

Az orvos-beteg együttműködéssel kapcsolatos nézetek dermatológusok, bőrgyógyászati ápolók és pácienseik reprezentációiban

Views about adherence as reflected in dermatologists', nurses' and their patients' representations of adherence

SZABÓ CSANÁD¹, CSABAI MÁRTA DR.², KEMÉNY LAJOS DR.¹

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged, Magyarország¹
 Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Szeged, Magyarország²

ÖSSZEFOGLALÁS

Jelen vizsgálat célja dermatológusok, ápolók és páciensek együttműködésről alkotott reprezentációinak feltárása és az ezek közötti eltérések azonosítása volt.

A szerzők a vizsgálatot a szegedi Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika orvosaival, ápolóival és betegeivel végezték. Eredményeik szerint a dermatológusok az együttműködés létrejöttében leginkább a bizalomteli kapcsolatot, a részletes tájékoztatást és a környezet szerepét, a betegek az orvos érthető beszédét és a részletes tájékoztatást, az ápolók a részletes tájékoztatást tartották a leglényegesebbnek. Lényeges a kommunikáció fejlesztése, hogy az elvárások transzparenssé váljanak, a „szerződés” világos legyen, és mindkét fél elvárásainak megfeleljen.

Kulcsszavak:

adherencia - orvos-beteg kapcsolat - krónikus bőrbetegség - strukturált interjú - attitűdskála

SUMMARY

The aim of the study was to identify representations of adherence among dermatologists, nurses and their patients and the difference between these representations.

The study was carried out with doctors, nurses and patients of the Department of Dermatology and Allergology of the University of Szeged. Dermatologists found trustful relationship, eligible information and contextual information to be the most important factors regarding the rate of adherence. Whereas patients found understandable talk and eligible information, nurses found eligible information to be the most important factors of adherence. It is important to improve communication in order to the contract to become clear and fitting for both sides' expectations.

Key words:

adherence - doctor-patient relationship - chronic skin disease - structured interview - attitude scale

A dermatológia a klinikai ellátás olyan területe, ahol viszonylag alacsony a kezelésekkal kapcsolatos adherencia mértéke (1, 2). Adherencián azt értjük, hogy a páciens viselkedése a gyógyszerek szedésében, a diéta követésében, az életmódbeli változtatások végrehajtásában milyen mértékben van összhangban az egészségügyi szolgáltatójától elfogadott javaslatokkal (3). Hiányát mutathatja a terápiás előírásokkal kapcsolatos nem megfelelő együttműködés, de például az is, ha a páciens lemond vagy kihagy soron következő konzultációkat (4). A nemzetközi vizsgálatok szerint a dermatológiai kezelésekkal kapcsolatos adherencia mértéke 55% és 66% között mozog a vizsgált populációtól és mérési módszertől függően (5). Az együttműkö-

dés fontos tényezője a bőrgyógyászati gyógyító munkának, mivel hatással van a betegség súlyosságának alakulására (6), és egyes kezelések sikertelenségéhez vezethet (7). Az együttműködést befolyásoló tényezőket feloszthatjuk a klinikussal (például empátikus viszonyulás), a beteggel (például személyiségjellemzők), a kezeléssel, és a betegséggel kapcsolatos faktorokra (4, 8, 9). Hasonlóképp befolyásolhatják az adherenciát a médiából és egyéb forrásokból szerzett információk és a nem megfelelő orvos-beteg kapcsolat (9).

Az utóbbi évek dermatológiai kutatásai az adherencia tényezőinek vizsgálatok leginkább a betegelégedettség és az orvos-beteg kapcsolat jelentőségére helyezték a

