

Hartung István

A nemzetiségek egészségügyi ellátása

Abstract

Ethnicity is a major determinant of health status and access to care for a particular group in society. The health care system and health care workers have the task of adapting flexibly, facilitated by effective institutional socialisation of health care workers, consideration of interculturality and the development of specific communication strategies. The doctor-patient relationship has been replaced by a bio-psycho-social approach and concordance, in which peer-to-peer relationships and cooperation have become the dominant features. The health worker-patient relationship is influenced by fixed prejudices, stereotypes, behavioural patterns and different socio-economic status. As a result of socialisation differences, the health worker may not take into account the client's needs or prejudices may lead to conflict, making it difficult to develop an effective therapeutic plan. The solution may be to develop a culturally competent health care system that is able to develop effective and efficient patient care in response to a changing population and its needs.

Az etnikai hovatartozás a társadalom egy adott csoportjának egészségügyi állapotát és az ellátáshoz való hozzáférést nagyban meghatározza. Az egészségügyi ellátórendszer és egészségügyi dolgozók feladata a rugalmas alkalmazkodás, amit az egészségügyi dolgozók eredményes intézményi szocializációja, az interkulturalitás figyelembevétele és speciális kommunikációs stratégiák kialakítása segít elő. Az orvos-beteg kapcsolatot a bio-pszichoszociális megközelítés és a konkordancia váltotta fel, mely szemléletben az egyenrangú kapcsolat és együttműködés vált meghatározóvá. Az egészségügyi dolgozó és beteg kapcsolatára hatással vannak a rögzült előítéletek, sztereotípiák, viselkedésminták, eltérő szocioökonómiai státusz. A szocializációs különbségek következtében, az egészségügyi dolgozó, nem veszi figyelembe a kliens szükségleteit, vagy az előítéletek konfliktus kialakulásához vezethetnek, megnehezítik az eredményes terápiás terv kialakítását. Megoldást egy kulturálisan kompetens egészségügyi ellátórendszer kialakítása jelenthet, ami a változó populációra, és annak szükségleteire reagálva képes kialakítani a hatékony és eredményes betegellátást.

Pripadnost jednoj određenoj etničkoj zajednici relevantno je povezano s dostupnosti zdravstvenim povlasticama. Zdravstveni sustav, djelatnici istih s uvažavanjem specijalnih interkulturalnih, komunikacijskih, socijalizacijskih strategija kane djelovati uspješno na tom polju. Odnos liječnika i bolesnika karakterizira bio-psiho-socijalna dimenzija i konkordancija gdje je ključni motiv punopravna suradnja. Na odnos stručnog osoblja i bolesnika bitno utječu predrasude, stereotipije te i socioekonomski status. Ako djelatnici zdravstvenih ustanova na vode računa o različitim potrebama klijenta to može dovesti do konflikata te i do otežavanja uspješne terapije. Uvažavanje kulturalnih različitosti može djelotvorno utjecati na uspješno liječenje pojedinih bolesti i bolesnika.

Bevezetés

Az egészségügyi ellátórendszert vizsgálva az etnikai hovatartozás a társadalmon belül az adott csoport egészségi állapotában és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés különbségében mutatkozik meg. A KSH 2011-es népszámlálását áttekintve a hazai nemzetiségek közül 2001 óta jelentősen megnőtt Magyarországon a 10.000 főt meghaladó, önmagát cigány (roma) (61,49% növekedés), horvát (66,20% növekedés), német (47,07% növekedés), román (30,35% növekedés), szlovák (59,68% növekedés) kisebbségek száma. Az etnikai csoport szociális helyzete, kultúrája, kommunikációja és viselkedése, regionális elhelyezkedése hatással van az egészségi állapotára és meghatározhatja az egészségügyi ellátás igénybevételének lehetőségét. Magyarországon a hazai roma népesség a szociális helyzetéből adódóan a leginkább érintett. A cigányság számának jelentős gyarapodása (2011-es népszámlálásnál 308 957 fő, míg 2010-13-as felmérés alapján 876 000 főre becsült népesség) és a hazai roma népesség egészségügyi állapota és az egészségügyi ellátás igénybevétele meghatározó jelentőséggel bír (Szántó, Susánszky 2002; Péntes, Tátrai, Pásztor 2018). Az egészségügyi ellátórendszer és egészségügyi dolgozók feladata a rugalmas alkalmazkodás, amit az egészségügyi dolgozók eredményes intézményi szocializációja, az interkulturalitás figyelembevétele és speciális kommunikációs stratégiák kialakítása segít elő.

