



EFOP-2.2.0-16-2016-00002

**Gyermek- és ifjúságpszichiátria, addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer
infrastrukturális feltételeinek fejlesztése**

Debreceni Egyetem, 2018.04.11.

**Az egészségügyi fekvő- és járóbeteg ellátók páciensekkel és partner-
szervezetekkel folytatott kommunikációjának vizsgálata**

**Készítette: Prof. Dr. Nagy Beáta Erika, Dr. Oláh Róza, Józsa Tamás, Dr.
Czibere Ibolya, Dr. Keszeg Anna, Kató Szabolcs, Kenyhercz Flóra,
Munkácsi Brigitta**

2018





Tartalom

1. BEVEZETÉS	3
2. VIZSGÁLATI TERV	5
2.1. A vizsgálat célja és a kutatás szakaszai	6
2.1.1. A vizsgálat célja és célcsoportjai	6
2.1.2. Vizsgálati kérdések meghatározása	6
2.2. Konceptualizálás és operacionalizálás	7
2.3. Az interjúterv kidolgozása	8
2.4. Az egyéni és a fókuszcsoportos interjúk megszervezése és lebonyolítása	9
2.5. A vizsgálat résztvevőinek kiválasztása (mintavétel).....	9
2.6. A vizsgálat lebonyolítása	10
2.7. Adatfeldolgozás, az eredmények leírása	10
3. RÖVID SZAKIRODALMI HÁTTÉR	10
4. KOMMUNIKÁCIÓS INTERVENCIÓK - JÓ GYAKORLATOK	15
4.1. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit (Brega et al, 2015).....	15
4.2. NALA Literacy Audit for Healthcare Settings (Lynch, 2009).....	19
4.3. A Health Literacy Tool Kit for Healthcare Providers: Improving Communication with Clients (Strickland, 2011)	21
4.4. Enliven Organisational Health Literacy Self-Assessment Resource	22
4.4.1. A mérőeszköz kidolgozásának kontextusa	22
4.4.2. Módszertani megfontolások.....	23
4.4.3. Az Enliven Organisational Health Literacy Self-assessment Resource tíz szempontja	24
5. EREDMÉNYEK	34
5.1. Interjúk tartós pszichiátriai diagnózissal rendelkező gyermekeket nevelő szülőkkel... 34	
5.2. A fókuszcsoportos felmérések összefoglalása	36
5.2.1. Az orvosokkal-pszichológusokkal felvett fókuszcsoportos interjú tapasztalatai ... 38	
5.2.3. A szakszeméllyel felvett fókuszcsoportos interjú tapasztalatai.....	43
6. ÖSSZEFOGLALÓ KÖVETKEZTETÉSEK	50
IRODALOMJEGYZÉK	51



1. BEVEZETÉS

Napjaink egyik az egészségügyet érintő legfontosabb tematikái az egészségügyben zajló kommunikációs folyamatok, ugyanis befolyással vannak olyan lényeges tényezőkre, mint amilyen például a compliance vagy az adherencia. Ezek a folyamatok az utóbbi években jelentős változásokon mentek keresztül a világ számos területén, kiemelten a nyugati társadalmakban. Mindez jelenleg is tart, azonban az egyes országokban, kultúrákban eltérő fázisokon megy keresztül (Molnár & Csabai, 1994); „*a hagyományos, tekintélyelvű, orvosi utasításokon alapuló kapcsolati modellt kezdi felváltania partneri kapcsolat kialakítására törekvő, betegközpontú orvoslás modellje*” (Pilling, 2004, 87. o.)

A szomatizációs betegségek egyik kiváltó tényezője a stressz, amely folyamatosan aktívan tartja a HPA-tengelyt (hipofízis – hipotalamusz – mellékvesekéreg), és éppen ezért csupán fizikális, farmakoterápiás, organikus szemlélettel nem oldható meg a probléma. Emiatt is lényegesek a kommunikációs, verbális-nonverbális folyamatok befolyásoló erejét kutatások tárgyává tenni, hiszen számos gyógyító effektus rejlik benne, illetve azok nem megfelelő mivolta esetén akadályozhatja, illetve késleltetheti a javulást. Így a tartósan fennálló stressz következménye, okozata funkcionális elváltozások lehetnek. Ilyen pszichoszociális stresszor pl. a bántalmazás, a munkahely elvesztése, az anyagi csőd, a párkapcsolati konfliktus stb. Mindez azért lényeges, mert így a testi panaszok háttérében szükséges felfedezni az igazi, kiváltó okot, így azt kezelve érhető el igazán a változás, nem pedig csak tünetredukció. Az egészségügyben és az egészséggel kapcsolatban zajló kommunikációs folyamatok kutatása önálló tudományos területté vált az elmúlt évtizedekben. Napjainkban az orvos-beteg között létrejövő találkozásoknak akár a 35 %-a is a szomatizáló páciensek kapcsán jöhet létre. A szomatizáció azt jelenti, hogy a testi panaszokat nem, vagy nem teljesen magyarázza csak szervi elváltozás. Mindezek háttérében tehát lelki jelenségeket (is) kell feltételeznünk, ami lényeges kihívás elé állítja az orvosokat, hiszen egyrészt fel kell tudniuk fedezni a kiváltó okok mögött



tényeleghesen álló (lelki) mechanizmusokat, másrészt pedig vissza kell tudniuk ezeket empatikusan, segítı módon jelezni a betegek felé.

Nehezíti a szomatizáló páciensek kezelését a fokozott hajlamuk az önmonitorozásra. Ez is megerősíti azt, hogy az orvos részéről szükséges és elengedhetetlen, hogy verbális módon, kérdésekkel csökkentse a beteg szorongását és a már említett módon térképezze fel az igazi kiváltó okot. Emellett szükséges a rákérdezés a betegséggel kapcsolatos érzéseire, aggodalmaira, hiszen ezzel tovább lehet őket lendíteni a szubjektív megélés kérdésének vizsgálata, az introspekció felé. A betegségsszorongás, az elkerülő magatartás, a compliance és az adherencia csökkenése mind-mind lehet a következménye annak, ha az orvos nem fókuszál a lelki tünetekre (is). Lényeges, hogy a szomatizáló páciensek esetében a konfliktusok tudattalan megoldása a testi tünet, ezért velük elıítéletmentes módon szükséges kommunikálni, hiszen nem direkt betegednek meg, ám a pszichés mechanizmusait tekintve elsődleges és másodlagos betegségelınyöket élhetnek meg ezáltal (pl. fokozott gondoskodás a környezet részéről, felmentés a munkavégzés terhe alól stb.). A betegségtájékoztató céljából fontos, hogy a betegek hiteles információkat kaphassanak nem csak a betegségekrıl, hanem pl. a szomatizáció mechanizmusáról. Ezzel kapcsolatban ők is nyíltabban tudják „megvizsgálni” saját magukat, másrészt pedig az egészségügyi személyzettel, orvosokkal, ápolókkal hatékonyabban tudnak együttmőködni és lehetőségük adódik a lelki háttértényezık detektálására. Számos terápiás módszer adott a szomatizáció kezelésére (pl. egyéni pszichoterápia, tünett napló, a reattribúciót célul kitűz kognitív-viselkedésterápia), ám ehhez elengedhetetlen a szakszemélyzet részéről történı helyes irányba terelı, elfogadó és empatikus kommunikáció. Ennek kardinális eleme a figyelem átirányítása a pszichoszociális helyzetekre, a beteg által szubjektíven átélt fájdalom legitimizálása, valamint a beteg kompetenciájának növelése azzal kapcsolatban, hogy ő mit tehetne konkrétan a gyógyulása érdekében (és ne csak a passzivitását, az önfelmentését támogassuk).



Ebben az alapvetően interdiszciplináris irányzatban születő kutatások alapvető megfontolása, hogy a nyelv, nyelvhasználat, a verbális és nem verbális kódok alkalmazása alapvető jelentőségű az emberi egészség és annak gondozása tekintetében (Hamilton & Chou, 2014, 1.o.).

Ezek a kutatások a Routledge alapvető összefoglalója szerint öt nagy területre fókuszáltak:

1. a beteg és szolgáltató (orvos, ellátórendszer stb.) közötti viszonyokra;
2. mentális egészséggel és ellátással kapcsolatos kommunikációra;
3. a betegséggel kapcsolatos narratív tapasztalatok leírására;
4. a közegészségüggyel kapcsolatos beszédmódokra;
5. az egészséggel és kockázattal kapcsolatos beszédmódokra (Hamilton & Chou, 2014, 2–3. o.).

Mindezen területek háttérben az áll, hogy a kommunikációs folyamatok sem az ellátórendszer működése, sem a beteg egészségérzete, egészség- és betegségtapasztalata szempontjából nem másodlagosak. Annak, hogy az egészségügyi szolgáltatások milyen kommunikációs tapasztalaton alapszanak, a betegség elfogadása, feldolgozása és leküzdése szempontjából döntő jelentősége van. Ezeket a folyamatokat az egészségkommunikációs helyzetben résztvevő személyek közötti partnerségi viszonyok kialakításában vizsgálja három alapvető vonatkozásban: (1) személyközi kommunikációs aspektusok (az egyének egészségkommunikációs gyakorlatai); (2) az egészségügyi személyzet egészségkommunikációs gyakorlatai; (3) egyén és szolgáltató egészségkommunikációs viszonyrendszerei (Hamilton & Chou, 2014, 75. o.) Jelent kutatás spektrumába a két utóbbi vizsgálata tartozott.

2. VIZSGÁLATI TERV

A vizsgálati terv az alábbi részfeladat megvalósítására irányul: „Az egészségügyi fekvő- és járóbeteg ellátók páciensekkel (páciens alatt a gyermekek szülei, gondviselői is értendőek) és partner-szervezetekkel folytatott kommunikációjának értékelési szempontrendszerének



kialakítása a következő területekre vonatkozóan: a) hagyományos orvos-beteg kommunikáció; b) egészségügyi személyzet-páciens kommunikáció.” (lásd Munkaterv, VI. alprojekt, Értékelési feladat megvalósítása, 3. pont).

2.1. A vizsgálat célja és a kutatás szakaszai

2.1.1. A vizsgálat célja és célcsoportjai

„3.2./1 Kommunikációs folyamatok és állapotok felmérése – leggyakoribb elégedetlenségi okok kategóriákra bontottan – terepmunka (exploráció, résztvevő megfigyelés, fókuszcsoportos beszélgetések)” c. részfeladathoz kapcsolódóan **egyéni és fókuszcsoportos interjúk készítése** három célcsoport körében:

1. ***páciensekkel folytatott*** kommunikáció vizsgálata (az ellátásban részesülő fiatalok szüleinek, gondviselőinek megkérdezése) – *egyéni interjúk készítése*
2. ***az orvos - beteg*** kommunikáció vizsgálata (orvosok, pszichológusok megkérdezése) – *fókuszcsoportos technika*
3. ***az egészségügyi személyzet - beteg*** kommunikáció vizsgálata (egészségügyi személyzet megkérdezése) – *fókuszcsoportos technika*

2.1.2. Vizsgálati kérdések meghatározása

A vizsgálati kérdések megfogalmazásakor mindhárom megkérdezett csoportban (páciensek, orvosok, személyzet) elsődlegesen a kommunikációs gyakorlatokkal összefüggő elégedetlenségi okok és területek feltárása volt a cél.

- Milyen elégedettséget és elégedetlenséget befolyásoló gyakorlatok azonosíthatók a gyógyító munka során a pszichiátriai ellátásban részt vevő egészségügyi ellátók és a betegek körében?
- Mely területeken és milyen változtatási igények merülnek fel az orvos-beteg kommunikáció hatékonyságának növelése érdekében a megkérdezettek körében?



- Milyen jó gyakorlatok azonosíthatók a jelenlegi gyakorlatban az orvosok és a páciensek irányából?
- A pszichiátriai betegségek kezelése során tapasztalhatóak-e különbségek a klasszikus orvos-beteg kommunikáció és a szakterületet érintő, a pszichiátriai gyógyító munkát segítő kommunikációs igények és gyakorlatok között. Ezek milyen összefüggésben és hangsúlyokkal kerülnek felszínre?

2.2. Konceptualizálás és operacionalizálás

Konceptualizálás

A probléma megközelítése, vagyis az átfogó célok meghatározása, valamint a 3 célcsoporttal (orvosok, egészségügyi személyzet, páciensek) folytatott kommunikációs gyakorlatok részletes feltárását és értelmezését segítő vizsgálati keretek és fogalmak tisztázása a releváns szakirodalmak felhasználásával és a munkacsoport tagjainak véleményére alapozva történt. A legfontosabb feladat az egyes célcsoportokkal folytatott kommunikációs gyakorlatok, formák, erősségek, gyengeségek, igények, hiányosságok vizsgálatát lehetővé tevő főbb tématerületek, dimenziók kijelölése volt. Indikátorokat ebben a szakaszban nem határoztunk meg.

A feldolgozásra szánt hazai és nemzetközi szakirodalmak köréből elsősorban a klasszikus orvoslásban felmerülő orvos-beteg kommunikáció alapvető témaköreivel foglalkozók kerültek kijelölésre. Feldolgozásuk során kiemelt jelentőséget tulajdonítottunk a verbális és non-verbális kommunikációnak, a „közös nyelv” megtalálása érdekében tett erőfeszítéseknek, az internetes információforrások használatával felmerülő kommunikációs és tájékozódási lehetőségeknek és veszélyeknek. A konceptualizálás során meghatároztuk a használni kívánt szakirodalmak körét, kijelöltük az ezen szakirodalmak által érintett témák hangsúlyait a kutatási kérdésekhez illeszkedve.

