

Marshall BarbaraSimmelweis Egyetem
Szaknyelvi Intézet**Az interkulturális és betegközpontú egészségügyi kommunikáció
oktatásának interdiszciplináris lehetőségei**<https://doi.org/10.48040/PL.2024.1.13>

Az interkulturális és betegközpontú kommunikáció tanítása alapvető fontosságú a szaknyelvoktatásban, különösen az egészségügy területén, mivel egy egészségügyi dolgozó munkája során különböző kulturális és nyelvi háttérrel rendelkező emberekkel találkozhat. Mindazonáltal felmerül a szaknyelvoktatás folyamán átadott interkulturális és betegközpontú készségek és hozzáállás szerepe az egyetemi szintű társadalomtudományi és pszichológiai tantárgyak által közvetített sokrétű tudás között. Az interkulturális és betegközpontú kommunikáció oktatásának interdiszciplináris lehetőségeivel foglalkozó szakirodalom segítségével elemzem annak felhasználhatóságát az egészségügyi szaknyelvoktatás területén. A szakirodalmi áttekintés segítségével felvetem az interdiszciplináris képzés alkalmazásának létjogosultságát ezen a területen. Az interkulturális és betegközpontú szemlélet része az orvosi humán tudományok (Medical Humanities) kérdéskörének és tudományágának is, különös tekintettel a narratív medicina területére, amelynek fontosságát, alkalmazását és a szaknyelvoktatásra vonatkozó felhasználási lehetőségeit szintén megvizsgálom.

Kulcsszavak: betegközpontú kommunikáció, interdiszciplináris oktatás, egészségügyi szaknyelvoktatás, orvosi humán tudományok, narratív medicina

Bevezetés

Az egészségügyi szaknyelvoktatás témakörének megfelelő áttekintése érdekében fontos, hogy rögzítsünk pár alapvetést. Az első alapvetés, hogy az egészségügy a betegekről szól, azokról az emberekről, akik bekerülnek az egészségügyi ellátórendszerbe és ott valamilyen vizsgálatot végeznek rajtuk, kezelést kapnak más emberektől. Emberekről van szó, bár ez gyakran elfelejtődik. Ennek érzékeltetéséhez álljon itt Grecsó Krisztián súlyos betegségéből való felépülése után megjelent novelláskötetéből egy részlet.

„Grusz a délutáni „tájékoztatóra” gondol. A kapkodva ledarált monológ után küldte ki ide a gyakorló orvos, hogy várja meg a főorvos urat a vizsgáló előtt. A tájékoztató bent zajlott a kórházi osztályon, a nővérpult mellett elfér néhány billegős asztalka, ott eszik, akit nem csövön táplálnak, vagy van gégeje, és/vagy tud járni. A tömény vegetaszagba ültek le a fiatal doktornővel. A lány a zsíros nejlonra rakta le a mappákat. Igyekezett kedves lenni, de láthatóan gyorsan túl akart lenni az egészen. Az egész nyaki terület érzéketlen lesz. Akár évekig. A fejét nem tudja majd fordítani. Az is lehet, hogy izmokat is ki kell vágni, akkor a kezét sem tudja majd emelni. Évekig. Ne kérdezze folyton, hogy meddig. Minden évekig van. Az arca és a szeme féloldalas lesz. Örökre. Grusz próbált nagy levegőket venni. Próbált nem arra gondolni, hogy néhány hete még normális ember volt, és senki, de senki az Úristen foszfátszagú ege alatt ilyen szemétségeket nem mondhatott neki. Az már nincs. Nincs hatalma a saját teste felett. Nincs önrendelkezés, jog.” (Grecsó, 2022:75)

A második alapvetés, hogy az egészségügyi kommunikációs helyzetek mindig nagy horderejűek, nincs szimpla ellátás, mert a személyt az egészségének alakulása igazán mélyen érinti. Vagy jó lesz vagy rossz, de semleges csak igen ritkán. Ez mutatja meg a jelentőségét annak, hogy miért fontos ebben a témában mélyebbre ásni és többet beszélni róla.

