

**Szalai-Szolcsányi Judit**  
Pécsi Tudományegyetem  
Általános Orvostudományi Kar  
Egészségügyi Nyelvi és Kommunikációs Intézet  
Egészségtudományi Kar  
Egészségtudományi Doktori Iskola

## **Interjúvezetési stratégiák a betegkikérdezésben: az asszertív kommunikáció és empátia nyelvi eszközei rossz hír közlésekor**

<https://doi.org/10.48040/PL.2020.38>

*A tanulmány egy kutatási tervet bemutatása, mely az orvos-beteg interakciók alkalmazott nyelvészeti, és pszichológiai elemzése által azokat a nyelvi eszközöket kívánja meghatározni, amelyek fejlesztése növeli az orvos együttműködési készségét, empátikus ráhangolódását a betegre, így elősegítve a gyógyulás folyamatát. A vizsgálatban résztvevő orvostanhallgatók több hetes elméleti oktatás és gyakorlat elsajátítása után kapták a feladatot, hogy szimulált helyzetben közöljék a rossz hírt a beteget eljátszó színésszel. A megfigyelt interakciók során a kommunikációs folyamat fókuszában az empátia megjelenése és annak tudatos használata volt. Ennek mérésére egy empátia skálát alkalmaztunk. A vizsgálat során a szimulált orvos-beteg interakciót követően, a beteget játszó résztvevők kitöltötték az empátia-skálát, melyet annak mérésére hoztak létre, hogy az adott kommunikációs helyzetben mennyire valósult meg az empátikus párbeszéd. Az eredeti empátia-skála angol nyelven jelent meg. A kérdőív neve: „The Patient-Professional Interaction Questionnaire (PPIQ) to Assess Patient Centered Care from the Patient’s Perspective” (Casu – Sommaruga – Gremigni, 2018). Mivel ez a teszt hatékonyan méri az orvos-beteg interakció során megvalósult empátikus kommunikációt és mind magyar, mind angol nyelven elérhető, így nagyon jól használható a szimulált betegek kikérdezésére az angol és magyar nyelvű kurzusokon. Jelen tanulmány az angol program orvostanhallgatóinak interakcióit vizsgálta.*

**Kulcsszavak:** empátia a gyógyításban, érzelmi intelligencia, érzelmi tudatosság, kommunikáció és empátia, szimulált orvos-beteg kommunikáció

### **Bevezetés**

A Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán az orvostanhallgatók magas szintű szakmai képzése folyik. Hallgatóinkkal szemben határozott elvárásként jelenik meg, hogy az orvostudományokban jártasak legyenek és magabiztosan tudjanak diagnózist felállítani, valamint terápiás tervet készíteni. Emellett nagyon fontos, hogy megfelelően tudjanak kommunikálni mind a betegekkel, mind a hozzátartozóikkal, mivel egy jól felépített kommunikációs helyzet lényegesen javíthat a terápia kimenetelén. Az Egészségügyi Nyelvi és Kommunikációs Intézet nagy hangsúlyt fektet mind a magyar, mind a külföldi hallgatók szaknyelvi képzésére, ami segíti

őket abban, hogy a szakmai tudásukat releváns és szabatos nyelvhasználattal alkalmazhassák az adott kontextus függvényében. A tanulmány arra irányítja a figyelmünket, hogy az orvos-beteg interakciókban a megnyilatkozások tartalma és módja egyaránt fontos. Az interakciók során alkalmazott empatikus kommunikáció nagymértékben elősegíti a terápiás együttműködést, a megértést, ami elengedhetetlen alapja a gyógyítás folyamatának. Vizsgálati szituációként az egyik legnehezebb helyzetet választottuk, amiben nagy szerepe van az empátiának, ez a rossz hír közlése.

### **Az orvos-beteg kommunikáció sajátosságai**

#### ***Az orvos domináns szerepe***

Az orvos gyógyító tevékenységében fontos, hogy a beteg engedelmeskedjen az kezelőorvosának. Az orvos utasításai, kérései befolyásolják a beteg bizonyos cselekvéseit, hatással vannak egész életmódjára. Teljes személytelenség esetében is hamar kialakul az orvos-beteg interakció egy bizalmas szintje. Ennek a bizalmi helyzetnek fontos alapfeltétele az empátia. Csak abban az esetben valósul meg a beteg együttműködése, ha teljesen megbízik abban a személyben, akitől az utasításokat, kezelési terveket, tanácsokat kapja.

#### ***Az empátia szerepe az individuálisan kialakított interakcióban***

Az orvos-beteg kommunikáció egy olyan sajátos helyzet, amelyben a beteg olyan intim szituációba kerül egy idegennel, az orvosával, akivel számára sokszor kényes információkat kell megosztania. Olyan kérdésekre kell válaszolnia, melyekről másokkal, sokszor még családtagjaival sem beszél. Olyan vizsgálatokat enged meg orvosának, amelyek az intim szféráját érinti. Ezért lényeges, hogy ez az interakció ne sztereotípiákra épüljön, hanem egyénre szabott legyen.

