

Murányi István–Jenei Ilona

A tájékoztatás szerepe az orvos–beteg kapcsolatban

A beteg tájékoztatása – érintettségüknek megfelelően – egyaránt foglalkoztatta a pácienseket és az orvosokat. A téma az elmúlt években nagy publicitást kapott a hazai orvostikai és orvosjogi problémák között.^{1–5} A kitüntetett érdeklődés feltehetően annak köszönhető, hogy az általános beteg-tájékoztatást szabályozó egészségügyi törvényt (1972. évi II. törv. 45. § /1/ bek.) 1990 márciusában a parlament módosította. A korábbi törvény úgy rendelkezett, hogy az orvosnak megfelelő módon tájékoztatnia kell a beteget, illetve hozzátartozóját a beteg állapotáról, indokolt esetben azonban az orvos a beteg érdekében ettől eltekinthet. Lényegében az orvos dönthette el, hogy tájékoztatja-e súlyos kimenetelű betegségéről a páciensét, vagy sem. Az 1990. évi deregulációval az orvosnak ez a döntési helyzete megszűnt, az orvostól az információvisszatartás minden lehetőségét elvonták, és kötelezték valamennyi adat és tény közlésére. Régi beidegződések, felfogásbeli különbségek és elfogadott orvosi magatartási reflexek, társadalmi szokások kerülnek megvitatásra, új szempontok szerinti átgondolás alapján szabályozásra.⁶ A beteg-tájékoztatás ügye nemcsak a minőségfejlesztő programok indítását érinti, hanem fontos szerepet játszik az orvos–beteg viszony társadalmi megítélésében is.

A vita nem arról szól, hogy kell-e tájékoztatni a beteget vagy sem, hanem inkább arról, hogy a betegek felvilágosítása miről és milyen mértékben, milyen célból történjen, vagyis a tájékoztatás tartalmáról és terjedelméről. Bár a különböző orvostikai irányzatok elvileg egyetértésre jutottak a beteg-tájékoztatás modern formájának, a tájékozottságon alapuló beleegyezés (inform consent) normájának elfogadásában, ennek ellenére hazánkban a beteg-tájékoztatási gyakorlat igen eltérő. Mintha megrekedt volna az orvosi szemlélet a „megmondjuk, vagy ne mondjuk meg a betegnek” dilemmájánál. A beteg-tájékoztatás ilyen szintű megközelítése egy korábbi időszakra jellemző tradicionális orvos–beteg viszony egyik igen fontos kérdése volt. Kommunikáció szempontjából ezt a periódust a hallgatás korának is nevezhetjük, mert az orvosnak csak akkor volt tájékoztatási kötelezettsége, ha ettől terápiás hasznot remélt, vagy ha a tájékoztatás a gyógykezelés része volt. Az orvos

döntött arról, hogy felvilágosítja-e betegét vagy sem, s a döntés alapját a beteg orvosi érdeke, mint legfőbb szakmai és egyben etikai érték képezte.

A mai, modern szemléletűnek nevezhető orvosi etika a beteg tájékoztatáson alapuló beleegyezésének elvét fogadja el a páciens erkölcsi autonómiájának, a felvilágosításhoz való jogának alapján. Ez egy új kommunikációs modellt igényel az orvos és betege között, melyet – ideális esetben és erkölcsi értelemben – a partneri kapcsolathoz lehetne hasonlítani. Az orvosi döntés ebben a viszonyban a gyógykezeléssel kapcsolatos közös párbeszéd során, a beteg közreműködésével és egyetértésével jön létre. A döntés eredményességére, illetve a kezelés sikerére egyrészt akkor nagyobb az esély, ha a páciens informálása őszinte, tárgyilagos és mindenre kiterjedő norma, kölcsönös bizalom szerint történik.

Az orvos–beteg viszony interperszonális jellemzőit – éppen személyessége miatt – nem szabályozzák, vagy nem úgy befolyásolják egységes és nemzetközileg elfogadott elvek, mint ahogyan az új tudományos eredmények irányítják a diagnosztikát vagy az alkalmazott terápiát. *Az orvos és a beteg erkölcsi attitűdjének alakulására társadalmi-kulturális hatások, sokszor egymástól eltérő szokások, értékek és nem utolsósorban a szakmai hagyományok igen gyakran mélyebben hatnak, mint az orvostikai vitákban kiérlelt elvek.* Mindezek miatt a beteg-tájékoztatással kapcsolatos új normák elfogadása nem egységes a hazai orvosi gyakorlatban.

