

A KOMMUNIKÁCIÓ JELENTŐSÉGE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Pintér Dániel Gergő

pinter.daniel.gergo@gmail.com

DOI: 10.20520/JEL-KEP.2021.1.1

Absztrakt

Ez a szakirodalmi analízis egyaránt vizsgálja az orvos-beteg, valamint az egészségügyi team-en belüli kommunikáció hatékonyságát befolyásoló tényezőket. A tanulmány elején az ún. „health literacy”-val kapcsolatos nemzetközi kutatási eredmények szintetizálására és az egészségműveltséget alkotó komponensek azonosítására teszek kísérletet, majd részletesen ismertetem az egészségügyi kommunikációval kapcsolatos főbb akadémiai elméleteket. Ezt követően a médiahasználati szokások megváltozásának egészségügyi folyamatokra gyakorolt pozitív és negatív hatásait vizsgálom, bemutatom az e-betegek legfontosabb karakterisztikáit és a napjainkban legkorszerűbb megközelítésnek számító *bio-pszicho-szociális-digitális* modellt. A tanulmány második fele a pácienseket követően a szakdolgozói team-re helyezi a fókusz: nemcsak feltárja a terület korlátait, de végezetül néhány szakmai javaslatot is megfogalmaz a belső szervezeti kommunikáció javítása és a kórházi munkatársak motivációjának fejlesztésére vonatkozóan.

Kulcsszavak

digitális egészségügy, orvos-beteg kommunikáció, health literacy, közös döntéshozatal

THE IMPORTANCE OF COMMUNICATION IN HEALTH-CARE

Daniel Gergő Pintér

Abstract

This literature review examines the influential factors in the efficiency of communications between doctors and patients, as well as the healthcare team. I start by synthesising the results of international research regarding “health literacy” and identify its components, then I give a detailed description about the main academic theories regarding medical communication. Afterward I examine the positive and negative influences to the medical processes of the communication technology’s development and the changes of media usage habits; introducing the most important characteristics of e-patients and the most up-to-date *bio-psycho-social-digital* model’s approach. The second part of the study focuses on the medical team and reveals the personal, professional and system-related limits of the hospital workers. Finally I make professional recommendations to improve internal corporate communications and promote the vocation of healthcare workers.

Keywords

digital health, doctor-patient communication, health literacy, shared decision making

A KOMMUNIKÁCIÓ JELENTŐSÉGE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Szakirodalom-kutatás az orvos-beteg kapcsolat és a szakdolgozói team hatékonyságát befolyásoló tényezők feltárása céljából

Pintér Dániel Gergő¹

A tanulmány módszertana és felépítése

Ez a cikk szisztematikus szakirodalomkutatáson és -elemzésen alapul, melynek keretein belül retrospektív információkeresést és feldolgozást valósítottam meg (Voit 2004). Az egészségműveltség komponenseivel, az egészségügyi kommunikáció általános jellemzőivel, az orvos-beteg kapcsolatot leíró akadémiai modellekkkel, a kommunikációtechnológia fejlődésének következményeivel, az egészségügyi team-en belüli kommunikáció korlátaival, valamint a kórházi dolgozók elhivatottságával kapcsolatos vizsgálódásaimat a *szakirodalmi lánc*, vagyis az ún. *hólabda-módszer* szerint végeztem, melynek lényege, hogy a témában született, alapvető írások, doktori disszertációk bibliográfiai apparátusát vettem kiindulási pontnak (Majoros 1997, Voit 2004). Ezt követően minden irodalomjegyzékből kiválasztottam a tanulmány szempontjából releváns cikkeket, majd azok hivatkozásait is áttekintettem. Az így megkapott kutatási eredményeket elsősorban gazdasági, médiahasználati, szervezeti, közvetlen emberi kommunikációs és menedzsment aspektusokból szintetizáltam, különös figyelmet fordítva egyrészt arra, hogy teljeskörűen mutassam be azt a fejlődési ívet, ahogy az orvos-beteg kapcsolat a paternalista megközelítéstől a bio-pszicho-szociális-digitális modellig eljut; másrészt pedig arra, hogy sikerrel tárjam fel a kórházi dolgozók munkáját és kommunikációját akadályozó tényezők rendszerszintű összefüggéseit. Annak érdekében, hogy a téma szempontjából releváns kulcsfogalmakat, modelleket és akadémiai megközelítéseket megfelelően ismertethessem, az egyes szerzők bibliográfiájának esetlegességei és szubjektív szelekciós szempontjai miatt pedig egyetlen fontos mű se maradjon ki az elemzendő szövegtömbből, a fenti módszert online kulcsszavas kereséssel is megtámogattam. Az irreleváns tartalmakat a „*health literacy*”, „*digital health*”, „*doctor-patient communication*”, „*shared decision making*”, „*bio-psycho-social model*”, „*e-patient*”, „*health coaching*”, „*cyberhondria*” keresőkifejezésekre

¹ Dr. Pintér Dániel Gergő PR-stratéga és válságmenedzsment szakértő, aki több ügyfélre kiterjedő Account Directori feladatokat lát el a Media 2.0 Communications alapító-ügyvezetőjeként, mellette pedig a Magyar Public Relations Szövetség Kríziskommunikációs tagozatának elnökeként és a Budapesti Metropolitan Egyetem oktatójaként dolgozik. Magyarországon az elsők között szerzett PhD. fokozatot kríziskommunikációból 2019 júniusában az ELTE BTK-n.

szűkítettem a *Google Scholar* alkalmazás használatával. Ahogy a keresőkifejezések nyelve is mutatja, tanulmányom során jórészt angol kutatási eredményekre támaszkodtam annak érdekében, hogy a magyar olvasók számára is közelebb hozzassam az egészségügyi kommunikáció területével kapcsolatos nemzetközi diskurzust. A szelekció és a feldolgozás során egyaránt törekedtem a teljeskörűsége, illetve a visszamenőleges és a kurrens információkezelés együttes alkalmazására.

A tanulmány módszertanának ismertetése után elengedhetetlen a cikk felépítésének és szerkezetének a bemutatása. A bevezető fejezetben elsőként versenypiaci szolgáltatásként értelmezem az egészségügyet és röviden körvonalazom a kórházak falai között zajló segítő kommunikáció hatékonyságának kritériumait. Ezt követően az ún. „health literacy”-val kapcsolatos nemzetközi kutatási eredmények szintetizálására és az egészségműveltséget alkotó komponensek azonosítására teszek kísérletet. A tanulmány következő fejezetében részletesen ismertetem a főbb, egészségügyi kommunikációs folyamatokat leíró akadémiai elméleteket: a *biomedikális*-, a *bio-pszicho-szociális*-, a *paternalista*-, a *közös döntéshozatal*-, a *deficit*-, valamint a *kontextus-modellt*. A koncepciók irányelveinek megadásával a bio-pszicho-szociális-, a közös döntéshozatal-, valamint a kontextus modell együttes alkalmazása mellett érvelek, hiszen az ellátórendszert ért kihívásokra kizárólag egy, a világ változásait és a szolgáltatást igénybe vevők visszajelzéseit adaptáló, az érintettek integrálására, tájékozottságára és kvázi egyenrangúságára építő megközelítés nyújthat megoldást. Ezt követően a kommunikáció-technológia fejlődésének és a médiahasználati szokások megváltozásának egészségügyi folyamatokra gyakorolt pozitív és negatív hatásait vizsgálom; bemutatom az e-betegek legfontosabb jellemzőit és a napjainkban legkorszerűbb megközelítésnek számító *bio-pszicho-szociális-digitális* modellt. A tanulmány második fele a pácienseket követően a szakdolgozói teamre helyezi a fókusz: nemcsak feltárja a terület rendszerszintű-, hivatásbeli-, és egyéni korlátait; de végezetül néhány szakmai javaslatot is megfogalmaz e problémák feloldására, a belső szervezeti kommunikáció javítására és a kórházi munkatársak motivációjának fejlesztésére vonatkozóan.

Bevezetés: az egészségügy, mint versenypiaci szolgáltatás és a hatékony segítő kommunikáció általános jellemzői

Az orvos-páciens kapcsolat, valamint az egészségügyi ellátásban dolgozó szakemberek egymás közötti, illetve a betegekkel, látogatókkal zajló kommunikációja az utóbbi évtizedekben alapvető változásokon ment keresztül. Ennek legfőbb oka, hogy bár a kórházak falai között zajló interakciók jellemzői országoktól, ellátórendszerektől, valamint kulturális és pszichológiai háttértől erősen függő tendenciák mentén, eltérően alakultak, általános gazdasági és marketing szempontokból elmondható, hogy napjainkban az egészségügy egyre inkább versenypiaci szolgáltatásként kerül értelmezésre (Kincsesné 2013). A szolgáltatás-központú megközelítés eredményeképpen egyrésztől komplexebb és személyesebb kapcsolat alakul ki az orvosok és betegek között, másrésztől pedig a páciensek egészséggel, egészségüggyel kapcsolatos szemlélete, együttműködési hajlandósága, informáltsága és párbeszédre való nyitottsága kulcsfontosságú faktorokká váltak a gyógyító tevékenység eredményessége, progresszivitása szempontjából (Udvardi 2017). A teljesség igénye nélkül elmondható, hogy az elmúlt években stratégiai szinten növekvő hangsúly került

- ◆ az ellátás teljes spektrumának gazdasági- és szakmai szempontú optimalizálására, az intézményrendszerek hatékonyabbá tételére;
- ◆ az összes érintett dinamikus kollaborációjának kialakítására;
- ◆ a felek együttműködésére építő egészségfejlesztési folyamatok előfeltételeinek biztosítására;

- ◆ fenntartható szociális reformok előterjesztésére;
- ◆ a társadalom általános egészségműveltségi szintjének és a betegek attitűdjeinek, tájékozottságának fejlesztésére;
- ◆ a legjobb nemzetközi gyakorlatok átültetésére;
- ◆ az egészségpolitikai irányelvekben megjelenő preventív, valamint az integrált család- és közösségorientált szemlélet adaptálására;
- ◆ a rugalmas, modern és az igényekre reagáló kórházi környezet, infrastruktúra kialakítására;
- ◆ az orvos és beteg kvázi egyenrangúságára, az együttes döntéshozatalra és a köztük lévő partneri kapcsolat kiépítésére;
- ◆ az új e-megoldások és a modern információs technológiák alkalmazására;
- ◆ az ellátást igénybe vevők elégedettségére és igényeinek magas színvonalú kielégítésére;
- ◆ a személyes kapcsolatmenedzsment és kommunikáció korszerűsítésére;
- ◆ a szakdolgozók megtartása, motiválása érdekében humán-erőforrás programok kidolgozására;
- ◆ az egészségügyi folyamatok sikerességét korlátozó kulcstényezők azonosítására. (Lásd bővebben pl. Kincsesné 2013, Udvardi 2017)

Miután vázlatosan átekintettük az egészségügy szolgáltatás-központú megközelítését, elengedhetetlen a kórházak falai között zajló kommunikáció hatékonyságának kritériumait is feltárni, melyek a segítő kapcsolatokra jellemző ismérvek szerint kerülnek bemutatásra. Carl R. Rogers (1995) amerikai pszichológus meghatározásában ugyanis nem kötötte konkrét szakmához a segítő kapcsolat fogalmát, értelmezésében a kapcsolat sajátosságát elsősorban maga a konstruktív segítségnyújtási szándék adja. A rogers-i megközelítés szerint minden olyan szabályozott viszonyrendszerben zajló formális interakció segítő kapcsolatként értelmezhető, amelyben legalább az egyik fél tudatos szándéka az, hogy speciális, célzott kommunikációs eszközök segítségével elősegítse a másik fél testi vagy lelki fejlődését (Rogers 1995). Mivel a kutató a segítő kapcsolat fogalmát kiterjeszti a szülő-gyermek, tanár-diák és tanácsadó-kliens viszonyra is, így kézenfekvő, hogy az orvos-beteg kommunikáció hatékonyságát is Rogers segítségével definiáljuk.

A pszichológus szerint a hatékony segítő kapcsolat legfontosabb kritériumai a beteg iránt érzett – és expliciten ki is fejezett – empátia; a feltétel nélküli, pozitív elfogadás attitűdje; a hitelesség, vagyis kongruencia; valamint a diszkrét, támogató légkör megteremtése. Rogers a kutatásaiban (1995) azt is aláhúzza, fontos, hogy az orvos érzelmi reakciói harmonizáljanak a beteg megnyilvánulásaival, a viselkedése legyen transzparens, a kommunikációja pedig közérthető, miközben optimális érzelmi távolságot is tart. Ez annak érdekében szükséges, hogy az orvos a páciens szemszögéből tudja értelmezni az adott problémát, képessé váljon a bizalom kiépítésére, de egyúttal birtokában is maradjon annak a függetlenségnek, amely biztosítja az objektív segítő beavatkozás hatékonyságát. Rogers arra is felhívja a figyelmet, hogy a hitelesség kritériumának teljesítéséhez önmagában nem elég a tudás és a szakmai felkészültség, hiszen az orvos személyiségjegyei, például az őszintesége, a motivációi és az önismerete is meghatározóak a kommunikáció hatékonysága szempontjából. A szakember szerint a segítő kommunikáció hatékonyságának biztosításához elengedhetetlen

- ◆ a fogadó fél jelzéseinek adekvát értelmezése;
- ◆ a közérthetőség;
- ◆ a megfelelően megválasztott hangerő, beszédtempó, moduláció és hangsúly;
- ◆ a mondanivaló konkrétsága és egyszerűsége;

- ◆ a beteg érzelmi állapotának felismerése és az ahhoz való alkalmazkodás;
- ◆ valamint az idegen szavak lehetőség szerinti elkerülése is.

Összefoglalva tehát elmondható, hogy az orvosnak minden esetben érdemes kifejezéseit a beteg nyelvezetéhez és adottságaihoz idomítani, fontos nyitottá válnia a páciens visszajelzéseire és lehetőség szerint több oldalról is megvilágítani az adott problémát a teljes körű befogadás biztosítása érdekében (Rogers 1995).

