerzők éppen amellet érvelnek, hogy a demográfiai mutatók nem befolyásolják a KAM-használatban nagy szerepet játszó egészség- és betegviselkedést, hanem az egyéni, pszichológiai jellemzők a fontosabbak.

### **A terápiaválasztás**

A KAM népszerűségét magyarázó egyik legrégebbi és sokak által még mindig jelentősnek tartott teória a „piaci rés hipotézis”: a KAM a biomedicina által meghagyott „piaci réseket” tölti be, mint a gondoskodás, valamint a szenvedés jelentéssel való felruházása. Sok, KAM-mal foglalkozó szakember viszont amellet érvel, hogy ennél komplexebb jelenségről van szó, és a terápiaválasztásban szerepet játszó szempontokat két csoportba sorolja: a biomedicinától eltávolító tényezők („push factors”, pl.: nincs biomedikális gyógymód, nem hatékony, vagy nagyon erősek a mellékhatásai), valamint a KAM felé vonzó tényezők („pull factors”, pl.: filozófiai kongruencia, azaz az egyén egy bizonyos KAM modalitás szociokulturális közegében felfedezni véli saját értékrendszerét). A push-pull dichotómiához hasonlóan, számos szerző különbséget tesz a biomedicinával szemben érzett „elégedetlenség/kiábrándulás” és „értékek/hitek” tényezők között, és kimutatták, hogy az elégedetlenség másodrangú az értékrendszer dimenzióihoz képest. A vélekedési és viselkedési mintázatok tehát, a KAM-használat jelentős prediktorai. Számos pszichológiai konstruktum mutat pozitív korrelációt a KAM-használattal, mint például pozitív gondolkodás, optimizmus, holizmus, énhatékonyság és ágencia, viszont a kutatásokban használt mérőeszközök eltérő módon határozzák meg ezeket az attitűdöket. Emellet, ezek a kutatások dekontextualizáltnak minősíthetők, ugyanis nem veszik figyelembe a tágabb politikai, szociokulturális, történelmi és szociálpszichológiai jelenségeket, melyek formálják az egyéni kogníciót és behatárolják/lehetővé teszik tetteit. A teljesskörű KAM-mal kapcsolatos elemzés az egyaránt fontos mikro- és makro-szintű jelenségeket, az egyént és attitűdjeit szociokulturális közegében tartva vizsgálja. A terápiaválasztás teljesskörű megértéséhez fontos tehát tudni, hogy a beteg miként gondolkodik a világról, emberről, betegségről, egészségről (magyarázó modell), és milyen kulturális diszpozíciók határozzák meg egészségügyi döntéseit.

## **A magyarázó modell (MM)**

Jelen kutatás alapfeltevése az volt, hogy a terápiaválasztás összefügg a beteg világ-, ember-, betegség- és egészségképével, mely tartományok együttesen az egyén magyarázó modelljét (MM) képezik. Bármely medicina mint kulturális rendszer, rendelkezik MM-mel – az orvos és a laikus e jelentésrendszerek segítségével értelmezi tapasztalatát és tapasztalata formálja MM-jét. Az MM hatással van a tünetek értelmezésére, az egészség- és betegmagatartásra, meghatározza többek között, hogy a beteg miként látja el önmagát, milyen gyakran keresi fel orvosát, milyen információforrásokból tájékozódik, késlelteti-e a segítségkérést, mennyire követi egy gyógyító előírásait és milyen hatékonysággal tud megküzdeni a betegséggel.

## **CÉLKITŰZÉSEK**

- ✓ A kutatás célja volt, hogy a KAM alkalmazása mögötti szociokulturális faktorokat és képzet-mintázatokat feltárja, és az eredményeket elsődlegesen az orvostársadalom felé közvetítse.
- ✓ A kutatás klinikai szempontból releváns célkitűzése volt a KAM-mal kapcsolatos orvos-beteg kommunikáció kihívásainak részleteit a beteg szemszögéből feltárni, és az orvostársadalom számára általános javaslatokat tenni arra vonatkozóan, hogy a beteggel a KAM-ról miért és hogyan kommunikáljon.
- Nem vállalkozott a kutatás arra, hogy a KAM-használatot vagy bármely részterületét mérje – hiszen célkitűzései és módszertana nem teszik lehetővé ilyen eredmények generálását. Továbbá arra sem, hogy a KAM modalitások hatékonyságát „objektíven” vagy „szubjektíven” minősítse, illetve a modalitásokat összegezze és tipológiába sorolja.
- A kutató elhatárolódik attól, hogy a KAM-ról, annak igénybevételéről vagy a konvencionális medicina és a KAM kapcsolatáról bármilyen értékítéletet alkosson. A kutató meggyőződése, hogy a neutralitás, a reflexivitás és a kritikus gondolkodásmód alapvető és elsődleges fontosságú az eredmények megbízhatóságának szempontjából.

## **MÓDSZEREK**

Exploratív és kvalitatív kutatás, melynek két fő pillére a résztvevő megfigyelés és a félig strukturált interjú módszere volt. A terepmunka során elengedhetetlen szempont volt az összes résztvevő anonimitásának biztosítása.

