

Szegedi Tudományegyetem
Neveléstudományi Doktori Iskola
A fejlődés és az oktatás pszichológiai kérdései
Doktori Program

KISSNÉ LUCZA LILLA

INTERKULTURÁLIS ÉRZÉKENYSÉG ÉS ORVOSILAG NEM MAGYARÁZOTT
TÜNETEK - EGÉSZSÉGÜGYI HALLGATÓK VIZSGÁLATA ÉS
OKTATÁSFEJLESZTÉSE

PhD értekezés

Témavezető: Prof. Dr. Csabai Márta
egyetemi tanár



Szeged, 2025

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETÉS	1
1. Keretek és célkitűzések	1
ELMÉLETI ÁTTEKINTÉS	3
2. Kommunikáció az egészségügyben	3
2.1. Az egészségügyi kommunikáció kihívásai	4
2.2. Páciensközpontúság és közös döntéshozás a hatékony kommunikációért.....	5
2.3. Empátia, mint ellátói alapkészség a hatékony egészségügyi kommunikációért	6
2.4. Páciensközpontúság és empátia az orvosilag nem magyarázott tünetek interkulturális ellátásában.....	9
3. Interkulturális kompetencia és érzékenység az egészségügyben	10
3.1. Az interkulturális kompetencia relevanciája az egészségügyben	10
3.2. Az interkulturális kompetencia definiálása és elemei	13
3.3. Az interkulturális kompetencia és érzékenység fejlesztése.....	16
4. Orvosilag nem magyarázott tünetek (MUS)	20
4.1. A MUS definiálása és elhelyezése	20
4.2. A MUS magyarázó modelljei és jellemzői	23
4.3. A MUS kezelését nehezítő tényezők	26
4.4. Kezelési javaslatok MUS esetén	30
4.5. Oktatásfejlesztés a MUS területén	32
KUTATÁSI HIÁNYOK, CÉLOK ÉS KÉRDÉSEK	39
5. Kutatási és fejlesztési hiányok az interkulturális érzékenység és a MUS ellátás metszetében	39
6. A vizsgálatok céljai, kutatási kérdései és hipotézisei.....	40
6.1. A hallgatói szükséglet- és állapotfelmérés céljai, kutatási kérdései és hipotézisei	40
6.2. Az ISS pszichometriai vizsgálatának céljai és kutatási kérdései	41
6.3. Az interkulturális érzékenység profilok vizsgálatának céljai és kutatási kérdései.....	42
6.4. Az oktatásfejlesztés hallgatói elégedettség- és hatékonyság vizsgálatának céljai, kutatási kérdései és hipotézisei.....	43
KUTATÁSI MÓDSZEREK	44
7. Adatgyűjtés és résztvevők.....	45
8. Vizsgálati eszközök	46
9. A kutatás egyéb módszertani megfontolásai.....	47
EREDMÉNYEK.....	48
10. Az előzetes hallgatói szükséglet- és állapotfelmérés	48
10.1. A szükséglet- és állapotfelmérés módszertani jellemzői	48

10.2. MUS-sal kapcsolatos hallgatói attitűdök és tudás felmérésének eredményei.....	49
10.3. A hallgatók interkulturális érzékenység eredményei	52
11. Oktatók tapasztalatai a MUS és az interkulturális kommunikáció területén	55
12. Az Interkulturális Érzékenység Skála (ISS) magyar változatának pszichometriai vizsgálata	59
12.1. Az ISS nemzetközi validálási tapasztalatai.....	59
12.2. Az ISS pszichometriai vizsgálatának módszertani jellemzői.....	60
12.3. Az ISS pszichometriai vizsgálatának eredményei	62
13. Egészségügyi hallgatók interkulturális érzékenység profiljai	70
13.1. Az interkulturális érzékenység profilok vizsgálatának módszertani jellemzői.....	70
13.2. Az interkulturális érzékenység profilok vizsgálatának eredményei.....	71
14. A MUSIC projekt keretében létrehozott kompetenciaprofil	78
15. A MUPS-MUSIC e-learning program kidolgozása és disszeminációja	80
15.1. Az oktatási anyag tematikus és oktatáselméleti háttere	80
15.2. Az oktatási program fő jellemzői.....	82
15.3. Az e-learning program kidolgozásának folyamata és felépítése.....	83
15.4. Az e-learning program disszeminációja.....	85
16. Az oktatásfejlesztés elégedettség- és hatékonyság vizsgálata	87
16.1. Az elégedettség- és hatékonyság vizsgálatok kihívásai és lehetőségei.....	87
16.2. Az elégedettség- és hatékonyság vizsgálat módszertani jellemzői	89
16.3. Kurzuselvárásokkal kapcsolatos eredmények.....	91
16.4. Kurzus elégedettséggel és hatékonysággal kapcsolatos eredmények	92
MEGBESZÉLÉS ÉS ÖSSZEGZÉS.....	98
17. Az elméleti háttér következtetései	98
18. Az empirikus kutatások tapasztalatainak összegzése.....	102
18.1. A hallgatói szükséglet- és állapotfelmérés megbeszélése és összegzése	103
18.2. Az Interkulturális Érzékenység Skála pszichometriai vizsgálatának megbeszélése és összegzése	104
18.3. Az interkulturális érzékenység hallgatói profiljainak megbeszélése és összegzése.....	107
18.4. A MUPS-MUSIC e-learning oktatási anyag elégedettség- és hatékonyság vizsgálat eredményeinek megbeszélése és összegzése	111
19. Korlátok és kitekintés	113
20. Az értekezés fő tudományos eredményei.....	116
IRODALOMJEGYZÉK	117
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	135
MELLÉKLETEK.....	136

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. <i>A kutatásban résztvevő hallgatók szakok, nemek és évfolyamok szerinti megoszlása.....</i>	45
2. táblázat. <i>A kutatás során használt vizsgálati eszközök.....</i>	47
3. táblázat. <i>A szükséglet- és állapotfelmérés résztvevőinek egyetemi szakok és évfolyamok szerinti megoszlása.....</i>	48
4. táblázat. <i>A MUS páciensek becsült gyakorisága az alapellátásban.....</i>	49
5. táblázat. <i>Az ISS alsókálák átlagainak szignifikáns különbségei a magyar és nemzetközi orvostanhallgatói csoportok közt.....</i>	53
6. táblázat. <i>Az ISS pszichometriai vizsgálat résztvevőinek egyetemi szak, nem és évfolyam szerinti megoszlása.....</i>	61
7. táblázat. <i>Az ISS háromfaktoros alternatív modelljeinek illeszkedési mutatói.....</i>	64
8. táblázat. <i>Az ISS-H-18 konvergens validitás vizsgálata az Interperszonális Reaktivitás Indexszel (IRI).....</i>	66
9. táblázat. <i>Az ISS-H-18 alsókáláin megjelenő nemi különbségek.....</i>	67
10. táblázat. <i>Az ISS-H-18 alsókálákon megjelenő szakok szerinti különbségek</i>	68
11. táblázat. <i>Az ISS-H-18 összesített értékére, mint függő változóra számított regresszióanalízis eredményei.....</i>	69
12. táblázat. <i>Az ISS alsókálák korrelációi a látens profil elemzéshez.....</i>	72
13. táblázat. <i>A különböző számú látens profilok illeszkedési mutatói.....</i>	73
14. táblázat. <i>Az interkulturális érzékenység profilok összehasonlítása az ISS alsókálák átlagai alapján.....</i>	75
15. táblázat. <i>Interkulturális érzékenység profilok összehasonlítása az életkor, az idegennyelvismert, a külföldi élettapasztalatok és az empátia mentén.....</i>	187
16. táblázat. <i>A vizsgált változók magyarázó hatása az interkulturális érzékenység profilokhoz való tartozásra.....</i>	188
17. táblázat. <i>Kompetenciaprofil az interkulturális MUS konzultációk lebonyolításához négy képzési szinten.....</i>	79
18. Táblázat. <i>A MUPS-MUSIC e-learning program moduljainak felépítése.....</i>	84
19. táblázat. <i>Az elégedettség- és hatékonyság vizsgálat kurzus előtti kérdőíve.....</i>	90
20. táblázat. <i>Az elégedettség- és hatékonyság vizsgálat kurzus utáni kérdőíve.....</i>	91
21. táblázat. <i>Tartalmi kategóriák a kurzus elvárásokkal kapcsolatos visszajelzésekhez.....</i>	92

22. táblázat. Tartalmi kategóriák a kurzus hasznossággal kapcsolatos visszajelzésekhez.....	95
23. táblázat. Tartalmi kategóriák a kurzus kevésbé hasznos elemeivel kapcsolatos visszajelzésekhez.....	96
24. táblázat. Tartalmi kategóriák a program továbbfejlesztési javaslataira vonatkozó visszajelzésekhez.....	97
25. táblázat. Különbségek a MUS kezelés és az IC önértékelésének átlagaiban a két mérési alkalom között.....	98

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. Az Orvosilag nem magyarázott tünetek fogalmi elhelyezése	23
2. ábra. A MUS páciensek kezelési nehézségeivel való hallgatói egyetértés aránya.....	49
3. ábra. MUS-sal kapcsolatos hallgatói bizonytalanság nyelvi kifejezésének aránya az orvosi képzés két szakaszában.....	52
4. ábra. Nemi különbségek a hallgatók között az ISS alszálaiban.....	54
5. ábra. Az ISS feltáró faktorelemzésének lejtődiagramja.....	63
6. ábra. A legerősebb illeszkedést mutató ISS-változat faktorstruktúrája.....	65
7. ábra. Az e-learning programhasználatával eltöltött idő.....	93
8. ábra. Az e-learning programban használt modulok mennyisége.....	93
9. ábra. Az e-learning programhasználat módjai.....	94

MELLÉKLETEK JEGYZÉKE

1. melléklet. Orvosilag nem magyarázott tünetek és interkulturális kommunikáció - Hallgatói papír-alapú kérdőív, 2019-2020.....	136
2. melléklet. Medically Unexplained Symptoms and Intercultural Communication - Student paper-pencil questionnaire, 2019-2020.....	145
3. melléklet. Orvosilag nem magyarázott tünetek és interkulturális kommunikáció - Hallgatói online kérdőív, 2020.....	153
4. melléklet. Medically Unexplained Symptoms and Intercultural Communication - Student online questionnaire 2020.....	168
5. melléklet. Egyesített pszichológiai kutatásetikai bizottság etikai engedélye.....	183
6. melléklet. Hozzájárulási nyilatkozat.....	184

7. melléklet. <i>Az ISS magyar fordítása és a rövidített mérőeszköz változat, az ISS-H-18.....</i>	185
8. melléklet. <i>Az interkulturális érzékenység profilok összehasonlítása különböző változók mentén.....</i>	187
9. melléklet. <i>A látens profiltagságra számított multinomiális logisztikus regressziós modell.....</i>	188
10. melléklet. <i>Kimeneti eredményeket bemutató példa a MUPS-MUSIC e-learning oktatási anyag egy pszichológia szakos kurzusban való felhasználásáról.....</i>	189
11. melléklet. <i>Az elégedettség- és hatékonyság vizsgálat kurzus előtti- és utáni online kérdőíve.....</i>	191

BEVEZETÉS

1. Keretek és célkitűzések

Az orvosilag nem magyarázott tünetekkel (Medically Unexplained Symptoms – MUS) rendelkező páciensek megjelenési gyakorisága mind az egészségügyi alapellátásban és szakellátásban magas, 25-50% közötti, de akár magasabb is lehet (Verhaak és mtsai., 2006; Vermeir és mtsai., 2021). MUS-ról beszélhetünk olyan fennálló testi tünetek jelenlétében, amelyek esetén szomatikus és/vagy pszichiátriai patológiák nem diagnosztizáltak (pl. fejfájás, hátfájás, emésztési problémák). Többségük néhány hónapon belül megszűnik, de fennállhatnak akár több, mint egy évig is és a páciensek akár 20-30%-ánál krónikus szindrómákká válhatnak (például: krónikus fájdalom szindróma, irritábilis bélszindróma vagy fibromyalgia) (Weiland és mtsai., 2015). Kezelésük gyakran nehézséget jelent az orvosoknak, akik sok esetben felkészületlennek érzik magukat és a hatékony kezelési stratégiák ismeretének hiányát tapasztalják. Megjelennek negatív, akár stigmatizáló attitűdök, továbbá a kompetenciahiány és a tehetetlenség érzései, amelyek akadályozhatják a sikeres ellátást (Brauer és mtsai., 2017; Johansen & Risor, 2017; Maatz és mtsai., 2016; Stenhoff és mtsai., 2015; Weiland és mtsai., 2015). A MUS az egészségügyi ellátórendszert és dolgozóit mind időben, mind anyagilag terheli, főként a sokszor felesleges átirányítások és diagnosztikus vizsgálatok révén (Burton és mtsai., 2012; Nimnuan és mtsai., 2001; van der Weijden és mtsai., 2003; Verhaak és mtsai., 2006).

A MUS területével kapcsolatos oktatásfejlesztés szükségességére már többszörösen felhívták a figyelmet orvostanhallgatók, pályakezdő orvosok, tapasztalt szakemberek és oktatók is (Bakal és mtsai., 2009; Joyce és mtsai., 2018; Shattock és mtsai., 2013; Sirri és mtsai., 2017; Stenhoff és mtsai., 2015; Yon és mtsai., 2015). Ugyanakkor kivitelezése már kevesebbszer valósult meg, az elfogadott jó gyakorlatokkal és stratégiákkal együtt. Sok tanulmány foglalkozik a nyugat-európai és észak-amerikai egészségügyi szakemberek tapasztalataival, de a közép- és kelet-európai rendszer aspektusait nem sokan vizsgálták (Czachowski és mtsai., 2012). A probléma feltehetőleg Magyarországon is jelen van, és kutatása, fejlesztése indokolt lehet, hiszen sem a páciensek, sem az orvosok nem igazán tartják sikeresnek a kommunikációt a területen (Kende és mtsai., 2005).

A közelmúlt társadalmi változásai (pl. a nemzetközi mobilitás) révén a kultúrák közötti kommunikáció egyre nagyobb gyakorisággal jelenik meg az egészségügyi ellátásban (Alsma és mtsai., 2019; Sallay és mtsai., 2022). Ez gyakran plusz nehézséget jelent a betegek és az

ellátóik számára is, függetlenül a tünetektől (De Maesschalck, 2012; Paternotte és mtsai., 2017; Rothlind és mtsai., 2018). Az egészségügyi szolgáltatók (az egyetemi hallgatóktól a vezető orvosokig) arról számolnak be, hogy egy másik kultúrához való közeledés kihívásokkal teli (pl. a páciensek és az orvosok eltérő betegségfelfogása és az egészségügyi ellátással kapcsolatos elvárásainak különbségei miatt), gyakran tehetetlennek érzik magukat (Sallay és mtsai., 2022; Valero-Garcés, 2014). Az interkulturális kompetencia (Intercultural Competence - IC) és annak fejlesztése ezért is elengedhetetlen az egészségügyben. Az elsődleges hangsúly nem a más kultúrákkal kapcsolatos részletes ismeretek megszerzésén kell legyen, hanem a személyes kapcsolódás során kialakuló szociális, személyiségbeli, kommunikatív és cselekvési kompetenciákon (Faubl és mtsai., 2021). Pop és munkatársai (2012) magyar vizsgálata szerint az interkulturális kompetencia egy képesség arra, hogy erőforrásainkat (érzéseinket, képességeinket, ismereteinket) mobilizálva helytálljunk az interkulturális helyzetekben, és eredményei szerint magas azoknak a magyar egészségügyi ápolóknak a száma, akik vagy nem tudják megítélni interkulturális képességeiket, vagy úgy vélik nem rendelkeztek vele, így a téma kutatás és fejlesztés hazánkban is indokolt lehet.

Az egyenlőség elvű, nem diszkriminatív betegellátáshoz sikeresebb alkalmazkodásra van szükség, ami a MUS területén kiemelkedően érvényes. A MUS átfogó értékelése és kezelése magában foglalja a beteg kultúrájának figyelembevételét is, hiszen a társadalmi konfliktusok összekapcsolódhatnak fizikai tünetekkel (Edwards és mtsai., 2010). Az, ahogyan az emberek reagálnak a társadalmi-kulturális és társadalmi-gazdasági hatásokra befolyásolja egészségüket (Pikó, 2002). Egyes tanulmányok szerint a nem-nyugati származású vagy menekült háttérű személyeknél magasabb lehet a MUS megjelenési gyakorisága, és a kezelés során kiemelten fontos a kulturális szempontok szem előtt tartása (Löwe & Gerloff, 2018; Rohlof és mtsai., 2014; Valero-Garcés, 2014; Verhaak és mtsai., 2006). A MUS esetükben kapcsolatban állhat pszichopatológiákkal a traumatizáció, negatív életesemények és az esetleges testi vagy lelki szenvedés következtében (Rohlof és mtsai., 2014). Egy közelmúltban készült áttekintés megállapította, hogy MUS páciensek, különösen azok, akik etnikai kisebbségekhez tartoznak, gyakran számolnak be elégedetlenségről és félreértésekről a kezelésük során. Következésképpen, az interkulturális kompetencia jelentősége a MUS minőségi ellátásában nem elhanyagolható (Edwards és mtsai., 2010; Löwe & Gerloff, 2018; Valero-Garcés, 2014). Az egészségügyi szakemberek azonban ritkán részesülnek ilyen irányú képzésben, bár a szakértők érvelnek amellett, hogy a tantervfejlesztésben kiemeltebb hely jusson az interkulturális kompetenciának (Sallay és mtsai., 2022; Sorensen és mtsai., 2017; Weiland és mtsai., 2013).

A MUS és az IC területein a szükséges kompetenciák meghatározása, illetve mérések és oktatási programok kidolgozása segíthet, hogy az európai orvosok és más egészségügyi szakemberek hatékonyabban kezelhessék a MUS pácienseket, gyakran etnikai kisebbségi vagy bevándorló háttérrel. Ezeket a célokat tűzte ki a nemzetközi Erasmus+ “MUSIC” projekt (Medical Education on Medically Unexplained Symptoms and Intercultural Communication), amely eredményeihez járul hozzá az értekezés is (Lucza és mtsai., 2023, 2024; Sallay és mtsai., 2022; Vermeir és mtsai., 2021).

A disszertáció célja a szakirodalom áttekintése, külön figyelmet fordítva az oktatásfejlesztés lehetőségeire a MUS és az IC területein (Vermeir és mtsai., 2021). Bemutatja a hazai gyógyító szakmára készülő egyetemi hallgatók körében végzett szükséglet- és állapotfelmérés eredményeit, amely kitér az egészségügyi hallgatók tudására és attitűdjeire a MUS és IC vonatkozásában. A munka röviden reflektál az oktatókkal ugyanezen a területen végzett kvalitatív, fókuszcsoportos vizsgálatra és a projektpartnerekkel közösen létrehozott kompetenciaprofilra (Sallay és mtsai., 2022). Emellett a doktori értekezés az Interkulturális Érzékenység Skála magyarországi validálási tapasztalatait (Lucza és mtsai., 2023), és újszerű, személyközpontú elemzéssel feltárt hallgatói interkulturális érzékenység (Intercultural sensitivity – IS) profilokat hivatott bemutatni (Lucza és mtsai., 2024). Végül a kifejlesztett “MUPS-MUSIC” e-learning oktatási anyag kidolgozásának és disszeminációjának tapasztalatait ismerteti, illetve az oktatási anyaggal kapcsolatos elégedettség- és hatékonyság vizsgálat eddigi eredményeit.

ELMÉLETI ÁTTEKINTÉS

2. Kommunikáció az egészségügyben

Az egészségügyi ellátást igénybe vevő személyek ellátással való elégedettségéhez a megfelelő kommunikáció és a jó ellátó-páciens kapcsolat a kulcs. Kelley és munkatársai (2014) metaanalízisükben azt is alátámasztották, hogy az ellátó-páciens kapcsolat kis mértékben ugyan, de statisztikailag szignifikánsan befolyásolja az egészségügyi ellátás kimeneti eredményeit, sikerességét (Kelley és mtsai., 2014; Lucza & Csabai, 2025). A kommunikációs és kapcsolati készségek fejlesztése mind a szakemberek, mind a páciensek érdeke, hozzájárul a páciensek elégedettségéhez és egészségügyi eredményeihez, valamint az ellátók empátiájához és önhatékonyaságához, amellett, hogy a kiégés veszélyét is csökkenti (Boissy és mtsai., 2016).

2.1. Az egészségügyi kommunikáció kihívásai

Az egészségügyi kommunikáció első és egyik legalapvetőbb kihívása, amelyet már számos rokon területen végzett kutatás is alátámasztott, az időráfordítás problémája (Olsson és mtsai., 2017). Egy amerikai kutatás például rávilágított, hogy a vizsgált orvosok 72%-a átlagosan 23 másodperc után félbeszakította a páciens nyitó mondatait, holott akik megszakítás nélkül bemutathatták panaszukat, mindössze 6 másodperccel több időt vettek igénybe (O'Dowd, 2004). Egy másik tanulmányban 20 perces rendelői látogatásokat vizsgáltak, amelyek során az ellátók valójában körülbelül 1 percet töltöttek a páciensek tájékoztatásával, informálásával, de később úgy értékelték, hogy 9 percet töltenek el vele (O'Dowd, 2004). Ezek arra engednek következtetni, hogy az ellátók a kommunikációjuk során sok esetben nem látják reálisan a páciensek időigényeit, illetve saját befektetésüket ezen a téren.

Egy másik, kevésbé hatékony kommunikációs formának a túlzottan racionális, érzelmeket háttérbe szorító és azokat nem elfogadó kommunikáció az alapja. Ennek során az ellátó elsősorban csak a racionalitásra és tudományos ismereteire hivatkozva igyekszik kapcsolódni a pácienssel. Ehhez társulhat például a szakzsargon túlzó használata is, amely nehezíti az információk megértését a kliens számára. Thistlethwaite (2009) rávilágított, hogy számos esetben, amikor a betegek érzelmi utalásokat tettek, vagy akár nyíltan beszéltek az érzelmeikről, a szakemberek ritkán ismerték el azokat, ehelyett a beszélgetés visszaterelődött a gyógyítási folyamat technikai kérdéseire (Thistlethwaite, 2009).

Végül az egyoldalú kommunikációt emelném ki, amelyben a konzultáció stílusa ellátóközpontú a páciensközpontú megközelítés helyett (lásd 2.2 alfejezet) (Byrne & Long, 1976). Ekkor a kommunikáció inkább hasonlít monológra, mint dialógusra. Az ellátóközpontú megnyilvánulások között helyet kaphat az azonnali, közvetlen cselekvésre való felszólítás magyarázat vagy vita nélkül, ami a kliens kérdéseinek elmaradását eredményezheti. Ez jellemzően autoritást és hatalmi különbséget éreztető kommunikációs helyzetet teremt, amely korábban igen elfogadott volt az egészségügyben, de ma már nem nyújt megfelelő választ a páciensek igényeire. Az ellátóközpontú kapcsolatban a gyógyulásért vállalt felelősség teljesen a szakembert terheli, akár gyerekszerepbe helyezve ezzel a páciensst. A moralizálás vagy a prédikáció, illetve a fenyegetés vagy megfélemlítés olyan kerülendő kommunikációs eszközök, amelyek nem ritkán előfordulnak ebben a patriarchálisabb megközelítésben. Kiemelnék néhány egyéb, kerülendő kommunikációs módot is. Ilyen lehet az irónia és gúnyolódás, a szemrehányás, a vádaskodás, a pesszimizmusra utaló megnyilvánulások, és önmagában a meggondolatlan kommunikáció (Lucza & Csabai, 2025).

Akkor lehetséges tehát az igazán jó kommunikáció és ellátó-páciens kapcsolatépítés, ha az ellátó tudatos, rendelkezik bizonyos fokú önismerettel, érzékenységgel és empátiával, amit viszont alááshat az ellátói kiégés. Ez utóbbi igen gyakori, a kommunikációt hátráltató tényező. A kiégés jelenségét 1974-ben Herbert J. Freudenberger, német pszichiáter munkahelyén figyelte meg az ott dolgozó önkénteseken. Definíciója szerint, a kiégés (burnout szindróma) krónikus, emocionális, mentális stresszek nyomán fellépő fizikai, érzelmi, szellemi kimerültség állapota, amely a reménytelenség és inkompetencia érzéseivel, valamint ideálok elvesztésével jár, és a saját személyre, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemzik. Három fő összetevő vagy tünet jellemzi: 1. érzelmi kimerültség, 2. kliensek személytelen kezelése, 3. kétség a saját munka hatékonyságával kapcsolatban (Freudenberger, 1974). A saját személyes jóllét és mentális egészség megteremtése, valamint az esetleges kiégés megelőzése és kezelése folyamatos feladata annak, aki nap mint nap más embereknek igyekszik segíteni. A következő módszerek lehetnek ebben (egyéni szinten) a szakemberek segítségére: tanulás, képzés és önfejlesztés; reális munkahelyi célok felállítása; a felelősség megosztása; a személyes értékrend és a munkahely értékrendjének harmonizálása; feszültségcsökkentő kapcsolatok és segítő szakmai csoportok; relaxációs és stresszkezelési módszerek; valamint a munkaórák redukálása (Patel és mtsai., 2019).

2.2. Páciensközpontúság és közös döntéshozás a hatékony kommunikációért

Mára a páciensek igényei a minőségi informálás, a kérdések megválaszolása, valamint a kezelési terv és a döntések közös meghozatalának irányába mozdultak (Barry & Edgman-Levitan, 2012; Lucza & Csabai, 2025). Ennek legfőbb jellemzője, hogy az ellátók egyre inkább partnerként kezdték kezelni a pácienseket, ezzel a felelősséget megosztva és visszaadva nekik. Ilyen módon, az egyoldalú utasítások követése helyett a páciens aktív részesévé válik a saját kezelésének. Különösen fontos ez, ha az életmódját érintő változások megismeréséről, bevezetéséről és megtartásáról van szó (Tiringer és mtsai., 2020), ami MUS esetén is megkerülhetetlen. A tapasztalatok azt mutatják, hogyha a páciensek tudják, hogy lehetőségük van a legjobb vizsgálatokra és kezelésre, akkor a legtöbbjük részt akar venni az ellátókkal együtt a döntések meghozatalában (Barry & Edgman-Levitan, 2012; Lucza & Csabai, 2025).

Byrne és Long (1976) mára klasszikussá vált modelljükben leírták azt a követendő stílust, melyben az ellátó több aktivitást enged a páciensnek, figyelembe veszi a problémáról alkotott elképzeléseit, félelmeit és elvárásait is, megértő azokkal szemben, érzékeny a beteg viselkedésére és jól megvilágítja a problémákat (Byrne & Long, 1976). Az eredetileg amerikai, majd az egészségügyi kommunikációval kapcsolatos tevékenységét Európára is kiterjesztő

Picker Intézetben, már 1988-ban megalkották a "betegközpontú ellátás" kifejezést, felhívva a figyelmet arra, hogy az egészségügyi ellátórendszereknek át kell helyezni a hangsúlyt a páciensekre. A betegközpontú/páciensközpontú ellátás nyolc jellemzőjét fogalmazták meg: 1. a beteg értékeinek, preferenciáinak és kifejezett szükségleteinek tiszteletben tartása; 2. a beteg és a család egyértelmű, magas színvonalú tájékoztatása és oktatása; 3. összehangolt és integrált ellátás; 4. fizikai kényelem, beleértve a fájdalomcsillapítást is; 5. érzelmi támogatás és a félelem, szorongás enyhítése; 6. szükséges esetben, a családtagok és barátok bevonása; 7. folyamatosság, figyelembe véve az ellátási helyek változtatásait is; 8. az ellátáshoz való hozzáférés (Davis és mtsai., 2005).

Lényegében a páciensközpontú ellátás úgy ragadható meg, mint amely tiszteletben tartja a kliensek egyéni preferenciáit, szükségleteit és értékeit, és amely reagál rájuk. Ez a meghatározás kiemeli az ellátók és a kliensek együttműködésének fontosságát a lehető legjobb eredmények elérése érdekében (Barry & Edgman-Levitan, 2012). A páciensközpontúság egyik fontos alappillére a közös döntéshozatal a gyógyító folyamat során, amely magában foglalja mind a kockázatok, mind az előnyök ismertetését. További jellemzője, hogy egyénre szabott, tehát mind a személyiséget, mind a páciens állapotát figyelembe veszi. Két alapfeltételezése van: az egyik, hogy az ellátó az, aki birtokában van a lehetséges kezelési módok hatékonyságáról és kimeneteléről való tudásnak, míg a másik, hogy a beteg saját állapotának szakértője: ő az, aki érzi, hogy milyen az aktuális életminősége, és fel tudja mérni, hogy milyen preferenciákkal rendelkezik a kezelésre vonatkozóan. A következő kritikus tényezők javasoltak a minőségi közös döntéshozás létrejöttéhez: folyamatos együttműködés közös tervezéssel és tanulással, a meglévő bizonyítékok és tapasztalatok integrálása a jó döntésért, a személy egészségével és életével kapcsolatos kimeneti eredményekre való összpontosítás, dokumentáció használata (pl. terv javaslatok, programok és/vagy tájékoztatók) és az egészségügyi ellátói környezet értékelése (mennyire kényelmes, hogyan használható a kliens számára) (Elf és mtsai., 2015; Lucza & Csabai, 2025).

2.3. Empátia, mint ellátói alapkészség a hatékony egészségügyi kommunikációért

A segítő szakmában dolgozó szakember nem csupán szakmai tudásával, hanem saját személyiségével is gyógyít, ami elengedhetetlen a hatékony ellátó-páciens kapcsolat és a sikeres kommunikáció szempontjából (Tringer, 2022). Az empátia jelentőségét az általános gyógyászat sokáig kevésbé vette figyelembe, pedig az empatikus ellátó érzékenyebben észleli a páciens állapotában bekövetkező változásokat, hatékonyabban képes kezelni a felmerülő

problémákat, valamint hatékonyabban segíti elő az együttműködést (Hojat és mtsai., 2005; Lucza & Csabai, 2025).

Buda (1993) az empátiát részletesen tárgyaló művében, összefoglalja az empátia fogalmának történeti útját. Munkájából kiderül, hogy már az ókori görög nyelv szótáraiban is megtalálható volt az „empátia” kifejezése, amely eredeti jelentése: szenvedély, erős érzelem volt. A pszichológia területén 1897-ben Theodor Lipps, német pszichológus és filozófus által vált tudományos fogalommá, aki művészeti alkotások és a bennük való feloldódás vonatkozásában foglalkozott vele. Ezután a kísérleti lélektan előtérbe kerülésével az empátia kutatása háttérbe szorult, viszont a pszichoanalízisben már Freud is fontosnak tartotta a beleélés képességét az analitikus megértésben. Innen több fejlődési úton indult el a fogalom, a XX. század közepétől pedig Carl Rogers által széleskörűen használatossá vált (Buda, 1993).

Az empátia meghatározását a XX. században különböző nézőpontokból közelítették meg. Néhány szerző a kognitív oldalát hangsúlyozza (pl. Köhler, Piaget, Mead, Dymond, Blackman, Smith, Brokman, Stern, Kohut, Basch), míg mások érzelmi válaszként írják le (pl. Scotland, Hoffman, Rushton, Batson) (Kulcsár, 1998). A század végére egy elfogadottabb, integratív szemlélet vált dominánssá, amely az érzelmi és kognitív komponensek összetett, többdimenziós konstrukciójaként tekint az empátiára. Ez a megközelítés magában foglalja a perspektíva-váltás képességét, amely lehetővé teszi mások élményeinek megértését, valamint az önkéntelen érzelmi reakciókészséget, amely más személyek tapasztalatainak hatására alakul ki (Davis, 1983).

Davis (1980) ezt a megközelítést követve egy komplex multidimenzionális konstruktmként kezeli az empátiát és annak mérését. Mérőeszköze kialakítása során figyelembe vette, hogy az mérje az egyes személyek különbségeit a kognitív perspektíva-felvételi tendenciájukban, illetve a különböző típusú érzelmi reakcióikban is. Végül faktoranalízist végezve 4 csoportját különítette el a tételeknek és megszületett az *Interperszonális Reaktivitás Index (IRI)*, amely négy alskálából áll és jelen munka több vizsgálatában is mérőeszközként alkalmaztam (Lucza és mtsai., 2023; 2024). A *IRI Fantázia alskála* azonosulási tendenciát mér fiktív karakterekkel filmekben, darabokban és könyvekben. (Pl.: ”Ritkán fordul velem elő, hogy teljesen elmerülök egy jó könyvben vagy filmben.”) Az *IRI Perspektíva-felvétel* alskála tételek arra a képességre reflektálnak, hogy a személy mennyire képes befogadni egy másik személy nézőpontját. (Pl.: ”Olykor nehézséget okoz, hogy a dolgokat a másik személy nézőpontjából ítélem meg”.) Az *IRI Empátiás törődés* alskála azt vizsgálja, hogy mennyire képes valaki részvétet, melegséget és aggodalmat érezni mások iránt, különösen azok negatív tapasztalatai esetén. (Pl.: ”Ha azt látom, hogy valakit

kihasználnak, többnyire felveszem a „védő” szerepét.”) Végül az *IRI Személyes distressz* alskála azokra a szorongással és diszkomfortérzettel járó érzelmi reakciókra összpontosít, amelyeket az egyén maga él át mások szenvedése láttán. (Pl.: ”Veszélyhelyzetben szorongás fog el és igen kényelmetlenül érzem magam.”) A fantázia és a perspektíva-felvétel alskálák csak megfelelő nagyságú mintán korreláltak pozitívan, képviselve az empátia ”kognitív oldalát”, ahogy az ”emocionális oldalnál” (a személyes distressz és empatikus törődés) sem mutat kimondottan erős együttjárás. Mindegyik alskála hét tételből áll, így a kérdőív összesen 28 tételből áll, amelyek közül 9 negatív megfogalmazású. A válaszadóknak egy 5-fokozatú Likert-skálán kell jelölni, hogy az egyes tételek milyen mértékben jellemzik őket (Davis, 1980, 1983).

Bár az IRI több évtizedes múltra tekint vissza, továbbra is az empátia mérésének egyik legszélesebb körben alkalmazott és tudományosan elismert eszköze. Google Tudós keresést alkalmazva, kizárólag 2022 óta több mint 17 000 friss hivatkozás jelenik meg, amelyekben az IRI-t alkalmazzák, lerövidítik vagy éppen új kontextusba helyezik, rugalmasan illeszthető ugyanis a különböző kutatási és társadalmi-kulturális környezetekhez. Az empátia viszont nem statikus, a társadalmi és gazdasági változások hatására maga az empatikus viselkedés is változhat. Egy metaanalízis például 1979 és 2009 között 13 737 amerikai egyetemi hallgató adatait elemezve mutatta ki, hogy az IRI bizonyos alskáláin csökkenés figyelhető meg az elmúlt évtizedekben (Konrath és mtsai., 2011). Ugyanakkor fontos, hogy ebben a tanulmányban is az IRI-t használták, mint hosszútávú trendek vizsgálatára alkalmas, megbízható mérőeszközt. Ez is megerősíti, hogy az IRI nemcsak aktuális érvényű lehet, hanem akár összehasonlíthatóságot is biztosíthat múltbeli és jelenlegi eredmények között is (Konrath és mtsai., 2011).

Az empátia fejlesztése a segítő szakmákban dolgozók számára kulcsfontosságú, amelyet számos módszer támogat. Ezek közé tartoznak a kreatív művészeti megközelítések, mint például a versírás, a filmek és blogok készítése az ellátó-páciens kapcsolatról, majd ezek közös elemzése. Az írásos intervenciók, például reflektív esszék vagy blogok írása a saját betegségélményről vagy egy beteg szemszögéből szintén hatékonyak lehetnek. A drámapedagógiai módszerek, például a szerepjáték és az empátia kifejezésének gyakorlása visszajelzésekkel, szintén jelentős fejlődést eredményezhetnek. Ezen kívül a kommunikációs készségeket célzó tréningek, a kliensinterjúk és a tapasztalati tanulások technikák – például az érzékszervi veszteségek vagy a hallucinációk szimulálása – is hatékonyan beépíthetők az egészségügyi képzésekbe (Batt-Rawden és mtsai., 2013).

Az empátia fejlesztése nemcsak a betegek számára jelent előnyt, hanem az orvosok és orvostanhallgatók számára is pozitív hatásokkal bír. A magas empátia szint összefügg az

ellátással való nagyobb elégedettséggel, a hatékony interperszonális és csapatmunkakészségekkel, valamint a stressz és a kiégés alacsonyabb szintjével (Assing Hvidt és mtsai., 2020; Derksen és mtsai., 2015; Hojat és mtsai., 2015; Quince és mtsai., 2016). Emellett a jogi panaszok és perek előfordulása is csökken a magasabb empátiával rendelkező szakemberek körében. Az orvosképzés elsősorban a klinikai tényekre helyezi a hangsúlyt, amely kedvezőtlenül hathat az orvostanhallgatók empatikus fejlődésére, különösen ha a rejtett tanterv valóban a betegek dehumanizálódását eredményezheti (Costa-Drolon és mtsai., 2021.; Gaufberg és mtsai., 2010). Korábbi kutatások szerint az oktatásban eltöltött idő előrehaladtával az empátia csökkenhet, bár egyes friss elemzések ezt nem erősítették meg (Andersen és mtsai., 2020; Neumann és mtsai., 2011).

Összességében tehát az empátia nem csupán a betegellátás, hanem az orvosi képzés és kommunikáció szempontjából is meghatározó tényező. Fejlesztése megfelelő módszerekkel lehetséges, és pozitív hatásai kiterjednek az orvosi praxisra, az oktatásra, valamint a szakemberek mentális jólétére. A megfelelő empátiás készség kialakítása hozzájárulhat a hatékonyabb kommunikációhoz, a magasabb szintű betegellátáshoz és az orvos-beteg kapcsolat javulásához, amely végső soron az egészségügyi rendszer egészére is kedvező hatással lehet (Batt-Rawden és mtsai., 2013; Ekong és mtsai., 2017; Lucza & Csabai, 2025; Pedersen, 2010).

2.4. Páciensközpontúság és empátia az orvosilag nem magyarázott tünetek interkulturális ellátásában

A tudomány jelenlegi álláspontja szerint, a páciensközpontúság jelentősen összefügg a krónikus betegségek hatékonyabb önmenedzselésével, ami MUS esetén elengedhetetlen, hiszen az esetek jó részében az állapot hosszútávú kezelésére, és a páciensek aktív részvételére van szükség a gyógyulásuk során (de Waard és mtsai., 2018). Az ellátóknak javasolt gyakorlati és személyre szabott tanácsokat adniuk, amelyek könnyen alkalmazhatók a páciensek mindennapi életében, amihez a páciensek bevonása elengedhetetlen (Hartman és mtsai., 2017). A páciensközpontú ellátás tiszteletben tartja továbbá a MUS-sal rendelkező páciensek egyéni preferenciáit, amely számos esetben fakadhatnak kulturális különbségekből is. Egyéni szükségleteiket és értékeiket figyelembe kell venni, reagálni rájuk, és az együttműködést segíteni a legjobb eredmények elérése érdekében (Barry & Edgman-Levitan, 2012).

A páciensek érzelmi utalásainak elutasítása, és a gyógyítási folyamat technikai kérdéseinek előtérben tartása a MUS gyógyítását kimondottan hátráltathatja, hiszen az érzelmek kifejezése, megélése, valamint az elfogadottság és empátia érzése kiemelkedően

fontos ennek a pácienscsoportnak az ellátása során (Roenneberg és mtsai., 2019; Thistlethwaite, 2009). A magasabb empátiával rendelkező egyének pontosabban érzékelik mások belső állapotát, hatékonyabban fejezik ki érzelmeiket, így jobban eligazodnak az interkulturális kommunikációs helyzetekben is (Davis, 1983). Több kutatás igazolta, hogy különösen az empátia perspektíva-felvételi dimenziója szignifikáns pozitív kapcsolatban áll az interkulturális érzékenységgel (Chen & Starosta, 2000; Ekong és mtsai., 2017). Az empátikus képességek fejlesztése javíthatja az interkulturális kommunikációt és a betegellátás minőségét. Ekong és munkatársai (2017) empirikusan igazolták az empátia és az interkulturális érzékenység közötti szignifikáns összefüggést, míg Menardo (2017) kutatásai például azt mutatták, hogy az empátia közvetítő szerepet játszik az interkulturális érzékenység és a mindfulness élménye között. Érdekes tehát az empátia fejlesztését célzó stratégiákat integrálni az interkulturális kommunikációs készségek tanterveibe, mivel ezek hozzájárulhatnak a szakmai hatékonyság és a betegellátás minőségi javításához (Chen & Starosta, 2000; Ekong és mtsai., 2017; Menardo, 2017).

Az empátia, a páciensközpontúság és az interkulturális kontextus figyelembevételének megközelítései megjelennek korábbi sikeresen bevezetett MUS-képzések elemeiként is (Lyles és mtsai., 2003). Olyan ápolásra van szükség, amely alapos (szociokulturális háttérrel is feltáró) interjúra épül, a kezelés során figyelembe veszi a biopszichoszociális, kulturális szempontokat, illetve páciensközpontúság, megértő kommunikáció, pszichoedukáció, motiválás és empátia jellemzi (Brownell és mtsai., 2016; Cooper és mtsai., 2017; Czachowski és mtsai., 2012; Edwards és mtsai., 2010; Hartman és mtsai., 2017; Löwe & Gerloff, 2018). Az egyénre szabott és empátikus klinikai megközelítés közös kidolgozására fordított idő nagyban hozzájárulhat a betegek és családtagjaik jóllétéhez, valamint az orvos személyes és szakmai fejlődéséhez is (Edwards és mtsai., 2010).

3. Interkulturális kompetencia és érzékenység az egészségügyben

3.1. Az interkulturális kompetencia relevanciája az egészségügyben

A világszerte felgyorsuló globalizációs folyamatok és technológiai fejlődés következtében egyre inkább érintkeznek a különböző népek, vallások és kultúrák. A kulturális diverzitás következtében növekvő tendenciát mutat az ezirányú kutatások száma, és nő a más kultúrákkal kapcsolatos magasabb szintű megértésre, érzékenységre és kompetenciára való igény is (Fülöp, 2009; Pop és mtsai., 2012; Valero-Garcés, 2014).

Az interkulturális kompetencia (Intercultural Competence - IC) egészségügyi ellátásban való szükségességére számos tanulmány hívta fel a figyelmet az elmúlt évtizedekben (Betancourt és mtsai., 2002; Giger és mtsai., 2007). A társadalmak a növekvő szociokulturális diverzitásuk okán egyre összetettebb rendszerek. Ezt jól reprezentálják a tünetek, az egészség és a betegség, a lehetséges gyógymódok, valamint az egészségügyi ellátásba vetett bizalom kulturális különbségei (Brach & Fraser, 2002; Cook és mtsai., 2005; Grützmann és mtsai., 2012). A kisebbségi csoportokhoz tartozó páciensek jelenlétéből vagy a migrációból adódó multikulturális közeg könnyen vezethet olyan helyzetekhez, ahol az ellátó és a páciens eltérő kulturális háttérrel rendelkezik, találkozásukra pedig akár egy harmadik kultúrában kerül sor. A származási ország, a nyelv, a nemi identitás, az iskolázottság, valamint az egészséggel kapcsolatos nézetek is eltérőek lehetnek a kulturálisan különböző személyek esetében, így kiemelten fontos az előítéletmentes ellátói viszonyulás (Paroz és mtsai., 2016). Azok a páciensek, akik diszkriminatív attitűdöket érzékelnek az ellátóktól kevésbé jelennek meg a rendelőkben, más forrásokból szerzik meg az egészségükkel kapcsolatos információkat, ami könnyen vezethet félreértésekhez és túlzottan késői vizsgálatokhoz (Garrison & Ibañez, 2016). Azt is fontos kiemelni, hogy az ellátók a kezelés során helytelen döntéseket hozhatnak, ha előítéletekre, sztereotípiákra, vagy túlzott magabiztosságukra hagyatkoznak (Klein, 2005). Mindezek szükségessé teszik az egészségügyben dolgozók interkulturális kompetenciájának és érzékenységének fejlesztését (Brislin & Horváth., 1997).

A kulturális különbségeket a klinikai gyakorlatban gyakran interkulturális konfliktushelyzetekként érzékelik, melyek nem redukálhatóak a nyelvi és vallási különbségek dimenzióira. Ezeken felül, gyakran előfordulnak a konszenzus (közös döntéshozás) kialakítási módjának különbségei. Az egyik példa erre az "informed vs. family consent": egyes kultúrákban az egyén elsősorban saját maga hozhatja meg az egészségét érintő döntéseit (informed consent – tájékozott beleegyezés után), míg más kultúrákban a család tájékoztatása és közös döntése a hangsúlyos (family consent). Hasonló kérdéseket vet fel az "I-identity vs. We-identity": egyes kultúrákban az egyén (énközpontú, individualista) vagy a közösség (családközpontú, kollektivista) szerepe dominálhat a döntéshozatal szempontjából. Ezen szempontok figyelmen kívül hagyása az önrendelkezés (autonómia) orvosi etikai kérdéseit is felvetheti, mivel az egyéni és kulturális elvárások eltérhetnek annak függvényében, hogy ki és hogyan hozza meg a döntéseket az ellátás során (Becker & Grunwald, 2000). Amikor a kulturális különbségek bármilyen megjelenése miatt egy nem jól értett, látszólagos megegyezés történik csak a kezelés menetéről, az megnöveli az esélyét, hogy téves értelmezések szülessenek, a tünetek elhallgatásra kerüljenek, vagy valódi magyarázat nélkül távozzon a

páciens. Amikor viszont az ellátók célzottan figyelnek a bizonytalanságokra, mindezek és a frusztráció érzése is elkerülhető (Rothlind és mtsai., 2018).

A beteg és az egészségügyi dolgozók közötti kommunikációs félreértések mindkét fél számára károsak. A páciens esetében elégedetlenséghez, félrediagnosticszáláshoz, az ellátás elmaradásához, vagy szélsőséges esetben, akár halálhoz is vezethetnek. Ugyanekkor az egészségügyi dolgozó olyan mértékű stresszt élhet át, aminek következtében munkájával kapcsolatban jelentős elégedetlenség és szorongás léphet fel (Gibson & Zhong, 2005). A kulturális különbségek tehát kihívást jelenthetnek az egészségügyi ellátásban minden résztvevőnek, és akadályokhoz vezethetnek az orvos-beteg kapcsolatban. Kommunikációs gátakat és nehézségeket eredményezhetnek a diagnózis felállításában és a kezelési terv közös meghatározásában is (Johnson és mtsai., 2004; Obeng és mtsai., 2015; Valero-Garcés, 2014; Van Wieringen és mtsai., 2002).

A kihívások kezelése érdekében a WHO Európai Regionális Bizottsága 2016-ban elfogadta a menekültek és migránsok egészségére vonatkozó stratégiát és cselekvési tervet (MacFarlane és mtsai., 2023). A kulturális sokszínűséget figyelembe vevő, megkülönböztetés és megbélyegzés nélküli egészségügyi rendszerek megvalósítása érdekében az egészségügyi hallgatóknak és alkalmazottaknak kompetens módon kell kezelniük az interkulturális helyzeteket. A menekültek és migránsok egyenlő bánásmódú ellátása mellett, az interkulturális kompetencia az etnikai, vallási vagy szexuális kisebbségek ellátásához, valamint a külföldi diákok oktatásához és a nemzetközi kutatási együttműködések támogatásához is szükséges (Garrison & Ibañez, 2016; Marek & Németh, 2020; Nguyen Luú, 2019). Egy vizsgálatban külföldi orvostanhallgató diákok Hollandiában folytatott tanulmányaik során mikroagresszióról számoltak be a többségi társadalomhoz tartozó oktatók és diákok felől is (Leyerzapf & Abma, 2017). A mikroagresszió kifejezése azokra a mindennapokban előforduló diszkriminatív megnyilvánulásokra vonatkozik, amelyek az etnikumhoz vagy rasszhoz köthető különbségekből eredeztethetők. Ezek az utalások sokszor alig érzékelhetőek, gyakran humorban nyilvánulnak meg, és a megfogalmazó nem mindig ismeri el az utalás sértő jellegét (Sue és mtsai., 2007). Leyerzapf és Abma (2017) kutatásuk következtetéseként kiemelik, hogy létfontosságú az orvosi képzésbe az interkulturális kompetencia témakörének a beépítése, hogy méltányos és interkulturálisan érzékeny orvostársadalom jöhessen létre (Leyerzapf & Abma, 2017).

Az utóbbi évek nemzetközi tudományos irodalma épp ezért fordítja a figyelmét az interkulturális kompetencia kiemelt szerepére és fejlesztési lehetőségeire az egészségügyi ellátás során. Ulrey és Amason már a 2000-es évek elején felhívták a figyelmet rá, hogy azok

a kórházi dolgozók, akik magasabb interkulturális kompetenciával és érzékenységgel rendelkeztek, kompetensebbek a más kultúrákból származó pácienseikkel való kommunikáció során, illetve alacsonyabb szorongásról számolnak be ezekben a szituációkban (Ulrey & Amason, 2001). Az interkulturális kompetencia tehát összefügg a szakemberek és pácienseik szorongásával és stresszével, kommunikációjukkal, elégedettségükkel, szakmai fejlődésükkel és a betegellátás minőségével is (Altshuler és mtsai., 2003; Betancourt és mtsai., 2002.; Gibson & Zhong, 2005; Giger és mtsai., 2007; Hagqvist és mtsai., 2020; Rothlind és mtsai., 2018; Ulrey & Amason, 2001).

3.2. Az interkulturális kompetencia definiálása és elemei

Az interkulturális kompetencia kialakulásával és fejlesztésének lehetőségeivel az elmúlt évtizedekben számos kutatási irányzat foglalkozott. Ilyenek például a krosszkulturális adaptáció (Kim, 2001), a transzkulturális kommunikáció (Husband, 2000), valamint az interkulturális tudatosság és megértés (Schulz, 2007) kutatási irányai.

A jelenséget számos kutató és szakember a kompetencia irányából közelíti meg. Lehet az elnevezés különböző, mint kulturális kompetencia, globális kompetencia, kultúráközi kompetencia, multikulturális kompetencia, internacionális kompetencia, transznacionális kompetencia, interperszonális kompetencia vagy az interkulturális kommunikációs kompetencia, de minden megközelítés igyekszik megragadni egy olyan kompetenciát, amely hidat képezhet eltérő kultúrákból jövő személyek találkozásai során (Brislin & Horváth., 1997).

Jelenleg nem létezik egy egységesen elfogadott definíciója az IC-nek, ami viszonylag tág fogalom, és amelynek a szakirodalomban, ahogy feljebb látható is, igen sokféle megközelítése van, használata pedig erősen diszciplína- és kontextusfüggő (Marek & Németh, 2020; Rukadikar és mtsai., 2022). A magyar nyelvben az interkulturális szó jelentésében benne van, hogy különböző kultúrából érkező emberek a találkozásukkor "kölsönhatásba lépnek" egymással, változásnak indulnak, hatnak egymásra (Pop és mtsai., 2012). Az IC megközelítések általában nem a más kultúrákról való részletes ismeretszerzésre, hanem a személyes interakciók révén kialakuló szociális, interperszonális, kommunikációs és cselekvési kompetenciákra összpontosítanak (Hyun, 2008; Paasche-Orlow, 2004). Ezek a személyes interakciók különösen fontosak az ellátó-páciens kapcsolatokban, mivel az IC összefügg a szakemberek és betegek szorongás- és stressz-szintjével, kommunikációjukkal és elégedettségükkel, valamint a betegellátás minőségével (Altshuler és mtsai., 2003; Betancourt & Green, 2010; Gibson & Zhong, 2005; Giger és mtsai., 2007; Hagqvist és mtsai., 2020; Rothlind és mtsai., 2018; Ulrey & Amason, 2001). Kiemelten fontos ezen kommunikációs és

cselekvési kompetenciák esetén a saját értékekkel kapcsolatos tudatosság, a viselkedéssel kapcsolatos reflexió képessége, a perspektíva-váltás készsége, valamint az etnocentrizmus kerülése, amikor valaki a saját (akár felsőbbrendűnek tartott) kultúrája alapján értékeli más kultúrákat, hogy azok mennyire hasonlítanak az övéhez. Ehelyett, a kulturális relativizmus felé történő elmozdulás a célravezető, mi szerint minden kultúrát a saját normái és értékei szerint kell megérteni és értékelni, amire nincs egyetemes mérce (Faubl és mtsai., 2021). A gyógyító szakmák tagjainak - más szakmákhoz képest is - kompetensebbnek kell lenniük a kultúra-érzékeny megközelítések elfogadásában (Bahar-Özvarış és mtsai., 2022; Betancourt, 2003).

Az IC tanult és konzisztens attitűdök, szabályok és viselkedésmódok készletének tekinthető, amely képessé tesz arra, hogy erőforrásainkat (érzéseinket, készségeinket, ismereteinket) mobilizálva helytálljunk interkulturális helyzetekben (Pop és mtsai., 2012; Rukadikar és mtsai., 2022; Spencer, 2007). Pop és munkatársai (2012) magyarországi ápolókat vizsgáló felmérésükben is ezt a meghatározást veszik alapul. Meghatározásuk követi az 1996-ban, Chen és Starosta alkotta IC modellt, mely szerint az interkulturális kompetenciának három összetevője van: kognitív, affektív és viselkedéses. A kognitív komponens az interkulturális tudatosságot jelöli, amely a különböző kultúrák változatosságának magasabb fokú megértését és a saját identitással kapcsolatos kiforrottabb tudást jelenti. Az érzelmi komponens az interkulturális érzékenységből (Intercultural Sensitivity - IS) nyilvánul meg, a viselkedéses komponens pedig az úgynevezett interkulturális ügyesség, amely a kommunikációs készségnek feleltethető meg, és azokból a verbális és nonverbális jelekből áll, amelyek a hatékony interakció létrejöttét segítik. Ezek különálló, mégis szorosan összekapcsolódó fogalmak (Chen & Starosta, 1996; Chen 1997).

Chen és Starosta (1996) szerint két olyan tényező van, amely az interkulturálisan kompetens kommunikációhoz elengedhetetlen. Az egyik a hatékonyság, vagyis az arra való képesség, hogy az egyén a szándékának megfelelő hatást érje el a környezetével való interakció során, a másik pedig az adekvát reakció, vagyis a verbális, kapcsolati és környezeti kontextusba illeszkedő válasz képessége. A szerzők továbbá megfogalmazzák, hogy egy kompetens személy a hatékony interakciót, illetve kommunikációs céljait az által tudja megvalósítani, hogy tiszteletben tartja és elfogadja a másik fél kulturális identitását. Kiemelik még az IS-t (az affektív komponens) mint létfontosságú elemet, mivel az interkulturális tudatosság folyamatát az IS felerősítheti, de tompíthatja is. Ha egy személy nem mutat pozitív érzelmeket a kulturális hasonlóságok és különbségek megértése, tiszteletben tartása és megtanulása iránt, akkor a kultúrák közötti tudatosság nehezen elérhető, így az IC is. Chen (1997) tehát a sikeres interkulturális kommunikáció legfontosabb tényezőjének az affektív komponens, az IS-t tartja,

amely jelen munka fókuszában is áll. Az IS-t arra irányuló képességének tekinti, hogy az egyén pozitív érzésekkel viszonyuljon és motivált legyen más kultúrák megértése, értékelése és elfogadása iránt. Több szerző egyetért abban, hogy e komponens (IS) szoros kapcsolatban áll és meghatározója a magasabb szintű IC-értékeknek (Chen & Starosta, 1996; Chen 1997; Hammer és mtsai., 2003).

Chen és munkatársai (2000) létrehoztak egy IS mérőeszközt is, az *Interkulturális Érzékenység Skálát* (*Intercultural Sensitivity Scale - ISS*), amelyet a jelen munka több vizsgálatában is alkalmaztunk. Az ISS 24 tételből áll (ebből kilenc negatívan megfogalmazott), és a szerzők 5 faktort/ alskálát különítenek el: *Interakciós elköteleződés* (7 tétel, pl. "Gyakran adok pozitív válaszokat a kulturálisan különböző beszélgetőtársaimnak."); a *Kulturális különbségek tisztelete* (6 tétel, pl. "Tisztelem a más kultúrájú emberek értékeit."); *Interakciós magabiztosság* (5 tétel, pl. "Elégé magabiztos vagyok a más kultúrájú emberekkel való interakció során."); *Interakciós élvezet* (3 tétel, pl. "Könnyen ideges leszek a más kultúrájú emberekkel való interakció során."); és *Interakciós figyelmesség* (3 tétel, pl. "Próbálok annyi információhoz hozzájutni, amennyihez tudok a más kultúrájú emberekkel való interakció során."). Az alanyoknak egy 5-fokozatú Likert-skálán kell jelölniük, hogy mennyire értenek egyet az adott tétel állításával. A skálán adott 1-es érték azt jelenti, hogy "egyáltalán nem értek egyet", az 5-ös érték pedig azt, hogy "teljesen egyetértek" az állítással.

Hammer és munkatársai (2003) némileg eltérő megfogalmazással ugyan, de szintén különbséget tettek IC és IS között. Álláspontjuk szerint az interkulturális kompetencia arra irányuló képesség, hogy adott kultúrának megfelelően adekvát módon tudjunk gondolkodni és cselekedni, az interkulturális érzékenység pedig azt jelenti, hogy képesek vagyunk felismerni és megkülönböztetni a releváns kulturális különbségeket. A szerzők között abban van egyetértés, hogy a két tényező szoros kapcsolatban áll egymással, és a magasabb szintű interkulturális kompetencia együtt jár a nagyobb interkulturális érzékenységgel (Chen & Starosta, 1996; Chen 1997; Hammer és mtsai., 2003)

Chen és Starosta (1996) az interkulturális érzékenység hat alappillért nevezik meg. Az önbecsülést, az önmonitorozást, a nyitottságot, a bevonódást, az ítéletmentességet és a korábban már kifejtett empátiát. Az ítéletmentes figyelem segíti elkerülni a sztereotípiák mentén való gondolkodást és az olyan hirtelen következtetéseket, melyek akadályozzák a megfelelő működést az interkulturális helyzetben (Chen & Starosta, 2000). A gyógyítás során pedig az empátia szerepe kiemelkedő, hiszen egy empatikus kezelő finomabban képes érzékelni a páciense állapotának változásait, a felmerülő problémákat megoldani és együttműködésre serkenteni (Derksen és mtsai., 2015; Buda, 1993; Neumann és mtsai., 2011).

A hat alappillér mellett, fontos megjegyezni, hogy kutatások szerint a külföldi élettapasztalatok mennyisége és az idegennyelv-tudás szignifikánsan összefügg az IS-sel (Altshuler és mtsai., 2003; Chen, 1997; Liu & Shirley, 2021; Lucza és mtsai., 2023; Toscu & Erten, 2020; Williams, 2005). Azt is megállapíthatjuk, hogy a nők szignifikánsan magasabb pontszámokat érnek el, mint a férfiak az interkulturális érzékenységet vizsgáló skálákon (Altshuler és mtsai., 2003; Lucza és mtsai., 2023; Marek & Németh, 2020; Tompkins és mtsai., 2017).