Az orvosnak képesnek kell lennie az adott beteg pszichés szükségletei szerint kommunikálni. Egy orvos-beteg párbeszédben ezért van hangsúlyozott jelentősége az empátiának. „*Az empátia lényegében a beteg egyéni kommunikációs kódrendszerének megértéséhez ad kulcsot.*” (Buda, 1986:186) Ha a beteg empatikus, megértő orvos-beteg kapcsolatot észlel az interakcióban, az együttműködése is hatékonyabb lesz, ezáltal a terápia is eredményesebbé tud válni. Nagyon fontos az őszinte, bizalomteljes légkör, melyet az orvos csak úgy tud kialakítani betegével, ha az empatikus kommunikációval ezt a ráhangolódást létre tudja hozni. Különösen lényeges ez olyan helyzetekben, amikor az orvosnak rossz hírt kell közölnie. Empátiás

készség hiányában az orvosoknak nehézségei adódnak az interakciókban, ami kihatással van a kezelés eredményességére. Az empátia alkalmazása során a személyiség mintegy beleéli magát a másik ember helyzetébe, érzelmi és tudati állapotára teljes figyelmével fókuszál. Ennek a figyelemnek a beteg nem-verbális kommunikációjára is olyan hangsúllyal kell irányulnia, mint arra, amit a beteg mond. Éppen ezért az orvosok esetében lényeges a kommunikáció fejlesztése, a kommunikációs érzékenység kialakítása és az empátiás képesség fokozása (Buda, 1986).

### **Az empátia meghatározása**

Az empatikus kommunikáció esetében, meg kell határozni, hogy mit jelent az orvos részéről az empátia. A korábbi tanulmányok két kérdésre keresték a választ. Honnan tudhatjuk, hogy mit gondol és érez a másik ember? Melyek azok a tényezők, amelyek elősegítik, hogy valaki érzékenyen és körültekintően tudjon reagálni a másik ember szenvedéseire? Számos teória szerint a két kérdés összefüggésben van, más kutatások csak az egyik vagy csak a másik kérdésre keresték a választ. Az empátia kifejezés nyolc különböző használatát határozzák meg a következő megfogalmazások (Batson, 2011).

Az első meghatározás azt hangsúlyozza, hogy fontos megérteni, hogy a másik ember mit érez. A megértéshez elengedhetetlen a másik belső állapotának ismerete, beleértve a gondolatait és érzéseit (Preston – de Waal, 2002; Wispé, 1986). Mivel ebben az esetben megértésről van szó, így kognitív empátiának is nevezik (Eslinger, 1998; Zahn-Waxler – Robinson – Emde, 1992). Időnként annak megállapítása, hogy mások mit gondolnak és éreznek, problémát jelenthet, különösen akkor, ha az embernek csak korlátozott kifejezőmódjai vannak ennek kinyilvánítására.

A második megfogalmazás az észlelésnek tulajdonít kiemelt szerepet az empatikus viselkedésben. A testtartás jelzi a megfigyelt másik személy neurális válaszát az adott szituációban. Az észlelés folyamatában egy ráhangolódás történik, melynek során az interakcióban résztvevő ember mimikájának, testtartásának és motoros válaszainak detektálásával kialakul az észlelőben egy percepció-akció modell (Preston – de Waal, 2002).

A harmadik meghatározás az empátia legtöbbször használt definícióját fogalmazza meg, mely szerint az empatikus képesség azt jelenti, hogy képesek vagyunk átérezni a másik érzéseit. A leggyakoribb megfogalmazás azt jelenti, hogy nem feltétlenül ugyanazt érzi az egyik ember, mint a másik, de nagyon hasonlót (Hoffman, 2000). A negyedik megfogalmazásban a hangsúlyt inkább arra helyezik, hogy az empátia azt jelenti, mi magunk mit éreznénk a másik helyében, helyzetében.

Az ötödik megközelítésben, az empátia fogalma annyit jelent, hogy megpróbáljuk elképzelni, hogy a másik mit gondol és érez az adott szituációban. Az interakció folyamatában a másik által elmondottakra lehet támaszkodni. Megkönnyíti az elképzelés folyamatát, ha ismerjük vagy meg tudjuk ismerni a beszélgetőtárs személyiségét, jellemvonásait, értékrendszerét és vágyait. A hatodik empátia fogalom azt fejezi ki, hogy megpróbáljuk elképzelni, hogy az interakcióban résztvevő másik személy mit gondolna vagy érezne, ha egy másik ember helyébe képzelné magát. A hetedik megfogalmazás azt a distressz érzést fejezi ki, amit a másik ember szenvedése láttán érzünk. Ez az állapot nem azt jelenti, hogy a másik személy érzései miatt szorongunk, sokkal inkább a helyzet iránti aggodalmainkat fejezi ki. A nyolcadik empátia fogalom szerint az empatikus viselkedés azt jelenti, hogy átérezzük egy másik szenvedő ember érzéseit (Batson, 2011).