### **Résztevő megfigyelés** (2015. január – 2017. május)

*Célok:* a terepben való „elmerülés”, a jelenségek naturalisztikus környezetben történő megfigyelése, a mindennapi tevékenységekben való részvétel.

*Mintavételezés:* a résztvevő megfigyelés során az alanyok kényelmi mintavétellel, időbeli szaturációval kerültek a mintába. A terepmunka helyszínei (rendelők) és gyógyítói (HKO orvosok) nem-valószínűségi, nem-arányos kvóta szerinti mintavétellel kerültek bevonásra. Az alkalmazott kategóriák a következők voltak: 1) Az attitudinális és gyógyítói tentatív tipológia (maximum variabilitás), 2) A kezelőhelység földrajzi elhelyezkedése (Buda és Pest), 3) A gyógyító nemzetisége (magyar és kínai), 4) A gyógyító neme (férfi és nő).

### **Félig strukturált interjúk: gyógyítók** (2015. január – 2017. július)

A 1,5-2 órás interjú a gyógyító rendelőjében zajlott. Az interjú hanganyaga diktafonon került rögzítésre és verbatim került felgépelésre.

*Interjú-struktúra:* leginkább a pályaválasztással kezdődő, rugalmas sorrendet követő, tematikus blokkokba rendezett kérdések és altémák alkották az interjúkat; az interjúalanyok bizonyos mértékben eltérhettek a kérdésektől; minden interjú mindegyik tematikus blokkot érintette: világkép (ontológia és episztemológia), társadalomkép és a többségi társadalmi értékekhez való viszony, emberkép (alkotóelemek és interakciójuk), betegségkép (definíció/leírás, etiológiák, nozológia), egészségkép (definíció/leírás, a gyógyulás folyamata), pályaválasztás, a HKO-ra való specializálódás okai és a biomedicinához való viszony.

*Mintavételezés:* nem-valószínűségi, nem-arányos kvóta szerinti mintavétel (lásd: feljebb) a résztvevő megfigyelés helyszíneiről és egyéb rendelőkből.

### **Félig strukturált interjúk: betegek** (2015. január – 2017. július)

A 1,5-2 órás interjú a beteg által látogatott rendelőben, a beteg otthonában vagy egy nyilvános helyszínen zajlott az interjúalany igényei szerint. Az interjú hanganyaga diktafonon került rögzítésre és verbatim került felgépelésre.

*Interjú-struktúra:* leginkább a betegúttal kezdődő, rugalmas sorrendet követő, tematikus blokkokba rendezett kérdések és altémák alkották az interjúkat; az interjúalanyok bizonyos mértékben eltérhettek a kérdésektől; minden interjú mindegyik tematikus blokkot érintette: világkép (ontológia és episztemológia), társadalomkép és a többségi társadalmi értékekhez való viszony, emberkép (alkotóelemek és interakciójuk), betegségkép (definíció/leírás, etiológiák, nozológia), egészségkép (definíció/leírás, a gyógyulás folyamata), betegút és terápiaválasztás (miért HKO, milyen egyéb KAM-mot vesz igénybe, hogyan került kapcsolatba vele, hogyan ítéli meg a terápia hatékonyságát).

*Mintavételezés:* nem-valószínűségi, nem-arányos kvóta szerinti mintavétel a résztvevő megfigyelés helyszíneiről és egyéb rendelőkől. Az alkalmazott kategóriák a következők voltak: 1) A beteg nemzetisége (csak magyar), 2) A beteg neme (férfi és nő), 3) Toborzás helyszíne (maximum variabilitás).

## **A kódolási folyamat**

Első fázis: induktív szabadkódolás, melyet a kutató végzett, a kódok dinamikusak maradtak a terepmunka kb. egyharmadáig.

Második fázis: egy tentatív kódrendszer került kidolgozásra két kódfával: PJ (Patient Journey / Betegút) és EM (Explanatory Model / Magyarázó modell). Az első fázis során rögzített adatokon a PJ és EM kódokkal deduktív újrakódolás történt. Minden további (résztvevő megfigyelés és interjúkból származó) adat a PJ és EM kódokkal került kódolásra.

Harmadik fázis: a terepmunka lezárását követően két, független, külön dolgozó kódoló a nyers adatok anonimizált változatát induktívan kódolta (szabadkódolás), majd kifejlesztett egy önálló kódrendszert a betegút és az MM-ek adatainak kódolására.

Negyedik fázis: a három kódrendszeren (a két független kódolóé és a kutatóé) trianguláció történt, az eltérő kódokból a megversenyeztetést követően konszenzus született.

Ötödik fázis: a PJ és EM kódfák végső verziója elkészült.

Hatodik fázis: az egész adathalmazt mindhárom kódoló deduktívan kódolta a PJ és az EM kódfák végső verziójával, majd triangulálta a kapott eredményeket.

A kódolás mindegyik fázisban az Atlas.ti 6.0 szoftverrel zajlott, az adatok egy külön hermeneutikai egységbe kerültek a programon belül.