A harmadik alapvetés pedig, hogy a betegközpontú kommunikáció tágabb értelemben maga a civilizáció kezdete óta fennálló gondoskodási képesség egyik aspektusa, az ember szóban és tettben megnyilvánuló jóakarata. Mi az hát akkor, ami a látható jószándék ellenére félremegy?

A beteg-szakember kommunikáció mint az egészségügyi ellátás része

A megfelelő egészségügyi ellátás része a biztonságos, betegcentrikus szakmai gondoskodás, a megfelelő beteg–szakember kommunikáció, a bizalmi légkör, a közös döntéshozatal és ezeken belül a páciensek motivációjának növelése az együttműködésben, a terápiás útmutatás és az életmódbeli tanácsok követésében (Kullmann–Kullmann, 2018). A betegcentrikus ellátás meghatározása sokrétű, de a legtöbb konceptualizáció a következő kulcsfontosságú elemekben osztozik:

- a beteg nézőpontjának figyelembevétele, a beteg megértése pszichoszociális kontextusában;
- a páciens bevonása az ellátásba az általa kívánt mértékben;
- a probléma közös megértése és megállapodás a kezelési tervről;
- a legjobb klinikai bizonyítékokon alapuló, a betegek értékeivel összhangban lévő és megvalósítható döntések meghozatala (McCormack et al., 2011).

Ezek az elemek természetesen mind a beteggel folytatott értő, emberközpontú kommunikáción keresztül valósíthatók meg. Magyarországon azonban hiába terjed a betegcentrikus ellátás hangoztatása és hiába léteznek a gyakorlati megvalósításra tett erőfeszítések, ha közben szűkül a személyzet betegekkel való kommunikációra fordítható ideje (Kullmann–Kullmann, 2018).

Egyrészt fontos hangsúlyoznunk, hogy a beteg és az egészségügyi szakember közötti kommunikációs félreértések a betegek elégedetlenségén kívül helytelen diagnózishoz, az egészségügyi ellátás hiányához, vagy akár halálhoz is vezethetnek (Gibbons–Zhong, 2005). Másrészt ki kell emelnünk, hogy a hatékony interkulturális kommunikáció hiánya a dolgozók körében is olyan mértékű stresszt okoz, ami szorongáshoz és munkahelyi kiábrándultsághoz vezethet (Gibbons–Zhong, 2005). Így életbevágó megkülönböztetnünk a rendszerszintű hibát azoktól a hibáktól, amelyekre közvetlen kihatással lehetnek az egészségügyi dolgozók. A rendszerszintű hibák természetesen ugyanúgy kiégést okozhatnak, mint a közvetlen megélések, ezért Martin Luther King Junior gondolatát követve meg kell találni az ezekből fakadó elégedetlenségnek a „*kreatív erőszakmentes cselekvés általi levezetését*” (King, 1963:83). Ebben természetesen ugyanúgy segítségre van szükségük az amúgy is túlterhelt dolgozóknak, és olyan környezetre, ahol nem éri hátrányos megkülönböztetés őket azért, mert jobbitani szeretnének a rendszeren. Lényeges, hogy szem előtt tartsuk azt is, hogy a betegközpontú kommunikáció az egészségügyben funkcionális szerepet tölt be, hiszen itt a beteg–szakember közötti párbeszéd korábban említett céljai mellett, vagyis, hogy a beteg bizonyos feladatokat végrehajtsa (pl. kezelési döntések megszülessenek, kialakuljon egy együttműködésre épülő kapcsolat), a kommunikáció tétje – különösen életveszélyes betegségek esetében – gyakran jóval magasabb, mint más kommunikációs helyzetekben.

