



KUNA ÁGNES

BESZÉD • KUTATÁS • ALKALMAZÁS

AZ ORVOS-BETEG KOMMUNIKÁCIÓ NYELVÉSZETI ELEMZÉSE

Elmélet, gyakorlat, módszer



ELTE
EÖTVÖS
KIADÓ

*Az ELTE hivatalos
könyvkiadója*

Kuna Ágnes

AZ ORVOS-BETEG KOMMUNIKÁCIÓ NYELVÉSZETI ELEMZÉSE

Beszéd • Kutatás • Alkalmazás

Kuna Ágnes

AZ ORVOS-BETEG KOMMUNIKÁCIÓ
NYELVÉSZETI ELEMZÉSE

Elmélet, gyakorlat, módszer

Budapest, 2024

A kiadvány megjelenését a Kulturális és Innovációs Minisztérium Nemzeti Kutatási Fejlesztési és Innovációs Alapból nyújtott támogatásával a Mecenatúra 2021 pályázati program finanszírozásában megvalósuló MEC_K140861 számú projekt tette lehetővé.

A kutatást az MTA kisgyermeket nevelő kutatók pályázat (2022), valamint a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj (2019–2021: BO/00337/19/1) és az Új Nemzeti Kiválósági Program, Bolyai+ Felsőoktatási, Fiatal Oktatói, Kutatói Ösztöndíj támogatta (2019–2021: ÚNKP-19-4-ELTE-195; ÚNKP-20-5-ELTE-484; ÚNKP-21-5-ELTE-223).

Szakmai lektorok:

Csabai Márta

Dér Csilla Ilona

Hámori Ágnes

Sorozatszerkesztő:

Markó Alexandra

© Kuna Ágnes, 2024

ISBN 978-963-489-694-4

ISBN 978-963-489-692-0 (pdf)

ISBN 978-963-489-693-7 (epub)

DOI: 10.21862/BeszKutAlk2024/Kuna/6944



ELTE | EÖTVÖS
KIADÓ
Az ELTE hivatalos könyvkiadója



ELTE | BTK

eltebook.hu

Felelős kiadó: az ELTE Bölcsészettudományi Kar dékánja

Kiadói szerkesztő: Kiss Ernő Csongor

Projektvezető: Csanádi-Egresi Nóra

Műszaki szerkesztők: Balázs Andrea, Farkas Milán, Serf Egyed

Borítótervező: Balázs Andrea

Nyomdai kivitelező: Multiszolg Bt.

Tartalom

Sorozatszerkesztői előszó	9
Köszönetnyilvánítás	11
I. AZ ORVOS-BETEG KOMMUNIKÁCIÓ KUTATÁSA ÉS ELMÉLETI MEGKÖZELÍTÉSE	13
1. Bevezetés	15
2. Az orvosi szaknyelv	19
2.1. Az orvosi szaknyelv rétegzettségéje	20
2.1.1. Tudományos szaknyelv	21
2.1.2. Gyakorlati szakmai nyelvhasználat	22
2.1.3. Közvetítőnyelv	23
2.2. Az orvos-beteg kommunikáció kutatása	25
2.2.1. Az orvos-beteg kommunikáció kutatása – a kezdetek	26
2.2.2. Az orvos-beteg kapcsolat modelljei – változó szemlélet	27
2.2.3. Az orvos-beteg kommunikáció kutatása – elmélet és módszer	30
2.2.3.1. Folyamatelemzések az orvos-beteg kommunikáció kutatásában ...	30
2.2.3.2. Mikroelemzések az orvos-beteg kommunikáció kutatásában	32
2.2.4. A nyelvészeti megközelítés helye és szerepe az orvos-beteg kommunikáció kutatásában	33
2.2.4.1. A nyelvészeti elemzés irányai az orvos-beteg kommunikáció kutatásában – szociolingvisztikai és pragmatikai fordulat	33
2.3. Az orvos-beteg kommunikáció kutatása Magyarországon	37
2.4. Összegzés – Az orvos-beteg kommunikáció nyelvészeti kutatása	40
3. Az egészségügyi kommunikáció vizsgálatának elméleti háttere	43
3.1. Funkcionális nyelvleírás	43
3.1.1. Funkcionális kognitív pragmatika	44
3.1.1.1. Multimodális kommunikáció	48
3.1.1.2. Közös alap, common ground	49
3.1.1.3. Reflexió és metapragmatikai tudatosság	52
3.1.1.4. Beszédaktus	54
3.1.1.5. Deixis	56

3.1.2. Társalgáselemzés	58
3.2. Az orvos-beteg konzultáció mint diskurzus	62
3.3. Kommunikáció és hatás – A hatékony orvos-beteg kommunikáció	68
3.4. Összegzés – Az orvos-beteg kommunikáció nyelvészeti kutatásának elméleti háttere	73
II. A KAPCSOLATÉPÍTÉS ÉS A TUDÁSMEGOSZTÁS NYELVI JELLEMZŐI AZ ORVOS-BETEG KOMMUNIKÁCIÓBAN – KUTATÁSOK	75
4. Konzultáció- és diskurzustípusok az orvos-beteg kommunikáció vizsgálatában	77
4.1. A vizsgált konzultációtípusok	79
4.1.1. Háziorvosi konzultációk	79
4.1.2. Oktatóvideók	81
4.1.3. Fogorvosi konzultációk	84
4.2. A konzultációtípusok az elemzésben	85
4.3. A konzultációk átírási elvei, az elemzéshez használt szoftverek	86
4.4. Kutatásetikai elvek	88
5. Attitűdvizsgálat a kapcsolatépítés módjáról	91
5.1. A kérdőíves vizsgálat menete	93
5.1.1. Az adatközlők	94
5.1.2. Az elemzés módszere	96
5.2. A kérdőíves vizsgálat eredményei	97
5.2.1. A kapcsolatépítési mód kvantitatív értékelése	97
5.2.2. A kapcsolatépítési mód kvalitatív értékelése	100
5.2.2.1. A kapcsolatépítési mód kvalitatív értékelése a medikusok és a magyar szakos hallgatók reflexiói alapján	100
5.2.2.2. A jelenetcímek a két kapcsolatépítési módban	107
5.2.2.3. Hasonlóságok és különbségek a két kapcsolatépítési módban	112
5.2.2.4. A nonverbális jellemzők a kérdőív reflexióiban	115
5.3. A fókuszcsoportos attitűdvizsgálat menete és eredményei	119
5.4. A kérdőíves és a fókuszcsoportos attitűdvizsgálatok összegzése	123
5.4.1. A kérdőíves felmérés eredményeinek összegzése	123
5.4.2. A fókuszcsoportos felmérés eredményeinek összegzése	125
5.4.3. Az attitűdfelmérések tanulságai	125
6. A pragmatikai és szupraszegmentális tényezők szerepe a kapcsolatépítésben. Azonos szövegrészek elemzése	127
6.1. Az elemzés módszere	128
6.2. A hangtani elemzés eredményei	131

6.3. A nonverbális kommunikáció elemzése	133
6.4. A pragmatikai elemzés eredményei	136
6.5. A (kvázi)azonos szekvenciák elemzésének eredményei – Összegzés	140
7. Társalgásszervezés és kapcsolatépítés	143
7.1. Az orvos-beteg konzultáció vizsgálata – társalgáselemzési és pragmatikai megközelítés	144
7.2. Az elemzés módszere	147
7.3. A társalgási fordulók mennyiségi jellemzői az oktatóvideókban és a háziorvosi konzultációkon	148
7.4. A társalgás jellemzői – szünetek, egyszerre beszélések, félbeszakítások	151
7.4.1. Az oktatóvideók társalgási jellemzői	151
7.4.2. A háziorvosi konzultációk társalgási jellemzői	157
7.5. A kapcsolat felvétele és lezárása	165
7.5.1. Kapcsolatfelvétel és -lezárás az oktatóvideókban	165
7.5.2. A kapcsolatfelvétel és -lezárás nonverbális jellemzői az oktatóvideókban	170
7.5.3. A kapcsolatfelvétel- és lezárás a háziorvosi konzultációkon	172
7.6. A társalgás jellemzői az oktatóvideókban és a háziorvosi konzultációkon – Összegzés	175
8. Attitűddeixis, személyjelölés és kapcsolatépítés	179
8.1. A kapcsolatépítés az orvos-beteg kommunikációban – nyelvészeti megközelítés	180
8.2. Az elemzés módszere	184
8.3. A társas deiktikus elemek gyakorisága és szófaji jellemzői az oktatóvideókban és a háziorvosi konzultációkban	186
8.4. A beszélő (ön)konstruálása az oktatóvideókban és a háziorvosi konzultációkon	191
8.4.1. A páciens mint beszélő	191
8.4.2. Az egészségügyi szakember mint beszélő	195
8.5. Az interakcióbeli partner konstruálása – Az egészségügyi szakember és a páciens mint beszédpartner	199
8.5.1. A páciens mint beszédpartner	200
8.5.2. Az egészségügyi szakember mint beszédpartner	204
8.6. Társas deixis és kapcsolatépítés	206
8.6.1. A társas deixis jellegzetességei a paternalisztikus és a betegközpontú modellben az oktatóvideókban	206
8.6.2. A társas deixis és a kapcsolatépítés a háziorvosi konzultációkon	208
8.7. Attitűd- és személyjelölés a kapcsolatépítésben – Összegzés	213

9. Tudásmegosztás, tudásszervezés és a kapcsolatépítés. A metareflexiók szerepe	217
9.1. Reflexiók és tudásmegosztás az orvos-beteg konzultáción	218
9.2. Az elemzés módszere	220
9.3. A reflexivitás dimenziói és a tudásmenedzselés	222
9.3.1. Tartalmi információ és tudás	223
9.3.2. Az interakció folyamata és aktivitása	228
9.3.2.1. Reflexió a cselekvésekre – interakciószervezés	228
9.3.2.2. Az orvos terápiás cselekvéseire vonatkozó reflexiók	229
9.3.2.3. Terápiás metadiskurzus	230
9.3.2.4. A cselekvéssel, annak megértésével, elfogadásával kapcsolatos utókérdés	231
9.3.3. Érzések, érzetek	233
9.3.4. A nyelvi reflexivitás dimenziói a konzultációtípusokban	235
9.4. Reflexiók és interakciós szerepek – a saját cselekvésekre, mentális állapotokra, érzelmekre vonatkozó utalások	239
9.4.1. A tartalomra és megértésre vonatkozó saját reflexiók	242
9.4.2. Interakciószervezésre vonatkozó saját reflexiók	245
9.4.3. Érzelmekre és érzetekre vonatkozó saját reflexiók	246
9.5. Reflexiók és tudásszervezés – Összegzés	246
10. Összegzés	249
Irodalom	259
Mellékletek	289
Táblázat- és ábrajegyzék	319
Tárgymutató	323

Sorozatszerkesztői előszó

A *Beszéd – Kutatás – Alkalmazás* című könyvsorozat 13. kötete ismét monografikus mű, amely a hasznos és felelős nyelvészeti kutatómunka szép példája. A téma az orvos-beteg kommunikáció, amely ugyan szerepelt már ezt megelőzően a 2022-ben megjelent tanulmánykötetben, önálló formában most jelenik meg először a sorozatban. A könyv szerzője Kuna Ágnes, aki évek óta foglalkozik a témával, különféle módszerekkel térképezve fel ennek a sajátos és mindannyiunk életében kitüntetett szerepet betöltő kommunikációs módnak a sajátosságait.

A kötet mindenekelőtt átfogó bevezetést ad az elméleti háterről és a korábbi kutatásokról, mind történeti, mind módszertani nézőpontból. Bevezeti az olvasót a téma szempontjából releváns tudományterületekbe, megismerteti ezek megközelítésmódjait, alapfogalmait. A könyv második, terjedelmesebb része a szerző saját kutatásait mutatja be, amelynek alapjául hangfelvételen rögzített valós orvos-beteg interakciók szolgálnak, valamint színészek által eljátszott jelenetek videófelvételei is szerepelnek. Mindegyik konzultációtípus más-más kutatási kérdések megválaszolására alkalmas. Külön kiemelendő, hogy az eljátszott jelenetek páronként ugyanazon helyzet kétféle feldolgozását mutatják be, így pragmatikai „minimális párok”-ként lehetővé teszik a betegközpontú és az ezzel ellentétes kommunikációs mód, az orvosközpontú megközelítés összehasonlítását. Ezeknek a felvételeknek nagy előnye, hogy a képi információ a nonverbális kommunikáció szinte teljes körű elemzését is lehetővé teszi – a verbális kommunikáció vizsgálata mellett.

Manapság, amikor az orvos-beteg kommunikáció különféle szempontokból az érdeklődés homlokterében áll, különösen fontos, hogy ne csak személyes megélelések utólagos elbeszélései, régmúlt benyomások felidézése, hanem rögzített, elemezhető és újraelemezhető felvételek is alapjául szolgáljanak a nyelvészeti (és nemcsak a nyelvészeti) vizsgálatoknak. Mint a kötetből kiderül, az elemzések elméleti hátere és megalapozott módszertana is meghatározó a feltárható jelenségek szempontjából. Az itt bemutatott vizsgálatok elsősorban kvalitatív módszertannal készültek, de nem nélkülözik a kvantitatív részelemzéseket sem. Az eredmények további, akár más jellegű orvos-beteg helyzetekben készülő vizsgálatok számára is összehasonlító adatokat szolgáltatnak, referenciaként is hasznosíthatók.

Az elmúlt évtizedek új, funkcionális megközelítései különösen alkalmasak a hétköznapi kommunikációs helyzetekben megfigyelhető nyelvhasználat érzékeny és többféle nézőpontot ötvöző elemzésére. Ezekben az elméletekben és módszertanokban Kuna Ágnes jártassága vitathatatlan, ahogyan szakirodalmi tájékozottsága is rendkívül széles körű. A bemutatott vizsgálatsorozat olyan egyedi novumai, mint a más nyelvű szakértőkkel készített videóelemzés, új perspektívákat nyitnak a további kutatások számára is.

A könyv bizonyosan hasznos a témában elmélyülni kívánó nyelvészek és nyelvészdoktoranduszok, egyetemi hallgatók számára, de feltétlenül ajánlható az orvosok és általában az egészségügyi szakmák művelői számára. Ugyanakkor tanulságokat vonhatnak le belőle a nyelvészeti vagy egészségügyi szempontból laikus olvasók is, akik páciensként, kliensként ráismerhetnek a saját kommunikációs tapasztalataikra, amelyeket tudományos keretbe foglalva és elemezve a maguk számára is (újra)értelmezhetnek.

Markó Alexandra

Köszönetnyilvánítás

A könyv elkészítése során sokan segítettek munkámat. Hálával tartozom az ELTE DiAGram Funkcionális Nyelvészeti Központ kutatóinak, akik több mint tizenöt éve nagy hatást gyakorolnak a kutatásaimra és gondolkodásom formálódására. Külön köszönöm a Központ vezetőjének, Tolcsvai Nagy Gábornak a szakmai útmutatást, Kugler Nórának, Simon Gábornak és Tátrai Szilárdnak az elméleti kérdésekről folytatott beszélgetéseket. Nagyon köszönöm három szakmai lektoromnak, Csabai Mártának, Dér Csilla Ilonának és Hámori Ágnesnek konstruktív kritikai meglátásaikat. Hálával tartozom Csontos Nórának, Domonkosi Ágnesnek, Hámori Ágnesnek és Markó Alexandrának a közös empirikus elemzésekben nyújtott segítségükért. Mindez nagy hatást gyakorolt a kutatómunkámra és a módszertani szemléletemre is. Ezúton köszönöm Krizsai Fruzsina, Györfly Zsuzsa és Grácz Tekla Etelka kérdőíves felmérésben nyújtott támogatását, továbbá Somogyi Szendrának az ábrák elkészítését. Szintén hálával tartozom Thomas Spranz-Fogasynak, Sara Biginek, Andreas H. Juckernek és Udvardi Annának a munkámat segítő beszélgetésekért, konzultációkért.

Köszönöm az ELTE Eötvös Kiadó projektvezetőjének, Csanádi-Egresi Nórának, Kiss Ernő Csongor szerkesztőnek, valamint Markó Alexandra sorozatszerkesztőnek a kézirat gondozásában, a kiadás előkészítésében és megvalósításában nyújtott, kitartó és alapos munkáját.

A könyv az NKFIH Tudományos Mecenatúra Pályázat (MEC_K 140861), az MTA kisgyermeket nevelő kutatók pályázatának, a Bolyai János Kutatási Ösztöndíjnak (2019–2022), valamint az OTKA K 129040 számú pályázatának a szakmai támogatásával készült (8. és 9. fejezet). A kézirat egy része a 2021/2022-es tanév tavaszi félév alkotói szabadsággal töltött időszakában íródott. Ezúton is köszönöm az ELTE BTK támogatását.

I.
AZ ORVOS-BETEG KOMMUNIKÁCIÓ
KUTATÁSA ÉS ELMÉLETI
MEGKÖZELÍTÉSE

1. Bevezetés

„Intellektuális technikánk, a beteghez való viszonyunk revízióra szorul. Az emberhez elsősorban nem hideg szaktudósként, hanem gyógyító művészként kell közelednünk, ha eredményt akarunk elérni: intenzív lelki ráhatásra, kreatív képességekre van szükségünk.”

(OLÁH 1986: 187)

Az orvosi nyelv és az orvos-beteg kommunikáció jelentősége régóta fontos vizsgálati területként jelenik meg. Ez nagyban köszönhető annak is, hogy az egészségről és betegségről való szakmai és mindennapi tudás ősidőktől fogva központi jelentőséggel bír az egyes társadalmak és kultúrák életében. A gyógyítás évezredek óta több szálon és folyamatosan összekapcsolódik a nyelvvel. Hiszen a nyelv egyrészt biztosítja a tudásmegőrzést és -átadást; másrészt a szavaknak, a velük végrehajtott cselekvéseknek, rítusoknak is nagy hatása van a gyógyítás folyamatára (pl. OLÁH 1986; BŐSZE 2009; LANG–LASER 2011; VARGA 2011; KÖTELES 2014; KUNA 2019).

A nyelvi tevékenység gyógyításban betöltött szerepének szisztematikus, modern kori kutatása azonban nem tekint vissza hosszú múltra. Fontos megalapozásnak tekinthető a 20. század eleji pszichoanalitikus és pszichoszomatikus orvoslás, amelyben a nyelv mint gyógyító, illetve szenvedést csökkentő eszköz jelenik meg („beszélgető kúra”, FREUD 1895/2011; FERENCZI 1912; GRODDECK 1933). Erre a pszichoanalitikus háttérre jelentős mértékben épít az orvosi kommunikáció kutatása, és lényegében az 1950–60-as évektől kezdve egyre meghatározóbbá válik a tudományos diskurzusban, hogy az evidenciákon alapuló orvoslásban helye, szerepe és jelentősége van a nyelvhasználatnak a gyógyítás komplex folyamatában (BALINT 1957). Az egészségügyi közegben zajló kommunikációra vonatkozó kutatások kiemelt fontosságúak a társadalomtudományi, pszichológiai, orvostikai és nyelvészeti vizsgálatokban egyaránt. Ez is rámutat, hogy az egyes elemzések interdiszciplináris közegben valósulnak meg, és elmondható, hogy az így létrejövő eredmények nagy hatást gyakorolnak az orvos-beteg kommunikáció oktatására és mindennapi gyakorlatára egyaránt.

Az elmúlt évtizedek arra is rávilágítanak, hogy a nyelvészeti elemzések – főként a **funkcionális megközelítésű** irányzatok, mint a társalgáselemzés, a szociolingvisztika és a pragmatika – új utakat nyitnak az egészségügyi kommunikáció vizsgálatában, és számos, a gyakorlatban is hasznosítható eredménnyel gazdagítják azt (FRANKEL 2000; BIGI 2016; EMMERTON- COUGHLIN 2019).

A fentiekkel összefüggésben a jelen munka kettős célkitűzést fogalmaz meg. Egyrészt összefoglalja a nyelvészeti elemzések helyét, alakulását és jelentőségét az egészségügyi kommunikáció vizsgálatában, kiemelt figyelmet fordítva a nyelvészeti társalgáselemzés eredményeire

és idevágó kutatásaira (SACKS et al. 1974; BORONKAI 2009; HERITAGE–MAYNARD 2006a,b), valamint a funkcionális pragmatika eredményeire (VERSCHUEREN 1999; TÁTRAI 2017) (lásd *I. rész*). Másrészt empirikus anyag elemzésén keresztül mutat rá a nyelvészeti megközelítés elméleti, gyakorlati és módszertani lehetőségeire (lásd *II. rész*). Mindez azzal is együtt jár, hogy ugyan a kötetben az orvos-beteg kommunikáció bemutatása mindig interdiszciplináris közegben értelmeződik, de a nyelvészeti perspektíva kap központi szerepet. Így számos pszichológiai, szociológiai, orvosi szempont, kutatási eredmény szükségszerűen a háttérben marad.

A célkitűzéseknek megfelelően a könyv összegzően bemutatja az orvosi nyelvet mint szaknyelvet, és ebben az orvos-beteg kommunikáció helyét (*2. fejezet*). Majd ismerteti az orvos-beteg kommunikáció fő modelljeit és kutatási irányait, kiemelt szerepet szentelve a nyelvészeti elemzéseknek, azok elméleti, módszertani és alkalmazott aspektusainak. A könyv külön kitér a magyarországi kutatásokra, beleértve a szövegtipológiai, pragmatikai, társalgáselemzési és korpusz nyelvészeti kiindulású munkákat.

Az áttekintést követően a *3. fejezet* bemutatja az empirikus elemzés elméleti hátterét: a funkcionális kognitív pragmatikát és a társalgáselemzést, illetve ennek keretében értelmezi az orvos-beteg konzultációt mint prototipikusan személyes, szóbeli interakciót.

Az áttekintés és az elméleti megközelítés szolgál háttérként az empirikus elemzésekhez (lásd *II. rész*). Az elméleti és az empirikus rész között egyfajta átvezetésként jelenik meg a *4. fejezet*, amely összegzően reflektál az előzőleg bemutatott kutatások főbb gondolataira és vizsgálati lehetőségére. Tartalmazza továbbá a főbb kutatási kérdéseket, a vizsgált mintát és az elemzett konzultációtípusokat, amelyekre az ezt követő empirikus fejezetek építenek. A vizsgált anyag személyesen megvalósuló orvos-beteg konzultációkból (hanganyagok), valamint színészekkel létrehozott oktatóvideókból áll, ami lehetővé teszi a valós és a különböző mértékben tervezett diskurzusok jellemzőinek az összevetését is. Az empirikus anyag elemzésében központi szerepet kap a módszertani reflektáltság, beleértve azt is, hogy a különböző típusú konzultációk milyen vizsgálatokat tesznek lehetővé. Ez a reflexív viszonyulás a könyv oktatásban való alkalmazását is segítheti.

Az empirikus elemzés az oktatóvideókhoz kapcsolódóan egy attitűdvizsgálattal kezdődik az *5. fejezet*ben, amely egy kérdőíves felmérés és egy videóelemzés eredményeit mutatja be arra vonatkozóan, hogy a befogadók értelmezése szerint mennyire tekinthetők orvos- vagy betegcentrikusnak a vizsgálatban szereplő oktatóvideók. Ezt követően a két kapcsolatépítési mód konzultációiban az azonos és a kváziazonos szekvenciák hangtani, egyéb nonverbális kommunikációt érintő és pragmatikai jellemzői kerülnek az előtérbe (*6. fejezet*). A *7. fejezet* a társalgás szerveződésének kérdéseit mutatja be az oktatóvideók és a valós háziorvosi rendelések konzultációiban. Majd a *8. fejezet*ben a kapcsolatépítés és az attitűddeixis, a *9. fejezet*ben a tudásmenedzsment és a reflexiók viszonyának részletes elemzése valósul meg.

A kötet az eredmények összegzésével zárul (*10. fejezet*), kitérve a feldolgozott anyag eredményeire; az orvos- és a betegközponitú kapcsolatépítési mód sematikus mintázataira; az egyes módszerek által nyert eredmények bemutatására; a módszerek egymással való viszonyára; valamint a vizsgálat korlátaira. Az összegző rész kitér a további kutatási irányokra és lehetőségekre is.

A tartalmi részeket a *Szakirodalom* és a *Melléklet* követi. A *Melléklet* öt részre oszlik: tartalmazza az 5. fejezetben ismertetett kutatás kérdőívét (1. melléklet); a kérdőív 1.2., 2.2., 3.1. és 3.2. kérdésére adott válaszok összegző táblázatát (2. melléklet); a Folker program átirási jeleit (3. melléklet); a 9. fejezetben feldolgozott 24 interakció dokumentumportréit (4. melléklet); ezenkívül egy egészségügyi helyzetet feldolgozó, internetes videóhoz kapcsolódó, általam készített feladatlapot, amely az oktatásban is alkalmazható (5. melléklet).

Minden fejezet (az 1., 4. és a 10. fejezetet leszámítva) összeggésszel zárul, ezen túl az adott rész kulcsszavait és kulcsfogalmait a kötet legvégén található tárgymutató tartalmazza. Az egyes fejezetekben a példák számozása minden esetben újraindul, az ábrák és táblázatok számozása folytatólagos. Az idegen nyelvű szó szerinti idézetek minden esetben a szerző fordításai. A kötet egészét és a befogadást is érintő jelenség, ezért fontosnak tartom megemlíteni, hogy – összhangban a kognitív nyelvészeti hagyományokkal – a kötet egészében a fogalmakat, fogalmi tartományokat kiskapitálissal jelölöm (pl. TUDÁS, CSELEKVÉS).

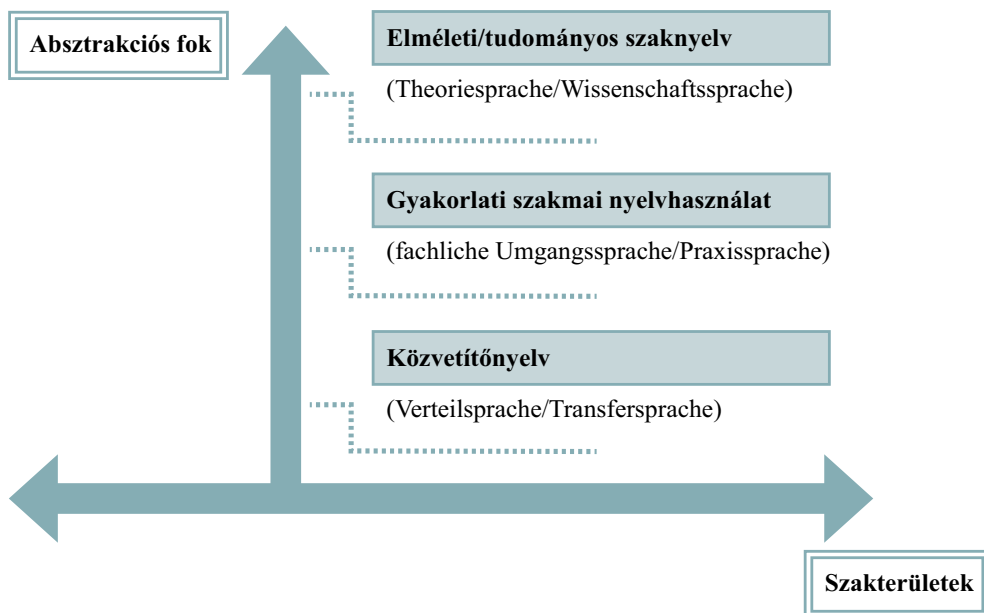
A könyv – elméleti és empirikus célkitűzésein túl, illetve ezekkel szoros összefüggésben – fontos feladatának tekinti, hogy kapcsolatot építsen az orvos-beteg kommunikációra irányuló kutatások tudományágai között, ami a vizsgálat tárgyára vonatkozóan komplexebb látásmód kialakítását is lehetővé teszi. Ezt a fajta kapcsolatépítést erősíti, hogy a kötet ugyan kifejezetten nyelvészeti kiindulópontú, ugyanakkor fontos elvként érvényesül, hogy nyelvezte, megfogalmazása a társszakmák számára is érthető legyen. Továbbá tudatos elvként jelenik meg, hogy az egyes fejezetek önmagukban is összefognak egy-egy témát, lényegében külön is befogadható szöveggként működnek.

2. Az orvosi szaknyelv

„Az orvosi nyelv a szakmai nyelvek között kivételes helyzetben van.”

(KARÁDI 2009: 7)

Az orvosi nyelvet (mint általában a szaknyelveket) használati körüknek, nyelvhasználati szintereiknek megfelelően rétegzettség jellemzi (lásd *1. ábra*). Ez megmutatkozik a szaknyelvek vertikális és horizontális elrendeződésében egyaránt. Ezzel összefüggésben három egymással szorosan összekapcsolódó felhasználói szintről beszélhetünk: a **közvetítőnyelvről**, a **gyakorlati szakmai nyelvhasználatról** és az **elméleti vagy tudományos nyelvről** (ROELCKE 2002: 13).



1. ábra. A szaknyelvek horizontális és vertikális rétegződése (ROELCKE 2002: 13 alapján)

Az ábrán a vízszintes tengely az egyes szakterületeket, azok széles spektrumát mutatja (pl. jogi, műszaki, orvosi, csillagászati, pszichológiai, nyelvészeti szaknyelv). A két irányba mutató nyíl szemlélteti, hogy ez a skála nagyon széles, nem írható le egy határozott végponttal, és időben is nyitott, hiszen a társas-kulturális igényeknek megfelelően folyamatosan új szaknyelvek és csoportnyelvek születnek (beleértve a különböző sportok, szabadidős

elfoglaltságok és szubkultúrák nyelvét is). A függőleges tengely a szakterületen belüli felhasználói szinteket mutatja a nyelvhasználat absztrakciós fokával összefüggésben. Három egymással szorosan összekapcsolódó felhasználói szintről beszélhetünk: a laikusok és szakemberek közötti nyelvhasználatról (*közvetítőnyelv*), a szakmai gyakorlat nyelvhasználatáról (*szakmai nyelvhasználat*), valamint a legmagasabb absztrakciós fokkal jellemezhető tudományos szaknyelvről (*elméleti, szaknyelv*) (ROELCKE 2002: 13).

Amikor szaknyelvről beszélünk, sok esetben – szűk értelemben véve – elsődlegesen az utóbbit értjük rajta. Holott a szaknyelvek működésének vizsgálatakor szükségszerű az egyes felhasználói szinteknek a létezését, az egymásra hatását és összefüggéseit is tekintetbe venni. Főként azokon a szaknyelvi területeken, amelyekben nagyfokú a laikusok bevontsága (KUNA–LUDÁNYI 2019). Ilyen például a jogi nyelv, a közigazgatás és az oktatás nyelve és az orvosi nyelv is (FÓRIS–BÖLCSKEI 2019).

2.1. Az orvosi szaknyelv rétegzettsége

Az orvosi nyelv rétegzettsége már a szaknyelv létezésének igen korai szakaszától adatolható. Ez szoros összefüggésben áll a gyógyítás gyakorlati és tudományos mivoltával (TAAVITSAINEN–PAHTA 2004; KUNA 2011: 44–58), és kihatással van a szaknyelvet érintő kutatásokra és a tágan értelmezett terminológiai tervezésre (FÓRIS–BÖLCSKEI 2019), valamint a szükséges gyakorlati alkalmazást érintő feladatokra egyaránt (pl. betegtájékoztató). A fentiek alapján is megállapítható, hogy nem beszélhetünk egyetlen, egységes orvosi nyelvről. Hiszen mindig fontos szerepet kapnak az egyes beszédesemények, **nyelvhasználati szinterek** és felhasználói szintek. Az *orvosi nyelv* „címke” lényegében metonimikusan EGÉSZ A RÉSZ HELYETT módon foglalja magában mindezt. Beleértve például az orvos-beteg konzultációt, a különböző gyógyításhoz kapcsolódó szóbeli vagy írott diskurzusműfajokat,¹ az egyes korokban jellemző terminusokat, az orvostudomány történeti állomásait és alakulástörténetét; sőt gyakran a tágabb keretet, magát az egészségügyi kommunikációt is (pl. nővérek és páciensek, gyógytornászok és páciensek közötti kommunikációt, pszichoterápiás konzultációkat).

A felhasználói szintek szerinti rétegzettség bevonása összhangban áll a szaknyelvkutatás pragmatikai megközelítésével (FÓRIS 2010: 436; 2014: 29–30). Ennek értelmében a szaknyelvi kommunikáció éppúgy elmék közötti interakció, mint a mindennapi kommunikáció, amelyben a beszédhelyzet és azok tényezői, az aktivált diskurzustípus és az ahhoz kapcsolódó normák központi jelentőséggel bírnak (BÖLCSKEI és mtsai 2018).

¹ A *diskurzustípus* és a *diskurzusműfaj* terminusokat szinonim értelemben használom (HÁMORI 2017 alapján). Maga a koncepció megnevezése a társas-kognitív értelemben vett szövegtípusértelmezést takarja (lásd TOLCSVAI NAGY 2006; KUNA 2016c; KUNA–SIMON 2017; CSONTOS 2020).

A következőkben röviden kitérek az orvosi nyelv egyes szintjeihez kapcsolódó főbb jellegzetességekre, problémakörökre, kutatási területekre. A kötet középpontjában a gyógyító szakember és a páciens közötti szóbeli konzultációk vizsgálata áll, amely a ROELCKE-féle (2002) besorolás szerint szorosabban véve a közvetítőnyelv egyik diskurzustípusának kutatását jelenti. Ennek ellenére érdemes röviden bemutatni az orvosi nyelv többi szintjét (tudományos és gyakorlati szaknyelv) és több szóbeli, illetve írott diskurzusműfaját is. Hiszen ezek nem válnak el élesen egymástól, egy nagyobb egész részeként működnek, gyakran egy-egy interakciós cselekvésbe ágyazódva (pl. beutaló, lelet megbeszélése a konzultáción). Az itt felvetett főbb jellegzetességekre, problémakörökre azért is érdemes kitérni, mivel a kutatás tágabb kontextusának, értelmezési keretének kijelöléséhez is hozzájárulnak.

2.1.1. Tudományos szaknyelv

A szaknyelvek legmagasabb absztrakciós fokkal jellemezhető szintje, az ún. elméleti, tudományos nyelvhasználat, amelynek megvannak a jellemző beszédeseményei, diskurzustípusai és a hozzájuk kapcsolódó terminológiai problémái. Az elméleti nyelv körébe sorolható többek között a tudományos előadásoknak, szakírásoknak (pl. tanulmányok, monográfiák), a medicinaoktatásnak, a többnyelvű fordításnak a szaknyelvi kérdéskörei. Ezzel összefüggésben számos kérdés merül föl. Csak néhányat kiemelve: Hogyan írjuk? Hogyan írjuk helyesen? Hogyan mondjuk? Hogyan ejtsük ki? Hogy magyarítsunk? Magyarítsunk-e? Hogy van ez más nyelven? Hogyan közvetíthető ez a tudás a többi felhasználói szintre?

Az orvoslás tudományos nyelvének alakulását a mai napig nagyban meghatározza az orvosi terminológia görög–latin eredete, amely többezer éves hagyományra épül (MAGYAR 2009). A medicina tudásanyagának nemzeti nyelvű kialakítása a 15–17. századtól megfigyelhető, ami fontos alapját képezi a gyógyítás magyar nyelvű tudományos és gyakorlati művelésének (KESZLER 2009; KUNA 2024). A szaknyelv mindenkor szociokulturálisan beágyazott és meghatározott, így annak alakulását alapvetően meghatározzák az egyes korok ismeretei, nézetei és egyéb társadalmi jellemzői (intézményesítés, a tudomány fejlődése, a tudományos lingua franca alakulása stb.). Az orvosi terminológia rendszerezésének az igénye már nagyon korán megjelent, és a mai napig fontos feladatnak számít. Az elmúlt ötszáz évben számos orvosi szójegyzék, egynyelvű és többnyelvű szótár jött létre az orvosi terminológia összegyűjtésének és rendszerezésének céljából (az orvosi szakszótárakról összefoglalva lásd ZRÍNYI és mtsai 2014). Ez a 21. században is fontos feladat maradt, annál is inkább, mivel az orvosi terminológia hatalmasra duzzadt. Az 1970-es években az orvosi szaknyelv terminusainak számát hozzávetőlegesen 170 000-re tették a német nyelvben (POREP–STEUDEL 1974),² bár már ebben a korban is voltak ettől eltérő becslések. LIPPERT (1978) például félmillió nagyságúnak

² Ezek eloszlása a becslések szerint: ~80 000 gyógyszernév, ~10 000 szerv- és testrészmegnevezése, ~20 000 szervi funkció, ~60 000 betegségnév (POREP–STEUDEL 1974).

tartotta a medicina szakszókincsét bő négy évtizeddel ezelőtt. Magyar viszonylatban is hozzávetőlegesen 200 000-es terminológia becsléssel találkozhatunk, amelyből kb. 10 000 anatómiai név, 60 000 betegségnev, 130 000 folyamat-, eszköz-, cselekvés- és gyógyszernev (MAGYAR 2009: 84). Azonban ettől eltérő számítások is lehetségesek, és ha a tudományos fejlődésből adódó szókincs bővülést, a társtudományok szakszókészletét és a nemzetközi nomenklaturát is számításba vesszük, akkor ez a szám akár az itt megadott érték sokszora is lehet.³

Ennek a nagy mennyiségű szakkifejezésnek a rendszerezése (beleértve a rövidítéseket, mozaikszavakat), többnyelvű vagy éppen magyar nyelvű megfelelőinek egyértelmű rögzítése alapvető feladat a gyógyítás tudományos és gyakorlati elvárásaival összhangban. A terminusok írásmódjának elvei az egyes szövegekben, nyelvhasználati színtereken, gyakorlatközösségekben szintén fontos kérdésként fogalmazódnak meg (FÁBIÁN–MAGASI 1992: 9; LUDÁNYI 2013), ami hatással van a terminológiai adatbázisok kialakítására, valamint a gyakorlati nyelvhasználatra egyaránt (lásd bővebben KUNA–LUDÁNYI 2019).

2.1.2. Gyakorlati szakmai nyelvhasználat

A tudományos szaknyelv jellegzetességei a gyakorlati szakmai nyelvhasználatban is jelen vannak, hiszen a szaknyelv létezése és működése során az egyes felhasználói szintek nem különülnek el élesen. A gyógyítók egymás közötti szakmai érintkezését magában foglaló gyakorlati szakmai nyelvhasználat nem egységes, nagymértékben függ attól a beszédeseménytől, amelyben megvalósul. Ettől függően fonódnak szorosabban össze az ún. tudományos, illetve a közvetítőnyelvvél (pl. szakmai konzílium, vizit).

Vannak kifejezetten kötött, konvencionizált mintákat követő diskurzustípusok, mint például a beutaló, amelynek előírt információkat kell tartalmaznia (a hivatalos intézményt/rendelőt, a beteg nevét, születési helyét és idejét, címét, tajszámát, az ellátás idejét, a naplószámot, a beutalás helyét, a vizsgálat idejét, a kórelőzményét és az iránydiagnózist, az orvos nevét, aláírását, pecsétszámát és pecsétjét). Ezenkívül a hivatalosan előírt információkon túl megjelennek a személyközi kommunikációhoz tartozó, erősen konvencionizálódott megszólító és köszönőformulák például: *T. Ultrahang! / Tisztelt Röntgenosztály! / Köszönettel.*

³ Természetesen a gyógyító szakemberek és orvostanhallgatók aktív szókincse ennek a töredéke. A medikusok aktív szókincsét például nagyságrendileg 6000–8000 szakkifejezésre becsülik – vö.: *Medizinische Terminologie: Die Sprache der Mediziner.* (22 Februar 2018). <https://web.archive.org/web/20220302231007/https://www.lecturio.de/magazin/medizinische-terminologie/?fv=1> (*Letöltés ideje: 2023. június 27.*). A számok ugyan a felhasznált forrásokban a német nyelvre vonatkoznak, de valószínűsíthetően a magyar nyelvre is megállják a helyüket hozzávetőlegesen. Azt is érdemes még egyszer megjegyezni, hogy a medicina terminológiájának a nagyságát egy-egy nyelvben nagyon nehéz pontosan megállapítani, mert ez attól is függ, mi tartozik bele. Például: magyar és idegen nyelvű terminológia, az érintkező tudományágak szakkifejezései (pl. fehérjék), a történeti szókincs. (Az anatómiai nevekre vonatkozóan lásd pl. VARGA–BARTA 2020.)

A gyógyítók egymás közötti kommunikációjának egy sokkal kevésbé kötött, sajátos és ritkán kutatott jelensége az **orvosi (egészségügyi) szleng** (BANDUR 2003; CSISZÁRIK 2017), amely a gyógyítók mindennapi, szóbeli érintkezései során jelenik meg. Ez egyfajta „közös nyelv, közös gyakorlat” elv működését mutatja az egymással együtt dolgozók körében. A **szakszlangok** kialakulásának, használatának több oka is lehet. Egyrészt meggyorsíthatja a kommunikációt, így hozzájárul az időbeli hatékonysághoz; másrészt lehetővé teszi a negatív tartalmú szavak helyettesítését a beteg jelenlétében; harmadrészt feszültségoldó hatása is megfigyelhető. Továbbá az adott közösségben csoportteremtő szerepe is lehet, ahogy erre az alábbi példák is rámutatnak BANDUR (2003) és CSISZÁRIK (2017) kutatásai alapján. Az orvosi/egészségügyi szlengben megtalálhatók a rövidítések, olykor humoros becézéssel keveredve, például: *konzi* ’konzílium, orvosi tanácskozás’; *foncsi* ’fonendoszkóp’; *deku* ’decubitus, felfekvés’; *fundálni, fundizni* ’infúziót adni, infúziót bekötni’; *süfer* ’sürgősségi felvételi részleg’. Gyakoriak a kifejezetten humoros kifejezések, amelyek közvetlenebb hangulatot teremtenek: *autóstáska* ’katéterzsák férfibeteg oldalán’, *fivéركة* ’férfi ápoló’, *karácsonyfa* ’infúzió-akasztóállvány’, *tüdőöcsi* ’tüdődéma’, *asztmakarcsi* ’asthma cardiale’, *sztreptogombóc* ’Streptococcus’, *dizsi, dizsó* ’discus hernia’. Megfigyelhetők az eufémizmusok is, amelynek célja a beteg előtti „kíméletes” kommunikáció, egyfajta „titoktartás”, amennyiben szükséges. A társadalmilag negatív megítélésű jelenségeknél gyakori ez a stratégia (pl. *etiles, hidroxilos, potátor, fogyasztó, abúzor, abúzosos* ’alkoholista, függő’), illetve a daganatos betegségeknél is megfigyelhető (pl. *neoplasma, neoplázia, neopl, neop* ’daganat’).

A szakszleng nemcsak a gyógyítók szakmai közösségének nyelvhasználatát érinti, hanem a beteggel való kapcsolatépítésben is szerepet kap (CSISZÁRIK 2017: 60), továbbá az orvosok mindennapi interakcióiban is megjelenik (BANDUR 2003: 14). Orvosi szlengszótár még nem született, habár a szakszleng funkcióit érdemes lenne alaposabban megvizsgálni és elemezni. A gyakorlat ugyanis azt mutatja, hogy az nagyban segíti a gyógyító munka folyamatát. Bizonyos elemei, szerepei már a medikusi képzésben is szerepet kaphatnának (pl. rövidítések, eufemisztikus használat, a gyógyító kapcsolatban betöltött szerepe).

A gyógyítók szakmai nyelvhasználata nagyon komplex jelenség, amelyből itt csak néhány jellegzetességet emeltem ki. Központi jelentőséggel bírnak ezen a szinten is az egyes beszédesemények, azok szabályozottsága és egyéb jellemzői, valamint a gyakorlatközösségek bevett szokásai. Ezek a gyógyításhoz kötődően alapvető célként fogalmazzák meg, hogy minél jobban és könnyebben értsék meg egymást az együtt dolgozók. Megfigyelhető továbbá, hogy a szakmai nyelvhasználat nagyon szoros kapcsolatban áll a tudományos és a laikus-gyógyító közötti nyelvhasználattal is, illetve sok szállal kötődik ahhoz.

2.1.3. Közvetítőnyelv

A szakma képviselői és a laikusok között szükségszerű a társas cselekvések mentén szerveződő nyelvi érintkezés, amely már az orvoslás korai szakaszától kezdve létrehoz egy sajátos nyelvhasználatot, valamint számos diskurzusműfajt (KUNA 2011, 2024; KESZLER 2009;

JAKUSNÉ 2016: 383). Ezekben a társas cselekvésekben jön létre az a fajta nyelvezet, amelynek célja, hogy a tudomány komplex, sokszor absztrakt jelenségeit, fogalmait és az azokhoz kötődő jelentéseket közérthető módon hozza létre, és tegye hozzáférhetővé. A szakemberek és a laikusok közötti kommunikációban az orvosokat „kétnyelvű nyelvhasználóként” is szokták jellemezni, akiknek egyaránt tudniuk kell kommunikálni a beteg nyelvén és a saját szakmájuk nyelvén is (WILLIAMS–OGDEN 2004; BIGI 2016; HAMBUCH és mtsai 2020). Ennek felismerése jóval a modern kori időkre nyúlik vissza. KISS Jenő (2009) arra hívja fel a figyelmet, hogy a szaknyelvi ismereteken túl az orvosnak és a betegnek szüksége van egy „közös nyelvre”, amelynek megteremtésében az egészségügyi szakembernek történetileg – és jelenkori viszonyában is – kiemelkedő szerepe van.

[...] az orvost a foglalkozása közvetlenül a nyelvhez köti abban az értelemben is, hogy betege állapotáról közvetlen tájékoztatást elsősorban a nyelv révén szerezhet, betege bizalmának a megnyerését, betege megnyugtatását a közös anyanyelven érheti el leginkább, s tanácsokat, rendelkezéseket is a nyelv segítségével ad (szóban és/vagy írásban; a fizikus, a matematikus, kémikus stb. vizsgálata „tárgyá”-hoz másként viszonyul). Ha nincs közös nyelv, a jó diagnózis lehetősége beszűkül vagy lehetetlenné válik. (KISS 2009: 55)

Ez a fajta kétnyelvűség sokrétű feladat, így sokszor nem könnyű megvalósítani, és esetleges sikertelensége sokszor a betegek elégedetlenségét is magával hozza.⁴ Számos betegjogi per vagy a **nem megfelelő terápiahűség** (*non-adherence*) az orvos-beteg kommunikáció elégtelen voltából fakad (PILLING 2008a: 10–11; YOUNGSON 2017). Az orvos-beteg viszony, a gyógyító kapcsolat, az ebben létrejövő, ennek a részeként megvalósuló kommunikáció kiemelkedő jelentőségű a gyógyítás kimenetelére nézve is. Ezzel összhangban a jelen munka ennek nyelvészeti elemzését helyezi az előtérbe (5–9. fejezet).

A gyógyítás során létrejövő beszédesemények és diskurzustípusok fontos keretét adhatják az egyes felhasználói szinteken jellemző szaknyelvi kérdések vizsgálatának. Az orvos és a beteg közötti kommunikációban kiemelkedőnek mutatkozik például a dokumentáció nyelvezete (pl. leletek, beutalók, betegtájékoztatók, beleegyező nyilatkozatok). Kérdésként fogalmazódik meg, hogy a klinikai leletek, zárójelentések mennyiben szólnak a betegnek, és mennyiben más szakembernek, például a házi orvosnak (MOHAY 2014; FOGARASI 2018); továbbá, hogy miként épülnek be egyéb szóbeli és írásbeli diskurzusokba. Az azonban egyértelmű, hogy a dokumentáció során a rövidítések, a mozaikszók túlzott vagy egyéni használata a gyógyítók egymás közötti szakmai nyelvhasználatát, valamint a laikusokkal való kommunikációját is megnehezítheti, noha azok a gyógyítók aktív szókincsének szerves részei (LUDÁNYI 2012: 288–289; FOGARASI 2018). BANDUR (2003: 14) szerint „egy orvos körülbelül 2-300 rövidítést használ aktív szókincsként és még

⁴ További nehezítő körülmény az interakcióban, hogy egyre gyakoribb az a helyzet, amikor a konzultáció résztvevőinek eltérő az anyanyelve, illetve nincsen közös közvetítőnyelve sem (lásd 2.2.4.1. fejezet).

ugyanennyit ért meg adott helyzetben. Gyakori eset, hogy az egyik szakterület művelője nem ért meg egy másik orvosi szakma ott bevett, szaknyelvinek tekintett rövidítéseit.”

Az egészségügyi szakember és a páciens viszonyában központi jelentőségű a beteg-tájékoztató mint interakciós cselekvés. Ez komplex módon valósul meg a terápia során számos diskurzusműfaj és kommunikatív stratégia bevonásával (pl. FOGARASI 2018; KUNA–MÁNY 2021; MENICETTI et al. 2023). A beteg-tájékoztató kiemelkedően fontos, mivel a törvényi háttér⁵ előírja, hogy a betegek számára biztosítani kell, hogy megismerjék és megértsék a saját állapotukra vonatkozó terápiás lehetőségek és orvosi dokumentáció részleteit.