## **A kódfák**

A PJ (Patient Journey) kódfa a betegút terápiaválasztással kapcsolatos aspektusait foglalja magában, jelesen: a beteg milyen ponton és milyen konkrét indokkal fordult a KAM felé. A betegutat a következő fő kódok alkotják: diagnózis (PJ.D), orvosi konzultáció (PJ.C), kezelések (PJ.T), bármely ponton (PJ.A). A négy mesterkód összesen 15+8 alkóddal rendelkezik, a kódfa pedig 3 absztrakciós szintből épül fel.

Az EM (Explanatory Model) kódfa a beteg MM-jének aspektusait tartalmazza. Az MM-et a következő fő kódok alkotják: világkép (EM.W), társadalomkép (EM.S), emberkép (EM.M), betegségkép (EM.I), egészségkép (EM.H). Az öt mesterkód összesen 33+117 alkóddal rendelkezik, a kódfa pedig 3 absztrakciós szintből épül fel.

## Elemzés

A betegekkel és gyógyítókkal készült interjúk narratívaelemzésre kerültek, mely az Interpretatív Fenomenológiai Analízis elemzési rendszerével történt, tehát a szabadkódolást követően az induktív módon kialakuló, dinamikus változó kódok egyre feljebbi absztrakciós szintekbe szerveződtek, és végül a fő kódok kerültek kialakításra.

## EREDMÉNYEK

A 2015. január és 2017. május között zajló, 29 hónapos résztvevő megfigyelés négy HKO rendelőben történt, két rendelőben egy-egy, míg a másik két rendelőben több gyógyító együtt dolgozott. Az alábbi táblázat mutatja a résztvevő megfigyelés részleteit.

Táblázat 1: A résztvevő megfigyelés részletei

<b>Időtartam</b>	2015. jan. – 2017. máj. (29 hónap)
<b>Helyszín</b>	4 HKO rendelő (2 budai, 2 pesti)
<b>Rendelő (fő) HKO gyógyítója</b>	2 magyar, 2 kínai; 2 nő, 2 ffi; átl. kor: 48 (33-61 év)
<b>Beteg bevonási mód</b>	Betegfelvétel N=49; Kezelt N=56 (össz. N=105)
<b>Beteg rendelkezett-e korábbi leletekkel</b>	Igen N=90 (85,7%) Nem N=15 (14,2%)
<b>Beteg rendelkezett-e nyugati diagnózissal</b>	Igen N=66 (62,8%) Nem N=39 (37,1%)

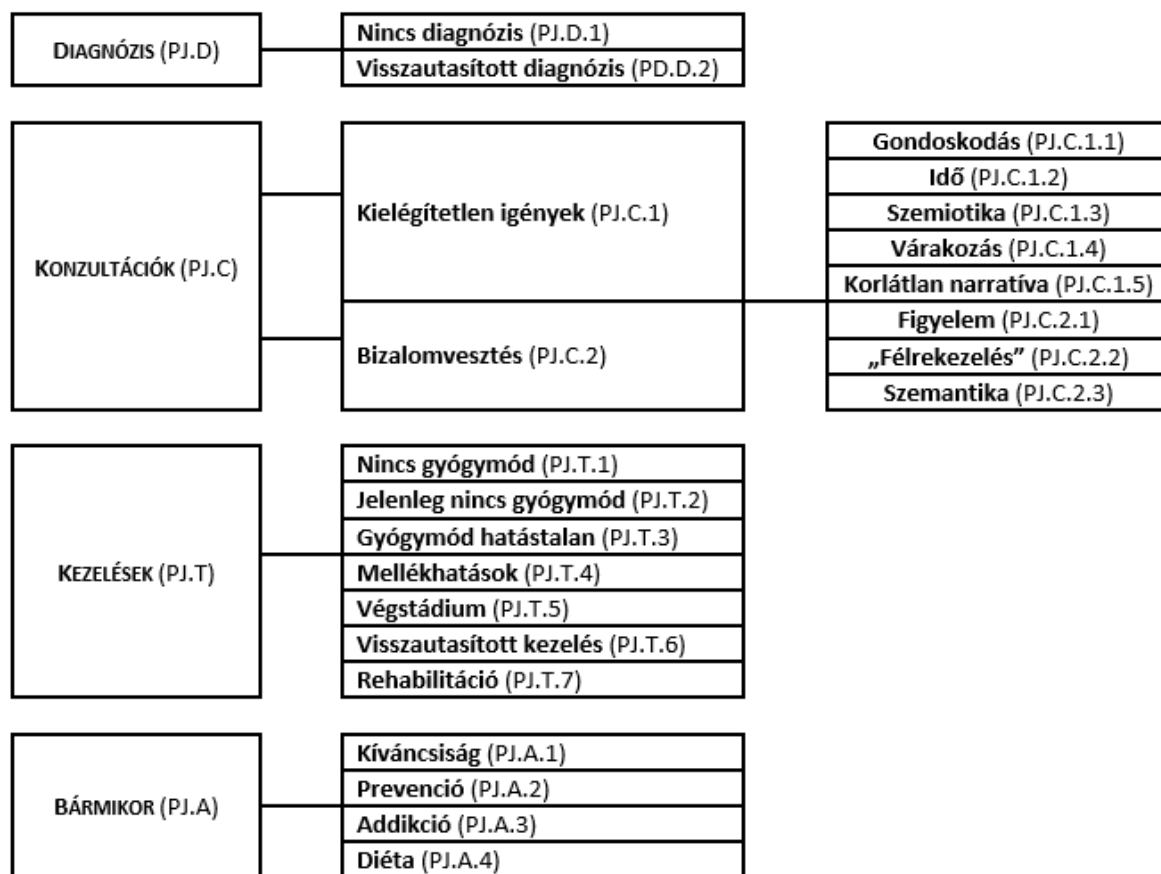
A résztvevő megfigyelésbe bevont személyek leginkább mozgásszervi, ízületi megbetegedésben szenvedtek (18 nő, 10 ffi), míg a második leggyakoribb betegség az egyetlen nozológiai kategóriát alkotó daganatos megbetegedések (7 nő, 12 ffi) voltak. A gyomor-, bélrendszeri betegségek is markáns jelenléttel bírtak a mintában (10 nő, 6 ffi), ahogy a nőgyógyászati vagy prosztatata problémák is (9 nő, 5 ffi). A nőbetegek leginkább mozgásszervi, ízületi megbetegedésben szenvedtek (N=18), míg a férfiak daganatos megbetegedésben (N=12). A 2015. január és 2017. június között betegekkel felvett félig strukturált interjúk alanyainak (N=10; 4 ffi, 6 nő) átlag életkora 58,6 év volt. Az alábbi táblázat mutatja a kutatásban résztvevő betegek és a gyógyítók demográfiai adatait.