Miután versenypiaci szolgáltatásként értelmeztük az egészségügyet és röviden körvonalaztuk a kórházak falai között zajló segítő kommunikáció hatékonyságának kritériumait, a következő fejezetben az egészségműveltség fogalmát vizsgáljuk meg.

Az egészségműveltség jelentősége az orvos-beteg kommunikációban

A páciensek kommunikációs és kollaboratív képességeinek összességét az ún. *health literacy* (egészségműveltség) gyűjtőfogalma írja le, mely tulajdonképpen egészségügyi „írási-olvasási készségnek” felel meg, és azt jelöli, hogy a betegek „milyen mértékben képesek alapvető egészségügyi információk megszerzésére, feldolgozására és megértésére” (Hulsman et al. 2005: 223). Egy másik meghatározás szerint az egészségműveltség „az egészséggel kapcsolatos alapvető információk és szolgáltatások elérésének, értelmezésének és megértésének képessége, valamint ezen információk és szolgáltatások felhasználásának kompetenciája az egészség fejlesztése érdekében” (Ratzan – Parker 2000). Az, hogy a definíció pontosan milyen kompetenciákat foglal magába, időben messze nem statikus és univerzális, hiszen az orvostudomány és a kommunikációtechnológia fejlődésével, a médiahasználati szokások paradigmatis megváltozásával párhuzamosan változik a betegek sikeres önképviseletéhez nélkülözhetetlen képességek tárháza is (Kincsesné 2013).

Schulz és Nakamoto (2005) modellje szerint az egészségműveltség három fő komponense:

- ◆ a *deklaratív*, vagyis az egészséggel és annak megőrzésével kapcsolatos tárgyi tudás;
- ◆ a *procedurális*, vagyis a tárgyi tudás alkalmazásával kapcsolatos ismeretek, melyek kiegészülnek a funkcionális alapképességekkel is;
- ◆ valamint az *ítélőképesség*, mely a tárgyi tudásra alapozva az új információk, döntési helyzetek hatékony megítélését és kezelését foglalja magába (Schulz – Nakamoto 2005).

Kickbusch és szerzőtársai (2006) az egészségműveltséggel kapcsolatos kompetenciák négy nagy csoportját az alábbiakban azonosította:

- ◆ *alapvető egészségkompetenciák*, melyeknek kategóriájába az egészségvédő, betegségmegelőző és egészségfejlesztő magatartás képességei, valamint az öngyógyítás, öngyógyszerezés és az egészség orvosi segítség nélkül való visszanyerési képessége tartozik;
- ◆ *páciens kompetenciák*, amely kategóriába az egészségügyi ellátórendszerben való sikeres eligazodás képessége, valamint a szakemberekkel, orvosokkal, ápolókkal és szociális munkásokkal való kapcsolattartás során az aktív tárgyalópartnerként történő fellépés képessége tartozik;
- ◆ *fogyasztói kompetenciák*, amely kategóriába az egészséget támogató döntéshozatal, a megfelelő gyógyszerek és szolgáltatások megvásárlásának, valamint a fogyasztói jogok érdekérvényesítésének képessége tartozik;
- ◆ *állampolgári kompetenciák*, az utolsó kategóriába a tudatos szavazói magatartás, az egészséggel kapcsolatos jogok ismerete és azok érdekében való fellépés, valamint az egészségmegőrzést támogató szervezetekben való részvételi képesség tartozik (Kickbusch et al. 2006).

Az eddigiektől eltérő szempontok alapján csoportosítva, Sørensen és kollégái (2012) is négy kulcskompetenciát azonosítottak annak érdekében, hogy a páciensek sikerrel igazodhassanak el az egészségügyi ellátás, a prevenció és az egészségfejlesztés rendszerében.

- ◆ A *hozzáférés* képessége arra vonatkozik, ahogyan igényeljük, felkutatjuk és befogadjuk az egészséginformációkat a globális médiatérben.
- ◆ A *megértés* azt a képességet takarja, amelynek segítségével észleljük, befogadjuk, tudatosítjuk és interpretáljuk a kapott egészséginformációt.
- ◆ Az *értékelés* olyan képesség, amely szűri, megítéli és minősíti a kapott egészséginformáció adekvátságát és egyéni relevanciáját.
- ◆ Az *alkalmazás* képessége arra vonatkozik, ahogy kommunikáljuk és implementáljuk a kapott információt, vagyis ahogy döntést hozunk annak érdekében, hogy egészségünk fenntartható, esetleg javítható legyen (Sørensen et al. 2012).

Az egyéb szakirodalmi koncepciókhoz viszonyítva, Sørensen integrált modellje azokat a társadalmi és környezeti tényezőket is figyelembe veszi, amelyek jelentős hatást fejtenek ki az egészségműveltségre, például a demográfiai helyzetet, iskolázottságot, gazdasági mutatókat, vagy a beteget körülvevő szociokulturális, nyelvi és politikai környezetet (Sørensen et al. 2012). Azt, hogy pontosan mit érdemes tudnia a betegeknek az egészségükkel kapcsolatos döntések meghozatalához, valamint az ellátórendszer labirintusában való eligazodáshoz, Nagy és Barabás (2011) az 1. táblázatban összegzi.

1. táblázat

Az egészségműveltséghez tartozó képességek (Nagy – Barabás 2011)

| Az egészségműveltséghez tartozó képességek | Hétköznapi példák | A feladatok elvégzéséhez szükséges készségek |
|--|---|--|
| Az információ <i>hitelességének</i> és <i>minőségének</i> értékelése. | Internetes tájékozódáskor annak eldöntése, hogy mikor érdemes második diagnózist kérni. | Vizuálisan írni-olvasni tudás (betűk, ábrák); számítógépes írás-olvasás (képes kezelni a számítógépet); információt írni-olvasni tudás (képes megfigyelni és alkalmazni a releváns információt); számértékkel vagy számítással írni-olvasni (képes kiszámolni vagy számokkal indokolni); képes ezeket szóban elmondani és megérteni (verbális-kommunikációs nyelvi készségek). |
| A viszonylagos <i>kockázatok</i> , <i>veszélyek</i> , <i>előnyök</i> elemzése. | Vény nélkül kapható készítmények szedése, kutatásban való részvétel mérlegelése. | |
| A gyógyszeradagok <i>kiszámítása</i> . | A beteg testsúlya alapján való kalkuláció. | |
| A teszt/vizsgálat eredményeinek <i>értelmezése</i> . | Zárójelentések megértése. | |
| Az egészséginformáció <i>elérésének</i> meghatározása. | Internetes tájékozódáskor annak mérlegelése, hogy mely fórumok, honlapok tekinthetők megbízhatónak. | |

A páciensek egészségműveltségének szintje és az egészségügyi következmények, gyógyulási kimenetek közötti korrelációt számos nemzetközi kutatási eredmény is alátámasztotta az elmúlt években. Baker et al.szerint (2007) a nem megfelelő health literacy erős kapcsolatban áll a halálozási arányszámokkal, Mártensson – Hensing (2012) pedig arra mutatott rá, hogy az alacsony egészségműveltséggel rendelkező betegek tendenciózusan hosszabb időt töltenek kórházakban, többször veszik igénybe az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásait, ráadásul

komoly gondot okoz számukra az orvosi előírások pontos követése, valamint az egészségügygel kapcsolatos információk hitelességének mérlegelése (Connor et al. 2013).

Mivel a fenti, heterogén képességeket és az azokra eltérő szempontok alapján épülő definíciókat összegezve megállapítható, hogy az elmúlt évtizedekben gyógyítási szempontból markáns eltolódás tapasztalható az ún. *biomedikális modell*től az ún. *bio-pszicho-szociális modell* felé (Kincsesné 2013), ezért a következő fejezetben ezt a két koncepciót ismertetem.²

A bio-pszicho-szociális modell: a környezet és a bizalom, mint kulcsfaktorok

A mára már erősen meghaladott, de a 19. században még egyeduralkodónak számító *biomedikális modellre* elidegenített orvos-páciens kapcsolat, egyetemleges kórtünetek, valamint orvos- és betegségközpontúság volt jellemző (Ádány 2011). A koncepció az emberi testet komplex biológiai organizmusként írta le. Lényege, hogy a betegségeket kizárólag kórokozókra, fiziológiai zavarokra és mérhető biológiai változókra vezette vissza, amelyek háttérben fizikai sérülést, biokémiai egyensúlyzavart, bakteriális, vírusos vagy egyéb fertőzést azonosított. A megközelítés *kauzális*, azaz oksági viszonyokat feltételezett, valamint *kiváltó indikátorokat* keresett, és végső célja a diagnózis felállítása volt. E korai felfogásban a betegség a test válasza a szervezet veszélyeztetésére és a környezet káros hatásaira. A biomedikális modell elsősorban *technicista*, betegségeket és nem betegeket kezelte: nem tartotta az egészségügy hatáskörébe tartozónak például az olyan, akár súlyos szubjektív panaszokkal járó állapotokat, melyeknek nincs kimutatható biológiai vagy fiziokémiai oka. Összefoglalva akár azt is mondhatnánk, hogy *dualista* felfogás jellemezte, hiszen a testet és a lelket egymástól független szubsztanciaként, élesen szétválasztva kezelte (Ádány 2011).

A biomedikális modellt számos kritika érte, mely elsősorban az egészség-betegség *individualisztikus* felfogásának hiányából és abból eredt, hogy a koncepció a szociális, környezeti faktorokat teljességgel negligálta. A szélesebb társadalomban komoly ellenállást váltott ki a megközelítés *medikalizáció*- és eszközközpontúsága, valamint a betegellátás elszemélytelenedése, miközben tudományos szempontból is számos alapvetése került megcáfolásra az oksági hálót feltételező diszciplínák, – például az immunológia – fejlődésének köszönhetően (Kincsesné 2013). A pszichoszomatika képviselői például azt hiányolták, hogy a modell nem veszi figyelembe a test-lélek-szellem hármasságát, míg az orvosi közösség progresszívebb képviselői szerint a koncepció a hivatalos orvoslással szembeni bizalmatlanság erősödéséhez, végső soron pedig a gyógyítás hatékonyságának megkérdőjelezéséhez vezetett. E problémákra válaszul jelent meg a *bio-pszicho-szociális modell* az 1980-as években, mely a betegségek okait nemcsak kizárólag biológiai szempontból vizsgálja, de társadalmi és pszichológiai tényezőket is figyelembe vesz a terápiák megtervezésénél (Kincsesné 2013).

A bio-pszicho-szociális modellre már nem *reaktív*, hanem *preventív* vagyis megelőző, egészségorientált személet jellemző. Felfogásában *integratív* és *multikauzális*: a betegségek okait sokszínű tényezőkben azonosítja, melyek állandó kölcsönhatásban állnak egymással. Rendszerszemléletű gondolkodás jellemzi, az egészséget pedig nem passzív, statikus állapotként írja le, hanem egy adott természeti és társadalmi környezetbe illesztett, permanensen változó entitásként, amelyben jelentős szerepet tulajdonít a beteggondozó rendszernek, az egészségügyi intézményeknek és a beteggel foglalkozó egyéneknek is. A modell *holisztikus*

² Természetesen az elmúlt években Magyarországon is volt néhány kísérlet az egészségműveltség hazai szintjének felmérésére, azonban mivel ezek nem nagyvolumenű és nem reprezentatív mintán elvégzett kutatások voltak – eredményeikből pedig aligha vonhatunk le átfogó következtetést a felnőtt lakosság egészére vonatkozóan –, így ismertetésüktől ezúttal eltekintünk (ld. bővebben pl. Nagy és tsai 2015, Gács és tsai 2015).

és *ökológiai* fókuszú, vagyis elsődleges célja a káros külső tényezők eliminálása, a testi-lelki egyensúly megteremtése. Ennek érdekében nemcsak természetes módszereket és terápiás eljárásokat kombinál, de nyitottan viszonyul akár interkulturális technikákhoz is, például a tudományos módszerekhez képest kevésbé bizonyított hagyományos keleti szisztémákhoz is. A bio-pszicho-szociális koncepció szerint az orvosok többszemponútú diagnózisa, a kezelési lehetőségek sokszínűségének biztosítása, az alternatívák közös mérlegelése jóval interperszonálisabb kapcsolatot feltételez a pácienssel. Ebben az interakcióban mindkét fél személyisége, viselkedése és érzése is egyre fontosabbakká válnak, ezáltal pedig kvázi egyenrangú partneri viszony alakulhat ki közöttük (Molnár – Csabai 1994).

A bio-pszicho-szociális dinamikus megközelítésére épülő betegközpontú kommunikációs és menedzsment modellek akár az egészségügyi rendszerben permanensen jelentkező költségproblémák megoldásához vezető innovációknak is tekinthetőek, hiszen végső soron a szolgáltatás minőségének és a páciensek elégedettségi szintjének emelését, a gyógyulási arányok javítását eredményezik (Porter 1988). Az egyre informáltabb, önállóan dönteni tudó és szándékozó ügyfelek részarányának emelkedése, továbbá az orvos-beteg kommunikáció és együttműködés hatékonyságának növekedése nemcsak egyéni szinten, de társadalmi és gazdasági dimenzióban is kimutatható pozitív következményekkel jár (Young – Oppenheimer 2006), éppen ezért elengedhetetlen a páciensek észlelését befolyásoló egyéb kulcstényezőket is összefoglalni. Sjöberg (2000), valamint Slovic és Weber (2002) szerint e tényezők közül kiemelkedik

- ◆ a *kontrollérzet*, vagyis hogy milyen mértékben érzi a beteg azt, hogy ellenőrzése alatt tartja az egészségügyi folyamatokat;
- ◆ a *döntési lehetőségek*, vagyis hogy van-e a páciensnek érdemi választási lehetősége a különböző eljárásokat, kezelési módszereket, gyógyszereket illetően, tud-e bármit tenni az észlelt kockázatok csökkentése céljából;
- ◆ az *érintettek köre*, vagyis hogy érzékeli-e a beteg, hogy a közvetlen környezete, szerettei, családtagjai ki vannak téve veszélynek, vagy sem;
- ◆ az *újdonságérték*, azaz jelentkezett-e már korábban is hasonló probléma, rendelkezik-e a páciens számottevő információval, tapasztalattal, rutinnal és gyakorlattal a kialakult helyzet kezelését illetően;
- ◆ a *következmények jellemzői*, vagyis hogy a betegnek mennyire hosszútávú, milyen súlyos, milyen mértékben visszafordítható vagy végzetes kimenetelekkel célszerű számolni;
- ◆ a *kockázat-haszon egyensúly*, azaz a páciens szubjektív értékelése arra vonatkozóan, hogy egy műtét vagy gyógyszeres kúra haszna, rövid és hosszútávú hatásai nagyobbak, jobbak-e, mint a lehetséges negatív következményei;
- ◆ a *bizalom mértéke* elsősorban azokkal a személyekkel, szolgáltatókkal és intézményekkel kapcsolatban, akik kommunikálják az esetleges kockázatokat, vagy akiknek elsődleges felelőssége a helyzet sikeres kezelése (Sjöberg 2000, Slovic – Weber 2002).