Az értő, emberközpontú kommunikáció tudományos racionális és spirituális dimenziói

Evans azzal érvel, hogy a jelenlegi betegközpontú megközelítés a tudományos racionalizmus elavult formáján alapul. Ez a megközelítés megpróbálja kiterjeszteni a koncepciót az érzelmek és a tudattalan területeire, de akármilyen hitelesen és meggyőzően teszi is ezt, mégis problematikus marad, amikor olyan kérdéssel szembesül, mint az emberi szenvedés, amelynek elkerülhetetlen spirituális dimenziói vannak (Evans, 2003). Noha az egészségügyi dolgozókat arra ösztönzi, hogy az ellátásban vegyék figyelembe a betegek fizikai, pszichológiai és szociális hátterét is, a jelenleg népszerű, bizonyítékokon alapuló orvoslás vagy csak a fizikai bizonyítékokra korlátozódik, vagy az ilyen bizonyítékokat egy olyan rangsor csúcsára helyezi,

amely hajlamos arra, hogy leértékeljen minden más forrásból származó bizonyítékot. Ezek az orvos–beteg kapcsolatról alkotott korlátozott elképzelések többségükben részben az emberi racionalitásunk miatt érzett büszkeségnek és az iránta való feltétlen bizalomnak köszönhetőek, részben pedig az emberi lélekkel kapcsolatos félelem és bizalomhiány miatt konzerválódtak – mely félelem és bizalomhiány szükséges ahhoz, hogy a saját és mások szenvedésével foglalkozzunk (Evans, 2003). Evans szerint az első lépés az, hogy el kell fogadnunk érzelmeink alapvető szerepét a motivációban, mégpedig nem mellékes jelenségként, hanem központi szereplőként viselkedésünk irányításában (Evans, 2003).

Salinsky és Sackin felhívja a figyelmet, hogy fenntarthatatlan az az illúzió, hogy a szakmai én az emberi érzelmek által érintetlenül tartható azáltal, hogy a személyes ént az interakcióból kizárja, hiszen a szakmai én csupán egy specializált része a személyes éntnek. A betegközpontú egészségügy kommunikációs készségekre fókuszált megközelítése alapvetően hibás a lelki mélység hiánya és a szűk racionalitás okán, és ki kell egészíteni a nem racionális, érzelmi szempontokkal, a viselkedésminták érzelmi vonatkozásának figyelembevételével. A kommunikációs készségekkel kapcsolatos fenti megközelítést kiegészítené ezeknek az érzelmi aspektusoknak a kellő mélységű feltárása, amely természetesen komoly személyes befektetést igényel mind az egészségügyi szakember, mind a beteg oldaláról, valamint az önismeret és az empátia fejlesztését is (Salinsky–Sackin, 2000). Salinsky és Sackin figyelmeztet, hogy a szakemberek védekezési mechanizmusainak (amelyeket szükségesnek tartanak ahhoz, hogy a betegek fizikai, mentális és lelki szenvedését tudatos és racionális ellenőrzés alatt tartsák) az az ára, hogy mindkét fél elveszíti azon képességének egy részét, hogy megtapasztaljanak valamit önmagukból és a másiktól (Salinsky–Sackin, 2000). Ez a kényszerített kompromisszum visszatérést jelent egy olyan racionalizmushoz, amiből hiányzik a „negatív képesség” – vagyis „a képesség, hogy elviseljük a hiányt, a bizonytalanságot, az elfogultságot, a relativitást, és hogy sakkban tartsuk a lezárás, a koherencia, az identitás, a teljesség iránti vágyat” (Evans, 2003:11).¹

A szenvedéssel való együttlétezés valódi módjai feszegetik az egészségügyi diskurzus határait, sőt, úgy tűnik, hogy az általános közélet sem képes értelmes helyet találni az számukra, azok így inkább a magánélet vagy a vallás területére szorulnak vissza. Evans ennek a jelenségnek a magyarázatára Paul Tillich egzisztenciális szorongáselméletét használja fel, amely megkülönbözteti a patológiás szorongástól az egzisztenciális szorongást, mely a nemléttel, a saját halandóságunkkal szembeállítva jelentkezik. Az embereknek spirituális erőre van szükségük ahhoz, hogy szembe tudjanak nézni saját halandóságukkal és mások halandóságával, betegségével, öregedésével és az ezek fölött érzett tehetetlenségünkől adódó bánatukkal (Evans, 2003). Ehhez Evans szerint azonban egy olyan spirituális magabiztosságra van szükség,