Táblázat 2: Kumulatív demográfiai táblázat

	FÉLIG STRUKTURÁLT INTERJÚK		RÉSZTVEVŐ MEGFIGYELÉS
	Beteg (N=10)	Gyógyító (N=10)	Beteg (N=105)
<b>Nem</b>	Ffi N=4; Nő N=6	Ffi N=5; Nő N=5	Ffi N=42; Nő N=63
<b>Átl. kor</b>	58,6 év (26-78 év)	50,1 év (35-83 év)	53,3 év (2-85 év)
<b>Lakóhely</b>	Főváros N=5 Megyeszékhely N= 1 Község N=4	Főváros N=10 Buda N= 5 Pest N=5	Főváros N=75 Megyeszékhely N= 8 Község N=22

## A PJ kódfa (a KAM-ba való belépés lehetséges pontjai)

A PJ kódrendszer célja átláthatóvá tenni azt, hogy a betegek a betegút mely pontjain kezdték el alkalmazni a HKO-t, mint komplementer vagy alternatív terápiát. A betegút alább feltüntetett időrendje és szakaszai nem minden betegnél egyeznek, de minden beteg KAM-használata besorolható valamelyik kód alá. Íme a PJ kódfa és részletezése a betegek narratívái alapján:



Ábra 1: A PJ kódfa

A nyugati medicina diagnózisa (PJ.D) kapcsán két fő jelenség szerepelt az etnográfiai anyagban: a biomedicina, számos vizsgálat ellenére, nem állított fel diagnózist vagy funkcionális zavart állapított meg, illetve a beteg visszautasította a biomedikális diagnózist. Az orvosi konzultációk alatt bekövetkező KAM-használat (PJ.C) a beteg igényeinek kielégítetlensége és az orvos-beteg kapcsolatban megélt bizalomvesztése miatt történt (pl.: figyelem vagy gondoskodás hiánya). A biomedikális kezelések alatt (PJ.T) a betegek többek között azért alkalmaztak KAM modalitásokat, mert nem volt hatékony a nyugati gyógymód, mellékhatásai túl erősek voltak vagy betegségük kapcsán mindent igyekeztek kipróbálni. A betegúttól független „belépési” lehetőség (PJ.A) volt a kíváncsiságból vagy prevenció, netán addikció céljából történő KAM-használat.



## **Az EM kódfa (magyarázó modell)**

A kutatás legfontosabb prekonceptiója volt, hogy a terápiaválasztás erőteljesen összefügg a beteg MM-jével (világ-, ember-, betegség-, egészségkép). Az etnográfiai anyag EM kódokkal való elemzése egy induktívan kialakuló MM tipológiát hozott létre, mely a következő kategóriákból áll: immun-, táplálkozás-, ökológia-, pszichoszociális- és vitalista-hangsúlyos MM. A tipológia analitikus kategóriarendszer, tehát egy individuuum MM-je e kategóriák eltérő hangsúlyú egyvelegéből tevődik össze, azaz a tipológia nem egy-egy beteget, hanem gondolkodásmódbéli tendenciákat mutat be. Alább az MM tipológia kerül röviden bemutatásra az EM kódfa fő kódjai mentén.

### **Immun-hangsúlyos**

Világkép: Ebben a MM típusban az egyén egy ellenséges erők által bitorolt és szennyezett világban él („*káros anyagrészecskék*”, „*vegyszerek mindenhol*”). A támadás és védekezés metaforavilágában hangsúlyos a védelemmel azonosított immunrendszer („*leküzdeni*” a betegséget, „*védekezni*” a kórokozók ellen).