Összességében elmondható, hogy már több orvosi és oktatásfejlesztési vizsgálatot végeztek az IC széles területén, amelyről tudjuk, hogy összetett, nehezen mérhető és számos tényező befolyásolja (Hamilton, 2009; Marek & Németh, 2020; Rukadikar és mtsai., 2022). Ezzel szemben, az IS specifikusabb jelenségének célzott vizsgálata ritkább az orvosi- vagy egészségügyi hallgatók fejlesztésével foglalkozó szakirodalomban (Altshuler és mtsai., 2003; Bahar-Özvarış és mtsai., 2022; Nameni & Dowlatabadi, 2019). Ez az egyik olyan kutatási hiányosság, amely az értekezésben bemutatott kutatás alakulását irányította és kérdéseit felvetette.

3.3 Az interkulturális kompetencia és érzékenység fejlesztése

Az IS fejlesztettségéről Bennett már 1993-ban is írt, megalkotva az interkulturális érzékenység fejlődésének modelljét. Hammer és munkatársai (2003) részletesen beszámolnak erről a modellről, amely alapvetően arra az előfeltevésre épül, hogy minél komplexebb tapasztalatokkal rendelkezik valaki a kulturális különbségeket illetően, annál inkább kompetensen tud működni az interkulturális kommunikációs szituációkban. A modell szerint az interkulturális fejlődési folyamatnak hat fázisa van: tagadás, védekezés, minimalizálás, elfogadás, alkalmazkodás és integráció. Az első három szakaszt még inkább etnocentrikus működésmód jellemzi, amely a negyedik fázistól kezdve átalakul, és a kulturálisan relatív gondolkodásmód válik hangsúlyossá. Az interkulturális kompetencia tehát akkor valósulhat meg, amikor elérjük az integráció fázisát. Ehhez elengedhetetlen a különböző kultúrákkal való találkozás, a kulturális különbségek komplexitásának megtapasztalása.

Altshuler és munkatársai (2003) elsők között vizsgálták az interkulturális érzékenység fejlődését, illetve fejlesztettségét egészségügyi kontextusban. Az alkalmazott intervenció egy kombinált, multimodális tréningprogram volt amerikai és külföldi rezidensek körében. A beavatkozás két fő komponensből állt: egy elméleti (didaktikus) képzésből és egy gyakorlatorientált viselkedéses tréningből (úgynevezett kulturálisan szimulált betegellátási gyakorlatból). Az elméleti képzés során a résztvevők kulturális modelleket ismertek meg, melyeket interaktív módon egészségügyi helyzetekre alkalmazva dolgoztak fel,

esettanulmányok, csoportos megbeszélések és önreflexió révén. A viselkedéses tréning során a résztvevők különböző szimulált betegellátási helyzetekben vettek részt, ahol színészek játszották a pácienseket. A rezidensek ezekben a helyzetekben interjúztak, tanácsot adtak, majd visszajelzést kaptak a megfigyelő orvosoktól és a pácienseket alakító szereplőktől. A beavatkozás célja az volt, hogy a résztvevők attitűdjét, gondolkodásmódját és viselkedéses készségeit is fejlessze az interkulturális érzékenység dimenzióiban. A kombinált intervenció az eredményeik szerint hatékonynak bizonyult, a résztvevők a tréning után magasabb IS-t mutattak, különösen az elfogadás és alkalmazkodás dimenzióiban. A szerzők nemi különbségekről is beszámoltak, mivel a nők magasabb etnorelatív IS értéket értek el, mint a férfiak. A vizsgálat azt is alátámasztotta, hogy a korábbi interkulturális tapasztalat pozitívan összefügg az IS szinttel, és a legnagyobb fejlődést mutató résztvevő hosszú távú nemzetközi szakmai háttérrel rendelkezett.

Williams (2005) külföldön tanuló egyetemisták interkulturális érzékenységének változását vizsgálta, majd hasonlította össze olyan hallgatókéval, akik hazájukban maradtak. Eredményei szerint az otthoni környezetben maradó diákokhoz képest a külföldön tanulók IS szintje nagyobb fejlődést mutatott a félév során. Azt is kiemeli tanulmányában, hogy azok a személyek, akik valamilyen formában találkoztak már a sajátjuktól különböző kultúrával (például párkapcsolat, barátok, idegen nyelvű filmek, nyelvi kurzusok révén), már a vizsgálat kezdetén magasabb IS-sel rendelkeztek, és ebből kifolyólag nyitottabbak is voltak a külföldi tanulmányok iránt.

Gibson és Zhong (2005) egészségügyi dolgozókat vizsgálva szintén összefüggést mutattak ki az interkulturális kompetencia és a külföldön szerzett tapasztalatok mennyisége között. Azok az ellátók, akik háromnál több hónapot töltöttek külföldön, kompetensebbnek bizonyultak, és az általuk ellátott páciensek szintén kompetensebbnek ítélték meg őket, szemben azokkal, akik kevés vagy semmilyen nemzetközi tapasztalattal nem rendelkeztek. Ugyanebben a tanulmányban viszont azt is kiemelik, hogy a külföldi tapasztalatok mellett több más változó is jelen lehet, melyek magyarázhatják a magasabb szintű IC-t. Ilyen például az empátia vagy egy második nyelv ismerete.

Zhang és Zhou (2019) 31 tanulmányt átfogó metaanalízist készítettek annak feltérképezésére, hogy melyek az IC fejlesztésének leghatékonyabb módjai. Öt intervencióstípust azonosítottak, melyek közül két fő kategória különíthető el: a külföldi immerziós programok, valamint a különböző típusú pedagógiai intervenciók. A legerőteljesebb hatással a külföldi immerziós programok bírtak, amelyek során a résztvevők valós, első kézből származó tapasztalatokat szerezhettek egy másik kultúrában. Ezek az élmények nem csupán a kognitív

és viselkedéses, hanem az affektív dimenziók – mint például az empátia, nyitottság vagy kulturális érzékenység – fejlesztésében is jelentősebb eredményeket mutattak. A tanulók ilyenkor komplex kihívásokkal szembesülnek, amelyek adaptív megküzdést, kulturális alkalmazkodóképességet és önreflexiót igényelnek. A másik fő intervenciós kategória a pedagógiai beavatkozások csoportja, amely négy alcsoportba volt sorolható: (1) Kultúraalapú tananyagok használata, például idegen nyelvű filmek, irodalmi művek vagy autentikus szövegek beépítése az oktatásba. Ezek az anyagok elősegítik a kulturális tudatosság növekedését és csökkenthetik az előítéleteket. (2) Tantermi tevékenységek, mint például szerepjátékok, interkulturális csoportmunka, vagy interjúk más kultúrák képviselőivel. Ezek az aktivitások elsősorban az attitűdök és kommunikációs készségek formálásában hatékonyak. (3) Innovatív oktatási stratégiák, így például reflektív tanulási modellek, kooperatív tanulás, amelyek strukturált módon segítik elő az önismeret és a kulturális perspektívaváltás fejlődését. (4) Komplex, integrált interkulturális programok, amelyek hosszabb időtartamú (gyakran féléves) kurzusok vagy tréningprogramok formájában zajlanak, és célzottan fejlesztik a kulturális ismereteket, attitűdöket és viselkedéses készségeket egyaránt. A metaanalízis eredményei szerint valamennyi pedagógiai módszer statisztikailag szignifikáns hatást gyakorolt az interkulturális kompetencia fejlődésére, bár a mértékük változó volt. A leghatásosabbnak az integrált, komplex interkulturális programok bizonyultak. A szerzők rámutatnak arra is, hogy nem minden fiatal számára elérhető az oktatás keretein belül külföldi élettapasztalatok szerzése és nemzetközi részképzés lehetősége. Ebben az esetben fontos szerepe lehet a formális (intézményesített, strukturált, végzettséget adó) nem formális (strukturált, de nem feltétlenül végzettséget adó) és informális (spontán, mindennapi, szervezett keret nélküli) oktatás különböző formáinak, hiszen ezek által az IC fejlesztése minden korosztály számára elérhető (Zhang & Zhou, 2019).

A nemzetközi és hazai szakirodalom tehát már számos esetben felhívta a figyelmet az IC és IS fejlesztésének szükségességére az egészségügyi képzésben, ami része lehet a felsőoktatási tanterveknek vagy célzott tréningeknek is. Ez elengedhetetlen, hogy a szakemberek később ítélkezéstől és diszkriminációtól mentes egészségügyi szolgáltatásokat nyújtsanak (Betancourt, 2003; Giger és mtsai., 2007; Leyerzapf & Abma, 2017; Marek & Németh, 2020; Nguyen Luú, 2019; Pop és mtsai., 2012; Zhang & Zhou, 2019). Néhány tanulmány már rávilágított arra is, hogy hogyan alakítható az orvostanhallgatók alapképzése úgy, hogy az IS vagy IC készségekkel ruházza fel őket, de ezek még nem teljesek, és további kutatásokra és fejlesztésekre ösztönöznek (Bahar-Özvarış és mtsai., 2022; Green és mtsai., 2018; Lanting és mtsai., 2019).

Szeretném hangsúlyozni, hogy bár a legtöbb vizsgálat és a jelen munka is rájuk fókuszál, az IC fejlesztése nem csak az egészségügyi ellátók esetében lehet fontos. Ulrey és Amason (2001) véleménye szerint, annak ellenére, hogy főként a szakember oldaláról várjuk el a kompetens kommunikációt, a páciens éppúgy felelős a megfelelő interakció kialakításáért. A kommunikációs készségeket célzó tréning hatékonyságát páciensek körében is bizonyították, így az eredményes orvos-beteg kommunikáció elérése érdekében érdemes lenne a páciensek kompetenciáját is fejleszteni (Cegala és mtsai., 2000). Ez társadalmi, szociális szinten is beágyazható az általános egészségértés fejlesztés részeként például iskolai egészségnevelési programokon, civil kezdeményezéseken vagy nyilvános egészségfejlesztő kampányokon keresztül. A páciensek felkészítése konkrét, gyakorlati eszközökkel is történhet. Cegala és munkatársai (2000) kutatásukban kimutatták, hogy egy rövid, írásos kommunikációs készségfejlesztő tréning (kérdés listákkal és mintákkal, illetve önreflexiós szempontokat tartalmazó munkafüzettel) néhány nappal az orvosi vizit előtt is növeli a betegek aktív részvételét az orvosi konzultáció során. Az ilyen típusú beavatkozások segíthetnek abban is, hogy a kulturális különbségek miatt felmerülő kommunikációs akadályokat a páciensek is tudatosabban kezeljék. Emellett közösségi programok is vannak, amelyek segítenek, hogy a páciensek fejlődhessenek az ellátó-páciens kommunikáció területén – beleértve a (szub)kulturális különbségek felismerését és kezelését is. Ilyen kezdeményezés volt például az ELTE Pedagógia és Pszichológia Karának a *“Harmadik Kor Egyeteme - Hogyan kommunikáljunk az orvossal?”* elnevezésű, online formában futó rendezvénysorozata, amely egy nyugdíjasoknak szóló fejlesztő program volt.

A kulturális hasonlóságok, mint például az alapérzelmek, az empátia és az értő figyelés közös alapot képezhetnek a különbségek áthidalásában és a fejlődésben (Rothlind és mtsai., 2018). Az IS egyéni fejlettségi szintjében tehát az interkulturális tapasztalatokon túl szerepe lehet az egyén nemének, empátiájának, nyelvi kompetenciájának vagy egyéb személyiség jellemzőinek (pl. önértékelés), ugyanakkor kombinált didaktikus és gyakorlatias, célzott tréningekkel valóban fejlődés érhető el az IS területén (Altshuler és mtsai., 2003; Chen, 1997; Gibson & Zhong, 2005; Nguyen Luú, 2019; Williams, 2005).

Végül kiemelnék néhány fontosabb magyarországi törekvést és eredményt az IC fejlesztésének területén. Az Erasmus+ és a Tempus Közalapítvány oldalai szerint, az Erasmus program 1987-ben indult azzal a céllal, hogy elősegítse a felsőoktatási hallgatók nemzetközi mobilitását és tapasztalatszerzését. Az elmúlt több mint három évtizedben a program jelentősen kibővült, és 2014 óta Erasmus+ néven számos további lehetőséget kínál, beleértve az önkéntességet, szakmai gyakorlatokat és nemzetközi projekteket is. Magyarország 1997-ben

csatlakozott az Erasmus programhoz, és azóta több tízezer magyar hallgató és oktató vett részt külföldi mobilitási programokban, hozzájárulva a hazai felsőoktatás nemzetköziesítéséhez és a résztvevők személyes és szakmai fejlődéséhez.

E mellett, 2012-ben Magyarországon is elindult az EU által támogatott LEONARDO DA VINCI Innovációs transzferprogram, aminek keretében öt intézmény orvosok és egészségügyi szakemberek kompetenciáit fejlesztő modern, innovatív angol nyelvoktatási anyagok kidolgozásával és terjesztésével foglalkozott (Husztai & Wéber, 2014). A program az interkulturális kommunikáció nyelvtudással és tanulással kapcsolatos elemét célozta meg.

Pop és munkatársai (2012) szintén hazánkban végeztek egy egészségügyi ápolói felmérést, melynek eredményei szerint magas volt azoknak száma, akik vagy nem rendelkeztek, vagy nem tudták megítélni a társadalmi jelenségekkel és elvárásokkal kapcsolatos interkulturális készségeiket. Valódi igény mutatkozott az interkulturális ismeretek és készségek fejlesztésére. Kutatásuk eredményeit az orvosképzés és –továbbképzés figyelmébe is ajánlották, hiszen úgy vélik, hogy globalizálódott társadalmunkban az egészségügyi képző- és az ellátórendszerek számára mindez kötelezettség.

4. Orvosilag nem magyarázott tünetek (MUS)

Orvosilag nem magyarázott tünetekkel (medically unexplained symptoms - MUS) rendelkező páciensek megjelenési gyakorisága az alap- és szakellátásban 25-50% közötti, de akár magasabb is lehet (Burton, 2003; Nimnuan és mtsai., 2001; Verhaak és mtsai., 2006; Vermeir és mtsai., 2021). Ugyanakkor kezelésük sokszor nehézséget jelent az orvosoknak, akik felkészületlennek érzik magukat, és azt tapasztalják, hogy nincs birtokukban hatékony kezelési stratégia (Johansen & Risor, 2017; Maatz és mtsai., 2016; Stone, 2014; Weiland és mtsai., 2015). A MUS területével kapcsolatos oktatásfejlesztés szükségességére már többszörösen felhívták a figyelmet, de kivitelezése már kevesebbszer valósult meg, az elfogadott jó gyakorlatokkal és stratégiákkal együtt hiányos a terület (Åsbring & Närvänen, 2003; Bakal és mtsai., 2009; Joyce és mtsai., 2018; Lyles és mtsai., 2003; Stenhoff és mtsai., 2015; Weiland és mtsai., 2015; Yon és mtsai., 2015).

4.1. A MUS definiálása és elhelyezése

A MUS témájával kapcsolatos definíciók vizsgálata során azzal szembesülhetünk, hogy számos, olyan akár egymáshoz kapcsolódó, nem élesen elváló fogalom bukkan fel, mint "szomatizáció", "pszichoszomatika", "konverzió", "funkcionális", "pszichogén", melyek

használatában sok esetben következetlenség és koncepcionális vagy fogalmi zűrzavar van jelen (Kende és mtsai., 2005).

Hasznos kategorizációs szempontot fogalmazott meg a jelenség jobb megértéséhez De Gucht és Fischler (2002). Annyi biztos, hogy MUS esetén olyan fizikai tünetekről beszélhetünk, melyekre még alapos orvosi vizsgálatok után sem találtak megfelelő szomatikus (testi/fizikai) magyarázatot. A szerzők összefoglalták, hogy bár a szomatizációt számtalan különböző módon definiálták korábban, de a különbségeik ellenére a meghatározások rendelkeznek egy közös elemmel, nevezetesen, olyan szomatikus tüneteknek jelenlétével, amelyeket (megfelelően) nem lehet megmagyarázni organikus elváltozásokkal. Véleményük szerint a szomatizáció komplexitása a pszichológiai distressz és a szomatikus distressz bonyolult összekapcsolódásából fakad. Az irodalmak széleskörű áttekintését követően, azt a megállapítást tették, hogy a szomatizáció jelenségében két megközelítés különíthető el: az egyik a szomatizációt olyan jelenségnek tekinti, amely másodlagosan a pszichológiai distresszhez kapcsolható, a másik pedig a szomatizációt elsődleges jelenséggként határozza meg, amelyet orvosilag nem magyarázott tünetek jellemeznek (funkcionális szomatizáció) (De Gucht & Fischler, 2002).

Egy 2016-ban megjelent tanulmány segít megérteni és elhelyezni a MUS jelenségének fogalmát a hozzá kapcsolódó pszichiátriai kategorizációs próbálkozások mentén is. Ezekre leginkább a DSM nómenklatúrája szemszögéből érdemes vetnünk egy pillantást, annak változásaival együtt, ahogyan azt a szerzők is tették (Claassen-van Dessel és mtsai., 2016). A definícióik és osztályozásuk ugyanis évtizedek óta vitatott, és arra a paradigmaváltás szükségére is rámutatott, hogy az erősen pszichiátriai megközelítésen túl, a kezelés során jobban helyet kaphasson az általános orvosi ellátás is (Sharpe & Carson, 2001). Claassen-van Dessel és munkatársai (2016) tanulmányukban rávilágítanak, hogy a krónikussá váló MUS állapotok gyakorisága nagyban függ az alkalmazott DSM esetmeghatározási definícióitól. Tanulmányuk bemutatja, hogy a krónikus MUS-ok a DSM IV-ben még Szomatoform Zavarokként (Somatoform Disorders - SDs) voltak definiálva, ezen belül a Szomatizációs Zavar kritériumai: több évig fennálló, 30 éves kor előtt kezdődő fizikális tünetek, több specifikus területen (4 fájdalom, 2 emésztőrendszeri, 1 szexuális és 1 pseudo-neurológiai tünet), orvosi magyarázat nélkül. A DSM IV-ben a skála másik oldalán a Differenciálatlan Szomatoform Zavar állt, amely kritériuma: egy vagy több fizikális tünet, mely több, mint fél éve fennáll, orvosi vagy más pszichiátriai magyarázat nélkül, jelentős szenvedés vagy funkcionalitásbeli akadályozottság jelenlétével. Az előbbit az a kritika érte, hogy túlságosan kevés MUS esetet foglal magában, míg az utóbbit, hogy túlságosan sok esetet fed le. 2013-ban,

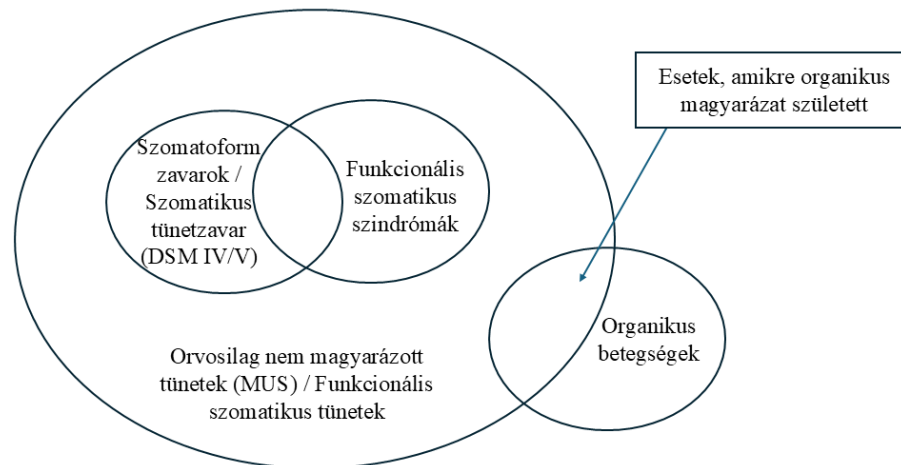
a DSM-5 létrejöttével, az SDs kategóriáját a Szomatikus Tünetzavar (Somatic Symptom Disorder - SSD) váltotta fel, több pozitív pszichológiai vonatkozással. Ebben a kategóriában a MUS jelenléte nem is kritérium, hiszen gyakori, hogy sokáig húzódik a magyarázatok keresése, esetleg funkcionális magyarázat születik az orvosok részéről. Helyette a kritériumok: egy vagy több olyan fizikális tünet jelenléte, amely több mint fél éven át a mindennapi élet során zavart okoz, az egészséggel kapcsolatos szorongással, rögeszmés gondolatokkal vagy a tüneteknek való túl sok idő és energia szentelésével jár, mindezek a tapasztalások pedig megjelenhetnek különböző erősséggel. Tanulmányuk rámutatott, hogy a pozitív pszichológiai tünetek jelentősen előtérbe kerültek, a MUS páciensek pszichológiai funkcionalitásának és tüneteik súlyosságának az összefüggése a fizikai tünetekkel több figyelmet kapott. Továbbá a tünetek megmagyarázatlan mivolta önmagában már nem része a pszichiátriai zavarok kritériumrendszerének.

A MUSIC projekt fejlesztései és az értekezés nem pszichiátriai zavarok mentén értelmezi vagy kategorizálja a MUS-t. A MUS fogalmát olyan fennálló testi tünetekként definiálja, amelyek esetén szomatikus és/vagy pszichiátriai patológiák nem diagnosztizáltak (pl. fejfájás, hátfájás, emésztési problémák) (Weiland és mtsai., 2015). A MUS olyan tartós vagy visszatérő testi tünetek gyűjtőfogalma, amelyek esetében a szokásos diagnosztikus vizsgálatok nem tárnak fel kielégítő szomatikus magyarázatot, és amelyek nem illeszthetők egyértelműen fennálló pszichiátriai diagnózis keretébe. MUS tehát önmagában, pszichiátriai zavar diagnózisa nélkül is létezhet. Amint valaki pszichiátriai diagnózist kap – például szomatikus tünetzavart – az adott tünet(együttes) már nem diagnózis nélküli, nem egészen „megmagyarázatlan”. Mindez nem zárja ki a pszichés és/vagy szociális tényezők szerepét az állapotban, éppen arra hívja fel a figyelmet, hogy ezekkel a tényezőkkel akkor is számolni szükséges, ha egy tünet esetén nem adható konkrét diagnózis. Az értekezésben bemutatott fejlesztés sem a pszichiátriai kórképek diagnosztikájának és kezelésének oktatását célozza, hanem az orvostanhallgatók attitűdjeinek és kommunikációs készségeinek formálását az interkulturális MUS konzultációk területén. A hangsúly azon van, hogy az ellátók miként tudnak empátikusan és hatékonyan viszonyulni egy olyan pácienshez, aki diagnózis és magyarázat nélküli funkcionális tünetekkel jelenik meg a praxisban.

A tünetek többsége néhány hónapon belül magától vagy minimális segítséggel megszűnhet, de fennállhatnak akár több, mint egy évig is és a páciensek akár 20-30%-a esetén krónikussá válhatnak, ekkor pedig különböző funkcionális szindrómákhoz vezethetnek (ilyen például: krónikus fájdalom szindróma, irritábilis bélszindróma (IBS) vagy a fibromyalgia)

(Weiland és mtsai., 2015). A MUS elhelyezkedésének megértését az egyéb kapcsolódó fogalmak között segíti az 1. ábra (Creed és mtsai., 2011; Nakamura és mtsai., 2017).

1.ábra. Az Orvosiilag nem magyarázott tünetek fogalmi elhelyezése (Creed és mtsai., 2011; Nakamura és mtsai., 2017)



Megjegyzendő ugyanakkor, hogy bármilyenek legyenek is a szindrómás meghatározások és definíciók a MUS területén, a betegek gyakran szenvednek olyan magyarázat nélküli szomatikus panaszoktól, amelyek jelentős szorongással és a funkcionális károsodással járhatnak. Ezek sajnos krónikussá is válhatnak és az egészségügyi szolgáltatások magas igénybevételével és az iatrogén (orvosi kezelés által okozott) egészségügyi szövődmények fokozott kockázatával is összefüggésben állnak (Croicu és mtsai., 2014).

4.2. A MUS magyarázó modelljei és jellemzői

Bár a MUS pontos patofiziológiája a mai napig sem világos, az elméleti magyarázó modellek szerteágazóak és komplexek, egyesítik és integrálják a biológiai (fiziológiai), pszichológiai és társadalmi tényezőket (pl. a biopszichoszociális modellben, az észlelési-kognitív modellben vagy pszichoneuroimmunológiai modellben (Dantzer, 2005; De Gucht & Fischler, 2002; Kirmayer & Looper, 2006; Rief & Broadbent, 2007). A kognitív viselkedésterápiás (Cognitive Behavioral Therapy - CBT) modell például jól megragadja a MUS összetett, multifaktoriális jellegét. A modell a fizikai tünetek fennmaradását egy önfenntartó kölcsönhatásként írja le, amelyben biológiai, pszichológiai és szociális tényezők folyamatosan erősítik egymást. A

CBT-modell három fő tényező csoportra összpontosít: a hajlamosító tényezőkre (például genetikai hajlam, korai életesemények), a kiváltó eseményekre (például fertőzések, életkrízisek) és a fenntartó mechanizmusokra (például figyelmi torzítás, elkerülő viselkedés, negatív attribúciók). A tünetek fennmaradását a modell szerint egyfajta “ördögi kör” okozza, amelyben a testi érzetekre való fokozott figyelem, az azokhoz kapcsolódó negatív értelmezések és az elkerülő viselkedések tovább fokozzák a distresszt, ez pedig további testi tüneteket eredményez (Deary és mtsai., 2007). Fontos azonban, hogy valamennyi modell csak korlátozott mértékben alapszik empirikus kutatáson, és hiányzik egy konszenzus révén választott modell (Vermeir és mtsai., 2021).

Kirmayer és Looper (2006) tanulmányukban összegeznek néhány fontos szociológiai és kulturális hatást is. Az előző modellhez hasonlóan összefoglalják, hogy a fiziológiai rendszerek szabályozásának zavarával együtt járhat a fokozott figyelem a testi érzetekre, a fájdalomérzékenység és a katasztrofizálás jelensége. Továbbá gyermekkorban a fejlődésbeli lemaradások, a betegszerep és viselkedés szülői modelljei fokozhatják a testi panaszokkal való foglalkozást és az egészségügyi ellátás felkeresését, vagy annak elhanyagolását. Mindezek mellett kiemelik a betegek kultúránként különböző viselkedéseit. Ezek tükrözhetik az egészségügyi rendszerek különbségeit, de a betegség egyéni kulturális modelljei és a társadalmi megbélyegzés is fontos tényezői a problémák tagadásának és az egészségügyi szolgáltatások elkerülésének. A szerzők úgy vélik a szomatiform rendellenességek címkézése helyett születhetne egy olyan keretrendszer, amely azonosítja azokat a társadalmi viselkedéseket is, amelyek hozzájárulnak a testi distresszhez, a nem elég hatékony megküzdéshez, az egészségügyi szolgáltatások nem megfelelő felhasználásához és a krónikus állapotokhoz (Kirmayer & Looper, 2006).

Löwe és Gerloff (2018) modellje szerint, az, hogy a tünetek észlelését a központi idegrendszer felülről-lefelé irányuló folyamatai is vezérlik, segíthet a funkcionális tünetek interkulturális eltéréseinek magyarázatában. E modell szerint a kulturális meggyőződés, a korábbi betegségek és a stresszes élethelyzetek befolyásolják a betegek elvárásait, érzékszervi bemeneteit és a szomatikus tünetek valódi észlelését. Továbbá a biztosítási státusz, az egészségügyi ismeretek és az egészségügyi tapasztalatok közötti különbségek erősen előre jelzik az egészségügyi ellátás igénybevételét a szomatikus tünetekkel küzdő páciensek esetén. A szerzők integrálják a szociokulturális tényezőket a tünetek észlelésével és az egészségügyi ellátással, figyelembe véve a funkcionális szomatikus tünetek eltérő arányát a sürgősségi osztályokon a különböző nemzetiségű páciensek között. Véleményük szerint arra kell összpontosítani, hogy minden beteg hozzáférjen a leghatékonyabb ellátáshoz és kezeléshez,

figyelembe véve a kulturális hátteret. A szerzők szükségesnek vélik még az interdiszciplináris képzések és az együttműködés fokozását a szomatikus és mentális egészséggel foglalkozó szakemberek között (Löwe & Gerloff, 2018).

Bár a MUS pontos működését és okait illetően nem nevezhetünk meg általánosan elfogadott modellt, mégis figyelmet kell szentelnünk a témának, hiszen, ahogyan azt korábban említettem, a MUS igen gyakran megjelenik mind az egészségügyi alapellátásban, mind a szakellátásban. A gyakorisága a különböző szakterületek között eltérhet. Egy régebbi retrospektív kohorszvizsgálatban a másodlagos ellátásban a MUS aránya a gasztroenterológián 54%, a neurológián 50%, a kardiológián 34%, a reumatológián 33%, az ortopédiai klinikákon 30%, a fül-orr-gégészetben 27%, a tüdőgyógyászatban pedig 15% volt (Vermeir és mtsai., 2021). Az orvosi tevékenység jelentős szegmensét képviselik és a legtöbb területen jelen vannak. Említésre érdemes, hogy egy tanulmány a legmagasabb előfordulási gyakoriságot (66%) a nőgyógyászati klinikán mérte (Nimnuan és mtsai., 2001), szemben a sürgősségi ellátás területével, ahol például 18,5%-ot mértek (Alsma és mtsai., 2019). Magyarországi kontextusban nagy elemszámú epidemiológiai vizsgálatok alapján nincsenek olyan megbízható, reprezentatív tanulmányok, amelyek kifejezetten a MUS vagy a szomatizáló páciensek prevalenciáját mutatnák be az ellátásban. Ugyanakkor egy háziorvosi praxisokra kiterjedő, reprezentatív mintán végzett vizsgálat szerint az affektív és szorongásos zavarok együttes előfordulása elérheti a 43%-ot, ami jól mutatja a mentális és potenciálisan szomatikus panaszokat is hordozó páciensek magas arányát az alapellátásban (Szádóczky és mtsai., 1997). Egy kvalitatív fókuszcsoporthoz tartozó tanulmány említhető még, amely Kende és munkatársai (2005) nevéhez fűződik, és a szomatizáció társadalmi reprezentációit vizsgálta laikusok és orvosok körében. Az eredmények alapján a probléma Magyarországon is jelen van, és kutatása, fejlesztése is indokolt, hiszen, sem a páciensek, sem az orvosok nem tartják sikeresnek a kommunikációt a szomatizáció témakörét illetően (Kende és mtsai., 2005).

A MUS tünetekkel kapcsolatban többek által alátámasztott eredmény, hogy gyakrabban detektálható nők esetén, mint férfiaknál (Alsma és mtsai., 2019; Verhaak és mtsai., 2006). Egy nagymintás, holland alapellátást vizsgáló tanulmánya további érdekes jellemzőit mutatja be a MUS páciensek populációjának. Eredményei szerint magasabb a megjelenési gyakorisága a MUS páciensek körében: az idősebbeknek, az alacsonyabban iskolázottaknak, az alacsonyabb szocioökonómiai státuszúaknak, a munkanélkülieknek, az elváltaknak vagy özvegyeknek és a nem-nyugati származásúaknak (Verhaak és mtsai., 2006). Rohlf és munkatársai (2014) vizsgálata szintén azt támasztotta alá, hogy menekültek esetén a MUS aránya nagyobb. A szomatizáció esetükben kapcsolatban állhat más pszichopatológiákkal (pl. poszttraumás stressz

zavar - PTSD), a traumatizáció, negatív életesemények és az esetleges testi vagy lelki szenvedés következtében (Rohlof és mtsai., 2014). Kounou és munkatársai (2017) tanulmánya volt az első, amely trauma utáni reakciókat, a PTSD-t, a szomatizációt és az életminőséget vizsgálja összefüggéseiben, afrikai menekültek körében. Eredményeink szerint két évvel a szociálpolitikai válság után, tíz menekültből csaknem kilenc éri el a PTSD küszöbértékét. Eredményeik alátámasztják a PTSD és a szomatizáció negatív összefüggését az életminőséggel. A trauma utáni distressz pedig szignifikáns együttjárást mutatott a szomatizációval, aminek az aktuális életminőségre gyakorolt negatív hatását is alátámasztották (Kounou és mtsai., 2017).

Egyes eredmények szerint a negatív érzelmi beállítódás az egyik legerősebb indikátora lehet a MUS jelenségének. Ez megegyezik azzal az irodalomban többször megfogalmazott állítással, amely a pszichés és szomatikus distressz komorbiditására mutat rá. Továbbá az érzelmek azonosítása során megjelenő nehézségek (az alexitímia jegye) is közvetlen hatással lehetnek a MUS-ra, ami nagyobb valószínűséggel fordul elő olyan egyéneknél, akik hajlamosak a neurotikus és az introvertált személyiségjegyekre, valamint akiknek nehézségekkel teli a múltjuk (De Gucht & Fischler, 2002; Deary és mtsai., 2007).

4.3. A MUS kezelését nehezítő tényezők

Elsőként a kezelés érzelmi színezetének problémakörére térnék ki. Az egészségügyi szakemberek gyakran nehezen kezelhetőnek tartják a MUS betegeket. Maatz és munkatársai (2016) tanulmánya árnyalta ennek a jelenségnek a mibenlétét. A résztvevők interjúinak elemzése arra utalt, hogy a "nehéz" kifejezés leginkább a gyógyítók saját érzelmi reakcióinak, a diagnosztizálásának, a magyarázat nyújtásának, a kommunikációnak és a kezelés tapasztalatainak szól. A kezelésük ugyanis érzelmileg megterheli az orvosokat. Ezen kívül az egészségügyi ellátórendszer hiányosságaira, és a MUS fogalmi alapjainak leírására használták a "nehéz" kifejezést, ezt a jelzőt tehát csak elenyészően használták pejoratív értelemben a betegekre vonatkoztatva (Maatz és mtsai., 2016). A szakemberek nem érzik magukat kompetensek abban, hogy megállapodjanak a páciens problémájának a meghatározását illetően. A betegek magyarázatot várnak tüneteikre, és a konfliktusok már a tünetek értelmezésének felek közötti eltéréseivel kezdődnek (Aiarzaguena és mtsai., 2013). A szakemberek félnek, hogy nem vesznek észre egy fizikai betegséget, így folytatják az orvosi kivizsgálásokat és beavatkozást, habár sokszor kevés eredményt érnek el. Mindeközben sok MUS-sal élő páciens olyan szenvedést tapasztal, mint más krónikus állapotú betegek. Nem

érik magukat megértettnek, az elfogadás és empátia hiányát tapasztalják. Ezekből kifolyólag az orvosok és a MUS páciensek közötti kapcsolat gyakran feszült (Weiland és mtsai., 2015).

A MUS kezeléséhez kapcsolódó attitűdökre térnek ki a következőkben. Stenhoff és munkatársai (2015) a krónikus fáradtság szindrómával (Chronic Fatigue Syndrome- CFS) foglalkozó, orvostanhallgatói tudás és attitűdök felmérése során 3 fontos témára osztották a nehézségeket. Ezekből az egyik az orvostudomány autoritása volt, ami kihatott az attitűdjeikre. A biomedikális modellt követve, a fizikai okok és diagnosztikai tesztek nélkül megkérdőjelezték a CFS legitimitását és betegségként való kezelését. Ez a fajta attitűd olyan módon is megmutatkozhat, hogy ezek a betegcsoportok nem kapnak legitimitást, hogy teljes mértékben "élvezzék" a betegsereppel járó jogokat, például felvegyék őket beteglistákra (Åsbring & Närvänen, 2003). Ezen kívül, olyan negatív attitűdök is megjelentek, melyek szerint a hallgatók úgy érezték, hogy a CFS összefüggésben van az egyén személyiségével, "lustaságával" vagy rossz megküzdésével. A hallgatók ezen negatív attitűdjeik kapcsán az oktatóikat említették, mint szerepmodelleket.

Mindezek mellett ugyanakkor félelmet is kifejeztek egy ilyen állapot jövőbeli kezelését illetően, és az ismereteik is hiányosak voltak. Például voltak, akik csak biológiai (immunrendszert érintő vagy genetikai) okokat említettek. A képzés szükségességét a témában kifejezték, amire a későbbiekben még visszatérek (Stenhoff és mtsai., 2015). A páciens felelősnek tartó attitűdhez kapcsolódva, kiegészítést nyújt egy tanulmány, amelyben 1504 brit háziorvos kérdőíves vizsgálata alapján rávilágítottak, hogy az orvosok a MUS állapotok esetén szignifikánsan nagyobb felelősséget tulajdonítottak a betegeknek, mint a magyarázhatóbb állapotok (pl. depresszió és szorongás) esetén. Továbbá a MUS állapotok kezelése alacsonyabb fokú orvosi elégedettséget váltott ki, és a betegek magasabbnak ítélt felelőssége az orvosok alacsonyabb megelégedettségével járt együtt (Brauer és mtsai., 2017).

Magyarországon Kende és munkatársai (2005) laikusok és orvosok nézeteit vizsgálták a szomatizációról 10 fókuszcsoport segítségével. Eredményeik szerint az orvosok nem tértek el jelentősen a laikusoktól abban, ahogyan a jelenséget, annak összefüggéseit, eredetét vagy kezelését látják. Ugyanakkor egyik fél sem tartotta sikeresnek a kommunikációt a témában orvos és beteg között. A laikusok szerint elsősorban az orvosok ragaszkodnak túlzottan az organikus orvosláshoz, követve a biomedikális szemléletet, míg a szakemberek szerint a laikusok ragaszkodnak a tüneteik organikus orvoslásához. Ennek oka talán az állapothoz kapcsolódó vélt stigmatizációhoz és negatív attitűdökhöz kapcsolható, amely a vele való azonosulást nehezítheti. A szomatizáció negatív szociális reprezentációja (például

szimulációval való azonosítása) szerepet játszhat ebben, mint nehezítő tényező (Kende és mtsai., 2005).

Az általánosan elfogadott modellek és kezelési keretek hiányával kapcsolatos nehézségeket is fontos kiemelni. A MUS betegek több tanulmány szerint azért jelenthetnek nagy kihívást az ellátóiknak, mert nem illeszkednek a biomedikális modell keretrendszerébe, amely hajlamos a fizikális kórképek kizárására összpontosítani, ez azonban önmagában nem gyógyíthatja a páciens (Aiarzaguena és mtsai., 2007; Rosendal és mtsai., 2005). Egy Ausztráliában végzett kérdőíves vizsgálat is felhívja a figyelmet, hogy a negatív érzések (pl. frusztráció, szégyen és tehetetlenség), valamint a diagnosztikai nyelv és a megfelelő magyarázó és kezelési modellek hiánya megakadályozhatja a fiatal orvosokat a hatékony MUS kezelésben. A negatív érzések kölcsönösen jelen vannak az orvosok és a betegek között. Ezeket azonosítani kell a szakembereknek, hiszen a MUS betegek gondozása a szakmai identitással, szereppel és a felelősséggel kapcsolatos kérdéseket is felvet. Például mit is jelent orvosnak lenni vagy valójában betegnek lenni. Mindezek biztonságos keretek közötti felvetésében, megértésében és megvitatásában segítségre szorulnak a fiatal orvosok. A személyes önreflexióval vagy professzionális kérdésekkel kapcsolatos problémák megvitatásában fontos szerepet kaphatnak a tapasztaltabb szakemberek. Az ő nyíltságuk, a kezelési módszereiknek és érzéseiknek felvállalása, valamint vitába bocsájtása fontos lenne a megfelelő szerepmódel kialakulása szempontjából (Stone, 2014).

Johansen és Risor (2017) kvalitatív tanulmányokat szintetizáló meta-etnográfia szintén arra enged következtetni, hogy a domináns betegségmodellek (biomedikális vagy pszichoszociális) gyakran nem felelnek meg a valóságnak, és ettől az inkongruenciától mind a betegek, mind az orvosok szenvednek. Kongruens betegségmodellek hiányában a megfelelő orvos-beteg kapcsolat kiemelt fontosságú lehet. Bár a háziorvosok rugalmasan igyekeznek megközelíteni a terápia kialakítását, mégis a betegek és az orvosok is olyan negatív tapasztalatokkal rendelkeznek, mint az elakadás, a bizalomvesztettség és a tehetetlenség. Tanulmányukban ezért rövidtávon javasolják, hogy tapasztalatokon alapuló, a valósághoz igazított ismereteket adjanak át az idősebb szakemberek a pályakezdőknek, hosszútávon pedig olyan interdiszciplináris és hasznos betegségmodell kidolgozása szükséges, amely az összes releváns tudományág tudását igyekszik beépíteni (Johansen & Risor, 2017).

Az előbbi szempontokat kiegészíteném még egy utolsóval, az egészségügyi rendszer lehetséges nehézségeivel. A különböző tesztek orvosi elrendelésének a száma pozitívan összefügg a MUS panaszokkal, akár duplázhathatják a laboratóriumi vizsgálatok kikérését, amit a páciensek ezirányú elvárásai is erősíthetnek (van der Weijden és mtsai., 2003). Egy 5 éves

egészségügyi adatokat vizsgáló tanulmány felhívta rá a figyelmet, hogy az ismétlődően továbbküldött MUS páciensek jelentősen magasabb költségekkel járnak a járóbeteg, fekvőbeteg és sürgősségi ellátást nyújtó osztályoknak, mint a ritkán továbbküldött MUS páciensek. Mivel a MUS páciensek ismételt szakellátásokba való utalása jelentős egészségügyi költségekkel jár, a szerzők javasolják egy olyan alternatív kivizsgálási és kezelési protokoll kidolgozását, amely csökkenti az átirányításokat, és potenciális költségmegtakarítást eredményez (Burton és mtsai., 2012).

Az egészségügyi rendszer MUS általi terheltsége mellett még azt is érdemes számításba venni, hogy sok tanulmány foglalkozik a nyugat-európai és észak-amerikai egészségügyi szakemberek tapasztalataival, de a közép- és kelet-európai munka és rendszer aspektusait, néhány kivételtől eltekintve, nem sokan kutatták. Egy lengyel cikk kapcsán mutatnék be néhány olyan gondolatot, amely talán Magyarországon is releváns lehet. Czachowski és munkatársai (2012) 4 fókuszcsoporthoz segítségével vizsgálta 14 háziorvos kihívásait a MUS kezeléssel kapcsolatban. Ebben a tanulmányban is megjelentek a negatív érzelmek, a követhető modellek és megfelelő képzés hiánya, ezek mellett pedig kitértek az egészségügyi rendszer és környezet kihívásaira is. Az első ilyen, hogy a háziorvosok úgy érezték, a presztízsük csökkent a szakorvosokéhoz képest. A második, hogy a folytonos orvos-beteg kapcsolat sokszor akadályozott az új ellátók felkeresésével, a konzultációs idő hiányával és a konzultációkon résztvevő "harmadik felekkel" (pl. családtag vagy nővér). A harmadik az anyagi források és a szakorvosok/specialisták (pl. pszichológusok) hiánya. A negyedik és egyben utolsó felmerülő nehézség a multidiszciplinaritás hiánya az alapellátásban. A résztvevők felvetették, hogy nincsenek olyan team-ek, amelyek segítik a MUS komplex kezelését, mint például Angliában (kerületi nővér, pszichológus, pszichoterapeuta vagy gyógytornász). Tanulmányukban javasolják a páciensek kezelésében a személyre szabott megközelítést, amit kiegészítő képzés segíthetne a biopszichoszociális modellről az orvosi oktatás során. Emellett hasznos lenne a pénzügyi források ráfordításával létrehozni multidiszciplináris gyógyítói csoportokat az alapellátásban, a pszichológusokhoz és pszichoterapeutákhoz való hozzáférés megkönnyítésével (Czachowski és mtsai., 2012). Az interdiszciplináris képzés és az együttműködés a szomatikus és mentális egészséggel foglalkozó szakemberek között ugyanis más szerzők szerint is kiemelten fontos lenne (Löwe & Gerloff, 2018).

4.4. Kezelési javaslatok MUS esetén

A "nehézségek" felsorakoztatása után, most olyan kutatásokra és eredményeikre hívnám fel a figyelmet, melyek általánosan elfogadott modellek és útmutatások hiányában is pozitív hatással lehetnek a MUS páciensek kezelésére, és követésüket ajánlja a szakirodalom.

Elsőként Edwards és munkatársai (2010) rendszerező összegzését emelném ki, amely a korábban említett kulturális szempontok fontosságát is figyelembe veszi az alapellátást érintő kezelési javaslataiban. A MUS átfogó értékelése és kezelése szerintük magában foglalja a beteg kultúrájának figyelembevételét is, hiszen a társadalmi konfliktusok összekapcsolhatóak fizikai tünetekkel. Leszögezik, hogy egyetlen megközelítés nem fogja eredményesen kezelni az alapellátásban megjelenő összes MUS esetet. Eredményeik szerint alaposan fel kell térképezni a következőket: pszichológiai gondok, családi és kulturális kérdések, diszfunkcionális gyermekkor, depresszió, szorongás és esetleges PTSD tünetek. Ezt annak megerősítésével érdemes folytatni, hogy a tünetek akkor is valódiak, ha pszichoszociális stresszhez kapcsolódnak. Ezután fontos tisztázni a legmegfelelőbb kezelési lehetőségeket, beleértve: reattribúció, progresszív izomrelaxáció és a kapcsolódó technikák, kognitív viselkedésterápia (csoportos vagy egyéni) vagy akár gyógyszer (bár annak hatása eredményeik szerint korlátozott). Olyan ápolásra van szükségük, amely páciensközpontú és figyelembe veszi a biopszichoszociális szempontokat. Az egyénre szabott klinikai megközelítés közös kidolgozásához szükséges idő nagyban hozzájárulhat a betegek és családtagjaik jóllétéhez, valamint a háziorvos személyes és szakmai fejlődéséhez is (Edwards és mtsai., 2010). Az ilyen jellegű ellátás mellett foglaltak állást Croicu és munkatársai (2014) is, akik szintén a kollaborációt és az edukációt tartják kiemelten fontosnak, hogy a biopszichoszociális modell megvalósulhasson az alapellátásban.

Hartman és munkatársai (2017) munkájukban összefoglalják a témában 2017-ig született fontosabb irányelveket és rendszerező összegzések által javasolt kezelési módokat, illetve azok bizonyítékokkal való alátámasztottságát, hatékonyságát. Az egyik kiemelkedő téma, melynek haszna és fontossága újra és újra megmutatkozik, a kommunikációs készség. Fontos a betegek gondolatainak szisztematikus feltárása, az aggodalmak és elvárások feltárása, a célzott magyarázatok nyújtása a létrejövő fizikális folyamatokról. Enyhe és közepesen súlyos MUS esetén a háziorvosoknak célszerű gyakorlati és konstruktív tanácsokat adniuk, amelyek könnyen alkalmazhatók a mindennapi életükben. Ehhez kapcsolódik a páciensközpontúság és a páciens bevonásának a fontossága, amely témák részletesebben kifejtésre kerültek korábban (Hartman és mtsai., 2017).

Továbbá a MUS súlyosságához mérten a kezelést is árnyalni kell. Az iránymutatások lépcsőzetes ápolási megközelítést ajánlanak, amelyben a legsúlyosabban érintett betegek részesülnek leginkább a multidiszciplináris megközelítésből. A tünetek súlyossága és a funkcionális korlátozottság irányítják a kezelési lehetőségeket ebben az ápolási modellben. A súlyos és összetett eseteket már más szakemberekkel együttműködve kell fokozatosan kezelni, amire a következőkben hozok egy-két példát. 2011. januárjában a MUS-ra és SD-re (szomatoform zavar) vonatkozó Holland Multidiszciplináris Útmutató jelent meg, amely ezt a lépcsőzetes elvet követte. Célja az volt, hogy szabványt állítson fel a MUS és SD multidiszciplináris megelőzésére, diagnosztizálására és kezelésére. Fontosnak tartja a szomatikus és mentális tünetek lapos feltárását, a tünetek magyarázatát és a pszichoedukációt, amelyeket a háziorvos lát el. Ezután is háziorvos általi ellátás és esetkezelés következik, az iatrogén ártalmak korlátozása érdekében. Súlyos szomatikus problémák vagy komorbiditás esetén szakorvos vagy pszichiáter munkája egészíti ki az ellátást. A magas kockázatú betegeket tehát mindenképpen multidiszciplináris módon lenne szükséges ellátni (Van der Feltz-Cornelis és mtsai., 2012).

A pszichológus/pszichiáter szakemberek által nyújtott egyes kezelések hatékonysága jól dokumentált, a CBT az egyik legerősebb jelenlegi bizonyítékokkal alátámasztott pszichológiai kezelési módszer (Hartman és mtsai., 2017). Cooper és munkatársai (2017) cikkükben részletesen tárgyalják a bizonyítékokon alapuló, érzelmekre összpontosító pszichoterápiás szolgáltatás megvalósítását MUS páciensek számára. Az Intenzív Rövid Dinamikus Pszichoterápia szolgáltatásának (ISTDP) eredménymutatói sokféle előnyére felhívták a figyelmet. A betegek jelentősen csökkent szomatikus tünetekről számoltak be, a háziorvosok látogatásaiban pedig szignifikáns (23%) csökkenés mutatkozott a szolgáltatást követő 6 hónapban. Mind a betegek, mind az alapellátásban dolgozó orvosok magas szintű elégedettségről számoltak be (Cooper és mtsai., 2017).

A klinikai kihívások leküzdéséhez viszont még több bizonyítékra van szükség a következőkről: az orvos-beteg kapcsolat erősítésének hatásai, a specifikus konzultációs készségek befolyása, a fizikoterápia hatása, a reattribúciós beavatkozások eredményei. A klinikai gyakorlati iránymutatások valóban adnak némi útmutatást, de hatásaik egyelőre csak korlátozottan bizonyítottak, és kivitelezésükben számos akadályba ütközhetnek (Hartman és mtsai., 2017).

Végül egy rövid, gyakorlati kezelési útmutatót mutatnék be példaként, ami kézzelfogható és egyszerű iránymutatást adhat egy MUS problémával szembesülő ellátónak. Ezt az útmutatót Brownell és munkatársai (2016) gyakorló orvosokkal végzett interjúk alapján

dolgozták ki. A MUS betegek ellátását négy részből álló keretrendszerben jellemzik: a diagnózis kihívásával, a kezelés kihívásával, a kommunikáció fontosságával és a terápiás kapcsolat fontosságával. A következő gyakorlati kezelési útmutatásokat fogalmazzák meg: 1. Korán vegye fontolóra a MUS “diagnózisát”. 2. A beteggel konzultálva korlátozza a vizsgálatokat a leglényegesebbekre. 3. Határozza meg azt az orvost, aki a kezelésért felelős végig a klinikai nyomonkövetés alatt. 4. Az orvos biztosítsa a beteget a gondozása iránti elkötelezettségéről, még akkor is, ha diagnózis nem áll rendelkezésre. 5. Fejlesszen ki egy ápolási keretrendszert, amelyet a beteg követhet, ideértve a támogató életmódbeli megközelítéseket (pl. étkezési változások, testmozgás, öngondoskodás). 6. Edukálja a beteget a MUS-ról és saját felelősségéről is a gyógyulásában. 7. Ne tegye ki a beteget potenciálisan káros kezeléseknek vagy invazív vizsgálatoknak. 8. Összpontosítson a kommunikáció és a kapcsolat fontosságára, mint a hosszútávú menedzsment kulcsára (Brownell és mtsai., 2016).

4.5. Oktatásfejlesztés a MUS területén

Bár az általános orvosok munkájuk jelentős részének tekintik a MUS páciensek kezelését, mégis úgy érzik, a hatékony kezelési stratégiák hiányoznak a praxisukból (Johansen & Risor, 2017; Weiland és mtsai., 2015). Ennek ellenére több tanulmány, mind hallgatói, mind oktatói oldalról felhívja rá a figyelmet, hogy a MUS témája többé-kevésbé hiányzik az orvosi egyetemek tantervéből, amelyek inkább a biomedikális szemléletet követik. Hozzáteszik viszont, hogy új képzések bevezetése szükséges és indokolt lenne a területen (Åsbring & Närvänen, 2003; Bakal és mtsai., 2009; Joyce és mtsai., 2018; Lyles és mtsai., 2003; Stenhoff és mtsai., 2015; Weiland és mtsai., 2015; Yon és mtsai., 2015). Ellentmondás figyelhető ugyanis meg az orvosi képzés során megtanult, diagnosztizálható és gyógyítható betegségek biológiai okokkal és objektív megállapításokkal kapcsolatos ideálja és a valós gyakorlati munka között, mely során számtalan olyan ember szorul ellátásra, akinek a szubjektív tüneteiben a társadalmi vagy pszichés distressznek is szerepe van (Åsbring & Närvänen, 2003).

Stenhoff és munkatársai (2015) az Egyesült Királyságban harmadév feletti orvostanhallgatókkal végeztek kvalitatív vizsgálatot, hogy jobban megértsék nézeteiket a krónikus fáradtság szindrómával kapcsolatban. Huszonegy félig-strukturált interjún végeztek tartalomelemzést és eredményeikből kiderült, hogy alapvető információk és tudáselemek tekintetében is hiányosságok jelennek meg, továbbá negatív attitűdök is felszínre kerültek. A téma orvosi tananyagból való kimaradása is megemlítené, hiszen egyetlen résztvevő sem számolt be arról, hogy bármilyen képzés formájában találkozott volna vele. Néhányan úgy érezték, hogy a téma azért marad ki a képzésükből, mert túlságosan ellentmondásos, nem

egyértelmű és összetett, inkább pszichoszociális, ezért más betegségekkel összehasonlítva alacsonyabb prioritásúnak tekintették, mégis kifejezték a képzés szükségességét (Stenhoff és mtsai., 2015).

A hallgatókon túl egy tanulmány frissen végzett, fiatal orvosokat vizsgált. Yon és munkatársai (2015) mélyinterjúk során jelentős hiányosságokat találtak a MUS témájával kapcsolatos orvoscépzésben, főként a tudatosság és ismeretek tekintetében. A fiatal orvosok a vizsgálatok megfelelő szintjével, a lehetséges pszichológiai komorbiditásokkal, a megfelelő magyarázatok megfogalmazásával és a hosszútávú kezelési stratégiák ismeretével kapcsolatos hiányosságokról és nehézségekről számoltak be. Továbbá aggodalmat, frusztrációt, bizonytalanságot és kompetenciahiány érzését fejezték ki, emellett gyakran vélték a betegek túlzott kivizsgálását vagy az ellátói elkerülő magatartás megjelenését. Mint lehetséges negatív szerepmoddelt, megjelölték néhány idősebb, vezető klinikus negatív attitűdjeit MUS páciensekkel kapcsolatban, amely hozzájárulhat a saját döntéseikhez is. A karrierjük elején, a posztgraduális képzés fejlesztésének sürgősségére mutattak rá, melyben az interaktív esettanulmányokat, videókat, beszélgetéseket, gyakorlati kommunikációs készségeket, a probléma-alapú tanulást és szerepjátékokat tartanak hasznosnak (Yon és mtsai., 2015).

Szintén az Egyesült Királyságban 13 orvosi egyetemről vontak be 28 oktatót egy vizsgálatba, és interjúk segítségével igyekeztek feltérképezni, hogy mi lehet az oka, hogy az orvoscépzésből hiányzik a MUS és a funkcionális szindrómák területe. Az eredmények több okra is rávilágítottak. Az egyik ilyen, hogy a szoros tanulmányi időből nem érzik úgy, hogy elsőbbséget kell élveznie a témának, más kórképekkel szemben. Továbbá úgy vélik, hogy a téma a komplexitása miatt is a háttérbe szorul, nehezen tanítható (Joyce és mtsai., 2018).

Finset (2018) alátámasztja ezt munkájában, mi szerint az egyszerű megoldások keresése és a komplexitás kerülése fontos akadály lehet a téma megfelelő oktatásának. A biopszichoszociális modell keretein belül annak javasolt a megfelelő oktatása, hogy a tüneteket a biológiai mechanizmusok, a társadalmi és egyéb környezeti hatások, valamint az egyén érzékelésének kölcsönhatásában kell értelmezni. Illetve annak, hogy a "megmagyarázhatatlan" tünetek magyarázata megköveteli ezen kölcsönhatások megértését az orvos és beteg közötti párbeszéd során, amelyben a beteg narratívája és a klinikus tudása, készségei és kíváncsisága képviselik a biopszichoszociális "puzzle" összeillesztendő elemeit. A kutatás során felszínre kerültek az oktatók saját negatív attitűdjei is. Felhívták a figyelmet rá, hogy a probléma széleskörű jelenléte miatt olyannak kellene oktatni, aki tapasztalt és megfelelőek hozzá az attitűdjei, hiszen azt is közvetíti és átadhatja a tanulóinak (Finset, 2018). Ezt a fajta rejtett tantervet Shattock és munkatársai (2013) rezidenseket vizsgáló kvalitatív tanulmánya is

mege erősítette, kiegészülve az elmélet klinikai alkalmazhatóságba való átültetésének hiányosságaival. Joyce és munkatársai (2018) kiemelkedően fontosnak tartják az oktatók szemléleti felkészítését, hiszen az oktatók negatív attitűdjei akadályozhatják a hatékony és minőségi oktatást. A tanulmányban felbukkanó orvosi attitűd kapcsolódhat azzal az észrevétellel, hogy gyakorló orvosok és hallgatók közt a MUS alacsonyabb státuszú a különböző betegségek presztízs-hierarchiájában (Album & Westin, 2008).

Sirri és munkatársai (2017) olaszországi felmérése érdekes eredményeket mutat arról, hogy miért, kinek és milyen jellegű oktatásra lenne szüksége a témában. 347 általános orvos vett részt a vizsgálatban. Bevallásuk szerint, tízből hét orvos töltött ”sok” vagy ”nagyon sok” időt és energiát MUS páciensek kezelésével a napi rutinja során. A MUS-sal kapcsolatban a leggyakoribb félelem az volt, hogy nem vesznek észre egy diagnózist (59,1%), a leggyakoribb kezelési stratégiák pedig a megnyugtató és támogatás (73,8%), valamint a beteg meghallgatása (69,2%) voltak. A háziorvosok több mint fele a pszichológiai módszereket ”hasznosnak” vagy ”nagyon hasznosnak” ítélte, azonban a háziorvosoknak csak egyharmada volt jól informált a pszichológusok szerepéről a kezelésben. Eredményeik szerint a háziorvosok többségének (77,5%) tovább kellene tanulnia a MUS-ról. Ez különösen a fiatalabb és kevesebb gyakorlattal rendelkező szakemberek esetén fontos, mert esetükben a MUS-hoz szignifikánsan negatív érzelmi válaszok kapcsolódtak (Sirri és mtsai., 2017).