A 21. századra a beteg-tájékoztató, a beteg-dukáció a szerves részét képezi a páciensek internetes tájékozódása és ehhez kapcsolódóan az online, közösségi szerveződése is. Magyarországon a betegek mintegy 75%-a tájékozódik az interneten saját egészségügyi állapotával kapcsolatban, közel 50%-uk pedig elsődleges információforrásként tekint az online térre egészségével kapcsolatban. Ugyanakkor az interneten található egészségügyi információk gyakran nem megbízhatók, és nem hitelesek (HORVÁTH és mtsai 2018: 512), ez pedig a lehetőségeken túl egyúttal nagy kihívást és veszélyforrást is jelent. Összességében elmondható, hogy a telemedicina egyre nagyobb térnyerése (BÁN 2017; GYÖRFFY és mtsai 2020), az e-páciensek, valamint az online szerveződő közösségek megjelenése a gyógyításban (MESKÓ 2016: 25–28) jelentős hatást gyakorol az egészségügyi ellátás szerkezetére, az ahhoz való viszonyulásra. Befolyásolja továbbá az egészségügyi szakember és a páciens közötti kommunikációt, valamint számos új diskurzustípus létrejöttét is eredményezi.

A jelen munka középpontjában az egészségügyi szakember és a páciense közötti szóbeli konzultáció elemzése áll. Így az imént bemutatott tágabb kontextuson, az orvosi szaknyelven belül erre a diskurzusműfajra összpontosítok a továbbiakban. Bemutatom az orvos-beteg kommunikáció kutatásának főbb állomásait, kutatási irányait, amelyek megalapozzák a későbbi empirikus elemzéseket is.

2.2. Az orvos-beteg kommunikáció kutatása

Az orvos-beteg kommunikáció vizsgálata az 1950-es évektől kezdve (BALINT 1957) kiemelt jelentőségű a társadalomtudományi, pszichológiai és nyelvészeti kutatásokban egyaránt. Ezek a vizsgálatok arra hívják fel a figyelmet, hogy a kommunikáció nagyban meghatározza a terápia hatásosságát és eredményét. Az erre vonatkozó szisztematikus, empirikus felmérések már az 1960–70-es évektől kezdve megjelennek (HERITAGE–MAYNARD 2006b). Az elmúlt 60 évben jelentős változások történtek a kutatási kérdésekben, módszerekben és elméleti modellekben

⁵ Lásd: 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154>. TV (Letöltés ideje: 2018. június 7.)

egyaránt (HERITAGE–MAYNARD 2006a; CSABAI és mtsai 2009; BIGI 2016). Az azonban megmutatkozott, hogy a nyelvészeti, azon belül is elsődlegesen a funkcionális nyelvészeti perspektíva új utakat és lehetőségeket nyitott, és a mai napig központi szerepet játszik az egészségügyi kommunikáció kutatásában. Kiemelt jelentőségűek a nyelvészeti társalgáselemzés, az interakcionális szociolingvisztika, a pragmatika eredményei az orvos-beteg kommunikáció kutatásában (FRANKEL 1984; HERITAGE–MAYNARD 2006a; BIGI 2016).

2.2.1. Az orvos-beteg kommunikáció kutatása – a kezdetek

Az orvos-beteg kommunikáció jellegzetességeinek és hatásának empirikus kutatása BÁLINT Mihály (1957)⁶ nagyhatású munkájával kezdődött, aki a gyógyítás folyamatának pszichológiai vizsgálatát végezte orvosokkal. A kutatás során megmutatkozott, hogy „az általános orvosi gyakorlatban a leggyakrabban alkalmazott »gyógyszer« az orvos maga: azaz nem csupán az orvosság vagy a különféle pilulák [sic!] számítanak, hanem az a mód is, ahogyan az orvos a betegnek adja, valójában az egész légkör, amelyben a gyógyszert adják és kapják” (BÁLINT 1990: 3). A gondolat, hogy az orvos maga is gyógyszer – hatásokkal és mellékhatásokkal – empirikus kutatások sorát indította el a 20. század második felében, és a mai napig szerteágazó vizsgálatok folynak e kérdéskörben.⁷

Az orvos-beteg kommunikációhoz kapcsolódó első nagyszabású elemzések az 1970-es években Amerikában születtek. KORSCH és NEGRETE (1972) kutatócsoportja abból kiindulva, hogy az orvos-beteg kommunikációt mindkét fél részéről elégedetlenség jellemzi, nyolcszáz akut gyermekgyógyászati orvos-beteg konzultációt figyelt meg és elemzett. Az eredmények azt mutatták, hogy a szülők közel egyötöde úgy hagyta el a klinikát, hogy nem kapott konkrét felvilágosítást arról, hogy mi a gyermekének a baja; egynegyedik pedig egyáltalán nem említette, hogy mi a legnagyobb aggodalma. Ezekkel a tényezőkkel lehet összefüggésben az, hogy a szülők 56%-a nem követte az orvos utasításait (*non-adherence*). A másik nagy felmérést BYRNE és LONG (1976) végezte 2500 hangfelvétel alapján, amelyben a kutatók az orvos-beteg konzultáción az orvosi viselkedés és kommunikáció jellemzőit elemezték házi-orvosi rendeléseken. A vizsgálat azt mutatta, hogy a konzultációk és az ezekben megvalósuló diskurzusok kifejezetten orvosközpontúak, bár ebben az esetben maga a vizsgálat is az volt: az egészségügyi szakember kommunikációját helyezte a középpontba, nem pedig a résztvevők közös interakciós működését (HERITAGE–MAYNARD 2006b).

Az **orvosközpontú megközelítés** a 20. század elején és közepén – amelyet az orvoslás „aranykorának” is hívnak (MCKINLAY–MARCEAU 2002) – természetesnek, intézményesen

⁶ Az angol nyelvű publikációban a szerző Michael BALINT.

⁷ A kommunikáció módja, stratégiái, cselekvései, egyéb jellemzői a gyógyítás egészében egyre nagyobb szerepet kapnak. A placebo/nocebo-, valamint hipnóziskutatásoknak is kifejezetten központi tényezőjeként jelenik meg a nyelvhasználat (pl. VARGA 2011; LANG–LASER 2011; KÖTELES 2014; ANNONI–MILLER 2016; ROSETTINI et al. 2018).

meghatározottnak tűnt, hogy a nagy presztízzsel és autoritással rendelkező, szakértő orvos általános, sztenderdizált („univerzális”) eljárások és technikák alapján gyógyít (PARSONS 1951: 441). Ebben a felfogásban a beteg szociális, társas és érzelmi igényei háttérbe szorulnak. Mindez kihatással van az orvosok kommunikációjára és a medikusképzésre egyaránt, ahogy ezt az alábbi idézet is szemlélteti: „[a medicina aranykorában] a gyógyítókat arra tanították, hogy a diagnózist kétségbevonhatatlan tényként közöljék, a bizonytalanságot vagy kételyt szinte teljesen kizárva, vagy annak csekély helyet adva” (HERITAGE 2019: 22).⁸

Az orvosközponitú megközelítést már az 1950-es években számos kritika érte, amely újabb kutatások sorát indította el, és az orvos-beteg kapcsolat különböző modelljeinek a létrejöttéhez is vezetett.

2.2.2. Az orvos-beteg kapcsolat modelljei – változó szemlélet

BÁLINT Mihály (1957) úttörő kutatásait követően a **terápiás kapcsolat**, illetve **szövetség** (*therapeutic alliance*) az orvos-beteg konzultáció egyik alapkövévé vált (lásd bővebben: 8. fejezet). Ezt az elmúlt évtizedek vizsgálatai és a kortárs szakirodalom is megerősíti, kiemelve azt a tényt, hogy a kapcsolati készségek fejleszthetők, tanulhatók (pl. HALL et al. 1981; CSABAI és mtsai 2009; SCARVAGLIERI et al. 2022; MAKOUL 2022). A terápiás szövetség fontos tényezői a terápia feladataihoz és céljaihoz kötődő egyetértés, valamint az affektív kötődés kialakítása a résztvevők részéről (MUNDER et al. 2010). Ezeknek a tényezőknek a különböző megvalósulásai mentén a gyógyítás folyamatát különböző kiinduló-, illetve súlypontok jellemzik, amelyek eltérő megközelítéseket és modelleket eredményeznek.

Az orvos-beteg kapcsolat a **résztvevői szerepekkel** szoros összefüggésben jelentős változásokon ment keresztül a 20. század közepétől (BEACH 2013). A szakirodalom alapvetően négy modellt különít el: a **paternalisztikus** (*paternalistic*), a **fogyasztói** (*consumer*), az **értelmező** (*interpretive*) és a **kölcsönös tanácskozás** (*deliberative*) **modelljét** (EMANUEL–EMANUEL 1992).⁹ A modellekben kiemelt szerepet kapnak az orvos-beteg interakció céljai, az orvos kötelezettségei, a beteg attitűdjei és autonómiája.

A **paternalisztikus** (szigorú „szülői”) **modellben** az orvost teljesen autoriter, a beteget pedig passzív szerepvízyonok jellemzik. Ebben a **betegség- és orvosközponitú megközelítésben** az irányítás az orvos és az egészségügyi személyzet kezében van. A betegség olyan biológiai állapotként jelenik meg, amelyet a megfelelő tudományos ismeretekkel lehet gyógyítani. Ez a felfogás tehát biomedikális alapú, amelyben az orvos-beteg kommunikáció nem tölt be terápiás szerepet (BIGI 2016: 11–12). Az orvos fölérendelt helyzetből gyakorolja a kontrollt

⁸ Az eredeti idézet: “[In the golden age of medicine] physicians were trained to present diagnosis as undoubted assertions of fact, admitting little or no doubt or uncertainty” (HERITAGE 2019: 22).

⁹ A négy fő modell mellett beszélhetünk még az úgynevezett *instrumentális* modellről is, amelyben a beteg egyfajta eszközként jelenik. Ez inkább az orvoslás korábbi időszakában jelenik meg, a mai viszonyokban kevésbé jellemző (EMANUEL–EMANUEL 1992).

az alárendelt beteg felett. Ez azzal is együtt jár, hogy az orvos az interakció és a benne megvalósuló cselekvések irányítója, ő a döntéshozó, amíg a beteg érzelmei, ismeretei, kérdései a háttérben maradnak. Ebben a közegben az orvosszakmai, kulturális és társadalmi autoritás egyaránt a szakemberhez köthető (HERITAGE–MAYNARD 2006b: 353).

A paternalisztikus modell számos hiányosságára mutatnak rá a kutatások már az 1950-es évek végétől kezdve (pl. SZASZ–HOLLENDER 1956; BALINT 1957; ENGEL 1977, 1980). Az orvos-és betegségi központi gyógyítás kritikájaként megjelenik a **személyközpontú** (*person-centered medicine*; BALINT 1957), majd a kifejezetten **betegközpontú gyógyítás** (*patient-centered medicine*; BROWN et al. 1986; LEVENSTEIN et al. 1986; STEWART et al. 1995). Ebben a megközelítésben a beteg személyként, nem pedig beteg testként vesz részt a gyógyítás folyamatában. Biomedikális állapotát tágabb kontextusában vizsgálja az egészségügyi szakember. Így figyelembe veszi a páciens saját betegségéhez kapcsolódó ismereteit, lelki, érzelmi és társadalmi háttérét; nagy hangsúlyt fektet a hatalom és a felelősség megosztására, a terápiás kapcsolatra (szövetségre), és ennek elemi részeként a verbális és nem verbális kommunikáció sajátosságaira; továbbá kiemelt szerepet kap a betegoktatás, a beteg további terápiás viselkedése (COHEN-COLE 1991; HERITAGE–MAYNARD 2006b; CSABAI és mtsai 2009; BIGI 2016). Így az egészségügyi szakember nem kizárólag ajánl, javasol, elrendel, hanem a terápiát a beteggel együtt, annak érzelmi és mindennapi tevékenységeinek figyelembevételével alakítja ki.

A betegközpontú megközelítésben több orvos-beteg kapcsolati modell is megvalósul. Ennek egyik típusa a **fogyasztói modell** (*consumer model*),¹⁰ amelyben a beteg a „megrendelő”, a terápia az ő elvárásai mentén halad. Az orvos egyfajta szakértő konzulensként jelenik meg, aki elérhetővé teszi tudását a beteg számára. Ő pedig ezeket az ismereteket sajátjaival, illetve értékrendjével összeegyeztetve hozza meg döntéseit (BIGI 2016: 15). Ez működőképes lehet bizonyos megelőző (preventív) vizsgálatok, plasztikai sebészeti beavatkozások vagy mesterséges megtermékenyítés esetén, a legtöbb esetben azonban nem célravezető, ha a terápiás döntés (szinte kizárólag) a beteg kezében van.¹¹

Az orvos-beteg kapcsolat egy másik modellje az **értelmező** vagy **közvetítő modell** (*interpretative model*; EMANUEL–EMANUEL 1992: 2221), amelyben az orvos abban segíti a beteget, hogy saját attitűdjeit, értékeit a felszínre hozza, értelmezze, majd erre építve egyfajta „tanácsnokként” kijelöli, felajánlja a rendelkezésre álló orvosi beavatkozási lehetőségeket. A terápiás döntés a beteg attitűdjein alapul, de lényegében az orvos hozza meg azt. Ebben a modellben az orvos egyfajta tanácsadó szerepet tölt be.

A negyedik modell, a **kölcsönösség**¹² vagy **kölcsönös tanácskozás modellje** (*deliberative*; EMANUEL–EMANUEL 1992: 2222). Ennek célja, hogy az orvos segítsen a betegnek

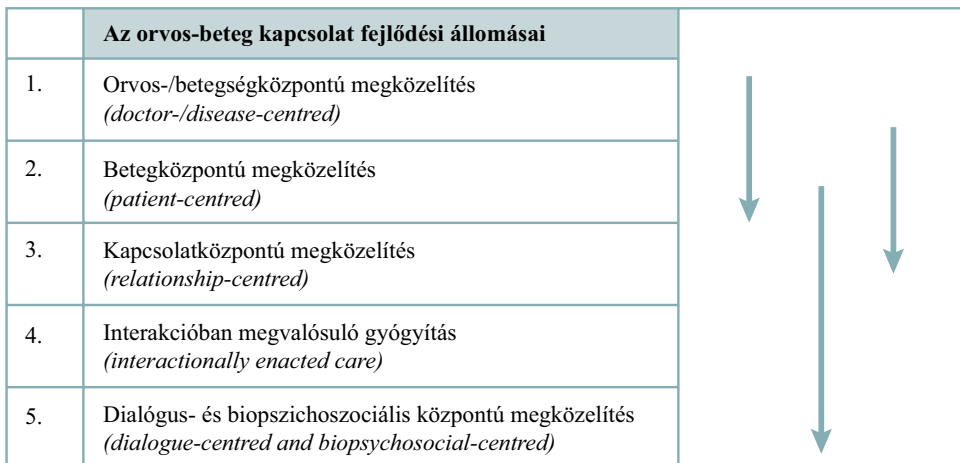
¹⁰ Más megnevezésekkel is előfordul a szakirodalomban. Például: *scientific, engineering, informative* (EMANUEL–EMANUEL 1992: 2221).

¹¹ PILLING János: *Az orvos-beteg kapcsolat modelljei*. <https://egeszsegugyimarketing.hu/orvos-beteg-kommunikacio-pilling-janostol> (Letöltés ideje: 2019. november 30.)

¹² Uo.

meghatározni azokat a legjobb egészségügyi attitűdöket, amelyek az adott klinikai helyzetben megvalósíthatók. Az orvos és a beteg egyaránt kontrollt gyakorolnak a helyzet fölött, a tudás alakítása közösen és dialogikusan zajlik, és ebben a folyamatban mindkét fél ismeretei szerepet kapnak. Ez azzal is együtt jár, hogy az orvos a beteg szubjektív betegségkonceptióit, elvárásait, tapasztalatait saját szaktudásának a keretei közé helyezi. A beteg széles körű és érthető információkat kap orvosától, továbbá aktív és proaktív résztvevője saját kezelésének.¹³ Az orvos és a beteg kapcsolata ebben a modellben leginkább tanári, partneri viszonyként határozható meg. A kutatások azt mutatják, hogy ez a megközelítés és az ebben megvalósuló tanácskozó kommunikációs mód segíti elő leginkább a megfelelő terápiás együttműködést (BIGI 2016; MACAGNO–BIGI 2017).

A különböző modellek és megközelítések hagyományosan és sematikusan az orvos- és a betegcentrikus közötti skálán helyezhetők el. Ennek a dichotomikus megközelítésnek a korlátjaira mutat rá BEACH (2013: 5) összegzése, aki beemeli a kapcsolatközpontú (*relationship-centred*) és az interakcióban megvalósuló (*interactionally enacted care*) megközelítést is. Továbbá az említett szempontokat kiegészíti a dialógusközpontú és biopszichoszociális tényezőket középpontba helyező gyógyítási szemlélettel (lásd 2. ábra). Ezeket a szemléletmódokat a szerzőpáros történeti alakulásukban, egymáshoz való viszonyukban ábrázolja, kiemelve, hogy ez egy idealizált „fejlődési vonal”, nem tekinthető tehát egyirányú történeti folyamatnak. Sőt az egyes szemléletmódok a gyógyítás elméletében és gyakorlatában egyaránt olykor egymással párhuzamosan, egymásnak ellentmondva vagy egymással versengve jelennek meg (KOERFER–KOERFER 2018: 334). A 2. ábrán ezt szemléltetik az egymással párhuzamosan futó, eltérő hosszúságú nyilak.



2. ábra. Az orvos-beteg kommunikáció és a gyógyítás szemléletének fejlődési állomásai (KOERFER–KOERFER 2018: 334 alapján)

¹³ Uo.

A 2. *ábra* alapján is jól látható, hogy az egészségügyi ellátás kapcsolati modellezése rendkívül soktényezős. A kezdeti betegség- és orvosközpontú kiindulópontból egyre inkább eltolódik a kapcsolatközpontúság és a dialogikusság felé. A 2. *ábra* 5. pontjának megnevezése, a dialógus- és biopszichoszociális központú megközelítés szemléletesen jelzi a kapcsolatépítés komplexitását, amely elsődlegesen interakcióban, közös jelentésalkotással, a résztvevők biológiai, pszichológiai és szociális jellemzőit, állapotait egyaránt bevonva valósul meg.

Ugyanakkor az is megfigyelhető, hogy a kutatások egy jelentős része egyszerűsítve (skálaszerűen) használja az orvos- és a betegcentrikus megközelítést. Ez utóbbi azonban ilyen esetben nem a történeti értelemben vett betegközpontú mód, azaz nem teljesen ugyanaz a szemlélet, amely az 1960-70-es évek végén az orvoscentrikus gyógyítás ellenpólusaként jött létre. Mai értelmezésében és használatában jellemzően magában foglalja az interakciós és a biopszichoszociális megközelítés jellemzőit is. Ezek alapján – ahogy arról fentebb is esett szó – a jelentésképzés lépésről lépésre épül ki, azaz szekvenciálisan valósul meg a résztvevők interakciójában, amelyben mindkét fél aktívan részt vesz. A betegközpontú kapcsolatépítésben helyet kapnak a páciens érzései, a betegségének mindennapi életre gyakorolt hatásai, továbbá a páciens tájékoztatást kap az állapotáról, a terápiás lehetőségekről, és aktív/proaktív résztvevője a saját kezelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó döntési folyamatoknak.

Ennek a kérdésnek a tisztázása azért is fontos, mivel a jelen munka elméleti és empirikus részeiben az orvos- és betegközpontú megközelítést egyaránt ebben a skálaszerű értelmezésben használja.

2.2.3. Az orvos-beteg kommunikáció kutatása – elmélet és módszer

Az orvos-beteg kommunikáció kutatási gyakorlata és módszerei is jelentős változásokon mentek keresztül az 1950-es évektől kezdve. Számos szemlélet, illetve vizsgálati és elemzésmodell jelent meg (összefoglalva lásd CSABAI és mtsai 2009: 7–28), amelyeket a szakirodalom jellemzően két fő megközelítésbe sorol. Az egyik a folyamatelemzés, a másik a diskurzusok mikroelemzése (HERITAGE–MAYNARD 2006b: 356–359).¹⁴

2.2.3.1. Folyamatelemzések az orvos-beteg kommunikáció kutatásában

Az orvos-beteg kommunikáció szisztematikus kutatásában úttörő szerepet kaptak a **folyamatelemzési modellek**. Ezek célja, hogy az orvos-beteg konzultáció folyamatát, működését, egészét mutassák be, jellemezzék. Az ilyen szempontú elemzések sok esetben Robert BALES

¹⁴ CSABAI és munkatársai (2009: 21–28) az orvos-beteg kapcsolathoz kötődően a folyamat- és mikroelemzések mellett harmadikként említik a fenomenológiai megközelítést, amely a terápia interszubjektív, közös, megosztott jellegéből indul ki az intermodalitás, az érzelmi ráhangolás, a testi érzékelés szerepét hangsúlyozva.

(1950) interakciós folyamatlemzési modelljén alapulnak (*Interaction Process Analysis, IPA*), amely társas-érzelmi és feladatorientált dimenziók mentén ad módszertani és elméleti keretet az interakció leírásának. Erre építenek az első pszichoterápiás (LENNARD–BERNSTEIN 1960) és az orvos-beteg kommunikációs kutatások is (KORSCH–NEGRETE 1972). BALES interakciós modellje számos előnye mellett korlátokkal is bír az orvos-beteg kommunikáció mélyebb megismerésében (pl. nagyon általános kategóriák, a feladatorientált és a társas-érzelmi dimenziók szigorú dichotómiája). Így több új elemzési modell jött létre erre építve, ezen azonban túllépve, kifejezetten az egészségügyi szakember és betegek közötti konzultáció leírására. Ezek közül a legkiemelkedőbb a *Roter interakciós elemző rendszer (RIAS = Roter Interaction Analysis System; ROTER–LARSON 2002)*, amelyben 39 elemzési kategória szerepel: 24 feladatközpontú és 15 társas-érzelmi alapú (összefoglalva magyarul lásd CSABAI és mtsai 2009: 67–78). A társas-emocionális interakcióknál vizsgálati szempont például a nevetés/vicc, a személyes társalgás, az aggodalom, a megerősítés, a bátorítás, az egyetértés, a kritika vagy az empátia nyelvi megjelenése. A feladatorientált interakciókat tekintve pedig a RIAS alapján a kutatók kódolják többek között az instrukciókat, az ismétléseket, a visszajelzéseket, a terápiára, életmódra vonatkozó információkat, az állapotra reflektáló nyitott vagy zárt kérdéseket. A RIAS-szal dolgozó vizsgálatok az egyes kódok (folyamatok) előfordulási gyakoriságából, együttes előfordulásából következtetnek az orvos-beteg interakció jellegére (részleteiben magyarul lásd CSABAI és mtsai 2009: 67–78).

A RIAS egészségügyi kommunikációs kutatások sorát indította el különböző nyelveken és kultúrákban a különböző orvosi konzultációkon (házi orvos, onkológia, szülészet-nőgyógyászat stb.), illetve egyes betegségekhez kapcsolódóan (cukorbetegség, asztma, magas vérnyomás stb.) (ROTER–LARSON 2002: 243). Továbbá kultúraközi és a **konzultációtípusok**at érintő, összehasonlító vizsgálatokat is lehetővé tett (HERITAGE–MAYNARD 2006b: 357).

Habár a RIAS nagy áttörést hozott az egészségügyi kommunikáció szisztematikus kutatásában, és a mai napig fontos módszertani és elméleti alapnak számít, számos kritika éri az 1990-es évektől a többi folyamatlemzési módszerrel egyetemben.¹⁵ Ezek elsődleges korlátjaként azt említik, hogy az elemzés során elvész a kontextus, lényegében az, hogy az egyes résztvevők miről, hogyan beszélnek (CHARON et al. 1994: 956). Ezen túlmenően a RIAS nem tud mit kezdeni többek között a diskurzus szekvenciális szerveződésével, a szünetek és a félbeszakítások szerepével (SANDVIK et al. 2002). INUI és CARTER (1985: 536) analógiája sarkalatosan szemlélteti a folyamatlemzésekkel szembeni legfőbb kritikát:

A kommunikációs mód leggyakoribb elemzési stratégiája a különböző viselkedési típusok gyakoriságán alapul. Ez a megközelítés hasonló ahhoz, mintha a *Hamletet* egy olyan színdarabként írnánk le, amelyben van 21 fontosabb szereplő, egy szellem, egy színjátzó csoport és különféle urak, hölgyek, tisztek, katonák, követek és kísérők –,

¹⁵ A folyamatlemzési modellekről lásd összefoglalva: CSABAI és mtsai 2009: 8–19.

akik közül az egyik már meghalt, egy másik vízbe fullad, egy harmadik mérgezett ital, kettő mérgezett kard áldozata lesz, míg további eggyel a kard és az ital végez.¹⁶

2.2.3.2. Mikroelemzések az orvos-beteg kommunikáció kutatásában

Az orvos-beteg kommunikációs kutatások másik fő elemzési megközelítését, a mikroelemzéseket kezdetben a folyamatelemzések egyfajta ellenpontjának tekintették (HERITAGE–MAYNARD 2006b: 358). A mikroelemzések ugyanis abból indulnak ki, „hogy a terápiás interakciók jobban megérthetők és a kommunikáció hatékonyabban tanítható, ha az interakciók minél apróbb részleteit vizsgáljuk” (CSABAI és mtsai 2009: 19). Továbbá ez a szemlélet azt is vizsgálat tárgyává teszi, ami nyelvtanilag nincs explicit módon jelen az orvos és a betege közötti diskurzusban (pl. szünet, egyszerre beszélés, nonverbális jelzések).

A mikroelemzések alapjait az orvos-beteg kommunikáció etnográfiai vizsgálatai teremtik meg, amelyek az orvosi konzultáción megjelenő szokások, egyéni tapasztalatok, megértési folyamatok rendszerezését, elsődlegesen kvalitatív szempontú elemzését tűzték ki célul. Az 1970–80-as évektől kezdve az etnográfiai megfigyelések egyre szorosabb szálakkal kapcsolódtak össze a nyelvészeti elemzésekkel, különösen a szisztematikus anyaggyűjtésen alapuló társalgáselemzéssel, illetve a szociolingvisztikával (elsősorban HYMES 1974 nyomán). Habár az orvos-beteg kommunikációhoz kapcsolódó mikroelemzések számos új eredménnyel szolgáltak az egészségügyi kommunikáció működésének megértéséhez (pl. CICOUREL 1983; MISHLER 1984; WEST 1984; WAITZKIN 1991), mégis több kritika érte a mikroelemzést mint megközelítési módot. A kritikusok szerint a folyamatelemzésekkel szemben ezeknek a vizsgálatokban nem érvényesül a tudományos kutatás több kritériuma, mint például a reprezentativitás, a megbízhatóság és az ismételhetőség, valamint az általánosíthatóság (HERITAGE–MAYNARD 2006b). Felmerülhet a kérdés, hogy milyen megoldás adódik a két szemlélet előnyeinek a kiaknázására, valamint korlátainak a kiküszöbölésére.

Az elmúlt két évtized kutatási gyakorlata azt bizonyítja, hogy megoldást jelenthet, ha a folyamatelemzéseket és a mikroelemzéseket nem egymás ellenpólusának tartjuk, hanem egymást termékenyen kiegészítő megközelítésként kezeljük. Ennek a két kutatási hagyománynak az összehangolásában nagy szerepet kapnak a nyelvészeti megközelítésű módszerek és elméleti keretek. Ezek között is kiemelkedő jelentőségű a társalgáselemzés (HERITAGE–MAYNARD 2006b), továbbá a pragmatika (BIGI 2016), és ezzel szoros összefüggésben a szociolingvisztika (FRANKEL 2000).

¹⁶ Az eredeti idézet: “The most commonly applied analytic strategy is to develop communicator profiles based on frequencies of behaviors of various types. This approach is analogous to describing ‘Hamlet’ as a play with 21 principal characters, a ghost, a group of players, and various numbers of lords, ladies, officers, soldiers, messengers and attendants – one of whom is already dead, one of whom dies by drowning, one by poisoned drink, two by poisoned sword, and one by sword and drink!” (INUI–CARTER 1985: 536).

2.2.4. A nyelvészeti megközelítés helye és szerepe az orvos-beteg kommunikáció kutatásában

Az orvos-beteg kommunikáció kutatásában számos tudományterület részt vesz (pl. pszichológia, orvosképzés, egészségpszichológia, antropológia). Az elmúlt évtizedek kutatásai azt mutatják, hogy a nyelvészeti kiindulópontú vizsgálatok eredményei természetesen vonhatók be az orvos-beteg és tágabban nézve az egészségügyi kommunikáció elemzésébe.

Ahogy arról fentebb már szó esett, az orvos-beteg kommunikáció kutatása igazán erőteljesen az 1970-es évektől indult meg, ami szorosan összekapcsolódik a funkcionális nyelvészeti irányzatok előretörésével. Legfőképp a hétköznapi nyelvi interakciókat elemző kutatások kialakulásával, elsősorban a beszélésnéprajzzal (*ethnography of speaking*) (HYMES 1962, 1974; HÁMORI 2009a), az interakcionális szociolingvisztikával (BARTHA–HÁMORI 2010), a nyelvészeti társalgáselemzéssel (SACKS et al. 1974; BORONKAI 2009) és a pragmatikával (VERSCHUEREN 1999; TÁTRAI 2011; BIGI 2016). Ezekben sok újszerű felismerés fogalmazódott meg a verbális interakciók szerveződéséről, jellemzőiről, tipikus jelenségeiről (pl. fordulókról, forduléváltásról, beszédaktusokról, diskurzusműfajokról, cselekvéstípusokról); továbbá az interakcióban létrehozott társas jelentéseknek a nyelvhasználattal való kapcsolatáról, a beszélgetések szerkezetének és a társas cselekvéseknek az összefüggéseiről. E kutatások között sok irányult az orvos-beteg, illetve egyéb terápiás interakciók vizsgálatára is, különösen a nyelvhasználat és a társas szerepek, társas viszonyok (státusz és hierarchia), az autoritás vagy a hatalom létrehozásának és gyakorlásának összefüggéseire (pl. FRANKEL 1984; MISHLER 1984; WEST 1984; FISHER–TODD 1986; WAITZKIN 1991; SILVERMAN 1997; PERÄKLYÄ et al. 2008; HERITAGE–MAYNARD 2006a; BIGI 2016; BUCHHOLZ–KÄCHELE 2017; GRAF et al. 2019; HERITAGE 2019).

Nemzetközi viszonylatban számos kutatás említhető az orvos és a beteg közötti vagy más egészségügyi intézményi helyzetben folyó interakciók és ezek nyelvhasználata kapcsán (lásd SPRANZ-FOGASY et al. 2014-es orvosi bibliográfiáját), amelyek elméleti és gyakorlati szinten is hozzájárulnak az egészségügyi kommunikáció mélyebb megismeréséhez és alkalmazási lehetőségeinek bővítéséhez. Így ezen kutatások eredményei jelentősen növelhetik a terápiás kapcsolat sikerességét. Gyakorlati alkalmazásuk bevonható például az orvosi egyetemeken folyó oktatásba tananyagok részeként vagy orvosi tréningeken.¹⁷

2.2.4.1. A nyelvészeti elemzés irányjai az orvos-beteg kommunikáció kutatásában – szociolingvisztikai és pragmatikai fordulat

MENZ (2011) áttekintő tanulmányában az orvos-beteg kommunikációra vonatkozó elsődlegesen nyelvészeti megközelítésű kutatásokat alapvetően három, egymással szorosan összefüggő, egymás eredményeire építő aspektus szerint osztályozza. Ezek a következők: 1. A diskurzus mikrostruktúráját és az interakció dinamikus szerveződését előtérbe helyező mikroelemzések;

¹⁷ A vonatkozó magyar kutatásokat a 2.3. fejezet foglalja össze.

2. az ezeken alapuló, de a társas, makrostruktúrát középpontba helyező vizsgálatok; valamint
3. a gyakorlati alkalmazásra irányuló kutatások.

A **mikroelemzéseknek** a diskurzus szerveződése, annak szisztematikusan, szekvenciális (szerkezeti és szemantikai) leírása a célja. Ebben kiemelkedő szerepet kap a társalgáselemzés, valamint a szociolingvisztikai és a pragmatikai kiindulópont. A mikroelemzések jelentősen átalakítják az orvos-beteg kommunikáció elemzésének a szemléletét, ahogy arról már fentebb is esett szó (2.2.3.2. *fejezet*). Lényegében az 1970-es évektől kezdődően az orvos-beteg kommunikáció szociolingvisztikai és pragmatikai fordulatáról beszélhetünk (FRANKEL 2000; BIGI 2016), ami a mai napig meghatározó jelentőségű. A szemléletváltásnak köszönhető többek között, hogy előtérbe kerülnek a diskurzus dialogikus szerveződéséből, a szekvencialitásból adódó jellemzői. Kiemelkedő szerepet kapnak a kutatásokban a kontextus, a közös és a társas jelentésképzés, továbbá az ezekkel megvalósított cselekvések.

Ezen tényezők gyakorlati jelentőségét szemlélteti például LEY (1979) kutatása, amely a betegek orvosi információra vonatkozó emlékezetét vizsgálta. A vizsgálatban két csoportra osztották a betegeket. Az első csoportot a hagyományos információközlési gyakorlat szerint (diagnózis, majd prognózis) tájékoztatták az alábbi módon: „Önök pajzsmirigyrákja van, és ez az esetek 85%-ban teljesen gyógyítható.”¹⁸ Ezzel szemben a másik csoportban megváltoztatták az információközlés elemeinek a sorrendjét (prognózis, majd diagnózis): „Önnél fennáll egy egészségügyi állapot, amely az esetek 85%-ában teljes gyógyulással kezelhető. Ennek az állapotnak a neve pajzsmirigyrák.”¹⁹ A konzultációkat követően mindkét csoport betegeit megkérdezték, milyen információt kaptak orvosuktól. Az első csoportban a legtöbb beteg arra emlékezett, hogy pajzsmirigyrákja van, és ez halálos. Ezzel szemben a második csoportban a betegek többsége arra emlékezett, hogy orvosa azt mondta neki, hogy pajzsmirigyrákja van, amely az esetek nagy százalékában gyógyítható. A példa jól szemlélteti, hogy az információ, illetve a diskurzus szekvencialitásának fontos szerepe van. A jelentés nem tekinthető „kész csomagnak”, valamint megnyilatkozások, funkciók összeadásának. Továbbá bizonyos megnyilatkozások gyakorisága nem képes leírni a kommunikáció hatékonyságát (lásd 2.2.3.1. *fejezet*). Erre reflektálnak a mikroelemzések az orvos-beteg kommunikáció folyamatában, háttérben és kutatásában bekövetkező változásokkal összhangban.

A pragmatikai szemlélet hatása abban is érzékelhető, hogy az orvos-beteg kommunikáció kutatásában és oktatásában egyre kiemelkedőbb szerepet kap a kommunikáció mint tevékenység (nem mint eszköz). Az elemzések egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek a konzultációkon megvalósuló cselekvéstípusok és az azokban megvalósuló kommunikatív stratégiák feltárására, megismerésére, alkalmazására (pl. PILLING 2008a, 2018; LÉDER 2013; WARREN

¹⁸ Az eredeti idézet: “You have thyroid cancer and in 85 percent of the cases you can expect to make a full recovery” (Forrás: FRANKEL 2000: 95).

¹⁹ Az eredeti idézet: “You do have a medical condition. 85 percent of the time people with this condition make a full recovery. And the name of the condition is thyroid cancer” (Forrás: FRANKEL 2000: 95).

2018; KOPPÁN és mtsai 2019). NOWAK (2009: 290–379) összegző metaelemzésében például 48 cselekvéstípust és több mint 100 cselekvést különböztet meg az orvos-beteg konzultáció egyes szakaszaihoz és kommunikatív komponenseihez kötődően (a beszélgetés megkezdése, kezdeményezés, információkérés és -adás, odafigyelés, tervezés, döntés stb.).

A szociolingvisztikai és pragmatikai megközelítésű mikroelemzésekben tehát egyre nagyobb szerepet kap a közös jelentésképzés, a kölcsönös információgyűjtéssel és -adással megvalósított közös tudás (*common ground*), a kapcsolatépítés, a közös döntéshozatal és egyéb cselekvések stratégiáinak nyelvi-kommunikatív leírása. Ennek részeként a mikroelemzésekben a betegségkoncepciók és a fájdalomreprezentációk szemantikai elemzése is nagy jelentőségű (MENZ 2011: 332–333).

Az úgynevezett **makroelemzések** jelentik az orvos-beteg kommunikációban megvalósuló nyelvészeti megközelítésű vizsgálatok másik fő irányát. Ezekben a kutatásokban az aktuális nyelvi tevékenység diszkurzív vizsgálatán túl, illetve erre építve valamilyen makrotársadalmi tényező áll a középpontban (MENZ 2011). Ilyen például a nagyfokú migráció következtében egyre gyakoribbá váló többnyelvűség jelensége az orvos-beteg találkozásokon, amely egyre fontosabb kutatási területként jelenik meg a tolmácsolásban és a fordításban egyaránt. Az orvos-beteg kommunikáció egynyelvű, anyanyelvi közegben is nagyon összetett folyamatnak tekinthető, hiszen lényegében ezekben a helyzetekben is „két nyelvet használ” az egészségügyi szakember (lásd 2.1.3. *féjezet*). Többnyelvű környezetben számos további probléma léphet fel, például a betegközpontú kommunikációs stratégiák alkalmazása többnyelvű, interkulturális helyzetben még komplexebb feladatot jelent, mint egynyelvű közegben. Jelentősen nagyobb a félreértések száma. Ezek adódhatnak nyelvi (kiejtésbeli, nyelvtani, szókincsbeli) és szocio-kulturális tényezőkből is (pl. intézményi közeg, társas viszonyok).

Többnyelvű szituációkban még egy speciális tényező említhető: napjainkban egyre nagyobb számban jelenik meg egy harmadik személy, egy fordító vagy tolmács az orvos-beteg találkozásokon is. A szakirodalom elkülöníti a szakképzett és az alkalmi (*ad hoc*) tolmácsokat (pl. családtagok, barátok), akik nyelvi, illetve közvetítői felkészültsége között jelentős különbségek adathatók (FLORES 2005; HEATH et al. 2023). Ez nagy hatással lehet a terápiára is. A kutatások azt mutatják, hogy a professzionális tolmácsok jobban képesek a konzultáción az orvosi ismeretek közvetítésére (BOLDEN 2000). Eközben azonban az is megfigyelhető, hogy ők is aktívan részt vesznek a jelentésképzésben. A beteg mindennapi világa (*voice of lifeworld*) és az orvos szakmai világa (*voice of medicine*) (MISHLER 1984) mellett megjelenik a tolmács világa is (*interpreter's voice*) (MERLINI–FAVARON 2007). A képzett tolmácsok nyelvi tevékenységénél jóval problémásabb eset az alkalmi fordítók (barátok, ismerősök stb.) megjelenése a konzultáción. Ezek a helyzetek nagyobb számban vezetnek félreértéshez. Gyakori például az orvosi terminológia (fordítás nélküli) megismétlése a célnyelven, a problémás testrész mutogatása, a morfémáról morfémára történő fordítás, az orvosi kérdések közvetítésének elhagyása. Problémát jelenthet az alkalmi fordítók esetében az is, hogy jelentősen befolyásolják és átalakítják a résztvevői szerepeket (ők válaszolnak a beteg helyett), amellyel

nagymértékben meghatározzák a jelentéslétrehozás folyamatát.²⁰ Ezzel növelik a félreértések kockázatát, veszélyeztetik az egészségügyi ellátás biztonságát (MENZ 2011: 335–336; HORVÁTH–MOLNÁR 2021).

A makroelemzések másik kiemelt területe a társadalmi nemek és a hatalmi viszonyok szerepe intézményes orvosi közegben. Számos kutatás rámutat, hogy eltérések vannak a női és férfi résztvevők kommunikációjában mind az orvosi, mind a beteg szerepkörében (pl. WEST 1990; HALL–ROTER 2002; STREET 2002; ROTHER–HALL 2004). Fontos például a félbeszakítások és egyszerre beszélések gyakoriságának, valamint funkciójának a vizsgálata és a hatalmi viszonyokkal való összefüggése (HOLMES 1992; WEST 1984). MENZ és AL-ROUBAIE (2008) arra mutatott rá, hogy a nem támogató jellegű félbeszakítások inkább a státuszviszonyokkal, mint a társadalmi nemekkel állnak összefüggésben. Tehát az orvosok, nemtől függetlenül, gyakrabban félbeszakítják a férfi és a női betegeiket egyaránt. Eltérés mutatkozik a támogató félbeszakítások esetében is. Ez ugyanis gyakoribb a nőbetegeknél és nőorvosoknál. Ez azt is mutatja, hogy orvosi közegben – összhangban egyéb intézményi kontextusokkal – a nők együttműködőbbben kommunikálnak, mint a férfiak (MENZ–AL-ROUBAIE 2008: 659). Ugyanakkor a félbeszakításokra vonatkozóan más, ettől eltérő eredményekkel is találkozhatunk (lásd 7. fejezet).

Szintén különbségek mutatkoznak a nők és a férfiak között például a fájdalomrepresentációk nyelvi kidolgozásában, ami részben azzal is összefüggést mutat, hogy egyes betegségeknel a nők más testi tüneteket érzékelnek (pl. szívinfarktus esetén). A betegségrepresentációk fontos klinikai és gyakorlati következményeket is maguk után vonhatnak (MENZ 2011: 337–338). Ezen túl azonban megfigyelték, hogy a férfiak a fájdalomleírás során inkább konkrét szavakat, kifejezéseket használnak, hogy a tüneteket minél egzaktabban bemutassák; a nők fájdalomleírása ezzel szemben kevésbé konkrét és fókuszált (pl. a fájdalom lelki és társas aspektusai kerülnek előtérbe), gyakoriak a metakommunikatív jelzések (testrészek mutatása) is. Az orvosok elvárásához jellemzően a férfiak konkrétabb, tünetekhez kötődő fájdalomleírási módja illeszkedik jobban, ami hatással van a betegségek klinikai jellemzésére és kezelésére egyaránt (MENZ–LALOUSCHEK 2006). Ezért is kiemelt terület a fájdalomrepresentációk nyelvi jellemzőinek a megismerése és elemzése (összefoglalva lásd MENZ 2011: 337–338).

A nyelvészeti kutatások harmadik nagy területe az interakciók elemzésének gyakorlati alkalmazása, az **alkalmazott kutatások**. A társalgáselemzés, a pragmatika, a szociolingvisztika szemléletének köszönhetően sok olyan eredmény született, amely gyakorlati szinten átültethető a medikusképzésbe, az orvosok kommunikációs tréningjeibe. Az újabb, diskurzusalapú kutatások ugyanis lehetővé teszik a nyelvtan, az intonáció, a szókincs, illetve egyéb folyamatok és cselekvések szisztematikus elemzését. Így az ilyen típusú vizsgálatok nagy szerepet kapnak a kommunikáció hatékonyságának az elemzésében a betegközpontú, együttműködésen alapuló orvos-beteg kapcsolat elvárásaival összhangban. Több továbbképzési,

²⁰ A jelenség idősebb pácienseknél is előfordulhat olyan esetben, ahol a fiatalabb vagy tájékozottabb hozzátartozó kommunikál az orvossal.

illetve oktatóprogram fejlődött ki a nyelvészeti kutatások eredményeire építve. Ilyenek többek között a Vienna School tréningjei (MENZ–NOWAK 1992; MENZ et al. 2008). Több magyar oktatási és képzési anyag, illetve módszer is megjelent, amelyekre a teljesség igénye nélkül a következő alfejezetben térek ki.

2.3. Az orvos-beteg kommunikáció kutatása Magyarországon

A hazai egészségügyi kommunikációs kutatásokban is egyre inkább előtérbe kerül a nyelvészeti megközelítés, annak is elsősorban a funkcionális iránya. Kiemelkedőek a társalgáselemzési, pragmatikai, kognitív nyelvészeti, szociolingvisztikai, szövegtani-szövegtipológiai, korpusznyelvészeti munkák, valamint a nyelvoktatásra vonatkozó kutatások, amelyek szoros kölcsönhatásban állnak egymással. Ezek közül a teljesség igénye nélkül néhányra térek ki ebben az alfejezetben.

Nemzetközi viszonylatban is megmutatkozott, hogy a társalgáselemzési megközelítés számos új eredménnyel gazdagítja az egészségügyi kommunikáció megismerését, leírását (HERITAGE–MAYNARD 2006a; PERÄKLYÄ et al. 2008; BUCHHOLZ–KÄCHELE 2017).

A magyar kutatásokban szintén jelentősek a társalgáselemzés szempontjain alapuló vizsgálatok, gyakran összekapcsolódva a pragmatikai szemlélettel (BORONKAI 2014). Különösen kiemelkedőek a Pécsi Tudományegyetem kutatói által végzett elemzések, amelyek számos új eredményt hoznak többek között az egészségügyi kommunikáció (kiemelten a háziorvosi és a belgyógyászati konzultáció) szekvenciális szerveződéséről, a fordulóváltások mintázatairól, a kommunikációban megfigyelhető változási tendenciákról és azok társadalmi összefüggéseiről, a betegközpontú kommunikáció jellemzőiről, továbbá a diszkurzív alapú kvalitatív kutatások eredményeinek egészségügyi kommunikációban való alkalmazhatóságáról (pl. HAMBUCH 2015; KRÁNICZ 2015; SÁRKÁNYNÉ 2015; GYURÓ 2017; SÁRKÁNYNÉ és mtsai 2017; HAMBUCH és mtsai 2018; KRÁNICZ és mtsai 2018; HAMBUCH és mtsai 2019, 2020).

A funkcionális nyelvészeti irányok közül kiemelkedőek és egyre nagyobb teret nyerő megközelítések a szociolingvisztika és még inkább a pragmatikai és kognitív keretben megvalósuló kutatások (BIGI 2016; EMMERTON–COUGHLIN 2019; KONOPASKY et al. 2019). Ezen elemzések előtérben számos jelenség áll, többek között a személyközi viszonyok megalkotása, a megszólítások működése, mintázatai, az ehhez való viszonyulás, a kapcsolatépítés, a nyelvi-leg megteremtett identitás, a terápiás modellek nyelvi jellemzői, az interakcióbeli cselekvések; a diskurzus szerveződése és a reflexivitás, a betegségrepresentációk és ezek szakmai jellemzői, a dinamikus jelentésképzés és a tudásrepresentáció az egészségügyi szakember és a páciens közötti kommunikációban. További kiemelt témák a betegtájékoztatás, a betegdukáció, a megbízhatóság és a kommunikáció kapcsolata (pl. KUNA–KALÓ 2013, 2014; DOMONKOSI–KUNA

2015; KÁRPÁTI 2015; KUNA 2016a,b, 2020; HAMBUCSNÉ és mtsai 2016; CSISZÁRIK 2017; BENCZES–BURRIDGE 2018; CSISZÁRIK–DOMONKOSI 2018; KUNA–LUDÁNYI 2019; KUNA–HÁMORI 2019; MÁNY 2019a,b; SKORDAI 2019; UDVARDI 2019, 2023; LUDÁNYI 2020; EGYED és mtsai 2020; CONSTANTINOVITS és mtsai 2023; HORVÁTH 2023; BENCZES 2023).