Ez utóbbi pont kiemelt fontosságú az orvos-beteg kapcsolatban és intézményi dimenzióban egyaránt, hiszen a páciens kezdetben mindig alárendelt, függő viszonyban lesz a gyógyításban kompetens szakemberhez képest; ki lesz szolgáltatva az ellátórendszer sajátosságainak és a szakdolgozók tevékenységének. Mivel az, hogy a beteg mennyire bíz meg az orvosában és a kórházi szolgáltatások minőségében, nagymértékben befolyásolhatja az észlelt kockázatot, valamint az együttműködési hajlandóságot, ezért a bizalmat megerősítő és az együttműkö-

désre inspiráló légkör különösen fontos a viziteken (Ommen et al. 2008). Erdem és Harrison-Walker (2006) a bizalom kialakulásához elengedhetetlen tényezőket az alábbi három pontban azonosítja:

- ◆ a *forrás hitelessége*; vagyis az, hogy milyen mértékben hiszünk az egészséggel kapcsolatos információk megbízhatóságában, nagymértékben függ magának az üzenet küldőjének a hitelességétől, az orvosok és ápolók észlelt szakértelmétől, felelősségteljeségétől.
- ◆ a *vizitek gyakorisága*; vagyis a rendszeres időközönként ismétlődő orvos-beteg találkozások, valamint azok idejének meghosszabbítása a bizalom kialakulását erősíti.
- ◆ a *kommunikációtechnológia szerepe*; vagyis annak ellenére, hogy az orvosok még mindig az egészséggel kapcsolatos információk elsődleges forrásának számítanak, napjainkban az internetes információgyűjtés is egyre elfogadottabb tájékozási módszer a betegek körében. A különböző blogokon, szakmai oldalakon, online fórumokon és a közösségi médiában megszerzett információk segítségével a páciensek kompetensebbnek, naprakészebbnek érezhetik magukat, amely elősegítheti a konzultációk könnyebb lefolyását; bátrabban tesznek fel kérdéseket, ezáltal pedig érdemben hozzájárulnak a felek közötti bizalmi kapcsolat kiépítéséhez. Természetesen mindebben kiemelten fontos, hogy az orvos is kvázi egyenrangú partner legyen: ne zavaró tényezőként kezelje a páciensek internetes felkészültségét és proaktivitását, hanem a felek teljeskörű megértését támogató lehetőségként (Erdem és Harrison-Walker 2006).

Annak érdekében, hogy a technológia fejlődésének és a médiahasználati szokások paradigmatisztikus átalakulásának az orvos-beteg kommunikációra vonatkozó következményeit megérthessük, elengedhetetlen ismertetni a *közös döntéshozatal elvét*, melyre a következő fejezetben kerül sor.

A paternalista kommunikációtól a közös döntéshozatal elvéig: a health coaching szerepe

Az eddig bemutatott, az egészségügyi kommunikáció sikerességét befolyásoló praktikus szempontokon túl a pszichológiai, bioetikai aspektusokat is érdemes szem előtt tartani. Korábban egyfajta *paternalista*, orvosközpontú kommunikáció dominálta a beteg döntéshozatalát, melyet túlnyomórészt egyirányú és minimális információátadás, valamint tekintélyelvű szabálykövetés jellemezett (Kincsesné 2013). A modell elsősorban a fehérköpenyesek autonómiájára épült: egyedül ők voltak azok, akik mérlegelték az információkat, majd kizárólagosan, kvázi a „feje fölött” döntöttek a beteg sorsáról, így utóbbinak nem is maradhatott más feladata, mint az előírtak pontos betartása és a szabálykövetés (Brown et al. 2006).

Mindebből az is kitűnik, hogy az orvos-beteg kommunikációt a szakember-laikus kommunikáció jellegzetességei hatják át, melyek közül kiemelkedik az *információs aszimmetria* a kompetens szakértő és a laikus között, valamint a páciens félelme és az orvos rutinja közti ambivalencia, ami végső soron a döntési jogkör különbözőségéhez vezet (Málovics et al. 2009). E diszkrpanciákból egyenesen következik, hogy a betegségekről, kezelési eljárásokról, gyógyszerekről és azok kockázatairól való diskurzus során félreértések jelentkezhetnek a felek között, melyeket csakis a kommunikáció hatékonyságának növelésével lehet feloldani (Kincsesné 2013). Éppen ezért napjainkban az orvos-beteg kapcsolat kialakítása során az egyik legfontosabb irányelv az ún. *tájékozott beleegyezés* elve lett, melynek lényege, hogy a páciens olyan döntést hozzon, amely az ő saját önrendelkezését, autonómiáját fejezi ki, amiért egyszersmind felelősséggel is tartozik. Bár ez a megközelítés is egyirányú kommunikáción

alapul, viszont a lehető legtöbb információ átadásával és a rendelkezésre álló lehetőségek mérlegelésével igyekszik maximalizálni a páciens döntéshozatalának hatékonyságát (Elwyn et al. 2000).

Az egészségügyi kommunikációs folyamat evolúciójának legfelsőbb lépcsőfokán az ún. *közös döntéshozatal elve* (Shared Decision Making) áll, mely az orvos és a beteg *konszenzusán*, a preferenciák kinyilvánításán, a páciens teljeskörű involválásán alapul. Meskó Bertalan (2016) szerint az orvosközpontú, autoriter gyógyítási szemlélet helyett egyre nagyobb szerepet kap a személy- és betegközpontú megközelítés, amely napjainkban egyre inkább technológiailag meghatározott közegben valósul meg. E megközelítés szerint kétirányú és minden részletre kiterjedő kommunikáció, illetve nemcsak orvosi, de személyes jellegű információ is szükséges a legjobb kezelés megtalálásához (Elwyn et al. 2000). A 90'-es években elterjedt szemlélet szerint hatékonyabb az a gyógyászati folyamat, mely a betegek igényeit, véleményét és érzelmeit a korábbiaknál nagyobb mértékben veszi figyelembe. A modell a páciensek önmenedzselési képességeinek jelentős fejlesztésére, a felelősség megosztására, valamint széleskörű választási lehetőségekre épít (Sihota – Lennard 2004). Eszköztárát tekintve a szemlélet a hagyományos orvosi tevékenységet ún. „*health coaching*”-gal egészíti ki, így a gyógyítás, ellátás mellett olyan technikákat is integrál, melyek segítségével a beteg birtokába kerül mindannak a tudásnak, képességeknek, önállóságnak, motivációnak és hajlandóságnak, ami az egészségügyi szolgáltatások útvesztőjében való sikeres eligazodáshoz szükséges (Huffman 2016).

Az egészségügyi coaching tulajdonképpen egy személyes fejlesztő tevékenységnek tekinthető, mely az egészségműveltséggel kapcsolatos kompetenciákat azonosítja és fejleszti, ezáltal támogatja a gyógyszeres terápiákkal, eljárásokkal kapcsolatos problémák hosszútávú megoldását. Elsődleges célja a bizonyos nehézségekkel küzdő páciensek segítése, az önismerteti szint, önirányító képesség és önreflexió javítása, a szemléletváltás inspirálása, valamint a felelősségérzet tudatosítása. Elsősorban nem közvetlen tanácsadással, hanem kérdésekkel, alkalmazott technikákkal segíti hozzá a betegeket a jólétük megőrzésével, javításával kapcsolatos válaszok megtalálásához, miközben a páciensek érzelmi háttérét is figyelembe veszi. Ahogy Halász és szerzőtársai (2018) is rámutatnak, a gyógyítás hatékonyságának biztosítása érdekében az orvosi nyelvhasználatba elengedhetetlen integrálni olyan, a betegközpontú kommunikációt szolgáló nyelvi eszközöket, amelyek a páciensek integritását, méltóságát is a középpontba helyezik. A health coaching nyelvi, pszichológiai, oktatási és menedzsment ismeretek kombinációján alapuló technikája tehát *konstruktivista*, hiszen aktív tanulói szerepet feltételez, mely a betegek személyiségére támaszkodva a cselekvési lehetőségek kiszélesítésében hisz (Huffman 2016).

A health coaching egyik kiemelt eszköze az ún. feltáró, vagy más néven *motivációs interjú*, amely szisztematikus, rövid és előre megtervezett, kizárólag a páciensre fókuszáló interperszonális beszélgetés során tárja fel a sikeres kezeléshez szükséges információkat, a betegség okait, irányítja a célok felállítását, javítja a beteg elköteleződését, követi az egészségmagatartás alakulását és mobilizálja a páciens belső értékeit (Hohman 2012). Célja, hogy felszínre hozza, tisztázza és feloldja a kétségeket, egyértelművé tegye a lehetséges egészségügyi kimenetek hasznát, előnyeit és hátrányait, valamint a szükséges ráfordításokat (Perczel – Forintos 2013). Ez a fajta orvos-beteg kapcsolat a változásra, változtatásra való motiváltságot nem kívülről erőlteti rá a páciensre, hanem belülről hívja elő, elismerve az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők autonómiáját.

Természetesen a közös döntéshozatal megvalósulásának számos előfeltétele van mind a betegek, mind az orvosok kompetenciáira vonatkozóan, melyeket Towle és Godolphin (1999) alapján Kincsesné (2013) az itt látható 2. táblázatban összegzett.

2. táblázat

A közös döntéshozatalhoz szükséges előfeltételek

| Orvosok | Betegek |
|--|---|
| Kvázi partneri kapcsolat kialakítása a beteggel. | Saját magában határozza meg, hogy pontosan milyen orvos-beteg kapcsolatot preferál. |
| A beteg információra való igényének megteremtése vagy feltérképezése. | Egy adott orvos megkeresése és vele partneri kapcsolathoz közelítő nexus kialakítása és fejlesztése. |
| A beteg döntéshozatalban játszott szerepével kapcsolatos preferenciáinak megteremtése vagy feltérképezése. | Saját magában objektív módon és szisztematikusan fogalmazza meg az egészségügyi problémáit, érzéseit és elvárásait. |
| A beteg ötleteinek, problémáinak és elvárásainak kiderítése, majd az ezekre megfelelő válasz megtalálása és megadása. | Világosan és megfelelő időben kommunikáljon az orvossal annak érdekében, hogy megértse és megossza a releváns információkat. |
| A beteg lehetséges ötleteit és a rendelkezésre álló információk figyelembevételével választási lehetőségek ismertetése és az ezekkel kapcsolatos eddigi eredmények kiértékelése a páciens sajátosságaira való tekintettel. | Teljeskörűen fogadja be az információkat. |
| A beteg támogatása a különböző lehetőségek értékelésére és hatásuk becslésére vonatkozóan. | Minden részletre kiterjedően értékelje az információkat. |
| A döntés megbeszélése és meghozatala a beteggel együtt; egy konkrét cselekvési tervben való megegyezés és előkészületek, intézkedések megtétele annak nyomán követésére. | Tárgyalja meg a döntéseket, adjon visszajelzést, oldja meg a konfliktusokat és egyezzen meg az orvossal egy konkrét cselekvési tervben. |

Towle és Godolphin (1999) alapján szerkesztette Kincsesné (2013).

A paternalista kommunikációtól a közös döntéshozatal elvéig vezető fejlődési folyamatot összefoglalva megállapíthatjuk, hogy „a hagyományos, tekintélyelvű, orvosi utasításokon alapuló kapcsolati modellt kezdi felváltani a partneri kapcsolat kialakítására törekvő, betegközpontú orvoslás modellje. (...) A betegek elégedettségét (amely egyaránt meghatározója lehet az orvosválasztásnak, a terápiakövető magatartásnak, de akár az orvosi perek arányának is) jelentős részben az orvos-beteg kommunikáció határozza meg” (Pilling 2004: 87). Mivel ez utóbbi nemcsak szakértő-laikus közötti interakcióként értelmezhető, de tudós-laikus közötti párbeszédként is, ezért a következő fejezetben a Publikus Tudományfelfogás (PUS) modelljeit ismertetem.

Az orvos-beteg interakció mint tudománykommunikáció: a Deficit és a Kontextus modell

A *Public Understanding of Science* vagy *Public Science* (a tudomány nyilvánossága) felfogás arra a kérdésre keresi a választ, hogy milyen viszonyban áll a lakosság a tudományos és innovációs eredményekkel, milyen képet kommunikál a média a tudományról, milyen társadalmi és szociális tényezők hatnak a tudomány intézményrendszerére és magára a kutatói vállalkozásra, hogyan ítélik meg a laikusok a tudományos közösséget, illetve milyen csatornákon és eszközök segítségével alakul ki a felek közti együttműködés (Gregory – Miller 1998). A Jane

Gregory és Steve Miller nevéhez köthető Public Science (PUS) egyszerre kifejezi „mind a tudomány társadalmi megértésére vonatkozó normatív és gyakorlati meghatározásokat, mind a tudományterület vezérelveit, mind azt a társadalmi és oktatási mozgalmat, amely a probléma felvetése nyomán született; a kifejezés ugyanakkor munkaköri leírás, kutatási terület és gyakorlat akadémikusok és kommunikátorok számára” (Pintér 2013: 23).