Amikor a szakemberek megfelelő felkészítéséről olvasunk a MUS páciensek kezelése kapcsán, David Goldberg neve többször előkerülhet, hiszen történetileg fontos megalapozója a témának. Goldberg és munkatársai (1989) már a ’80-as évek végén létrehoztak egy tanítandó reattribúciós technikát, melyet átadva a szakembereknek, segítheti őket a ”szomatizáló” páciensek megfelelőbb kezelésében. Módszerüket azóta többször vetették vizsgálat alá, újraformálták, de mindenképp fontos kiindulási alapot jelent. Videóleckéket és visszajelzéseket is tartalmaz az oktatási anyaguk (Goldberg és mtsai., 1989). A reattribúciós modell egy háromlépcsős intervenció, amelyet a szomatizáló betegek ellátására fejlesztettek ki, elsősorban alapellátásban dolgozó orvosok számára. Az első lépés, a megértettség érzésének kialakítása, ami közben az orvos részletesen feltérképezi a fájdalmat és egyéb tüneteket, reagál a hangulati utalásokra, feltárja a szociális és családi háttértényezőket, valamint megvizsgálja a beteg egészségügyi hiedelmeit, miközben egy rövid fizikális vizsgálatot is elvégez. A második szakaszban az orvos visszajelzi a vizsgálata eredményeit, elismeri a fájdalom valóságosságát, majd új megvilágításba helyezi a panaszokat, például az érzelmi stressz vagy élethelyzeti változások összefüggésében. A harmadik fázis célja a kapcsolat megteremtése az érzelmi állapot és a testi tünetek között. Ezt különböző kommunikációs technikákkal lehet elérni,

például az érzelmi zavarok fiziológiai hatásainak elmagyarázásával, gyakorlati demonstrációval, élethelyzeti példákkal vagy projektív kérdéssel, amely során például a beteg hozzátartozóinak panaszain és reakcióin keresztül segítik a beteget saját problémáinak felismerésében (Goldberg és mtsai., 1989).

Larisch és munkatársai (2004) németországi kutatásukban azt vizsgálták, hogy a reattribúciós technikát alkalmazó orvosi intervenció hatékonyabb-e, mint egy korábban bevezetett, nem specifikus pszichoszociális alapellátás tréning (20 óra az érzelmi zavarok felismerésére és kezelésére, 30 óra kommunikáció készségek és 30 óra Bálint-csoport). Az intervenció alapját egy 12 órás képzés képezte, amit háziorvosok számára szerveztek, és a reattribúciós modell adaptált változatán alapult. A tréning két fő szakaszból állt. Először az orvosokat arra képezték, hogy komolyan vegyék a páciensek panaszait: részletes pszichoszociális anamnézist kellett felvenniük, empatikusan viszonyulniuk a testi tünetekhez („testi empátia”), valamint el kellett végezniük a fizikális vizsgálatokat. Ezután a képzés során megtanulták, hogyan kommunikáljanak anélkül, hogy kétségbe vonnák a panaszok valódiságát; hogyan alkalmazzanak metaforákat a tünetek magyarázatára; hogyan kössék össze az érzelmi distresszt, a kogníciót és a testi tüneteket; hogyan vezessenek tünetnaplót a páciensekkel; valamint hogyan tárják fel a munkahelyi vagy kapcsolati stresszhelyzeteket, és fejlesszenek ki új viselkedésformákat. A képzést követően hat alkalomból álló, kéthetente tartott, 20 perces konzultációs sorozatot vezettek be a pácienseiknek. A leírt reattribúciós képzésben részesült orvosok páciensei a három hónapos követés során enyhe javulást mutattak a fizikai tünetek, fizikai funkció, valamint a szorongás és depresszió terén, a nem specifikus pszichoszociális alapellátás tréningben részesülő orvosok páciensei esetén szintén megfigyeltek javulást, főként a pszichés distressz csökkenése formájában. A reattribúciós technika összességében csak szerény előnyt mutatott (Larisch és mtsai., 2004).

Spanyolországban egy vizsgálatban az aktív kontrollcsoport orvosait 3 órás tréningen, az ismert Goldberg-féle reattribúciós technikára képezték ki (Goldberg és mtsai., 1989). Az intervenció csoport szakembereit viszont egy 20 órás, 4 alkalmas tréning segítségével készítették fel. Ez lényegében egy követendő gyakorlatra készítette fel őket 3 fontos elemmel: először is fizikai, kézzelfogható magyarázatot adni a MUS páciensek állapotára a hormonrendszer változásain keresztül, melyek kapcsolódnak az életeseményeikhez és tapasztalataikhoz. Majd az érzékenyebb témák nyílt megbeszélésével és az érzelmek eseményekhez kapcsolásával az orvos indirekten kifejezi, hogy érthetőek a páciens tünetei és érzései. Végül pedig az életesemények, az aktuális életciklus és körülmények megbeszélése következik, melyek a diagnózishoz vezetnek. Mindkét csoport orvosai hat alkalommal

találkoztak fél órára a páciensekkel. A páciensek a kezelés kezdetén, valamint 3, 8 és 12 hónappal a beavatkozás után az Egészséggel Kapcsolatos Életminőség Kérdőívet (SF-36) és egy összefoglaló hasznossági kérdőívet töltöttek ki. Mindkét csoportban javultak a páciensek eredményei az SF-36 minden dimenziójában. Viszont az idő tekintetében mind a hasznossági indexben, mind az SF-36 nyolc alskálája közül ötben, az életminőség hosszútávú változása szignifikánsan jobb volt az intervenciós csoportban. Ideértve a testi fájdalmat, a mentális egészséget, a fizikai működést, a vitalitást és társadalmi működést is. Ezen oktatott kommunikációs technikák "gyógyító" hatása beigazolódott a vizsgálatban, oktatásuk valóban mérhető sikereket hozhat (Aiarzaguena és mtsai., 2007).

A Cooper és munkatársai (2017) által korábban megfogalmazott program - az Intenzív Rövid Dinamikus Pszichoterápiás Szolgáltatás MUS pácienseknek - tartalmaz egy említésre érdemes 32 órás oktatási elemet, amely során a rezidensek képzésében helyet kap egy oktatási program. Az oktatás célja volt, hogy a rezidensek képesek legyenek felismerni az érzelmi tényezők szerepét a tünetképződésben, és kialakítsák az ehhez szükséges érzelmi tudatosságot önmaguk és betegeik irányában. A program nem terápiás képzést nyújtott, hanem olyan alapkompenciák fejlesztésére koncentrált, amelyek segítik az orvosokat az érzelmileg megterhelő helyzetek kezelésében, a megfelelő kommunikációban, és abban, hogy hatékonyabban tudjanak együttműködni. Az oktatás részeként didaktikus szemináriumokat, esetalapú megbeszéléseket, kiscsoportos szerepjátékokat, videóelemzéseket, szupervíziós alkalmakat, valamint forrásokkal és segédanyagokat is biztosítottak. A tanulási folyamat komplex és gyakorlatorientált volt, illetve önreflexióra épült (Cooper és mtsai., 2017).

A rezidensek és gyakorló szakemberek mellett más alapellátásban dolgozó egészségügyi dolgozók esetén is indultak el lépések. Lyles és munkatársai (2003) ápolókat/orvos asszisztenseket készítenek fel egy komplex, 12 hónapos, multidimenzionális kezelési program keretében, hogy pszichológiai előképzetség nélkül is komplexebb, multimodális kezelést alkalmazhassanak a MUS betegek ellátása során, szupervízió mellett. Az intervenció négy fő pillérre épült: 1) kognitív-viselkedésterápiás technikák, 2) pszichológiai problémák kezelése, 3) komorbid szomatikus betegségek menedzselése, 4) az ellátó-páciens kapcsolat tudatos fejlesztése. A kognitív-viselkedésterápiás technika során az ápolók személyre szabott célokat dolgoztak ki a betegekkel, edukálták őket a tünetek pszichoszomatikus hátteréről, közösen alakították ki a kezelési tervet (amely tartalmazhatott relaxációt, mozgásterápiát, addiktív szerek elhagyását, gyógyszereket stb.), valamint a tünetértelmezés kognitív újrakeretezésén dolgoztak. Az ellátó-páciens kapcsolat megerősítésére páciensközpontú interjútechnikát alkalmaztak, és a rendszeres, strukturált

találkozókat telefonos kapcsolattartás egészítette ki. Az intervenció során az ápolók szoros együttműködésben dolgoztak a háziorvosokkal és pszichiáter konzulensekkel, így biztosítva a pszichoszociális, gyógyszeres és orvosi ellátás összehangolt megvalósítását (Lyles és mtsai., 2003). Az ápolók 84 órás intenzív képzésben részesültek, amelyben helyet kapott a páciensközpontúság, didaktikus prezentációk, szerepjáték, videók páciens interjúkról, különböző kognitív viselkedésterápiás megközelítések, valamint pszichés és szomatikus problémák kezelésének integrált oktatása. A tanulmányuk rámutat arra is, hogy egy ilyen programnak a kivitelezése sok nehézséggel, kiadással és befektetett energiával járt, ugyanakkor a résztvevők szerint megéri (Lyles és mtsai., 2003).

Ryckeghem és munkatársai (2017) páciensekkel és általános orvosokkal való interjúk alapján szintén speciális alapkompeticenciákkal rendelkező, képzett ápolók szerepét igyekeztek feltárni krónikus fáradtság szindrómás betegek kezelésében. Az ápolók, mint közvetítők működtek és a diagnosztikai, koordinációs és kommunikációs akadályokat igyekeztek áthidalni. A betegekkel való kapcsolatban a bizalom kiépítése kiemelt jelentőségű volt, épp ahogy az interdiszciplináris együttműködés (Ryckeghem és mtsai., 2017).

Ahogy arra több szerző is utal, az oktatók fejlesztése szintén kiemelt jelentőségű lehet a terület oktatásfejlesztésében. A "képezd a képzőt" elv fontosságát a gyakorlatban is alátámasztották egy mentális egészséggel kapcsolatos, 15 hónapos, orvosi kar dolgozóit megcélzó oktatási program eredményességével. A képzett oktatók rezidens hallgatói szignifikáns fejlődést mutattak több olyan területen, amely a MUS páciensek kezelése szempontjából kiemelkedő (páciensközpontúság, informálás, motiválás, mentális egészségügyi ellátás) (Joyce és mtsai., 2018; Smith és mtsai., 2018).

Végül egy olyan oktatásfejlesztő projektre térnek ki, amely kifejlesztése a MUSIC projekt egyik résztvevőjéhez köthető, munkája pedig jó alapot adott a további fejlesztéseknek. Weiland és munkatársai (2013) egy posztgraduális szakorvosképzés kommunikációs készségeket megcélzó programját rögzítik, amelynek középpontjában a MUS áll. Leírták egy 14 órás kísérleti képzési program kidolgozását, amely a tapasztalati tanuláson alapul. A program első céljaként tudáselemeket határoztak meg a MUS betegek epidemiológiai, etiológiai és kezelési módjára vonatkozóan. A második fontos cél az edukációs készségek elsajátítása volt, elsősorban a MUS természetéről. Továbbá az aggodalmak megválaszolása, eloszlatása. Az odafigyelés a szomatikus tünetekre, illetve a következtetések megosztása az eredmények és klinikai tapasztalatok alapján, mind a hatékony megnyugtató kulcselemei voltak. A harmadik cél a megfelelő jelentés elküldése volt, amely tartalmazza a beteg állapotával kapcsolatos magyarázatokat és tanácsokat (az arra korlátozódás helyett, hogy az

adott területen nem találtak diagnózist). Az orvosok és a rezidensek a képzési programot kifejezetten relevánsnak ítélték a MUS konzultációik során, beszámoltak arról, hogy profitáltak a megszerzett készségekből, és nagyobb elégedettséget tapasztaltak a MUS betegekkel való találkozósaik során. Megemlítendő azonban, hogy ezek mellett is, az egészségügyi szakemberek és a rezidensek továbbra is rendkívül nehéznek tartották a konzultációt az eltérő etnikai háttérből származó MUS páciensekkel (Weiland és mtsai., 2013).

Magyarországon, a kulturálisan összetett kontextusban megjelenő MUS ellátás területét érintő fejlesztésről nem áll rendelkezésre szakirodalom. Mindazonáltal egy olyan komplex hazai intervencióról készült beszámolómat szeretném bemutatni, ami 2013 és 2017 között marginalizált szocioökonómiai és szociokulturális közegben tűzte ki célul az alapellátásban megjelenők lelki egészségének fejlesztését. A Sallay és munkatársai (2023) által is publikált magyarországi *Alapellátás fejlesztési modellprogram* komplex, közösségi alapú egészségpszichológiai intervenciók segítségével reagált hátrányos helyzetű régiók biopszichoszociális szükségleteire. A program multidiszciplináris megközelítéssel ötvözte a medikális, pszichológiai és szociális szakértelmet – orvosok, pszichológusok, dietetikusok, gyógytornászok és roma mediátorok összehangolt munkája révén. Igyekezett kezelni a különböző társadalmi, kulturális, etnikai és mentális egészségi állapotból fakadó különbségeket is. Az egészségpszichológiai szolgáltatásokat pedig olyan alacsony szocioökonómiai státuszú, mentális problémákkal küzdő személyek is igénybe vették, akik gyakran kívül rekednek az ellátórendszeren.

A kvantitatív és kvalitatív eredmények egyaránt azt mutatták, hogy a pszichológiai intervenciók (különösen a csoportos és egyéni tanácsadások) hozzájárultak a depresszió értékeinek csökkenéséhez és a szubjektív jóllét értékeinek a javulásához. A fókuszcsoportos interjúk alapján a szolgáltatások olyan közösségi erőforrásokat is mozgósítottak, mint az önbizalom, társas támogatás és közösségi aktivitás, amelyek hozzájárulhatnak tartós és pozitív mentális és szociális változásokhoz. A korábban stigmatizált pszichológiai segítség elfogadottabbá vált a közösségekben, miközben csökkentette az elszigeteltséget, és megerősítette a csoporthoz tartozás érzését – különösen idősek, krónikus betegek és hátrányos helyzetűek körében.

A tapasztalatok rámutattak, hogy az integrált, közösségi szemléletű egészségpszichológiai alapellátás szükséges és kivitelezhető – még olyan szociálisan sérülékeny területeken is, ahol az infrastrukturális hátrányok és az erőforráshiány jelentősek. A programban megvalósuló közösségi egészségpszichológia nem csupán egyéni szintű segítségnyújtást jelentett, hanem hozzájárult a társas kapcsolatok erősödéséhez és a közösségi

működés új formáinak kialakulásához is. A kutatás eredményei megerősítik, hogy a multidiszciplináris alapellátási modellek révén csökkenthető az egészségügyi egyenlőtlenség, és elősegíthető a pszichésen kiegyensúlyozottabb, egészségtudatosabb közösségek formálódása (Sallay és mtsai., 2023).

KUTATÁSI HIÁNYOK, CÉLOK ÉS KÉRDÉSEK

5. Kutatási és fejlesztési hiányok az interkulturális érzékenység és a MUS ellátás metszetében

Az értekezés egyik célkitűzése, hogy csökkentse azokat a kutatási és oktatásfejlesztési hiányosságokat, amelyek az interkulturális MUS ellátással kapcsolatban jelen vannak, különös tekintettel az interkulturális érzékenységre. Bár az interkulturális kommunikációs kompetencia fejlesztésének kérdésköre nemzetközi és hazai szinten egyre kutatottabb (pl. Hamilton, 2009; Marek & Németh, 2020; Polyák és mtsai., 2014; Rukadikar és mtsai., 2022). Az IS – mint a kommunikációs kompetencia egyik kulcskomponensének – célzott vizsgálata és fejlesztése viszont orvos- és egészségtudományi kontextusban továbbra is alulreprezentált (Altshuler és mtsai., 2003; Bahar-Özvarış és mtsai., 2022; Nameni & Dowlatabadi, 2019). Ez azért problémás, mert az IS nélkül az IC tartós és érdemi fejlesztése nehezen valósítható meg (Chen & Starosta, 1996; Chen 1997; Hammer és mtsai., 2003). Hazánkban különösen indokolt az IS területének vizsgálata és fejlesztése, mivel Pop és munkatársai (2012) eredményei szerint az egészségügyi ápolók nagyrészt vagy nem tudják megítélni interkulturális képességeiket, vagy úgy vélik, nem rendelkeznek azokkal.

A MUS ellátása szociokulturális szempontból összetett: a tünetek értelmezése kulturálisan meghatározott (Kirmayer & Looper, 2006; Löwe & Gerloff, 2018; Rohlof és mtsai., 2014; Verhaak és mtsai., 2006), és aktuális társadalmi változások (pl. nemzetközi munkaerőmozgás, menekültek ellátása) tovább fokozzák a kulturális érzékenység szükségességét a MUS egészségügyi ellátása során. Az alap- és szakellátásban a MUS prevalenciája 25–50% között mozog (Verhaak és mtsai., 2006; Vermeir és mtsai., 2021), az ellátása mégis gyakran komplex és frusztrációt okozó kihívás a szakemberek számára (Aiarzaguena et al., 2007; Johansen & Risor, 2017). Magyarországon és Közép-Európában a MUS-ellátás problémaköre szintén jelen van, de kevés empirikus vizsgálat készült a témában, amely hiányosság szintén az értekezés vizsgálatait és fejlesztéseit indokolja (Czachowski és mtsai., 2011; Kende és mtsai., 2005).

Nemzetközi kutatások rámutatnak, hogy a MUS hatékonyabb kezeléséhez célzott képzési programokra van szükség, amelyek viszont ritkábban valósulnak meg (Joyce és mtsai., 2018; Maatz és mtsai., 2016; Sirri és mtsai., 2017; Weiland és mtsai., 2015; Yon és mtsai., 2015). A betegségmodellek és oktatási anyagok hiánya, a képzésben tapasztalt időhiány, valamint az oktatók negatívabb attitűdjei további akadályt jelenthetnek, és hozzájárulhatnak az oktatási–kutatási hiányok fennmaradásához (Dantzer, 2005; Finset, 2018; Rief & Broadbent, 2007; Yon és mtsai., 2015). Az elérhető irodalmak ugyanakkor arra is rámutatnak, hogy a MUS-ra irányuló oktatás és fejlesztés nemcsak az ellátás minőségét javíthatná, hanem hosszú távon idő- és költségmegtakarítást is eredményezhet az egészségügyi rendszerben (Burton és mtsai., 2012; Nimnuan és mtsai., 2001; Verhaak és mtsai., 2006).

6. A vizsgálatok céljai, kutatási kérdései és hipotézisei

Az értekezésben mind kutatási kérdések, mind konkrét, korábbi szakirodalmi eredmények által vezérelt hipotézisek megfogalmazására is sor kerül, azonban a kutatási kérdések dominálnak. Ennek háttérében az áll, hogy a különböző vizsgálataink igen komplex módszertani keretek közt zajlottak. A vizsgálatok sorában leíró jellegű kvalitatív tartalomelemzések mellett, számos több változót egyszerre összefüggéseiben vizsgáló mérés (pl. multinomiális logisztikus regresszió), vagy egyéb feltáró jellegű kvantitatív elemzés (pl. látens profilanalízis) is helyet kapott, melyeknél a hipotézisalkotás nem illeszkedik a vizsgálati célokhoz. A kutatási kérdések biztosították azt a keretet, amely lehetővé tette a vizsgált változók és konstruktumok közötti összetett összefüggések mélyebb vagy újszerűbb feltárását.

6.1. A hallgatói szükséglet- és állapotfelmérés céljai, kutatási kérdései és hipotézisei

A MUS és az IS területein való oktatásfejlesztésekhez fontos felmérni a jelenlegi tudást, attitűdöket és képességeket, hogy a fejlesztendő célcsoportunk szükségleteiről pontosabb képet nyerhessünk. Kvantitatív, kérdőíves vizsgálattal Magyarországon tanuló nemzetközi és magyar orvostanhallgatók és pszichológus hallgatók interkulturális érzékenységét és az orvosilag nem magyarázott tünetekkel kapcsolatos tudását és attitűdjeit igyekeztünk feltérképezni, és összehasonlítani.

K1.: Feltárhatók olyan hallgatói attitűdök a MUS-sal rendelkező páciensek kezelésével kapcsolatban, amelyek a terület oktatásfejlesztését indokolják?

K2.: Feltárhatók hallgatói hiányosságok a MUS komplex definíció-meghatározásaiban?

K3.: Mely demográfiai, empátiával kapcsolatos, illetve interkulturális érzékenységhöz köthető változók, és milyen mértékben magyarázzák szignifikánsan a MUS komplex definíciójának megalkotását?

K4.: Hogyan jelennek meg nyelvileg kifejezett hallgatói bizonytalanságok a MUS definíciókban?

K5.: Az interkulturális érzékenységet vizsgálva mérhetőek különbségek és együttjárások a nem, nemzetiség, szakirány, külföldi élettapasztalatok és idegennyelv-ismeret változói mentén?

- **H1.:** A nemzetközi és magyar orvostanhallgatók, illetve a magyar pszichológus hallgatók csoportjának interkulturális érzékenység átlagértékei között szignifikáns különbség van az ISS főskáláján és az alskáláin is. A nemzetközi hallgatók magasabb átlagértékei feltételezhetők.
- **H2.:** A nő és a férfi hallgatók interkulturális érzékenység átlagértékei között szignifikáns különbség van az ISS főskáláján és az alskálákon is. A nők magasabb átlagértékei feltételezhetők.
- **H3.:** A külföldi élettapasztalatok mennyisége szignifikáns, pozitív összefüggést mutat az interkulturális érzékenység értékeivel.
- **H4.:** Az anyanyelven kívül beszélt idegen nyelvek száma szignifikáns, pozitív összefüggést mutat az interkulturális érzékenység értékeivel.

K6.: Kimutatható az interkulturális érzékenység, az empátia és a MUS komplexebb ismeretének összefüggése?

6.2. Az ISS pszichometriai vizsgálatának céljai és kutatási kérdései

Magyarországon már születtek jelentősebb tanulmányok, melyek az interkulturális kommunikációs kompetencia mérési lehetőségeit boncolgatják, ám annak affektív alapjának, speciálisan az interkulturális érzékenységnek, már hiányosabb a hazai irodalma, és nem áll rendelkezésre magyar mintán validált IS mérőeszköz (Polyák és mtsai., 2014). Jelen vizsgálatban célunk volt magyar egyetemi (elsősorban orvostan- és pszichológus) hallgatók mintáján megvizsgálni az ISS eredeti faktorstruktúrájának illeszkedését, megbízhatóságát és konvergens validitását (az empátia hazánkban is validált mérőeszközével, az *Interperszonális*

Reaktivitás Indexel) (Davis, 1980; Kulcsár, 1998). Célunk volt még feltárni vagy megerősíteni a már pszichometriai vizsgálaton átesett mérőeszközzel a nem, az egyetemi szakok és évfolyamok, a külföldi élettapasztalatok és az idegennyelv-ismeret mentén megjelenő különbségeket és együttjárásokat az ISS és alsókálai vonatkozásában.

K7.: Az ISS eredeti ötfaktoros modellje (Chen & Starosta, 2000) megfelelő illeszkedést és megbízhatóságot mutat magyar egészségügyi hallgatók mintáján?

K8.: Az Interperszonális Reaktivitás Indexszel (Davis, 1980; Kulcsár, 1998) történő összevetés megerősíti-e a magyar egészségügyi hallgatói mintán adaptált ISS mérőeszköz konvergencia validitását?

K9.: A magyar egészségügyi hallgatók mintáján adaptált ISS mérőeszközzön megerősíthetők a nem, nemzetiség, szakirány, külföldi élettapasztalatok és idegennyelv-ismeret változói mentén különbségek és együttjárások (H1-4.)?

K10.: A magyar egészségügyi hallgatók mintáján adaptált ISS mérőeszközzön mely demográfiai és empátia változók, és milyen mértékben magyarázzák szignifikánsan az interkulturális érzékenységet?

6.3. Az interkulturális érzékenység profilok vizsgálatának céljai és kutatási kérdései

Személyközpontú vizsgálatunk célja az volt, hogy feltérképezzük és mélyebben megértsük az egészségügyi hallgatók interkulturális érzékenységi profiljait, valamint azok kapcsolatát az empátia (és egyéb változók) különböző dimenzióival. A cél háttérében az a törekvés állt, hogy a hallgatók diverz megélési mintázatainak feltérképezése révén hatékonyabb, személyre szabottabb oktatási stratégiák formálódását segítsük.

A személyközpontú kutatások, azon belül is a látens profil elemzés (latent profile analysis - LPA) célja, hogy értelmes és egymástól elkülönülő alcsoportokat tárjon fel egy populáción belül. Feltételezi, hogy az egyes alcsoportokon belüli egyének a megfigyelt változók vonatkozásában jobban hasonlítanak egymáshoz, mint a populáció más tagjaihoz. Ezekben az alcsoportokban a változóknak különböző mintázatai, szintjei és kombinációi lehetnek jelen. A látens profilok azonosításával a kutatók betekintést nyerhetnek a nagyobb populáción belül különböző típusú egyének vagy csoportok jellemzőibe (Spurk és mtsai., 2020).

Mivel a személyközpontú elemzés egy feltáró jellegű módszer, ezért formális, előzetes hipotézisek felállítása nem lehetséges, de kutatási kérdések megfogalmazhatók (Spurk és mtsai., 2020). Vélhetően a különböző IS-profillal rendelkező hallgatói csoportok jellemzőiről is juthatunk hasznos információkhoz, ami alapján megállapításokat tehetünk a fejlesztés leghatékonyabb módjaira vonatkozóan (pl. mely IS dimenzió szorult jelentősebben fejlesztésre adott hallgatói csoportban és mely kevésbé).

K11.: Azonosítható egy vagy több olyan hallgatói csoportot, amely interkulturálisan érzékenyebb, és kevésbé szorult fejlesztésre, valamint egy vagy több olyan csoportot, amelynek tagjai kevésbé érzékenyek és hasznát vehetik a célzott fejlesztésnek?

K12.: Mely demográfiai és empátia változók, és milyen mértékben magyarázzák az interkulturális érzékenység profiltagságát?

K13.: A különböző interkulturális érzékenység profillal rendelkező hallgatói csoportok különböző típusú fejlesztést igényelhetnek?

6.4. Az oktatásfejlesztés hallgatói elégedettség- és hatékonyság vizsgálatának céljai, kutatási kérdései és hipotézisei

Az egészségügyi képzéseket megcélzó MUSIC projekt a MUS kezelésére és az IC fejlesztésére összpontosító intervenciók felkutatása révén kompetenciák, mérések és oktatási programok kidolgozását célozta meg. Utóbbira példa az általunk kifejlesztett e-learning oktatási program, amely részletesebb bemutatására a 15. fejezetben kerül sor (elérhető itt: <http://mups-music-learn.eu/>).

A programot oktatási céllal már több különböző kurzus keretében használtuk (lásd 15.4. alfejezet). Kérdőíves vizsgálatunk célja az volt, hogy gyógyító hivatásra készülő hallgatók visszajelzéseit elemezhessük a programról. Az összeállított önkitöltős, online kérdőíveink a programhasználat előtti és utáni időpontokban kvalitatív szöveges válaszokat és kvantitatív önértékelő adatokat gyűjtöttek, feltérképezve a programhasználat előtti hallgatói tapasztalatokat, elvárásokat, a programhasználat körülményeit, a szubjektív fejlődési élményt, az elégedettséget, és továbbfejlesztési javaslatokat.

A folyamatosan zajló disszeminációs tevékenység okán, nem egy lezárt hallgatói mérésből összeállt adatbázis eredményeiről számolhatok be. A visszajelzések és válaszok beérkezése ugyanis folyamatosan történik az újra és újra meghirdetésre kerülő kurzusokhoz kapcsolódóan. Az eddigi elemzésekből származó eredmények tehát részeredményeknek is

tekinthetőek, melyeket a jövőben érdemes tovább vizsgálni, ahogy tovább bővül a mintaelemszám.

K14.: Vannak-e a hallgatóknak korábbi képzési tapasztalatai a MUS vagy az interkulturális páciensellátás területeiről?

K15.: Milyen előzetes elvárásai vannak a hallgatóknak az oktatási programmal kapcsolatban, miben várják saját fejlődésüket?

K16.: Hogyan (mely modulokat, milyen hosszan, önállóan/ csoporttal) használják a hallgatók az MUPS-MUSIC e-learning felületet?

K17.: A hallgatók a program mely részeit (modulokat/ gyakorlatokat) találják a leghasznosabbnak, és miért, illetve melyeket a legkevésbé, és miért?

K18.: Milyen továbbfejlesztési javaslatok vannak a hallgatóknak a programmal kapcsolatban?

K19.: Az oktatási program befejezését követően, önbevallás alapján kimutatható-e fejlődés a hallgatók MUS ellátáshoz kapcsolódó tudásában, attitűdjeiben és képességeiben?

- **H5.:** Az oktatási program befejezését követően a hallgatók MUS ellátáshoz kapcsolódó tudásának, attitűdjeinek és képességeinek önbevallásos értékei szignifikánsan magasabbak, mint a program megkezdése előtt.

K20.: Az oktatási program befejezését követően, önbevallás alapján kimutatható-e fejlődés a hallgatók interkulturális páciensellátáshoz kapcsolódó tudásában, attitűdjeiben és képességeiben?

- **H6.:** Az oktatási program befejezését követően a hallgatók interkulturális páciensellátáshoz kapcsolódó tudásának, attitűdjeinek és képességeinek önbevallásos értékei szignifikánsan magasabbak, mint a program megkezdése előtt.

KUTATÁSI MÓDSZEREK

Ugyanaz a nagy mintaszámú, kvantitatív kérdőíves kutatás szolgáltatja az adatokat a hallgatói szükséglet- és állapotfelmérés, az ISS pszichometriai vizsgálat, és a profilanalízis vizsgálatához is. A fejezet ennek a kutatásnak mutatja be az általános módszertani jellemzőit, míg az egyes vizsgálatok specifikusabb módszertani sajátosságai közvetlenül az eredményeik előtt kerülnek bemutatásra.

7. Adatgyűjtés és résztvevők

Az értekezés alapjául szolgáló keresztmetszeti, kvantitatív kutatás a Szegedi Tudományegyetemen zajlott. Az adatokat az SZTE egészségügyi képzésein résztvevő hallgatók körében gyűjtöttük, amely színes nemzetközi hallgatói háttérrel rendelkezik, és a világ több mint 60 különböző országából érkező hallgatók számára kínál angol és német nyelvű képzést (Sallay és mtsai., 2022). Az adatgyűjtés két időszakban valósult meg, 2019. márciusa és májusa, illetve 2020. februárja és áprilisa közt, online és papír-ceruza kitöltéssel egyaránt. Az adatokat személyesen a hallgatók különböző kurzusain és az egyetemi könyvtárban gyűjtöttük, de a mérőeszközt online is elérhetővé tettük különböző levelezőlistákon és egyetemi tanulási-oktatási platformokon keresztül. 192 fő küldött be online kitöltött kérdőívet.

Az önkéntes résztvevők kényelmi mintája végül 508 válaszadót számlált (átlagéletkor: 22,5 év, SD = 3,13), akik közül 359-en női (70,7%), 149-en pedig férfi (29,3%) kitöltők voltak. Érdekes megjegyezni, hogy az 1-3. évfolyamos hallgatók, a nők és az orvostanhallgatók nagyobb arányban töltötték ki a kérdőívet, mint a 4-6. évfolyamos hallgatók, a férfiak és a pszichológus hallgatók. 502 válaszadó válaszolt az összes demográfiai kérdésre (lásd 1. táblázat).

1. táblázat. A kutatásban résztvevő hallgatók szakok, nemek és évfolyamok szerinti megoszlása

	Magyar orvosi		Nemzetközi orvosi		Magyar pszichológia		Egyéb*		Össz.
	női	férfi	női	férfi	női	férfi	női	férfi	
1. évfolyam	5	-	22	20	19	6	2	1	75
2. évfolyam	60	27	14	8	19	7	3	-	138
3. évfolyam	59	25	8	13	25	7	1	-	138
4. évfolyam	43	19	2	4	19	-	1	1	89
5. évfolyam	5	3	2	2	32	2	-	1	47
6. évfolyam	10	-	4	1	-	-	-	-	15
Össz.	182	74	52	48	114	22	7	3	502

Megjegyzés. * = gyógyszerész / ápoló / gyógytornász / gyógypedagógus

A mintában a 403 magyar orvostanhallgató és pszichológus hallgató mellett 105 nemzetközi (főként német ($n = 23$, 21,9%), iráni ($n = 23$, 21,9%) és dél-koreai ($n = 9$, 8,6%)), jelenleg

Magyarországon tanuló orvostanhallgató képviselte magát. Továbbá 22 egyéb nemzetiségű válaszadó (nemzetiségenként 1-7 fő) járult hozzá egy nagyon heterogén nemzetközi minta létrejöttéhez.

Összesen 124 diák (24,4%) beszélt egy idegen nyelvet az anyanyelvén kívül, 292 (57,5%) beszélt két idegen nyelvet, és 92 (18,1%) három vagy több idegen nyelvet is elsajátított. A legtöbb résztvevő, 63,8% ($n = 324$) soha nem töltött három hónapnál hosszabb időt külföldön, 22,6% ($n = 115$) egyszer, 13,5% ($n = 69$) pedig kétszer vagy több, mint kétszer élt külföldön.

8. Vizsgálati eszközök

Az alkalmazott magyar és angol nyelvű, körülbelül 15-20 perces kérdőív-csomagunk felépítése a következő volt, figyelembe véve a téma szakirodalmát és az elérhető mérőeszközöket: 1. Tájékozott beleegyező nyilatkozat. 2. A demográfiai alapadatok az életkorra, nemre, egyetemre, egyetemi évfolyamra, szakra, nemzetiségre, beszélt idegen nyelvek számára és arra kérdeztek rá, hogy a vizsgálati személy hány alkalommal élt már huzamosabb ideig (több mint 3 hónapig) külföldi országban. 3. MUS definíció és becsült megjelenési gyakoriság, illetve MUS attitűdök kérdőív (*AMUS - Attitudes to Medically Unexplained Symptoms*) (Reid és mtsai., 2001) (lásd 1-4. melléklet). 4. Interperszonális Reaktivitás Index (*IRI - Interpersonal Reactivity Index*) (Davis, 1980; Kulcsár, 1998) (lásd 2.3. alfejezet és 1-4. melléklet). 5. Interkulturális Érzékenység Skála (*ISS - Intercultural Sensitivity Scale*) (Chen & Starosta, 2000) (lásd 3.2. alfejezet és 1-4. melléklet). (A teszt-batteria felépítéséről részletesebb információkat a 2. táblázat mutat be).

2. táblázat. A kutatás során használt vizsgálati eszközök

Kérdőív-csomag elem	Alskálák (és tételeik száma)	Tételek	Skálaértékek
Demográfia	életkor, nem, nemzetiség, szak, évfolyam, beszélt idegen nyelvek, külföldön töltött idő - legalább 3 hónap	8	-
Orvosilag nem magyarázott tünetekkel kapcsolatos attitűdök kérdőív (Reid és mtsai., 2001)	MUS definíciója (1), MUS gyakorisága alapellátásban és szakellátásban (2), MUS-al kapcsolatos tudás és attitűdök (19)	22	Tételenként 5-1
Interkulturális Érzékenység Skála (Intercultural Sensitivity Scale - ISS) (Chen & Starosta, 2000)	Interakciós elköteleződés (7), Kulturális különbségek tisztelete (6), Interakciós magabiztosság (5), Interakciós élvezet (3), Interakciós figyelmesség (3)	24	Tételenként 5-1 Főskálán 24-120
Interperszonális Reaktivitás Index (Interpersonal Reactivity Index - IRI) (Davis, 1980; Kulcsár, 1998)	Fantázia (7), Perspektíva-váltás (7), Empátia törődés (7), Személyes distressz (7)	28	Tételenként 0-4 Főskálán 0-112 pont

9. A kutatás egyéb módszertani megfontolásai

A kutatást a Helsinki Nyilatkozatnak etikai elveinek megfelelően végeztük. A kérdőív első oldalán a résztvevők megkapták a tájékozott beleegyező nyilatkozatot, amelyet a papíralapú kérdőív kitöltésével és adatgyűjtőnek való átadásával, illetve online kérdőív esetében annak elküldésével fogadhattak el. A nyilatkozat tájékoztatta a diákokat, hogy részvételük teljesen önkéntes és következmények nélkül visszautasíthatják a kitöltés bármely pontján. Továbbá, hogy a vizsgálat anonim, tehát nem gyűjtjük és nem őrizzük meg a személyazonosságukra vonatkozó információkat, és az általuk megadott adatokat kizárólag kutatási célokra használjuk fel, összesített formában elemezzük, és tesszük közzé azokat. Tanulmányunk etikai megfontolásait az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság (EPKEB) hagyta jóvá (referenciaszám: 2020/07, lásd 5. melléklet).

Az eredmények értelmezése során szem előtt tartandó a résztvevők nem kiegyenlített nemi, szakok szerinti és évfolyamonkénti megoszlása, ami befolyásolhatja a kapott eredményeket.

EREDMÉNYEK

10. Az előzetes hallgatói szükséglet- és állapotfelmérés

10.1. A szükséglet- és állapotfelmérés módszertani jellemzői

A szükséglet- és állapotfelmérésnek, mint első vizsgálatnak az idején a 7. fejezetben bemutatott teljes mintából az addig beérkezett 481 fő adatait elemeztük. A részminta 388 magyar vagy határon túli magyar, valamint 93 nemzetközi hallgatóból állt, az átlagéletkor 22,48 év ($SD = 3.02$) volt, 342 nő (71.1%) és 139 férfi (28.9%) részvételével. Mivel a kutatási kérdések és hipotézisek csoportközi összehasonlításokat is megfogalmaznak, így a részmintát részletesebben, vizsgálati csoportok mentén mutatja be a 3. táblázat.

3. táblázat. *A szükséglet- és állapotfelmérés résztvevőinek egyetemi szakok és évfolyamok szerinti megoszlása*

	Magyar pszichológus hallgatók	Magyar orvostanhallgatók	Nemzetközi orvostanhallgatók	Össz.
1. évfolyam	24	4	40	68
2. évfolyam	26	87	20	133
3. évfolyam	30	84	21	135
4. évfolyam	19	62	6	87
5. évfolyam	34	8	4	46
6. évfolyam	0	10	2	12
Össz.	133	255	93	481

A 8. fejezetben részletesen bemutatott kérdőív-csomag minden vizsgálati eszköze felhasználásra került az elemzések során. A kérdőíves vizsgálatból nyert adatok feldolgozása az IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 22.0 statisztikai programmal zajlott. Az itt bemutatásra kerülő első eredmények iránymutatóak voltak, de a teljes minta további mélyebb vizsgálatokat kívánt, melyeket az ISS pszichometriai vizsgálata és a személyközpontú profilanalízis során folytattam (lásd 12. és 13. fejezet).

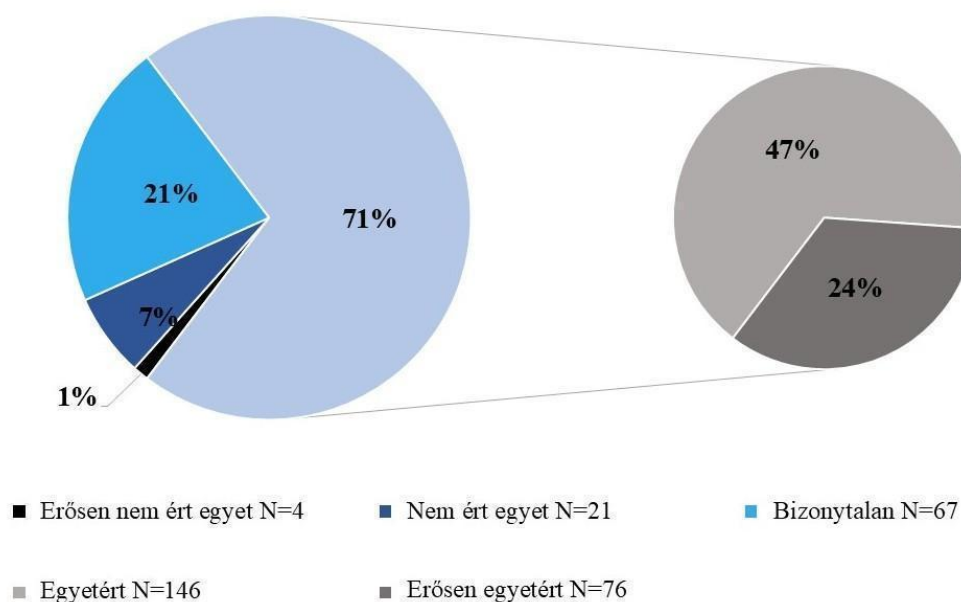
10.2. MUS-sal kapcsolatos hallgatói attitűdök és tudás felmérésének eredményei

Olyan MUS-sal kapcsolatos eredmények bemutatásával kezdek, amelyek az 1. kutatási kérdés (K1.) megválaszolására törekednek. („Feltárhatók olyan hallgatói attitűdök a MUS-sal rendelkező páciensek kezelésével kapcsolatban, amelyek a terület oktatásfejlesztését indokolják?”). A válaszadók (N=313 fő) 85%-a (286 fő) szerint a MUS betegek megjelenési gyakorisága az alapellátásban legalább 20% vagy annál több, ugyanakkor kezelésüket a válaszadók (N=314 fő) 71%-a (222 fő) bonyolultnak gondolja (lásd 4. táblázat, 2. ábra).

4. táblázat. A MUS páciensek becsült gyakorisága az alapellátásban

	Válaszadók száma (N)	Válaszadók százalékos aránya (%)
> 20%	47	15
20-40%	181	51,4
40-60%	83	26,5
60-80%	18	5,8
80% <	4	1,3
Össz.	313	100

2. ábra. A MUS páciensek kezelési nehézségeivel való hallgatói egyetértés aránya (N=314)



A kezelés bonyolultságával azonban szignifikánsan eltérő módon ért egyet a három vizsgálati csoport ($F(2,311) = 12,664$, $MSE = 0,763$, $p < 0,01$). Az egyszempontos ANOVA Tukey HSD post-hoc tesztje arra utal, hogy a nemzetközi orvostanhallgatók átlaga ($M=3,47$; $SD=0,896$) szignifikánsan eltér a magyar orvostanhallgatókétól ($M=4,06$; $SD=0,85$). Az eredmények szerint a nemzetközi diákok kevésbé érzik bonyolultnak a MUS páciensek kezelését. Ugyanakkor a magyar orvostanhallgatókhoz és pszichológus hallgatókhoz képest szignifikánsan erőteljesebb egyetértés mutatnak azzal az állítással, hogy az orvos túlzottan ne vonódjon be a MUS páciensek kezelésébe ($WelchF(2,138,851) = 4,49$, $p = 0,013$), illetve kevésbé értenek egyet azzal az állítással, hogy az orvos feladata a diagnosztizálás mellett a támogatás és pszichológiai segítségnyújtás ($t(311) = 2,38$ $p = 0,018$). Ezek az eredmények választ adnak az 1. kutatási kérdésre (K1.). A fejlesztést indokolja, hogy a hallgatók bár igen gyakorinak ítélik a MUS páciensek megfordulását a rendelőkben, mégis javarészt bonyolultnak érzik kezelésüket. Nem várt eredmény a nemzetközi hallgatók némiképp elhatárolódóbb attitűdje.

A következőkben a MUS definíció egyéni hallgatói megfogalmazásával kapcsolatos eredményekre térnek rá, melyek a 2-4. kutatási kérdésekre keresték a választ. A definíciók árnyaltsága szerint hasznos mutató, hogy a vizsgált hallgatók 56%-a (175 fő) vagy nem definiálta a jelenséget, vagy félrevezető/ hibás definíciót alkotott (pl. “olyan reakciók, válasza a szervezetnek, ami nem várt”/ “amiket az orvos nem tud meggyógyítani”). 30%-uk (95 fő) igaz állítást fogalmazott meg mint definíció, pszichoszociális tényezők említése nélkül. (pl. “olyan tünetek, melyekre szomatikus magyarázat nem adható”/ “olyan tünetek, amiket nem tudnak fiziológiai elváltozással magyarázni”). Teljesebb definíciót, említve pszichoszociális tényezőket is, 44 fő fogalmazott meg, akik a vizsgált hallgatók 14%-át tették ki (pl. “a testben jelentkező tüneteknek (például fájdalom, zsibbadás...) nincs organikus háttere a különböző orvosi vizsgálatok alapján, tehát fennállhat a pszichés eredet” / “szomatizációs panaszok, amelyek oka nem magyarázható teljes mértékben organikus vagy pszichés eredetű betegséggel”). A K2-re (miszerint *feltárhatók-e hallgatói hiányosságok a MUS komplex definíció-meghatározásaiban*) válaszul tehát elmondhatjuk, hogy a MUS komplexebb definíció-meghatározását a hallgatók 14%-a fogalmazta meg, amiből bizonyos fokig a témával kapcsolatos ismereteik hiányosságára következtethetünk. Azt, hogy a komplexebb MUS-definíciók megszületését milyen változók magyarázzák a 3. kutatási kérdés (K3.) fogalmazta meg részletesebben. („*Mely demográfiai, empátiával kapcsolatos, illetve interkulturális*

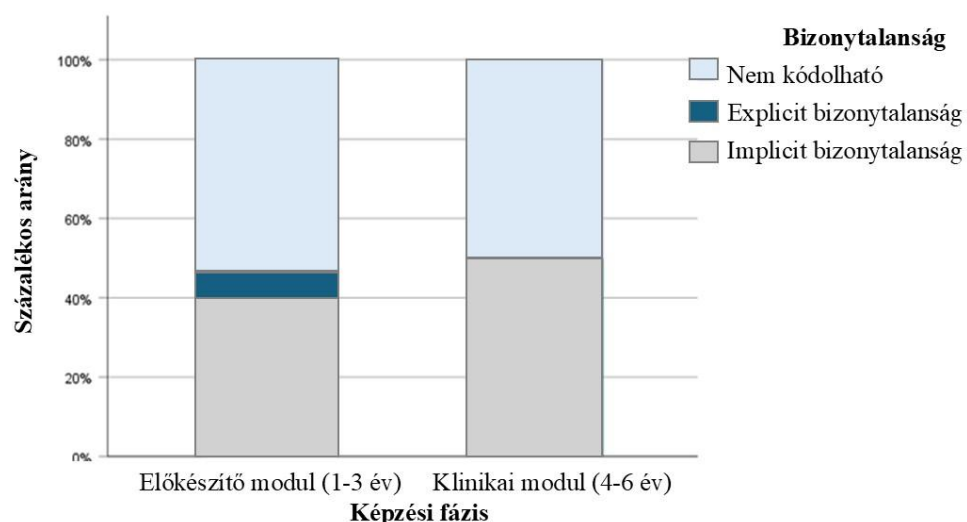
érzékenységhez köthető változók, és milyen mértékben magyarázzák szignifikánsan a MUS komplex definíciójának megalkotását?”)

Azt, hogy mely változók járulhatnak hozzá az árnyalt és helyes MUS definíció megalkotásához, lineáris regressziós modell segítségével vizsgáltam. A modell szignifikánsnak bizonyult ($F(10,294) = 3,453$, $MSE = 0,611$, $p < 0,001$). A felállított modell magyarázóereje a populáción: $R^2_{adj} = 14,1\%$. A MUS definíció árnyaltságát és helyességét befolyásoló változók közt először is szerepeltek demográfiai változók, szignifikáns magyarázó erővel bírt a felsőbb évfolyamhoz ($\beta = 0,122$, $t(294) = 2,199$, $p = 0,029$) és szakok között a pszichológus hallgatók közé tartozás ($\beta = -0,146$, $t(294) = -2,571$, $p = 0,011$). Emellett pozitív magyarázó erővel bírt a IRI empátiás törődés alskála ($\beta = 0,131$, $t(294) = 2,195$, $p = 0,029$), negatívval pedig az IRI fantázia alskála ($\beta = -0,125$, $t(294) = -2,059$, $p = 0,04$). Végül még egy, az ISS kulturális különbségek tisztelete skála mutatott szignifikáns pozitív magyarázó hatást a komplexebb definícióalkotásra ($\beta = 0,131$, $t(294) = 2,344$, $p = 0,02$). A 3. kutatási kérdésre (K3.) adott válaszként megállapítható, hogy bizonyos demográfiai jellemzők, valamint az empátia és az interkulturális érzékenység egyes dimenziói hozzájárultak a komplexebb MUS-definíciók megfogalmazásához. Ugyanakkor a modell összesített magyarázóereje csekélynek bizonyult, ami arra utal, hogy a jelenség alakulásában feltehetően számos egyéb, jelen elemzésben nem vizsgált tényező is szerepet játszik.

A MUS fejlesztés szükségességének felmérése szempontjából fontos kiemelni még a MUS definíciók megfogalmazása kapcsán detektálható hallgatói bizonytalanságokat, melyekre 4. kutatási kérdésem (K4.) fókuszál. (*„Hogyan jelennek meg nyelvileg kifejezett hallgatói bizonytalanságok a MUS definíciókban?”*) A következő eredmény Hites-Lukács Vanda szakdolgozatában is megjelent (2020), a szerző által felhasznált adatbázist és módszertani kereteket a jelen kutatásom biztosította, az eredmények értekezésemben való megosztásához a szerző írásban hozzájárult (lásd 6. melléklet). A bizonytalanság nyelvi megnyilvánulásai tekintetében a szakirodalom alapján három kategória volt elkülöníthető: „nem kódolható bizonytalanság” (161 definícióban), „explicit bizonytalanság” (16 definícióban) és „implicit bizonytalanság” (141 definícióban). A definíciókban érzékelhető bizonytalanság kódolása Stortenbeker és munkatársai (2018) cikke alapján zajlott. Az explicit bizonytalansághoz a „nem tudom” és hasonló mondatok kategorizálhatóak („nem tudom/ nem tudják”, „nem értjük”, „fogalmam sincs”, „?”) (Epstein és mtsai., 2007), míg az implicit bizonytalansághoz a „ha”, „talán”, „valószínűleg” stb. szavakat és a határozatlan igét sorolhatjuk („lehet”, „gondolom”, „hat,-het” ragok) (Green és mtsai., 2018). A 4. kutatási kérdésre válaszként megfogalmazható, hogy a bizonytalanság valamely formája kódolhatóan

megjelenik a vizsgált MUS definíciók majdnem felében, elsősorban implicit formában, a képzések alapozó-előkészítő (1-3. év) (N = 204) és klinikai modulja (4-6. év) (N = 58) között nem szignifikáns különbséggel, de egy potenciális trend-szerű különbség további vizsgálatokat indokolhat ($\chi^2(2) = 5,221$, $p = 0,073$). Fontos észrevétel ugyanakkor, hogy az explicit bizonytalanság csak az alapozó-előkészítő modul hallgatói definícióiban jelent meg (lásd 3. ábra).

3. ábra. A MUS-sal kapcsolatos hallgatói bizonytalanság nyelvi kifejezésének aránya az orvosi képzés két szakaszában



Megjegyzés. A különbség az előkészítő modul (N = 204) és a klinikai modul (N = 58) között nem szignifikáns ($p = 0,073$).

10.3. A hallgatók interkulturális érzékenység eredményei

A következőkben az interkulturális érzékenység kérdőíves vizsgálata során nyert első hallgatói eredményekre térnek ki, amelyek az 5. kutatási kérdésnek és az 1-4. hipotéziseknek megfelelően vizsgálják és részben igazolják a nem, nemzetiség, szakirány, külföldi élettapasztalatok és idegennyelv-ismeret változói mentén megjelenő különbségeket és együttjárásokat. Az 1. hipotézis (H1.) szerint a *nemzetközi és magyar orvostanhallgatók, illetve a magyar pszichológus hallgatók csoportjának interkulturális érzékenység átlagértékei között szignifikáns különbséget feltételezek az ISS főskáláján és az alskáláin is. A nemzetközi hallgatók magasabb átlagértékei feltételezhetők.* A három vizsgálati csoport összesített ISS átlaga között valóban szignifikáns különbség mutatkozott ($F(2, 478) = 3,954$, $MSE = 154,260$,

$p = 0,02$). A Tukey HSD post-hoc teszt kimutatta, hogy a csoportok közötti eltérés hátterében a pszichológus hallgatók átlagának ($M = 97,20$; $SD = 11,47$) a magyar orvostanhallgatók átlagától ($M = 93,54$; $SD = 13,17$) való szignifikáns eltérése áll, ami alapján az 1. hipotézisnek csak első fele igazolódott be. A külföldi orvostanhallgatók átlaga ($M = 95,31$; $SD = 11,57$) kissé meghaladta ugyan a magyar orvostanhallgatókét, de magyar pszichológus hallgatókét nem, a két csoportátlag közt helyezkedett el. Ugyanakkor tovább árnyalja a képet, hogy a külföldi és a magyar orvostanhallgatók átlagai között is szignifikáns különbségek jelentek meg az ISS alskálákon elért átlagok vizsgálta során. Az interkulturális helyzetekhez kapcsolódó magabiztosság és élvezet alskáláján a nemzetközi, míg az interakciós figyelmesség alskálán a magyar orvostanhallgatók értek el szignifikánsan magasabb átlagot (részletesebben lásd 5. táblázat). Úgy tűnik az 1. hipotézis (H1.) második fele, miszerint a *nemzetközi hallgatók magasabb átlagai feltételezettek*, az orvostanhallgatói összehasonlítás során az interkulturális helyzetekben megjelenő magabiztosság és élvezet dimenziójában igazolható.

5. táblázat. Az ISS alskálák átlagainak szignifikáns különbségei a magyar és nemzetközi orvostanhallgatói csoportok közt

ISS alskálák	Nemzetközi orvostanhallgatók átlagai	Magyar orvostanhallgatók átlagai	p
ISS Magabiztosság	18,72	15,36	0,001**
ISS Élvezet	12,77	11,18	0,013*
ISS Figyelmesség	10,79	11,98	0,024*

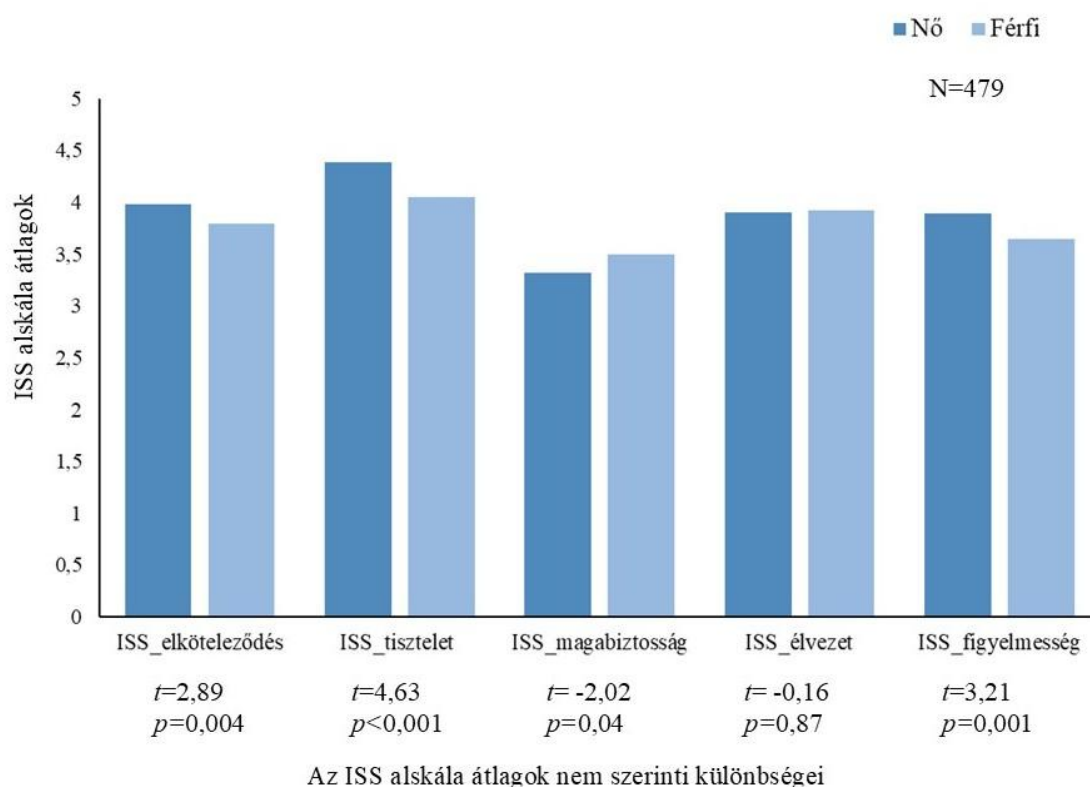
Megjegyzés. Szignifikancia = $p < 0,05$ (*); $p < 0,01$ (**)

Nem várt eredmény az ISS alskálákat egyszempontos varianciaanalízissel vizsgálva a három hallgatói csoportban, hogy szignifikáns eltérés van az ISS kulturális különbségek tisztelete alskála tekintetében (*Welch* $F(2,155,1) = 9,9855$, $p < 0,001$). A Tukey HSD post-hoc teszt szerint a pszichológus hallgatók átlaga ($M = 27,736$, $SD = 2,36$) tér el szignifikánsan a magyar orvostanhallgatók ($M = 25,76$, $SD = 3,351$) és a külföldi orvostanhallgatók ($M = 25,56$, $SD = 3,78$) átlagértékeitől.

A 2. hipotézis (H2.) szintén részben igazolódott be az ISS főskálán, míg az alskálák vizsgálatával árnyaltabb képet nyerhettünk az interkulturális érzékenység nemi különbségeiről. („A nő és a férfi hallgatók interkulturális érzékenység átlagértékei között szignifikáns

különbség van az ISS főskáláján és az alskálákon is. A nők magasabb átlagértékei feltételezhetők.”) Az összesített ISS főskálán elért pontszámok átlagának különbsége szignifikánsnak bizonyult a nemek tekintetében ($t(479) = 3,296, p = 0,001$). A nők átlaga 96,09 ($SD = 12,21$), a férfiak átlaga pedig 91,99 ($SD = 12,77$) volt. Az ISS alskálánkénti vizsgálata során az ötből négy alskálán is szignifikáns volt a különbség a két nem átlagai között, kivételt ezalól az ISS interakciós élvezet alskála jelentett. A nők a négy alskálából három szignifikánsan magasabb átlagértékeket értek el, kivéve az ISS interakciós magabiztosság alskálát, ahol a férfiak értek el szignifikánsan magasabb átlagértéket (részletesebben lásd 4. ábra).

4. ábra. Nem szerinti különbségek az ISS alskáláin



Kirajzolódott továbbá az IS néhány általunk mért változóval való összefüggése. A külföldi életvitel (minimum 3 hónap) és az ISS főskála között azonosítható egy gyenge pozitív irányú korreláció ($r_s(479) = 0,134, p = 0,003$), ez alátámasztja 3. hipotézisem (H3.), miszerint a *külföldi élettapasztalatok mennyisége szignifikáns, pozitív összefüggést mutat az interkulturális érzékenység értékeivel*. Hasonlóan, az anyanyelv mellett beszélt idegen nyelvek száma is szignifikáns, pozitív irányú együttjárást mutat az ISS főskálával ($r_s(479) = 0,219, p <$

0,001), ami a 4. hipotézisem (H4.) igazolta („Az anyanyelven kívül beszélt idegen nyelvek száma szignifikáns, pozitív összefüggést mutat az interkulturális érzékenység értékeivel.”)