Az elmúlt évtizedekben egyre nagyobb teret nyert az egyes egészségügyi kontextusokban megjelenő diskurzusműfajok szövegtipológiai, korpusznyelvészeti vizsgálata, amelyekben gyakran átfogó elméleti háttérként jelenik meg a pragmatikai nézőpont. Kiemelt vizsgálati területek a leletezés (pl. SIKLÓSI és mtsai 2006; MOHAY 2014; FOGARASI 2012, 2018; FOGARASI és mtsai 2019) és a betegtájékoztató műfajainak elemzése (pl. ILLÉSNÉ–SIMIGNÉ 2009; MÁNY 2020; KUNA–MÁNY 2021). Ezek korpusznyelvészeti feldolgozása új kihívásokat és új eredményeket hoz többek között az orvosi dokumentáció nyelvezetének, valamint a páciensek narratív tapasztalatainak a vizsgálatában (pl. LUDÁNYI 2012; SIKLÓS és mtsai 2014; KERESZTES és mtsai 2019; KICSI és mtsai 2019; MÁNY 2020; OSVÁTH és mtsai 2022). Az is megfigyelhető, hogy egyre nagyobb számban jelennek meg az egészségügyi korpuszok, amelyek különböző kutatási lehetőségeket biztosítanak. A Szegedi Tudományegyetemen több orvosi korpusz is épült. A *BioScope* orvosi és biológiai szövegeket dolgoz fel (VINCZE és mtsai 2008); a *Szegedi Medical Korpusz* (SZEMEK) orvostudományi szaklapok tanulmányainak nyelvi elemzését teszi lehetővé (KERESZTES és mtsai 2019). Az Eötvös Loránd Tudományegyetemen készül a *Pannónia Korpusz* részeként egy orvosi alkörpusz is, amely párhuzamos szövegei révén a szakfordítást és a szaknyelvoktatást szolgálja (ROBIN és mtsai 2016; MÁNY 2019b). Folyamatban van továbbá egy tudományos együttműködésen alapuló, közel hárommillió szövegszós *Covid Corpus* is, amely az internetes hírportálok koronavírushoz kapcsolódó terminológiai elemzését teszi lehetővé (VARGA és mtsai 2021, 2023). Ahogy láthatjuk, a korpuszok jelenleg minden esetben írott szövegeket dolgoznak fel, főként internetes szövegeket, azon belül tudományosakat és laikusoknak szólókat egyaránt. Beszélt nyelvi adatbázisok nem állnak rendelkezésre magyar viszonylatban, kizárólag egyéni kutatói gyűjtemények.²¹

A nyelvészeti kutatások további kiemelkedő területe a szakmai-kommunikációs készségek fejlesztése, a szaknyelv oktatása – idegen nyelvi és magyar mint idegen nyelvi vonatkozásokban egyaránt –, valamint a kommunikáció multilingvális és multikulturális vonatkozásai,

²¹ Nemzetközi viszonylatban eltérő gyakorlatok is megfigyelhetők. Kiemelkedő Hollandiában a *Nivel Primary Care Database*, amelyet az 1970-es évektől gyűjtenek szisztematikusan a kutatók, és mára megközelítőleg 18 000 hang- és videófelvételt tartalmaz a kutatói adatbázis – lásd: <https://www.nivel.nl/en/nivel-primary-care-database> (Letöltés ideje: 2023. október 26.). Más projekteknél készült hanganyagok átiratai elérhetőek publikusan, mint például a *Physician-patient transcripts with 4C coding analysis from the Contextualizing Care research program* – lásd: <https://www.data.va.gov/dataset/Physician-patient-transcripts-with-4C-coding-analy/4qbs-wgct> (Letöltés ideje: 2023. október 27.). Több nyelven is létezik kutatói adatbázis szimulált helyzetekre vonatkozóan, ilyen online anyagokat tartalmaz például a *DocCom* oktatási felület – elérhető itt: https://doccom.iml.unibe.ch/data/DOCCOM/lm_data/lm_436/spider/cms.doccom.iml.unibe.ch/startpage/module.html (Letöltés ideje: 2023. október 28.). (Ezúton is köszönöm a rEACH és tEACH tagok segítőkészségét az adatbázisokra vonatkozó tájékoztatásban, ezek közül néhányat említettem a teljesség igénye nélkül.)

a fordítás és a tolmácsolás. Ezek szoros összefüggésben állnak az eddig bemutatott kutatásokkal (pl. KERESZTES 2013, 2021; HALÁSZ és mtsai 2016; KERESZTES és mtsai 2018; HALÁSZ–FOGARASI 2018; HALÁSZ és mtsai 2018; HALÁSZ – RÉBÉK-NAGY 2019; KOPPÁN és mtsai 2019; HILD és mtsai 2019; CSONGOR és mtsai 2019; MARTHY 2021).

Magyar viszonylatban is megemlíthető több tréning és program, amely az egészségügyi kommunikáció fejlesztését célozza meg. Kiemelkedő a 2017-ben a Felsőoktatás Nemzetközi Fejlesztéséért Díjjal kitüntetett „Szimulációs orvosi kommunikációs oktatási modell színész páciensekkel” projekt. Ennek keretein belül a magyar és külföldi orvostanhallgatók színész-páciensek közreműködésével tanulják és gyakorolják a páciensekkel való kommunikációt. Az oktatási módszer nyelvészeti eredményekre építve tudomány- és szakmaközi együttműködéssel, nagy hatékonysággal készíti fel a hallgatókat a klinikai gyakorlatra (HALÁSZ és mtsai 2016, 2018; KOPPÁN és mtsai 2019). Ugyancsak fontos területek az idegen nyelvű orvosi tananyagok és a magyar mint idegen nyelvi orvosi anyagok fejlesztése (pl. HUSZTI–WÉBER 2014), illetve a kommunikációt az interkulturális kompetencián keresztül fejlesztő programok, mint például a MUSIC-program (CSABAI és mtsai 2021).²² Ezen kutatások a növekvő migráció miatt is egyre fontosabbak.

Az elmúlt évtizedekben számos magyar nyelvű oktatási anyag készült az egészségügyi szakemberek kommunikációs készségének fejlesztésére, illetve a gyógyító kapcsolatra irányuló érzékenyítés céljából, amelyek ugyan nem kifejezetten nyelvészeti kiindulópontúak, ugyanakkor nyelvészeti kutatásoknak az eredményeire is építenek.²³ Ilyen többek között CSABAI Márta és munkatársainak (2009) oktatólemezével ellátott könyve, *A gyógyító kapcsolat élménye*, amely az empirikus elemzés anyagának is része (lásd 5–9. fejezet). Ez a kapcsolati készségek fejlesztését célozza meg a terápia során, amelynek központi tényezője a kommunikáció.

Nagy jelentőségűek a szuggesztiók alkalmazására irányuló kutatások az egészségügyi kommunikációban (VARGA–DIÓSZEGHY 2001; VARGA 2011), amelyek szintén a nyelvet, a kommunikációt, a diszkurzív stratégiákat állítják a középpontba, továbbá eredményeik az egészségügyi dolgozók képzésébe is beépülnek.²⁴ Érdemes még kiemelni a Semmelweis Egyetemen fejlesztett *Orvosi Kommunikációs Világ (OK Világ)* társasjátékot, amely az orvostanhallgatók képzésébe vonja be a játékosítás módszerét. A táblajáték lényegében az orvossá válás folyamatának szimbolikus leképezése „mesebeli” archetípusok révén (KOLLÁR 2016).

E rövid és korántsem teljes körű áttekintés rámutat, hogy magyar viszonylatban is kiterjedt nyelvészeti kutatások folynak már több évtizede az egészségügyi kommunikációra

²² MUSIC = *Medical Education on Medically Unexplained Symptoms and Intercultural Communication* (CSABAI és mtsai 2021).

²³ Ezeknek a magyarországi kutatásoknak és az orvosképzésbe való bevezetésüknek fontos alapját képezi BUDA Béla (1977, 1994) úttörő munkássága, valamint MOLNÁR Péter és CSABAI Márta kutatásai (MOLNÁR–CSABAI 1994; CSABAI–MOLNÁR 1999). Továbbá egyre több elemzés épül a kétszemélyes interakciók szubjektív értékelésének kérdőívére is (VARGA–JÓZSA 2013).

²⁴ Vö.: SAS-OK, *Szuggesztiók Alkalmazása a Szomatikus Orvoslásban Képzés*, <https://www.sas-ok.hu/> (Letöltés ideje: 2020. április 28.).

vonatkozóan, amelyek számos gyakorlati, alkalmazott hozadékkal is bírnak. Ugyanakkor fontos arra is kitérni a nemzetközi és a hazai kutatások összefoglalása kapcsán, hogy az orvos-beteg kommunikáció kutatásában mindig is jellemző volt a tudományközi szemlélet, és ez is bizonyul a legtermékenyebbnek. Így a nyelvészeti kutatásokról és eredményeikről is interdiszciplináris közegben érdemes gondolkodni, azok társadalomtudományi, pszichológiai, orvos-egészségügyi, klinikai és gazdasági kontextusában. A tudományközi megközelítés teszi lehetővé, hogy az egészségügyi kommunikációról teljesebb képet kapjunk, valamint azt, hogy ezen komplex jelenség működésére ható tényezőket minél jobban megismerjük. Ezekkel összhangban fogalmazhatjuk meg a jövőbeli új kutatási irányokat is. Ilyenek többek között a **kvalitatív és kvantitatív kutatások** összehangolása; az összegző, szisztematikus metaelemzések igénye (MENZ 2011); a digitális közeg és az adatfeldolgozás (MEINZER 2018; HORVÁTH és mtsai 2018, OSVÁTH és mtsai 2022); a telemedicina hatásának és lehetőségeinek az elemzése az orvos-beteg kommunikációban (BÁN 2017; MOLNÁR és mtsai 2018; GYÖRFFY és mtsai 2020); valamint az egészségügyi kommunikáció hatékonyságának gazdasági kérdései (VAJDA és mtsai 2012).

2.4. Összegzés – Az orvos-beteg kommunikáció nyelvészeti kutatása

A 2. fejezet összegzően bemutatta az orvosi szaknyelv sokrétűségét, amelyet egyfajta gyűjtőfogalomként, metonimikus címkeként használunk. Az egyszerű megnevezés azonban komplex jelenségek összességét foglalja magában, beleértve többek között a különböző diskurzusműfajokat, nyelvi és társas cselekvéseket, azok szociokulturális beágyazottságát, működését, továbbá a felhasználói szintek szerinti rétegzettségét is. Így az orvosi tudományos szaknyelvet, az egészségügyi dolgozók egymás között használt gyakorlati szakmai nyelvhasználatát, valamint a szakemberek és a laikusok közötti közvetítőnyelvet is felöleli. Az egyes szintek ugyan más-más nyelvhasználati sajátosságokkal jellemezhetők, ugyanakkor a gyakorlatban, a nyelvhasználatban gyakran együttesen vannak jelen.

A kötet középpontjában ezen komplex viszonyrendszer egy kis szeletének, az orvos-beteg kommunikációnak a vizsgálata áll, amely önmagában is kiterjedt és szerteágazó kutatási terület. Az empirikus elemzések előterébe tehát elsődlegesen az egészségügyi szakember és a laikus páciens közötti nyelvhasználat kerül, azon belül is a személyes orvos-beteg konzultáció kommunikációs jellemzői.

A fentiekkel összefüggésben a jelen fejezet bemutatta az orvos-beteg kommunikáció kutatásának főbb állomásait, módszertani útjait, valamint ezen viszony főbb modelljeit nemzetközi és hazai viszonylatban. Továbbá kitért a funkcionális nyelvészeti kutatások szerepére, hozadé-kára és irányaira is az orvos-beteg kommunikáció elemzésében. Arra is rámutatott a fejezet,

hogy az 1970-es évektől pragmatikai, szociolingvisztikai fordulatról is beszélhetünk az orvos-beteg kommunikáció kutatásában, amely jelentős változásokat és számos új eredményt is hozott ezen a területen. Ezekkel összefüggésben a következő fejezetben kitérek a funkcionális nyelvészeti irányzatok (főként a pragmatika és a társalgáselemzés) alapvetéseire, amelyek az *5–9. fejezetekben* ismertetett empirikus kutatások elméleti kereteként is szolgálnak.

3. Az egészségügyi kommunikáció vizsgálatának elméleti háttere

„Történetileg olyan időszakot élünk, amikor a nyelvet tanulmányozó kutatások, amelyek tipikusan nem klinikai közegekből eredeztethetők (pl. nyelvészet, szociológia), új tanulási és megértési eszközt kínálnak az orvostudomány számára.”²⁵

(FRANKEL 2000: 100)

Az előző fejezetben láthattuk, hogy az orvos-beteg kommunikáció, illetve tágabban véve az egészségügyi kommunikáció kutatásában különböző elméleti és módszertani kiindulópontok és keretek jelennek meg. Összességében megállapítható, hogy a nyelvészet funkcionális megközelítésű irányzatai nagy hatást gyakoroltak az egészségügyi kommunikáció kutatására, és alapjaiban változtatták meg azt. Ebben a részben az elemzések elméleti hátterét mutatom be, kitérve a funkcionális nyelvészeti megközelítések főbb alapvetéseire. Ebből főként két irányzat eredményeire és fogalmi eszköztárára támaszkodom az orvos-beteg konzultációknak mint elsődlegesen szóbeli diskurzusoknak az elemzése során. A vizsgálat tágabb, átfogó elméleti keretét a funkcionális kognitív vagy szociokognitív pragmatika adja. Emellett, illetve ezzel összhangban az elemzésekben nagyban építke a nyelvészeti társalgáselemzés módszertani keretére és fő fogalmaira. A fejezetben ismertetem ezek alapvetéseit és alapfogalmait, majd bemutatom az orvos-beteg konzultációt mint diskurzust, továbbá kitérek a hatékony kommunikáció kérdésére is.

3.1. Funkcionális nyelvleírás

A 20. század közepétől, főként az 1970-es évektől, a nyelvleírásban a funkcionális megközelítés egyre nagyobb teret nyer a nyelvészeti, pszichológiai és társadalomtudományi kutatásokban. Kiemelten érvényes ez a megállapítás a mindennapi nyelvhasználat vizsgálata felé forduló nyelvészeti irányzatokra, mint például a pragmatika, a diskurzuselemzés, az interakcionális szociolingvisztika és a beszélésnéprajz területére (HÁMORI 2009a).

²⁵ Az eredeti idézet: “Historically, this is a time when language studies, which typically have their origin in nonclinical disciplines such as linguistics and sociology, are being embraced as a powerful new tool for learning and understanding in medicine” (FRANKEL 2000: 100).

Ezek a funkcionális megközelítésű nyelvelírasi vagy -elemzési módok számos ponton érintkeznek egymással, illetve jelentős módszertani átfedéseket is mutatnak. Közös a kiindulópontjuk, miszerint a nyelvet működés közben vizsgálják elsősorban a hétköznapi verbális interakciók keretében, kiemelve a résztvevők együttes cselekvését és az abban létrejövő jelentéseket, a közös jelentésképzést. Ennek megfelelően a résztvevők nyelvi tevékenységének elemzésekor az ahhoz kapcsolódó fizikai interakció – vagyis társas cselekvés –, valamint a mentális, szociális és kulturális tényezők is szerepet kapnak, az adott irányzattól függően. A beszélésnéprajzban például a társas és kulturális tényezők állnak az előtérben, a pragmatikai kutatásokban a nyelvi tevékenység mentális aspektusai. Habár az egyes funkcionális nyelvészeti irányzatok között sok a szemléletbeli hasonlóság, és egyes fogalmakon is osztoznak, ezek alapvetően mégis különböző irányzatok, amelyek eltérő elméleti háttérre, fogalmi és módszertani keretekre támaszkodnak. Tehát semmiképpen nem tekinthetők egységesnek. Eltérések lehetnek köztük többek között abban is, hogy milyen kutatási jelenségek állnak a vizsgálatok középpontjában, és hogy azokat milyen módszerekkel látják leírhatónak. Továbbá az is megállapítható, hogy az egyes megközelítések, irányzatok maguk is változnak: új súlypontok, szemléletek formálódnak. Ez érvényes az itt bemutatott pragmatika és társalgáselemzés esetében is, ahogy erre később reflektálni is fogok.

Figyelembe véve a fenti megfontolásokat, kutatásom elméleti keretként a funkcionális kognitív pragmatikai megközelítést választottam (VERSCHUEREN 1999; TÁTRAI 2017), amely azáltal, hogy középpontjában a nyelvi tevékenység mint közös, dinamikus jelentésképzés áll, nagymértékben segíti az orvos-beteg interakció működésének (pl. közös döntéshozatal, közös tudás és terápiahűség kialakítása, kapcsolatépítés) leírását, alaposabb megismerését (CUMMINGS 2009, 2017; BIGI 2016; BIGI–ROSSI 2023). Továbbá fontos, hogy ez a szemlélet a közös jelentésképzést szociokulturális és kontextuális beágyazottságában vizsgálja, valamint képes összefogni, keretet adni a jelen elemzésben kiemelkedő jelentőségű társalgáselemzési szempontoknak is.

3.1.1. Funkcionális kognitív pragmatika

A kognitív nyelvészet a kognitív tudományok egyik részterülete, amely számos más részdiszciplína bevonásával közelíti meg tárgyát, az elme és a nyelv kapcsolatát (PLÉH 2003). Nem egyetlen egységes elméletre épül, hanem több, fő elveikben megegyező elmélet együttesének tekinthető (lásd bővebben KÖVECSÉS–BENCZES 2010; TOLCSVAI NAGY 2013). Egyik alapvetése, hogy a nyelvről és a világról való tudásunk nem választható el élesen egymástól. A nyelv nem önmagáért és eleve létező, hanem az emberek közötti kommunikáció²⁶ céljai mentén működik, így egyrészt egyéni-mentális, másrészt emberek közötti, szociokulturális jelenség (LANGACKER 1987; TOMASELLO 2002; CROFT 2009; TOLCSVAI NAGY 2013; LADÁNYI – TOLCSVAI NAGY 2018).

²⁶ Az egész kötetben gyakori kulcsfogalmak a *kommunikáció*, a *nyelvi tevékenység* és a *nyelvhasználat*. Ezeket szinonim értelemben használom az itt bemutatott elméleti keretnek megfelelően társas kontextusban megvalósuló közös jelentésképzésként.

Ez a két tényező egymástól elválaszthatatlan. Ebben a keretben a nyelvi jelenségek leírásánál alapvető fontosságú, hogy az elemzés a nyelvi tevékenységből indul ki, és figyelembe veszi annak társadalmi, kulturális és kognitív feltételeit is, és ezeket komplex egészként szemléli. Fontos szerepet kap a mindennapi tapasztalat és az ezzel összefüggő kategorizáció kérdése is. Ez magában foglalja többek között azt, hogy a dolgokat, jelenségeket egymás viszonyában, különböző szintekhez kötődve ismerjük meg (általános–specifikus, szakmai–laikus; pl. *rák, tumor, npl*.²⁷). Továbbá a családi hasonlóságon alapuló, prototípuselvű osztályozás is nagy szerepet kap a körülöttünk lévő világ feldolgozásában (TOLCSVAI NAGY 2017b: 35–41).

A kognitív nyelvészet a nyelvhasználatot működés közben vizsgálja (LANGACKER 2008: 28; VERSCHUEREN 1995: 13). Ez alapvetően azzal jár, hogy az empirikus és a modellalkotó kutatások mögött nem egy kizárólagosan érvényes, egyetemes módszertan áll, hanem összehangolt módszertani elvek húzódnak meg (lásd bővebben JANSSEN–REDEKER 1999; LANGACKER 1987: 42; TOLCSVAI NAGY 2013: 60–63).

A kognitív nyelvészeti kutatások szorosan összefonódnak a pragmatikai kutatások funkcionális megközelítésével vagy vonulatával (lásd magyar viszonylatban TOLCSVAI NAGY 2017a). A nyelvészeti pragmatika „a nyelvnek különböző kontextusokban és különböző célok elérésére való használatának a tanulmányozása” (NÉMETH T. – TÁTRAI 2013: 129), amely több kiindulópontból is megvalósulhat.

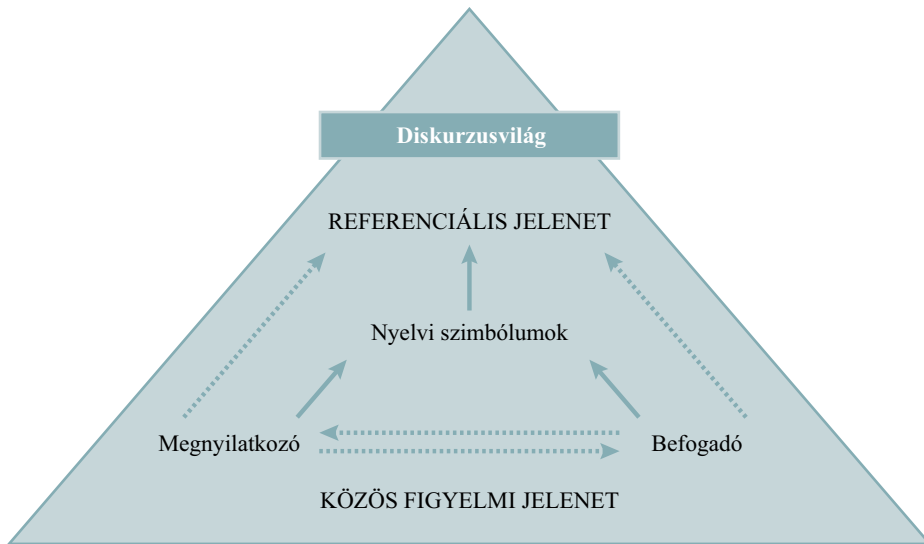
A nemzetközi és a hazai kutatások is azt mutatják, hogy a pragmatika funkcionális kognitív (VERSCHUEREN 1995; CROFT 2009; TÁTRAI 2017) vagy szociokognitív (KECSKES 2010, 2014) értelmezése jól alkalmazható az egészségügyi kommunikáció kutatásában (RAFFLER-ENGEL 1990; CORDELLA 2004; BIGI 2016). Ez a megközelítés nem egy szűkebb pragmatikaelméletre vagy a pragmatika moduláris felfogására épít, hanem a pragmatikát általános funkcionális perspektívaként fogja fel. Meghatározó gondolata, hogy a nyelvet nem eszköznek, hanem tevékenységnek tekinti, és abból indul ki, hogy ez egyszerre és elválaszthatatlanul társadalmi, kulturális és mentális jelenség; azaz egyéni és társas teljesítmény, valamint gondolkodási mód (TOMASELLO 2002; TÁTRAI 2011: 25; KECSKÉS 2014: 46–49).

A nyelv és megismerés, a kogníció humán kapacitása genetikai alapú, de alakulását nagyban befolyásolja mind a **testben** (*embodiment*), mind a **közösségben létezés** (*epigenesis*). A konceptualizálás és a kategorizálás fiziológiailag és diszkurzívan egyaránt megalapozott és interszjektív, társas közegben történik (TÁTRAI 2011: 29). Lényegében a szociális tevékenység egyik meghatározó módja.

A nyelvi tevékenységet ebben a felfogásban alapvetően jellemzi a **figyelemirányítás** és ennek keretében az **interszjektivitás**, az **intencionalitás**, a **referencialitás** és a **perspektivikus-ság** (SINHA 2001; TÁTRAI 2011). Az embert emberré tevő egyik legfontosabb tényező, hogy úgy tudunk a másakra tekinteni, mint egy önmagunkhoz hasonló, szándékokkal rendelkező emberre (*intencionális ágensre*, TOMASELLO 2002: 103–117). Azaz fel tudjuk mérni, hogy akárcsak mi magunk, a másik is valamilyen szándékkal lép velünk interakcióba, illetve számításba tudjuk

²⁷ Az *npl*. a *neoplasia* rövidítése.

venni, hogy a szándékokon túl egyéb mentális állapotok is szerepet kapnak a megnyilatkozásokban, így például vágyak és érzelmek. A nyelvi tevékenységet alapvetően jellemzi a figyelemirányítás, illetve annak triadikus jellege: valaki valamire irányítja a másik és a saját figyelmét (*referencialitás*). A szimbolikus kommunikációra vetítve ez azt jelenti, hogy a megnyilatkozó a nyelvi szimbólumok révén a befogadó (és ezzel összefüggésben a saját) figyelmét a referenciális jelenetre irányítja, illetve azt teszi maga és a másik számára hozzáférhetővé (lásd 3. ábra).



3. ábra. A nyelvi tevékenység triadikus sémája (SINHA 2001: 93 és TÁTRAI 2011: 31 alapján)

A **diskurzus** vagy **közös figyelmi jelenet** hozza létre azt a közeget, amelyben a szimbolikus kommunikáció lezajlik. Ennek részét képezik a résztvevők, illetve az ő fizikai, társas és mentális világuk (VERSCHUEREN 1999; TÁTRAI 2017). Ebben a keretben a diskurzus több résztvevő közötti nyelvi tevékenység – ez lehet írott vagy beszélt egyaránt –, illetve konkrét beszédesemény, amely magában foglalja az egyes megnyilatkozásoknak a létrehozását és befogadását, valamint ezek kölcsönhatását is (CAMERON 2001: 5–13; HÁMORI 2009a: 15–16). Ezzel szorosan összekapcsolódó fogalom az **interakció**, ami lényegében két vagy több személy társas helyzetben megvalósuló célirányos együttműködéseként, interszubjektív jelentésképzéseként értelmezhető, beleértve a verbális és a nonverbális tényezőket egyaránt (CLARK 1996; CROFT 2007; HÁMORI 2009a; TÁTRAI 2011).

A diskurzus közegében, a **diskurzusvilágban** működik a nyelvi tevékenységet jellemző két alapvető metafunkció: a **megismerő** (*interszubjektív*) és a **személyközi, kapcsolatteremtő** (*interperszonális*) **metafunkció**, amelyek a kommunikáció során nem válnak el élesen egymástól. Az interszubjektivitás a nyelv megismerő funkciója, tehát az, ahogy a világot közösen észleljük, dolgozzuk fel, együtt értjük meg, és meg is osztjuk egymással. Ennek a keretében értelmezhető a TUDÁS, a CSELEKVÉS és az ÉRZELEM dimenziója is (CROFT 1994, 2009).

A közös figyelmi jelenetben az ismeretek megosztásán túl a résztvevők kapcsolata is alapvető jelentőségű. Ez a nyelv másik fő funkciója, az **interperszonális metafunkció**, amely a közös figyelmi jelenetben az egymás iránti szociális figyelmet helyezi előtérbe. Ennek központi összetevője, hogy a kommunikáló felek alapvetően önmaguk és a másik személyének az adott társas interakcióban megteremtett énképét is tekintetbe veszik, törekednek maguk és egymás **arcának** (*face*) megőrzésére, pozitív keretben tartására, szoros összefüggésben a társas viselkedéssel (GOFFMAN 1967; BROWN–LEVINSON 1987). Az interakcióban azonban konfliktusos helyzetek, **arcfenyegető aktusok** is megvalósulnak, amikor a résztvevők nem veszik figyelembe az interakcióban elvárt arculatnak való megfelelést (pl. negatív kritika, kényszerítés). A társas viszonyulások alakítása, az **arcmunka** tehát folyamatosan és dinamikusan zajlik az interakcióban, kulturális és kontextuális tényezők egyaránt befolyásolják (WATTS 2003; CULPEPER 2011, NÉMETH és mtsai 2016; KOCOGH 2017).

A nyelvi szimbólumok és a velük megvalósított nyelvi tevékenység másik fontos jellemzője a **perspektivikusság** (TOMASELLO 2002: 103–143). Az események megismerése, feldolgozása és a hozzáférhetővé tétele mindig egy adott nézőpontból történik. Erre az ad lehetőséget, hogy az ember képes a világ dolgait különböző kiindulási pontokból szemlélni és szemléltetni. A nyelvben és a fogalmi konstruálásban alapvetően érvényesül a tágabb értelemben vett perspektivikusság. Ez elsősorban a kisebb nyelvi elemek szintjén mutatkozik meg, és szorosan összefügg azzal, hogy a dolgokat a specifikusság más-más szintjén tudjuk megnevezni, illetve az egyes dolgok, személyek különböző helyzetekben más-más funkcióval bírnak (lásd bővebben LANGACKER 1987: 99–146; KÖVECSÉS–BENCZES 2010: 151–154; TOLCSVAI NAGY 2013: 146–151). A perspektivikusság másik szintje azzal van összefüggésben, hogy a megnyilatkozó különböző kiindulópontokból teheti hozzáférhetővé ismereteit, érzéseit, állapotait (SANDERS–SPOOREN 1997; TÁTRAI 2011).

A kommunikáció adaptív tevékenység, amelynek során a diskurzus résztvevői különböző célok megvalósítása érdekében folyamatosan alkalmazkodnak, igazodnak egymáshoz valamilyen mértékben. Ez mutatkozik meg a **választás**, az **egyezkedés** és az **adaptáció** műveletében is (VERSCHUEREN 1999: 60; TÁTRAI 2011: 45–50). A választás alapját a nyelv variabilitása adja, vagyis az, hogy a világ dolgait eltérő módokon, különböző perspektívákból tudjuk megalkotni és hozzáférhetővé tenni.

Ez a folyamat zajlik az (1)-es példában, amikor az orvos a magyarázat közben a *vékonytűs biopsziát* „lefordítja”, más szóval is hozzáférhetővé teszi egy pajzsmirigyvizsgálatra vonatkozó magyarázat részeként.

(1)

Doktor: [...] a következő lépés az ugye az lenne, hogy endokrinológus, pajzsmirigy ambulancia és **vékonytűs biopszia**, tehát magyarul nyakon szúrás.²⁸

(HO4)

²⁸ A fejezetben közölt példák saját gyűjtésből származnak, normalizált, helyesírást követő átírást szerint vannak közölve, a könnyebb olvashatóság kedvéért (részletesebben lásd 4. fejezet).

A (1)-es példában az orvos megosztja a páciensével az orvosi szakszót, beavatja abba, hogy a későbbiekben ismerős legyen számára, megértse, tudja használni, ha a vizsgálatra megy. Ugyanakkor a laikus nézőpontot is figyelembe véve elmagyarázza azt közérthető nyelven, leegyszerűsítve, az absztrakció jóval alacsonyabb fokán, leíró módon (*nyakon szúrás*), részletes magyarázatba ágyazva, hogy a hétköznapi jelentés esetleges félelemkeltő hatását csökkentse. A *magyarul* explicit reflexió révén pedig lényegében a tudásátadást egyfajta fordításként keretezi.

A nyelvi tevékenység során a nyelvhasználók folyamatos választások révén kommunikálnak egymással, amelyet céljaiknak, vágyaiknak, mentális állapotaiknak megfelelően hozzáigazítanak az adott kommunikációs eseményhez, annak résztvevőihez, körülményeihez. A kommunikáló felek ugyanakkor folyamatosan egyezkednek is egymással, azaz bizonyos választásokat elfogadnak, másokat elvetnek, amelyek összefüggenek többek között a kommunikációs célokkal, a körülményekkel, a közösségi normákkal is. A választás, az egyezkedés és az adaptáció sok esetben szinte észrevétlenül (eltérő mértékben tudatosan) megy végbe az interakció során (lásd bővebben TÁTRAI 2011: 45–50).

A nyelvi tevékenység dinamikusan alakuló folyamatának leírásához számos művelet és alapfogalom segítséget nyújt. Ilyenek a **multimodális kommunikáció**, a **közös alap** (*common ground*), a **reflexió** és a **metapragmatikai tudatosság**, a **beszédaktus** és a **deixis** művelete.²⁹ A továbbiakban ezekre térek ki, mivel ezen alapfogalmak az empirikus kutatás elméleti meg-alapozását is jelentik egyben.

3.1.1.1. Multimodális kommunikáció

Habár a pragmatikai vizsgálatok jelentős része a verbális megnyilatkozások elemzésére koncentrálna (CULPEPER 2011: 151), fontos megjegyezni, hogy ezekben a folyamatokban a nyelvi jelentésképzésen túl fontos szerepet kapnak a **nonverbális jelzések** és egyéb társas-kulturális szimbólumok is (pl. WHARTON 2009; EHLICH 2013; HUNYADI és mtsai 2018; FORCEVILLE 2020; NÉMETH T. és mtsai 2022). Ezek szóban és írásban egyaránt megjelennek, és a jelentéslétrehozás fontos elemeinek tekinthetők. Az írásbeli kommunikációban vizuális elemek (pl. tipográfia, szövegelrendezés, képek, emotikonok); a szóbeli interakciókban a vokális jelzések, a testbeszéd változatos formái kísérik, egészítik ki, erősítik vagy éppen ellenkezőleg gyengítik, esetleg érvénytelenítik a verbális megnyilatkozásokat (NÉMETH T. 1990, 2020; EHLICH 2013; FORGÓ 2011; JUCKER et al. 2023). A kommunikáció tágan értelmezve tehát eltérő mértékben, skalárisan multimodális jellegű az írásbeli és a szóbeli interakciókban egyaránt. A jelen kötetben az utóbbi áll a középpontban, így erre koncentrálok.

A társalgások mint szóbeli verbális interakciók lényegében mindig **multimodális kommunikációként** működnek, hiszen a verbális szimbólumokon, jeleken túl minden esetben nem verbális (akusztikus és vizuális) elemekkel együtt valósulnak meg (EHLICH 2013; NÉMETH T. és mtsai 2022; JUCKER et al. 2023). A közös figyelmi jelenetben tehát a résztvevők szándékaiknak,

²⁹ Az itt bemutatott fogalmak más elméleti keretben is előfordulnak, itt azonban a kognitív pragmatikai értelmezésüket mutatom be.

perspektíváiknak megosztását, értelmezését, a közös jelentésképzést, a figyelemirányítást nem kizárólag nyelvi, hanem nonverbális szinten is végzik. A nonverbális jelzések csoportosítása, leírása sok szempont szerint történhet, ahogy erre az elmúlt évtizedek interdiszciplináris kutatásai is rámutatnak (pl. PEASE–PEASE 2004; GERWING–DALBY 2014; NAVARRO 2018). A jelen kötetben a nonverbális csatornák szerint vizsgálom a vokális jeleket, a tekintetet és a szemkontaktust, a mimikát, a gesztusokat, a testtartást, a térközszabályozást, a kronémika, valamint az emblémák szerepét (FORGÓ 2011, lásd 5.2.2.4. és 6.3. fejezet).

A **vokális jelek** akusztikai, prózódiai jellemzők, amelyekbe beletartozik a beszédritmus, a beszéddallam, a hangsúly, a szünet, a hangerő, a hangszínezet. Ezek a verbális kommunikációval együtt valósulnak meg a társalgás folyamatában, és járulnak hozzá a jelentésképzéshez, a kapcsolat kialakításához. A **tekintetnek** és a **szemkontaktusnak** is kiemelkedő szerepe van a **nonverbális kommunikációban** és a társas érintkezés kezdeményezésében, valamint fenntartásában (CSEPELI 1997). A **mimika** az arckifejezésekkel történő kommunikációt jelenti, lényegében az érzelmek egyfajta „tükréként” működik az interakcióban, gyakran nem tudatosan. A kezek, a karok összetett mozgása a **gesztikuláció**, amelynek egy része tudatos jelzés. Nagyobb hányadban azonban olyan tudattalan mozgásról van szó, amely kíséri közléseinket. Fontos szerepe lehet a kommunikáció szabályozásában, például jelzések a folytatására, abba-hagyására vagy a tempó felgyorsítására. Szorosan összekapcsolódik mindezzel a **testtartás**, az általa közvetített, illetve létrehozott jelentés (testhelyzet, mozgás, lábak helyzete), amely az interakció résztvevőinek viselkedését, érzéseit és attitűdjeit is jelezheti. A **proxémika** vagy **térközszabályozás** a beszédpartnerek közötti távolságot és az ezáltal létrejövő viszonyt, amíg a **kronémika** az időszabályozást jelenti. Azaz azt tárja fel, hogy a társalgás egyes szakaszaira mennyi idő jut, és ezt ki szabályozza. A nonverbális jelzésekhez tartoznak az **emblémák**, **kulturális szignálok** is (pl. öltözködés, hajviselet, testdíszek, jelvények).

Ezekre a szempontokra az oktatóvideók anyagában térek ki az interakciók más társalgási és pragmatikai jellemzőivel együtt (lásd 5.2.2.4. és 6.3. fejezet).

3.1.1.2. Közös alap, common ground

Az előző fejezetből is láhattuk, hogy a funkcionális, illetve szociokognitív felfogás szerint a nyelvi tevékenység egyszerre és elválaszthatatlanul egocentrikus,³⁰ egyéni-mentális és társas-kulturális cselekvés, közös jelentésalkotás, amelyben a kommunikáló felek mindegyike aktívan részt vesz (KECSKES 2010, 2014; TÁTRAI 2011). Ez a tény a kommunikáció során aktívalódó és interszjektíven megosztott ismereteket, sémákat is meghatározza. A sikeres

³⁰ Az egocentrikus kiindulás, illetve viselkedés a kognitív felfogás szerint nem a mindennapi értelemben használatos 'önző, egoista' jelentésben értendő. Sokkal inkább arra hívja fel a figyelmet, hogy az interakció résztvevői az interakció során elsődlegesen a saját tudásukra építenek, abból indulnak ki, nem pedig a közös tudásból. Ebben a folyamatban jellemzően alábecsülik a kétértelműség jelentőségét – ami a másik fél perspektívájából adódhat –, továbbá felülértékelik a saját megnyilatkozásaik hatékonyságát (KECSKES 2014: 33).

kommunikáció alapfeltétele, hogy a résztvevők osztozzanak egymással bizonyos tudásokon, ismereteken. Ezt a szakirodalomban különböző terminusokkal nevezik meg, mint például *common knowledge*, *mutual knowledge*, *shared knowledge*, *assumed familiarity*, *presumed background information*, *common ground* (LEE 2001).³¹ A továbbiakban a nemzetközi és a hazai szakmai nyelvhasználatban is bevett *common ground* (CG), illetve szinonimaként a *közös alap*, *közös tudás* terminusokat használom.

A **common ground** központi fogalom a kognitív megközelítésű kutatásokban, amelynek több meghatározásával is találkozhatunk. CLARK (1996: 93) „a közös, megosztott ismeretek, hiedelmek és előfeltevések összességéeként” tekint rá, beleértve a világról, kultúráról való tudást, a megosztott, közös (*shared*) értékeket, viszonyulásokat és a situációs kontextust. HORTON (2012: 375) tudásként értelmezi, amelyről a résztvevők azt hiszik, hogy közösként tekinthetnek rá.

A szakirodalom a common ground kutatásának két fő irányát jelöli ki (KUNA–HÁMORI 2021, 2023): egyrészt a dominánsan pragmatikai (pl. CLARK 1996), másrészt a kognitív megközelítést (pl. BARR 2004). Az előzőben a common ground a résztvevők eleve létező (a priori társas-kulturális), valamint aktuális tudásából, hiedelmeiből jön létre, beleértve azt is, hogy milyen feltételezésekkel bírnak egymás ismereteiről. Ez a kommunikáció során dinamikusan alakul, és jellemzően a kooperáció, a közös jelentésképzés irányítja az interakcióval megvalósított közös cselekvésekben, **közös projekteknél** (*joint project*) (CLARK 1996: 221). A kognitív megközelítés ezzel szemben nem a társas-kulturális alapok és a kooperáció jelentőségét hangsúlyozza a közös jelentésképzésben, hanem az egyéni-mentális (egocentrikus) kommunikatív teljesítmény fontosságát emeli ki, beleértve a „hibázások” és újrapróbálások egyéni mozzanatait is.

A két szemlélet alap gondolatait egyesíti a common ground szociokognitív megközelítése, amely a szociokulturális és a kommunikációról való a priori tapasztalat és az egyéni tényezők, illetve az aktuális kommunikációra vonatkozó tudás (situációs kontextus) kölcsönös fontosságát hangsúlyozza. Azaz az ún. makro- és a mikrodimenzió kölcsönösségét feltételezi (KECSKES–ZHANG 2009: 338; KECSKES 2014: 158). Továbbá azt is kiemeli, hogy a kommunikációban résztvevők nem mindig keresik a közös alapot, és eltérő mértékben együttműködőek vagy egocentrikusak. Ebben a felfogásban a common groundnak három fő, az interakcióban összefonódó dimenziója különíthető el (KECSKES 2014: 151): 1. azok az információk, amelyekre az interakcióban résztvevők közösként tekintenek (pl. hasonló a priori tapasztalat, világnézet, közös értékek, hiedelmek); 2. a situációs kontextus megértése, azaz a kommunikáció körülményeire vonatkozó közös tudás; és 3. a résztvevők közötti kapcsolat, amely az egymásra vonatkozó tudást, a résztvevők közti bizalmat és az interakcióra vonatkozó közös tudást foglalja magában.

Szociokognitív megközelítésben tehát „a common ground egyszerre a priori létező és együttműködés által létrehozott mentális absztrakció”³² (KECSKES 2014: 159). Ez a megha-

³¹ Az egyes fogalmak nem egy az egyben feleltethetők meg egymásnak, nem teljesen szinonim értelemben használatosak.

³² Az eredeti idézet: „Common ground is both an a priori existing and a cooperatively constructed mental abstraction” (KECSKES 2014: 159).

tározás a közös alap két fő típusát is kijelöli. A **mag közös alap** (*core common ground*) azt a viszonylag statikus – de diakronikusan változó – általános tudást jelöli, amelyen bizonyos beszélőközösségek nyelvileg és szociokulturálisan osztoznak (KECSKES 2014: 161–162). Beleértve a **világról való tudást** (*common sense*), a **kulturális ismereteket, normákat, hiedelmeket** (*cultural sense*) és az **általános nyelvi tudást** (*formal sense*). A közös alap másik fő típusa az **emergens közös alap** (*emergent common ground*), amelyet az interakcióban dinamikusan hoznak létre a résztvevők (KECSKES 2014: 162–163). Ebben kulcsszerep jut a szituációs kontextusnak, főként a résztvevők **közös tapasztalatainak** (*shared sense*) és az **aktuális szituációra vonatkozó tudásnak** (*current sense*).

A mag és az emergens common ground természetesen együtt, egymással kölcsönhatásban jelenik meg egyfajta dinamikus háttérként az interakció folyamatában. Ennek az összjátéknak KECSKES és ZHANG (2009: 350–351) három jellemző útját írja le: 1. az interakció résztvevői rendelkeznek közös információkkal, és ezek mentális reprezentációit aktiválják; 2. a nem ismert, illetve korábban nem aktivált (nem szaliens) információk kimondásával a kommunikáló felek potenciálisan segítik az interakcióban a közös tudás létrehozását; 3. a beszélő behozza az interakcióba a saját tudását, és a common ground részévé teszi azt.

Ennek az összjátéknak a működését szemlélteti a (2)-es példa, amely egy háziorvos és a páciense közti konzultáció részlete. Az alapszituáció az, hogy a páciens elhoz egy gyógyszert, amit felírt neki a szituációban szereplő orvos. A doboz ki van nyitva ugyan, de gyógyszer nem hiányzik belőle. A résztvevők több fordulón keresztül cserélnek információt arról, hogy az adott gyógyszert szedi-e a páciens vagy nem. Így alakítanak ki lépésről lépésre közös tudást a terápiában fontos szerepet betöltő készítményről.

(2)

Páciens: *De nem tudom miért öt milligrammos.*

Doktor: *Hát na ez az. Szeptember tizedike, ugye? Akkor lehetett ez kiváltva.*

Páciens: *Igen.*

Doktor: *És ezt azóta hogy szedi?*

Páciens: *Azt még nem szedtem, azért hoztam, mert még egyet se szedtem belőle.*

Doktor: *Ühüm. ((nézi az adatokat a gépben))*

Páciens: *Ne is szedjem talán?*

Doktor: *Hát, ez most itt nekem problémás. Ugye a recept az kettő és fél milligrammos volt az teljesen biztos.*

[...]

Páciens: *De én azért is hoztam be, mert gyanús volt ((nevet)) nekem a helyzet. ((telefonálás a patikával))*

Páciens: *Gyanús nekem már mikor nem azt kapod <<gyógyszert>>. Ezt is aszondják pont olyan, mint az. Nem. Ha gyúrunk egy kiló lisztből tészta, és négy félét csinálunk*

*belőle, az négy íz: cérnametélt, metélt, csipetke. Mindegyik más, hiába ugyan-
abból gyúrtuk. Ez is úgy van.*

Doktor: *Hát persze, persze, igen, igen.*

(HO3)

A résztvevők rendelkeznek közös tudással az adott gyógyszerrel kapcsolatban. Tudják mindketten, hogy ezt az előző alkalommal felírta a kezelőorvos. Mindkettőjük számára ismert, hogy 2,5 milligrammos dózisban kellene szedni, azonban ami ott van a rendelőben, az 5 milligrammos. Mivel az orvos nem tudja, hogy a páciens elkezdte-e szedni a készítményt, a páciens pedig bizonytalan, hogy jól tette-e, hogy nem kezdte el szedni a gyógyszert, információcserét folytatnak erről. Időközben az orvos ellenőrzi, hogy valóban 2,5 mg-os adagolás van-e rögzítve a gépben. Miután kialakult az interakcióban a közös tudás arról, hogy a gyógyszerért tévedett, az orvos többször megpróbálja felhívni a patikát, és megerősíti a páciens, hogy jól tette, hogy nem kezdte el szedni a készítményt. A beteg kezdeti bizonytalanságát követően – hogy esetleg hibát követett el a gyógyszer mellőzésével – érezhetően megnyugodott. Ez a megnyugvás saját értelmezésének a kifejtésében is megmutatkozik, amelyben a gyógyszert a mindennapi életében jól ismert fogalmi keretben a téstakészítéshez hasonlítja. Erre a megértési és interpretálási folyamatra az orvos megerősítéssel reagál.

A common ground tehát egy komplex, az interakcióban dinamikusan alakuló feltételezett tudás, amelyet a résztvevő felek együttesen határoznak meg, és alakítanak az általánosabb, tágabb szociokulturális és a szűkebb, egyénibb szituációs tényezők alapján. A common ground, illetve a **társalgási grounding** (*conversational grounding*) nem statikus jelenségek, hanem olyan egyezkedési folyamatnak tekinthetők, amelynek során az interakció résztvevői új, változó és szituációfüggő jelentéseket aktiválnak, hoznak létre, osztanak meg a kommunikációban közösen (HORTON 2012: 398). A common ground vizsgálata központi jelentőséggel bír az egészségügyi kommunikációban is, hiszen kiemelkedő szerepet játszik az információmegosztás, az értés, a megértés és a félreértés, valamint a kapcsolatépítés koordinálásában is (lásd 9. fejezet).³³ Továbbá sok esetben szorosan összekapcsolódik a metapragmatikai reflexiók jelenségével (BIGI–ROSSI 2023), amelyet a következő alfejezetben mutatok be.

3.1.1.3. Reflexió és metapragmatikai tudatosság

A metapragmatikai nyelvhasználat évtizedek óta fontos kutatási területnek számít a nyelvészetben, elsősorban a szociolingvisztikai (pl. JAWORSKI et al. 2004; NÉMETH és mtsai 2016) és a pragmatikai kutatásokban (pl. CAFFI 1994; VERSCHUEREN 1999, 2000; BUBLITZ–HÜBLER 2007; LACZKÓ–TÁTRAI 2019).

³³ A téma jelentőségét igazolja „A pragmatic agenda for healthcare: fostering inclusion and active participation through shared understanding” című panel a 17. IPrA konferencián (2021. 06. 28.) (BIGI–ROSSI 2021, 2023).

A metapragmatika fogalma ezekben több értelemben is használatos: a szociolingvisztikában legelterjedtebb értelmezés szerint a nyelvhasználóknak a nyelv pragmatikai jelenségeire (pl. udvariasságra, megszólításmódokra, kódváltásra) vonatkozó megnyilatkozásaihoz vagy tudásához kapcsolódik, akár egy konkrét diskurzusban, akár tágabb diszkurzív gyakorlatokban (NÉMETH és mtsai 2016: 8; DOMONKOSI 2019a: 78). Kognitív pragmatikai felfogásban elsősorban a metapragmatikai tudatosság fogalma kap kiemelt szerepet, vagyis az éppen folyó nyelvi tevékenységre, a beszélők nyelvi választásaira vonatkozó reflexív viszonyulás, amely a közös figyelmi jelenetekhez kötődik, és a nyelvhasználatban is nyomokat hagy (VERSCHUEREN 1999, 2000; TÁTRAI 2011). A kognitív pragmatikai felfogásban a metapragmatikai tudatosság tágabb értelmezést kap, és a nyelvi tevékenység egészére kiterjed, nem csak annak egyes részleteire. Így nincs lényegi különbség a metapragmatikai és az azzal fogalmilag rokon metanyelvi reflexiók között, hanem idetartozik minden olyan (metanyelvi és egyéb) utalás, amely az aktuálisan folyó nyelvhasználatra és/vagy jelentés-létrehozásra reflektál (HÁMORI 2019).

A kognitív pragmatikai szemlélet szerint ez a reflexív perspektíva, azaz a metapragmatikai tudatosság mindig jelen van a nyelvhasználatban, annak egy átfogó dimenzióját alkotva, de ennek a mértéke, vagyis a tudatosság foka, feltűnősége vagy **szalienciája** az egyes figyelmi jelenetekben különböző lehet, és ikonikus módon a nyelvi jelzésekben is eltérő mértékben jelenhet meg (VERSCHUEREN 1999). A metapragmatikai reflexiók nyelvi formája ennek következtében sokféleképpen alakulhat, és különböző szerkezetben, terjedelemben, eltérő explicitégi fokkal írható le az implicit jelzéseken, az igemódon keresztül, a **diskurzusjelölőkön** (pl. *hát, nos, ugye*) át az egészen terjedelmes reflexiókig (VERSCHUEREN 1999: 188).

A nyelvi tevékenységre való reflexív tudatosság és ennek nyelvi megjelenítése nem egyszerű leképeződése vagy kognitív „mellékterméke” a nyelvhasználatban történő jelentés-létrehozásnak, hanem annak aktív része és segítő eszköze is (VERSCHUEREN 2000: 439; HÁMORI 2019). A nyelvhasználók a figyelmi jelenetekben folyó közös mentális munka során gyakran használnak metapragmatikai jelzéseket a megértés segítésére és a figyelem irányítására egyaránt. Stratégiaileg sokféle módon aknázzák ki ezek lehetőségeit különböző kognitív és/vagy társas célok érdekében. Így például ezek a reflexiók segíthetik az éppen folyó diskurzus koordinálását, illetve utalhatnak korábbi diskurzusokra (LACZKÓ 2019, 2021a); támogathatják a félreértések javítását, az információk egyértelműsítését vagy az arcunkát az interakcióban (DOMONKOSI 2019a; KUNA–CSONTOS 2023); továbbá akár a manipulatív benyomáskeltés nyelvi kifejezői is lehetnek (HÁMORI 2008).

