

## **Dobivanje potvrde: uloga spola u očekivanjima i iskustvima sa zdravstvenom skrbi pacijenata s vratoboljom ili križoboljom**

Priredila: Ana DEJANOVIĆ DOJČINOVIĆ, dr. med.

Razlika u traženju zdravstvene pomoći između žena i muškaraca s kroničnim bolovima kulturološki je uvjetovana. Tako Cornally i McCarthy tvrde da percepcija o tomu kako se ponašati kao muškarac ili kao žena uvjetuje ponašanje pri traženju pomoći. Spol je svojevrsni stalni proces u kojemu se sami definiramo kao žena ili muškarac u društvenim događajima i kroz spolom uvjetovane radnje. Slijedom toga stereotipne spolne norme da su muškarci jaki i samostalni, a žene slabe i potrebna im je zaštita, mogu utjecati na njihovo ponašanje ako moraju zatražiti pomoć. Zato je traženje pomoći na određeni način prirodnije za žene, a muškarci ga izbjegavaju čak i kad bi trebali to učiniti.

Cilj je ove studije povećati znanje o utjecaju spola tijekom kontakata povezanih sa zdravstvenom skrbi, istražujući bolesnikova očekivanja prije nego što je dobio zdravstvenu uslugu za vratobolju ili križbolju te naknadna iskustva o dobivenoj usluzi i rehabilitaciji iz perspektive upravo njihova spola. Istraživanje je provedeno na razini primarne zdravstvene zaštite.

Razgovori s 12 pacijenata – sedam žena i pet muškaraca u dobi od 20 do 65 godina obavljani su kada su potražili pomoć zbog vratobolje ili križbolje. Svaki je bolesnik dva puta intervjuiran – prije prvog pregleda kod zdravstvenog djelatnika i tri mjeseca poslije. Tromjesečno razdoblje odabrano je kako bi bila uključena iskustva o provedenoj rehabilitaciji. Uzorkom ispitanika željelo se obuhvatiti što više varijacija prema sljedećim kriterijima: muškarci i žene, vratobolja ili križbolja, varijacije u godinama, bračno stanje, edukacija te spol zdravstvenog osoblja. Bolesnici su trebali biti u aktivnoj dobi (18 do 65 godina) i godinu dana prije toga nisu smjeli biti na bolovanju zbog vratobolje

ili križobolje. Tema prvog razgovora bila su bolesnikova iskustva s vratoboljom ili križoboljom – posljedice, potpora drugih, bolesnikovo razumijevanje uzroka, način podnošenja bolova te prijašnja iskustva sa zdravstvenom uslugom. Drugi se razgovor odnosio na stečena iskustva tijekom protekla tri mjeseca (od prvog razgovora). Pitanja su obuhvatila sljedeća područja: u kojem su opsegu ispunjena očekivanja, specijalne strategije potrebne da bi se obavili pregledi ili liječenje, razumijevanje uzroka bolova i strategije liječenja bolova, vrste terapija i percepcija liječnika obiteljske medicine ili fizioterapeuta. Pitanja nerazjašnjena tijekom prvog razgovora mogla su biti postavljena i u drugom. Na kraju svakog intervjua napravljen je sažetak, te je pacijentu omogućeno da ispravi moguće nesporazume.

Analiza je bila trostruka – kodiranje i kategoriziranje intervjua, oblikovanje idealnih tipova te usporedba iskustava idealnih tipova nakon tri mjeseca, uključujući model koji opisuje iskustvo sa zdravstvenom uslugom i rehabilitacijom idealnih tipova. Idealni tip je teoretska tvorevina koja prezentira bitne karakteristike i kao takva ne predstavlja stvarne ljude, odnosno to je način da se pojave učine razumljivima. Bolesnici nisu bili uključeni u samo jedan idealni tip nego su se tijekom prvog i drugog razgovora selili između idealnih tipova.

U drugom koraku analizom dobivenih rezultata identificirana su dva idealna tipa – *samopouzdan* i *neodlučan*. Idealni tipovi opisivali su slična i tipična specifična očekivanja i iskustva. *Samopouzdan* idealni tip smatrao je kako su bolovi potvrda da je jak ili marljiv. Povezivao ih je s fizički zahtjevnim poslom, često na tradicionalno muškim radnim mjestima. Ti bolesnici isticali su da imaju pravo na pomoć i prihvaćali su je od zdravstvenih osoblja kao zdravo za gotovo. Neodlučni tip izražavao je kompleksne osjećaje o bolovima. Tražio je pomoć za dugotrajne probleme, ali ih više nije mogao kontrolirati. U razgovoru pokušava uvjeriti ispitivača da je njegovo stanje ozbiljno. Istodobno se podcjenjuje, osjeća se posramljen i govori kako drugima treba prije negoli njemu pružiti stručnu pomoć, odnosno ne želi biti nikomu na teret. Sumnja u vrijednost svojih bolova u očima drugih. *Samopouzdan* tip nije skrivao vratobolju i križobolju od drugih i jednostavno je govorio o njoj, ali nije se žalio, dok je *neodlučni* tip oklijevao reći bilo komu da ga boli iz straha da ga ne bi proglasili cmizdravcem.