Az előző fejezetekben tárgyalt paternalista orvos-beteg kapcsolat és az egészségügyi kommunikáció biomedikális megközelítése a PUS modelljei közül elsősorban a Deficit modellel mutat korrelációt, amely abból indul ki, hogy a hétköznapi ember feje üres, vajmi keveset tud az új orvosi technológiákról, gyógyszerekről és kutatási eredményekről. A koncepció szerint a tudósok, orvosok tekinthetők minden tudás legfőbb forrásának, ők a szubjektív döntőbírái annak, hogy éppen milyen mértékben közvetítsék az egészségüggyel kapcsolatos információkat a nyilvánosság, a betegek és a média felé. Ez a felállás egyértelmű cselekvési programhoz vezet az intézmények vezetőit és a gyógyítással kapcsolatos politikai döntéshozókat: a dolguk nem más, mint „megtölteni azokat a fejeket”, vagyis minél több megbízható ismeretet átadni a laikusoknak (Gregory – Miller 1998). A séma alapján elég gyógyítani és mellette időnként tényközpontú tudásátadást folytatni, vagyis telepakolni a rendelőköt száraz broszúrákkal, segéd- és szóróanyagokkal. A francia tudományszociológus Bruno Latour erre a folyamatra használja az ún. „fekete doboz” metaforát, amely szerint a betegek nem képesek a tudományos módszerek, egészségügyi eljárások és berendezések bonyolult és zárt egységét áttekinteni és megérteni, erre azonban mindaddig nincs is szükség, amíg a hétköznapi kórházi rutin műhibák, félrediagnosztizálások nélkül, zökkenőmentesen zajlik (Latour 1987).

Ahogy azt a tudományos szféra mellett az egészségügyben dolgozók is elkezdték belátni a '90-es évektől kezdve, a Deficit modell három ponton is csúfos kudarcot vall. Egyrészt ott, ahol egy információ még a tudományos közösségen belül is kérdéses, tehát éppen alakulófélben van egy eljárás, tesztelésre vár egy gyógyszeres kezelés, esetleg elemzés alatt áll egy vizsgálati eredmény. Elengedhetetlen tudatosítani, hogy azok az ismeretek, amelyeket a szélesebb társadalom valójában igényel, kevésbé a biológia száraz tényeire hasonlítanak, mint inkább a hétköznapi, gyakorlati döntések szintjén, konkrét dilemmák kapcsán fogalmazódnak meg, például a folyamatosan „szerelőszalagon” lévő technológia vagy a szenvedélyes szakmai viták övezte orvoslás területén (Gregory – Miller 1998). Az embereket nem az érdekli, hogy a gombás fertőzéseknek pontosan hány típusa létezik a világon, hanem hogy valóban agydaganatot kaphatunk-e harminc év múlva, ha sokat telefonálunk; tényleg egészségesebb-e a margarin, mint a vaj; valóban természetes folyamat-e a globális felmelegedés; illetőleg mik a legeredményesebb lугosítási, méregtelenítési és fogyási eljárások (ld. bővebben Kutrovác et al. 2012). A Deficit-modell másik nagy hibája, hogy az egészségüggyel kapcsolatos kérdéseket a kontextus, a szélesebb társadalmi környezet figyelembevétele nélkül tárgyalja, amely viszont alapvető tényezője az orvosi várókban üldögélő laikus páciensek érdeklődésének. Harmadrészt pedig a koncepció teljességgel negligálja a kommunikáció-technológia fejlődését és a médiahasználati szokások megváltozását. Az egyre inkább digitalizálódó, kvázi „újgenerációs” betegek ugyanis egy személyre szabott, az információátadási módok változásait adaptáló, lehetőségekben gazdag, kétirányú interakción alapuló kommunikációt igényelnek, nem egy elavult, technológiai környezettől függetlenül sulykoló, merev keretek közti egészségügyi modellt, mely hierarchikus viszonyokra épül (Pintér 2016).

Ezen problémákra válaszként jött létre a Publikus Tudományfelfogás másik modellje, mely a korábbival ellentétben már figyelembe veszi, hogy a tudomány és a nyilvánosság találkozása mindennapi szituációkban, gyakran a média csatornáin keresztül történik, a laikusok egészségüggyel kapcsolatos érdeklődése pedig a világban való eligazodással kapcsolatos kérdések összességébe illeszkedik (Kutrovác et al. 2012). A Kontextus Modell alapján az emberek feje valójában tele van ismeretszerzési stratégiákkal, a nyilvánosság tagjai pedig nem általános műveltséget keresnek, hanem konkrét döntési helyzetekben, információszerzés céljából

igényelnek tudományos szakértelmet (Gregory – Miller 1998). E megközelítés szerint az egészségügyi kommunikáció legfőbb célja a tudományos és hétköznapi érdekek közös fórumának megteremtése, vagyis minőségi és korszerű kapcsolat kiépítése nemcsak a „kész”, de a még készülő tudomány és az állampolgárok között is. A koncepció előírja, hogy az egészségüggyel kapcsolatos ismereteket olyan utakon közvetítsék a páciensek számára, amelyek „megfelelően figyelembe veszik azokat a társadalmi, szociokulturális és technológiai tényezőket, amik ennek a közvetítésnek a kontextusát alkotják” (Gregory – Miller 1998: 98). Mindez azt jelenti, hogy az ellátórendszerekben dolgozóknak elengedhetetlen nagymértékben reflektálni a betegek meglévő tudására, figyelembe venni mindennapi kihívásait és egyéni kognitív korlátait, végső soron pedig bevonni őket a kezelésekkkel, preventív eljárásokkal kapcsolatos döntéshozatali folyamatokba.

A fenti gondolatra a tudománykommunikáció két további modellje is épít, a *laikus-szakértelm modellje*, illetve a *közönség bevonásának modellje*. Míg előbbi szerint a betegek saját szervezetükkel, a különböző műtéti eljárásokkal, gyógyszeres kezelésekkal kapcsolatos tapasztalatai legalább olyan fontosak, mint az orvosok biológiai ismeretei és felkészültsége; addig utóbbi a pácienseket tevéleges aktorként involválja a különböző egészségüggyel kapcsolatos döntési folyamatokba (Lewenstein 2003). Amennyiben ezt a két megközelítést a PUS Kontextus modelljével integráljuk, a végeredmény tulajdonképpen magába foglalja az előző fejezetekben ismertetett bio-pszicho-szociális megközelítést, valamint a közös döntéshozatal elvét is; az orvos-beteg kommunikációt pedig kiegyenlített és folytonos egyezkedési folyamatként azonosítja. A következő gondolati egység ezen egyezkedési folyamat technológiai, médiahasználati aspektusait összegzi; elsősorban pedig arra a kérdésre keresi a választ, hogy az információs társadalom milyen hatást gyakorolt az egészségügyre.

A kommunikációtechnológia fejlődésének következményei: az e-betegek megjelenése, a bio-pszicho-szociális-digitális megközelítés és a cyberchondria

Az orvos-beteg kommunikáció az elmúlt évtizedekben jelentős átalakuláson ment át az információs társadalom megjelenésének köszönhetően. A tudományos irodalomban számos elmélet található arról, hogy pontosan mit nevezünk információs társadalomnak: Machlup (1962) „tudásiparnak” hívta; Touraine már 1971-ben posztindusztriális közösségi tendenciákról beszélt (Touraine 1988: 104); Bell szerint pedig az egyes szolgáltatásokat és magát az információt előállító munkavállalók száma képezi egy társadalom információs karakterének indikátorát (Bell 1976). Ez utóbbi gondolatot Stehr (2002) is megerősítette, aki szerint a tudásalapú társadalomban a munkahelyek nagy része tudással való foglalatosságot indukál, a gazdaságot pedig nagyrészt nem az anyagiak, hanem e szimbolikus vagy tudásalapú entitások viszik előre. Mindezt kiegészítve Richta (1977) szerint a társadalom szolgáltatásokon, oktatáson és alkotó tevékenységen alapuló tudományos civilizációvá alakult át.

Az elmúlt évtizedekben az információs társadalommal kapcsolatos kutatásokban a *hálózatosodás* fogalma nyert kiemelt jelentőséget. Manuel Castells (2006) egyenesen paradigma-váltásként írja le az új szerkezetű társadalom létrejöttét, a tájékoztató funkció mellett pedig központi elemként a hálózati logikát jelöli meg. A kutató szerint az ezredfordulóra jellemző kommunikációtechnológiai fejlődés teljes mértékben átrendezte a közösségi erőforrásokhoz és információhoz való hozzáférést, melynek – a kulturális, szociálpszichológiai és üzleti aspektusok mellett – jelentős egészségügyi és kommunikációs vonatkozásai is vannak. „Az információ feldolgozása, tárolása és továbbítása terén történt fejlődés egyrészt a digitális technológiák széles körű alkalmazásához, másrészt a távközlés és a számítástechnika konvergenciájához vezetett a társadalom minden szegmensében. Mivel a kétezres évektől a technológia életünk minden szegmensét formálja, így korábban nem tapasztalt inger- és hír-ismereti nyomást gyakorol a társadalomra” (Pintér 2016: 676). A világ szerkezete hálózat-ala-

púvá vált, amelyben sorsformáló élménnyé lépett elő az internet, a számítástechnika, valamint a telekommunikáció (Castells 2000). Ehhez a gondolathoz Van Dijk (2006) is kapcsolódik, aki szerint a hálózatok a társadalom idegrendszerévé váltak. Végezetül pedig elengedhetetlen megemlíteni Lyotardot is, aki amellet érvelt, hogy a tudás a posztmodernizmus legkelendőbb árucikkévé vált, mivel az infokommunikációs technológiák áttörést okozó fejlődése a társadalmi elit mellett széleskörben hozzáférhetővé tette az információt immár a laikusok számára is (Lyotard 1984).

Az információs társadalomban megjelent új kommunikációtechnológiai fejlesztések, a keresőmotorok, a web2-es alkalmazások, a közösségi médiafelületek, a felhasználói blogok és vlogok számos aspektusból gyakorolnak pozitív hatást az orvos-beteg kapcsolatra és az egészségügyi kommunikációra. A legfontosabb ezek közül, hogy megjelenésük óhatatlanul kimozdítja az orvost a korábbi paternalista, a beteget pedig a korábbi passzív befogadói szerepből és egyaránt motiválja a tájékozott beleegyezés és a közös döntéshozatal elvét (Salmon – Hall 2004). A folyamat végeredményeképpen digitális komponenssel bővül a korábbi bio-pszicho-szociális modell, és megjelenik az ellátási láncban annak legfontosabb szereplője, az új típusú, a kollektív online tudásra intenzíven támaszkodó páciens, aki egyre inkább szakértője saját betegségének és egyre aktívabb résztvevője a diagnózis felállításának, valamint a terápia folyamatának (Meskó 2016). Az ún. e-beteg elkötelezett saját gyógyulásában, amihez tevélegesen is igyekszik hozzájárulni állandó informálódással, felkészült, az orvos-beteg kapcsolatban pedig egyenlőséget keres a közösen meghozott döntések elérése érdekében.

A bio-pszicho-szociális-digitális megközelítés értelmében a technológiai eszközök használata, az online betegközösségekben való részvétel és a saját egészségi állapottal kapcsolatos adatgyűjtés ugyanúgy fontos szerepet játszik a gyógyulásban, mint a korábbi három komponens (Ahmadvand et al. 2018). Ma már a páciensek felhasználók is egyben, akik az otthonaikban is ellenőrizhetik vércukorszintjüket, inzulint adhatnak be maguknak, megmérhetik a vérnyomásukat, elkészíthetik saját terheléses EKG-jukat, vagy akár génszekvenálást is végezhetnek. Ahogy tanulmányában Györffy Zsuzsanna (2019) írja Ferguson – Frydman (2004) nyomán, a virtuális tartalmak intenzív használata mellett rendkívül fontos, új jelenség, hogy a digitális eszközök belépnek a betegek mindennapi életébe: már nemcsak orvost és egészségügyi intézményt kereshetnek a neten, hanem például alapvető egészségi paramétereiket is monitorozhatják otthonukban. Információt kapnak és tárolnak testük változásairól, így jobban követhető és menedzselhető számukra egészségük változása vagy az esetleges krónikus betegségük. (...) Az e-páciens kifejezésben szereplő „e” tehát korántsem csak a digitális egészségügy iránti érdeklődést jelenti, hanem sokkal inkább egyfajta aktív résztvevő szerepet. Az e-páciens kifejezés az angol e-patient magyar megfelelője, amelyben az „electronic” mellett az „enabled” (képesé tett), „equipped” (jól ellátott), „empowered” (proaktív, elhivatott) és „expert” (szakértelemmel rendelkező) jelzők az e-páciensek legfontosabb tulajdonságait összegzik.

Mivel napjainkban sokkal gyorsabban, több forrásból és könnyebben juthatunk hozzá a minket érdeklő információkhoz, így a páciensek tájékozottsági szintje és egészségműveltsége is egyértelmű növekedésnek indult; ráadásul a transzparencia jelentősen fokozza a bizalom érzetét is (Gaal 2016). A 2010-es évek e-betegei már nem csak minimális egészségügyi ismeretekkel rendelkeznek, mint korábban, de készek tevékenyen hozzá is járulni fizikai és mentális állapotuk javításához, megóvásához (Kontos et al. 2014) A tájékozódás és az orvosi ismeretekhez való hozzáférés demokratizálódása, valamint a „kapuőrök” eltűnése a páciensek autonómiáját, önrendelkezésre való képességét és az önmagukkal szembeni felelősségérzetét is javítja, miközben egy egészség tudatosabb társadalom kialakításához vezet (Houston – Allison 2002).