A 6. kutatási kérdés (K6.) vizsgálata céljából több elemzés is elvégezhető volt. („Kimutatható interkulturális érzékenység, az empátia és a MUS komplexebb ismeretének összefüggése?”) Lineáris regressziós modellt alkalmaztam annak tesztelésére, hogy az ISS összesített értékét hogyan magyarázzák az IRI (empátia) alskálák a teljes mintán. A modell szignifikánsnak bizonyult ($F(3,304) = 11,816$, $MSE = 125,925$, $p < 0,001$). Magyarázó ereje a populációban $R^2_{adj} = 9,6\%$. Az ISS összesített értékére az IRI személyes distressz alskála ($\beta = -0,245$, $t(304) = -4,106$, $p < 0,001$), az IRI perspektíva-felvétel alskála ($\beta = 0,17$, $t(304) = 2,923$, $p = 0,004$), és az IRI empátiás törődés alskála ($\beta = 0,17$, $t(304) = 2,683$, $p = 0,008$) jelent meg szignifikáns magyarázó hatással. Emellett a MUS komplex definíció-meghatározására az empátia kérdőív (IRI) két alskálája, illetve az ISS kulturális különbségek tisztelete alskála is szignifikáns magyarázó hatással bírt (lásd 10.2. alfejezet). A MUS komplex definícióalkotásával, szignifikáns, pozitív, habár elhanyagolható erősségű korrelációja jelent meg az ISS összesített értékének is ($r_s(314) = 0,138$, $p = 0,015$). Mindezek alapján a 6. kutatási kérdésben (K6.) említett változók mérsékelt összefüggései mérhetők és igazolhatók, de erősnek nem nevezhetők.

Az eredmények alapján a MUS-sal kapcsolatos tudás igen hiányos, és az attitűdök terén is tapasztalható távolságtartás vagy nehézség. Az interkulturális érzékenység szintje változó volt, és jellegzetes különbségeket mutatott nem és szakirány mentén, melyeket az oktatásfejlesztés során érdemes figyelembe venni. Az empátia és a nyelvi-kulturális tapasztalatok pedig valóban összefüggést mutattak az IS-sel, ami szintén irányt mutathat az oktatásfejlesztési törekvéseknek, de további vizsgálatokat kíván. Az eredmények további értelmezését és megvitatását lásd a 18.1-es alfejezetben.

11. Oktatók tapasztalatai a MUS és az interkulturális kommunikáció területén

A hallgatók előzetes eredményeinek bemutatása után röviden rátérnék az oktatók vizsgálatára. A Sallay és munkatársai (2022) által vezetett, a MUSIC projekt keretein belül folytatott tanulmány célja az volt, hogy feltárjuk az egészségügyi szakemberek és egyben oktatók tapasztalatait a MUS kezelésével és oktatásával kapcsolatban, interkulturális környezetben, ezzel adatokat gyűjtve egy oktatási program kifejlesztéséhez is.

Számos tanulmány alkalmaz fókuszcsoportos módszertant annak feltárására, hogy hogyan viszonyulnak az orvosok a MUS témájához és a páciensekhez. Aamlund és munkatársai (2017) norvég háziorvosokkal vizsgálták, hogy milyen stratégiákat alkalmaznak ezen páciensek ellátásában. A résztvevők kiemelték a páciensek tüneteinek és történetének alapos feltárását, a különböző tünetértelmezési lehetőségek megosztását, valamint az eltérő magyarázatok közös megtárgyalását, mint hatékony eszközöket. Den Boeft és munkatársai (2016) holland családorvosokat kérdeztek, akik a MUS páciensek felismeréséhez támaszkodtak objektív jelekre (pl. gyakori vizitek, többféle tünet, számos szakorvosi beutalás) és saját szubjektív tapasztalataikra is. Vizsgálatuk eredményeként öt jellegzetes páciens csoportot is elkülönítettek. Rasmussen és Rø (2018) azt mutatták be, hogy a háziorvosok gyakran váltogatnak a biomedikális és a biopszichoszociális szemléletmód között – utóbbi elősegíti a bizalom kialakítását és az orvos önbizalmát is növeli, míg a tisztán biomedikális megközelítés gyakran a bizonytalanság érzéséhez vezet. Hartman és munkatársai (2009) pedig felhívták a figyelmet rá, hogy a háziorvosok sokszor eszköztelennek érzik magukat ezekkel a tünetekkel szemben, és inkább általános megnyugtató mondatokkal (pl. „nincs komoly betegség”), metaforákkal, vagy a tünetek normalizálásán keresztül kapcsolódnak és igyekeznek fenntartani az ellátó–páciens kapcsolatot.

Bár ezek a kutatások fontos betekintést nyújtanak abba, hogyan gondolkodnak az orvosok a MUS eseteiről, közös jellemzőjük, hogy kizárólag orvosi szakértői fókuszcsoportokat vontak be az adatgyűjtésbe. Egyik tanulmány sem vizsgált interprofesszionális szakértői fókuszcsoportokat (pl. pszichológusok, kórházi szociális munkások, egyetemi oktatók stb. bevonásával). Emellett ezek a kutatások nem térnek ki arra, hogy az orvosképzésben tevékenykedő szakembereknek milyen tapasztalataik vannak a MUS oktatásával kapcsolatban. Szintén hiányzik a kulturális kontextus specifikumainak vizsgálata, pedig a MUS értelmezése és megközelítése társadalmi és kulturális keretektől is jelentősen függ.

A hiányosságok és a MUSIC projekt oktatási céljainak figyelembevételével, vizsgálatunk három fókuszcsoportos interjúból állt, összesen 13, a Szegedi Tudományegyetem különböző szakmai területeiről érkező résztvevővel. A szakértők részben klinikai praxisban, és részben az orvosi oktatásban is tevékenykedő orvosok és egészségpszichológusok voltak, akik interkulturális környezetben is dolgoznak, és saját tapasztalataikat osztották meg a MUS kezelésével, az interkulturális kommunikációval és a kapcsolódó oktatási kihívásokkal kapcsolatban. Az interjúk feldolgozása az induktív tematikus elemzés módszerével történt (Braun & Clarke, 2006), és amely során három fő témakört és 13 altémát azonosítottunk:

1. Adaptáció a páciensek személyes világához:

Alapvetőnek tartották, hogy az orvosok megértsék a betegek egyéni érzelmi és kognitív valóságát. Ennek érdekében a következő al-témák bontakoztak ki:

- **Figyelmes meghallgatás:** A szakemberek hangsúlyozták, hogy a betegek félelmeinek, aggályainak és saját tünetleírásainak meghallgatása elengedhetetlen a bizalmi kapcsolat kialakításához.
- **Érzelmek validálása:** A páciensek érzelmi tapasztalatainak elismerése, illetve annak kerülése, hogy a „nincs probléma” típusú, elutasító válaszokat adjanak.
- **Közös értelmezés kialakítása:** Az orvosok igyekeztek feltárni a családi, társadalmi háttér és a személyes élmények összefüggéseit, illetve szükség esetén jelezték, hogy a diagnosztikai bizonytalanság része a MUS jellegének, amit transzparens módon kellett kommunikálniuk.
- **Továbbirányítás és a bizonytalanság kommunikációja:** A szakemberek gyakran javasolnak további vizsgálatokat vagy más szakemberek (például pszichológusok, pszichiáterek) bevonását, miközben fontosnak tartották azt is, hogy a bizonytalanságot ne érezzék fenyegetőnek a páciensek szemében.

2. Adaptáció a kulturális különbségekhez:

A MUS interkulturális vonatkozásai során a szakemberek felismerik, hogy a kulturálisan különböző csoportok esetében a tünetek értelmezése, a betegséghez való hozzáállás és az orvos-páciens kommunikáció eltérő lehet. Például:

- **Kulturálisan érzékeny kommunikáció:** A roma közösségek esetében kiemelt jelentősége volt a családtagok – például a család vezetőjének – bevonása a döntéshozatalba, míg más kultúráknál az interperszonális kapcsolatok egyedi jellemzői (például a nők esetében a férfi hozzátartozók bevonása) igényelték, amihez szükséges lehet az orvosok részéről az eltérő kommunikációs stílus kialakítására.
- **Kulturális szimbólumok és tünetértelmezés:** Bizonyos fizikai tünetek, mint például a kéz sérülése és az ahhoz kapcsolódó funkcionális zavarok, kulturális kontextusban más jelentéssel bírhatnak (például a „tisztá/piszkos kéz” elképzelése a muszlim kultúrában).
- **Interkulturális oktatás kihívásai:** Az oktatók számára is megjelennek a kulturális különbségekből fakadó nehézségek, mivel az eltérő háttérrel

rendelkező diákok különböző kommunikációs szokásokat mutatnak, ami az empátia és a előítéletmentes hozzáállás fejlesztését igényli.

3. Interprofesszionális koordináció szükségessége:

A MUS kezelésében felmerül a különböző szakmai csoportok – orvosok, pszichológusok, pszichiáterek – közötti együttműködés hiánya, amely több problémát is okoz:

- **Terminológiai és koncepciók eltérések:** Sok szakember számára a MUS fogalma még mindig homályos, és gyakran más kifejezésekkel (pl. pszichoszomatikus, konverziós tünetek) azonosítják a jelenséget.
- **Koordináció és protokoll hiánya:** Az interdiszciplináris együttműködés nehézségei abból adódnak, hogy hiányoznak a világos, egységes protokollok és irányelvek, amelyek segítenék a betegek kezelését.
- **Oktatási szükségletek:** A szakemberek szerint elengedhetetlen a kommunikációs készségek, az interprofesszionális és interkulturális kompetenciák fejlesztése az orvosi képzésben, hogy később a praxisaikban hatékonyabban tudják kezelni a MUS komplex jelenségét.

Az interjúk alapján láthatóvá vált, hogy az orvosképzés jelenlegi rendszere sokszor nem biztosít elég gyakorlatot a mindennapi, bizonytalan klinikai helyzetek kezelésére, különösen MUS esetén. A résztvevők tapasztalatai szerint a hatékony oktatásnak nemcsak a tünetek orvosi értelmezésére, hanem az érzelmi tudatosság fejlesztésére (pl. érzelmek validálása), valamint a kommunikációs készségek (pl. türelmes hallgatás és értelmezés) erősítésére is figyelmet kellene fordítania. Hangsúlyozták továbbá a személyre szabott és empátikus ellátó-páciens kapcsolat, illetve a kulturális különbségek iránti nyitottság és interkulturális érzékenység fontosságát is, melyek az orvosi identitást és a hagyományos szerepfelfogást is próbára tehetik. Ezek az eredmények fontos támpontot jelentettek az oktatásfejlesztési munkánkban: megerősítették, hogy a MUS-sal kapcsolatos ismeretek oktatásán túl az érzelmi-kommunikációs, kulturális és interprofesszionális kontextussal való tudatos foglalkozás is fontos elemei lehetnek egy korszerű, érzékenyítő oktatási programnak. Ezek az irányok közvetlenül visszaköszönnének a saját fejlesztésű képzési programunkban is, amely részletesen a 15. fejezetben kerül bemutatásra.

A kutatás erőssége, hogy a Szegedi Tudományegyetem különböző területeiről érkező egészségügyi szakemberek tapasztalatait gyűjtötte össze, így értékes betekintést nyújtott a

MUS kezelésének többdimenziós kihívásaiba. Ugyanakkor a relatíve kis mintaszám és a résztvevők kulturális homogenitása (mind magyar háttérrel rendelkeznek) korlátozza az eredmények általánosíthatóságát, így a jövőbeni kutatásoknak érdemes több és kulturálisan sokszínűbb mintát bevonni.

A tanulmány rávilágított arra, hogy a MUS kezelésében a siker kulcsa egy többdimenziós adaptációs folyamatban rejlik: az orvosoknak egyszerre kell alkalmazkodniuk a páciensek személyes életéből fakadó, kulturális különbségeken nyugvó, és az interprofesszionális együttműködést megkívánó kihívásaihoz. Ez a komplexitás pedig nem csupán a mindennapi klinikai gyakorlatban jelentkezik, hanem az orvosi képzésben is, ahol a hagyományosan biológiai alapokon nyugvó képzés mellett szükség van az érzelmi, kommunikációs és kulturális kompetenciák fejlesztésére.

12. Az Interkulturális Érzékenység Skála (ISS) magyar változatának pszichometriai vizsgálata

12.1. Az ISS nemzetközi validálási tapasztalatai

2000-ben fejlesztették ki és validálták először amerikai egyetemista hallgatók mintáján az *Interkulturális Érzékenység Skálát* (*Intercultural Sensitivity Scale – ISS*). Az ISS egy 24 tételből és öt alskálából álló mérőeszköz, mely együttes megmagyarázott varianciája 37,3% volt, az egyes tételek faktorsúlyai minimum 0,5-es szintet értek el, és a skála belső megbízhatósági együtthatója 0,86 volt (Chen & Starosta, 2000). Később kelet-kínai, iráni, amerikai, németországi, maláj és indiai mintákon is validálták a kérdőívet. Az öt kutatásról általánosságban elmondható, hogy a mintaelemszámok 200 és 447 egyetemista hallgató közt mozogtak, és a nők nagyobb arányban voltak jelen a mintákban (Fritz és mtsai., 2001, 2005; Moradi, 2020; Tamam, 2010; Wang & Zhou, 2016).

Fritz és munkatársai (2001) német mintán először az eredeti faktorstruktúra megjelenését ellenőrizték megerősítő faktorelemzéssel (Confirmatory Factor Analysis – CFA), ami igazolta az eredeti öt faktor jelenlétét, ugyanakkor kizárták a 23-as és 24-es tételket. Az alskálák belső megbízhatósági értékei megközelítették és/vagy felülmúlták a kívánt 0,6-os határértéket, a modell illeszkedési mutatói elfogadhatónak bizonyultak a német mintán (Fritz és mtsai., 2001). Moradi (2020) iráni mintán találta érvényesnek és megbízhatónak a skálát. Wang és Zhou (2016) pedig az ISS rövidített, kínai változatának megalkotása céljából

alkalmazott CFA-t, megtartva az eredeti öt faktort, ám csak a legnagyobb faktorsúllyal rendelkező tételeket hagyták bennük az alskálák megbízhatósága érdekében. Az eredmények alapján az eredeti verzió gyenge, a rövid forma jobb modellilleszkedési értékekkel bírt. Az alskálák belső megbízhatóságai 0,6 felettiek voltak, a skála rövidsége ellenére kielégítő megbízhatóságot és érvényességet mutatott (Wang & Zhou, 2016).

Ezekkel szemben kevésbé validnak és megbízhatónak találta az 5 faktoros eredeti ISS-t a következő három tanulmány. Fritz és munkatársai (2005) egy replikációs tanulmányt végeztek amerikai és német minta bevonásával, egy 22 tételes és egy 13 tételes modell létrehozásával. A CFA-val vizsgált 5 faktor belső megbízhatósági értékei 0,50 és 0,77 között mozogtak, és több illeszkedési probléma is megjelent. A diszkriminációs validitás többségében meghiúsult, és a globális illeszkedési értékek nem erősítették meg a modell érvényességét (Fritz és mtsai., 2005). Ehhez hasonlóan Tamam (2010) a skála maláj kultúrában való alkalmazhatóságának vizsgálatakor szintén a modell gyenge illeszkedését találta CFA segítségével. A skála faktorelemzésre alkalmasnak bizonyult, és a feltáró faktorelemzés (Exploratory Factor Analysis – EFA) négy faktor jelenlétét mutatta, a scree plot ábra alapján pedig egy 3 faktoros modell rajzolódott ki. Négy tétel elhagyásával, az első faktorba 7 tétel tartozott, a másodikba 8, a harmadikba pedig 5. Az alskálák a Cronbach-alfa-értékeik alapján megbízhatónak bizonyultak (0,86, 0,90 és 0,85). Az első faktor az *Interakciós figyelmesség és tisztelet* elnevezést kapta. A második az *Interakciós nyitottság*, a harmadik pedig az *Interakciós magabiztosság* volt (Tamam, 2010). Tajvani mintán pedig, mind EFA, mind CFA alkalmazásával egy 4 faktoros, 13 tételes, adott kultúrához megfelelő illeszkedést mutató, alternatív modellt és mérőeszközt hoztak létre (Wu, 2015).

12.2. Az ISS pszichometriai vizsgálatának módszertani jellemzői

Az ISS pszichometriai vizsgálata céljából a 7. fejezetben bemutatott minta magyar almintáján ($n = 399$) végeztük elemzéseinket. Az ISS főskálán megvizsgáltuk a normalitás feltételét, hisztogramot, Kolmogorov–Smirnov-próbát, Steam-and-leaf és Boxplot ábrát készítettünk. A minta az ISS főskála változóján illeszkedni látszott a normál eloszláshoz, a Kolmogorov–Smirnov-próba azonban szignifikáns lett ($K-S[399] = 0,056; p = 0,005$), amiből arra következtethetnénk, hogy a mintán nem teljesül a normalitás előfeltétele. Ugyanakkor ilyen nagyságú mintaelemszámnál a K-S-teszt érzékeny a hamis pozitív torzításra. A magas elemszám egyúttal lehetővé teszi a központi határeloszlás tételének alkalmazását, így ez alapján a statisztikai próbákban paraméteres eljárásokat végeztünk. A Boxplot ábra rámutatott három kiugró értékű kitöltőre, akiket a további vizsgálatokból kizártunk, így 396 magyar

hallgató adataival dolgoztunk tovább, akik közül 5 fő nem adott meg bizonyos demográfiai adatokat, így a 6. táblázat 391 résztvevőről mutat be részletes jellemzést.

6. táblázat. Az ISS pszichometriai vizsgálat résztvevőinek egyetemi szak, nem és évfolyam szerinti megoszlása

Évfolyam	Orvostanhallgatók		Pszichológushallgatók		Egyéb hallgatók*		Össz.
	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	
1. évfolyam	5	–	18	6	1	1	31
2. évfolyam	59	27	19	7	3	–	115
3. évfolyam	58	23	25	5	1	–	112
4. évfolyam	42	17	19	–	1	1	80
5. évfolyam	5	3	32	2	–	1	43
6. évfolyam	10	–	–	–	–	–	10
Össz.	179	70	113	20	6	3	391

Megjegyzés. * = Gyógyszerész/Ápoló/Gyógytornász/Gyógypedagógus hallgatók

A 396 magyar résztvevő közül 92 hallgató (23,2%) egy idegen nyelvet beszél az anyanyelvén kívül, 251 hallgató (63,4%) kettőt, 51 hallgató hármat (12,9%) és 1-1 hallgató (0,6%) négyet, illetve ötöt. Meghatározóan angol, francia, német és spanyol nyelvismerettel rendelkeznek a résztvevők. A kitöltők 80,3%-a (318 fő) még nem élt huzamosabb ideig (több mint 3 hónapig) külföldön. 15,7%-uk (62 fő) egy alkalommal már élt külföldön, 3,3%-uk (13 fő) két alkalommal, 0,8%-uk (3 fő) pedig már három alkalommal szerzett külföldön élettapasztalatokat.

A 8. fejezetben bemutatásra kerülő mérőeszközök közül, a demográfiai kérdések és az ISS mellett, a konvergens validitás tesztelése érdekében az IRI empátia-mérőeszközt is felhasználtuk elemzéseinkhez.

Az ISS minél szakszerűbb magyar fordításának elérése érdekében először magam és egy társszerző által történt egy-egy magyarra fordítás. Ezután egy független harmadik szerző

elvégezte a két fordítás összehasonlítását és egyeztetését, végül egy negyedik személy a visszafordítást. A visszafordítás és az eredeti változat összehasonlítása nyomán készült el a végső változat (ISS-H) (lásd 7. melléklet).

A nyert adatok feldolgozása az IBM SPSS és a JASP statisztikai program alkalmazásával történt. A leíró statisztika, belső megbízhatóság, érvényesség, korreláció, független mintás t-próba, egyutas ANOVA és lineáris regresszió vizsgálatait az SPSS program segítségével végeztünk, a megerősítő és feltáró faktoranalízist pedig a JASP program segítségével. Az eredmények bemutatása során a szignifikancia $p < 0,05$ határértékkel értelmezett.

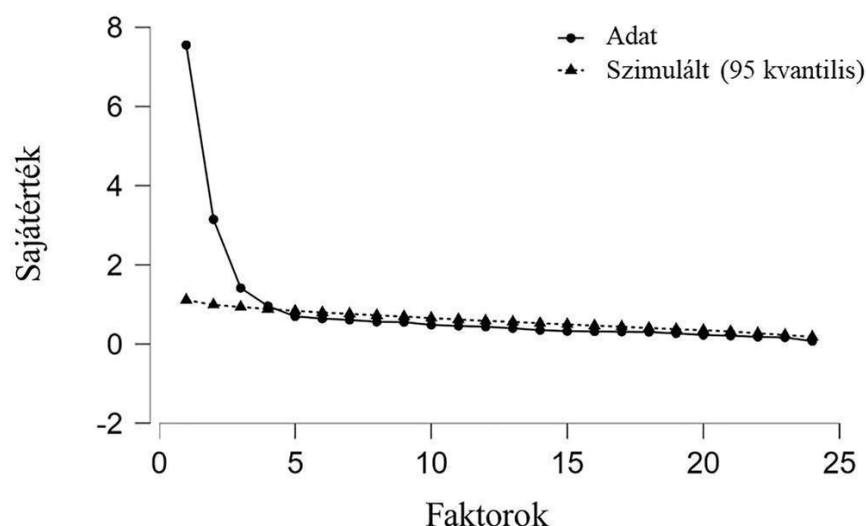
12.3. Az ISS pszichometriai vizsgálatának eredményei

A 7. kutatási kérdésnek (K7.) megfelelően, az *ISS eredeti öt-faktoros modelljének (Chen & Starosta, 2000) illeszkedését, strukturális érvényességét és belső megbízhatóságát vizsgáltuk magyar egészségügyi hallgatók mintáján*. A tesztelés során elsőként CFA-t végeztünk, amely illeszkedési mutatói alapján az eredeti ötfaktoros modell nem mutatott megfelelő illeszkedést a magyar mintán ($\chi^2[242] = 799,4$; $p < 0,001$; CFI = 0,853; TLI = 0,833; NFI = 0,804; RMSEA = 0,076; SRMR = 0,075).

A főskála belső megbízhatósági (Cronbach-alfa) értéke 0,895 volt. Az Interakciós elköteleződés alskála Cronbach-alfa-értéke 0,758, a Kulturális különbségek tisztelete alskáláé 0,736, az Interakciós magabiztosságé 0,862, az Interakciós élvezeté 0,746, az Interakciós figyelmességé pedig 0,653. Minden skála elérte a kívánt legalább 0,6-os belső megbízhatósági értéket. Ezek esetleges további javítása, és a validitás megfelelőbb illeszkedési mutatóinak elérése céljából EFA-val tártuk fel a kérdőív faktorstruktúráját, és egy jobban illeszkedő, alternatív modellel dolgoztunk tovább.

Az EFA alapján a változórendszer alkalmas a faktoranalízisre, a Kaiser–Meyer–Olkin-index (KMO-index) megfelelő értéket vesz fel (KMO = 0,915), így a változórendszer háttérében joggal tételezhetők fel látens változók. A faktoranalízis során az 5. ábrán (lejtődiagram) is látható, hogy a parallel elemzés nyomán három faktor megléte valószínűsíthető. Az első faktor sajátértéke 7,427, a második faktoré 3,245, a harmadik faktoré pedig 1,552 (lásd 5. ábra).

5. ábra. Az ISS feltáró faktorelemzésének lejtődiagramja



A feltáró faktoranalízis során létrejött három faktor faktorsúlyainak rotáció utáni értékei alapján interpretálhatók a létrejövő faktorok, és további CFA-k segítségével ennek illeszkedése ellenőrizhető és továbbfejleszthető jobban illeszkedő alternatív modellekké. Felhasználva az EFA tételstruktúráját, több alternatív modellt teszteltünk CFA-val. Az alábbiakban mutatjuk be a konkrét tételek helyét a modellek faktorstruktúrájában.

Az első modell CFA-ja során a tételeket abba a faktorba soroltuk, ahová az EFA szerint a legnagyobb faktorsúllyal számítanak. Így az első faktorba az 1, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 12 és 15-ös tételleket, a másodikba a 8, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 21, 23 és 24-es tételleket, a harmadik faktorba pedig a 2, 7, 18, 20, 22-es tételleket soroltuk. Ennek a modellnek az illeszkedése gyengének bizonyult (lásd 7. táblázat, 1. modell). Ezután kizártuk azokat a tételeket, melyek faktorsúlya nem érte el a 0,4-es határértéket, vagyis a 11-es tételt, ám ennek a modellnek az illeszkedése is gyengének bizonyult (lásd 7. táblázat, 2. modell). Végül kizártuk azokat a tételeket is, melyek több dimenzióhoz is 0,3 feletti abszolút értékkel töltöttek, és azokat, melyek esetén az alsókálák között a faktorsúlyaik eltérése kisebb volt, mint 0,1 (1, 8, 9, 13, 22-es tétel). Ezen modell illeszkedési mutatói már közel elfogadhatók a magyar mintán (lásd 7. táblázat, 3. modell). Lezárásul, a modifikációs indexek alapján, a 3-as és 10-es tétel megfogalmazásában megjelenő hasonlóság okán, kovariancia beillesztésével finomítottunk a modellen, ami végül a leginkább elfogadható illeszkedést mutatta (lásd 7. táblázat, 4. modell).

7. táblázat. Az ISS háromfaktoros alternatív modelljeinek illeszkedési mutatói

	1. modell	2. modell	3. modell	4. modell
χ^2 (df)	893,301 (249)	897,807 (227)	339,002 (132)	314,370 (131)
p	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**
CFI	0,831	0,824	0,917	0,926
TLI	0,812	0,804	0,903	0,914
NFI	0,781	0,778	0,871	0,881
RMSEA	0,081	0,085	0,063	0,059
SRMR	0,084	0,090	0,061	0,061

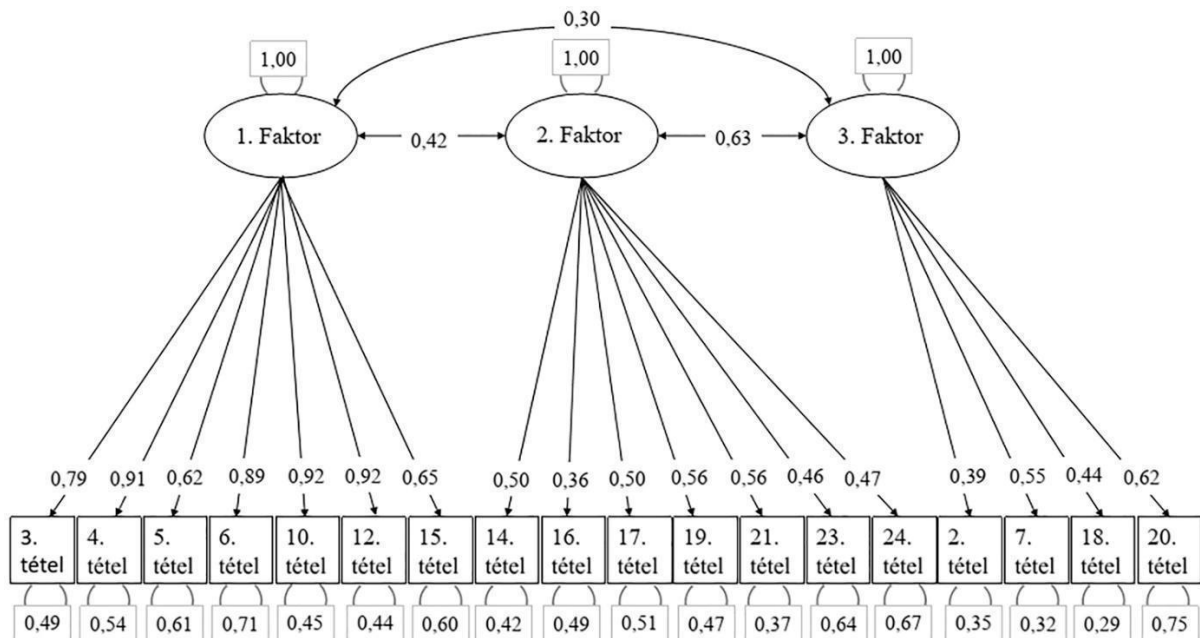
Megjegyzés. A modellek leírását lásd a szövegben. Szignifikancia = $p < 0,01$ (**)

A mintákon leginkább érvényes modell tehát egy alternatív, rövidebb mérőeszköz-változatot eredményezett, amely 3 alskálából és 18 tételből áll (lásd 6. ábra). Az eredeti skálában szereplő öt dimenzió – Interakciós elköteleződés, Kulturális különbségek tisztelete, Interakciós magabiztosság, Interakciós élvezet és Interakciós figyelmesség – közül több is átrendeződött vagy összeolvadt az ISS-H-18 három új alskálájában. A *Magabiztosság és énhatékonyság* alskála például az eredeti Interakciós magabiztosság tételeire épül, de kiegészül néhány érzelmi önszabályozáshoz kapcsolódó (pl. elbátortalanodás, haszontalanság) tétellel is. Az eredeti skála 3., 4., 5., 6., 10., 12. és 15. tétele tartozik hozzá. A *Bevonódás a kapcsolatba* alskála jórészt az Interakciós figyelmesség, élvezet és elköteleződés elemeit egyesíti; a 14., 16., 17., 19., 21., 23. és 24. tétel tartozik hozzá. Az *Előítéletmentes elfogadás* alskála több, korábban különálló dimenzióból származó, de tartalmilag világosan elkülönülő, attitűdöt kifejező tételeket foglal magába, más kultúrákhoz való értéktelített viszonyulást mérő fordított állításokkal. Az eredeti skála 2., 7., 18. és 20. tétele sorolható hozzá.

Az átalakulás során összesen hat tétel került ki teljesen a skálából: ezek az 1., 8., 9., 11., 13. és 22. sorszámú tételek voltak, amelyek vagy nem mutattak elégséges faktorsúlyt, vagy nem illeszkedtek egyértelműen egyetlen faktorhoz sem. A végső háromfaktoros, 18 tételből álló modell (ISS-H-18) illeszkedési mutatói statisztikailag szignifikáns javulást mutattak, és a belső megbízhatósági mutatók is minden alskála esetében elérték vagy megközelítették a kívánt értékeket. A teljes skála Cronbach-alfa-értéke 0,861, az 1. faktoré 0,892 (7 tétel), a 2. faktoré

0,759 (7 tétel) és 3. faktoré 0,696 (4 tétel). A skála ilyen módon jobban alkalmazkodik a magyar egészségügyi hallgatói mintához, miközben megtartja az eredeti elméleti konstrukció főbb elemeit. (Az új struktúrájú kérdőívet [ISS-H-18] a 7. melléklet mutatja be részletesen.)

6. ábra. A legerősebb illeszkedést mutató ISS-változat faktorstruktúrája



A konvergens validitás vizsgálata előtt az ISS-H-18 és IRI változóján normáeloszlás vizsgálatára került sor Kolmogorov–Smirnov-próba segítségével. Az IRI összesített főskála esetén teljesül a normalitás előfeltétele ($Z[391] = 1,146; p = 0,145$), ahogyan az ISS-H-18 összesített értékét tekintve is ($Z[396] = 1,096; p = 0,181$). E két változó együttjárásának vizsgálatára a Pearson-féle korrelációt alkalmaztuk. Alskáláik esetén azonban nem teljesült a normalitás előfeltétele, így esetükben Spearman-féle rangkorrelációkkal dolgoztunk. A 8. kutatási kérdésre (K8.) a válasz alskálánként értelmezhető („Az *Interperszonális Reaktivitás Indexszel* (Davis, 1980; Kulcsár, 1998) történő összevetés megerősíti-e a magyar egészségügyi hallgatói mintán adaptált ISS mérőeszköz konvergens validitását?”) A 8. táblázat részletesen bemutatja eredményeinket, miszerint minden új ISS alskála valóban szignifikánsan összefügg az IRI főskála értékeivel, de van, ahol pozitív és van, ahol negatív irányban, így az ISS-H-18 és az IRI főskála szignifikáns együttjárása már nem kimutatható. További (regressziós) vizsgálataink szempontjából kiemelendő, hogy az empátia kognitív komponensei (Fantázia és Perspetíva-felvétel alskála) szignifikáns, gyenge, pozitív irányú együttjárást mutatnak az interkulturális érzékenység összesített értékével, míg a Személyes distressz alskála szintén szignifikáns, gyenge, de negatív irányú kapcsolatot jelöl (lásd 8. táblázat).

8. táblázat. Az ISS-H-18 konvergens validitás vizsgálata az Interperszonális Reaktivitás Indexszel (IRI)

		ISS-H-18			
		Magabizt.	Bevon.	Előítéletme.	Össz.
IRI Fantázia	<i>r</i>	−0,035	0,261	0,156	0,113
	<i>p</i>	0,487	<0,001**	0,002**	0,025*
	<i>N</i>	393	393	393	393
IRI Empátiás törődés	<i>r</i>	−0,072	0,304	0,105	0,072
	<i>p</i>	0,156	<0,001**	0,036*	0,155
	<i>N</i>	395	395	395	395
IRI perspektíva- felvétel	<i>r</i>	0,092	0,403	0,196	0,281
	<i>p</i>	0,069	<0,001**	<0,001**	<0,001**
	<i>N</i>	395	395	395	395
IRI Személyes distressz	<i>r</i>	−0,362	−0,028	0,015	−0,272
	<i>p</i>	<0,001**	0,582	0,767	<0,001**
	<i>N</i>	393	393	393	393
IRI Össz.	<i>r</i>	−0,155	0,321	0,180	0,053
	<i>p</i>	0,002**	<0,001**	<0,001**	0,298
	<i>N</i>	391	391	391	391

Megjegyzés. Magabizt. = Magabiztosság és énhatékonyság; Bevon. = Bevonódás a kapcsolatba; Előítéletme. = Előítéletmentes elfogadás; Össz. = Összesítés; Szignifikancia = $p < 0,05$ (*); $p < 0,01$ (**)

A következőkben a 9. kutatási kérdésnek (K9.) megfelelően fogom bemutatni, hogy hogyan erősíthetők meg a magyar egészségügyi hallgatók mintáján adaptált ISS mérőeszközön

a nem, szakirány, külföldi élettapasztalatok és idegennyelv-ismeret változói mentén mért különbségek és együttjárások. A férfiak és nők csoportjának összesített ISS-átlagai összehasonlítására kétmintás t-próbát használtunk. A szórások egyenlőségének tesztelése során Levene-tesztet alkalmaztunk, és a két csoport varianciája nem különbözött jelentősen ($F = 0,000, p = 0,988$). Az ISS-átlagok közötti különbség a nők és férfiak csoportja esetén szignifikánsnak bizonyult ($t[394] = 2,042, p = 0,042$). A nők átlaga a skálán maximálisan elérhető 90-es értékből 74,33 (SD = 10,062), a férfi átlag 71,93 (SD = 9,676) volt. Az alskálák közül a Bevonódás a kapcsolatba és az Előítéletmentes elfogadás alskálákon jelent meg szignifikáns különbség a nők magasabb átlagaival, míg a Magabiztosság és énhatékonyság alskálán nem mutatkozott különbség a két nem átlagai között, amely részben megerősíti a 2. hipotézisünk (H2.) tesztelése során nyert eredményeinket (lásd 9. táblázat).

9. táblázat. Az ISS-H-18 alskáláin megjelenő nemi különbségek

	Nők		Férfiak		Levene-teszt		Kétmintás t-próba		
ISS-H-18	M	SD	M	SD	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	df	<i>p</i>
Magabizt.	3,858	0,626	3,793	0,553	2,546	0,111	0,893	394	0,372
Bevon.	4,031	0,538	3,760	0,560	0,077	0,781	4,222	394	<0,001
Előítéletm.	4,515	0,517	4,140	0,745	26,42	<0,001	4,541	122	<0,001

Megjegyzés. Magabizt. = Magabiztosság és énhatékonyság; Bevon. = Bevonódás a kapcsolatba; Előítéletm. = Előítéletmentes elfogadás

A pszichológushallgatók és orvostanhallgatók csoportjainak összesített ISS-átlagait szintén kétmintás t-próbával hasonlítottuk össze. A varianciák egyenlőségének tesztelésére Levene-tesztet alkalmaztunk, és a két csoport varianciája nem különbözött ($F = 0,447, P = 0,504$). Az ISS-átlagok közötti különbség a pszichológusok és orvosok csoportja esetén a szignifikancia határához közel állt, de nem volt szignifikáns ($t[380] = 1,898, p = 0,058$). A pszichológus átlag 75,20 (SD = 9,808), az orvos átlag 73,18 (SD = 10,007) volt, amely eredmény bizonyos fokig hasonlítható az 1. hipotézis (H1.) tesztelése során kapotthoz. Az alskálák vonatkozásában viszont jelentek meg szignifikáns különbségek, a Bevonódás a kapcsolatba és az Előítéletmentes elfogadás alskálákon szintén a pszichológushallgatók jelentősen magasabb

átlagaival, míg a Magabiztosság és énhatékonyság alskálán nem jelent meg szignifikáns különbség a szakok szerint (lásd 10. táblázat).

10. táblázat. Az ISS-H-18 alskálákon megjelenő szakok szerinti különbségek

	Pszichológus		Orvos		Levene-teszt		Kétmintás t-próba		
ISS-H-18	M	SD	M	SD	F	p	t	df	p
Magabizt.	3,880	0,604	3,831	0,609	0,096	0,757	0,741	380	0,459
Bevon.	4,119	0,508	3,890	0,562	0,604	0,437	3,909	380	<0,001
Előítéletm.	4,640	0,428	4,320	0,652	22,430	<0,001	5,777	364	<0,001

Megjegyzés. Magabizt. = Magabiztosság és énhatékonyság; Bevon. = Bevonódás a kapcsolatba; Előítéletm. = Előítéletmentes elfogadás

A külföldi élettapasztalatok mennyisége is szignifikáns, pozitív irányú, gyenge együttjárást mutatott az ISS főskálával ($r[396] = 0,171, p = 0,001$), az alskálák tekintetében pedig a Magabiztosság és énhatékonyság ($r[396] = 0,176, p < 0,001$), valamint az Előítéletmentes elfogadás ($r[396] = 0,121, p = 0,016$) alskálákkal is szignifikáns, pozitív irányú, gyenge együttjárása jelent meg. Mindez a 3. hipotézis (H3.) eddigi eredményeit erősíti meg az ISS-H-18 skálán. A *beszélt nyelvek száma* is szignifikáns, pozitív irányú, gyenge együttjárást mutatott mind az ISS főskálával ($r[396] = 0,264, p < 0,001$), mind a Magabiztosság és énhatékonyság ($r[396] = 0,230, p < 0,001$), a Bevonódás a kapcsolatba ($r[396] = 0,213, p < 0,001$) és az Előítéletmentes elfogadás ($r[396] = 0,119, p = 0,017$) alskálákkal is, ami pedig a 4. hipotézist támasztja alá.

További eredményeket biztosított amikor az *alapozó szakaszban* lévő (1–3.) évfolyamok hallgatóinak ($n = 254$) ISS-átlagait hasonlítottuk össze a *gyakorló szakaszban* lévő (4–6.) évfolyamok hallgatóinak ($n = 133$) átlagaival, kétmintás mintás t-próbák segítségével. A varianciák egyenlőségének tesztelésére ismét Levene-tesztet alkalmaztunk, és a két csoport varianciája nem különbözött ($F = 2,284, p = 0,132$). A két tanulmányi szakasz hallgatóinak átlagai között nem jelent meg szignifikáns különbség az ISS főskálán ($t[385] = 1,063, p = 0,288$), és az alskálákon sem mutatkoztak különbségek. Az *életkor* ugyanakkor szignifikáns,

pozitív irányú, gyenge együttjárást mutatott az ISS főskálával ($r[395] = 0,125, p = 0,013$), az alskálák tekintetében pedig a Magabiztosság és énhatékonyság alskálával ($r[395] = 0,155, p = 0,002$).

Alapul véve a korábbiakban leírt változók menti szignifikáns különbségeket és együttjárásokat, hatásuk pontosabb vizsgálata céljából többváltozós lineáris regresszióelemzést is végeztünk, ahol a függő változó az ISS főskálájának változója volt, a független változók pedig a korábbiakban leírt változók (azaz a nem, az életkor, a szakterület, a külföldi élettapasztalatok, a beszélt nyelvek és az empátia skála tekintetében a Fantázia, Perspektíva-felvétel és Személyes distressz alskálák). *(K10.: A magyar egészségügyi hallgatók mintáján adaptált ISS mérőeszközön mely demográfiai és empátia változók, és milyen mértékben magyarázzák szignifikánsan az interkulturális érzékenységet?)* A modell szignifikánsnak bizonyult ($F[8,376] = 14,357, \text{MSE} = 69,462, p < 0,001$), az összes független változót tartalmazó regressziós modell előrejelzi az interkulturális érzékenység főskála értékét. A független változók az interkulturális érzékenység főskála varianciájának 23,4%-át magyarázzák ($R^2 = 0,234, p < 0,001$) és a modell magyarázó ereje a populációban $R^2\text{Adj} = 21,8\%$ (lásd 11. táblázat). Legjelentősebben a beszélt nyelvek száma, valamint az empátia Perspektíva-felvétel és Személyes distressz alskálái jelzik előre az interkulturális érzékenység főskála értékeit. Bár nem szignifikáns a változók közötti összefüggés, tendenciózan a külföldi élettapasztalatok mennyiségének és az empátia Fantázia alskálájának IS-sel való kapcsolata további vizsgálatokra lehet érdemes. A szakterület, az életkor és a nem változója eredményeink szerint nem szignifikáns magyarázója az IS-nek.

11. táblázat. Az ISS-H-18 összesített értékére, mint függő változóra számított regresszióanalízis eredményei

Független változók	B	95%CI	β	t	p
Beszélt nyelvek száma	3,668	[2,271; 5,066]	0,243	5,161	<0,001
Külföldi élettapasztalatok	1,534	[-0,106; 3,173]	0,089	1,839	0,067
Szakterület	-0,839	[-2,290; 0,613]	-0,055	-1,136	0,257

11. táblázat. Az ISS-H-18 összesített értékére, mint függő változóra számított regresszióanalízis eredményei

Független változók	B	95%CI	β	t	p
Életkor	0,099	[-0,185; 0,382]	0,033	0,684	0,495
Nem	-1,700	[-3,745; 0,346]	-0,076	-1,634	0,103
IRI Fantázia	0,161	[-0,013; 0,335]	0,091	1,820	0,070
IRI Perspektíva-felvétel	0,446	[0,256; 0,635]	0,224	4,629	<0,001
IRI Személyes distressz	-0,523	[-0,71;-0,336]	-0,268	-5,500	<0,001

Megjegyzés. $R^2 = 0,234$, $F = 14,357$, $p < 0,001$, CI = B konfidencia intervalluma.

A vizsgálat fő eredményeként egy háromfaktoros, rövidített ISS-verzió került kialakításra, amely megbízhatóbban alkalmazható magyar mintán. Az eredmények rávilágítottak, hogy mely IS dimenziók fejlesztésére szükséges inkább fókuszálni nők, férfiak, orvostan- és pszichológusok hallgatók körében, továbbá, hogy ezt milyen módokon, például az empátia mely dimenzióit megcélözva érdemes megtenni. Az eredmények további értelmezését és megvitatását lásd a 18.2-es alfejezetben.

13. Egészségügyi hallgatók interkulturális érzékenység profiljai

13.1. Az interkulturális érzékenység profilok vizsgálatának módszertani jellemzői

Az interkulturális érzékenység profilok vizsgálatába a 7. fejezetben leírt teljes minta bevonásra került, a 8. fejezetben bemutatott mérőeszközök közül pedig a demográfiai adatok mellett az ISS és az IRI skálák adatai kerültek mélyebb elemzésre.

A hallgatóktól gyűjtött adatok alapján személyközpontú, látens profil elemzést végeztünk, amely során a profilok azonosításával betekintést nyerhettünk a nagyobb populáción belüli különböző típusú egyének csoportjaiba (Spurk és mtsai., 2020). A tanulmány minden statisztikai tesztje esetében 0,05-nél kisebb p-értéket állapítottunk meg a szignifikancia meghatározásához. A személyközpontú elemzés előtt teszteltük mérőeszközeink belső

megbízhatóságát és az ISS alskálák belső korrelációit. Ezeket az elemzéseket a SPSS 22.0 verziójával végeztük el.

Az általunk használt személyközpontú elemzés a latens profilelemzés (LPA) volt, amelyet a Jamovi 2.3.17-es verziójával végeztünk a snowRMM modullal, amely a tidyLPA R-csomagot használja (Rosenberg és mtsai., 2019). Ezt a modellalapú klaszterezési technikát Gibson és munkatársai fejlesztették ki (Bauer & Shanahan, 2007; Vargha és mtsai., 2016). Az LPA látens csoportosító változókat azonosít a kovariancia mátrix bontásával, hogy olyan alcsoportokat hozzon létre, amelyekről feltételezzük, hogy látens profiljaikban homogének. A látens profilokat az ISS alskálák indikátorváltozóin jellemző átlagaik alapján értelmezzük. Ezzel a módszerrel azonosíthatók az egészségügyi hallgatók körében az interkulturális érzékenység eltérő profilú alcsoportjai. A rendelkezésre álló látens profilokat minden variancia-kovariancia mátrix típusban teszteltük, hogy több statisztikai illeszkedési mutató alapján kiválasszuk a megfelelő illeszkedést. A jobb modellilleszkedést a Bayesi információs kritérium (BIC), az Akaike információs kritérium (AIC), a mintanagysággal igazított Bayesi információs kritérium (SSA-BIC) alacsonyabb szintje és a magasabb entrópia érték jelezték; valamint a Lo-Mendell-Rubin valószínűségi hányados teszt (LMRT) szignifikáns ($p < 0,05$) eredménye (Nylund és mtsai., 2007). A BIC-t és az LMRT-t tekintettük a modellilleszkedés legmegfelelőbb mutatóinak (Tein és mtsai., 2013).

Az LPA tesztje után az SPSS 22-es és a Jasp 0.16.3-as verzióinak segítségével keresztábrákat használtunk a nem, a szak, a nemzetiség és a klaszterhez való tartozás közötti összefüggések jobb megértéséhez. Továbbá egyszempontos varianciaanalízissel teszteltük az életkor, az idegennyelv-ismeret, a külföldi élettapasztalatok és az empátia alskálák közötti különbségeket az ISS-klaszterek vonatkozásában. A fent említett független változók (egymásra kontrollált) sorának statisztikai magyarázó (predikciós) hatását egy multinomiális logisztikus regressziós modellben is teszteltük, ami olyan nominális függő változót is kezelni tud, amely több, mint 2 kategóriával rendelkezik (esetünkben az IS-profilok változóját).

13.2. Az interkulturális érzékenység profilok vizsgálatának eredményei

Első lépésben megvizsgáltuk a skálák belső megbízhatóságát. A kérdőívek fő skálái, az IRI és az ISS is jó, 0,8 feletti Cronbach-alfa értékekkel rendelkeztek. A legtöbb esetben az alskálák belső konzisztencia becslései elfogadhatónak vagy kiválóan minősültek (0,71 és 0,88 között), kivéve az *IRI Empátia törődés* (0,54) és az *ISS Interakciós figyelmeztetés* (0,60) alskálák alacsony-közepes Cronbach-alfa értékeit. Ezt a két alskálát mégsem zártuk ki az elemzésekből, mivel elméleti relevanciájuk az interkulturális érzékenység szempontjából megalapozott,

továbbá a főskálák belső konzisztenciaértékei magasak voltak. A gyengébb alskálasztintű megbízhatóság természetesen megfontolást igényel az eredmények értelmezésekor, és korlátozhatja az ezekre alapozott következtetések általánosíthatóságát.

Az LPA előtt kiszámítottuk a Pearson-korrelációs együtthatókat, hogy meghatározzuk az ISS alskálák közötti kapcsolat erősségét. Ha a korreláció erős ($r > 0,7$) két alskála között, akkor felmerülhet a kérdés, hogy érdemes-e az alskálákat külön-külön változóként bevonni a későbbi LPA-tesztbe. Az ISS alskálák mindegyike szignifikánsan és pozitívan korrelált, csak az *Interakciós magabiztosság* és az *Interakciós élvezet* alskálák mutattak a látens profilok elkülönítéséhez szolgáló ideális értékhez képest kissé emelkedett értéket ($r(503) = 0,73$, $p < 0,001$) (lásd 12. táblázat). Mindazonáltal a két alskálát - a jó belső megbízhatóság miatt - érdemes volt külön-külön is bevonni az LPA-ba.

12. táblázat. Az ISS alskálák korrelációi a látens profil elemzéshez

		ISS Tisztelet	ISS Magabiztos- ság	ISS Élvezet	ISS Figyelmesség
ISS Elköteleződés	Pearson-korreláció (r)	0,57	0,45	0,42	0,52
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	504	504	504	505
ISS Tisztelet	Pearson-korreláció (r)		0,16	0,33	0,44
	p		<0,001	<0,001	<0,001
	N			504	504
ISS Magabiztosság	Pearson-korreláció (r)			0,73*	0,27
	p			<0,001	<0,001
	N			503	504
ISS Élvezet	Pearson-korreláció (r)				0,237
	p				<0,001
	N				504

Megjegyzés. p = valószínűségi érték (szignifikancia szint), N = a tényleges korrelációban résztvevők száma, * = a látens profilok becsléséhez az ideálisnál erősebb korrelációs együttható (r).

Az ISS 5 alskálájának pontszámait (*Interakciós elköteleződés*, *Kulturális különbségek tisztelete*, *Interakciós magabiztosság*, *Interakciós élvezet* és *Interakciós figyelmesség*) használtuk az LPA indikátorváltozóiként. A modellbecslést mind a négy variancia-kovariancia mátrix specifikációban elvégeztük. A legjobb illeszkedési mutatókért, valamint az elméleti elvárásaink és a tartalmi értelmezhetőség érdekében végül a “profile-invariant unrestricted” variancia-kovariancia mátrix specifikációt (eq, eq) használtunk. (Ebben a változók varianciái és reziduális kovarianciái kerülnek becslésre, de a profilok között egyenlőnek kell lenniük.) A mennyiségre kettőtől-hatig terjedő látens profillal rendelkező megoldásokat és az illeszkedési

mutatókat a 13. táblázat mutatja be. Az illeszkedési indexek vizsgálata azt mutatta, hogy a legjobban illeszkedő megoldások a 4-klaszteres vagy a 6-klaszteres megoldások voltak. A legalacsonyabb BIC-értéket, az értelmezhetőséget és a további számításokhoz elégséges csoportnagyságokat figyelembe véve, a 4-klaszteres megoldást választottuk (AIC = 6125; BIC = 6286; SSA-BIC = 6165; Entropia = 0,64; LMRT = 51,40, $p < .001$).

13. táblázat. A különböző számú látens profilok illeszkedési mutatói

Profilok száma	AIC	BIC	SSA-BIC	Entropy	LMRT	p
2	6180	6290	6207	0,77	66,26	<0,001
3	6165	6300	6198	0,77	27,43	<0,001
4	6125	6286	6165	0,64	51,40	<0,001
5	6123	6309	6169	0,63	14,06	0,158
6	6076	6287	6129	0,77	58,82	<0,001

A 11. kutatási kérdést (K11.) megválaszolása érdekében a 14. táblázat részletesen bemutatja az egyes alcsoportok interkulturális érzékenység profiljait, az ISS-alskálák Z-pontszám átlagai alapján. Ezeket a standardizált Z-pontszámokat használtuk a négy különböző klaszter értelmezéséhez. („Azonosítható egy vagy több olyan hallgatói csoportot, amely interkulturálisan érzékenyebb, és kevésbé szorul fejlesztésre, valamint egy vagy több olyan csoportot, amelynek tagjai kevésbé érzékenyek és hasznát vehetik a célzott fejlesztésnek?”) Az első látens profilcsoportba volt sorolható a legtöbb résztvevő ($n = 241$), és könnyen értelmezhető, mivel az ISS összes alskálája közel van a közepes Z-értékhez. Az interkulturális helyzeteket így megélő diákok csoportját *"Interkulturálisan átlagosnak (Interculturally average - IA)"* neveztük. A második látens profilcsoportban a diákok *"Interkulturálisan bizonytalan (Interculturally uncertain - IU)"* csoportja ($n = 76$) az Interakciós elköteleződés és figyelmesség, illetve a Kulturális különbségek tiszteletben tartása alskálákon a közepes tartományban helyezkedett el; ez a csoport azonban alacsony pontszámot ért el az Interakciós magabiztosság és élvezet terén. A második legtöbb résztvevőt ($n = 132$) számláló csoport kiemelkedik, mivel az ISS összes alskáláján a közepesnél magasabb pontszámot ért el. Ezt a csoportot neveztük a legsikeresebb *"Interkulturálisan érzékeny (Interculturally sensitive - IS)"* csoportnak. Ezzel szemben az utolsó látens profilcsoport egy kisebb, de markánsabb alcsoport ($n = 54$), melynek tagjai az ISS összes alskálán alacsony pontszámot értek el, és csak az Interakciós magabiztosság alskála közelítette meg a közepes tartomány alsó értékét. A tanulóknak ezen kevésbé érzékeny csoportját az *"Interkulturálisan elutasító (Interculturally refusing - IR)"* névvel jelöltük (lásd 14. táblázat). Az 11. kutatási kérdésre (K11.) választ adó

eredmények arra utalnak, hogy valóban megjelent két olyan hallgatói csoport (interkulturálisan bizonytalan és interkulturálisan elutasító), amelynek a tagjai esetén indokoltabb lehet az interkulturális érzékenység fejlesztése.

14. táblázat. Az interkulturális érzékenység profilok összehasonlítása az ISS alkálákon elért átlagaik mentén

	“Interkulturálisan átlagos” (IA)		“Interkulturálisan bizonytalan” (IU)		“Interkulturálisan érzékeny” (IS)		“Interkulturálisan elutasító” (IR)		F*	df	p
	M (SD)	95% CI lower,upper	M (SD)	95% CI lower,upper	M (SD)	95% CI lower,upper	M (SD)	95% CI lower,upper			
ISS Elkött.	0,05 (0,77)	-0,05, 0,15	-0,27 (1,22)	-0,55, 0,01	0,57 (0,69)	0,45, 0,69	-1,22 (1,03)	-1,50, -0,94	57,97	3,499	<.001
ISS Tisztelet	0,12 (0,65)	0,04, 0,20	0,01 (0,68)	-0,14, 0,17	0,56 (0,52)	0,56, 0,74	-2,12 (0,69)	-2,31, -1,94	254,1 4	3,499	<.001
ISS Magabizt.	-0,08 (0,71)	-0,17, 0,01	-1,26 (0,71)	-1,42, -1,10	1,02 (0,52)	0,93, 1,11	-0,39 (0,89)	-0,63, -0,15	188,8 7	3,499	<.001
ISS Figyelem	-0,10 (0,90)	-0,21, 0,01	-0,38 (0,85)	-0,57, -0,18	0,78 (0,69)	0,66, 0,89	-0,88 (1,03)	-1,16, -0,60	61,15	3,499	<.001
ISS Élvezet	0,17 (0,457)	0,09, 0,24	-1,50 (0,59)	-1,64, -1,37	0,91 (0,40)	0,84, 0,98	-0,86 (0,96)	-1,12, -0,59	311,7 6	3,499	<.001
N	241		76		132		54				

Megjegyzés: * = minden páros összehasonlítás szignifikánsan eltér ($p < 0,05$) a Bonferroni eljárás alkalmazásával a post hoc elemzésekben

A látens profiltagságot a nem, nemzetiség és egyetemi szak változói mentén keresztáblákban vizsgáltuk. A nemek esetében a Chi-négyzet próba szignifikáns különbséget mutatott a tagsági arányok eloszlásában ($\chi^2 (3) = 24,64, p < 0,001$). A nők nagyobb valószínűséggel voltak tagjai az *IU-nak* és az *IS-nek*, míg a férfiak nagyobb valószínűséggel voltak tagjai az *IR-nek*. A szakok tekintetében a teszt szintén szignifikáns különbséget mutatott a tagsági arányok eloszlásában ($\chi^2 (3) = 23,85, p < 0,001$). A pszichológus hallgatók nagyobb valószínűséggel voltak tagjai az *IU-nak*, míg az orvostanhallgatók nagyobb valószínűséggel voltak tagjai az *IR-nek*. A nemzetiség esetében azonban az Chi-négyzet próba nem mutatott szignifikáns különbséget a tagsági arányok eloszlásában ($\chi^2 (3) = 6,00, p = 0,11$).

Egyszempontos varianciaanalíziseket alkalmaztunk a látens profilcsoportok közötti lehetséges különbségek feltárására a résztvevők életkora ($F (3,5) = 2,09, p = 0,10$), idegennyelv-tudása ($F (3,5) = 5,28, p = 0,001$), külföldi élettapasztalata ($F (3,5) = 2,84, p = 0,04$) és az empátia fő skála pontszámai ($F (3,5) = 7,32, p < 0,001$) tekintetében. Ugyanígy hasonlítottuk össze a látens profilcsoportokat az IRI alskálái, nevezetesen a *Fantázia* alskála ($F (3,5) = 2,16, p = 0,09$), a *Perspektíva-felvétel* alskála ($F (3,5) = 13,59, p < 0,001$), az *Empátiás törődés* alskála ($F (3,5) = 3,22, p = 0,02$) és a *Személyes distressz* alskála ($F (3,5) = 17,98, p < 0,001$) tekintetében. Amint az eredményekből kiolvasható, a négy hallgatói csoport között szignifikáns különbségeket találtunk a fent említett változók mindegyikében, kivéve az életkort és az IRI Fantázia alskáláját.

