

ORVOS-BETEG ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI TEAM KOMMUNIKÁCIÓJA A VISEGRÁDI ORSZÁGOKBAN – ÁLTALÁNOS IRODALMI ÁTTEKINTÉS

DOCTOR-PATIENT AND HEALTH TEAM COMMUNICATION IN THE VISEGRAD COUNTRIES – NARRATIVE REVIEW

Pozsgai Éva Julianna ¹, dr. Kalasné dr. Bíró Klára²

¹ Gazdaságtudományi Kar, Egészségügyi Gazdasági és Menedzsment Intézet, Debreceni Egyetem,
Magyarország

² Gazdaságtudományi Kar, Egészségügyi Gazdasági és Menedzsment Intézet, Debreceni Egyetem,
Magyarország

Kulcsszavak:

orvos-beteg kommunikáció, egészségügyi teamen belüli kommunikáció, betegközpontú kommunikáció, Visegrádi országok

Keywords:

doctor-patient communication, communication within the health team, patient centered communication, Visegrad countries

Összefoglalás

A tanulmány célja az volt, hogy egy általános szakirodalom kutatáson és elemzésen keresztül megvizsgálja és összehasonlítsa az orvos-beteg, valamint az egészségügyi team-en belüli kommunikációval kapcsolatos preferenciákat, az egészségügyi team-en belül a kommunikációs készségekkel kapcsolatos attitűdöket a Visegrádi országokban. Mind a négy vizsgált országban készültek önálló empirikus kutatásokon alapuló publikációk, azonban egységes, validált kérdőív használatán alapuló, összehasonlító elemzést Bányai és munkatársai 2021-ben végeztek. Kutatásukból kiderült, hogy a nem, az életkor, az iskolai végzettség és a rossz egészségi állapot meghatározza az orvos-beteg kommunikáció minőségének megítélését a betegek részéről mindegyik országban. Az egészségügyi teamen belüli kommunikáció egyéni-, hivatás béli- és rendszer korlátokkal sújtott. A kommunikációs készségek fejlesztése hozzájárul az egészségügyi dolgozók körében a deperszonalizáció és kiegészi szindróma megelőzéséhez, valamint a kommunikációs készségek elsajátításának jól megtervezett folyamata a szakápolók pozitív hozzáállását eredményezheti. Lengyelországban, Csehországban, Szlovákiában és Magyarországon az egészségügyi ellátás különböző szintjein végzett önálló kutatások eredményei szerint a betegek elvárták a pontos, egyértelmű tájékoztatást a betegségükről, a kezelésük módjáról, a szakértelmet, a kezelés hatékonyságát. Az egészségügyi szolgáltatásokkal akkor voltak elégedettek, ha a jó kezelést a beteg állapotáról szóló egyszerű tájékoztatás, érthető és hozzáférhető magyarázat követte a hozzátartozóknak. Az egészségügyi személyzet kommunikációs készségei gyenge pontokként kerültek megjelölésre, a kommunikációs készségek fejlesztése a szakember képzésben háttérbe szorult. A betegközpontú egészségügyi ellátórendszer megvalósulása érdekében hatékony human erőforrás programok kidolgozása szükséges. Ezek feltétele az egészségügyi kommunikáció területén végzett további kutatások. Javasolható a PPOS kérdőív használata, mellyel felmérésre kerülhetnek és összehasonlíthatóvá válnak mind a négy ország egészségügyi szakember társadalmának kommunikációval kapcsolatos attitűdje az egészségügyi ellátás különböző szintjein.

Abstract

The study aimed to explore and compare preferences for doctor-patient communication and communication within healthcare teams in the Visegrad countries (Poland, the Czech Republic, Slovakia, and Hungary) through a general literature review. While each of these countries has independent studies on these topics, a comparative analysis using a single validated questionnaire was conducted by Bányai et al. (2021). Their research showed that factors like gender, age, education, and poor health status influence how patients perceive the quality of communication with doctors in all four countries. The study also found that communication within healthcare teams faces challenges due to personal, referral, and system-related barriers. Improving communication skills is crucial in preventing burnout and depersonalization among healthcare workers, and a well-designed communication training process can foster positive attitudes, particularly among specialist nurses. Independent researches from the four countries shows that patients value clear, accurate information about their illness, treatment options, and the effectiveness of care. Patient satisfaction was higher when they received good treatment along with straightforward information about their condition and clear explanations for their relatives. However, the communication skills of healthcare staff were seen as a weakness, and such skills were often not part of their training. To create a more patient-centered healthcare system, effective human resources programs need to be developed, and further research in health communication is necessary. The study suggests using the PPOS (Patient-Practitioner Orientation Scale) questionnaire to assess and compare healthcare professionals' attitudes towards communication across different levels of healthcare in these countries.

1. Bevezetés

Az egészségügyi rendszerekre nehezedő gazdasági korlátok megkövetelik az ellátás minőségének javítását és a fogyasztói szempontok beépítését az egészségügyi ellátásba, ezáltal szükségessé tették az orvos-beteg, valamint az egészségügyi team-en belüli kommunikációval kapcsolatos preferenciák, az egészségügyi szakdolgozók kommunikációs készségekkel kapcsolatos attitűdjeinek világos megértését.

A tanulmány célja az volt, hogy vizsgálja és összehasonlítsa az orvos-beteg közötti, az egészségügyi team-en belüli kommunikációval kapcsolatos preferenciákat, az egészségügyi team-en belül a kommunikációs készségekkel kapcsolatos attitűdöket a Visegrádi országokban (Csehország, Szlovákia, Lengyelország és Magyarország) a kutatási eredmények tükrében. Az egyének, az egészségügyi szakemberek és az egészségügyi ellátásban szereplők egészségügyi hatóságokkal való kommunikációjának vizsgálata, a kihívások, akadályozó tényezők feltárása és kezelése kiemelten fontos, hiszen a nem hatékony egészségügyi kommunikáció szerteágazó, az egészségügyi ellátásban résztvevők minden tagjára káros hatással van (betegek: rossz diagnózis, kezelés, újra betegedés; egészségügyi intézmény: beteg újrafelvételek, többletkiadás, betegelégedetlenség, szakemberek kiegészése; állam: költségvetési kiadás, GDP). Az egészségügyi teamen belüli kommunikáció alapvető a betegek gyógyulása szempontjából, ugyanakkor meghatározza a dolgozók érzelmi, szakmai biztonságérzetét. Az orvosok és szakdolgozók közötti kommunikációt egyéni, hivatásbeli és rendszerszintű tényezők korlátozzák, melyek szerepzavarokhoz, bizalomhiányhoz, kommunikációs gáthoz, kiegészéshez vezetnek [22].

2. Módszer

A jelenlegi tanulmány egy általános szakirodalom kutatáson és elemzésen alapult. Az emberközpontú szakmákban, így az egészségügyi szakemberek munkájában kiemelt fontossággal bírnak a szakmai kompetenciák mellett a szociális készségek, a kommunikációs készségek is. Az egészségügyi kommunikációval kapcsolatos beteg preferenciákkal, az egészségügyi team-en belüli kommunikációval és azok nehézségeivel, valamint az egészségügyi szakemberek kommunikációs készségekkel kapcsolatos attitűdjeivel összefüggő vizsgálódásaimat szakirodalmi lánc szerint végeztem. Lényege, hogy kiindulási pontnak a témában született tanulmányok, doktori disszertációk bibliográfiai apparátusát tekintettem, melyekből kiválasztottam a vizsgált téma szempontjából releváns tanulmányokat, majd azok forrás jegyzékét is áttekintettem. Vizsgálódásomban arra

koncentráltam, hogy a tanulmányok a Csehország, Szlovákia, Lengyelország és Magyarország polgárainak, egészségügyi szakembereinek körében lezajlott empirikus kutatásokkal kapcsolatos eredményeket közöljenek az egészségügyi kommunikáció témájában, lehetőséget teremtve számomra az összehasonlító elemzésre.