Az egészségügyi ellátórendszerben és országosan az etnikai sokszínűség növekedése hasonlóan más európai országokhoz összetett kihívást jelent az egyenlő bánásmód és egyenlő egészségügyi ellátás szempontjából. A kulturális sajátosságok és kommunikációs kihívások mind az egyén, mind az egészségügyi ellátórendszer szempontjából kockázatot jelentenek. Vezethet pontatlan diagnózishoz, non-compliance-hez és az adherencia hiányához, ami jelentősen megnöveli a betegségbe történő visszaesés kockázatát és konfliktusok kialakulását az egészségügyben. A hagyományos egészségügyi nézőpont szerint megjelenő paternalisztikus vagy paternalista, orvos központú kommunikáció és döntéshozatal és a compliance fenntartása mindinkább idejenuátnak tekinthető. Az attitűd szerint, ahol a betegnek követnie kell az orvos utasításait, a terápiás eredményesség kulcsa a kezelőorvos kezében van, a beteg szerepe pedig az általa adott utasítások passzív elfogadására, követésére korlátozódik. Ebben a hierarchikus logikában a beteggyüttműködés a „szülő szerepét játszó” orvostól függ, akinek utasítását a rá „gyermekként” támaszkodó betegnek el kell fogadnia (Kállai, Varga, Oláh 2007; Hetesi, Majó, Lukovics 2009). Az adherencia növelésére hatékony módszer az osztályos gyakorlatban az instrukciók egyszerűsítése, beteg reakcióinak megértése és módosítása, általános terápiás ismeretek bővítése, nyitott kommunikáció és bizalmi kapcsolat kialakítása, ítéletmentesség és tesztelés (Atreja, Bellam, Levi 2005). A hagyományos biomedikális nézőpont az osztályos kezelésben nem minden esetben hatékony a gyógyszeres compliance és adherencia kialakításában, ezért az osztályos gyakorlatban az orvos-beteg kapcsolatokat felváltotta a bio-pszicho-szociális megközelítés (beteg problémájának biológia, pszichológiai és szociális megismerése), egyenrangú partneri viszony az orvos-beteg kapcsolatokban, és a konkordancia (orvos-beteg és orvos-egészségügyi szakemberek együttműködése). Konkordancia a terápiához az a speciális esete, ahol az egészségügyi dolgozók (orvos, szakdolgozók) együttműködve egymással és a pácienssel alakítanak ki konszenzust. Kisebbségek szempontjából meghatározó fontosságú, és kívánatos állapot lenne, hiszen a beteg utak jól nyomon követhetőkké válnának, speciális helyzetek kezelése team munkában, közösen együttműködve történne a páciens igényinek lehetőség szerinti figyelembevétele.

Egyén és a csoport szerepe az interakciókban

Az egyén és a csoport helyzete a viselkedés szempontjából meghatározó. A csoport struktúrája, csoportkohézió és a vonatkoztatási csoportok hatást gyakorolnak az egyén viselkedésére és kommunikációjára. Csoportkohézió szempontjából lényeges szempont az elköteleződés a csoport közös normái és céljai iránt. A közös cél és küldetés pozitív érzelmekkel társulva befolyásolja a csoport és az egyén teljesítményét is. Aronson és Mills (1981) vizsgálatukban arra az eredményre jutottak, hogy azok a személyek, akik egy csoportba való bekerülés során nehéz próbatételeken vagy beavatáson kell, hogy keresztülmenjenek vonzóbbnak találják a csoportot, így valószínűleg elfogadják a csoport értékrendjét, belső szabályrendszerét, így erősödik a csoportszellem és a kohézió. A csoport tagjai nyomást fejtenek ki a konformitás irányába, nem tűrve a deviáns, vagy csoport belső szabályrendszerétől eltérő viselkedést; így az összetartozó csoportokra jellemző, hogy a személyek a csoporton belül egyéni vágyaikat háttérbe szorítják, alkalmazkodva a csoportnormákhoz. Ez a csoportba történő integráció során egyre kevésbé válik kényszerűvé egyéni szinten, és később már a világos normák mentén a személyek a csoport normáit és értékeit saját identitásuk, normájuk és értékrendjük szerint kezelik. (Forgács 2019)

Ezek az értékek kezdetben a gyermekkori szocializáció során alakulnak ki, majd később a vonatkoztatási csoportok játszanak szerepet az egyéni értékek és identitás kialakulásában. Szocializáció során az egyén elsajátítja az adott társadalom vagy társadalmi réteg normáit, szabályait, értékeit, hagyományait és kultúráját, ami az egyént a társadalom jól funkcionáló tagjává teszi. A tanulási folyamat során (szociális tanulás) a primer vagy elsődleges szocializációs közeg meghatározó szerepet játszik az örökletes biológiai adottságok és környező társadalmi erőtér jelentős mértékű befolyásán kívül. A fejlődési folyamat során az interakciókon keresztül az egyén társadalmi jellege bontakozik ki. (Tringer 2000) A folyamatban négy fontos szakaszt különítünk el: utánzás, modellkövetés, azonosulás (identifikáció), belsővé tétel (interiorizáció). Az egyes szakaszokban az egyén a kezdetben nem tudatos és nem szándékos utánzását követően modellkövető viselkedése tudattá válik, majd a modellül választott személy értékeivel, cselekedeteivel és viselkedésével azonosulva azt nyíltan és belsőleg is elfogadja, így azt a befolyásoló személy távollétében is tanúsítja. Interiorizáció során viselkedése folyamatosan függetlenedik a külső személytől és csoporttól, beépül személyiségébe, és az egyéni értékrend részévé válik (Zsolnai 2013; Morgan, Rendell, Ehn, Hoppitt, Laland 2012; Bandura 1977). A kisebbségek egészségügyi helyzetének megértéséhez külön kell vizsgálnunk az egészségügyi szocializáció és kisebbségek szocializációjának kérdéskörét.