hangsúlyt. Több tanulmányban megállapították, hogy a bőrbetegségek kezeléssel való elégedettsége összefüggést mutat az együttműködés mértékével (2, 8, 10, 11, 12). *Feldman* (13) szerint a páciensek bőrgyógyászuikkal való elégedettségének fő eleme, hogy barátságosnak és törődőnek látják-e orvosukat. Az orvos-beteg kapcsolat minősége tehát alapvető jelentőségű abban, hogy létrejön-e együttműködés a dermatológus és páciense között (4, 8, 9). További fontos tényező, hogy a felek mit gondolnak egymás szerepeiről, mit várnak el egymástól. Ezeknek az elvárásoknak a tisztázatlansága úgynevezett „rejtett szerződést” hozhat létre a gyógyító szakember és a páciens között (14). Ennek lényege, hogy eltérő – egymás előtt nem feltárt, sőt gyakran még az az adott fél számára sem tudatosuló – elvárások és a kapcsolatot érintő elképzelések szerepelnek az orvos és a beteg „szerződési példányaiban”, megakadályozva a jól működő kapcsolathoz és együttműködéshez szükséges összhangot, konkordanciát (14). Kutatásunk ezeknek a reprezentációknak a feltárását célozza. A mentális reprezentációk a külső világ fogalmainak leképeződései az emberi elmében. Értelmezhetjük őket egy bizonyos jelenségről (mint például az orvos-beteg együttműködésről) alkotott vélekedéseinkként.

Célkitűzés

Bár több faktor jelentőségét is sikerült körvonalazni az eddigi kutatásokban, kevés figyelem esett arra, hogy a szereplők miként vélekednek az együttműködés tényezőiről, milyen attitűdjeik alakultak ki a gyógyító-beteg kapcsolatról. Kevésbé vizsgálták még ebben a betegcsoportban a reprezentációk eltéréseit, melyek a fentiekben bemutatott „rejtett szerződésekhez”, az elvárások ki nem mondott különbségeihez vezetnek, a felek közötti összhang (konkordancia) és a terápiás együttműködés (adherencia) hiányosságait okozva. Kutatásunk célja dermatológusok, ápolók és pácienseik együttműködéséről és ellátási szükségletekről alkotott vélekedéseinek feltárása és az ezek közötti eltérések azonosítása volt egy adott intézmény ellátó személyzete és páciensei körében.

Módszerek és vizsgálati személyek

A reprezentációk természetét és nem mindig tudatosuló összetevőit – mivel közvetlenül kevésbé megragadhatók – elsősorban kvalitatív eszközökkel tudjuk vizsgálni. Ezek alkalmazása általában nehéz, időigényes és bonyolult, így viszonylag kevés dermatológiai adherencia kutatásban használták, bár több kutató felhívta a figyelmet, hogy szükség van ilyen módszerekre (5). Ebből a megfontolásból kiindulva kutatásunkban kombinált kvalitatív és kvantitatív mérési eljárást alkalmaztunk, melynek első lépéseként 40 strukturált interjút vettünk fel a szegedi Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika orvosaival. Az interjúk szövegének átolvasása után az orvosok együttműködésre vonatkozó szubjektív vélekedései alapján tartalmi kategóriákat hoztunk létre, majd ezek szerint kódoltuk a szövegeket. Az egyes tartalmi kategóriákhoz tartozó legjellemzőbb állításokból egy 12 tételből álló attitűd-kérdőívet alakítottunk ki, melynek állításait 7-fokú skálán értékelték a résztvevők. Ezt a kérdőívet felvettük a szegedi Bőrgyógyászati Klinika 20 ápolójával, és az együttműködésről alkotott vélekedéseiket egy rövid interjú formájában mértük fel. Majd 100 krónikus bőrbetegséggel rendelkező szegedi járóbeteggel vettük fel az említett atti-

tűdkálát (leggyakoribb kórkép a pikkelysömör volt 53 főnél, egyéb kórképek: atópiás dermatitis, vitiligo, a páciensek átlagos életkora $50 \pm 16,7$ év volt (16-82 év); 38 férfi, 61 nő). A kérdőív felvételére mindig azonos módon, az ambuláns ellátás orvosi konzultációja után került sor, pszichológus tájékoztatásával. Az interjúk tartalomelemzése, az egyes tartalmi kategóriákhoz tartozó gyakoriságok meghatározása, és a kérdőívek adatainak adatfájlban való rögzítése után SPSS 17.0 statisztikai programcsomaggal leíró statisztikákat számoltunk és többdimenziós skálázást alkalmaztunk.

Eredmények

A bőrgyógyászok interjú tartalmi kategóriák szerinti válaszgyakorisága alapján felállítottunk egy rangsort azzal kapcsolatban, hogy milyen tényezőkön múlik leginkább a résztvevő orvosok szerint az orvos-beteg együttműködés létrejötte (1. táblázat).