„...amely nem tud a szűk tudományos képzésből eredni; egy olyan szellemiségre, amely jobban függ a gondolkodás módjától, mint a gondolkodás tartalmától; valódi oktatástól, mint képzéstől; a személyes tulajdonságok fejlesztésétől, nem pedig a megszerzett technikáktól.” (Evans, 2003:13)¹

A kommunikációs készségekkel foglalkozó szakirodalom bár igyekszik kiszélesíteni a jelenlegi orvoslás szűk látókörét, de nem kutatja a mértéket, csupán az orvosi hatékonyság tényalapú bizonyítékaira támaszkodik. Mi értelme van megkérdezni a betegről a betegségéről alkotott gondolatait, aggodalmait és elvárásait, ha nem veszik figyelembe a válaszok által kibontakozó egzisztenciális vallomást? Ha nem érdekel senkit a beteg narratív megnyilvánulásának eredete? A kommunikációs készségek oktatásának elégtelenségét ékesen bizonyítják az egészségügyben megnyilvánuló kiábrándító állapotok. Ennek megnyilvánulását

¹ a szerző fordításában

olvashatjuk Esterházy Péter fanyar humorával az író halálos betegségét bemutató Hasnyálmirigynaplóban.

„Háromnegyed 2, sitty-sutty, megvolt a doktornő. Olyanok voltunk, mint mindig. Ő rezervált, tárgyyszerű, én szóltan. Hogy van? Jól, lényegében. Eszembe jutott, hogy épp lényegében nem vagyok jól, de nem akartam okoskodni. Megszetoszópozott, megemlítette, hogy a vérsejtek vagy -lemezek csökkentek, ezért valamit változtat. Szóba hoztam a köhögést, majd a CT mutatja, hogy van-e valamihez köze. Barna, mosolyog, el. Nem kritika, inkább önkritika lebeg az ágyam fölött utána. Valamit biztos nem kérdeztem meg. De mit? Valahogy így állunk majd a mennyek kapujában (akárha a Kafkájében), valamit, Uram, nem, de mit is?” (Esterházy, 2020:125)

Wald, McFarland és Markovina felteszi a kérdést, hogy

„...a technológia gyors fejlődésével a tudomány és különösen az orvostudomány területén, a növekvő eredményességi nyomás mellett, képesek vagyunk-e még mindig ápolni és megőrizni a szükséges egyensúlyt az emberséges gondoskodással és törődéssel? Az orvoslás művészetét és tudományát? Mindezek alapját képezi, hogy vajon az orvosok és általában az egészségügyi dolgozók felkészültek-e arra, hogy kezelni tudják azt, amire a betegeknek szükségük van a 21. században, és hogy valóban az oktatásuk is arra irányul-e, hogy felkészítse nemcsak az elméjüket, de a szívüket is?” (Wald–McFarland–Markovina, 2019: 492)²

A fenti idézet átfogó összefoglalását nyújtja azoknak a felvetéseknek, amelyekre a „Medical Humanities” keresi a válaszokat.

Medical Humanities – Orvosi humán tudományok

A fenti kérdések nemcsak hogy egyre gyakrabban merülnek fel, de egyre többen azt is felismerik, hogy az egészségügyi hivatás alapvető elemeinek felélesztése – beleértve a betegekkel való mélyebb kapcsolat kialakítását, az orvoslás örömeinek és értelmének fenntartását, valamint a gyógyításban az empátia és a rugalmasság kifejlesztését – abban rejlik, hogy a művészeteket és a humán tudományokat integrálják az egészségügyi oktatásba (Mann, 2017). Ez a kezdeményezés, melyet az angol nyelvű szakirodalom „*Medical Humanities*” néven foglal össze, Magyarországon „orvosi–egészségügyi humán tudományok” néven kezd elterjedni az egészségügyi képzésben és gyakorlatban. Gordon szerint az orvosi humán tudományok megszüntethetik a klinikai ellátás és a humán tudományok szétválasztását és elősegíthetik az interdiszciplináris oktatást és kutatást, hogy holisztikusabb megközelítéssel optimalizálják a betegellátást (Gordon, 2005).