A nyelvi tevékenység a résztvevők közös és összehangolt cselekvéseként, egy közös projekt (*joint project*) keretében valósul meg (CLARK 1996), ami a valós interakciókban gyakran összefonódik más, nem nyelvi jellegű közös tevékenységekkel, a fizikai síkhoz kötődő cselekvésekkel (BANGERTER–CLARK 2003). Ez történik például egy konzultáció során, amikor az egészségügyi szakember nyelvi is közvetíti, hogy éppen mi történik, azaz nyelvi is reflektál a saját cselekvéseire, a többi résztvevő számára is hozzáférhetővé teszi azt. Így például közli, hogy a dokumentumot kinyomtatja, a gyógyszer nevét felírja egy papírra, megosztja a pácienssel verbálisan, hogy mit csinál a vizsgálat közben, és egyidejűleg magát a cselekvést

is végrehajtja a nyelvi tevékenységgel párhuzamosan. Ez utóbbi kifejezetten gyakori a fogorvosok kommunikációjában, akik a tudás egyfajta megosztásaként reflexiókkal közvetítik a páciens számára, hogy éppen mi történik, hol tartanak a kezelés folyamatában (KUNA–HÁMORI 2019, 2023; lásd 9. fejezet). Ezen reflexiók egy sajátos esete, amikor az orvos a vizsgálat során verbálisan megosztja, hogy mit lát, hall, tapasztal, érzékel. Ezt a szakirodalom ún. **online kommentálásnak** nevezi (*online commentary talk*; HERITAGE–STIVERS 1999).

Összegezve, a közös projektben az együttműködés mentálisan és interakcionálisan is történik. A nyelvi tevékenység azonban kiemelt helyet foglal el, hiszen lehetővé teszi a közös projektek koordinálását, továbbá maga is egy közös projektként működik az interszubjektív és az interperszonális funkciókkal összekapcsolódva. Ebben az összetett folyamatban a metapragmatikai reflexiók fontos szerepet töltenek be. Ezek formája és használata sokféleképpen alakulhat az adott interakcióval, a társas és nyelvi tevékenységgel és a benne szereplők céljaival összefüggésben. A metapragmatikai reflexiók az orvos-beteg interakciókban is kiemelkedő jelentőségűek a közös tudás kialakításához, megalkotásához, monitorozásához, az interakció szervezéséhez és koordinálásához, a társas viszonyok és az érzelmek kezeléséhez kapcsolódóan (KUNA–HÁMORI 2019, 2023; lásd 9. fejezet).

3.1.1.4. Beszédaktus

A nyelvhasználat tevékenységként való értelmezése szoros összefüggésben van azzal, hogy az interakciókban megnyilatkozásainkkal lényegében folyamatosan cselekvéseket hajtunk végre. A **beszédaktusoknak** vagy **beszédcselekvéseknek**³⁴ többféle megközelítése ismert, de alapvetően olyan kommunikatív cselekvésekként tekintünk rájuk, amelyeket a megnyilatkozásaink során a közös figyelmi jeleneten belül jellemzően mondatokkal valósítunk meg (TÁTRAI 2017: 1008).³⁵ Ebben szerepet kapnak az adott világrészlethez kapcsolódó tapasztalatok, ismeretek, az ehhez kötődő érzelmek, vágyak és szándékok egyaránt. Így egy-egy beszédaktus nyelvi megalkotásának és befogadásának nem pusztán információs, „tartalmi” jegyei vannak, hanem az interperszonális és társas vetületei éppúgy megjelennek. A beszédaktusoknak különböző szempontú osztályozásai alakultak ki többek között a direktségi fokuk szerint (PANTHER–THORNBURG 1997) vagy a mondatkonstrukciók alapján (CROFT 1994).³⁶ A cselekvés altípusai szerint – az intencionalitás szerepét hangsúlyozva – hagyományosan megkülönböztetjük az **asszertívumokat**, a **direktívumokat**, a **kommisszívumokat**, az **expresszívumokat** és a **deklaratívumokat** (SEARLE 1976; TÁTRAI 2017: 1014–1017) (lásd 1. táblázat).

³⁴ A *beszédaktus* és *beszédcselekvés* terminusokat a kötet egészében szinonim értelemben használom.

³⁵ Ugyanakkor a mondatnál nagyobb nyelvi egységek, akár fordulók is működhetnek beszédcselekvésként.

³⁶ Erről lásd HÁMORI 2009: 72–90; SZILI 2004: 91–96; TÁTRAI 2011: 93–99.

I. táblázat. A beszédaktusok osztályozása a cselekvések altípusai szerint
(SEARLE 1976: 10–16 és TÁTRAI 2017: 1014–1017 nyomán)

Leírás	Példa
<p>Asszertívum</p> <ul style="list-style-type: none"> • A megnyilatkozó a szavait a világhoz kívánja igazítani • Cél: elkötelezze a befogadót a propozicionális tartalom interszubjektív igazsága mellett • Pl. leírás, magyarázat, kérdés, osztályozás 	<p>(3a) Doktor: <i>Nincs egyébként semmi olyan rosszullét, panasz?</i> (HO1) (3b) Páciens: <i>Azért rugózok rajta ennyit, mert nagyon sok a pajzsmirigyes a családban, keresztanyukám is meg a nagynéném is és a többi, illetve az egyik nagymamám az pajzsmirigyrákba halt meg.</i> (HO4)</p>
<p>Direktívum</p> <ul style="list-style-type: none"> • A megnyilatkozó a világot kívánja a szavaihoz igazítani • Cél: elkötelezze a befogadót arra, hogy viselkedését a propozicionális tartalomnak megfelelően alakítsa • Pl. kérés, parancs, utasítás, figyelmeztetés 	<p>(4a) Doktor: <i>Alapvetően arról lenne szó, hogy sürgősen le kellene adnia pár kilót.</i> (V2P) (4b) Páciens: <i>Kérhetek az ő [páciens testvére] nevében vagy mondhatok az ő nevében?</i> (HO4)</p>
<p>Komisszívum</p> <ul style="list-style-type: none"> • A megnyilatkozó a világot kívánja a szavaihoz igazítani • Cél: a beszélő szándékát, jövőbeli viselkedését mutatja, a címzett vágyaira irányul • Pl. ígéret, fenyegetés, felajánlás, fogadalom, megállapodás, terv, eskü 	<p>(5a) Doktor: <i>Ezt vissza fogjuk kontrollálni vérvétel és ultrahangot is. És akkor mit tudom majd tavasszal azt mondjuk, hogy akkor egy szakorvosira is elküldjük.</i> (HO4) (5b) Páciens: <i>Akkor hát megpróbálom a diétát, és majd jövök.</i> (V2B)</p>
<p>Expresszívum</p> <ul style="list-style-type: none"> • A megnyilatkozó a szavait a világhoz kívánja igazítani • Cél: A propozicionális tartalom igazsága egyértelmű a résztvevők számára, így ismereteik nem változnak meg • Pl. gratuláció, köszönet, bocsánatkérés, felköszöntés 	<p>(6a) Doktor: <i>Jó, köszönöm szépen.</i> (HO2) (6b) Páciens: <i>Jó, és asszem ma más bajom nincsen, és elnézést, hogy ilyen problémás, macerás vagyok.</i> (HO4)</p>
<p>Deklaratívum</p> <ul style="list-style-type: none"> • A megnyilatkozó a világot a szavaihoz igazítja, és egyben a szavak világhoz igazítása is megtörténik • Cél: azonnali változás elérése a világban a szavak által • Pl. avatás, kinevezés, lemondás, összeesketés 	<p>* (7) Doktor: <i>Önnek pajzsmirigyrákja van.</i>³⁷</p>

³⁷ A példa nem a vizsgált anyagból származik, hanem LEY 1979-es kutatásából (lásd 2.2.4.1. fejezet). A csillaggal jelölés is mutatja, hogy ez kérdőjelesen tekinthető deklaratívumnak. Lényegében felmerül az a kérdés, hogy a diagnózis megalkotása tekinthető-e deklaratívumnak. A diagnózis kimondása a világ szavakhoz igazítása, hiszen nem más, mint egy szakszó, egy mesterséges címke (BNO-kód) egy testi állapotra vonatkozóan. Ugyanakkor a tünetek és a kórkép alapján van felállítva a diagnózis, így a szavak világhoz igazítása is megvalósul. A diagnózis felállításakor tehát célként fogalmazódik meg a világban szavak által történő azonnali változás elérése. A kimondott szavak a páciens számára változást hoznak, és kijelölik a hivatalos terápiás utat, a kezelés menetét is, aminek előfeltétele a diagnózis felállítása. Köszönöm UDVARDI Annának, hogy felhívta erre a figyelmemet.

A beszédaktusok bemutatott osztályozása elterjedt a pragmatikai kutatásokban, a fogalmakat a kötetben is használom. Ugyanakkor érdemesnek tartom megjegyezni, hogy a kognitív beszédaktus-klasszifikációkban számos olyan új szempont jelenik meg, amelyek az interszubjektív jelentésmegosztás társas-interakciós jellegét még inkább előtérbe helyezik. Így például bevonják a TUDÁS, ÉRZELEM és CSELEKVÉS hármását és ezek összefüggéseit; a kommunikáció szekvenciális jellegét (pl. kérdés–válasz, várható-e válasz); az explicités és a polaritás szempontjait (CROFT 1994: 471; HÁMORI 2009b: 354). Ezek a tényezők szintén fontos szerepet kapnak a kötet empirikus elemzéseiben. Így a SEARLE-féle (1976) beszédaktus-értelmezésre elsődlegesen mint fogalmi apparátusra építke az elemzésekben.

Az orvos-beteg kommunikáció kutatásában kifejezetten fontos a konzultációk során megvalósuló beszédcselekvések vizsgálata (pl. NOWAK 2009; MAKOUL 2001, 2022; Kalamazoo-egyezmény, lásd bővebben 3.2. fejezet), amelyek minél alaposabb leírása számos ponton segíti az orvos-beteg kommunikáció oktatását is (KOPPÁN és mtsai 2019). A beszédaktusok hagyományos klasszifikációja alapján elsősorban az asszertívumok, a direktívumok és az expresszívumok játszanak nagyobb szerepet az egészségügyi szakember és a páciensek kommunikációjában az oktatóvideókban és a valós orvos-beteg interakciókban (lásd 2. táblázat). További fontos szempontként jelennek meg a TUDÁS, a CSELEKVÉS és az ÉRZELEM dimenziói; a szekvencialitás, a figyelemirányítás, a társas viszonyulás (pl. udvariasság), az explicités a beszédcselekvések kapcsán (lásd 6–9. fejezet).

3.1.1.5. Deixis

Az orvos-beteg találkozások, csakúgy, mint minden más diskurzus, megragadhatók egy közös figyelmi jelenetként, amelyben a megnyilatkozó a befogadónak a nyelvi szimbólumok révén valamire (a referenciális jelenetre) irányítja a figyelmét (SINHA 2001; TÁTRAI 2011). A referenciális jelenet fogalmi-nyelvi létrehozása, feldolgozása a diskurzusvilágban történik, amely a nyelvi megalkotáson túl magában foglalja a résztvevőket és az ő fizikai és társas viszonyait. Ezeket a deixis műveletével tudjuk megragadni és leírni. A deixis kognitív funkcionális keretben olyan „műveletként határozható meg, amely a diskurzus értelmezésébe bevonja a résztvevők fizikai és társas világát, tehát azokat a kontextuális ismereteket, amelyek a beszédesemény tér- és időbeli, valamint szociokulturális viszonyainak a feldolgozásából származnak” (LACZKÓ 2021b: 469). A deiktikus elemek tehát lényegében azok a nyelvi kifejezések (pl. mutató és személyes névmások, határozószók, egyéb lexikai, morfológiai egységek), amelyekkel a megnyilatkozó utal a beszédhelyzetre, a szituációs kontextusra (TÁTRAI 2011: 126).

A deixis alapvető típusai: a tér-, az idő- és a társas deixis. Míg az előző kettő a beszédesemény fizikai teréhez, idejéhez és annak feldolgozásához, addig a társas deixis a beszédesemény szociális világához kapcsolódik, amely jellemzően a résztvevők szerepeivel és az egymáshoz való társas viszonyulásukkal függ össze, így az orvos-beteg viszonyban nagy szerepet tölt be a terápiás kapcsolat építésében (lásd 8. fejezet).

A terápiás kapcsolat, illetve szövetség kialakításában, formálásában kiemelt szerepet kap a kommunikáció (lásd 2.2.2. *fejezet*), annak interszubjektív és interperszonális funkciója egyaránt. A személyközi viszonyok alakításában számos különböző nyelvi tényező részt vehet (LINKE–SCHRÖTER 2017; BUCHHOLZ 1998, 2019), de ezeken belül is kiemelt szerepet kap a társas deixis művelete.

A **társas deixis** két, egymással összekapcsolódó típusa a személy- és az attitűddeixis (VERSCHUREN 1999; TÁTRAI 2017). A **személydeixis** a beszédesemény résztvevői szerepeit hozza működésbe, hogy azonosítsa a referenciális jelenet szereplőit (bővebben lásd TÁTRAI 2017: 968–974). Prototipikusan maga a megnyilatkozó a központi személy, azaz a **referenciális középpont** (SANDERS–SPOOREN 1997), minden más személy ehhez az ÉN-hez viszonyítva értelmeződik. A második személy a címzettet vagy címzetteket jelöli ki a referenciális jelenet szereplőjeként; a harmadik személyű reprezentáltak pedig prototipikusan a referenciális jelenetnek a megnyilatkozón és a címzeten kívül eső szereplői. A magyar nyelvben ezt a viszonyrendszert alapvetően a személyes névmások és a grammatikai személyt jelölő inflexiók morféimák működtetik (pl. igei személyragok, birtokos személyjelek) (lásd 8. *fejezet*).

A **személyjelöléssel** gyakran szorosan összekapcsolódva az **attitűddeixis** a résztvevők társas, szociokulturális viszonyait és viszonyulásait dolgozza ki (YULE 1996; VERSCHUREN 1999). Az attitűddeixis tehát az interakcióban résztvevők (egyenrangú vagy alá-fölérendelt) társas kapcsolatainak és társadalmi távolságának a jelzője (TÁTRAI 2017: 973). A magyarban a legtipikusabb megvalósulásai a tegezés és a nemtegezés, a megszólítások, címek, rangok, tiszteleti kifejezések használata (lásd bővebben DOMONKOSI 2018).

Érdeemes még kiemelni a deiktikus kifejezések kapcsán, hogy ezek ki- és feldolgozása az interakció céljaival szoros összefüggésben, kontextusfüggő referenciapontból kiindulva történik. Tehát szorosan kapcsolódnak a nyelvi tevékenységet általánosan jellemző nézőpontszerkezet alakulásához (TÁTRAI 2011: 144–50; LACZKÓ–TÁTRAI 2015: 503). Így a megnyilatkozóén túl más kiindulópontok is érvényesülhetnek. A deixis művelete tehát az egocentrikus szerveződés mellett szociocentrikus jellegzetességeket is mutathat (DOMONKOSI 2016). A beszédesemény résztvevői szerepeinek a prototipikus személyviszonyoktól való elmozdítása **deiktikus kivetítésként** működik, és sok esetben attitűdöt jelöl (DOMONKOSI 2019b). Ez figyelhető meg például az orvos-beteg és a gyógytornász-beteg interakciókban a többes szám első személyű, ún. empatikus használatban (LACZKÓ–TÁTRAI 2015: 505–506), amikor az egészségügyi szakember a páciens tevékenységét, laborértékeit a deiktikus kivetítés révén „közösként” konstruálja meg (pl. *van egy I14-es hemoglobinunk, emeljük a lábat*) (KUNA 2016a,b).

A bemutatott fogalmak több nyelvészeti irányzatban is előfordulnak, ugyanakkor az empirikus elemzésben az itt ismertetett funkcionális pragmatikai keretben értelmezem őket. A következő alfejezetben ismertetem a társalgáselemzés alapvetéseit és a kutatás szempontjából fontos alapfogalmait.

3.1.2. Társalgáselemzés

A **nyelvészeti társalgáselemzés** (*Conversation Analysis, CA*) a mindennapi társas viselkedés és cselekvések szerkezetének és működésének a felfejtését tűzi ki célul spontán, **természetesen megvalósuló társas interakciók** (*naturally occurring interaction*) vizsgálatán keresztül (STIVERS–SIDNELL 2013: 2). A társalgáselemzés szociológiai kiindulópontból jön létre, és a társas működés, a **társas interakció** felől közelíti meg a nyelvhasználatot. Lényegében a célja az, hogy megfigyelje és leírja a természetes társalgásokban az egymásba fonódó cselekvések, gyakorlatok interakcióbeli megvalósulását, szerkezetét, jellemzőit. Ez kijelöli a vizsgált anyag típusát, továbbá azt is, hogy a többi nyelvi és nyelvhasználati kérdés (pl. írott vagy tervezett szövegek) nem áll kutatásainak középpontjába. A nyelvészeti társalgáselemzés irányzata az 1970-es években alakult ki, elsődlegesen Emanuel A. SCHEGLOFF, Harvey SACKS és Gail JEFFERSON munkássága és alapozó tanulmányai nyomán (SCHEGLOFF–SACKS 1973; SACK et al. 1974). Ezek a munkák egy szűkebb koherens elméleti és módszertani keretet jelölnek ki, amelyek a nyelvészeti társalgáselemzés később megjelenő, tágabb értelmezéseinek is alapjául szolgálnak. A társalgáselemzés mind elméleti keretként, mind pedig módszertanként jelen van a nyelvészetben, a szociológiában és más diszciplínák kutatásaiban egyaránt (SIDNELL–STIVERS 2013).

A társalgáselemzésnek az elmúlt évtizedekben számos irányzata alakult ki, amelyek további „elágazások”-hoz is vezettek. Az egyik kurrens megközelítés például az 1990-es években megjelenő **interakciós nyelvészet**, ami a társalgáselemzés és a funkcionális pragmatika számos alapvetését beépítve, a természetes társalgások temporális jellegéből kiindulva vizsgálja a nyelv és a nyelvhasználat szerkezetét és működését (BARTH-WEINGARTEN 2010; MUSHIN–DOEHLER 2021). További kapcsolódások figyelhetők meg többek között a korpusznyelvészettel is (WALSH et al. 2011).

Az elmúlt 40 év arra is rámutatott, hogy az egészségügyi kontextusokban – beleértve az orvos és a páciens, a más egészségügyi szakemberek és a páciensek, valamint az egészségügyi szakemberek egymás közötti kommunikációjának vizsgálatát egyaránt – kiemelkedően fontos eredmények születtek a társalgáselemzés módszertani és elméleti kiindulópontjainak köszönhetően (lásd összefoglalva 2.2.3.2. *fejezet*; HERITAGE–MAYNARD 2006a,b; PERÄKLYÄ et al. 2008; GILL–ROBERTS 2013; BUCHHOLZ–KÄCHELE 2017). A jelen kötet empirikus elemzéseiben is építék a társalgáselemzés alapfogalmaira és módszertani elveire, ugyanakkor elméleti keretként a fent ismertetett, a nyelvészeti társalgáselemzésnél tágabb és összetettebb funkcionális pragmatikát alkalmazom. Ez nem ütközik ellentmondásba, egyrészt mert a társalgáselemzés kezdetektől fogva kapcsolatban áll a pragmatikával, sok esetben egymás részterületeként is értelmezik őket (pl. CAMERON 2001; NÉMETH T. 2006: 224; HÁMORI 2009a: 15). Másrészt számos gyakorlati kutatás igazolta, hogy a pragmatika funkcionális megközelítése jól összehangolható a társalgáselemzés módszerét bevonó beszélt nyelvi vizsgálatokkal (magyar viszonylatban pl. HÁMORI–HORVÁTH 2019; HORVÁTH és mtsai 2021), ahogy ezt a jelen kötet elemzése is megerősítik (lásd 7. *fejezet*). Mivel ezek építenek a társalgáselemzés módszertanára, így áttekintem azokat az alapfogalmakat, amelyek fontos szerepet kapnak az empirikus vizsgálatokban.

A társalgáselemzési kutatások fontos alapfogalma a **társalgás** (*conversation, talk-in-interaction*), amely a beszélt nyelvi diskurzusokat jelöli, beleértve az **informális** és a **formális** társalgásokat is (SCHEGLOFF 1968). Ez a nyelvészeti megközelítés a szóbeli társalgások, beszélgetések szerveződésének (beszélőváltás, fordulók, egyszerre beszélések stb.), a szekvenciálisan megvalósuló jelentéslétrehozásnak a vizsgálatát, ezek „törvényszerűségeinek”, jellemzőinek a feltárását állítja kutatásainak középpontjába (SACKS et al. 1974; IVÁNYI 2001).

A társalgáselemzési vizsgálatok rámutatnak, hogy a társalgások nem rendezetlenek, hanem bizonyos általános elvek mentén szerveződnek (BORONKAI 2009: 45, DEPPERMAN 1999: 7–12 alapján). Általános jellemzőjük tehát, hogy időben egymás után megvalósuló lépésekben, a partnerek aktív jelentéslétrehozó tevékenysége során jönnek létre. A résztvevők tehát lépésről lépésre, lokálisan hozzák létre a társalgás rendjét az interakcióban. A társalgás során a résztvevők jellemzően felváltva töltik be a **megnyilatkozói** és a **befogadói szerepet**. Továbbá mindig van egy egyéni és/vagy közös célja a társalgásnak, amelyet különböző interakciós cselekvésekben dolgoznak ki a **beszédpartnerek**.

A társalgások nagyon eltérőek lehetnek. Prototipikusan egy fizikai térben és időben, közvetlen interakciós helyzetben, szóban, spontán módon valósulnak meg, a résztvevői szerepek folyamatos cserélődésével. Ugyanakkor ettől eltérő társalgások is vannak akár a tervezettség nagyobb mértéke (pl. előadás, tárgyalás), a szerepviszonyok kötöttsége (pl. interjú, tanórai kommunikáció, orvos-beteg konzultáció), az interakció közege (pl. cset, e-mail) tekintetében.

A társalgáselemzési kutatások alapfogalmai közé tartozik a két ember közötti beszélgetés, a **dialógus** és a kettőnél több résztvevő interakciója, a **polilógus** (*multi-party-conversation*) (BORONKAI 2009: 39).³⁸ Mind a dialógusok, mind a polilógusok különböző nyelvhasználati vagy kommunikációs színtereken (KISS 1995: 68) zajlanak, amelyek többek között a **formalitás** és a **tervezettség (spontán, félspontán, tervezett)** mentén jellemezhetők (GÓSY és mtsai 2009; BARTHA–HÁMORI 2010: 299–300). Ennek megfelelően a konverzációelemzések középpontjában kezdetektől fogva a hétköznapi, spontán beszélgetések (pl. családi, baráti beszélgetés, small talk a zöldségesnél) és az intézményes közegben zajló, formális(abb), tervezettebb társalgások (pl. állásinterjú, orvos-beteg konzultáció, tárgyalótermi kommunikáció) egyaránt kiemelt szerepet játszanak. A társalgáselemzések elsődleges célja a beszélgetések szerkezetének, belső szerveződésének a feltárása, amely új alapfogalmak megteremtését is magával hozza.

Ilyen alapfogalom például a **forduló** vagy **beszédlépés** (*turn*), azaz az egy beszélő által elmondott kommunikációs egység, ami a beszélőváltásig tart. A társalgás és annak értelem szerkezete a fordulók (időbeli) egymásutániségében lépésről lépésre (szekvenciálisan) jön létre a résztvevők nyelvi tevékenysége során (SCHEGLOFF–SACKS 1973; SCHEGLOFF 2007). Az egyes fordulók nem mondatnyi egységek, nem megnyilatkozások, hanem sajátos szituációs, társas, kulturális és kognitív tényezők által meghatározott módon szerveződő egységek, amelyek létrehozása és feldolgozása egyaránt dinamikusan zajlik az interakcióban (IVÁNYI 2001;

³⁸ Ezek főként a magyar társalgáselemzésben használatos alapfogalmak.

BORONKAI 2009: 39). Ezek lehetnek akár egyetlen szó vagy akár többmondatnyi terjedelműek is. A fordulók határán történik a szóátadás vagy **beszélőváltás** (*turn-taking*), amelyet a résztvevők alakítanak számos folyamat és tényező összjátékában (SACKS et al. 1974). Egy forduló a megelőző és a rákövetkező fordulóval egy szorosabb egységet, ún. **szomszédsági párt** alkothat, amelyek egymással szorosabban összekapcsolódnak. Ilyenek például az üdvözlés és viszonzása vagy a kérdés és a válasz, ahogy azt a (8)-as példa is mutatja.

(8)

Doktor *Jó, köszönöm szépen. Ön most hozott leletet, vagy a gépből néztem meg?*
 Páciens *Nem, nekem azt mondták, hogy nem kell visszamennem
 mer' a gépben benn lesz.*

(HO2)

A beszélőváltás során a **beszédjog**, azaz a megnyilatkozásra, a megszólalásra való jogosultság, az újonnan megszólaló résztvevőhöz kerül; ennek alakulását számos tényező befolyásolja (pl. a résztvevők száma, a reakció sebessége, a szituációs kontextus). A társalgáselemzési kutatásokban nagy hangsúly helyeződik a beszélőváltás folyamatának a vizsgálatára, így például a **lehetséges szóátvételi pontok** (*transition-relevance place[s]*) prozódiai, szemantikai, szintaktikai és pragmatikai jellemzőinek feltárására. További fontos szempont a beszélőváltáshoz kötődő időzítés, azaz a két beszélő megnyilatkozása között eltelt idő értéke, az **FTO** (*Floor Transfer Offset*) (HÁMORI–HORVÁTH 2019; HORVÁTH és mtsai 2021; KREPSZ és mtsai 2023). Szintén az időzítés kérdésköréhez tartozik a **szünetek** vizsgálata, amelyek az egyes diskurzusműfajokban és helyzetekben nagyon különböző jellemzőkkel írhatók le (pl. időtartam, megjelenés, szintaktikai jellemzők). Vannak az úgynevezett **néma szünetek** (*pause, gap*) és a **kitöltött szünetek** (MARKÓ 2015; GYARMATHY és mtsai 2020).

A beszélőváltások történhetnek néma szünettel (az FTO-érték pozitív), azonnali átadás-sal (az FTO-érték nulla), valamint **átfedő beszéd**ként, **egyszerre beszé**lésként (az FTO-érték negatív). A beszélőváltás időzítésének és ezen belül az átfedő beszéd jellegzetességeinek a vizsgálata kiemelkedően fontos területe a társalgáselemzésnek különböző kontextusokban (HORVÁTH és mtsai 2021: 255–257), többek között az orvos-beteg interakciókban is (lásd összefoglalva 7.1. fejezet).

Mivel a társalgáselemzés beszélt nyelvi anyagokat vizsgál, így a kutatás alapvetően fontos lépése az anyaggyűjtés. Ez jellemzően a társalgások hang- vagy videófelvételes rögzítésével zajlik.³⁹ A vizsgálati anyag gyűjtése pontos tervezést és dokumentálást igényel, amelynek sok

³⁹ Az elmúlt két évtizedben jelentős mennyiségű, nyilvános hang-, illetve videófelvétel lett elérhető, amelyek bizonyos kutatási témák esetében leegyszerűsíthetik az anyaggyűjtés fázisát. Egyre gyakoribbak továbbá a különböző beszélt nyelvi korpuszok. Ilyen magyar viszonylatban a *BEA. Beszélt nyelvi adatbázis* (lásd: <https://fonetika.nytud.hu/beat-beszelt-nyelvi-adatbazis/>); angolul a *BNC (British National Corpus)* is tartalmaz egy tekintélyes szóbeli részt (lásd: <http://www.natcorp.ox.ac.uk/>); valamint németül az *Archiv für Gesprochenes Deutsch* is említendő (lásd: https://agd.ids-mannheim.de/korpus_index.shtml#2) (*Letöltés ideje: 2023. június 27.*).

esetben kutatásaitikai és egyéb vonatkozásai is vannak.⁴⁰ A beszélt nyelvi anyagok rögzítésén túl kiemelten fontos feladat a társalgások átírása. A **transzkripció** alapelve, hogy megőrzi a beszélt nyelvi szövegek sajátos jellemzőit, így például a szupraszegmentális tényezőket, a szüneteket, a hangsúlyt, a hangerő alakulását, az intonációt, az egyszerre beszélést (lásd 7. fejezet).

Az átírás során kiemelkedő elv, hogy az minél pontosabban adja vissza a társalgás jellemzőit és tartalmát. Ehhez különböző egyezményes jeleket alkalmaznak a kutatók (JEFFERSON 2004; BORONKAI 2009: 45). Több kidolgozott jelrendszer is létezik attól függően, hogy milyen kutatási céllal dolgoznak az egyes kutatók. Sőt mára már több számítógépes program is támogatja a transzkripció folyamatát.⁴¹ Ezek nagy előnye többek között, hogy beépített jelrendszerrel dolgoznak, továbbá a szünetekről, azok hosszáról, az egyes beszélők fordulósámáról, az egyszerre beszélések gyakoriságáról kvantitatív adatokkal is szolgálnak.

Az átírás néhány jellemzőjére mutat rá a (9)-es példa.⁴² A rövid részlet egy páciens és egy pszichológus közötti konzultáció kezdőszakaszát mutatja be. A példából is látható, hogy a szóbeliség komplexitásának a rögzítése sok szempont bevonását teszi szükségessé, amelyek az írott diskurzusok esetében fel sem merülnek, így például az intonáció, az interakció egyéb zajai (ajtócsikorgás, ajtócsukódás, lapozás, sóhajtás), szünetek, az egyes megnyilatkozások **időtartama**, egymással párhuzamos cselekvések, egyszerre beszélések stb. (lásd bővebben 3. melléklet).

(9)		
001	Páciens:	<i>bejöhettek↑</i>
002		<i>((ajtó nyikorog))</i>
003		<i>(--)</i>
004	Pszichológus:	<i>á megérkezett jöjjön üljön</i>
005		<i>[le]</i>
006		<i>(((ajtócsukódás)))</i>
007		<i>(3.63)</i>
008		<i>akkor maga mmm</i>
009		<i>(--)</i>
010		<i>kovács bálint °hh</i>
011	Páciens:	<i>igen két hete találkoztunk először akkor volt nálam pszichológiai</i>
012		<i>vizsgálaton</i>

⁴⁰ Ilyen kérdés például, hogy a kutató jelen van-e a felvétel készítésekor megfigyelőként, vagy részt vesz-e a kommunikációban (pl. fókuszcsoportos beszélgetésben, interjúban, egyéb társalgásban).

⁴¹ Ilyen program például az Exmeralda, a Folker is. Az utóbbival készült a jelen kötet empirikus anyagának az átírása (SCHMIDT–SCHÜTTE 2010). Az átíráskor használt jeleket lásd a 3. mellékletben.

⁴² A példa az elemzett anyagból származik a fejezet többi példájához hasonlóan. Ebben az esetben azonban nem helyesírást követő az átírás, hiszen pontosan a beszélt nyelvi jellemzők írásos rögzítésének a bemutatása a cél. Az itt látható átírás, amely Folker programmal készült, egy lehetséges módja a beszélt nyelv lejegyzésének. Ennek részleteire a 4. fejezetben térek ki, a jelek magyarázatát pedig részleteiben a 3. melléklet tartalmazza.

- 013 Pszichológus: [°hhh]
 014 [((lapozás hangja))]

(VIP)

Összegezve elmondható, hogy a társalgáselemzés nagy lendületet adott az orvos-beteg kommunikáció kutatásának, ami nagyban köszönhető az általa nyújtott fogalmi apparátusnak és szisztematikusan használható módszertannak (lásd összefoglalva 2.2.3.2. *fejezet*, MAYNARD–HERITAGE 2005; HERITAGE–MAYNARD 2006a,b; GILL–ROBERTS 2013). Ugyanakkor nem tud egy olyan átfogó elméleti keretként működni, ami az orvosi nyelv (lásd 2.1. *fejezet*) komplexitását képes megragadni.⁴³ A kurrens irodalom alapján erre leginkább a funkcionális kognitív (vagy szociokognitív) pragmatikai megközelítés alkalmas (BIGI 2016; BIGI–ROSSI 2023). Ennek megfelelően – ahogy erről korábban is szó volt – a jelen kötet a funkcionális pragmatika elméleti keretében, ugyanakkor a társalgáselemzés módszertani lehetőségeit kiaknázva vizsgálja az orvos-beteg konzultációt mint diskurzust.

3.2. Az orvos-beteg konzultáció mint diskurzus

A nyelvi tevékenység, valamint a társalgások bemutatott jellemzői érvényesek az egyes diskurzusműfajokban, így keretet adnak az egészségügyi szakember és a páciense között zajló kommunikációnak is. Az orvos-beteg konzultációt tekinthetjük egy **diskurzusműfaj**nak, azaz **beszédesemény**nek, amelyben nyelvi és cselekvésbeli mintázatok jönnek létre, ismétlődnek, aktiválódnak (STEEN 2011: 28; KUNA–SIMON 2017: 261). A diskurzusműfaj egyszerre a nyelv, a diskurzus és a megismerés közös kategóriája (STUKKER et al. 2016), így képes keretet adni az orvos-beteg konzultáció komplex nyelvi, társas és szociokulturális viszonyainak vizsgálatához.

Az orvos-beteg konzultáció prototipikusan olyan szóbeli diskurzus, amelyben az egészségügyi szakember és a páciens lépésről lépésre interszubjektív jelentéseket hoz létre és oszt meg egymással; nyelvi, társas és terápiás cselekvéseket hajt végre, hoz működésbe; valamint ezekkel szoros összefüggésben folyamatosan személyközi kapcsolatot épít, illetve tart fenn. Az orvos-beteg konzultációk – mint minden egyéb szóbeli verbális személyközi kommunikáció – multimodálisan valósulnak meg a nyelvi és a nonverbális jelek összhatásában (NÉMETH T. 2005).

⁴³ Ez részben azzal is összefügg, hogy a társalgáselemzés, illetve újabban az interakciós nyelvészet lényegében a szóbeli interakciók vizsgálatát tűzi ki célul. Az orvos-beteg, illetve tágabban egészségügyi kommunikáció kutatásában ez központi jelentőséggel bír, de nem fedi le a folyamat egészét. Egyre nagyobb jelentősége van az írásbeli kommunikációnak a közvetlen orvos-beteg interakciókban is, valamint az egyes helyzetek egymásba ágyazódásának is (pl. e-mail, cset, hangüzenet, dokumentumok, leletek).

A nyelvi tevékenység fenti értelmezése keretet adhat az orvos-beteg kommunikáció egymással szorosan összekapcsolódó, fő kommunikatív céljainak vizsgálatához is (WASSERMAN–INUI 1983; COHEN-COLE 1991; FONG HA et al. 2010: 38; BIGI 2016: 24–30), amelyek a következők: 1. az egészségügyi szakember és a páciense közötti **információcsere** (*tudásmegosztás, közös tudás, common ground*); 2. a **terápiás együttműködés**, valamint a gyógyító kapcsolat kiépítése (*rapport*); továbbá 3. az ezekkel szoros kapcsolatban álló **közös döntéshozatal** támogatása (*shared decision making*). Ezek a funkciók jellemzően több lépésben, számos beszédaktus révén, dialogikusan szerveződve valósulnak meg az interakcióban (lásd 5–9. fejezet).

Fontos továbbá hangsúlyozni, hogy a kapcsolatépítés, a tudásmegosztás, a közös tudás kialakítása, a terápiás cselekvések és döntések dinamikusan valósulnak meg az interakcióban. A dinamikus jelentéslétrehozás szituációs kontextusában azonban nagy szerepet kap az orvos-beteg konzultációról (mint helyzetről, cselekvéstípusról) való sematikus tudás. Az orvos-beteg konzultációnak van egy **foratókönyve**, egy összetett sémája. Ezt a komplex sémát sztenderdizált, jellemzően visszatérő eseménysorok, szituációk és rituálék alkotják, amelyekben a résztvevők (többé-kevésbé) kölcsönösen megértik a történéseket, és ennek megfelelően cselekszenek, „játsszák” szerepüket. A foratókönyvek tartalmazzák a nyelvi interakció összetevőit, beleértve az ehhez kapcsolódó ismereteket, eseményeket, a résztvevőket; ezen túl a releváns eszközöket és az egyéni és társadalmi cselekvés komplex viszonyait, valamint a hagyományozódott szövegmintázatokat egyaránt (EYSENCK–KEANE 2003: 295–297; TOLCSVAI NAGY 2001: 61, 75).

Az orvos-beteg konzultáción egy háziiorvosi rendelésen⁴⁴ például a foratókönyvnek az alábbi fontos tényezőit említhetjük:

RÉSZTVEVŐK: A háziiorvosi rendelésen alapvetően az orvos, a beteg, az asszisztens(ek) vesznek részt. Esetleg egyéb személyek is megjelenhetnek, ilyenek például a recepciós szakszemélyzet, egy rezidens vagy más szakember közvetlen vagy közvetett jelenléte is előfordulhat, illetve a hozzátartozó is bent lehet. A résztvevők saját szerepelképzeléseikkel és -elvárásaikkal, tudásukkal, érzelmeikkel, vágyaikkal vesznek részt a rendelésen.

HELYSZÍN: Jellemzően a rendelő (esetleg háznál beteglátogatás), amely magában foglalja a különböző helyiségeket (várakozó, vetkőző, vizsgáló stb.), a berendezéseket (székek, asztalok, vizsgálóágy, mosdó stb.); az eszközöket (műszerek, telefon, számítógép, nyomtató stb.). Telemedicinális orvoslás esetén a helyszín lehet a páciens otthona, és fontos közvetítő közeget jelenthet a telefon, a számítógép, amelyen videóhívást folytathatnak

⁴⁴ Fontos kiemelni, hogy az egyes orvos-beteg konzultációtípusok között nagy különbségek lehetnek (első találkozás, krónikus betegség esetén rendszeres vizit, szakrendelés, háziiorvosi, sürgősségi ellátás stb.). A háziiorvosi konzultáció sémáját azért emeltem ki, mert az empirikus elemzésben ez fontos szerepet kap.

a résztvevők. Ezt kiegészítően megjelennek az e-mail vagy egyéb applikációk, otthoni, de távolról is monitorozható műszerek.

A GYÓGYÍTÁS INTÉZMÉNYI HÁTTERE: Egy rendelés menete nagyban függ a rendelés szociokulturális háttérétől (az adott kortól, kultúrától, az országtól, az intézmény törvényi, technikai háttérétől és szokásrendjétől). Ezek megjelennek többek között a különböző dokumentumokban (pl. beutalók, receptek, táppénz); az elérhető egészségügyi szolgáltatói rendszerben (pl. EESZT); az egyes gyógyításhoz kapcsolódó intézményekben, valamint abban, hogy a páciens milyen tudással bír a gyógyítói szolgáltatásokhoz való hozzájutás lehetőségeiről.

IDŐ: Ide tartozik a rendelés ideje, a felidézett betegségstörténetek, betegutak, teendők. Az orvos és a beteg találkozásának a története, ideje (szinkron vagy aszinkron). Másképp zajlik például egy 20 éve a praxisban lévő beteggel a kommunikáció, mint azzal, aki először jelenik meg a rendelésen.

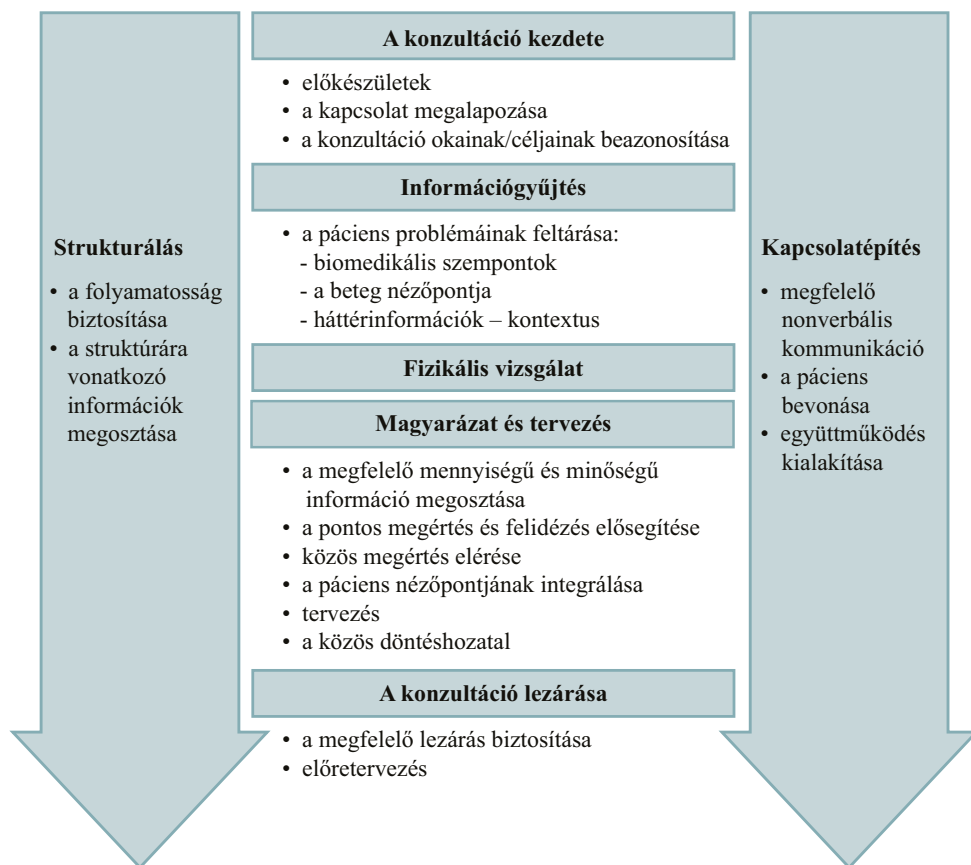
AZ ESEMÉNYEK: A rendelésen zajló események sorrendje; az előzetes és utólagos események, elvárások, az erről való tudás. Például: előjegyzés, megérkezés, bejelentkezés, várakozás, az orvoshoz való behívás, köszönés, anamnézis felvétele, kérdések, kérések, vizsgálat, teendők, dokumentumok, elköszönés stb. Ezek nem kötelező eseményei, illetve sorrendje egy rendelésnek. A táppénzes papírok intézése, egy leegyeztetett beutaló vagy receptírás más ritmusban zajlik. Továbbá hatással van ezekre a konzultáció közege is (személyes, telemedicinális, szinkrón, aszinkrón).

Az orvos-beteg konzultációnak mint feladat- és célorientált interakciónak a forgatókönyvét láthatjuk a **Calgary–Cambridge útmutatóban** is (lásd 4. ábra), amely a diskurzus cselekvéseinek, kommunikatív tényezőinek az összegzését adja.

Az egészségügyi szakember és a páciense közötti kommunikáció tehát egy közös figyelmi jelenet, amelyben jellemzően más résztvevők is megjelennek (pl. asszisztens, egyéb egészségügyi szakember, hozzátartozó). Ebben a diskurzusban zajlanak egymástól elválaszthatatlanul a tudásmegosztás, a dinamikus jelentéslétrehozás, a kapcsolatépítés és a terápiás cselekvések. A résztvevők jártassága ebben a kommunikatív helyzetben jellemzően aszimmetrikus: az egészségügyi szakember tapasztaltabb az intézményes közegben, mint a páciens.

Az orvos-beteg konzultáció forgatókönyve, azaz az erre a diskurzusműfajra vonatkozó sematikus tudás egy bizonyos fokú **ritualizáltsággal** is együtt jár (KÁDÁR 2013: 11–12; BIGI 2016: 38). Megfigyelhetők ugyanis olyan visszatérő, sematikus interakcióbeli cselekvések, szerepviszonyok, kapcsolatteremtési módok, amelyek általában, tipikusan megjelennek, aktívalódnak az orvos-beteg találkozón. Ennek fontos része például a társas-kulturális szokásokhoz

és normákhoz kötődő résztvevői szerepek nyelvi megalkotása, amelynek kiépítéséhez és fenntartásához az iteratív megszólítási és személyjelölési gyakorlatok is nagyban hozzájárulnak (DOMONKOSI–KUNA 2015; CSISZÁRIK 2017; CSISZÁRIK–DOMONKOSI 2018).



4. ábra: Calgary–Cambridge útmutató (SILVERMAN et al. 2013: 19 alapján)

A ritualizáltság fontos részét képezik továbbá azok a nyelvi minták, kommunikációs feladatok, amelyeket az egészségügyi szakemberek az egyetemi képzés során sajátítanak el az orvos-beteg kommunikációra vonatkozóan. Ilyen „feladatsorként” értelmezhető a **Kalamazoo-egyezmény** ajánlása, amelyet egy szakértői szakmai bizottság foglalt össze az egészségügyi kommunikációra vonatkozó kutatások alapján. Ennek megfelelően az orvos és a beteg közötti interakció fő feladatai a következők: 1. kapcsolatépítés, 2. a beszélgetés megkezdése, 3. információgyűjtés, 4. a beteg nézőpontjának a megértése, 5. az információmegosztás, 6. közös meggyezés a panaszokkal és a kezelési tervvel kapcsolatban, 7. a beszélgetés befejezése (MAKOUL 2001; PILLING 2008b: 48–62; JÓZSA 2011: 82–83). Az egyezmény aktualizálása egy nemzetközi

és interdiszciplináris kutatási projekt keretein belül jelenleg is zajlik (MAKOUL 2022; MAKOUL et al. 2024; lásd 3.3. *fejezet*).⁴⁵

Az egészségügyi szakember és a páciense közötti viszonyt és ennek részeként a köztük megvalósuló interakciót nagyban meghatározza az **intézményes, társas-szociális kontextus**. Ez együtt jár azzal is, hogy az orvos-beteg viszony alapvető és szükségszerű jellemzője az **aszimmetria** (PARSONS 1951; STARR 1982; MAYNARD 1991; MOLNÁR–CSABAI 1994; BIGI 2016; KUNA–DOMONKOSI 2018), amely részben az orvos egyfajta „absztrakt” hatalmi státuszából adódik, másrészt viszont az interakcióban jön létre a résztvevők jelentés-létrehozása és egyezkedése révén (MAYNARD 1991: 449). Az orvos és a páciens közötti aszimmetria tehát összefüggésben áll az orvos szakmai tudásával, társadalmi státuszával, az aktuális helyzetben való jártasságával és a köztük lévő **„terminológiai távolsággal”**. Azzal tehát, hogy az orvos „köznyelvi” és „szaknyelvi” beszélő egyszerre; míg a beteg jellemzően „laikus, köznyelvi” résztvevő (WILLIAMS–OGDEN 2004). Ez alapvető hatással van a tudásmegosztás módjára, valamint a közös célok és a közös tudás nyelvi, interakcióbeli megvalósítására is, azaz a választási és egyezkedési folyamatokra (lásd 5–9. *fejezet*).

Az aszimmetrikus viszony megítélése jellemzően negatív, mert gyakran a beteg alárendelt szerepe, a közös tudás, a közös döntéshozatal hiánya társul hozzá, azaz jellemzően a paternalisztikus modellt aktiválja. Lehetőség van azonban az aszimmetria pozitív áttervezésére is, ami javíthatja a gyógyító kapcsolatot. Ebben az értelmezésben az orvos mint „vezető” jelenik meg, aki segíti, támogatja a beteget a számára ismeretlen(ebb) társas térben és tevékenység(ek) ben. Az orvos a közös tudás és a közös döntés lehetőségének megalapozója, beleértve azt is, mennyit és hogyan kérdez, hogyan bátorítja a páciensét a saját kérdéseinek a megfogalmazására, mennyire ad teret a beteg érzelmeinek, pszichoszociális körülményeinek stb. Az orvos mozgásteret a gyógyítást érintő cselekvéstípusokban és a kommunikációban is nagyobb, ami hatással van a terápiás kapcsolat jellegére is (BIGI 2016: 41). Továbbá „kétnyelvű beszélőként” neki van lehetősége a szaknyelvi tartalmak hétköznapi közvetítésére is a páciensek felé (BIGI–ROSSI 2023).

Összességében elmondható, hogy az orvos-beteg konzultációkban fontos szerepet kap a rutinizáltság és a szerepviszonyok meghatározottsága. Ennek köszönhetően a konzultációkat az informális-formális skálát tekintve a mindennapi társalgásoknál mindenképpen formálisabb és valamilyen mértékben tervezettebb diskurzusokként értelmezhetjük, hiszen a bemutatott forгатókönyvek és az intézményes keretek az interakció számos jellemzőjét kijelölik, meghatározzák (PLÉH 2012: 147; HÁMORI–HORVÁTH 2019: 138). Ugyanakkor elmondható, hogy az orvos-beteg konzultációk valós élethelyzetben zajlanak, és természetesen megvalósuló, spontán interakciónak tekinthetők, amelyben a résztvevők közösen hoznak létre jelentéseket (vö. MAYNARD–HERITAGE 2005: 428, *naturally occurring interaction*).

⁴⁵ **Glasgow-egyezmény** (*Glasgow Consensus Statement*) néven jelent meg az első publikáció a csoport munkájáról (MAKOUL et al. 2024).

