

## Modul 4: A társadalmi sokféleség kezelése az orvosi kommunikációban

### Bevezetés

A páciensek társadalmi-gazdasági, kulturális, etnikai és demográfiai sajátosságainak figyelembe vétele nélkül az orvosi tevékenység eredményessége és hatékonysága jelentősen romlik, azaz a kívánt eredmény, az egészségi állapot javulása nem, vagy csak nehezen következik be. A páciensek e jellemzőit az orvosok nem képesek megváltoztatni, de tevékenységük és kommunikációjuk páciensekre „szabásával” az egészség-kimenet jelentősen javítható, az egészség-egyenlőtlenségek csökkenthetőek. Az orvosok többségétől általában eltérő sajátosságokkal jellemző betegcsoportokra való figyelemfelhívás ezért elengedhetetlenül fontos az orvoscépzés során. Az ismeretközvetítésen túl egyfajta szemléletformálás szükséges annak érdekében, hogy a különbözőségek felismerése révén hatékonyabb együttműködés jöjjön létre orvos és beteg között – a megfelelő, azaz „kultúra-kompetens” kommunikáció alkalmazásával.

Azon csoportok, amelyek hátrányos helyzetben vannak a társadalomban, az egészségügyi ellátásban is „akadályozottak”. Ez az akadályozottság lehet konkrét (pl. az érzékszervi fogyatékkal élők esetében), vagy átvitt értelmű (pl. az alacsony végzettségű, a középosztályi nyelvet nem beszélő, értő betegek esetében).

A modul során az alábbi hátrányos helyzetben lévő csoportokkal való kommunikációs helyzeteket érintjük:

- a szegények és a szegénység, mint komplex élethelyzet (nem csupán a jövedelmi szegénység, hanem a társadalomban általánosan elfogadott javaktól való megfosztottság, a sivár környezet, szolgáltatások hiánya stb.)
- a sztereotipizálásra és hátrányos megkülönböztetésre lehetőséget adó demográfiai csoportokhoz való tartozás (kiemelt tekintettel az idősekre és a nőkre), pl. szexmunkás fiatal nő
- az etnikai és kulturális kisebbségi létből fakadó hátrányos élethelyzet
- a szexuális kisebbségi helyzet, pl. melegek, biszexuálisok
- fogyatékkal élő csoportok
- alkoholbeteg páciens
- szerhasználó, gyógyszerfüggő páciens
- túlsúlyos páciens
- idős páciens
- aluliskolázott beteg
- családon belüli erőszak áldozatává vált beteg

Az egészségügyben, csakúgy, mint az üzleti szférában egyre több orvos dolgozik együtt olyan kollégákkal és gyógyít olyan betegeket, akik más országokból és kultúrákból származnak.

Minden kultúrának megvan a saját világnézete és meggyőződése az egészséggel, betegséggel, gyógyszerekkel, gyógymódokkal, kezelésekkkel és orvosi ellátással kapcsolatban, ami gyakran félreértésekhez és nehézségekhez vezet.

Így e modul célja, hogy növelje az orvostanhallgatók kulturális ismereteit és tudatosságát az egészséggel kapcsolatos hiedelmek, attitűdök és magatartásformák inter- és szociokulturális hatásairól, valamint hogy olyan kompetenciákat és készségeket fejlesszen, amelyek hatékonyan hozzájárulnak a különböző társadalmi és kulturális háttérrel rendelkező betegek ellátásához a mai multikulturális munkakörnyezetben.

## Elméleti háttér

### A. Az interkulturalitás megközelítési lehetőségei Hofstede kultúraértelmezése alapján

Hofstede (Hofstede et. al., 1990) a kultúrát négy, hagymalevélként egymásra boruló réteggként különbözteti meg, ahogy azt az alábbi ábra is mutatja.



Source: Hofstede et al., 1990:291

**Szimbólumok:** külső, látható dolgok és jelenségek stb.

**Hősök:** az adott kultúrában nagyra becsült, adott esetben követendő magatartásmodellek

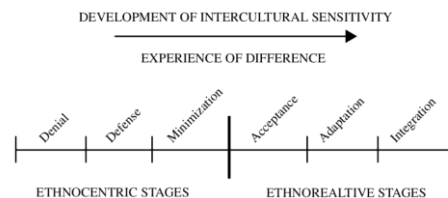
**Ritusok:** kollektív viselkedési formák (pl. üdvözlés, egyéb szokások).

**Értékek:** az előző hárommal szemben az értékek a külső megfigyelők számára közvetlenül már nem érzékelhetők. Meghatározzák, hogy az adott kultúrában mit érzékelünk jónak vagy rossznak.

### B. Az interkulturális érzékenység fejlődése Bennett alapján

Bennett (1986) interkulturális érzékenység fejlődésével foglalkozó modellje szerint az interkulturális érzékenység és kompetencia fejlődése szakaszos folyamat, mely két nagyobb egységre tagolható: etnocentrikus és etnorelatív fázisra.