A Bonferroni igazítással végzett post-hoc tesztek feltárták a szignifikánsan elkülönülő csoportokat. Az idegen nyelvek átlagos száma szignifikánsan nagyobb az *IS* ($M = 2,16, SD = 0,75$) csoportban, mint az *IA* és *IU* csoportokban ($M = 1,92, SD = 0,71$ és $M = 1,79, SD = 0,72$). A külföldi élettapasztalat átlagos mennyisége is szignifikánsan magasabb az *IS* ($M = 0,68, SD = 0,90$), mint az *IU* ($M = 0,33, SD = 0,62$) csoportban. Az *IRI perspektíva-felvétel* alskála átlaga szignifikánsan magasabb volt az *IS* ($M = 20,36, SD = 4,39$), mint az *IA* ($M = 18,66, SD = 4,63$) csoportban, és alacsonyabb az *IR* ($M = 15,91, SD = 3,91$), mint a másik három csoportban. Az *IRI Empátiás törődés* alskála átlaga szignifikánsan magasabb az *IU* és az *IS* csoportokban ($M = 18,25, SD = 3,57$ és $M = 17,97, SD = 3,73$), mint az *IR* ($M = 16,33, SD = 3,63$) csoportban. Az IRI utolsó alskálája, a *Személyes distressz* szignifikánsan alacsonyabb az *IS* ($M = 10,23, SD = 5,33$), mint az *IA* és *IR* ($M = 12,41, SD = 4,34$ és $M = 12,57, SD = 3,76$) csoportokban, de szignifikánsan magasabb az *IU* csoportban ($M = 15,23, SD = 5,04$), mint a másik háromban. Végül, az összesített IRI átlagokat tekintve, az *IU* ($M = 72,55, SD = 11,59$) szignifikánsan magasabb pontszámot ért el, mint az *IA* és *IS* ($M = 67,58, SD = 12,01$ és $M = 67,60, SD =$

12,93), míg az *IR* csoport ($M = 62,50$, $SD = 11,25$) szignifikánsan alacsonyabbat, mint a másik három (a táblázatos forma a 8. mellékletben megtalálható).

Következő lépésként multinomiális logisztikus regressziós elemzést végeztünk, hogy megértsük a keresztábrákban és ANOVA-kban használt változók prediktív erejét a látens profiltagságra vonatkozóan (lásd 9. melléklet). Ezzel a 12. kutatási kérdésünkre (K12.) kerestük a választ, vagyis, hogy *mely demográfiai és empátia változók, és milyen mértékben magyarázzák az interkulturális érzékenység profiltagságát*. Referencia-kategóriának az *IA* csoportot választottuk, mivel ez volt a legnépesebb alcsoport; tehát egy gyakori típust képviselt. Modellünk szignifikáns volt ($\chi^2(30) = 145$, $R^2 = 0,123$, $p < 0,001$). Az életkor, a nemzetiség, a külföldi élettapasztalatok, az *IRI Fantázia* és *Empátiás törődés* alszámai, valamint az *IRI* összpontszám nem jelezte előre egyik profilhoz való tartozást sem, ami részben megerősíti korábbi eredményeinket. A külföldi élettapasztalatok, az *IRI Empátiás törődés* és az *IRI* összpontszám korábban talált csoportok közötti különbségeit ebben a modellben nem támasztotta alá szignifikáns prediktív erő. A következőkből viszont kiderült, hogy az összes többi változó, a referencia csoporthoz (*IA*) képest szignifikáns előrejelző erővel rendelkezett a három csoport legalább egyikének tagságára vonatkozóan.

A pszichológia szak nem jelezte előre az *IU* csoporttagságot ($OR = 0,56$, $CI = 0,29 - 1,01$, $p = 0,08$); de egy nem szignifikáns tendenciózus összefüggés további vizsgálatokra adhat okot, mivel a pszichológus hallgatók az orvostanhallgatókhoz képest valamivel nagyobb valószínűséggel voltak *IU*-tagok, mint *IA*-tagok. Az *IRI Személyes distressz* alszáma magasabb szintje szintén szignifikáns előrejelzője volt az *IU*-tagságnak ($OR = 1,11$, $CI = 1,04 - 1,18$, $p = 0,002$). Az idegennyelv-ismeret magasabb szintje jelentős előrejelzője volt az *IS* csoporthoz tartozásnak ($OR = 1,51$, $CI = 1,09 - 2,01$, $p = 0,014$, illetve), csakúgy, mint az *IRI Perspektíva-felvétel* magasabb szintje ($OR = 1,08$, $CI = 1,03 - 1,14$, $p = 0,004$, illetve). A *IRI Személyes distressz* alszáma elért alacsonyabb érték szintén az *IS* (vs. *IA*) tagságra utalt ($OR = 0,89$, $CI = 0,84 - 0,93$, $p < 0,001$, illetve). Az *IR* csoporttagságot a nem és a szak ($OR = 3,03$, $CI = 1,55 - 5,92$, $p = 0,001$ és $OR = 5,49$, $CI = 1,51 - 20,02$, $p = 0,01$, illetve) jelezte jelentősen előre; a férfi válaszadók és az orvostanhallgatók (az összes többi jellemző kontrollálása mellett) nagyobb valószínűséggel voltak az *IR* (vs. *IA*) tagjai. Ugyanakkor az *IRI Perspektíva-felvétel* alacsonyabb szintje ($OR = 0,91$, $CI = 0,84 - 0,97$, $p = 0,007$, illetve) és az *IRI Személyes distressz* magasabb szintje ($OR = 1,09$, $CI = 1,01 - 1,17$, $p = 0,028$, illetve) szintén szignifikánsan előre jelezte az *IR* tagságot.

Azáltal, hogy feltérképezzük, miként élik meg a hallgatók az interkulturális helyzeteket, lehetőség nyílik a személyre szabottabb orvosi képzés kidolgozására, külön figyelmet fordítva

a sérülékenyebb alcsoportokra. Az eredmények alapján a 13. kutatási kérdés (K13.) is megválaszolható, *vagyis a különböző interkulturális érzékenység profillal rendelkező hallgatói csoportok valóban különböző típusú fejlesztést igényelhetnek.* A „bizonytalan” csoport esetében a magabiztosság növelésére és az interkulturális tapasztalatok bővítésére, míg az „elutasító” csoport esetén az empátia fejlesztésére érdemes koncentrálni. A diverz tanulási környezet (pl. vegyes nemű, interdiszciplináris és nemzetközi csoportok) elősegíthetik a pozitív attitűdök megerősítését és a hallgatók egymástól való tanulásának lehetőségét. Az eredmények további értelmezését és megvitatását lásd a 18.3-as alfejezetben.

14. A MUSIC projekt keretében létrehozott kompetenciaprofil

Mielőtt rátérek a saját oktatásfejlesztési programunk kidolgozására, röviden bemutatom a MUSIC projekt holland partnereinek vezetésével létrehozott kompetenciaprofil. A kompetenciaprofil bemutató kézirat társszerzőjeként segítettem az interkulturális MUS konzultációk során a szakemberektől elvárható tudás, készségek és attitűdök leírását.

A kompetenciaprofil a partnerek több lépésben dolgozták ki, első lépéseként átfogó irodalomkutatást végeztek a MUS és az interkulturális kommunikáció témakörében. Ezt követően ismétlődő konzultációs köröket szerveztek szakértőkkel és gyakorló klinikusokkal, számos országból és különböző diszciplínákból. Ezeken a találkozókön a projekt magyarországi résztvevőiként vehettünk részt. A folyamat során a Delphi-módszer (Avella, 2016) és a szakértői konszenzus konferenciák (Green & Thorogood, 2018) elemeit ötvözték, így lehetőség nyílt arra, hogy a szakértők anonim módon, több fordulón keresztül kifejthessék véleményüket, majd a kapott válaszokat közösen értékeljék és szintetizálják.

A kutatásban résztvevő szakértők között olyan intézmények képviselői voltak, mint a Ghenti Egyetemi Kórház (Belgium), a Szegedi Tudományegyetem (Magyarország) és a Rotterdami Erasmus Egyetemi Orvosi Központ (Hollandia), továbbá más hazai és nemzetközi szervezetek, például a Magyar Orvostudományi Oktatási Társaság, a Magyar Fájdalom Társaság és nemzetközi egészségügyi kommunikációs szervezetek képviselői.

A kidolgozott kompetenciaprofil a hagyományos „tudás, képességek, attitűdök” (knowledge, skills, attitudes) struktúrában alkották meg, és négy képzési szintre osztott (lásd 17. táblázat).

17. táblázat. Kompetenciaprofil az interkulturális MUS konzultációk lebonyolításához négy képzési szinten.

	Tudás	Képességek	Attitűdök
Alapképzés (Bachelor)	A hallgatók megértik az etnikai és társadalmi tényezők szerepét a más kultúrájuk fizikai és mentális egészségében, beleértve a nemi különbségeket.	Képesek nem sztereotip módon kapcsolódni a páciensekhez, képesek kezelni az orvosi bizonytalanságot.	Empatikusak, kíváncsiak, nyitottak, és tudatosan törekednek arra, hogy előítéletek nélküli kommunikációt folytassanak.
Mesterképzés (Graduate)	A hallgatók azonosítják a betegség fenntartásában szerepet játszó multifaktoriális mechanizmusokat, megismerik a MUS diagnosztizálásának és kezelésének vonatkozó irányelveit.	Képesek alkalmazni a közös döntéshozatal elvét, valamint áthidalni a nyelvi akadályokat, akár tolmács segítségével.	Elismerik a páciens bevonásának fontosságát a kezelés és a nyomonkövetés során.
Rezidensképzés (Postgraduate)	Ismerik a MUS speciális irányelveit, megértik az egészségügyi egyenlőtlenségeket, és képesek értelmezni a különböző etnikai csoportokban tapasztalható eltérő kezelési hatásokat, beleértve a nemi különbségeket is.	Képesek közösen meghatározni a probléma lényegét, elkerülni a biomedikális megközelítés kizárólagos alkalmazását, valamint racionálisan kezelni a bizonytalanságot. Emellett, képesek együttműködni más szakemberekkel a páciensek komplex ellátásában.	Empatikusak minden pácienssel, tudatában vannak saját kulturális előítéleteinek, és érzékenyek arra, hogy a kultúra miként befolyásolja a személyes viselkedést és gondolkodást az ellátó-páciens interakcióban.
Tanári szint (Teacher)	A tanárok átfogó képpel rendelkeznek a súlyosabb MUS páciensek ellátásáról, és tudják, mikor szükséges a páciens továbbküldése, más szakemberek bevonása.	Képesek motiválni és bevonni minden diákot, függetlenül azok etnikai, kulturális, nemi vagy társadalmi háttérétől, illetve megfelelő eszközökkel (pl. tünetnaplók) feltárni a MUS kialakulását befolyásoló multifaktoriális mintázatokat.	Példamutatóak a különböző háttérrel rendelkező betegekkel és diákokkal folytatott interakcióik során, elősegítve a kultúrák közötti megértést és a páciensközpontú kommunikációt.

A felsorolt szintek egymásra épülnek, így az alacsonyabb szinten megszerzett tudás, készségek és attitűdök jelenléte feltételezhető a magasabb szinteken is, ahol önállóbb és felelősségteljesebb alkalmazásukra kerülhet sor.

A véglegesítés előtti kompetenciaprofilit kritikai szemmel tekintették át egészségügyi szakmák oktatói, akik egyöntetűen pozitívak voltak a profil alkalmazhatóságát és fontosságát illetően. E lépést követően egy jelentősebb redukció történt a tudás- és képességelemek listájában, hangsúlyozva, hogy az attitűdök az interkulturális MUS konzultációk sikerének kulcselemei, és a készségek, illetve a tudás ezen alapulva fejlődhet.

A kompetenciaprofil rámutat, hogy a MUS páciensekkel folytatott interkulturális konzultációk rendkívül összetett és sokrétű feladatot jelentenek az ellátók számára. Az integrált megközelítés – amely egyszerre veszi figyelembe a MUS és az IC sajátosságait – túlmutat a két különálló kompetencia együttesén. Például az a készség, hogy az orvos képes értelmezni a MUS kezelésének eltérő hatásait különböző csoportokban (beleértve a nemi különbségeket is), nem csupán az interkulturális kommunikáció vagy a MUS kezelés szempontjából lényeges, hanem ezek összeolvadásának egyedi példája. A tanulás, oktatás és az értékelés során nem javasolt kizárólag egy-egy területre fókuszálni, hanem a holisztikus megközelítést kell előtérbe helyezni.

Fontos megjegyezni, hogy a profil ugyan lehetővé teszi, hogy különböző oktatási és kutatási intézmények is alkalmazzák, ugyanakkor a különböző országokban és oktatási rendszerekben eltérhet például, hogy milyen mértékben fektetnek hangsúlyt a MUS és az IC oktatására. A profil alkalmazása helyi adottságokhoz való igazodást igényelhet. A kompetenciaalapú orvosi oktatás éles vitákat is kiváltott, mivel egyesek úgy vélik, hogy az ilyen megközelítések túlzottan az eredmények mérhető aspektusaira fókuszálnak, és figyelmen kívül hagyják az oktatási folyamat során kialakuló egyéb komplex kapcsolati és kommunikációs képességeket. A kézirat hangsúlyozza, hogy a kompetenciaalapú megközelítés alkalmazása nem egy végső cél, hanem egy eszközként érdemes rá tekinteni, amely segítségével a komplex, valós élethelyzetekben megmutatkozhat az ellátók szakmai tudása, együttműködése és emberi kvalitásai is. Saját oktatási programunk fejlesztése során is igyekeztünk ezt a szemléletet követni.

15. A MUPS-MUSIC e-learning program kidolgozása és disszeminációja

15.1. Az oktatási anyag tematikus és oktatásméleti háttere

A korábbiakban bemutatott empirikus eredmények is alátámasztották az egészségügyi hallgatók oktatásfejlesztésének szükségességét az IS és a MUS területén. A fejlesztésre, a MUSIC projekt támogatásának köszönhetően a gyakorlatban is lehetőség nyílt.

A szakirodalmak voltak azok az első források, melyek vezérelveket biztosítottak a tananyag kidolgozásához. Több tanulmány által kiemelt a gyógyítói empátia és a páciensközpontúság szerepe, a biopszichoszociális szemléletmód, a kulturális különbségek szem előtt tartása és a megértő kommunikáció (Brownell és mtsai., 2016; Cooper és mtsai., 2017; Hartman és mtsai., 2017; Löwe & Gerloff, 2018). Szakemberek és hallgatók javaslataiból, valamint a néhány pozitív eredménnyel alátámasztott oktatói programból tanulásként levonható, hogy a didaktikus anyagok mellett fontos az interaktivitás, az esettanulmányok, a videók, a beszélgetések, a szerepjátékok, a probléma-alapú tanulás alkalmazása és az érzelmi tudatosságra, önreflexióra ösztönzés jelenléte az oktatásban (Cooper és mtsai., 2017; Weiland és mtsai., 2015; Yon és mtsai., 2015).

Az tananyag kidolgozásához második forrásként a saját kvantitatív és kvalitatív szükségletfelmérő tanulmányunkból nyert eredményeink szolgálnak. A MUS vonatkozásában fontos tapasztalat volt, hogy magyar és nemzetközi orvostanhallgatók és pszichológus hallgatók mintáján hiányosságok mutatkoztak a tudásanyagban, (akár rejtett) bizonytalanságok, negatív attitűdök és az élmény, hogy a MUS pácienseket nehéz kezelni. Megjelent továbbá a nemzetközi hallgatók távolságtartóbb attitűdje és a pszichológus hallgatók elfogadóbb viszonyulása, ami felhívhatja a figyelmet az interkulturális és interdiszciplináris megközelítés szükségességére, ahol a hallgatók egymástól is tanulhatnak. Ugyanez az IC vonatkozásában is hasznos lehet, hiszen eredményeink szerint más-más aspektusokban sikeresebbek a magyar és a nemzetközi hallgatók. (Például a magyar hallgatók az interkulturális interakciók közbeni élvezet és magabiztosság tekintetében érték el alacsonyabb értékeket, míg a nemzetközi hallgatók a figyelem tekintetében.) Az IC esetén a nemzetközi élettapasztalatok és nyelvtudás mellett megjelent az összefüggés az empátiával és így, mindezek szem előtt tartása szintén fontos lehet az IC fejlesztés során is.

A harmadik forrás, amire támaszkodhattunk az oktatási anyag felépítésének kidolgozása során, az a holland projektpartnerek által kidolgozott kompetenciaprofil volt, felépítése és tartalmi elemei egyaránt. Az e-learning anyag kidolgozása során a profil mentén igyekeztünk megcélózni az elvárható hallgatói tudásszintet, attitűdöket és készségeket. A program kialakítása során alapvető oktatásméleti vezérelvként a tanulási eredményalapú megközelítést alkalmaztuk, amely a kurzus céljait nem tantárgyi tartalomként, hanem a hallgató által elérendő tudásban, képességekben és attitűdökben határozza meg. Ez a szemlélet biztosítja, hogy a tanulás fókusza ne csupán a tudásközlésen, hanem a ténylegesen elérhető kompetenciák elsajátításán legyen (Harden, 2002). Egy a kompetenciaprofilhoz hasonló,

eredményalapú megközelítéssel bemutatott példa látható a 10. mellékletben az e-learning oktatási anyag egy pszichológia szakon alkalmazott kurzusban való felhasználásáról.

A program didaktikai struktúráját a hagyományos modulok-leckés felépítés jellemzi, amely egy jól átlátható, lineárisan követhető tanulási utat biztosít. A modulok nemcsak tartalmilag, hanem módszertanilag is változatos elemeket tartalmaznak: az interaktivitás alapvető szerepet kapott, például önellenőrző kérdések, eset-alapú döntéshozatali feladatok, reflektív gyakorlatok, és kiscsoportos szerepjáték formájában. A tananyag egységeiben egyéni és csoportos tanulási formák is megjelennek, szabadságot és személyre szabható tanulási lehetőségeket biztosítva. Az oktató nem a tananyag önálló forrásaként jelenik meg, hanem sokkal inkább az egyéni és kiscsoportos tanulási folyamatok facilitátoraként (Ruiz és mtsai., 2006). A programot kísérő folyamatos visszajelzési lehetőségek, mind a tanulók részéről (pl. kurzusértékelés), mind az oktatóktól (pl. a tanulók beadott reflexióira), mind a programba építve (pl. igaz-hamis feladat önellenőrzése) segítik az adaptív fejlesztést és a tanulási élmény folyamatos finomhangolását (Nicol & Macfarlane-Dick, 2006).

A tananyag lehetővé teszi még a kevert tanulási megközelítést, amely valós idejű, közös online tanulási alkalmakat (pl. kiscsoportos munka, rövid oktatói prezentáció) ötvöztet azzal az egyéni, időben rugalmas tanulással, amelyet a hallgató önállóan ütemez saját tanulási ritmusa szerint. A jelenlét ilyen módon való szinkron és aszinkron kombinációja lehetővé teszi, hogy a hallgatók a saját igényeik szerint mélyüljenek el a tananyagban, miközben lehetőségük van élő visszacsatolásra és közös tanulásra is (Hrastinski, 2008).

Mindezek integrálása révén olyan tanulási élményt kívántunk létrehozni, amely nem csupán információátadásra törekszik, hanem a hallgatók kritikus gondolkodását, érzelmi tudatosságát és együttműködési készségeit is fejleszti – összhangban tematikájának interprofesszionális és interkulturális fókuszával.

15.2. Az oktatási program fő jellemzői

A program tartalmi háttere és tematikája mellett már a kidolgozási folyamat elején felmerültek alapvető jellemzőket érintő kérdések. Az oktatási anyag felülete, nyelve, célcsoportja, használati körülményeinek módja, valamint az esetleges adattárolás kérdése.

A MUS területének oktatása során fellépő fő nehézséget, mind az oktatók, mint a hallgatók szerint a téma komplexitása és az egységes modellek hiánya mellett, az időhiány és az oktatók személyes negatív attitűdjeinek felszínre kerülése adja (Finset, 2018; Joyce és mtsai., 2018; Stenhoff és mtsai., 2015). A COVID-19 pandémia hatására bekövetkező új online oktatási követelményeken túl, időben nagyobb szabadságot és szélesebb körű elérhetőséget

biztosíthatunk egy online elérhető, angol nyelvű oktatási anyaggal. Az oktatók munkáját is segítheti és keretezheti, ha bizonytalanságokat tapasztalnak a terület oktatása kapcsán. Továbbá az online, angol nyelvű e-learning oktatási anyag mellett szólt még, hogy a MUSIC projekt honlapján és egyéb felületeken terjesztve, nemzetközi szinten válhatott mind oktatók, mind hallgatók számára hozzáférhetővé.

Az orvostanhallgatókra, a rezidensekre, az általános orvosokra, a szakorvosokra és akár az ápolókra specializált külön tréningeknek is megvan a saját relevanciájuk (Lyles és mtsai., 2003; Stenhoff és mtsai., 2015). Továbbá, a "képzők képzése" elv is kiemelten fontos a területen (Finset, 2018; Smith és mtsai., 2018). A jelenlegi e-learning oktatási anyagot azonban elsősorban orvostanhallgatók vagy más gyógyító szakmára készülő hallgatók (pl. pszichológusok, gyógytornászok) számára terveztük, mind egyéni munkát, mind közös, oktató által vezetett tantermi haladást lehetővé téve. Bár az elsődleges célcsoportunk az egészségügyi felsőoktatásban résztvevő hallgatók, az oktatási anyag áttekintése érdekes és hasznos lehet rezidenseknek vagy már praktizáló szakembereknek is.

Mivel számos egyetemre, bárkihez eljuthatott az oktatási anyag, amit onnantól nem befolyásolhatunk, hogy online elérhetővé vált, így kutatásetikai és jogi szempontból fontosnak tartottuk, hogy személyes adatokat, gondolatokat és megoldásokat ne tároljon el a rendszer. Ameddig a felhasználó dolgozik az e-learning programban, addig visszanézheti a válaszait és a program visszajelzéseit, de a kilépése után ezek nem őrződnek meg. Ezért is javasoljuk a program elején a használati útmutatóban, hogy a résztvevők jegyzeteiket és válaszaikat külön papíron vagy dokumentumban vezessék, amennyiben azt később vissza is szeretnék nézni vagy kurzusuk teljesítéséhez azt szükséges bemutatni.

15.3. Az e-learning program kidolgozásának folyamata és felépítése

A 30 órára tervezett e-learning modulok kidolgozási folyamatát témavezetőm, Prof. Csabai Márta (klinikai- és egészségpszichológus, egyetemi tanár) felügyelte és irányította. A kidolgozásban részt vett Dr. Látos Melinda (egészségpszichológus és egyetemi oktató), valamint Dr. Kuna Ágnes (egyetemi adjunktus, oktató és az orvos-beteg kommunikáció területén nyelvészeti kutató). A kidolgozás folyamata tehát kutatócsoportban zajlott, az 1. modul elsősorban Dr. Látos Melinda, a 2. és 3. modul jómagam, a 4. pedig Dr. Kuna Ágnes és Prof. Csabai Márta munkája. Végül informatikus programtervező szakember végezte az e-learning felület létrehozásának technikai kivitelezést.

A koncepciók átgondolása után minden kidolgozó - az adott modul célját szem előtt tartva - hozzájárított a modulok kialakításához. A modulok felépítését az 18. táblázat mutatja be.

18. Táblázat. *A MUPS-MUSIC e-learning program moduljainak felépítése*

Modul	Cím, téma	Célja	Feladatok száma	Feladatok típusai
1.	Egészség, kultúra és orvos-beteg kapcsolat	A meglévő ismeretek és attitűdök interaktív mobilizálása, érdeklődés felkeltése	7	esetleírások és értékelésük, saját egészségértékelés és fejlesztés, igaz-hamis állítások, szerepjáték és reflexió, véleményformálás és megbeszélés
2a.	MUS	Tudásanyag mélyítése,	2	informatív didaktikus szövegek feldolgozása, véleményformálás
2b.	IC	önreflexió: saját	2	és megbeszélés, saját attitűdök és
2c.	Empátia	attitűdök és	2	készségek mérőeszközökkel való
2d.	Páciens-központúság	készségek	2	tesztelése, reflexió
3a.	MUS magyarázatok a kultúra kontextusában	Tudásanyag mélyítése és ellenőrzése,	4	irodalomfeldolgozás, igaz-hamis állítások, véleményformálás és megbeszélés, személyes esetmegbeszélés, szerepjáték,
3b.	MUS kezelése	attitűd- és készségfejlesztés	3	útmutatók használata, dialógusok alkotása
4.	Mi történik, ha kultúrák találkoznak? Orvos-beteg találkozások kontextusban	A meglévő ismeretek és attitűdök interaktív mobilizálása, attitűd- és készségfejlesztés	8	véleményformálás és megbeszélés, lehetséges események szortírozása, karakterépítés, játék a karakterekkel, szerepjáték, állítások értékelése, interjúk elemzése, szituációs dialógusok alkotása, igaz-hamis állítások

Az elméleti alapok és források elveit követve, a didaktikus anyagok mellett minél interaktívabbnak, tudásanyagokat, attitűdöket és készségeket is megcélzóan, csapatmunkát és egyéni munkalehetőséget is biztosítónak, és minél szélesebb körű közönség számára elérhetővé szeretnénk tenni az anyagot. Ezt szem előtt tartva integráltunk a programba „Did you know?” („Tudtad-e?”) fülek alá tudásanyagot szélesítő érdekességeket, valamint „Teamwork” („Csapatfeladat”) fülek alá együttműködést igénylő, interaktívabb csoportfeladatokat is, ezzel színesítve a program didaktikus részeit, és segítve a készségek fejlesztését a gyakorlatban.

A modulok tartalmának egyéni kidolgozása után azok közös áttekintése és megvitatása következett, ami alapján a javítások és változtatások rögzítését végeztem. A technikai kivitelezését informatikus szakember végezte. A létrehozását követően az első tartalmi, nyelvi és helyesírás ellenőrzés következett, létrehoztam egy javítási útmutatót az informatikus szakember részére, aki ez alapján frissítette a programot. A második ellenőrzésnél már csak néhány hibát észleltünk, melyek javításával véglegesítettük a programot, jelen állapota elérhető itt: <https://mups-music-learn.eu/>.

15.4. Az e-learning program disszeminációja

2020. áprilisában - az e-learning felület fejlesztése közben - már találkozhattak néhány elemével az *Szegedi Tudományegyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Karának (SZTE BTK) Pszichológiai Intézetében* (MA nappalis és levelezős) hallgatók, az *“Intézményen belüli gyakorlat”* keretében, ami a COVID-19 pandémia miatt ellehetetlenülő klinikai intézmények látogatásának gyakorlatát hivatott pótolni. Mivel az orvos-beteg kapcsolat, a gyógyítói bizalom, az empátia, a páciens-központúság, a kommunikáció és annak kulturális vonatkozásai mind érintettek az e-learning programban, így annak bizonyos részei jól felhasználhatóak voltak a gyakorlat keretében. Az akkori pozitív szóbeli és (kurzusértékelő) írásbeli visszajelzések következtében 2021 áprilisában, 2022 márciusában, 2023 márciusában és 2024 májusában is beépültek az e-learning program egyes elemei a tavaszi féléves gyakorlatba. A kurzusok keretében összesen 106 levelezős és nappalis pszichológus hallgatóhoz ért el a program témái. A kurzus tematikája viszont nem egészében épül az e-learning tananyagra és a programhasználatra, inkább csak egy-egy eleme épült be a kurzusba, így ezek a hallgatók az e-learning program célzott hatékonyság- és elégedettségmérésben nem vettek részt.

A program elkészülte után (2020 év vége), elsőként az *SZTE BTK Neveléstudományi Doktori Iskola “Kutatási szeminárium”* kurzusán mutattam be a programot (2021. február 23.), ahonnan Dr. Molnár Edit Katalin oktatói együttműködésnek köszönhetően, 2021. október-novemberében Prof. Csabai Mártával megtarthattuk az *SZTE-n* az *“EUGLOH-MUSIC*

Medically unexplained symptoms (MUS) and intercultural competences (IC) - An E-learning educational program” című online kurzus, melyet az *EUGLOH* szövetség (*European University Alliance for Global Health*) nyitott együttműködésének köszönhattünk. Egy nyitó és egy záró webinárium között a hallgatóknak egyénileg, valamint kis tanulócsoportokban kellett dolgozniuk az e-learning programmal. 32 (orvostan / fogorvos/ gyógyszerész / ápoló / gyógytornász / pszichológus) hallgató jelentkezett a maximum 40 fős online kurzusra Európa több egyeteméről. Közülük 16-an végezték el aktívan a kurzust, vettek részt a webináriumokon és adtak írásbeli visszajelzést a kurzusról és az e-learning programról.

Szintén 2021. októberében a MUSIC projekt nemzetközi konferenciáján Rotterdamban a holland és belga projektpartnereknek, valamint a meghívott hallgatóknak és vendégeknek mutattuk be az e-learning programot, egyes feladatait ki is próbálva. A hasznos tanácsokon kívül, a *'tEACH (Teaching subcommittee of International Association for Communication in Healthcare)*' egy tagja is részt vett a workshop-on és elégedettségét kifejezve felajánlotta, hogy az e-learning programot (webfelületének linkjével együtt) saját hírlevelükben is közzétenné, hogy minél több egészségügyi dolgozóhoz vagy oktatóhoz eljusson, mint új, ingyen és szabadon elérhető eszköz a téma tanulásához vagy tanításához.

Egy másik oktatói együttműködésnek köszönhetően, szintén 2021. őszén az ELTE Pszichológia MA Klinikai-és egészségpszichológia szakirányán, *'Pszichoeducáció'* kurzus keretében egy kb. 20 fős magyar és egy 20 fős nemzetközi hallgatókból álló angol csoport foglalkozott a program egyik moduljával (2-es modul). Nem a teljes kurzus épült a programra, de hozzáférést kaptak a hallgatók, és a 2-es modul tapasztalatai alapján az elégedettségmérő kérdőívet is kitöltötték néhányan.

Az egyik legfontosabb elért eredmény, hogy 2020-ban kérvényeztük a *Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Karának Magatartástudományi Intézetében* egy szabadon választható kurzus meghirdetése az e-learning témájában, aminek az akkreditációs folyamata sokáig húzódott ugyan, de megvalósulhatott. Sikerként könyvelhető el, hogy 2022 áprilisában 15 nemzetközi orvostanhallgatóval, illetve 2024 szeptemberében 12 hallgatóval tartottuk meg a *'Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) in Medical Practice'* néven meghirdetett, 10 órás, online, szabadon választható kurzust, melynek fontos elméleti alappillére és gyakorlati eszköze a MUPS-MUSIC e-learning program. Ez a kurzus további lehetőséget biztosít a hatékonyság- és elégedettségmérés folytatására és a fejlesztésre.

Egy konferenciát emelnék még ki, ahol az e-learning program tudományos szintén mutattam be, publikáltam. A Magyar Nevelés- és Oktatókutatók Egyesülete által szervezett *“HUCER” (Hungarian Conference on Educational Research) - Oktatás egy változó világban*

(2022. május 26-27.) című konferencia *“Felsőoktatás-pedagógiai esettanulmányok”* szekciójában volt lehetőségem beszámolni a programról és használatának tapasztalatairól.

Ezek az erőfeszítések hozzájárultak a program láthatóságához, disszeminációjához. Összességében a MUPS-MUSIC e-learning program ötvözi az elméleti alapokat, a hallgatói és oktatói szükségleteket, valamint a nemzetközi együttműködések során felhalmozott gyakorlati tapasztalatokat. Moduláris, rugalmas felépítése és szabad alkalmazhatósága lehetővé teszi, hogy különböző célcsoportok (magyar és nemzetközi, orvostan- és pszichológus hallgatók, ápolók vagy gyakorló szakemberek és oktatók) a tanulási folyamat során saját igényeikhez igazítva használják fel.

16. Az oktatásfejlesztés elégedettség- és hatékonyság vizsgálata

16.1. Az elégedettség- és hatékonyság vizsgálatok kihívásai és lehetőségei

Az oktatásfejlesztési programok értékelése – különösen e-learning környezetben – alapvető jelentőségű a tanulói élmény, a tanulási hatékonyság és az oktatási célok elérésének visszacsatolása szempontjából (Sun és mtsai., 2008). A tanulói élmény és elégedettség az e-learning rendszerek értékelésének egyik központi dimenziója, amely átfogó képet ad a felhasználói élmény érzékelt minőségéről, beleértve a felület felhasználói élményét, a tananyag minőségét, és a rendszer funkcionális működését – vagyis mindazokat a tényezőket, amelyek meghatározzák egy e-learning rendszer hasznosságát a tanulók szemszögéből (Matsatsinis és mtsai., 2003). A hatékonyság mérése azonban már jóval összetettebb kérdés, mivel több szinten értelmezhető: a tudás-, attitűd- és készségfejlesztés objektív vagy önbevalláson alapuló mérésétől egészen a viselkedésbeli változásokig vagy hosszú távú klinikai hatásig. A MUS és IC témák különösen érzékeny és komplex területei az orvosképzésnek, amelyek hatékonyságvizsgálata nemcsak technikai, de módszertani kihívásokkal is jár: a multidimenzionális tanulási kimenetekhez árnyalt, kvalitatív és kvantitatív módszerek kombinációjára lehet szükség.

Vannak ugyan olyan oktatásfejlesztési példák, amelyek a hatékonyság- és elégedettség vizsgálat eszközével élnek (gyakran pályázati környezetben), de ezek sokszor szélesebb kontextusban, intézményi szinten igyekeznek fejlődést feltárni, nem egyéni szinten egy célzott programot vagy intervenciót követően. A Diplomás Pályakövetési Rendszer például 2008 óta működik Magyarországon, és országos szinten méri a felsőoktatás hatékonyságát és a végzett hallgatók elégedettségét. A rendszer kérdőíves és adminisztratív adatok alapján vizsgálja a

diplomások munkaerőpiaci elhelyezkedését, valamint visszajelzést gyűjt a képzések, oktatók és intézményi szolgáltatások minőségéről (Nemzeti Közszerződési Egyetem, n.d.). Továbbá Magyarországon szinte minden felsőoktatási intézmény működtet Oktatói Munka Hallgatói Véleményezés (OMHV) rendszert: a hallgatók anonim módon értékelik kurzusaikat és oktatóikat minden félévben például a Neptun rendszeren keresztül (Szegedi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar, n.d.).

Kis és Fejes (2023) tanulmánya átfogó szakirodalmi áttekintést ad az oktatási intervenciók fogalmi kereteiről, típusairól, gyakoriságáról és megvalósításuk nehézségeiről. A szerzők alátámasztják, hogy az oktatási intervenciók értékes kutatási formák, mivel lehetőséget biztosítanak a pedagógiai elméletek gyakorlati kipróbálására, valamint a tanulók kognitív, affektív és viselkedési képességeinek célzott fejlesztésére és mérésére. Ennek ellenére a tanulmány egyik fő megállapítása, hogy az ilyen jellegű vizsgálatok aránya világszerte csökkenő tendenciát mutat a publikációk számán belül. A szerzők kiemelik, hogy az intervenciók megvalósítását számos tényező nehezíti. Módszertani szempontból a legnagyobb kihívást a kontextusfüggőség jelenti: egy-egy beavatkozás hatása erősen függ az adott oktatási környezettől, eredményei nehezen általánosíthatók. Emellett a hosszabb időtartamú, komplex beavatkozások gyakran humán és anyagi erőforrásokban is túlzott terhet jelentenek a kutatók és az intézmények számára. Gyakorlati akadály még a pedagógusok és kutatók közötti együttműködés nehézsége, és a publikációs kényszer jelenléte. Az ilyen típusú vizsgálatok lebonyolítása és kiértékelése időigényes, gyakran kevésbé alkalmas arra, hogy rövid időn belül több közlemény szülessen belőlük. A negatív eredmények publikálása pedig továbbra is ritka, pedig ezek éppúgy hozzájárulhatnak a tudományos diskurzushoz. A tanulmány egyik fontos tanulsága, hogy az oktatási intervenciók megvalósításához olyan kutatástámogatási környezetre van szükség, amely biztosítja a pénzügyi, módszertani és emberi erőforrásokat (Kis & Fejes, 2023).

Specifikusan az online oktatási eredményesség mérése is háttérbe szorul a hazai felsőoktatásban – ezt támasztja alá az OECD Ensuring Quality Digital Higher Education in Hungary (2023) jelentése is. A dokumentum megállapítja, hogy noha léteznek bizonyos célzott kormányzati stratégiák, a digitális tanulás minőségbiztosítására vonatkozó egységes sztemerdek hiányoznak. A jelentés szerint jelenleg nem áll rendelkezésre egy korszerű, országos indikátorrendszer, amely alkalmas lenne a digitális oktatás hatékonyságának mérésére. Ennek következtében az intézményi szintű oktatásfejlesztési törekvések gyakran az adminisztratív elvárásoknak való megfelelésre koncentrálnak, nem pedig a tanulói eredmények vagy az elégedettség szisztematikus és reflektív értékelésére (OECD, 2023). Nagy (2020)

értekezése is hangsúlyozza, hogy az online tudásátadás hatékonyságának objektív mérése hiányos, a jelenlegi értékelési módszerek (pl. hallgatói elégedettség, tanári értékelések) szubjektívek, nem reflektálnak a tényleges tudásátadásra. Nincs tehát általánosan elfogadott indikátorrendszer (Nagy, 2020).

Az alfejezetben említett nehézségek és hiányosságok ismeretében és figyelembevételével ajánlott áttekinteni és értelmezni az általunk végzett hatékonyság- és elégedettség vizsgálat módszertanát és eredményeit.

16.2. Az elégedettség- és hatékonyság vizsgálat módszertani jellemzői

A jelenlegi elemzéshez 56 személy töltötte ki a programhasználat előtt a 'Pre-course' kérdőívet (PreQ), a használat után pedig 29 fő a 'Post-course' kérdőívet (PostQ). Mindkettőt összesen 21 fő, róluk állnak rendelkezésre mind demográfiai adatok, mind az elvárásaikról, illetve a tapasztalataikról és elégedettségükről adatok. A résztvevők közül 25 fő az online kurzus Zoom Chatbox-ába vagy az SZTE online tanulmányi rendszerére, a Coospace-re is írt, névvel ellátott, szabad szöveges visszajelzést, amit név nélkül elmentettem, és szintén bevontam a kvalitatív tartalomelemzésbe. Annak a 21 főnek az átlagéletkora, aki mindkét kérdőívet kitöltötte, 25,24 év volt ($SD = 5,4$) (19 – 37). Az Eötvös Loránd Tudományegyetem hallgatói 9-en vettek részt a vizsgálatban, a Szegedi Tudományegyetem hallgatói 11-en és további 1 fő a portói egyetem hallgatója volt. Általános orvostanhallgatók közül 11-en, pszichológia szakos hallgatók közül 9-en és 1 gyógyszerészhallgató képviselte magát a jelen elemzéshez használt mintában.

A 'Pre-course' kérdőív (PreQ) felépítése a következő volt: 1. Tájékozott beleegyező nyilatkozat; 2. Kitalált név az anonimitásért; 3. Demográfiai adatok és interkulturális tapasztalatok; 4. Korábbi tanulmányok MUS vagy IC területén; 5. Saját tudás, attitűdök és készségek ön-értékelése a MUS és IC területein; 6. Elvárások a kurzussal és az e-learning programmal szemben. A részleteket a 19. táblázat és a 11. melléklet mutatja be.

A 'Post-course' kérdőív (PostQ) felépítése a következő volt: 1. Tájékozott beleegyező nyilatkozat; 2. Ugyanaz a kitalált név az anonimitásért; 5. Saját tudás, attitűdök és készségek újra értékelése a MUS és IC területein; 5. Használati körülmények (érintett modulok, az azokkal eltöltött idő, munkamód) 6. Elégedettségi visszajelzések (hasznos részek, haszontalanabb részek, fejlesztendő részek és javaslatok). A részleteket a 20. táblázat és a 11. melléklet mutatja be.

A kérdőívet online, a Google Űrlapok felületét használva hoztam létre, az adatok felvétele ugyanitt, a 2021-es év végétől zajlik (lásd 11. melléklet). A *nyert adatok feldolgozása* az IBM SPSS Statistics statisztikai program alkalmazásával történt, továbbá a szöveges

visszajelzések tartalmuk szerinti kategorizálására kvalitatív tartalomelemzési módszert használtam (kódolási szakasz).

19. táblázat. *Az elégedettség- és hatékonyság vizsgálat kurzus előtti kérdőíve*

Kérdőív szakasz	Tételek tartalma	Tételek száma
Demográfia	<i>(Tájékoztatót beleegyezés és kitalált név)</i> Életkor, Nem, Nemzetiség, Anyanyelv és beszélt idegen nyelvek, Intézmény, Kar, Évfolyam, Tanulmányok szintje, Külföldi élettapasztalatok	10
Korábbi tanulmányi tapasztalatok MUS és IC témájában	Azokban az intézményekben, ahol eddig képződtél, tanultál-e korábban az orvosiilag nem magyarázott tünetekről (MUS) / funkcionális szomatikus tünetekről? <i>Igen / Nem</i> Amennyiben igen, milyen kurzus keretében?... Azokban az intézményekben, ahol eddig képződtél, tanult-e interkulturális páciensellátásról, vettél-e részt interkulturális kompetencia fejlesztésben? <i>Igen / Nem</i> Amennyiben igen, milyen kurzus keretében?...	2
A MUS-al kapcsolatos önértékelés	Értékelj a MUS páciensekkel és kezelésükkel kapcsolatos tudásod: <i>1=Semmit sem tudok erről a témáról - 10=A téma szakértője vagyok</i> Értékelj a viszonyulásod és érzéseid a MUS páciensek és kezelésük irányába: <i>1=Teljesen negatívan viszonyulok - 10=Teljesen pozitívan viszonyulok</i> Értékelj a MUS páciensek kezelésével kapcsolatos képességeid: <i>1=Egyáltalán nem vagyok képes őket kezelni - 10=Tökéletesen tudom kezelni őket</i>	3
Az IC-vel kapcsolatos önértékelés	Értékelj az interkulturális páciensek ellátásával kapcsolatos ismereteid: <i>1=Semmit sem tudok erről a témáról - 10=A téma szakértője vagyok</i> Értékelj a viszonyulásod és érzéseid a betegellátás során megjelenő interkulturális szituációkkal kapcsolatban: <i>1=Teljesen negatívan viszonyulok - 10=Teljesen pozitívan viszonyulok</i> Értékelj az interkulturális páciens ellátással kapcsolatos képességeid: <i>1=Egyáltalán nem tudok teljesíteni az interkulturális páciensek ellátása során - 10=Tökéletesen tudok teljesíteni az interkulturális páciensek ellátása során</i>	3
Elvárások	Mit vársz a tanfolyamtól és az e-learning programtól, miben szeretnél fejlődni?...	1

20. táblázat. Az elégedettség- és hatékonyság vizsgálat kurzus utáni kérdőíve

Kérdőív szakasz	Tételek tartalma	Tételek száma
A MUS-al és az IC-vel kapcsolatos önértékelés	(Tájékoztatót beleegyezés és kitalált név) Tudás, Attitűdök és Képességek	(6 tétel, lásd 19. táblázat.)
Programhasználat körülményei	Az e-learning program mely moduljait használtad? (Több is választható) <i>1. modul - Egészség, kultúra és orvos-beteg kapcsolat / 2. modul - a) MUS, b) IC, c) empátia, d) páciensközpontúság / 3. modul - a) A MUS magyarázata, b) A MUS kezelése / 4. modul - Mi történik, ha a kultúrák találkoznak? / Minden modul</i> Milyen hosszán (kb. hány órán át) használtad a programot? <i>Kevesebb mint 1 óra / 1-5 óra / 5-10 óra / Több mint 10 óra</i> Hogyan használtad a programot? (Több is választható) <i>Önálló munka kurzus részeként / Csoportmunka hallgatótársaidkal egy kurzus részeként / Önálló otthoni munka, nem egy kurzus részeként / Csoportmunka pl. hallgatótársaidkal vagy kollégáiddal, nem egy kurzus részeként</i>	3
Elégedettségi visszajelzések	Mely részeket (modulok vagy gyakorlatok) találtad a leghasznosabbnak? Miért? <i>Kérjük, írd néhány visszajelzést!</i> Mely részeket (modulokat vagy gyakorlatokat) találtad a legkevésbé hasznosnak? Miért? <i>Kérjük, írd néhány visszajelzést!</i> Hogyan változtatnád meg az e-learning programot? Mit adnál hozzá? Hogyan fejlesztenéd? <i>Kérjük, írd néhány javaslatot!</i> Egyéb megjegyzések / visszajelzések az e-learning programmal és kurzussal kapcsolatban:...	4

16.3. Kurzuselvárásokkal kapcsolatos eredmények

A demográfiai adatokon kívül, a PreQ-ból kiderült a 14. kutatási kérdésre (K14.) a válasz. („Vannak-e a hallgatóknak korábbi képzési tapasztalatai a MUS vagy az interkulturális páciensellátás területeiről?”) A MUS-ról 14 hallgató még nem tanult a formális vagy nem formális oktatás keretein belül korábban, 7 hallgató pedig a következő kurzusokon hallott róla: klinikai- és egészségpszichológia, pszichoedukáció, neuropszichológia, neuroimmunológia, pszichofiziológia és pszichoneuroimmunológia. Interkulturális kompetenciafejlesztésen 17 hallgató semmilyen keretek között nem vett részt, nem tanult a témáról, 4 fő pedig (akik közül 1 fő jegyzett egyetemi kurzust hozzá: pszichoedukáció) foglalkozott már a témával.

A PreQ-ban a 15. kutatási kérdésnek (K15.) megfelelően megkérdeztük, hogy *milyen előzetes elvárásai vannak a hallgatóknak az oktatási programmal kapcsolatban, miben várják saját fejlődésüket.* A mindkét vizsgálatban résztvevő 21 főből 18-an adtak 1-1 szabad szöveges

visszajelzést erre a kérdésre, amely válaszokat tartalmuk alapján a következők szerint kategorizáltuk: Az *“Elméleti tudásfókusz”* kategóriájába 5 választ soroltunk, melyek elsősorban elméleti tudást és információk nyújtását várták a kurzustól. A *“Gyakorlati képességfókusz”* kategóriába 7 válasz sorolható, melyek elsősorban a (jövőbeni) MUS ellátási gyakorlathoz vártak fejlesztést. A *“Kevertfókusz”* kategóriájába az előző két fókusz együttesen jelent meg, ide 4 választ soroltunk. Végül az *“Élményfókusz”* kategóriába 2 válasz került, amelyekben valamilyen egyéb speciális élményt is vártak a hallgatók a tanulási folyamat során. A válaszokra a példákat lásd az 21. táblázatban.

21. táblázat. Tartalmi kategóriák a kurzuselvárásokkal kapcsolatos visszajelzésekhez

Kategória neve	Leírás	Gyakoriság	Példák
1. Tudásfókusz	A kurzus elsősorban elméleti ismereteket és információkat nyújtson	5	"Tudásom bővítése" / "Többet tanulni a MUS és az interkulturális betegekről"
2. Készségfókusz	A kurzus elsősorban a (jövőbeni) betegellátási gyakorlathoz szükséges gyakorlati készségeket fejlessze	7	"A jövőben tökéletes segítséget szeretnék nyújtani" / "Interkulturális készségek a betegellátásban"
3. Vegyes fókusz	1 + 2 együtt említve	4	"Szeretném még jobban megismerni a koncepciót, hogy alkalmazni tudjam a gyakorlatom során"
4. Élményfókusz	A tanulási folyamat során egyéb különleges élményekre is számít	2	"Élvezetes környezetben" / "Időgazdálkodás"

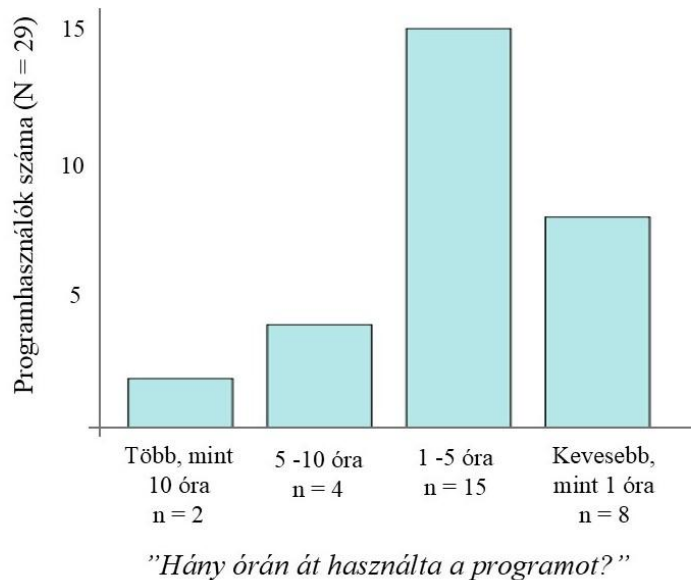
Megjegyzés. Kérdőívtételek, melyekre a válaszok érkeztek: "Mit vársz a kurzustól és az e-learning programtól? Milyen területen szeretnél leginkább fejlődni?" (n = 21, 18 válasz és 18 visszajelzés elvárásról)

16.4. Kurzus elégedettséggel és hatékonysággal kapcsolatos eredmények

A 16. kutatási kérdés (K16.) arra kereste a választ, hogy *a hallgatók hogyan (mely modulokat, milyen hosszán, önállóan/ csoporttal) használták az e-learning felületet.* A 29 hallgatóból, akik kitöltötték a PostQ-t, 8 fő (27,6%) jelölte meg, hogy kevesebb mint 1 órát töltött az e-learning program használatával, 15 fő (51,7%) az 1-5 órás időintervallumot adta meg, 4 fő (13,8%) az

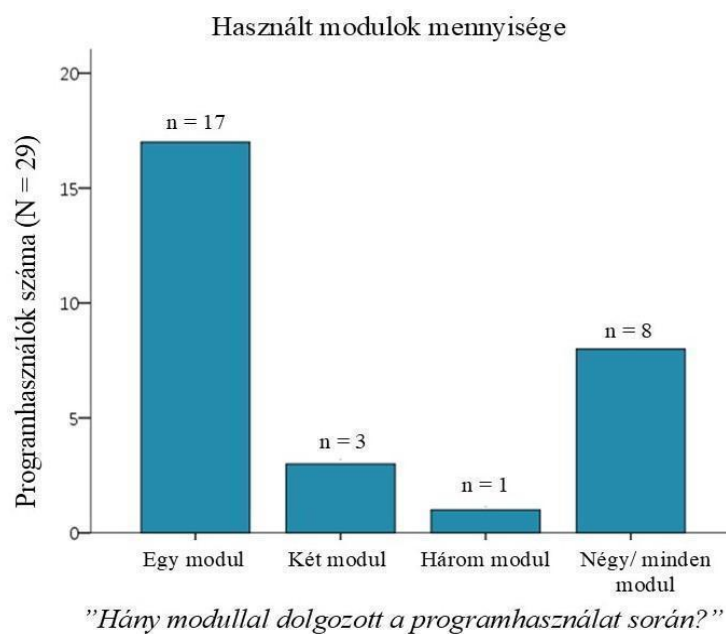
5-10 órát jelölte meg, és 2 fő (6,9%) válasza utalt arra, hogy saját bevallásuk szerint több, mint 10 órát foglalkoztak az e-learning oktatási anyaggal (lásd 7. ábra).

7. ábra. Az e-learning programhasználatával eltöltött idő



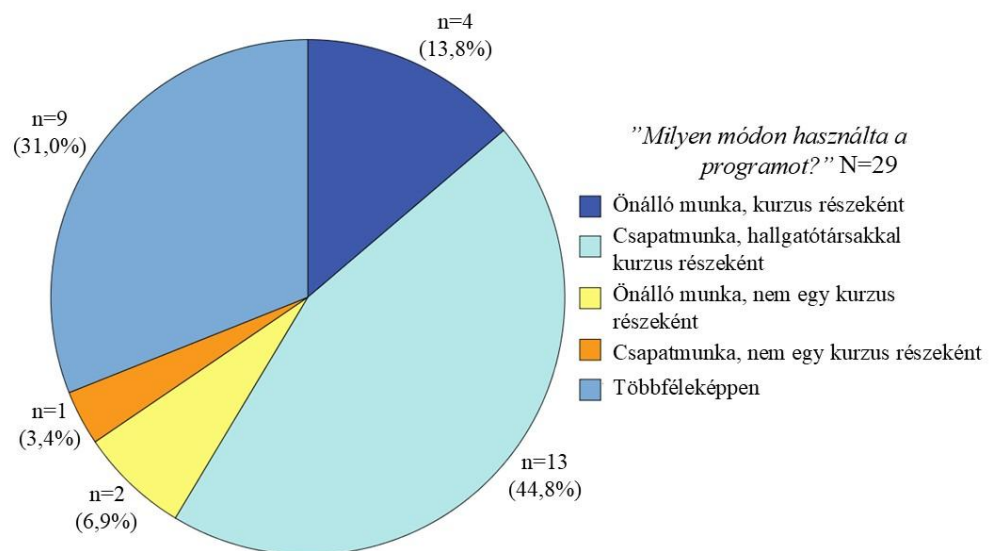
A hallgatók közül 17-en (58,6%) az e-learning program egyik modulját használták, 3 fő (10,3%) dolgozott kettő modullal, 1 fő (3,5%) dolgozott három és 8 fő (27,6%) dolgozott mind a négy modulján a programnak (lásd 8. ábra).

8. ábra. Az e-learning programban használt modulok mennyisége



A programhasználat módjára vonatkozó kérdésnél 13 fő (44,8%) jelölte meg a hallgatói kiscsoportos munkamódot, kurzuskeretek közt; 9 fő (31%) megjelölte, hogy többféle munkamódban is dolgozott az e-learning felülettel, kurzuskeretek közt; 4-en (13,8%) kurzuskereteken belül dolgoztak, de egyénileg a programmal; és végül 3-an (10,3%) kurzuskereteken kívül, egyénileg vagy csoportmunkában foglalkoztak a programmal (lásd 9. ábra).

9. ábra. Az e-learning programhasználat módjai



A 17. kutatási kérdés (K17.) első fele (melyre minden kitöltőtől érkezett 70 kategorizálható visszajelzés) arra vonatkozott, hogy *a hallgatók a program mely elemeit találták a leginkább hasznosabbnak, és miért*. A visszajelzések tartalmából létrehozható 8 kategória jellemzőit a 22. táblázat mutatja be.

22. táblázat. Tartalmi kategóriák a kurzus hasznossággal kapcsolatos visszajelzésekhez

Kategória neve	Gyakoriság	Példák
1. Tartalom	27	"Mindegyikük" / "Orvos-beteg kapcsolat" / "2A"
2. Élvezetesség	22	"Nagyon élveztem a felfedezését" / "Csodálatos élmény"
3. Interaktivitás	9	"Csapatmunka" / "Megbeszélés"
4. Újszerűség	10	"Ez új téma volt" / "...de most már azt hiszem, tudom"
5. Flexibilitás	3	"Rugalmas időbeosztás a kurzus elvégzéséhez" / "Lehetőség egy külföldi egyetemen való kurzus elvégzésére."
6. Követhetőség	2	„Könnyen követhető és érthető"
7. Haszontalanság	2	"Egyik sem" / "Nem tetszett"
8. Nyelvtanulás	1	"Annyi különleges szót tanultam"

Megjegyzés. Kérdőívtételek, melyekre a válaszok érkeztek: "Mely részeket (modulok vagy gyakorlatok) találtad a leghasznosabbnak? Miért? Kérjük, írd néhány visszajelzést!" (n = 29 válasz, 70 visszajelzés hasznosságról)

A kutatási kérdés (K17.) második fele (amelyre 29 főből 23-an válaszoltak), arra vonatkozott, hogy *a program mely elemeit találták a legkevésbé hasznosabbnak, és miért*. Az első az *"Abszolút hasznosság"* kategória, amihez 11 visszajelzést soroltunk, ezekben a kitöltők nem tudtak kiemelni haszontalan elemeket. A második *"Tartalomprobléma"*-ként ragadható meg, amihez 3 visszajelzést soroltunk, melyek modulok, feladatok és kérdések kevésbé hasznos mivoltát emelték ki. A *"Technikai probléma"* kategóriájába szintén 3 visszajelzés került, ezek a webfelület működésének vagy struktúrájának hiányosságaira utaltak. A negyedikbe a *"Nyelvi érthetlenségbe"* szintén 3 visszajelzés illeszkedett, ezek az egyértelmű érthetőséget hiányolták egyes kérdésekből és feladatokból a programban. Az ötödik, kategóriába, a *"Munkamód problémába"* 2 választ lehetett besorolni, amelyek vagy a csapatmunka vagy az egyéni munka nehézségeit emelték ki. Végül pedig 1 visszajelzés képviselte az *"Abszolút haszontalanság"* kategóriáját, mely a program egészét haszontalannak értékelte. A válaszokra a példákat lásd a 23. táblázatban.

23. táblázat. Tartalmi kategóriák a kurzus kevésbé hasznos elemeivel kapcsolatos visszajelzésekhez

Kategória neve	Leírás	Gyakoriság	Példák
1. Abszolút hasznosság	Nem tud semmilyen haszontalan elemet kiemelni, mindent hasznosnak talált	11	"Mindegyik nagyon hasznos volt" / "Egyik sem volt haszontalan"
2. Tartalmi probléma	A modulok / feladatok / kérdések kevésbé hasznos típusait emeli ki	3	"1 és 2 a legtöbb egészségtudományi etikai kurzusban szerepel" / "Gyakorlatok"
3. Technikai probléma	Az e-learning webfelület működésében / szerkezetében jelez hiányosságokat	3	„Saját jegyzeteket kell írni egy külön szoftverben" / „Nehézségek a weboldallal"
4. Nyelvi érthetlenség	A kérdések vagy feladatok nem egyértelműek és érthetőek	3	"Néhány kérdés zavaros volt" / "Vannak nehézségek a kérdésekkel"
5. Munkamód probléma	Az a mód, ahogyan a programmal dolgozniuk kellett, nem volt hatékony	2	"Úgy gondolom, hogy a csoportmunka elég nehéz volt, mivel mindannyian nagyon különböző időzónákban élünk" & "Önálló munka egyedül egy kurzus részeként, nagyon elszigetelt!"
6. Abszolút haszontalanság	Az egész e-learning kurzus haszontalan	1	„minden"

Megjegyzés. Kérdőívtételek, melyekre a válaszok érkeztek: "Mely részeket (modulokat vagy gyakorlatokat) találtad a legkevésbé hasznosnak? Miért? Kérjük, írd néhány visszajelzést!" (n = 23 válasz, amiből 12 visszajelzés érkezett kevésbé hasznos elemekről)

A 18. kutatási kérdés (K18.) arra vonatkozott, szorosan kapcsolódva az előző kérdéshez, hogy *milyen továbbfejlesztési javaslatok vannak a hallgatóknak a programmal kapcsolatban*. Erre 29-ből 24 fő szöveges válasza érkezett be (27 kategorizálható javaslattal). Az első, "Technikai fejlesztés" kategóriába 8 javaslat volt sorolható, melyek a platform fejlesztését emelték ki. A másodikba az "Interaktivitás fokozásába" 7 javaslat kapott helyet. A "Nyelvi egyértelműsítésre" 4 javaslat érkezett, hasonlóan a "Tartalombővítéshez", melyben még több elméleti tudás- és információigényt fejeztek ki. Végül a "Munkamód változtatáshoz"

is 4 javaslat került, melyek a kurzus idejében és a csoportos munka mivoltában javasoltak újragondolást. A javaslatokra példákat lásd a 24. táblázatban.