Társadalomkép: Az urbanizáció, a megterhelő életmód és a fogyasztói társadalommal járó „*vegyszerezés*” immungyengítő, immunkárosító hatásként konceptualizálódnak. Az immun-hangsúlyos MM-ben az ember-alkotta környezet negatív megítélés alá esik: az ember önmagának állítja elő azt a környezetet, mely végül őt támadja és betegíti meg.

Emberkép: Ebben a környezetben szükség van erős védelmi vonalakra, mely itt a pajzsként megjelenő, Ént védő immunrendszer. Ez egy, a testtől független, mégis abban elhelyezkedő rendszerként jelenik meg és az „*erős-gyenge*” tengelyen helyezkedik el, attól függően, hogy miként birkózik meg a rá ható erőkkel.

Betegségkép: Az immunrendszerrel kapcsolatos etiológia alapvetően két tematikus csoportba sorolható koncepciókat foglal magában: az alul- és túlműködés, valamint az öntámadás. A „*lelki*” vagy fizikai kimerülés, illetve a „*vegyszerek*” felhalmozódása „*alulműködő*” (gyenge) immunrendszerhez vezethet, a „*túlműködés*” a szervezet valamivel szembeni „*túlzott reakciója*” (pl.: allergia), az „*öntámadás*” pedig leginkább az autoimmun betegségek kialakulását magyarázza.

Egészségkép: Alapvetően erős az immunrendszer és számos dolog erősítheti: kellő alvás és pihenés, megfelelő táplálkozás, megfelelő mozgás, természetes lakókörnyezet stb. Az immun-hangsúlyos MM-mel rendelkező beteg a KAM-mot leginkább „*természetes, öngyógyító*” folyamatok serkentése és „*immunerősítő*” jellege miatt alkalmazza.

Konvencionális gyógymódok elutasítása (példák): kerülendő a nem-szelektív eljárások; a sugárkezelés tovább gyengíti a legyengült immunrendszert.

## **Táplálkozás-hangsúlyos**

Világkép: Az egyén szennyezett világban érzi magát (ahogyan az immun-hangsúlyos MM-ben), de a „*méreganyagok*” hatása elsősorban a táplálékban érezhető, így az ételen keresztül szeretné a tisztaság érzetét fenntartani. A szennyezettség azonosul a „*vegyszerrel*”, „*élelmiszeradalékkal*”, a „*szintetikussal*”, a „*mesterséggel*”, melyeknek kulturális inverze az „*adalékmentes*”, a „*biotermék*”, az „*organikus*” és a „*természetes*”.

Társadalomkép: A következő többségi társadalomhoz társított értékek bármelyike elutasításra kerülhet: fogyasztói társadalom, piacorientáltság, tömegtermelés, gyorsételek, mesterséges adalékanyagok használata. Míg ezek inverzével való azonosulás a többségi társadalmi értékek ellen való fellépésként tematizálódik: fenntartható fejlődés, organikus termékek, biotermékek és biogazdálkodás, házi és népi praktikák, hagyományos gyógymódok.

Emberkép: A táplálkozás-hangsúlyos MM emberképében leginkább az ember a testtel azonosul. A test egészsége, tisztasága, karbantartása rendkívül fontos és a táplálkozással összekapcsolódik: „*az vagy, amit megeszel*”.

Betegségkép: Ebben a MM típusban az okoz betegséget, hogy a világból a „*káros anyagok*” bejutnak a szervezetbe (főleg ételeken, italokon keresztül) és felhalmozódhatnak. A rossz táplálkozás főként más etiológiákkal együtt szerepelt, leginkább az ökológiai betegségekkel (lásd alább).

Egészségkép: Az „*egészséges*” táplálkozás jelentősen hozzájárul az egészség fenntartásához és a gyógyulás folyamatához is. Míg a nyugati orvoslás „*szerei*” legtöbbször negatív asszociációkkal bírnak, a KAM „*szerei*” (pl.: gyógynövény, étrendkiegészítő, gyógytea) pozitív tartalmakkal párosulnak. A gyógyulásban alapvető fontossággal bír a „*méregtelenítés*” koncepciója.

Konvencionális gyógymódok elutasítása (példák): a gyógyszer vegyszer; a kemoterápia méreg; a gyógyszer függőséget okoz.

## **Ökológia-hangsúlyos**

Világkép: A világ egy szennyezett helyként jelenik meg – méreganyagok találhatóak ételekben, italokban és a környezet is szennyezett (víz, levegő, fény stb.). A világ viszont nem pusztán piszkos, hanem okkal szennyezett: rossz szándék, hanyagság vagy a korszellem maga a felelős mindezért, egyszerűen, a világ nem biztonságos. A szennyezettség és a rossz szándék megnyilvánul például a „*chemtrail*” jelenségben (repülőgépek után hátrahagyott kondenzációs csík, melyet sokan szándékos mérgezésnek tartanak).

Társadalomkép: A fogyasztás-orientált, piac- és érdekvezérelt társadalmi erők belekényszerítik az egyént a számára egészségtelen döntésekbe (étel, életvitel, lakóhely kapcsán) azért, hogy egyesek anyagi hasznot húzzanak belőle. Fontos szerepet játszik a romantizált múlt és az antropocén negatív

megítélése: a világ vagy a társadalom nem pusztán hanyatló tendenciákat mutat, hanem „*természetellenes*” környezetet hoz létre.