Az szociokulturális jellemzők és az orvosok tájékoztatásra vonatkozó attitűdjei közötti kapcsolat hazai empirikus vizsgálatáról nem tudunk. A külföldi orvostikai kutatások közül kiemelkedik *Ole Ostergaard Thomsen és munkatársainak vizsgálata, mivel a gastroenterológusok között végzett adatfelvételük Európa 27 országában – köztük Magyarországon is – megtörtént.* Az önkitöltős kérdőívben szereplő kérdések azt a problémát vizsgálták, hogy rákos betegség esetén megmondanák-e az igazat a páciensnek, illetve a páciens házastársának.⁷ A 260, különböző nemzetiségű gastroenterológus válaszait elemezve a következő eredményeket kapták: Észak-Európában a gastroenterológusok szerint legjobb, ha a páciens ismeri az igazságot, ezért megmondanák neki is, és a házastársának is a rossz hírt, vagyis a diagnózist. Bár néhányan a házastársat csak a páciens hozzájárulásával tájékoztatnák, és néha – ha a daganat áttétes – megszépítenék az információt. *Dél- és Kelet-Európában viszont a gastroenterológusok úgy tartják, legjobb a betegnek, ha eltitkolják előle az igazságot, ugyanakkor kötelességük arról a házastársat tájékoztatni. Ha a páciens megkérné őket, akkor neki is feltárnák a diagnózist. A különbségeket a szerzők kulturális-társadalmi normák és szokások hatásával magyarázzák.*

Érdekes kérdés, hogy a fenti kutatás eredményei milyen mértékben érvényesülnek Magyarországon. Szerettünk volna a beteg-tájékoztatással kapcsolatos hazai beállítódásról részletesebb ismereteket szerezni, például a tájékoztatás mélységéről, jellegéről és sztenderdjeiről. Ezért az Ole Ostergaard Thomsen és munkatársai által használt kérdőív segítségével megismételtük a vizsgálatot a DOTE III. és V. éves hallgatói körében.⁸

Amennyiben az orvosi attitűd a beteg-tájékoztatással kapcsolatban valóban elsősorban társadalmi-kulturális hatásoktól, értékektől függ, ahogyan azt a

hivatkozott tanulmány szerzői tapasztalták, akkor ez a hatás medikusok esetében is érvényes, mérhető beállítódás lesz, és nem szükséges hozzá előzetes orvosi praxis.

A kérdőívet változatlan formában alkalmaztuk, mert a kérdéseknek a gastroenterológiához csak annyi közük van, hogy a példában szereplő beteg vastagbélrákban szenved, de a példa szólhatott volna bármilyen más daganatos betegségben szenvedő páciensről is. A kérdések alapján egy magatartási modellt kívántunk megismerni, így az összehasonlíthatóság érdekében célszerű volt azonos kérdőívvel és azonos módszerrel dolgozni.

A vizsgálatot az oktatási periódus végén, a III. és az V. évfolyam hallgatói körében végeztük, 1993 novemberében. Az önkitöltős kérdőívet név nélkül, évfolyam és nem feltüntetésével kértük vissza a tantermi előadások végén. A III. évfolyamon még nem tanultak orvosi etikát a hallgatók, és klinikai tanulmányaikat is ebben az évben kezdték. Ezzel szemben a felvétel idején az ötödévesek már átfogó képet tudtak alkotni a klinikai tárgyakról és gyakorlatról, s az etikai kurzust is hallgatták.

Az adatfelvételt követően 256 kérdőívet értékeltünk. A válaszadó hallgatók 46 százaléka férfi, 54 százaléka nő, s mintánkban közel azonos arányban képviselik a két évfolyamot (49,6 százalék a harmadévesek, 50,4 százalék az ötödévesek aránya).

