

Kommunikációoktatás az orvosképzésben

Az orvos–beteg kommunikáció oktatása

Miért is szükséges az orvostanhallgatóknak kommunikációt tanulniuk? Miért nem elég „egyszerűen” kitűnő diagnosztának és terapeutának lenniük? Hadd válaszoljak ezekre a kérdésekre egy személyes történettel. A közelmúltban, amikor meglátogattam a dédnagymamámat, megkért engem, hogy nézzem meg a gyógyszereit, mert már nem emlékszik arra, hogy melyiket is írta az orvos a vérnyomására, s melyiket a hátfájdalmára. Dédnagymamám gyógyszerei egy nagy ládában voltak összegyűjtve. Átnéztem a gyógyszereket: számos, különböző típusú vérnyomáscsökkentő volt köztük – s a dobozok többsége fel sem volt bontva...! Ezen meglepődtem, s megkérdeztem, miért nem szedte be ezeket a gyógyszereket. „Kisfiam – mondta nekem –, ha én minden gyógyszert beszedtem volna, amit az orvosok felírnak, akkor már régen nem élnék!”

Nyilván lehetne vitatkozni azon, hogy dédnagymamámnak igaza volt-e vagy sem – az azonban vitathatatlan, hogy a példája korántsem egyedüli. Több vizsgálat egybecsengő eredménye szerint a betegek 20–40%-a egyáltalán nem veszi be az orvos által rendelt gyógyszereket, s még ennél is nagyobb az előírt adagolástól való eltérés mértéke. Hasonlóképpen magas az életmódra vonatkozó utasítások be nem tartásának aránya: a diétára vonatkozó orvosi utasításokat például a betegek 72%-a teljesen figyelmen kívül hagyja. (Pedig ez orvosi vonatkozásban általában nem a szép alak elérése miatt lenne szükséges, hanem azért, mert a megfelelő étrend elengedhetetlen pl. a cukorbetegség vagy egyes vesebetegségek kezeléséhez: az étrend be nem tartása a beteg egészségét – sőt esetenként az életét is – súlyosan veszélyeztető szövődmények kialakulásához vezethet.)

Természetesen nem ezek a jelenségek az egyedüli okai az orvos–beteg kommunikáció tantárgyként való oktatásának, kétségtelen azonban, hogy ezek a felismerések is jelentős szerepet játszottak abban, hogy az 1980-as évektől egyre több orvosi egyetemen vezették be a kommunikáció oktatását. Magyarországon 1993-ban a SOTE-n, az akkor alakult Magatartástudományi Intézet egyik tárgyaként tanultak először az orvostanhallgatók kommunikációt. A tantárgy szemléletli rendszerének meghonosítása, a kezdeti évek tematikájának és módszertanának kidolgozása elsősorban Buda Béla s Németh Erzsébet munkájának az eredménye.

Ma már mind a négy hazai orvosi egyetemen van kommunikációoktatás, bár ezek keretei eltérők. A SOTE (ma már: Semmelweis Egyetem) Magatartástudományi Intézetének tantárgyai (kommunikáció, antropológia, szociológia, pszichológia, etika) egymással szoros kapcsolatban állva a gyógyítás holisztikus modelljét képviselik, vagyis azt a szemléletet, hogy az emberi lét testi, lelki, szociális és spirituális vonatkozásai egymással összefonódnak, egymásra kölcsönösen hatnak, s ennek figyelembevétele az orvoslásban is alapvető fontosságú.

A magatartástudományi tárgyak oktatása az orvosképzés egészét átfogja. Ennek részeként azonban a kommunikáció sajnálatos módon az elsőéves hallgatók képzésének vált a részévé. Ennek problematikussága nyilvánvaló annak fényében, hogy első évben az orvostanhallgatóknak a betegekkel még nincs kapcsolatuk – többi elsőéves tantárgyuk (anatómia, biofizika stb.) elméleti alapozó tantárgy. (A kommunikációoktatás helyét kijelölő egykori döntés megváltoztatására tett kísérletek az elmúlt években eredménytelenek voltak – változást előreláthatólag a kreditrendszer bevezetése hoz majd.)

