

# AZ ORVOS VAGY A BETEG FELELŐSSÉGE? A JÖVŐ ORVOSAI A KOMMUNIKÁCIÓRÓL

---

**Vajda Beáta**  
tanársegéd

Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar, Üzleti Tudományok Intézete  
[vajda.beata@eco.u-szeged.hu](mailto:vajda.beata@eco.u-szeged.hu)

Kulcsszavak: egészségügy, kommunikáció, orvostanhallgatók, szerepek

## 1. BEVEZETÉS

Egyre szélesebb körben elfogadott szemlélet, hogy az egészségügyi szolgáltatás észlelt kockázatának csökkentéséhez, valamint a betegek együttműködésének növeléséhez szükség van megfelelően kommunikáló orvosokra. A betegközpontú kommunikáció így az ellátás észlelt minőségének elismert tényezőjévé válik (Boon és Stewart 1998, Epstein és tsai 2005, Kenny et al 2009), és indokolja a betegelégedettség vizsgálatát, annak ellenére, hogy azt számos korlátozó és módosító tényező befolyásolja (mint a betegségtől való félelem, vagy a szakmai teljesítménnyel kapcsolatos elvárások bizonytalansága) (Simon 2010). Mindez azt jelenti, hogy az ellátás során nemcsak biológiai, hanem pszichológiai és szociális tényezőket is figyelembe kell venni, amely az orvosoktól több-szempon­tú, komplex megközelítést igényel. Ehhez pedig olyan személyközi kapcsolat szükséges, amely lehetővé teszi a résztvevő felek személyiségének, viselkedésének és érzéseinek figyelembe vételét (Molnár és Csabai 1994).

A betegközpontúság növekvő fontossága is jelzi, hogy érdemes marketing szempontból is megvizsgálni az egészségügyi szolgáltatásokat. Kotler (2008) szerint a marketingnek fontos szerepe van az egészségügyi ellátórendszerben az értékek létrehozásának, közvetítésének és kommunikálásának elősegítése szempontjából, és célja lehet a hosszú távú kapcsolatok létrehozása, valamint az elégedettség növelése.

E téma nemcsak a páciens szempontjából fontos (bár ezt tekinthetjük elsődlegesnek), hanem a rendszer szempontjából is, ha figyelembe vesszük a pénzügyi nehézségekkel küzdő ellátórendszereket (mely a fejlett országokban is jellemző). Hiszen ha a megfelelő kommunikáció és az elégedettség magasabb elégedettségi szintekhez, vagy jobb együttműködéshez (ún. compliance-hoz) vezet (a betegközpontú kommunikáció számos vonásáról igazolták kutatások, hogy kapcsolatban áll objektív egészségügyi kimenetekkel), akkor ennek központi érték­ké kellene válnia már a szakértővé válás folyamatának kezdetén: az orvosképzésben.

Fontos kérdés tehát az is, hogy a szereplők milyen felelősséget vállalnak a folyamatban, a siker (gyógyulás) érdekében. Szakirodalmi adatok és korábbi kutatásaink alapján (Málovics et al 2009) az mondható el, hogy az esetek többségében az orvos szemlélete határozza meg, hogy hogyan történik a kommunikáció és a döntéshozatal.

Jelen tanulmányban az egészségügyi kommunikáció két fontos szereplője, az orvos és a beteg szempontjából vizsgáljuk e folyamat sajátosságait, valamint orvostanhallgatók házi dolgozat formájában leírt megfigyeléseit elemezzük az orvos és a beteg szerepéről, az orvos-beteg

kapcsolat kommunikációs és pszichológiai tényezőiről. Ezáltal „jövő orvosainak” látásmódjába is betekintést nyerünk. Az eredmények, melyek alátámasztják előfeltevéseinket a paternalista kommunikáció dominanciájáról, elősegítik a jövőbeli kvantitatív kutatás megalapozását, melynek célja, hogy a gyakorlatban hasznosítható információkat nyújtsunk a finanszírozási problémákkal küzdő egészségügy szereplőinek, beleértve a képzés intézményeit is.

## **2. ORVOS-BETEG KOMMUNIKÁCIÓ ÉS ANNAK TÁRSADALMI MARKETING SZEMPONTÚ MEGKÖZELÍTÉSE**

Az orvos és a beteg közötti kapcsolatot tekinthetjük olyan társas helyzetnek, ahol általában két fél (bár gyakran többen: hozzátartozók a beteg oldaláról; asszisztensek, vagy egyéb szakértők az orvos oldaláról) van jelen, és bármelyik fél jelenléte és tevékenysége hatással van a másikra. Ha a páciens nézőpontjából vizsgáljuk e helyzetet, akkor nemcsak az orvos valóságos jelenléte fontos (az, ahogyan kinéz, amit mond, a stílusa, az, hogy érthetően fogalmaz-e stb.), hanem a környezetben megjelenő implicit jelenléte is (a váróterem, a rendelő kinézete, tudományosságot, barátságosságot, intimitást sugall- e, stb.) – mindezek befolyásolják a páciensek érzéseit, gondolatait, viselkedését.

Az utóbbi néhány évtizedben a változásoknak köszönhetően az egészségüggyel foglalkozó tudományágak igen nagy figyelmet fordítottak az orvos – beteg közötti interakcióra, különösképpen a kommunikáció fontosságára és jellegzetességeire (Boon és Stewart 1998, Kenny és tsai 2009). Ennek elemzése azonban rendkívül nehéz, hiszen az orvos-beteg kapcsolat az egyik legkomplexebb interperszonális kapcsolat – olyan tulajdonságainak köszönhetően, mint az erőviszonyok kiegyenlítetlensége, az aszimmetrikus informáltság, az önkéntesség hiánya (hiszen az esetek többségében a szükség határozza meg az igénybe vételét, nem pedig az, hogy valaki szeretné-e vagy sem), létfontosságú, életbevágó kérdések és problémák felmerülése, ennek következtében pedig az erőteljes érzelmi érintettség (Ong és tsai 1995).