Választásom azért esett erre a négy közép-európai országra, mert ezen országokat hasonló vonások jellemzik történelmi, gazdasági és politikai hátterük tekintetében.

A nyelvi korlátok miatt angol és magyar nyelven történt a keresés. A Google Scholar alkalmazás használatával a következő keresőkifejezésekkel szűrtem a tartalmakat: egészségügyi kommunikáció, betegközpontú kommunikáció, „patient centered communication”, „doctor-patient communication”, „communication skills attitude”, egészségügyi team-en belüli kommunikáció, „successful interprofessional teams”

A keresés időkorlátja 15 év volt, viszont a vizsgálatba bevont legkorábbi kutatás 2008-ban készült Csehország esetében, ahol alacsony volt a találatok száma. A keresés 2024 tavaszán zajlott.

3. Eredmények

A betegközpontú kommunikáció és betegközpontú egészségügyi ellátás kifejezésekre történő keresés eredményeként több száz publikáció vált elérhetővé. Ezen keresés körében nem állítottam be időkorlátot, érdekelt, hogy milyen múltra tekint vissza a vizsgált tematika. Kiderült számomra, hogy az elmúlt mintegy három évtizedben megjelent szakirodalom a betegközpontú szemléletet szorgalmazza az orvosi ellátásban. Az új koncepció népszerű, azonban a fogalom jelentése tekintetében nem fedeztem fel egyetértést. Bálint már 1969-ben körül írta a betegközpontú orvoslás jelentéstartalmát, mégpedig úgy fogalmazott, hogy nem jelent mást, mint a beteg egyedi emberi lényként való megértését [3]. Byrne és Long [8] kevesebb mint egy évtizeddel később, 1976-ban fogalmazták meg a betegközpontú orvoslás minőségét, ahol az orvos tudását és tapasztalatait a betegekkel való interakció irányítására használja fel. McWhinney [33] az orvosra úgy tekintett, mint a beteg világába a beteg szemével való betekintőre. Időrendi sorrendben követve a tanulmányokat kiderült, hogy azok egyre inkább hangsúlyt fektettek a betegközpontú kommunikációra úgy, hogy felhívták a figyelmet az információnyújtás, tájékoztatás és döntéshozatalba való bevonás fontosságára [13]. A betegközpontú ellátás szorosan egybeesik a betegek kívánságaira, szükségleteire és preferenciáira való reagálással. Stewart és munkatársai [39] fogalmazták meg a betegközpontú klinikai módszer egymással szorosan összefüggő összetevőit, melyek a következők: a betegség és a betegségélmény feltárása, a beteg teljes személyként való megértése, közös alap megteremtése a kezeléssel kapcsolatban, a megelőzés és az egészség beépítése a beteg életvitelébe, az orvos és beteg közötti kapcsolat erősítése és fejlesztése. Mindezek mellett az egészségügyi szakembereknek realitásnak kell maradniuk a személyes korlátok, valamint az idő és az erőforrások rendelkezésre állása terén. A kutatók a betegközpontú ellátásra vonatkozóan több modellt alkottak, számos elemet tartalmazva. A betegek elsődleges preferenciáiként a kommunikációt, a partnerséget és az egészségfejlesztést jelölték meg [30]. A 21. század elejétől egyre több empirikus kutatás készült, melyek a betegek preferenciáinak feltárására, az orvosok és egészségügyi szakemberek kommunikációs kompetenciájának fejlesztésére és fejleszthetőségére helyezték a hangsúlyt. Az egészségügyi kommunikációra vonatkozó összehasonlító elemzések körében a Visegrádi országokra vonatkozóan 1 tanulmányt adott ki a kereső, a kulcsszavas keresések esetében a publikációk száma meghaladta a 200-at.

Az Európa Tanács 2023-ban készült egészségügyi műveltségéről, bizalom építéséről és az egyenlő esélyű hozzáférés megteremtéséről az egészségügyi ellátásban tematikájú útmutatójának a kutatásom szempontjából Európára vonatkozó fontosabb eredményei szerint szakadék mutatkozik az egyének képességei, valamint az egészségügyi szakemberek és hatóságok kommunikációs stílusa között. Az európai felnőttek 15%-a nehezen érti meg, amit az orvos mond, a felnőttek 18%-a nincs tisztában azzal, hogy az orvosok által elmondott információk mennyire vonatkoznak rájuk, a felnőttek 28%-a nehezen érti meg a gyógyszerek betegtájékoztatóját. Az orvosok és egészségügyi szakemberek túlbecsülik saját kommunikációs képességeiket. Az orvos- és egészségügyi szakember hiányból fakadó kihívások hatással vannak az egészségügyi kommunikáció hatékonyságára [10].

A kutatási eredmények rávilágítottak, hogy a betegközpontú egészségügyi ellátás alapelemei között szerepel a figyelem és az empátia, mely egyrészt fontos szerepet játszik a beteg-orvos kommunikációban, másrészt a két fél közötti kapcsolat lényeges eleme, a beteg számára jelentős

értéket képvisel [16]. A beteg az empátikus hozzáállás révén a támogatás érzését éli át, melyen keresztül bizalma erősödik mind saját gyógyulása, mind az ellátás minősége és biztonsága iránt, megkönnyebbül, elégedetté válik [47].

A betegközpontú kommunikációval kapcsolatos preferenciák keresztmetszeti vizsgálatát végezték el a Visegrádi országokban Bányai és munkatársai (2021). A mellett, hogy a vizsgált országokat történelmi, gazdasági és politikai hátterük tekintetében hasonló vonások jellemzik, mindegyikben államilag finanszírozott az egészségügyi alapellátás, a háziorvosok többsége más szolgáltatóktól függetlenül dolgozik, kötelező egészségbiztosítási rendszerrel rendelkeznek, az egészségbiztosítási pénztárban kötelező tagságon alapulnak. Vizsgálatukban a beteg-orvos orientációs skálát (Patient-Practitioner Orientation Scale - PPOS) alkalmazták, mely egy validált eszköz az egyénnek a beteg-orvos kommunikációval kapcsolatos preferenciáinak felmérésére. A kérdőív 18 állítást tartalmaz, melyből a törődés (caring) alskála kilenc állításával arra keresi a választ, hogy mennyire tartja a válaszadó fontosnak a gyógyítás során a páciens egész személyiségének, valamint érzéseinek figyelembevételét az aktuális egészségi állapotán túl, míg a másik kilenc állítás, a megosztás (sharing) alskála, a felek közötti kontroll és az információmennyiség megosztásának mértékére fókuszál a kommunikáció során. Egy 6 fokú Likert skála alapján került sor az állítások értékelésére, hogy mennyire értett azokkal egyet a válaszadó. A kérdőív összpontszáma alapján megállapítható, hogy a kitöltő attitűdje a páciens- vagy a betegség-központú orvosi attitűdhez áll-e közelebb, minél magasabb az összpontszám, annál inkább a betegközpontú attitűd jellemző (Bányai et al., 2021).

Az eredmények tekintetében elmondható, hogy a nem, az életkor, az iskolai végzettség és a rossz egészségi állapot meghatározza az orvos-beteg kommunikáció minőségének megítélését a betegek részéről mindegyik országban; az egészségügyi teamen belüli kommunikáció egyéni-, hivatás béli- és rendszer korlátokkal sújtott; a kommunikációs készségek fejlesztése hozzájárul az egészségügyi dolgozók körében a deperszonalizáció és kiegészi szindróma megelőzéséhez; a kommunikációs készségek elsajátításának jól megtervezett folyamata a szakápolók pozitív hozzáállását eredményezheti, de nem minden esetben ([22]; [47]).