A hallgatók saját tapasztalatainak hiánya oda vezet, hogy számos orvostanhallgató téves elképzelésekkel érkezik az első kommunikációs gyakorlatára. Újra és újra találkozunk néhány hallgatóval azzal a véleményével, hogy a kommunikáció oktatása fölösleges, hiszen kommunikálni mindenki tud. A mindennapokban is előforduló, de az orvoslásban kiemelt jelentőségű kommunikációs hibák (információk helytelen átadása, a meggyőző kommunikáció hiányosságai stb.) felismerésének és kiküszöbölhetőségének lehetőségén túl ezek a hallgatók – tapasztalatok hiányában – még nem szembesülhettek azzal sem, hogy az orvosi kommunikáció olyan speciális helyzeteket is magában foglal (rossz hírek közlése, betegségtudat nélküli pszichiátriai betegekkel való kapcsolat, kommunikáció szexuális problémákról, kapcsolat öngyilkosságra készülő vagy öngyilkosságot megkísérelt emberekkel stb.), amelyekkel a hétköznapi életben nem vagy rendkívül ritkán szembesülnének, orvosként azonban ezek mindennapos munkájuk részei lesznek. Hasonlóképpen gyakran találkozunk egy másik téves hiedelemmel, miszerint a kommunikáció nem egzakt tantárgy, ez csupán véleményeken, személyes elképzeléseken alapul. Valójában az orvos–beteg kommunikáció témakörében ma már olyan nagyszámú vizsgálati eredmény áll rendelkezésünkre, hogy természetesen ez a tantárgy is beilleszthető a bizonyítékokon alapuló orvoslás keretei közé.

Mindez azonban azt jelenti, hogy szemben azokkal a felsőoktatási intézményekkel, amelyekben a kommunikáció önálló karként vagy szakként szerepel (s ahová ezáltal a kommunikáció tanulásának szándékával jelentkezők a hallgatók), az orvosi egyetemen egy speciális problémával is szembe kell néznünk: meg kell győznünk az elsőéves hallgatóink (legalábbis egy részét)

arról is, hogy a kommunikáció oktatása hasonlóképpen fontos része az orvosképzésnek, mint a szomatikus ismereteket oktató tantárgyaik.

Ez az oka a tantárgy első ránézésre furcsa beosztású oktatásának is. A féléves (30 órás) kommunikációképzés két tantermi gyakorlattal kezdődik, ezt követi három előadás, amit további gyakorlatok (s ennek részeként a terepgyakorlat) követ. Logikusabb lenne, ha átfogó előadások vezetnék be a tantárgy ismereteit – mivel azonban az előadások látogatása egyetemünkön nem kötelező, az előítéletekkel érkező hallgatók jelentős része nem jelenne meg az előadásokon, ha így kezdődne a félév (amint ezt korábban tapasztalhattuk is). Ezért kezdődik az oktatás gyakorlatokkal, amelyeknek nemcsak a tárgy bemutatása a céljuk, hanem a hallgatói elképzelések feltárása és megvitatása is. Részben ennek a módszernek köszönhetően ma már az előadásokon a hallgatók többsége jelen van.

Az orvos–beteg kommunikáció oktatásának közel egy évtizede alatt az oktatás módszertanát is igyekeztünk folyamatosan fejleszteni. Napjainkban az oktatást a következő főbb szempontok jellemzik:

- Az oktatás *gyakorlatorientált*: középpontjaiban olyan témakörök állnak (pl. az orvosi interjú elemei, az anamnéziszfelvétel buktatói, kommunikáció beteg gyermekekkel, a szuggesztiók szerepe az orvosi kommunikációban stb.), amelyek az orvosi gyakorlat mindennapjainak alapvető elemei.

- Mindezeket a gyakorlati ismereteket a *bizonyítékokon alapuló orvoslás keretei között* mutatjuk be, a javasolt kommunikációs stratégiák és technikák hatékonyságát vizsgálati eredményekkel támasztjuk alá.

- Rendkívül fontosnak tartjuk az oktatás interaktivitását. A hagyományos, egyirányú információátadás helyett a témakörök problémaközpontú, *közös megbeszélésére* törekszünk.

- A hallgatói aktivitás elősegítésének másik eszközeként a tantermi gyakorlatok során igen sok *strukturális gyakorlatot* használunk: arra törekszünk, hogy az elméleti ismeretek minél nagyobb részét a hallgatók saját élményeik alapján sajátítsák el.