A közgazdasággal foglalkozó tudományágak mindezek ellenére kevesebb figyelmet szenteltek e témakörnek, holott az egyre informáltabb, önállóan dönteni tudó és szándékozó ügyfelek fontos alanyaivá váltak a vizsgálódásoknak (Vick és tsai 1998, saját keresés). Természetesen ennek oka (a fenti sajátosságokon túl) az is lehet, hogy az egészségügyi szolgáltatásoknak mind kínálati, mind keresleti oldala eltér az üzleti alapon nyújtott és igénybe vett szolgáltatásokétól. Ahogyan Kornai (1998, 45) megfogalmazza: „...széleskörű az egyetértés abban, hogy az egészségügy markánsan különbözik a társadalmi tevékenységek más ágaitól.” Hasonló vélemény kifejezéseként tekinthetjük Simon (2010) megállapítását, mely szerint bár az egészségügyi marketing specialitásai részben annak nonprofit jellegéből adódnak, ugyanakkor maga a piac is rendelkezik speciális jellemzőkkel, a szereplők, a köztük fennálló kapcsolatok, a környezeti feltételek, valamint a piacon megjelenő termékek és szolgáltatások egyes tényezőiből eredően.

### **2.1. Kommunikációs és döntéshozatali modellek az egészségügyben**

Byrne és Long kutatásai alapján az orvosok különböző konzultációs stílusai tipizálhatók, melyek az *orvoscentrikus* – *betegcentrikus* skálán helyezhetők el; míg előbbinél a cél a gyors információszerzés, amely alapján felállítják a diagnózist, és a páciensek részvétele kizárt, utóbbinál nagy hangsúlyt kap a páciens aktivitása, elvárásai, félelmei (Brown és tsai 2006). Emellett azt állapították meg, hogy a konzultációs stílust leginkább az orvos saját tényezői

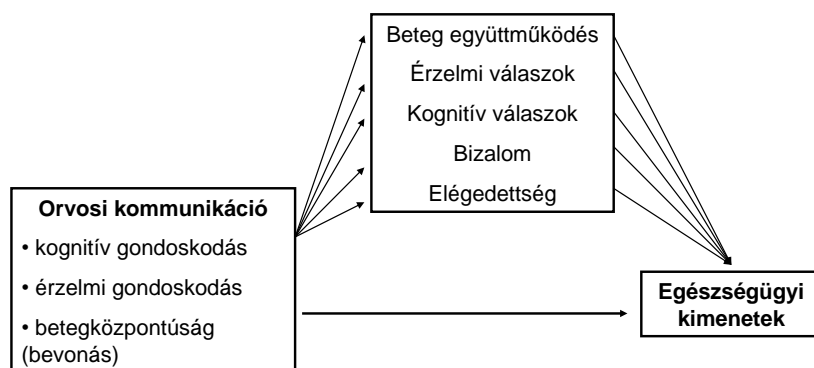
határozták meg, és kevésbé voltak fontosak a betegre, valamint a helyzetre vonatkozó tényezők – „létezik tehát az egyes orvosokra jellemző, elsősorban az orvos viselkedése által meghatározott konzultációs stílus” (Molnár és Csabai 1994, 82). Jól illusztrálja ezen megállapítást az orvos-gyógyszer hasonlat, mely szerint az általános orvoslásban a legtöbbet használt orvosság maga az orvos, azaz nem csak az a doboz gyógyszer számít, amit odaad a páciensnek, hanem az is, hogy hogyan adja – szükség van tehát ezen „gyógyszer” gyógyszeratanának leírására (Balint 2000).

Ha a terápiával illetve a további lépésekkel kapcsolatos döntések meghozatalának módját vizsgáljuk a kommunikáció alapján, azt találhatjuk, hogy az orvosközpontúság és a betegközpontúság itt is megjelenik. A témával foglalkozó irodalomban, eltérő elnevezésekkel ugyan, de alapvetően háromféle döntéshozatali stílust különböztetnek meg.

- A *paternalista* döntéshozatal az orvosközpontú kommunikáció módszere; az orvos meghozza a döntést, amelyet közöl a beteggel. Itt az információáramlás jellemzően egyirányú (az orvostól a beteg felé) és orvosi típusú, a páciens feladata pedig elsődlegesen az előírtak pontos betartása.
- A *közös döntés* arra utal, hogy az orvos és a beteg közösen döntenek. E döntéshozatali módszert a nemzetközi szakirodalom SDM-nek (Shared Decision Making) nevezi, melyet a '90-es években fejlesztettek ki azzal a céllal, hogy a betegek elgondolásait és igényeit nagyobb mértékben figyelembe tudják venni az egészségükkel kapcsolatos döntéshozatalnál. Ennek eredményeképpen a betegek „önmenedzselése” nőhet, a felelősség is megosztottá válik, és a választási lehetőségek szélesebb köre merülhet fel egy-egy kérdésben (Sihota és Lennard 2004). Közös döntésnél az orvosi és személyes információk áramolnak oda-vissza az orvos és a beteg közt, és a két fél közösen értékeli azokat.
- Az *informatív* döntéshozatal pedig azok az eseteket írja le, amikor az orvos csak információkat nyújt, és a beteg hozza meg a döntést a terápiával kapcsolatban. Az információk típusa elsősorban itt is orvosi, azonban a paternalista döntéssel ellentétben nem a csak szükségességre korlátozódik, hanem mindenre, ami releváns lehet.