Az 1–3. kérdések esetében eredményeink teljes mértékben visszaigazolták az O. O. Thomsen vezette kutatás megállapításait. A vizsgálatban részt vevő hallgatók több mint fele nálunk sem mondaná meg a betegnek, hogy rákos, a házastársnak viszont 70 százalékuk feltárná az igazságot. Igazolódott a nemzetközi összehasonlító vizsgálat azon megállapítása is, hogy Dél- és Kelet-Európában a betegek kérésére megtörténik a tájékoztatás. Kutatásunkban ez a szándék igen magas mértékű, a hallgatók 86 százaléka mondaná a diagnózist. (1. tábla) A tájékoztatást azonban a szakmai sztenderd követelményei szerint adnák a hallgatók. Ez főleg a diagnózisra vonatkozna, és kerülne a várható kilátások, a szövődmények stb. kérdéskörét.

A paternalisztikus orvosi magatartás egyik jellemzője, hogy az orvos úgy gondolja, a rossz hír, a kedvezőtlen diagnózis közlése a beteg számára ártalmas lehet. Márpedig ebben a hagyományosnak is nevezhető etikában az orvos számára a legfőbb parancs a „ne árts!”, és a legfőbb érték mindig a beteg érdeke. Ha azonban a beteg maga kezdeményez, érdeklődik, és kérdéseket tesz fel saját állapotával, betegségével kapcsolatban orvosának, akkor mindenképpen előnyös, illetve szükséges őt tájékoztatni. Ellenkező esetben ártanának neki, mivel nem teljesítenék egy számára feltehetőleg fontos kérdését. Az orvosi tájékoztatási kötelezettség – ahogyan vizsgálatunk eredménye mutatta – nem erős kötelességként él a hallgatók körében, el is hagyható, de teljesíthető is. Mindig az orvos dönti el, hogy mikor, mit és mennyit kell a betegnek elmondani, és azt is ő tudja, hogy a betegének jó-e ez vagy sem. Vagyis a beteg tájékoztatással kapcsolatos attitűd a vizsgálatban részt vevő debreceni medikusok többségénél a hagyományos, hippokratészi értékeket őrző etika keretén belül mozog a fenti kérdésben.

Ahogy tartalmilag mélyül a tájékoztatás részletezésére vonatkozó igény a beteg esetében, úgy csökken a teljesítési szándék az orvos részéről. Műtét

után a beteg kérésére már kevesebben tájékoztatnák őt a műtét eredményéről és a szövődményekről, mint korábban, amikor csak a diagnózisról kért tőlük információt. A prognózist azonban, mely szerint gyógyíthatatlan betegségben szenved betegünk, ugyanannyian megmondanák, mint ahányan eltitkolnák (48–48 százalék az igen és a nem válaszok aránya). Mindenképpen szembeötlő az objektív, részletekre is kiterjedő tájékoztatási attitűd csökkenése a diagnózis kizárólagos közlési szándékával szemben (86, illetve 48 százalék).

A házastárral kapcsolatban ezt a különbségtételt nem tapasztaltuk. Az ő esetében nagy a tájékoztatási készség a prognózisra, a diagnózisra és a műtėti eredményre egyaránt. Úgy tűnik, hogy a „Ha nem a páciensnek, akkor legalább a család egy tagjának tudnia kell a teljes igazságot” elv érvényesül.

Az igen kevés empirikus adat birtokában, sajnos, csak elképzeléseket lehet megfogalmazni a betegek, illetve a potens betegek „ideális orvosmagatartásra vonatkozó elvárásairól”. Kutatásunk eredményei azt mutatják, hogy a harmadéves hallgatóknak – akikre nyilván jobban hatottak még a szociális környezet értékrendjei, mint a tanult szakismeretek – nem egészen egyharmada (31 százalék) tájékoztatná a beteget arról, hogy daganata van, viszont az ötödéveseknek már fele (50 százalék) megmondaná a betegnek az igazságot. (2. tábla) A legalább két alkalommal, ugyanazon hallgatói csoportot vizsgáló longitudinális kutatások adhatnak korrekciót arra a kérdésre, hogy az ötödévesek attitűd-változásában a szakmai tanulmányok hatására a kognitív komponens vagy az orvosetikai tanulmányok formálta értékelő viszonyulás vált-e meghatározóvá, illetve mindkettő együttesen növekedett-e? A válaszarányokban mutatkozó különbségek ellenére a két évfolyam orientációs trendje abban megegyezik, hogy a tájékoztatás mélyülésének igényével ellentétesen változik az információadás hajlandósága. Az V. évfolyam tájékoztatási készsége meggyőzőbb, következetesebb magatartási értékrendre enged következtetni, mint a harmadéveseké. Akkor is ugyanezt az eredményt kaptuk, amikor azt néztük meg, hogy kik azok, akik a beteget nem tájékoztatnák, és akkor is, amikor a házastárs tájékoztatásában való készség arányait vizsgáltuk. Az ötödévesek meggyőzőbb magatartására utal, hogy ők közelebb állnak a beteg és a feleség teljes tájékoztatásához (3. tábla). Úgy látszik, a harmadévesek nagyon szabályosan követik a kulturális hagyományoknak megfelelő magatartást a házastárs tájékoztatása esetében is.