Emberkép: A test és az immunrendszer az ember legfontosabb alkotóelemei. De ez az MM típus az ember fizikai és szociális környezetének, illetve ezek hatásának is nagy jelentőséget tulajdonít.

Betegségkép: A környezeti tényezőknek tulajdonított betegség a narratívákban három fő tematikus blokkban jelent meg: az életmóddal („*pörgős*”, „*túlhajsolt*”), a környezetszennyezéssel (levegő, „*elektroszmog*”) és az illatszerekkel („*vegyszerezés*”) kapcsolatban.

Egészségkép: Az egészségkép egy olyan idealizált környezet, mely például megjelenhet egy, a modern világtól időben és térben távoli érintetlennek és tisztának képzelt világként. Meggyőződés lehet, hogy az egészség (mely minőségi életkörülmények feltétele) pusztán a jó anyagi helyzetben lévőknek adatik meg, valamint, hogy a társadalmi erőknek kitett átlagembernek nincs elég ideje és pénze az egészségét megőrizni.

Konvencionális gyógymódok elutasítása (példák): a „Big Pharma” (rosszindulatú és anyagi motivációk feltételezése a gyógyszeripar és az orvoslás működésében); gyógyszerkerülés; oltás-ellenesség.

### **Pszichoszociális-hangsúlyos**

Világkép: A világ egy társas interakciókkal teli, kapcsolatok által definiált és minősített közeg. Ezek az interakciók meghatározók az egyén mindennapjaiban, fizikai és pszichológiai állapotában. Ha az egyén megítélésében a társas kapcsolatai stresszesek, akkor a világ stresszes.

Társadalomkép: A társadalomkép az élet számos tartományában lévő interperszonális kapcsolatok hálójából tevődik össze: munkahely, család, barátok, párkapcsolat stb. Mivel a beteg szociális hálója gyenge vagy terhelt lehet, a KAM társas támogatása (rendelőknél, tanfolyamokon) előtérbe kerülhet.

Emberkép: Három tartomány jelenik meg: környezet (szociális miliő), test és egy harmadik, változó módon megnevezett és definiált alkotóelem (psziché, lélek, szív, elme, szellem, tudat stb.). Ezek aszimmetrikus kapcsolatban vannak egymással: az intraperszonális világban a psziché tartomány nagyobb hatással van a testre, mint *vica-versa*; az interperszonális világban a környezet nagyobb hatással van az egyénre, mint *vica-versa*. Az emberképben hangsúlyos szerepe lehet az idegrendszernek, az idegek „*felőrlődnek*” és betegséghez ez vezethet.

Betegségkép: Fontos szerepet kap az, hogy a beteg miként értelmezi betegségének okát, megjelenését pszichoszociális életére vonatkoztatva. A betegséggel kapcsolatos jelentésadás domináns részét képezik a pszichológiai elméletek laikus interpretációi. Sokszor „*a lelki konfliktusban*” az egyén passzív marad és tehetetlenséget él át. A jelentésadás kevésbé prominens, mint a stresszorok kihangsúlyozása.

Egészségkép: Az egészség leginkább a „jó lelkiállapottal” azonosul, a „stabilitás, harmónia, kiegyensúlyozottság” nem pusztán „lelki” jóllétet, hanem fizikai jóllétet is jelölnek. A gyógyulás folyamata sokszor pusztán a stresszor eltávolításával azonosul, illetve az intra- vagy interperszonális „probléma megoldásával”.

Konvencionális gyógymódok elutasítása (példák): gyógymód visszautasítása, mert a gyógyszer „csak tüneti kezelés”; késleltetett segítségkeresés, mert „megoldom én”, „dolgozok magamon”.

### **Vitalista-hangsúlyos**

Világkép: Az „univerzális energia” minden létezőt létrehoz, éltet. Az energia teszi lehetővé a reinkarnációt, vagyis az újjászületés lehetőségét, és fenntartja a karmát, azaz a morális értelemben vett ok-okozati rendszert. A jelen problémái a múltbéli tettek és kapcsolatok következményeként érik utol az egyént. Az aktuális életünkben „életfeladatokat vállalunk be”, valamint „bevonzunk” olyan embereket és történéseket, melyek személyes „fejlődésre” sarkallnak, „semmi sem véletlen”.

Társadalomkép: A társadalomkép fő képzete az Egység: „Mi mind egyek vagyunk”, „Minden egy”, „tudati szinten össze vagyunk kötve”, tehát, amikor az egyén a Másikkal interakcióba kerül, akkor voltaképpen egy másik önmagával lép kapcsolatba, azaz minden interakció egyfajta szakralitással bír. Lehetnek „karmikus kapcsolataink”, vagyis „mindig ugyanazokkal találkozunk” addig, amíg, „dolgunk van” velük.

Emberkép: Általában három fő komponens jelenik meg: test, Ego és Én. A testben „(finom)energiarendszer” található (elképzelés bővíthet meridiánokkal, csakrákkal). Az Ego a szocializáció során kialakuló személyiség, profán jelleggel bír és főként az egyén félelmeivel, korlátaival azonosul. Az Én egy „tisztá, tökéletes” entitás, mely képes újjászületni, halhatatlan és kapcsolatban áll az (isteni, energetikai stb.) Egységgel.