Az empátia sokféle megközelítése is rávilágít arra, hogy nagyon különböző, hogy kinek mit jelent az empatikus kommunikáció. Ezért fontos meghatároznunk, hogy a klinikai gyakorlatban milyen empatikus képességek alkalmazása valósítható meg. A témával foglalkozó szakirodalom átfogó áttekintése alapján az empátiát a betegellátásban egy túlnyomórészt kognitív (nem pedig affektív vagy érzelmi) tulajdonságként határozták meg, amely a beteg fájdalmának és szenvedésének megértését foglalja magában, nem pedig annak érzését. (Hojat, 2007)

A klinikai gyakorlatban az empátia két lépcsős folyamata a következő:

1. egy másik személy helyzetének vagy érzéseinek megértése és érzékeny méltányolása;
2. ennek a megértésnek a támogató módon történő visszajelzése a beteg számára (Silverman – Kurtz – Draper, 2013:138)

### **Az empatikus kommunikáció terápiás hatása**

Az egyik vizsgálat, amely a kommunikációs-affektív kontextust kutatta, kimutatta, hogy a placebo hatás mértéke fokozható volt, ha a színlelt akupunktúra kezelés empatikus kommunikációval társult. Szignifikáns különbség volt a csoportok között. Az empatikus kommunikáció szignifikánsan jobb terápiás eredményekhez vezetett, mint a neutrális. A nők, illetve bizonyos jellemvonásokkal rendelkező emberek (extraverzió, egyetértésre törekvés, nyitottság a tapasztalatokra) érzékenyebbek voltak erre a típusú placebo hatásra, mint mások (Kaptchuk et al., 2010). További kutatások (Hojat et al., 2011) jelentős eredményre jutottak abban, hogy az empatikusabb orvos betege jobban gyógyul. Az orvosok empátia-szintjét Jefferson-féle empátia-skálán (*JSE, Jefferson Scale of Empathy*) mérték. Arra

az eredményre jutottak, hogy a diabéteszes betegek kezelésében, akik metabolikus szövődmények miatt kerültek az orvoshoz, azoknál a betegekknél alakultak ki a legritkábban további szövődmények, akiknek a kezelőorvosai a legmagasabb empátia pontszámmal rendelkeztek. Az eredmények tükrében több szakmai egyesület – köztük az Amerikai Orvosegyetemek Társasága (*American Association of Medical Colleges*) – már korábban szorgalmazta, hogy az orvostanhallgatók empatikus készségének vizsgálatát és az empátia tanítását építsék be az orvosképzésbe. Külön vizsgálatok terjedtek ki kimondottan orvostanhallgatókra. A Jefferson-féle empátia-skála diák verzióját (*JSE S-Version*) az orvostanhallgatók empátiájának mérésére fejlesztettek ki.

### **A csoport szerepe az empátiafejlesztésben**

A szimulált orvos-beteg szituációk lehetőséget adnak az orvostanhallgatóknak, hogy orvosi helyzetben tudjanak kommunikálni beteggel. A csoportdinamika többféle módon képes a résztvevők empatikus ráhangolódását növelni. A hallgatók nem csak orvos, hanem beteg szerepben is átélhetik az orvos-beteg interakciót, így a saját meg tapasztalás és átélés elősegítheti saját orvosi kommunikációs készségük fejlesztését. Minden interakció után szükségesek a résztvevők és a külső megfigyelők visszajelzései, meglátásai. Lehetőség van a párbeszédnek rögzített kép- és hanganyagának visszanezésére, ami nagy segítség abban, hogy az eljátszott és átélt szituációt külső megfigyelőként is szemlélhessék, értékeljék.

A csoport résztvevőinek visszajelzése segíti a megszokott sémák felbontását és átalakítását. A csoporthatás lehetőséget ad az önismeret és az introspekciós képesség fejlesztésére. A szimulációs helyzetben megjelenített orvos-beteg interakció nagy hasonlóságot mutat a pszicho-dráma csoportban megjelenített szituációkkal (Buda, 1986:142-143). Rossz hír közlésekor ugyanúgy eljátszzák a szereplők az orvos-beteg között megjelenő nehézségeket és egyéni érzelmi problémákat. Az érzelmi átélés ugyanúgy, mint egy pszicho-dráma csoportban elősegíti a szereplők kommunikációs képességeinek fejlesztését. Egy valós helyzetben megrekedéseiket, gátjaikat túllépve már beteg központú beszélgetéseket tudnak így kialakítani. A szimulált helyzetben átkerül a hangsúly az orvost játszó hallgató saját nehézségeiről a beteg problémájára. A szimulált gyakorlatban ugyanolyan gyorsan és érzékenyen kell reagálni a betegre, mint valós helyzetben. Az esetleges hibák, nehézségek megbeszélése segíti az orvostanhallgatót abban, hogy a klinikai gyakorlatban a korrigálás után hibái minimálisra csökkenjenek, és sokkal magabiztosabban tudja kezelni és irányítani a nehéz

helyzeteket is. Ezek a csoportban megélt tapasztalatok segítik a hallgatók későbbi orvosi munkáját is.