A tájékoztatási hajlandóságot jellemző attitűd függ a nemektől is. Vizsgálatunk eredménye szerint a férfiak közel kétharmada, a nők egyharmada adna inkább információt (4. tábla). Ugyanezt a magatartási attitűdöt kaptuk a beteg tájékoztatás elutasításának vizsgálatánál is. A nők nagy arányban tartják vissza az információt (különösen az 1. és 5. kérdés esetében nagyon erősen szignifikáns a nőket jobban jellemző elzárkózás). A nők attitűdjén az sem változtat, hogy a házastárs tájékoztatásában nagyobb készséget mutatnak, mint páciensük esetében, de az arányokat tekintve mindig a férfiak mögött maradnak.

Mi lehet e magatartás alapja? Ez a felvételünkből nem deríthető ki, de néhány tényező meghatározó szerepe valószínű, s ezeket a további vizsgálatok feltehetően igazolni fogják. Kultúránkban az orvosi szerep elsősorban férfiszerep. Elképzelhető, hogy a nők az orvosszerep nem minden részével

tudnak olyan mértékben azonosulni, mint a férfiak. Különösen azokkal a követelményekkel nem, melyek kapcsán nagy érzelmi megterhelés éri őket, vagy ahol kevésbé tudják érzelmi stabilitásukat megővni. Nagyobb empátiás készségük miatt valószínűleg jobban átéli a beteg szenvedését, s ezért hátrítják el az ilyen szituációkat. Ugyanakkor ezzel az értelmezéssel szembeállítható, hogy a nők könnyebben, jobban tudnak kommunikálni, nyitottabbak, érzékenyebbek, mint a férfiak. Azt várnánk, hogy ezeket az adottságaikat éppen a tájékoztatásban kamatoztatják a legjobban. Meglepő, hogy például a házastárs (a kérdésben feleség) esetében is zárkózottabbak, mint a férfiak. (5. tábla) *Kultúránk hagyományai szerint a nők konfliktuskerülőbbek, mint a férfiak, a rossz hír közlése pedig mindenképpen konfliktushelyzetet jelenthet.* Lehetséges az is, hogy a nők éppen a hippokratészi hagyományok tisztelete alapján nem akarnak fájdalmat okozni az igazság felfedésével, vagy nem vállalják a felelősséget azért, hogy a páciens, úgymond, megfeddi őket a rossz hír közléseért. Jobb, ha mástól hallják a rossz hírt. Nincs adatunk arra nézve, hogy vajon a betegek kitől várnák szívesebben a tájékoztatást. Nem tudjuk, hogy milyen a nőorvos elfogadottsága a krízishelyzetekben, és milyen a férfi orvosoké.