24. táblázat. *Tartalmi kategóriák a program továbbfejlesztési javaslataira vonatkozó visszajelzésekhez*

Kategória neve	Leírás	Gyakoriság	Példák
1. Technikai fejlesztés	Webfelület fejlesztése	8	"lehetőség a diákok közötti csevegőcsoportok létrehozására" / "a jegyzeteket ugyanabban a programban lehetne írni"
2. Interaktivitás fokozása	Még interaktívabbá tenni	7	"interaktív eszközök hozzáadása" / "interaktív kvízek készítése" / "videók beillesztése"
3. Nyelvi tisztázás	A kérdések és feladatok nyelvezetének javítása és pontosítása	4	"A nyelvhasználat lehetett volna egyértelműbb" / "Konkrétabb és részletesebb kérdések"
4. Tartalombővítés	Még több elméleti ismeretre és információra való igény	4	"több példa a MUS-ra, valamint az észlelés és diagnózis módjára" / "több információ nyújtása"
5. Munkamód változtatás	Az újragondolása a tanfolyam idejének és munkamódjának javasolt	4	"egyéni tanulás a csoportmunka helyett" / "változtassuk meg az időpontot 7-8 órára"

Megjegyzés. Kérdőívtételek, melyekre a válaszok érkeztek: "Hogyan változtatnád meg az e-learning programot? Mit adnál hozzá? Hogyan fejlesztenéd? Kérjük, írd néhány javaslatot!" (n = 24 válasz és ebből 27 visszajelzés érkezett fejlesztésre)

Záróeredményként az IC és a MUS területén a hallgatók tudásának, attitűdjeinek és képességeinek önbevalláson alapuló értékeléséből származó átlagait hasonlítottuk össze páros t-próbák segítségével. A 19. és 20. kutatási kérdés (K19-20.) arra vonatkozott, hogy az *oktatási program befejezését követően, önbevallás alapján kimutatható-e fejlődés a hallgatók MUS-, illetve interkulturális páciensellátáshoz kapcsolódó tudásában, attitűdjeiben és képességeiben. Az 5. és 6. hipotézis (H5-6.) pedig feltételezte, hogy az oktatási program végén a hallgatók MUS-, illetve interkulturális páciensellátáshoz kapcsolódó tudásának, attitűdjeinek és képességeinek önbevallásos értékei szignifikánsan magasabbak, mint a program megkezdése előtt.*

Az eredmények szerint a hallgatóknak az említett területeken (ön)értékelt tudás-, attitűd- és képesség átlagai valóban szignifikánsan magasabbak voltak a kurzusok végén, mint azokat megelőzően. Kivétel képeznek ez alól az interkulturális páciensek ellátásával kapcsolatos attitűdök, ahol az értékelés átlagaiban a növekedés nem volt szignifikáns, tehát a 6. hipotézis (H6.) csak részben igazolódott be. A részleteket a 25. táblázat mutatja be.

25. táblázat. Különbségek a MUS kezelés és az IC önértékelésének átlagaiban a két mérési alkalom között

Változók	PreQ - 1. mérés (N = 21)		PsotQ - 2. mérés (N = 21)		Különbség	
	M	SD	M	SD	t(20)	p
MUS ism. össz.	14,86	5,35	20,00	3,73	-5,15	< 0,001**
MUS tudás	4,29	2,47	6,81	1,33	-4,59	< 0,001**
MUS attitűd	6,71	1,79	7,67	1,62	-3,30	0,004*
MUS készség	3,86	2,37	6,43	1,96	-4,47	< 0,001**
IC ism. össz.	15,48	4,72	21,05	4,50	-3,86	0,001*
IC tudás	4,33	1,93	6,71	1,95	-4,00	0,001*
IC attitűd	6,00	2,74	7,14	1,92	-1,62	0,12)
IC készség	5,14	1,59	7,19	2,11	-3,98	0,001*

Megjegyzés. a Kolmogorov-Smirnov próba alapján a normalitás feltétele teljesült, így páros t-próbák eredményeit mutatja a táblázat; szignifikancia = $p < 0,01$ (); $p < 0,001$ (**)*

Az eddigi eredmények bár sok szempontból limitáltak, de arra engednek következtetni, hogy az e-learning program illeszkedik a hallgatói igényekhez, támogatja a fejlődést a MUS és IC témáiban, ugyanakkor van tér a további tartalmi, technikai és módszertani finomítására. Az eredmények további értelmezését és megvitatását lásd a 18.4-es alfejezetben.

MEGBESZÉLÉS ÉS ÖSSZEGZÉS

17. Az elméleti háttér következtetései

Az interkulturális kompetencia (IC) és érzékenység (IS) az egészségügyi ellátás egyik kiemelkedő aspektusa, amely egyre nagyobb jelentőséggel bír a globalizáció következtében egyre diverzifikáltabb társadalmakban (Alsma és mtsai., 2019; Sallay és mtsai., 2022). Az ellátó-páciens kommunikáció szempontjából az IC hiánya számos kockázattal járhat. Az

ellátók előítéletei és sztereotípiái torzíthatják a diagnosztikai és kezelési döntéseket, míg a páciensek diszkriminációt tapasztalhatnak meg, ami elkerülő magatartáshoz vagy az egészségügyi ellátás elutasításához vezethet. A kulturális különbségek figyelmen kívül hagyása növeli a stresszt mind az egészségügyi dolgozók, mind a páciensek körében, ami tovább súlyosbíthatja az ellátásban tapasztalt nehézségeket (Gibson & Zhong, 2005; Johnson és mtsai., 2004; Valero-Garcés, 2014).

A WHO és más nemzetközi szervezetek is felismerték az IC fontosságát az egészségügyi ellátásban, és különböző stratégiákat dolgoztak ki annak érdekében, hogy fejlesztése beépüljön az orvosi- és egészségtudományi képzésekbe (MacFarlane és mtsai., 2023). Az IC fejlesztése történhet formális és nem formális oktatási keretek között, illetve informális interkulturális tapasztalatok szerzésével is. Az oktatási programokban és tréningekben megjelenő interkulturális modulok lehetőséget teremtenek arra, hogy az egészségügyi szakemberek megfelelő attitűdöket és képességeket sajátítsanak el a multikulturális páciensekkel való interakció során (Giger és mtsai., 2007; Leyerzapf & Abma, 2017; Marek & Németh, 2020; Nguyen Luú, 2019; Zhang & Zhou, 2019). Nemzetközi szakirodalom alapján a külföldön töltött idő és a nyelvi készségek fejlesztése is jelentősen hozzájárulhat a fejlődéshez. Ugyanígy jelentőséggel bír az empátia, a nyitottság és az alapvető segítői kommunikációs készségek fejlesztése, melyek mind hozzájárulhatnak az interkulturális helyzetekben való hatékony működéshez (Altshuler és mtsai., 2003; Assing Hvidt és mtsai., 2020; Derksen és mtsai., 2015; Hojat és mtsai., 2015; Liu & Shirley, 2021; Lucza és mtsai., 2023, 2024; Quince és mtsai., 2016; Toscu & Erten, 2020; Williams, 2005)

A jövőben az IC fejlesztésének új lehetőségei nyílnak meg a digitális technológia és az innovatív oktatási módszerek felhasználásával. Az online platformok, szimulációs tréningek és interaktív tananyagok alkalmazása hozzájárulhat az IC fejlesztéséhez. Emellett nemzetközi együttműködések is elősegíthetik a fejlesztést az egészségügyi dolgozók körében (Garrison & Ibañez, 2016; Nguyen Luú, 2019).

Már több orvosi és oktatásfejlesztési vizsgálatot végeztek az IC széles területén, amelyről tudjuk, hogy összetett, nehezen mérhető és számos tényező befolyásolja (Hamilton, 2009; Marek & Németh, 2020; Rukadikar és mtsai., 2022). Ezzel szemben, az IS specifikusabb jelenségének célzott vizsgálata és fejlesztése ritkább az orvosi- vagy egészségügyi hallgatók fejlesztésével foglalkozó szakirodalomban (Altshuler és mtsai., 2003; Bahar-Özvarış és mtsai., 2022; Nameni & Dowlatabadi, 2019). Ez azért is probléma, mert az IS fejlesztése elengedhetetlen ahhoz, hogy a tágabb értelemben vett IC is fejlődhessen, az egészségügyi ellátás inkluzívabbá, hatékonyabbá és minden páciens számára egyformán hozzáférhetővé

váljon. Az e területen végzett további kutatások és innovációk segíthetik az egészségügyi rendszerek alkalmazkodását a modern, multikulturális kihívásokhoz, és hozzájárulhatnak a betegellátás minőségének javításához világszerte.

Nemcsak a bevándorló háttérű páciensek, hanem a faji, etnikai és szexuális kisebbségek is egyenlőtlenségeket tapasztalhatnak az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, a kapott ellátás és szolgáltatások minősége terén (Vermeir és mtsai., 2021). A különböző kulturális tényezők pedig kiemelten összefüggnek a MUS jelenségével, annak szociokulturális vonatkozásaival. A nem-nyugati származású vagy menekült háttérű személyeknél például magasabb lehet a MUS megjelenési gyakorisága, amely kezelése során, számos szerző szerint a kulturális és társas szempontokat kiemelkedően szem előtt kell tartani (Kirmayer & Looper, 2006; Löwe & Gerloff, 2018; Rohlf és mtsai., 2014; Valero-Garcés, 2014; Verhaak és mtsai., 2006).

A világszintű változásokhoz és a multikulturális társadalmi berendezkedéshez való sikeres alkalmazkodás mellett több szempont kiemelhető, amikor a MUS kutatásának, oktatásának és oktatásfejlesztésének értelmére szeretnénk rávilágítani. Az első egy igen kézzelfogható indok, az idő és a pénz lehetséges megtakarításának lehetősége. A MUS páciensek nagy aránya (25-50%) az egészségügyi ellátórendszert és dolgozóit mind időben, mind anyagilag terheli. Főként a sokszor felesleges átirányítások és diagnosztikai tesztvizsgálatok miatt, amin egy hatékonyabb kezelési stratégia javíthatna (Burton és mtsai., 2012; Nimnuan és mtsai., 2001; van der Weijden és mtsai., 2003; Verhaak és mtsai., 2006). Ezek az állapotok krónikussá is válhatnak, ami szintén az orvosi szolgáltatások magasabb igénybevételével és az iatrogén ártalmak fokozott kockázatával járhat (Croicu és mtsai., 2014).

Az előbb említett gyakorlatias szempont mellett nem elhanyagolható a gyógyító szakemberek segítségének feladata. A jelen munkában számos olyan kutatás eredményeiről számoltam be, melyek árnyaltan bemutatják az orvosok nehézségeit a MUS kezelése során. Egyrészt a MUS-sal kapcsolatos orvosi ismeretek hiánya és a megjelenő negatív, akár stigmatizáló attitűdök felbukkanása, másrészt olyan érzelmek átélése, mint a kompetenciahiány, az aggodalom, a félelem, a frusztráció és a tehetetlenség, mind akadályozhatják a sikeres ellátást (Aiarzaguena és mtsai., 2007; Brauer és mtsai., 2017; Johansen & Risor, 2017; Maatz és mtsai., 2016; Rosendal és mtsai., 2005; Stenhoff és mtsai., 2015; Stone, 2014; Weiland és mtsai., 2015).

Megnehezítheti a kezelést az is, hogy hiányoznak az általánosan elfogadott, kongruens betegségmodellek és kezelési stratégiák. A domináns betegségmodellek (biomedikális vagy pszichoszociális) ugyanis gyakran nem felelnek meg a valós betegellátásnak (Aiarzaguena és

mtsai., 2007; Johansen & Risor, 2017; Rosendal és mtsai., 2005; Stone, 2014). Továbbá az elméleti magyarázó modellek is komplexek és egyesíteni igyekeznek a biológiai, pszichológiai és társadalmi tényezőket, de így is nagyon sokfélék (pl. biopszichoszociális, észlelési-kognitív vagy pszichoneuroimmunológiai modell) és nem született konszenzus róluk (Dantzer, 2005; De Gucht & Fischler, 2002; Kirmayer & Looper, 2006; Rief & Broadbent, 2007). Ezért is kiemelten fontos a terület kutatása és a szakemberek oktatása az ezekkel kapcsolatos ismeretanyagról. Mindezen hiányosság ellenére több olyan útmutatás és kezelési javaslat született, melyekkel az orvosok könnyebben és hatékonyabban kezelhetik a MUS pácienseket. Ilyen például a CBT modell; a részletes feltáró diagnosztikus interjú; a páciensközpontúság; a magyarázó és megértő kommunikáció; a pszichoedukáció; a felesleges kivizsgálások limitálása; illetve a súlyosabb esetekben más szakemberek, pszichológusok és terapeuták bevonása, illetve az interdiszciplináris kezelés (Brownell és mtsai., 2016; Cooper és mtsai., 2017; Czachowski és mtsai., 2012; Edwards és mtsai., 2010; Hartman és mtsai., 2017; Löwe & Gerloff, 2018).

A második tényező, ami szintén hozzájárulhat a MUS kezelésének problémáihoz, az orvosképzésből való hiányzása és az oktatásával kapcsolatban megjelenő nehézségek. A tananyagból való kimaradását és az információk hiányát egyaránt tapasztalják a hallgatók, pályakezdő orvosok, tapasztalt szakemberek és oktatók is, viszont igencsak egybehangzó véleményük, hogy szükség lenne további képzésekre a MUS témájában. Az oktatása során fellépő fő nehézséget, mind az oktatók, mint a hallgatók szerint, a téma túlzott komplexitása, a modellek hiánya, az időhiány és az oktatók személyes negatív attitűdjeinek felszínre kerülése okozhatja (Finset, 2018; Joyce és mtsai., 2018; Shattock és mtsai., 2013; Sirri és mtsai., 2017; Stenhoff és mtsai., 2015; Yon és mtsai., 2015).

A különböző szakemberek és hallgatók javaslataiból, valamint a néhány pozitív eredménnyel alátámasztott oktatói program alapján levonhatunk néhány olyan következtetést, ami segíthet továbbhaladni a MUS oktatásfejlesztésének szükségszerű útján. Ilyen tanulság lehet, hogy az orvostanhallgatókra, a rezidensekre, az általános orvosokra, a szakorvosokra, akár még az ápolókra specializált tréningeknek is megvan a saját relevanciájuk (Lyles és mtsai., 2003; Ryckeghem és mtsai., 2017; Stenhoff és mtsai., 2015; Weiland és mtsai., 2013). Továbbá, hogy a "képezd a képzőt" elv kiemelten fontos a negatív attitűd átadásának elkerülése, és a téma komplexitásának megragadási képessége miatt (Finset, 2018; Smith és mtsai., 2018). Tanulság még, hogy a didaktikus anyagok mellett fontosabb lehet az interaktivitás, az esettanulmányok, a videók, a beszélgetések, a szerepjátékok és a probléma-alapú tanulás alkalmazása (Cooper és mtsai., 2017; Weiland és mtsai., 2015; Yon és mtsai.,

2015). Érdeemes még különös figyelmet fordítani a szakember saját érzelmi tudatosságára és önreflexiós képességére (Cooper és mtsai., 2017).

Sok tanulmány foglalkozik a nyugat-európai és észak-amerikai egészségügyi szakemberek MUS tapasztalataival, de a közép- és kelet-európai munka és rendszer aspektusait, néhány kivételtől eltekintve, nem sokan vizsgálták (Czachowski és mtsai., 2012). Kende és munkatársai (2005) eredményei rávilágítottak, hogy a probléma Magyarországon is jelen van, és kutatása, fejlesztése indokolt, hiszen, sem a páciensek, sem az orvosok nem tartják sikeresnek a kommunikációt a szomatizáció témakörét illetően (Kende és mtsai., 2005).

Ehhez a kihíváshoz adódhat a gyakori kulturális vagy etnikai különbségeket hordozó kontextus, amely feltérképezése a MUS kezelése során nem elkerülhető. Ez a többszörösen kihívásokkal teli szituáció hívta életre a MUSIC projekt és a jelen munka empirikus kutatásait és oktatásfejlesztési törekvéseit.

18. Az empirikus kutatások tapasztalatainak összegzése

Az általam vezetett kvantitatív, kérdőíves vizsgálat többféle elemzés lefolytatását tette lehetővé, többségében ugyanazokkal a mérőeszközökkel és ugyanazon az adatbázison. Egy szükséglet- és állapotfelmérés keretében Magyarországon tanuló nemzetközi és magyar orvostanhallgatók és pszichológus hallgatók interkulturális érzékenységet és az orvosilag nem magyarázott tünetekkel kapcsolatos tudását és attitűdjeit igyekeztünk feltérképezni és összehasonlítani.

A magyar részmintát használva feltártuk az Interkulturális Érzékenység Skála eredeti faktorstruktúrájának érvényességét, megbízhatóságát, és adaptáltuk magyarországi használatra (Chen & Starosta, 2000). Megvizsgáltuk továbbá a nemek, szakok, évfolyamok, életkor, külföldi élettapasztalatok és idegennyelv-ismeret, valamint az empátiás készség mentén megjelenő különbségeket és együttjárásokat is az IS területén.

Egy innovatívabb és másfajta, személyközpontú elemzési megközelítést is használtunk, melynek célja az volt, hogy mélyebben feltárjuk és megértsük az egészségügyi hallgatók interkulturális érzékenység profiljait és az empátiával való kapcsolatukat. Emellett arra is törekedtünk, hogy megértsük a hasonló interkulturális érzékenység profilú hallgatók csoportjainak összetételét és jellemzőit, hogy pontosabban meghatározhassuk az interkulturális kompetenciáik fejlesztésének leghatékonyabb, és minél inkább személyre szabott oktatási módjait.

Empirikus kutatási eredményeket nyerhettünk az általunk, a MUSIC projekt keretében létrehozott e-learning oktatási anyag elégedettség- és hatékonyság vizsgálata révén is. Az oktatási anyag eddigi disszeminációs tevékenységének köszönhetően, a rendelkezésre álló programhasználati tapasztalatokat rögzítettük és elemeztük, hogy a jövőben még hatékonyabb lehessen az (e-learning oktatási anyag felhasználásával történő) oktatás a MUS kezelésének és az interkulturális páciensek ellátásának területén.

18.1. A hallgatói szükséglet- és állapotfelmérés megbeszélése és összegzése

Számos, a szükséglet- és állapotfelmérésben bemutatott eredmény alátámasztotta a MUS fejlesztések szükségességét, hasonlóan a téma fontosságát kiemelő korábbi irodalmakhoz (Bakal és mtsai., 2009; Joyce és mtsai., 2018; Shattock és mtsai., 2013; Sirri és mtsai., 2017; Stenhoff és mtsai., 2015; Weiland és mtsai., 2015; Yon és mtsai., 2015) A hallgatók nagy része (85%-a) valóban viszonylag magas megjelenési gyakoriságúnak ($\geq 20\%$ -nak). (Nimnuan és mtsai., 2001; Verhaak és mtsai., 2006) és (71%) nehéznek is ítélte meg a MUS páciensek kezelését (Maatz és mtsai., 2016). A nemzetközi hallgatók esetén egyfajta távolságtartó attitűd is kirajzolódott a MUS kezelése kapcsán, amely a más kultúrából vagy nyelvi akadályokból fakadó plusz kihívások leküzdésének szükségességére hívhatja fel a figyelmet. Ezek alapján, az IS fejlesztés valóban fontos feladat, hogy az alapvetően nehéznek ítélt MUS probléma kezelését ne nehezítsék tovább az interkulturális szituációkból fakadó kihívások (Pop és mtsai., 2012; Valero-Garcés, 2014).

A MUS definíció ismerete szintén nagy arányban hiányosnak vagy hibásnak mutatkozott (Joyce és mtsai., 2018; Stenhoff és mtsai., 2015; Yon és mtsai., 2015), valamint a definíciók sok bizonytalanságot hordoztak magukban, amit a fogalom szakirodalmi háttere is alátámaszt (Kende és mtsai., 2005). Elgondolkodtató, hogy a képzés elején a bizonytalanságot még explicit módon ki is fejezték a hallgatók, ám a végére ez eltűnt. Ez a formális oktatás sikeres hatását is jelezhetné, viszont a diákok nagyjából fele fejezett ki nyelvileg kódolhatóan implicit bizonytalanságot a képzés végén is. Ez alapján az is feltételezhető, hogy rejtett tanterv formájában átadhatóak az oktatói negatívabb attitűdök, illetve az orvosi bizonyosság elvárásának szerepe felvethető, mint háttértényező, amely ehhez az eredményhez hozzájárulhatott (Joyce és mtsai., 2018; Shattock és mtsai., 2013). A MUS definícióval kapcsolatos magasabb fokú ismeretekre a szakirány (pszichológia) és az évfolyam (felsőbb), valamint az interkulturális érzékenység (kulturális különbségek tisztelete) és az empátia (empátiás törődés, fantázia) kirajzolódó befolyása olyan hasznos eredmény volt, ami felfedte a MUS-sal kapcsolatos ismeretek interkulturális érzékenységgel és empátiával való kapcsolódási

pontjait, a másik személy tiszteletében és az együttérző, segítő szándékú odafordulás képességében.

Az interkulturális érzékenység kapcsán fontos eredmény volt a fejlesztéshez, hogy a nők esetén az interkulturális interakciós magabiztosság, a nemzetközi hallgatók esetén az interakciós figyelmisség, míg a magyar hallgatók esetén az interakciós magabiztosság és élvezet jelent meg, mint jobban fejlesztendő terület. Mindezekben a hallgatók egymástól is sokat tanulhatnak. Az eredmények jelzik még, hogy a külföldi élettapasztalatok megszerzése és a nyelvtanulás valóban hasznos lehet a területen való fejlődés szempontjából (Williams, 2005). Hasonlóan, az empátia, mint kapcsolódó változó, szintén kirajzolódott az interkulturális érzékenységgel kapcsolatos eredményekből, magasabb foka elősegítheti annak fejlődését (Chen & Starosta, 2000; Davis, 1983).

Mindezek az eredmények elsősorban azt üzenték számunkra, hogy egy magyarországi (külföldi hallgatókat is képző) egyetemen is van relevanciája az orvosilag nem magyarázott tünetek, empátia és az interkulturális érzékenység oktatásfejlesztésének. Arra is rámutattak az eredményeink, hogy a vizsgált területek valóban nem függetlenek egymástól és érdemes lehet őket együtt fejleszteni, ahogy azt már néhány szerző korábban is leírta (Löwe & Gerloff, 2018; Rohlof és mtsai., 2014; Valero-Garcés, 2014; Verhaak és mtsai., 2006). A fejlesztések szükséges mértékében és területeiben megjelenhetnek különbségek szakok, nemek, évfolyamok és nemzetiségek szerint, vagy akár a külföldi élettapasztalatok és idegennyelv- ismeret függvényében. Ezeket a különbségeket pedig fontos volt tovább vizsgálni, amit a következő elemzésekben folytattam.

18.2. Az Interkulturális Érzékenység Skála pszichometriai vizsgálatának megbeszélése és összegzése

A vizsgálatokhoz használt eredeti Interkulturális Érzékenység Skálát (ISS) alaposabban megvizsgálva, a megerősítő faktorelemzés rámutatott, hogy bár az ISS elfogadható megbízhatósági mutatókkal bír magyar hallgatók mintáján, de nem mutat megfelelő és érvényes illeszkedést. Három tanulmány is hasonló eredményekre jutott német, amerikai, maláj és tajvani egyetemisták mintáján (Fritz és mtsai., 2005; Tamam, 2010; Wu, 2015). Az utóbbi két szerző, valamint Wang és Zhou (2016) is egy új, lerövidített skála létrehozásával érte el a megfelelő illeszkedési mutatókat. Hazánkban, Tamam (2010) és Wu (2015) eredményeihez hasonlóan - feltáró és megerősítő faktorelemzéseket követően - egy háromfaktoros struktúra mutatta a legjobb illeszkedést, 18 tétellel és szintén elfogadható vagy jó megbízhatósági mutatókkal. Ezt a skálaváltozatot ISS-H-18-ként jelöltük (lásd 7. melléklet). Az ISS-H-18

három alskálájára a következő elnevezéseket javasoltuk: az interkulturális interakció közbeni *Magabiztosság és énhatékonyság* alskála, a *Bevonódás a kapcsolatba* alskála és az *Előítéletmentes elfogadás* alskála. A három alskála tételei tartalmilag megragadják az interakció viselkedéses oldalának élményét, az egyéni érzelmi oldalt és a személy általános attitűdjeit is. Az ISS-H-18 tehát egy olyan új mérőeszköz, amely hazánkban egyedülállóan méri az interkulturális érzékenység speciális konstruktumát az interkulturális kommunikációs kompetencián belül, alternatívát biztosítva olyan magyar kutatóknak, akik további méréseket végeznének a területen.

Az ISS-H-18 skála konvergens validitását az empátia konstruktumának felhasználásával, az IRI segítségével mértük, mely esetén, a szakirodalmi tapasztalatok alapján, főként az *IRI Perspektíva-felvétel* alskálát tekintve vártunk pozitív irányú együttjárást (Chen & Starosta, 2000; Ekong és mtsai., 2017; Menardo, 2017). Eredményeink megerősítették, hogy az, hogy egy személy az interkulturális szituációk során mennyire képes előítéletmentesen bevonódni a kapcsolatba és interkulturálisan érzékenynek lenni, pozitívan összefügg azzal, hogy alapvetően mennyire képes befogadni egy másik személy nézőpontját. Az eredményeink ugyanakkor arra is rávilágítottak, hogy az interkulturális szituációban megjelenő magabiztosságával és énhatékonyságával a perspektíva-felvételi tendenciája már nem áll összefüggésben.

Hasonló eredményre jutottunk az empátia másik kognitív komponensével, az *IRI Fantázia* alskálával. Az, hogy egy személy az interkulturális szituációk során mennyire képes előítéletmentes elfogadással bevonódni a kapcsolatba, és összességében interkulturálisan érzékenynek lenni, pozitívan összefügg azzal, hogy mennyire képes azonosulni fiktív karakterekkel. A személy interkulturális szituáció során megjelenő magabiztosságával és énhatékonyságával azonban ezen empátia alskála sem áll jelentős kapcsolatban.

Az empátia affektív komponenseit tekintve az *IRI Empátiás törődés* alskálával (vagyis hogy valaki mennyire tapasztal melegséget, részvétet és aggodalmat más iránt) az interkulturális kapcsolatba való bevonódás és az előítéletmentes elfogadás alskála függött össze. Az *IRI Személyes distressz* alskálával (amelynek tételei diszkomforttal és szorongással járó érzelmeket jelenítenek meg más szenvedése láttán) jelentősen, negatívan függött össze az interkulturális szituációban megjelenő magabiztosság és énhatékonyság. Elsősorban ezen kapcsolatnak köszönhetően az összesített interkulturális érzékenység értékekkel is jelentős negatív együttjárása jelent meg a személyes distressz dimenziójának. Feltételezhető, hogy kevesebb szorongáskeltő diszkomfortérzés megtapasztalásával az interkulturális szituációkban is magabiztosabban és több önmagunkba vetett hittel léphetünk fel.

Az *IRI főskála*, vagyis az összesített empátiaértékek is pozitív összefüggést mutatott az interkulturális szituációban fellépő előítéletmentes elfogadással és a kapcsolatba való bevonódással, ahogyan az interkulturális szituációt jellemző magabiztossággal és énhatékonysággal is, ám az interkulturális érzékenység főskálával már nem jelent meg összefüggése. Feltehetőleg ez a két fő konstruktum (empátia és interkulturális érzékenység) összetettségnek és multidimenzionális jellegének is köszönhető, ugyanis alskáláik különböző, mégis összefüggő jellegzetességeiket ragadják meg.

Az ISS-H-18 főskálán, illetve a bevonódás a kapcsolatba és az előítéletmentes elfogadás alskálákon a nők szignifikánsan magasabb IS-értékeket értek el, mint a férfiak. Ez összességében megegyezik több korábbi vizsgálat, és a szükséglet- és állapotfelmérésünk eredményeivel is (Altshuler és mtsai., 2003; Marek & Németh, 2020; Tompkins és mtsai., 2017). A magyar nők tehát a bevonódás és elfogadás tekintetében magasabb átlagot mutattak, míg magabiztosságukat tekintve nem tértek el jelentősen a férfaitól.

A szakok vonatkozásában két alskálán és a főskálán a pszichológushallgatók szignifikánsan magasabb interkulturális érzékenység átlagértékeket értek el, mint az orvostanhallgatók. A pszichológusok az interakcióba való bevonódás és elfogadás tekintetében jelentősen magasabb, míg a magabiztosságuk területén hasonló átlagot mutattak, mint az orvostanhallgatók. Az önmonitorozás, az empátia és az ítéletmentesség az IS alappillérei (Chen, 1997). A pszichológushallgatók képzésében ezek a készségek kiemelt fókuszban vannak, ami hozzájárulhat a jelen t-próbákban produkált magasabb IS-értékeikhez is. Az évfolyam változót vizsgálva nem találtunk jelentős különbséget képzési szakaszok közt, ami utalhat arra, hogy egyelőre az IS területének fejlesztése önmagában nem integrált a képzések egyik szakaszába sem.

Az IS-sel kapcsolatban Williams (2005), valamint Altshuler és munkatársai (2003) is megállapították, hogy a több kultúrközi tapasztalattal rendelkező személyek (pl. bevándorlók vagy huzamosabban külföldön élők) magasabb értékeket mutatnak. A vizsgálatunk alátámasztja, hogy a beszélt nyelvek mennyiségének jelentős a hatása az IS-re, de az életkor előrehaladtával a több külföldön szerzett élettapasztalattal is pozitívan együttjárhat. Eredményeink szerint legjelentősebben a nyelvismeret, valamint az empátia perspektíva-felvételi és személyes distressz dimenziói jósolják be az interkulturális érzékenység összesített értékét, nem szignifikáns, potenciális tendenciózus összefüggésre utaló változók, amik további vizsgálatra lehetnek érdemesek a külföldi élettapasztalatok és az empátia fantázia dimenziója.

Mivel a különböző nemű és különböző szakokon tanuló hallgatók más-más IS-területen produkáltak magasabb vagy alacsonyabb eredményeket, így az IS fejlesztése szempontjából

hasznos lehet a nemek, szakok és nemzetiségek tekintetében vegyes csoportok létrehozása, az interdiszciplináris és interkulturális együttműködés támogatása, hogy a hallgatók egymásra is fejlesztő hatással lehessenek. Az oktatóknak támpontot nyújthat, hogy kirajzolódott, hogy az interkulturális érzékenység mely területén szükséges inkább a nőket, a férfiakat, az orvostanhallgatókat és a pszichológus hallgatókat támogatni. Továbbá, fejlesztő hatású lehet a külföldi tanulmányutak, a nyelvi kompetencia és a nyelvtanulás támogatása és népszerűsítése is a gyógyító szakmára készülő egyetemi hallgatók körében (Nguyen Luú, 2019; Williams, 2005). Eredményeink tehát ebben az elemzésben is alátámasztották, hogy az interkulturális érzékenységet az empátiás készség egyes dimenziói jelentősen meghatározhatják, a két konstruktum összefügghet, így egyidejűleg indokolt lehet az empátia fejlesztése is. Az egészségügyi hallgatókat célzó, különböző fajta empátiafejlesztési tréningekre, kurzusokra alapvetően is szükség van, és a megfelelő módszerekkel sikeresek lehetnek (Batt-Rawden és mtsai., 2013).

Ugyanakkor fontos rámutatni, hogy a regresszióanalízisek viszonylag alacsony magyarázóereje – az ISS-H-18 vizsgálata esetében 23,4% – arra utal, hogy az interkulturális érzékenység háttérében számos további, jelenleg nem mért (pszichológiai vagy egyéb) tényező is szerepet játszhat. Ez nemcsak a nemzetközi validációk során megfigyelt tendencia, hanem a jelen vizsgálatban is megmutatkozott: bár több változó (pl. beszélt nyelvek száma, empátia dimenziói) szignifikáns, de jellemzően gyenge együttjárást mutatott az ISS-H-18 értékeivel, a regressziós modellekben ezek együttesen is csak mérsékelt mértékben magyarázták a varianciát. Jövőbeli kutatásokban ezért is megfontolható további konstrukciók, például az önbizalom, szorongás, önmonitorozás, nyitottság vagy ítéletmentesség bevonása a magyarázó változók vizsgálatába (Arasaratnam-Smith, 2017; Chen, 1997; Song & Yang, 2016). Ez pontosíthatja az ISS-H-18 alkalmazási lehetőségeit és hozzájárulhat az interkulturális érzékenység mélyebb, árnyaltabb megértéséhez is.

18.3. Az interkulturális érzékenység hallgatói profiljainak megbeszélése és összegzése

Személyközpontú, látens profil elemzés segítségével - az ISS alskáláit indikátorváltozóként használva - az eredményeinkben négy látens interkulturális érzékenység profilt különítettünk el az egészségügyi hallgatók körében. Az első látens profilcsoportba tagozódott be a legtöbb olyan hallgató (241 fő), akiknek az ISS-alskála pontszámai mind a közepes Z-érték közelében csoportosultak, így ezt a csoportot "Interkulturálisan átlagos (IA)" csoportnak neveztük. Egyváltozós statisztikai tesztjeink azt mutatták, hogy az idegennyelv-ismeret és az empátia perspektíva-felvétel alskála átlaga ebben a csoportban szignifikánsan alacsonyabb, mint a

különösen érzékenyek csoportjában, ugyanakkor pontszámaik magasabbak az empátia személyes distressz alskáláján. Ezek alapján úgy véljük, hogy viselkedésükben és élményvilágukban feltehetőleg az interkulturálisan fokozottan érzékeny és az elutasító módzatok között helyezkedhetnek el. Amennyiben motiváltak, továbbfejleszthető az interkulturális érzékenységük idegen nyelvek tanulásával, a perspektíva-felvételi képességeik javításával és a szituációban tapasztalt distresszük csökkentésével. Ezt a legmagasabb mintaelemszámú csoportot használtuk referenciaként a többváltozós statisztikai tesztjeinkhez, amikor a fennmaradó három csoportot vizsgáltuk.

A második látens profilcsoport az "Interkulturálisan bizonytalan (IU)". 76 hallgató a közepes tartományba esett az interakciós elköteleződés és figyelmesség, valamint a kulturális különbségek tisztelete alskálák tekintetében. Ugyanakkor a kultúrák közötti interakciók során megjelenő magabiztosság és az élvezet esetén alacsonyabb pontszámot értek el. Az egyváltozós statisztikai elemzések azt mutatták, hogy a női és pszichológia szakos válaszadók nagyobb arányban tartoztak ebbe a csoportba, mint a férfiak és az orvostanhallgatók. Az idegennyelv-ismeret és a külföldi élettapasztalatok alacsonyabbak voltak az IU csoportban, mint az interkulturálisan érzékeny csoportban. Az általános empátiára, a perspektíva-felvételre és az empátiás törődésre vonatkozó pontszámok az IU csoportban voltak a legmagasabbak, a személyes distressz viszont jelentősen magasabb volt ebben a csoportban. Multinominális regresszióink megerősítette, hogy az IU-csoporttagságot az IRI Személyes distressz alskála és az empátia összesített értéke is jelentősen előre jelezte.

Ezen eredmények alapján ez az egyik olyan hallgatói csoport, amely számára a célzott IS fejlesztés ajánlottabb lehet. Esetükben az empátia olyan magas, hogy annak akár szorongással összefüggő vetülete is lehet. A fejlesztésnek az interkulturális helyzetekben való önbizalmuk erősítésére kellene összpontosítania, személyes és élményalapú módon. Interkulturális tanulmányi csoportok, közösségi programok, külföldi tanulmányok vagy nyelvtanfolyamok (akár online) hasznosak lehetnek ennek a csoportnak (Altshuler és mtsai., 2003; Song & Yang, 2016; Williams, 2005). A cél az, hogy pozitív megerősítéssel fejlődjenek, és negatív érzések nélkül, élvezetet találjanak ezekben a helyzetekben. Érdeemes elgondolkodni azon is, hogy miért voltak felülreprezentáltak ebben a csoportban a női és pszichológus hallgatók. Az egyik lehetőség azon eltérő társadalmi, nemi normák és elvárások jelenléte, hogy a nők bizonytalanságának kifejezése legitimebb lehet, mint a férfiaké vagy az orvosi szakma képviselőié, amelyet nagy presztízsűnek és férfiak által dominálnak tartanak. Kiegészülve akár egy olyan rejtett tantervvel, amelyben a magabiztosság fontos gyógyítói elvárásként jelenik meg (Gaufberg és mtsai., 2010; Heise és mtsai., 2019; Himmelstein & Sanchez, 2016; Stubbing

és mtsai., 2019). A jövőbeli kutatások megfontolhatják még az önbecsülés és a szorongás vizsgálatát, mint az e csoporthoz való tartozás lehetséges egyéb magyarázó tényezőit (Arasaratnam-Smith és mtsai., 2017; Chen, 1997; Chen & Starosta, 2000; Song & Yang, 2016). Ezen a ponton érdemes kiemelni, hogy a Sallay és munkatársai (2022) által végzett oktatói fókuszcsoporthoz tartozók vizsgálataiban a szakemberek hangsúlyozták, hogy a pszichológusoknak döntő szerepük lehet az interkulturális MUS páciensek tapasztalatainak mélyebb megértésében. Ehhez azonban nem elégséges, ha potenciálisan a pszichológusok nagyobb része IU-csoporttagként jelenik meg, így kiemelten szükséges az interkulturális magabiztosságuk megerősítése.

132 diákkal az "Interkulturálisan érzékeny (IS)" csoport volt a második legmagasabb létszámú. Ez a csoport kiemelkedett, mivel tagjai az ISS valamennyi alskáláján a közepesnél magasabb pontszámot értek el. A női válaszadók nagyobb valószínűséggel tartoztak ebbe a csoportba, mint a férfiak, annak ellenére, hogy a multinomiális logisztikus regresszió nem erősítette meg a nemet mint magyarázó változót. A külföldi élettapasztalatok és a beszélt idegen nyelvek száma szignifikánsan nagyobb volt ebben a csoportban, mint az interkulturálisan bizonytalan csoportban. Az empátia skála és néhány alskálája esetében is magasabb pontszámokat értek el ebben a csoportban, mint a többiben. Egyedül az empátia személyes distressz alskáláján érték el alacsonyabb pontszámot, mint a három másik csoportban. A multinomiális logisztikus regresszió szerint az idegennyelv-ismeret, a perspektíva-felvétel és az általános empátia pozitívan, míg a személyes distressz negatívan jelezte előre az interkulturálisan érzékeny csoporttagságot.

Az eredmények azt mutatják, hogy ez a csoport igényelheti a legkevesebb fejlesztést. Tagjai interkulturális tapasztalatokkal és nyelvtudással rendelkeznek, és feltehetőleg kevésbé érinti őket egy esetlegesen debilizáló stressz vagy szorongás az interkulturális helyzetekben. Emellett magasabb az empátiájuk, és képesek arra, hogy a másokkal való interakció során nézőpontot váltsanak. Viselkedésük pozitív mintaként szolgálhat hallgatótársaik számára az interkulturális interakciókat létrehozó fejlesztési törekvések során.

Az utolsó profilt egy viszonylag kisebb csoport, 54 résztvevő alkotta. Az ISS összes alskáláján ők érték el a legalacsonyabb pontszámokat. Csak az interakciós magabiztosság alskála közelíti meg a közepes tartomány legalacsonyabb határértékét. A hallgatóknak ezt a kevésbé érzékeny csoportját "Interkulturálisan elutasítónak (IR)" neveztük. A férfiak és az orvostanhallgatók nagyobb arányban tartoztak ebbe a csoportba, mint a nők és pszichológus hallgatók. E csoport megkülönböztető jellemzője, hogy az empátia főskála, a perspektíva-felvétel és az empátiás törődés alskálák átlagai szignifikánsan alacsonyabbak, mint a többi

csoporté. Az empátia személyes distressz alszállóján azonban magasabb pontszámot értek el, mint az érzékeny csoport. A regressziós modell azt is megerősítette, hogy az ehhez a csoporthoz való tartozást a nem, az egyetemi szak, a perspektíva-felvétel alacsony szintje és a nagyobb személyes distressz is előre jelezte. A nyitottság dimenziója lehet még egy másik fontos tényező, amely bejósolhatja az elutasító csoporthoz való tartozást, amint szintén érdekes lenne a jövőbeni vizsgálatoknak körüljárni (Chen & Starosta, 1996; Chen 1997).

A férfiak és az orvostanhallgatók alacsonyabb empátiaértékei is hozzájárulhattak a nemek és szakok arányának eltolódásához ebben a csoportban. A korábban említett társadalmi elvárások is befolyásolhatták ezt az eredményt. Emellett az orvosi és a pszichológia szakok képzése között is feltételezhetőek különbségek az empátia gyakorlása tekintetében, a rejtett tanterv pedig erősítheti az orvostanhallgatók elvárt magabiztosságát, még akkor is, ha maguk közben distresszt tapasztalnak (Gaufberg és mtsai., 2010; Stubbing és mtsai., 2019). Ennek a csoportnak a tagjai kevésbé könnyen változtatnak perspektívájukon, lépnek ki saját nézőpontjukból, és interakcióik nem mentesek a negatív érzésektől és szorongástól, szemben az érzékeny csoport tagjaival, annak ellenére, hogy közel átlagos magabiztosságúnak értékelték magukat interkulturális helyzetekben. A fejlesztés ebben a hallgatói csoportban szintén indokolt lehet, de némileg másképp, mint a bizonytalan csoport esetében.

Az empátia fejlesztése, nevezetesen a perspektíva-felvétel, kiemelkedő cél lehet az IR csoport számára. Az egészségügyi hallgatóknak szóló empátiafejlesztő képzésekre és tanfolyamokra alapvetően szükség van, és a megfelelő módszerekkel sikeresek lehetnek (Batt-Rawden és mtsai., 2013; Pedersen, 2010). Érdemes olyan önreflexív gyakorlatokat beépíteni, amelyek segítenek nekik elfogadni az interakciókkal kapcsolatos negatív érzéseiket és esetleges bizonytalanságaikat. Helye lehet mind az interkulturális tapasztalatokon alapuló megközelítésnek (hasonlóan a bizonytalan csoporthoz), de hasznos lehet a tudatosságra nevelés ezen a területen is, más kultúrák szokásainak megismerése, a hallgatókhoz való közelebb hozása és megvitatása. Eredményes lehet olyan szituációs gyakorlatok elvégzése, ahol egy másik kultúrából érkező személy helyébe képzelik magukat, és gyakorolják az empatikus kommunikációt, a perspektíva-váltást (Batt-Rawden és mtsai., 2013; Ekong és mtsai., 2017; Pedersen, 2010).

Továbbá regressziós modellünk alapján azt is állíthatjuk, hogy a nem, a szak, az idegennyelv-ismeret és az empátia jelentős előrejelzői az egyes IS-típusoknak. Ahogy arra az előző elemzésünk is rávilágított, hasznos lehet vegyes nemű, szakok szerint összetett és színes nemzetiségű tanulócsoportok létrehozása, ilyen módon az interdiszciplináris és interkulturális együttműködés elősegítése, hogy a hallgatók kölcsönösen több és más tapasztalatokat

szerezzenek, akár tanuljanak egymástól. Ezenkívül a külföldi tanulmányutak és az idegennyelv-tanulás támogatása és ösztönzése (a jelen eredmények szerint is) előnyös lehet a fejlődés szempontjából (Nguyen Luú Lan, 2019; Williams, 2005).

Összefoglalva, két olyan diákcsoportot is azonosítottunk, amelyeknek nagyobb szüksége lenne az interkulturális érzékenység fejlesztésére. Az interkulturálisan bizonytalan csoportban a hangsúlyt inkább az önbizalom, az idegen nyelvi készségek és az interkulturális tapasztalatok fejlesztésére kell helyezni, míg az interkulturálisan elutasító csoportban az empátia, a perspektíva-felvétel, a figyelmesség, az elköteleződés és a tisztelet erősítésére kell összpontosítani. Értékes lenne, ha a jövőben a diákokat önkitöltős kérdőívek segítségével szűrni lehetne, így az "IS-típusukat" és saját igényeiket figyelembe véve lehetne képzési programokat ajánlani nekik. Ez lehetővé tenné a személyre szabottabb oktatási és fejlesztési lehetőségek felé való elmozdulást.

18.4. A MUPS-MUSIC e-learning oktatási anyag elégedettség- és hatékonyság vizsgálat eredményeinek megbeszélése és összegzése

Az egyelőre limitált mintaelemszám ellenére is hasznos információkat tárt fel az e-learning programot használó kurzusokon végzett hatékonyság- és elégedettség vizsgálat. Beérkezett 70 ("pozitív") visszajelzés a program hasznosságáról és a hallgatók elégedettségéről, illetve 12 ("negatív") visszajelzés a kevésbé hasznos elemeiről is, további 27 javaslattal, melyek a fejlesztés további lehetőségeire is rámutatnak. Az elhangzott problémák és javaslatok elsősorban a webfelület technikai fejlesztését javasolják, miszerint legyen intuitívabb, nyitottabb a felületen belüli kommunikációra a használói között, valamint rögzítsen és mentsen el válaszokat a kilépés után is. Mindezek kivitelezése elsősorban a ráfordítható anyagi erőforrások korlátozottsága és jogi, etikai kérdések miatt hiányzik, de egy esetleges jövőbeni fejlesztés során szem előtt tartandó szempontok lehetnek. Hasonlóan a tartalom további bővítéséhez, strukturálásához és interaktivizálásához. Kirajzolódott, hogy több figyelmet kell fordítani arra, hogy még a munka megkezdése előtt érthetőbben tisztázásra kerüljenek a kiadott feladatokat a programmal, valamint a felmerülő kérdéseket megvitassuk. Továbbá a kiscsoportos munkaszervezés során jobban figyelembe kellene venni az azonos időzónákat, illetve ellenőrizni a csoporttagok számára elérhető kommunikációs felületek és csatornák meglétét. Amennyiben azok hiányoznak és igényli a csoport, alternatív online találkozási felületet biztosítani számukra.

Az e-learning programot használó kurzusok előtti (PreQ) és utáni (PostQ) kérdőíves adatokból látszik, hogy milyen sokféleképpen dolgoztak a hallgatók az e-learning programmal,

volt, aki csak egy modullal, és volt, aki mindegyikkel, volt, aki kevesebb, mint egy órát, és volt, aki 10 óránál is többet. Legnagyobb arányban 1-5 órát foglalkoztak és 1 modullal. Ez felveti a kérdést, hogy a van-e valódi értelme és ha igen, akkor hogyan a hatékonyságvizsgálatnak (az elégedettségmérés mellett). Továbbá igen alacsony a mintaelemszám és a PreQ kitöltési száma (56) is eltér, meghaladja a PostQ-ét (29), ami nem elégséges általános következtetések levonására a programhasználat hatékonyságát illetően. Biztató eredmények viszont kirajzolódtak, a hallgatók mind az interkulturális betegellátással kapcsolatos tudás, attitűdök és képességek tekintetében magasabbra értékelték magukat a PostQ-n, mint a PreQ-n, bár a pozitív attitűdök tekintetében a két mérési időpont között a különbség nem volt szignifikáns. Ez olyan módon is értelmezhető, hogy akik részt vettek ezeken a kurzusokon, néhány kivételtől eltekintve, már rendelkeztek külföldi élettapasztalatokkal, jórészt hazájuktól távol, egy másik kultúra oktatási rendszerébe vesznek részt, amihez nyitottságra, motiváltságra és interkulturális érzékenységre lehet szükségük. Zhang és Zhou (2019) metaanalízisükben úgy értékelték, hogy az interkulturális kompetencia minden típusú fejlesztési módja hatékony lehet, kiemelkedően az interkulturális élettapasztalatok szerzésével. Az e-learning programot használó kurzusok során a didaktikus anyagok és interaktív gyakorlatok mellett is konzisztensen törekedtünk arra, hogy a hallgatói kiscsoportok a csoportmunkát igénylő feladatok megoldásakor interkulturális összetételűek legyenek, ezzel is segítve a tapasztalatokon nyugvó (nem formális) fejlődést (Zhang & Zhou, 2019).

A MUS-sal élő páciensek ellátásával kapcsolatos tudás, attitűdök és képességek önértékelt átlagai mind szignifikáns emelkedést mutattak a programhasználat után. A limitáló tényezők miatt (amiket a 19. fejezetben részletesebben is kifejték) ezekből az eredményekből a hatékonyságra vonatkozóan messzemenő következtetéseket levonni ismételten nem lehet. Arra támaszkodhatunk, hogy más kutatások kiemelték, hogy már az önreflexióra és érzelmi tudatosságra való sarkallás, a pszichoszociális tényezők beemelése a MUS oktatásába, a páciensközpontú szemléletmód, a bizalom és empátia kiépítésének erősítése és a kommunikáció fejlesztése, mind hatékony elemei lehetnek a fejlesztéseknek, amelyeket mi is szem előtt tartottunk (Cooper és mtsai., 2017; Goldberg és mtsai., 1989; Larisch és mtsai., 2004; Lyles és mtsai., 2003; Ryckeghem és mtsai., 2017). A hatékonyság irányába mutató eredményeink tartóssága is egy fontos kérdés, hiszen Aiarzaguena és munkatársai (2007) is felhívták rá a figyelmet, hogy egy rövidebb (esetükben 3 órás tréning) hatása a hatékony páciens ellátásra nem hoz ugyanolyan tartós eredményt, mint egy hosszabb, célzott 20 órás intervenció. Saját programhasználati mutatóink pedig jól rávilágítottak, hogy a hallgatók

időben és munkamódban is nagyon vegyesen használták a programot, leginkább 1-5 órán át (bár a kurzusok keretében, oktatói vezetéssel a téma hosszabban is feldolgozásra került, a program használata mellett).

Amennyiben a hallgatók tudásának, attitűdjeinek és készségeinek a programhasználat következtében történő változásainak méréséről lemondanánk, akkor létre lehetne hozni egy olyan kérdőívet, egybeolvasztva a PreQ és PostQ elemeit, melyet a program végeztével mindenki ki tud tölteni és kérdései relevánsak, függetlenül a moduloktól, a velük eltöltött időtől és a munkamódtól. A mérőeszköz linkje / QR kódja akár az e-learning program végére is beilleszthető lenne. Mindezek mellett a program sokszínű felhasználási lehetőségei szabadságot és lehetőségeket is jelentenek, mind a hallgatói felhasználóknak, mind az oktatóknak.

Összességében az eredmények rávilágítottak a hallgatói munka sokféleségére, ugyanakkor a hallgatói elvárások, visszajelzések és javaslatok következetesen hasonló irányokat jelöltek ki, és összhangban voltak egymással. Az elméleti tudásvágy mellett, a gyakorlatias képességfejlesztés és az élményszerzés (az interaktivitás, újszerűség, technológia és flexibilitás révén) mind az elvárások, a pozitív visszajelzések és a továbbfejlesztési javaslatok szintjein megjelentek. Ezek az első eredményeink útmutatók a program további használatához és fejlesztéséhez; ezen az igen hiányos oktatási területen eszközt, szabadságot és számos új lehetőséget kínálva hallgatóknak és oktatóknak egyaránt.

19. Korlátok és kitekintés

A lefolytatott vizsgálatoknak számos olyan korlátja van, amit figyelembe kell venni az eredmények értelmezésekor. Nem reprezentatív mintavételezés történt, kényelmi alapon, és elsősorban egyetlen egyetem (az SZTE) hallgatói vettek részt a szükséglet- és állapotfelméréshez, mérőeszköz validáláshoz és személyközpontú elemzésünkhöz használt mintában. Ebben egyenlőtlenek a nemek, szakok és évfolyamok szerinti csoportnagyságok.

Továbbá az elemzések keresztmetszeti jellege miatt, ok-okozati összefüggésekre nem következtethetünk, csak egy "pillanatképet" nyerhetünk a vizsgált konstruktumokról, míg például az IS-ről tudjuk, hogy egy igen dinamikus folyamat. A vizsgált MUS ismereteket befolyásoló vagy IS prediktorok oki hatása tehát nem egyértelműen alátámasztható. A regressziós modellek sem magyarázták a variancia nagy részét, valószínűleg további egyéb tudáselemek, attitűdök és készségek is magyarázhatják a vizsgált fogalmakat. Ezt támasztja alá az is, hogy a bemutatott csoportkülönbségek statisztikai szempontból általában szignifikánsak

ugyan, de nem túl nagyok, és a korrelációs és regressziós együtthatók is csak kevés esetben haladják meg a 0,2-es értéket. Ezért is javasolt az adaptált ISS-H-18 mérőeszköz (az empátián túl további) egyéb változókkal való kapcsolatának vizsgálata, hiszen a szakirodalomban is régóta jegyzett, hogy számos egyéb pszichológiai jellemző is meghatározhatja az interkulturális érzékenységet (pl. önbizalom, önmonitorozás, nyitottság, ítéletmentesség, társas felszabadultság, interakciós bevonódás) (Chen, 1997).

A kérdőíven elért eredményekre számos tényező hatással lehetett (pl. a saját társadalom elvárásai és az egyén szociális megfelelési vágya). Az online és személyes jelenléttel kitöltött kérdőíveket alkalmazó adatgyűjtésünk magában hordozza az önbevallásos módszerek hiányosságait, és elemzésünkben elsősorban Likert-skálás értékelésre támaszkodtunk. A kérdőív kitöltését befolyásolhatta és torzíthatta az a körülmény, hogy a válaszadásra gyakran egy oktató kérte fel a hallgatókat – akár egy kurzus keretén belül – aki ugyan nem kínált érte jutalmat, de a hallgatókhoz képest hatalmi pozícióban állt.

A ISS pszichometriai vizsgálatához használt minta kapcsán fontos még megemlíteni, hogy az EFA révén nyert faktorok CFA-val történő megerősítése még robusztusabb lehetne, ha az illeszkedés vizsgálata egy (pl. véletlenszerűen megfelezett) olyan mintán történne, amely különbözik az EFA-nál használt mintától. A szakmai konszenzus ugyanakkor általában minimum 300 esetet ajánl a megbízható faktorelemzések elvégzéséhez, melyet a mintánk felezésével nem tudtunk volna biztosítani (Koyuncu & Kiliç, 2019; Kyriazos, 2018). Eredményeink értelmezésekor ez szem előtt tartandó, és javasolt az illeszkedésvizsgálat magas elemszámú mintán való elvégzése. Továbbá az ISS skála konvergens érvényességét csupán egy skálával, diszkriminációs érvényességét pedig nem vizsgáltuk, ez hasznos célja lehet további tanulmányoknak az IS területén.

Az e-learning program disszeminációs tevékenységével kapcsolatban említhetőek sikerek, az egyik legjelentősebb talán az SZTE Magatartástudományi Intézetézet 'Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) in Medical Practice' nevű, visszatérően meghirdetett, szabadon választható kurzus, nemzetközi orvostanhallgatóknak. Fontos azonban megjegyezni, hogy ennek az új kurzusnak a felsőoktatási képzésbe való akkreditálása hosszú időt vett igénybe. Ennek számos oka lehet, a rendszer rugalmatlanabb mivolta vagy például az, hogy az orvosképzésben az oktatók a meglévő tananyagok oktatására is szűkösnek érzik az idői kereteket (Joyce és mtsai., 2018). A flexibilitás, melyet egy e-learning anyag szabad idői/téri felhasználása nyújt, erre jó megoldás lehet, amely előnyeit a hallgatók is kiemelték az elégedettségvizsgálat visszajelzéseiben.

A téma a didaktikus anyagok mellett elsősorban gyakorlati keretek közötti oktatást kíván (a hallgatói elvárásokban is erősen megjelent a gyakorlati tudásvágy) (Cooper és mtsai., 2017; Weiland és mtsai., 2015; Yon és mtsai., 2015). Nagy létszámú előadások tehát nem olyan hatékonyak, ami szintén limitálja azon hallgatók mennyiségét, akikhez egyszerre egy kurzus keretében eljuthat a program, és hatékonyság- és elégedettség vizsgálatba is bevonhatók. A disszemináció kereteiben több olyan felületre és intézménybe eljutott a program linkje, ahonnan nem követhető, hogy ki kezdi végül használni és hogyan, így számos informatív adattól elestünk. Erre megoldás lehetne, ha magába a programba lenne illesztve egy kérdőívlink, amit bárki kitölthet, ám egy ennyire nem behatárolható populáció adatai tárolásának etikai és jogi vonatkozásai is lehetnek, illetve mivel a program számos módon használható, így egy minden felhasználó számára egyformán adekvát kérdőív létrehozásának a lehetségesége is kérdéses.

Azzal a felmerülő nehézséggel zárnám a korlátok megvitatását, hogy a vizsgálatok, az e-learning program és annak disszeminációs tevékenysége elsősorban a MUSIC projekt támogatásával és személyes erőforrások ráfordításával zajlott, amely 3-4 éves projekt 2022-re lezárult. Hasonlóan más, projekthez kapcsolódó fejlesztésekhez, munkánk során is számos továbbfejlesztésre érdemes ötlet merült fel, de kivitelezése a ráfordítható személyi és anyagi erőforrások korlátozottsága miatt nem folytatódott.

Azzal együtt, hogy a MUSIC projekt véget ért, úgy vélem olyan értékes kimeneti eredményeket mutathattam be, amelyek valamelyest önfenntartóan járulhatnak hozzá az orvosilag nem magyarázott tünetek és az interkulturális érzékenység jövőbeni kutatásához és oktatásához. Ki tudunk alakítani egy olyan magyar nyelvre adaptált mérőeszközt (ISS-H-18), mely a vizsgált szempontok alapján megbízhatóan és érvényesen méri a magyar gyógyító szakmára készülők interkulturális érzékenységét. Ennek a készségnek a vizsgálata és fejlesztése pedig napjaink egészségügyi képzéseinek kiemelt feladata (Brislin & Horváth., 1997; Faubl és mtsai., 2021; Leyerzapf & Abma, 2017; Marek & Németh, 2020; Nguyen Luú, 2019; Pop és mtsai., 2012; Zhang & Zhou, 2019). Ahogyan azt feljebb is említettem, az ISS-H-18 skála használatával a jövőben mérhetőek az interkulturális érzékenység egyéb konstruktumokkal való lehetséges összefüggései is (pl. önmonitorozás), hogy még mélyebben megértsük ezt a napjainkban elengedhetetlen viszonyulási módot.

A jövőbeni kutatások szempontjából, hasznos lenne az egészségügyi hallgatók populációját más hallgatókkal összevetni az interkulturális érzékenység tekintetében. Ez segíthetne a legmegfelelőbb fejlesztési megközelítések meghatározásában is. Ugyanakkor az egészségügyi hallgatók mérése azért is volt ésszerű, mert az egészségügyi szakmák tagjainak -

sok más tudományterületen dolgozóhoz képest is - kompetensebbnek kell lenniük a kultúraérzékeny megközelítések elfogadásában és gyakorlásában (Bahar-Özvarış és mtsai., 2022; Betancourt & Green, 2010). Eredményeink továbbá hasznos betekintést nyújtottak az egészségügyi szakmára készülő hallgatók interkulturális érzékenységeinek típusaiba is, hiányosságaikba és erősségeikbe, így a fejlesztés indokoltabb területeibe és a fejlesztési folyamat hatékonyabb intervenciós módjaiba.