A kijelölt legfőbb témakörök:

- verbális környezet, bevált kommunikációs gyakorlatok
- a non-verbális technikák jelentősége a gyógyításban



– az infokommunikációs eszközök jelentősége a gyógyításban

Operacionalizálás

Ebben a szakaszban az egyes változók mérésének meghatározására került sor. A kutatási céloknak megfelelően a fő- és az aldimenziókat dolgoztuk ki. Ehhez előzetes kutatást végeztünk a páciensek szülei körében, egyéni, félig strukturált interjúk felvételével, szakértői mintavétellel. A szülői interjúk elsősorban azokat az igényeket és gyakorlatokat térképezték fel, amelyek a páciensek körében a verbális és non-verbális kommunikáció terén mindennapos tapasztalatot jelentenek, illetve, amelyek igényként felmerülhetnek. Elsősorban a szülői elégedettségek és elégedetlenségek területeit kívántuk vizsgálni, megalapozva az orvosokkal és a személyzettel készülő fókuszcsoportos interjúk kérdéssorának kidolgozását.

Az operacionalizálás során 5 fődimenziót határoztunk meg:

1. Hagyományos orvos-beteg kommunikáció jellemzői a munkavégzésük során
2. Alkalmazott kommunikációs technikák
3. Non-verbális kommunikáció
4. Ellátók közötti kommunikáció
5. Digitális eszközök alkalmazása a kommunikációban

2.3. Az interjúterv kidolgozása

Az interjúterv kidolgozása során az operacionalizálás folyamatában meghatározott fő- és aldimenziókat részleteztük, logikai sorrendbe állítottuk és véglegesítettük. A két fókuszcsoportos interjú során a standardizált kutatási stratégia logikáját követtük, ugyanazzal az interjútervvel zajlott mindkét fókuszcsoportban a beszélgetés, nem módosítottuk a vezérfonalat. A kérdéstípusok közül a kezdő, a bevezető, az átvezető, a kulcskérdések és a levezető kérdések használatával dolgoztunk.

Az interjú kérdéseinek összeállítása során figyelembe vettük



- a megfogalmazott kutatási kérdéseket,
- a szakirodalmi összefüggéseket,
- a szülőkkel készült interjúkból nyert információkat, valamint
- a munkacsoport szakmai megbeszélésein elhangzottakat.

2.4. Az egyéni és a fókuszcsoportos interjúk megszervezése és lebonyolítása

- A tervezett és lebonyolított egyéni interjúk száma: 6 (páciensek szüleivel)
- A tervezett és lebonyolított fókuszcsoportos interjúk száma: 2 (6-8 fős fókuszcsoportokban)

A fókuszcsoportos interjúkat státusz szerinti homogén csoportokban terveztük és bonyolítottuk le, két szakterületen:

1. orvosokkal és klinikai pszichológusokkal készülő fókuszcsoportos interjú
2. szakszeméllyel készülő fókuszcsoportos interjú

A homogenitás biztosította a csoportok nyitottságát és közlékenységét.

2.5. A vizsgálat résztvevőinek kiválasztása (mintavétel)

A fókuszcsoportokban célzottan rétegzett mintavétellel választottuk ki a résztvevőket, ugyanazon a szakmaterületen belül (gondoskodtunk arról, hogy a résztvevők több intézményből vagy szakterületről érkezzenek). Részletesebben mindezekről a megvalósult fókuszcsoportokról szóló résznél írunk, itt jelen helyütt a kutatási terv kerül ismertetésre.

Az egyes fókuszcsoportok tervezett létszáma: 8-12 fő.



2.6. A vizsgálat lebonyolítása

Ebben a szakaszban a fókuszcsoporthoz tartozó interjúk megszervezése és lebonyolítása történt, kontrollált körülmények között, hangrögzítéssel, egy moderátor bevonásával. A moderátor kommunikációban jártas szakember volt, a résztvevőkkel személyes ismerettsége korábbról nem vagy csak futólag történt. Az egyes fókuszcsoporthoz tartozó interjúk időtartama: kb. 1,5 - 2 óra

2.7. Adatfeldolgozás, az eredmények leírása

Minden fókuszcsoporthoz tartozó interjúról a metakommunikációt is rögzítő szó szerinti leírás (átirat) készült. Az eredmények elemzése és értelmezése a későbbiekben az interjúelemzések módszertani szabályai szerint történik, melynek során megválaszoljuk a kutatási kérdéseinket, és javaslatokat teszünk az interjúalanyok válaszaiból következtethető fejlesztési igényekre és lehetőségekre is.

Az információk feldolgozása során szükségessé válik, és a standardizáltságnak köszönhetően meg is oldható, hogy nem csupán külön-külön tudjuk értelmezni a két megkérdezett csoport (orvosok, személyzet) válaszait, hanem azokat összehasonlító elemzés segítségével értelmezzük, és feltárjuk a hasonló és ütköző véleményeket és szemléletet a két szakmacsoport között.

3. RÖVID SZAKIRODALMI HÁTTÉR

A kommunikáció mint jelenség egy összetett fogalmi háttérre épít. Egy intézményen belül ugyanúgy jelen vannak hasonló folyamatok, mint diádikus kapcsolatokban (ld. orvos-beteg). Sokszor a szakszemélyzet, más egészségügyi ellátók ugyanúgy vizsgálják és kerülnek kapcsolatba természetesen a beteggel, így az ő feladatuk, lehetőségük is a megfelelő kommunikációs aspektusok használatával elérhető állapotjavulás (pl. adherencia, compliance növelés). Számos vizsgálat a placebo-hatások egyik központi tényezőjének a szóbeli meggyőzést, a szuggesztiókat találta (pl. Benedetti, 2013). Evolúciós perspektívából nézve az



emberszabásúakra vonatkoztatva igen hangsúlyos a kommunikáció jelentősége, amely messzebbre mutat csupán a szavak használatánál. Pl. az állatvilágban a főemlősök egymás közti kurkászása mint interakció elősegíti a kapcsolat teremtését és fenntartását (Benedetti, 2013). Az orvos-beteg kapcsolatban éppen ezért manapság nem csak a szavakat mint kommunikációs aspektusokat érdemes vizsgálni és feltárni. A sámánok mint archaikus gyógyítók is sokat alkalmazták az olyan kellékeket, mint a zene, az intonáció, dallamok stb. Ezek épp úgy meghatározzák a kommunikációt, mint a verbális tendenciák. Már a sámánok kapcsán megfigyelhető az a jelenség, hogy mennyire építenek a hozzá forduló illető hiedelemrendszerére. Akkor még vallásos hiedelemről beszéltek, ám ez lehet bármilyen előfeltevés, preconcepció (pl. azt hiszi a beteg, hogy fájdalmas lesz a beavatkozás, mert egy szomszédja ezt mesélte). Ezeket fontos (lenne) feltérképezni a modernkori orvos-beteg kapcsolatokban is, illetve az orvos részéről történő információátadásba beleszöni a szorongás, az aggodalmak redukcióját.

Ismét kihangsúlyozandó tehát, hogy az orvos-beteg kommunikáció során a verbális jegyeken túl a nonverbális területnek is fontos szerepe lehet (pl. érintés, kézfogás, mimika). Előbbi tekintetében kiemelten fontos a közös nyelv megtalálása, amely az orvos részéről együttjár a beteg információbefogadó képességének felmérésével, nemi, életkori, szocio-ökonómiai sajátosságainak figyelembevételével. A nonverbális kommunikáció (pl. a „fehér köpeny” viselése vagy nem viselése) a bizalom megteremtésében is fontos szerepet játszhat (Kincsesné, 2013).

Napjainkban számos orvoshoz forduló páciens már előzetesen tájékozódik a betegségével kapcsolatban pl. ismerősöktől, internetről. Ezek az információk lehetnek hasznosak, ám károsak is. Az előnyökre fókuszálva: a hiteles beteg tájékoztatás a nagyobb kontroll érzetét biztosítja a betegséggel szemben, így javítva a gyógyulás/helyes kezelés kiválasztás esélyét. Ennek érdekében lényeges, hogy kontrollálja az egészségügy a beteg tájékoztatást (lehetőleg ill. bizonyos szintig nyilván). Az e-páciensek „kialakulásával” valós helyzet jött létre, a mai fiatal



generáció így sokszor el sem jut az orvoshoz, csak interneten tájékozódik. Fontos azonban, hogy ez ne váltsa ki a személyes találkozást, ám a teljes tiltása az utánanézésnek sem célravezető: olyan többszörösen ellenőrzött weboldalakot kell létrehozni, amelyek hiteles tájékoztatói felületet nyújtanak az érdeklődőknek, vagy a betegtájékoztatóknak szükséges a kontrollálása. Annál is inkább támogatandó az e-páciensek létjogosultsága, hiszen amennyiben fórumokat, csetszobákat használ arra, hogy a közösség egy tagjának érezhesse magát, javulhat az adherenciája és a compliance-e. (Itt az e-páciens alatt azokat a pácienseket értjük, akik online (is) tájékozódhatnak). Mindazonáltal ismét hangsúlyozandó, amennyiben előtte hiteles tartalmat olvasott és meg tudta ezeket beszélni az orvosával, kivédhető, hogy elrettentő történetekkel nocebo hatás váltódjon ki. Az orvosok szempontjából fontos lenne, hogy megértsék, illetve tájékozódjanak azzal kapcsolatban, hogy a páciensek milyen forrásból tájékozódhatnak a betegségükkel kapcsolatban. Erre kérdezzenek rá, beszéljenek róla. Amellett az is fontos, hogy ők maguk (az orvosok) is olvassanak ilyen internetes forrásokat annak érdekében, hogy 1) ők maguk tudjanak javaslatot adni a pácienseiknek az ilyen irányú kérdéseikre, illetve 2) ha a páciens nem hiteles forrást említ, tudják arról lebeszélni. Fontos arról beszélni, hogy mindezen fentebb felsorolt tényezők nem (csak) elsősorban az orvosok feladata. Az egészségügyi személyzetet fontos erre edukálni, hiszen akár a váróban, akár más helyeken az asszisztencia irányulhat arra, hogy hogyan segítsék ezeket az e-pácienseket. Hovatovább külön csetszobákat, fórumokat is üzemeltethet(ne) egy-egy kórház, ahol mintegy ügyeletben a kompetens személyzet megpróbálna online tanácsokat adni az odafordulóknak. Emellett az egészségügyi személyzet lehetne az időtakarékoság céljából, aki megkérdezi a pácienseket arról, honnan tájékozódhatnak a betegségükkel kapcsolatban. Ami pedig a betegtájékoztatót illeti, részt vehetnének hivatalos prospektusok elkészítésében és abban nem csak orvosok adhatnának információkat, hanem szerepelhetne több gyakorlati, könnyebben megérthető tanács is (Hewitt-Taylor, 2012).



Klemperer (2005) szerint az orvosközponút, paternalista, valamint az informatív modellt – ahol az orvos csak információt nyújt és a beteg dönt – kevés beteg igényli. Többségük az „arany középútra” vágyik, azaz, hogy megfelelő információkkal ellátva az orvos bevonja a döntési folyamatba. Byrne és Long kutatások sorát végezte a témában, és már a korai években is azt találták (1976), hogy az orvosok többsége – a betegek igényeivel ellentmondásban – a paternalista döntési stílust képviseli. A kommunikációs tényezők szempontjából a páciens számára elsődleges szempont az odafigyelés és az együttérzés.

Ám mindezt az orvosok szempontjából is meg kell vizsgálnunk. Az együttműködést és az elégedettséget negatívan befolyásoló tényező lehet továbbá, ha az orvos túldominálja a beszélgetést. Emellett fontos a gyermekek helyzetét is figyelembe venni: Lambert és mtsai (2011) kutatásban igazolták, hogy nem minden esetben az aktív résztvevői szerep a legmegfelelőbb a gyermek számára, de a passzív szemlélői sem: azaz esetükben fontos figyelembe venni a gyermek jelenlegi állapotát, hogy a megfelelő kommunikációs lehetőségeket alkalmazzuk. Kevés adat áll rendelkezésre a gyermekek és egészségügyi szakemberek közötti kommunikációról, különösen a gyermekek perspektívájából. Következtetésként elmondható, hogy a gyermekek inkább ingáznak a passzív szemlélői és az aktív résztvevői szerepek között a kommunikációs folyamat során, mely az adott pillanatban megjelenő szükségleteiktől függ. Tehát nem minden esetben az aktív résztvevői szerep a legmegfelelőbb a gyermek számára, ahogy a passzív szemlélői sem, azaz fontos figyelembe venni a gyermek jelenlegi állapotát, hogy a megfelelő kommunikációs lehetőségeket alkalmazzuk.

Ez és ehhez hasonló vizsgálatok oda vezettek, hogy egyrészt fontos az aktív jelenlét és a helyzethez történő folyamatos alkalmazkodás az orvosok részéről, illetve nemzetközi szinten is fokozatosan elfogadást nyert az a nézet, hogy a gyerekeknek és fiataloknak joga van részt venni az életüket, egészségüket érintő döntésekben és az arról való kommunikációban (Coyne et al., 2011). Kutatások azt bizonyítják, hogy a gyerekek egészségügyi ellátásukban történő részvétele számos területen előnyös, például több információt nyerhetünk tőlük, lehetőséget



teremt az érzéseik kifejezésére, fejlődik a kompetencia-érzésük és magabiztosságuk, értékesnek érezhetik magukat és nő az adherenciájuk. A részvétel segíti a gyermekeket abban, hogy kontrollt élhessenek meg az őket ért történések során, mely csökkenti a hospitalizációból eredő terheket, míg a döntéshozatal folyamatából való kizárás növeli a félelemérzetüket, különösen nehéz helyzetekben. Coyne és munkatársai eredményei alapján a gyermekek részt akartak venni a róluk és egészségi állapotukról zajló kommunikációban, azonban csak marginális szerepet szeretnének betölteni az egészségügyi személyzet és a szülei között folyó beszélgetésekben. Az összes gyermek szeretne információt kapni, mely által megtudhatják, hogy mit várhatnak a betegségükkel, kezeléssel, a veszélyekkel, várható kimenetelekkel, gyógyszerekkel és a kórházi tartózkodás idejével kapcsolatban. Sokan kifejezték, hogy az orvosok velük nem beszélgetnek, hanem inkább a szülővel vitatják meg a gyerekek feje fölött az eseményeket, míg mások arról számoltak be, hogy az orvosok gyakran áthívják a szülőket egy másik helységbe konzultálni, ami feljűk azt sugallta, hogy valami komoly probléma van. A kommunikációba és döntéshozatali folyamatba történő bevonás hiánya negatív hatással volt a gyerekekre: beszámoltak csalódásról, szomorúságról, zavartságról, dühről, aggodásról, magányról, mellözöttségről és elutasításról.