Egészségügyi dolgozók szocializációja

Az egészségügyi pályaválasztás gyakran már kisgyermekkorban elkezdődik. Szerephez juthatnak a transzgenerációs hatások (generációkon átívelő hatások), gyerekkori trauma (egyén vagy családtag betegsége), személyiségtényezők (perfekcionizmus, helper-szindróma, omnipotencia). Ez a későbbiek során meghatározza az iskolaválasztást, és elkezdődik a szakmai elköteleződés, hivatástudat kialakulása. A szakmai szocializáció során megkülönböztetjük egymástól az intézményi és szakmai (professzionális) szocializációt. Az intézményi szocializáció során az egyén elsajátítja az intézményi kultúrát, formális- és nem formális szabályokat, melynek során találkozik a szakmaspecifikus elemekkel. Magasabb szinten az egészségügyi dolgozók együttműködése, azaz konkordancia zajlik, ahol a szakmaközi egyeztetések során internalizálja hivatását, ami megjelenik a verbális és nonverbális kommunikációban, illetve a metakommunikáció szintjén is (Zarshenas és mtsai 2014).

A pályaszocializáció során a pályaválasztás és a tanulmányok megkezdését követően a hallgató találkozik a szakmával. Laikus szemlélő szerepből kilépve elindul az egészségügyi dolgozóvá (orvos, nővér, dietetikus, gyógytornász) válás útján. Itt alapvetően tanulmányukat két fő szakaszra bonthatjuk:

- Preklinikai szakaszban történik az első találkozás az alapozó és szakmaspecifikus tárgyakkal. Megismerik a hierarchiát, az egészségügyi rendszer belső rendjét. Értékrendjük átalakul, kialakul a csoportkohézió, és elköteleződnek a csoport normái és céljai iránt.

- Klinikai gyakorlat és szakmai professzió kialakulása (szerepkényszer, másodlagos szocializáció) során azonosul a vonatkoztatási csoporttal, és konform módon közvetíti annak normáit. Megtörténik az integráció, szerepazonosulás. Ebben a szakaszban a rejtett szocializáció során két fontos attitűd elsajátítása zajlik. A hallgatók adaptálódnak az állandó bizonytalansághoz (döntéshozatal), és megtanulják az érzelmek eltávolítását (a szakmai objektivitás és beteggel való együttérzés egyensúlyban tartása céljából).

Kisebbségek szocializációja

Kisebbségi kultúrák vizsgálatában három alapvető modellt különíthetünk el. A kulturális deficit modell a kisebbségeket úgy vizsgálja, hogy valamilyen hiányt feltételez a szubkultúrából érkezőben, ami azonosává válik a társadalmi értelemben használt hátrányos helyzet fogalmával, anélkül, hogy etnikai szempontokat használna az értelmezésben. A kulturális különbségeken alapuló modell az egyediségre helyezik a hangsúlyt és nem veszik figyelembe többségi és kisebbségi társadalom viszonyát. A bikulturális szocializáció modellje kultúráközi szocializációt feltételez, ami figyelembe veszi a kisebbségi kultúrák családi és eredeti kultúrájába történő szocializációját, és a többségi társadalom kultúrájába történő integrációt a közoktatáson, tömegkommunikáción stb. keresztül (Forray, Hegedűs 1998; Nahalka 2014).

Forray és Hegedűs (1998) a hangsúlyt a kettős szocializáció gyakorlatára helyezi. A kisebbségek helyzetét a többségi társadalomba történő integrációjának sikerét hat különböző szempontból vizsgálja:

1. Kultúrák átfedése: beilleszkedés meghatározó eleme a két kultúra közötti átfedés vagy közös tartomány megléte. A beilleszkedést elősegíti, ha a két kultúra közelebb áll egymáshoz.
2. Közvetítők: személyek, akik mediátorként működnek a két csoport tagjai között és képesek közvetíteni az eltérő kulturális tartalmakat (tapasztalatcsere, értékek és normák közvetítése). Ezek a modell személyek a későbbi szocializáció során fontos szerepet töltenek be mind a kisebbségi, mint a többségi társadalom számára (Szakcsi Lakatos Béla – jazz zongorista, Szécsi Magda – író, Szentandrassy István – festőművész, Bangó Margit – előadóművész).
3. Korrigáló funkciójú visszacsatolás: korrektív visszacsatolás (pl. formális kommunikáció elsajátítása) eredményeképpen az egyén könnyebben illeszkedik be a többségi társadalomba. Kockázatot a negatív visszacsatolás jelent, hiszen csekély a korrigáló funkciója, nem mutatja be az adott helyzetben érvényes magatartási mintákat.

Stresszel, szorongással, feszültséggel jár, ami elutasításhoz vezet, és a szocializáció folyamata elakadhat.