- Külön kiemelendő a strukturális módszerek közül az *oktatóbetegek* bevonása. Az oktatóbetegek olyan egészséges emberek, akik megtanulnak egy – oktatócsoportunk tagjai által készített – betegszerepet. Ez lehetővé teszi a tantermi gyakorlatok során az orvos–beteg kommunikáció modellezését. (Ezt a hatékony s a hallgatók által is kedvelt oktatási módszert az alábbiakban részletesebben ismertetjük majd.)

- Az oktatóbetegek közreműködésével készült gyakorlatokhoz hasonlóan időnként más strukturális gyakorlatokat is *videóra veszünk* – a felvételek elemzése pontosabb és részletesebb megfigyeléseket tesz lehetővé.

– Számos (részben tévéműsorokból felvett, részben kifejezetten oktatási céllal készült) *videofelvétel* áll rendelkezésünkre – ezek bemutatása nyomán is közös megbeszélésre törekszünk.

– Hallgatóinkat a szakirodalom önálló feldolgozására, *referátumok* megtartására is kérjük.

– Tekintettel arra, hogy az elsőéves hallgatóknak még nincs saját tapasztalatuk betegekkal, a kommunikációoktatás részeként a hallgatók terepgyakorlaton is részt vesznek. (A terepgyakorlatokról az alábbiakban szintén részletesebben is írunk.)

– Bár nem a curriculum része, de az oktatás igen hasznos kiegészítője az a filmklub, amelyet a Magatartástudományi Intézet egy éve indított. Az orvostanhallgatók számára szabadon látogatható filmklub keretei között olyan filmeket mutatunk be, amelyek az orvos-beteg kapcsolatról szólnak. Minden filmvetítést beszélgetés követ, a film témájához kapcsolódó témakörrel.

A terepgyakorlatok és oktatóbetegek szerepe az orvosi kommunikáció oktatásában

Oktatásunk két fontos elemét, a terepgyakorlatokat és az oktatóbetegek bevonását részletesebben is szeretnénk bemutatni.

A terepgyakorlatok

A terepgyakorlatok bevezetését az a tény tette szükségessé, hogy a kommunikáció tantárgy helye a curriculumban sajnálatosan az egyetem első évében van. A hallgatók folyamatos visszajelzései a gyakorlati tapasztalatok hiányáról az egyetemi évek eme korai időszakában, világossá tették az oktatók számára, hogy a tantárgy népszerűségét csakis olyan módszerrel növelhetik, amely kifejezetten a gyakorlatra irányul. Az erre kínálkozó lehetőségek egyike a terepgyakorlat volt.

A hallgatók, miután a kommunikáció alapfogalmait elsajátították, egy általunk előzetesen felkínált terepgyakorlati listából szabadon választhatnak helyszínt. A lista olyan kórházi osztályok, ambulanciák, háziorvosi rendelők adatait tartalmazza, ahol az ott dolgozó személyzet tagjai vállalkoznak az együttműködésre és a hallgatók fogadására. A terepgyakorlati helyszínek megválasztásában szerepet játszó kritériumok közül talán kettő a legfontosabb: igyekszünk minél érdekesebb és változatosabb helyszíneket biztosítani (pl. gyerekgyógyászat, addiktológia stb.), továbbá lehetővé tenni, hogy a hallgatók inkább pozitív élményeket szerezhessenek, és kedvező magatartásmintákkal találkozhassanak ezen, általában elsők közt számon tartott, gyakorlati tapasztalataik során. Az itt eltöltött időtartam 4 óra, amelyet különböző orvosi, egészségügyi helyzetek megfigyelésével tölthetnek. Ilyen

megfigyelésre alkalmas helyzetek: orvosi vizitek, orvosi interjúk, műtét, várótermek, orvosi konzíliumok stb.