Természetesen fontos megjegyezni, hogy számos olyan helyzet van – például sürgősségi esetek –, amikor nincs lehetőség annak mérlegelésére, hogy hogyan történjen a döntéshozatal. Amikor viszont van lehetőség a döntésre, Klemperer (idézi Málóvics és tsai 2009) szerint a paternalista, illetve az informatív modellt kevés beteg igényli; többségük arra vágyik, hogy megfelelő információkkal ellátva az orvos bevonja őt a döntési folyamatba. Ahogyan Elwyn (idézi de Haes 2006) megállapítja, a közös döntés azon esetekben lehet megfelelő, amelyekben több lehetőség van, amelyeknek különböző lehet ugyan a kimenete, de valamennyi kimenet körülbelül ugyanannyira megfelelő. Ugyanakkor fontos megemlíteni egy olyan eredményt is, mely szerint a páciensek paternalizmusra, illetve részvételre vonatkozó preferenciái nem feltétlenül zárják ki egymást (Ommen és tsai 2008).

A kommunikációval kapcsolatos kutatások és fejlesztések szükségességének alátámasztásához szükség van annak vizsgálatára, hogy milyen mérhető hatásai vannak. A feltételezések szerint a *kommunikáció közvetlenül, vagy közvetetten is befolyásolhatja a kimeneteket*. Nem egyértelmű ugyanakkor, hogy mit tekintünk végső kimenetnek, és mit köztes közvetítőnek – kiváló példa erre az *elégedettség*, mely, mint kimenet szerepel számos tanulmányban, ugyanakkor közvetítőként is megjelenik. Az 1. ábra szemlélteti az általunk felvázolt elméleti modellt a kommunikáció és a kimenetek lehetséges kapcsolatairól. Eszerint a(z orvosi) kommunikáció három eleme járulhat hozzá valamilyen módon az egészségügyi kimenetekhez, melyeken jelen esetben az objektíven mérhető tényezőket, főképp a fizikai egészségi állapotot értjük.



**1. ábra:** Az orvosi kommunikáció és az egészségügyi kimenetek összekapcsolódásai

Forrás: Saját szerkesztés Di Blasi és tsai (2001) és Street és tsai (2009) felhasználásával

A *kognitív gondoskodás* az orvos azon eszköze, amellyel befolyásolni tudja a beteg gondolatait a betegség vagy a kezelés hatásairól – például azzal, hogy optimista prognózist nyújt, vagy pozitív címkét ad az állapotnak. Ezzel befolyásolható a páciens betegségről, annak okáról és következményeiről való gondolkodása, valamint a kezeléssel kapcsolatos elvárásai. Az *érzelmi gondoskodás* arra a viselkedésre utal, mellyel az orvos megpróbálja csökkenteni a „nem hasznos” érzelmeket, úgymint túlzott idegesség. Ugyancsak ide tartozik a támogatás, együttérzés, megnyugtató. A kognitív és az érzelmi gondoskodás egymással összefonódva hatnak a páciensre (Di Blasi és tsai, 2001), feltételezésünk szerint párhuzamosan a *betegközpontúsággal*, azaz, hogy az orvos a kommunikációs és döntési stílusok közül melyiket alkalmazza.

Bár a kommunikációt egyre szélesebb körben tekintik olyan tényezőnek, amely a *konkrét terápia minőségétől függetlenül befolyásolja az egészségügyi állapotot*, az empirikus vizsgálatok nem tudták ezt egyértelműen alátámasztani. Számos kutatás talált szignifikáns kapcsolatot a kommunikáció egyes elemei és kimenetek között (Little és tsai, 2001; Di Blasi és tsai, 2001), azonban olyan kutatások is vannak, melyek nem tudták ezt alátámasztani (Mead és Bower, 2002; di Blasi és tsai, 2001). Fontos tudomásul venni, hogy a kommunikáció hatásaira vonatkozó kutatásoknak számos *korlátja* és hiányossága van.

## 2.2. A társadalmi marketing és az orvos-beteg kommunikáció egymásra hatásai

Ahogy korábban említettük, az egészségügyi interakciók elemzésekor határozottan alkalmazható marketing szempontú megközelítés is. Itt nem csak olyan típusú marketing tevékenységet kell figyelembe venni, ahol a befolyásoló tevékenységet a fogyasztók vonzásának és megtartásának céljával alkalmazzák (például amikor egy új orvos meghatározza, hol nyissa meg az új rendelőjét, és milyen dizájnt alkalmazzon), hanem azokat is, amikor más stakeholderek problémáját kell megoldani. Tehát marketing kap szerepet akkor, amikor egy potenciális tranzakció legalább egy résztvevője valamilyen kívánt reakciót kíván elérni a többi résztvevőnél (Kotler és tsai 2008).