4. Kognitív stílus: kognitív problémamegoldó stílust (stratégiát) határozza meg. A kognitív stílusok a problémával való szembekerülés során segítik az egyént a helyzet felmérésében és megoldásában. Minél inkább kultúra specifikusak azok a fogalmak, szabályok, amit a többségi társadalom használ, annál kevésbé valószínű a megfelelő problémamegoldó repertoár használata a kisebbségi társadalmakban.
5. Kétnyelvűség: a többségi nyelv hibás használata, nyelvtani hibák és akcentus előítéletességhez, általánosító ítéletességhez vezethet. A kétnyelvűség pozitív hatása lehet az etnikai öntudat, csoport kohéziója az anyanyelv elsajátításával, míg az „államnyelv” pontos ismerete a többségi társadalomba történő beilleszkedést segíti elő.
6. Testi jegyek: a nyilvánvaló fenotípusos jellegzetességek és különbségek hátráltatják, és nehezítik a többségi társadalomba beilleszkedést, míg a nagyobb fokú hasonlóság megkönnyíti azt.

Szociálizációs különbségek hatása A szociális különbségek hatására az orvos beteg kapcsolatokban gyakran megjelenik a feszültség, konfliktus, ami a compliance és adherencia sérüléséhez, noncompliance és nonadherencia kialakulásához vezethet. A kezelési nonadherencia jellegzetessége, hogy a krónikus betegek 50%-a nem szedi előírás szerint a gyógyszert, ami a kezeléseket kudarcnak 30-50%-át teszi ki. Betegek közül háromból egy beteg nem tartja be az előírásokat, ami évente világ szinten 100 milliárd dollár költséget jelent az egészségügynek. Hatására a kezelést mind az orvos, mind a beteg kudarcként éli meg, súlyosbodhat a betegség, és a frusztrált betegek az egészségügyi ellátórendszert túlzottan kihasználják (SBO, fekvőbeteg ellátás). Ennek eredményeként növekszenek a költségek, csökken a minőség, és elégedetlenek a betegek. A gyenge gyógyszeres adherencia gyakori oka a gyógyszerek magas költsége, az utánkövetés és gondozás hiánya, a sokszor bonyolult és nehézkes kezelési formák, illetve olyan egyéni tényezők, mint a kultúra, életmód és a hitvallás. (Cutler, Long, Berndt 2007; Ho, Magid, Masoudi 2006; Sokol, McGuigan, Verbrugge 2005) Kisebbségi csoportokat vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a magyarországi kisebbségek közül legnagyobb csoportot képviselő roma kisebbséget a problémakör jelentősen érinti.

A magyarországi cigány/roma népesség nem tekinthető teljesen homogénnek, azonban magasabb társadalmi pozícióban arányuk alacsony (Forray 2013). A cigány/roma kisebbség morbiditási adatainak közigazgatási gyűjtését törvényi szabályozás tiltja, így szociokulturális helyzetükből és genetikai vizsgálatokból következtethetünk egészségi állapotukra (Csépe 2010). Szociokulturális vizsgálatok hátránya, hogy a roma populációt a többségi társadalom egészével hasonlítja össze, és nem a lakosság azon részével, akiknek szociokulturális

életfeltételei hasonlóak a roma populációhoz (Forray 2013). Több szerző vizsgálatában és publikációiban jellemzően arról számol be, hogy a romák állapota elsősorban szociális alapú (Szirtesi 1994, 1999; Puporka, Zádori 1999; Demeter, Zayzon 2000; Prónai 2000; Forray 2007 In: Forray 2013). Sokszor a rögzült előítéletek, sztereotípiák, viselkedéses minták, eltérő szocioökonómiai státusz, hatással van a kommunikációra, meghatározza az egészségügyi dolgozó – beteg kapcsolatot. Hagyományokból- (cigány/roma kulturális örökség), családi szocializációból adódóan máshogy állnak a kezeléshez, kórházi osztályon való fekvőbeteg

ellátáshoz, amit a fentebb részletezett szocializációs különbségek következtében (bár mindkét fél kommunikációját a jó szándék vezérli), mindkét felet felkészületlenül érheti, ami meghatározza az együttműködést és a kezelés kimenetelét. (Forray 2013) Gyakran a kórházi hospitalizáció megszakításához vezet, kliens a kezelés során feszülté válik, családtagjait bevonja a feszült helyzetekbe, ami könnyen konfliktushoz vezet. Ez hosszú távon a primer és szekunder prevenció szintjén történő betegellátást is veszélyezteti, ami a betegség súlyosbodásához, krónicizálódásához, társbetegségek kialakulásához vezethet.

Roma populációt érintő vizsgálatok azt mutatják, hogy a népességet az általános halálozási ráta emelkedés, négyszeres csecsemőhalálozás és specifikus betegséghez kötött mutációk várható megjelenése jellemzi. Bizonyos genetikai mutációk megjelenése a populációra betegségekre hajlamosíthat. Várszegi munkájában leírja, hogy autoimmun betegséggel kapcsolatban IL23R gén és annak bizonyos variánsai roma populációban hajlamosíthatnak (IL23R rs10889677, rs1004819, rs2201841 és rs11209032 SNP) vagy valószínűsíthetően védettebbek (IL23R rs7517847 SNP) az autoimmun betegséggel szemben az átlag magyar populációt tekintve. Az asztmáért felelős FCER2 gén rs28364072 SNP vizsgálatából arra a következtetésre jutott, hogy roma populációban szignifikánsan alacsonyabb az asztmás betegségek előfordulása. (Várszegi 2015) Más vizsgálatok a szív- és érrendszeri betegségek magas kockázatára figyelmeztetnek a roma populációban, ami gyakran magas halálozási rátával jár együtt. (Csépe 2010)