3.1. Orvos-beteg kommunikációra vonatkozó eredmények

A visegrádi országok orvos-beteg kommunikáció kontextusában több tanulmány vizsgálta, hogyan befolyásolják a kulturális, társadalmi és egészségügyi rendszerbeli különbségek a kommunikációs mintákat. Az egyik fő tényező az egészségügyi rendszer kapuőr szerepe, amely hatással lehet arra, hogyan lépnek kapcsolatba a betegek az egészségügyi szolgáltatókkal. Például az orvosok kommunikációja különböző európai országokban eltérhet a helyi orvosi gyakorlatok, a társadalmi-gazdasági hatások és a betegek elvárásai alapján [46]. Az orvos-beteg kommunikációban az országok közötti különbségek megmutatkoznak az affektív és instrumentális viselkedésben; biomedikális és pszichoszociális beszédben; az orvosok beteg felé irányuló tekintetében; a konzultáció hosszában. van den Brink-Muinen és munkatársai [41] összehasonlító vizsgálatukban arra a megállapításra jutottak, hogy az orvosok kapuőr szerepe (a regisztrált betegek esetében) kevésbé volt fontos az orvos-beteg kommunikáció szempontjából, mint ahogyan azt várták. A beteg jellemzői, mint például a nem, életkor, pszichoszociális problémák megléte, és az orvos és a beteg közötti ismeretség voltak a legfontosabbak a kommunikációs különbségek magyarázatában. Ezenkívül a tanulmányok kiemelték, hogy a kulturális különbségek szerepet játszanak a kommunikáció dinamikájában. Azokban az országokban, ahol a hierarchikus vagy formális megközelítések jellemzők az egészségügyben (amelyek bizonyos visegrádi országokban gyakoribbak lehetnek), a betegek kevésbé valószínű, hogy kérdéseket tesznek fel vagy megkérdőjelezzik az orvost. Ez ellentétben áll azokkal az országokkal, ahol inkább az egyenlőbb kommunikációs modellek érvényesülnek. Ezek a kulturális preferenciák befolyásolják mind az orvos kommunikációs stílusát, mind azt, ahogyan a betegek értékelik az általuk kapott információkat.

Bányai és munkatársai [47] által végzett kutatás orvos-beteg kommunikációra vonatkozó legfontosabb eredményei a következők:

1. A Visegrádi országok polgárai hasonlóan értékelték a szakemberek kommunikációs stílusát.
2. A páciensek szeretnék, ha nem vonnák be őket túlságosan a döntéshozatalba, de több információt igényelnek kezelőorvosuktól az egészségi állapotukra vonatkozóan, illetve több törődést.

3. Összefüggés van az iskolai végzettség és az egészségügyi kommunikációs stílus preferenciák között. A főiskolai vagy egyetemi végzettséggel rendelkezők, jobban kedvelik a páciensközpontú kommunikációt az orvosok részéről, részt kívánnak venni a kezelési folyamatban, mivel hiszik, hogy meg tudják érteni a tárgyalt információkat.
4. A Visegrádi országokban a megosztás és a törődés preferenciája alacsonyabb más fejlett országokhoz viszonyítva.
5. A Visegrádi országokban a betegközpontú kommunikáció alacsonyabb szintű, a preferenciákat figyelembe kell venni az orvos-beteg kommunikáció reformjakor.
6. A két fél közötti attitűdök egyezősége segít a bizalom kiépítésében, következményeként a betegek nagyobb valószínűséggel tartják be az orvosok tanácsait, mely hozzájárul az általános betegelégedettséghez.
7. Az orvosoknak fel kell ismerniük az egyes betegek preferenciáit, és ennek megfelelően kell reagálniuk. Formális képzés nélkül a pusztán odafigyelés is a terápiás kapcsolat javára válik [47]

3.2. Az egészségügyi team-en belül a kommunikációs készségekkel kapcsolatos attitűdök

A kutatási eredmények azt mutatják, hogy az egészségügyi rendszerek modelljei közötti különbségek (például kapuőr szerepek, decentralizáció vs. centralizáció) hatással vannak a kommunikáció minőségére és hatékonyságára, nemcsak az orvosok és betegek közötti, hanem az egészségügyi szakemberek közötti interakciókra is. Például a cseh egészségügyi rendszer a különböző szakorvosok közötti koordinált ellátást helyezi előtérbe, ami jobb együttműködést ösztönöz az egészségügyi csapatokban. Ezzel szemben Magyarország olyan reformokon ment keresztül, amelyek a központosított egészségügyi irányítást hozták, ami korlátozhatja az orvosi csapatok autonómiáját, de mégis szerepet játszik az adminisztratív hatékonyság növelésében. Lengyelország, amely fokozatosan halad a decentralizáció irányába, kommunikációs kihívásokkal küzd az eltérő politikák és a regionális irányítási gyakorlatok miatt, amelyek befolyásolják az egészségügyi szakemberek közötti együttműködést. A kulturális tényezők szintén hatással vannak arra, hogyan kommunikálnak az egészségügyi szakemberek. A hierarchikusabb rendszerekben, mint például Szlovákiában és Magyarországon, a rang és a tekintély gyakran meghatározza a kommunikáció áramlását a csapaton belül, ami befolyásolhatja a megbeszélések nyitottságát és a különböző nézőpontok befogadását. Egy egyenlőbb megközelítés elősegítheti a nagyobb csapatmunkát és információcserét [40].

Bányai és munkatársai [47] kutatási eredményeiből kiderült, hogy a Visegrádi országokban a kommunikáció az egészségügyi szakemberképzés része, valamint az, hogy a készségfejlesztő tanfolyamokon való részvétel pozitívan befolyásolja az attitűdöket.

Egy további tanulmány rávilágított arra, hogy olyan tévhitek állnak az orvostanhallgatók kedvező attitűdjeinek kialakulásának hátterében, mint: „a kommunikációt nem lehet megtanulni”, „majd a gyakorlat megtanít”, „a jó kommunikációs készség adottság, nem lehet megtanulni”, „nem kell tanulni, mert kommunikálni mindenki tud”, „az orvos szakmai kompetenciája mellett a kommunikáció fontossága eltörpül”, „szép dolog a kommunikáció, de erre nincs idő” [38].

4. Tárgyalás

Az orvos-beteg kommunikáció és az egészségügyi teamen belüli kommunikáció kulcsfontosságú a sikeres kezeléshez. Az orvos-beteg interakciókban a bizalom és az empátia alapvető szerepet játszanak, mivel ezek segítik a beteget a kezeléshez való jobb alkalmazkodásban és a pozitív eredmények elérésében. Az egészségügyi teamen belül a megfelelő információáramlás és a tagok közötti koordináció szintén elengedhetetlen a hatékony kezeléshez, hiszen a különböző szakemberek közötti kommunikáció biztosítja a beteg számára a legjobb ellátást és eredményeket [48].

További összehasonlító kutatások nem készültek a négy országra vonatkozóan, ezért a szakirodalom kutatás során a kulcsszavakra rákerestem külön-külön minden országban. Arra a megállapításra jutottam, hogy az egységes módszereken alapuló összehasonlító vizsgálatok hiányoznak.

Magyarországon az orvos-beteg kommunikáció vizsgálata az 1960-as és 1970-es években kezdődött, napjainkig jelentős változáson ment végbe a kutatási gyakorlat és a módszerek terén. Az empirikus kutatások a nemzetközi szakirodalomban az 1980-es évektől vannak jelen. A kutatási terület multidiszciplináris, ahol a nyelvészeti vonatkozások dominálnak. Az orvos-beteg közötti viszonyt és annak változásait pszichológiai [42], orvosi [2], alkalmazott nyelvészeti ([26], [27], [28] [36]), munkák vizsgálták. Egy 2018-ban végzett tanulmány rámutatott arra, hogy a 2000 után végzett kutatások eredményeiben tükröződik a betegek elvárásainak változása. Az orvosok alábecsülték azon betegek arányát, akik részt akartak venni a kezelésükkel kapcsolatos döntésekben, addig mára egyre inkább a kölcsönösségi modellt részesítik előnyben [36].