A keresztábrás elemzések alapján levont következtetéseinket megerősíti a kérdőívben szereplő hét kérdés (változó) bevonásával elvégzett főkomponens-analízis eredménye is. A beteg, illetve házastárs tájékoztatására vonatkozó kijelentések elfogadása, illetve elutasítása két, egymástól markánsan elkülönülő vélemény típusba szerveződik. Az első főkomponenshez tartozó három kérdés (2., 6. és 7. kérdés) a házastárssal, a másodikhoz sorolt négy kérdés (1., 3., 4. és 5. kérdés) a beteggel való közlésre vonatkozik. A *hallgatók magatartását – függetlenül attól, hogy milyen mélységű a közölt információ – alapvetően a beteghez és a hozzátartozóhoz (feleséghez) való viszonyulás differenciálja.* A „HÁZASTÁRS-PRIORITÁS” vélemény típus (azaz a 6., 7. és 2. kérdésekre adott pozitív válaszok együttes elfogadása) a harmadéveseket, az elutasítás az ötödéveseket jellemzi. Figyelemre méltó, hogy a nemi hovatartozás nem differenciál, a férfiakat és a nőket egyaránt az átlagos mértékben jellemzi ez a vélemény típus. *Ha az évfolyamokat nézzük a „BETEG-PRIORITÁS” (az 1., 3. és 4. kérdésben megfogalmazott állítások együttes preferálása) mint jellemző közlési attitűd fordítottan érvényes: az ötödévesek az átlagosnál nagyobb mértékben elfogadják, a harmadéves medikusok pedig elutasítják. A nemi csoportokat is eltérően jellemzi a beteggel szemben nyitottabb magatartástípus: a férfiak preferálják, míg a nők elutasítják.*

Vizsgáltuk a magatartási attitűd stabilitását is, s azt tapasztaltuk, hogy bár a megkérdezettek több mint fele (56 százalék) nem tájékoztatná páciensét a betegségéről (1. kérdés), azonban csak 12–30 százalék azok aránya, akik minden szituációban elzárkóznak a tájékoztatás elől. *A hagyományos etikai magatartásban tehát a többség (56 százalék) ingadozik: például úgy, hogy a betegnek saját kezdeményezés alapján nem, csak kérésre adna információt, vagy másként viselkedne a beteggel, és másként a házastárssal kapcsolatban.* Figyelemre méltó, hogy *valamivel többen beszélnének a műtét eredményéről a házastárssal, mint a várható reménytelen kilátásokról.* Inkább a diagnózist

részesítenék előnyben a prognózis helyett. Valószínűleg azért, mert a műtétről szóló beszélgetéssel az orvos kikerülheti a frusztrációt, amit a gyógyíthatatlan daganatok kezelése során érez. Számára fontosabb lesz az, amit ő tett és tapasztalt betege érdekében, és elhallgatja a várható kedvezőtlen fejleményeket, ami pedig a beteg, illetve a család számára látszik fontosabbnak. *Ez a magatartási attitűd a tájékoztatás hagyományos szakmai sztenderdjéhez áll közelebb. Bár kevesebben vannak, akik tájékoztatást adnának (43 százalék), de sokkal stabilabb attitűddel rendelkeznek, mint a tájékoztatást elutasítók.* Nagy többségük (63–73 százalék) hasonlóan és következetesen viselkedne a beteggel és a családtaggal kapcsolatban is. A szinte mindenre kiterjedő beszélgetésre 65–95 százalékuk vállalkozna. Érdekes, hogy közülük kevesebben (23 százalék) beszélnének a szövődményekről, a műtétről stb., inkább a prognózisra helyeznék a hangsúlyt. Valószínű, hogy humánus okokból nem a szakmai részletekkel terhelnék betegüket, hanem inkább a várható sorsukról beszélgetnének vele. A tájékoztatásnak ez a formája az objektív sztenderd normáihoz közelít. Ebből a csoportból kerülnek ki azok is, akik a házastárs tájékoztatásában eljutnak a szubjektív sztenderd kívánalmáig is.

Összegzés

A debreceni orvostanhallgatók többségét konzervatív orvostikai magatartás jellemzi, a szakmai sztenderd követelményeinek megfelelően csak kérésre tájékoztatják a beteget. A beteg-tájékoztatás mértéke fordítottan arányos a házastárs tájékoztatásának mértékével és milyenségével. A konzervatív etikai magatartás nem stabil beállítódás, inkább magatartási trend. A beteg-tájékoztatást elfogadók esetében a magatartási attitűd stabil és következetes, a tájékoztatás az objektív sztenderdhez áll közelebb. A beteg-tájékoztatási attitűd évfolyam- és nem-függő: a nők és a harmadévesek kisebb tájékoztatási készséget mutatnak, mint a férfiak, illetve az ötödévesek. Mivel az orvostikai magatartás kultúrafüggőségét vizsgálatunk is alátámasztotta, ezért nagy valószínűséggel állíthatjuk, hogy eredményeink közelebb visznek a magyar praktizáló orvosok beteg-tájékoztatással kapcsolatos attitűdjének megismeréséhez, mivel a hallgatók és a gyakorló orvosok szakmai és szélesebb értelemben vett kulturális gyökerei azonosak.