Ezen esetekben többnyire a társadalmi marketing működését tapasztalhatjuk. Röviden megfogalmazva az egészségüggyel összefüggő társadalmi marketing hagyományos marketing stratégiákat alkalmaz a közegészség javításának céljával (Evans 2006). Véleményünk szerint felmerülhet a kérdés, vajon vannak-e olyan esetek, amikor a társadalmi marketing megközelítés alkalmazható az orvos-beteg kommunikációra? Hogy ezen kérdést megválaszoljuk, először Andreasen (1994) definícióját vettük alapul, aki szerint a társadalmi marketing nem más, mint a profitorientált szférában is használt marketing technikák alkalmazása olyan programoknál, amelyeket azért hoznak létre, hogy befolyásolják egy

célcsoport önkéntes viselkedését, ezzel javítva személyes jólétüket és azért a társadalomét is, amelynek tagjai. A szerző szerint e definíció számos kulcsfontosságú elemet tartalmaz:

- hagyományos marketing eszközök adaptálása
- programokban való alkalmazás (melyek, a „kampányokkal” ellentétben, akár évtizedekig is tarthatnak)
- a fókusz az (önkéntes) viselkedésen van (attitűdök helyett), akkor is, ha a változtatás nem mindig valósul meg
- a célzott fogyasztót/társadalom hasznára (nem pedig a marketinget végző szervezetére) használják.

Úgy gondoljuk, e definíció alapján léteznek olyan tranzakciók az orvos-beteg kapcsolatban, amelyek társadalmi marketing jellegűek. Evans (2006) szerint a társadalmi marketingnek léteznek közvetített, interperszonális kommunikáció által működő formái, például egészségügyi dolgozók közvetítésével, hiszen ők elismerten megbízható információforrások. Így tehát tekinthetjük az orvos-beteg konzultációt az információ- és tudásátadás egy csatornájának. A betegközponúság és a betegrészvétel növekvő igénye jelzi, hogy növekszik a „marketing eszköznek” tekinthető módszerek használata is. Mindez magában foglalja a célcsoport igényeinek és észleléseinek megértését és az üzeneteknek a fogadói sajátosságokhoz (pl. az egészséggel kapcsolatos műveltséghez – ún. health literacy-hez, a félelmekhez vagy a bevonással kapcsolatos preferenciákhoz) való igazítását, vagy a viselkedésbeli változások (pl. gyógyszeresedés, életmódbeli változtatások) elérésének célját – a lehető legalacsonyabb költséggel. A társadalmi marketing legfontosabb „termékei” az orvosi rendelőkben talán a bátorítandó viselkedésminták, egészséges életmóddal kapcsolatos változtatások. Erre jó példát jelentenek az együttműködési (ún. compliance) programok, amelyek célja, hogy a páciensek nagyobb mértékben kövessék az egészségügyi szakemberek javaslatait. Az együttműködés növelésének pedig (a szakirodalom által elismert) komoly hatása van az egyénre csakúgy, mint összességében a szektor működésére és a társadalomra. Szintén megemlíthetők az olyan országos programok, mint például az „Éljen 140/90 alatt” elnevezésű, a magas vérnyomás elleni küzdelem részeként hirdetett program.

Összességében, úgy gondoljuk, hogy a társadalmi marketing elemei tetten érhetők az orvos-beteg konzultációk során – akár egy tudatosan ezzel foglalkozó szervezet, például egy gyógyszergyár támogatásával, akár sem.

### **2.3. A kommunikációs képzés szerepe az orvoscépzésben**

Ha – ahogyan korábban írtuk – a kommunikáció és a betegközponúság olyan fontos a betegek elégedettsége, együttműködése és a panaszok csökkentésében, akkor fontos témája kell, hogy legyen az orvosok képzésében is. Az azonban, hogy mennyire képezi kötelező részét a tanrendnek, meglehetősen eltérő az egyes országokban. Egnew és Wilson (2010) szerint szükség volna egy olyan integrált tanrendre, amely elősegíti, hogy a jövőbeli orvosok elsajátíthassák és fejleszthessék a jó orvos-beteg kapcsolathoz szükséges készségeket. A szerzők Egyesült Államokban végzett kutatásai alapján megállapítják, hogy többnyire nincsenek koordinált erőfeszítések arra vonatkozóan, hogy ezt a témát beépítsék a tanrendbe, és szisztematikus módon értékeljék a hallgatók kommunikációs képességeit. Ehelyett a tanulás többnyire a szerepkövetés által valósul meg, munkájukat gyakorló orvosok megfigyelése által, amelynek lehetnek hátrányai, ha az adott orvos nem mutatja meg explicit módon a viselkedése során használt módszereket.

Makoul (2003) hasonló megállapításokra jutott; szerinte a különböző, kommunikációs készségeket oktató tárgyaktól és értékelési módszerektől hiányzik a struktúra, és rendkívül

nagy különbségek vannak az orvos képző intézmények között abban a tekintetben, hogy milyen mértékben és hogyan oktatják a kommunikációs készségeket.

A Magyarországi helyzet tekintetében a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének 2003-as kimutatása ad iránymutatást. Eszerint hazánkban az orvosi egyetemeken oktatnak kommunikációt, azonban e képzésnek számos hiányossága van. Az óraszám igen alacsony (többnyire egy kurzusra korlátozódik), és a hallgatók a tanulmányaik kezdetén találkozhatnak a kommunikációs kurzussal, tehát amikor még nincs saját tapasztalatuk páciensekkel. További probléma, hogy a legtöbb intézményben kommunikációhoz kapcsolódó tárgy csak választható (tehát úgy is el lehet végezni az egyetemet, hogy a hallgató egyáltalán nem tanult kommunikációt). A posztgraduális képzésekben szintén csekély a magatartástudományi tárgyak oktatása.