Az orvosi humán tudományok nem csupán kiegészítik az orvostudomány és az egészségügyi gyakorlatot, de egyúttal létrehozhatnak egy interdiszciplináris teret is, ahol az orvostudomány és a humán tudományok kölcsönösen kihívást de egyúttal tájékoztatást is jelentenek egymásnak (Engbrechten–Henrichsen–Ødemark, 2020). Ennek nagyszerű példája Elizabeth Jameson munkássága (vö. Brooks, 2016), mely az interdiszciplinalitás megtestesülése, ahogyan a sclerosis multiplexszel élő művész leírja a saját agyáról készült orvosi felvételek művészi adaptációját, személyessé tételeit.

„Munkáimat az agy változásra és alkalmazkodásra való képessége inspirálja, és a tudomány és a művészet, a társadalom és a betegség közötti térben mozgok. Célom a portré hagyományos definíciójának kiterjesztése azáltal, hogy kihívást jelentek a nézők számára, hogy megkérdőjelezzék, mit jelent hibásnak lenni – embernek lenni.” (Brooks, 2016)²

Az orvosi humán tudományok ezen kívül helyet adnak az oly gyakran háttérbe szoruló interkulturális megközelítésnek is. Ahogy Engbrechten, Henrichsen és Ødemark (2020)

² a szerző fordításában

rámutat, az egészségügyben nem a kultúráról való gondolkodás hiánya jelenik meg, az ellátás individualizálására és a helyi kontextushoz való adaptálására tett kísérletek paradox módon sokkal inkább egyfajta akulturális felfogáshoz vezetnek. Ebben a felfogásban az orvosi bizonyítékok univerzális és nem kontextuális módon jelennek meg, és a kulturális tényezők általában kivételnek, nem pedig normának számítanak, azokat gyakran a kulturális „mással” azonosítják. Ez azt sugallja, hogy *„a kultúra olyan valami, amit vagy birtoklunk, vagy nem, vagy legalábbis különbözőképpen birtokolhatunk, s minél inkább kultúrafüggő a kontextus, annál nagyobb kihívást jelent”* (Engbresten–Henrichsen–Ødemark, 2020:2). ³Az orvosi humán tudományok oktatása ebből az álságos helyzetből is kiutat jelenthet.

Medical Humanities – mint a nyelvoktatás része

Míg ebben az interdiszciplináris közegben a társadalomtudósok az interkulturalitást, a pszichológusok a személyközpontúság iránti elméleti tudást és érzékenyítést erősítik, melyek azok a területek, ahol a nyelvtanárok kaphatnak szerepet? A nyelvórán lehetnek olyan helyzetek, ahol a tartalomalapú nyelvoktatás-megközelítésen keresztül az orvosi humán tudományok oktatását be lehet vezetni. Ez nemcsak a nyelvoktatás során gyakran limitált közvetlen beteg–szakember kapcsolatot tudná kompenzálni, de az interkulturális tudatosságot és érzékenységet is fejlesztheti, arról nem is beszélve, hogy elősegítheti a hallgatók holisztikusabb, emberibb hozzáállását (Fellie, 2019).

Fellie a spanyol egészségügyi szaknyelvoktatás emberiesebbé tételét célozza meg, amikor arra hívja fel a figyelmet, hogy az egészségügyi szaknyelvoktatásban a tényleges szövegek feldolgozása a döntő, s kevés hely jut művészi produktumok felhasználásának. Míg a tényleges szövegek (mint például az egészségügyi kiadványok, dokumentumfilmek, esetleírások) alapvetően a természet- és társadalomtudományok területéről származnak, a művészi értéket, kultúrát közvetítő művek (mint például irodalom, zene, vizuális és képzőművészet) a művészetek és bölcsészettudományok termékei. Az utóbbiak ki nem használt lehetősége, hogy a diákok különféle szemléletmódokat tapasztaljanak meg a betegségre, az egészség megromlásával járó veszteségekre, az öregedésre és a halálra vonatkozóan, s átélhessék a potenciális hasonlóságokat és különbségeket saját és jövőbeli betegeik egészségügyi gondolkodás- és hitrendszerében (Fellie, 2019). Tekintettel arra, hogy a jelenkori magyar egészségügyi képzés alapjaiban a bizonyítékokon alapuló orvoslást tekinti mérvadónak, az egészségügyi humántudományok bevezetése a jövő szakembereinek kiegyensúlyozottabb képzését tenné lehetővé. Fellie azt is hangsúlyozza, hogy a művészi munkák érzelmi reakciókat is kiválthatnak, és ezáltal jobban megérintik a diákokat, mint a tényleges anyagok (Fellie, 2019). Továbbá megnyitják az utat olyan témák megbeszélése előtt, melyek érzelmi és empátiás figyelmet kívánnak meg, a fiktív szereplők egészségügyi és életviteli problémáinak megvitatása pedig könnyebb lehet, mint valós embereké. A nyelvórán gyakran használt szituációs gyakorlatokat is lehetne drámapedagógiai módszerekkel megsegítve az egyszerű nyelvgyakorlásokon túl interkulturális és betegközpontú konfliktushelyzetek megélésének és megoldásának eszközévé tenni.