A megfigyelés javasolt szempontjai:

– a verbális és nem verbális kommunikáció összefüggéseinek megfigyelése, elemzése

– az egészségügyben dolgozók betegekkel, hozzátartozókkal és egymással folytatott kommunikációjának, valamint a betegek egymás közötti kommunikációjának sajátosságai

– különböző orvosi szakterületek (pl. sürgősségi betegellátás, onkológia, nőgyógyászat, pszichiátria stb.) kommunikációs sajátosságai

– betegfelvétel, az exploráció, a vizsgálati módszerek, a diagnózis közlése, a terápiás beavatkozások, a vizit és a személyzeti megbeszélések kommunikációs specifikumai

– kritikus kommunikációs helyzetek

– empátia, kongruencia az orvosi kommunikációban

– a meggyőzés módszerei

A hallgatók a megfigyelésekhez, előzetes egyeztetés után, különböző technikai eszközöket is igénybe vehetnek. Készíthetnek magnó-, illetve videofelvételt, de általuk készített kérdőívek felvételére is van mód.

A helyszíni megfigyeléseket a hallgatóknak írásos beszámolóban kell rögzíteniük, majd ezt a csoport előtt egy szóbeli beszámoló is követi. Fontos itt megjegyezni, hogy ennek nem annyira számonkérés jellege van – inkább a tapasztalatok cseréjén van a hangsúly. Ilyenkor számos fontos kérdés kerül felszínre, amelyet a csoportban közösen megbeszélünk, segítve ezáltal is a hallgatók különféle – akár pozitív, akár esetleg negatív – élményeinek feldolgozását is.

Az oktatóbetegek

Az oktatóbetegek bevonását a kommunikáció oktatásába egy éve kezdtük, annak érdekében, hogy a hallgatók számára még több gyakorlási lehetőséget biztosítsunk. Korábban csak az orvosi pszichológia gyakorlatain vettek be oktatóbetegeket, harmadéven, de a tapasztalatok alapján az orvosi kommunikáció oktatásában az elsőéveseknél is kitűnően használható ez a módszer.

Az oktatóbetegek olyan egészséges személyek, akik arra vannak kiképezve, hogy közreműködésükkel az orvostanhallgatók „laboratóriumi” körülmények között gyakorolhassák az orvosi interjút. Az oktatóbetegek nem orvosok, nem pszichológusok vagy más segítő foglalkozásúak, hanem olyan önkéntesek, akik vállalkoznak az együttműködésre. Feladatuk egy – előzetesen betanult – betegszerep „eljátszása” a csoport jelenlétében. Ez tulajdonképpen kétszemélyes szerepjáték, szimuláció, ahol a szimulált beteg eljátsz-

sza egy beteg szerepét, míg egy orvostanhallgató az orvos szerepébe bújik. A cél nem a diagnózis megállapítása, hiszen az első évben ez nem lenne lehetséges, hanem az orvos-beteg kommunikáció elemzése. Fontos láttatni, hogy a korábban megismert kommunikációs készségek, stratégiák, hogyan működnek a gyakorlatban. Az is fontos, hogy ez csupán egy állomás az igazi betegekkel való találkozás előtt. A helyzet mesterséges volta miatt itt a kockázat jóval kisebb, és még az elkövetett hibák kijavítására is adódik lehetőség. Szándékosan nem a kockázatmentesség jelzőt használom, mert az orvostanhallgató számára egy idegen személlyel történő beszélgetés a csoport előtt tartogat rizikóelemeket. Ezért az oktatóbetegek bevonása csakis akkor időszerű, amikor a csoport már annyira összekovácsolódott, hogy a tagok szívesen vállalkoznak egy ilyenfajta „játékra”. Gyakorlatilag ez is az egyetlen ellenjavallata az oktatóbetegek bevonásának, azaz ha a csoportkohézió nem megfelelő.

Az oktatóbetegek szereplőit, ún. scriptjeit a Kommunikáció Részleg oktatói készítették el. A scriptek összeállításában az a legfontosabb szempont, hogy túl a betegségi tüneteken, a beteg személyisége is kirajzolódjon, lehetőséget nyújtva a hallgatóknak, hogy az adott esetről több szempontból is tájékozódhassanak. Egy másik szempont, amelyet igyekeztünk szem előtt tartani, az volt, hogy lehetőleg olyan orvosi szituációkat jelenítsünk meg, amelyek a mindennapi orvosi gyakorlatban rendkívül gyakran előfordulnak, de megoldásuk mégsem mindig egyértelmű vagy egyszerű. Ilyen szimulált helyzetek legfőbb témakörei a nehéz kérdésekről, tabukról – szexualitásról, halálról – történő beszélgetés vezetése, a meggyőzés jelentősége és szerepe az orvosi gyakorlatban, a beteg együttműködésének elősegítése, rossz hírek közlése, a beteg hiedelmeinek feltérképezése és kezelése stb.