Ami pedig a szakmaközi kommunikációt, az intézmények egymás közötti interakciót illeti, sok szülő arról számolt be, hogy egyes ellátó rendszerek között ők mint kapocs, összekötő elem funkcionálnak, és viszik egyik információt ide és a másikat vissza (Greene et al., 2015). Napjainkban számos orvoshoz forduló páciens már előzetesen tájékozik a betegségével kapcsolatban pl. ismerősöktől, internetről. Ezek az információk lehetnek hasznosak, ám károsak is. Az előnyökre fókuszálva: a hiteles betegtájékoztatás a nagyobb kontroll érzetét biztosítja a betegséggel szemben, így javítva a gyógyulás/helyes kezelés kiválasztás esélyét. Ennek érdekében lényeges, hogy kontrollálja az egészségügy a betegtájékoztatást (lehetőleg ill. bizonyos szintig nyilván).

Következésképpen elmondható, hogy a pozitív szuggesztiók és a tájékoztató felkészítés csökkenthetil a betegek fájdalmát. A kommunikációs intervenciók nagy változatosságot



mutatnak minőségben, komplexitásban és módszertani szigorban; gyakran többféle szempontot használnak fel és tisztázatlan marad, hogy melyek a hatásos kommunikációs összetevők, elemek (Mistiaen, 2016).

4. KOMMUNIKÁCIÓS INTERVENCIÓK - JÓ GYAKORLATOK

4.1. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit (Brega et al, 2015)

Egy országos felmérés kimutatta, hogy Amerikában a betegek mindössze 12%-a rendelkezik elegendő háttértudással ahhoz, hogy megfelelően eligazodjanak az ország bonyolult egészségügyi rendszerén belül, ráadásul betegség vagy stressz miatt az ő képességeik is korlátozódhatnak – épp a legrosszabbkor (Kulet et al., 2006). Épp ezért az amerikai Egészségügyi és Szociális Minisztérium (U.S. Department of Health & Human Services) háttérintézmény az Egészségügyi Kutatási és Minőségügyi Ügynökség (Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ) 2015-ben megújítva adta ki egészségműveltséggel foglalkozó eszköztárát azzal a céllal, hogy segítsen az alapellátást nyújtó intézményeknek egyszerűbbé és átláthatóbbá tenni szolgáltatásait, miközben növelik a páciensek körében az egészségügyi információk ismertségét, végeredményben a páciensek egészségműveltségét.

Az eszköztár neve – *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*, magyarul: *Általános Óvintézkedések Eszköztára az Egészségműveltségben* – abból a feltételezésből indul ki, hogy az egészségügyi ellátást igénybe vevők nem minden esetben rendelkeznek megfelelő tudással ahhoz, hogy az ellátásba bekerülve minden nehézség nélkül és maximálisan megértsék az egészségükkel és az ellátással kapcsolatos információkat. Az AHRQ épp ezért egy országos ajánlást adott közre, amelyben összegezte azokat a lépéseket, amelyek megtétele csökkentheti az egészségműveltség hiányosságából adódó nehézségeket, félreértéseket. A dokumentum által ajánlott általános óvintézkedések a következők területeket célozzák:

- a kommunikáció egyszerűsítése és a megértés folyamatos ellenőrzése,



- az ellátáshoz kapcsolódó folyamatok, az abba bekapcsolódó intézmények (beleértve azok fizikai környezetét) átláthatóvá tétele, ezzel segítve a páciensek tájékozódását,
- a páciensek saját egészségük javítása érdekében tett erőfeszítéseinek támogatása.

A dokumentum összesen 21 eszközt tartalmaz, melyek vegyesen foglalkoznak az intézményi írott és beszélt kommunikáció fejlesztésével. A javaslatcsomag azt tanácsolja, hogy az egyes praxisokon belüli egészségműveltség fejlesztést kezdjék az első három eszköz bevezetésével:

1. Alakítsanak egy csapatot, amelynek célja az egészségműveltséggel kapcsolatos óvintézkedések mindenkor betartása és betartatása. A csoport rendelkezzen egy vezetővel és megfelelően kezelhető létszámmal. Találkozzanak és számoljanak be eredményeikről rendszeresen.
2. Hozzanak létre egy Egészségműveltség Fejlesztési Tervet. Az erre kijelölt csapat beszélje meg, hogy a praxis mely területei szorulnak rá leginkább az egészségműveltség fejlesztésére, és a lokális igényekhez igazodva alakítsanak ki egy fejlesztési tervet. Ennek a lépésnek a fő célja, hogy felmérje, jelenleg hogyan teljesítenek a praxis dolgozói az információátadás, a megértés ellenőrzésének terén. Ennek szakszerű felméréséhez az eszköztár egy használható kérdőívet is tartalmaz.
3. Figyelemfelhívó kampány lebonyolítása a praxison belül. A módszer célja, hogy különböző eszközökkel – például a mellékletben csatolt oktatóvideó segítségével – oktassák a praxis dolgozóit az egészségműveltség fontosságáról, és arról, hogy annak hiánya hogyan befolyásolja a betegek kezelésének kimenetelét.

A dokumentum a továbbiakban adott, az alapellátásban gyakran előforduló problémakörökhöz kapcsol hozzá megoldási eszközöket. Például:

- Probléma: *Meg akarok bizonyosodni róla, hogy a betegeim helyesen szedik a felírt gyógyszereiket.*
- Eszköz: *„Barna papírzacskós” gyógyszer-ellenőrzés.*



A módszer lényege, hogy a kezelőorvos biztassa arra a pácienseit, hogy minden látogatás alkalmával hozzák magukkal a gyógyszereiket, és mondják el az orvosnak, melyiket hogyan szedik. Ez az utóellenőrzés segít rávilágítani esetleges hibákra, félreértésekre. A módszer leírása számot ad konkrét esetekről is, amikor a gyógyszer-ellenőrzés például arra mutatott rá, hogy egy páciens dupla adagot szedett az egyik gyógyszeréből – ezzel súlyos mellékhatásoknak kitéve saját magát. Más klinikák tapasztalatai szerint 10-15 levezetett gyógyszer-ellenőrző interjúból átlagosan mindössze csupán 2 hiba nélküli.

Minden eszközleírás tartalmazza továbbá a megvalósítást segítő tippet. Például: helyezünk el poszttereket a váróteremben, amelyek emlékeztetik a pácienseket, hogy hozzák magukkal a gyógyszereiket. Az eszköztár emellett részletes kommunikációs útmutatót is tartalmaz arra vonatkozóan, hogyan bonyolítsunk le egy ilyen gyógyszer-ellenőrző interjút, kérdés-formulákkal, javasolt és kerülendő kifejezésekkel.

Az eszköztár számos ponton felhívja a figyelmet arra, hogy az orvosi kommunikációban általában több félreértés fordul elő, mint amennyi azok közül a felszínre kerül. Például: az orvos tájékoztatja a beteget, hogy a sebére nem alkalmazható helyi kezelés. A páciens ezt úgy interpretálja, hogy egy másik városba kell utaznia, hogy a sebet kezelni tudják. Ezeket elkerülendő javaslat-csomagot is tartalmaz a pontos és egyértelmű kommunikáció érdekében. Például: az orvos figyelje meg, hogy milyen szavakat használ a beteg, és ugyanezeket a szavakat felhasználva próbálja meg elmagyarázni betegsége jellegét.

A dokumentum olyan eszközöket is tartalmaz, amelyek konkrétan a megértés ellenőrzését célozzák. Ilyen például a „*Teach-Back Method*”, vagyis a Vizont-tanítás módszere, mely során a beteget arra kéri orvosa, hogy a tájékoztatást követően magyarázza el orvosának saját szavaival mindazt, amit tudnia kell egészségéről vagy tennie kell annak megőrzése érdekében. Az eszköz rámutat az esetleges félreértésekre, rögzíti az elhangzott információkat, miközben



segíti is az adherenciát. A viszont-tanítás módszerének további célja a telefonos visszahívások számának csökkentése is.

További eszközök célozzák gyakorlati útmutatókkal a praxis telefonos kommunikációjának fejlesztését, az idegen nyelvű páciensekkel történő kommunikáció fejlesztését és a tudatosságra nevelést a páciensek kultúrájának, hagyományainak és hitének a figyelembe vételekor.

Valamennyi eszköz implementálását további kiegészítő anyagok segítik a mellékletekben: kérdőívek, videóanyagok, tesztkérdések, poszterek, űrlapok a páciensek visszajelzéséhez, beleegyező nyilatkozat-sablonok és egyébek.

Összegzés:

Fontos tanulsága az egészségműveltségről (health literacy) szóló dokumentumoknak, hogy gyakori jelenség, ahogyan az egészségügyi ellátásban dolgozók felülértékelik a páciensek egészségműveltségét. A betegek (és gondozóik, képviselőik, hozzátartozóik) sokszor akkor is támogatásra, plusz információkra, a megértés ellenőrzésére szorulnak, amikor arra látszólag semmilyen jel nem utal (pl. az érintett nem tartozik etnikai kisebbségi csoporthoz, nem hátrányos helyzetű vagy alacsony iskolázottságú, stb.). Mindezen tanulságok arra engednek következtetni, hogy a kommunikáció egyszerűsítése, a visszakerdezés, a megértés biztosítása általános céljává kell, hogy váljon az orvosi kommunikációnak, nem csupán a speciális helyzetek kezelési módjává.

Bár a dokumentum főként az alapellátás és az egészségműveltség kapcsolata kerül kifejtésre, az abban foglalt, a kommunikáció érthetőségét célzó tanácsok nagy része alkalmazható a gyermek- és ifjúságpszichiátriai és mentálhigiénés ellátásokban is. A dokumentum továbbá jó mintája annak, hogyan hozunk létre könnyen lapozható, magazinszerű, képileg is gyorsan értelmezhető segédanyagot, melynek célja nem a lineáris végigolvasás, hanem a folyamatos használat, az eszközök kereshetősége és a gyakorlati segítség nyújtása. A dokumentum eltekint



az egészségműveltség fogalmának hosszas bevezetésétől, a szakirodalmi eredmények ismertetéséről, és a célcsoport számára legkönnyebben használható formulában: kérdések és azokra adott válaszok formájában vezeti be a témát.

4.2. NALA Literacy Audit for Healthcare Settings (Lynch, 2009)

Az Egészségügyi Világszervezet szerint az egészségműveltség egy fontos eszköze az egészségügyben előforduló egyenlőtlenség és méltánytalanság ellen küzdő nemzeti és nemzetközi stratégiáknak (WHO, 2008). Ezt célozván az ír National Adult Literacy Agency (NALA) ajánlása az egészségműveltséggel kapcsolatban egy rövid fogalmi tisztázásról szóló bevezetőt követően az egészségműveltséggel kapcsolatos jó gyakorlatok ismertetése által szolgálja a helyzet javítását. A segédanyag célja, hogy az egészségügyben dolgozók számára érthetőbbé váljon, hogy munkájuk során milyen szerepet kap az érthetőség és a funkcionális írástudás, valamint iránymutatást ad számukra arról, hogyan tehetik az egészségügyi szférát megközelíthetőbbé, elérhetőbbé és átláthatóbbá a páciensek számára. A dokumentum egyrészt egy gyűjteményt tartalmaz jó kommunikációs gyakorlatokról egészségügyi környezetben, másrészt egy ellenőrző anyagot, amely segítségével a téma aktuális állapota mérhető fel adott egészségügyi környezetben.

Az egészségműveltség javítása kulcsfontosságú ahhoz, hogy arra bátorítsuk az embereket, hogy növeljék saját kontrolljukat egészségi állapotuk fölött, hogy keressenek információkat, azokat vezessék be a gyakorlatban, és vállaljanak nagyobb felelősséget a jólétükért (ILC, 2006).

Az egészségműveltség (health literacy) magába foglalja a beszédet és a beszéd hallgatását, az olvasást, az írást, a számolást és a mindennapi kommunikációs és információkezelő technológiák használatát. Az egészségműveltség tehát több, mint egyszerűen az írni- és olvasni tudás képessége, és több, mint amit a funkcionális írástudás fogalma takar: vannak személyes, szociális és gazdasági dimenziói is. Az egészségműveltség növeli az egyén esélyét arra, hogy reflektáljon saját élethelyzetére és változást kezdeményezzen. Ez a tág definíció utal arra, hogy



a társadalom írástudás-igényének szintje folyamatosan változik. Egyre inkább elvárt, hogy az egyén több papírmunkát végezzen, és hogy használja ki a technológia adta lehetőségeket, például utazáskor vagy banki ügyintézés során. A nemzetközi gyakorlat azt mutatja, hogy az egészségügyi rendszerek is világszerte egyre komplexebbé válnak, és ezzel együtt egyre nehezebben átláthatóvá, magasabb fokú írástudást igénylővé a páciensek számára (OECD, 2005).

Mindazonáltal a health literacy fejlesztésével kapcsolatban leginkább az írott és szóbeli kommunikációs folyamatok hiányosságait érinti. A best-practice esetek témájuk szerint foglalkoznak többek között az orvosi tájékoztatók írásával, a vizuális kommunikációval az egészségügyben, a számok használatával a kommunikáció során, valamint a honlapokon történő információátadással.