Felmerülhet a kérdés, hogy mi a helyzet a nagyobb mértékben tervezett orvos-beteg interakciókkal; így például a szimulált betegekkel, színészekkel eljátszott konzultációkkal és a tervezettség még nagyobb fokát mutató **oktatóvideókkal**, amelyek szintén fontos szerepet kapnak az egészségügyi szakemberek kommunikációs képzésében. Azért is fontos erre a kérdésre kitérni, mert az empirikus elemzés anyaga a valós interakciókon túl oktatóvideókat is tartalmaz, amelyek orvos és beteg, illetve pszichológus és páciens közötti konzultációkat jelenítenek meg (lásd *4. fejezet*). Ennek megfelelően kitérek az oktatóvideók mint diskurzusok jellemzőire.

A szimulált orvos-beteg konzultációk alaphelyzete, hogy a spontán valós orvos-beteg találkozáshoz képest ezeket mindenképpen tervezettség jellemzi. Az empirikus elemzésben bemutatott oktatóvideók esetében ez a tervezettség kifejezetten nagyfokú, hiszen megírt szöveg alapján játszották el a színészek a jeleneteket. A tervezettség más szintje jelenik meg azokban a szimulált helyzetekben (a medikusok kommunikációs óráján, a rezidensképzésben és a vizsgán), amelyeknél szerepkártyák alapján, beavatott színészek játsszák a beteg szerepét. A medikusok, orvosok társas és nyelvi viselkedése ebben az esetben az orvos-beteg interakció intézményesebb kontextusában, de spontán módon alakul. A szimulált és az egyéb oktatóvideók fontos szerepet kapnak az egészségügyi szakemberek kommunikációs képzésében, ami annak is köszönhető, hogy utat nyitnak a valós idejű gondolkodásnak, valamint megteremtik a visszajelzés és a megfigyelés lehetőségét (PILNICK et al. 2018); továbbá hozzájárulnak a terápiás alapviselkedés és a konzultáció rituáléinak, forgatókönyveinek az elsajátításához (HENRY–FETTERS 2012; KOPPÁN és mtsai 2017; EKLICS–KOPPÁN 2018; PILNICK et al. 2018).

Az eljátszott diskurzusok lényegében az orvos-beteg konzultációnak mint diskurzusműfajnak egy lehetséges megvalósulásaként működnek, amelyek magukban foglalnak számos cselekvéssort, tudáselemet, kommunikatív funkciót. Az ezek által elsajátított ismeretek valós helyzetekben aktiválhatók, kiegészíthetők, „újraírhatók”.

Az eljátszott jeleneteket egyfajta egyszerűsítés is jellemzi. Ez megmutatkozhat a környezetben (pl. berendezett szoba, nem valós rendelő); a résztvevők (tervezett) öltözékében (pl. fehér köpeny, más ruházat) és szerepköreiben; a konzultáció időtartamában stb. Ezek alapján például megfigyelhető, hogy az oktatóvideók konzultációi jellemzően rövidebbek a valódiaknál; kevesebb a résztvevő (pl. nincs asszisztens, egyéb kolléga, hozzátartozó, tolmács, más harmadik résztvevő); a „gyermekbetegek” ritkán jelennek meg. Összehasonlítva a szimulált páciensekkel forgatott jeleneteket és az oktatóvideókat, megállapítható, hogy az előbbiben nagyobb a változatosság a felsorolt tényezőket tekintve. A szimulált videók tehát sokszínűbb viselkedésbeli jellemzők elemzésére adnak lehetőséget; ugyanakkor jellemzően csak szűk körben, az adott csoporton belül megtekinthetők. Az oktatóvideók ezzel szemben nagyobb célközönséget érnek el, de gyakran egyszerűsítettebb, sematikusabb megvalósulásokat ábrázolnak.

Megállapítható, hogy ezek a diskurzusok mindegyik formájukban – szimulált konzultációk, tervezett oktatóvideók, internetes kisfilmek, egészségügyi sorozatok, orvosi helyzeteket feldolgozó gyermekmesék stb. – kiváló alapot adhatnak az egészségügyi szakemberek

társas-szakmai és kommunikatív érzékenyítésére, fejlesztésére. A nagyobb fokú tervezettség-gel jellemezhető diskurzusok vizsgálata hatással lehet a valós orvos-beteg interakciók kutatására is. Ez több szinten is megmutatkozik. Csak néhányat kiemelve a jelen kutatás anyagára vonatkozóan és általánosságban:

1. A szimulációs módszerrel történő kommunikáció fejlesztése egyre fontosabb szerepet tölt be az orvos-beteg kommunikáció oktatásában (HENRY–FETTERS 2012; EKLICS–KOPPÁN 2018; PILNICK et al. 2018), így önálló vizsgálati területként is megjelenik.
2. A jelen kötet empirikus részében elemzett oktatóvideók nagy szerepet kapnak az egészségügyi szakemberek és pácienseik közötti kommunikáció fejlesztésében, ezért azok nyelvi jellemzőinek a kutatása új aspektussal gazdagíthatja az oktatást.
3. Az oktatóvideók lehetőséget adnak befogadói attitűdök felmérésére és a kommunikációs stratégiákra való reflexiókra.
4. A vizsgálati minta lehetővé teszi a betegcentrikus és a paternalisztikus kommunikációs mód nyelvi mintázatainak bemutatását az elemzett oktatóvideókra vonatkozóan.
5. Az oktatóvideók feldolgozása új készségek és kutatási módszerek elsajátítására is lehetőséget ad az egyetemi képzés során.
6. Az elemzés utat nyit a valós és a szimulált diskurzusok összevetésének (lásd 9. fejezet).
7. Az összehasonlítás azért is fontos, mert hatással lehet a későbbi oktatóvideók anyagának létrehozására is.

Általánosságban nézve, az oktatóvideókon túl az interneten fellelhető, orvos-beteg viszonyt ábrázoló vagy más egészségügyi helyzetet bemutató videók (pl. gyógytornász-páciens) is bevonhatók az oktatásba, csakúgy, mint az egészségügyi témát feldolgozó filmsorozatok. Ezek a tervezett jelenetek jó lehetőséget biztosítanak a gyógyítás folyamatában zajló események forgatókönyvének a megbeszélésére; a kommunikatív helyzetek megtárgyalására; jó vagy rossz példák, illetve ábrázolt gyakorlatok megfigyelésére (pl. viselkedés, verbális aktusok); a valóság és az ábrázolt világ összevetésére. Ennek egy lehetséges módjára mutatok rá az 5. melléklet feladatlapjában.

A továbbiakban arra térek ki számos kutatás összefoglalása révén, hogy milyen tényezők határozzák meg az orvos-beteg kommunikáció hatékonyságát.

3.3. Kommunikáció és hatás – A hatékony orvos-beteg kommunikáció

BÁLINT Mihály (1957) úttörő kutatásait követően egyértelművé vált, hogy az egészségügyi szakember kommunikációs módja hatással van a terápia kimenetelére (lásd 2. fejezet). Láthattuk, hogy az orvos-beteg kommunikációt sokféle módszerrel és kategória-rendszer

alapján elemezték a kutatók az elmúlt évtizedekben. Ez egyrészt számos új eredményt hozott; ugyanakkor arra is rámutatott, hogy az egyes elemzések eredményei nehezen összehangolhatók, illetve összehasonlíthatók.⁴⁶ Továbbá kérdésként merül fel, hogy a résztvevők közötti nyelvi tevékenység (annak komplex mivoltában) miként függ össze a terápia kimenetelével, annak hatékonyságával.

A szakirodalmi összefoglalások arra mutatnak rá, hogy a kommunikáció különböző módokon hat a terápiára. BECK és munkatársai (2002) huszonekét tanulmány szisztematikusan metaelemzése alapján az orvos-beteg kommunikáció verbális és nonverbális tényezőit, illetve ezeknek a terápia kimenetelére való hatását vizsgálták. Az elemzés a pozitív és a negatív összefüggéseket is összegezte. Ennek alapján huszonekét verbális és hat nem verbális viselkedéstípust azonosítottak az orvos interakciójában, amelyek pozitívan hatnak a terápiára. Ezzel szemben tizennégy verbális és hét nem verbális jellemzőt írtak le, amelyek negatív hatást gyakorolnak a terápia kimenetére (lásd 2. táblázat).

2. táblázat. A verbális és a nem verbális kommunikáció tényezői az orvos-beteg kommunikációban
(BECK et al. 2002: 31–36 alapján)

	POZITÍV	NEGATÍV
VERBÁLIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Az orvos a páciens helyzetének megértését jelzi (empátia) 2. Empátia kifejezése (mint globális értékelési változó) 3. Az orvos megnyugtató vagy támogató megnyilatkozásai, valamint a páciens kérdésre, proaktivitásra való ösztönzése 4. Lehetőség biztosítása arra, hogy a páciens nézőpontja határozza meg a beszélgetést az orvossal való találkozás záró részében 5. Az objektív kijelentések magas aránya az orvos-beteg találkozás lezáró részében (magyarázat) 6. Odafigyelő-passzív orvosi szerep (meghallgatás) 7. Az orvos pozitív megerősítése, illetve pozitív érzéseinek kifejezése a páciens személyével és cselekedeteivel kapcsolatosan (bátorítás) 8. Nevetés és viccelődés az orvos részéről (feszültségoldás) 9. A páciensek mindennapi életének a bevonása, pl. társas kapcsolatok, érzések, érzelmek (pszichoszociális beszélgetés) 10. Pszichoszociális kérdések (zárt és nyitott) felvetése és tanácsadás 11. Több idő fordítása az egészségügyi oktatásra/betegedukációra 12. Egészségügyi adatok megosztása a pácienssel 13. A kezelés hatásainak átbeszélése 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Passzív elfogadás 2. Negatív szociális-érzelmi interakciók 3. Formális viselkedés 4. Szembehelyezkedés és passzív elutasítás (nem integratív viselkedés) 5. Biomedikális kérdések dominálnak 6. Félbeszakítások 7. Egyirányú információáramlás a betegtől az orvos felé (információgyűjtés visszajelzés nélkül) 8. Szembehelyezkedő viselkedés 9. Domináns direktív stílus 10. Megjegyzések a páciens tapasztalatait illetően 11. Ingerültség és idegesség 12. Részletező visszajelzés adása az orvos-páciens találkozás befejező részében 13. Szorongás vagy feszültség 14. Véleménynyilvánítás a fizikális vizsgálat során

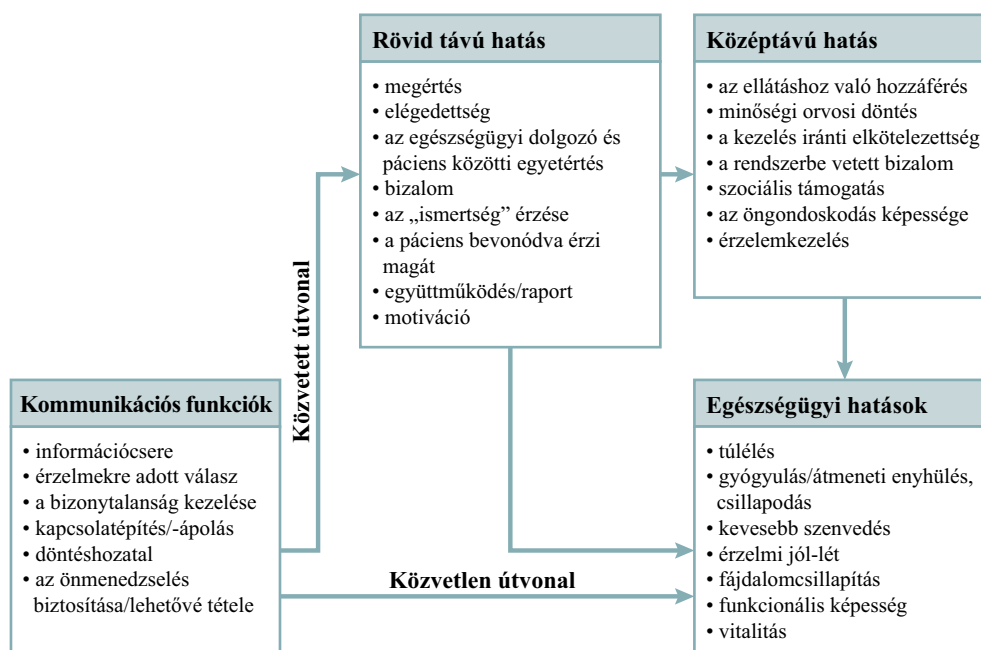
⁴⁶ Lásd például WASSERMAN–INUI 1983; ROTER–HALL 1989; MOIRA 1995; ONG et al. 1995; ROTER–LARSON 2002; BECK et al. 2002; NOWAK 2009; STREET et al. 2009.

	POZITÍV	NEGATÍV
VERBÁLIS	14. Barátságosság 15. Udvariasság 16. Fogékonyság a beteg kérdéseire és kijelentéseire (odafigyelés) 17. Összefoglalás 18. A beteg szintjének megfelelő beszéd és az állítások pontosítása (információadás) 19. Dominánsabb orvos 20. A páciens tájékoztatása a fizikális vizsgálat során 21. Hosszabb konzultáció 22. Több idő ráfordítása az anamnéziszfelvételre és a betegdukációra	
NEM VERBÁLIS	1. Kölcsönös szemkontaktus 2. Az orvos fejbólintása 3. Előrehajlás 4. Közvetlenebb testhelyzet 5. Nem keresztbe tett lábak és karok 6. Karok szimmetriája	1. Főként a páciens keresi a szemkontaktust 2. Az orvos testhelyzete 45–90 fokos szögben fordul el a páciensről 3. Közvetett testorientáció 4. Hátradőlés 5. Keresztbe tett karok 6. Vizsgálathoz kötődő (klinikai) érintés 7. Gyakori érintés

A metaelemzés a verbális és a nem verbális kommunikáció számos fontos tényezőjére rámutat, amelyek – egymást kiegészítve – összefüggésben állnak a terápia kimenetelével, így a beteg elégedettségével, együttműködésével és hosszútávon az egészségügyi állapotának a minőségével (BECK et al. 2002: 27). Ugyanakkor a modell nem tér ki a kommunikáció és a terápia kimenetének különböző dimenzióira, illetve ezek összefüggéseire.

STREET és munkatársai (2009) ezzel kapcsolatban arra hívják fel a figyelmet, hogy a kommunikáció és a terápia kimenetele önmagukban is összetett jelenségek, és amikor ezek összefüggéseiről beszélünk, szükséges tisztázni, hogy mely elemeik kapcsolatát vizsgáljuk. A terápia kimenetének része ugyanis például a beteg gyógyszereszedési szokása; fizikai és pszichológiai állapota; a viselkedésének megváltozása is (pl. dohányzásról való leszokás). Ezeknek mérése és elemzése pedig nagyon különböző módszerekkel történhet. Továbbá annak elemzésekor, hogy a kommunikáció hogyan hat a terápia kimenetére, szükséges figyelembe venni azt, hogy a kommunikáció mely aspektusa járul hozzá az eredményhez. Ezenkívül annak a megértése is elengedhetetlen, hogy milyen szerepet kapnak a kontextuális tényezők. Így a családi, társas-kulturális szempontok bevonása alapvetően fontos a terápiás kimenet komplexitásának az értelmezéséhez. Ennek megfelelően STREETék (2009: 296–297) célja az volt, hogy feltárják, hogy a kommunikáció egyes aspektusai milyen kimeneti tényezőkkel állnak összefüggésben. Azt is figyelembe vették, hogy főként a krónikus betegségek kezelésében, valamint a rákkal élőkkel való kommunikációban nem egy-egy orvos-beteg találkozó befolyásolja a terápia kimenetét, hanem a konzultációk sorozata, az ebben kiépülő kapcsolat, tudás és terápiás együttműködés. Ezen túl a más egészségügyi szakemberekkel, a családdal, barátokkal, betegtársakkal folytatott kommunikáció szintén fontos hatótényezőnek bizonyult.

Ezekkel összefüggésben STREETék (2009) a kommunikációs funkciókat és a terápiás kimenetet közvetett és közvetlen úton kapcsolták össze (lásd 5. ábra). A szerzők kiemelik, hogy a kommunikáció közvetlenül is hatással van a páciensek fizikai és főként pszichológiai érzéseire (pl. empátia kifejezése, nonverbális kommunikáció). Ugyanakkor számos esetben közvetett úton rövid- és középtávú hatást gyakorol a terápiával kapcsolatos tudásszervezésre, kapcsolatépítésre és a közös döntéshozatal menetére, illetve a páciens egészségügyi állapotára.



5. ábra. A közvetlen és a közvetett út a kommunikáció és a terápiás kimenet között (STREET et al. 2009: 297 nyomán)

A tanulmány a rákbetegséggel élőkre vonatkozó kutatás alapján két olyan útvonalat, „ösvényt” határoz meg, amelyben a kommunikáció és a terápia hatása közvetlenül vagy közvetve összekapcsolódik, és amelyek nagy valószínűséggel más betegségek esetén is fontos szempontokat jelölnek ki. Ezek összegezve a következők: az egészségügyi rendszer elérhetősége; a páciens egészségügyi állapotára vonatkozó tudása és az egészségügyi dolgozóval való közös, megosztott tudása; ezzel kapcsolatban egy magasabb szintű döntéshozói képesség; a terápiás szövetség erősítése; a páciens támogatása, hogy kezelni tudja az érzelmeit; a páciens aktivitásának a támogatása; a családi és társas támogatás fejlesztése (STREET et al. 2009: 297–299). Ezek a szempontok egyrészt rámutatnak a legfontosabb tényezőkre a tudásszervezéssel, a kapcsolatépítéssel és a közös döntéshozattal összefüggésben. Másrészt arra is felhívják a figyelmet, hogy a hatékony egészségügyi kommunikáció vizsgálatokor elengedhetetlen figyelembe venni annak tágabb társas-kulturális kontextusát (pl. család, barátok, e-páciens-csoportok), valamint a páciens egyéni tudását, igényeit, érzelmeit. Tovább árnyalhatja a képet az orvosok

nem semlegességének a kérdése is (*non-neutrality*),⁴⁷ amelynek tudatosítása fontos lépés a betegcentrikus kommunikációban (Rossi et al. 2017).

Többek között ezek a tényezők is időszerűvé tették a Kalamazoo-egyezmény újragondolását, ami jelenleg is zajlik nemzetközi, interdiszciplináris kutatói együttműködéssel (lásd **Glasgow-egyezmény**; MAKOUL 2022; MAKOUL et al. 2024).⁴⁸ Ebben alapvető kiindulópont, hogy az egészségügyi szakember és a páciense közötti konzultációnak olyan találkozásként kell megvalósulnia, amelyben hatékonyan értékelik és kezelik az egészségügyi problémákat, és ezzel egy időben tiszteletben tartják minden résztvevő emberi mivoltát; kiemelve, hogy ez az attitűd „a fonendoszkóp mindkét oldalán” előnyökkel jár. Ezzel a kiindulóponttal még nagyobb hangsúly kerül a terápiás kapcsolatra, amit az is bizonyít, hogy az új konszenzus három átfogó, a találkozások és utánkötetések egészét átszövő feladatai között szerepelnek az alábbiak: 1. emberi kapcsolat kialakítása; 2. a beteg nézőpontjának megértése; 3. alkalmazkodás a beteghez és a helyzethez.

Az új egyezményben kiemelt szempontként jelennek meg a kortárs egészségügyi ellátás új tényezői, gyakorlatai és kihívásai (többek között a telemedicina is). A megújult konszenzus nagyobb teret ad a szociokulturális beágyazottságnak és változatosságnak, elismerve, hogy az előző változat elsődlegesen észak-amerikai szemléletet tükrözött, holott az egyes országok más-más stádiumában lehetnek a kommunikáció tanításának, alkalmazásának.

Az új koncepció elfogadja a korábban megfogalmazott feladatokat (lásd 3.2. *fejezet*), de kiegészíti egy ajánlással, „előfutarral” a „Készülj fel!”-l. Ez magában foglalja azt is, hogy az egészségügyi szakember félreteszi más feladatait (előző beteg, egyéb teendők stb.), és figyelmét az elkövetkezendő konzultációra, illetve páciensre összpontosítja, esetleg meglévő leleteit, dokumentációit előre tanulmányozza. Fontos továbbá, hogy a konszenzus nem egy előíró szabványként kíván működni az orvosképzésben, hanem az oktatásban résztvevők visszajelzéseit beépítve iránymutatásként tud funkcionálni nem kizárólag az orvos-beteg kapcsolat, hanem a tágabb egészségügyi ellátás egész folyamatában (ápolók, gyógytornászok, dietetikusok, egyéb szakemberek). Ennek a megközelítésnek az is fontos alap gondolata, hogy az egyes tudományterületek között szorosabbra fűzze az együttműködést, és ne előíró szemléletet és statikus minták oktatását írja elő, hanem egy dinamikusabb kommunikációs és kapcsolatteremtési alapra építsen.

⁴⁷ A nem semlegesség (*non-neutrality*) azt jelenti, hogy az egészségügyi szakember számos preferenciával rendelkezik a kezelések során, amelyre a szakmai protokollok, személyes beállítódások és tapasztalatok is nagy hatással vannak. Ezek jellemzően olyan tudás részei, amelyek nagyban segítik a sikeres terápia útjának kijelölését, ugyanakkor bizonyos esetekben hátráltathatják a páciens attitűdjének a megértését. Érdemes azzal tisztában lennie az egészségügyi szakembernek, hogy a terápia során nem tud teljesen semleges attitűdöt képviselni az egyes eljárásokkal és terápiás folyamatokkal kapcsolatban (Rossi et al. 2017).

⁴⁸ Ebben a szakmai munkában Udvardi Anna nyelvész és gyógytornász is részt vesz Magyarországról. Ezúton köszönöm neki és Gregory MAKOULnak, hogy a készülő konszenzus anyagába, koncepciójába betekintést nyerhettem (lásd bővebben MAKOUL et al. 2024).

Mindez azt is magával hozza – és erre a szakirodalmi összefoglalók is rámutatnak –, hogy az orvos-beteg kommunikáció vizsgálatához olyan kommunikációs modell, illetve elméleti keret kiválasztása szükséges, amely képes ennek a komplexitásnak a leírására, értelmezésére, beleértve a konzultációk fő funkcióinak, a kontextusnak és a jelentésképzés szekvenciális szerveződésének vizsgálatát egyaránt (BIGI 2016: 37–38), továbbá interdiszciplináris közegben is jól működtethető. Ezzel összefüggésben és a nemzetközi kutatásokkal is összhangban választottam empirikus elemzésemhez a már bemutatott funkcionális kognitív pragmatikai megközelítést és a társalgáselemzés módszertanát (lásd 3.1.1., 3.1.2. fejezet).

Az elméleti áttekintés át is vezet a kötet másik nagy részéhez, amelyben több empirikus vizsgálaton keresztül mutatom be az itt bevezetett jelenségek interakciós megvalósulásait.

3.4. Összegzés – Az orvos-beteg kommunikáció nyelvészeti kutatásának elméleti háttere

Az orvos-beteg és tágabban véve az egészségügyi kommunikáció kutatásában a funkcionális nyelvszemlélet sok új eredményt hozott. Ezzel összefüggésben ez a fejezet bemutatta a funkcionális nyelvleírás alapjait, bevezette az empirikus elemzés szempontjából kiemelkedő pragmatikai és társalgáselemzési alapfogalmakat (pl. diskurzus, társalgás, forduló, szomszédsági pár, transzkripció, közös figyelmi jelenet, common ground, metapragmatikai tudatosság, beszédaktus, deixis).

Az elméleti háttérre alapozva az orvos-beteg konzultáció jellemzően és prototipikusan egy szóbeli, spontán diskurzusnak, illetve diskurzusműfajnak tekinthető, amelyben számos nyelvi és interakciós cselekvés valósul meg különböző mértékű ritualizáltsági fokon (pl. udvariassági aktusok, anamnéziszfelvétel). A konzultációk az ismétlődő cselekvések révén interakciós cselekvési mintázatokkal írhatók le, amelyek eseményszerű komplex sémákba, forgatókönyvekbe rendeződnek. Ezen sémák a konkrét orvos-beteg konzultációkban jönnek létre, ebben működnek, illetve változnak. Működés közben bizonyos elemek előtérbe kerülnek, aktiválódnak, míg mások háttérben maradnak. Így az egyes konkrétan megvalósuló konzultációk között nagy különbségek is adódhatnak.

A fejezet arra is kitért, hogy az orvos-beteg kommunikáció kutatásának elmúlt évtizedeiben kirajzolódtak azok a fő funkciók, amelyek magával a kommunikációval hozhatók összefüggésbe, és kiemelkedően fontosak. Összefoglaló elemzések alapján ezek a következők: az információcsere (a tudásmegosztás és a közös tudás szervezése); a kapcsolatépítés és a résztvevők közötti terápiás együttműködés (*rapport*); valamint a közös döntéshozatal (*shared decision making*). Ezek önmagukban is összetett, több irányból megközelíthető jelenségek. A komplex képet tovább árnyalja, ha azt a kérdést is feltesszük, hogy a kommunikáció milyen összefüggésben áll a kimenettel, azaz a terápiás eredményeket nézve mennyire tekinthető

hatékonyak. A fejezet arra is rámutatott, hogy a hatékony orvos-beteg kommunikáció több aspektus összefoglaló címkéje, amely számos rövid és középtávú hatást egyaránt magában foglal (pl. egészségügyi állapot, egyéni érzések, bizalom, megértés, öngondoskodás, szociális támogatás).

Az orvos-beteg kommunikáció ezen komplexitásának a megragadásához szükséges egy olyan kommunikáció-, illetve nyelvhasználat-értelmezés, amely ehhez a sokrétűséghez képes értelmezési keretként szolgálni. A nemzetközi kutatások alapján elmondható, hogy a funkcionális nyelvészeti irányzatok (FRANKEL 2000; HERITAGE–MAYNARD 2006a), azon belül is a funkcionális kognitív vagy szociokognitív pragmatika alkalmas keretként működhet (CUMMINGS 2009, 2017; BIGI 2016).

II.
A KAPCSOLATÉPÍTÉS ÉS
A TUDÁSMEGOSZTÁS NYELVI
JELLEMZŐI AZ ORVOS-BETEG
KOMMUNIKÁCIÓBAN – KUTATÁSOK

4. Konzultáció- és diskurzustípusok az orvos-beteg kommunikáció vizsgálatában

„Amikor különféle kutatási módszerekkel vizsgáljuk az egészségügyi kontextusokat és témákat, ennek részét képezik olyan feltételezések és eljárások, amelyek kihatnak a kutatás minden aspektusára, így végső soron az eredményeire is. Ez azt is jelenti egyben, hogy a módszereink meghatározzák, mit tudunk meg. Tekintettel arra, hogy az egészség mindannyiunk számára fontos, minél többet tudunk, annál jobb.”⁴⁹

(WHALEY 2014: xix)

Az előző fejezetekből láthattuk, hogy az egészségügyi kommunikáció kutatásában az elmúlt 60 évben különböző kutatási kérdések, témák, folyamatok és trendek jelentek meg. A nagyszámú kvantitatív és kvalitatív szempontú elemzés eredményeképpen egyre több tudás halmozódott fel az orvos-beteg, tágabban véve az egészségügyi kommunikáció működéséről, annak hatékonyságát befolyásoló tényezőkről. Történetileg betekintést kaphattunk többek között abba is, hogy miként vált a kommunikációs és a társas viselkedés a gyógyítás folyamatának fontos tényezőjévé, valamint hogyan alakulnak és élnek együtt ezen mintázatok (modellek). Ezekkel összefüggésben a kutatások központi kérdésköréhez tartozik a hatékony orvos-beteg találkozók verbális és nonverbális jellemzőinek a feltárása, a betegcentrikus orvoslás diszkurzív mintáinak megismerése, a kapcsolatépítés, a tudásmenedzsment és a közös döntéshozatal összetett folyamatainak bemutatása. A következő öt fejezetben is ezeket a témákat járom körül magyar nyelvű anyag vizsgálatán keresztül változatos módszertani utakon, az alábbi fő kérdések mentén:

1. Hogyan jellemezhető a beteg- és az orvosközponitú interakció?
2. Milyen hangtani, pragmatikai és nonverbális jellemzők mentén írható le a beteg- és az orvoscentrikus kapcsolatépítés?
3. Milyen társalgás az orvos-beteg konzultáció?
4. Milyen jellemző kommunikatív mintázatai vannak a kapcsolatépítésnek az orvos-beteg konzultáción?

⁴⁹ Az eredeti idézet: “When we use various research methods to investigate health contexts and topics, there are assumptions and procedures involved that affect every aspect of the research process, and, ultimately, the findings. That is, our methods determine what we know. Given the importance of health to every one of us, the more we know, the better” (WHALEY 2014: xix).

5. Milyen összefüggést mutat a tudásmenedzsment és a nyelvi reflexió az orvos-beteg konzultáción?

Az elméleti, illetőleg történeti áttekintés arra is rámutatott, hogy ezen témák vizsgálatában mind a kvantitatív, mind a kvalitatív, sőt a kevert módszer alkalmazása is számos új eredménnyel szolgál az egészségügyi kommunikáció működéséről (WHALEY 2014; BAREISS 2017; HERITAGE–MAYNARD 2006b). A jelen kötet empirikus kutatásai elsődlegesen kvalitatív elvek mentén járják körül a fenti kérdéseket, ugyanakkor ezek több helyen kvantitatív szempontokkal is kiegészülnek (lásd 5–9. fejezet).

Fontos kérdés továbbá, hogy milyen módszerrel és milyen típusú interakciókat vizsgálunk. Már a kötet *I. részében* is láthattuk (lásd 2.2. és 2.3. fejezet), hogy az egészségügyi kommunikációra vonatkozó kutatások számos adatgyűjtési módszerre épülhetnek. Ilyenek többek között a kérdőív, az interjú, a fókuszcsoportos beszélgetés, a megfigyelés, videó- és/vagy hangfelvételek rögzítése, dokumentumok, leletek elemzése, nyelvtípkép-elemzés (WHALEY 2014; GYURÓ 2017). A pragmatikai és társalgáselemzési megközelítések ezek közül jellemzően videó-, illetve hangfelvételek vizsgálatával dolgoznak. A jelen kötet empirikus elemzésében is – az elméleti keretnek megfelelően – elsődlegesen hang- és videófelvételek vizsgálatát végzem el három különböző konzultációtípusban, így háziorvosi (4 db) és fogorvosi (12 db) konzultációk, másrészt a pszichológusok és medikusok képzésében használt oktatóvideók (8 db) diskurzusaiban. Ezeket az interakciókat **hozzáférés alapú mintavétellel** gyűjtöttem (SZOKOLSZKY 2004).

Célként fogalmazódott meg az elemzések során a módszertani lehetőségek ötvözése, a kutatások egymáshoz való viszonyulásának reflexív bemutatása is. Ennek megfelelően a vizsgált anyaghoz kapcsolódóan kérdőíves és fókuszcsoportos attitűdvizsgálatot is végeztem azzal a céllal, hogy a többféle módszer utat nyisson a konzultációkon megvalósuló kapcsolatépítés, tudásmegosztás és terápiás cselekvések működésének és a hozzájuk fűződő attitűdöknek a mélyebb megismeréséhez. Ezeket a módszertani utakat itt csak összegzően ismertetem, részleteiben a következő fejezetekben térek ki rájuk.

Az első kutatási kérdés megválaszolására egy pilot kérdőíves attitűdvizsgálatot terveztem, amelyben különböző adatközlői csoportok adtak sokrétű reflexiókat a betegközpontú és a paternalisztikus kapcsolatépítés jellemzőiről az oktatóvideók két jelenete alapján. Az elemzésben központi szerepet kaptak a kvalitatív szempontok, ugyanakkor egy-egy válasz statisztikai elemzése is megvalósult. Az első kutatási kérdéshez kapcsolódóan a kérdőíves felmérésen túl fókuszcsoportos módszerrel is dolgoztam, amelyben hat német anyanyelvű beszélő reflexióit vizsgáltam a beteg- és az orvoscentrikus kapcsolatépítésre vonatkozóan (lásd 5. fejezet).

A második kutatási kérdéssel arra keresem a választ, hogy a betegközpontú, valamint a paternalisztikus kapcsolatépítési módnak milyen nyelvi és nem nyelvi jellemzői jelennek meg az oktatóvideók interakcióiban, beleértve a szupraszegmentális, a nonverbális és a pragmatikai jellemzőket egyaránt (lásd 6. fejezet).

Ezt követően a harmadik kutatási kérdéssel összhangban azt a kérdést jártam körül a háziiorvosi konzultációk és az oktatóvideók diskurzusait elemezve, hogy milyen társalgási jellemzőkkel írható le az orvos-beteg konzultáció, beleértve a **spontán** és a **tervezett (szimulált) interakciókat** is. Ebben kiemelt szerepet kapott a fordulók, a szünetek, az egyszerre beszélések kvantitatív jellemzőinek feltárása, valamint kvalitatív szempontú elemzése (pl. dominancia, szerepviszonyok, proaktivitás), továbbá a nonverbális kommunikáció vizsgálata (lásd 7. fejezet).

A negyedik kutatási kérdés a kapcsolatépítés nyelvi jellemzőinek felfejtésére irányul. Ezzel összefüggésben a 8. fejezet – szintén a háziiorvosi és az oktatóvideók diskurzusaira építve – az interperszonális kapcsolat és az érzelmi dimenzió nyelvi jellegzetességeit mutatja be a vizsgált diskurzusokban. Ebben kiemelt szerepet kap a személyjelölés és az attitűddeixis művelete.

Az ötödik kutatási kérdés a nyelvi reflexiók és a tudásmenedzsment kapcsolatára kérdez rá. A háziiorvosi, a fogorvosi, valamint az oktatóvideók konzultációin végzett elemzés alapján mutatom be ezen komplex folyamat kommunikatív lépéseit, beszédaktusait, a reflexiók típusait és főbb dimenzióit (lásd 9. fejezet).

A továbbiakban részleteiben bemutatom azt a három konzultációtípust, amelyben az elemzések során „mélyfúrás”-okat végeztem.

4.1. A vizsgált konzultációtípusok

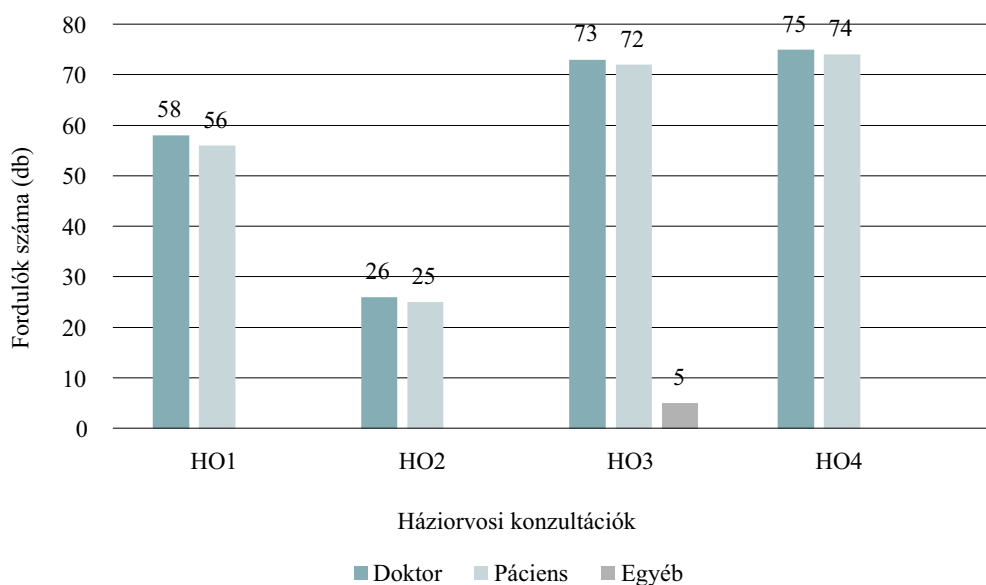
4.1.1. Háziiorvosi konzultációk

A kutatás egyik alappilléret háziiorvosi konzultációk képezik, amelyek a *Krónikus betegek gondozása új megközelítésben* projekt pilot szakaszában kerültek rögzítésre (a projektről lásd 10. fejezet). A családorvosi konzultációk felvétele 2020 végén zajlott egy férfi háziorvos rendelésén három női és egy férfi beteg részvételével, összességében megközelítőleg egy óra terjedelemben. Mindegyik vizsgálaton egy krónikus probléma állt a középpontban, és nem első találkozásként valósult meg. A 3. táblázat összegezve szemlélteti a konzultációk időtartamát, a páciensek korát és nemét, valamint a felmerülő egészségügyi problémát. Ezen túl megadtam az egy percre eső szavak számát egészre kerekítve, amely egyfajta viszonyszámként összevethetővé teszi a konzultációkon megvalósuló beszédmennyiséget az egyes konzultációtípusokban. A könyv egészében a 3. táblázatban szereplő kódokkal hivatkozom a konzultációkra: *HO* a háziiorvosi rövidítése, a számok pedig az egyes konzultációk azonosítói.

3. táblázat. A háziorvosi konzultációk metaadatai

A konzultáció azonosítója	Idő-tartam	Szavak száma (összes)	Az egy percre eső szavak száma	A páciens neme	A páciens életkora (év)	Egészségügyi probléma
HO1	7'29"	868	119	nő	72	szemműtét utáni konzultáció és a hosszútávú tervek egyeztetése + jogosítvány
HO2	10'58"	1075	102	férfi	67	magas vérnyomás, magas vércukor, kezelt végbél-daganat (3 éve)
HO3	22'00"	1830	83	nő	85	magas vérnyomás, szemműtét előtt (nagy félelem, szorongás)
HO4	25'37"	3448	136	nő	38	egészségügyi kérés a páciens húgának nevében; magasabb koleszterin (pozitív családi anamnézis); 2 gób a pajzsmirigyben (pozitív családi anamnézis); 1 éve fennálló csípőfájdalom

A konzultációkon a fordulók számát a résztvevői szerepekkel összefüggésben a 6. ábra szemlélteti. Ebből is láthatjuk, hogy a konzultációkon jellemzően csak az orvos és a páciens jelenik meg, kivéve a (HO3) interakcióban, ahol egy telefonbeszélgetés is zajlik, valamint a recepcióról is megjelenik egy dolgozó. Ezt leszámítva azonban megállapítható, hogy az orvos és páciens között a fordulók száma teljesen kiegyenlített a dialogikus jelleggel összefüggésben (lásd részleteiben 7.3. fejezet).



6. ábra. A fordulók száma (db) a háziiorvosi konzultációkon a résztvevői szerepekhez kapcsolódóan

4.1.2. Oktatóvideók

A kutatási anyag másik fontos pillérét nyolc szimulált, színészekkel létrehozott oktatóvideó adja (CSABAI és mtsai 2009). Ezek közül két jelenet háziiorvosi rendelésen (összesen négy konzultáció), további kettő pszichológus és páciense között zajlik (összesen négy beszélgetés) (lásd 6. táblázat). Az egyes jelenetek beteg- és orvoscentrikus módon is ábrázolva vannak.

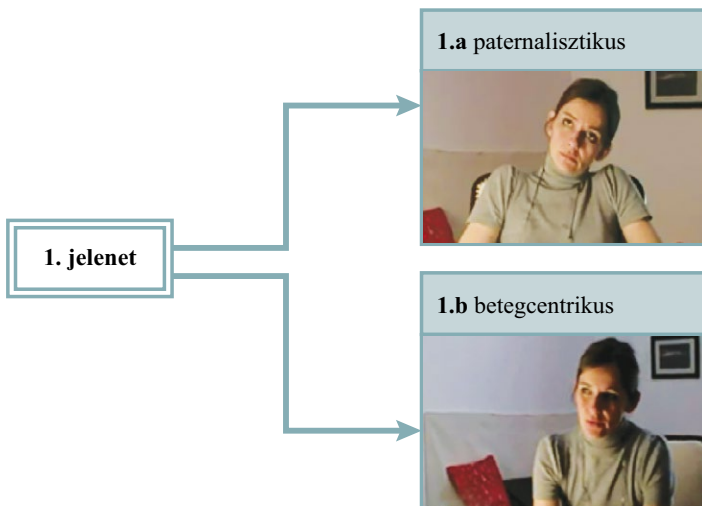
A videókat a kötet egészében a 4. táblázatban szereplő kódokkal azonosítom. A *V* a videót, a szám a jelenet sorszámát jelzi, a *P* és a *B* a paternalisztikus és a betegcentrikus rövidítéséből származik, így könnyen azonosítható a két kapcsolatépítési mód is.⁵⁰ A résztvevők jelölésére az egész kötetben a következő rövidítéseket használom: *D* = doktor, *P* = páciens, *Psz* = pszichológus.

⁵⁰ Megjegyzés: Habár az *orvos-*, illetve *betegcentrikus* vagy *-központú* kifejezések bevett terminusok a szakirodalomban, mégis a *paternalisztikus* címkét alkalmazom a videók megnevezésében Ennek részben az az oka, hogy az említett fogalmakat (*orvoscentrikus*, *paternalisztikus*) a dolgozatban szinonim értelemben használom annak tudatában, hogy ezek sematikusán tekinthetők a kapcsolatépítési mód skáláján a két végpont egyikének (lásd. 2.2.2. fejezet). A másik ok, hogy a kifejezés általánosabb érvényű, nem kizárólag az orvosok kapcsolatépítési módjára vonatkozik.

4. táblázat. Az oktatóvideók metaadatai

A videó azonosítója	Idő-tartam	Szavak száma (összesen)	Az egy percre eső szavak száma	Résztevők	Nem	Probléma
V1P	4'08"	280	69	Psz-P	nő	pánikbetegség, szorongás
V1B	4'11"	348	85			
V2P	4'17"	388	93	D-P	nő	megemelkedett glükózsztint, túlsúly, jogositvány (foglalkozáshoz)
V2B	4'53"	514	113			
V3P	4'23"	412	97	Psz-P	férfi	állandó fejfájás, magas stressz
V3B	4'34"	409	94			
V4P	2'45"	367	150	D-P	férfi	várandós kismama elkapta kisgyermekétől az influenzát
V4B	2'57"	398	155			

Az oktatóvideókban az egyes jelenetek tehát kétféle kapcsolatépítési módban vannak kidolgozva, ahogy ezt az első jeleneten keresztül a 7. ábra is szemlélteti. Továbbá megállapítható, hogy a diskurzusokban a tipikus női és férfi szerepmodellek is aktiválódnak (BÁLINT és mtsai 2014).



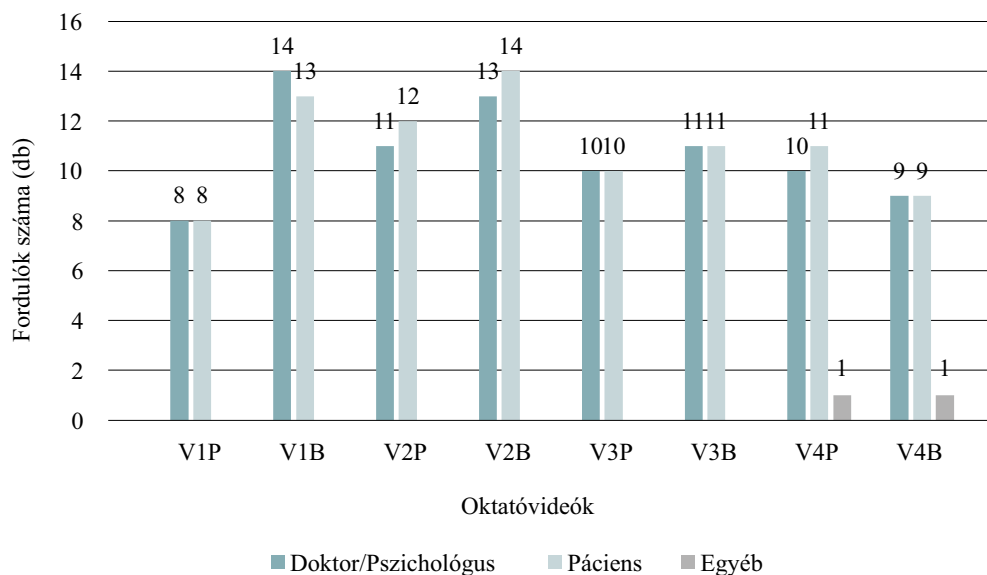
7. ábra. A paternalisztikus és a betegcentrikus kapcsolatépítési mód nonverbális megjelenése az 1. jelenet két diskurzusában (a képen a pszichológust alakító színésznő látható)

Ennél a vizsgálatianyag-típusnál fontos még egyszer kiemelni, hogy az oktatóvideók nem valós diskurzusok, hanem olyan valós helyzeteken alapuló, fiktív, eljátszott interakciók, amelyek a gyógyító szakember és a páciense közötti beszélgetés imitálása révén a paternalisztikus és

a betegcentrikus kommunikációs módban jellemzően aktiválódó sémákat dolgozzák ki. Ez egyben előnyként is megjelenik, hisz ez az egyetlen magyar nyelvű anyag, amelyben a beteg-központú és a paternalisztikus kapcsolatépítés nyelvi és viselkedésbeli jellemzői közvetlenül összevethetők. Az oktatókönyv és -videó szerzőinek elmondása szerint a jelenetek szövege olyan valós szituációkon alapul, amelyek tipikus gyógyítói helyzeteket dolgoznak fel. A szövegeket egészségügyi szakemberek együttműködésével kutatók írták meg előre. A jelenetekhez kapcsolódóan a színészek annyi instrukciót kaptak, hogy az egyik módban létrejön a páciens és az orvos/pszichológus között a pozitív terápiás kapcsolat, a másikban ez nem valósul meg. A szerzők a videókat nem címkézték *betegközpontú* és *paternalisztikus* jelzővel, ugyanakkor egyetértettek azzal, ha az elemzésben ezeket így használom.

A vizsgált párbeszédetek fiktív jellege fontos szempontként jelenik meg az elemzésben, mert lehetővé teszik a spontán és a tervezett diskurzusok nyelvi jellemzőinek az összevetését. Továbbá arra is ráirányítják a figyelmet, hogy ugyan a társalgáselemzési vizsgálatok a spontán, jellemzően valós interakciók kutatását tűzik ki célul, ugyanakkor a spontaneitást és a tervezettséget lényegében skalárisan értelmezhetjük (Gósy és mtsai 2009: 171).

Az oktatóvideókban a fordulók száma a résztvevői szerepek mentén szintén arányosan alakul, ahogy ezt a 8. ábra is szemlélteti. Ez szoros összefüggésben van azzal, hogy a konzultációk minden esetben dialogikus jellegűek, harmadik szereplő nem jelenik meg. Egyedül a negyedik jelenetben zajlik egy telefonbeszélgetés, amelyet az egyéb kategóriával jelöltem (lásd bővebben 7.3. fejezet).



8. ábra. A fordulók száma (db) az oktatóvideó konzultációiban a résztvevői szerepekhez kapcsolódóan

4.1.3. Fogorvosi konzultációk

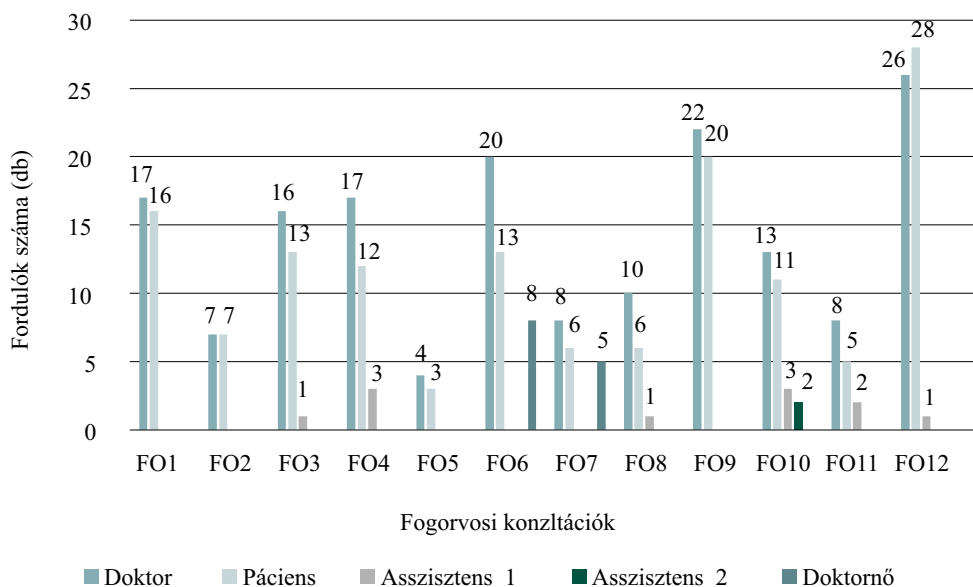
A kutatás legnagyobb része a bemutatott háziorvosi konzultációk és az oktatóvideók elemzésén alapul, ugyanakkor a tudásmegosztáshoz kötődően (lásd 4.2. és 9. fejezet) bevontam a vizsgálatba 12 fogorvosi konzultációt, amelyek 2018-ban kerültek rögzítésre hangfelvétellel egy férfi fogorvossal és 11 különböző pácienssel (lásd 5. táblázat; 334 forduló, 7953 szó). Ezek közül csak egy konzultáció volt első találkozás (FO6), és ugyanez a páciens szerepel az (FO8) konzultációban is (SKORDAI 2019; KUNA–HÁMORI 2019: 220–221). Az egyes példáknál ezekre egységesen FO rövidítéssel és a konzultáció számával hivatkozom (pl. FO9).