Természetesen felmerül a kérdés: ha van kommunikációs képzés, ahhoz milyen kimenetek társíthatók? Winefield és Chus-Hansen (2000) szerint az egyik legfontosabb eredmény az empatikus válasza való képesség kell, hogy legyen, mert erre számos szituációban szükség van. Az empátia, a szerzők definíciója szerint „olyan verbális válasz, amely reflektál mind a másik fél által elmondottak érzelmi tartalmára, mind ezen érzelmek okára”. Whitcomb (2000) szintén ír a kommunikációs készségek és az orvosi szakmaiság közötti kapcsolatáról, mely olyan egyéni orvosi viselkedésmintákat tartalmaz, amelyek alapvető fontosságúak az orvos-beteg kapcsolathoz. Szerinte fontos megérteni, hogy az orvosi kommunikáció nem csak arról szól, hogy hogyan kell felvenni egy kórtörténetet, hanem hogy arról is, hogy hogyan kell hallgatni és figyelni, nem csak arra, amit a páciens mond, hanem arra is, amit nem mond el: az azt jelenti, hogy lehetőséget kell biztosítani a páciensnek arra, hogy biztonságban érezze magát.

Makoul és Scofield (1999) alapján számos javaslatot tehetünk az orvosképzésen belüli kommunikációs képzésre vonatkozóan:

- az oktatás és az értékelés megfelelően széles körű alapokon kell, hogy nyugodjon (az orvos-beteg kapcsolat természetének, kontextusának és etikájának megértésén)
- a kommunikációs és a szakmai képzés egymással konzisztens és egymást kiegészítő legyen
- a képzés segítsen megvalósítani a hallgatóknak a betegközpontú kommunikációt (az orvosi probléma, valamint a beteg szükségleteinek és tapasztalatainak integrálása)
- a kommunikációs képzés és értékelés erősítse a személyes és szakmai fejlődést.

Összefoglalva, a kommunikációs készségek fejlesztése véleményünk szerint az orvosképzés szerves része kellene, hogy legyen; ahogy Whitcomb (2000) megfogalmazza: nem elég jó kommunikátorokat képezni; kitűnő orvosok képzésére van szükség, akiknek jó kommunikációs készségei vannak és akik tudják ezen készségeket használni a betegek érdekében.

### 3. MÓDSZERTAN ÉS EREDMÉNYEK

A fenti fejezetben vázolt elmélet kapcsán végzett feltáró kutatás részeként egy hazai egyetem orvostudományi karának kommunikációs kurzusát teljesített hallgatóitól szerzett információkat elemezzük<sup>1</sup>, speciális módszertan segítségével.

---

<sup>1</sup> A lehetőség megteremtéséért ezúton is köszönetet mondunk Sárközy Virágnak és Dr. Barabás Katalinnak.

### 3.1. Módszertan

Kutatásunk ezen fázisában azt vizsgáltuk, hogy a leendő orvosok (orvostanhallgatók) hogyan látják az orvos-beteg kapcsolat megvalósulását. Ehhez elsőéves hallgatók által a kommunikációval kapcsolatos kurzuson írt beszámolóit elemeztük, amelyet egy praktizáló orvosánál történt megfigyeléseik alapján írtak. A dolgozat megírása a kurzus teljesítésének feltétele volt, kutatásunkba egy korábbi évfolyam archivált dolgozatait vontuk be anonim módon.

Leendő szakmabeliek véleményének elemzésével találkozhatunk az irodalomban is; Epstein és tsai (1998) kritikus eseményekről írt narratívák elemzésével vizsgálták, hogy az orvostanhallgatók hogyan tanulnak az orvosoktól. Karnieli-Miller és tsai (2010) szintén tartalomelemzést végzett harmadéves orvostanhallgató narratívái alapján, megállapítva, hogy ezen típusú írások gazdag információforrást jelentenek a témát vizsgálók számára.

Az általunk elemzett dolgozatoknak egy előre megadott struktúrát kellett követniük, azaz három meghatározott, a kommunikációhoz kapcsolódó témáról kellett megfigyeléseket tenni (SZTE ÁOK):

- a környezet, mint kommunikációs-információs felület (tájékoztató táblák, váróterem, rendelő berendezése)
- nonverbális kommunikáció (orvos megkülönböztető jegyei, hierarchia megjelenésének nonverbális jelei, nonverbalitás az orvos-beteg kapcsolatban, beteg szorongásjelei és az orvos ezekre adott válasza, segítő személyzet nonverbális jelei)
- verbális kommunikáció (orvos nyelvhasználata, kérdező stílus, információátadás módja, beteg lehetősége a kérdezésre, meggyőző kommunikáció elemeinek előfordulása).

Ezáltal tartalomelemzésre alkalmas, részben strukturált, a hallgató saját szemléletmódját tükröző narratívákat kaptuk. Segítségükkel lehetőség nyílik azon orvosi viselkedés elemek besorolására az ismert kommunikációs stílusokba, amelyek fontosak a páciens megértése, bizalma, együttműködése szempontjából (kommunikációs és interperszonális készségek (Hess 1969), vagy az 1. ábra megfogalmazásai alapján: kognitív és érzelmi gondoskodás).

Össességében 20 dolgozat tartalomelemzése történt meg (átlagos hosszuk 2 oldal), valamennyit egy traumatológiai osztályon történt egyórás megfigyelés alapján írták. A dolgozatokat véletlenszerűen választottuk ki azok közül amelyek jeles vagy jó értékelést kaptak (hiszen ezek feleltek meg az elvárt struktúrának és tartalmazták a számunkra is fontos témákat). Mind a megfigyelt orvosok, mind a dolgozatot írók anonimitása biztosított.