Az írott kommunikáció tekintetében a NALA dokumentum javaslatai:

- egyszerű, direkt, és szimpla nyelvhasználat, az információk áttekinthető szerkesztése
- a dokumentum céljának leszögezése a tájékoztató elején
- összefoglaló használata
- interaktív formulák használata, pl.: kérdés-válasz
- a konceptuális kifejezések kerülése, konkrétumok használata, pl.: normál érték helyett egy intervallum
- a gyűjtőszavak értelmezése példákkal
- értékítéletet igénylő szavak magyarázata. Pl.: a „megfelelő mennyiségű”, a „túlzott”, a „rendszeres” szavak jelentése kontextustól függően változhat.

A dokumentum beszélt kommunikációra vonatkozó részének tanácsai nagyrészt egybevágóak a fentebb idézett eszköztárak ajánlásaival. Vagyis: lassú és egyszerűsített beszéd, az információk megismétlése és megisméltetése (*teach-back method*), a bizalmi légkör megteremtése, stb.



Az ajánlás matematikai írástudással/matematika értéssel foglalkozó része a „kockázat”, a „valószínűség”, az „előfordulási esély”, a „norma” és hasonló kvantitatív koncepciók megértésével, megértetésével foglalkozik. A javaslatok szerint:

- alapállásban feltételezzük azt, hogy a betegek nem értik ezeket a koncepciókat: kérdés nélkül is magyarázzuk el őket
- egyszerre csak egy adattal foglalkozzunk
- használjunk analógiákat és hasonlatokat, amik a megértést segíthetik
- ne használjunk tizedes törteket a valószínűség kifejezésére. Pl: valószínűtlen, hogy a beteg megérti, ha azt mondjuk, valaminek az esélye 0,3
- kerüljük a százalékokat, amikor lehet
- az aránypárokhoz használjunk kisebb számokat (1000-ből 20, helyett: 50-ből 1)
- kockázatleírás esetében az abszolút értékek érthetőbbek, mint a relatív értékek (50%-kal nagyobb esély a stroke-ra helyett: 1000-ből 3 esetben stroke)

A *best practice* ajánlások mellett a dokumentum eszközöket javasol és ajánl fel ahhoz, hogyan teszteljük a páciensek és az őket kiszolgáló szakemberek egészségműveltségét, hogyan szerkesszünk honlapot, amelyen az érthetőség és az átláthatóság kap kulcsszerepet és hogyan használjuk funkcionálisan a praxison belüli információs és irányjelző táblákat.

4.3. A Health Literacy Tool Kit for Healthcare Providers: Improving Communication with Clients (Strickland, 2011)

Felhasználva a Literacy Alberta egészségműveltségi felmérését, a quebeci írástudás fejlesztésével foglalkozó non-profit szervezet kifejlesztett egy programot, amellyel reagálni kívántak a Kanadában mért rendkívül alacsony egészségműveltségi szintre. A projekt fő célja az volt, hogy tájékoztassák a szociális szférában tevékenykedőket az egészségműveltség, egészségjártasság fontosságára és az akörüli problémákra, valamint azokra az eszközökre és szolgáltatásokra, amelyek az egészségműveltség fejlesztését célozzák.



A program alapja egy szakembereknek 2010-ben szervezett videókonferencia, amely eredményeképpen összeállt egy oktatóanyag.

Az eszköztár három modulból áll:

1. Bevezetés az egészségműveltségbe
2. Kommunikáció a kliensekkel
3. Egyszerű nyelvhasználat és átlátható dizájn

Mindegyik modul tartalmaz egy Power Point prezentációt, amely a témán belül a fő koncepciókra koncentrál, egy tervet arról, hogy a modulban található javaslatok implementálásához milyen feltételekre és mennyi időre van szükség, egy az egészségműveltséget fejlesztő gyakorlatlistát, nyomtatható tájékoztatókat és feladatlapokat.

Az eszközöket egyaránt lehet csoportos és egyéni tanuláshoz is használni, valamint felhasználható az online oktatásban is.

4.4. Enliven Organisational Health Literacy Self-Assessment Resource

4.4.1. A mérőeszköz kidolgozásának kontextusa

Az *Enliven Organisational Health Literacy Self-Assessment Resource* egy Ausztráliában kidolgozott mérőeszköz, melynek célja az az egészségügyi és kapcsolódó szektorok szervezetek számára egy (ön)értékelési eszközrendszer biztosítása, melynek segítségével önmaguk fel tudják mérni az adott szervezet vagy intézmény egészségműveltségi szintjét. A mérőeszközt 2012-ben publikálták. A mérőeszköz az egészségműveltség attribútumait, dimenzióit mutatja be, illetve kitér arra, hogy milyen lehetőségek vannak az önértékelés alapján azonosított egészségműveltségi szint továbbfejlesztésére. (Thomacos et Zazryn, 2013.).



Egészségműveltséget támogató szervezetnek - Brach alapján (Brach et al., 2012) azokat a szervezeteket nevezik, melyek segítenek az embereknek eligazodni és megérteni az egészségük megőrzésével, gondozásával kapcsolatos információk és a szolgáltatások rendszerét.

A kidolgozott szempontrendszer és mérőeszköz kettős szereppel rendelkezik: egyrészt irányelv lehet a már létező egészségműveltséget támogató szervezetek fejlesztésében, másrészt az építkezés és profilkialakítás eszköze az ilyen szándékkal alapított szervezetek esetében. E szervezetek egészségügyi vagy szociális profillal egyaránt rendelkezhetnek.

A mérőeszköz kidolgozása abból a meglátásból indult ki, hogy hagyományosan az egészségműveltség és annak fejlesztése az egyén szintjén történik, egyre nagyobb szerepet kap annak beismerése, hogy az egészségügyi és szociális szolgáltatások rendszerének szintén lényegi szerepe van. Így kerül át a kérdés az egyéni kommunikáció területéről a szervezeti kommunikáció szintjére is.

Az mérőeszköz tíz dimenzió alapján vizsgálja adott szervezet egészségtudatosságát. Az eszköz kidolgozása viszont egy korábbi, az Amerikai Egyesület Államokban használt 18 dimenziós eszköz felhasználásával jött létre (Schillinger and Kelles, 2011.).

4.4.2. Módszertani megfontolások

A mérőeszközben szereplő tíz tényezőt az Institute of Medicine állapította meg, ezt követően pedig konkrét szervezetek esetében operacionalizálták olyan konkrét tényezőket különítve el az egyes dimenzióknál, melyek a mérhetőség inputjai és outputjai lehetnek. Az egyes dimenzióknál a konkrét mérőeszközöket a szempontok kifejtésekor fogjuk tárgyalni.

A mérőeszközben szereplő tíz tényező azonosításakor a szerzők (Brach et al. 2012) megállapítják, hogy az ezen dimenzióknak való megfelelés egy szervezet esetében nem kimerítő, hanem inkább folyamat-jellegű: vagyis az egyes tényezőknek való megfelelésre való törekvés önmagában már az egészségtudatos szervezeti státusz elnyerését jelenti. A



mérőeszköz kidolgozásakor tehát már igen fontos szerepet töltött be annak hangsúlyozása, hogy az egyes dimenzióknak való megfelelésben nincsenek abszolút értékek. Az Enliven Organisational Health Literacy Self-assessment Resource tehát egy adott szervezet egészségműveltségi törekvéseinek szintjét méri.

4.4.3. Az Enliven Organisational Health Literacy Self-assessment Resource tíz szempontja

1. A szervezet olyan vezetőkkel és vezetői koncepcióval rendelkezik, mely az egészségműveltség fejlesztését küldetése, struktúrája és működésmódja alapjaként kezeli.
2. Az egészségműveltséget a tervezés, az értékelés a betegbiztonság/felhasználói biztonság, a minőségbiztosítás és továbbfejlesztés folyamataiba beépíti.
3. A humán erőforrást felkészíti az egészségműveltséggel kapcsolatos technikák alkalmazására monitorozza az ez irányú fejlődésüket
4. A célcsoport szempontjait is figyelembe veszi az egészséggel kapcsolatos információk és szolgáltatások tervezése, megvalósítása és értékelése során
5. A lakosság széles skálán mozgó egészségműveltségi szintjéhez kapcsolódó szükségleteket kielégíti stigmatizáció nélkül.
6. Egészségműveltségi stratégiáit alkalmazza a személyközi kommunikációban és minden lehetséges érintkezési ponton biztosít a megértés felől.
7. Az egészséghez kapcsolódó információkat és szolgáltatásokat könnyen hozzáférhetővé teszi, segítséget nyújt a tájékozódásban.
8. Olyan nyomtatott, audiovizuális és közösségi média tartalmakat tervez és állít elő, melyeket könnyű megérteni és az abban foglaltakat gyakorlatban alkalmazni.
9. Magas kockázatfaktorú helyzetekben (kezelés változtatása, gyógyszerekről való kommunikáció) kiemelten figyel az egészségműveltségi szinthez illesztett kommunikációra.
10. Tisztán kommunikál a szolgáltatások anyagi háttéréről (mi az, amit az egészségbiztosítás fedez, mi az, amiért az egyéneknek fizetniük kell). (Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 4.).



A felsorolt tíz tényező részletes szempontrendszer szerint mérhető, minden tényező esetén felsoroljuk az alábbiakban a fontosabb szempontokat, azzal a megjegyzéssel, hogy a szempontoknak való megfelelést listákkal mérjük, melyek az alábbi link alatt elérhetők: <https://www.hqsc.govt.nz/assets/Consumer-Engagement/Resources/Enliven-health-literacy-audit-resource-Mar-2015.pdf> (bibliográfiai hivatkozásként lásd: Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013).

Az első tényező *(A szervezet olyan vezetőkkel és vezetői koncepcióval rendelkezik, mely az egészségműveltség fejlesztését küldetése, struktúrája és működés módja alapjaként kezeli) a következőket feltételezi:*

- (1) az adott szervezet küldetésnyilatkozatában és programjában az egészségműveltség kiemelt helyen szerepel;
- (2) az egészségműveltség nyelvi feltételeinek biztosítása érdekében szakértőket és asszisztenciát szolgáltatnak;
- (3) a hatékony és érthető kommunikáció a szervezet minden szintjén és minden kommunikációs csatornáján alapelvárás;
- (4) konkrét eljárás módokat dolgoznak ki arra nézve, ha a jelenlegi és potenciális felhasználók számára nyelvileg minél érthetőbb legyen a szolgáltatások és működésük leírása, illetve, hogy a szervezet képes legyen reagálni a felhasználók igényeire;
- (5) létezik egészségműveltségben jártas, azzal foglalkozó szervezeti egység vagy személy a szervezeten belül;
- (6) léteznek egészségműveltséggel kapcsolatos célok és ezek mérésére kidolgozott eszközök;
- (7) mind anyagi, mind pedig humán erőforrást elkülönítenek az egészségtudatosság növelésének céljából;
- (8) Az egészségműveltség fejlesztésében vezető szerepet vállalókat elismerik a szervezeten belül;



- (9) olyan szervezeti kultúrát alakítanak és tartanak fent, mely a kölcsönös kommunikáción és a szakmai és felhasználói perspektíva egyenértékűségén alapszik;
- (10) folyamatosan újratervezik a rendszert annak érdekében, hogy az egyének növeljék egészségük megőrzésére, a betegség kezelésére vonatkozó képességüket;
- (11) a fizikai tereket úgy tervezik meg és tervezik újra, hogy a hatékony kommunikációt biztosítsák (Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 6.)

Ugyanakkor az adott szervezet egészségműveltségi szintje abban is mérhető, hogy mennyire látszik lokális szinten ezirányú tevékenysége, támogat-e egészségműveltséggel kapcsolatos kutatásokat, illetve serkenti-e más szervezetek ezirányú munkáját.

A második tényező *(Az egészségműveltséget a tervezés, az értékelés, a betegbiztonság/felhasználói biztonság, a minőségbiztosítás és továbbfejlesztés folyamataiba beépíti)* a következőket feltételezi:

- (1) az egészségműveltség a tervezési folyamatok része;
- (2) olyan értékelési rendszerek megléte, melyek az egészségműveltségben való előremenetelt és fejlődést mérik;
- (3) évente olyan tanácskozásokat bonyolít le a szervezet, mely kommunikációja nyelvi követhetőségét monitorozza;
- (4) az új szolgáltatások és programok kidolgozásában használja a meglévő adatbázisokat;
- (5) a belső szakemberekkel folyamatosan konzultál az elérhető idegennyelvi fordítással kapcsolatosan rendelkezésre, kapacitásokról (két-vagy többnyelvet beszélő munkatársak) és a tolmács és fordító szolgáltatások elérhetőségéről
- (6) azonosítja az idegen nyelvi fordítással nyújtott szolgáltatásokban megjelenő problémákat, hiányokat, specifikus lépéseket tesz ezen problémák megoldására.
- (7) Mérési elemet és rendszeres adatgyűjtési rendszereket dolgoz ki és alkalmaz, melyek segítségével mérhető az intézményi egészségműveltségi szint;



(8) értékeli az alacsony egészségműveltséggel rendelkező személyeket célzó intézményi irányvonalak, eljárásrendek és programok hatásait;

(9) Kidolgoz vagy átalakítja a meglévő elégedettségi és egyéb más alkalmazott kérdőíveket, úgy hogy azok könnyen értelmezhetőek és kitölthetőek legyenek. Szükség esetén támogatást nyújt a kérdőívek kitöltéséhez is.

(10) Monitorozza, jelenti, útököveti és korrigálja a kommunikációs kudarccokat (Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 8.).

A harmadik tényező (*A humánerőforrást felkészíti az egészségműveltséggel kapcsolatos technikák alkalmazására monitorozza az ez irányú fejlődésüket*) kifejtetten ezekre a tulajdonságokra vonatkozik:

(1) létezik az alkalmazottak képzésére szakosodott részleg, személyzet, mely a képzéshez szükséges erőforrásokat, előfeltételeket tervezi, leköti és biztosítja.