A konzultációk hossza összesen mintegy 200 perc, ugyanakkor ennek egy részében minimális vagy semmilyen nyelvi tevékenység nem zajlik, hanem a fogászati kezelés, illetve ennek a zajai töltik ki. A konzultációk terjedelméről a szavak és a fordulók száma, valamint az egy percre eső szavak száma árnyaltabb információkkal szolgálnak (lásd 5. táblázat és 7. ábra). Az utóbbi viszonyszám jellemzően jóval alacsonyabb értéket mutat, mint a háziorvosi interakciókban és az oktatóvideókban megfigyelhető mennyiség – szoros összefüggésben a konzultáció és a terápiás kezelés jellegével.

5. táblázat. A fogorvosi konzultációk metaadatai

A konzultáció azonosítója	Időtartam	Szavak száma (összesen)	Az egy percre eső szavak száma	A páciens neve	Egészségügyi probléma, az ellátás típusa
FO1	4'52"	537	119	nő	korona felhelyezése, igazítása
FO2	30'21"	327	11	férfi	korona igazítása
FO3	28'17"	1295	46	nő	híd felhelyezése
FO4	12'50"	787	63	nő	új híd felhelyezése
FO5	4'42"	225	51	nő	hátsó fogból letört egy nagyobb darab
FO6	7'17"	430	60	férfi	fogszabályzás előtt fogat kell tömni (első találkozás)
FO7	21'35"	769	36	nő	gyökérkezelés, fogtömés
FO8	16'57"	469	28	férfi	fogtömés; az (FO6)-os és (FO8)-as konzultáció, ugyanazon beteg
FO9	31'05"	1087	35	nő	gyökérkezelés, majd hídépítés
FO10	12'50"	533	43	férfi	gyökérkezelés
FO11	8'51"	308	36	férfi	gyökérkezelés
FO12	23'45"	1186	51	nő	gyökérkezelés

A fogorvosi konzultációkon jellemzően nem két résztvevő szerepel, minden esetben jelen van egy vagy két asszisztensnő, továbbá az (FO6) és (FO7) konzultáción a férfi orvoson kívül egy doktornő is részt vesz. Az (FO4) konzultáción a fiatal nőbeteg gyermeke is jelen van. A fordulók eloszlását a 9. ábra szemlélteti. Ebből láthatjuk, hogy minden konzultáción a fogorvos fordulójának a száma a legmagasabb. Továbbá az is megfigyelhető, hogy a több résztvevő, a polilógus révén az orvos és a páciens fordulószerkezete eltolódást mutatnak a dialógikus jellegű konzultációkhoz képest. A nyelvi aktivitásra az egészségügyi ellátás speciális jellege is hatással van, hiszen a páciens a kezelés közben kizárólag nonverbális jelekkel tud kommunikálni.

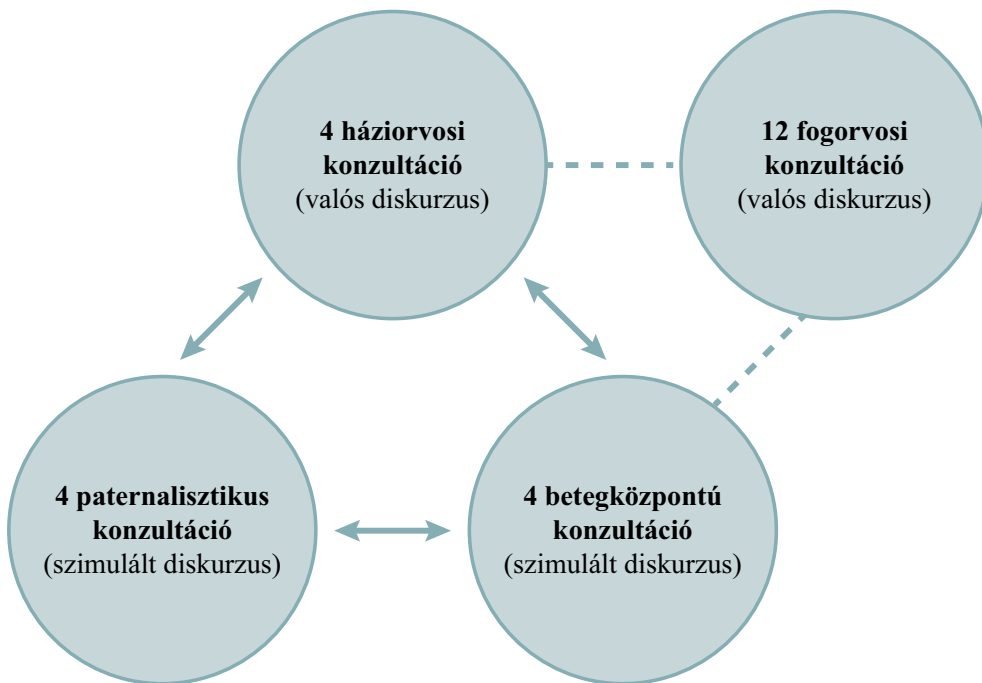


9. ábra. A fordulók száma (db) a fogorvosi konzultációkon

4.2. A konzultációtípusok az elemzésben

Érdeemes röviden reflektálni arra, hogy az itt bemutatott konzultációtípusok milyen szerepet kapnak az egyes kutatásokban. Az elemzésben kiemelkedő fontosságúak a háziorvosi konzultációk, illetve az oktatóvideók. A szűkebb anyag mélyrehatóbb vizsgálatát indokolja, hogy ezek lehetővé teszik több szempont összevető elemzésének az elvégzését, így például a valós és szimulált diskurzusok, továbbá az orvos- és betegcentrikus kapcsolatépítési mód nyelvi mintázatainak közvetlen vizsgálatát. A fogorvosi konzultációk elemzése kizárólag a 9. fejezetben, a tudásmegosztáshoz kapcsolódóan válik a vizsgálat részévé, tehát ezek a korábbi fejezetekben

nem jelennek meg. Ennek elsődleges oka, hogy ezekben az interakciókban a kapcsolatépítés nyelvi megvalósulása, szekvenciális szerveződése másként alakul, hiszen a beavatkozásoknak a jellegéből adódóan a pácienseket szükségszerűen kevesebb nyelvi aktivitás jellemzi. Ugyanakkor ezekben az interakciókban a tudásmegosztásnak sajátos mintázatai írhatók le, így érdemes ezt a folyamatot részleteiben elemezni. Mindezeket figyelembe véve megállapítható, hogy a több szempont szerint, jól összehasonlítható szimulált és valós háziiorvosi konzultációkhoz képest a fogorvosi diskurzusok kisebb szerepet kaptak az elemzésben. Ezt az egyfajta „kívülállást”, illetve „lazább” kapcsolódást jelzik a 10. ábrán a szaggatott nyilak a vizsgált anyagra vonatkozóan.



10. ábra. A vizsgált minta betegközpontú vs. paternalisztikus, valamint valós vs. szimulált viszonyban

4.3. A konzultációk átírási elvei, az elemzéshez használt szoftverek

Ahogy azt a társalgáselemzést bevezető részben is láthattuk (lásd 3.1.2. fejezet) a hang- és videófelvételek átírása különböző szempontok szerint történhet. A vizsgált mintát tekintve az alábbi elvet követtem: a háziiorvosi konzultációkat és az oktatóvideókat Folker programmal

(SCHMIDT–SCHÜTTE 2010) írtam át, jelölve a beszéd jellegzeteségeit (pl. szünetek, egyszerre beszélések, nonverbális jelzések). Ezt szemlélteti az (1)-es példa.

- (1)
- | | | | |
|---------|-----|---|---|
| {19:09} | 352 | P | <i>igen igen akkor akkor tessék szíves egyet abból is kiírni</i> |
| {19:14} | 353 | D | <i>(.) jó</i> |
| {19:15} | 354 | | <i>(1.59) ((nyomatató hangja))</i> |
| {19:16} | 355 | | <i>és akkor már ráírom hogy tulajdonképp akkor ezt reggel este szedni</i> |
| | 356 | | <i>fogja tehát kétszer egy</i> |
| {19:20} | 357 | P | <i>igen igen igen igen</i> |
| {19:22} | 358 | | <i>(5.55) ((nyomatató, telefoncsörgés))</i> |
| {19:28} | 359 | | <i>ezt addig itt +++</i> |
| {19:29} | 360 | | <i>(2.07) ((papírcsörgés))</i> |
| {19:31} | 361 | D | <i>jó ez akkor most a vérnyomásra az adagolás jó↑</i> |
| {19:34} | 362 | P | <i>igen (.) köszönöm szépen</i> |
| {19:37} | 363 | | <i>(2.65)</i> |

Láthatjuk, hogy az átírásban szerepel az egyes fordulók időtartama, a sorok számozása, a résztvevői szerepek és maguk a megnyilatkozások (balról jobbra haladva). Az átírás az egybe- és különírást illetően a helyesírás elveit követve történt. A mondat elején vagy egyéb helyen a nagybetűs írás (pl. tulajdonnevek) nem jelenik meg, ez lényegében csak a nyomatékos(abb) beszéd jelzője (pl. *JÓ*). A központosítás a szoftver elveivel összhangban szintén nem fordul elő az átírt szövegekben. Az is látható a példában, hogy a beszélt nyelviséget különböző jelek adják vissza. Így például megjelennek a rövid, 0,2 másodpercnél rövidebb néma szünetek (.), az ennél hosszabb, mért szünetek (2.65), az érthetetlen szövegrészek (+++), a tónusemelkedés (↑), az egyéb cselekvések, zajok ((*nyomatató, telefoncsörgés*)). Itt az (1)-es példában előforduló jeleket mutattam be, a Folker programban használt jeleket és magyarázatukat bővebben a 3. melléklet tartalmazza.

A kutatási anyagban szereplő háziiorvosi és az oktatóvideók hanganyagából a bemutatott részletességgel készültek el az átíratok a Folker szoftver segítségével. Ugyanakkor a példákat csak akkor közlöm ebben a formában, amikor az elemzés szempontjából ez releváns (társalgásszerveződési szempontok stb.). A többi helyzetben helyesírást követő, normalizált átíratban adom meg az interakciórészleteket mindhárom konzultációtípusban. Ennek az oka, hogy ez jóval olvasóbarátabb, a befogadást nagyban megkönnyíti. Különösen érvényes ez az oktatóvideók diskurzusai esetében (CSABAI és mtsai 2009: 82–88), a két kapcsolatépítési mód összevetésekor, párhuzamos szemléltetésekor.

Az empirikus elemzések a fentebb megnevezett fő kutatási területeket járják körül a következő fejezetekben, amelyek mindegyikében részletesen ismertetem az aktuális vizsgálat kutatási kérdéseit, hipotéziseit, módszerét és eredményeit. Itt csak azt összegzem röviden, hogy a konzultációk feldolgozásához milyen szoftvereket használtam. Ahogy már bemutattam,

a videófelvételek hanganyagának az átírása Folker programban történt (SCHMIDT–SCHÜTTE 2010), amely a beszélt nyelv jellemzőinek a leírását segíti. Ez adja az alapját a szupraszegmentális jellemzők mérésének, amely Praat programmal valósult meg (BOERSMA–WEENINK 2021). A kérdőíves felméréshez kapcsolódó statisztikai elemzést az R-szoftver támogatta (R Core Team 2022). A kutatás során azonban elsődlegesen kvalitatív módszerrel dolgoztam, így a tudásszervezés és a kapcsolatépítés nyelvi konstrukcióinak, mintázatainak és funkcióinak az elemzésében kiemelt szerepet kapott a MAXQDA szoftver (KUCKARTZ–RÄDIKER 2019). Ebből is látható, hogy az empirikus részben több módszer, továbbá a kvalitatív és a kvantitatív szempontok egyaránt helyet kapnak, ahogy erre a későbbi fejezetek részletesen is rámutatnak.

4.4. Kutatásetikai elvek

Az egészségügyi kutatások területén a 20. századtól fontos kérdéssé váltak a vizsgálatok etikai problémái, feltételei (BIGI 2016: 2). Ezek a kérdések a nyelvhasználat-központú, funkcionális irányzatok előretörésével a nyelvészeti vizsgálatokban is előtérbe kerültek, a 21. század elején pedig különösen nagy szerepet kapnak az adatvédelmi szabályozásokkal (pl. **GDPR**) összhangban.

Ezzel összefüggésben az elmúlt évtizedekben kutatásetikai elvek és szabályozások, valamint kutatásetikai bizottságok jöttek létre az egyetemeken és a kutatóintézetekben, amelyek iránymutatást adnak az **etikus kutatáshoz**,⁵¹ beleértve többek között az adatgyűjtés, adatvédelem, adattárolás, tájékoztatás kérdéskörét (BÁRTH és mtsai 2021). Az egészségügyi kutatások etikai felügyeletét az orvosi egyetemek saját kutatásetikai bizottságai végzik, valamint kiemelt szerepet tölt be az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága,⁵² amelyben külön testület dönt a beavatkozással járó és a beavatkozással nem járó kutatások engedélyezésével kapcsolatosan. A nyelvészeti kutatások az utóbbiak közé sorolhatók.

A kutatásetikai bizottságok határozzák meg a kutatáshoz szükséges elveket és dokumentumokat: így például a kutatási tervet, a kutatásról szóló tájékoztatót, a beleegyező nyilatkozatot, az adatvédelmi nyilatkozatot, a szándéknyilatkozatot, a Helsinki-nyilatkozatot.⁵³

⁵¹ Lásd például az MTA Kutatásetikai Kódexét, https://mta.hu/data/dokumentumok/bolyai_osztondij/tudomanyetikai_kodex_kgy_20100504.pdf (Letöltés ideje: 2022. szeptember 22.).

⁵² Lásd az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (ETT TUKEB) honlapját, <https://ett.aek.hu/tukeb/> (Letöltés ideje: 2022. május 30.).

⁵³ Vö.: Physician-patient transcripts with 4C coding analysis from the Contextualizing Care research program, <https://www.data.va.gov/dataset/Physician-patient-transcripts-with-4C-coding-analysis-4qbs-wgct> (Letöltés ideje: 2023. október 27.).

A jelen kutatásban elemzett konzultációk a fenti kutatásetikai elvek betartása mellett lettek gyűjtve. A kutatás egésze a GDPR-rendeletnek és az MTA Tudományetikai Kódex elveinek megfelelően történt, a résztvevők önkéntes, tájékoztatást követő írásos beleegyezése és adataik anonim kezelése mellett. A háziorvosi konzultációk a *Krónikus betegek gondozása új megközelítésben* projekt pilotszakaszában kerültek rögzítésre, amelyet a **TUKEB** engedélyezett (ETT TUKEB IV/661-3/2021/EKU). Az oktatóvideók nyilvánosan elérhetőek, publikált anyagok, amelyek elemzéséhez szerzői hozzájárulást kaptam.

5. Attitűdvizsgálat a kapcsolatépítés módjáról

„A kommunikáció rendkívül fontos dolog. Fontos, hogy megtaláljuk a közös hangot mindenkivel. Rendkívül sokféle ember jár hozzánk (életkor, nem, bőrszín, iskola).

Mindenkivel valahogyan meg kell találnunk a közös hangot.”

(Interjúrészlet egy háziorvossal; KUNA–KALÓ 2013)

A kapcsolatépítés, az együttműködés kialakítása az egészségügyi kommunikáció egyik kulcsfontosságú feladata, ahogy arra a gyógyítás egész története (pl. OLÁH 1986; KESZLER 2009; KUNA 2019, 2024) és a modern kori kutatások is ráirányítják a figyelmet (pl. BALINT 1957; WASSERMAN–INUI 1983; COHEN–COLE 1991; MOLNÁR–CSABAI 1994; CSABAI és mtsai 2009; FONG HA et al. 2010; BIGI 2016). Az is megmutatkozik, hogy a társas-emberi tényező egyre nagyobb szerepet kap a hatékonynak tartott ellátásban (pl. VARGA 2011; YOUNGSON 2017; MAKOUL 2022); továbbá, hogy ez a kapcsolat történetileg és az éppen folyó interakcióban is dinamikusan alakul a tágabb szociokulturális és a szituációs kontextus tényezőivel összefüggésben. Számos megközelítés és modell létezik ennek a viszonynak a leírására, ahogy ezt a 2. fejezetben is láthattuk. A jelen fejezet azt járja körül, hogyan vizsgálható, illetve jellemezhető ez a kapcsolat különböző adatközlői csoportok visszajelzései alapján.

Az egyes diskurzusok elemzése, valamint az azokra adott reflexiók árnyaltabb képet adhatnak a jelentéslétrehozás és a befogadás folyamatairól. Ahogy arról a 4. fejezetben is szó volt, az oktatóvideók szövegeit valós interakciók megfigyelésére és a kapcsolatépítésre vonatkozó irodalom tanulmányozására alapozva pszichológus szakemberek írták. Az így eljátszott 4-4 jelenet egyik részében – a szerzők szándékai szerint – létrejön a pozitív terápiás kapcsolat, a másokban ez nem valósul meg. Kérdésként merülhet fel, hogyan látják a befogadók ezt a folyamatot, továbbá milyen szempontokat emelnek ki a kapcsolatépítésre vonatkozóan.

Ennek a kérdésnek a körüljárására egy pilot, **kérdőíves felmérést** végeztem 2022 tavaszán 163 adatközlővel, kizárólag az oktatóvideók anyagára építve.⁵⁴ Mivel ezek a videók kifejezetten egészségügyi, illetve gyógyító, segítő szakmában dolgozó szakemberek kommunikációs készségeinek a fejlesztését célozzák meg, ezért kiemelt csoportként szerepeltek a medikusok, orvosok, asszisztensek, pszichológushallgatók, pszichológusok, gyógypedagógus-hallgatók. Továbbá külön vizsgálati csoportként jelent meg a gyógyításhoz, illetve segítő szakmához nem kapcsolódó adatközlői réteg is (magyar szakos hallgatók, mérnökök stb.).

Az ilyen jellegű attitűdvizsgálatok elvégzésére az oktatóvideók kifejezetten alkalmas kutatási anyagként használhatók. Ennek oka egyrészt az, hogy ezekben a paternalisztikus

⁵⁴ A kérdőívet lásd: 1. melléklet.

és a betegközpontú kapcsolatépítési mód sematikus megalkotása célzottan jelenik meg, így a sémák közvetlenül összehasonlíthatóvá válnak. A valós helyzetekben nem merül fel célként, hogy olyan interakciók valósuljanak meg, amelyekben célzottan rossz az orvos és a páciense közötti kapcsolat. Másrészt fontos szempont, hogy nagyobb célközönséggel a valós orvos-beteg interakciókra adott reflexiók nem mérhetők, csak külön, erre is kitérő kutatásaitikai engedéllyel.⁵⁵

A kérdőíves felmérést kiegészítettem egy másik **fókuszcsoportos attitűdvizsgálattal** is, amelyet hat német anyanyelvű kutatóval végeztem el. Ennek célja az volt, hogy feltárjam a két kapcsolatépítési módhoz kötődő reflexiókat magyarul nem beszélő adatközlők esetében, akiknek a viszonyulását elsődlegesen a nonverbális csatorna jelzései határozzák meg (lásd 5.3. fejezet).

Mindkét attitűdvizsgálatnál a résztvevők először a paternalisztikus (V2P), majd a betegközpontú kapcsolatépítés (V2B) jelenetét tekintették meg, ami feltételezhetően hatással lehetett a befogadásra és a válaszokra.⁵⁶

A kérdőíves felméréssel és a nem magyar anyanyelvűekkel végzett attitűdvizsgálattal az volt a célom, hogy feltárjam az adatközlők véleményét, viszonyulását, nyelvi „címkeit” a két kapcsolatépítési módhoz kötődően. Ezt elsődlegesen nyitott végű kérdésekre adott szóveges válaszok kvalitatív szempontú elemzésével valósítottam meg. Kutatási kérdéseim a következők voltak:

K1: Hogyan jellemzik, illetve nevezik meg az adatközlők a két kapcsolatépítési módot, és ezzel szoros összefüggésben hogyan jelenik meg a betegközpontú és paternalisztikus kapcsolatépítés skálája a visszajelzések alapján?

K2: Milyen különbségeket és hasonlóságokat jeleznek az adatközlők a két kapcsolatépítési módról?

K3: Milyen együttállások, mintázatok figyelhetők meg a nonverbális jelzésekben a két kapcsolatépítési módban?

A kutatás kezdetén a következő hipotéziseket fogalmaztam meg:

H1: A két kapcsolatépítési mód jól elkülöníthetően egymás ellenpólusaként értelmezhető mind a szóveges, mind a számszerű visszajelzések alapján. A válaszokban erőteljes polarizáció várható.

H2: Az egyes adatközlői csoportok különböző szempontokat emelnek ki a kapcsolatépítés folyamatában (pl. a nyelvész hallgatók inkább nyelvi, a orvosok inkább orvos-szakmai jellemzőket).

⁵⁵ Azaz arra vonatkozó szabályozással, hogy kik, milyen céllal tekinthetik, illetve hallgathatják meg az adott felvételeket.

⁵⁶ Az összefüggések vizsgálata folyamatban van olyan felméréssel, ahol az adatközlők először a betegközpontú, majd a paternalisztikus jelenetet nézik meg.

H3: A nonverbális jelzések közül a testtartás, a szemkontaktus és a mimika központi szerepet kapnak a kapcsolatépítésben, ezek együttállása jelzője a kapcsolatépítés módjának.

A továbbiakban ismertetem a kutatás menetét, módszerét és eredményeit.

5.1. A kérdőíves vizsgálat menete

A Google űrlappal elkészített online kérdőívet 163 adatközlő töltötte ki, a terjesztés célzottan, előre meghatározott csoportokban valósult meg.⁵⁷ A részvétel önkéntes és anonim volt. A felmérés nem tartalmazott személyes adatokra vonatkozó kérdéseket. A válaszadók a nemüket, korukat adták meg, illetve végzettségükhöz, tanulmányaikhoz kötődően az alábbi, előre meghatározott lehetőségek közül választhattak: orvostanhallgató, pszichológushallgató, gyógypedagógus-hallgató, orvos, pszichológus, gyógypedagógus, asszisztens, egyéb. Ezen túl a kérdőívben kötelezően kitöltendő részként szerepelt, hogy hány éve tanulnak, illetve dolgoznak az adott területen. Az orvosok és az asszisztensek a szakterületet is megadták (lásd *1. melléklet*).

A felmérés során az adatközlők két oktatóvideót néztek meg: az I. videó a V2P, a II. videó a V2B jelenet volt (lásd *4. táblázat*). A videók kiválasztásánál fontos szempontként jelent meg, hogy háziorvosi konzultációt ábrázoljon. Továbbá azért is ezek a diskurzusok kerültek a felmérésbe, mert a másik családorvosi konzultáció (V4P, V4B) érzelmileg túlságosan terhelt helyzetet ábrázolt.

A kiválasztott interakciókban a férfi páciens nő háziorvosához érkezik a jogosítványát meghosszabbítani. Ez a férfi számára kiemelt fontosságú, mivel a foglalkozásához szükséges, ugyanis sofőrként dolgozik. A konzultáción azonban a leletei alapján az derül ki, hogy megemelkedett a glükózsintje, ami összefüggésben van a túlsúlyával is, és ez hosszabb távon egészségügyi problémákat okozhat. Mivel a férfi nem egy konkrét betegséggel érkezik a házi-orvoshoz, meglepődik és megzavarodik a vizsgálatok eredményeit hallva. Ez a zavarodottság és bizonytalanság mindkét videóban megjelenik.

A kérdőíves felmérés során az adatközlők először elolvasták a kérdéseket, majd a V2P-t, azaz az orvoscentrikus kapcsolatépítési módhoz kötődő felvételt nézték meg, ezt követően válaszoltak a kérdésekre. A V2B, azaz a betegcentrikus kapcsolatépítési módban feldolgozott jelenet esetében ugyanígy jártak el. Ezt követően még egyszer megtekintették a videókat egymás után, és az összevető kérdésekre válaszoltak.

⁵⁷ Ezúton köszönöm Deme Andrea, Domonkosi Ágnes, Györfly Zsuzsa, Krizsai Fruzsina és Murányi Sarolta közreműködését a kérdőív terjesztésében, valamint köszönöm minden adatközlőnek a kutatásban való részvételt.

A kérdőív a kapcsolatépítés módjához fűződő véleményüket járta körül (lásd részletesen: *1. melléklet*). Az adatközlőknek az egyes videókra vonatkozóan az alábbi kérdésekre kellett válaszolniuk (a számok a kérdőívbeli sorrendet jelölik):

- 1.1./2.1. Ha címet kellene adnia a jelenetnek, milyen címet adna?
- 1.2./2.2. Mit gondol, milyen a terápiás kapcsolat az orvos és a páciens között a konzultáción? Írja le a saját szavaival!
- 1.3./2.3. Mit gondol, milyen a terápiás kapcsolat az orvos és a páciens között a konzultáción? Helyezze el a skálán (1–5)!
 - 1: nagyon rossz/nincs kapcsolat
 - 2: rossz/minimális kapcsolat
 - 3: közepes/elégséges kapcsolat
 - 4: jó kapcsolat
 - 5: nagyon jó kapcsolat.
- 1.4./2.4. Mi alapján látja ilyennek?
- 1.5./2.5. Hogyan jellemezné saját szavaival az orvos viselkedését a videó alapján?
- 1.6./2.6. Volt-e valami feltűnő vagy zavaró az orvos viselkedésében? Ha igen, mi volt az?
- 1.7./2.7. Volt-e valami feltűnő vagy zavaró a páciens viselkedésében? Ha igen, mi volt az?
- 1.8./2.8. Képzelve magát a páciens helyébe! Írja le röviden, hogy érzi magát!

Az összevetésre vonatkozó kérdések a következők voltak:

- 3.1. Milyen különbségeket vett észre a két konzultáción?
- 3.2. Milyen hasonlóságokat vett észre a konzultációkon?
- 3.3. Melyik orvosi viselkedést részesítené előnyben páciensként? Miért?
- 3.4. Gyógyító szakemberként milyen viselkedési vagy kommunikációs gyakorlat alkalmazását kerülné el a videókban látottakból?
- 3.5. Gyógyító szakemberként milyen viselkedési vagy kommunikációs gyakorlatot építené be a videókban látottakból?

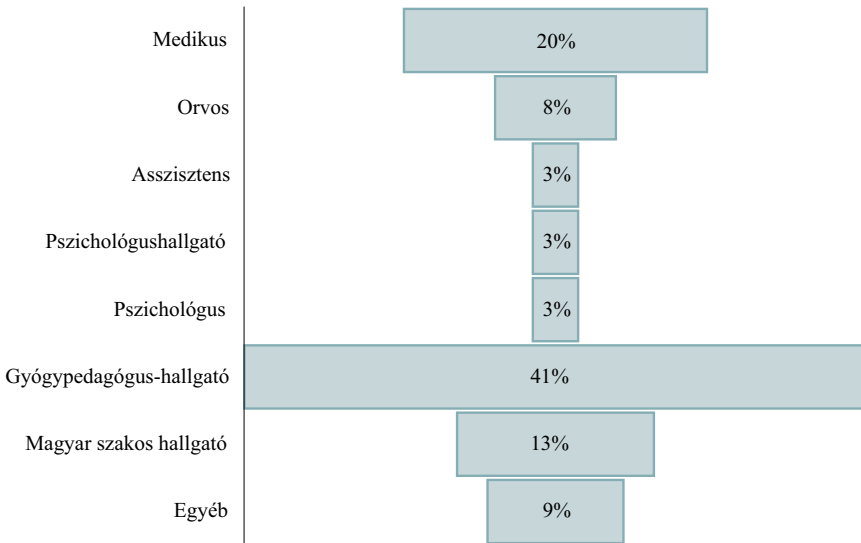
5.1.1. Az adatközlők

A felmérésben – az átlagos trendekkel összhangban – jóval magasabb volt a női résztvevők száma (86%), mint a férfiaké (14%). A kitöltőknek több mint 60%-a 18–25 év közötti felnőtt, jellemzően egyetemi hallgató volt; míg a 60 év feletti korcsoportban kizárólag 3%-os (5 fő) volt a kitöltési arány. A vizsgálat során az adatközlők életkorát és nemét nem kezeltem a kutatás szempontjából fontos változónak.

Az adatközlők nagy része orvosnak (33 fő), pszichológusnak (5 fő) vagy gyógypedagógusnak (67 fő) tanuló egyetemi hallgató volt, akiknek a kommunikációs érzékenyítése a képzésben fontos tényező. Ezen túl orvosok (13 fő), asszisztensek (5 fő) és pszichológusok (5 fő)

is kitöltötték a kérdőívet. Továbbá huszonegy, a 2021/2022-es tanév tavaszi félévében fonetikai kurzust hallgató magyar szakos egyetemista is részt vett a felmérésben. Bevonásuk oka többek között az volt, hogy szerepeljen egy adott szempont szerint egységes (magyar szak, fonetikai kurzus), nem gyógyítói szakmához kapcsolódó csoport is a vizsgálatban. Továbbá azt feltételeztem, ha egy kurzus keretein belül, illetve ehhez kapcsolódva töltik ki a kérdőívet, akkor ennek a kurzusnak a tudásanyaga hatással lesz a válaszaikra. Jelen esetben tehát azt feltételeztem, hogy több prozódiai vagy szupraszegmentális jellemzőt emelnek ki a videó résztvevőinek beszédével kapcsolatban, mint a többi adatközlő.

Az egyes adatközlői célcsoportok eloszlása nem arányos (lásd *11. ábra*). A felmérésben a gyógypedagógiai hallgatók szerepelnek legmagasabb részvétellel (41%); őket követik a medikusok (20%), majd a magyar szakos hallgatók (13%). Kifejezetten alacsony kitöltési hajlandóság mutatkozott a pszichológusok és a pszichológushallgatók, valamint az asszisztensek részéről (3-3%). Az orvosok 8%-át, az egyéb kategória 9%-át adja az adatközlőknek.



11. ábra. Az adatközlők szakmai csoportjainak megoszlása

Ugyan a jelen kutatás szempontjából nem releváns a csoportok eloszlása, így erre nem helyezek nagyobb hangsúlyt, de érdemes megjegyezni, hogy az előzetesen meghatározott csoportok nagyobb kategóriákba vonhatók össze. Így az egészségügyi szakemberek vagy ilyen hivatást tanuló egyetemi hallgatók (medikus, orvos, asszisztens, pszichológus, pszichológushallgató) együttesen az adatközlők 37%-át adják. Ezen túl 41% a gyógypedagógus-hallgató, és 22% az egyéb szakmai csoportba tartozó kitöltő.⁵⁸

⁵⁸ Az adatközlőkre (csoportok, nem, életkor) vonatkozóan a kérdőíves felmérés nem reprezentatív, és kiindulási céljai között sem szerepelt.

5.1.2. Az elemzés módszere

Ahogy azt az előző alfejezetben is láthattuk, a kérdőívben feltett kérdések alapvetően nyitott végűek voltak, amelyekre az adatközlők szöveges válaszokat adtak eltérő terjedelemben. Kizárólag az 1.3., illetve 2.3. kérdések szolgáltak számadatokkal, amelyekben a résztvevők Likert-skálán a kapcsolatépítés minőségét értékelték a két jelenetben. Ezeket az adatközlői minősítéseket statisztikailag elemeztem az **R-szoftver** segítségével (R Core Team 2022). Azokban az esetekben, amikor egy adott válasz nagyobb mértékben eltért a módusztól, a szóban forgó adatközlő számszerű minősítését és szövegesen kifejtett értékelését összevettem. Az ellenőrzés azt mutatta, hogy a nagyobb elmozdulás nem véletlen vagy tévedés, hanem összhangban áll a kifejtett válaszokkal.

Mivel az adatok nem normál eloszlásúak, ezért a **statisztikai elemzés** során **Wilcoxon-próbát** (nonparametrikus párosított próbát) alkalmaztam. Abból kifolyólag, hogy a résztvevők száma csoportonként nagyon különböző volt, az összes csoport között nem ellenőriztem a statisztikai eltéréseket. Ezt kizárólag a medikusok és a fonetikai kurzus hallgatói közötti viszonyban vizsgáltam, ahol a **Mann–Whitney-próbát** a két videó kapcsán külön végeztem el. Választásom azért esett erre a két csoportra, mert képzési szempontból mindkettő homogénnek tekinthető. Feltételezem, hogy ez a fajta, elsősorban szakmai háttérként értelmezhető homogenitás hatással lehet a válaszaikra. A két csoport a kitöltők száma alapján is nagyságrendileg összevethető: 33 orvostanhallgató és 21 magyar szakos vett részt a felmérésben.

Ezzel összhangban a nyitott kérdésekre adott szöveges válaszokat is ebben a két adatközlői csoportban elemeztem, illetve hasonlítottam össze (lásd 5.2.2. *fejezet*). Kiemelt vizsgálati szempontként jelentek meg a kapcsolatépítés szöveges értékelésére; a címadási jellegzetességekre és a két jelenethez kapcsolódó hasonlóságokra és különbségekre vonatkozó visszajelzések. A szöveges válaszokat a **tartalomelemzés** módszerével vizsgáltam, a kategóriákat az anyagra támaszkodva hoztam létre, illetve a **MAXQDA** szoftver segítségével elemeztem (KUCKARTZ–RÄDIKER 2022), ami gyakorisági adatokkal is szolgál az egyes kategóriákra vonatkozóan. Ugyanakkor az eredmények bemutatásakor a kvalitatív jellemzőkre helyezem a fő hangsúlyt.

A továbbiakban ismertetem a két videóra vonatkozó válaszok eredményeit kvantitatív és kvalitatív szempontból.

5.2. A kérdőíves vizsgálat eredményei

5.2.1. A kapcsolatépítési mód kvantitatív értékelése

A kérdőív 2. és 3. kérdése mindkét videó esetében arra vonatkozott, hogy milyenek értékelik az adatközlők a terápiás kapcsolatot. Ezt elsőként saját szavaikkal írták le, majd egy 1-től 5-ig terjedő **Likert-skálán** számszerűsítve is megadták, ahol az egyes értékek jelentése a kérdőívben előre rögzített módon az alábbiak szerint alakult: 1. nagyon rossz/nincs kapcsolat; 2. rossz/minimális kapcsolat; 3. közepes/elégséges kapcsolat; 4. jó kapcsolat; 5. nagyon jó kapcsolat (lásd 5.1. fejezet).⁵⁹

Az orvoscentrikus kapcsolatépítési módot kidolgozó I. videóra (V2P) vonatkozóan a számszerű értékelés eredményeit a 6. táblázat foglalja össze, vizuálisan a 12. ábra szemlélteti. Láthatjuk, hogy minden adatközlői csoportban a **medián**, azaz a középérték 2. Hasonlóan alakul a **módusz** is (a sorozat leggyakrabban előforduló értéke), ami kizárólag az orvosok válaszaiban 3, a többi adatközlői csoportban 2. Ez egyben azt is jelenti, hogy a kutatásban részt vevő orvosok számára az I. videóban ábrázolt orvos-beteg kapcsolat elfogadhatóbb volt, mint bármelyik másik csoport tagjainak. Megfigyelhető továbbá, hogy az egyes csoportokon belül a **variabilitás** kicsi, egy-egy csoportban jelenik meg gyakrabban a mediántól eltérő érték (az **interkvartilis tartomány** öt csoportban is nulla). A visszajelzések alapján lényegében megállapítható, hogy a konzultáción megvalósuló kapcsolat szinte egységesen a „rossz, minimális” minősítést kapta.

6. táblázat. A kérdőív I. videójában (V2P) megjelenő orvos-beteg kapcsolatra vonatkozó értékelések összefoglalása

I. videó (V2P) (a skála értékei)	Orvos	Asszisztens	Orvostan-hallgató	Pszichológus	Pszichológushallgató	Gyógy-pedagógushallgató	Magyar szakos hallgató	Egyéb
1	2		8			15	7	2
2	4	3	21	4	5	40	10	9
3	7	1	4	1		9	3	2
4		1				2		1
5						1	1	
Medián	2	2	2	2	2	2	2	2
Módusz	3	2	2	2	2	2	2	2

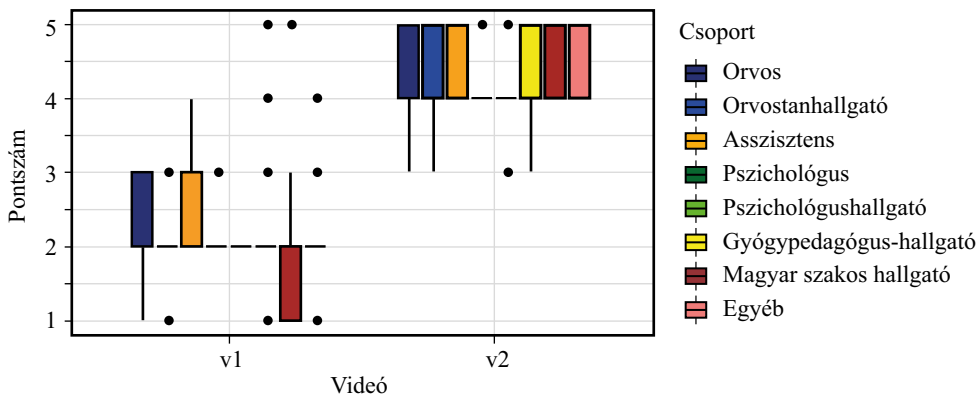
A táblázat az egyes adatközlői csoportokhoz kötődő válaszok **terjedelmét** is szemlélteti. Azaz azt, hogy milyen értékelések jelentek meg az adatközlői visszajelzésekben; továbbá ezek

⁵⁹ Ezúton is köszönöm Krizsai Fruzsínának, Grácsi Tekla Etelkának és Markó Alexandrának a statisztikai elemzésben nyújtott segítségüket.

gyakorisága is látható. Ezek alapján elmondható, hogy a nem közvetlenül egészségügyi közegből származó adatközlői vélemények esetében nagyobb variabilitás figyelhető meg a kapcsolatépítés értékelésére vonatkozóan. A gyógypedagógus-hallgatóknál az egész skála, a magyar szakosoknál a 4-esen („jó kapcsolat”-on) kívül minden érték megjelenik, míg az egyéb adatközlői kategóriában 1-től 4-ig szintén minden értékelés megtalálható. Ahogy azt a 6. táblázat is mutatja, a magas értékek ugyan előfordulnak, de ritkák, ugyanakkor nem tévedések, hanem összhangban állnak a szóban forgó adatközlő kifejtett értékelésével.

Az orvosok és orvostanhallgatók egyaránt az 1, 2, 3 minősítéssel értékelték az I. videóban (V2P) látható orvos-beteg viszonyt, ugyanakkor a móduszt tekintve az orvostanhallgatók rosszabbnak minősítették a kapcsolatot. A pszichológusok 2, 3, a pszichológushallgatók egyévesen 2-es értéket társítottak hozzá. Ebben az esetben is az egyetemi hallgatók minősítették (minimálisan) rosszabbnak az orvos-beteg viszony jellegét. Az egészségügyi szakemberek közül az asszisztensek esetében megjelent a 2-es, 3-as és a 4-es minősítés is, az utóbbi csak egy esetben. Az is megfigyelhető, hogy az egészségügyben dolgozók, ugyan minimálisan, de pozitívabban értékelték a kapcsolat jellegét, mint az orvostanhallgatók, a gyógypedagógus-hallgatók és az egyéb kategóriába eső adatközlők.

Habár az adatközlők száma és csoportok eloszlási aránya nem egységes, mégis megfigyelhetők bizonyos tendenciák (lásd 12. ábra). Az egyik ilyen például, hogy az összes adatközlő jellemzően „rossz”-nak, de nem „nagyon rossz”-nak ítélte meg az orvos-beteg kapcsolatot a paternalisztikus viszonyt bemutató I. videó esetében. A másik tendencia, hogy jellemzően az egészségügyi szakemberek egységesebben minősítették az orvos-beteg kapcsolatot. Az is megfigyelhető továbbá, hogy az egészségügyi szakemberek minimálisan magasabb értékkel minősítették a kapcsolatot, mint a szakterületen tanuló egyetemi hallgatók. Az eredményeket azonban befolyásolja, hogy az orvosok és az orvostanhallgatók, valamint a pszichológusok és a pszichológushallgatók részvételi aránya nagy különbséget mutat. Ez a tendencia tehát csak nagyobb és arányosabb részvétel esetén lehetne biztosabban megfigyelhető.



12. ábra. Az adatközlői vélemények értékei az I. és a II. videóra vonatkozóan

A II. videóban (V2B) a kapcsolatépítés skaláris minősítésében az értékek mediánja minden adatközlői csoportban 4 („jó kapcsolat”), kivéve az asszisztenseket, ahol ez az érték 5 („nagyon jó kapcsolat”) (lásd 7. táblázat). Az erre a jelenetre vonatkozó értékelésekben nagyobb a változatosság az egyes csoportokon belül. Ugyanakkor az is látszik, hogy az adatközlői csoportok egységesebb értékelést adnak egymáshoz viszonyítva az orvos és a páciense közötti kapcsolatról, mint az I. videó (V2P) esetén. A minősítések módusza három csoportban is 5: az orvosok, az asszisztensek, a gyógypedagógus-hallgatók esetében. Erre a jelenetre vonatkozóan is megállapítható, hogy a praktizáló orvosok és asszisztensek pozitívabban értékelték az orvos-beteg kapcsolat jellegét, mint az orvostanhallgatók. Ugyanakkor itt is érdemes megjegyezni, hogy a medikusok részvételi aránya jóval magasabb volt, mint a másik két csoporté, ami hatással lehet az eredményekre.

A II. videóra vonatkozó értékelésekről elmondható, hogy a **terjedelem** is egységesebb, mint az I. videóhoz kötődő minősítések esetében. Négy adatközlői csoportban, a 3 („közepes/elégséges kapcsolat”), 4 („jó kapcsolat”), 5 („nagyon jó kapcsolat”); míg ugyanígy négy csoportban kizárólag a 4-es és 5-ös értékelés jelenik meg.

7. táblázat. A kérdőív II. videójában (V2B) megjelenő orvos-beteg kapcsolatra vonatkozó értékelések összefoglalása

II. videó (V2B) (a skála értékei)	Orvos	Asszisztens	Orvostanhallgató	Pszichológus	Pszichológushallgató	Gyógypedagógushallgató	Magyar szakos hallgató	Egyéb
3	3		1		1	2		
4	4	2	22	4	3	32	14	8
5	6	3	10	1	1	33	7	6
Medián	4	5	4	4	4	4	4	4
Módusz	5	5	4	4	4	5	4	4

A számszerű értékelés alapján elmondható, hogy a kapcsolatépítésre vonatkozó minősítések mediánja az I. videóban 2 („rossz/minimális kapcsolat”), míg a II.-ban 4 („jó kapcsolat”). Az első esetben a kapcsolat minősítése 34 esetben a negatív szélsőérték (1-es értékelés) volt, a pozitív szélsőérték (5-ös érték) azonban csak 2-szer jelent meg a visszajelzésekben. A II. videóra vonatkozóan 3-as értékelésnél rosszabb minősítés nem jelent meg (ez is összesen 7 esetben), ugyanakkor a pozitív szélsőérték (5-ös minősítés) előfordulása magas (67) volt. Tehát az adatközlők egységesebben értékelték a II. videóban (V2B) az orvos-beteg viszonyt jónak, mint az I. videó (V2P) esetében rossznak. Ez a tendencia az értékelések terjedelmében (a legalacsonyabb és a legmagasabb érték távolsága) és a móduszban is megmutatkozik.

A páros Wilcoxon-próba alapján megállapítható, hogy ugyanannak az adatközlőnek a két kapcsolatépítésre vonatkozó visszajelzése szignifikáns különbséget mutat [$Z(163) = -11,197, p < 0,001, r = 0,88$]. Az összes csoport adatközlői válaszai közötti különbséget az

eltérő résztvevői létszám miatt statisztikailag nem vizsgáltam. A orvosok és a fonetikai kurzus hallgatóinak visszajelzéseire vonatkozóan a Mann–Whitney-próba azt mutatja, hogy a két adatközlői csoport értékelései között nincs szignifikáns különbség.

A továbbiakban a kapcsolatépítésre vonatkozó reflexiók kvalitatív elemzésére térek ki a két nagyobb adatközlői csoportban.

5.2.2. A kapcsolatépítési mód kvalitatív értékelése

Ebben az alfejezetben két egyetemi hallgatói csoport reflexióit vizsgálom meg: az orvostan-hallgatókét és a fonetikai kurzust végző egyetemi hallgatókét. Elsőként a kapcsolatépítésre vonatkozó szóbeli reflexiókat elemzem (a kérdőív 1.2. és 2.2. kérdései; lásd 5.2.2.1.); majd a címadási tendenciákat ismertetem (a kérdőív 1.1. és 2.1. kérdései; lásd 5.2.2.2.); végezetül a hasonlóságokra és a különbségekre adott válaszokat vetem össze (a kérdőív 3.1. és 3.2. kérdései; lásd 5.2.2.3.). Ezen túl a két adatközlői csoport összes válaszában elemzem a nonverbális jelzésekre érkező visszajelzéseket (lásd 5.2.2.4.).

5.2.2.1. A kapcsolatépítési mód kvalitatív értékelése a orvosok és a magyar szakos hallgatók reflexiói alapján

Ahogy azt az előző fejezet adataiból is láthatjuk, a két csoport értékelése a kapcsolatépítés módjára mindkét helyzetre vonatkozóan közel áll egymáshoz, szignifikáns különbség nem áll fenn közöttük. Az I. videóhoz (V2P) kötődő minősítésekben mindkét csoport esetében a medián és a módusz is 2 („rossz kapcsolat”); a II. videóra vonatkozóan pedig 4 („jó kapcsolat”).

A következőkben a két csoport reflexiói alapján azt tekintem át, hogyan alakulnak, mire vonatkoznak az értékelések a kifejtett válaszokban a kérdőív 1.2./2.2. kérdéseinél („Mit gondolsz, milyen a terápiás kapcsolat az orvos és a páciens között a konzultáción? Írja le a saját szavaival!”). Ebben az alfejezetben példákon keresztül szemléltetem a két adatközlői csoport válaszait. A orvosok összes válaszát az adott kérdésre vonatkozóan a 2. mellékletben közlöm (*i. táblázat*), a fonetikai kurzus hallgatóinak a visszajelzéseit pedig a *ii. táblázat* összesíti. Az adatközlők azonosítójeleiben az M = orvos, az F = fonetikai kurzus hallgatója, a szám pedig az adatközlői csoporton belüli kérdőív száma (MI–M33, FI–F22). Az alfejezetben az azonosítókön túl azt is jelölöm, hogy melyik jelenetre vonatkozik a visszajelzés (pl. MI_V2B). Az adatközlői válaszokból a könnyebb érthetőség kedvéért félkövérrel emelem ki a kapcsolatra, a résztvevőkre vonatkozó kulcsszavakat, kifejezéseket. A válaszokat alapvetően az adatközlők által közölt formában és helyesírással adom meg, kizárólag központozási kiegészítést tettem néhány helyen.

Ahogy azt az (1a–1d) példák, valamint az *i.* és *ii. táblázat* alapján is láthatjuk, az adatközlők mindkét csoportban eltérő kifejtettségben adtak választ a terápiás kapcsolatra vonatkozóan. Az is megfigyelhető, hogy egy-egy válaszadó közel azonos terjedelemben adott visszajelzést

mindkét videóra. Amennyiben eltérés mutatkozott, akkor jellemzően a paternalisztikus kapcsolatépítésre vonatkozóan érkeztek hosszabb, kifejtőbb válaszok. Ez összefüggésben lehet azal, hogy a negatív események nagyobb figyelmet vonnak magukra (JING-SCHMIDT 2007: 418), de adódhat abból is, hogy az adatközlők minden esetben a paternalisztikus jelenetet nézték meg elsőként. Ez a tényező a nem összehasonlító kérdésekre adott válaszokban is megjelenik explicit módon, pl. *partneribb* (M16); *sokkal jobb* (M18); *hasznosabb* (M26); *személyesebb* (F16); *empatikusabban* (F17).

- (1a) **Passzív-agresszív, az orvos részéről, pedig a beteg csak segítséget szeretne, alapvetően nem is fejmosságért jött, majd áll kérdőn, mert nem tudja, mi történik. Mindeközben a doki evidensnek veszi, hogy a beteg ismeri a szakszavakat, és tisztában van a – az adott esetben – vérkép értékekkel, lekezelően nyilatkozik, és abszolút nem az látszik, hogy a beteg gyógyulását tartaná prioritásnak, inkább csak a darab-darab elve szerint, úgyis diabetesez, neki kb. mindegy alapon mondja el az információkat. Holott a beteg csak a jogosítványát jött meghosszabbíttatni, egyből szidást kap, ennek ellenére érdeklődő és nyitott a lehetséges betegségével kapcsolatban, sajnos az orvos részéről nem a nyitottság tükröződik, részéről egyoldalú a kommunikáció.** (M7_V2P)
- (1b) **Paternalista.** (M10_V2P)
- (1c) **Megértés és türelem jellemzi az orvos és a páciens közötti kapcsolatot a konzultáción. Maximális rugalmasság és oldott hangulat figyelhető meg, ahol a páciens ezáltal nem fél kérdezni, és érthető válaszokat is kap kérdéseire.** (F20_V2B)
- (1d) **Közvetlen.** (F8_V2B)

A medikusok válaszaiból az I. és a II. videóhoz kapcsolódóan az látszik, hogy ezek jellemzően a kapcsolat minősítését, a résztvevők viselkedését, érzelmeit és cselekvéseit helyezik előtérbe. Ez utóbbiban a kommunikatív aktusok is kiemelt szerepet kapnak.