### **Rossz hír közlése**

A rossz hír közlése a leginkább megterhelő szituáció az orvosok számára. Ezekben az interakcióban az orvosoknak a legfejlettebb empátikus képességre van szükségük, hogy a beteg számára egy nehéz helyzetben a leghatékonyabb támogatást tudják nyújtani. Ezért lényeges, hogy az orvostanhallgatók ezeket a megterhelő helyzeteket szimulált orvos-beteg interakciókban tudják gyakorolni, hogy a későbbiekben, mint orvosok pontosan tudják, milyen módon kell végigvezetni a párbeszédet. Korábbi tanulmányaik során sajátítják el a rossz hír közlésének szigorú forgatókönyvét. A helyzet lépéseinek pontos leírása segíti a leendő orvosokat abban, hogy még ebben a megerőltető helyzetben is biztonsággal végig tudják irányítani a beteggel folytatott interakciót.

A rossz hír közlésének 6 lépésös protokollját a SPIKES-modell határozza meg (Baile – Buckman – Lenzi et al., 2000:302-311). ENYHÍTŐ-modell néven ismert a magyar klinikai gyakorlatban (Pilling, 2018:231-236). A protokoll a következő hat lépést tartalmazza:

#### **1. Előkészítés**

A beteg kórtörténetének és vizsgálati eredményeinek pontos ismerete lényeges a beszélgetést megelőzően, így tud az orvos pontos válaszokat adni a beteg felmerülő kérdéseire. Mielőtt elkezdi az orvos a beszélgetést, ki kell választani a megfelelő helyet és időt a rossz hír közlésére. Egy olyan szobát, ahol mások nem hallhatják vagy zavarhatják meg a beszélgetést, és egy olyan időpontot, amikor az orvosnak elég ideje van a betegére. Fontos, hogy senki ne zavarja meg a párbeszédet. Mielőtt elkezdődik a konzultáció, lényeges, hogy a betegről tájékozódjon az orvos, hogy hozzátartozó jelenlétét igényli-e. A beszélgetés menetét az orvosnak gondosan meg kell terveznie lehetőleg mindent megteremtve a pszichés sokk fogadásához (pl. víz, papírzsebkendő, önszívó csoportok elérhetőségei, tájékoztató füzetek).

#### **2. Nyitó kérdések**

A beteg tudásának és pszichés állapotának feltérképezésére az orvos kérdéseket tesz fel a beszélgetés elején. Az orvosnak pontos információval kell rendelkeznie arról, hogy a beteg mit tud, érez a tüneteivel kapcsolatban, hogy érzi jelenleg magát, súlyosbodtak vagy enyhültek-e a tünetei.

Utánaolvasott-e, beszélt-e más orvossal, milyen elvárásai vannak a beszélgetést illetően. Lényegesen nehezebb helyzetre kell felkészülni, ha a beteg arról számol be, hogy sokkal jobban van, talán el is tűntek a tünetei, mintha azt mondja, érzi, tudja, hogy nagy gond van, mivel sokkal rosszabbul érzi magát.

### 3. Hozzájárulás kérése

Nem mindenki egyforma, valaki mindent szeretne tudni a betegségről, míg mások csak a legfontosabb információkat. Így, mielőtt az orvos elmondaná a diagnózist, rá kell kérdeznie, hogy mit szeretne a beteg. A következőkkel kérdezhet rá erre a szakember: „Egyes páciensek azt szeretnék, hogy minden információt elmondjanak nekik, míg mások csak főbb vonalakra kíváncsiak. Ön melyik csoportba tartozik?” (Pilling, 2018:233)

### 4. Információ a betegségről

Az információközlésnek a beteg számára közérthető fogalmazásmóddal kell megvalósulnia, ez biztosítja, hogy a beteg ténylegesen megértse, hogy mit mond neki az orvos az interakcióban. Ezt nagyban segíti, ha az orvos megfogalmazása rövid és lényegre törő. A fokozatosságot nagyon lényeges betartani, hogy a beteg a személyiségének, pszichés állapotának megfelelő mértékben szembesüljön a jelenlegi állapotáról. A kétirányú kommunikáció szintén megvalósítandó cél, mivel ez ad lehetőséget a betegnek kérdéseket feltenni. Szemantikus konfúzió elkerülése szintén alapvető kommunikációs cél, ami azt jelenti, hogy az orvosnak lényeges a megértést ellenőriznie. Ugyanaz a kifejezés mást jelenthet a betegnek és az orvosnak. Az empátikus kommunikációban tisztázza az orvos, hogy milyen tudása van a betegnek a betegségről, amiről beszélnek, és hogy pontosan érti-e a beteg, amit az orvos szeretne elmagyarázni. Mivel a rossz hír a beteg számára egy igen megterhelő szituáció, minden egyes szavára, kérdésére, visszajelzésére úgy kell reagálnia, hogy a beteg számára minden érthetővé váljon.