Az orvos–beteg közötti kommunikációval foglalkozó kutatások az interakciók céljait is elemzik. Három egymással szorosan összefüggő fő célt azonosítottak: a terápiás kapcsolat vagy rapport kialakítását, az információk cseréjét az egészségügyi szakember és a páciens között, valamint a terápiás döntések meghozatalát [6]. Több tanulmány ([2]; [37]) foglalkozik a szuggesztív kommunikáció és a rapport jelentőségével a gyógyítási folyamatokban és a kórházi ellátásban. Az orvostudomány olyan területein végzett vizsgálatok, mint az onkológia, szülészet, a sürgősségi ellátás vagy a fizioterápia a szuggesztíók alkalmazása hatékonyan csökkenti a fájdalmat és a szorongást, valamint lerövidíti az egyes beavatkozások időtartamát.

Lengyel [29] magyar felnőtt háziorvosi ellátásban részt vevő hipertóniás betegek (n=535) körében végzett kérdőíves felmérést a betegtájékoztatásról. Kiderült, hogy a kitöltési hajlandóság a betegek részéről alacsony volt, egyik indok között szerepelt, hogy a betegek tartottak háziorvosuk haragjától. A háziorvosi ellátás keretén belül a szakmai tudást és a kedvességet és lelkiismeretességet valamivel több mint közepesre értékelték a páciensek, a válaszadók kevesebb, mint egy harmada kapott részletes tájékoztatást betegségéről és kezeléséről. Egy negyedük vélte úgy, hogy orvosuk áthárítja rájuk a kezelés döntésének a felelősségét. A válaszadók több, mint fele alternatív gyógyászati módszerekről soha nem kapott tájékoztatást, igényelték a széles körű tájékoztatás mellett pszichés és kognitív jellemzőik, foglalkozásuk feltárását is a konzultációk során [29].

Busa és munkatársai [7] családorvosi szemszögből vizsgálták az életvégi kommunikációval és döntésekkel kapcsolatos attitűdöket. Az őszinte tájékoztatást és a betegek bevonását a döntésekbe szinte kivétel nélkül minden családi orvos fontosnak tartotta.

Molnár és munkatársai [35] kutatásukban arra kerestek választ, hogy melyek a betegek személyes konzultációkon és konzultációk közötti kommunikációs preferenciái. Kiderült, hogy a betegek több mint kétharmada kevesnek tartotta a személyes konzultációt orvosával, a preferenciák között szociodemográfiai csoportok szerint különbségek voltak.

Málovics és munkatársai [31] kérdőíves megkérdezésének és orvosokkal készített interjúinak eredményeiből az derült ki, hogy a betegek kezelésük során szakmai kompetenciát igényelnek, olyan orvost, aki döntést hoz kezelésükről és vállalja a felelősséget.

Sándor és Pilling [38] feltárta a mindennapi gyakorlatban megjelenő mítoszokat és tévhiteket, valamint az ezekkel összefüggő kedvezőtlen attitűdöket az orvosi kommunikáció terén, melyek gátolják a betegközpontú ellátás megteremtését. Egy 2011-ben orvostanhallgatók körében végzett kutatás eredményeiből kiderült, hogy 5 fokú skálán a válaszadók 4,44-es átlagra értékelték azt, hogy ahhoz, hogy jó orvosok legyenek jó kommunikációs készségekkel kell rendelkezzenek, csupán 3,47-es átlagra értékelték a kommunikáció oktatásának fontosságát, saját kommunikációs készségüket kitűnőnek értékelték. További tévhitek: a szakmai tudás mellett eltöprel a kommunikáció fontossága, az orvosi kommunikáció szubjektív, nincsenek bizonyítékok, az orvosnak nincs ideje kommunikálni [38].

Csehországban még a 2010-es években is kevés orvos, pszichológus, nyelvész volt, aki elemezte az orvos-beteg interakció jelenségét, korlátozott számú tanulmány és tudományos publikáció született a témában. A cseh orvosi karok és az orvostan tanárok nem rendelkeztek megbízható forrásokkal, és vonakodtak olyan programok kidolgozásától, amelyekkel hallgatóikat a kommunikációs készségek elsajátítására taníthatnák. A helyzet aggasztó, hiszen több mint ezer betegpanaszt old meg évente a Cseh Orvosi Kamara, melyek az orvosok és a betegek közötti nem megfelelő kommunikációra vezethetők vissza [9]. Legnagyobb problémaként jelenik meg, hogy a cseh orvosok nem képesek a betegekkel való interakcióra, nem tudják, hogyan vonják be a beteget a beszélgetésbe, hogyan közlik a rossz híreket. Mindezek ellenére az egészségügyi szakember társadalom többségének felfogásában a helyzet soha nem volt kritikus. Bár a Cseh Orvosi Kamara nyelvészekkel és pszichológusokkal együttműködve kommunikációs készségeket oktató

tanfolyamokat szervez tagjai számára, orvosi magazinok adják közre a betegpanaszokat, okokat, a tematika továbbra is elhanyagolt [9].

Honzák [17] már a múlt század végén felhívta a problémára a figyelmet, a témával kapcsolatos könyvek minőségét és kutatási helyzetét kritikusként tartva. Křivohlavý [24] kézikönyve gyakorlati útmutatást nyújtott orvostanhallgatóknak a betegekkel való orvosi találkozásokhoz, de szinte teljesen hiányzik belőle a nyelvészeti elemzésre alapozott elméleti háttér, így nem mélyed el az orvos-beteg beszélgetések problémáiban. A szöveg legnagyobb hiányossága, hogy tartalma és felépítése nem autentikus nyelvi adatokon alapul, és nem tartalmaz példákat valós orvos-beteg találkozókról. Nyelvészeti szempontból túl általános, ennek ellenére hasznos tanácsokat nyújt arról, mire érdemes figyelni és mit kell kerülni az orvos-beteg beszélgetések során, így bevezető anyagként szolgálhat orvostanhallgatók és oktatók számára. Klimpl [21] munkája volt az első cseh orvosi monográfia a témában, szintén nem valós élethelyzetekből származó adatokra épülve, és a jelentőségét inkább elméleti szinten tárgyalja a szerző konkrét példák nélkül. Négy alapvető funkciót határoz meg az orvosi interjúban: a kommunikációs funkciót (amely az orvos tekintélyét, hitelességét, empátiáját és a beteg iránti tiszteletét jelenti), a diagnosztikai funkciót, az információs funkciót (különös tekintettel a kezelés kockázatairól való tájékoztatásra), valamint a konzultatív és terápiás funkciót. Felismeri, hogy ezek a funkciók gyakran átfedhetik egymást, és példát is hoz az összeomlott kommunikációra. Hasznos elemzéseket nyújt a kérdéstípusokról, különös figyelmet fordítva a kényszerítő kérdésekre, amelyek arra késztetik a pácienseket, hogy kellemetlen vagy fájdalmas témákról beszéljenek. Kitér a tabutémákra, és elemzi az orvosi beszélgetések szerkezetét és logikai összekapcsolódásait [21]. Az országban az elsők között Vymětal [44] az orvos és a beteg közötti interakció pszichológiai aspektusaival, valamint a beteg társadalmi környezetének (rokonok, barátok stb.) fontos szereplőivel való kapcsolatokkal foglalkozott, kiemelt szerepet fektetve a felek harmonikus kommunikációjának fontosságára.