Idealni tipovi nisu različitih spolova, ali *samopouzdan* je uključivao više muškarce, a neodlučni žene. *Samopouzdan* tip vjerovao je u vlastite sposobnosti koje će mu omogućiti da dobije ono što traži od zdravstvenog sustava. *Neodlučni* se, pak, bojavao da ga se ne shvati ozbiljno kada traži zdravstvenu pomoć pa je

zbog toga oklijevao, te su neki od tih bolesnika čekali mjesecima nadajući se da će se sve samo od sebe popraviti. Bolesnici su izražavali i dobra i loša iskustva sa zdravstvenim sustavom nakon njihova prvog razgovora. Dobra iskustva bila su povezana s priznavanjem bolesti, a loša su često uključivala osjećaj odbačenosti. Bolesnici su se nadali da će ih pregledati stručnjak za vratobolju i križbolju i da će dobiti objašnjenje za uzrok njihovih bolova, iako su svi imali vlastite teorije o razlozima. Tako je *samopouzdan* tip imao jasnu sliku o uzroku bolova, okrivljujući za sve težak rad, a *neodlučni* je bio neodlučniji i djelomično je okrivio sebe. Osjećali su olakšanje kad bi čuli dijagnozu, dobro objašnjenje i prognozu, a oni koji to nisu dobili bili su razočarani. Bolesnici su isticali da su spremni sudjelovati u liječenju. Očekivali su savjet, vođenje i programe vježbanja. *Samopouzdan* tip očekivao je pasivnije tretmane od *neodlučnoga* koji je, pak, isticao kako je spreman vježbati sam. Bolesnici su držali da su pozvani sudjelovati u liječenju ako su njihove teorije o bolovima saslušane i potvrđene. Ako su njihovi zaključci o uzrocima tegoba ignorirani ili odbačeni, ili ako nisu potaknuti da sudjeluju u liječenju, osjećali su se frustrirano čak i kad bi ih prestalo boljeti. Oni bez iskustava s liječenjem nisu tijekom prvog razgovora ni izražavali svoja očekivanja o individualnosti, a oni s iskustvom, osobito *neodlučni* tipovi, željeli su individualni pristup. Inače, osjećaj da im se pristupilo kao individuama tijekom pregleda i liječenja bio je važan u slučaju iznošenja vlastitih iskustava. Dakle, bolesnici nisu željeli standardni program vježbi, nego potvrdu da ih se liječi kao osobe, a ne *kao na vrpci*. Također su željeli da se za njih skrbi u povjerljivom okružju. Najvažniji je bio osjećaj da ih se gleda kao kompletnu osobu, a ne kao dio tijela. Analiza je pokazala da *samopouzdan* i *neodlučni* tip reagiraju različito s obzirom na to jesu li ili nisu dobili potvrdu svoje bolesti. Ako je *samopouzdan* tip dobio potvrdu dijagnoze, osjećao je povjerenje u zdravstveni sustav čak i ako se ne bi potpuno oporavio. Bio je zadovoljan i osjećao je da sada može kontrolirati svoje bolove. Ako je *neodlučni* tip primio potvrdu svoje bolesti on se pomaknuo iz neodlučnosti u *samopouzdanje* i također se osjećao zadovoljno. *Neodlučni* pacijenti, ako nisu primili potvrdu svoje bolesti, bili su nesretni i nezadovoljni. U slučaju da *samopouzdan* pacijenti nisu dobili potvrdu bolesti, njihove reakcije bile su ljutnja, frustracija, posramljenost i napuštenost. Ili bi ostali samouvjereni i okrivljavali bi zdravstveno osoblje za neznanje. Nedobivanje potvrde mnogo su teže prihvaćale žene negoli muškarci, neovisno o idealnom tipu kojem su pripadale.