### 3.2. Eredmények

A környezet, mint kommunikációs-információs felület kapcsán két kiugróan fontos tényező jelenlétét lehet megállapítani a dolgozatok alapján: az eligazodását és a váróteremét. A recepciónál elhelyezett megfelelő információs táblák mintegy higiénés tényezők vannak jelen: meglátjuk nem növeli a betegek elégedettségét, azonban hiányuk, vagy ha nem nyújtanak világos információt arról, hogy merrefelé kell haladni az intézményben, növelhetik ez elégedettséget és az idegességet. Hasonlót állapíthatunk meg a várókkal kapcsolatban. A találkozói előtti várakozás, mint más szolgáltatásoknál is, fontos pontja a folyamatnak, hiszen már önmagában is befolyásolhatja az ügyfél elvárásait és érzelmi állapotát. Jelen esetben ez különösen fontos volt, hiszen traumatológiákon történetek a megfigyelések, ahol természetesen nem mindig lehetséges előre megbeszélt időpontban megjelenni, így ez a környezet önmagában és a fennálló bizonytalansággal együtt is szorongást kelthet. Néhány általunk elemzett dolgozatban (bár ezek e megfigyeléseknek csak igen kis részét tették ki)

említették a kényelmetlen körülményeket (pl. nincs elég ülőhely, nincs ruhatár), az emelkedett szorongás-szinttel együtt. Ezek mellett általános megállapításokkal találkoztunk a tisztasággal és a megnyugtató színek használatával kapcsolatban. A tárgyi környezet, mint a szolgáltatásfolyamat része az egészségügyben is használható (Simon 2010), és akár társadalmi marketing célokra is alkalmas lehet – hiszen, ahogyan a dolgozatok szerzői azt meg is fogalmazták, a kihelyezett tájékoztatók alkalmasak lehetnek a páciensek figyelmének elterelésére várakozás közben, ugyanakkor a szorongás csökkentésére is.

Az orvosi szoba tekintetében a legfontosabb környezeti elemnek a beteg számára előkészített szék tűnik, ahová leülhet – és az orvos ehhez viszonyított helyzete. Néhány megfigyelés az orvos és a beteg közötti nagy távolságra mutatott rá, amelyet nagy társadalmi vagy kapcsolat távolságként is értelmeztek, a hatalomeloszlás egyenlőségére utalva. Ez szintén egy olyan tényező, amely hozzájárulhat a páciens szorongásához. A bútorzat megfelelő elrendezése (pl. amelyben az orvos mindig figyelni tud a betegre, akkor is ha a segítő személyzettel kommunikál) néhány dolgozat szerzője szerint biztosíthatná a komfort és a támogatás érzetét. Úgy tűnik tehát, hogy az érzelmi gondoskodás már akkor elkezdődik, amikor még senki nem szólalt meg az orvosi szobában. A bizalom építése és az egyenlőség kifejezése (a dominancia helyett), amelyek a szakirodalom szerint fontos tényezői az együttműködésnek, megjelennek az elrendezésben, amelyet, véleményünk szerint, akár a kommunikációs készségeknél is könnyebben lehetne fejleszteni.

Az özők hiánya szintén gyakran említett hiányosság volt, amelyet komoly problémaként kell kezelni, hiszen tovább növelheti a betegek szorongását ezen kényelmetlenség. Bár ezen változtatni a pénzügyi nehézségek következtében valószínűleg nehéz, kreatív megoldásokkal (pl. paraván használatával) lehetne csökkenteni a kényelmetlenséget és így hozzájárulni ahhoz, hogy a páciensek magabiztosabban kommunikálhassanak.

Az orvos nonverbális jelei közül az egyik legfontosabbként az öltözékét emelték ki. A „fehér köpeny” említése sok általunk elemzett dolgozatban szerepelt, és bár az nem egyértelmű, hogy milyen hatással van a páciensekre, azonban az igen, hogy a dolgozatot író orvostanhallgató számára mit jelent; a hierarchiában való hely és a státusz kifejezését: „az emberek egyből másképp néznek rám, ha a fehér köpenyt viselem”, ahogy egyikőjük megfogalmazta. Ezen gondolatok voltak az elsők, amelyek jelezték, hogy a dolgozatokat író elsőéves hallgatók számára az orvos-beteg kapcsolat alapvetően egyenlőtlen hatalomeloszlású, ahol az orvos van domináns pozícióban. Ezek az állítások azt is jelenthetik, hogy a szolgáltatói attitűd háttérbe szorul már az orvossá válás kezdetén, ez pedig befolyásolja a beteggel való együttműködés és a betegközpontú szemléletmód alkalmazással is ott, ahol ez fontos volna. Ahogyan korábban említettük, a társadalmi marketing programok fontos szereplői lehetnek az egészségügyi szakemberek, mint megbízható információforrások a páciensek számára, azonban véleményünk szerint ezen szerep hatékonysága nem csak a szakértelemtől, hanem az együttműködésre való hajlandóságtól is függ. Az természetesen további kutatások tárgya, hogy egyes pácienscsoportok milyen preferenciákkal rendelkeznek a témát illetően.

Az elemzett dolgozatokban többször felmerülő téma volt a szervezeti hierarchia orvos-asszisztens kommunikációban észrevehető megnyilvánulása.