A cseh egészségügyi rendszer nagy hangsúlyt fektet a bizalom kiépítésére az orvosok és a betegek között, azonban komoly kihívásokkal szembesülnek, amikor különböző kulturális és társadalmi-gazdasági tényezőket, különösen a marginalizált csoportokat, például a romákat vesznek figyelembe. Például, amikor roma betegekkel dolgoznak, a kommunikáció bonyolulttá válhat a kulturális különbségek, az erős családi kötelékek és a jellegzetes társadalmi viselkedés miatt. Az orvosoknak ezekben az esetekben türelemre, empátiára és világos kommunikációs készségekre kell támaszkodniuk, hogy áthidalják a szakadékokat és biztosítsák a hatékony ellátást [25]. Az orvosi szakmában a kommunikáció kulcsszerepet játszik. Kutatások és tapasztalatok alapján egyértelmű, hogy az orvosi kommunikáció az alapvető klinikai kompetenciák közé tartozik, és ennek megfelelően az orvosi képzésben is tanítani kellene – és többnyire tanítják is. Ugyanakkor sok gyakorló orvos úgy véli, hogy nincs szüksége a kommunikációs készségek tanulására, és hogy az ilyen kurzusok feleslegesek számukra. Ez azonban tévhit. A kommunikációs képesség nem veleszületett adottság, hanem fejleszthető készség, amelyet az orvosképzés során el kell sajátítani. A jó kommunikáció hatással van a diagnózis pontosságára; a kezelés hatékonyságára és időtartamára; a diagnosztikai módszerek számának és a szakemberekhez való továbbirányítás szükségességének csökkentésére, ezáltal a kezelés költségeire; a páciensek elégedettségére; a betegek által betartott kezelési ajánlások arányára (compliance); az orvosi perek számának csökkentésére [45].

Csehországban az egészségügyi teamen belüli kommunikáció alapvető fontosságú a rendszer hatékonyságának javítása és a betegek magas színvonalú ellátása érdekében. A multidiszciplináris együttműködés egyre hangsúlyosabbá válik, különösen az innovatív megoldások és modern technológiák, például a 3D nyomtatás sebészeti alkalmazásának elterjedése kapcsán. Az egészségügyi intézményekben kiemelten kezelik az orvosok, kutatók, egyetemek és technológiai fejlesztő partnerek közötti szoros együttműködést, ami alapvető az új módszerek bevezetésében és az olyan kihívások megoldásában, mint a demográfiai változások vagy a szabályozási nehézségek kezelése [13].

Kutatások az ellátás különböző szintjein készültek, nem egész országra kiterjedően, de hasonló problémás területek jelentek meg a többi Visegrádi országokban.

Emrová [12] empirikus kutatása számos fontos eredményt hozott, amelyek lényegesek a kutatási témám szempontjából. A kutatás kvalitatív módszereken alapult, és két fő célt tűzött ki. Az első cél az volt, hogy feltárja, mely alapvető szociális kompetenciák a legfontosabbak az orvosok számára, valamint, hogy melyek azok a gyakorlatok, amelyeket a nők különösen fontosnak tartanak a nőgyógyászattal szemben, és ezek összehasonlítása. A második cél az volt, hogy a szerző azonosítsa

azokat az alapvető szociális és kommunikációs kompetenciákat, amelyek elengedhetetlenek az orvosok és a nők közötti hatékony kapcsolat kialakításához. A kutatás során több kérdést fogalmazott meg. Mi jellemzi a „jó orvost”? Mit tartanak az orvosok fontos társadalmi kompetenciáknak? Milyen gyakorlatokat várnak el a nők és várandós anyák? Hogyan érzékelik a szociális kompetenciák szintjét? Hogyan látják ezt az orvosok? Hogyan látják ezt a nők és várandós anyák? Milyen szintű képzettség szükséges ezen a területen? A kvalitatív kutatás részeként három fókuszcsoporthoz szervezett különböző tapasztalattal rendelkező orvosok számára, és kilenc mélyinterjút készített szüléssel kapcsolatban különböző tapasztalattal rendelkező anyákkal. Az eredményeket kvalitatív elemzéssel dolgozta fel. A kutatás rávilágít arra, hogy mind az orvosok, mind a nők érzékelik az orvosi szociális és kommunikációs kompetenciák fontosságát és a változtatás szükségességét. A „jó orvos” jellemzői között mindkét csoport a kommunikációs, interperszonális, érzelmi és intraperszonális kompetenciákat emelte ki. A kutatás rámutatott arra, hogy az orvosok tisztában vannak az orvoslás pszichoszociális megközelítés fontosságával, de elégedetlenek szociális kompetenciáik szintjével, elégedettek ugyanakkor kommunikációs kompetenciáikkal. Az orvosi képzés kapcsán az orvosok alacsonynak ítélték az oktatás színvonalát, különösen a gyakorlati készségek terén, és nagyobb hangsúlyt fektetnének a gyakorlati alkalmazásra. Az orvosi karokon szükség lenne a nyitottság, együttműködés és pozitív légkörének megteremtésére. Az orvosok nagyra értékelnék, ha lehetőségük lenne kórházakban kommunikációs tréningeken részt venni, ahol kihívást jelentő helyzeteket gyakorolhatnának. A mentorálás fontosságát is gyakran hangsúlyozták, különösen a szakmai és kommunikációs problémák megoldásában.

Karajčić [20] szlovákiai, különböző régióban működő meddőségi kórházakban végzett kutatási eredményei szerint a betegek magasra értékelték az elérhetőséget, az ellátás szervezését és a személyzet kompetencia területeket. A betegeknek nem volt problémájuk az egészségügyi ellátócsoporthoz elérhetőségével, nem kellett sok időt várniuk a kezeléshez való hozzájutáshoz, és a személyzet is magasan értékeltnek tűnt. Azonban gyenge pontokként jelentek meg a következők: a személyzet kommunikációs készségei, a betegek negatív tapasztalatai a kezeléssel kapcsolatos információk és magyarázatok terén, a páciensek értékeinek és szükségleteinek tiszteletben tartása, empátia.

Az orvos-beteg kapcsolat és az egészségügyi kommunikáció témájában végzett kutatások számos fontos tényezőt vizsgáltak, amelyek befolyásolják a sikeres orvosi ellátást és a betegek elégedettségét. Ezek a kutatások gyakran a szociális és kommunikációs kompetenciákra összpontosítottak, mivel ezek alapvető szerepet játszanak az orvosok és betegek közötti bizalmi viszony kialakításában. A kutatások rámutattak arra, hogy az orvosok gyakran nincsenek megfelelően felkészítve a pszichoszociális megközelítésre, amely elengedhetetlen a betegek megfelelő kezeléséhez. A kommunikációs készségek, az empátia, a figyelmes hallgatás, és a közös döntéshozatal, kulcsfontosságúak, de ezek fejlesztése gyakran háttérbe szorult az orvosi képzés során. Az orvosok és betegek közötti kommunikációs akadályokat gyakran az időhiány, a gyenge pszichológiai képzés, valamint a beteg és orvos közötti együttműködés hiánya okozza. A kutatások azt is kimutatták, hogy mind a betegek, mind az orvosok érzékelik a kommunikáció fontosságát, de a gyakorlati megvalósítás gyakran elmarad az elvárásoktól [20].

Danková és Zamboriová [11] eredményei szerint az orvos-beteg kommunikációval való elégedettség számos tényezőtől függ, többek között a kommunikáció módjától, az orvos által adott információk minőségétől, valamint a beteg autonómiájának érzésétől a döntéshozatalban. A páciensek a betegközpontú kommunikációt részesítik előnyben, ahol az orvos empátiát mutat, és aktívan bevonja a beteget a kezelési döntésekbe. Ez a megközelítés magasabb elégedettséget eredményezett, különösen akkor, ha az orvosok világos és pontos kezelési információkat nyújtottak. Az orvosközpontú kommunikáció, ahol az orvos irányítja a diskurzust, szintén magas elégedettséghez vezetett, ha a betegek összetett, aszimmetrikus információkat kaptak a kezelési kockázatokról. Ez arra utal, hogy a betegek preferenciái attól függően változnak, milyen típusú információra van szükségük, illetve hogyan érzik magukat bevonva a döntésekbe. Számos negatív tényező hatással van az idősek elégedettségére a minőségi ápolási szolgáltatásokkal és az egészségügyi intézményekben nyújtott egyéb ellátásokkal kapcsolatban. E problémák megszüntetése érdekében fontos, hogy tisztában legyünk velük. Hasznos lehet egy átfogó beavatkozás, amelyet az idősek számára fenntartott egészségügyi intézményekben dolgozó team végez.