A kapcsolat minősége az I. videóban (V2P) a válaszadók reflexiói alapján alapvetően negatív: *hiányos, minimális, nem megfelelő* (M1), (M31, M20, M27); *nem túl jó* (M2); *nagyon rossz* (M8, M25); *távoli, személytelen, hideg* (M3, M4, M18); *távolságtartó, lekezelő, rideg* (M9, M16, M21); *ineffektív, hatástalan* (M13, M29). Többször jelenik meg az alá-fölérendeltségi viszony (M5, M12, M14, M15, M16, M17); valamint a *paternalista* jelző (M10, M12). A kapcsolat minősítése kizárólag két esetben egészül ki olyan információkkal, amely közös felelősségként, a közös alap hiányaként jeleníti meg ennek a viszonynak az alakulását. Ezek a következők: *hiányzik mindkét féltől a pozitív hozzáállás* (M25); *nem tudják átadni egymásnak a gondolataikat* (M27).

Ennél jóval gyakoribb, hogy a doktornő viselkedését és cselekedeteit értékelték az adatközlők, és a kapcsolat nem megfelelő voltát ezekkel hozták összefüggésbe. Ezen belül kiemelt szerepet kapott a magyarázat módja, illetve a kommunikáció. Egyetlen adatközlő véleménye volt, hogy *az orvos korrektül válaszol* (M24). A válaszadók többsége szerint azonban az orvos

kommunikációja rideg, távolságtartó, lekezelő, és a sok szaknyelvi elem miatt a páciens számára nem érthető (pl. M2, M15, M18, M19, M23, M24, M26, M28, M31, M32, M33). Az orvosi viselkedésre vonatkozóan gyakoriak voltak a *felsőbbrendű, ellenszenves, kimért, lekezelő, hierarchikus* jelzők, illetve címkek. A válaszokból kitűnik még az empátia és a megnyugtató hiánya (2a, 2b).

- (2a) *Az orvos nem volt empátikus a beteggel, és nem magyarázta el az esetét a páciens szintjének megfelelően.* (M26_V2P)
- (2b) *Az orvos közömbös a pácienssel szemben. Csak a szükséges információkat közli, de nem mutat semmi együttérzést, empátiát.* (M32_V2P)

A páciens viselkedésével és állapotával kapcsolatos kérdések ennél jóval ritkábban jelentek meg, ami azt is jelzi, hogy a válaszadók inkább az egészségügyi szakember viselkedését tartják meghatározónak a kapcsolat építésében, minőségének alakításában. A kérdőív kérdése kapcsán a betegnek elsődlegesen az érzelmei, bizonytalansága, aggodalma, ijedtsége (3a–3c) és a megértés, a tájékoztatás hiánya került előtérbe (3a, 3c, 3d, 3e).

- (3a) *Az orvos-beteg kapcsolatban a partneri viszony nem látszik, az orvos a felérendelt [sic!], a beteg elhanyagolt, nincs tájékoztatva.* (M17_V2P)
- (3b) *Az orvos távolságtartóan, ridegen és fennsőbbiségesen beszél a pácienssel, nem fogalmaz a beteg számára érthetően, nem ad valódi segítséget. A beteg zavarodott és ijedt, nem tud mit kezdeni a helyzettel.* (M19_V2P)
- (3c) *Az orvos túl kimért, nem nyugtatja meg a beteget, a páciens aggódó és kicsit laikus.* (M22_V2P)
- (3d) *Túlságosan szakmai, a páciens sokszor nem is érti meg az orvost.* (M28_V2P)
- (3e) *Az orvos túlságosan szakmai nyelven közli a beteggel az információkat. A páciens nem is érti pontosan, mit, hogyan kell a diagnózis közlése után csinálnia.* (M33_V2P)

A II. videóra (V2B) adott válaszok alapján megállapítható, hogy ebben az esetben is az orvosi viselkedés és kommunikáció határozta meg a kapcsolat minőségét. A beteg kikövetkeztetett érzelmei is jellemzően ezekkel összefüggésben értelmeződtek (pl. *látszott a betegben, hogy nem fél mondani az aggodalmait*, M18). Ebben a jelenetben az adatközlők válaszai alapján a doktornő segítőkész, jól kommunikáló, a megértést támogató, odafigyelő, a szemkontaktust tartó, kedves, a páciens érzelmeire reagáló szakemberként írható le (4a–4d; lásd még M7, M11, M17, M18, M24, M26, M32, M33).

- (4a) *Teljesen jó, az orvos kedves, segítőkész, megértő és emberközelí. A beteg kicsit értetlenkedik, de ez szerintem még normálisnak mondható.* (M3_V2B)

- (4b) *Az orvos emberként néz a páciensre, ismerik egymást, úgy néz ki, megvan a kölcsönös bizalom.* (M15_V2B)
- (4c) *Megfelelő a kapcsolat.* (M23_V2B)
- (4d) *Nagyon jó, mivel az orvos a beteg minden kérdésére készségesen válaszol.* (M31_V2B)

A kapcsolat minőségét tekintve a pozitív minősítések jelentek meg, így a *jó, megfelelő* vagy *kifejezetten jó* (M2, M3, M8, M11, M14, M20, M23, M27, M28, M31, M33); a *partneri, emberi kölcsönös tiszteleten alapuló* (M5, M7, M9, M10, M12, M14, M15); a *baráti, bizalmas, mégis szakmai* (M6, M30); *sikeres, hasznos* (M29); *segítőképz, közvetlen* (M20). Egy esetben ennek a jövőbeni eredménye is előfordult (*Magas lesz a compliance [sic!], az orvos kommunikációja miatt*, M4).

A két kapcsolati mód összehasonlítása is megjelent a válaszokban, például: *partneribb, jobb* (M13, M16, M17, M18, M19). Megfigyelhető, hogy a betegközpontú II. videóban a kapcsolatépítésre vonatkozóan több volt a közös viszonyt feltételező nyelvi jellemzés. Például: *kétirányú kommunikáció* (M7); *Mindkét féltől a terápia szempontjából pozitív hozzáállás* (M25); *Megértik egymást* (M27); *Figyelmesen kommunikálnak egymással* (M29). Ezt jelzi a *partneri, kölcsönös* jelzők megjelenése is. Negatívabb értékelés az orvos-beteg viszonyra egy esetben érkezett, az (M13)-as adatközlő részéről: *Alapszinten megfelelő, de nem kielégítő* (M13).

A fonetikai kurzuson részt vevő adatközlők válaszait ugyanilyen szempontok szerint elemeztem (az összes választ lásd a *ii. táblázatban*). Az I. videóban ábrázolt (V2P) kapcsolat minősítésénél szintén megjelent a hierarchikusság, a lekezelő vagy szakmai jelleg (5a–5d), de jóval kisebb számban fordult elő, mint a medikusoknál.

- (5a) *Hierarchikus kapcsolatra emlékeztet, a doktornő szándékosan a páciens fölé akarja helyezni magát.* (F4_V2P)
- (5b) *Hideg, távolságtartó, szakmai.* (F10_V2P)
- (5c) *Nem működik jól, a páciens nem érzi magát biztonságban, nincs partneri viszony az orvos és páciens között, sokkal inkább hierarchia jellemzi, amiben az orvos van felül.* (F19_V2P)
- (5d) *Negatív. Egy egyszerű embert teljesen lenéz az orvosa, meg se próbál vele empátikus lenni, vagy valóban segíteni neki. Futószalagon jönnek – csak menjenek minél hamarabb hozzáállás. Az úriemberen is látszik a zavar, hogy nem ért dolgokat, de hiába kérdez.* (F21_V2P)

Ebben a csoportban a minősítések jellemzően általánosabb kategóriák voltak, mint például *nem megfelelő, nem jó, rossz, negatív* (F2, F11, F15, F21); vagy érzelmekhez kötődő, azokat előhívó minősítések, például *rideg, nyugtalanító, közömbös, feszült, érzelemmentes, távolságtartó* (F5, F6, F7, F10, F12, F14, F16, F18).

Az orvos viselkedésében jellemzően a magyarázat módja, a szakszavak túlzott használata, a megértést nem támogató hozzáállás, a tájékoztatás hiánya jelent meg, hasonlóan ahhoz, ahogy a medikusok is ezt emelték ki a reflexióikban (6a–6c). Egy esetben kifejezetten pozitív értékelést kapott a doktornő kommunikációs módja (6d).

- (6a) *Szerintem **nem megfelelő**, mert az orvos **nem tájékoztatja** megfelelően a páciens, és az **aggódba távozik**. (F2_V2P)*
- (6b) ***Nem túl jó**, az orvos **nem tisztázza** a beteg állapotát, és **olyan szavakat használ**, amit nem is igazán ért a beteg, ezzel **összezavarja, kétségbe ejti**. (F11_V2P)*
- (6c) *Úgy gondolom, hogy az orvos és a páciens közötti kapcsolatot a konzultáción a **félreértések**, vagy inkább a **meg nem értettség** jellemzi. Az orvos **túlzott szaknyelvi beszéde** miatt a páciens **nem is érti igazán, mi a probléma**, így az orvos ezáltal **pánikot, félelmet kelt** a páciensben. (F20_V2P)*
- (6d) *Eleinte az orvos viselkedését **lekezelőnek** éreztem, de ettől függetlenül **mindent részletesen elmagyarázott** a páciensnek, **minden kérdésére válaszolt**. (F8_V2P)*

A magyar szakos hallgatók visszajelzésében kifejezetten gyakori volt a páciens szemszögének a bevonása, miszerint aggódba és megijesztve távozik; nem kap egyértelmű válaszokat a kérdéseire; nem érti, hogy pontosan mi történik; kényelmetlenül érzi magát; nincs biztonságban (F2, F7, F9, F19, F21). Az (F6)-os adatközlő szavaival élve, az orvos és a páciens között a kapcsolat *rossz, nincsenek egy hullámhosszon*.

A II. videó (V2B) jellemzésében, összhangban a Likert-skálán megadott eredményekkel (lásd 5.2.1. fejezet), a konzultáció résztvevői közötti viszony pozitív értékelést kapott. A minősítéseket tekintve ez a viszony *jó, megfelelő* (F7, F11, F14, F15, F16, F19, F21); *bizalmas*, illetve *bizalommal teli* (F6, F12, F14); *kielégítő* (F2), *normális, megértő* (F3); *egyenrangú, udvarias* (F4); *nyugodt, tiszteletteljes* (F5); *közvetlen* (F8); *együttműködő, odafigyelő* (F10); *kiegyensúlyozott, harmonikus, kölcsönös tiszteleten alapuló* (F18). A *partneri* jelző, a *paternalistához* hasonlóan nem jelent meg egyáltalán a magyar szakosok visszajelzéseiben (kivéve egyszer az F19-es adatközlő I. videóra adott reflexiójában *nem partneri* konstrukcióként).

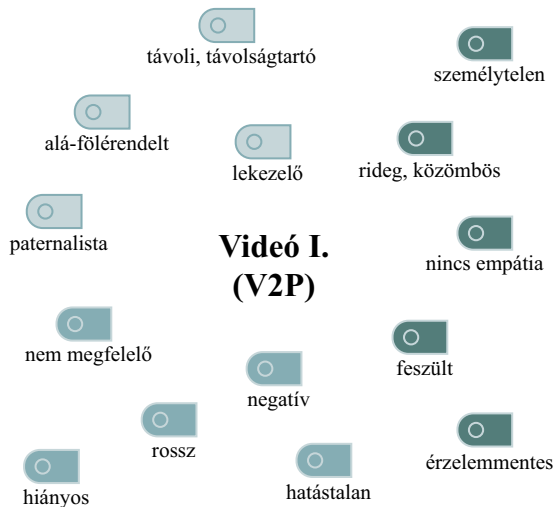
A két jelenet egymáshoz való viszonyítása, összevetése ebben az adatközlői csoportban is megfigyelhető. Például ezt a konzultációt az adatközlők személyesebbnek, pozitívabbnak, empatikusabbnak értékelték a paternalisztikushoz képest (7a–7c).

- (7a) ***Megfelelő, személyesebb**. (F16_V2B)*
- (7b) *Az orvos **sokkal empatikusabban és több együttérzéssel** közli a leletet a pácienssel, mint az előző videóban. (F17_V2B)*
- (7c) ***Sokkal pozitívabb, figyelmes a doktornő, és próbálja embereknek való nyelven is megérteni** páciensével, **mi a probléma az egészségével. Gesztusaival is jelzi, hogy figyel, odafordul, kellemes a hangszíve, törődik a betegével, útmutatást ad**. (F21_V2B)*

Az orvosi magyarázat és viselkedés szintén nagy szerepet kapott a válaszokban (8a–8d), ugyanakkor az erre adott páciensi reakció (pl. a megértés, a kérdészés lehetősége) is a kapcsolatépítés reflexív elemeként jelent meg ezekben.

- (8a) **Jó, az orvos érthetően, tisztán elmagyarázza a szituációt a betegeknek, aki felteszi azokat a kérdéseket, amiket a legtöbben feltennénk.** (F11_V2B)
- (8b) **Ha az elsőnél azt mondtam, hogy kedves a doktornő, akkor ennél ezt fokozni kell. Sokkal nagyobb tisztelettel fordult az orvos a páciens felé, mint az előző videóban.** (F13_V2B)
- (8c) **Rendben volt, a doktornő segítőkész volt, tartotta a szemkontaktust a beteggel, elmagyarázta, hogy a leletben olvasottak mit jelentenek.** (F19_V2B)
- (8d) **Megértés és türelem jellemzi az orvos és a páciens közötti kapcsolatot a konzultáción. Maximális rugalmasság és oldott hangulat figyelhető meg, ahol a páciens ezáltal nem fél kérdezni, és érthető válaszokat is kap kérdéseire.** (F20_V2B)

Összességében az látható, hogy a két adatközlői csoportban nemcsak a számszerű minősítések, hanem a kifejtett értékelések is nagy hasonlóságokkal jellemezhetők. Ezt szemlélteti a 13. és 14. ábra, amelyek összesítve mutatják be a két adatközlői csoport visszajelzéseit. Az orvosközpontú (V2P) jelenetben a minősítések egyértelműen negatív szemantikai tartalommal bírnak. Az értékelések három egymással nagyon szorosan összekapcsolódó aspektus mentén jelennek meg. Egyrészt kiemelik a kapcsolat hierarchikusságát, vertikális irányultságát (FENT–LENT); az érzelmek negatív dimenzióit, valamint a konzultáció milyenségét, kimenetét. A három aspektust jelenítik meg a 13. ábrán a színek (halvány árnyalatú zöld: kapcsolat; sötétebb zöld: a konzultáció kimenete; legsötétebb zöld: érzelmek).



13. ábra. Az orvos-beteg kapcsolat értékelései az I. videóban (V2P)

A betegközpontú jelenethez kapcsolódóan az figyelhető meg, hogy az orvos-beteg viszony és a kimenet kerül előtérbe, az érzelmek inkább a kapcsolati aspektussal összefonódva jelennek meg (lásd 14. ábra). Ahogy a megnevezések is rámutatnak, itt a résztvevők közötti kapcsolatot egy horizontálisabb téri megjelenítés jellemzi, amely a társas kapcsolatra vetítve a kölcsönös-ségben, az egyenrangúságban, a baráti hangnemben mutatkozik meg.



14. ábra. Az orvos-beteg kapcsolat értékelései a II. videóban (V2B)

Az alapvető hasonlóságok ellenére kisebb eltérések figyelhetők meg abban a tekintetben, hogy a medikusok válaszaiban nagyobb szerepet kap az alá-fölérendelt, paternalista, valamint az egyenrangú, partneri viszony nyelvi kifejtése, tehát a már említett vertikális jelleg. Ez az azal is összefügghet, hogy a medikusok képzésük során találkoznak ezekkel a fogalmakkal. Továbbá az is megfigyelhető a medikusok visszajelzéseiben, hogy nagyobb hangsúly helyeződik a kapcsolat alakításában az egészségügyi szakember szerepére. Ellenben a fonetikai kurzus hallgatóinak válaszaiban a minősítések inkább a pozitív–negatív pólus, azaz az ellentétek megjelenéséhez kötődnek (*jó, kielégítő – rossz, megfelelő – nem megfelelő, hatásos – hatástalan, sikertelen*). Az is látható, hogy a páciens perspektívája, az ő feltételezett, észlelt érzelmei ezekben a visszajelzésekben gyakrabban jelennek meg. Ez azzal is összefüggést mutathat, hogy a magyar szakos hallgatók nagyobb mértékben tudnak azonosulni a páciens szerepével, míg a medikusok az orvoséval.

A következő alfejezetben az egyes jelenetek címadásához kapcsolódó tendenciákat ismerettem a két adatközlői csoportban.

5.2.2.2. A jelenetcímek a két kapcsolatépítési módban

Az adatközlők a kérdőívben mindkét jelenetnek címet adtak az 1.1.-es, illetve 2.1.-es kérdésekre válaszolva: „Ha címet kellene adni a jelenetnek, milyen címet adna?” (lásd *1. melléklet*). Ebben az alfejezetben ezeket a visszajelzéseket elemzem.

A címadásban minden esetben megállapítható egy metonimikus mozzanat: a jelenet egyes része vagy részei, szereplői, eseményei által aktivált tudás, érzés, tapasztalat áll a jelenet helyett (TOLCSVAI NAGY 2001: 325–330). Az összesen 108 címben elemeztem a személyviszonyok megjelenését, a címekben aktivált témákat, amelyek egymással átfedésben is megjelenhetnek (pl. kapcsolat, kommunikáció, orvosszerep, betegszerep, érzelem, általános, az adott történethez kapcsolódó név, esemény). Továbbá megvizsgáltam a polarizáláshoz kapcsolódóan a pozitív – semleges – negatív skálát mindkét jelenetre vonatkozóan a két adatközlői csoportban (lásd *8. és 9. táblázat*). Az eredményeket a kapcsolatépítési módokhoz kötődően mutatom be a továbbiakban.

8. táblázat. A medikusok címadása a kérdőív I. (V2P) és II. (V2B) videójára vonatkozóan⁶⁰

Adatközlői kód	Cím I. videó (V2P)	Cím II. videó (V2B)
M1	<i>Vizit az orvosnál</i>	<i>Az orvosnál</i>
M2	<i>Csak a jogosítvány miatt jöttem... vagy mégsem?</i>	<i>Egy nap az orvosnál</i>
M3	<i>Az orvos-beteg kapcsolat negatív példája</i>	<i>Ideális orvos beteg kapcsolat</i>
M4	<i>El egymás feje mellett</i>	<i>Az orvosi kommunikáció egy ideális világban</i>
M5	<i>Egy átlagos orvos beteg találkozás Magyarországon</i>	<i>Egy közel ideális orvos beteg találkozó</i>
M6	<i>Kommunikációs készség, 0</i>	<i>Ideális orvos-beteg kapcsolat</i>
M7	<i>Szakzsargon</i>	<i>Elmagyarázom</i>
M8	<i>Ijesztő szakzsargon magyarázat nélkül</i>	<i>Egy normális háziorvos-páciens beszélgetés</i>
M9	<i>Hogyan ne kommunikáljunk a beteggel</i>	<i>A helyes orvos-beteg kommunikáció</i>
M10	<i>A beteg frusztrálása</i>	<i>A beteg elindítása a helyes úton</i>
M11	<i>Egy rossz háziorvosi látogatás</i>	<i>Háziorvosi látogatás</i>
M12	<i>Hogyan ne legyünk orvosok</i>	<i>Türelmes orvos-beteg szituáció</i>
M13	<i>Rideg rendelő</i>	<i>Egy beteg tájékoztatása</i>
M14	<i>Paternalista orvos-beteg kapcsolat</i>	<i>A helyes orvos-beteg kapcsolat</i>
M15	<i>Hogyan ne viselkedjünk egy pácienssel</i>	<i>A helyes orvos-beteg kommunikáció</i>

⁶⁰ A címek minden esetben az adatközlők által írt formában jelennek meg a táblázatban.

Adatközlői kód	Cím I. videó (V2P)	Cím II. videó (V2B)
M16	<i>Tájékoztató idő szűkében</i>	<i>Megváltoztatható út a cukorbetegség felé</i>
M17	<i>Megértetlenség</i>	<i>Orvosi konzultáció</i>
M18	<i>Megjédt beteg a fölényeskedő orvosnál</i>	<i>Terápiás konzultáció</i>
M19	<i>Zavarodottság és ridegség a rendelőben</i>	<i>Beteg vagyok?</i>
M20	<i>Hogyan NE kommunikáljunk a beteggel</i>	<i>Kellemes hangulatú orvosi látogatás</i>
M21	<i>Robot doktor</i>	<i>Segítőkész ellátás</i>
M22	<i>Vizit</i>	<i>Egy rendes orvos</i>
M23	<i>Háziorvosnál</i>	<i>Háziorvosnál</i>
M24	<i>Időben szembesítés</i>	<i>Hivatástudat</i>
M25	<i>Kellemetlen orvosi látogatás</i>	<i>Pozitív látogatás az orvosnál</i>
M26	<i>Rendelő látogatás</i>	<i>Rendelői látogatás 2.0</i>
M27	<i>Egy problémás orvosi látogatás</i>	<i>Orvos látogatás kellemes légkörben</i>
M28	<i>A túl tudományos orvos</i>	<i>A helyes pácienskezelés</i>
M29	<i>Közemberek</i>	<i>Megértés</i>
M30	<i>Információs aszimmetria</i>	<i>A konzultáció</i>
M31	<i>A rideg orvos</i>	<i>A segítőkész és megoldást nyújtó orvos és a riadt páciens</i>
M32	<i>Milyen ne legyen egy orvos-beteg kapcsolat</i>	<i>Egészséges orvos-beteg kapcsolat</i>
M33	<i>Hogyan ne világosítsuk fel a beteget a cukorbetegségéről</i>	<i>Hogyan tájékoztassuk a cukorbetegeket a szükséges életmódváltásról</i>

Általánosságban megfigyelhető, hogy a címekben egyáltalán nem jelent meg konkrét személy; pl. *Életmódváltás* (F17); *Segítségnyújtás egy betegség kezelésében* (F14). Amennyiben mégis, akkor jellemzően általános szerepvizonyokhoz kötődően: *A beteg frusztrálása* (M10); *Egy rendes orvos* (M22); *Embertelen emberek* (F19). Kevés esetben adatolható az említett tendenciától való elmozdulás a személyjelölésben. Egy-egy esetben fordult elő a jelenet szereplőjének említése, pl. *Szalay úr életmódváltása* (F10); a betegnek mint címzettnek a formális helyzetbeli megszólítása, pl. *Első az egészsége* (F4), vagy az E/1. perspektíva, pl. *Beteg vagyok?* (M19).

Annak ellenére, hogy nem gyakori, de megfigyelhető a medikusok címadásában a helyzetbe való bevonódásuk megjelenése. Ennek egyik jelzője a többes szám első személyű igealak, amely szinte minden esetben a *Hogyan ne* konstrukcióval párosul. Például: *Hogyan ne kommunikáljunk a beteggel* (M9); *Hogyan ne legyünk orvosok* (M12); *Hogyan ne viselkedjünk egy pácienssel* (M15); *Hogyan NE kommunikáljunk a beteggel* (M20); *Hogyan ne világosítsuk fel a beteget a cukorbetegségéről* (M33). Általános hatókörrel, a bevonódás jelölése nélkül egyszer fordul elő a hasonló szemantikai szerkezet, az ajánlás tagadása: *Milyen ne legyen egy*

orvos-beteg kapcsolat (M32). Ez a fajta bevonódás a magyar szakos adatközlői csoportban egyáltalán nem figyelhető meg, ott kizárólag egyetlen esetben jelenik meg a *Hogy ne* konstrukció, ez azonban általános hatókörű E/2. igealakokkal társul (*Hogy ne közöld a beteggel mi a baja*, F5). A T/1. egy *hogyan* konstrukcióval is párosul a medikusok válaszában, ebben az esetben a betegközpontú jelenet címeként jelenik meg: *Hogyan tájékoztassuk a cukorbetegeket a szükséges életmódváltásról* (M33).

9. táblázat. A fonetikai kurzus hallgatóinak címadása a kérdőív I. (V2P) és II. (V2B) videójára vonatkozóan

Adatközlői kód	Cím V2P	Cím V2B
F1	<i>Jótanácsok</i>	<i>Még nincs veszve minden</i>
F2	<i>Hiány az orvosi kommunikációban</i>	<i>Emberközeli kommunikáció</i>
F3	<i>Az orvos és a páciens meg nem értettsége</i>	<i>Egy normális orvos és páciens kapcsolat</i>
F4	<i>A lehetetlen gyógyulás</i>	<i>Az első az egészsége</i>
F5	<i>Hogy ne közöld a beteggel mi a baja</i>	<i>Egy ideális orvos-páciens kapcsolat</i>
F6	<i>A rossz orvos-páciens kapcsolat</i>	<i>A jó orvos-páciens kapcsolat</i>
F7	<i>Csak egy aláírás kellett volna a jogshoz...</i>	<i>Időben észrevett betegség</i>
F8	<i>A kellemetlenség határán</i>	<i>Figyelmesség</i>
F9	<i>Egy nem jól lekommunikált problémamegoldás</i>	<i>Egy eredményes orvoslátogatás</i>
F10	<i>Szalay úr és a vércukorszint</i>	<i>Szalay úr életmódváltása</i>
F11	<i>Oda kellene figyelni a testmozgásra meg az étkezésre</i>	<i>Ideális orvosi kommunikáció</i>
F12	<i>Egy bukott orvos „gyógyítása”</i>	<i>Minden probléma megoldható</i>
F13	<i>Kényszer az életmódváltásra</i>	<i>Meglepetések</i>
F14	<i>Felütötte a fejét egy új betegség</i>	<i>Segítségnyújtás a cukorbetegség kezelése kapcsán</i>
F15	<i>A cukorbetegség miatti ijedség</i>	<i>Segítségnyújtás egy betegség kezelésében</i>
F16	<i>Meg nem értés</i>	<i>Orvosi tanácsadás</i>
F17	<i>Életmódváltás</i>	<i>A diéta</i>
F18	<i>A pedáns orvos</i>	<i>A betegközpontú orvos</i>
F19	<i>Embertelen emberek</i>	<i>Segítőkézség</i>
F20	<i>Félreértések sorozata</i>	<i>Ideális konzultáció</i>
F21	<i>Mindennapok a rendszerben</i>	<i>Ritka nap</i>

Mindegyik címre vonatkozóan megvizsgáltam a polarizálással való kapcsolatot a pozitív – semleges – negatív skálán. Pozitívként értelmeztem azokat a címeket, amelyekben explicit vagy implicit módon megjelenik a pozitív értékelés (pl. *Ideális orvos-beteg kapcsolat*, M3;

Egy rendes orvos, M22; Emberközeli kommunikáció, F2; Segítőkézség, F19). A skála negatív végpontja esetén ugyanígy jártam el a negatív tartalmak explicit vagy implicit megjelenését figyelembe véve, pl. *Ijesztő szakzsargon magyarázat nélkül* (M8); *El egymás feje mellett* (M4); *Megértetlenség* (M17); *A rossz orvos-páciens kapcsolat* (F6); *Félreértések sorozata* (F20). Ezen túl három ironikus esetet adatoltam a fonetikai kurzus hallgatóinak címadásában. Ezekben a példákban pozitív érték kötődik a negatívan megítélt jelenethez, pl. *Jótanácsok* (F1); *A pedáns orvos* (F18); vagy éppen ellenkezőleg, értékmegvonás történik egy pozitív értékkel jelenséghez kötődően: *Ritka nap* (F21). Minden esetben figyelembe vettem, hogy melyik jelenetre vonatkozik, továbbá ellenőriztem az adatközlők szóbeli és 1–5 közötti értékelését. Semlegesként adatoltam azokat az eseteket, ahol az előbbi szempontok szerint nem jelent meg pozitív vagy negatív értéktulajdonítás, pl. *Vizit* (M22); *Háziorvosnál* (M23); *Terápiás konzultáció* (M18); *Orvosi tanácsadás* (F16); *A diéta* (F17).

Az elemzés alapján megállapítható, hogy az értékelés mozzanata a 108 címben hasonló arányban oszlik el. A címekben megjelenő összes értékelés 35%-a pozitív, 34%-a negatív, 28%-a semleges, és 3%-a ironikus.

Az adatközlői csoportok szerint is hasonlóan alakulnak ezek az arányok, ahogy ezt a 10. táblázat is mutatja. Az látható azonban, hogy a medikusok címadásában minimálisan nagyobb arányban jelenik meg a negatív, illetve a semleges érték kidolgozása, mint a fonetikai kurzus hallgatóinak a címeiben. Ez a tendencia a jelenetekre vonatkozó lebontásban is látható. Az elemzés azt mutatja, hogy a paternalisztikus (V2P) videóra vonatkozóan lényegében csak negatív és semleges értékelési mozzanat jelenik meg a címekben mindkét adatközlői csoportban, a pozitív pólus teljesen hiányzik. A magyar szakos hallgatók ironikus címkéi is értékmegvonók.

Ugyanez állapítható meg a betegközpontú (V2B) jelenet esetében is fordított előjellel. Azaz ebben az esetben a negatív skála hiányzik teljesen, és a pozitív és semleges értékmozzanat jelenik meg a címekben. Mindkét esetben megfigyelhető, hogy a medikusok címadásában minimálisan negatívabb vagy kevésbé pozitívabb, semlegesebb értéktulajdonítás valósul meg.

10. táblázat. Az értékelés megjelenése a medikusok és a magyar szakos hallgatók által adott címekben

	Pozitív	Semleges	Negatív	Ironikus
Medikusok a (V2P) jelenetre	–	24%	76%	–
Magyar szakosok a (V2P) jelenetre	–	29%	62%	9%
Medikusok a (V2B) jelenetre	64%	36%	–	–
Magyar szakosok a (V2B) jelenetre	76%	19%	–	5%
Medikusok mindkét jelenetre	32%	30%	38%	–
Magyar szakosok mindkét jelenetre	38%	24%	31%	7%

A címekhez kapcsolódóan vizsgáltam még az aktivált témák megjelenését, mint például az orvos-beteg kapcsolat, a kommunikáció, a résztvevői szerepek, általános hatókörű megnevezések

vagy az adott történettel összefüggő címadások. Ezen szempontokat figyelembe véve is számos ponton figyelhető meg hasonlóság a két adatközlői csoportban (lásd 8. és 9. táblázat).

A orvosok címadásában az I. videóra (V2P) vonatkozóan jellemzően a kapcsolat és ennek résztvevői, a hozzájuk társított érzések, a kommunikáció valamilyen aspektusa vagy a rendelés, konzultáció jelenik meg, amelyekhez gyakran negatív megnyilatkozó viszonyulás, értékelés is kötődik, ahogy azt fentebb is láthattuk. Például: *Robot doktor* (M21); *A túl tudományos orvos* (M28); *Paternalista orvos-beteg kapcsolat* (M14); *Egy rossz háziiorvosi látogatás* (M11); *Kommunikációs készség, 0* (M6); *Rideg rendelő* (M13); *Rendelő látogatás* (M26); *Egy problémás orvosi látogatás* (M27). A címekben a kommunikáción belül kifejezetten fontos szerepet kap a tájékoztatás, a megértés, illetve annak a hiánya a rideg orvosi viselkedéssel vagy a szakzsargon túlzott használatával összefüggésben. Például: *El egymás feje mellett* (M4); *Szakzsargon* (M7); *Ijesztő szakzsargon magyarázat nélkül* (M8); *Tájékoztatás idő szűkében* (M16); *Megértetlenség* (M17); *Információs aszimmetria* (M33).

A orvosok címadásában a beteg érzelmi, nézőpontja és az orvos viselkedése is megjelenik. Például: *A beteg frusztrálása* (M10); *Megijedt beteg a fölényeskedő orvosnál* (M18); *Zavarodottság és ridegség a rendelőben* (M19). Ezen túl az adott jelenetből kiragadott részletek (*Csak a jogosítvány miatt jöttem... vagy mégsem?*, M2), illetve általános hatókörű címek is megtalálhatók (*Vizit az orvosnál*, M1). Az itt ismertetett tényezők nem kizárólagosak, gyakran együtt jelennek meg a címekben. Így például a *Rideg rendelő* (M13) esetében a konzultáció helyszíne mint általános kép és a doktornő által teremtett érzelmi atmoszféra is aktiválódik.

A fonetikai kurzus résztvevőinek a címadásában számos hasonlóság figyelhető meg. Így például a kapcsolat, a kommunikáció, az abban résztvevők, a jelenet egyes részei, valamint az ezekhez fűződő jellemző értéktulajdonítás mind megjelennek a címekben. Például: *A rossz orvos-páciens kapcsolat* (F6); *Hiány az orvosi kommunikációban* (F2); *Meg nem értés* (F16); *A pedáns orvos* (F18); *Egy bukott orvos „gyógyítása”* (F12). Az is látható, hogy ebben az adatközlői csoportban a jelenet konkrét eseményei nagyobb szerepet kapnak. Például: *Csak egy aláírás kellett volna a jogsihoz...* (F7); *Szalay úr és a vércukorszint* (F10); *Oda kellene figyelni a testmozgásra meg az étkezésre* (F11); *Kényszer az életmódváltásra* (F13); *Felütötte a fejét egy új betegség* (F14); *A cukorbetegség miatti ijedtség* (F15); *Életmódváltás* (F17). Továbbá egyfajta általánosabb perspektíva is gyakrabban fordul elő, pl. *A lehetetlen gyógyulás* (F4); *A kellemetlenség határán* (F8); *Embertelen emberek* (F19); *Mindennapok a rendszerben* (F21).

A betegközpontú II. videóhoz (V2B) kapcsolódó címadásokban hasonló tendenciák figyelhetők meg (lásd 8. és 9. táblázat). A orvosok címeiben jellemző téma az orvos-beteg kommunikáció és kapcsolat, illetve ennek a pozitív értékelése. A leggyakoribb jelzők ehhez kapcsolódóan az *ideális, normális, helyes, rendes, pozitív, kellemes, segítőkész, egészséges*. A *Hogyan* kezdetű ajánlás és ezzel egyidejűleg a T/1.-ben történő konstruálás csak egyszer jelenik meg (*Hogyan tájékoztassuk a cukorbetegeket a szükséges életmódváltásról*, M33). Ezen túl a tájékoztatás kapcsán két esetben jelenik meg az E/1. perspektíva, egyszer az orvosi szerepet (*Elmagyarázom*, M7), a másik esetben a páciens szerepkört aktiválva (*Beteg vagyok?* M19). Megfigyelhető, hogy a paternalisztikus jelenethez (V2P) képest nagyobb

számban fordulnak elő az általánosabb hatókörű *terápia, konzultáció, látogatás* kifejezések, pl. *Háziorvosi látogatás* (M11); *Orvosi konzultáció* (M17); *Terápiás konzultáció* (M18); *Pozitív látogatás az orvosnál* (M25). Megjelenik további értéként a hivatástudat, valamint a páciens, az életmódváltás támogatása, vezetése, pl. *Hivatástudat* (M24); *A beteg elindítása a helyes úton* (M10); *Megváltoztatható út a cukorbetegség felé* (M16).

A magyar szakos hallgatók is gyakran értékelték explicit módon az orvos-beteg viszonyt a címekben, pl. *Egy normális orvos és páciens kapcsolat* (F3); *A jó orvos-páciens kapcsolat* (F6). Hasonló jelzők jelennek meg, mint a medikusok esetében, így például *emberközeli, jó, normális, eredményes, ideális*. A segítőkészség is több esetben előfordul a címekben, pl. *Segítségnyújtás a cukorbetegség kezelése kapcsán* (F14); *Segítségnyújtás egy betegség kezelésében* (F15); *Segítőkészség* (F19). Ezen túl az orvos hozzáállása, attitűdje is kidolgozódhat, pl. *Figyelmesség* (F8), amelyben egy esetben a páciens perspektívája is megjelenik explicit: *Az első az egészsége* (F4). A II. videóhoz kapcsolódó címekben is előfordul a konkrét jelenet által irányított címadás, pl. *Időben észrevett betegség* (F7); *Szalay úr életmódváltása* (F10); *A diéta* (F17). Továbbá egy általánosabb vagy távolabbi perspektíva érvényesítése: *Még nincs veszve minden* (F1); *Meglepetések* (F13); *Ritka nap* (F21).

5.2.2.3. Hasonlóságok és különbségek a két kapcsolatépítési módban

Ebben a fejezetben a két konzultáción megvalósuló kapcsolatépítést egymás viszonyában vizsgálom a medikusok (M) és a fonetikai kurzus hallgatóinak (F) visszajelzései alapján. A 3.3. kérdésre (lásd *I. melléklet*) adott válaszok azt mutatják, hogy minden adatközlő a II. videóbeli (V2B), azaz a betegközpontú orvosi viselkedést részesítené előnyben páciensként. Ez egyébként nemcsak ebben a két adatközlői csoportban, hanem az összes (163) válaszadó reflexiója szerint elmondható. Ugyanakkor a reflexiók kvantitatív és kvalitatív elemzéséből egyaránt látszik, hogy a két konzultációval, illetve kapcsolatépítési móddal kapcsolatban az adatközlők látnak pozitív és negatív mozzanatokat, hasonlóságokat és különbségeket egyaránt. Ezekre a medikusok és a fonetikai kurzus hallgatóinak a 3.1. és 3.2. kérdésekre adott válaszai alapján térek ki (3.1. „Milyen különbségeket vett észre a két konzultáción?”; 3.2. „Milyen hasonlóságokat vett észre a konzultációkon?”). Az alfejezetben példákon keresztül szemléltetem a válaszokban megfigyelhető tendenciákat. Az összes válasz megtekinthető a *2. mellékletben* a *iii.* és *iv. táblázatban*.

A különbségekre vonatkozó kérdésekre adott válaszokban megmutatkozik, hogy az adatközlők egy része mindkét csoportban egy általánosabb fogalomhoz társítva adja meg a különbségeket. Például a résztvevők attitűdjéhez, hozzáállásához, társas és nyelvi viselkedéséhez (9a–9e); kommunikációjához (10a–10c); stílusához, testbeszédéhez (11a–11c) kötődően. Ezek a szempontok sokszor egymás viszonyában jelennek meg a reflexiókban.

(9a) *Odafigyelés.* (M8)

(9b) *Az orvos hozzáállása lényegesen különbözik. A kommunikációjában verbálisan, a testbeszédében, mimikájában, szóhasználatában. És a beteg is teljesen más érzésekkel hagyja el a helyiséget.* (M12)

- (9c) *Az orvos-beteg egymáshoz való hozzáállása és a terápiás konzultáció menetében alapvető különbség volt.* (M14)
- (9d) *Az orvos attitűdje változott a második videóban.* (F2)
- (9e) *Más orvosi hozzáállás.* (F21)
- (10a) *A kommunikáció színezete, pár mondattal és valamiféle empátia mutatással sokkal barátságosabbá és terápiásabbá lehet tenni egy beszélgetést.* (M7)
- (10b) *Célba ért az orvos üzenete.* (M13)
- (10c) *Kommunikációs különbség van köztük.* (M23)
- (11a) *Az orvos beszéde a páciens felé más stílusú volt.* (M2)
- (11b) *Az orvos stílusa.* (F3)
- (11c) *Az orvos beszédstílusa, mimikái.* (F5)

A másik jellemző választípus az volt, amikor az adatközlők mindkét konzultációra reflektáltak, jellemzően értékelő attitűddel, hasonlóan a címekben tapasztalt pozitív–negatív skála két végpontjának az explicit, egymást szembeállító kidolgozásával (12a–12e).

- (12a) *Egészen más a habitusa az orvosnak, jóval fejlettebb érzelmi intelligenciáról tanúskodik a másodikban, míg egy jóval kirekesztőbb az elsőben.* (M4)
- (12b) *Az első videón a beteggel nem foglalkoztak, a másodikban sokkal inkább. A szemkontaktus, odafordulás, érdeklődés, tájékoztatás, orvosi hozzáállás is más volt (a másodikban minden sokkal jobb). A beteg sokkal megkönnyebbültebb volt a második beszélgetés után.* (M17)
- (12c) *Az első feszült hangulatú volt, a második sokkal kellemesebb.* (M28)
- (12d) *A másodikban igazi értelmes tanácsokat adott a doktornő, míg az elsőben csak teóriával és szakszavakkal fárasztotta a páciens. A stílusa rögtön figyelmesebb és kedves volt.* (F1)
- (12e) *Az elsőben az orvos hanyag volt, nem törődött a beteggel csak a kötelességét látta el, a másodikban ez pont az ellentéte volt.* (F11)

A válaszok harmadik típusában a másodikként megtekintett II. videó betegközpontú, pozitívabb kapcsolatépítési módja jelenik meg expliciten, és válik az összehasonlítás alapjává. A negatív példa ilyen jellegű kidolgozása egyáltalán nem adatolható, míg a pozitív példa kiemelése 15 esetben fordul elő. Ez összefüggésben lehet egyrészt a videók megnézésének sorrendjével, ugyanakkor azzal is, hogy a feldolgozásban és az észlelésben a pozitív(abb) pólus a gyakoribb. Például azt kérdezzük, *milyen magas, milyen hosszú*, nem pedig azt, hogy *milyen alacsony, milyen rövid* (KUGLER 2014). Ez a típusú válaszadás az összehasonlításban mindkét adatközlői csoportban megjelenik, de a orvosok visszajelzéseiben gyakoribb (12 eset). Ezekben a reflexiókban tehát az empatikusabb, odafordulóbb jelleg dolgozódik ki a II. videóra vonatkozóan, nem pedig az I. videó ridegebb, kellemetlenebb volta (13a–13e).

- (13a) *Az információközlésnél teljesen **más volt a megfogalmazás**. A második videóban az orvos sokkal **emberibben** viselkedett, tartotta a szemkontaktust, megértő volt, és még néhány mosoly is megjelent az arcán.* (M3)
- (13b) *Az elején a másodiknak **volt köszöntés, a végén pedig elbúcsúzás**, közben pedig **érthetőbb és empatikusabb** volt a kommunikáció.* (M18)
- (13c) *Az orvos a 2. videóban sokkal **közvetlenebb, empatikusabb, megnyugtató** a viselkedése.* (M32)
- (13d) *A második konzultáción az orvos **nyíltabb** volt, **kedvesebb** is.* (F8)
- (13e) *A második videóban az orvos sokkal **kedvesebb, ránéz a betegre a videó elejétől, könyveket ajánl** a betegség megértésére.* (F15)

A különbségeken túl a hasonlóságokra is rákérdeztem a kérdőívben (3.2. kérdés, lásd *1. melléklet*). Az összes választ erre vonatkozóan a *2. melléklet iv. táblázata* tartalmazza, itt a különbségekhez hasonlóan néhány példán keresztül mutatom be a reflexiókat. Mindkét válaszadói csoport a legfőbb egyező mozzanatként a hasonló alaphelyzetet, szöveget és konzultációvezetést, valamint a páciens reakcióját emelte ki. A hasonlóságok elemzése azért is fontos, mert rámutathat arra is, hogy a Likert-skálán való minősítésnél miért nem értékelték nagyobb számban maximális, illetve minimális értékkel a kapcsolatot (lásd *5.2.1. fejezet*).

A medikusok az alábbi szempontokat emelték ki: kevés idő a betegre, rövid konzultáció (14a); a konzultáció tartalmi részének egyezése (14a, 14b); szakszavak használata kisebb vagy nagyobb mértékben magyarázva (14c, 14d); a résztvevők viselkedési módja, illetve nonverbális jelzései (14e, 14f, 14g).

- (14a) *A konzultáció nagyon **rövid** volt.* (M5)
- (14b) *A **doki mondatai** ugyanazok voltak a szöveg vázát tekintve, a viselkedés is hasonló volt. A **beteg mondatai** is ugyanazok voltak.* (M7)
- (14c) *Mindkét esetben használt **szakkifejezéseket** az orvos, a mondandójának a lényege ugyanaz volt (csak második esetben érthetőbb megfogalmazásban).* (M11)
- (14d) *A **beteg válaszai csak a legvégén különböztek**. Az orvos mindkét esetben először (a beteg számára érthetetlen) **szakszavakkal** mondta el az információkat.* (M19)
- (14e) ***Minimális szemkontaktus**. **Kevés idő** a betegre. A beteg nem a magas cukorszint miatt fordult orvoshoz, így **nem számított erre a diagnózisra**.* (M10)
- (14f) *Az **orvos sóhajtozását**. **Beteg** először ugyanúgy **megretten**.* (M12)
- (14g) *A **situáció miatt ugyanazok a kérdések** merültek fel, az **orvos mindkettő során sóhajtott sokat**.* (M16)

A magyar szakos hallgatók visszajelzéseiben nem jelentek meg a doktornő nonverbális viselkedésére utaló kritikai megjegyzések a hasonlóságokhoz kötődően. Ebben a tekintetben ez a csoport tehát nem látott olyan egyezéseket, mint a medikusok (pl. zavaró sóhajtasok). Ezzel

szemben inkább a doktornő őszintesége (15a), tájékoztatási módja (15b, 15c) vagy a diagnózis-hoz kapcsolódó kommunikáció került előtérbe (15d, 15e) hasonló tényezőként.

- (15a) *A doktornő őszinte volt.* (F4)
- (15b) *Mindkét esetben az orvos felvilágosította érthetően a páciens.* (F8)
- (15c) *Mindkét videóban az orvos konkrétan elmondja a problémát, és hogy ezen hogy lehet segíteni, csak az elsőben kicsit durvábban.* (F13)
- (15d) *A diagnózis súlyosságát mindkettő videóban kiemeli az orvos, és nem próbálja elhallgatott információkkal jobbnak feltűntetni a helyzetet.* (F12)
- (15e) *A végeredmény, az elhangzott orvosi vélemény ugyanaz a két konzultáción.* (F18)

A legtöbb visszajelzés mindkét adatközlői csoportban a két jelenetben a szövegszerű egyezésekre, valamint a páciens érzelmeire, főként bizonytalanságára vonatkozik. Kritikai megjegyzés a beteg viselkedésére, tudására vonatkozóan ritkán fordult elő (16a, 16b). Csak két esetben jelent meg, hogy az adatközlők nem láttak hasonlóságot vagy minimális hasonlóságot észleltek a két konzultáció között (17, 18).

- (16a) *A beteg nincs tisztában betegsége tényezőivel, pedig a világban a cukorbetegség nagyon elterjedt, és már majdhogynem hétköznapi.* (M32)
- (16b) *A beteg ugyanolyan „tudatlan” volt mind a két alkalommal.* (F11)
- (17) *Nem nagyon vettem észre hasonlóságot. Esetleg a páciens viselkedése nem tért el annyira a két videóban.* (M32)
- (18) *Nem igazán láttam hasonlóságot.* (M33)

5.2.2.4. A nonverbális jellemzők a kérdőív reflexióiban

A kérdőív válaszaiban minden adatközlői csoport esetében megjelentek jelzések a nonverbális csatornára vonatkozóan. Ebben a részben az előző alfejezetekhez hasonlóan kizárólag a medikusok és a magyar szakos hallgatók reflexióira összpontosítok, és egyben elő is készítem a nonverbális kommunikáció jellemzőinek tárgyalását a fókuszcsoportos felméréshez (lásd 5.3. fejezet), valamint az azonos szövegrészek vizsgálatához kapcsolódóan (lásd 6.3. fejezet).

Ahogy a fent bemutatott példákban is láthatjuk, mindkét adatközlői csoportban megjelentek a nonverbális viselkedéssel kapcsolatos visszajelzések (lásd *iii.* és *iv. táblázat*). Az ilyen jellegű reflexiók azonban nem egy-egy kérdéshez kapcsolódtak, hanem számos válaszban felbukkantak, egy adatközlőhöz kötődően akár többször is. Ennek megfelelően a medikusoknak és a fonetikai kurzus hallgatóinak minden szöveges válaszában kigyűjtöttem és számszerűen összegeztem a megjelenő nonverbális kommunikációval kapcsolatos megnyilatkozásokat

a szemkontaktusra, arckifejezésre, mosolyra, sóhajra, hangszínezetre vonatkozóan. Mivel a két adatközlői csoportban eltérő a résztvevők száma, az összevethetőség kedvéért a *11. táblázatban* összegzően megadom az egyes szempontokhoz kapcsolódóan az összes előfordulás százalékos eloszlását a medikusokra és a magyar szakosakra vonatkozóan, továbbá az egy adatközlőre vetített átlagértékét is feltüntettem. Ez utóbbit azért érdemes bevonni, mivel arra is rámutat, hogy egy-egy nonverbális tényező milyen átlagos gyakorisággal jelenik meg az egyes adatközlők válaszaiban.