### 5. Támogató magatartás

Elsődleges a beteg reakcióinak figyelembevétele, minden egyes információs blokk után figyelnie kell az orvosnak arra, hogy betege hogyan reagál az adott információra. Empátikus kérdések, visszajelzések segíthetnek annak megértésében, hogy a beteg mennyit bír el. Ha a beteg az orvos támogató magatartását érzi, nagyobb valószínűséggel beszél saját érzéseiről, aggodalmairól.

A közhelyek kerülésére azért van szükség, mert egy ilyen nehéz helyzetben ez nem segíti a beteg érzelmi feldolgozását. Hagyni kell, hogy a beteg dühét, fájdalmát, elkeseredését, akár vádló magatartását kifejezhesse, akár sírjon, az orvos feladata, hogy bármilyen reakcióra támogató magatartást tanúsítson. A kezelési és támogatási lehetőségek megbeszélése során a további lépések részletes ismertetése történjen.

## 6. Összefoglalás

Az összefoglalás fontos része a beszélgetésnek, mert ebben a szakaszban lehet ellenőrizni, hogy mindent megértett-e a beteg és további tervek készítésének lehetőségére ad alkalmat. Akár gyógyítható, akár gyógyíthatatlan betegségről van szó, a betegnek tudnia kell, hogy mik a következő lépések, mi várható a jövőben. Fel kell hívni a beteg figyelmét, hogy milyen várható érzelmi reakciókat válthat ki belőle a beszélgetés és tudnia kell, hogy ezek természetes reakciók. Biztosítani kell a beteget, hogy minden segítséget megkap az orvosától. Az elhangzottak megértésének végső ellenőrzésével zárja az orvos a beszélgetést, hogy biztos legyen abban, hogy a beteg számára minden világos, érthető, nem maradt benne kérdések.

## Vizsgálati módszerek az orvos-beteg szimulációs gyakorlatokban

A kutatás célcsoportja a Pécsi Tudományegyetem Orvoskarán tanuló orvostanhallgatók. Az orvosi kommunikáció és empátia fejlesztése orvos-beteg interakciók gyakorlásával történik az egyetemen. Elsőévesként az Alapellátási Intézetben meghirdetett *Bevezetés az orvosi kommunikációba* tantárgy keretében Pilling János „*Orvosi kommunikáció a gyakorlatban*” című könyvéből sajtátítják el az orvostanhallgatók az elméletet, szemináriumokon a gyakorlatot. Később, felsőbb évesként szimulált helyzetekben történik a képzésük. Ezeken a kurzusokon adott a lehetőség, hogy a valódi orvos-beteg szituációkhoz nagyon hasonló helyzetekben az orvostanhallgatók megtanulhassák, hogy milyen módon kell úgy kommunikálni a betegekkel, hogy empatikusabb kommunikációt tudjanak kialakítani a jövőbeli betegeikkel. A kutatás célja, hogy az empátiás képességeket mérjük. A korábbi kutatások főleg az orvos oldaláról mérték az empátiára való törekvést. Mivel a kommunikáció kétszereplős, így a jelen kutatás célja, hogy a beteg oldaláról is mérjük az orvos empatikus képességének mértékét. Annak mérésére, hogy az empatikus kommunikáció milyen mértékben tudott megvalósulni, empátia-skálát alkalmaztunk, melynek alapjául a „*The Patient-Professional Interaction Questionnaire (PPIQ) to Assess Patient Centered Care from the Patient's Perspective*”



(Casu – Sommaruga – Gremigni, 2018) szolgált (1. melléklet). A 16 kérdésből álló kérdőív 4 faktort mér:

1. Hatékony kommunikáció (1., 3., 6. és 9. kérdés):

A kérdések a beteg szemszögéből mérik, hogy az orvosa világosan, érthetően fogalmazott-e, kellő figyelemmel hallgatta-e meg őt és erre megnyugtató hangon, tisztelettel válaszolt-e az adott szituációban.

2. A beteg tervei iránti érdeklődés (2., 5., 7., és 14. kérdés)

Azt méri, hogy az orvos érdeklődést mutatott-e a beteg tudása, érzései, vágyai és elvárásai iránt.

3. Empátia (4., 8., 10., és 12. kérdés)

Arról ad visszajelzést, hogy az orvos mennyire tudta megérteni a beteg érzéseit, beleélni magát a helyzetébe, magabiztos tudott-e maradni, mikor közel került a betegéhez, hogy támogassa, vigasztalja, hogy ezáltal a beteg megbízzon benne.

4. A beteg aktív részvételének elősegítése (11., 13., 15., és 16. kérdés)

Azt méri, hogy megvalósult-e az orvos-beteg interakcióban, hogy a beteg kérdezhesen, kifejezze a saját nézőpontját, véleményét, hogy együtt döntöttek-e az orvossal. Arról ad még visszajelzést, hogy az orvos tudott-e segíteni abban, hogy a beteg optimistán tudja kezelni a helyzetet.