Az elmúlt időszakban számos kutatás alátámasztotta, hogy a felhasználók egészségügyi állapota erős korrelációban áll az online információkereséssel (Houston – Allison 2002), valamint a közösségi médiafelületek használatával (Feng – Xie 2015). Mindezt Lee és szerzőtársai

(2010) is megerősítették, akik tanulmányukban rámutattak, hogy ha a web2.0-nak köszönhetően az e-betegek az adott intézménytől vagy szolgáltatótól független ismeretekhez jutnak az egyes eljárásokról, kezelési módokról és a lehetséges orvosokról, akkor sokkal tudatosabb, objektívebb szereplőként jelennek meg az egészségügyi folyamatban. Gaal (2016) szerint a kapcsolatfelvétel a különböző online betegcsoportokkal, ezek révén pedig a sorstársi közösségbe kerülés jó hatással van az önérdékérvényesítési kompetenciák fejlődésére, valamint a végső gyógyulási esélyekre is. Ez a tendencia nemcsak csökkenti az információs aszimmetriát a felek között, de támogatja az e-beteg részvételét saját kezelésében, javítja a páciens kiszolgáltatottságának érzetét és az inter- és proaktivitást is motiválja (Gaal 2016, Kontos et al. 2014).

A páciensek internetes tájékozódási lehetőségeinek egy további fontos forrását képezik az online szerveződő speciális betegcsoportok, fórumok is, ahol nemcsak tapasztalatokat lehet szerezni és azokat széles körben megosztani, de egyfajta támogató csoportként, referenciaként is funkcionálhatnak. Mivel a felkészült beteg tevélegesebb a döntéshozatalban és kevésbé hibáztatja az orvost abban az esetben, ha nem elégedett az egészségügyi folyamatok kimenetelével (Bylund et al. 2009), ezért elengedhetetlen beemelni az internethasználatot és a médiatudatosság fejlesztését is a rendszeres konzultációkba (Sommerhalder et al. 2009). Mindezt a gyógyítók is felismerték, akik annak érdekében, hogy megbízható honlapokat javasolhassanak a betegek autonóm tájékozódásához, egyre gyakrabban artikulálják az internethasználattal kapcsolatos tréningek igényét (van Uden-Kraan et al. 2010).

Az online világ kikerülhetetlenségét azonban nemcsak az bizonyítja, hogy a páciensek az internetes tájékozódásnak köszönhetően kevésbé érzik magukat kiszolgáltatottnak és jóval egyenlőbbnek élik meg a felek közti kapcsolatot, de a másik oldalról is megerősíthető ugyanez: az internethasználó betegekhez pozitívan viszonyuló orvosok számára ugyanis megkönnyebbülést jelent, ha a döntés felelősségét megoszthatják (Broom 2005). Pácienseik nemcsak felkészültebbek, motiváltabbak és elkötelezettebbek lesznek, de e tényezőknek köszönhetően jelentős idő és energia is spórolható, így lehetőség nyílik az adott diagnózis mélyebb összefüggéseinek feltárására. Napjainkban hatalmas adatbázisok, tudományos folyóiratok ezrei állnak a gyógyítók rendelkezésére, ami támogatja a minél pontosabb kórképek felállítását. Ennek eredményeképpen az információs forradalom nemhogy nem csökkenti az orvos kivételes tekintélyét és kompetenciáját, de az internet általi felkészültség a közös döntéshozatal irányába tereli a viziteket, ráadásul mindez kihat a szakmai felelősségtudatra és az orvoslás morális aspektusára is (Gaal 2016).

Természetesen miközben a kommunikációtechnológia megújuló formátumai hatékonyan egészítik ki a betegtájékoztatás módjait, az orvos-beteg interakció alapvető átalakulása jelentős kihívásokat is indukál az egészségügyben, aminek legfőbb oka, hogy az információs aszimmetria csökkenése olyan hatással is járhat, hogy az e-páciens elkezd megkérdőjelezni az orvos kompetenciáját. Az információs túltelítettség kezelése napjainkban igen komoly kihívást jelent a gyógyítók számára, hiszen a rendelkezésre álló nagyszámú források részletekbe menő feldolgozása rendkívül időigényes; ráadásul mivel a kevésbé triviális diagnózisok kapcsán gyakran heterogén kezelési módszerek találhatók, így akár össze is zavarhatják az orvost, ami végső soron akár hatékonyságcsökkenéshez is vezethet. Mindezt az is kiegészíti, hogy az információ szabad áramlásának és a tartalomelőállítás demokratizálódásának köszönhetően az elérhető felületek színvonala erősen változó, a források megbízhatósága kétséges, a páciensek tájékozódását pedig nehéz központilag szabályozni (Quintana et al. 2001).

Ma már rendkívül alacsony a belépési költsége a közlésnek, bárki pillanatok alatt száz ezreket érhet el, és ha ügyes, és van pénze saját maga reklámozására, külsőségeiben könnyen leutánozhat egy valódi szakértőt. Mivel az orvosokat sokszor lefoglalja a munkájuk, vagy még nem ismerték fel az énmárkázás fontosságát, ezért nincs közérthető weblapjuk, Facebook-oldaluk. Emiatt előfordulhat akár az is, hogy kommunikációs szempontból profibbnak

néznek ki az álszakértők, mint azok, akik valóban értenek a gyógyításhoz. Ráadásul a médiának is szüksége van szakértőkre, hiszen a szerkesztők nem akarják saját maguk elmondani a véleményüket, ezért rengeteg műsorba hívnak olyan szócsöveket, akiket szakértőnek neveznek. A szerkesztők válogatása azonban gyakran felületes: lehet, hogy egy meghívott nevét a Google dobta ki elsőnek, vagy azért hívták be, mert korábban már mások is behívták másik műsorba. Utóbbi könnyedén eredményezheti azt, hogy aki egyszer bekerül a körforgásba, egyre többet fog szakértőként szerepelni anélkül, hogy bárki ellenőrizte volna a tudását.

Nem szabad elfelejteni azt sem, hogy az információkhoz való hozzáférés még nem egyenlő a szaktudással, az orvosi kompetenciákkal és évtizedes tapasztalatokkal (Gaál 2016). A betegek gyakran találkoznak félrevezető információkkal és hoznak olyan fajsúlyos döntéseket szenzációhajhász, manipulatív vagy érzelmileg túlfűtött cikkek alapján, amelyek valójában nem is relevánsak a saját kórképük kontextusában (Winterbottom et al. 2008). Egy orvosok körében készített felmérés szerint a pontatlan online tartalmaknak köszönhetően a páciensek szükségtelen félelmeket táplálnak önmagukban, mely végső soron az egészségügyi ellátások költségnövekedéséhez vezet a nem létfontosságú szolgáltatások és kezelések igénybevétele miatt (Kim – Kim 2009). Nem szabad elfelejteni azt sem, hogy az internetet nem etikus, hanem elsősorban gazdasági szempontok működtetik, így az objektív tájékozódást támogató site-ok mellett ezoterikus gyakorlatokat és áltudományos szolgáltatásokat is promotál. Ez utóbbiakkal kapcsolatban kifejezetten kiszolgáltatottak és sebezhetőek a betegek, hiszen nem egyszer hinni akarnak a remény, illetve a kontroll illúzióját nyújtó információknak, ami végső soron hamis biztonságérzet kialakulásához vezethet (Tonsaker et al. 2014).

Az internetpenetráció egy másik káros jelenséget is indukál az orvos-beteg kapcsolatban: az öndiagnosztizálás problematikáját. 2013-ban a Pew Research Center's Internet & American Life Project rámutatott, hogy az amerikai felnőttek 35 százaléka webes információk alapján diagnosztizálja magát, és amíg 41 százalékuknak az orvosa is megerősítette a sejtéseket, addig 18 százalékuknál végül nem igazolódott be a kezdeti gyanú. A felmérés szerint az öndiagnosztizáló betegek egyharmada végül el sem ment orvoshoz, hogy kiderítse, igaza volt-e a Google-nak vagy sem (Fox – Duggan 2013). Egy másik nemzetközi kutatás még ennél is sokkolóbb adatokkal állt elő: a megkérdezettek 70 százaléka rendszeresen meglátogat internetes oldalakat, ha kétsége van az egészségügyi állapotával kapcsolatban (Hu et al. 2012). Ami Magyarországot illeti, a Szinapszis Kft. 2016-os kutatása szerint a betegek igyekeznek minél több forrásból tájékozódni: bár a legtöbb ember – a megkérdezettek 80 százaléka – először az internethez nyúl, a legfőbb információforrást még mindig az orvos és az egészségügyi dolgozók jelentik hazánkban. A megkérdezettek 8 százaléka a szakorvosokat, 12 százaléka pedig a házi orvosokat nem tartja hitelesnek (Kis 2016).

A fenti jelenséget a szakirodalom *cyberhondriának* nevezi: a fogalom elsősorban azokat a hipochondereket azonosítja, akik gyakran használják az online világot öndiagnosztizálásra, melynek eredményeképpen rendre félreértelmezik az észlelt tüneteket (Donnelly 2017). A félreértelmezés oka elsősorban az, hogy a páciens önmagával kapcsolatos torz előfeltevéseit a Google megbízhatatlan információi mintegy megerősítik, az agyunk pedig hajlamos arra, hogy létrehozza az általunk diagnosztizált betegség egyéb tüneteit (Davis 2018). Azt internetes tájékozódás veszélyeivel kapcsolatban azt sem szabad elfelejteni, hogy a weborvos képtelen személyre szabott diagnózist adni, a különböző oldalakon található eseteleírások pedig gyakran túlzó általánosítások: homogenizálják az eseteket és negligálnak bizonyos kulcsfontosságú részleteket. Ha ehhez hozzávesszük, hogy a keresők optimalizálása miatt szinte rögtön a legsúlyosabb, leggyakoribb kórképek jönnek ki találatként – mondjuk az alacsony fehérvérsejt szám beírására a leukémia –, rögtön világossá válik, hogy miközben a megelőzésben kulcsszerepe van a tájékozódásnak, a betegség megállapításában és kezelésében azonban kétélű fegyverré vált az internet.

Az egészségügyi team-en belüli kommunikáció korlátai

Természetesen nemcsak a gyógyító-páciens relációjában, de a másik oldalon, vagyis az egészségügyi teamen belül is fontos a minőségi kommunikáció, amely elsősorban a dolgozók elhivatottságának, érzelmi és szakmai biztonságérzetének megteremtése, motivációja szempontjából meghatározó (Kollár 2016). Ahogy számtalan kutatás rámutatott, ezeknek a tényezőknek komoly finansiális hozadéka is van, hiszen nemcsak elősegítik az egészségügyi kimenetek javítását, de csökkentik a visszaesések, kórházi felvételek, komolyabb beavatkozások számát is (Udvardi 2017). Annak következtében, hogy az egészségügyi ellátórendszerek még a legfejlettebb, legmodernebb infrastruktúrával és legfelkészültebb szakemberi gárdával rendelkező országokban is jelentős finanszírozási problémákkal küzdenek, az elmúlt években a kórházakban dolgozók érdeklődése érezhetően megnőtt a gazdasági és menedzsment tudományok, kommunikációs továbbképzések iránt, valamint költségtudatosságuk is erősödött a korábbiakhoz képest (Málovics et al. 2007). Az egészségügy fejlődése egyre inkább a széleskörű választási lehetőségek, orvos és páciens között megosztott felelősség, valamint az egyének önmenedzselése felé halad. (Sihota – Lennard 2004) Mindez természetesen csakis akkor valósulhat meg, ha feltárásra kerülnek a kórházak falai között zajló kommunikációt korlátozó tényezők, melyeket Kollár (2016) alapján a 3. táblázatban foglalok össze.

A fenti rendszerszintű korlátok mellett sajnos a magyar egészségügynek számos társadalmi, illetve szervezeti problémával is szembe kell néznie, melyek hosszútávon szintén jelentős hatást fejtenek ki a kórházon belüli kommunikációs gyakorlatra. Ezeket Borbás és szerzőtársai (2005) az alábbi főbb pontokban összegzik:

- ◆ a mentális és fizikai egészséget általánosságban nem tekintjük kiemelkedő értéknek; sem egyéni, sem közösségi dimenzióban nem kielégítő az egészség megővásával, a betegségek megelőzésével kapcsolatos attitűd;
- ◆ a magyar egészségügyi ellátórendszer szerkezete erősen diszfunkcionális; nem tükrözi megfelelően sem a valós szükségleteket, sem a széleskörű társadalmi igényeket, sem a technológiai környezet modernitását;
- ◆ a szabályozási mechanizmusok és a rendelkezésre álló források nem követik a társadalmi igények drasztikus növekedését, a szolgáltatást igénybe vevők szokásainak alapvető megváltozását;
- ◆ a finanszírozási feltételek és szerkezeti aránytalanságok miatt növekszik a belső deficit; a rendelkezésre álló infrastruktúra minősége romlik, bérfeszültség alakul ki a dolgozók között;
- ◆ a szolgáltatás minőségében és a gyógyítás színvonalában egyenetlenségek és szabályozatlanság található;
- ◆ a lakossági részesedés a finanszírozásból ugyan igen magas arányú, de hatékonytalan is; ráadásul nem párosul megfelelő színvonalú fogyasztóvédelemmel és beteg-érdekérvényesítési törekvésekkel sem;
- ◆ a hálapénz továbbra is jelentős torzító szerepet játszik az ágazatban;
- ◆ a 21. századi infokommunikációs eszközök kihasználtsága rendkívül alacsony (Borbás et al. 2005).

Mivel e rendszerszintű korlátok megoldása elsősorban nem jelen sorok szerzőjének kompetenciájába tartozik, hanem jóval inkább a nagy ellátórendszerek fejlesztésében érdekelt szakpolitikusok feladata, így a következőkben inkább a gyógyításban dolgozók motivációit befolyásoló egyéb komponenseket és a belső kommunikáció hatékonyabbá tételének főbb szempontjait tárgyalom.