(2) a belső szakértőkkel tárgyal a megfelelő nyelvi kompetenciájú alkalmazottak meglétéről, biztosításáról;

(3) az egészségműveltség területén többféle jártassággal rendelkező munkaerőről gondoskodik;

(4) az alkalmazottak egészségműveltségi készségeit rendszeresen méri;

(5) képzési anyagokat, e-tananyagokat dolgoz ki és terjeszt az alkalmazottak és a vezetők továbbképzése érdekében;

(6) az alkalmazottak egészségműveltségével kapcsolatos formális és informális képzéseikhez elérhető célokat rendel. A képzéseket hatásait felméri és értékeli;

(7) beépíti az egészségműveltség szempontjait a belső eljárásokba és folyamatokba;

(8) támogatja az alkalmazottakat az egészségműveltséggel kapcsolatos tudásuk fejlesztésében külső vagy belső képzéseken való részvétel támogatásával, facilitálásával;

(9) Képzzi alkalmazottait, hogy a nyelvi asszisztenciát (fordító, tolmács) hogyan és mikor kell használni a szóbeli és írásos kommunikáció során. Képesé teszi az



alkalmazottakat a komplex üzenetek egyszerű nyelvezettel történő átadására, illetve a hatásos és tiszteletteljes kommunikációs eszközök használatára

(10) olyan egészségműveltségi készségekkel rendelkező szakértőket azonosít és nevel ki, aki példaképként, mentorként és tanárként szolgálhatnak;

(11) az egészségműveltséggel kapcsolatos képzésekben trénerként, előadóként klienseket/pácienseket is bevonja

(Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 11.).

A negyedik tényezőnek *(A célcsoport szempontjait is figyelembe veszi az egészséggel kapcsolatos információk és szolgáltatások tervezése, megvalósítása és értékelése során)* való megfelelésben a szervezetnek a következőket kell teljesítenie:

(1) a helyi közösség tagjai is képviselve vannak a döntéshozó testületekben;

(2) létrehoz egy olyan tanácsadói testületet, melynek tagjai között találhatóak felnőttképzési szakemberek, alacsony egészségműveltségi szinttel rendelkező személyek, valamint egészségműveltségi szakemberek is.

(3) az intervenciók, programok és szolgáltatások tervezésében, kidolgozásában és tesztelésében együttműködik a célcsoport tagjaival.

(4) Bekapcsolódik a jelenlegi egészségügyi és szociális szolgáltatások értékelésében, az értékelésben szóhoz juttatja a célcsoporthoz tartozó közösség tagjait is (Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 14.).

Az ötödik tényező *(A lakosság széles skálán mozgó egészségműveltségi szintjéhez kapcsolódó szükségleteket kielégíti stigmatizáció nélkül)* kielégítéséhez a szervezetnek a következőknek kell megfelelnie:

(1) az egészségműveltség általános előírásait betartja;

(2) olyan barátságos fizikai környezetet teremt, melyben a tájékozódáshoz nem kell magas szintű egészségműveltség;



- (3) áramvonalasabbá, „felhasználóbarátabbá” teszi a felhasználóktól begyűjtött információkat (csak a szükséges adatokat gyűjti és az adatgyűjtések között nem teremt átfeldést)
- (4) Plusz támogatását, segítséget biztosít az erre rászorulóknak; (pl. eset-menedzsment, utánkötés területén)
- (5) az írott tartalmak esetében biztosít más alternatív információátadási módozatokat, az írott kommunikációt a szóbeli kommunikáció megerősítésére használja
- (6) A rendelkezésre álló erőforrásokat alacsony egészségműveltségi szinten rendelkezők szükségleteit is figyelembe véve osztja el.(Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 16).

A hatodik tényező *(Egészségműveltségi stratégiáit alkalmazza a személyközi kommunikációban és minden lehetséges érintkezési ponton biztosít a megértés felől) előíráscsomagot jelent:*

- (1) ne gyártsunk feltételezéseket arról, mit tudnak vagy mit nem tudnak az emberek;
 - (2) hallgassuk meg figyelmesen a hozzánk fordulók aggodalmait és prioritásait
 - (3) használjunk hétköznapi kifejezéseket (kerüljük a szakzsargon, ill. rövidítések használatát);
 - (4) 3-4 központi kulcs üzenetre limitáljuk az egy beszélgetésen belül elhangzó infók számát;
 - (5) ellenőrizzük a megértést;
 - (6) beszéljünk lassan és érthetően;
 - (7) serkentsük a kérdezési kedvet;
 - (8) azokra az információkra fókuszáljunk, melyek cselekvést feltételeznek;
 - (9) használjunk ábrákat és illusztrációkat
 - (10) írott anyagokat csak szóbeli magyarázattal együtt alkalmazzuk.
- (Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 19.).



A hetedik tényezőnek (Az egészséghez kapcsolódó információkat és szolgáltatásokat könnyen hozzáférhetővé teszi, segítséget nyújt a tájékozódásban) való megfelelés két központi tényezőn áll: a tájékozódását segítő fizikai környezet és a pontos, könnyen érthető és megvalósítható információkhoz való hozzáférés biztosítása.

A fizikai környezetek tekintetében:

- (1) Olyan létesítmények legyenek az intézményben, melyek segítik az emberek tájékozódását.
- (2) Az feliratokon, táblákon könnyen érthető nyelvezetet és szimbólumokat használjuk
- (3) A feliratokon az adott régióban legelterjedtebb nyelven, nyelveken szerepeljenek az információk
- (4) Egy létesítményben többféle szolgáltatás is elérhető legyen.

Az Egészségműveltséget figyelembe vevő intézmény ezen felül:

- (5) A tájékozódással kapcsolatos kérdésekre hatásos választ ad, anélkül, hogy feltételeznél a kérdezőről, hogy tud térképet olvasni és van autója.
- (6) Segíti a klienst a többi szolgáltatónál történő időpontfoglalásban, az egyes szolgáltatók közötti információáramlás tekintetében nem csak a kliensre támaszkodik.
- (7) Segíti a klienseket, egészségügyi és kapcsolódó szolgáltatások és azok előnyeinek megértésében
- (8) Nyomon követi a referálásokat és kontrollokat, hogy biztosítsa azok megfelelőségét
- (9) Az alkalmazottak navigátorként is funkcionálnak: megválaszolják a kérdéseket, iránymutatásokat adnak, segítséget nyújtanak az akadályok leküzdéséhez
- (10) Segíti a szolgáltatások igénybevevőit a releváns nyomtatványok és sablonok kitöltésében továbbá a segíti a szolgáltatások igénybevevőit a problémák megértésében és/vagy azok megoldásában
- (11) Az elektronikus és online felületeken (portál, telefonos applikációk, digitális információs tábla, stb) az egészséggel és szociális ellátásokkal kapcsolatos, könnyen érthető információkat helyez el.



(12) Vásárol vagy kifejlesztett egészségügyi és szociális ellátásokkal kapcsolatos információkat tartalmazó telefonos alkalmazást, ami felhasználóbarát és kliens központú. Segíti az egyéneket a szükségleteik kielégítésében, támogatja és nyomon követi egészséggel és jólléttel kapcsolatos gyakorlatok, tanácsok betartását. Az ilyen alkalmazásokat előzetesen tesztelik alacsony egészségműveltségi szintű célcsoporton, a gyakorlati bevezetés előtt.

(13) Tréninget biztosít a szolgáltatást igénybevevők számára, az elektronikus egészséggel és jólléttel kapcsolatos alkalmazások használatának elsajátításához.

(14) Listát, adatbázist készít az adott közösségben elérhető egészségműveltségi és szociális ellátási kapacitásokról. Az adatbázist folyamatosan aktualizálja és elérhetővé teszi a szolgáltatást igénybevevők számára.

A nyolcadik tényező *(Olyan nyomtatott, audiovizuális és közösségi média tartalmakat tervez és állít elő, melyeket könnyű megérteni és az abban foglaltakat gyakorlatban alkalmazni)* kilenc elemnek való megfelelést feltételez:

- (1) azonosítani a szervezeten belül használt legfontosabb egészségügyi és szociális szolgáltatással kapcsolatos dokumentumokat;
- (2) a terjesztett, népszerűsített anyagokat és dokumentumokat értékeli értékelő eszközök és a felhasználói visszajelzések alapján.;
- (3) olyan anyagokat készíteni vagy választani, melyek megfelelnek az érthető kommunikációval kapcsolatos támasztott feltételeknek

- a) egyértelmű célmeghatározás
- b) közérthető, egyszerű nyelvezet
- c) korlátozott számú üzenet
- d) egyszerű ábrák, illusztrációk használata
- e) rövid mondatok használata
- f) audio anyagok esetében jól hallható szöveg



- g) jelölő négyzetek és „nem tudom” válaszlehetőség használat a kérdőívek esetében
- h) strukturált szöveg kialakítása és az alcímek, alfejezetek használata
- i) a kalkulációk, számítások limitált használata
- j) egyértelműen megfogalmazni, hogy milyen cselekvéseket kell megvalósítania az olvasóknak.

(4) felhalmozni magas színvonalú oktatási anyagokat többféle formátumban (pl. audio-vizuális anyagok, 3-D modellek, képregény, podcast stb) és azokat többféle csatornánk keresztül terjeszti (pl. DVD-n, online felületeken, személyes találkozások alkalmával)

(5) azonosítani a nem magyar nyelvű (az eredeti a nem angol nyelvű) kommunikációs anyagokat, ezen anyagokat megismerteti az alkalmazottakkal. Felülvizsgálja ezen meglévő tartalmakat a minőség, az érthetőség és a bennünk található információ pontosságá érdekében.

(6) használja a könnyen érthető nyomtatott és online tartalmak kialakítására alkalmas eszközöket, új anyagok kialakítása során és/vagy alkalmaz esetleg konzultál egészségműveltségi szakértőkkel az új anyagok kialakítása során.

(7) a régióban használt nyelveken elérhető anyagokat előállítani professzionális fordítók bevonásával.

(8) bevonni a felhasználókat a tartalmak kialakításának és pilot tesztelésébe

(9) az eredeti nyelvű oldalakon más nyelveken elérhető anyagokat is elérhetősegeit (pl. link) is jól láthatóan és könnyen megtalálhatóan feltüntetni. (Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 25–26.)

A kilencedik tényezőnek (*Magas kockázatfaktorú helyzetekben (kezelés változtatása, gyógyszerekről való kommunikáció) kiemelten figyel az egészségműveltségi szinthez illesztett kommunikációra.*) való megfelelés érdekében a szervezet:

- (1) felméri, hogy mely helyzetek igényelnek magas biztonsági szintet, hol kell jobban figyelni a megfelelő kommunikációra



(2) a cselekvési terveket dolgoz ki és valósít meg ezen szituációk kommunikációs megfelelőségének biztosításához. Az intézkedési terv kidolgozásához, valamint az abban foglaltak megvalósításához biztosítja a szükséges erőforrásokat.

(3) szakemberekkel és a helyi közösség érintette tagjaival együttműködik a magas kockázatfaktorú helyzetekre vonatkozó programok, anyagok, eszközök kialakítása, pilot tesztelése és megvalósítása során. (Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 30.).

A biztonságos kommunikációt elősegítő potenciális beavatkozások:

- (1) Olyan szervezeti kultúra kialakítása, mely értéknek tekinti és gyakorlatba is ülteti az informált beleegyezés kialakításának folyamatait (beleértve a tolmács használatát amennyiben szükséges). A magas kockázatfaktorú helyzetekben minden kommunikációs esetén leellenőrzi a megértést.
- (2) Fejleszti a beleegyező nyilatkozat érthetőségét
- (3) A beleegyező nyilatkozatot lefordítja a szolgáltatást igénybevevő által preferált idege nyelvekre
- (4) A megértést segítő eszközöket használ az ellátást igénybevevőktől elvárt feladatok kapcsán (pl. gyógyszer adagoló használata, stresszoldási technikák gyakorlati alkalmazása)

A tizedik, azaz utolsó tényező (*Tisztán kommunikál a szolgáltatások anyagi hátteréről: mi az, amit az egészségbiztosítás fedez, mi az, amiért az egyéneknek fizetniük kell*) két szempontban merül ki:

- (1) a szervezetnek olyan személyzetet kell biztosítani, aki tájékozódik, hogy egyes szolgáltatások igénybevétele esetén szükséges-e az igénybevevőnek a szolgáltatás egy részt vagy teljes egészét kifizetnie.
- (2) a szervezethez forduló személyeket pontosan tájékoztatja a fizetendő összegekről a szolgáltatás igénybevétele előtt (Thomacos, N. & Zazryn, T., 2013, 33.)



A mérési szempontokhoz kidolgozott ellenőrző lista adott szervezetek esetében a profilba illeszkedés könnyű és operacionális nyomon követését teszi lehetővé.

5. EREDMÉNYEK

5.1. Interjúk tartós pszichiátriai diagnózissal rendelkező gyermekeket nevelő szülőkkel

Célkitűzésünk volt, hogy a fókuszcsoportok felvétele előtt előzetes interjúk elvégzése során kapjunk képet arról, hogy a szakirodalmi adatok legfontosabb aspektusai a gyakorlatban hol és milyen módon valósulnak meg. Ennek érdekében egy kis elemszámú, de rétegzett reprezentatív mintát alkottunk olyan tartós pszichiátriai diagnózissal rendelkező gyermekek szüleiből, amely alkalmas az előzetesen kialakított szempontrendszer tesztelésére, valamint felvetésre kerülhetnek olyan mindennapi kommunikációt érintő kérdések, amelyeket szükséges a továbbiakban figyelembe vennünk.

A tartós pszichiátriai diagnózissal rendelkező gyermeket nevelő szülőkkel készített interjúknak a debreceni gyermekpszichiátriai szakrendelés szolgált helyszínéül, ahol valamennyi gyermekpszichiátriai kórkép (depresszió, szorongás, kényszer, pszichózis) diagnosztikája és terápiája folyik. Összesen hat interjú készült, melynek alanyai döntően édesanyák voltak, egy édesapát sikerült bevonni a beszélgetésbe. Ennek valószínűsíthetően az lehet az oka, hogy inkább az édesanyák kísérik el mind munkahelyi, mind érzelmi támogatásbeli okok miatt gyermeküket szakorvosi vizsgálatokra. A szülők nyitottak, együttműködőek voltak.