Egy másik kreatív megoldás lehet, ha a szaknyelvoktatás részeként megismertetjük a hallgatókat a szaknyelvi órákon a narratív medicina egyik népszerű ágának, az orvosi költészet alkalmazásának lehetőségeivel. Ahogy Marthouret rámutat, különböző párhuzamokat lehet vonni egy verssel való foglalkozás és a diagnosztikus értő figyelés művészete között, mivel mindkettő finomra csiszolt *„belső erőforrásokat – emlékeket, asszociációkat, kíváncsiságot, kreativitást, értelmező erőt, utalásokat más történetekre, amelyeket ez a mesélő és mások meséltek el – igényel a jelentés azonosításához”* (Marthouret, 2016: 2)³. A versek kritikai

³ a szerző fordításában

olvasása, a jelentésrétegek feltárása a finomabb értelmezés elérése érdekében elősegíti, hogy a hallgatók olyan kritikai gondolkodási készségeket sajátítsanak el, amelyek az egészségügyi szakmaisághoz elengedhetetlenek. Emellett a költői szöveg allúziója és elliptikus jellege miatt gyakran közelebb áll a tényleges, zabolátlan emberi elbeszélésekhez, mint a próza, hiszen a versekhez hasonlóan a betegek történetei is általában töredékesek, következtlenek, tele vannak összetett alakzatokkal és hirtelen váltásokkal. „*A versek olvasása gyakran egy másfajta strukturáltság felfogását jelenti, mint az a logika, amelyre az orvostanhallgatókat képezik*”. (Marthouret, 2016:3).⁴

Nemes, aki a narratív medicina és a bioetika összefüggéseit vizsgálja, hangsúlyozza, hogy a narratív medicina arra is ráébredt, hogy az etikai döntések az életünknek és így az egészségügynek is minden egyes pillanatát átjárják, s nem csak drámai, élet-halál helyzetekben jelennek meg (Nemes, 2015). Nemes a narratív identitás fontosságát emeli ki mind a beteg, mind az egészségügyi dolgozó szempontjából, vagyis hogy „*az emberi személy narratív konstrukció, tehát amikor a másik embert személyként ismerjük el, a történeteire kell fókuszálnunk*” (Nemes, 2015:52). Így a narratív alapú beszélgetés elengedhetetlen része az egészségügyi ellátásnak, hogy mindkét fél személyiségének teljességével élhesse meg az adott helyzeteket. Az ehhez tartozó érzékenység és nyitottság azonban nem magától adódik, hanem odafigyelést, a személyiség összetett fejlesztését igényli. Ennek szintén kiváló színterei lehetnek a szaknyelvtanítás során felmerülő kommunikációs, valamint történetmesélési és értelmezési helyzetek.