Samohýl és munkatársai [49] által végzett kutatás a szlovákiai fogászati szolgáltatásokkal kapcsolatos betegek elégedettségét vizsgálta. A kutatás célja a betegek különböző szempontok

alapján történő elégedettségének felmérése volt, beleértve az általános elégedettséget, a technikai minőséget, a kommunikációt, a személyes kapcsolatokat, valamint a pénzügyi és hozzáférhetőségi tényezőket. A kutatás során a PSQ III (Patient Satisfaction Questionnaire) kérdőívet alkalmazták, és 433 válaszadótól gyűjtöttek adatokat 2014 novembere és 2015 áprilisa között. Az eredmények szerint a legnagyobb elégedettséget a személyes kapcsolat és a kommunikáció terén mérték, míg az általános elégedettség a költségekkel és a szolgáltatásokkal való hozzáférés terén valamivel alacsonyabb volt.

Kutatások sora foglalkozott az ápolók és orvosok hozzáállásával és kommunikációjával, azok hatásaival Szlovákiában is. Megállapításra került, hogy azok soha nem maradnak hatás nélkül – vagy hozzájárulnak a beteg javulásához, és szélesebb értelemben véve terápiás hatást gyakorolnak, vagy éppen ellenkezőleg, megsebezhetik a beteget. Ez a kommunikáció erősítheti vagy enyhítheti a beteg féélmeit és szorongását. A testi és lelki összefüggésekkel kapcsolatos kutatások ismételten megerősítik, hogy a beteg egészségi állapota nem csupán a fizikai tüneteken múlik, hanem azon is, hogyan értelmezi és éli meg azokat. Ezt pedig nagymértékben befolyásolja, miként kommunikálnak vele az ápolók és az orvosok a problémáiról. Ebből a szempontból elengedhetetlen a beteggel való kommunikáció folyamatos fejlesztése, amely elősegíti az ápolói szakma humanizálását ([5]; [15]; [43]). Kozáková és munkatársai [23] az orvos-beteg kommunikációval foglalkoztak a krónikus betegségek megfelelő kezelésében. Megállapították, hogy annak hatékonyságát negatívan befolyásolhatja a depresszió, szorongás és ellenségesség, különösen etnikai kisebbségek esetében. Céljuk az volt, hogy felmérjék a tájékoztatás és a pszichológiai tényezők – ellenségesség, depresszió és szorongás – közötti kapcsolatot roma és nem roma szív- és érrendszeri betegeknel. A vizsgálatban 878 beteg (123 roma, 755 nem roma) vett részt, átlagéletkoruk $57,81 \pm 7,58$ év. Az adatok strukturált interjúk és kardiológiai vizsgálatok alapján kerültek összegyűjtésre. A tájékoztatás minőségét a betegek az Egészségügyi Szolgáltatások Interjú (HSI) alapján értékelték, az ellenségességet a Cook-Medley Skála (CMHS), a szorongást és depressziót pedig a Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (HADS) mérte. Az elemzések szerint az alacsony színvonalú, pozitív tájékoztatás (érthető, nyitott, teljes, tapintatos) magasabb ellenségességi szinttel járt együtt mind a roma, mind a nem roma betegeknel. Az hivatalos és személytelen tájékoztatás növelte az ellenségességet, míg a féélmet keltő tájékoztatás a szorongás fokozódásával járt, különösen roma betegeknel. Az egészségügyi kommunikációban figyelembe kell venni a betegek pszichológiai állapotát – ellenségesség, szorongás, depresszió –, és alkalmazkodni kell hozzájuk, különösen roma szív- és érrendszeri betegeknel [23].

Számos tanulmány született Lengyelországban az orvos-beteg kommunikáció, beteg elvárások területén. Jankowska és munkatársai [18] tanulmányukban arra törekedtek, hogy bemutassák hogyan alakulnak a betegek elvárásai a háziorvosokkal szemben. Az elemzés azt mutatta, hogy a lengyel egészségügyi alapellátási praxisok betegek elvárják az egészségügyi problémájukról való beszélgetést, az érthető tájékoztatást a kezelés módjáról. Nagycsoportos vizsgálat kimutatta, hogy a betegek elsősorban a kezelés hatékonyságát, a kezelőorvos szakszerűségét és a probléma megoldását várják el, és viszonylag ritkán várják el az érzelmi támogatást (kivételt képeznek a 65 év feletti betegek).

A betegek igényeinek értékelésére az elsődleges egészségügyi és kórházi környezetben Moczydłowska és munkatársai [34] írták le először a betegek elvárásait az orvosokkal szemben sebészeti és nem sebészeti osztályokon. A vizsgálatba 300 beteget vontak be, akik által nagyra becsült jellemzők a képesség a bizalom ébresztésére és az önzetlenség voltak, ugyanakkor elvárták, hogy pontosan megvizsgálják őket és pontos diagnózist kapjanak, de mindezek mellett kiderült, hogy az orvosi szolgáltatásokkal való elégedettség nem lehet teljes, ha a jó kezelést nem követi a beteg állapotáról szóló egyszerű tájékoztatás, érthető és hozzáférhető magyarázat a hozzátartozóknak.

Legátfogóbb tanulmány a lengyelországi környezetben Marcinowicz és munkatársai [32] 1.330 fő körében végeztek kérdőíves felmérést a betegek orvosokkal szembeni igényeiről. A válaszadók többségének a legutóbbi látogatással kapcsolatos elvárásai teljesültek, az igények között szerepeltek: a beteg és az orvos közötti kapcsolattartás, a beteg beutalása diagnosztikai vizsgálatokra, receptek kiállítása, szakorvoshoz irányítás, az orvos hatékonysága a kezelés, szakszerűség, probléma megoldás, helyes diagnózis felállítás, egészségi állapot javulás, gyógyulás területén. A második leggyakoribb elvárási kategóriát a magyarázat, tájékoztatás a betegségről, az eljárásról, a megelőzésről, a kérdések feltevésének lehetősége és az orvos kérdésekre adott válaszai képezték.

Aktas és munkatársai [1] leíró kutatási tervezést alkalmaztak annak meghatározására, hogy milyen problémákkal szembesülnek az ápolók a betegek kommunikációjával kapcsolatban az

intenzív osztályokon (ICU). A tanulmány azt is vizsgálta, hogy milyen különbségek vannak a lengyel és a török ápolók-beteg kommunikációja között az intenzív osztályokon. A kutatásba 50 intenzív osztályon dolgozó ápolót vontak be a lengyelországi Lwowska Kórházból. A kutatás megállapításai szerint a kommunikációs nehézségek számos tényezőre visszavezethetők, beleértve az ápolók túlterheltségét és az intenzív osztályok fizikai környezetét. Az ápolók saját kommunikációs problémáik legfőbb okaként a munkaintenzitást említették, amely a munkaterhelés növekedésével és a betegek számának emelkedésével súlyosbodik. Lengyelországban a személyzet elégtelen száma és a betegek közvetlen igényeire való fókuszálás gyakran eredményezett a pszichoszociális igények figyelmen kívül hagyását. A betegápolásban végzett kommunikációs tevékenységek során a nem beszélő vagy intubált betegek kezelésére vonatkozóan az ápolók gyakran nem kaptak megfelelő képzést, így az interakciók főként a fizikai szükségletek kielégítésére koncentráltak. Az ápolók nagy része nem rendelkezett elég idővel ahhoz, hogy a betegek pszichoszociális szükségleteit is megfelelően kezelje. A kutatás kimutatta, hogy a legnagyobb kommunikációs nehézségek a tudatállapotukban zavart betegek, illetve az intubáltak körében jelentkeztek. Az ICU környezetének fizikai jellemzői – mint a zaj, a zsúfoltság és a megfelelő monitorozás hiánya – szintén hozzájárultak a kommunikációs problémákhoz. Az ápolók nemcsak a betegek fizikai állapotát, hanem azok pszichoszociális igényeit is figyelembe kell venni, hogy hatékonyabb gondozást biztosíthassanak. A nem verbális kommunikáció, például a gesztusok, a testbeszéd és a terapeutikus érintés, kulcsszerepet kapott a betegkommunikáció javításában.