3. táblázat

Az orvosok és szakdolgozók közötti kommunikációt akadályozó főbb tényezők (Kollár 2016)

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| Egyéni korlátok: | <ul style="list-style-type: none"> ◆ az egyéni szerepek, felelősségi és hatáskörök tisztázásának hiánya, ◆ a kölcsönös bizalom hiánya, ◆ a valóságos és vélt hierarchikus szerepek közötti eltérés, ◆ valamint a kölcsönös tisztelet hiánya. | |
| Hivatásbeli korlátok: | Elsősorban <i>vezetői megoldást</i> igénylő problémák: | <ul style="list-style-type: none"> ◆ kiforrott vezetés és egyértelmű szabályok hiánya, ◆ a csoportméretből fakadó problémák, ◆ az együttműködés kidolgozására szánt idő hiánya, ◆ a különböző díjazási, jutalmazási rendszerek egyeztetésének hiánya, ◆ adminisztratív korlátok, ◆ nem megfelelő döntéshozatali struktúrák/módszerek. |
| | Elsősorban <i>beosztotti megoldást</i> igénylő problémák: | <ul style="list-style-type: none"> ◆ új dolgozó betanításának, eligazításának hiánya, ◆ nem megfelelő formális és informális kommunikációs mechanizmusok, ◆ a különböző képzettségi szintekből fakadó nehézségek, ◆ szakmai szerepzavarok, bizonytalanságok, ◆ az elkötelezettség hiánya, ◆ a csapattagok eltérő egyéni motivációi, ◆ eltérő egyéni kapcsolat a betegekkel, ◆ fásultság, kiegész, ◆ a felelősségvállalás hiánya, ◆ előítéletek. |
| Rendszer-szintű korlátok: | <ul style="list-style-type: none"> ◆ közös kommunikációs tréning és csapatépítés hiánya, ◆ támogatás hiánya (erkölcsi és anyagi), ◆ megfelelő visszajelző és értékelőrendszer hiánya. | |

A belső kommunikáció és dolgozói elhivatottság fejlesztése az egészségügyben

Ahogy az elmúlt években számos kutatás rámutatott, az egészségügyi szolgáltatások hatékonysága, hozzáférhetősége és életképessége erősen korrelál a szolgáltatók teljesítményével (Mbilinyi – Daniel 2011); a munkatársak szakmai indíttatása jelentősen kihat a napi kórházi rutin során manifesztálódó viselkedésükre; mindez pedig közvetve befolyásolja a lehetséges egészségügyi kimeneteleket, a rendszer egészének hatékonyságát, a pályaelhagyó ápolók és orvosok arányát, valamint a szolgáltatás minőségének általános színvonalát (ld. bővebben Koestner – Ryan 1999, Mutizwa – Mangiza 1998, Perreira et al. 2016). Az egészségügyi dolgozók, orvosok ösztönzésekor nemcsak a bérek, ösztöndíjak és béren kívüli juttatások emelése, a tehermentesítés, a munkaórák csökkentése, valamint a munkabiztonság, a megfelelő

munkafeltételek megteremtése jöhet szóba, hanem számos egyéb, a rendszer „öröklött tehetetlenségeitől” független motivációs tényező is.

Annak érdekében, hogy ezek a független motivációs tényezők azonosíthatók legyenek, elengedhetetlen megismerni a munkavállalói elkötelezettség általános mozgatórugóit, melyeket Szabó (2016), valamint Perreira és szerzőtársai (2016) szakirodalmi áttekintése alapján az alábbi kilenc kategóriába sorolva ismertettek.

1. *Jövőkép*: azok a dolgozók elkötelezettebbek lesznek, akik ismerik, értik és elfogadják az intézmény jövőképét és hosszútávú céljait; azonosulnak a kórház értékeivel; tisztában vannak azzal, hogy erőfeszítéseik hogyan segítik a szolgáltatót hosszútávú céljai elérésében; illetve látják azt, hogy pontosan hogyan járulnak hozzá a sikerhez.
2. *Lehetőségek*: az intézmény nyújtotta fejlődési lehetőségek szinte kivétel nélkül elkötelezettség-növelő hatásúak lehetnek, hiszen a kereteiken belül az egészségügyi dolgozók eltérő képességeiket és készségeiket mutathatják meg, illetve kamatoztathatják. Az alternatívák között gyakori a karrierutakon való előrelépés, a tapasztalatszerzés, a munkakörön belüli vagy akár azon túlmutató személyes és szakmai tanulás, a többletmunka, a képzési programokon való részvétel, valamint a döntési folyamatokba, véleményütköztetési fórumokba való bevonódás lehetősége.
3. *A munka és a konkrét feladatok*: a napi, rutinszerűen végzett tevékenység minősége, körülményei is nagymértékben befolyásolhatják a szakápolók, orvosok elkötelezettségi szintjét. Az értelmes és érdekes munka, izgalmakkal, kihívásokkal és változatossággal teli feladatok általánosságban az elkötelezettség erősödéséhez vezetnek. Amennyiben a munkavállaló úgy érzi, hogy munkája jelentőségteljes és fontos, a feladatok és a határidők ésszerűek és teljesíthetők, úgy a megvalósításuk is büszkeséggel tölti el, ami növeli elégedettségét. Ezzel szemben a túlterheltség, az intenzív munkahelyi nyomás és stressz, a kényelmetlen munkakörülmények, valamint az eszközök korszerűtlensége kimutathatóan csökkenti a motivációt.
4. *Önrendelkezés*: ahogy Armstrong és Murlis (2005) is rámutatott, az elnyomott, erős kézzel felügyelt és irányított szakember ritkán tekinthető lelkes, elhivatott munkaerőnek, hiszen az efféle vezetési stílus nem inspirálja az önkéntes többleterőfeszítéseket. Ebből következően az egészségügyi dolgozók motivációinak javítása szempontjából kiemelten fontos a szakápolóknak, orvosoknak nyújtott függetlenség, autonómia érzete; a saját belátásuk szerinti munkavégzés és időbeosztás lehetősége; a felhatalmazás, a döntésekbe való bevonás; valamint saját munkájuk feletti kontroll érzete. A napi rutin során megélt szabadság erősíti a bizalmat, a megbecsülés érzetét, és végső soron növeli az elkötelezettséget.
5. *Szociális környezet*: a munkahelyi kapcsolatok, a kollégákkal, a betegekkel ápoló szociális viszonyok, a közösséghez tartozás érzete, a vezető hozzáállása, stílusa, a csapatmunka hatékonysága jelentős szerepet játszhatnak a kórházi dolgozók önbecsülésében. A személytelen, antiszociális és toxikus munkahelyi környezet erősen romboló hatású.
6. *Kommunikáció*: a beosztottakat érintő ügyekről, az intézmény céljairól való teljeskörű tájékoztatás, a dolgozók, páciensek és vezetők közötti interakció minősége, a vertikális és horizontális, formális és informális véleménynyilvánítási szabadság, az akadálymentes információáramlás, a különböző munkahelyi felmérekek eredményeinek kommunikálási módja, az egyéni teljesítmények hatékonyságáról adott visszajelzések, illetve a javadalmazással kapcsolatos korrekt információnyújtás nélkülözhetetlen motivációs tényezők.

7. *Környezet*: a munkakörnyezettel kapcsolatos tényezők, az intézményi és személyi biztonság, a kórházak fizikai környezetének felszereltsége és kényelme, a használt eszközök, berendezések minősége, az intézmény támogató jellegére utaló segédszolgáltatások intenzíven korrelálnak az orvosok, ápolók egyéni elkötelezettségével.
8. *Vállalati értékek és gyakorlatok*: a kórházi hétköznapiak során alkalmazott gyakorlatok és értékek, a sokszínűség kezelése, a teljesítménymenedzsment, az *innovációs policy*, a betegközpontú szemlélet, a munkaerő megtartására és kezelésére vonatkozó szabályrendszer, a kórházon belüli viselkedésminták; az egészségügyi team-en belüli kockázattmegosztás, a szolgáltató elismertsége, jó hírneve egyaránt növelhetik a munkavállalói lojalitást.
9. *Javadalmazás és elismerés*: az egyik legfontosabb elégedettséget ösztönző terület, melybe beletartozik, hogy mennyire méltányosnak és igazságosnak érzik a kapott kompenzációs csomagot, ösztönzési eszközöket a dolgozók. Versenyképesek-e a fizetések, megfelelő mértékűek-e a béren kívüli juttatások, értékeli-e az intézmény a kiugró teljesítményt és többletmunkát. Az anyagiak mellett azt sem árt tudatosítani, hogy nagyobb valószínűséggel köteleződnek el a dolgozók olyan munkahely iránt, ahol megbecsülésüket rendszeresen verbálisan is kifejezik (ld. bővebben Szabó 2016, Perreira et al. 2016).

A fenti kategóriákat együttesen akár *életpálya-modellnek* is tekinthetjük, amelynek tudatos és részletes megtervezése, az előrébb jutáshoz szükséges „mérőkövek” és elvárások deklarálása, a standardizált HR- és employer branding stratégiák nagyban javíthatják az egészségügyi dolgozók szakmában maradási arányát, a belső mobilitási készséget, valamint a határon túli migráció minimalizálását (Vízvári – Gyetvai 2010). A tervezhető karrierutak alapfeltétele, hogy minden kórházi vezető törekedjen arra, hogy a munkatársai képességei és elvárásai szempontjából a lehető legadekvátabb, leginkább személyre szabott feladatokat allokalja; ennek érdekében pedig célszerű nemcsak meghatározott időközönként felmérni a dolgozók igényeit, de azokat stratégiai szinten be is építeni a kórházak humán erőforrás menedzsment folyamataiba. Weldegebriel és szerzőtársai (2016) kutatásukban rávilágítottak, hogy az összes motivációs dimenzió közül a sikeresen működő, *inmateriális* humán erőforrás-gazdálkodási eszközök képesek a legintenzívebb hatást kiváltani, éppen ezért az egészségügyi reformokat előkészítőknél nagyobb hangsúlyt kellene fektetniük az egyes munkakörökhöz illesztett életpálya-alternatívák központi szabályozására (Weldegebriel et al. 2016).

Ahogy korábban láttuk, a munkatársak teljesítményére a belső kommunikáció minősége is jelentős hatást fejthet ki, emiatt pedig kiemelten fontos, hogy a team vezetője rendszeresen és közvetlenül pozitív, támogató visszajelzéseket adjon az egészségügyi csapatnak. Nagypál (2009) szerint a szervezeten belüli kommunikáció olyan – egy vagy kétirányú – közlési folyamat, mely akár élő szóban, akár írásos formában való információáramlást jelent a vállalati stratégiával, változásokkal és a hétköznapi folyamatokkal kapcsolatosan. Mindezt Karoliny és Poór annyival egészíti ki, hogy a belső kommunikáció „a közös cél érdekében végzett munka tervezését, irányítását, ellenőrzését, értékelését, a működési feltételek biztosítását, az erőforrások összehangolását teszi lehetővé. Közvetíti az értékeket, a normákat, a szervezeti kultúrát, fontos szerepet játszik a hatalmi struktúrák működésében, a szervezeti szerepek betöltésében, a munkahelyi légkör alakításában, valamint a munkahelyi konfliktusok kialakulásában, kezelésében és megoldásában” (Karoliny – Poór 2010: 409).

A belső kommunikáción belül megkülönböztetünk *formális* és *informális*, *vertikális* és *horizontális*, valamint *felülről lefelé* és *alulról felfelé* irányuló információátadást. Daft szerint a felülről lefelé irányuló kommunikáció a hatáskörök közvetlen hierarchikus vonalai mentén

zajlik, általában pedig eligazításokat, utasításokat közvetít (Daft 1988: 441). Az alábbi öt altípusa van, melyre az orvosoknak, szakdolgozói team-et vezetőknek és az intézményeket irányítóknak egyaránt hangsúlyt kell fektetniük a sikeres munkavégzés érdekében.

1. *A célok megvalósítása:* ebbe a kategóriába az intézményi stratégia, a szervezeti, vezetői és egyéni célok szinkronizálása, az elvárt viselkedésminták kommunikálása, valamint általános iránymutatások tartoznak.
2. *A munkavégzési utasítások és magyarázatok:* ebbe a kategóriába a konkrét, napi feladatok szétosztása, az elvégzés elvárt módjának egyértelmű közlése, valamint annak világossá tétele tartozik, hogy miként kapcsolódik más tevékenységekhez az adott feladat.
3. *Az elvárások, szabályzatok közlése:* ebbe a kategóriába a kórház működését meghatározó szervezeti keretek és formák, belső és külső ügymenetek megfogalmazása tartozik.
4. *A visszajelzés a teljesítményről:* a kategória elsősorban az arra vonatkozó értékelési formákat foglalja magába, hogy a kórházi dolgozók milyen színvonalon, mekkora teljesítménnyel végezték el munkájukat.
5. *A nevelő szándékú üzenetek:* az utolsó kategóriába az azzal a céllal megfogalmazott információk tartoznak, hogy a vezetők elnyerjék a szakdolgozói team teljeskörű támogatását, elkötelezzék őket a közös értékrend mellett és motiválják a minél magasabb színvonalú munkavégzést (Daft 1988).

A felülről lefele irányuló kórházi kommunikáció során az egyik legfontosabb szempont, hogy minél rövidebb, közvetlenebb információs utak kerüljenek kialakításra, amelyeknek köszönhetően gyorsabban és pontosabban jut célba az üzenet. Egy másik megkerülhetetlen adalék, hogy az adott vezető stílusa – a kórházak humán erőforrásának specifikumai miatt – legalább annyira épüljön *kapcsolat-*, mint *feladatorientált* technikákra. Ezt támasztja alá Hersey és Blanchard (1982: 152) modellje is, mely szerint a szakdolgozói team-et irányítóknak minden esetben képesnek kell lenniük rugalmasan váltani az egyes vezetői stílusok között az egyes feladatokhoz allokkált beosztottak érettségi szintje, magabiztossága, felelősségvállalási képessége alapján. Ezen megközelítés szerint az egészségüggyel kapcsolatos munkakörökben sokkal kevésbé tud jól működni egy előíró, *autokratív* vezető – akit erős feladat- és gyenge kapcsolat-orientáció jellemez –, mint egy a döntésekbe bevonó, *participatív* vezető, akit viszont gyenge feladat- és erős kapcsolat-orientáció jellemez (Hersey – Blanchard 1982).