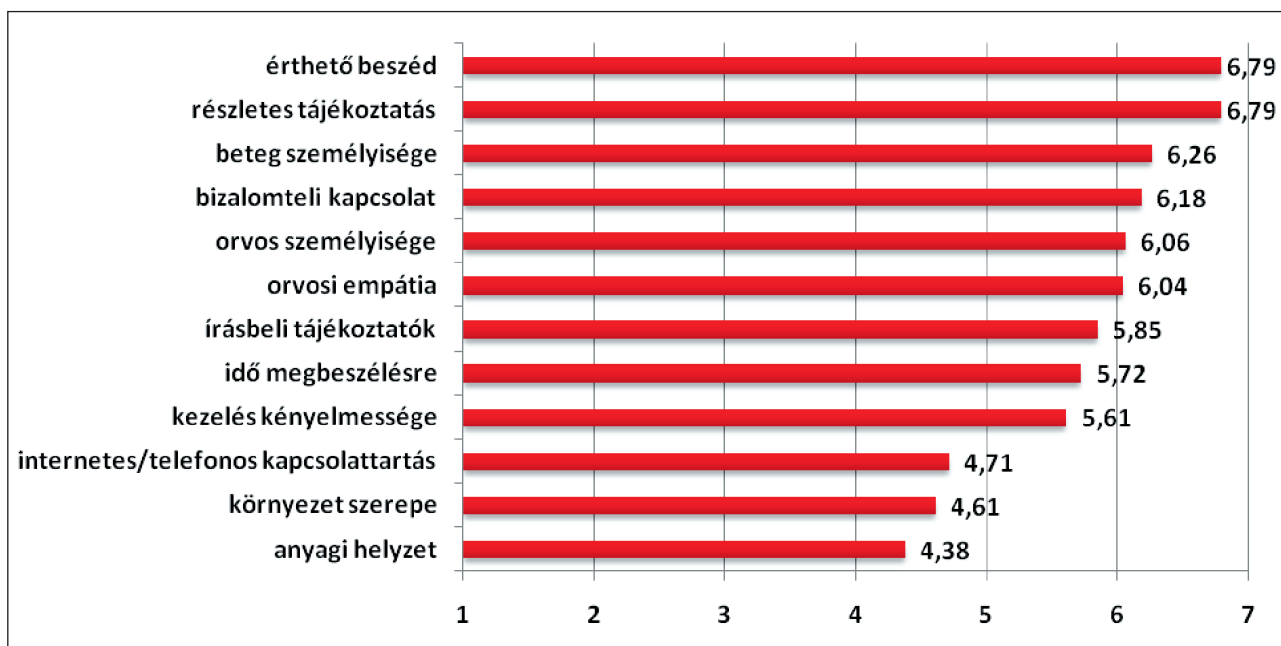
Együttműködést befolyásoló tényezők	Említések száma
bizalomteli kapcsolat	15
részletes tájékoztatás	15
környezet szerepe	15
anyagi helyzet	13
beteg személyisége	8
érthető beszéd	5
írásbeli tájékoztatók	5
orvos személyisége	5
idő megbeszélésre	4
internet/telefon	4
kezelés kényelmessége	4
orvosi empátia	4

1. táblázat

Az orvos-beteg együttműködés meghatározói tényezői az orvosok szerint (n=40)

Amint az 1. táblázatban láthatjuk, a dermatológusok az együttműködés létrejöttében leginkább a bizalomteli kapcsolatot, a részletes tájékoztatást, a környezet szerepét és a beteg anyagi helyzetét tartották lényegesnek és egyformán fontosnak. (A környezet szerepén azt értjük, hogy a családtagoktól, televízióból, újságokból, internetről érkező információk milyen mértékben befolyásolják a páciensek együttműködését.) A beteg személyiségének közepes jelentőséget tulajdonítottak, és ezt követte az érthető beszéd, az írásbeli tájékoztatók és az orvos személyiségének említése. A legkisebb gyakorisággal, de azonos súllyal említették a megbeszélésre szánt idő, az internetes/telefonos tájékoztatás lehetőségét, a kezelés kényelmességét és az orvos empátiáját.

A betegek az együttműködés létrejöttéért leginkább az orvos érthető beszédét, a részletes tájékoztatást és a beteg személyiséget tartották felelősnek (1. ábra). Csak ezután következett a bizalomteli orvos-beteg kapcsolat, az orvos személyisége és az orvosi empátia.