20. Az értekezés fő tudományos eredményei

Az értekezés több szempontból is új tudományos és módszertani hozzájárulást kínál az interkulturális érzékenység és az orvosilag nem magyarázott tünetek magyar felsőoktatási fejlesztéséhez. Kutatásunk újszerűen kapcsolta össze, illetve támogatta elméleti és empirikus szinten az IS és a MUS oktatásfejlesztésének szükségességét. Az empátia és az interkulturális érzékenység egyes dimenziói, valamint a MUS-sal kapcsolatos ismeretek és viszonyulások közötti kapcsolatok empirikus vizsgálata is alátámasztotta, hogy e területek nem elszigetelten, hanem összefüggéseikben jelennek meg az egészségügyi hallgatók szemléletében és felkészültségében. Az eredmények feltárták továbbá az oktatásfejlesztés szükségességét is.

A disszertáció fontos eredménye az Interkulturális Érzékenység Skála (ISS) hazai adaptációja és pszichometriai vizsgálata. Az új, háromfaktoros ISS-H-18 skála kialakításával először jött létre olyan magyar nyelvű, validált mérőeszköz, amely alkalmas lehet az egészségügyi hallgatók interkulturális érzékenységének megbízható mérésére. A vizsgálat továbbá részletesen feltárta az interkulturális érzékenység és az empátia konstruktumainak kapcsolatát, és empirikusan igazolta, hogy azok eltérő dimenziói más-más módon függenek össze egymással. Ez a komplex összefüggés hozzájárul a két fogalom elméleti tisztázásához és a gyakorlati mérési lehetőségek pontosításához.

Új tudományos eredménynek tekinthető még, hogy a kutatás személyközpontú látens profilanalízis segítségével négy eltérő interkulturális érzékenység típust azonosított az egészségügyi hallgatók körében. Ezek a profilok részletes jellemzést kaptak az empátia, az idegennyelv-ismeret, a szakirányok, a nemek és egyéb változók mentén, amelyhez hasonló leírás a szakirodalomban nem állt rendelkezésre. A hallgatói profilok leírásán túl az értekezés gyakorlatias és célzott fejlesztési javaslatokat fogalmaz meg az egyes típusokhoz igazodó oktatási intervenciókra vonatkozóan. Ez lehetővé teszi az interkulturális érzékenység differenciáltabb, személyre szabottabb fejlesztését az egészségügyi felsőoktatásban.

Az általunk fejlesztett és értékelt MUPS-MUSIC e-learning tananyag az első olyan hazai, szabadon felhasználható oktatási innováció, amely egyaránt megcélazza az interkulturális érzékenység, az empátia, a páciensközpontúság és a MUS-ellátás témáit. Maradandó eredmény továbbá, hogy az e-learning oktatási anyag számos európai felsőoktatási intézménybe eljutott, kurzusok alapját képezve, azokat színesítve vagy csupán egy-egy workshop formájában. A visszajelzések túlnyomóan pozitív mivolta, illetve a felület szabad elérhetősége és flexibilitása arra enged következtetni, hogy a jövőben is hasznosíthatják, oktatókat vagy egészségügyi szakembereket inspirálhat munkájuk egyedi módon való fejlesztéséhez. A program bevezetése, hatékonyság- és elégedettség vizsgálata, valamint a hallgatói visszajelzések elemzése fontos tapasztalatokat nyújt a digitális oktatás lehetőségeiről ezen a kevésbé kutatott területen. Összességében az értekezés új elméleti összefüggések bemutatása mellett, olyan gyakorlati eredményeket is bemutatott, amelyek közvetlenül hasznosíthatók kutatásokhoz vagy egészségügyi képzések fejlesztéséhez, és a hallgatói képességek célzott támogatásához.

Nyilatkozat: A disszertáció elkészítése során a szerző az OpenAI, Chat GPT-40-et használta, elsősorban a szerző által készített szövegek ellenőrzésére, rövidítésére. A szerző ellenőrizte és szerkesztette az eszköz által generált tartalmat, biztosítva annak pontosságát és a kutatásával és érveivel való összhangját. A szerző teljes felelősséget vállal a szöveg tartalmáért és eredetiségéért.

IRODALOMJEGYZÉK

- Aamland, A., Fosse, A., Ree, E., Abildsnes, E., & Malterud, K. (2017). Helpful strategies for GPs seeing patients with medically unexplained physical symptoms: a focus group study. *British Journal of General Practice*, 67(661), 572–579. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X691697>
- Aiarzaguena, J. M., Gaminde, I., Clemente, I., & Garrido, E. (2013). Explaining medically unexplained symptoms: Somatizing patients' responses in primary care. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 63–72. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.05.013>
- Aiarzaguena, J. M., Grandes, G., Gaminde, I., Salazar, A., Sánchez, Á., & Ariño, J. (2007). A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. *Psychological Medicine*, 37(2), 283–294. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009536>

- Album, D., & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, 66(1), 182–188. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.003>
- Alsma, J., van de Wouw, J., Jellema, K., Coffeng, S. M., Tobback, E., Delesie, L., ... & Weiland, A. (2019). Medically unexplained physical symptoms in patients visiting the emergency department: An international multicentre retrospective study. *European Journal of Emergency Medicine*, 26(4), 249-254. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000536>
- Altshuler, L., Sussman, N. M., & Kachur, E. (2003). Assessing changes in intercultural sensitivity among physician trainees using the intercultural development inventory. *International Journal of Intercultural Relations*, 27(4), 387–401. [https://doi.org/10.1016/S0147-1767\(03\)00029-4](https://doi.org/10.1016/S0147-1767(03)00029-4)
- Andersen, F. A., Johansen, A.-S. B., Søndergaard, J., Andersen, C. M., & Assing Hvidt, E. (2020). Revisiting the trajectory of medical students' empathy, and impact of gender, specialty preferences and nationality: A systematic review. *BMC Medical Education*, 20, 52. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1964-5>
- Arasaratnam-Smith, L. A., Murray-Gracia, J., Trevalon, M., Calloway-Thomas, C., Deardorff D. K., Paracka, & Heleta, S. (2017). PART I Introduction to intercultural competence. In D. K. Deardorff & L. A. Arasaratnam-Smith (Eds.), *Intercultural Competence in Higher Education* (pp. 5-65). New York: Routledge.
- Åsbring, P., & Närvänen, A. L. (2003). Ideal versus reality: Physicians perspectives on patients with chronic fatigue syndrome (CFS) and fibromyalgia. *Social Science & Medicine*, 57(4), 711–720. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00420-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00420-3)
- Assing Hvidt, E., Søndergaard, J., Hvidt, N. C., Wehberg, S., Büssing, A., & Andersen, C. M. (2020). Development in Danish medical students' empathy: Study protocol of a cross-sectional and longitudinal mixed-methods study. *BMC Medical Education*, 20, 54. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1967-2>
- Avella, J. (2016). Delphi panels: Research design, procedures, advantages, and challenges. *International Journal of Doctoral Studies*, 11, 305–321. <https://doi.org/10.28945/3561>
- Bahar-Özvarış, Ş., Güçiz-Doğan, B., Konşuk-Ünlü, H., Şanver, T. M., Susuz, Ç., & Sullivan, R. (2022). Adaptation of Intercultural Sensitivity Scale for Turkish medical students. *International Journal of Intercultural Relations*, 88, 163–176. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2022.04.010>
- Bakal, D., Steiert, M., Coll, P., Schaefer, J., Kreitzer, M. J., & Sierpina, V. (2009). Teaching

- physicians, nurses, and mental health professionals about medically unexplained symptoms: A course on the mindful body at the University of Calgary. *EXPLORE*, 5(2), 121–123. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2008.12.009>
- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781. DOI: 10.1056/NEJMp1109283
- Batt-Rawden, S. A., Chisolm, M. S., Anton, B., & Flickinger, T. E. (2013). Teaching empathy to medical students: An updated, systematic review. *Academic Medicine*, 88(8), 1171–1177. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318299f3e3>
- Bauer, D. J., & Shanahan, M. J. (2007) Modeling complex interactions: person-centered and variable-centered approaches. In T. D. Little, J. A. Bovaird & N. A. Card (Eds.), *Modeling contextual effects in longitudinal studies*. (pp. 255–283). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Becker, P. T., & Grunwald, P. C. (2000). Contextual dynamics of ethical decision making in the NICU. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 14(2), 58–72.
- Betancourt, J. R. (2003). Cross-cultural medical education: Conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Academic Medicine*, 78(6), 560–569.
- Betancourt, J. R., & Green, A. R. (2010). Commentary: Linking cultural competence training to improved health outcomes: Perspectives from the field. *Academic Medicine*, 85(4), 583–585. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181d2b2f3>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., & Carrillo, J. E. (2002). *Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches* (Field report vol. 576). New York, NY: Commonwealth Fund, Quality of Care for Underserved Populations.
- Boissy, A., Windover, A. K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R. M., ... & Rothberg, M. B. (2016). Communication skills training for physicians improves patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 31(7), 755–761. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3597-2>
- Brach, C., & Fraser, I. (2002). Reducing disparities through culturally competent health care: An analysis of the business case. *Quality Management in Healthcare*, 10(4), 15–28.
- Brauer, S. G., Yoon, J. D., & Curlin, F. A. (2017). Physician satisfaction in treating medically unexplained symptoms. *Southern Medical Journal*, 110(5), 386–391. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000000643>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Brislin, W. R., & Horvath, A. M. (1997). Cross-cultural training and multicultural education. In W. J. Berry, H. M. Segall, & C. Kagitcibasi (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology 3* (pp. 327-369). Needham: Allyn & Bacon.
- Brownell, A. K. W., Atkins, C., Whiteley, A., Woollard, R. F., & Kornelsen, J. (2016). Clinical practitioners' views on the management of patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS): A qualitative study. *BMJ open*, 6(12), e012379. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012379>
- Buda, B. (1993). Az empátia fogalmának kialakulása és fejlődéstörténete a modern lélektanban. In I. Koncz (Ed.), *Empátia...A beleélés lélektana* (pp. 11-43). Budapest: Ego School Bt.
- Burton, C. (2003). Beyond somatisation: A review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *British Journal of General Practice*, 53(488), 231–239.
- Burton, C., McGorm, K., Richardson, G., Weller, D., & Sharpe, M. (2012). Healthcare costs incurred by patients repeatedly referred to secondary medical care with medically unexplained symptoms: A cost of illness study. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(3), 242–247. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.12.009>
- Byrne, P. S., & Long, B. E. L. (1976). *Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behaviour of General Practitioners Consulting in Their Surgeries*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Cegala, D. J., McClure, L., Marinelli, T. M., & Post, D. M. (2000). The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews. *Patient Education and Counseling*, 41(2), 209–222. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(00\)00093-8](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00093-8)
- Chen, G. M. (1997). A review of the concept of intercultural sensitivity. *ERIC*, ed408634. <https://eric.ed.gov/?id=ed408634>
- Chen, G. M., & Starosta, W. J. (1996). Intercultural communication competence: A synthesis. *Annals of the International Communication Association*, 19(1), 353-383.
- Chen, G. M., & Starosta, W. J. (2000). The development and validation of the intercultural sensitivity scale. *ERIC*, ed4475253.
- Claassen-van Dessel, N., van der Wouden, J. C., Dekker, J., & van der Horst, H. E. (2016). Clinical value of DSM IV and DSM 5 criteria for diagnosing the most prevalent somatoform disorders in patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Journal of Psychosomatic Research*, 82, 4–10.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.01.004>

- Cook, C. T., Kosoko-Lasaki, O., & O'Brien, R. (2005). Satisfaction with and perceived cultural competency of healthcare providers: The minority experience. *Journal of the National Medical Association*, 97(8), 1078–1087.
- Cooper, A., Abbass, A., Zed, J., Bedford, L., Sampalli, T., & Town, J. (2017). Implementing a psychotherapy service for medically unexplained symptoms in a primary care setting. *Journal of Clinical Medicine*, 6(12), 109. <https://doi.org/10.3390/jcm6120109>
- Costa-Drolon, E., Verneuil, L., Manolios, E., Revah-Levy, A., & Sibeoni, J. (2021). Medical students' perspectives on empathy: a systematic review and metasynthesis. *Academic medicine*, 96(1), 142-154. DOI: 10.1097/ACM.00000000000003655
- Creed, F., Barsky, A., & Leiknes, K. A. (2011). Epidemiology: prevalence, causes and consequences. In F. Creed, P. Henningsen, & P. Fink (Eds.), *Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress: Developing better clinical services* (pp. 1-43). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511977862>
- Croicu, C., Chwastiak, L., & Katon, W. (2014). Approach to the patient with multiple somatic symptoms. *Medical Clinics*, 98(5), 1079–1095. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.06.007>
- Czachowski, S., Piszczek, E., Sowinska, A., & Hartman, T. C. olde. (2012). Challenges in the management of patients with medically unexplained symptoms in Poland: A qualitative study. *Family Practice*, 29(2), 228–234. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr065>
- Dantzer, R. (2005). Somatization: A psychoneuroimmune perspective. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 947–952. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.03.011>
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Davis, K., Schoenbaum, S. C., & Audet, A. M. (2005). A 2020 vision of patient-centered primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(10), 953–957. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0178.x>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- De Gucht, V., & Fischler, B. (2002). Somatization: A critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, 43(1), 1–9.

<https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.1.1>

- De Maesschalck, S. (2012). *Linguistic and cultural diversity in the consultation room: A tango between physicians and their ethnic minority patients* [Doctoral dissertation, Ghent University, Faculty of Medicine and Health Sciences, Ghent, Belgium]. <http://hdl.handle.net/1854/LU-2024301>
- De Waard, C. S., Poot, A. J., den Elzen, W. P., Wind, A. W., Caljouw, M. A., & Gussekloo, J. (2018). Perceived doctor-patient relationship and satisfaction with general practitioner care in older persons in residential homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(2), 189–197. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1459229>
- Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 781–797. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.002>
- Den Boeft, M., Huisman, D., van der Wouden, J. C., Numans, M. E., van der Horst, H. E., Lucassen, P. L., & olde Hartman, T. C. (2016). Recognition of patients with medically unexplained physical symptoms by family physicians: results of a focus group study. *BMC family practice*, 17, 55. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0451-x>
- Derksen, F., Bensing, J., Kuiper, S., van Meerendonk, M., & Lagro-Janssen, A. (2015). Empathy: What does it mean for GPs? A qualitative study. *Family Practice*, 32(1), 94–100. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu080>
- Edwards, T. M., Stern, A., Clarke, D. D., Ivbijaro, G., & Kasney, L. M. (2010). The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: A review of the literature. *Mental Health in Family Medicine*, 7(4), 209–221.
- Ekong, G., Kavookjian, J., & Hutchison, A. (2017). Predisposition for empathy, intercultural sensitivity, and intentions for using motivational interviewing in first year pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 81(8), 5989. <https://doi.org/10.5688/ajpe5989>
- Elf, M., Fröst, P., Lindahl, G., & Wijk, H. (2015). Shared decision making in designing new healthcare environments—Time to begin improving quality. *BMC Health Services Research*, 15, 114. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0782-7>
- Epstein, R. M., Hadee, T., Carroll, J., Meldrum, S. C., Lardner, J., & Shields, C. G. (2007). “Could this be something serious?”. *Journal of General Internal Medicine*, 22(12), 1731–1739. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0416-9>
- Erasmus+ a felsőoktatási szektorban. (n.d.). *Erasmusplus*.

https://erasmusplusz.hu/erasmusplusz_felsooktatas#section-73

- Faubl, N., Póto, Z., Marek, E., Birkás, B., Füzesi, Z., & Németh, T. (2021). Kulturális különbségek elfogadása a külföldi orvostanhallgatók beilleszkedésében. *Orvosi Hetilap*, 162(25), 978-987. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32104>
- Finset, A. (2018). Why do doctors not learn how to explain „medically unexplained symptoms”. *Patient Education and Counseling*, 101(5), 763–764. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.03.022>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Fritz, W., Graf, A., Hentze, J., Möllenberg, A., & Chen, G. M. (2005). An examination of Chen and Starosta’s model of intercultural sensitivity in Germany and United States. *Intercultural Communication Studies*, 14(1), 53-64. https://digitalcommons.uri.edu/com_facpubs/24
- Fritz, W., Möllenberg, A., & Chen, G. M. (2001). Measuring intercultural sensitivity in different cultural context. *ERIC*, ed456491.
- Fülöp, M. (2009). A kultúraközi és a kulturális összehasonlító pszichológia magyarországon. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 64(1), 3–83. <https://doi.org/10.1556/mpszle.64.2009.1.1>
- Garrison, N. O., & Ibañez, G. E. (2016). Attitudes of health care providers toward LGBT patients: The need for cultural sensitivity training. *American Journal of Public Health*, 106(3), 570-571. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.303010>
- Gaufberg, E. H., Batalden, M., Sands, R., & Bell, S. K. (2010). The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections?. *Academic Medicine*, 85(11), 1709-1716. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181f57899
- Gibson, D., & Zhong, M. (2005). Intercultural communication competence in the healthcare context. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(5), 621–634. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.008>
- Giger, J., Davidhizar, R. E., Purnell, L., Harden, J. T., Phillips, J., & Strickland, O. (2007). American Academy of Nursing expert panel report: Developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2), 95–102. <https://doi.org/10.1177/1043659606298618>
- Goldberg, D., Gask, L., & O’Dowd, T. (1989). The treatment of somatization: Teaching techniques of reattribution. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(6), 689–695.

[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(89\)90084-6](https://doi.org/10.1016/0022-3999(89)90084-6)

- Green, A. R., Tulissi, A., Eras, S., Cairns, S. L., & Bruckner, D. (2018). Building an inclusive campus: Developing students' intercultural competencies through an interreligious and intercultural diversity program. *Canadian Journal of Higher Education / Revue Canadienne d'enseignement Supérieur*, 48(3), 43–64. <https://doi.org/10.7202/1057128ar>
- Green, J., & Thorogood, N. (2018). *Qualitative Methods for Health Research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Grützmann, R., Rückert, F., Hippe-Davies, N., Distler, M., & Saeger, H.-D. (2012). Evaluation of the international study group of pancreatic surgery definition of post-pancreatectomy hemorrhage in a high-volume center. *Surgery*, 151(4), 612–620. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2011.09.039>
- Hagqvist, P., Oikarainen, A., Tuomikoski, A.-M., Juntunen, J., & Mikkonen, K. (2020). Clinical mentors' experiences of their intercultural communication competence in mentoring culturally and linguistically diverse nursing students: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 87, 104348. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104348>
- Hamilton, J. (2009). Intercultural competence in medical education – essential to acquire, difficult to assess. *Medical Teacher*, 31(9), 862–865. <https://doi.org/10.1080/01421590802530906>
- Hammer, M. R., Bennett, M. J., & Wiseman, R. (2003). Measuring intercultural sensitivity: The intercultural development inventory. *International Journal of Intercultural Relations*, 27(4), 421–443. [https://doi.org/10.1016/S0147-1767\(03\)00032-4](https://doi.org/10.1016/S0147-1767(03)00032-4)
- Harden, R. M. (2002). Learning outcomes and instructional objectives: is there a difference?. *Medical Teacher*, 24(2), 151-155. <https://doi.org/10.1080/0142159022020687>
- Hartman, T. C. olde, Rosendal, M., Aamland, A., van der Horst, H. E., Rosmalen, J. G., Burton, C. D., & Lucassen, P. L. (2017). What do guidelines and systematic reviews tell us about the management of medically unexplained symptoms in primary care? *BJGP Open*, 1(3), bjgpopen17X101061. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen17X101061>
- Hartman, T. C. olde, Hassink-Franke, L. J., Lucassen, P. L., van Spaendonck, K. P., & van Weel, C. (2009). Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Family Practice*, 10(1), 68.
- Heise, L., Greene, M. E., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., ... & Gupta, G. R. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms: Framing the

- challenges to health. *The Lancet*, 393(10189), 2440–2454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30652-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30652-X)
- Himmelstein, M. S., & Sanchez, D. T. (2016). Masculinity in the doctor's office: Masculinity, gendered doctor preference and doctor–patient communication. *Preventive Medicine*, 84, 34–40. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.12.008>
- Hites-Lukács, V. (2020). *Orvosilag nem magyarázott tünetek értelmezése a szegedi orvostanhallgatók és pszichológus hallgatók körében* [Szakdolgozat, Szegedi Tudományegyetem]. SZTE Diplomamunka Repozitórium. <https://diploma.bibl.u-szeged.hu/id/eprint/109629/>
- Hogyan kommunikáljunk az orvossal? (2020). *ELTE PPK*. <https://www.ppk.elte.hu/content/hogyan-kommunikaljunk-az-orvossal.e.13189>
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Gonnella, J. S., & Magee, M. (2005). Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training 3 years later. *The Journal of Social Psychology*, 145(6), 663–672. <https://doi.org/10.3200/SOCP.145.6.663-672>
- Hojat, M., Vergare, M., Isenberg, G., Cohen, M., & Spandorfer, J. (2015). Underlying construct of empathy, optimism, and burnout in medical students. *International Journal of Medical Education*, 6, 12–16. <https://doi.org/10.5116/ijme.54c3.60cd>
- Hrastinski, S. (2008). Asynchronous and synchronous e-learning. *Educause Quarterly*, 31(4), 51–55.
- Husband, C. (2000). Recognising diversity and developing skills: The proper role of transcultural communication. *European Journal of Social Work*, 3(3), 225–234. <https://doi.org/10.1080/714052826>
- Huszti, J., & Wéber, K. (2014). Interkulturális orvosi kommunikáció Európában - Egy tananyagfejlesztés tanulságai. In Zs. Bocz (Ed.), *PORTA LINGUA – 2014 Szaknyelvi regiszterek és használati színterek cikkek, tanulmányok a hazai szaknyelvoktatásról és –kutatásról* (pp. 87–96). Budapest: Szaknyelvoktatók és –Kutatók Országos Egyesülete. ISSN 1785-2420
- Hyun, I. (2008). Clinical cultural competence and the threat of ethical relativism. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 17(2), 154–163. <https://doi.org/10.1017/S0963180108080183>
- Johansen, M. L., & Risor, M. B. (2017). What is the problem with medically unexplained symptoms for GPs? A meta-synthesis of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 100(4), 647–654. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.11.015>

- Johnson, R. L., Roter, D., Powe, N. R., & Cooper, L. A. (2004). Patient race/ethnicity and quality of patient–physician communication during medical visits. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2084–2090. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.12.2084>
- Joyce, E., Cowing, J., Lazarus, C., Smith, C., Zenzuck, V., & Peters, S. (2018). Training tomorrow’s doctors to explain ‘medically unexplained’ physical symptoms: An examination of UK medical educators’ views of barriers and solutions. *Patient Education and Counseling*, 101(5), 878–884. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.11.020>
- Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., & Riess, H. (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: A systematic review and meta-Analysis of randomized controlled trials. *PLOS ONE*, 9(4), e94207. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094207>
- Kende, A., Szili, K., & Csabai, M. (2005). Laikusok és gyakorló orvosok nézetei a szomatizációról. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6(1), 53-69. <https://doi.org/10.1556/mental.6.2005.1.4>
- Kim, Y. Y. (2001). The process of cross-cultural adaptation. In M. H. Seawell, & D. Santoyo (Eds.), *Becoming intercultural: An integrative theory of communication and cross-cultural adaptation* (pp. 45-71). Thousand Oaks: SAGE Publication Inc.
- Kirmayer, L. J., & Looper, K. J. (2006). Abnormal illness behaviour: Physiological, psychological and social dimensions of coping with distress. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(1), 54-60. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000194810.76096.f2>
- Kis, N., & Fejes, J. B. (2023). Oktatási intervenció – értékes, de ritka jószág. *Magyar Pedagógia*, 123(2), 67–81. <https://doi.org/10.14232/mped.2023.2.67>
- Klein, J. G. (2005). Five pitfalls in decisions about diagnosis and prescribing. *Bmj*, 330(7494), 781-783. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7494.781>
- Konrath, S. H., O’Brien, E. H., & Hsing, C. (2011). Changes in dispositional empathy in American college students over time: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 15(2), 180–198. <https://doi.org/10.1177/1088868310377395>
- Kounou, K. B., Brodard, F., Gnassingbe, A., Dogbe Foli, A. A., Sager, J. C., Schmitt, L., & Bui, E. (2017). Posttraumatic stress, somatization, and quality of life among Ivorian refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 30(6), 682–689. <https://doi.org/10.1002/jts.22244>
- Koyuncu, I., & Kiliç, A. (2019). The use of exploratory and confirmatory factor analyses: A document analysis. *EGITIM VE BILIM-EDUCATION AND SCIENCE*, 44(198).

- <https://doi.org/10.15390/eb.2019.7665>
- Kulcsár, Zs. (1998). *Egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Kyriazos, T. A. (2018). Applied psychometrics: Sample size and sample power considerations in factor analysis (EFA, CFA) and SEM in General. *Psychology*, 09(08), 2207-2230. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.98126>
- Lanting, K., Dogra, N., Hendrickx, K., Nathan, Y., Sim, J., & Suurmond, J. (2019). Culturally competent in medical education – European medical teachers’ self-reported preparedness and training needs to teach cultural competence topics and to teach a diverse class. *MedEdPublish*, 8, 98. <https://doi.org/10.15694/mep.2019.000098.1>
- Larisch, A., Schweickhardt, A., Wirsching, M., & Fritzsche, K. (2004). Psychosocial interventions for somatizing patients by the general practitioner: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(6), 507–514. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.04.372>
- Leyerzapf, H., & Abma, T. (2017). Cultural minority students’ experiences with intercultural competency in medical education. *Medical Education*, 51(5), 521–530. <https://doi.org/10.1111/medu.13302>
- Liu, Y., & Shirley, T. (2021). Without crossing a border: Exploring the impact of shifting study abroad online on students’ learning and intercultural competence development during the covid-19 pandemic. *Online Learning Journal*, 25(1), 182–194. <https://doi.org/10.24059/olj.v25i1.2471>
- Löwe, B., & Gerloff, C. (2018). Functional somatic symptoms across cultures: Perceptual and health care issues. *Psychosomatic Medicine*, 80(5), 412–415. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000594
- Lucza, L., & Csabai, M. (2025). Kommunikáció az egészségügyben. In I. Kohlne Papp & F. Túry (Eds.) *Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a dietetikai ellátásban* (pp. 59-71). Oriold Kiadó.
- Lucza, L., Martos, T., Sallay, V., Simon, T., Weiland, A., Vermeir, P., & Csabai, M. (2024). Profiles of intercultural sensitivity of healthcare students: A person-centred approach. *International Journal of Medical Education*, 15, 113–123. <https://doi.org/10.5116/ijme.66dd.beb3>
- Lucza, L., Martos, T., Sallay, V., Weiland, A., Vermeir, P., & Csabai, M. (2023). Az Interkulturális Érzékenység Skála magyar változatának pszichometriai vizsgálata orvostanhallgatók és pszichológia szakos hallgatók mintáján. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 78(1), 61-80. <https://doi.org/10.1556/0016.2022.00044>

- Lyles, J. S., Hodges, A., Collins, C., Lein, C., Given, C. W., Given, B., ... & Smith, R. C. (2003). Using nurse practitioners to implement an intervention in primary care for high-utilizing patients with medically unexplained symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 25(2), 63–73. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(02\)00288-8](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(02)00288-8)
- Maatz, A., Wainwright, M., Russell, A. J., Macnaughton, J., & Yiannakou, Y. (2016). What's 'difficult'? A multi-stage qualitative analysis of secondary care specialists' experiences with medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 90, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.09.005>
- MacFarlane, A., Puthoopparambil, S. J., Waagensen, E., Sisti, L. G., Costanzo, G., Kayi, I., ... & Hannigan, A. (2023). Framework for refugee and migrant health research in the WHO European Region. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 28(2), 90–97. <https://doi.org/10.1111/tmi.13845>
- Marek, E., & Németh, T. (2020). Intercultural competence in healthcar. *Orvosi Hetilap*, 161(32), 1322–1330. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31836>
- Matsatsinis, N. F., Grigoroudis, E., & Delias, P. (2003). User satisfaction and e-learning systems: Towards a multi-criteria evaluation methodology. *Operational Research*, 3(3), 249-259. <https://doi.org/10.1007/BF02936404>
- Menardo, D. A. (2017). *Mindfulness, empathy, and intercultural sensitivity amongst undergraduate students* [Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, Alliant International University, San Francisco, USA]. <https://www.proquest.com/docview/1936693732>
- Moradi, E. (2020). Validation of Persian translation of the Intercultural Sensitivity Scale using Rasch model. *Journal of Ethnic and Cultural Studies*, 7(3), 63–75. <http://dx.doi.org/10.29333/ejecs/374>
- Nagy, V. (2020). *E-learning értékelési módszerek* [Doktori disszertáció, Budapesti Corvinus Egyetem, Gazdálkodástani Doktori Iskola, Infokommunikációs Tanszék]. Budapest, Magyarország. https://phd.lib.uni-corvinus.hu/1103/1/Nagy_Vitez_dhu.pdf
- Nakamura, Y., Takeuchi, T., Hashimoto, K., & Hashizume, M. (2017). Clinical features of outpatients with somatization symptoms treated at a Japanese psychosomatic medicine clinic. *BioPsychoSocial Medicine*, 11(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s13030-017-0104-x>
- Nameni, A., & Dowlatbadi, H. (2019). A Study of the level of intercultural communicative competence and intercultural sensitivity of Iranian medical students based on ethnicity. *Journal of Intercultural Communication Research*, 48(1), 21–34.

<https://doi.org/10.1080/17475759.2018.1549586>

- Nemzeti Közzolgálati Egyetem. (n.d.). *Általános információk – DPR*. Nemzeti Közzolgálati Egyetem. <https://www.uni-nke.hu/oktatas/statisztikak-elemzesek/dpr/altalanos-informaciok>
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., ... & Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: A Systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996-1009. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>
- Nguyen Luú, L. A. (2019). A nemzetközi mobilitás pszichológiai és szociokulturális vonatkozásai: A külföldön tanuló diákok akkulturációjának szakirodalma. *Alkalmazott Pszichológia*, 19(1), 53–93.
- Nicol, D. J., & Macfarlane-Dick, D. (2006). Formative assessment and self-regulated learning: A model and seven principles of good feedback practice. *Studies in Higher Education*, 31(2), 199-218. <https://doi.org/10.1080/03075070600572090>
- Nimnuan, C., Hotopf, M., & Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms: An epidemiological study in seven specialities. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(1), 361–367. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00223-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00223-9)
- Nylund, K. L., Asparouhov, T., & Muthén, B. O. (2007). Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: A Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(4), 535–569. <https://doi.org/10.1080/10705510701575396>
- Obeng, C. S., Emetu, R. E., & Bowman, S. (2015). Immigrant college students' experiences with their American physicians. *International Public Health Journal*, 7(4), 351-355.
- O'Dowd G. V. G. (2004). Doctor-patient communication: An introduction for medical students. *Bulletin of Hamamatsu University School of Medicine*, 18, 39–52.
- Olsson, E., Wallach-Kildemoes, H., Ahmed, B., Ingman, P., Kaae, S., & Källemark Sporrang, S. (2017). The influence of generic substitution on the content of patient–pharmacist communication in Swedish community pharmacies. *International Journal of Pharmacy Practice*, 25(4), 274–281. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12299>
- Paasche-Orlow, M. (2004). The ethics of cultural competence. *Academic Medicine*, 79(4), 347-350.
- Paroz, S., Daele, A., Viret, F., Vadot, S., Bonvin, R., & Bodenmann, P. (2016). Cultural competence and simulated patients. *The Clinical Teacher*, 13(5), 369–373.

<https://doi.org/10.1111/tct.12466>

- Patel, R. S., Sekhri, S., Bhimanadham, N. N., Imran, S., & Hossain, S. (2019). A review on strategies to manage physician burnout. *Cureus*, 11(6), e4805. <https://doi.org/10.7759/cureus.4805>
- Paternotte, E., van Dulmen, S., Bank, L., Seeleman, C., Scherpbier, A., & Scheele, F. (2017). Intercultural communication through the eyes of patients: Experiences and preferences. *International Journal of Medical Education*, 8, 170–175. <https://doi.org/10.5116/ijme.591b.19f9>
- Pedersen, R. (2010). Empathy development in medical education – A critical review. *Medical Teacher*, 32(7), 593–600. <https://doi.org/10.3109/01421590903544702>
- Pikó, B. F. (2002). Socio-cultural stress in modern societies and the myth of anxiety in Eastern Europe. *Administration and Policy in Mental Health*, 29(3), 275–280.
- Polyák, I., Andrási, G., Kéry, D., & Tardos, K. (2014). Interkulturális kompetencia és szervezeti mérésének lehetőségei. *Vezetéstudomány - Budapest Management Review*, 45(4), 18–29.
- Pop, M., Hollós, S., & Mészáros, J. (2012). Assessment of multiculturalism in nursing based on a survey's experience. *Orvosi Hetilap*, 153(43), 1711–1718. <https://doi.org/10.1556/oh.2012.29479>
- Quince, T. A., Kinnersley, P., Hales, J., da Silva, A., Moriarty, H., Thiemann, P., ... & Benson, J. (2016). Empathy among undergraduate medical students: A multi-centre cross-sectional comparison of students beginning and approaching the end of their course. *BMC Medical Education*, 16, 92. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0603-7>
- Rasmussen, E. B., & Rø, K. I. (2018). How general practitioners understand and handle medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC family practice*, 19, 50. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0745-2>
- Reid, S., Whooley, D., Crayford, T., & Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms—GPs' attitudes towards their cause and management. *Family Practice*, 18(5), 519–523. <https://doi.org/10.1093/fampra/18.5.519>
- Rief, W., & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 821–841. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.005>
- Roenneberg, C., Sattel, H., Schaefer, R., Henningsen, P., & Hausteiner-Wiehle, C. (2019). Functional somatic symptoms. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(33–34), 553–560. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0553>

- Rohloff, H. G., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2014). Somatization in refugees: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(11), 1793–1804. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0877-1>
- Rosenberg, J. M., Beymer, P. N., Anderson, D. J., Van Lissa, C. J., & Schmidt, J. A. (2019). tidyLPA: An R package to easily carry out latent profile analysis (LPA) using open-source or commercial software. *Journal of Open Source Software*, 3(30), 978.
- Rosendal, M., Bro, F., Sokolowski, I., Fink, P., Toft, T., & Olesen, F. (2005). A randomised controlled trial of brief training in assessment and treatment of somatisation: Effects on GPs' attitudes. *Family Practice*, 22(4), 419–427. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi033>
- Rothlind, E., Fors, U., Salminen, H., Wändell, P., & Ekblad, S. (2018). Circling the undefined—A grounded theory study of intercultural consultations in Swedish primary care. *PLOS ONE*, 13(8), e0203383. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203383>
- Ruiz, J. G., Mintzer, M. J., & Leipzig, R. M. (2006). The impact of e-learning in medical education. *Academic Medicine*, 81(3), 207–212.
- Rukadikar, C., Mali, S., Bajpai, R., Rukadikar, A., & Singh, A. K. (2022). A review on cultural competency in medical education. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(8), 4319–4329. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_2503_21
- Ryckeghem, H., Delesie, L., Tobback, E., Lievens, S., Vogelaers, D., & Mariman, A. (2017). Exploring the potential role of the advanced nurse practitioner within a care path for patients with chronic fatigue syndrome. *Journal of Advanced Nursing*, 73(7), 1610–1619. <https://doi.org/10.1111/jan.13244>
- Sallay, V., Martos, T., Lucza, L., Papp-Zipernovszky, O., & Csabai, M. (2023). Health psychology services for people in disadvantaged regions of Hungary: Experiences from the primary health care development model program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 3900. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053900>
- Sallay, V., Martos, T., Lucza, L., Weiland, A., Stegers-Jager, K. M., Vermeir, P., ... & Csabai, M. (2022). Medical educators' experiences on medically unexplained symptoms and intercultural communication—An expert focus group study. *BMC Medical Education*, 22, 310. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03275-0>
- Schulz, R. A. (2007). The challenge of assessing cultural understanding in the context of foreign language instruction. *Foreign Language Annals*, 40(1), 9–26. <https://doi.org/10.1111/j.1944-9720.2007.tb02851.x>

- Shattock, L., Williamson, H., Caldwell, K., Anderson, K., & Peters, S. (2013). 'They've just got symptoms without science': Medical trainees' acquisition of negative attitudes towards patients with medically unexplained symptoms. *Patient Education and Counseling*, 91(2), 249–254. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.12.015>
- Sirri, L., Grandi, S., & Tossani, E. (2017). Medically unexplained symptoms and general practitioners: A comprehensive survey about their attitudes, experiences and management strategies. *Family Practice*, 34(2), 201–205. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz130>
- Smith, R. C., Laird-Fick, H., Dwamena, F. C., Freilich, L., Mavis, B., Grayson-Sneed, K., ... & Solomon, D. (2018). Teaching residents mental health care. *Patient Education and Counseling*, 101(12), 2145–2155. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.07.023>
- Song, M., & Yang, N. (2016). Intercultural communicative competence, self-esteem cultural competence of nursing students. *International Journal of Advanced Nursing Education and Research*, 1(1), 13-18. <http://dx.doi.org/10.21742/ijaner.2016.1.1.03>
- Sorensen, J., Norredam, M., Dogra, N., Essink-Bot, M. L., Suurmond, J., & Krasnik, A. (2017). Enhancing cultural competence in medical education. *International Journal of Medical Education*, 8, 28–30. <https://doi.org/10.5116/ijme.587a.0333>
- Spencer, C. (2007). 'Cultural competency in health: A guide for policy, partnership and articulation'. *Australasian Journal of Paramedicine*, 5, 1–6. <https://doi.org/10.33151/ajp.5.2.406>
- Spurk, D., Hirschi, A., Wang, M., Valero, D., & Kauffeld, S. (2020). Latent profile analysis: A review and “how to” guide of its application within vocational behavior research. *Journal of Vocational Behavior*, 120, 103445. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103445>
- Stenhoff, A. L., Sadreddini, S., Peters, S., & Wearden, A. (2015). Understanding medical students' views of chronic fatigue syndrome: A qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 20(2), 198–209. <https://doi.org/10.1177/1359105313501534>
- Stone, L. (2014). Managing the consultation with patients with medically unexplained symptoms: A grounded theory study of supervisors and registrars in general practice. *BMC Family Practice*, 15, 192. <https://doi.org/10.1186/s12875-014-0192-7>
- Stortenbeker, I. A., Houwen, J., Lucassen, P. L., Stappers, H. W., Assendelft, W. J., van Dulmen, S., ... & Das, E. (2018). Quantifying positive communication: Doctor's language and patient anxiety in primary care consultations. *Patient Education and Counseling*, 101(9), 1577–1584. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.05.002>

- Stubbing, E. A., Helmich, E., & Cleland, J. (2019). Medical student views of and responses to expectations of professionalism. *Medical Education*, 53(10), 1025–1036. <https://doi.org/10.1111/medu.13933>
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Sun, P. C., Tsai, R. J., Finger, G., Chen, Y. Y., & Yeh, D. (2008). What drives a successful e-Learning? An empirical investigation of the critical factors influencing learner satisfaction. *Computers & Education*, 50(4), 1183–1202. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2006.11.007>
- Szadoczky, E., Rihmer, Z., Papp, Z. S., & Füredi, J. (1997). The prevalence of affective and anxiety disorders in primary care practice in Hungary. *Journal of Affective Disorders*, 43(3), 239–244. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)01439-0](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)01439-0)
- Szegedi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar. (n.d.). Oktatói munka hallgatói véleményezésének rendje. Szegedi Tudományegyetem. <https://www.juris.u-szeged.hu/karunkrol/szabalyzatok/oktatoi-munka-hallgatoi>
- Tamam, E. (2010). Examining Chen and Starosta's model of intercultural sensitivity in a multiracial collectivistic country. *Journal of Intercultural Communication Research*, 39(3), 173–183. <https://doi.org/10.1080/17475759.2010.534860>
- Tein, J. Y., Cox, S., & Cham, H. (2013). Statistical power to detect the correct number of classes in latent profile analysis. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 20(4), 640–657. <https://doi.org/10.1080/10705511.2013.824781>
- Thistlethwaite, J. (2009). Patient—doctor interactions: Emotional cues and discussing prognosis. *InnovAiT*, 2(10), 598–604. <https://doi.org/10.1093/innovait/inp157>
- Tiringer, I., Nagy, A., Teleki, Sz., Žilinski, N., & Szabados, E. (2020). Egy standardizált betegedukációs program lehetőségei az osztályos kardiológiai rehabilitációban. *Cardiologia Hungarica*, 50(5), 348–357. <https://doi.org/10.26430/CHUNGARICA.2020.50.5.348>
- Tompkins, A., Cook, T., Miller, E., & LePeau, L. A. (2017). Gender influences on students' study abroad participation and intercultural competence. *Journal of Student Affairs Research and Practice*, 54(2), 204–216. <https://doi.org/10.1080/19496591.2017.1284671>
- Toscu, S., & Erten, İ. H. (2020). Developing intercultural communicative competence by the

- means of telecollaboration. *Education and Information Technologies*, 25(5), 4517–4534. <https://doi.org/10.1007/s10639-020-10174-8>
- Tringer, L. (2022). *A gyógyító beszélgetés* (5. kiadás). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Ulrey, K. L., & Amason, P. (2001). Intercultural communication between patients and health care providers: An exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety. *Health Communication*, 13(4), 449–463. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1304_06
- Valero-Garcés, C. (2014). *Health, communication and multicultural communities: Topics on intercultural communication for healthcare professionals*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.
- Van der Feltz-Cornelis, C. M., Hoedeman, R., Keuter, E. J. W., & Swinkels, J. A. (2012). Presentation of the multidisciplinary guideline medically unexplained physical symptoms (MUPS) and somatoform disorder in the Netherlands: Disease management according to risk profiles. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(2), 168–169. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.11.007>
- Van der Weijden, T., van Velsen, M., Dinant, G.-J., van Hasselt, C. M., & Grol, R. (2003). Unexplained complaints in general practice: Prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Medical Decision Making*, 23(3), 226–231. <https://doi.org/10.1177/0272989X03023003004>
- Van Wieringen, J. C. M., Harmsen, J. A. M., & Bruijnzeels, M. A. (2002). Intercultural communication in general practice. *European Journal of Public Health*, 12(1), 63–68. <https://doi.org/10.1093/eurpub/12.1.63>
- Vargha, A., Bergman, L. R., & Takács, S. (2016). Performing cluster analysis within a person-oriented context: Some methods for evaluating the quality of cluster solutions. *Journal for Person-Oriented Research*, 2(1–2), 78–86. <https://doi.org/10.17505/jpor.2016.08>
- Verhaak, P. F. M., Meijer, S. A., Visser, A. P., & Wolters, G. (2006). Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*, 23(4), 414–420. <https://doi.org/10.1093/fampra/cml016>
- Vermeir, P., Mariman, A., Lucza, L., Sallay, V., Weiland, A., Stegers-Jager, K. M., & Vogelaers, D. (2021). Epidemiology and organisation of care in medically unexplained symptoms: A systematic review with a focus on cultural diversity and migrants. *International Journal of Clinical Practice*, 75(12), e14855. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14855>
- Wang, W., & Zhou, M. (2016). Validation of the short form of the Intercultural Sensitivity

- Scale (ISS-15). *International Journal of Intercultural Relations*, 55, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2016.08.002>
- Weiland, A., Blankenstein, A. H., Van Saase, J. L., Van der Molen, H. T., Jacobs, M. E., Abels, D. C., ... & Arends, L. R. (2015). Training medical specialists to communicate better with patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS). A randomized, controlled trial. *PLOS ONE*, 10(9), e0138342. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138342>
- Weiland, A., Blankenstein, A. H., Willems, M. H. A., Van Saase, J. L. C. M., Van der Molen, H. T., Van Dulmen, A. M., & Arends, L. R. (2013). Post-graduate education for medical specialists focused on patients with medically unexplained physical symptoms; development of a communication skills training programme. *Patient Education and Counseling*, 92(3), 355–360. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.027>
- Williams, T. R. (2005). Exploring the impact of study abroad on students' intercultural communication skills: Adaptability and sensitivity. *Journal of Studies in International Education*, 9(4), 356–371. <https://doi.org/10.1177/1028315305277681>
- Wu, J. F. (2015). Examining Chen and Starosta's model of intercultural sensitivity in the Taiwanese cultural context. *International Journal of Modern Education and Computer Science*, 7(6), 1-8.
- Yon, K., Nettleton, S., Walters, K., Lamahewa, K., & Buszewicz, M. (2015). Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study. *BMJ open*, 5(12), e009593. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009593>
- Zhang, X., & Zhou, M. (2019). Interventions to promote learners' intercultural competence: A meta-analysis. *International Journal of Intercultural Relations*, 71, 31–47. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2019.04.006>
- 30 éves az Erasmus. (2017). *Tempus Közalapítvány*. <https://tka.hu/erasmus30/7346/30-eves-az-erasmus>

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönöm témavezetőmnek, Prof. Dr. Csabai Mártának, hogy motivált a mesterképzés utáni tanulmányaim folytatására, hogy a MUSIC nemzetközi felsőoktatásfejlesztő projektbe bevont, és a doktori képzés alatt végig mellettem volt, segített és támogatott.

Köszönettel tartozom Dr. habil Barabás Katalinnak, Prof. Dr. Martos Tamásnak és Dr. Sallay Violának, akiktől rengeteget tanultam közös publikációs folyamataink és egyéb szakmai

együttműködések következtében. Hálás vagyok a MUSIC projekt és projektpartnerek támogatásának, a résztvevő hallgatóknak és munkatársaknak, hogy segítették az adatfelvételt, idejüket és szakértelmüket adták a munka során, valamint a résztvevőknek, akik válaszaikkal segítettek publikációim létrejöttét.

Hálás vagyok az SZTE Neveléstudományi Doktori Iskola korábbi és jelenlegi vezetőségének, Prof. Dr. Csapó Benőnek és Prof. Dr. Molnár Gyöngyvérnek, a színvonalas oktatásért. Köszönöm a kutatási szemináriumon elhangzott hasznos visszajelzéseket az oktatóktól és társaimtól, amelyek segítettek a munkám alakulását. Nagyon köszönöm hallgatótársaimnak, különösen Simon-Zámbori Petrának, hogy mindig számíthattunk egymásra a képzési folyamat kihívásai során. Hálás vagyok még férjemnek, családomnak és barátaimnak, akik végig mellettem álltak támogatásukkal, és akik nélkül munkám nem valósulhatott volna meg.

MELLÉKLETEK

1. melléklet. Orvosilag nem magyarázott tünetek és interkulturális kommunikáció - Hallgatói papír-alapú kérdőív, 2019-2020

Kedves Résztvevő,

Meghívjuk Önt résztvevőként egy kutatásba, melynek címe *Orvosilag nem magyarázott tünetek és interkulturális kommunikáció - oktatásfejlesztés*. A projektet a Szegedi Tudományegyetem (Magyarország), a Rotterdami Egyetem (Hollandia) és a Genti Egyetem (Belgium) vezeti, az Erasmus+ Stratégiai Partnerség Program keretében.

A projekt célja egy nemzetközi oktatási program fejlesztése orvostanhallgatók és más, gyógyító foglalkozásra készülő hallgatók részére.

Nagyon köszönjük, hogy hozzájárul a kutatásban való részvételhez! A részvétel teljesen önkéntes. Szabadon abbahagyhatja a kitöltést a kérdőív kitöltése során bármikor, annak bármely pontján. A kérdőív befejezése és leadása azt jelenti, hogy beleegyezett a részvételbe.

A vizsgálat névtelen. Nem gyűjtünk vagy tárolunk információkat személyazonosságával kapcsolatban.

A kérdőívben az Ön által nyújtott információkat csak kutatási célokra használjuk fel. Személyes válaszai nem kerülnek felhasználásra olyan módon, amely alapján

személyazonossága megállapítható lenne. A kutatás során nyert adatokat csak összesített formában elemezzük és publikáljuk.

Az eredmények Krajnovic Erna és Darvay-Osváth Kinga (MA pszichológia szakos hallgatók) szakdolgozati, valamint Lucza Lilla (PhD hallgató) doktori kutatásának részét képezik.

Amennyiben bármilyen kérdése lenne a vizsgálattal vagy a teljes projekttel kapcsolatban, kérjük keresse Prof. Csabai Mártát (SZTE BTK Pszichológiai Intézet), a projekt magyarországi csoportjának vezetőjét:

marta.csabai@psy.u-szeged.hu

Köszönjük, hogy válaszaival segíti munkánkat!

Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre!

Életkora:

Neme: nő / férfi

Intézmény, aminek a hallgatója (egyetem, kar, szak):

.....

Egyetemi évfolyama: 1 2 3 4 5 6

Nemzetisége:

Anyanyelve:.....

Milyen nyelveken beszél az anyanyelvén kívül? Kérjük, sorolja fel!

.....

.....

.....

.....

.....

Ha élt külföldön, sorolja fel azokat az országokat, ahol hosszabb ideig élt (legalább 3 hónapig)!

.....

.....

.....
.....
Definiálja a kifejezést: „orvosilag nem magyarázott tünetek” („medically unexplained symptoms” / MUS)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Becsülje meg az orvosilag nem magyarázott tünetek gyakoriságát az egészségügyi alapellátásban! Karikázza be a válasz betűjelét!

- A) 0 -20%
- B) 20-40%
- C) 40-60%
- D) 60-80%
- E) Több, mint 80%

Becsülje meg az orvosilag nem magyarázott tünetek gyakoriságát az egészségügyi szakellátásban! Karikázza be a válasz betűjelét!

- A) 0 -20%
- B) 20-40%
- C) 40-60%
- D) 60-80%
- E) Több, mint 80%

Az alábbi állítások az orvosilag nem magyarázott tünetekre vonatkoznak. Nincsenek jó vagy rossz válaszok. Kérjük, dolgozzon gyorsan és rögzítse első benyomását, jelölve az állításokkal való egyetértésének vagy egyet nem értésének mértékét/fokát.

5 = teljesen egyetértek
4 = egyetértek

3 = bizonytalan vagyok

2 = nem értek egyet

1 = egyáltalán nem értek egyet

1. Az orvosilag nem magyarázott tünetekkel rendelkező pácienseket nehéz kezelni

5 4 3 2 1

2. Az orvosilag nem magyarázott tünetekkel rendelkező pácienseknek diagnosztizálatlan testi betegsége van

5 4 3 2 1

3. Az orvosilag nem magyarázott tünetekkel rendelkező pácienseknek személyiségzavara van

5 4 3 2 1

4. Az orvosilag nem magyarázott tünetekkel rendelkező pácienseknek pszichiátriai betegsége van

5 4 3 2 1

5. Az orvosilag nem magyarázott tünetekkel rendelkező pácienseket

— az egészségügyi alapellátásban kellene kezelni

5 4 3 2 1

— a járóbeteg szakellátásban kellene kezelni

5 4 3 2 1

— a pszichiátriai ellátás területén kellene kezelni

5 4 3 2 1

— egyéb keretek közt kellene kezelni

5 4 3 2 1

6. Jelenleg milyen keretek között biztosított az orvosilag nem magyarázott tünetek leghatékonyabb kezelése?

— az egészségügyi alapellátásban

5	4	3	2	1
— a járóbeteg szakellátásban				
5	4	3	2	1
— a pszichiátriai ellátás területén				
5	4	3	2	1
— egyéb keretek közt				
5	4	3	2	1

7. Mi a szerepe az orvosnak az orvosilag nem magyarázott tünetekkel rendelkező páciensek kezelésében?

— Megnyugtatót és támogatást nyújtani				
5	4	3	2	1
— Túlzottan ne vegyen részt a kezelésükben				
5	4	3	2	1
— Egyáltalán ne vegyen részt a kezelésükben				
5	4	3	2	1
— További kivizsgálásokra utalni őket, hogy kiderítsék a lehetséges okokat				
5	4	3	2	1
— Pszichotróp gyógyszert felírni				
5	4	3	2	1
— Kapuórként működve megelőzni a nem megfelelő kivizsgálásokat				
5	4	3	2	1
— Tanácsadást és megfelelő pszichológiai kezelést biztosítani				
5	4	3	2	1

A következő állítások az Ön különböző szituációkban átélt gondolataira és érzéseire kérdeznek rá. Kérjük, olvassa el az állításokat alaposan, és ítélje meg, hogy mennyire jellemzőek azok Önre. Használja a következő 5 fokú skálát. Kérjük, mindig csak egy számot jelöljön meg.

0	1	2	3	4
Egyáltalán nem jellemző rám				Nagyon jellemző rám

1. Elég gyakran álmodozom és fantáziálok olyan dolgokról, amelyek megtörténhetnek velem.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2. Gyakran gondolok aggodalommal és együttérzéssel azokra az emberekre, akiknek a sorsa kevésbé szerencsés, mint az enyém.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

3. Olykor nehézséget okoz, hogy a dolgokat a másik személy nézőpontjából ítéljem meg.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

4. Megesik, hogy nem nagyon szomorít el mások problémája.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

5. Nagyon bele tudom élni magam egy regényhős érzéseibe.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

6. Veszélyhelyzetben szorongás fog el és igen kényelmetlenül érzem magam.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

7. Általában tárgyilagos maradok, ha filmet vagy színdarabot nézek, nem élem bele magam teljesen a cselekménybe.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

8. Vitás kérdésekben megpróbálom minden egyes vitapartner nézőpontját figyelembe venni, mielőtt magam döntenék.

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
9. Ha azt látom, hogy valakit kihasználnak, többnyire felveszem a „védő” szerepét.
-
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
10. Olykor tehetetlennek érzem magam, ha erős érzelmekkel teli szituációba kerülök.
-
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
11. Olykor úgy próbálom megérteni barátaimat, hogy elképzelem, milyenek lehetnek a dolgok az ő nézőpontjukból tekintve.
-
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
12. Ritkán fordul velem elő, hogy teljesen elmerülök egy jó könyvben vagy filmben.
-
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
13. Megpróbálok nyugodt maradni, ha azt látom, hogy valakit megsértettek.
-
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
14. Mások balszerencséje nem szokott túlzottan igénybe venni.
-
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
15. Ha tudom, hogy valamiben igazam van, nem vesztegetem az időmet azzal, hogy mások érveit végighallgassam.
-
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
16. Miután megnéztem egy színdarabot vagy filmet, úgy érzem magam, mintha én lettem volna az egyik szereplő.
-
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
17. Megriadok, ha érzelmileg feszült helyzetbe kerülök.
-
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|

18. Olykor nem érzek túl nagy sajnálatot, ha azt látom, hogy igazságtalanul bánnak valakivel.

0 1 2 3 4

19. Vészhelyzetben általában elég jól megállok a helyemet.

0 1 2 3 4

20. Többnyire érzékenyen érintenek azok az események, amelyeknek tanúja vagyok.

0 1 2 3 4

21. Azt hiszem, minden kérdésnek két oldala van, ezért megpróbálom mindkettőt megismerni.

0 1 2 3 4

22. Lágyszívű emberként jellemezhetném magam.

0 1 2 3 4

23. Ha egy jó filmet nézek, könnyen bele tudom képzelni magam a főhős helyébe.

0 1 2 3 4

24. Vészhelyzetekben elveszítem a fejem.

0 1 2 3 4

25. Ha valami felidegesít, általában leállok egy percre, és megpróbálom magam a másik helyébe képzelni.

0 1 2 3 4

26. Ha egy érdekes novellát vagy regényt olvasok, elképzelem, hogy én mit éreznék, ha mindaz, amiről szó van, velem történne.

0 1 2 3 4

27. Nagyon kikészülök, ha azt látom, hogy valakinek nagy szüksége volna segítségre, mert vészhelyzetbe került.

0 1 2 3 4

28. Mielőtt bárkit kritizálnék, megpróbálom elképzelni, hogy érezném magam az ő helyében.

0 1 2 3 4

Az alábbi állítások sora az interkulturális kommunikációra vonatkozik. Nincsenek jó vagy rossz válaszok. Kérjük, dolgozzon gyorsan és rögzítse első benyomását, jelölve az állításokkal való egyetértésének vagy egyet nem értésének mértékét/fokát.

5 = teljesen egyetérték 4 = egyetérték 3 = bizonytalan vagyok 2 = nem értek egyet 1 = egyáltalán nem értek egyet

- ___ 1. Élvezem az interakciót más kultúrájú emberekkel.
- ___ 2. Úgy gondolom, hogy a más kultúrájú emberek szűklátókörűek.
- ___ 3. Eléggé magabiztos vagyok a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 4. Nagyon nehéz más kultúrájú emberek előtt megszólalni.
- ___ 5. Mindig tudom, hogy mit mondjak a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 6. Olyan közvetlen vagyok, amilyen lenni szeretnék más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 7. Nem szeretek más kultúrájú emberekkel lenni.
- ___ 8. Tisztelem a más kultúrájú emberek értékeit.
- ___ 9. Könnyen ideges leszek a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 10. Magabiztosnak érzem magam a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 11. Inkább várok, mielőtt benyomást formálnék kulturálisan különböző társaimról.
- ___ 12. Gyakran elbátortalanodom, amikor más kultúrájú emberekkel vagyok.
- ___ 13. Nyitott vagyok más kultúrájú emberekre.
- ___ 14. Nagyon figyelmes vagyok a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 15. Gyakran érzem magam haszontalannak a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 16. Tiszteletben tartom, ahogy más kultúrájú emberek viselkednek.
- ___ 17. Próbálok annyi információhoz hozzájutni, amennyihez tudok a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 18. Nem fogadnám el más kultúrájú emberek véleményét.
- ___ 19. Fogékony vagyok a kulturálisan különböző társaim apró jelzéseire az interakciónk során.

- ____ 20. Úgy gondolom, a saját kultúráám jobb, mint más kultúrák.
- ____ 21. Gyakran adok pozitív válaszokat a kulturálisan különböző beszélgetőtársaimnak.
- ____ 22. Kerülöm azokat a helyzeteket, ahol más kultúrájú emberekkel kellene foglalkoznom.
- ____ 23. Gyakran adok szóbeli, vagy nemverbális visszajelzést a más kultúrájú beszélgetőtársamnak, hogy értettem-e őt.
- ____ 24. Élvezem a más kultúrájú társaim és köztem lévő különbségeket.

2. melléklet. *Medically Unexplained Symptoms and Intercultural Communication - Student paper-pencil questionnaire, 2019-2020*

Dear Participant,

You are being invited to participate in a research study titled *Medical education on Medically Unexplained Symptoms and Intercultural Communication (MUSIC)*. This study is being done by the Universities of Szeged (HU), Rotterdam (NL) and Gent (BE) in frame of an Erasmus+ Strategic Partnership Project.

The purpose of this research is to develop training programs for international medical students.

Thank you very much for agreeing to participate in this survey. Your participation is completely voluntary and you are free to decline to participate, without consequence, at any time prior to or at any point during filling in the questionnaire. Completing and returning the questionnaire constitutes your consent to participate.