A mai egészségügyi rendszer változásai számos működési területet érintettek, különösen az orvos és a beteg közötti kapcsolat fejlődését. Az egészségügyi intézményekben megnöttek az elvárások az orvosi személyzet és a páciensek közötti interszónális kapcsolatok tekintetében. Kutatások igazolják, hogy az orvos–beteg közötti hatékony kommunikáció szoros összefüggésben áll a testi, lelki és társadalmi egészség javulásával. Ez a tényező kiemelt szerepet játszik a gyógyulási folyamat előmozdításában és a betegség újbóli kialakulásának megelőzésében ([19]; Zembala, 2015).

5. Következtetések

A vizsgált szakirodalmak egyöntetűen megegyeznek abban, hogy az egészségügyi kommunikáció hiányosságai több szinten is megnyilvánulhatnak. A hiányosságok komoly hatással vannak a betegellátás minőségére, a beteg elégedettségére, valamint az egészségügyi dolgozók közötti együttműködésre. A leggyakoribb problémának minősül első lépésben a hiányos tájékoztatás. A kutatási eredmények rávilágítottak arra, hogy az orvosok és egészségügyi dolgozók sok esetben nem biztosítanak a betegek számára elegendő információt a diagnózisról, a kezeléssel, nem mérik fel a betegek lelki állapotát, nem készítenek anamnézist. A betegek körében ez az ellátással és a saját állapotukkal kapcsolatos bizonytalansághoz, szorongáshoz és elégedetlenséghez vezet, negatívan befolyásolhatja a kezelés kimenetelét. További problémaként jelennek meg az egészségügyi szakemberek részéről a nem megfelelő kommunikációs készségek. Mint kiderült a visegrádi országokban készült tanulmányok rávilágítottak arra, hogy az orvosok és egyéb egészségügyi szakemberek képzése különböző mértékben tesz hangsúlyt a kommunikációs készségek fejlesztésére, sok esetben maguk a szakemberek sem tulajdonítanak megfelelő fontosságot saját fejlesztésükre. Ennek következtében nem tudnak minden esetben megfelelően reagálni a betegek aggodalmaira, kérdéseire, esetlegesen nem tudják érthetően elmagyarázni a kezelési folyamatokat, kockázatokat, következményeket. Harmadik kiemelkedő probléma, mely kiderül az orvos-beteg közötti kommunikáció során fellépő beteg igényekből, az empátia hiánya. A többnyire időhiányra, túlterheltségre panaszkodva az egészségügyi dolgozók sok esetben olyan szakmai nyelvezetet használnak, ami elidegenítheti a betegeket, távol tarthatja őket az egészségük visszanyerése vagy megtartása szempontjából elengedhetetlen beavatkozásoktól, konzultációktól, akár magát a kapcsolatfelvételt is megnehezítik, meggátolják az orvosokkal. Megjelennek továbbá a nyelvi és kulturális akadályok, hiszen, amennyiben az egészségügyi személyzet nem képezett ezen akadályok leküzdésére, nem tudnak megfelelően kommunikálni a különböző nyelvi és kulturális háttérrel rendelkező betegekkel. Félreértések, helytelen diagnózisok, helytelen kezelési döntések léphetnek fel. Az egészségügyi teamen belüli kommunikációs problémák körében a szakdolgozók egymás közötti rossz kommunikáció említendő, mely gátolja a hatékony együttműködést, ezek szintén súlyos, beteget és egészségügyi intézményt érintő problémákhoz vezethetnek. További

kommunikációs problémát jelentenek a technológiai akadályok, ezeket tanulmányomban nem érintettem.

A betegközpontú egészségügyi ellátórendszer megközelítés gyakorlati megvalósulása érdekében hatékony humán erőforrás programok kidolgozásának feltétele további egészségügyi kommunikáció területén végzett empirikus kutatások lebonyolítása a Visegrádi országokban, melyek kiterjednek az orvos-beteg kommunikációra, az egészségügyi teamen belüli kommunikációra (feltárva az egyéni, hivatásbeli és rendszerszintű korlátokat mind a négy országban), a szakdolgozók és a lakosság egészségügyi kommunikáció fejlesztésével kapcsolatos attitűdjeinek feltárására. Egységes, validált kérdőív használatán alapuló, összehasonlító kutatások Bányai és munkatársai (2021) munkáján kívül nem születtek a Visegrádi országokban. A PPOS kérdőív használatával felmérésre kerülhetnek és összehasonlíthatóvá válnak mind a négy ország egészségügyi szakember társadalmának kommunikációval kapcsolatos attitűdje az egészségügyi ellátás különböző szintjein.