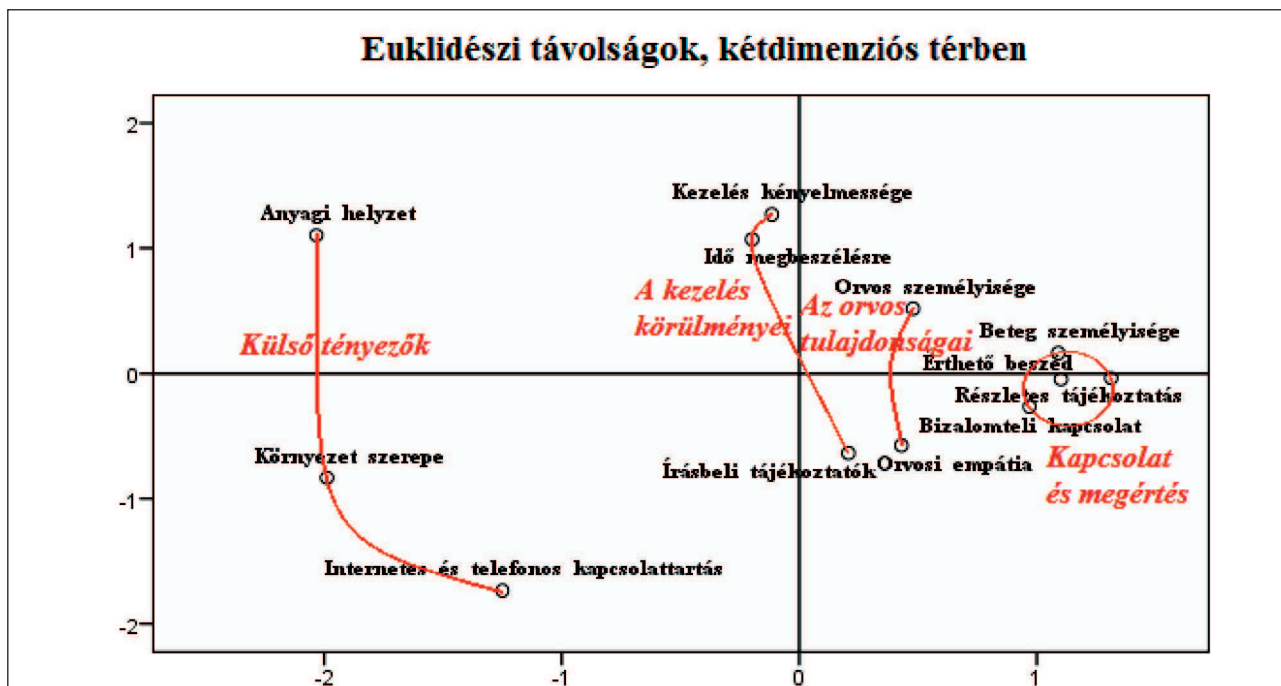
1. ábra

Krónikus bőrbetegek (n=100) szerint milyen tényezőkön múlik leginkább az orvos-beteg együttműködés (7-fokú skálán)

A többdimenziós skálázás segítségével a páciensek együttműködéssel kapcsolatos eredményeiben a tényezők viszonyait egy olyan térképen tudjuk ábrázolni, amelyen a távolság a különbözőség mértékét fejezi ki (2. ábra).