Természetesen mindezt nagyban segítheti a meghatározott keretek között zajló *teljesítményértékelő megbeszélés* is, amelynek során nemcsak megerősíthető a dolgozói elhivatottság, de a fejlesztésre szánt területek is sikerrel azonosíthatóak. Randell meghatározása szerint a teljesítményértékelés olyan folyamat, amelyben „az egyén munkáját megfigyelik, felméri, rögzítik, jelentést készítenek róla és megvitatják azzal a céllal, hogy valamilyen módon javítsanak az elvégzett munka minőségén és mennyiségén, valamint fenntartsák, vagy növeljék az egyén munkavégzésből származó megelégedettségét” (Tóthné 2004: 267–268). A teljesítményértékelés legfontosabb funkciói az alábbiak:

- ◆ szervezeti szintű és egyéni célok szinkronizálása;
- ◆ felelősségi és hatáskörök egyértelmű meghatározása, belső ügymenetek, workflow-k, szervezeti folyamatábrák és organogramok kidolgozása;
- ◆ az egyéni és szervezeti előfeltételek megteremtése, a célok teljesülésének nyomon követése;
- ◆ a munkatársak hatékonyságának és produktívitasának egységes szempontok szerinti és permanens értékelése;
- ◆ professzionális keret biztosítása a vertikális és horizontális visszacsatoláshoz;

- ◆ az egyéni és szervezeti szintű erősségek és gyenge pontok, fejlesztendő területek detektálása;
- ◆ az egészségügyi team tagjai karrierútjainak, a kapcsolódó HR-stratégia megalapozása;
- ◆ a munkatársak motiválása, inspirálása, lojalitásuk és elhivatottságuk erősítése;
- ◆ a vezető és beosztott, valamint az orvos és beteg közötti kommunikáció, hatékony konfliktuskezelés elősegítése;
- ◆ megállapodások, a teljesítményhez kötött javadalmazási és jutalmazási rendszer bemenetét alkotó szakmai elvárásokhoz kapcsolódó pluszfeladatok meghatározása. (Tóthné 2004)

Bár a teljesítményértékelés és a lefelé irányuló információátadás valóban nélkülözhetetlen az egészségügyi intézmények életében, ugyanakkor egy sikeresen működő szakdolgozói team vezetője nem építhet kizárólag erre, hanem meg kell teremtenie az *alulról felfelé irányuló szervezeti kommunikáció* előfeltételeit és a kritikára, visszajelzésekre nyitott munkahelyi légkört is. Dobák (2004: 153) szerint az alábbi négy fő motiváció állhat a kórházak alsóbb, dolgozói szintjéről a felsőbb, munkáltatói szintre eljuttatott információk háttérében:

1. *Problémák közlése*: egy sikeres szakdolgozói team vezetőjének tájékoztatást kell kapnia arról, ha valami miatt nem lehetséges a feladatok teljesítése. Ennek okai lehetnek például információ- és időhiány, státuszbeli különbségek, a felettes partner személyisége, a szervezeti struktúra, valamint a kommunikációs utak merevsége miatt keletkezett konfliktusok. Mivel az intézmény terveiben és teljesítményében kiemelten fontos az alkalmazottak érdekeltiségének pontos felmérése, így ebbe a kategóriába azok az információk tartoznak, amelyek segítségével a munkáltató átfogó képet kaphat a szakdolgozók egyéni céljairól, igényeiről is.
2. *Fejlesztésre vonatkozó javaslatok*: ebbe a kategóriába az innovációra, újításra, korszerűsítésre irányuló tanácsok tartoznak, valamint azok a saját ötletek, amelyekkel az egészségügyi team tagjai érdemben hozzájárulhatnak a hatékonyabb munkavégzéshez. E funkció kiszolgálásának remek eszköze lehet például a központi termekbe kihelyezett ötlet- vagy véleményláda, mely segítheti a speciális szituációk kezelését és az alulról szerveződő kezdeményezések felmérését. Ezen felül természetesen a kórházak HR-eseinek, *employer branding*-gel foglalkozó munkatársainak időről-időre célszerű klasszikus kvalitatív vagy kvantitatív vizsgálat – például fókuszcsoporthozos beszélgetés, online kérdőíves kutatás – keretein belül is megismerni a dolgozók elégedettségi szintjét, visszajelzéseit.
3. *Beszámolók készítése*: ebbe a kategóriába a meghatározott rendszerességgel megtartott személyes vagy írásos jelentések tartoznak, amelyekben a beosztottak számot adhatnak saját tevékenységükről és az előzetesen meghatározott tervek teljesülésének fokáról. E cél teljesülése szempontjából fontos hatékonyságnövelő szerepe lehet az automatizált, akár online működő adminisztrációs formáknak, a részletekben menően kidolgozott és tesztelt kérdőíveknek, standardizált nyomtatványoknak.
4. *Sérelmek és viták közlése*: a hatékony konfliktuskezelés érdekében a jó vezető alkalmat teremt a látás- és véleménykülönbségek, személyes krízisek, mediálást igénylő szituációk feloldására is (Dobák 2004: 153–154).

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy a felülről lefelé, illetve az alulról felfelé irányuló belső kommunikációban négy alapvető funkció jelenik meg:

1. *Érzelmi funkció*: a kommunikáció segítségével a szakdolgozói team tagjai kifejezésre juttathatják elégedettségüket vagy éppen elégedetlenségüket, érzelmeik pedig nagymértékben befolyásolják az egyes üzenetet kódolását/befogadását.

2. *Motivációs funkció*: segítségével a vezető mozgósítja a beosztottakat a kórház céljainak megvalósítása érdekében. Ennek eszköze lehet például a meggyőzés, a visszajelzés, a dicséret, a büntetés, akár különböző szankciók bevezetése.
3. *Információs funkció*: elsősorban a bizonytalanság megszüntetésével, az információs deficit csökkentésével támogatja a döntéshozatalt. A funkció implementálása során kiemelten fontos a teljességre, pontosságra és részletességre törekvés, valamint az adekvát közvetítő csatornák kiválasztása.
4. *Ellenőrzési funkció*: a kórházakban, egészségügyi intézményekben kialakított csatornák, szervezeti térképek, formális ügymenetek biztosítják a vezetői tájékozódást. A vezetők kommunikáció révén visszajelzést kaphatnak az intézményi keretben folyó tevékenységekről is (Dajnoki 2003: 248).

E négy alapvető funkció kiszolgálása és a motiváció fejlesztésének érdekében végezetül elengedhetetlen a szakképzési és továbbképzési rendszer kidolgozásáról, működtetéséről és fejlesztéséről is beszélni, mely a szakmai tudás- és információátadó programokon túl magába foglalja az ún. „puha” készségek, például a konfliktus- és stresszkezelés fejlesztését, valamint az intézményvezető, az egészségügyi dolgozó és a beteg közötti partneri együttműködés és kommunikáció támogatását is. Az erős szervezetfejlesztési háttértudással megvalósított közös tréningek, csapatépítő programok, konferenciák és a munkaidőn kívüli közös, informális tevékenységek elősegíthetik a jobb információáramlást és a kölcsönös elismerést, összehangolódást is (Gaal 2016). A képzések, a személyre szabott mentorálás és coaching, valamint a kommunikációs tréningek a kiégés elleni küzdelemben is fontos szerepet tölthetnek be, hiszen esetmegbeszélő csoportokban önismereti, önérvényesítési technikákat fejleszthetnek a dolgozók. Ez végső soron nemcsak a rutinszerű tevékenységek minőségének tendenciózus feljavulásához, az egészségügy új technológiai eljárásainak, gyógyászati eszközeinek és módszereinek elsajátításához vezethet, de következményeként a munkatársak úgy tudják professzionálisukat és empátikus képességeiket megőrizni, hogy közben nem „viszik haza” a munkájukat.

Összefoglalás és szakmai konklúziók

A tanulmány zárszavaként elmondható, hogy mind az orvos-beteg, mind az egészségügyi team-en belüli kommunikáció hatékonysága szempontjából fontos a *participatív*, a döntési folyamatokba bevonó, a feleket integráló szemlélet. A megközelítés előfeltétele a rendszeresség, az interakcióban résztvevők kompetenciáinak és meglévő tudásának elismerése, a bizalom és a személyre szabott helyzetkezelés, a teljeskörű tájékoztatás, valamint a kontrollérezet. Ahogy e nemzetközi szakirodalomkutatás eredményei is alátámasztották, a 21. században csakis egy olyan, a paternalista és a biomedikális megközelítéssel végleg szakító modell képes magas színvonalon kiszolgálni az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők elvárásait, amely törekszik az e-páciensek egészségműveltségének, elkötelezettségének és önrendelkezésének javítására, figyelembe veszi a kezelésekkal kapcsolatos dilemmák hétköznapi kontextusát, a betegek egyéni motivációt és félelmeit, valamint a megváltozott információtechnológiai hátteret. Egy ilyen modell a legkevésbé sem tekintélyelvű és messze nem hierarchikus: orvos és beteg kölcsönös elköteleződésén, progresszív eljárásokon és nyílt párbeszeden, az eltérő forrásokból szerzett ismeretek beépítésén alapul. Ebben a folyamatban fontos kiszolgáló eszköz lehet a hagyományos orvosi tevékenységet kiegészítő *health coaching*, valamint a motivációs interjú. Ennek segítségével a beteg nemcsak integrálva érzi magát, de birtokába is kerül mindannak a tudásnak, képességnek, önállóságnak és hajlandóságnak, ami a kórházak labirintusában való sikeres eligazodáshoz szükséges.

A tanulmány második felében arra is rámutattam, hogy az elmúlt évtizedekben az egészségügyi intézmények rendszerszintű, gazdasági és szakpolitikai korlátai miatt fokozatosan felértékelődött a menedzsment-szemlélet, valamint a kölcsönös és kétirányú információátadás a szakdolgozói team-en belül is. Ez önmagában ugyan nem elég a munkavállalók megtartásához, de a diszfunkcionális kommunikáció és a negatív munkahelyi légkör gyakran az utolsó lökést jelentheti a pályaelhagyáshoz. A munkatársak előmenetelének szempontjából nélkülözhetetlen többlettudást adhatnak a különböző egészségpszichológiával, mediátori szerepekkel, szervezetfejlesztéssel kapcsolatos továbbképzések, valamint az internethasználat veszélyeit és a médiatudatosság fontosságát aláhúzó kezdeményezések. A szakdolgozói team elhivatottságának fejlesztésében kulcstényezőként azonosítottam a tervezhető életpálya-modelleket, az immateriális humán erőforrás-gazdálkodási eszközöket, a teljesítményértékelő beszélgetéseket, a visszajelzésekre és kritikára nyitott munkahelyi légkört, valamint az alulról felfelé irányuló szervezeti kommunikáció előfeltételeinek megteremtését is. Mivel a kórházi munkatársak, valamint a gyógyítók és páciensek közötti interakcióra kifejezetten előnyös hatással van az információs társadalom, így a jövőben érdemes lehet még jobban kiaknázni az új megoldásokban és a korábbinál lényegesen több és korszerűbb csatornában rejlő lehetőségeket.

IRODALOM

- Ádány Róza (2011) *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Armstrong, Michael – Murlis, Helen (2005) *Javadalmazás-menedzsment: Stratégia és gyakorlat*. Budapest, KJK KERSZÖV, Jogi és Üzleti Kiadó.
- Ahmadvand, Alireza – Gatchel, Robert – Brownstein, John – Nissen, Lisa (2018) The Biopsychosocial-Digital Approach to Health and Disease: Call for a Paradigm Expansion. *Journal of Medical Internet Research*, 2018/20(5). e189.
<https://doi.org/10.2196/jmir.9732>
- Baker, David W. – Wolf, Michael S. – Feinglass, Joseph – Thompson, Jason A. – Gazmararian, Julie A. – Huang, Jenny (2007) Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 2007/167(14). 1503–1509.
<https://doi.org/10.1001/archinte.167.14.1503>
- Bell, Daniel (1976) *The Coming of Post-Industrial Society*. New York, Basic Books.
<https://doi.org/10.1080/00131727609336501>
- Borbás Ilona – Szirmai László – Verdes Norbert – Vilusz Lászlóné – Zelenkáné Lux Lilla (2005) Egészségügyi rendszerek Kelet-Európában. *Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet*, ESKI füzetek 2.
- Broom, Alex (2005) Medical specialists' accounts of the impact of the internet on the doctor/patient relationship. *Health*, 2005/9(3). 319–338.
<https://doi.org/10.1177/1363459305052903>
- Brown, Brian – Crawford, Paul – Carter, Ronald (2006). *Evidence-based health communication*. London, McGraw–Hill.
- Bylund, Carma L. – Gueguen, Jennifer A. – D'Agostino, Thomas A. – Imes, Rebecca S. – Sonet, Ellen (2009) Cancer patients' decisions about discussing Internet information with their doctors. *Psycho-Oncology*, 2009/18(11). 1139–1146.
<https://doi.org/10.1002/pon.1511>