Betegségkép: A betegség az energia irreguláris „áramlása” („blokk”) miatt következik be, melyet legtöbbször a jelenlegi vagy egy előző életben bekövetkező „trauma” okoz, illetve nem megfelelőnek minősített viszonyulás, leginkább önmagunk felé („nem szeretem magam eléggé”). A fizikai betegség „gyökere” tehát pszichoszociális okokban fogható meg.

Egészségkép: Az egészség az energia „szabad áramlása”, azaz a „blokk feloldása”. A gyógyulás a „tanuláson”, „fejlődésen” keresztül érhető el, mely az „önismereti út” része. A „tanulás” gyakran az „Ego felfüggesztésével” és az Énnel való azonosulás által következik be.

Konvencionális gyógymódok elutasítása (példák): gyógyszerellenesség, ha az egyén különválasztja a „fizikai szintet” („tüneti”) és a „mélyebb, lelki szintet” („oki”) és kezelésüket egymást kizáró jelenségnek tartja („tudatosan foglalkozom magammal” vs. „gyógyszert szedek”).

## **KÖVETKEZTETÉSEK**

A következtetések levonása több diszciplináris irányt is vehetne, de a célkitűzésekkel kongruensen az orvosi kommunikáció területéhez kíván hozzájárulni. A következőkben az orvos-beteg kapcsolatban történő bizalomépítés egyes aspektusai kerülnek részletezésre, ezután a bizalomvesztés néhány következménye. A konklúzió végén több, a KAM alkalmazásával kapcsolatos kihívás kerül tárgyalásra.

### **A bizalomépítés egyes tényezői**

#### *A bizalom fontossága az orvos-beteg kapcsolatban*

- Az orvos-beteg kapcsolat jellege a terápia hatékonyságának szubjektív megítélésében is jelentős szerepet játszik. Az eredmények szerint a betegek igénye van fokozott gondoskodásra és figyelemre, melyek ellenpólusát a narratívákban az orvosi „*távolságtartás*” képezte. A személytelen bánásmód pedig a betegek értelmezésében a „*félrekezeléssel*” azonosult.
- Amikor egy orvos felülbírálja orvoskollégája munkáját, döntéseit (vagy a beteg ekképpen értelmezi retorikáját) általában negatív hatással van a medicina felé érzett bizalomra. Hangsúlyozandó, hogy ez nem másodvélemény formájában történő egymásra reflektálást jelent kollégák között, hanem elmarasztaló retorikát.

#### *Kérdés, hallgatás, válaszadás*

- A KAM-használó betegek tartanak a konvencionális orvos elítélő véleményétől, emiatt nem tájékoztatják őt a nem-konvencionális terápiák igénybevételéről. Mivel a betegek sokszor kerülhetik a KAM-használat kérdését, ajánlatos az orvosnak kezdeményezni a beszélgetést.
- Az adherencia mértéke erőteljesen függ attól, hogy a beteg, saját oki magyarázatával kongruensnek látja-e a terápiát. A kezelési folyamat elején hasznos lehet a beteget megkérdezni arról, hogy szerinte mi okozta betegségét, mit jelent számára betegsége, milyen gyógymódokról hallott és mit vár ezektől a kezelésektől.
- A bizalomépítés egy fontos tényezője, hogy a beteg érezze, van tere feltenni kérdéseket, mind a diagnózis, mind az ajánlott terápia kapcsán.

#### *A mellékhatások értelmezése*

A konvencionális gyógymód várható mellékhatásairól való tájékoztatás nagyon fontosnak bizonyult. Ez különösen meghatározó amikor a páciens, komoly betegsége ellenére, tünetmentes vagy csupán enyhe tünetekkel rendelkezik a kezelés megkezdésekor. Fizikai állapotát, valamint közérzetét rosszabbnak ítélni, mint a gyógykezelés kezdete előtt és ez sok beteget eltántoríthat a kezelés

folytatásától. Fellépő testérzeteiket a terápia káros mellékhatásaként vagy hatástalanságaként értelmezhetik és a gyógymódba vetett bizalmukat elveszíthetik. Legrosszabb esetben „félrekezelésként” értelmezik és az egész nyugati orvoslásban elveszítik bizalmukat.

#### *A megértés kimutatása*

– Függetlenül attól, hogy az orvos miként vélekedik a beteg által választott vagy mérlegelt gyógymódról, a beteg narratívájának meghallgatása és a megértés kimutatása rendkívüli fontossággal bír.

– Főként olyan esetekben, amikor a beteg kétségbeesett állapotban fordul a KAM-hoz, érzelmileg meghatározó asszociációkat képezhet a KAM-mal kapcsolatban, például a gyógyulás reményével azonosítja azt. Néhány esetben, ha a beteg úgy érzi, hogy az orvos „elítéli” vagy „támadja” az általa alkalmazott KAM-mot, akkor úgy érezheti, hogy személy szerint őt „támadják”. Az orvos KAM-ról való elmarasztaló véleménye azt eredményezheti, hogy a beteg elmarasztalta őt.