A gyakorlat menete általában kétféleképpen zajlik. Az interjút rögzíthetjük videón, vagy a csoport többi tagját kérjük fel megfigyelőnek. Az orvost megjelenítő hallgatónak egyes esetekben (szintén előre elkészített) információkat adunk a betegségről, a beteg helyzetéről illetően, segítve őt abban, hogy kizárólag az interjú kommunikációs vonatkozásaival tudjon foglalkozni (pl. a beteg kész diagnózissal jön vissza a rendelésre, mikor már túl van a fizikális vizsgálatokon). Vannak azonban olyan helyzetek is, amelyekben az orvos és a beteg első találkozását modellezzük – itt értelemszerűen az orvostanhallgatók számára sem állnak rendelkezésre előzetes információk a betegről. A csoporttal előzetesen ismertetjük a visszajelzés adásának főbb szempontjait, szabályszerűségeit, ezáltal is kímélve az orvost játszó hallgatót a túlságosan kritikus megjegyzésektől. A szerepjátékot megbeszélés és elemzés követi a teljes csoport részvételével.

Még mielőtt a teljes csoport bevonódna a megbeszélésbe, lehetősége van az orvost játszó hallgatónak, hogy elmondhassa: ő maga hogyan élte meg az

adott helyzetet, s hasonlóképpen az oktatóbetegeink is adnak visszajelzést arról, hogyan érezték magukat ebben a szituációban, és milyen benyomást tett rájuk az „orvos”. Természetesen inkább a pozitívumok kiemelésére helyeződik a hangsúly: a kedvező magatartásminták megerősítését szorgalmazzuk, nem pedig a hiányosságok lajstromba vételét. Ez persze nem jelenti azt, hogy az esetleges hibákon átsiklunk, csak a súlypontok elhelyezésére különös gondot fordítunk a megbeszélés során.

Az elemzés főbb szempontjaiként a következőket említeném:

- kapcsolatfelvétel a beteggel (üdvözlés, bemutatkozás, keretek tisztázása stb.)
- kérdezési technika (nyílt és zárt kérdések, szuggesztív kérdések stb. használata)
- nyelvhasználat (mennyire igazodik a beteg nyelvhasználatához)
- empátia, aktív figyelem jelei (meghallgatás, összefoglalás)
- meggyőzés, ráhatás módjai
- diagnózis, esetenként rossz hír közlése
- a beteg hiedelmeinek feltérképezése
- a döntéshozás folyamata (a beteg bevonása ebbe a folyamatba)

A gyakorlat rendszerint a tapasztalatok összegzésével, a tanulságok levonásával zárul.

Hallgatói visszajelzések

Igen fontosnak tartjuk, hogy az oktatásról visszajelzéseket kapjunk a hallgatóktól – ez hozzájárulhat az oktatás hatékony elemeinek megerősítéséhez, s a hibák kiküszöböléséhez. Minden félév végén arra kérjük hallgatóinkat, hogy egy névtelen kérdőíven értékeljék a tantárgyat, oktatóikat, az előadásokat, a tantermi gyakorlatokat, a terepgyakorlatokat, s tegyenek javaslatokat az oktatás további fejlesztésére. Az eredmények közül itt csupán néhányat emelnénk ki:

- A tantárgy fontosságát a 30 órás oktatás befejeztével a hallgatók (ötfokozatú skálán) már átlagosan 4,0-nak értékelik. (Ezt a kezdeti előítéletekhez és ellenállásokhoz viszonyítva igen jó eredménynek érezzük.)
- Jelenleg az évfolyam 70%-a a három előadásból legalább kettőn jelen van (annak ellenére, hogy ezek látogatása nem kötelező).
- Gyakorlatvezetőiket a hallgatók átlagosan 4,4-re értékelték.
- Legnépszerűbb oktatási módszerünk évek óta a terepgyakorlat: ennek hasznosságát átlagosan 4,5-re értékelik az orvostanhallgatók.

Felhasznált irodalom: Silverman, J., Kurtz, S., Draper, J. 1998. Skills for Communicating with Patients. Radcliffe Medical Press Ltd., Abingdon.