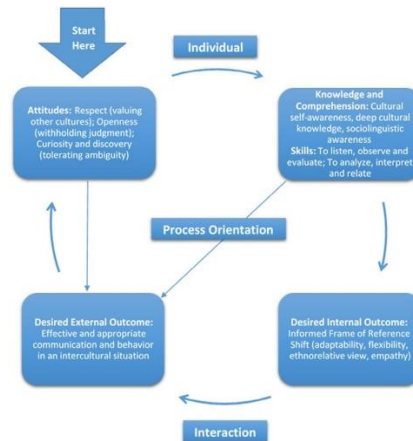
Előbbiben az érintett személy a saját kultúrájának szemüvegén keresztül nézi új környezetét (Thomas 2003, 2007), míg a következő szakaszban – individuálisan eltérő hosszúságú idő eltelte után – képessé válhat saját kultúrája látásmódjától függetlenül önmagában látni és értelmezni a befogadó kultúra jelenségeit. A két fázison belül összesen hat szakaszban, az elutasítástól akár egészen az integrációig is eljuthat a korábban esetleg teljesen ismeretlen kultúrába érkezett személy.



Source: Bennett, 1986:182

### C. Az interkulturális kompetencia fejlődési modellje Deardorff alapján

Deardorff (2006) interkulturális kompetencia fejlődési modellje egy másik szemszögből mutatja meg ugyanazt a folyamatot. A fejlődési folyamat a személyes interakciók segítségével a kiindulási attitűdöktől a tudáson és megértésen, valamint a készségek alakulásán keresztül vezet a belső és külső kimenethez, azaz a személyesen elért fejlődéshez, mely visszahat az attitűdökre, folyamatos körkörös fejlődéssé alakítva ezzel a folyamatot.



Source: Deardorff 2006:254

### D. Az interkulturális kompetencia fejlesztésének szükségessége egészségügyi környezetben

- a társadalmak egyre növekvő szociokulturális diverzitása,
- a kulturális különbségek miatt egyre összetettebbé váló kontextusok, például
  - az egészség és a betegség,
  - a tünetek és a lehetséges gyógymódok kulturális különbségei,
  - az egészségügyi ellátásba vetett bizalom,
  - a kisebbségi páciensek vagy a migrációs jelenségekből adódó multikulturális közeg gyakran manifesztálódhatnak olyan helyzetekben, ahol
  - a páciens és az ellátást nyújtó eltérő kulturális háttérrel rendelkezik
  - találkozásukra egy harmadik kultúrában kerül sor
- a nemzetközivé váló munkaerőpiacon az interkulturális kompetencia egyre inkább kulcskompetenciává válik
- elsajátítására a felsőoktatási mobilitás keretében külföldön tanuló orvostanhallgatóknak, valamint a befogadó kultúra orvosi felsőoktatásában résztvevő hallgatóknak speciális lehetőségük nyílik
- fejlesztésére célzott programok és tréningek formájában, lehetőség szerint már az egészségügyi képzés (szakképzés, felsőfokú tanulmányok) keretében kerülhet sor

## Összefoglalás

1. Az orvostanhallgatók érzékenyítése az eltérő kulturális, szociális, etnikai és demográfiai csoportok felismerésére és a velük való eredményes kommunikációra különösen fontos a képzés során.
2. Ehhez elengedhetetlenül fontos, hogy a hallgatók tudatosítsák meglévő sztereotípiáikat, előítéleteiket, amelyek hatással lehetnek orvosként is a kommunikációjukra, illetve gyógyítási gyakorlatukra.
3. Az egyes esetek során a személyes megélés segít annak a ténynek a felismerésében és jobb megértésében, hogy a megfelelő kommunikáció nem csupán erkölcsi, morális parancs (egyfajta „emberbaráti kötelesség”). A jó kommunikáció a gyógyító orvos munkájának eredményességét jelentősen növelő tényező, különösen azon betegek körében, akiket többféle korlátozottság (az iskolázottságtól kezdve a fizikai hozzáférőségig) akadályoz egészségi állapotuk fenntartásában és javításában.
4. Az egyes betegcsoportok társadalmi-gazdasági helyzete, iskolázottsága, a többségi társadalom egy részétől elszenvedett stigmatizációja az egyes orvosok által nem változtatható meg alapjaiban.
5. Az azonban, ahogy az orvos az adott beteggel kommunikál találkozásaik során, ahogy viselkedik terápiás helyzetben, egyértelműen a saját „befolyásolási körében” (azaz a saját kontrollja alatt) van.
6. A jobb kommunikáció, melynek része a nagyobb megértés, elfogadás, pedig javítja az együttműködést, és eredményesebb gyógyításhoz vezethet, csökkentve e betegek egészségromlását, az egészség-egyenlőtlenségeit.

## Hivatkozások és ajánlott szakirodalom

Bennett, M. J. (1986). A developmental approach to training for intercultural sensitivity. *International journal of intercultural relations*, 10(2), 179-196.

Betancourt, J. R. (2006). Cultural competency: Providing quality care to diverse populations. *The Consultant Pharmacist*, 21(12), pp. 988-995.

Deardorff, D. K. (2006). Identification and Assessment of Intercultural Competence as a Student Outcome of Internationalization. *Journal of Studies in International Education*, 10(3), 241–266.

Hofstede, G., Neujen, B., Daval Ohayv, D., Sanders, G. (1990). Measuring Organisational Cultures: A Qualitative and Quantitative Study Across Twenty Cases, *Administrative Science Quarterly*, 35(2), 286-316.

Marek, E., Faubl, N., Németh, T. (2020). Intercultural competence of medical students in Hungary. *Intercultural Communication Studies*, 29(1).

Rundle, A., Carvalho, M., Robinson, M. (2002). *Cultural Competence in Health Care: A Practical Guide* 2nd Edition, John Wiley & Sons, Inc., San Francisco