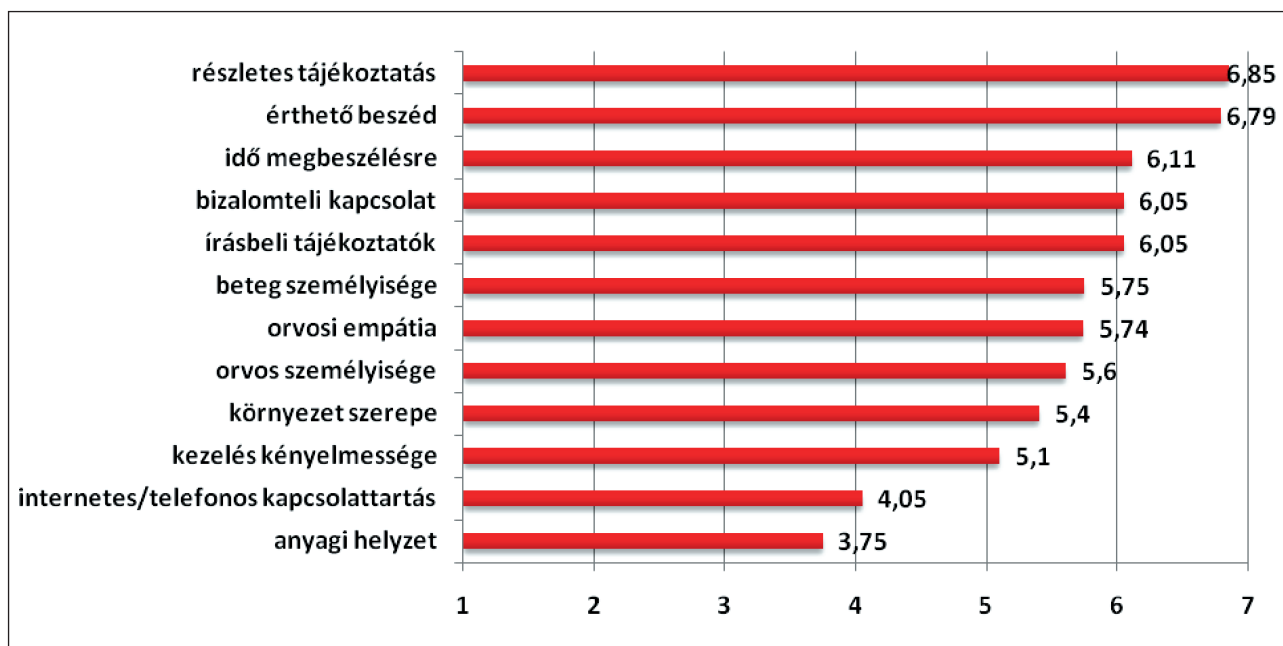
Mint az ábrán is látható, 4 faktorra különíthetők el a páciensek szerint az együttműködés tényezői. Az elsőt a „Külső tényezők” kategóriánévvel írhatjuk le, és ide tartozik az anyagi helyzet, környezet szerepe, internetes és te-

lefonos kapcsolattartás. A második faktor, mely a kezelés kényelmessége, az idő a megbeszélésre és az írásbeli tájékoztatók tényezőket tartalmazza, „A kezelés körülményei” nevet kapja. A következő faktor, „Az orvos tulajdonságai” az orvos személyisége és az orvosi empátia tényezőket tartalmazza. Végül, a negyedik faktor, ahol a legintenzívebben sűrűsödnek a tényezők – beteg személyisége, érthető beszéd, részletes tájékoztatás, bizalomteli



2. ábra

Többdimenziós skálázás eredményei krónikus bőrbetegek (az attitűdskála 12 itemén mért) együttműködéssel kapcsolatos vélekedéseiről, pirossal feltüntetve a négy faktor



3. ábra

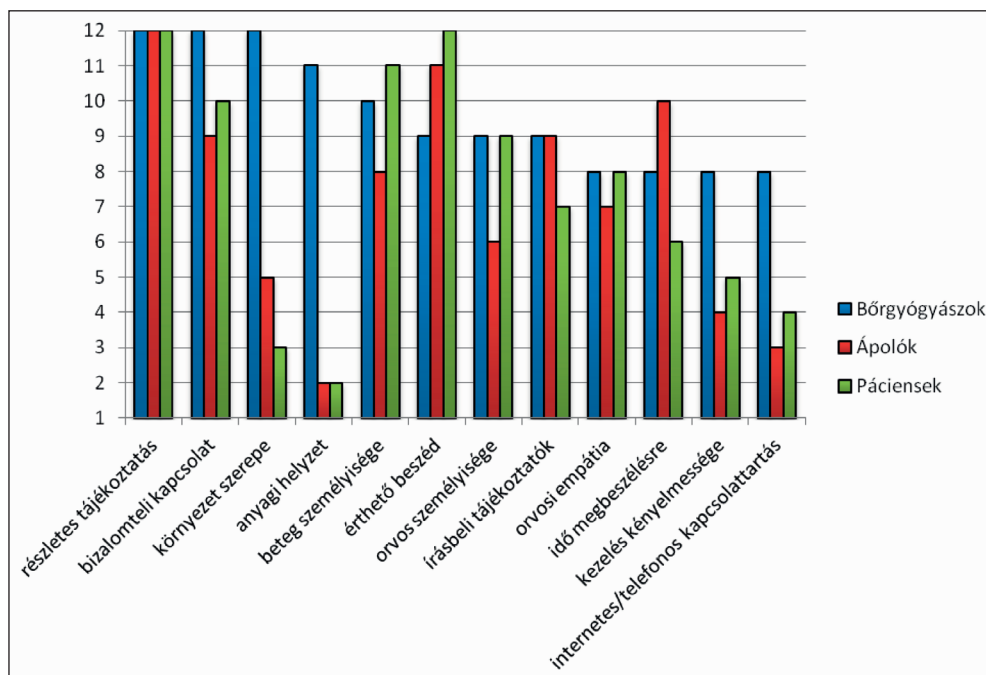
Az együttműködést meghatározó tényezők az ápolók (n=20) szerint (7-fokú skálán)