- Castells, Manuel (2000) *A hálózati társadalom kialakulása. Az információ kora: Gazdaság, társadalom és kultúra. I. kötet.* (ford.) Rohonyi András. Gondolat–Infonia, 2005.
- Castells, Manuel (2006) The Network Society: from Knowledge to Policy. In: Castells, Manuel – Cardoso, Gustavo (2006 eds.) *The Network Society: From Knowledge to Policy.* Washington DC, The Johns Hopkins University Press, Center for Transatlantic Research Relations. 3–22.
- Connor, Melanie – Mantwill, Sarah – Schulz, Peter J. (2013) Functional health literacy in Switzerland – validation of a German, Italian, and French health literacy test. *Patient Education and Counseling*, 2013/90(1). 12–17.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.08.018>
- Daft, Richard (1988) *Management.* Chicago, The Dryden Press.
- Dajnoki Krisztina (2003) A vezetés és a kommunikáció összefüggései. *Agrártudományi közlemények = Acta Agraria Debreceniensis*, 2003/10(1). 248–255.
- Davis, Nicola (2018) Cyberchondria and cyberhoarding: is internet fuelling new conditions?. *The Guardian*.
- Deci, Edward L. – Koestner, Richard – Ryan, Richard M. (1999) A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, 1999/125(6). 627–668. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.6.627>
- Dijk, Jan Van (2006) *The Network Society.* London, Sage. Second Edition.
- Dobák Miklós (2004) *Szervezeti formák és vezetés.* Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Donnelly, Laura (2017) 'Cyberchondria' fuelling anxiety epidemic clogging up hospital clinics. *The Telegraph*.
- Elwyn, Glyn – Edwards, Adrian Gwyn – Kinnersley, Paul – Grol, Richard (2000) Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice*, 2000/50(460). 892–899.
- Erdem, S. Aaltan – Harrison-Walker, Jean (2006) The role of the Internet in physician–patient relationships: The issue of trust. *Business Horizons*, 2006/49(5). 387–393.
<https://doi.org/10.1016/j.bushor.2006.01.003>
- Feng, Yang – Xie, Wenjing (2015) Digital divide 2.0: The role of social networking sites in seeking health information online from a longitudinal perspective. *Journal of Health Communication*, 2015/20(1). 60–68. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.906522>
- Ferguson, Tom – Frydman, Gilles (2004) The First Generation of E-Patients. *British Medical Journal*, 2004/328(7449). 1148–1149. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7449.1148>
- Fox, Susannah – Duggan, Maeve (2013) *Health Online 2013. Pew Research Center Internet & Technology.* Washington DC.
- Gaal Ilona (2016) Az internet hatása az orvos-beteg viszonyokra. *Orvosi Hetilap*. 2016/157 (17). 680–684. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30456>
- Gács Zsófia – Berend Katalin – Csanádi Gábor – Csizmady Adrienne (2015) Új kérdőív a szülői egészségműveltség mérésére. *Orvosi Hetilap*, 2015/156(42). 1715–1718.
<https://doi.org/10.1556/650.2015.30237>

- Gregory, Jane – Miller, Steve (1998) *Science in public: communication, culture, and credibility*. New York, Plenum.
- Gyórfy Zsuzsanna (2019) E-páciensek és digitális gyógyítók. *Magyar Tudomány*. 2019/10. <https://doi.org/10.1556/2065.180.2019.10.6>
- Halász Renáta – Kárpáti Eszter – Eklics Katalin – Koppán Ágnes (2018) A betegközpontú szemlélet mint érték megjelenése a magyar orvosi szaknyelvtanításban. In: Besznyák Rita (2018 szerk.) *Tudásmegosztás, értékközvetítés, digitalizáció – trendek a szaknyelvtanításban és -kutatásban*. (Porta Lingua 2018) Budapest, SZOKOE 237–248.
- Hersey, Paul – Blanchard, Kenneth H. – Johnson, Dewey E. (1982) *Management of Organizational Behavior: Utilizing Human Resources*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall Inc.
- Hohman, Melinda (2012) *Motivational interviewing in social work practice. Applications of motivational interviewing*. New York: Guilford Press.
- Houston, Thomas K. – Allison, Jeroan J. (2002) Users of Internet health information: Differences by health status. *Journal of Medical Internet Research*, 2002/4/(2). e7. <https://doi.org/10.2196/jmir.4.2.e7>
- Hu, Xinyi – Bell, Robert A. – Kravitz, Richard L. – Orrange, Sharon (2012) The Prepared Patient: Information Seeking of Online Support Group Members Before Their Medical Appointments. *Journal of Health Communication*, 2012/17(8). 960–978. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.650828>
- Huffman, Melinda H. (2016) Advancing the Practice of Health Coaching. *Workplace Health & Safety*, 2016/64(9). 400–403. <https://doi.org/10.1177/2165079916645351>
- Hulsman, Robert – Visser, Adriaan – Makoul, Gregory (2005) Addressing some of the key questions about communication in healthcare. *Patient Education and Counseling*, 2005/58(3). 221–224. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.07.012>
- Karoliny Zsuzsa – Poór József (2010) *Emberi erőforrás menedzsment kézikönyv*. Budapest, Wolters Kluwer.
- Kickbusch, Ilona – Wait, Suzanne – Maag, Daniela (2006) *Navigating Health. The role of Health Literacy*. London, Alliance for Health and the Future.
- Kim, Jeongeun – Kim, Sukhwa (2009) Physicians' perception of the effects of Internet health information on the doctor-patient relationship” *Informatics for Health and Social Care*, 2009/34(3).136–48. <https://doi.org/10.1080/17538150903102422>
- Kincsesné Vajda Beáta (2013) *Kommunikációs, kapcsolati és egyéni tényezők az egészségügyi szolgáltatások minőségében és kimeneteiben*. Doktori értekezés, Szegedi Tudományegyetem.
- Kis Tamás (2016) Kutatás az internetes egészségügyi információszerzésről. *Szinapszis Piac-kutató és Tanácsadó Intézet*.
- Kollár János (2016) Kommunikáció az egészségügyi teamen belül: orvosok és szakdolgozók. *Orvosi Hetilap*, 2016/157(17). 659–663. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30444>
- Kontos, Emily – Blake, Kelly D. – Chou, Wen-Ying Sylvania – Prestin, Abby (2014) Predictors of eHealth usage: Insights on the digital divide from the Health Information National Trends Survey 2012. *Journal of Medical Internet Research*, 2014/16(7). e172. <https://doi.org/10.2196/jmir.3117>

- Kutrovác Gábor – Láng Benedek – Zemplén Gábor (2012) *A tudomány határai*. Budapest, Typotex.
- Latour, Bruno (1987) *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*. Cambridge, Harvard University Press.
- Lee, Chul-joo – Stacy Wang Gray – Nehama Lewis (2010) Internet use leads cancer patients to be active health care consumers. *Patient Education and Counseling*, 2010/81. (Suppl. 0), S63–69. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.09.004>
- Lewenstein, Bruce V. (2003) *Models of public communication of science and technology*. Ithaca, NY, Cornell University.
- Lyotard, Jean-François (1984) *The Postmodern Condition*. Manchester, Manchester University Press.
- Machlup, Fritz (1962) *The Production and Distribution of Knowledge in the United States*. Princeton, Princeton University Press.
- Majoros Pál (1997) *Kutatásmódszertan, avagy hogyan írjunk könnyen, gyorsan jó diplomamunkát?* Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó. 13–110.
- Málovics Éva – Vajda Beáta – Kuba Péter (2009) Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos-beteg kommunikációról. In: Hetesi Erzsébet – Majó Zoltán – Lukovics Miklós (2009 szerk.) *A szolgáltatások világa*. Szeged, JATEPress. 250–264.
- Málovics Éva – Veres Zoltán – Lippai László – Nagy Ágnes (2007) Competences and Risk Perception in Medical Services. In: *Proceedings of the 5th International Congress on Public and Non Profit Marketing*. CD kiadvány.
- Mårtensson, Lena – Hensing, Gunnel (2012) Health literacy – a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 2012/26(1). 151–160. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x>
- Mbilinyi, Deogratius – Daniel, Marguerite L. – Lie, Gro Th. (2011) Health worker motivation in the context of HIV care and treatment challenges in Mbeya Region, Tanzania: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 2011/11(266). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-266>
- Meskó Bertalan (2016) *Az orvoslás jövője*. Budapest, HVG Kiadó.
- Molnár Péter – Csabai Márta (1994) *A gyógyítás pszichológiája*. Budapest, Springer Hungarica.
- Mutizwa-Mangiza, Dorothy (1998) The Impact Of Health Sector Reform on Public Sector Health Worker Motivation in Zimbabwe. Major Applied Research 5. *Working Paper No. 4*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.
- Nagy Lászlóné – Korom Erzsébet – Hódi Ágnes – B. Németh Mária (2015) Az egészségműveltség online mérése. In: Csapó Benő – Zsolnai Anikó (2015 szerk.) *Online diagnosztikus mérések az iskola kezdő szakaszában*. Budapest, Oktatókutató és Fejlesztő Intézet. 147–177.
- Nagy, Lászlóné – Barabás, Katalin (2011) Possibilities in diagnostic assessment of health literacy and health-behaviour. In: Csapó, Benő – Zsolnai, Anikó (eds.) *Possibilities of diagnostic assessment of cognitive and affective developmental processes in early school years*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó. 174–224.

- Nagypál Mónika (2009) A munka minőségét rontja a rossz kommunikáció. *HR Portal*.
- Ommen, Oliver – Janssen, Christian – Neugebauer, Edmund – Bouillon, Bertil – Rehm, Klaus – Rangger, Christoph – Erli, Hans Josef – Pfaff, Holger (2008) Trust, social support an patient type – Associations between patients perceived trust, supportive communication and patients preferencesin regard to paternalism, clarification and participation. *Patient Education and Counseling*, 2008/73. 196–204.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.03.016>
- Perczel Forintos Dóra – Mórotz Kenéz (2010) *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest, Medicina.
- Perreira, Tyrone A. – Innis, Jennifer – Berta, Whitney (2016) Work motivation in health care: a scoping literature review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 2016/14(4). 175–182. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000093>
- Pilling János (2004) *Orvosi kommunikáció*. Budapest, Medicina.
- Pintér, Dániel Gergő (2016) Various challenges of science communication in teaching generation Z: an urgent need for paradigm shift and embracing digital learning. *Opus et Educatio*, 2016/3/(6). 674–698. <https://doi.org/10.3311/ope.146>
- Pintér Dániel Gergő (2013) A tudományos tartalmú közlésfolyamat a globális médiatérben. *PEME, Tudományos Próbapálya Konferenciakötet*. 23.
- Porter, Michael E. (1998) *On competition*. Boston, Harvard Business School Press.
- Quintana, Yuri – Feightner, John W. – Wathen, Nadine C. – Sangster, Michelle L. – Marshall, Neil J. (2001) Preventive health information on the Internet. Qualitative study of consumers' perspectives. *Canadian Family Physician*, 2001/47. 1759–1765.
- Ratzan, Scott C. – Parker, Ruth M. (2000) Introduction. In: Selden, Catherine R. – Zorn, Marcia – Ratzan, Scott (2000 eds.) *National Library of Medicine. Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda.
- Richta, Radovan (1977) The Scientific and Technological Revolution and the Prospects of Social Development. In: Dahrendorf, Ralf (1977 ed.) *Scientific-Technological Revolution. Social Aspects*. London, Sage. 25–72.
- Rogers, Carl R. (1995) *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. London, Constable & Robinson Ltd.
- Salmon, Peter – Hall, George M. (2004) Patient empowerment or the emperor's new clothes. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2004/97(1). 53–56.
<https://doi.org/10.1177/014107680409700202>
- Schulz, Peter J. – Nakamoto, Kent (2005) Emerging themes in health literacy. *Studies in Communication Sciences*, 2005/5(2). 1–10.
- Sihota, Saranjit – Lennard, Linda (2004) *Health literacy: being able to make the most of health*. London, National Consumer Council.
- Sjöberg, Lennart (2000) Factors in Risk Perception. *Risk Analysis*, 2000/20(1). 1–11.
<https://doi.org/10.1111/0272-4332.00001>
- Slovic, Paul – Weber, Elke U. (2002) Perception of Risk Posed by Extreme Events. *Discussion paper for the conference Risk Management Strategien in an Uncertain World*, New York.

- Sommerhalder, Kathrin – Abraham, Andrea – Zufferey, Maria Caiata – Barth, Jürgen – Abel, Thomas (2009) Internet information and medical consultations: Experiences from patients and physicians' perspectives. *Patient Educating and Counseling*, 2009/77(2). 266–271. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.03.028>
- Sørensen, Kristine – Van den Broucke, Stephan – Fullam, James – Doyle, Gerardine – Pelikan, Jürgen – Slonska, Zofia – Brand, Helmut (2012) Health Literacy and public Health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012/12(80). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stehr, Nico (2002) *Knowledge & Economic Conduct*. Toronto, University of Toronto Press. <https://doi.org/10.3138/9781442676527>
- Szabó Anna (2016) A munkavállalói elkötelezettség növelésének hatása és lehetőségei. *Opus et Educatio*. 2016/3(4). 439–450. <https://doi.org/10.3311/ope.41>
- Tonsaker, Tabitha – Bartlett, Gillian – Trpkov, Cvetan (2014) Health information on the Internet Gold mine or minefield? *Canadian Family Physician*. 2014/60(5). 407–408.
- Tóthné Sikora Gizella (2004) *Humán erőforrások gazdaságtana*. Miskolc, Bíbor Kiadó.
- Touraine, Alan (1988) *Return of the Actor*. Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Towle, Angela – Godolphin, William (1999) Framework for teaching and learning informed shared decision making. *British Medical Journal*, 1999/319(7212). 766–771. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7212.766>
- Udvardi Anna (2017) *A hatékony kommunikáció szerepe az egészségügyi ellátásban – az adherencia problémája és megoldási lehetőségei*. *Magyar Nyelvőr*, 2017/141(1). 75–91.
- van Uden-Kraan, Cornelia F. – Drossaert, Constance H. C. – Taal, Erik – Smit, Wim M. – Seydel, Erwin R. – van de Laar, Mart A. F. J. (2010) Experiences and attitudes of Dutch rheumatologists and oncologists with regard to their patients' health-related Internet use, *Clinical Rheumatology*, 2010/29(11). 1229–1236. <https://doi.org/10.1007/s10067-010-1435-1>
- Vízvári László – Gyetvai Györgyi (2010) *Az egészségügy humán erőforrás stratégiája*. Budapest, Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet.
- Voit Pál (2004) *A diplomamunka-készítés módszertana*. Tatabánya, TRI-Mester. 56–83.
- Weldegebriel, Zemichael – Ejigu, Yohannes – Weldegebreal, Fitsum – Woldie, Mirkuzie (2016) Motivation of health workers and associated factors in public hospitals of West Amhara, Northwest Ethiopia. *Patient Preference and Adherence*, 2016/10. 159–169. <https://doi.org/10.2147/PPA.S90323>
- Winterbottom, Anna – Bekker, Hilary L. – Conner, Mark – Mooney, Andrew (2008) Does narrative information bias individual's decision making? A systematic review. *Social Science & Medicine*, 2008/67(12). 2079–2088. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.037>
- Young, Sean D. – Oppenheimer, Daniel M. (2006) Different Methods of Presenting Risk Information and Their Influence on Medication Compliance Intentions: Results of Three Studies. *Clinical Therapeutics*, 2006/28(1). 129–139. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2006.01.013>