### **Vizsgálati minta, a vizsgálat résztvevői**

A vizsgálat helye Eklicsné dr. Lepenye Katalin kurzusa volt angol programos hallgatóknak, a kurzus címe: *Taking medical history with actors, simulation practices in the mediskillslab*. A 10. oktatási héten került sor a vizsgálatra, melyben 14 fő angol programon tanuló orvostanhallgató (2 japán, 2 kanadai, 1 finn, 9 norvég hallgató) vett részt, közülük 3 fő negyedéves, 1 ötödéves, a többiek harmadévesek. A vizsgálati szituáció a következő volt: rossz hír közlése (tüdőrák, Alzheimer-kór, akromegália, prosztata rák, májcirrózis), melyben 5 hallgató vett részt orvosként és az angol anyanyelvű oktató mellett egy színész a beteg szerepében.

### **A vizsgálat részletes leírása**

1. rossz hír: Előzményként a beteg mellkasi fájdalommal kereste fel orvosát, aki további vizsgálatokat rendelt el. Az első szituációban az orvosnak az

eredmények ismeretében közölnie kellett a beteggel, hogy a vizsgálatok tüdőrákot igazoltak. A hallgató az interakció során pontosan követte a SPIKES modell lépéseit. Az információ átadáskor figyelt a beteg reakcióira, hosszú szüneteket hagyott, hogy éreztesse a beteggel, van lehetősége kérdezni, az információkat feldolgozni. A kezelési terv és további teendők megbeszélésekor a pozitívumokat emelte ki, a gyógyulási statisztikákat, a lehetőségek sokféleségét. Támogató magatartásával vezette végig a beszélgetést. Folyamatos volt a szemkontaktus és szolid érintésekkel jelezte, hogy a beteget megérti, segíti, ezt verbálisan is megerősítette.

2. rossz hír: A második szituációban egy hallgató az Alzheimer-kór diagnózisát választotta rossz hír közlésére. A vérvizsgálati eredmény ismeretében közölte a hírt a beteggel. A hallgató csak röviden kérdezett, a fokozatosságot kevésbé betartva azonnal közölte a rossz hírt a beteggel. Enyhítésként azonnal hozzátette, hogy ez a betegség hosszú lefolyású. Sokat magyarázott, nagyon sok információval látta el a beteget, kevesebb szünetet tartott és nem hagyott teret sok kérdésnek. A kezelést és a további lehetőségeket viszont elmagyarázta a betegnek. Megértését, támogatását verbális és nem-verbális kommunikációval is jelezte.

3. rossz hír: A harmadik szituációban a hallgató az akromegáliát választotta rossz hírnek. Nagy empátiával, lassan, részletesen magyarázta el, hogy milyen betegségről van szó és mik azok a kezelési lehetőségek, amelyek segítik enyhíteni a tüneteket. A szemkontaktus folyamatos volt. A beteg kérdéseit meghallgatta és érthetően válaszolt azokra.

4. rossz hír: A negyedik szituációban a hallgató a prosztatatarák diagnózisát közölte a beteggel. A diagnózis ismertetése előtt sok kérdést tett fel a betegnek. Ezután mondta el a rossz hírt. Majd kiemelte, hogy a gyógyulás statisztikája magas. A szituációban kitért arra is, hogy akár a beteg, akár bármely hozzátartozója további kérdéseire bármikor szívesen válaszol.

5. rossz hír: Ebben a szituációban a hallgató orvosként a májcirrózis diagnózisát közölte a beteggel. A beszélgetést azzal kezdte, hogy összefoglalta a tüneteket, majd rákérdezett arra, hogyan érzi magát a beteg. Minden további információ előtt megkérdezte a betegről, hogy szeretné-e most hallani, vagy egy későbbi alkalommal részletezze a kezelési lehetőségeket, kilátásokat. A szemkontaktus folyamatos volt. Verbális és nem-verbális kommunikációval is jelezte a beteg felé támogatását, megértését.

## Vizsgálati eredmények

A vizsgálati eredményeinket a 2. táblázatban összegeztem (ld. 2. melléklet)

1. Hatékony kommunikáció megvalósulása a szimulációs helyzetekben (1., 3., 6. és 9. kérdés)

Minden beteg a maximális pontot adta, érthető volt az orvost játszó hallgatók tájékoztatása a betegségről, tisztelettel és figyelmesen beszéltek a beteggel, egy esetben, a prosztatatarák esetében nem valósult meg maximálisan a nyugodt kommunikáció.

2. A beteg tervei iránti érdeklődés (2., 5., 7., és 14. kérdés)

Minden szimulált szituációban az orvost játszó hallgató maximálisan ki tudta fejezni, hogy érdekli a beteg véleménye a jelenlegi egészségi helyzetéről és a jövőbeli kezelés lehetőségeiről.