Konklúzió

Felmerülhet az a dilemma, hogy az egészségtudományi képzés összes ágában, így a szaknyelvtanításban is, a tantervek már így is túlterheltek, és nincs tér „puha” tudományok, művészeti tartalmak beiktatására, miközben a fontosabb tantárgyakra sem jut elég idő. De pontosan ezért elkerülhetetlen egy interdiszciplináris megközelítés a hallgatók oktatásában és kreatív megoldások megtalálása arra, hogyan lehetne az orvosi humántudományok művészeti és bölcsészettudományi témáit a már rendelkezésre álló órák tananyagába beilleszteni, vagy az orvosi humántudományok által fejlesztendő hozzáállást, megközelítést, gondolkodásmódot más tárgyak oktatásába integrálni. Mert, ahogy Mervyn Peake is rámutatott versében:

*Talán pont a lényegét felejtjük el.
Nem tanítják, hogyan éljünk, és hogyan haljunk,
Sem azt, hogyan lángoljunk
A szeretet tüzeiben.
Milyen szánalmas is kényszeres visszafordulásunk
A csekély dolgokhoz, amikben már túl jók vagyunk.*

Mervyn Peake: *The vastest things are those we may not learn – Talán pont a lényegét felejtjük el*
(Ford: Szabó Kornél)

⁴ a szerző fordításában

Hivatkozások

- Brooks, K. (2016). A Woman Diagnosed with MS Is Turning Her Own Brain Scans Into Art. *The Huffington Post*. 23.08. https://www.huffingtonpost.co.uk/entry/elizabeth-jameson-brain-scan_art_n_57bb61cbe4b0b51733a521fc
- Engbrechten, E. – Henrichsen, G. F. – Ødemark, J. (2020): Towards a translational medical humanities: introducing the cultural crossings of care. *Medical Humanities*. 46. 1–7
- Esterházy, P. (2020): *Hasnyálmirigynapló*. Magvető: Budapest.
- Evans, R. G. (2003): Patient centred medicine: reason, emotion, and human spirit? Some philosophical reflections on being with patients. *Journal of Medical Ethics: Medical Humanities*. 29. 8–15. <https://doi.org/10.1136/mh.29.1.8>
- Fellie, M. C. (2019): Humanizing Intercultural Healthcare: On Integrating Cultural Components into a Medical Spanish Course. *Survive and Thrive*. 4/1. https://repository.stcloudstate.edu/survive_thrive/vol4/iss1/7/
- Grecsó, K. (2022): *A csikos pizzamák kora. Valami népi*. Magvető: Budapest.
- Gibbons, D. – Zhong, M. (2005): Intercultural communication competence in the healthcare context. *International Journal of Intercultural Relations*. 29. 621–634. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.008>
- Gordon, J. (2005): Medical humanities: to cure sometimes, to relieve often, to comfort always. *The Medical Journal of Australia*. <https://www.mja.com.au/journal/2005/182/1/medical-humanities-cure-sometimes-relieve-often-comfort-always>
- King, M. L. Jr. (1963): Letter from Birmingham Jail. *The Atlantic Monthly*. 212/2. 78–88
- Kullmann, L. – Kullmann, T. (2018): A páciensek véleményének figyelembevétel az egészségügyi ellátás tervezése és értékelése során. *Orvosi Hetilap*. 159/6. 215–222
- Marthouret, T. (2016). Medical Humanities in the English classroom: building students’ professional identity through poetry. *Open Edition Journals*. <https://journals.openedition.org/asp/4891>
- McCormack, L. A. et al. (2011): Measuring patient-centered communication in cancer care: a literature review and the development of a systematic approach. *Social Science and Medicine*. 72/7. 1085–95
- Nemes, L. (2015): Narratív medicina és bioetika. *Századvég*. 76. 43–67
- Salinsky J. – Sackin P. (2000): *What are you feeling, doctor? Identifying and avoiding defensive patterns in the consultation*. Radcliffe Medical Press: Oxford.
- Wald, H. S – McFarland, J. – Markovina, I. (2019): Medical Humanities in medical education and practice. *Medical Teacher*. 41/5. 492–496. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1497151>

Internetes hivatkozások

- Mann, S. (2017). Focusing on Arts, Humanities to Develop Well-Rounded Physicians. AAMC. <https://www.aamc.org/news-insights/focusing-arts-humanities-develop-well-rounded-physicians>
- Peake, M. The vastest things are those we may not learn. <https://www.mervynpeake.org/poet.html>