A beszélgetések során négy nagyobb kérdéskört térképeztünk fel:

- Verbális kommunikáció kérdésblokk (pl. szaknyelv használata, az orvos fellépése, a beteg preferenciáinak figyelembe vétele, partnerség, információs zavarok az orvossal folytatott konzultáció során, stb.);
- Nonverbális kommunikáció kérdésblokk (pl. az orvos/asszisztens kedvessége, nyitottsága, a beteg visszajelzéseinek meghallgatása és beépítése; az



orvos/asszisztens arckifejezése, testtartása, hangszíne, szemkontaktus, mosoly, stb.)

- Kommunikációs környezettel kapcsolatos kérdésblokk (pl. a konzultációs környezet tárgyi/technikai feltételei, felszereltsége; az orvossal folytatott konzultációt zavaró tényezők: helyhiány, zsúfoltság, zaj, stb.);
- Digitális eszközök alkalmazása az orvos-beteg kommunikációban kérdésblokk (pl. digitális eszközök az orvossal történő konzultáció során illetve a vele való kapcsolattartásban; elektronikus vagy nyomtatott tájékoztató anyagok az orvos személyéről / a diagnózisról, stb.).

Az interjúkból egyértelműen kiderült, hogy a szülők az egyszerűséget és a közérthetőséget pártolják a szakzsargon használatával szemben az orvos-beteg konzultációk során. Szintén egybehangzó szülői vélemény, hogy rendkívül fontos szempont az orvos határozott fellépése, illetve hogy kezelje partnerként a betegeket, vegye figyelembe preferenciáikat például az időpontok egyeztetése során, továbbá törekedjen a betegek szociális és lelki háttérének feltérképezésére is.

A nonverbális kommunikáció kérdésblokkot illetően szintén egybehangzó szülői vélemény, hogy az orvos/asszisztens beteggel való szemkontaktusa, testtartása, hangszíne, gesztusai, mosolya kulcsszerepet játszanak az orvos-beteg kapcsolat építésében, illetve a bizalom kialakításában és fenntartásában egyaránt. A digitális eszközök az orvossal történő konzultáció során illetve a vele való kapcsolattartás témakörben már megjelent a szülők véleményeinek és nézőpontjainak különbsége, amelynek háttérében az eltérő iskolai végzettség és szocioökonómiai státusz is szerepet játszhat. A szülők a leghétköznapibb és kizárólagos telefonos kapcsolattartástól kezdve a modernebb digitális eszközökig (pl. e-mail) különböző véleményeket és nézőpontokat sorakoztattak fel az orvos-beteg kapcsolattartást illetően. Az interneten történő előzetes vagy utólagos tájékozódást, „böngészést” – az orvos személyéről, más betegek korábbi tapasztalatairól vagy a diagnosztizált betegségről egyaránt – a szülők döntően károsnak tartják, és nem is tartják önmagukra jellemző tulajdonságnak, hogy az



interneten tájékozódni, ehelyett a személyes benyomások és tapasztalatok azok, amelyek mérvadóak véleményalkotásukban.

Összességében elmondhatjuk, hogy igen értékes információk kerültek feltárára az interjúknak köszönhetően az orvos-beteg kommunikáció számos különböző aspektusát illetően, amely megerősíti a szakirodalmi tapasztalatokat a hazai és nemzetközi szinten is (pl. egy amerikai tanulmány a „jó” orvos-beteg kapcsolat szempontjából a következő tényezőket emeli ki: hatékony kommunikáció, információcsere; közös nyelv használata; a beteg nézőpontjának megértése és közös döntéshozatal (Matusitz & Spear, 2014).

5.2. A fókuszcsoportos felmérések összefoglalása

A vizsgálat célja a gyermek- és ifjúsági pszichiátriai ellátók kommunikációs folyamatainak vizsgálata az egészségügyi alapellátással, szociális ellátókkal, beleértve ebbe a gondozási folyamat körüli kommunikációt és a betegküldéssel, betegirányítással kapcsolatos kommunikációt is. E kérdéskör vizsgálatára két fókuszcsoportot szerveztünk, az egyikben különböző intézményekben a gyermek- és ifjúsági pszichiátriai ellátórendszerben dolgozó orvosok, klinikai pszichológusok, a másikban ugyanebben az ellátórendszerben dolgozó diplomás ápolószemélyzet (egészségügyi személyzetet, ápolókat, asszisztenseket, szociális munkásokat, orvosi írnokokat is beleértve) vettek részt. A két fókuszcsoport megtervezésében lényeges kérdés volt az ellátórendszeren belül adódó szakmai hierarchiából származó esetleges kommunikációs nehézségek felmérése.

A betegellátást kommunikációs folyamatként értelmező megközelítések abból indulnak ki, hogy az orvos és beteg közötti interakció sikeressége attól (is) függ, mennyire hatékony a két fél közötti kommunikáció. A hatékonyság összetevői pedig az érintett felek egyéni felkészültségén, kommunikációs tudatosságán (1, 2 tényezőcsoport), illetve az intézményi és szervezeti infrastruktúra működőképességén (3), a kommunikációs helyzetbe bevont médiumokon (4) múlnak.



- Az első kérdéskör a kommunikációs helyzet kezelésének általános dimenzióira vonatkozik. A kortárs kommunikációs kultúra a szimmetrikus, partneri viszony kialakítását tartja célravezetőnek a sikeresség szempontjából. A partneri viszony kialakítása a feltétele a diagnózis megtapadásának, a kezelés beteg általi betartásának. A partneri viszony kialakítása az első interakció esetében megtörténik, illetve – amennyiben elmarad – a továbbiakban nehezen vagy alig pótolható. A partneri viszony kialakításának egyik feltétele a nem szigorúan a diagnózisra fókuszáló kommunikáció: a lelki és szociális háttér megértése, kulcsmozzanatok feltárása.
- A nem-verbális kommunikáció összetevőire egyre fokozottabb figyelemmel tekint a kortárs kommunikáció-kutatás. E kommunikációs összetevők hangsúlyozása két szempontból is fontos lehet. Egyrészt amiatt, mert a nem-verbális kommunikációs hatások sok esetben nem tervszerűen töltik be a beszédhelyzetet befolyásoló szerepüket (gyakran már akkor előítéleteket aktivizálnak, amikor még egyetlen mondat sem hangzott el), másrészt pedig a kutatásban érintett digitálisan bennszülött generáció otthonosabban mozog az online kommunikáció területén. A vizuális kommunikáció komponensei pedig inkább nem-verbális természetűek, a digitális generáció pedig a korábbi generációknál jobban rábízta magát az ilyen típusú ingerekre.
- Az intézményi infrastruktúra működőképessége az anyagi természetű feltételektől függ, illetve az időkezeléssel kapcsolatos problémákat is felveti. Az időpontkéréssel, az ellátórendszerben való várakozással eltöltött idő, a rendszer elemei közötti közvetítés nehézsége vagy működőképessége a kronémikai összetevőket jelentik (a kronémia a kommunikációelméletben a kommunikáció időbeliségével kapcsolatos problémákat jelenti a kommunikáló felek által érzékelt időkeretek jellemzésétől az ezzel kapcsolatos viselkedési normáig). Másik csoportba tartoznak a térrel kapcsolatos adottságok, azok beépítése a problémamegoldásba. A helyszűke, a barátságtalan vagy a megközelíthetőség szempontjából rosszul értékelt terek fontos



értékelési kritériumok. Ezekre a feltételekre azonban csak érintőlegesen térünk ki, mivel nem tartoznak szorosan jelen vizsgálat spektrumába.

- A digitális eszközök a nemzetközi szakirodalomban nagyon fontos összetevői az ellátórendszer értékelésének mind olyan szempontból, hogy az ellátórendszer mennyire integrálta ezeket az eszközöket, illetve mennyire elvárás az ellátórendszerrel szemben ezen eszközök megléte. Ezek az eszközök személytelenek, mely az ellátórendszer szempontjából egyszerre jelenthet előnyt és hátrányt. Hátrányt jelent az, hogy a személytelenség gátolja a partneri viszony kialakítását, ugyanakkor a személytelenség fontos előnye, hogy az ellátórendszer e területén éppen azt a jótékony anonimitást garantálja, mely sokszor megakadályozza a páciens az ellátórendszer igénybe vételében. Nem utolsó sorban pedig az idővel való gazdálkodás szempontjából hatékony eszközökről van szó, melyek megkerülése – társadalmi elfogadottságuk miatt – egyre kevésbé lehetséges.

5.2.1. Az orvosokkal-pszichológusokkal felvett fókuszcsoportos interjú tapasztalatai

Időpont: 2018. január 15.

Helyszín: Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

Résztevők:

- 1 fő klinikai szakpszichológus (nő), 4 éves szakmai gyakorlat
- 1 fő felnőtt pszichiáter szakorvos (nő) 23 éves szakmai gyakorlat
- 1 fő pszichiáter, gyermekpszichiáter szakorvos (nő), 23 éves szakmai gyakorlat
- 1 fő gyermekpszichiáter szakorvos, (férfi) 23 éves szakmai gyakorlat
- 1 fő felnőtt pszichiáter, gyermekpszichiáter szakorvos (férfi) 26 éves szakmai gyakorlat

A páciensek jellemzői:



A páciensek 2-3 éves kortól 18 éves korig jelennek meg a szakrendeléseken. Gyermekkel és családokkal együtt foglalkoznak az ellátásban, ritkábban ugyan, de serdülőkori problémákkal szülői engedéllyel önállóan is járhatnak a fiatalok pszichoterápiás vagy egyéb ellátásokba. A gyermekpszichiátria páciensei általában nehéz körülmények között élő, szociálisan hátrányos helyzetű, alacsonyabb családi státuszú gyermekek és fiatalok. A drogambulancia páciensei között már 10-11 éves gyermekek is vannak, körükben magas a cigány származású fiatalok aránya.

A partneri viszony és az eredményes orvos-beteg kapcsolat meghatározói

a) A partneri viszonyt kialakulásának esélyét a gyógyító munkában jelentősen befolyásolja, hogy a drogbetegek esetében kevesen jelennek meg önkéntesen a rendeléseken. Inkább rendőrségi ügyek kapcsán az elterelésre, vagy egy büntetőügy kiváltása miatt, illetve sokan a családsegítőkön keresztül, szintén az alternatív lehetőség igénybe vétele érdekében érkeznek. Ez a kommunikáció minőségét, szintjét is jelentősen meghatározza, illetve a motiváció szintjét is befolyásolja, mert a fiatalok részvétele több esetben kényszereken és nem önkéntességen alapul. A drogambulancia tevékenységébe elsősorban a drog- és alkoholproblémák tartoznak, de serdülőkori krízisekkel is foglalkoznak mostanában, mert tapasztalataik szerint nagyon sok esetben ez áll a betegség kialakulása mögött, okozója vagy következménye annak.

b) A partneri viszony kialakulása a terápiás munkában alapvető fontosságú. Ezt a fiatalok esetében elsősorban a szülőkkel történő kapcsolatok kiépítésének minősége határozza meg. Az orvosok tapasztalatai szerint ez akár már az első 5-10 percen eldőlhethet. Ha tehát a szülővel pozitív kapcsolat alakul ki, akkor a gyermekkel is jobb lesz az együttműködés minősége. Vagyis a siker egyik alaptényezője a szülőkkel kialakított kapcsolatok színvonala. Ha ez a jó kapcsolat nem alakul ki, akkor minden más tevékenység haszna és kimenetele megkérdőjeleződhet.



c) Az ellátásba kerülő fiatalok sikeres terápiája gyakran attól függ, hogy a szülők szülőként megélt kudarcait és az ebből fakadó nagyfokú szégyenérzetet sikerül-e kezelni. Elsődleges cél a szülői szerepekben történő megerősítés. Ugyanakkor a kommunikáció fontos része az érintett fiatallal kialakított “cinkosság” is, hogy ne egyértelműen a szülő mellé álljanak, hiszen a gyermekkel fognak tovább dolgozni, és fontos, hogy a bizalmát ne veszítsék el.

Kezelni kell tudni, hogy a szeretet a szülő és a gyermek kapcsolatának legfontosabb része, és a szülő akármilyen formában is nyilvánul meg, az aggodását fejezi ki, míg a gyermek valamilyen szinten a lázadását. Mindkét irányban fontos a bizalom megszerzése és megtartása, de ez nagyon vékony mezsgye, miközben folyamatosan figyelni kell, hogy a szülő szülői szerepei és hatáskörei ne csorbuljanak.

d) Jól szokott működni a szülő felé megfogalmazott “mondjon legalább három dolgot, amiért ezt a gyereket lehet szeretni” kérés is. Az ilyen típusú kéréseknek komoly hatása van a gyermekek viselkedésére és együttműködési szándékára.

e) Gyakran nem kiegyenlített a hozzáállás a szülők és a gyermekek irányából. A legtöbbször az a jellemző, hogy a szülő motivált, de a gyermeke nem, főleg a nagyobb gyermekek, illetve az is gyakori, hogy egyikük sem motivált, csupán kényszer hatására jelennek meg. Mivel a gyermekkel önállóan nem lehet dolgozni, komoly kihívás, hogy elsősorban először a szülőt sikerüljön meggyőzni. A szülők hatására a gyermekek is nyitottabbá és együttműködőbbé válnak, bár, a serdülőkkel ezt sokkal nehezebb elérni.

f) A serdülőkkel akkor könnyebb együtt dolgozni, ha önkéntesen, önszántukból vagy valamilyen szenvedésnyomás hatására érkeznek a rendelésre.

g) A klasszikus orvos-beteg kommunikáció eszköztára a szülőkkel szemben nem alkalmazható. Ugyancsak fontos, hogy a gyermekekben is feloldják a kiskoruktól kialakult orvosképet, és minél hamarabb megérezzék, hogy ebben a rendszerben másfajta orvoslásban lesz részük.