A WHO egészség meghatározását figyelembe véve, ami leírja, hogy „Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya” a fizikális és szociális állapot mellett figyelembe kell vennünk a roma populáció mentális állapotát is (WHO 1948). A mentális egészség egy „jó-lét” állapot, lelki teherbíró képesség (reziliencia), ahol az egyén képes megküzdeni az őt érő problémákkal, kihívásokkal. Leleki egészségünk külső és belső hatótényezők által meghatározott. A szegénység, elszigetelődés és a hátrányos helyzet következtében sérül a mentális egészség, ami különböző tünetekhez, pszichés betegségekhez vezethet. Gyakori a neurotikus kórképek, mint a depresszió megjelenése (depressziós tünetegyüttes romák 75%-át érinti [EÜM 2001]), találkozhatunk pszichózissal, személyiségzavarokkal és gyakori a szenvedélybetegség is (főként alkohol és drogfüggőség). (Kármán 2013) Az egészség romlása többszörösen összefügg a szociális helyzettel, hiszen a munkanélküliség, alacsonyan fizetett egészségtelen munkavégzés, rossz lakhatási viszonyok, elégtelen táplálkozás predesztinálja a betegségek megjelenését.

A cigányság halotti és gyászszokásai kiemelten fontos szerepet töltenek be kulturális szempontból. Rítusaik és hagyományaik (siratás, virrasztás) eltérnek a többségi kultúra szokásrendszerétől, így az egészségügyi ellátórendszerben haldokló kliens, vagy elhunyt személy hozzátartozóival történő kommunikáció kihívást jelenthet az egészségügyi dolgozók számára. Megjelenhetnek speciális kórképek, mint a démonikus megszállottsággal kapcsolatos téveszmék cigány skizofrén betegek esetén, mely kultúrába ágyazott téveszme, hiedelmeket foglalhat magában.

Konfliktus

A konfliktus pszichológiai szempontból aktív frusztrációt jelent. A konfliktusok a krízishez hasonlóan a döntés, választás problémáját jelentik, frusztrációt okoznak. Ha az egészségügyi ellátást a beteg szemszögéből vizsgáljuk, elmondhatjuk, hogy a kezelés során az orvos által (kezelési eljárás választása) vagy tőle függetlenül (beteg szerep, medikális terápia elfogadás stb.) bevonódik a döntéshozatalba. Ez aktív frusztrációt jelent, ami feszültséggel jár, és gyakran

konfliktusokhoz vezet. A korábbi bekezdésekben tárgyalt szocializációs különbségek a konfliktushelyzet különböző értelmezéséhez és megoldásához vezetnek.

A konfliktusoknak öt alapvető okát különíthetjük el (Csupor, Kuna, Pintér, Kaló, Csabai 2017; Klausz 2014; Domschitz 2001):

- „Információ hiányából eredő konfliktus: Információhiány, félreinformáltság, az információk eltérő értelmezése, a bizalom hiánya az egyes információkban, különböző nézőpontok a lényeges információkat illetően, az információk eltérő felhasználása az ítéletalkotásban.

- A viszonyrendszer konfliktusa: Erős negatív érzelmek, félreértések, sztereotípiák, ismétlődő negatív magatartás, rossz hatásfokú kommunikáció

- Strukturális konfliktus: Eltérő helyzetek, eltérő szerepek, felelősség, a földrajzi helyzet eltérései; egyenlőtlen hatalom, hatáskör vagy a javak egyenlőtlen birtoklása

- Értékkonfliktus: Eltérő értékrendek (jó, rossz, igazságosság stb.), eltérő világnézetek

- Érdekkonfliktus: Összeegyeztethetetlen szükségletek, versengés a szűkös erőforrásokért”

Az egészségügyi ellátórendszer hatékony működése ellenére a kliensek számos ponton találkozhatnak konfliktushoz vezető helyzetekkel. A kisebbségek az egészségügyi ellátórendszerben különösen érintettek a konfliktusforrások szempontjából. Az információhiányból eredő konfliktusokat vizsgálva az eltérő kultúra, nyelvhasználat (szakmai kommunikáció, vagy nyelvhasználat etnikai sajátosságai) és a szocializációs közeg miatt bizalmatlanná válhatnak az egészségügyi ellátórendszerrel és dolgozókkal szemben a kisebbségek, illetve az egészségügyi dolgozók irányából is megjelenhet az ellenállás, hárítás. Az információkat félreérthetik, és eltérőképpen értelmezhetik, mint az orvos vagy egészségügyi dolgozó.