This study is anonymous. We will not be collecting or retaining any information about your identity.

The information provided by you in this questionnaire will be used only for research purposes. It will not be used in a manner which would allow identification of your individual responses. The data obtained during the research will only be analyzed and published in aggregate form.

Data will be analyzed first in frame of the thesis work of Erna Krajnovic and Kinga Darvay-Osváth (psychology MA students) and the dissertation work of Lilla Lucza (PhD student).

Should you have any queries concerning this survey or the whole project, please feel free to contact Professor Marta Csabai (Institute of Psychology of the University of Szeged), the leader of the Hungarian team in the project:

marta.csabai@psych.u-szeged.hu

Thank you for your cooperation!

Please answer the following questions:

Your age:

Gender: female / male

Nationality:

Institution of your studies (university and faculty):

.....

Year of study: 1 2 3 4 5 6

What languages do you speak apart from your native language? Please list them:

.....

.....

.....

.....

In case you lived abroad, list the countries where you lived for a longer period of time (at least 3 months):

.....

.....

.....

.....

Please define the term ‘medically unexplained symptom’ (MUS)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

What is your estimate of the prevalence of MUS in primary care? Circle the letter of your answer!

- A) 0-20%
- B) 20-40%
- C) 40-60%
- D) 60-80%
- E) More than 80%

What is your estimate of the prevalence of MUS in specialized care? Circle the letter of your answer!

- A) 0-20%
- B) 20-40%
- C) 40-60%
- D) 60-80%
- E) More than 80%

Below is a series of statements concerning medically unexplained symptoms. There are no right or wrong answers. Please work quickly and record your first impression by indicating the degree to which you agree or disagree with the statement.

5 = strongly agree

4 = agree

3 = uncertain

2 = disagree

1 = strongly disagree

1. Patients with medically unexplained symptoms (MUS) are difficult to manage

5 4 3 2 1

2. Patients with MUS have an undiagnosed physical illness

5 4 3 2 1

3. Patients with MUS have personality disorders

5 4 3 2 1

4. Patients with MUS have a psychiatric illness

5 4 3 2 1

5. Patients with MUS should be managed

— in primary care

5 4 3 2 1

— in medical/surgical out-patients

5 4 3 2 1

— in mental health

5 4 3 2 1

— in other settings

5 4 3 2 1

6. Which setting currently provides the most effective management for MUS?

— in primary care

5 4 3 2 1

— in medical/surgical out-patients

5 4 3 2 1

— in mental health

5	4	3	2	1
— in other settings				
5	4	3	2	1

7. What is the role of the physician in managing patients with MUS?

— To provide reassurance and support				
5	4	3	2	1
— Not to get too involved in their management				
5	4	3	2	1
— To have no involvement with them at all				
5	4	3	2	1
— To refer for further investigations to identify cause				
5	4	3	2	1
— To prescribe psychotropic medication				
5	4	3	2	1
— To act as a gatekeeper preventing inappropriate investigation				
5	4	3	2	1
— To provide counselling and appropriate psychological management				
5	4	3	2	1

The following statements inquire about your thoughts and feelings in a variety of situations. For each item, indicate how well it describes you by choosing the appropriate number. Read each item carefully before responding. Answer as honestly as you can. Thank you.

0	1	2	3	4
Describes me very well				

**Does not
describes me
well**

1. I daydream and fantasize, with some regularity, about things that might happen to me.

0 1 2 3 4

2. I often have tender, concerned feelings for people less fortunate than me.

0 1 2 3 4

3. I sometimes find it difficult to see things from the "other guy's" point of view.

0 1 2 3 4

4. Sometimes I don't feel very sorry for other people when they are having problems.

0 1 2 3 4

5. I really get involved with the feelings of the characters in a novel.

0 1 2 3 4

6. In emergency situations, I feel apprehensive and ill-at-ease.

0 1 2 3 4

7. I am usually objective when I watch a movie or play, and I don't often get completely caught up in it.

0 1 2 3 4

8. I try to look at everybody's side of a disagreement before I make a decision.

0 1 2 3 4

9. When I see someone being taken advantage of, I feel kind of protective towards them.

0 1 2 3 4

10. I sometimes feel helpless when I am in the middle of a very emotional situation.

0 1 2 3 4

11. I sometimes try to understand my friends better by imagining how things look from their perspective.

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
12. Becoming extremely involved in a good book or movie is somewhat rare for me.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
13. When I see someone get hurt, I tend to remain calm.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
14. Other people's misfortunes do not usually disturb me a great deal.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
15. If I'm sure I'm right about something, I don't waste much time listening to other people's arguments.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
16. After seeing a play or movie, I have felt as though I were one of the characters.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
17. Being in a tense emotional situation scares me.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
18. When I see someone being treated unfairly, I sometimes don't feel very much pity for them.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
19. I am usually pretty effective in dealing with emergencies.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
20. I am often quite touched by things that I see happen.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
21. I believe that there are two sides to every question and try to look at them both.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
22. I would describe myself as a pretty soft-hearted person.
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

23. When I watch a good movie, I can very easily put myself in the place of a leading character.

0 1 2 3 4

24. I tend to lose control during emergencies.

0 1 2 3 4

25. When I'm upset at someone, I usually try to "put myself in his shoes" for a while.

0 1 2 3 4

26. When I am reading an interesting story or novel, I imagine how I would feel if the events in the story were happening to me.

0 1 2 3 4

27. When I see someone who badly needs help in an emergency, I go to pieces.

0 1 2 3 4

28. Before criticizing somebody, I try to imagine how I would feel if I were in their place.

0 1 2 3 4

Below is a series of statements concerning intercultural communication. There are no right or wrong answers. Please work quickly and record your first impression by indicating the degree to which you agree or disagree with the statement.

Please put the number corresponding to your answer in the blank before the statement.

5 = strongly agree 4 = agree 3 = uncertain 2 = disagree 1 = strongly disagree

___ 1. I enjoy interacting with people from different cultures.

___ 2. I think people from other cultures are narrow-minded.

___ 3. I am pretty sure of myself in interacting with people from different cultures.

___ 4. I find it very hard to talk in front of people from different cultures.

___ 5. I always know what to say when interacting with people from different cultures.

___ 6. I can be as sociable as I want to be when interacting with people from different cultures.

___ 7. I don't like to be with people from different cultures.

___ 8. I respect the values of people from different cultures.

___ 9. I get upset easily when interacting with people from different cultures.

___ 10. I feel confident when interacting with people from different cultures.

- ___ 11. I tend to wait before forming an impression of culturally-distinct counterparts.
- ___ 12. I often get discouraged when I am with people from different cultures.
- ___ 13. I am open-minded to people from different cultures.
- ___ 14. I am very observant when interacting with people from different cultures.
- ___ 15. I often feel useless when interacting with people from different cultures.
- ___ 16. I respect the ways people from different cultures behave.
- ___ 17. I try to obtain as much information as I can when interacting with people from different cultures.
- ___ 18. I would not accept the opinions of people from different cultures.
- ___ 19. I am sensitive to my culturally-distinct counterpart's subtle meanings during our interaction.
- ___ 20. I think my culture is better than other cultures.
- ___ 21. I often give positive responses to my culturally-different counterpart during our interaction.
- ___ 22. I avoid those situations where I will have to deal with culturally-distinct persons.
- ___ 23. I often show my culturally-distinct counterpart my understanding through verbal or nonverbal cues.
- ___ 24. I have a feeling of enjoyment towards differences between my culturally-distinct counterpart and me.

3. melléklet. *Orvosilag nem magyarázott tünetek és interkulturális kommunikáció - Hallgatói online kérdőív, 2020*

Orvosilag nem magyarázott tünetek és interkulturális kommunikáció - Hallgatói kérdőív, 2020

B *I* U  

Kedves Résztvevő,

Meghívjuk Önt résztvevőként egy kutatásba, melynek címe Orvosilag nem magyarázott tünetek és interkulturális kommunikáció - oktatásfejlesztés. A projektet a Szegedi Tudományegyetem (Magyarország), a Rotterdami Egyetem (Hollandia) és a Genti Egyetem (Belgium) vezeti, az Erasmus+ Stratégiai Partnerség Program keretében.

A projekt célja egy nemzetközi oktatási program fejlesztése orvostanhallgatók és más, gyógyító foglalkozásra készülő hallgatók részére.

Nagyon köszönjük, hogy hozzájárul a kutatásban való részvételhez! A részvétel teljesen önkéntes. Szabadon abbahagyhatja a kitöltést a kérdőív kitöltése során bármikor, annak bármely pontján. A kérdőív befejezése és leadása azt jelenti, hogy beleegyezett a részvételbe.

A vizsgálat névtelen. Nem gyűjtünk vagy tárolunk információkat személyazonosságával kapcsolatban.

A kérdőívben az Ön által nyújtott információkat csak kutatási célokra használjuk fel. Személyes válaszai nem kerülnek felhasználásra olyan módon, amely alapján személyazonossága megállapítható lenne. A kutatás során nyert adatokat csak összesített formában elemezzük és publikáljuk.

Az eredmények Krajnovic Erna és Darvay-Osváth Kinga (MA pszichológia szakos hallgatók) szakdolgozati, valamint Lucza Lilla (PhD hallgató) doktori kutatásának részét képezik.

Az eredmények Krajnovic Erna és Darvay-Osváth Kinga (MA pszichológia szakos hallgatók) szakdolgozati, valamint Lucza Lilla (PhD hallgató) doktori kutatásának részét képezik.

Amennyiben bármilyen kérdése lenne a vizsgálattal vagy a teljes projekttel kapcsolatban, kérjük keresse Prof. Csabai Mártát (SZTE BTK Pszichológiai Intézet), a projekt magyarországi csoportjának vezetőjét: marta.csabai@psy.u-szeged.hu

Köszönjük, hogy válaszaival segíti munkánkat!

Életkor: *

Rövid szöveges válasz

Nem: *

☐ Nő

☐ Férfi

Intézmény, aminek a hallgatója (egyetem, kar, szak): *

Rövid szöveges válasz

Egyetemi évfolyam: *

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Nemzetiség: *

Rövid szöveges válasz

Anyanyelv: *

Rövid szöveges válasz

Milyen nyelveken beszél az anyanyelvén kívül? Kérjük, sorolja fel:

Hosszú szöveges válasz

Ha élt külföldön, sorolja fel azokat az országokat, ahol hosszabb ideig - legalább 3 hónapig – élt!

Hosszú szöveges válasz

A következő szakasz után: 1 Ugrás a következő szakaszra

6/2. szakasz

Szakasz címe (nem kötelező)



Az alábbi állítások az orvosilag nem magyarázott tünetekre vonatkoznak. Nincsenek jó vagy rossz válaszok. Kérjük, dolgozzon gyorsan és rögzítse első benyomását, jelölve az állításokkal való egyetértésének vagy egyet nem értésének mértékét/fokát.

- 5 = teljesen egyetértek
- 4 = egyetértek
- 3 = bizonytalan vagyok
- 2 = nem értek egyet
- 1 = egyáltalán nem értek egyet

Kérjük, definiálja a kifejezést: "orvosilag nem magyarázott tünetek" ("medically unexplained symptoms" / MUS) *

Hosszú szöveges válasz

Beccsülje meg az orvosilag nem magyarázott tünetek gyakoriságát az egészségügyi alapellátásban! *

- ☐ 0-20%
- ☐ 20-40%
- ☐ 40-60%
- ☐ 60-80%
- ☐ Több, mint 80%

Beccsülje meg az orvosilag nem magyarázott tünetek gyakoriságát az egészségügyi szakellátásban! *

- ☐ 0-20%
- ☐ 20-40%
- ☐ 40-60%
- ☐ 60-80%
- ☐ Több, mint 80%

1. Az orvosilag nem magyarázott tünetekkel rendelkező pácienseket nehéz kezelni *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

2. Az orvosilag nem magyarázott tünetekkel rendelkező pácienseknek diagnosztizálatlan testi betegsége van *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

3. Az orvosilag nem magyarázott tünetekkel rendelkező pácienseknek személyiségzavara ^{*} van

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

...

4. Az orvosilag nem magyarázott tünetekkel rendelkező pácienseknek pszichiátriai betegsége ^{*} van

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

5. Az orvosilag nem magyarázott tünetekkel rendelkező pácienseket - az egészségügyi alapellátásban kellene kezelni ^{*}

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

- a járóbeteg szakellátásban kellene kezelni ^{*}

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

...

- a pszichiátriai ellátás területén kellene kezelni ^{*}

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

- egyéb keretek közt kellene kezelni ^{*}

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

6. Jelenleg milyen keretek között biztosított az orvosilag nem magyarázott tünetek
leghatékonyabb kezelése? - az egészségügyi alapellátásban *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

⋮

- a járóbeteg szakellátásban *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

- a pszichiátriai ellátás területén *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

- egyéb keretek közt *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

7. Mi a szerepe az orvosnak az orvosilag nem magyarázott tünetekkel rendelkező páciensek
kezelésében? - Megnyugtatót és támogatást nyújtani *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

- Túlzottan ne vegyen részt a kezelésükben *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

- Egyáltalán ne vegyen részt a kezelésükben *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

...

- További kivizsgálásokra utalni őket, hogy kiderítsék a lehetséges okokat *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

- Pszichotróp gyógyszert felírni *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

- Kapuőrként működve megelőzni a nem megfelelő kivizsgálásokat *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

...

- Tanácsadást és megfelelő pszichológiai kezelést biztosítani *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

A következő szakasz után: 2 Ugrás a következő szakaszra



6/3. szakasz

Szakasz címe (nem kötelező)



A következő állítások az Ön különböző szituációkban átélt gondolataira és érzéseire kérdeznek rá. Kérjük, olvassa el az állításokat alaposan, és ítélje meg, hogy mennyire jellemzőek azok Önre. Használja a következő 5 fokú skálát.

Kérjük, mindig csak egy számot jelöljön meg.

1. Elég gyakran álmodozom és fantáziálok olyan dolgokról, amelyek megtörténhetnek velem. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

...

2. Gyakran gondolok aggodalommal és együttérzéssel azokra az emberekre, akiknek a sorsa kevésbé szerencsés, mint az enyém. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

3. Olykor nehézséget okoz, hogy a dolgokat a másik személy nézőpontjából ítéljem meg. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

4. Megesik, hogy nem nagyon szomorít el mások problémája. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

5. Nagyon bele tudom élni magam egy regényhős érzéseibe. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

6. Veszélyhelyzetben szorongás fog el és igen kényelmetlenül érzem magam. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

7. Általában tárgyilagos maradok, ha filmet vagy színdarabot nézek, nem élem bele magam teljesen a cselekménybe. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

...

8. Vitás kérdésekben megpróbálom minden egyes vitapartner nézőpontját figyelembe venni, *
mielőtt magam döntenék.

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

9. Ha azt látom, hogy valakit kihasználnak, többnyire felveszem a „védő” szerepét. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

10. Olykor tehetetlennek érzem magam, ha erős érzelmekkel teli szituációba kerülök. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

11. Olykor úgy próbálom megérteni barátaimat, hogy elképzelem, milyenek lehetnek a dolgok *
az ő nézőpontjukból tekintve.

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

12. Ritkán fordul velem elő, hogy teljesen elmerülök egy jó könyvben vagy filmben. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

...

13. Megpróbálok nyugodt maradni, ha azt látom, hogy valakit megsértettek. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

14. Mások balszerencséje nem szokott túlzottan igénybe venni. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

15. Ha tudom, hogy valamiben igazam van, nem vesztegetem az időmet azzal, hogy mások érveit végighallgassam. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

16. Miután megnéztem egy színdarabot vagy filmet, úgy érzem magam, mintha én lettem volna az egyik szereplő. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

17. Megriadok, ha érzelmileg feszült helyzetbe kerülök. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

18. Olykor nem érzek túl nagy sajnálatot, ha azt látom, hogy igazságtalanul bánnak valakivel. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

...

19. Vészhelyzetben általában elég jól megállom a helyemet. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

20. Többnyire érzékenyen érintenek azok az események, amelyeknek tanúja vagyok. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

...

21. Azt hiszem, minden kérdésnek két oldala van, ezért megpróbálom mindkettőt megismerni. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

22. Lágyszívű emberként jellemezhetném magam. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

23. Ha egy jó filmet nézek, könnyen bele tudom képzelni magam a főhős helyébe. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

...

24. Vészhelyzetekben elveszítem a fejem. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

25. Ha valami felidegesít, általában leállok egy percre, és megpróbálom magam a másik helyébe képzelni. *

	0	1	2	3	4	
Egyáltalán nem jellemző rám	☐	☐	☐	☐	☐	Nagyon jellemző rám

26. Ha egy érdekes novellát vagy regényt olvasok, elképzelem, hogy én mit éreznék, ha mindaz, amiről szó van, velem történne. *

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Egyáltalán nem jellemző rám

☐☐☐☐☐

Nagyon jellemző rám

27. Nagyon kikészülök, ha azt látom, hogy valakinek nagy szüksége volna segítségre, mert vészhelyzetbe került. *

0 1 2 3 4

Egyáltalán nem jellemző rám

☐☐☐☐☐

Nagyon jellemző rám

28. Mielőtt bárkit kritizálnék, megpróbálom elképzelni, hogy érezném magam az ő helyében. *

0 1 2 3 4

Egyáltalán nem jellemző rám

☐☐☐☐☐

Nagyon jellemző rám

Szakasz címe (nem kötelező)



Az alábbi állítások sora az interkulturális kommunikációra vonatkozik. Nincsenek jó vagy rossz válaszok. Kérjük, dolgozzon gyorsan és rögzítse első benyomását, jelölve az állításokkal való egyetértésének vagy egyet nem értésének mértékét/fokát.

5 = teljesen egyetértek

4 = egyetértek

3 = bizonytalan vagyok

2 = nem értek egyet

1 = egyáltalán nem értek egyet



1. Élvezem az interakciót más kultúrájú emberekkel. *

1 2 3 4 5

egyáltalán nem értek egyet

☐☐☐☐☐

teljesen egyetértek

2. Úgy gondolom, hogy a más kultúrájú emberek szűklátókörűek. *

1 2 3 4 5

egyáltalán nem értek egyet

☐☐☐☐☐

teljesen egyetértek

3. Eléggé magabiztos vagyok a más kultúrájú emberekkel való interakció során. *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

4. Nagyon nehéz más kultúrájú emberek előtt megszólalni. *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

5. Mindig tudom, hogy mit mondjak a más kultúrájú emberekkel való interakció során. *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

6. Olyan közvetlen vagyok, amilyen lenni szeretnék más kultúrájú emberekkel valóinterakció során. *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

7. Nem szeretek más kultúrájú emberekkel lenni. *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

8. Tisztellek a más kultúrájú emberek értékeit. *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

9. Könnyen ideges leszek a más kultúrájú emberekkel való interakció során. *

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

egyáltalán nem értek egyet

☐☐☐☐☐

teljesen egyetértek

10. Magabiztosnak érzem magam a más kultúrájú emberekkel való interakció során. *

1 2 3 4 5

egyáltalán nem értek egyet

☐☐☐☐☐

teljesen egyetértek

11. Inkább várok, mielőtt benyomást formálnék kulturálisan különböző társaimról. *

1 2 3 4 5

egyáltalán nem értek egyet

☐☐☐☐☐

teljesen egyetértek

12. Gyakran elbátortalanodom, amikor más kultúrájú emberekkel vagyok. *

1 2 3 4 5

egyáltalán nem értek egyet

☐☐☐☐☐

teljesen egyetértek

13. Nyitott vagyok más kultúrájú emberekre. *

1 2 3 4 5

egyáltalán nem értek egyet

☐☐☐☐☐

teljesen egyetértek

...

14. Nagyon figyelmes vagyok a más kultúrájú emberekkel való interakció során. *

1 2 3 4 5

egyáltalán nem értek egyet

☐☐☐☐☐

teljesen egyetértek

15. Gyakran érzem magam haszontalannak a más kultúrájú emberekkel való interakció során. *

1 2 3 4 5

egyáltalán nem értek egyet

☐☐☐☐☐

teljesen egyetértek

16. Tiszteletben tartom, ahogy más kultúrájú emberek viselkednek. *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

17. Próbálok annyi információhoz hozzájutni, amennyihez tudok a más kultúrájú emberekkel való interakció során. *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

18. Nem fogadnám el más kultúrájú emberek véleményét. *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

19. Fogékony vagyok a kulturálisan különböző társaim apró jelzéseire az interakciónk során. *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

20. Úgy gondolom, a saját kultúráim jobb, mint más kultúrák. *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

21. Gyakran adok pozitív válaszokat a kulturálisan különböző beszélgetőtársaimnak. *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

22. Kerülöm azokat a helyzeteket, ahol más kultúrájú emberekkel kellene foglalkoznom. *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

...

23. Gyakran adok szóbeli, vagy nemverbális visszajelzést a más kultúrájú beszélgetőtársamnak, hogy értettem-e őt. *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

24. Élvezem a más kultúrájú társaim és köztem lévő különbségeket. *

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek egyet	☐	☐	☐	☐	☐	teljesen egyetértek

4. melléklet. *Medically Unexplained Symptoms and Intercultural Communication - Student online questionnaire, 2020*

Medically Unexplained Symptoms and Intercultural Communication - Student questionnaire, 2020



B *I* U

Dear Participant,

You are being invited to participate in a research study titled Medical education on Medically Unexplained Symptoms and Intercultural Communication (MUSIC). This study is being done by the Universities of Szeged (HU), Rotterdam (NL) and Gent (BE) in frame of an Erasmus+ Strategic Partnership Project.

The purpose of this research is to develop training programs for international medical students.

Thank you very much for agreeing to participate in this survey. Your participation is completely voluntary and you are free to decline to participate, without consequence, at any time prior to or at any point during filling in the questionnaire. Completing and returning the questionnaire constitutes your consent to participate.

This study is anonymous. We will not be collecting or retaining any information about your identity.

The information provided by you in this questionnaire will be used only for research purposes. It will not be used in a manner which would allow identification of your individual responses. The data obtained during the research will only be analyzed and published in aggregate form.

Data will be analyzed first in frame of the thesis work of Erna Krajnovic and Kinga Darvay-Osváth (psychology MA students) and the dissertation work of Lilla Lucza (PhD student).

Should you have any queries concerning this survey or the whole project, please feel free to contact Professor Marta Csabai (Institute of Psychology of the University of Szeged), the leader of the Hungarian team in the project:

marta.csabai@psych.u-szeged.hu

Thank you for your cooperation!

...

Your age: *

Rövid szöveges válasz

Gender: *

☐ female

☐ male

Nationality: *

Rövid szöveges válasz

Institution of your studies (university and faculty): *

Rövid szöveges válasz

Year of study: *

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

What languages do you speak apart from your native language? Please list them: *

Hosszú szöveges válasz

In case you lived abroad, list the countries where you lived for a longer period of time (at least 3 months): *

Hosszú szöveges válasz

A következő szakasz után: 1 Ugrás a következő szakaszra

6/2. szakasz

Szakasz címe (nem kötelező)



Below is a series of statements concerning medically unexplained symptoms. There are no right or wrong answers. Please work quickly and record your first impression by indicating the degree to which you agree or disagree with the statement.

- 5 = strongly agree
- 4 = agree
- 3 = uncertain
- 2 = disagree
- 1 = strongly disagree

Please define the term 'medically unexplained symptom' (MUS) *

Hosszú szöveges válasz

What is your estimate of the prevalence of MUS in primary care? *

- ☐ 0-20%
- ☐ 20-40%
- ☐ 40-60%
- ☐ 60-80%
- ☐ More than 80%

1. Patients with medically unexplained symptoms (MUS) are difficult to manage *

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| strongly disagree | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | strongly agree |

2. Patients with MUS have an undiagnosed physical illness *

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| strongly disagree | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | strongly agree |

3. Patients with MUS have personality disorders *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

...

4. Patients with MUS have a psychiatric illness *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

5. Patients with MUS should be managed - in primary care *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

- in medical/surgical out-patients *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

...

- in mental health *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

- in other settings *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

6. Which setting currently provides the most effective management for MUS? - in primary care *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

...

- in medical/surgical out-patients *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

- in mental health *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

- in other settings *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

...

7. What is the role of the physician in managing patients with MUS? - To provide reassurance and support *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

- Not to get too involved in their management *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

- To have no involvement with them at all *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

...

- To refer for further investigations to identify cause *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

- To prescribe psychotropic medication *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

- To act as a gatekeeper preventing inappropriate investigation *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

...

- To provide counselling and appropriate psychological management *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

következő szakasz után: 2 Ugrás a következő szakaszra

6/3. szakasz

Szakasz címe (nem kötelező)

✕ ⋮

The following statements inquire about your thoughts and feelings in a variety of situations. For each item, indicate how well it describes you by choosing the appropriate number. Read each item carefully before responding. Answer as honestly as you can. Thank you.

1. I daydream and fantasize, with some regularity, about things that might happen to me. *

	0	1	2	3	4	
Does not describes me well	☐	☐	☐	☐	☐	Describes me very well

2. I often have tender, concerned feelings for people less fortunate than me. *

	0	1	2	3	4	
Does not describes me well	☐	☐	☐	☐	☐	Describes me very well

...

3. I sometimes find it difficult to see things from the "other guy's" point of view. *

	0	1	2	3	4	
Does not describes me well	☐	☐	☐	☐	☐	Describes me very well

4. Sometimes I don't feel very sorry for other people when they are having problems. *

	0	1	2	3	4	
Does not describes me well	☐	☐	☐	☐	☐	Describes me very well

...

5. I really get involved with the feelings of the characters in a novel. *

	0	1	2	3	4	
Does not describes me well	☐	☐	☐	☐	☐	Describes me very well

6. In emergency situations, I feel apprehensive and ill-at-ease. *

	0	1	2	3	4	
Does not describes me well	☐	☐	☐	☐	☐	Describes me very well

7. I am usually objective when I watch a movie or play, and I don't often get completely caught up in it. *

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Does not describes me well

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Describes me very well

...

8. I try to look at everybody's side of a disagreement before I make a decision. *

0 1 2 3 4

Does not describes me well

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Describes me very well

9. When I see someone being taken advantage of, I feel kind of protective towards them. *

0 1 2 3 4

Does not describes me well

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Describes me very well

10. I sometimes feel helpless when I am in the middle of a very emotional situation. *

0 1 2 3 4

Does not describes me well

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Describes me very well

11. I sometimes try to understand my friends better by imagining how things look from their perspective. *

0 1 2 3 4

Does not describes me well

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Describes me very well

...

12. Becoming extremely involved in a good book or movie is somewhat rare for me. *

0 1 2 3 4

Does not describes me well

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Describes me very well

13. When I see someone get hurt, I tend to remain calm. *

0 1 2 3 4

Does not describes me well

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Describes me very well

14. Other people's misfortunes do not usually disturb me a great deal. *

	0	1	2	3	4	
Does not describes me well	☐	☐	☐	☐	☐	Describes me very well

...

15. If I'm sure I'm right about something, I don't waste much time listening to other people's arguments. *

	0	1	2	3	4	
Does not describes me well	☐	☐	☐	☐	☐	Describes me very well

16. After seeing a play or movie, I have felt as though I were one of the characters. *

	0	1	2	3	4	
Does not describes me well	☐	☐	☐	☐	☐	Describes me very well

17. Being in a tense emotional situation scares me. *

	0	1	2	3	4	
Does not describes me well	☐	☐	☐	☐	☐	Describes me very well

18. When I see someone being treated unfairly, I sometimes don't feel very much pity for them. *

	0	1	2	3	4	
Does not describes me well	☐	☐	☐	☐	☐	Describes me very well

...

19. I am usually pretty effective in dealing with emergencies. *

	0	1	2	3	4	
Does not describes me well	☐	☐	☐	☐	☐	Describes me very well

20. I am often quite touched by things that I see happen. *

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Does not describes me well

☐☐☐☐☐

Describes me very well

21. I believe that there are two sides to every question and try to look at them both. *

0

1

2

3

4

Does not describes me well

☐☐☐☐☐

Describes me very well

22. I would describe myself as a pretty soft-hearted person. *

0

1

2

3

4

Does not describes me well

☐☐☐☐☐

Describes me very well

23. When I watch a good movie, I can very easily put myself in the place of a leading character. *

0

1

2

3

4

Does not describes me well

☐☐☐☐☐

Describes me very well

24. I tend to lose control during emergencies. *

0

1

2

3

4

Does not describes me well

☐☐☐☐☐

Describes me very well

...

25. When I'm upset at someone, I usually try to "put myself in his shoes" for a while. *

0

1

2

3

4

Does not describes me well

☐☐☐☐☐

Describes me very well

26. When I am reading an interesting story or novel, I imagine how I would feel if the events in the story were happening to me. *

0

1

2

3

4

Does not describes me well

☐☐☐☐☐

Describes me very well

27. When I see someone who badly needs help in an emergency, I go to pieces. *

	0	1	2	3	4	
Does not describes me well	☐	☐	☐	☐	☐	Describes me very well

...

28. Before criticizing somebody, I try to imagine how I would feel if I were in their place. *

	0	1	2	3	4	
Does not describes me well	☐	☐	☐	☐	☐	Describes me very well

A következő szakasz után: 3 Ugrás a következő szakaszra ▼

6/4. szakasz

Szakasz címe (nem kötelező)

✕ ⋮

Below is a series of statements concerning intercultural communication. There are no right or wrong answers. Please work quickly and record your first impression by indicating the degree to which you agree or disagree with the statement.

Please put the number corresponding to your answer in the blank before the statement.

5 = strongly agree
4 = agree
3 = uncertain
2 = disagree
1 = strongly disagree

...

1. I enjoy interacting with people from different cultures. *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

2. I think people from other cultures are narrow-minded. *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

3. I am pretty sure of myself in interacting with people from different cultures. *

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

strongly disagree

☐☐☐☐☐

strongly agree

4. I find it very hard to talk in front of people from different cultures. *

1

2

3

4

5

strongly disagree

☐☐☐☐☐

strongly agree

⋮

5. I always know what to say when interacting with people from different cultures. *

1

2

3

4

5

strongly disagree

☐☐☐☐☐

strongly agree

6. I can be as sociable as I want to be when interacting with people from different cultures. *

1

2

3

4

5

strongly disagree

☐☐☐☐☐

strongly agree

7. I don't like to be with people from different cultures. *

1

2

3

4

5

strongly disagree

☐☐☐☐☐

strongly agree

8. I respect the values of people from different cultures. *

1

2

3

4

5

strongly disagree

☐☐☐☐☐

strongly agree

9. I get upset easily when interacting with people from different cultures. *

1

2

3

4

5

strongly disagree

☐☐☐☐☐

strongly agree

10. I feel confident when interacting with people from different cultures. *

1 2 3 4 5

strongly disagree ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ strongly agree

11. I tend to wait before forming an impression of culturally-distinct counterparts. *

1 2 3 4 5

strongly disagree ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ strongly agree

12. I often get discouraged when I am with people from different cultures. *

1 2 3 4 5

strongly disagree ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ strongly agree

13. I am open-minded to people from different cultures. *

1 2 3 4 5

strongly disagree ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ strongly agree

14. I am very observant when interacting with people from different cultures. *

1 2 3 4 5

strongly disagree ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ strongly agree

15. I often feel useless when interacting with people from different cultures. *

1 2 3 4 5

strongly disagree ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ strongly agree

16. I respect the ways people from different cultures behave. *

1 2 3 4 5

strongly disagree ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ strongly agree

17. I try to obtain as much information as I can when interacting with people from different cultures. *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

18. I would not accept the opinions of people from different cultures. *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

19. I am sensitive to my culturally-distinct counterpart's subtle meanings during our interaction. *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

20. I think my culture is better than other cultures. *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

21. I often give positive responses to my culturally-different counterpart during our interaction. *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

...

22. I avoid those situations where I will have to deal with culturally-distinct persons. *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

23. I often show my culturally-distinct counterpart my understanding through verbal or nonverbal cues. *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

...

24. I have a feeling of enjoyment towards differences between my culturally-distinct counterpart and me. *

	1	2	3	4	5	
strongly disagree	☐	☐	☐	☐	☐	strongly agree

5. melléklet. *Egyesített pszichológiai kutatásetikai bizottság etikai engedélye*

EGYESÍTETT PSZICHOLÓGIAI KUTATÁSETIKAI BIZOTTSÁG

Etikai engedély

Az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság (EPKEB) az alábbi kutatási tervet etikai szempontból értékelte, és annak végrehajtásához a *Szegedi Tudományegyetem, BTK, Pszichológia Intézet* megbízásából hozzájárul.

Kutató: Csabai Márta

A kutatás felügyelője:

Kutatás címe: Orvosilag nem magyarázott tünetekkel kapcsolatos attitűdök, empátia és interkulturális kompetenciák vizsgálata orvostanhallgatók (és pszichológus hallgatók) körében, illetve oktatók ezzel kapcsolatos tapasztalatai

Referencia szám: 2020/07

Engedélyezés dátuma: 2020.02.07.



EPKEB társelnök

Pohárnok Melinda

6. melléklet. Hozzájárulásnyilatkozat

Hozzájárulásnyilatkozat

Alulírott, Hites-Lukács Vanda (Szolnok, 1996. 02. 04.), ezúton hozzájárulok, hogy Kissné Lucza Lilla (Szeged, 1995.04.07.) a doktori disszertációjában felhasználja az *Orvosilag nem magyarázott tünetek értelmezése a szegedi orvostanhallgatók és pszichológus hallgatók körében (2020)* című szakdolgozatomban is szereplő, alább csatolt eredményt, amit a PhD kutatásának módszertani kereteiben, adatbázisát és kérdőív—csomagját felhasználva készítettem.

A felhasználás a doktori kutatás tudományos céljaira történik, a forrás megjelölésével.

A jelen nyilatkozat nem ruház át kizárólagos felhasználási vagy szerzői jogokat, és nem korlátozza a szakdolgozat önálló értékét és publikálhatóságát.

Kelt: Hódmezővásárhely, 2025. 08. 12.

Aláírás: Hites-Lukács Vanda

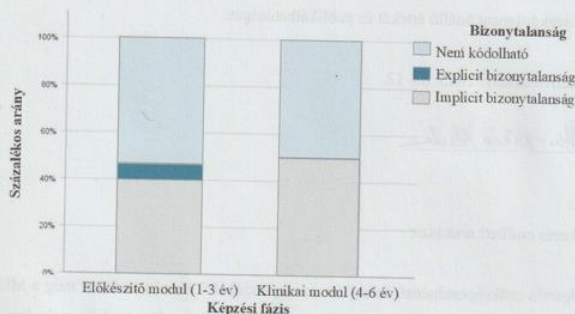
Csatolmány:

A PhD értekezés említett szakasza:

A MUS fejlesztés szükségességének felmérése szempontjából fontos kiemelni még a MUS definíciók megfogalmazása kapcsán detektálható hallgatói bizonytalanságokat, melyekre 4. kutatási kérdésem fókuszál. (K4.: *Hogyan jelennek meg nyelviileg kifejezett hallgatói bizonytalanságok a MUS definíciókban?*) A következő eredmények Hites-Lukács Vanda szakdolgozatában is megjelentek (2020, *Orvosilag nem magyarázott tünetek értelmezése a szegedi orvostanhallgatók és pszichológus hallgatók körében*, Szegedi Tudományegyetem), a szerző által felhasznált adatbázist és módszertani kereteket a jelen kutatásom biztosította, az eredmények értekezésemben való megosztásához a szerző írásban hozzájárult. A bizonytalanság nyelvi megnyilvánulásai tekintetében a szakirodalom alapján három kategória volt elkülöníthető: „nem kódolható bizonytalanság” (161 definícióban), „explicit bizonytalanság” (16 definícióban) és „implicit bizonytalanság” (141 definícióban). A definíciókban érzékelhető bizonytalanság kódolása Stortenbeker és munkatársai (2018) cikke alapján zajlott. Az explicit bizonytalansághoz a „nem tudom” és hasonló mondatok kategorizálhatók („nem tudom/ nem tudják”, „nem értjük”, „fogalmam sincs”, „?”) (Epstein

és mtsai., 2007), míg az implicit bizonytalansághoz a „ha”, „talán”, „valószínűleg” stb. szavakat és a határozatlan ígétet sorolhatjuk („lehet”, „gondolom”, „-hat,-het” ragok) (Green és mtsai., 2018). A 4. kutatási kérdésre válaszként megfogalmazható, hogy a bizonytalanság valamely formája kódolhatóan megjelenik a vizsgált MUS definíciók majdnem felében, elsősorban implicit formában, a képzések alapozó-előkészítő (1-3. év) (N = 204) és klinikai modulja (4-6. év) (N = 58) között nem szignifikáns, de potenciális tendenciaszerű a különbséggel ($\chi^2(2) = 5,221$, $p = 0,073$). Fontos észrevétel ugyanakkor, hogy az explicit bizonytalanság csak az alapozó-előkészítő modul hallgatói definícióiban jelent meg (lásd 3. ábra).

3. ábra. A MUS-sal kapcsolatos hallgatói bizonytalanság nyelvi kifejezésének aránya az orvosi képzés két szakaszában



Megjegyzés. A különbség az előkészítő modul (N = 204) és a klinikai modul (N = 58) között csak trend-szerű ($p = 0,073$).

7. melléklet. Az ISS magyar fordítása és a rövidített mérőeszköz változat, az ISS-H-18

Az eredeti Interkulturális Érzékenység Skála magyar fordítása (ISS-H)

Az alábbi állítások sora az interkulturális kommunikációra vonatkozik. Nincsenek jó vagy rossz válaszok. Kérjük, dolgozzon gyorsan és rögzítse első benyomását, jelölve az állításokkal való egyetértésének vagy egyet nem értésének mértékét/fokát.

5 = teljesen
egyetértek

4 = egyetértek

3 = bizonytalan
vagyok

2 = nem értek
egyet

1 = egyáltalán
nem értek egyet

- ___ 1. Élvezem az interakciót más kultúrájú emberekkel.
- ___ 2. Úgy gondolom, hogy a más kultúrájú emberek szüklátókörűek.
- ___ 3. Elégge magabiztos vagyok a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 4. Nagyon nehéz más kultúrájú emberek előtt megszólalni.
- ___ 5. Mindig tudom, hogy mit mondjak a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 6. Olyan közvetlen vagyok, amilyen lenni szeretnék más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 7. Nem szeretek más kultúrájú emberekkel lenni.
- ___ 8. Tisztelem a más kultúrájú emberek értékeit.
- ___ 9. Könnyen ideges leszek a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 10. Magabiztosnak érzem magam a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 11. Inkább várok, mielőtt benyomást formálnék kulturálisan különböző társaimról.
- ___ 12. Gyakran elbátortalanodom, amikor más kultúrájú emberekkel vagyok.
- ___ 13. Nyitott vagyok más kultúrájú emberekre.
- ___ 14. Nagyon figyelmes vagyok a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 15. Gyakran érzem magam haszontalannak a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 16. Tiszteletben tartom, ahogy más kultúrájú emberek viselkednek.
- ___ 17. Próbálok annyi információhoz hozzájutni, amennyihez tudok a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 18. Nem fogadnám el más kultúrájú emberek véleményét.
- ___ 19. Fogékony vagyok a kulturálisan különböző társaim apró jelzéseire az interakciónk során.
- ___ 20. Úgy gondolom, a saját kultúráim jobb, mint más kultúrák.
- ___ 21. Gyakran adok pozitív válaszokat a kulturálisan különböző beszélgetőtársaimnak.
- ___ 22. Kerülöm azokat a helyzeteket, ahol más kultúrájú emberekkel kellene foglalkoznom.
- ___ 23. Gyakran adok szóbeli, vagy nemverbális visszajelzést a más kultúrájú beszélgetőtársamnak, hogy értettem-e őt.
- ___ 24. Élvezem a más kultúrájú társaim és köztem lévő különbségeket.

Pontozás és alskálák: Maximum pontszám az egész ISS-H skálán: 120; *Interakciós elköteleződés* alskála tételei: 1, 11, 13, 21, 22 (-), 23, 24 (max. pontszám az alskálán: 35); *Kulturális különbségek tisztelete* alskála tételei: 2 (-), 7 (-), 8, 16, 18 (-), 20 (-) (max. pontszám az alskálán: 30); *Interakciós magabiztosság* alskála tételei: 3, 4 (-), 5, 6, 10 (max. pontszám az

alskálán: 25); *Interakciós élvezet* alskála tételei: 9 (-), 12 (-), 15 (-) (max. pontszám az alskálán: 15); *Interakciós figyelmesség* alskála tételei: 14, 17, 19 (max. pontszám az alskálán: 15)

Az Interkulturális Érzékenység Skála megbízhatósági és érvényességi vizsgálaton átesett, rövidített magyar változata (ISS-H-18)

Az alábbi állítások sora az interkulturális kommunikációra vonatkozik. Nincsenek jó vagy rossz válaszok. Kérjük, dolgozzon gyorsan és rögzítse első benyomását, jelölve az állításokkal való egyetértésének vagy egyet nem értésének mértékét/fokát.

5 = teljesen egyetértek 4 = egyetértek 3 = bizonytalan vagyok 2 = nem értek egyet 1 = egyáltalán nem értek egyet

- ___ 1. Úgy gondolom, hogy a más kultúrájú emberek szűklátókörűek.
- ___ 2. Eléggé magabiztos vagyok a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 3. Nagyon nehéz más kultúrájú emberek előtt megszólalni.
- ___ 4. Mindig tudom, hogy mit mondjak a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 5. Olyan közvetlen vagyok, amilyen lenni szeretnék más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 6. Nem szeretek más kultúrájú emberekkel lenni.
- ___ 7. Magabiztosnak érzem magam a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 8. Gyakran elbátortalanodom, amikor más kultúrájú emberekkel vagyok.
- ___ 9. Nagyon figyelmes vagyok a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 10. Gyakran érzem magam haszontalannak a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 11. Tiszteletben tartom, ahogy más kultúrájú emberek viselkednek.
- ___ 12. Próbálok annyi információhoz hozzájutni, amennyihez tudok a más kultúrájú emberekkel való interakció során.
- ___ 13. Nem fogadnám el más kultúrájú emberek véleményét.
- ___ 14. Fogékony vagyok a kulturálisan különböző társaim apró jelzéseire az interakciónk során.
- ___ 15. Úgy gondolom, a saját kultúráim jobb, mint más kultúrák.
- ___ 16. Gyakran adok pozitív válaszokat a kulturálisan különböző beszélgetőtársaimnak.
- ___ 17. Gyakran adok szóbeli, vagy nemverbális visszajelzést a más kultúrájú beszélgetőtársamnak, hogy értettem-e őt.
- ___ 18. Élvezem a más kultúrájú társaim és köztem lévő különbségeket.

Pontozás és alskálák:

Maximum pontszám az egész ISS-H-18 skálán: 90; *Magabiztosság és énhatékonyság* alskála tételei: 2, 3(-), 4, 5, 7, 8(-), 10(-) (max. pontszám az alskálán: 35); *Bevonódás a kapcsolatba* alskála tételei: 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 (max. pontszám az alskálán: 35); *Előítéletmentes elfogadás* alskála tételei: 1(-), 6(-), 13(-), 15(-) (max. pontszám az alskálán: 20)

8. melléklet. Az interkulturális érzékenység profilok összehasonlítása különböző változók mentén

15. táblázat. *Interkulturális érzékenység profilok összehasonlítása az életkor, az idegennyelv-ismert, a külföldi élettapasztalatok és az empátia mentén*

	“Interkulturális érzékenység” (IA) “Interkulturális bizonytalan” (IU) “Interkulturális érzékeny” (IS) “Interkulturális elutasító” (IR)							Bonferroni típusú post hoc összehasonlítás
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F	df	p	
Életkor	22.39 (3.01)	22.25 (2.68)	23.04 (3.90)	21.96 (1.84)	2.09	3,498	.10	-
Idegennyelvism.	1.92 (.71)	1.79 (.72)	2.16 (.75)	1.93 (.58)	5.28	3,499	.001	IA, IU < IS
Külföldi élettap.	.54 (.85)	.33 (.62)	.68 (.90)	.56 (.93)	2.84	3,499	.04	IU < IS
IRI Fantázia	18.72 (4.97)	20.08 (5.29)	18.87 (6.33)	17.69 (5.07)	2.16	3,496	.09	-
IRI Perspektíva	18.66 (4.63)	18.96 (3.77)	20.36 (4.39)	15.91 (3.91)	13.59	3,498	<.001	IA < IS; IR < IA, IU, IS
IRI Törődés	17.77 (3.79)	18.25 (3.57)	17.97 (3.73)	16.33 (3.63)	3.22	3,498	.02	IR < IU, IS
IRI Distressz	12.41 (4.34)	15.23 (5.04)	10.32 (5.32)	12.57 (3.76)	17.98	3,496	<.001	IA, IS, IR < IU; IS < IA, IR
IRI Össz.	67.58 (12.01)	72.55 (11.59)	67.60 (12.93)	62.50 (11.25)	7.32	3,494	<.001	IA, IS < IU; IR < IA, IU, IS
	241	76	132	54				

9. melléklet. A látens profiltagságra számított multinomiális logisztikus regressziós modell

16. táblázat. A vizsgált változók magyarázó hatása az interkulturális érzékenység profilokhoz való tartozásra

	"Interkulturálisan bizonytalan" (IU)						"Interkulturálisan érzékeny" (IS)						"Interkulturálisan elutasító" (IR)					
Változók	SE	Z	p	OR	CI lower	CI upper	SE	Z	p	OR	CI lower	CI upper	SE	Z	p	OR	CI lower	CI upper
Életkor	.049	-.397	.692	.981	.891	1.080	.037	1.042	.297	1.039	.967	1.116	.071	-.472	.637	.9671	.842	1.111
Nem	.388	-1.391	.164	.583	.273	1.247	.282	-.781	.435	.802	.461	1.395	.342	3.244	.001*	3.029	1.551	5.915
Nemzetiség	.582	-.281	.778	.849	.271	2.656	.412	.275	.783	1.120	.500	2.510	.581	-1.597	.110	.395	.127	1.235
Szak	.333	-1.752	<u>.080</u>	.558	.291	1.072	.299	-.318	.750	.909	.506	1.633	.660	2.581	.010*	5.491	1.506	20.015
Idegennyelvism.	.231	-1.187	.235	.760	.483	1.195	.168	2.451	.014*	1.509	1.086	2.096	.249	-.339	.734	.919	.564	1.497
Külföldi élettap.	.284	-.674	.501	.826	.473	1.442	.190	.132	.895	1.025	.707	1.488	.291	1.234	.217	1.432	.810	2.533
IRI Fantázia	.031	-.301	.763	.991	.933	1.053	.025	.581	.561	1.015	.966	1.065	.033	1.106	.269	1.038	.972	1.107
IRI Perspektíva	.032	-.351	.726	.989	.929	1.052	.027	2.884	.004*	1.079	1.025	1.137	.037	-2.713	.007*	.905	.842	.973
IRI Törődés	.046	-1.535	.125	.932	.852	1.020	.036	0.903	.367	1.033	0.963	1.107	.049	-.764	.445	.964	.876	1.060
IRI Distressz	.033	3.174	.002*	1.109	1.041	1.183	.027	-4.517	< .001*	.887	.842	.934	.038	2.201	.028*	1.087	1.009	1.171
IRI Össz.	.011	1.196	.232	1.013	.992	1.034	.009	.331	.740	1.003	.986	1.020	0.011	-1.545	.122	.983	0.962	1.005

Megjegyzés. Referencia csoport = "Interkulturálisan átlagos" (IS)

10. melléklet. Kimeneti eredményeket bemutató példa a MUPS-MUSIC e-learning oktatási anyag egy pszichológia szakos kurzusban való felhasználásáról

Témablokk	Képesség	Tudás	Attitűd	Autonómia-feladosság
Bemutakozás	Szakmai szempontból röviden bemutatkozik és megosztja hogyan érkezett az alkalomra.	Ismeri szakmai múltját és érti a további lehetőségeit.	Őszinte nyitottságra és önreflexióra törekszik.	Végig hallgatja társait és ügyel rá, hogy ne nyújtsa túl saját bemutakozását.
A bizalom kiépítése a gyógyítás során	Szavakat / mondatokat / viselkedéseket gyűjt, melyek elősegítik, hogy egy pácienssel bizalommal teli kapcsolatot építsen. Ezeket megvitatja társaival és lejegyzi őket a kísérő feladatlapjára. Az elméleti részt a feladatlapon áttekinti. A pácienssel való bizalmi kapcsolatot kialakítását segítő megnyilvánulásokat használ.	Ismeri és felsorolja a pácienssel a bizalom kiépítésének lehetséges módjait, eszközeit.	Nyitott a közös gondolkozásra, ötletelésre.	Gondolatait vagy tapasztalatait felvállalja és megosztja társaival. Aktívan részt vesz a csoportos munkában.
Empátia a gyógyításban	Az elméleti részt a feladatlapon áttekinti. Kiscsoportban meghallgatja társai egy-egy betegséggel kapcsolatos beszámolóját, majd megosztja sajátját. Következésképpen fenntartja az empátikus figyelmet és feltétlenül elfogadást a kommunikációja során. Empátia kérdőívet tölt ki és értékeli ki, interpretálja saját eredményeit.	Ismeri az empátia (mint a személyközpontú gyógyítási irányzat egyik fő eleme) szerepét az egészségügyben, történetét, mérőszközét és fejlesztettségének módjait.	Törekszik a türelemre és elfogadásra a társaival szemben és önreflexíven reflektál a saját tevékenységére.	Tudatában van a kommunikációjának, viszatükröző tevékenységének hatásával és súlyával a páciensre / társra.
A gyógyító kapcsolatok elemzése	Az elméleti részt a feladatlapon áttekinti. A gyógyító kapcsolat elemzésének különböző modelljei mentén elemz gyógyító és páciens találkozásokat. (Videók / szerepjáték segítségével.) Véleményt formál különböző gyógyító kapcsolati és kommunikációs helyzetekkel kapcsolatban. Ezeket lejegyzzi a kísérő feladatlapjára.	Érti és ismeri a gyógyító kapcsolat elemzésének klasszikus modelljeit, a transzakcioanalitikus modellt és a gyógyító kapcsolat mikroelemzési technikáit. Továbbá ismer különböző, a gyógyító kapcsolatot facilitáló és gátló kommunikációs megnyilvánulásokat.	Igénye van helyzetek és mások megértésére. Szem előtt próbálja tartani a kritikus gondolkodás fontosságát.	A helyzetekkel kapcsolatos elemzéseit, kritikáit nem sértő módon, segítő szándékkal fogalmazza meg és kommunikálja.

Témablokk	Képesség	Tudás	Attitűd	Autonómia-felölősség
A kultúra szerepe a gyógyításban	Az elméleti részt a feladatlapon áttekinti. A kultúra „jéghegy” modelljét egészségügyi vonatkozásban értelmezi. Kiscsoportos szerepjátékban felismeri, tudatosítja a saját maga által használt általánosításokat és / vagy sztereotípiákat. Interkulturális érzékenység kérdőívet tölt ki és értékeli ki, interpretálja saját eredményeit. Ezeket megvitatja társaival és lejegyzik őket a kísérő feladatlapjára.	Ismeri a kultúra szerepét az egészségügyben, a kultúra „jéghegy” modelljét, a sztereotípiák és általánosítások jellemzőit, az interkulturális kompetencia és érzékenység fogalmát, mérőeszközét és fejlesztetőségek módjait, illetve a keresztkulturális klinikai gyakorlat vezérelveit.	Igyekszik megérteni és elfogadni a különböző nézőpontokat. Törekszik rá, hogy érzékenyen, nyitottsággal és elfogadással viszonyuljon más kultúrákból érkezőkhöz.	Elismeri, hogy a saját valósága és igazságai is kultúrájának függvényei és e szerint viszonyul másokéhoz.
Zárás	A zárókörben véleményt formál és visszajelez a társainak és az oktatóknak, hogy milyen élmény volt számára az óra, mivel gazdagodott, mit hiányolt.	Ismeri és érti az alkalom érintett témáit, célját és anyagát.	Önreflexióra és ösztönzésre törekszik.	Konstruktív visszajelzést ad, mellyel segíti az oktatót is.
A tanulási folyamat	A gyakorlat közben, a kiadott feladatlapon folyamatosan jegyzi a saját, és kiscsoportos feladatok során társai gondolatmenetét, valamint az oktató visszajelzéseit. Othoni feladatként áttekinti a feladatlapon elméleti részeit, a megadott irodalmakat és kiegészíti a feladatok hiányzó részeit. Az érintett témákban felmerülő erősségeiről és fejlesztendő területeiről „naplót” vezet a beküldendő feladatlapon és stratégiákat alakít ki, hogyan fejlesztené a kevésbé erős kompetenciát.	Ismeri a gyakorlat teljesítéséhez a tanulási eredményeket, a teljesítés feltételeit és az értékelés szempontjait, az ajánlott irodalmakat és a határidőket.	Szorgalomra, önállóságra, alaposágra és önkritikára törekszik.	Aktívan részt vesz a csoportos munkában. Felismeri és elismeri az érintett témákban megjelenő erősségeit és fejlesztendő területeit. A témákkal kapcsolatos, othoni feldolgozásra megadott irodalmakat áttekinti. A gondolataival, érzéseivel feltöltött feladatlapot elkészíti és határidőre beküldi.

11. melléklet. Az elégedettség- és hatékonyság vizsgálat kurzus előtti- és utáni online kérdőíve

Pre-course questionnaire



B *I* U

Dear Participant,

You are being invited to participate in a research study titled Medical education on Medically Unexplained Symptoms and Intercultural Communication (MUSIC).

This study is being done by the Universities of Szeged (HU), Rotterdam (NL) and Gent (BE) in frame of an Erasmus+ Strategic Partnership Project.

The purpose of this research is to develop training programs for international medical students.

Thank you very much for agreeing to participate in this survey.

Your participation is completely voluntary and you are free to decline to participate, without consequence, at any time prior to or at any point during filling in the questionnaire. Completing and returning the questionnaire constitutes your consent to participate.

This study is anonymous. We will not be collecting or retaining any information about your identity.

The information provided by you in this questionnaire will be used only for research purposes.

Thank you for your cooperation!

Creat an imaginary name for yourself which you will also use in the post-course questionnaire *
(e.g. Pancake7) so that we can ensure your anonymity:

Rövid szöveges válasz

Age: *

Rövid szöveges válasz

Gender: *

☐ Female

☐ Male

☐ Other

Nationality: *

Rövid szöveges válasz

Native language: *

Rövid szöveges válasz

...

Please list the languages you speak apart from your native language: *

Rövid szöveges válasz

Current Institution (University): *

- ☐ University of Szeged
- ☐ Semmelweis University
- ☐ University of Veterinary Medicine
- ☐ University of Pécs
- ☐ University of Debrecen
- ☐ Eötvös Loránd University
- ☐ Károli Gáspár University of Reformed Church
- ☐ Pázmány Péter Catholic University
- ☐ Budapest University of Technology and Economics
- ☐ Other

...

Faculty: *

- ☐ General medicine
- ☐ Dental
- ☐ Pharmacy
- ☐ Psychology
- ☐ Physiotherapy
- ☐ Nursing
- ☐ Other

Year of study: *

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

5

☐

6

☐

...

Level of study: *

☐

BSc / BA

☐

MSc / MA /

☐

One cycle Master's program

☐

Other

In case you have lived abroad, list the countries where you spent a longer period of time (at least 3 months): *

Hosszú szöveges válasz

In the institutions where you have studied so far have you previously learned about medically unexplained symptom (MUS) / functional somatic symptoms? *

☐

Yes

☐

No

If so, in what course and for how long? (optional)

Hosszú szöveges válasz

...

In the institutions where you have studied so far have you previously learned about intercultural patient care or have you participated in intercultural competence development? *

☐

Yes

☐

No

If so, in what course and for how long? (optional)

Hosszú szöveges válasz

Evaluation



Leírás (nem kötelező)

Evaluate your knowledge regarding MUS patients and their treatment: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I know nothing in this topic

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

I am an expert in this topic



Evaluate your attitudes and feelings regarding MUS patients and their treatment: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Completely negative

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Completely positive

Evaluate your skills regarding MUS patients' treatment: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I can't treat MUS patients at

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

I can treat MUS patients

Evaluate your knowledge regarding intercultural patient care: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I know nothing in this topic

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

I am an expert in this topic



Evaluate your attitudes and feelings regarding intercultural situations in patient care: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Completely negative

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Completely positive

Evaluate your skills regarding intercultural patient care: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I can't perform
intercultural patient care

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

I can perform intercultural
patient care perfectly

Expectations



Leírás (nem kötelező)

What do you expect from the course and from the e-learning program? What area do you want to develop the most? *

Hosszú szöveges válasz

Post-course questionnaire



B *I* U

Thank you for your cooperation!

Write down your imaginary name which you have already used in the pre-course questionnaire (e.g. Pancake7): *

Rövid szöveges válasz

Evaluation



Leírás (nem kötelező)

Evaluate your knowledge regarding MUS patients and their treatment: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I know nothing about this topic

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

I am an expert in this topic

Evaluate your attitudes and feelings regarding MUS patients and their treatment: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Completely negative

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Completely positive

Evaluate your skills regarding MUS patients' treatment: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I can't treat MUS patients at all ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ I can treat MUS patients perfectly

...

Evaluate your knowledge regarding intercultural patient care: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I know nothing about this topic ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ I am an expert in this topic

Evaluate your attitudes and feelings regarding intercultural situations in patient care: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Completely negative ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Completely positive

Evaluate your skills regarding intercultural patient care: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I can't perform intercultural patient care ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ I can perform intercultural patient care perfectly

A következő szakasz után: 3 Ugrás a következő szakaszra

5/4. szakasz

Your feedbacks



Leírás (nem kötelező)

Which modules of the e-learning program have you seen? (You can select multiple answers.) *

- ☐ Module 1 - Health, culture and doctor-patient relationship
- ☐ Module 2 - a) MUS, b) IC, c) Empathy, d) Patient-centeredness
- ☐ Module 3 - a) Explaining MUS in context, b) MUS management
- ☐ Module 4 - What happens when cultures meet?

☐ All Modules

...

How long (how many hours) have you used the program? *

- ☐ Less than 1 hour
- ☐ 1-5 hours
- ☐ 5-10 hours
- ☐ More than 10 hours

How did you use the program? (You can select multiple answers.) *

- ☐ Independent work by yourself as a part of a course
- ☐ Teamwork with your fellow students as a part of a course
- ☐ Independent work by yourself at home, not as a part of a course
- ☐ Teamwork with e.g. your fellow students or colleagues, not as a part of a course

Which parts (Modules or Exercises) did you find most useful? Why? Please write down some feedbacks! *

Hosszú szöveges válasz

Which parts (Modules or Exercises) did you find least useful? Why? Please write down some feedbacks! *

Hosszú szöveges válasz

...

How would you change the e-learning program? What would you add to it? How would you develop it? Please write some suggestions! *

Hosszú szöveges válasz

Other comments / feedbacks about the e-learning program and course:

Hosszú szöveges válasz