Speciális helyzetek



a) A gyermekek helyzetéből fakadóan a résztvevők a lakásotthonokban nevelkedő gyermekek helyzetét említették, akik körében nagyon magas, kb. 80 százalékos a pszichiátriai gondozottakká válás aránya. Kritikusan jegyezték meg, hogy ezek a gyermekek akkor is pszichiáterhez kerülnek, ha egyébként viselkedési problémáik vannak és nem lenne szükségük pszichiátriai gondozásra.

Sok olyan gyerek kerül az ellátórendszerbe, akiknek bár, gyógyszert igényelnek a lakásotthonok munkatársai, elsősorban odafigyelésre és szeretetre lenne szükségük. "Ha lenne egy kétszemélyes kapcsolat, akkor már jól működne." Az emberi kapcsolatokhoz szükséges feltételek ebben az esetben hiányoznak, amelyet gyógyszereszedéssel igyekeznek pótolni.

b) A magasabb státuszú családok gyermekei esetében, akik jobb iskolákba is járnak, a szülők számára nagyon fontos, hogy a lehető legkésőbb derüljön ki, vagy méginkább soha, hogy gyermekekük pszichiátriai kezelés alatt áll, mert félnek a megbélyegzéstől. Olykor még azoknak a gyermekeknek a szülei is aggódnak, akik pszichológushoz járnak.

Beleszólhat-e a közös döntésbe a beteg?

A rendszer specifikuma, hogy a betegekkel kapcsolatos döntések jelentős részét a szülők hozzák meg, vagyis a szülői beleegyezésre mindenképpen szükség van. Komoly dilemma az orvosok számára eldönteni, hogy hol van a határ, amikor ez átbillenhet a fiatalok felé. A szülő felé ugyanis mindenképpen kötelezettségük van egy döntési helyzetben bevonni őt, ugyanakkor a fiatalok irányában viszont bizalmi kötelezettségi igény is van, amely egyben etikai kötelezettség is. Az alapkérdés, hogy "mennyit veszítünk el a bizalmi helyzetből, de mennyire kell mégis, hogy a szülő tudjon róla?"

A leggyakoribb elégedetlenségi okok a kommunikáció eredményességében

A válaszadók szerint a betegek elégedetlensége irányából könnyebb megfogalmazni az elégedetlenségi okokat. Ezeket maguk a betegek jelzik vissza.

a) Nem direktben jeleznek vissza, hanem a más szakemberekkel való elégedetlenségeiket hallgatják meg.



Leginkább a rendszer miatt elégedetlenek a betegek: nem jutnak időben kezeléshez, nem a saját elképzeléseik szerint kapják az ellátást, sokára kapnak időpontot, nem jut elég idő rájuk, nem kapják meg az elképzelt minőségű ellátást.

b) Megfogalmazták az orvosok, hogy sok esetben a fáradtságuk és a kiégettségük miatt nem érzik empátikusnak magukat, amelyet ugyan nekik nem jeleznek vissza a betegek, de másokról igen, és valószínűsítik, hogy róluk is másoknak.

c) A gyermekpszichiátriai problémák nehezen megfoghatóak, nehezen kezelhetőek és gyógyíthatóak, így gyakran a gyógyulás és a prognózis sem tűnik megfelelőnek.

d) A válaszadók között volt, aki azt emelte ki, hogy ő leginkább a motivátlansággal elégedetlen a betegek irányából. Ugyanakkor kevesen tiszteletlenek vele, és kevesen kommunikálnak elfogadhatatlan stílusban vagy módon.

e) Az orvos egyik legfontosabb képessége, hogy nagyon rövid idő alatt kell a gyermekekkel és szüleikkel összhangot találni. Ezt a válaszadók szerint a kedvességgel lehet elérni. A kedvesség "sokkal fontosabb a családoknak és a gyerekeknek, mint a szakmaiság." Csak akkor tudnak gyógyítani, ha meg tudják őket tartani.

f) A szakma sokszor betegcentrikus és nem betegségcentrikus, amely jelentős különbség a többi orvosi területhez képest, mert ebben a szakmában a betegre kell figyelni és nem a betegségre.

Összegzés

A pszichiáter szakemberek körében készített fókuszcsoportos interjúk egyik központi témaköre a partneri viszony és az eredményes orvos-beteg kapcsolat kialakulását befolyásoló tényezők feltárása volt. Eredményeink szerint az orvos-beteg kapcsolatban kiépülő partneri viszonyt, valamint a kommunikáció minőségét is jelentősen meghatározza, hogy a rendeléseken megjelenő fiatalok önkéntesen vesznek-e részt az ellátásban. Ez a motivációs szintjüket is befolyásolja.



A vélemények szerint a terápiás munka alapja egy olyan speciális partneri viszony, amelyet nehéz kialakítani az érintett fiatalokkal. Ennek egyik legfőbb oka, hogy a szülők rendkívül fontos szerepet játszanak a fiatalok terápiás folyamatában, ezért elsődleges cél a velük történő együttműködés kiépítése a lehető legmagasabb szinten, a lehető legrövidebb idő alatt. Ez elsődleges feltétele a fiatalok együttműködési hajlandóságának, illetve sikeres terápiájának is. A szülőkkel történő együttműködés másik fontos területe a szülői szerepekkel összefüggő megerősítés is. Ugyanakkor a fiatalok bizalmának elnyerése érdekében olykor felül kell írni a szülői szempontokat. A résztvevők külön kiemelték a szülők nélkül nevelkedő, gyermekvédelmi ellátásban élő gyermekek-fiatalok helyzetét, körükben kritikus az aránya azoknak, akik szükségtelen módon kerülnek pszichiátriai kezelésbe, és részesülnek gyógyszerelésben.

Ugyancsak kiemelt témaköre volt a fókuszcsoportos interjúknak a pszichiáterek által leggyakrabban megélt elégedetlenségi okok feltárása a kommunikáció eredményessége terén. Az eredmények szerint a pszichiáterek nem közvetlenül kapnak visszajelzést a betegeiktől munkájuk eredményességére vonatkozóan, hanem inkább azokból az információkból szűrik le a róluk kialakult véleményt, amelyeket a betegek osztanak meg velük más orvosokkal megélt tapasztalataikról, elégedettségeikről vagy elégedetlenségeikről. Ezekből következtetnek vissza a saját tevékenységeikre is. A betegek számára a kapcsolatok erősségének egyik legfontosabb eszköze az orvos kedvessége, amely a bizalom kiépítésének alapja. A pszichiáterek körében viszont a betegek magas motiváltsági szintje az egyik legmeghatározóbb elégedettséget okozó tényező.

5.2.3. A szakszemélyzettel felvett fókuszcsoportos interjú tapasztalatai

Időpont: 2018. 01. 16., 12 óra

Helyszín: Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Gyermek- és Ifjúságpszichiátria, Varga utca 1. szám.



Időtartam: 1 óra 30 perc

Résztevők: 8 fő

- 2 fő szakasszisztens (gyermekpszichiátria), nő, 30 éves szakmai tapasztalat
- 1 fő szakasszisztens (gyermekpszichiátria), nő, 24 éves szakmai tapasztalat
- 1 fő szociális munkás (gyermekpszichiátria), nő, 16 éves szakmai tapasztalat
- 1 fő szociális munkás (felnőttpszichiátria), nő, 22 éves szakmai tapasztalat
- 1 fő orvosírnok (felnőttpszichiátria), nő, 11 éves szakmai tapasztalat
- 1 fő orvosírnok (gyermekpszichiátria), nő, 26 éves szakmai tapasztalat
- 1 fő gazdasági ügyintéző (drogambulancia), nő, 28 éves szakmai tapasztalat

Általános benyomások

Az ápolószemélyzettel, egészségügyi dolgozókkal felvett fókuszcsoport résztvevői alapvetően nyitottak voltak a tapasztalataik megosztására. A résztvevők legalább 12, maximum 30 (átlagosan 24) éves szakmai tapasztalattal rendelkeztek. A munkahelyi belső kommunikációt általában pozitívan értékelték, negatív tapasztalatok leginkább a páciensekkel történő illetve az intézmények közötti kommunikáció kapcsán merültek fel.

A fókuszcsoport résztvevői három különböző munkahelyről – gyermekpszichiátria, drogambulancia, felnőtt pszichiátria – érkeztek, melyek mindegyike egymással szoros együttműködésben áll. A résztvevők ezáltal jól ismerték egymást, és láthatóan az együttműködés is jó mind a személyek, mind a három osztály között.

A partneri viszony és az eredményes szakszemélyzet-beteg kapcsolat meghatározói

- a) Az általános, verbális kommunikációra vonatkozó kérdésekre adott válaszokból kiderült, a nem orvosi személyzet valamennyi tagja kapcsolatban áll munkája során a páciensekkel, általánosan elmondható, hogy a munkaköri elvárásokon felül is



tájékoztatják, szóval tartják, adott esetben – gyermekpáciensek esetén – szórakoztatják a betegeket. A szülők körében végzett interjú vizsgálat eredményei szerint az ilyen típusú, az odafigyelést hangsúlyozó kommunikációs aktusoknak kiemelt szerepe van a szülő, majd rajta keresztül a gyermekpáciens a kezeléshez való viszonyulásának kialakításában.

- b) A munkavégzés módját az interjú résztvevő szakszemélyzet rugalmasként jellemezte: igény szerint bekapcsolódnak egymás munkájába – a segítségnyújtás kultúrája fejlett. A nem orvos kollégák gyakran kerülnek szakmai képzettséget igénylő döntéshelyzetbe: a bejelentkező páciensek pszichiáterhez, pszichológushoz való irányításakor rendszerint figyelembe veszik az orvos illetve a páciens nemét, a probléma jellegét. Például: abúzosos nőnemű páciens irányítanak nőnemű szakemberhez irányítani. Belátva azt, hogy az ilyen típusú döntéshelyzetek elkerülhetetlenek látszanak, érdemes lehet edukálni az asszisztens kollégákat azokról a tudományosan igazolt szempontokról, amelyekre – a saját emberi belátásukon kívül – ilyenkor támaszkodhatnak.
- c) A résztvevők közül mindnyájan a munka szerves részének tartották, hogy odafigyeljenek egymás, és még inkább a páciensek lelki és szociális állapotára. Számos példát hoztak arra, hogyan tesznek az elvártnál is többet azért, hogy személyre szabottan segítsenek valamennyi hozzájuk forduló betegen (a gyerekek megetetése, ruhaadományok célba juttatása stb.).
- d) A beszélgetés során kiderült, hogy a legtöbb, a mindennapi teendők ellátásához szükséges tudást, skillt, rátermettséget a jelenlévők a hosszú évek tapasztalatából szerezték (sokkal jellemzőbben, mint a formális oktatási rendszerből). Számos helyzet megfelelő kezelésének képességét „alkati kérdésnek” értékelték. Meglehetősen, ez is az oka annak, hogy új kollégák csak nagyon ritkán – van, ahol az utóbbi tíz évben egyáltalán nem – érkeznek, és az ő beilleszkedési idejük viszonylag hosszadalmas. Ezt ellensúlyozandó az viszont teljesen világosan látszott, hogy ez a sokéves tapasztalattal rendelkező gárda professzionálisan, maximális odaadással és lelkiismeretes teljességgel a



feladatát. A beszélgetés sok szempontból best-practice-eket mutatott be a szakma legtapasztaltabbjaitól.

- e) Szóhasználat szempontjából abszolút rugalmasság jellemző a résztvevő egészségügyi dolgozókra: elmondásuk szerint a sikeres megértés érdekében könnyedén váltanak kommunikációs regiszterek között, amikor orvosokkal, kollégákkal, diplomás páciensekkel, vagy kisebbségi, hátrányos helyzetű esetleg sérült páciensekkel/hozzátartozókkal érintkeznek.
- f) A páciensekkel történő kommunikáció non-verbális aspektusával kapcsolatban a résztvevők a bizalom megteremtését tartották legfontosabbnak. A megerősítő, bizalomgerjesztő, empátiát kifejező általuk használt jelek között említették a mosolygást, a csendben végighallgatást, az odafigyelést. Gyerekek esetében ezeket kiegészítik a fejsimogatás, a füttyülés.
- g) A kedvesség, a betegek szeretete, a tűrőképesség, az empátia, az elfogadás, az, hogy adott esetben ne engedje befolyással lenni a helyzetre az érzelmeit és maradjon a professzionális attitűdjénél, mind-mind olyan tulajdonságokként kerültek elő, amelyek nélkülözhetetlenek egy ilyen pozícióban a résztvevők szerint.

A partneri viszony és az eredményes kollegiális kapcsolat meghatározói

- a) Az orvosokkal, pszichológusokkal való kapcsolattartást egybehangzóan pozitívan értékelték a résztvevők. Hasonlóan pozitívan nyilatkoztak a felettesekkel, főnövérekkel, az igazgatósággal való kapcsolatáról is. Mindegyik érdekléssel partneriként értékelték a viszonyt. A beszélgetések túlkontrollálása, túldominálása nem jellemző az orvosok részéről.
- b) A más ambulanciákkal való együttműködés, a szociális ellátókkal való kommunikáció lényegesen problémásabb a résztvevők szerint. Valamennyien úgy érezték, hogy az egészségügyi ellátórendszer más egységeiben a munkahelyi kultúra lényegesen eltér az



övéktől. Sokkal kevésbé érezhető az ott dolgozók empátiája, a betegekre való odafigyelésük, türelmük. Hosszabb a várakozási idő, gyakoribbak az elutasítások.