Jegyzetek

1. Kovács J.: Az orvosi beavatkozásokba való „tájékozott beleegyezés” elve a modern orvosi etikában I–II. rész, *Lege Artis Medicinae* 1993; 3 (6):590–597, 1993; 3 (7): 688–696.
2. Tanácskozás a betegek jogairól, *Orvosi Hetilap* 1993; 134 (35):1956–1959.
3. Sándor J.: Hogyan érvényesülhet a hozzájárulás elve a magyar egészségügyi rendszerben? *Lege Artis Medicinae* 1994; 4 (1):84–87.
4. Együttműködés a betegek érdekében. I. Interdiszciplináris fórum a MOTEST-ben, *MOTESZ Magazin* 1993; (1):38–39.
5. Az orvos joga – a beteg joga. Felvilágosítás, tájékoztatás, hozzájárulás az orvos–beteg

viszonyban. in: *Orvosetikai dilemmák I–II*. Kerekasztal beszélgetések a Kossuth Klubban, Budapest 1993; 31–59. szerk.: Hegedűs K.

6. A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiumának IV. sz. állásfoglalása: a betegek tájékoztatásáról. *A Magyar Orvosi Kamara évkönyve*, Budapest, 1991; 38–41.

7. Thomsen O. O., Martin A., Wulff H. R., Singer P. A.: What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients? *Lancet* 1993; 341:473–476.

8. A kérdőívben szereplő kérdések:

Az ön egyik férfi betegénél a bárium-beöntéses röntgen-vizsgálat a colon sigmoideumon stricturát mutatott ki. A biopsziás anyag szövettani vizsgálata során colon carcinomát diagnosztizáltak. A további vizsgálatokkal metastasisokat sem a májban, sem máshol nem lehetett kimutatni. Az Ön döntése az, hogy a colon sigmoideumot rezekálni szükséges.

1. kérdés. Annak ellenére, hogy a beteg nem kérdezi, megmondaná-e Ön neki, hogy rákja van?

Ön találkozik a beteg feleségével, aki megkérdezi a diagnózist.

2. kérdés. Megmondaná-e Ön a feleségének a beteg távollétében, hogy a betegnek rákja van?

3. kérdés. Megmondaná-e Ön a diagnózist a betegnek, ha a beteg kéri Önt a diagnózis közlésére?

A részletes colectomia sikeres volt, de a műtét során a műtétet végző sebész a máj mindkét lebenyében kis metastasisokat észlelt, amelyeket a preoperatív vizsgálatokkal nem lehetett kimutatni.

4. kérdés. Megmondaná-e Ön a betegnek, hogy a májban áttétei vannak, ha a beteg érdeklődik a műtét eredménye iránt?

5. kérdés. Megmondaná-e Ön a betegnek, hogy gyógyíthatatlan betegségben szenved?

Ezután a beteg távollétében a feleség érdeklődik Öntől a műtét eredményeiről.

6. kérdés. Megmondaná-e Ön a beteg feleségének, hogy a műtét során a májban áttéteket észleltek?

7. kérdés. Megmondaná-e Ön a beteg feleségének, hogy a beteg gyógyíthatatlan betegségben szenved?

9. A „HÁZASTÁRS-PRIORITÁS” főkomponenshez tartozó kérdések faktorsúlyai: 6. kérdés 0,869, 7. kérdés 0,788, 2. kérdés 0,761.

A „BETEG-PRIORITÁS” főkomponenseihez tartozó kérdések faktorsúlyai: 5. kérdés 0,742, 4. kérdés 0,710, 3. kérdés 0,606, 1. kérdés 0,569.

A két főkomponens az elemzésbe bevont hét változó összvarianciájának 54 százalékát magyarázza.

A „HÁZASTÁRS-PRIORITÁS” főkomponens faktor score-átlagai az évfolyam és a nem szerint: harmadévesek 0,198, ötödévesek -0,179. Férfiak 0,040, nők -0,035.