Rezultati ove studije pokazali su kako pacijenti očekuju da njihovu dijagnozu potvrdi fizioterapeut ili obiteljski liječnik. To im je najvažnije kada nakon tri

mjeseca opisuju svoja iskustva o zdravstvenoj usluzi. U ovoj studiji pacijenti koji nisu dobili potvrdu izgubili su orijentaciju i osjećali su se usamljeno. Nisu imali nikakav plan za daljnje poteze. Prema stajalištu Gustafssona i Porna potvrda povećava povjerenje u vlastite sposobnosti i komponenta je ljudske motivacije. No zdravstveno osoblje trebalo bi biti osobito pažljivo ako pacijenti pokazuju karakteristike *neodlučnog* idealnog tipa, kako bi im omogućili da postignu pozitivnu interakciju. Iznenađujući rezultat ove studije bio je da su pacijenti vrlo rijetko bili usmjereni na sam oporavak. Također su isticali koliko im je važno da ih se shvati ozbiljno. *Samopouzdan* i *neodlučan* tip imali su različite strategije da to postignu i bile su usko povezane s njihovom percepcijom vlastite vrijednosti. *Samopouzdan* tip prihvaćao je pomoć zdravstvenog osoblja kao zdravo za gotovo i vjerovao je u njihovu sposobnost da mu pruže potrebnu pomoć. *Neodlučni* tip je, s druge strane, više bio zainteresiran za to da uvjeri zdravstveno osoblje u ozbiljnost svojega stanja. Izražavao je također osjećaje srama prije nego što je tražio zdravstvenu pomoć. Kako su u *neodlučnom* tipu češće žene, osjećaj srama mogao bi biti jedan od razloga zašto su one više na bolovanju od muškaraca. Gustafsson i suradnici otkrili su da se sram mijenja u samopoštovanje kad žene s fibromijalgijom i proširenim bolovima osjete povjerenje i dobiju dijagnozu. Izražena želja da se sudjeluje u liječenju ohrabruje kod oba tipa. Naše su spoznaje da pacijenti s dugotrajnijim vratoboljama i križoboljama zahtijevaju i veće sudjelovanje u vlastitu liječenju. Stajališta zdravstvenih profesionalaca o spolovima također utječu na ponašanje tijekom susreta. To se nije proučavalo u ovoj studiji, ali u jednoj drugoj ističe se da se žene i muškarci s istim simptomima prezentiraju na različite načine. Važno je biti svjestan karakteristika spolova, ali istodobno se mora paziti da se ne primijeni jedan model na sve muškarce, a drugi na sve žene. Nadamo se da će rezultati ove studije ohrabriti profesionalce da ne napuste neodlučne pacijente, nego da saslušaju što očekuju i iskoriste njihovu motivaciju da sudjeluju u tretmanu. To neće djelovati samo na osjećaje srama i odbačenosti među pacijentima, nego će voditi i prema efikasnijoj rehabilitaciji jer motivirani pacijent može biti rehabilitiran bolje negoli ako nema motivacije.

Pomak u gledištu s biomedicinskog na više biološko-socijalno, počeo je 80-ih godina. Biološko-psihološko-socijalna perspektiva čini osnovu za međunarodnu klasifikaciju funkcija, nesposobnosti i zdravlja koju je razvila Svjetska zdravstvena organizacija (SZO). To je klasifikacija koja se bavi područjima u vezi sa zdravljem (tjelesne strukture i funkcije, aktivnosti sudjelovanja okoliša i osobnih čimbenika) i obično se koristi u rehabilitaciji. Svi naši pacijenti u studiji

fokusirali su svoje bolove na tjelesnu strukturu i funkciju. No samopouzdana tip je isticao okolišne čimbenike, a neodlučni osobne kao utjecaj na zdravlje. I pacijenti i liječnici obiteljske medicine mogli bi imati koristi od šire upotrebe ICF-modela. Bilo bi dobro pomaknuti fokus s tjelesnih struktura i funkcija te uključiti druge komponente koje utječu na njihovo stanje. To bi bilo vrlo važno u slučaju kad je teško postaviti dijagnozu na temelju kliničkih pregleda, laboratorijskih testova i rendgenskih slika

Zaključno, rezultati ove studije pokazuju da je dobiti dijagnozu najvažnije u raspravama s pacijentima o njihovim očekivanjima i iskustvima. Pacijente koji sami sebe okrivljuju i podcjenjuju mora podržati zdravstveno osoblje kako bi se povećala učinkovitost i zadovoljstvo liječenjem. Spol utječe na očekivanja i iskustva s dobivanjem zdravstvene pomoći u slučaju vratobolje i križbolje i ta tema zahtijeva daljnje studije.

*(Stenberg G, Fjellman-Wiklund A, Ahlgren C. "Getting confirmation": gender in expectations and experiences of healthcare for neck or back patients. J Rehabil Med 2012;44:163-71.)*