Speciális helyzetek

- a) Az interjú résztvevői szerint az agresszív viselkedés a páciensek illetve hozzátartozók részéről mindennapos. Ebből adódóan ezeket nem értékelik krízisként, sokkal inkább a napi rutin részeként. A feszültség levezetésében a kollégák ilyenkor egymás segítségére sietnek: beavatkoznak, átveszik az adott feladatot, pár perces nyugalmat biztosítanak a megterhelt kollégának.
- b) A non-verbális kommunikáció jelentőségét érzékeny helyzetekben a verbálissal szemben 80-20%-ra értékelték. A páciensek problémáit leginkább látják, leolvassák róluk, mint hogy azok beszélnének róla.

A leggyakoribb, a kommunikáció eredményességét befolyásoló nehézségek

- a) A leghangsúlyosabb kommunikációs jellegű probléma, ami az interjú során szóba került, az a páciensek megnyílásának, a problémákról való őszinte beszélgetésnek a nehézsége volt. Ezt ugyanakkor nem egy kiküszöbölhető, ügyes praktikákkal megoldható problémának érzelték, hanem a munka természetes, ugyanakkor a komoly nehézségeket okozó velejárójának. E tekintetben tehát nem arról folyt a beszélgetés, hogy miképpen lehetne elkerülni vagy megoldani ezt a problémát, hanem arról, hogy hogyan lehet türelemmel és érzékenyen kezelni ezeket a kommunikációs helyzeteket. Milyen hozzáállás az elvárható, és mi a kerülendő ilyen esetekben. A résztvevők egyetértettek abban, hogy bármennyire megnehezíti az őszintétlenség és a páciensek bezárkózása a kezelés elkezdését, a megnyílást gyorsítani, erőltetni nem lehetséges és az ilyen irányú próbálkozások károsak lehetnek.

Világossá vált, hogy az ambulanciát felkereső páciensek/családtagok egészségügyi és szociális problémáinak feltárása a gyakorlatban nem kizárólag az orvosi rendelésen történik. A folyamat kulcsszereplői az asszisztensek, szociális dolgozók stb., akik



felveszik a betegeket, kérdőívet töltenek ki velük, időpontot egyeztetnek, és a kommunikációs folyamatba számos módon bekapcsolódnak. Minden ilyen bekapcsolódás alkalom arra, hogy kiderüljön valami a páciens lelki egészség / szociális állapotával kapcsolatban, amely adott esetben elhallgatásra kerül az orvosi rendelőben. A titoktartás elvét maximálisan figyelembe véve ezeket a helyzeteket mégis érzékenyen kell kezelniük az érintett dolgozóknak.

- b) A megnyíláson kívül gyakori még a kommunikációs feszültség az időpont-egyeztetések, időpont-lemondások, hosszú várakozások körül.
- c) Jellemző továbbá, hogy a páciensek nem fogadják el a kapott diagnózist, nehezen szembesülnek az őket érintő problémákkal. A diagnózisok elutasítása a résztvevő szakszemélyzet véleménye szerint általában abból adódik, hogy a pácienseknek illetve szüleiknek időre van szükségük ahhoz, hogy egy adott esetben számukra meglepő (meglepően súlyos) diagnózissal szembenézzenek. Ilyenkor gyakori, hogy a páciens másik szakorvoshoz fordul a más diagnózis reményében. A résztvevők szerint azonban általában ezek a betegek is visszatérnek, miután a másodvéleménytől sem a várt eredményt kapják. Végeredményben tehát a résztvevők véleménye szerint – az egyéni visszajelzések alapján – még a nehéz kezdetek után is messze a legtöbb páciensük a kezelés végeztével elégedett az ellátással, amit kapott, a bánásmóddal, amelyben részesült.
- d) A gyermekekkel dolgozó résztvevők fontos kommunikatív szerepet tulajdonítottak a ruházkodásnak. Elmondták, hogy az előírásban kötelező fehér köpeny a gyerekek számára gyakran riasztó, az orvosi beavatkozáson átesett kis páciensekből bizalmatlanságot vált ki. Megnyugtató hatásuk céljából a dolgozók ebben is rugalmasak: nemcsak a fehér köpenyt veszik le szükség esetén, de szuperhősös, mesefigurás ruhákat is szívesen magukra vesznek a cél elérése érdekében. Az elmondottak alapján az utóbbi években – főleg használtruha-boltokból – gyűjtik az ilyen „gyerekbarát” ruhadarabokat, amelyek az ambulancián igény szerint elérhetők az ott dolgozó – akár orvos – kollégák



számára is. A résztvevők szerint a fehér köpeny levételére az orvosok is bármikor hajlandóak a gyermekpáciensek megnyugtatása érdekében.

- e) Házon belüli problémaként elsősorban a helyhiányt említették. Nehéz privát tereket találni a betegekkel való kommunikáció során, kevés a várakozásra kijelölt hely, illetve a szakszemélyzet mindennai feladatai – pl. adminisztrációs – ellátásához szükséges tér is kisebb a szükségesnél. Súlyosbítja a helyzetet, hogy a helyhiányon kívül személyzeti hiánnyal is küszködnek – miközben már a most ott dolgozók is csak szűkösön férnek el a rendelkezésre álló területen.
- f) Infrastrukturális feltételek tekintetében számos hiányosságról beszámoltak az interjú résztvevői: helyhiány, a felújítás és modernizálás szükségessége, elhasznált bútorok és használati tárgyak, játékok hiánya, alapvető higiéniai termékek hiánya, pelenkázó hiánya, technikai eszközök hiánya.

Digitális eszközök a kommunikációban

- a) Mivel legtöbbször a működéshez szükséges alapvető tárgyi feltételek is hiányosak (pl. higiéniai cikkek), a digitális modernizáció nincs a résztvevők látókörében.
- b) Mindazonáltal megemlítették, hogy a wifi hiánya időnként komoly időleges problémát okoz, ez főként az elhúzódó várakozási idő alatt okozhat feszültséget. Előfordul például, hogy egy-egy autizmussal élő fiatal lesz agresszív az internetelés hiánya miatt, vagy egy-egy kisgyerek lefoglalásához lenne szükség internetkapcsolatra (például amíg a szülő az orvossal egyeztet, a gyermekre pedig az egyébként feladataival maximálisan lefoglalt asszisztens kolléga vigyáz).
- c) Szintén a gyerekek várótermi időtöltéséhez tartanák hasznosnak a résztvevők, ha ilyenkor TV-készülék, vagy táblagépek állnának rendelkezésükre.
- d) A szülőkkel felvett interjúkkal egybevéve a szakszemélyzet véleménye is, miszerint az időpontegyeztetések, illetve a páciens-orvos, páciens-szakszemélyzet



kommunikációjához megfelelő a telefonos és személyes kapcsolat, nem érzik szükségét a kommunikáció digitalizálásának.

Következtetések

A sokéves tapasztalattal rendelkező résztvevői gárda leginkább az egészségügyi rendszerben résztvevő nem orvos dolgozók kommunikációs best-practice-eit foglalták össze. A legsúlyosabb és leginkább hangsúlyozott orvosolandó hiányosságokat az infrastrukturális feltételekben találtuk. A leggyakoribb kommunikációs jellegű nehézséget a résztvevők szerint a beteg megnyílása, a kezelés megkezdése jelenti. Ez ugyanakkor nem elkerülhető, viszont érzékenyen kezelendő momentum, amely esetében fontos lehet a szakszemélyzet megfelelő – akár a betanítás ideje alatt végzett – edukációja, felkészítése. A szakszemélyzet szerint a kommunikációs problémák kezeléséhez a legtöbb esetben elegendő a megfelelő rugalmasság, az együttműködő magatartás a kollégák részéről, a segítségnyújtás kultúrájának kialakítása.

A beszélgetés alapján a kezelés eredményessége, a páciens az intézményhez és a benne dolgozókhöz való viszonya elsősorban a bizalom megteremtésén múlik. A sikeres bizalomépítéshez az empátia, a türelem, a nyitott odafordulás és végeredményben a betegek szeretete szükséges.

Az egyes vizsgálati dimenziókat a két fókuszcsoportban az érintett szakma képviselőinek feltételezett problémái szerint tárgyaltuk. Az ápolókkal elkészített interjúban az ő sajátos közvetítői, *gatekeeperi* pozíciójukra fokozottan figyeltünk és rákérdeztünk.

6. ÖSSZEFOGLALÓ KÖVETKEZTETÉSEK

A feldolgozott hazai és nemzetközi szakirodalmi adatok alapján készített pilot interjúk és fókuszcsoportok eredményeinek feldolgozása alapján egy orvos-beteg és az ehhez kapcsolódó többféle aspektus mérésére alkalmas eszköz első verziója készült el. Ezt mellékelt fájlként külön csatoljuk. Visszajelzéseként megfogalmazható, hogy szükséges még az elkövetkezendő



időszakban az eszköz finomítása, finomhangolása bizonyos visszaérkezett jelzések alapján. Összesen 100 főn teszteltük ezt az eszközt, amelyben orvosok-pszichológusok, szakszemélyzet és tartós pszichiátriai betegséggel rendelkező fiatalok egyaránt megfelelően reprezentálják magukat. A minta kiválasztása rétegzett reprezentatív volt, eloszlása fentebb részletezésre került, bővebben annál a résznél olvashatunk róla. A kérdőív kiértékelése és pontosítása, szintézise az elkövetkezendő időszakok feladata lesz.

Összességében elmondható, hogy a sokéves tapasztalattal rendelkező résztvevők együttműködőek voltak, és igen informatív beszélgetésekben vettek részt. A kapott adatokat szükséges különböző elemzési metodikáknak alávetni annak érdekében, hogy megfelelő hangsúlyokat kapjanak a kommunikációs előnyök és nehézségek, s ez utóbbiakra nézve hatékony javaslattétel kerüljön megfogalmazásra.

IRODALOMJEGYZÉK

Benedetti, F. (2013). Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship. *Physiological Reviews*, 93(3), 1207-1246.

Brach C., Keller D., Hernandez L.M., Baur C., Parker R., Dreyer B., Schyve P., Lemerise A.J., & Schillinger D. (2012). *Ten attributes of health literate health care organisations*. Washington, DC: Institute of Medicine, The National Academies Press

Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Weiss BD, DeWalt DA, Brach C, Cifuentes M, Albright K, West, DR. *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Second Edition*, AHRQ Publication No. 15-0023-EF. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. January 2015.

Byrne, P. S., & Long, B. E. (1976). *Doctors, Talking to Patients*. HMSO, London.

Coyne, I., & Gallagher, P. (2011). Participation in communication and decision-making: children and young people's experiences in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2334–2343. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03582.



Greene, C. A., Ford, J. D., Ward-Zimmerman, B., & Foster, D. (2015). Please break the silence: Parents' views on communication between pediatric primary care and mental health providers. *Fam Syst Health*, 33(2), 155-9. doi: 10.1037/fsh0000117

Hamilton, H. E., & Chou, S. W. (2014). *The Routledge Handbook of Language and Health Communication*. Routledge, London-New York.

Hewitt-Taylor, J., & Bond, C. S. (2012). What e-patients want from the doctor-patient relationship: content analysis of posts on discussion boards. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6).

Hinyard, L.J., & Kreuter, M.W. (2007). Using Narrative Communication as a Tool for Health Behavior Change: A Conceptual, Theoretical, and Empirical Overview. *Health Education & Behavior*, 34(5) 777 - 792.

International Longevity Centre, 2006. *Navigating Health: The role of health literacy Alliance for Health and the Future*. UK: ILC.

Kalet, A., Pugnaire, M., Cole-Kelly, K., & et al. (2004). Teaching Communication in Clinical Clerkships: Models from the Macy Initiative in Health Communications. *Academic Medicine*, 79(6), 511-520.

Kincsesné, V.B. (2013). *Kommunikációs, kapcsolati és egyéni tényezők az egészségügyi szolgáltatások minőségében és kimeneteiben*. Doktori értekezés, Szeged.

Klemperer, D. (2005). Shared Decision Making – ein Thema für die Selbsthilfe? *Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen*, 132-136.

Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. *The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003, National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483)*. U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics; 2006.

Lambert, V., Glacken, M., & McCarron, M. (2011). Communication between children and health professionals in a child hospital setting: a Child Transitional Communication Model. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 569-582. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05511.

Lynch J. *Literacy Audit for Healthcare Settings*, NALA, Dublin, 2009.



Makoul, G. (2001). Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine*, 76(4), 390–393.

Matusitz, J., & Spear, J. (2014). Effective Doctor–Patient Communication: An Updated Examination. *Journal of Social Work in Public Health*, 29, 3.

Mistiaen, P., van Osch, M., van Vliet, L., Howick, J., Bishop, F.L., Di Blasi, Z., Bensing, J., van Dulmen, S. (2016): The effect of patient-practitioner communication on pain: a systematic review. *European Journal Pain*, 20, 675-688.

Molnár, P., & Csabai, M. (1994). *A gyógyítás pszichológiája*. Springer-Verlag, Budapest.

OECD, 2005. *Learning a Living: First Results of the Adult Literacy and Life Skills Survey*. Paris: Statistics Canada: OECD Publishing.

Pilling, J. (Szerk.) (2004). *Orvosi kommunikáció*. Medicina, Budapest.

Stauder, A., Eörsi, D., & Pilling, J. (2016). Az orvos–beteg kommunikáció jelentősége a szomatizáló páciensek ellátásában. *Orvosi Hetilap*, 157(17), 664-668.

Strickland, K., *Literacy Volunteers of Quebec, A Health Literacy Tool Kit for Healthcare Providers: Improving Communication with Clients*, Quebec, 2011.

The Joint Commission (2010): *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care*.
<https://www.jointcommission.org/assets/1/6/ARoadmapforHospitalsfinalversion727.pdf>

Thomacos, N. & Zazryn, T. (2013). *Enliven Organisational Health Literacy Self-assessment Resource*. Melbourne: Enliven & School of Primary Health Care, Monash University

World Health Organisation, 2008. *Closing the Gap in a Generation*. WHO Commission on Social Determinants of Health. Switzerland: WHO Press