kapcsolat – a „Kapcsolat és megértés” nevet kapja. Ezek az eredmények összhangban vannak a kérdőívek pontszám-átlagainak sorrendjével is (1. ábra).

Az ápolók „Ön szerint min múlhat az, hogy a páciensek betartják-e vagy nem a gyógykezelésükkel kapcsolatos instrukciókat” kérdésre adott válaszaikban az interjúkban kétszer annyi tényezőt soroltak fel a páciensekkel kapcsolatban, mint az ellátókkal. Ez a tendencia nem feltétlenül érvényes az attitűdskálán adott eredményeikre (3. ábra), ahol a legnagyobb átlagértékeket az ellátókkal kapcsolatos tényezők kapták. Elsősorban a részletes tájékoztatást, az érthető beszédet, és a megbeszélésre szánt időt tartották fontosnak. Ezt követi a bizalomteli kapcsolat és az írásbeli tájékoztatók. Hasonló értékeket kapott a beteg személyisége, az orvosi empátia és az orvos személyisége, illetve a környezet szerepe. Kisebbségi jelentőséget tulajdonítottak a kezelés kényelmességének, az internetes/telefonos kapcsolattartásnak. Legkisebbségi súllyal szerepelt az együttműködést meghatározó tényezők között a beteg anyagi helyzete és megbízhatósága.

tározó tényezők között a beteg anyagi helyzete és megbízhatósága.

A 4. ábrán tüntettük fel, hogy a résztvevők az egyes tényezőket mennyire tartották lényegesnek (orvosok interjúinak, az ápolók és páciensek attitűdskálás eredményeinek egymás mellé állításakor eltérő módszereket – az interjúk válaszgyakoriság átlagait, illetve a kérdőívek eredményeit – hasonlítottunk össze kizárólag a szemléltetés érdekében).



4. ábra

A résztvevők által az együttműködésben lényegesnek tartott tényezők (fordított rangsorértékekkel)

Megbeszélés, tanulságok

A bőrgyógyászok a bizalomteli orvos-beteg kapcsolatot, a részletes tájékoztatást és környezet szerepét, illetve az anyagi tényezőket, pácienseik pedig elsősorban az érthető beszédet és a részletes tájékoztatást tartották fontosnak az együttműködésben. Az orvosok jobban hangsúlyozták a pszichoszociális tényezőket, az együttműködés környezetét, mint a páciensek, akik ezeknek a tényezőknek (a környezet szerepe és az anyagi helyzet) a legkisebb jelentőséget tulajdonították, az utolsó helyen említve őket. Ez felhívja a figyelmet arra, hogy az orvosok pontosabban látják az életmód, a gazdasági tényezők és a társas támogatás szerepét a betegek viselkedésében és az együttműködésben, tehát tudatos attitűdjeikben a korszerű biopszichoszociális szemlélet tükröződik. Bár a betegek is lényegesnek tartják a bizalomteli kapcsolatot, náluk ezt megelőzi az érthető beszéd és a részletes tájékoztatás igénye, illetve a beteg személyes tényezőinek hangsúlyozása. A többdimenziós skálázás alapgondolata az, hogy az emberek döntéseiket és ítéleteiket a fejükben (azaz kognitív vagy érzelmi rendszerükben) létező belső dimenziók alapján hozzák meg. Ezek a dimenziók többnyire rejtettek még az aktuális döntéshozók vagy véleményalkotók előtt is, de a többdimenziós skálázás technikájával feltárhatók és megismerhetők. A páciensek együttműködésről alkotott vélekedései esetében négy különböző faktort találtunk: „Külső tényezők”, „A kezelés körülményei”, az „Orvos tulajdonságai” és a „Kapcsolat és megértés” faktorokat. Fontos látnunk, hogy ez a struktúra megerősíti a pontszám-átlagok szerinti értékelést is, továbbá a térbeli ábrázolás segítségével kiemeli a betegek által legfontosabbnak tartott „Kapcsolat és megértés” faktort, melynek összetevői a beteg személyisége, az érthető beszéd, a részletes tájékoztatás és a bizalomteli kapcsolat.