A viszonyrendszer konfliktusára jellemző a sztereotípiák megjelenése (kisebbségek negatív sztereotipizálása, pejoratív szóhasználat), félreértésekből eredő konfliktus (nonverbális kommunikáció félreértése), erős negatív érzések megjelenése az ellátórendszer és a kezelőszemélyzet irányába, és a rosszul megválasztott (szakmai nyelvezet használata) vagy rossz hatásfokú kommunikáció

Strukturális konfliktusra jellemző az alá-fölé rendeltségi viszony megjelenése (paternalisztikus modell), ami „megnemértést” tükröz, jelentős felelősséget jelent az orvosnak, és a hagyományos medicinában kizárja a beteget a döntéshozatalból. Az orvos szerep – beteg szerep megjelenése önmagában kockázatot hordoz a kezelés során, hiszen a beteg szerepében kiszolgáltatott helyzetben érezheti magát. Az egyenlőtlenségből eredő különbségek felerősítik a többségi társadalmat képviselő orvos, és a beteg (jelen esetben kisebbségi) közötti szakadékot és különbséget, ami könnyen vezethet konfliktushoz.

Értékkonfliktus során az orvos-beteg kapcsolati helyzetben lévő személyek között értékrendben és világnézetben megjelenő különbségeket találunk. Alapvetően a szocializációs különbségek következményei jelennek meg a kommunikációs helyzetben.

Érdekkonfliktus esetén a sztereotípiák, előítéletek nehezítik meg az egyenlő bánásmódot az ellátás során. Az egészségügyi dolgozó nem veszi figyelembe a kliens szükségleteit, vagy az előítéletek megnehezítik az eredményes terápiás terv kialakítását.

Megoldási stratégiák

Kisebbségek integrációja az egészségügybe (bikulturális szocializáció)

A változó társadalmi összetételre Európa-szerte hatékony válaszlehetőség a kulturálisan kompetens egészségügyi ellátórendszer kialakítása, ami a változó populációra, és annak szükségleteire reagálva képes kialakítani a hatékony és eredményes betegellátást. A kommunikációs nehézségek (önkifejezés, problémák felvázolása), a hozzáférési nehézségek az egészségügyi ellátórendszerhez megnehezítik az ellátást, feszültséghez, frusztrációhoz és előítéletekhez vezet. A bikulturális szocializáció elméletét figyelembe véve a különbségek fókuszba helyett az azonosságok és kulturális értékek fókuszba helyezése elősegítheti a társadalmi integrációt. Az integrációs programokon keresztül egy új identitás kialakítása lehet a cél (Forray 2013). A közvetítő személyek megjelenése az egészségügyi ellátórendszerben segít közvetíteni a kulturális értékeket, illetve erősíti az elfogadást a többségi társadalomban. A fiatal kisebbségi értelmiségre jellemző a nyelv újratanulása, hagyományok őrzése és integrációja a mindennapokba. A korrektív visszacsatolás, kooperatív helyzetek és integráns csoportok létrehozása segíti a kommunikációs és magatartási minták elsajátítását és korrigáló funkciót tölt be. Alapvető fontosságú lenne az önértékelés jelentőségének tudatosítása és asszertív jogok ismerete, kétoldalú tiszteletben tartása

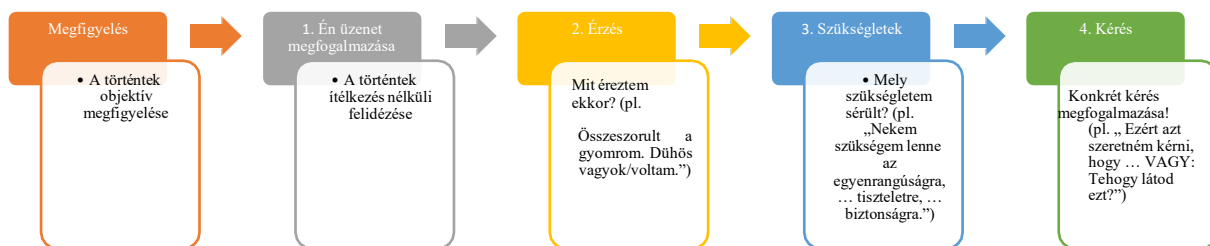
Asszertív jogok listája (Alberti, Emmons 1974):

1. Jogod van ahhoz, hogy megállapítsd, mi fontos neked és mi nem.
2. Jogod van ahhoz, hogy nemet mondj anélkül, hogy bűntudatot éreznél.
3. Jogod van ahhoz, hogy hibát kövess el – és vállald a következményeket.
4. Jogod van ahhoz, hogy meghallgassanak és komolyan vegyenek.
5. Jogod van ahhoz, hogy megváltoztasd a véleményedet.
6. Jogod van ahhoz, hogy azt mondd: „nem tudom”.
7. Jogod van ahhoz, hogy amiért fizetsz, azt meg is kapd.
8. Jogod van ahhoz, hogy ne képviseld az érdekeidet.
9. Jogod van ahhoz, hogy megbetegedj.
10. Jogod van ahhoz, hogy kérd, amit szeretnél.
11. Jogod van ahhoz, hogy információt kérj szakmabeliektől, beleértve az orvosokat is.

Cél: ezekből minél többet először a tudatos, majd az automatikus viselkedés részévé tenni.