Irodalomjegyzék

- [1] Aktas, Y.Y. et al. (2019). Problems in critical care nurse-patient communication: Examples of Poland and Turkey. *Acta Clin Croat.* 56:437-445. 10.20471/acc.2017.56.03.10.
- [2] Bálint, M. (2011). *Az orvos, a beteg és a betegség.* Budapest: Akadémiai Kiadó.
- [3] Bálint, E. (1969). The possibilities of patient-centred medicine. *Social Science & Medicine* 51 (2000) 1087±11101107. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- [4] Bálint, S. (2011). Szuggesztív kommunikáció a szülészet-nőgyógyászatban. In Varga, K. (szerk.) (2011). *A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztio az orvosi gyakorlatban.* Budapest: Medicina Kiadó, pp. 134–155. Bavelasová, J. B. (2013). *Pragmatika lidské komunikace. Interakční vzorce, patologie, paradoxy.* Brno: Newton Books, 284.
- [5] Bigi, S. (2016). *Communicating (with) Care. A Linguistic Approach to the Study of Doctor Patient Interactions.* IOS Press.
- [6] Busa, Cs. et al. (2024). Életvégi kommunikáció és életvégi döntések családorvosi szemszögből. *Kharón Thanatológiai Szemle.* (1). https://kharon.hu/docu/2024-1_busa-eletvegi.pdf
- [7] Byrne, P. - Long, B. (1976). *Doctors Talking to Patients.* London: HMSO.
- [8] Černý, M. (2008). Czech Scientific Contributions to Doctor-Patient Interaction Research. *Philologica.* ISSN 1214-5505. <http://philologica.net/studia/20080115150000.htm>
- [9] Council of Europe (2023). *Guide to Health Literacy Contributing to Trust Building and Equitable Access to Healthcare.* Strasbourg. <https://rm.coe.int/inf-2022-17-guide-health-literacy/1680a9cb75>
- [10] Danková, S. & Zamboriová, M. (2023). Satisfaction of seniors with the provision of the health care and services in selected healthcare facilities in the Slovak Republic. *International Journal of Health New Tech Soc Work.* Vol. 18, No 2.
- [11] Emrová, I. (2020). Best practices to improve the healthcare patient experience in gynaecology and obstetrics. *International Journal of Social Sciences.* 9(1) DOI: 10.20472/SS.2020.9.1.002
- [12] EIT Health (2023). *Collaborative innovation as a key priority for the Czech healthcare system – insights from the EIT Health Morning Health Talks in Prague.* <https://eithealth.eu/news-article/collaborative-innovation-as-a-key-priority-for-the-czech-healthcare-system-insights-from-the-eit-health-morning-health-talks-in-prague/>
- [13] Grol, R. et al. (1990). Disease-centred versus patient-centred attitudes: comparison of general practitioners in Belgium, Britain and the Netherlands. *Family Practice,* 7(2). <https://doi.org/10.1093/fampra/7.2.100>
- [14] Gulášová, I. et al. (2013). Nevyslovené otázky pacientov s onkologickým ochorením. *Prosopon,* Nr. 2. pp.105-117.
- [15] Hojat, M. et al. (2013). Empathy and health care quality. *American Journal of Medical Quality.* 28 (1). 6-7. doi: 10.1177/1062860612464731.
- [16] Honzák, R. (1999). *Komunikační pasti v medicíně (Communicative Traps in Medicine).* Praha: Galén.
- [17] Jankowska-Polanska, B. et al. (2018). Expectations of patients towards general practitioners in Poland. *Journal of Education, Health and Sport.* 8(8). pp. 606-614. <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/5751/pdf>
- [18] Jarosz M. J. et al. (2012). Modele komunikacyjnej relacji lekarz-pacjent-rodzina. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* Tom 18, Nr 3, pp. 212–218.
- [19] Karajčić, S. (2014). *Towards patient-centered infertility health care: Case study Slovak Republic.* Health Policy Institute. https://www.researchgate.net/publication/349767733_Towards_patient-centered_infertility_health_care_Case_study_Slovak_Republic
- [20] Klimpl P. (1991). Psychická krize a krizová intervence [Psychological crises and crisis intervention]. *Cesk Psychiatr.* Nov; 87(3-4). pp.194-201.
- [21] Kollár, J. (2016). Kommunikáció az egészségügyi teamen belül: orvosok és szakdolgozók. *Orvosi Hetilap.* 157 (17). pp. 659-663. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30444>
- [22] Kozáková, J. et al. (2024). Komunikácia v zdravotníctve a vybrané psychologické premenné u rímskych a nerímskych pacientov s kardiovaskulárnym ochorením. <https://www.prohuman.sk/zdravotnictvo/komunikacia-v-zdravotnictve-a-vybrane-psychologicke-premenne>
- [23] Krivohlavý, J. (1995). Rozhovor lékaře s pacientem [A Doctor-Patient Interview]. Brno.
- [24] Kuklik, R. (2009). *Meeting the needs of different cultures: The Czech Republic.* <https://healthcare-in-europe.com/en/news/meeting-the-needs-of-different-cultures-the-czech-republic.html>
- [25] Kuna, Á. (2016). Hogy tetszik lenni? Hogy vagyunk, hogy vagyunk? *Magyar Orvosi Nyelv.* 16/2, pp. 75–9.

- [26] Kuna, Á. – Kaló, Zs. (2014). Az orvos-beteg kommunikáció a családorvosi gyakorlatban. In Veszelszki, Á. – Lengyel, K. (szerk.) (2014): *Tudomány, technolektus, terminológia. A tudományok, szakmák nyelve.* (pp.117-30) Budapest: Éghajlat.
- [27] Kuna, Á. – Ludányi, Zs. (2019). Terminológiai elvek az orvosi szaknyelvben és a gyógyító kommunikációban. Problémák, tendenciák, ideológiák. In: Fóris, Á. – Bölcskei, A. (szerk.): *Terminológiasztratégiai kihívások a magyar nyelvterületen.* Budapest: L'Harmattan, pp. 105–20.
- [28] Lengyel, I.K. (2022). *A betegtájékoztatás, mint betegjog a felnőtt háziorvosi alapellátásban a hipertóniás betegek körében.* Doktori tézisek. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola. <https://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/9418/lengyelingrid.m.pdf?sequence=4>
- [29] Little P. et al. (2001). Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *British Medical Journal*. 322. 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.468>
- [30] Málovics, É. et al. (2009). Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos – beteg kommunikációról. In Hetesi E. – Majó Z. – Lukovics M. (szerk.) (2009): *A szolgáltatások világa.* (pp. 250-264) Szeged: JATEPress.
- [31] Marcinowicz, L. et al. (2010). Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. *British Journal of General Practice*. 60(571):83-7. doi: 10.3399/bjgp10X483111.
- [32] McWhinney, I. (1989). The need for a transformed clinical method. In Stewart, M. - Roter, D. (1989). *Communicating with medical patients.* London: Sage.
- [33] Moczydlowska, A. et al. (2014). Expectations of patients towards medical staf. *Hygeia Public Health*. 49(1) pp. 142-151. <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2014/hyg-2014-1-142.pdf>
- [34] Molnár, R. et al. (2018). Az orvos–beteg kommunikáció új lehetőségei – a betegek elvárásai alapján. *Orvosi Hetilap*. 159(50). pp. 2136–2143. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31209>
- [35] Pilling, J. (szerk.) (2018). *Orvosi kommunikáció a gyakorlatban.* Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- [36] Rákóczi, Á. (2011). Pár-beszéd: üzenetek egy gyermek születése körül. In Varga, K. (szerk.) (2011). *A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban.* Budapest: Medicina Kiadó Zrt.
- [37] Sándor, I. - Pilling, J. (2016). Tévhitek az orvosi kommunikációról. *Orvosi Hetilap*. 157 (17): 644-648. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30446>
- [38] Stewart, M. et al. (1995). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method.* London: Sage.
- [39] Trofimov, P. (2022). Transformation of healthcare systems of Visegrad countries and Romania: divergent ways of tackling common problems. Fomoso. <https://www.fomoso.org/en/mosopedia/research/transformation-of-healthcare-systems-of-visegrad-countries-and-romania-divergent-ways-of-tackling-common-problems/>
- [40] van den Brink-Muinen, A. et al. (2003). Communication in general practice: differences between European countries. *Family Practice*. Volume 20, Issue 4. pp. 478–485. <https://academic.oup.com/fampra/article-abstract/20/4/478/625252?redirectedFrom=fulltext&login=false>
- [41] Varga, É.K. et al. (2021). A kórházi ellátás dokumentumai. In Bölcskei, A. – Fóris, Á. (szerk.). *Tartalomfejlesztés és dokumentáció.* (pp.289-325) Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- [42] Venglárová, M. – Mahrová, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry.* Praha: Grada Publishing, 144.
- [43] Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie* [Psychology of Medicine]. Praha: PortálZembala, A. (2015). *Modele komunikácyjne w relacjach lekarz-pacjent.* Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ Nauki Ścisłe, Nr 11 (2/2015), pp.35-50.
- [44] Zolnieriek, K. B. H. - DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*, 47(8), pp. 826.
- [45] Verlinde, E. et al. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *International Journal for Equity in Health*. <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-11-12>
- [46] Derksen, F. et al. (2017). Consequences of the presence and absence of empathy during consultations in primary care: a focus group study with patients. *Patient Education and Counseling*. 100 (5). 987-993. doi: 10.1016/j.pec.2016.12.003.
- [47] Bányai, G. et al. (2021). Preference for patient-centered communication among the citizens of the Visegrad countries. *Patient Education and Counseling*. 104(12). pp. 3086-3092. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.04.005>
- [48] Jahan, F. & Siddiqui, H. (2019). Good Communication between Doctor-Patient Improves Health Outcome. *European Journal of Medical and Health Sciences*. 1(4). <https://doi.org/10.24018/ejmed.2019.1.4.84>.
- [49] Samohyl, M. et al. (2016). Patients Satisfaction with Dental Care in the Slovak Republic: A Cross-sectional Questionnaire Study. *Iranian Journal of Public Health*. 46(8):1143-1144.