Az, hogy az ápolók kérdőívre adott eredményei számos ponton egybeesnek a betegekével, egyfelől azt jelentheti, hogy érzékenyen látják a pácienseket, illetve hogy inkább velük azonosulnak. Azonban a különböző módszerekkel kapott eredmények eltérése – azaz hogy az interjúkban jobban hangsúlyozták a páciensek szerepét, mint a kérdőívekre adott válaszokban, ahol inkább az orvosok által meghatározott tényezők kerültek az első helyre – rávilágíthat az orvosok és betegek viszonylatában megjelenő „köztes” szerepükre, de a tudatos és kevésbé tudatos reprezentációk, elvárások eltéréseire is. Ambivalencia mutatkozik tehát náluk abban, hogy kinek a szerepe, felelőssége a meghatározó az együttműködésben. Az ellentmondás a szakirodalomból ismert, az ellátás szereplőinek elvárásai és vélekedései közötti eltéréseket leíró „rejtett szerződés” (14, 15) jelenségére utalhat. Hasonlóképp az is, hogy bár eredményeink szerint az orvosok tisztában vannak az orvos-beteg kapcsolat és a részletes tájékoztatás egyenértékű fontosságával, a betegek még érthetőbb kommunikációt igényelnek. Az orvosokkal ellentétben azonban a páciensek kevésbé tartják fontosnak a pszichoszociális (környezeti és anyagi) tényezőket (esetleg pénzügyi helyzetüket szegéyyel), holott ezek a kutatások és a mindennapi tapasztalat alapján is jelentősen nehezíthetik a

terápiás adherenciát (16). Elképzelhető, hogy ezeknek a jelentősége azért nem tudatosan kellőképpen, mert a beteg hárítja, mint vélekedése szerint nehezen kontrollálható tényezőket. De az is lehet, hogy háttérbe szorul a részletes és érthető tájékoztatás igénye és a személyes, illetve kapcsolati tényezők mögött. A többdimenziós skálázással létrejött térbeli ábrázolás azonban annak a lehetőségét is felveti, hogy itt nem elsősorban fontossági különbségekről van szó, hanem az egyes tényezők helyéről az együttműködésben. Az anyagi helyzet, a környezet szerepe, illetve az internetes/telefonos tájékoztatás ebben az értelmezésben a „Külső tényezők” faktorba tartozik, tehát az együttműködés egyfajta keretét adja. Szerepe tehát hasonlóképp fontos lehet, csak más az elhelyezkedése az adherencia szerkezetében. Hasonlóképp, „A kezelés körülményei”, illetve az „Orvos tulajdonságai” is fontos feltételei az adherenciának, mintegy körülölelik annak belső magját, a „Kapcsolat és megértés” faktorban sűrűsödő tényezőket. Ezek a többdimenziós skálázással feltárt dimenziók a felek számára nem mindig tudatosuló kapcsolatban is lehetnek egymással. Ezért is fontosak a reprezentációkkal kapcsolatos további kutatások, illetve a kommunikáció fejlesztése, hogy az elvárások transzparenssé váljanak, a „szerződés” világos legyen, és mindkét fél elvárásainak megfelelően. Érdemes olyan technikákat alkalmazni az adherencia fejlesztésére (17), amelyek javítják annak a lehetőségét is, hogy a gyógyító szakemberek és betegek kölcsönösen megismerhessék az együttműködéssel kapcsolatos nézeteiket, a felmerülő nehézségeket és igényeket.

A kutatás a TÁMOP-4.2.1/B-09/1/KONV-2010-0005 pályázat támogatásával készült.