3. Empátia (4., 8., 10., és 12. kérdés)

Minden esetben a beteg úgy értékelte az orvosát, hogy meg tudta élni az adott beszélgetésben, hogy orvosa meghallgatja. Két esetben viszont a beteg azt jelezte vissza, hogy az orvos nem tudta maximálisan megérteni az érzéseit (akromegália és prosztatatarák). A legalacsonyabb pontokat arra a kérdésre adták a beteget játszó színészek, hogy az orvos bele tudta magát képzelni a beteg helyébe. A bizalomkeltő és biztonságot nyújtó helyzetet csak az Alzheimer-kórt közlő orvos esetében tapasztalta meg a beteg.

4. Beteg aktív részvételének elősegítése (11., 13., 15., és 16. kérdés)

Minden szituációban érezte a beteg, hogy az orvos bevonja a kezelés menetébe, erre elég időt szánt és alkalma volt a kérdéseit feltenni. Elmondhatták a nézőpontjaikat és csak egy esetben (tüdőrák) értékelte a beteg úgy az orvosát, hogy nem teljesen valósult meg, hogy bátorítást és optimizmust élt meg a szituációban.

## Konklúzió

A tanulmány az orvostanhallgatók empatikus kommunikációjának megvalósulását mérte szimulált orvos-beteg szituációkban, amikor rossz hírt kellett közölniük a beteggel. A beteg szemszögéből értékeltük az

orvostanhallgatók kommunikációját. A kurzus fő célja a szakmai kommunikáció fejlesztése szimulált helyzetgyakorlatokban. A beteget játszó színészek, a csoport, az oktató és a szakorvos visszajelzése segítette a hallgatókat a félév során, hogy hatékony, empatikus kommunikációs készségüket fejleszteni tudják. A hatékony kommunikáció megvalósulása sikeres volt. Az empátia tekintetében azt találtuk, hogy a klinikai kommunikációban követendő feladat, azaz hogy a beteg azt érezze, az orvos megértette érzéseit, nem tudott olyan maximális mértékben megvalósulni, mint az információ átadás érthetősége, világos megfogalmazása. Ennek fejlesztésére egy hasonló, szimulált orvos-beteg gyakorlatokon alapuló további kurzus szükséges, ahol a fókuszban az empátiafejlesztés áll.

A klinikai kommunikáció célja nem az, hogy az orvos átérezze a fájdalmat, a beteg érzéseit, vagy a helyébe tudja magát képzelni, hisz ez hosszútávon az orvos kiegészéhez vezethet. Nagyon megterhelő nehéz helyzeteket ugyanúgy átélni, mint a beteg, nem is az orvos feladata. A hangsúly a kognitív empátiás képesség elsajátításán és alkalmazásán van, mivel minden orvos-beteg helyzetben meg kell értenie a szakembernek betegét. Ez vezet hatékony együttműködéshez és ez által sikeres terápiához. Egy empátiás kommunikációt fejlesztő kurzus során tudják elsajátítani a hallgatók azokat a kommunikációs készségeket, amelyeket alkalmazva azt is meg tudja élni a beteg az interakcióban, hogy biztonságban érzi magát az orvos közelében, aki számára bizalomkeltő. A beteg azt is megtapasztalhatja így az interakcióban, hogy orvosa maximálisan megérti. Kutatásunk arra irányítja a figyelmet, hogy az orvos-beteg kommunikációban – főleg olyan megterhelő szituációban, mint a rossz hír közlése – a fő cél nemcsak az, hogy az orvos megfelelő nyelvi eszközökkel tudja megfogalmazni a problémát és annak megoldási lehetőségeit, hanem hogy meg is tudja érteni betegének érzéseit, gondolatait. A beteg személyiségéhez illeszkedő reflektálás, visszajelzés a kommunikáció hatékonyságát is növeli, ami a gyógyítás eredményességét nagymértékben elősegíti.

## Hivatkozások

- Baile, W. F. – Buckman, R. – Lenzi R. et al., (2000): SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*. February 2000. 5/4. 302-311. DOI: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Batson, C. D. (2011): These Things Called Empathy: Eight Related but Distinct Phenomena. In: Decety, J. – Ickes, W. (eds.) (2011): *The Social Neuroscience of Empathy*. The MIT Press: Cambridge, Massachusetts
- Buda, B. (1986): *A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei*. Animula Kiadó: Budapest