A „BETEG-PRIORITÁS” főkomponens faktor score-átlagai az évfolyam és a nem szerint: harmadévesek -0,181, ötödévesek 0,163. Férfiak 0,222, nők -0,197.

A kérdésekre adott válaszok százalékos megoszlása
(N=256)

1. tábla

Kérdés	Igen	Nem	Válaszhiány
Annak ellenére, hogy a beteg nem kérdezi, megmondaná-e Ön neki, hogy rákja van?	43	56	1
Megmondaná-e Ön a feleségnek a beteg távollétében, hogy a betegnek rákja van?	70	29	1
Megmondaná-e Ön a diagnózist a betegnek, ha a beteg kéri Önt a diagnózis közlésére?	86	10	4
Megmondaná-e Ön a betegnek, hogy a májban áttétei vannak, ha a beteg érdeklődik a műtét eredménye iránt?	68	26	6
Megmondaná-e Ön a betegnek, hogy gyógyíthatatlan betegségben szenved?	48	47	5
Megmondaná-e Ön a beteg feleségének, hogy a műtét során a májban áttéteket észleltek?	75	21	4
Megmondaná-e Ön a beteg feleségének, hogy a beteg gyógyíthatatlan betegségben szenved?	70	25	5

2. tábla

A beteg tájékoztatása az évfolyamok alapján
(az igen válaszok százalékos megoszlása mellett minden táblánál feltüntettük az évfolyam változó és a kérdésekre adott válaszok közötti kapcsolat erősségét jelző chi-négyzet próba szignifikancia szintjeit is)

Kérdés	III. évfolyam	V. évfolyam
Annak ellenére, hogy a beteg nem kérdezi, megmondaná-e Ön neki, hogy rákja van? (p < 0,009)	35	51
Megmondaná-e Ön a diagnózist a betegnek, ha a beteg kéri Önt a diagnózis közlésére? (p < 0,036)	85	94
Megmondaná-e Ön a betegnek, hogy a májban áttétei vannak, ha a beteg érdeklődik a műtét eredménye iránt? (p < 0,004)	64	80
Megmondaná-e Ön a betegnek, hogy gyógyíthatatlan betegségben szenved? (p < 0,250)	47	54

3. tábla

A feleség tájékoztatása az évfolyamok alapján
(az igen válaszok százalékos megoszlása)

Kérdés	III. évfolyam	V. évfolyam
Megmondaná-e Ön a feleségének a beteg távollétében, hogy a betegnek rákja van? ($p < 0,010$)	81	62
Megmondaná-e Ön a beteg feleségének, hogy a műtét során a májban áttéteket észlelték? ($p < 0,140$)	82	75
Megmondaná-e Ön a beteg feleségének, hogy a beteg gyógyíthatatlan betegségben szenved? ($p < 0,014$)	80	67

4. tábla

A beteg tájékoztatása a nemek alapján
(az igen válaszok százalékos megoszlása)

Kérdés	Fiúk	Lányok
Annak ellenére, hogy a beteg nem kérdezi, megmondaná-e Ön neki, hogy rákja van? ($p < 0,005$)	52	35
Megmondaná-e Ön a diagnózist a betegnek, ha a beteg kéri Önt a diagnózis közlésére? ($p < 0,773$)	90	89
Megmondaná-e Ön a betegnek, hogy a májban áttétei vannak, ha a beteg érdeklődik a műtét eredménye iránt? ($p < 0,305$)	75	70
Megmondaná-e Ön a betegnek, hogy gyógyíthatatlan betegségben szenved? ($p < 0,000$)	64	39

5. tábla

A feleség tájékoztatása a nemek alapján
(az igen válaszok százalékos megoszlása)

Kérdés	Fiúk	Lányok
Megmondaná-e Ön a feleségének a beteg távollétében, hogy a betegnek rákja van? ($p < 0,325$)	68	74
Megmondaná-e Ön a beteg feleségének, hogy a műtét során a májban áttéteket észlelték? ($p < 0,837$)	79	78
Megmondaná-e Ön a beteg feleségének, hogy a beteg gyógyíthatatlan betegségben szenved? ($p < 0,154$)	81	67