Az orvosok nonverbális és verbális kommunikációjának jellemzései alapján számos speciális jellegzetesség állapítható meg. Általánosságban véve a dolgozatok alapján meglehetősen kedvező kép festhető ezzel kapcsolatban, ami azért is fontos, mert a traumaológiai osztályokra (és összességében a magyar egészségügyi ellátórendszerre) jellemző az egyes páciensekre fordítható elegendő idő hiánya. Az orvostanhallgatók megfigyelései szerint nem volt jellemző a latin szavak használata, vagy ha ez mégis előfordul, akkor az orvos elmagyarázta annak jelentését a páciensnek. Szintén gyakran említették a körültekintő magyarázatokat, a



szemkontaktust, a páciensek megnyugtatóra való figyelmet és a gondoskodást, mint gyakran előforduló kommunikációs eszközöket. Szintén fontos megemlíteni, hogy ahol ezek a tényezők hiányoztak az orvos-beteg interakcióból, ott a megfigyelést végző szintén érdemesnek tartotta ezt megemlíteni, csakúgy mint azt, ha az orvos telefonált, miközben egy beteggel foglalkozott – amely kényelmetlenséget okozott a beteg számára. Összességében az mondható el az elemzett dolgozatok alapján, hogy a kognitív gondoskodás jelen van a legtöbb esetben.

A kommunikáció tartalmát illetően egyértelműen a paternalista stílus jegyei fedezhetők fel a dolgozatok alapján. Általában egy kikérdezés – vizsgálat – diagnózis felállítása – tennivalók megfogalmazása lépésekből álló folyamat zajlott le a találkozókon, tehát egyértelműen az orvos volt, aki meghatározta azt, hogy hogyan történik a kommunikáció. Ugyanakkor, ahogyan korábban említettük, a betegcentrikusság jelei is észrevehetőek voltak, hiszen teret engedtek a betegek kérdéseinek, az elmondottakat pedig az igényekhez illetve a megértési képességekhez igazították és ha szükség volt rá, elismélték az elmondottakat, hogy biztos legyen, hogy a páciens megértette a diagnózist és a terápiát. Ez rendkívül fontos a beteg-együttműködés szempontjából. Egy esetleírásban említette a szerző, hogy az orvos kérdőre vonta a beteget, amiért az nem tartotta be pontosan az előírásait – mindezt távolságtartó, rideg stílusban. A megfigyelő ebben az esetben azt a megállapítást tette, hogy az orvos kommunikációs stílusa valószínűleg nem járult hozzá a beteg-együttműködés javulásához. Fontos tehát, hogy az általunk elemzett dolgozatok szerzői szintén fontosnak tartják a megfelelő magyarázatokat és a lehetőség megadását arra, hogy a páciensek feltehessék a kérdéseiket, mint eszközöket az együttműködés javítására. Mindez, véleményünk szerint, a gondoskodó paternalizmus jele.

Az elemzett dolgozatok alapján a páciensekkel kapcsolatban is megfogalmazhatóak következtetések. Kiderült, hogy az idősebb pácienseket tartják a legeggyüttműködőbbnek, akik számára „amit az orvos mond, az szent”, és akik jobban tisztelik a „fehér köpenyt”, mint más betegek. Azt is megemlézték, hogy a kényelmetlen körülmények, valamint a páciensek sajátosságai is hozzájárulhatnak ahhoz, hogy miért nem tesznek fel kérdéseket.

Összességében az állapítható meg, hogy az általunk elemzett dolgozatok szerzőinek többsége az orvos-beteg kapcsolatot a hatalomeloszlás szempontjából egyenlőtlennek tekinti, amelyben az orvosok domináns pozícióban vannak, és feladatuk, hogy gondoskodó és szakmailag is kiváló ellátást nyújtsanak a betegeknek. Ebben a kapcsolatban a páciensek véleményének, vagy igényének a döntéshozatalba való bevonódásra nincs természetesnek vett szerepe. Ezt a stílust véleményünk szerint betegközpontú paternalizmusnak lehet nevezni, amely magában foglalja a paternalizmus jellegzetességeit a kommunikáció tartalmára és a döntéshozatalra vonatkozóan, ugyanakkor a pácienseket állítja a középpontba.

#### 4. ÖSSZEGZÉS

Az orvos-beteg kommunikáció fontosságának elismerése az orvos-beteg kapcsolat fokozatos átalakulásához vezetett. Nemzetközi trend, hogy a paternalista kommunikációt egy jóval páciens-központúbb, szolgáltatói típusú megközelítés váltja fel, mivel a betegelégedettséget és a beteg-együttműködést nagymértékben befolyásolja a kommunikáció. Azonban a hazai elsőéves orvostanhallgatók orvos-beteg interakcióról szóló narratíváinak elemzése alapján azt feltételezhetjük, hogy Magyarországon egy betegközpontú, de mégis paternalista stílus dominál – ez a megállapítás összhangban van korábbi kutatási eredményeinkkel. Azt is megállapíthatjuk, hogy látszólag jelentéktelen, vagy apró dolgok is befolyásolhatják a

páciensek szorongását és együttműködését, így a kapcsolati elemekre való odafigyelés megfelelő eszköz lehet a betegelégedettség és az együttműködés mértékének javítására.

Arra is következtethetünk, hogy a várótermek és az orvosi szobák megfelelő terepei lehetnek a társadalmi marketingnek, azonban speciális feltételeknek is kell ennek megvalósulásához teljesülniük. Véleményünk szerint az együttműködés javítása, ezáltal az egyéni és társadalmi jóléthez való hozzájárulás egyes esetekben könnyebben megvalósulhatna az ellátórendszerben, ha széleskörű programok, és azok részeként kampányok támogatnák az orvosokat, strukturált iránymutatást adva az adott célcsoport viselkedésének befolyásolásához. Társadalmi marketing programok támogatást adhatnak az orvosoknak azzal, hogy megmutatják azokat a „best practice”-ket, amelyekkel elérhető a kívánt hatás például amikor túlsúlyos gyermekeknek javasolnak életmód-változtatást, ugyanakkor szembe kell nézniük a környezeti versennyel (pl. élelmiszer-reklámokkal) (Andreasen 2006).