Konfliktuskezelési stratégiák alkalmazása

1. Az egészségügyi szocializáció hatására a dolgozók a Parsons-i paternalista megoldási módot választva a páciensben feszültséget okoznak, hiszen az alá-fölé rendeltségi viszony meg nem értést tükröz, kliens úgy érezheti, hogy az egészségügyi dolgozó az érzéseit jogtalannak tartja, és tőle várja a megoldást. Napjainkban az egészségügyben alapvetően a gyógyítás eredményességének fontos tényezője a gyógyító-beteg kapcsolat. Az alá-fölé rendeltségi viszonyt felváltotta a mellérendelt viszony, ahol a beteg az orvossal együtt aktívan részt vesz a döntési folyamatban. A diagnosztikus folyamat bio-pszicho-szociális megközelítésben (beteg állapotától és betegségtől függően) figyelembe veszi biológiai, pszichológiai és szociális tényezőket, illetve azok interakcióját. A terápiás folyamat és program mindhárom tényezőt alapul. Az orvosi beszélgetés struktúrájában orvoscentrikus és betegcentrikus szakaszok váltják egymást, ahol az aktív meghallgatás során figyelembe veszi a beteg érzéseit is. A beszélgetés strukturálásával és a kapcsolatépítéssel javul a compliance és adherencia, beszélgetés során tisztázhatóak a felmerülő kérdések, így elkerülhető a konfliktus. (Kállai, Varga, Oláh 2007)
2. Erőszakmentes kommunikáció (Holler 2019) Az erőszakmentes kommunikáció használatával felismerhetjük és kezelhetjük a kialakult stresszhelyzetet. Javul a személyközi kapcsolat, ami elősegíti az integrációs törekvéseket. A módszer alapvetően win-win szemléletre épül, ahol a cél, hogy az adott helyzetben mindkét személy nyerjen, figyelembe véve és megértve a másik fél szempontjait. A módszer segítségével megtapasztalhatjuk a kérés, köszönet és nemtetszés korrekt kifejezését. A négy lépéses módszer alkalmazása hozzájárulhat az eredményes személyközi kapcsolatokhoz



3. Az erőszakmentes kommunikáció használatával felismerhetjük és kezelhetjük a kialakult stresszhelyzetet. Javul a személyközi kapcsolat, ami elősegíti az integrációs törekvéseket. A módszer alapvetően win-win szemléletre épül, ahol a cél, hogy az adott helyzetben mindkét személy nyerjen, figyelembe véve és megértve a másik fél szempontjait. A módszer segítségével megtapasztalhatjuk a kérés, köszönet és nemtetszés korrekt kifejezését. A négy lépéses módszer alkalmazása hozzájárulhat az eredményes személyközi kapcsolatokhoz.
3. Konfliktuskezelés (Pilling 2018) A konfliktusok kialakulásának leggyakoribb oka, hogy a páciens úgy érzi, méltatlanul bánnak vele. A kapcsolati megközelítést figyelembe véve fontos, hogy a konfliktus kezelésével nem akkor kell elkezdni foglalkozni, amikor az már kialakult, hanem a hangsúlyt a megelőzésre kell helyezni. Alapvetően három meghatározó lépés segíthet elkerülni a konfliktushelyzetet:
- Elemi udvariassági szabályok betartása
 - Emberi méltóság tiszteletben tartása (megfelelő megszólítás, udvarias hangnem, empátikus magatartás, intimitás szabályainak betartása, beteg autonómiájának tiszteletben tartása)
 - Választási lehetőségek felkínálása (Amennyiben szakmailag lehetséges.)
Amennyiben a konfliktus elkerülhetetlen, fontos a helyzet felismerése és elfogadása, szakmai segítő attitűddel történő odafordulás és törekvés a páciens megnyugtatóására. Kisebbségek családi szocializációja, kulturális hatás meghatározza az egészségügyben viselkedésüket. Jellemzően a család támogatását élvezik, vizsgálatokra többen érkeznek, rokonokat egész család látogatja. Így a betegvezetés, diagnózis közlése, rossz hír közlése, illetve hosszú távú gyógykezelés vagy kényszergyógykezelés speciális ismereteket kíván az ellátásban. Család hierarhizált felépítéséből adódóan fontos szerep jut a családfőnek, vagy
- Megfigyelés • A történet objektív megfigyelése
1. Én üzenet megfogalmazása • A történet ítékezés nélküli felidézése
2. Érzés • Mit éreztem ekkor? (pl. „Összeszorult a gyomrom. Dühös vagyok/voltam.”)
3. Szükségletek • Mely szükségiletem sérült? (pl. „Nekem szükségem lenne az egyenrangúságra, ... tiszteletra, ... biztonságra.”)
4. Kérés • Konkrét kérés megfogalmazása! (pl. „Ezért azt szeretném kérni, hogy ... VAGY: Te hogy látod ezt?”) közösségen belül a vajdának és vele az empátikus, meleg elfogadó légkör és hiteles kommunikáció kialakításának (Rogers-i triász).

Roma csoportoknál, főként, ha a konfliktushelyzetben a család is részt vesz (csoportkohézió), célszerű a csoport vezetőjét, vagy családfőt nyugodt hangnemben, az elemi udvariassági

szabályokat megtartva megszólítani, majd a csoporttól elkülöníteni (kezelőbe vagy orvosi szobába invitálva, a kellő fizikai távolságot megtartva hellyel kínálom). A konfliktus helyzet megoldására négy egymásra épülő lépést alkalmazhatunk.