### **A bizalomvesztés lehetséges következményei**

#### *A terápia hatékonyságának negatív megítélése*

Amennyiben a beteg nem érzi úgy, hogy kellően tájékoztatták betegségéről, kezeléséről, lehetőségeiről, valamint hogy orvosával olyan kapcsolatban van, ahol tere van kérdezni és információt közölni, negatívan értelmezheti a konvencionális kezelés során fellépő testérzeteket, szomatikus jelenségeket. Ennek egyenes következménye a terápia hatékonyságának negatív megítélése.

#### *Az orvos tájékoztatásának hiánya*

A kutatás során az orvos tájékoztatásának hiánya három fő területen mutatkozott meg: a komplementer kezelések alkalmazása, a konvencionális terápia önkényes megszakítása és annak önkényes módosítása. Az első terület tekintetében reális veszélyt képez a kiegészítő szolgáltatásoknak és termékeknek a konvencionális terápiával fellépő destruktív interakciója. Ez a beteg egészségi állapotát súlyosbíthatja, a betegség progresszióját serkentheti. A konvencionális terápia önkényes megszakítása, az alkalmazott gyógyszerek csökkentése vagy növelése is, amennyiben ez a kezelőorvos tudta nélkül zajlik, veszélyekkel járhat.

#### *A szakmai tekintély áthelyezése*

Az orvos-beteg kapcsolatban megélt bizalomvesztés, a terápia hatékonyságának negatív megítélése és számos egyéb tényező vezethet oda, hogy a komplementer kezelést is alkalmazó beteg inkább a

KAM kezelőbe helyezi bizalmát. Ez a helyzet nem pusztán presztízskérdés, hanem az információáramlást jelentősen befolyásoló tényező. A beteg egészségügyi kérdéseit azzal a gyógyítóval beszéli meg, akiben jobban bíz.

#### *A konvencionális terápiás folyamat visszautasítása*

A kutatás eredményei szerint a beteg a nyugati kezelést a priori (megkezdés előtt) és a posteriori (folyamatában) is visszautasíthatja. Mindkét esetben a beteg élhet olyan magyarázatokkal, mint például „nem természetes” vagy „nem szelektív”, de ezek olyan diszpozíciókra vezethetők vissza, melyek megszólíthatók amennyiben az orvos ismeri vagy hajlandó felfedezni ezek jelentéstartamát.

#### *Az ellátás hiánya*

A nyugati orvoslástól való elfordulás extrém esetben ahhoz vezethet, hogy a beteg nem tudja, hogy kihez forduljon vagy már nem bíz meg egyetlen gyógyítóban, medicinában sem. A terápiaválasztás során bekövetkező információfeldolgozásban és döntési sorozatokban tapasztalt jelenségek talán legveszélyesebb kimenetele a teljes bizalomvesztés, melynek következtében a beteg minden segítséget elutasít. Ez az állapot mindenáron megelőzendő.

#### **A jövő kihívásai**

A kutatás eredményei rámutatnak arra, hogy fontos lenne a konvencionális orvosok KAM-mal kapcsolatos tájékozódását növelni, hogy betegeikkel érdemben tudjanak beszélgetni nem-konvencionális gyógymódok használatáról. Ez önmagában még nem jelenti, hogy azokat szorgalmazni is kellene, pusztán azt, hogy lássák milyen KAM kezelés jelenthet potenciális veszélyt a beteg számára a destruktív terápiás interakciók miatt és jobban tisztában legyenek az adekvát, komplementer módon alkalmazott kezelésekkel. Fontos lenne továbbá olyan információforrások közzététele, melyek révén megbízható KAM-használati lehetőségekhez juthatna az a beteg, aki nem-konvencionális gyógymódokat is igénybe venne.

*A disszertációhoz szorosan kapcsolódó publikációk*

**2018** Zörgő, S., Olivas Hernández, O. Patient Journeys of Nonintegration in Hungary: A Qualitative Study of Possible Reasons for Considering Medical Modalities as Mutually Exclusive. *Integrative Cancer Therapies* 17(4):1270–1284.

**2018** Zörgő, S., Purebl, G., Zana, Á. A Qualitative Study of Culturally Embedded Factors in Complementary and Alternative Medicine Use. *BMC Complementary and Alternative Medicine* (Jan. 22, 2018) 18:25

**2017** Zörgő, S. Pszichoszociális etiológia a hagyományos kínai orvoslást alkalmazók körében – A „lelki eredetű” testi betegség laikus oki teóriái. *Kultúra és közösség* 8(4):107-119.

**2017** Zörgő, S. Szempontok a kvalitatív kutatás tervezéséhez és értékeléséhez. *Lege Artis Medicinæ*, 27(10–12):418–426.

**2016** Zörgő, Sz., Gyórfy Zs. Gyógyítók a komplementer és alternatív medicináról – kvalitatív elemzés eredményei alapján. *Lege Artis Medicinæ*, 26(9–10):421–428.

**2016** Zörgő, Sz., Purebl, Gy., Zana, Á. A komplementer és alternatív medicina felé orientálódó terápiaválasztást meghatározó tényezők. *Orvosi Hetilap*, 157(15), 584–592.