- Casu, G. – Sommaruga, M. – Gremigni, P. (2018): The Patient-Professional Interaction Questionnaire (PPIQ) to assess patient centered care from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling*. 102/1. 126-133. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.006>
- Eslinger, P. J. (1998): Neurological and neuropsychological bases of empathy. *European Neurology*. 1998. 193-199. DOI: <https://doi.org/10.1159/000007933>
- Hoffman, M. L. (2000): *Empathy and Moral Development. Implications for Caring and Justice*. Cambridge University Press: New York. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511805851>
- Hojat, M. (2007): *Empathy in Patient Care*. Springer: Philadelphia, Pennsylvania
- Hojat M. et al. (2011): Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Academic medicine. Journal of the Association of American Medical Colleges*. 86/3. 359-64. Elérhető online: [https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2011/03000/Physicians\\_\\_Empathy\\_and\\_Clinical\\_Outcomes\\_for.26.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2011/03000/Physicians__Empathy_and_Clinical_Outcomes_for.26.aspx). DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>
- Hojat M. et al. (2018): The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*. 2018 Dec. 23/5. 899-920. Online elérhető: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10459-018-9839-9>. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10459-018-9839-9>
- Kaptschuk J.T. et al.(2010): Placebos without Deception: A Randomized Controlled Trial in Irritable Bowel Syndrome. *PLoS ONE*. 5/12. Online elérhető: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0015591>. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0015591>
- Pilling, J. (2011): *Medical Communication*. Medicina: Budapest
- Pilling, J. (2018): *Orvosi kommunikáció*. Medicina: Budapest
- Preston, S. D. – de Waal, F. B. M. (2002): *Empathy: Its ultimate and proximate bases*. Behavioral and Brain Sciences. 25. 1-72. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0140525X02000018>
- Silverman, J. – Kurtz, S. – Draper, J. (2013): *Skills for Communicating with Patients*. Radcliffe Publishing Ltd: London
- Wispé, L. (1986): The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50. 314-321. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.2.314>
- Zahn-Waxler, C. – Robinson, J. L. – Emde, R. N. (1992): The development of empathy in twins. *Developmental Psychology*. 28/6. 1038–1047. DOI: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.6.1038>

## Mellékletek

### 1. melléklet. The Patient-Professional Interaction Questionnaire (PPIQ) to Assess Patient Centered Care from the Patient's Perspective

	egyáltalán nem				teljesen
1. Érthető információkat adott.	1	2	3	4	5
2. Érdekelte, hogy milyennek tartom a jelenlegi egészségi állapotom.	1	2	3	4	5
3. Nyugodt és csendes hangon beszélt hozzám.	1	2	3	4	5
4. Megértette az érzéseimet.	1	2	3	4	5
5. Érdekelte, hogy mit tudok a betegségemről és a betegségem jövőbeli alakulásáról.	1	2	3	4	5
6. Tiszteletet mutatott felém, mint ember felé.	1	2	3	4	5
7. Érdekelte, hogy mit szeretnék a kezeléstől, mire vágyok.	1	2	3	4	5
8. Meg tudott hallgatni engem.	1	2	3	4	5
9. Figyelt arra, amit mondtam neki.	1	2	3	4	5
10. A helyembe tudta magát képzelni.	1	2	3	4	5
11. Hagyott időt arra, hogy kérdezzek és beszéljünk a betegségemről.	1	2	3	4	5
12. Bizalomkeltőnek tűnt és biztonságban éreztem magam, amikor megérintett vagy a közelemben volt.	1	2	3	4	5
13. A kérdéseivel lehetővé tette, hogy én is elmondhassam a saját nézőpontomat.	1	2	3	4	5
14. Érdekelte, hogy mit várok a kezeléstől.	1	2	3	4	5
15. Bátorított és optimizmust sugárzott.	1	2	3	4	5
16. Lehetőséget adott arra, hogy megbeszéljük és közösen döntsük el, mi történjen.	1	2	3	4	5

## 2. melléklet. Vizsgálati eredmények

Szituációk	1 tüdő- rák	2 Alzheimer- kór	3 akro- megália	4 prosztata- rák	5 máj- cirrózis	Átlag
1. Érthető információkat adott.	5	5	5	5	5	5
2. Érdekelte, hogy milyennek tartom a jelenlegi egészségi állapotom.	5	5	5	5	5	5
3. Nyugodt és csendes hangon beszélt hozzám.	5	5	5	4	5	4,8
4. Megértette az érzéseimet.	5	5	4	4	5	4,6
5. Érdekelte, hogy mit tudok a betegségről és a betegségem jövőbeli alakulásáról.	5	5	5	5	5	5
6. Tiszteletet mutatott felém, mint ember felé.	5	5	5	5	5	5
7. Érdekelte, hogy mit szeretnék a kezeléstől, mire vágyok.	5	5	5	5	5	5
8. Meg tudott hallgatni engem.	5	5	5	5	5	5
9. Figyelt arra, amit mondtam neki.	5	5	5	5	5	5
10. A helyembe tudta magát képzelni.	3	4	4	4	4	3,8
11. Hagyott időt arra, hogy kérdezzek és beszéljünk a betegségről.	5	5	5	5	5	5
12. Bizalomkeltőnek tűnt és biztonságban éreztem magam, amikor megérintett vagy a közelemben volt.	3	5	4	4	4	4

13. A kérdéseivel lehetővé tette, hogy én is elmondhassam a saját nézőpontomat.	5	5	5	5	5	5
14. Érdekelte, hogy mit várok a kezeléstől.	5	5	5	5	5	5
15. Bátorított és optimizmust sugárzott.	4	5	5	5	4	4,6
16. Lehetőséget adott arra, hogy megbeszéljük és közösen döntsük el, mi történjen.	5	5	5	5	4	5