Első szint: Kitérés, Figyelmen kívül hagyás (első bántó szó, reakció), Rövid, semleges válaszok

Második szint: Önérvényesítés konfrontáció nélkül, Megértésünk kifejezése •Érzelmi visszatükrözés, Konkretizálás, Figyelem és empátia, Sajnálkozás kifejezése, Saját álláspontunk tárgyilagos kifejtése, Megoldásközpontú kommunikáció •Mindenki számára elfogadható megoldás keresése

Harmadik szint: Önérvényesítő válaszok konfrontációval, A helyzet tárgyilagos leírása, A verbális agresszió leállítás •Probléma, majd vágyak megfogalmazása, A beszélgetés konstruktív irányba terelése

Negyedik szint: Más panaszkezelési lehetőség felajánlása, Osztályvezető, Ügyeletvezető felkeresése, Kommunikatív kilépési lehetőség

Irodalomjegyzék

Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1974). *Your perfect right*. San Luis Obispo. CA: *impact*.

Anikó, Z. (2013). Szociális tanulás–szociális viselkedés. *Benedek András és Golnhofer Erzsébet (szerk.): Tanulmányok a neveléstudomány köréből*, 55-77.

Aronson, E., & Mills, J. (1959). The effect of severity of initiation on liking for a group. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59(2), 177.

Atreja A, Bellam N, Levy S. Strategies to enhance patient adherence: Making it simple. *Medacapt GenMed*. 2005;7(1): 4.

Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice Hall: Englewood cliffs.

Cutler, D.M., Long, G., Berndt, E.R., et al. (2007). The value of antihypertensive drugs: A perspective on medical innovation. *Health Aff*, 26(1), 97-110.

Csupor, É., Kuna, Á., Pintér, J. N., Kaló, Z., & Csabai, M. (2017). Konfliktustípusok és konfliktuskezelésmagyar egészségügyi dolgozók körében. *Orvosi Hetilap*, 158(16), 625-633.

Forgács, J. (2015). *Az érzelmek szerepe a gondolkozásban és a társas érintkezésben*. Magyar Tudományos Akadémia.

Forgács, J. (2019). *A társas érintkezés pszichológiája*. Kairosz, Budapest.

Forray, K. R. (2013). Cigány egészség, cigány betegség-Mitől betegebbek?. *Educatio*, 22(2), 177-186.

Hetesi E. – Majó Z. – Lukovics M. (szerk.) 2009: *A szolgáltatások világa*. JATEPress, Szeged, 250-264. o.

Ho, P.M., Magid, D.J., Masoudi, F.A., et al. (2006). Adherence to cardioprotective

medications and mortality among patients with diabetes and ischemic heart disease.

BMC Cardiovasc Disord, 6, 48.

Holler Ingrid (2019). Erőszakmentes kommunikáció. Z-Press Kiadó Kft. Miskolc.

Kállai J., Varga J., Oláh A. (2007). Egészségpszichológia a gyakorlatban. *Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.*

Kármán S. Judit (2013). A magyarországi roma/cigány értelmiség historiográfiája, helyzete, mentális állapota.

Katalin, F. R., & András, H. T. (1998). *Cigány gyermekek szocializációja: család és iskola.* Aula.

Katalin, F. R., & András, H. T. (1998). *Cigány gyermekek szocializációja: család és iskola.* Aula.

Klausz Melinda (2014): Közösségi média ügyfél-, konfliktus-, panasz-és nyereményjáték-menedzsmenta gyakorlatban, Könyvműhely. Veszprém.

Mátyás, Domschitz. "Iskola–szülő konfliktus kezelése külső segítséggel." *Új Pedagógiai Szemle* 6 (2001): 88-99.

Morgan, T. J., Rendell, L. E., Ehn, M., Hoppitt, W., & Laland, K. N. (2012). The evolutionary basis of human social learning. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 279(1729), 653-662.

Nahalka I. (2014): AZ ESÉLYEGYENLŐTLENSÉGEK KELETKEZÉSÉNEK MODELLJEI. *FÓKUSZBAN A TANULÓ*, TÁMOP-4.1.2.B.2-13/1-2013-0007, Budapest.

Pilling, J. (2018). Orvosi kommunikáció a gyakorlatban. *Medicina Könyvkiadó Zrt: Budapest.*

Csépe Péter (2010). Hátrányos helyzetű csoportok egészségfelmérése és egészségfejlesztése különös tekintettel a roma populációra. Doktori értekezés

Sokol, M.C., McGuigan, K.A., Verbrugge, R.R., et al. (2005). Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care*, 43(6), 521-530.

Szántó Zs., Susánszky É. (2002). *Orvosi szociológia*. Semmelweis Kiadó, Budapest.

Tiringer László: A család szerepe a lelki egészség megőrzésében és helyreállításában
In.: Hamp Gábor és Kelemen Gábor (2000): *A család* (Pax Romana Könyvek). Balassi
Kiadó - Magyar Pax Romana Fórum, Budapest.

Várszegi Dalma (2015). *Farmakogenetikai jelentőséggel bíró gének nem kódoló régióinak variánsai magyar és roma populációban*. Doktori értekezés

Zarshenas, L., Sharif, F., Molazem, Z., Khayyer, M., Zare, N. & Ebadi, A. (2014). Professional socialization in nursing: A qualitative content analysis. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*, 19(4), 432–438.