Egyetértünk azon feltételezéssel, mely szerint a kommunikáció stílusának alakításában az orvosok a domináns szereplők – tehát az ő feladatuk, hogy lehetőséget biztosítsanak a pácienseknek arra, hogy kifejezzék igényeiket, aggodalmaikat, tapasztalataikat. Ahhoz, hogy ezt megtehessek, az orvosképzés szerves részévé kell tenni a kommunikációs képzést, megfelelően strukturált formában.

A téma további vizsgálatára és a jelen tanulmányban megfogalmazott feltételezések és következtetések a téma további kutatásának alapjául szolgálnak.

## 5. IRODALOM

- Andreasen A. R. (1994), Social Marketing: Its Definition and Domain. *Journal of Public Policy & Marketing* 1994/13: 108-114
- Andreasen A. R. (2006): *Social marketing in the 21<sup>st</sup> century*. Sage Publications USA
- Balint, M. (2000): *The doctor, his patient and the illness*; London: Churchill Livingstone.
- Boon, H., Stewart, M. (1998): Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review.; *Patient Education and Counseling*, 1998/35, 161-176. o.
- Brown, B. – Crawford, P. – Carter, R. (2006): *Evidence-based health communication*; London: McGraw-Hill.
- Di Blasi, Z. és tsai (2001): Influence of context effects on health outcomes: a systematic review; *The Lancet*, 2001/357: 757-762. o.
- Egnew T R, Wilson H J (2010): Faculty and medical students' perceptions of teaching and learning about the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling* 2010/79: 199-206
- Epstein, R. M. (2006): Making communication research matter: What do patients notice, what do patients want, and what do patients need?; *Patient Education and Counseling*, 2006/60, 272-278. o.
- Evans W D (2006) How social marketing works in healthcare. *BMJ* 2006/322: 1207-1210
- Hess J W (1969) A Comparison of the Methods of Evaluating Medical Student Skill in Relating to Patients. *Journal of Medical Education* 1969/44: 934-938
- Karnieli-Miller O et al (2010): Medical Students' Professionalism Narratives: A Window on the Informal and Hidden Curriculum. *Academic Medicine* 2010/85: 124-133
- Kenny, D. A. és tsai (2009): Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: A dyadic analysis of doctor-patient communication; *Social Science and Medicine* (2009), doi: 10.1016/j.socscimed.2009.10.065.
- Kornai J. (1998): *Az egészségügy reformjáról*; Budapest: KJK.

- Kotler P et al (2008) Strategic Marketing for Health Care Organisations. Jossey-Bass, San Francisco
- Little, P. és tsai (2001): Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations; *BMJ*, 2001/323, 908-911. o.
- Makoul G (2003): Communication Skills Education in Medical School and Beyond. *JAMA* 2003/289: 93
- Málovics É, Vajda B, Kuba P (2009) Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos-beteg kommunikációról. In: Hetesi E., Lukovics M. (eds): A szolgáltatások világa. JATEPress Szeged, 250-264.
- Mead, N. – Bower, P. (2002): Patient-centered consultations and outcomes in primary care: a review of the literature; *Patient Education and Counseling*, 2002/48, 51-61. o.
- Ommen és tsai (2008): Trust, social support and patient type – Associations between patients perceived trust, supportive communication and patients preferences in regard to paternalism, clarification and participation; *Patient Education and Counseling*, 2008/73, 196-204. o.
- Ong, L. M. L. és tsai (1995): Doctor-patient communication: a review of the literature; *Social Science & Medicine*, 40/7, 903-918.
- Molnár P. – Csabai M. (1994): A gyógyítás pszichológiája; Budapest: Springer Hungarica.
- Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet (2003): Az orvosok kommunikációs képzésének helyzete Magyarországon. Letöltve: <http://www.behsci.sote.hu/sajtokozlemenyei.htm>, 2011.05.27.
- Sihota, S. – Lennard, L. (2004): Health Literacy. National Consumer Council, <http://www.clingov.nscsha.nhs.uk/Default.aspx?aid=1806>. Letöltve 2007. 12. 10.
- Simon J. (2010): Marketing az egészségügyben. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- SZTE ÁOK Magatartástudományi intézet: Rendelőintézeti látogatás megfigyelési szempontjai. Kurzuskövetelmény.
- Street, R. L. és tsai (2009): How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes; *Patient Education and Counseling*, 2009/74, 295-301. o.
- Vick, S. – Scott, A. (1998): Agency in health care. Examining patients' preferences for attributes of the doctor-patient relationship; *Journal of Health Economics*, 1998/17, 587-605. o.
- Whitcomb M E (2000): Communication and professionalism. *Patient Education and Counseling* 2000/41: 137-144
- Winefield H R, Chur-Hansen A (2000): Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry-level medical students: does knowledge of empathy increase? *Medical Education* 2000/34: 90-94.

## ENGLISH SUMMARY

While moving towards a bio-psycho-social model in healthcare systems is an international tendency, our preliminary research had shown high acceptance of paternalistic communication style in a Hungarian setting. In this paper, the observations of medical students about doctor-patient consultations (from a relationship and communication aspect, on the basis of formerly given viewpoints) are analysed. The method used is qualitative; we have prepared a content analysis of the written, semi-structured papers of students. The results support our assumptions of communication style being an important factor in patient

compliance. Would-be doctors' approach to the topic is highly important, as doctors were found to be the primarily influential on how consultations happen.