IRODALOM

1. Feldman S. R. és mtsai.: Adherence to topical therapy increases around the time of office visits. *J Am Acad Dermatol* (2007) 57, 81-83.
2. Ali S. M., Brodell R. T., Balkrishnan R., Feldman S. R.: Poor adherence to treatments: a fundamental principle of dermatology. *Arch Dermatol* (2007) 143, 912-915.
3. World Health Organization Report. Adherence to long-term therapies: evidence for action. (2003) Retrieved from http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
4. Baldwin H. E.: Tricks for improving compliance with acne therapy. *Dermatol Ther* (2006) 19, 224-236.
5. Serup J. és mtsai.: To follow or not to follow dermatological treatment—a review of the literature. *Acta Derm Venereol* (2006) 86, 193-197.
6. Carroll C. L. és mtsai.: Better medication adherence results in greater improvement in severity of psoriasis. *Br J Dermatol*, (2004) 151, 895-897.
7. Koehler A. M., Maibach H. I.: Electronic monitoring in medication adherence measurement. Implications for dermatology. *Am J Clin Dermatol* (2001) 2, 7-12.
8. Martin L. R. és mtsai.: The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag* (2005) 1, 189-199.
9. Hodari K. T. és mtsai.: Adherence in dermatology: a review of the last 20 years. *J Dermatolog Treat* (2006) 17, 136-142.
10. Renzi C. és mtsai.: Effects of patient satisfaction with care on health-related quality of life: a prospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* (2005) 19, 712-718.
11. Gokdemir G., Ari S., Köslü A.: Adherence to treatment in patients with psoriasis vulgaris: Turkish experience. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. (2008) 22, 330-335.

12. *Umar N. és mtsai.*: Outcomes Associated with Matching Patients' Treatment Preferences to Physicians' Recommendations: Study Methodology. BMC Health Serv Res, in press. Epub ahead of print retrieved January 31, 2012, from <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-12-1.pdf>
13. *Feldman S. R.*: The prime directive for enhancing patients' medical experience. J Dermatolog Treat (2010) 21, 217.
14. *Smith R.*: Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. BMJ (2001) 322, 1073-1074.
15. *Double D. B.*: Encouraging insensitivity in doctors is not an option. BMJ (2003) 326, 1038.
16. *Hajjaj F. M. és mtsai.*: Nonclinical influences, beyond diagnosis and severity, on clinical decision making in dermatology: understanding the gap between guidelines and practice. Br J Dermatol (2010) 163, 789-799.
17. *McDonald H. P., Garg A. X., Haynes R. B.*: Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. JAMA (2002) 288, 2868-2879.

Érkezett: 2012. IV. 04.

Közlésre elfogadva: 2012. V. 3.

Atópiás Bőrbetegekért Egyesület közhasznúági jelentése 2011

Az Egyesület alakulásának időpontja: 2005. 05. 06.

Az Egyesület működésének kezdete: 2005. 05.06.

Bírósági bejegyzés száma: 12. Pk.60.280/2005/3

A nyilvántartást vezető bíróság: Fővárosi Bíróság Egyesület nyilvántartási száma: 11504

Az Egyesület székhelye: Budapest 1085 Mária u. 41.

Az Egyesület közhasznú szervezet.

Az Egyesület célja az atópiás dermatitissel kapcsolatos egészségmegőrző, betegség megelőző, gyógyító-, egészségügyi rehabilitációs tevékenység, a betegséggel kapcsolatos tudományos tevékenység, kutatás, nevelés és oktatás, képességfejlesztés és ismeretterjesztés.

2011 évi eredmény:

Állományi létszám és bérköltség, személyi jellegű kifizetés: nem volt

Anyagköltség: 462 Eft, melyből 449 Eft a tevékenységgel kapcsolatos anyagbeszerzés, 13 Eft nyomtatvány és irodaszer beszerzése

Igénybevett szolgáltatások:

– könyvelési szolgáltatás:	211 eFt
– bankköltség:	53 eFt

A Társaság bevételeinek összetétele:

– egyéb támogatás:	300 eFt (Astellas Pharma Kft)
– tagdíjból:	20 eFt

Saját tőke:

2009 évi közhasznú eredmény:	–287 eFt
2010 évi közhasznú eredmény:	226 eFt
2011 évi közhasznú eredmény:	–513 eFt

Az Egyesület saját tőkéje: 307 eFt

Az Egyesületnek köztartozása nincs.

Az Alapítvány Kuratóriuma