11. táblázat. A nonverbális jelzések gyakorisága a medikusok és a fonetikai kurzus hallgatóinak visszajelzésében

	Szemkontaktus	Arckifejezés	Mosoly	Sóhaj	Hangszínezet
Medikusok (N = 33)					
előfordulás (db):	40	3	6	12	12
arány (%):	73%	30%	37,5%	100%	54,5%
egy adatközlőre vetítve (db):	1,21	0,09	0,1	0,36	0,36
Fonetikai kurzus hallgatói (N = 21)					
előfordulás (db):	15	7	10	–	10
arány (%):	27%	70%	62,5%	–	45,5%
egy adatközlőre vetítve (db):	0,71	0,33	0,47	–	0,47
Összesen	55	10	16	12	22

A medikusoknál több mint 40 visszajelzés érkezett a válaszokban a szemkontaktusra vonatkozóan. Ez arányosítva azt jelenti, hogy minden medikus több mint egy megjegyzést írt ezzel a nonverbális jelzéssel kapcsolatosan (19a–19c).⁶¹ A legtöbb megjegyzés az I. videóhoz (V2P) kötődött, ahol a doktornő nem vette fel és nem tartotta a szemkontaktust. Csak néhány példát kiemelve:

- (19a) *Hogy a doktornő nem nézett a páciens szemébe, amikor ő megérkezett.* (M2)
 (19b) *Távoli, személytelen, mivel az orvos az első időben rá sem néz a páciensre, csak az adminisztrációval van elfoglalva.* (M4)
 (19c) *Az orvos nem tart szemkontaktust, rideg a beteggel, nem tesz fel neki kérdéseket, szaknyelvet használ, a beteg pedig nem érti a helyzetet.* (M15)

Ezzel szemben a betegközpontú (V2B) videóra vonatkozóan a résztvevők épp azt emelték ki, hogy az orvos a tekintetével is kapcsolatot teremtett, és ez nagyban befolyásolta a konzultáció

⁶¹ Ez természetesen nem azt jelenti, hogy minden adatközlőnél valóban van erre visszajelzés. Lehet, hogy valakinél több válaszban is előfordul, míg más adatközlőnél egyáltalán sem.

hangulatát (20a, 20b). Az azonban megfigyelhető, hogy a szemkontaktus hiányának az említése mint negatívum jóval gyakoribb, mint a szemkontaktus meglétére való utalás.

- (20a) *Szemkontaktust tartotta, az orvos első pillanattól kezdve a nevén szólította, szaknyelvi kifejezések helyett köznyelvi szavakat használt.* (M13)
- (20b) *Az előzővel ellentétben a beteg szemébe nézett, jobban figyelt rá, és nem kevésbé volt lekezelő vele.* (M17)

A fonetikai kurzus hallgatóinak válaszaiban szintén megjelent a szemkontaktusra vonatkozó visszajelzés (21a, 21b), amelyekben a negatív példák váltak többször explicit reflexió tárgyává. A szemkontaktusra vonatkozó reflexió száma alacsonyabb ebben az adatközlői csoportban (15 eset, 27%). Az összes előfordulást tekintve a szemkontaktusra vonatkozó megjegyzések 73%-a a medikusoktól származott (40 előfordulás). Ez azt is mutatja, hogy a magyar szakos hallgatóknál ez a szempont kevésbé kapott hangsúlyos szerepet.

- (21a) *Nem nézett szinte soha a páciens szemébe, nem magyarázta el neki, hogy a szak kifejezések mit jelentenek, nagyon előíró jelleggel adott tanácsot, merev volt.* (F20)
- (21b) *Az orvos kedves volt, együttérző, tartotta a szemkontaktust a beteggel. Érthetően beszélt, válaszolt a felmerülő kérdéseire.* (F15)

Az arckifejezés, a mosoly szintén mindkét adatközlői csoport válaszaiban a (V2P) és a (V2B) jelenetre vonatkozóan is megjelent (22a–22e), ugyanakkor jóval kisebb számban (lásd *11. táblázat*). A medikusok az arckifejezésre 3 (30%), a mosolyra vonatkozóan 6 (37,5%), míg a magyar szakos hallgatók az arckifejezésre 7 (70%), a mosolyra vonatkozóan 10 (62,5%) megjegyzést írtak. Ez azt is mutatja, hogy a fonetikai kurzus hallgatói számára ez a két szempont nagyobb szerepet kapott a kapcsolatépítésben.

- (22a) *Ridegen állnak egymáshoz, az orvos nem mosolyog, komolyan néz.* (M23)
- (22b) *Az orvos arcán 1-2 mosoly is megjelenik, ami a beteg bizalmát növeli.* (M4)
- (22c) *Megijeszti a szavaival, szigorú arckifejezésével.* (F8)
- (22d) *Számomra furcsa volt az, hogy nem láttam mosolyt az orvos arcán.* (F9)
- (22e) *Az orvos segítőkész, türelmes, mosolyog, együttérzést mutat.* (F16)

Az egészségügyi szakember beszédstílusára, beszédmódjára, hangszínezetére vonatkozó reflexiók több esetben is előfordultak a válaszokban. Ez összefüggésben áll a magyarázattal, a szakszavak használatával. A hangsúly és a hanghordozás mint vokális jellemző a nonverbális csatorna fontos tényezője. A medikusok hangvétekként (2-szer), hangnemmént (8-szor) és ritkábban hanghordozásként (2-szer) jelölték a szupraszegmentális jellemzőkre vonatkozó észrevételeiket. A fonetikusok jellemzően hangsúlyként (8-szor) utaltak ezekre a jellemzőkre, hanglejtésnek és hanghordozásnak egy-egy esetben jelölték (23a–23e).

- (23a) *A testbeszéd, illetve a **hangvétel** jóval „barátibb”.* (M5)
- (23b) *Az orvos viselkedése, hozzáállása, **hangneme** a pácienshez eltérő.* (M31)
- (23c) *Túlzott szakmai nyelvhasználat, rideg **hangnem**.* (M3)
- (23d) *Mimika és **hanglejtés** alapján (az orvos részéről).* (F17)
- (23e) *Lekezelő **hangsúly**, hidegség, a beteg felé sugallt érdektelenség.* (F21)

A szupraszegmentális jellemzőkhöz kötődően a medikusok 12 esetben emelték ki a sóhajtozás zavaró voltát mindkét jelenetben, amíg a magyar szakos hallgatók egy esetben sem utaltak erre (24a, 24b).

- (24a) *Türelmetlen, szakzsargonhasználat, szemkontaktus kerülése, kioktatás, **sóhajtozás**.* (M13)
- (24b) *A szituáció miatt ugyanazok a kérdések merültek fel, az orvos mindkettő során **sóhajtott** sokat.* (M17)

Egy-egy utalás található a visszajelzésekben a kéznyújtásra vagy annak hiányára (25a, 25b), egyéb gesztusokra való reflexió nem jelent meg.

- (25a) *Szemkontaktus, **kézfogás**, bemutatkozás hiánya. Kérdések hiánya.* (M18)
- (25b) *Tisztelet, **kézfogás**, **segédanyagok nyújtása**.* (F18)

Kifejezetten a testtartásra, a testbeszédre vonatkozó megjegyzés leginkább a medikusok visszajelzéseiben jelent meg (26a, 26b), illetve a kapcsolatot jellemző *távolságtartó* jelzőben közvetett módon (26c, 26d).

- (26a) *A szemkontaktus megtartott, a **testbeszéddel végig a páciens felé fordul**. Ad neki tanácsokat.* (M18)
- (26b) *Az orvos hozzáállása lényegesen különbözik. A kommunikációjában verbálisan, a **testbeszédében**, mimikájában.* (M13)
- (26c) *Merev, **távolságtartó**, nem közvetlen, de rendkívül pedáns és szakszerű.* (F19)
- (26d) ***Távolságtartó**, egyáltalán nem szívélyes, hierarchikus a kapcsolat.* (F19)

A nonverbális kommunikációra vonatkozó visszajelzésekben a két adatközlői csoportban számos hasonlóság és néhány kisebb különbség is megfigyelhető. Így például a medikusok reflexiói alapján a szemkontaktus, a testbeszéd számukra kiemeltebb szerepet kapott a kapcsolatépítésben, míg az arckifejezés, a mimika és a mosoly a magyar szakos hallgatók válaszaiban jelent meg gyakrabban. A sóhajtozás zavaró voltát kizárólag az orvostanhallgatók említették több esetben. A szupraszegmentális jellemzőkre való utalások mindkét adatközlői csoportban hasonló arányban fordultak elő (lásd összefoglalva *11. táblázat*). Ezek megnevezésében kisebb mértékű eltérés mutatkozott. A medikusok elsődlegesen *hangnemként*, *hanghordozásként*, a fonetikai kurzus hallgatói leginkább *hangsúlyként* és emellett *hanghordozásként*, *hanglejtésként* említették.

Habár nem a nonverbális tényezőkkel van összefüggésben, de a szakmai háttérből adódó szóhasználati különbség figyelhető meg a medikusoknál a *paternalista/paternalisztikus* vs. *partneri* esetében, illetve ehhez kapcsolódóan az *alá-fölérendelt* viszonyra vonatkozóan. Ezek a kifejezések a medikusok válaszaiban többször fordultak elő (*paternalista*: 6; *alá-fölérendeltség*: 8; *partneri*: 11). A magyar szakos hallgatók az ezeket a viszonyokat inkább *főlényes, megalázó, rideg, merev* és egyéb jelzőkkel írták le. Ebben a csoportban egyszer jelent meg a *betegközpontú* címke, ami egyrészt hétköznapi jelentésében is jól érthető, ugyanakkor nemzetközileg elfogadott szakszó a kapcsolatépítés egy lehetséges módjára (lásd 2.2.2. fejezet).

A következő alfejezetben hasonló szempontok szerint mutatom be a fókuszcsoportos attitűdvizsgálat menetét és eredményeit, végezetül összegzem a két összekapcsolódó felmérés tanulságait.

5.3. A fókuszcsoportos attitűdvizsgálat menete és eredményei

A fókuszcsoportos attitűdvizsgálatban, amely ZOOM-csatornán keresztül zajlott 2022 áprilisában, hat német anyanyelvű, társadalomtudományi területen dolgozó kutató vett részt.⁶² Az öt nő és egy férfi résztvevő egyike sem beszélt magyar nyelven. Az attitűdvizsgálat során ugyanazokat a videókat, ugyanabban a sorrendben nézték meg, mint amelyek a kérdőívben szerepeltek (V2P, V2B), magyar nyelven, felirat nélkül. A megtekintés előtt semmilyen instrukciót nem kaptak, ami összhangban áll az értelmezői csoport (*Interpretationsgruppe*) működésével. Elsőként az orvoscentrikus feldolgozást (V2P) tekintették meg, amelyet követően visszajelzést adtak a videóelemzés **strukturált elsőmegtekintéses módszere** alapján (*strukturierte Erbetrachtung*) (MORITZ 2014). Így egyrészt megosztották benyomásaikat, „irritációikat”, tehát azt, hogy mi volt feltűnő, esetleg érthetetlen, az egyes jelenetekben milyen szempontok érvényesültek (kamera előtt, kamerának, kamera mögött, kamerával perspektíva). Ezt követően megnézték a második felvételt, és erre is visszajelezték. Megfigyelhető volt, hogy ebben az esetben leginkább egymás viszonyában értelmezték a jeleneteket. A kutatásról a ZOOM csatornájában felvétel készült 53 perc terjedelemben. Az interpretáló folyamat végén lehetőségük volt az adatközlőknek kérdezniük a videók kapcsán.

A vizsgálat lehetőséget ad arra, hogy a nonverbális jelzésekre történő reflexiók segítségével adatokhoz jussunk a két kapcsolatépítésre vonatkozóan anélkül, hogy abban a verbális

⁶² A csoport tagjai Ausztriából, Németországból, Svájcban, valamint a szerző Magyarországról 2022 februárja óta videóelemzéshez kapcsolódó interpretáló csoportként (*Interpretationsgruppe*) dolgoznak együtt. Két- vagy háromhetente tartanak videóelemzéshez kapcsolódó találkozót online formában. A kutatócsoportnak belső megállapodása és beleegyező nyilatkozata van az ülések anyagainak adatkezelésre vonatkozóan. A csoport minden tagja hozzájárult a megbeszélés rögzítéséhez és az ott elhangzott információk tudományos céllal történő feldolgozásához.

csatorna (pl. használt szavak, magyarázat módja, beszédaktusok) bármilyen szerepet kapna.⁶³ A felmérésben tehát a befogadók a társas cselekvések, a szociokulturális beágyazottság és a nonverbális jelzések révén hoznak létre jelentéseket, fogalmaznak meg intuíciókat. Ez az adatgyűjtési mód lényegében egy rekonstruálási folyamat, amelyben a történet létrehozásnak és az ehhez kapcsolódó adatközlői viszonyulásoknak fontos szerepe van. Így ezek a tényezők a leírásban is fontos szerepet kapnak.

A videók megtekintését követően a résztvevők egymás után, egymásra is reflektálva, szabadon (irányított kérdések nélkül) osztották meg a benyomásaikat, érzéseiket. Ezeket itt alapvetően a videóban szereplők viszonyai, a jelenetekben felidézett szociokulturális szimbólumok (emblémák) és egyéb nonverbális jellemzők mentén mutatom be.

Az I. videó (V2P) megtekintését követően a csoport tagjainak mindegyike kiemelte, hogy a két résztvevő között alapvető „szintkülönbség”, hatalmi viszony, hierarchia figyelhető meg, ami egy hivatalos-intézményes közegben valósul meg. Ebben a viszonyban az adatközlők visszajelzései alapján a doktornő képviseli a hatalmat, ő beszél többet, ő irányít „fentről lefelé” (*von oben herab*), „ő viseli a nadrágot” (*sie hat die Hose an*), ahogy az egyik adatközlő fogalmazott. Annak ellenére, hogy a páciens férfiszerepben, önállóan helyet foglalva, kezdetben magabiztosan lép fel. Ebből a pozícióból kerül az interakció folyamán a páciens alárendelt helyzetbe, habár az interakció jellemzően szemmagasságban, azaz horizontálisan egy szinten zajlik. Sőt a férfi két esetben is fentről lefelé néz a doktornőre (a videó elején és a végén).

A visszajelzések alapján a doktornő hideg, távolságtartó, elbűjlik a számítógép és a dokumentumok mögé; nem veszi fel, illetve tartja a szemkontaktust; nem kínálja helytel a páciens; háromszavas magyarázatokat ad, valamint ironikus és ideges hangszínezettel beszél. Autoritása abból is érezhető, hogy valamit lepecsétel, engedélyez. A páciens hol magabiztos, hol elbizonytalanodik, néha egészen kicsinek érezheti magát. Látszik az arcán, hogy aggódik, majd megkönnyebbül. Viselkedése kontrasztos, mert könnyed, férfias testtartással jelenik meg, majd az interakcióban alsóbb szintre kerül.

Az adatközlők viszonylag pontosan rekonstruálták a konzultáció alaphelyzetét. Ebben a folyamatban kiemelt szerepet kaptak az emblémák is, azaz azok a kulturális szignálok (pl. öltözködés, hajviselet, testdíszek, jelvények), amelyek információkat továbbítanak az interakcióban résztvevők számára (lásd 3.1.2.1. fejezet). Ezek alapján a 90-es évekbe helyezték a jelenetet, egyikőjük vidéki közeget asszociált. Kiemelték továbbá azt is, hogy a fent említett hierarchia az öltözékben megjelenő nagy kontraszt által is megvalósul. Amíg a férfi laza, ápolatlan (*ungepflegt*), nagy kivágású trikóban, napszemüvegben jön be, kiengedett, hullámos hajjal, laza mozgással, addig a doktornő mereven ül a számítógép előtt fehér köpenyében, konyba fogott hajjal, kifejezetten szigorúan. Az egyik adatközlő első benyomása az volt, hogy egy munkaügyi központba, egy fehér blúzós ügyintézőhöz érkezik egy régóta munkanélküli férfi. Valamint az is felmerült első értelemzéseként, hogy a hölgy az asszisztensnő. Ezek a feltevések a jelenet folytatódásával alakultak át.

⁶³ Az adatközlők néhány szó megértésére reflektáltak, például: *glükóz; triglicerin; inzulin; sport*.

A II. videó (V2B) megtekintése után a beszélgetésben a két jelenet egymás viszonyában értelmeződött. Ekkor merült fel, hogy a megnézett videó valamilyen oktatási anyag. Az egyik adatközlő így jellemezte a videót: „A keretek ugyanazok, a tartalom mégis nagyon más” (*Die Rahmen sind gleich, der Inhalt ist doch sehr anders*). Az orvos és a beteg közötti viszonyt jóval barátságosabbnak és kiegyenlítettebbnek értékelte a csoport. Ebben szerepet kapott a doktornő testtartása, azaz, hogy kicsit oldalra kihajolt a monitor mögül; hogy nem nézett annyit a képernyőbe, tartotta a szemkontaktust, kedvesebb volt az arckifejezése, lassabban beszélt, több és barátságosabb kommunikáció zajlott, kiegyenlítettebben, partneribb módon, valóban „szemmagasságban”. Hárman is megemlítették, hogy az egész helyzet és a doktornő viselkedése is odafordulóbb (*zugewandt*) volt, egy-két mosoly is megjelent a doktornő arcán. Zavarónak találták, hogy a konzultáció kezdetén ebben a jelenetben sem állt fel a doktornő, és nem nyújtott kezet, mikor a páciens belépett, de a végén ez megvalósult. Ugyanakkor a szituáció komoly, kissé „szigorú” maradt, ami a szakmai közegnek és akár a betegség tényének is köszönhető. A hatalmi viszony ebben az esetben is megjelent a visszajelzésekben, de inkább aszimmetriaként, amely a visszajelzések szerint szükséges is az orvos-beteg viszonyban. Az értelmezésben az információ, a tudás átadása is megjelent, főleg a brossúrákhoz kötődően. Ez a befogadásban azért is lehetett feltűnő, mert a betegközpontú jelenetben megjelent, a paternalisztikusban nem. Ugyanakkor azt is megfigyelték az adatközlők, hogy mindkét jelenetben a páciensnek hol magabiztos, hol bizonytalan az arckifejezése, gyakran ráncolja a homlokát, ami arra utalhat, hogy nem értett meg mindent.

Az egyik adatközlő kiemelte, hogy a második videóban a résztvevők közötti viszony azáltal változik elsősorban, hogy a doktornő másképp viselkedik. Ahogy az eddigiekből is láthattuk, ebben kiemelkedő szerepet kap a nonverbális kommunikáció, amit a fentiekkel összefüggésben táblázatos formában összegzek a korábban ismertetett szempontokra építve (FORGÓ 2011; NÉMETH T. 2020, lásd 3.1.1.1. fejezet).

12. táblázat. A V2P és V2B konzultáció nonverbális jellemzői a fókuszcsoportos vizsgálat visszajelzéseiben

	ORVOS (V2P)	PÁCIENS (V2P)	ORVOS (V2B)	PÁCIENS (V2B)
Vokális jelek	gyorsabb, ironikus, gúnyos	–	lassabb, kedvesebb hang (bátorítja a visszakérdésre hangszínezettel is)	–
Tekintet és szemkontaktus	nem veszi fel a szemkontaktust; nem tartja	keresi a szemkontaktust	felveszi és tartja a szemkontaktust	tartja a szemkontaktust

	ORVOS (V2P)	PÁCIENS (V2P)	ORVOS (V2B)	PÁCIENS (V2B)
Mimika	merev, szigorú	bizonytalan arckifejezés	barátságosabb, még mindig szigorú, 1-2 mosoly	bizonytalan arckifejezés; aztán megkönnyebbülés; néha értetlen arckifejezés, homlokráncolás
Gesztusok	dokumentumokat rendezget, pakolgat	leveszi a sapkáját; odaadja a papírjait	helyet kínál kézzel; a végén kezet nyújt	leveszi a sapkáját; odaadja a papírjait; végén kézfogas
Testtartás	merev, tartja a távolságot	bizonytalan	kevésbé merev, odafordulób	bizonytalan, de a végén magabiztosabb, megkönnyebült testtartás
Térköz-szabályozás	a számítógép mögé bújik	több mozgástere van (bejön, leül, feláll)	közelebb van a pácienshez, „kibújik” a gép mögül; végén feláll; kézfogas kezdeményezése	bejön, leül, feláll, kézfogas
Emblémák	fehér köpeny, „hivatalos” öltözk; mintha fehér blúz lenne; szorosan kontyba fogott haj	laza, ápolatlanabb megjelenés; trikó, bőrkabát; szemüveg; kiengedett haj	fehér köpeny, „hivatalos” öltözk; szorosan kontyba fogott haj	laza, ápolatlanabb megjelenés; trikó, bőrkabát; szemüveg; kiengedett haj

Az összegző táblázat rámutat, hogy a magyarul nem beszélő adatközlők a két kapcsolatépítési módot alapvető különbségekkel jellemezték a nonverbális csatorna észlelésén nyugvó vizsgálatban. Érdekes még egyszer kiemelni, hogy a fókuszcsoporthoz vizsgálatban a kulturális emblémák nagy szerepet kaptak, ellentétben a magyar anyanyelvűekkel készített kérdőíves felméréssel, amelyben nem történt ezekre utalás. Ez összefügghet egyrészt azzal, hogy az anyanyelvi beszélők nagyobb figyelmet fordítottak a verbális és az egyéb nonverbális jellemzőkre. Másrészt az interkulturális különbségek is megmutatkoznak. A videókban látható öltözk és a környezet akár anakronisztikusan is hathat egy svájci, német, illetve osztrák befogadó számára, míg magyar közegben hasonló jellemzők a mai napig megjelennek, így talán kevésbé „feltűnőek”. A különbség tehát valószínűsíthetően nem a módszerből adódik (kérdőíves vs. fókuszcsoporthoz), hanem az azonos, illetve különböző kulturális háttérrel mutat inkább összefüggést.

5.4. A kérdőíves és a fókuszcsoportos attitűdvizsgálatok összegzése

5.4.1. A kérdőíves felmérés eredményeinek összegzése

A kérdőíves felmérés eredményeinek összegző bemutatását a fejezet elején ismertetett kutatási kérdések és hipotézisek mentén teszem meg. Az adatközlői válaszok alapján elmondható, hogy a kétféle kapcsolatépítési mód értékelése szignifikáns különbséget mutat az adatközlői csoportok mindegyikében, valamint az adatközlőnek a két kapcsolatépítésre vonatkozó visszajelzéseiben is. Ugyanakkor az egyes jelenetekre vonatkozó minősítések összetartanak. Ez megfigyelhető a mennyiségi mutatókban, valamint a szöveges visszajelzésekben egyaránt. A mediánt tekintve a paternalisztikus I. videó értékelése 2 („rossz/minimális kapcsolat”); a betegközpontú II. videóé 4 („jó kapcsolat”) – az asszisztensek értékelését leszámítva, ahol az utóbbi jelenetre nézve a medián 5. A módusz értéke az I. videó esetében minden adatközlői csoportban 2, kivéve az orvosokat, akiknél ez az érték 3. A II. videóra vonatkozóan a módusz az orvosok, az asszisztensek és a gyógypedagógus-hallgatók esetében 5, a többi csoportban 4. Ezek az értékek a szakirodalomban is dokumentált verbális és nonverbális sajátosságokkal vannak összhangban, beleértve a tudásmegosztás, az érzelemkezelés, a kapcsolatépítés jellemzőit egyaránt. Így például az érthető magyarázat, a megnyugtatás, az odafigyelés, a páciens nézőpontjának bevonása, a szemkontaktus tartása, az odafordulás, a közvetlenebb testhelyzet pozitív hatással van a jelenetekben megjelenő orvos-beteg viszony értékelésére. Ezzel szemben a domináns, direktív stílus, a türelmetlenség, ingerültség, a szembehelyezkedő viselkedés, a közvetett testorientáció, a páciens egyoldalú szemkontaktus-keresése jellemzően negatívan hatnak az orvos-beteg interakcióban (lásd bővebben BECK et al. 2002; 2. táblázat).

A Likert-skála értékelései alapján megállapítható, hogy az egyes adatközlői csoportokban a válaszok terjedelme is eltérő. Egyéni különbségek mutatkoznak tehát arra nézve, hogy ki milyennek értékeli egy adott orvos-beteg kapcsolatot, mit tart fontosnak, zavarónak abban. Ugyanakkor a válaszok csomópontok – a V2P esetében a 2-es érték, a V2B esetén a 4-es érték – mentén összetartanak a szöveges és a számszerű értékelések alapján is, ami összhangban van VAJDA és munkatársai (2012) felmérésének eredményeivel is. A két jelenetre vonatkozóan a csomópontok között erőteljes értékkülönbség figyelhető meg. Ezzel összefüggésben a kutatás első hipotézise (H1) igazolódott, hiszen a válaszok a pozitív–negatív skálán, erőteljesen polarizáltak jelennek meg. Amit érdemes megjegyezni, hogy a skála csomópontjait nem a Likert-skála két szélsőértéke adja (1, 5), továbbá a csomópontokon túl egyéni eltérések is megjelennek az értékelésben.

A kérdőív szöveges válaszait két adatközlői csoportban elemeztem részleteiben: a orvosok és a fonetikai kurzuson résztvevők körében. A két csoport visszajelzéseiben az egyes

jelenetekhez kapcsolódóan számos hasonlóság adathozható. Ugyanakkor a címadásban és a jelenetekben megjelenő hasonlóságok és különbségek kapcsán is megfigyelhetők eltérések, amelyek összefüggést mutatnak az adatközlői csoport szakmai háttérével. Ez megfigyelhető a szakszavak használatában (pl. *paternalista, partneri, compliance; hanghordozás, hangsúly, hanglejtés*), valamint egyes esetekben – főként a címadásban – a bevonódás mértékében. A címek esetében ez a medikus csoportban nagyobb fokú. Ennek egyik fő indikátora a többes szám első személyű konstrukció használata. Ezzel szemben a fonetikai kurzus hallgatóinak címei között több az általános vagy a történehez kapcsolódó címadás. Ezek alapján a második hipotézis (H2) igazolódott, hiszen a két adatközlői csoport a szöveges értékelésekben a hasonlóságokon túl eltérő szempontokra is reflektált. Ez a szakmai háttéren túlmenően azzal is összefüggést mutatott, hogy a orvosok inkább az orvosszereppel, míg a fonetikai kurzus hallgatói a páciensszereppel azonosultak inkább.

A visszajelzésekben a két kapcsolatépítési módra vonatkozó különbségeken túl a hasonlóságok is megjelennek. Így például a szövegszerű egyezések; a páciens reakciója, aggodalma; az információmegosztás módja.

A kapcsolatépítés értékelése a válaszokban a kommunikáció verbális és nonverbális tényezőihez kötődött. Így többek között fontos szempontként jelent meg a szakszavak használata, a magyarázat, a kapcsolatfelvétel verbális és nem verbális megvalósulása, a köszönés, kéznnyújtás, szemkontaktus, testbeszéd és a hangszínezet. A két adatközlői csoport hasonlóan értékelte ezeket a tényezőket, ugyanakkor apróbb különbségek itt is előfordultak. A orvosoknak feltűnőbb volt, illetve több visszajelzést adtak a szemkontaktusra, a testbeszédre, a zavaró sóhajtozásra; míg a magyar szakosok a mimikára, a mosolyra. A gesztusok, a térközsabályozás, a különböző kulturális emblémák nem vagy minimálisan jelentek meg a válaszokban. Így a harmadik hipotézis részben igazolódott (H3). A legtöbb visszajelzés a szemkontaktus kiemelt szerepére utal, a mimikára (mosoly, arcjáték) kevesebb reflexió érkezett, a testtartás minimálisan jelent meg (inkább a fókuszcsoporthoz felmérésben). Ugyanakkor mindkét attitűdvizsgálat azt mutatja, hogy a nonverbális jelzések egyfajta együttállása hat a kapcsolatépítés milyenségére.

A kérdőíves vizsgálat arra mutatott rá, hogy az adatközlők válaszai alapján a két kapcsolatépítési mód számszerűen és szövegesen is számos szempont alapján elkülöníthető egymástól, ugyanakkor inkább skalárisan értelmezhetők, amelyekben a csomópontokon túl egyéni és csoportokhoz kötődő eltérések is megfigyelhetők. A kapcsolatépítés címkézése, megnevezése mindkét adatközlői csoportban a kommunikáció, a társas kapcsolat, illetve az érzelmek mentén történt. A orvosoknál gyakrabban jelent meg a V2P jelenetre a *hierarchikus, paternalisztikus*, amíg a V2B jelenetre a *partneri, egyenrangúbb* megnevezés. A fonetikai kurzus hallgatói esetében a kapcsolat leírásában az érzelmekhez és kapcsolathoz kötődő ellentétes pólusok megjelenése figyelhető meg inkább (pl. *megfelelő – nem megfelelő, baráti, bizalmas – rideg, érzelemmentes*).

A kérdőíves felmérés számos eredménye mellett korlátokkal is bír. Egyik fő limitációja, hogy nem reprezentatív sem a résztvevők számát, sem a csoportok eloszlását tekintve. Egyes csoportokra vonatkozóan az alacsony adatközlői létszám miatt tendenciaszerű megállapítások is csak korlátozottan tehetők.

5.4.2. A fókuszcsoporthoz tartozó felmérés eredményeinek összegzése

A videón alapuló attitűdvizsgálatban a verbális csatorna háttérbe szorult, annak köszönhetően, hogy a felmérésben részt vevő hat német anyanyelvű kutató egyáltalán nem beszélt magyarul. A reflexiókban és az interpretálásban ezzel összefüggésben előtérbe kerültek és kidolgozottabban jelentek meg a nonverbális kommunikáció jellemzői. A visszajelzésekben nem történt meg a két jelenet, illetve az ebben megjelenő kapcsolat explicit címkézése, ugyanakkor a hierarchikus és hatalmi viszony, valamint a partneri, bizalmasabb jelleg ebben a felmérésben is megfogalmazódik. Továbbá a társas kapcsolat és az interakció sokrétű jellemzése révén szintén kirajzolódik a két kapcsolatépítési mód, amelynek alakítását az adatközlők főként a doktornő viselkedéséhez társítják. A paternalisztikus (V2P) jelenetben a visszajelzések alapján az orvos gyorsabban beszélt, a hanghordozását ironikusabbnak, ridegebbnek észlelték, továbbá kiemelték a szemkontaktus hiányát, a merev arc- és testtartást. Ebben a helyzetben a dokumentumok rendezgetését, a számítógéppel való munkát mint távolságtartó aktust értelmezték. Ezzel szemben a betegközpontú (V2B) videóban a doktornő hangját kedvesebbnek, bátorítóbbnak észlelték, ami barátságosabb arckifejezéssel és közelebbi testtartással társult. Ebben a felmérésben kifejezetten megmutatkozott, hogy a nonverbális jelzéseknek kiemelt szerepe van a jelentés-létrehozásban és a kapcsolat építésében, ami összhangban áll korábbi összegző kutatásokkal (lásd bővebben BECK et al. 2002; 2. táblázat).

A módszer limitációja, hogy a felmérés nem irányítottan, nem konkrét kérdések mentén zajlott. Így például amennyiben megismételnénk a vizsgálatot egy másik adatközlői csoportban, nem biztos, hogy ugyanezek a szempontok jelennének meg. A reflexiók kategorizálása, illetve a két jelenet összehasonlítása tehát csak az értelmezés során megjelent tényezők bevonásával lehetséges.

5.4.3. Az attitűdfelmérések tanulságai

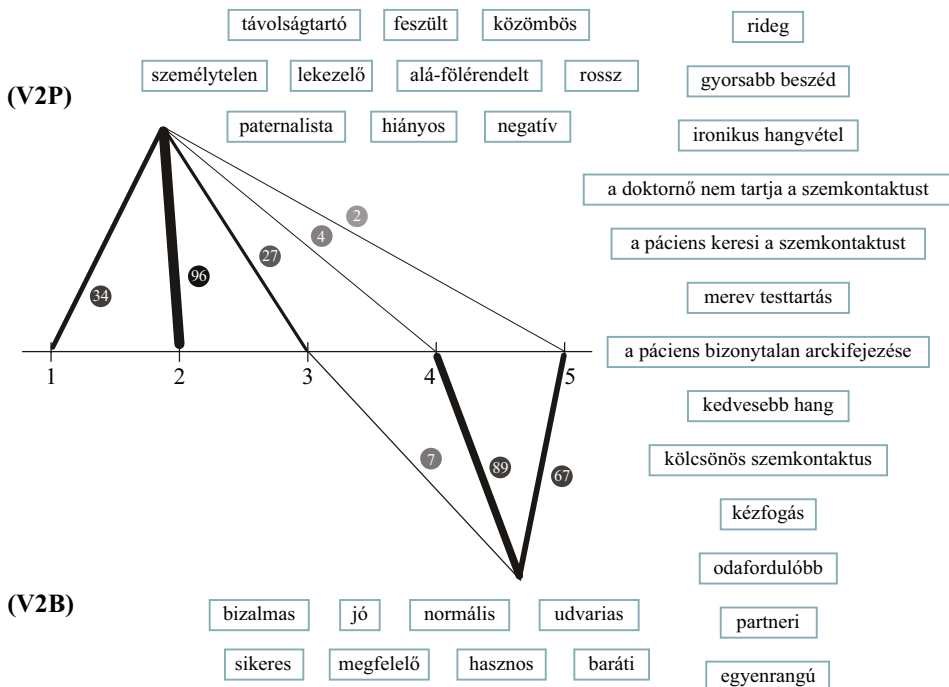
A kérdőíves és a fókuszcsoporthoz tartozó attitűdvizsgálat rámutatott, hogy a befogadás folyamatában is erőteljesen érvényesül, hogy az orvoscentrikus (V2P) konzultáción az orvos és a páciens között rossz vagy rosszabb minőségű kapcsolatot írnak le az adatközlők, míg a betegközpontú (V2B) esetében sokkal pozitívabban nyilatkoznak erről. Ez összhangban áll az oktatóvideók szerzőinek szándékával. Ennél a megállapításnál fontos figyelembe venni, hogy mindkét felmérésben a résztvevők először az orvoscentrikus, majd a betegközpontú kapcsolatépítés jelenetét tekintették meg. Így az utóbbira vonatkozó reflexiók minden esetben az előző viszonyban jelentek meg. A jövőben érdemes lehet a két jelenetet külön vagy fordított sorrendben is véleményeztetni, és az itt kapott eredményekkel összehasonlítani.

A kérdőíves felmérés rámutatott arra, hogy a kapcsolatépítés minősítésében megállapíthatók csomópontok (orvoscentrikus vs. betegcentrikus; van kapcsolat vs. nincs kapcsolat), a kapcsolatépítés maga azonban skálárisan értelmezhető. Az is megmutatkozott, hogy a különböző

adatközlői csoportokon belül nagy egyéni különbségek jelenhetnek meg a kapcsolat értékelésére vonatkozóan. Az egészségügyi szakmai csoportban a variabilitás jellemzően kisebb, mint az ún. laikus csoportokban.

A nem anyanyelvi beszélőket bevonó attitűdvizsgálat arra irányítja rá a figyelmet, hogy a kapcsolatépítésben a nonverbális csatorna, azaz a konzultáció multimodális jellege kiemelkedő szerepet játszik, hiszen a verbális kommunikáció megértése nélkül is kirajzolódott a kétfajta kapcsolatépítés számos jellemzője.

A két felmérés eredményeit összegzően szemlélteti a 15. ábra. Megfigyelhetjük, hogy a kapcsolatépítési mód befogadásakor létrejönnek csomópontok, a paternalisztikus esetén a 2-es, a betegközpontú esetén a 4-es érték körül. Ezt az egyes értékekhez kötődően az is mutatja, hogy hányan választották a skála egyes minősítéseit. A 15. ábra a szöveges értékelések mentén is bemutatja a jellemző adatközlői attitűdöket a két kapcsolatépítési módhoz kötődően.



15. ábra. A paternalisztikus (V2P) és a betegközpontú (V2B) jelenetre vonatkozó adatközlői értékelések

Mindkét felmérés rámutatott arra, hogy a két jelenetre vonatkozó visszajelzésekben a különbségek nagyobb hangsúlyt kapnak; ugyanakkor számos ponton hasonlóságok is megjelennek. Ehhez kapcsolódóan a következő fejezetben a hasonló szövegrészek elemzése kerül előtérbe, továbbá az, hogyan mérhetők nyelvészeti eszközökkel az adatközlők észlelései a szupraszegmentális, egyéb nonverbális és nyelvi jellemzőkhöz kötődően.

6. A pragmatikai és szupraszegmentális tényezők szerepe a kapcsolatépítésben. Azonos szövegrészek elemzése

„Ha másképp mondod ugyanazt, már nem ugyanazt mondod.”

(DOMONKOSI 2019c)

Már az előző fejezetek alapján is láthatjuk, hogy az oktatóvideókban az orvos- és a betegcentrikus kapcsolatépítési modellre vonatkozóan elsősorban a különbségek kerülnek előtérbe. Ez megfigyelhető a társalgás szervezésében, a megszólításban, a tudásmegosztásban, az érzelmek kezelésében, a konzultációkra adott reakciókban egyaránt.

A jelen fejezetben azonban az a kérdés kerül a középpontba, hogy ugyanazt az alaphelyzetet feldolgozó konzultációk azonos vagy közel azonos megnyilatkozásai milyen szupraszegmentális, valamint pragmatikai jellemzőkkel írhatók le. Az itt bemutatott elemzés célja tehát, hogy rámutasson az azonos szekvenciák interakcióbeli működésére. A vizsgálatban így ezen beszédrészek kapcsolatépítésben betöltött szerepét járom körül több megközelítés, illetve módszer együttesében.⁶⁴ Ez az elemzés jellegénél fogva szükségszerűen az oktatóvideók anyagán alapulhat, hiszen itt áll rendelkezésre ugyanannak a jelenetnek a két kapcsolatépítési módban kidolgozott verziója. Így megállapításaimat kizárólag erre nézve tudom tenni.

Ezekkel összefüggésben arra keresem a választ, hogy vannak-e mérhető eltérések és tipikus mintázatok az egyes helyzetek nyelvi cselekvéseiben, szupraszegmentális és nonverbális jellemzőiben. A kutatást irányító fő kérdések a következők:

K1: Eltér-e a betegcentrikus és a paternalisztikus orvosi kommunikáció a temporális és az alaphékvencia-jellemzőkben?

K2: Milyen jellemző interakcióbeli cselekvésekben valósulnak meg ugyanazok a megnyilatkozások a betegcentrikus és a paternalisztikus kommunikációs stílusban?

K3: Milyen további nonverbális jellemzőkkel írhatók le az azonos szövegrészek a két kapcsolatépítési módban?

A vizsgálat kiinduló hipotézisei a következők voltak:

H1: Feltételeztem, hogy tendenciaszerű eltérések mutatkoznak a két kapcsolatépítési módban a gyógyító szakember kommunikációjának hangtani (temporális és f_0 -) jellemzőiben.

⁶⁴ A fejezet alapját egy Markó Alexandrával közösen írt tanulmány adja (KUNA–MARKÓ 2023). A fejezetben a megállapításokat a kötet többi részével összhangban E/1. számban teszem.

H2: Feltételeztem továbbá azt is, hogy a (kvázi)azonos szekvenciák eltérő beszédaktusokhoz kapcsolódva, különböző további nonverbális jelzésekkel valósulnak meg a paternalisztikus és a betegcentrikus kapcsolatépítésben.

A következőkben bemutatom az elemzés módszertanát és eredményeit.

6.1. Az elemzés módszere

A kérdőíves felmérésben is láthattuk, hogy sok visszajelzés érkezett arra nézve, hogy a V2P és a V2B jelenetben sok az azonosnak érzékelt szövegrész.⁶⁵ Ez mind a négy jelenetpárra érvényes megállapítás. A két attitűdfelmérés arra mutatott rá (lásd 5. fejezet), hogy a kapcsolat elsősorban az egészségügyi szakember verbális és nonverbális viselkedése révén tér el, így az elemzés az általuk produkált azonos szövegrészek vizsgálatán alapul. A vizsgálat anyagát így az orvosoknak és pszichológusoknak azok a megnyilatkozásai adják, amelyek az egyes konzultációkon a két különböző kapcsolatépítési modellben azonosak vagy kváziazonosak.

Az **(kvázi)azonos szekvenciák** vizsgálata hangtani, pragmatikai szempontból, valamint a további nonverbális kommunikációra vonatkozóan történt. A három megközelítés együttes alkalmazása azért is termékeny, mert az attitűdvizsgálatok is rámutattak (lásd 5. fejezet), hogy az adatközlők véleménye szerint a szövegrészekben jelentős egyezések figyelhetők meg a két kapcsolatépítési mód konzultációiban; ugyanakkor az orvos-beteg viszony alakulása nagyban függ az egészségügyi szakember beszédének szupraszegmentális jellemzőitől (pl. hangerő, hangszínezet, tempó), továbbá nonverbális kommunikációjától.

A hangtani elemzés kizárólag az egészségügyi szakember pácienshez intézett szövegrészeire épült. Azok a megnyilatkozásrészletek lettek kiválasztva, amelyek (kvázi)azonos szekvenciákat tartalmaznak a két felvételen, tekintet nélkül arra, hogy a szekvencia önállóan alkot egy intonációs frázist, vagy valamely frázis(ok) részlete, esetleg több frázist tartalmaz. Rövidebb (legalább három szótagos, pl. *jó napot; hívjon fel*) egyezések, illetve teljes beszédfordulónyi (kvázi)azonos részek is előfordultak. Ezek lettek felcímkézve a **beszédszakaszok** (a szünettől szünetig tartó egységek) szintjén. A hosszabb, több intonációs frázist tartalmazó

⁶⁵ Érdemes ezen a ponton megjegyezni, hogy ezt a megállapítást valóban az attitűdfelmérés alapján mondhatjuk, és más szempontok is érvényesülhetnek. Az oktatóvideókat a képzés során használó oktatók megfigyelései alapján elmondható, hogy a hallgatók gyakran nagy különbséget érzékelnek a szöveges megformálást tekintve is azért, hogy a jelenetek másképp jelennek meg nonverbálisan. Továbbá gyakori visszajelzés, hogy a hallgatók jóval hosszabbnak érzékelik a betegközpontú jeleneteket a paternalisztikusnál. Az oktatásbeli megfigyelésekről a megjegyzéseket szóbeli visszajelzésként kaptam, nem szisztematikusan gyűjtöttem. Jól látható, hogy a diskurzusok különböző helyzetekben eltérően működhetnek az észlelésben. Ennek felmérése további szempont lehet a későbbiekben.

beszédszakaszok frázisokra lettek tagolva. A videók szövegének Folker programos lejegyzése lett importálva a **Praat** 6.1.33 szoftverbe (BOERSMA–WEENINK 2021), ahol a beszédszakasz- és frázisszintű **annotálás**, valamint a mérések megvalósultak.

Az azonos szövegrészek időtartamába nem számított bele a szünetek időtartama, az kizárólag a tiszta beszédidőn alapult. A vizsgált (kvázi)azonos beszédrészek között legfeljebb egy-két szótagnyi eltérés mutatkozott, pl. *amiről most beszélgettünk* vs. *amiről most itt beszélgettünk*. Az **alapfrekvencia**-értékeket csak a modális zöngével megvalósuló beszédrészekből lehetett kinyerni kézi méréssel, a felvételek minősége miatt ugyanis az automatikus adatki-nyerésre nem volt mód. Az alapfrekvencia minimuma, maximuma, illetve **átlagértéke** (Hz) frázisonként lett meghatározva. Az időtartamadatok és a szótagszám alapján lett meghatározva a beszédrészek **artikulációs tempója** (szótag/s-ban); valamint az alapfrekvencia minimum- és maximumértékei alapján a **hangköz** (a szélső értékek távolsága) értéke (félhangban).

Statisztikai vizsgálat történt az artikulációs tempó, az átlagos alapfrekvencia és a hangköz értékeire vonatkozóan, a videófelvétel-párokból kinyert adatok páros mintás Wilcoxon-próbával lettek tesztelve (SPSS 20).

A nonverbális kommunikáció vizsgálata az egészségügyi szakembereknek a fentiek alapján meghatározott azonos szövegrészeinek MAXQDA szoftverrel végzett vizsgálatával valósult meg. Az annotálás kiindulását BECK és munkatársainak (2002), valamint NÉMETH T. és munkatársainak (2022) annotációs rendszere adta; továbbá támaszkodtam a nonverbális csatornák már korábban bemutatott rendszerzésére is (FORGÓ 2011; lásd 3.1.1.1. fejezet). A kategóriák meghatározása azonban minden esetben az aktuális kontextusra épült. Ennek megfelelően a 13. táblázatban bemutatott kódolási kategóriákat alkalmaztam az egészségügyi szakember és a páciens nonverbális viselkedésének a leírására.⁶⁶ Így elemeztem a vokális jelzések esetében az érzékelt beszédtempót, hangszínezetet, a **háttércsatorna-jelzéseket** (mint pl. a nevetés, hűmmögés) (GYARMATHY és mtsai 2020); továbbá a szem, a tekintet és a szemöldök, a fej, az arc, a száj mozgását és jellemzőit. Annotáltam a kéz és a törzs tartását, irányulásait, mozgásait, más tárgyakhoz való viszonyát, a térközszabályozásban betöltött szerepét. Habár a szoftveres elemzés gyakorisági adatokkal is szolgál, az eredmények bemutatásakor leginkább a kvalitatív jellemzőkre helyezem a hangsúlyt. A számadatokat csak a két kapcsolatépítési módra vonatkozó összehasonlításba vonom be.

A kódolás során a (kvázi)azonos szekvenciákhoz kötődő nonverbális jellemzőket mind az egészségügyi dolgozók, mind a páciensek esetében annotáltam. A multimodális kommunikációban egy időben, párhuzamosan több folyamat zajlik, ezért a megnyilatkozássegységeket szükségszerűen több kategória együttes elemzésével végeztem. Mivel az egészségügyi szakemberek azonos megnyilatkozásai közben megvalósuló nonverbális jelzéseket elemeztem,

⁶⁶ A kategóriák validálásában részt vett 6 alkalmazott nyelvészeti mesterszakos hallgató, akik a 2022/2023-as tanév tavaszi félévben az ELTE BTK-án *Diskurzusstratégiák* kurzust végeztek. Munkájukat ezúton is köszönöm.

így többször előfordul, hogy a páciens nem látszik az adott beszédrész alatt. Ezeket minden esetben „a páciens nem látszik” kóddal jelöltem.

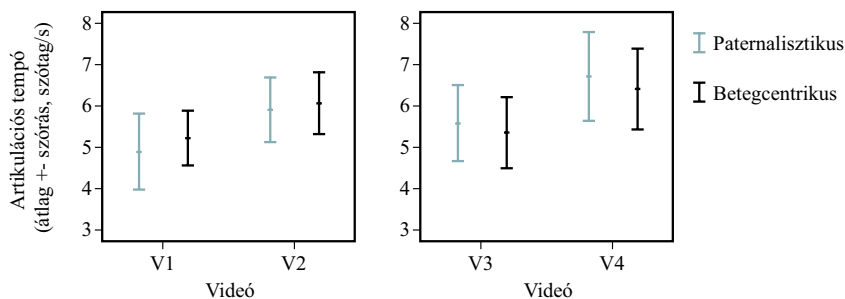
13. táblázat. A nonverbális kommunikáció kategóriái

Kategóriák	Alkategóriák
vokális jelzések	érzékelt beszédtempó (gyorsabb, lassabb) érzékelt hangnem, hangszínezet (mérges, kedves, szigorú/merev, lágyabb) nyomatékosítás hanggal háttércsatorna-jelzések: nevetés, hűmmögés, sziszegés, sóhaj
tekintet szem szemöldök	tekintet: merev, barátságos, bizonytalan, zavart szemkontaktus: felvesz, tart, kerül, váltogatás szemöldök: felhúzva, összehúzva empátikusan, összehúzva mereven, mérgesen szemmozgás: fel, le, oldalra, váltogatás
fej	fej iránya, mozgása: felfelé irányuló, lefelé irányuló, oldalra irányuló iránymutató biccentés (pl. helyfoglalásnál) bólintás, bólogatás fejrázás
arc, mimika	érzelem: düh, szomorúság, bizonytalanság, zavarodottság, fáradtság
száj	merev szájtartás szájelhúzás mosoly nyitott
gesztikuláció kéz	magyarázat kísérése (szeletelő mozgás) kéz megemelése, előre-hátra kéz támaszkodik (pl. asztalon, karfán) irány mutató kézfogás ökölbeszorítás kéz + arc (érint, emel, arcot támaszt) kéz + kéz (összekulcsolt, érintett) kéz + test kéz + tárgy (pl. papír, toll, számítógép, karkötő, szemüveg, táska, kabát, ajtó)
térközszabályozás testtartás	mozgás: helyváltoztatás, leülés, felállás törzs: előre, hátra, oldalra, fordul törzs más tárgy felé irányul (pl. számítógép, ajtó)

A pragmatikai elemzésnek is a (kvázi)azonos szekvenciák szolgáltak a kiindulópontjaként, ugyanakkor ezek vizsgálata tágabb nyelvi környezetükben, több társalgási fordulóban valósult meg. Nagy hangsúly helyeződött az egyes helyzetekben (bemutatkozás, terápiás megbeszélés stb.) megvalósuló beszédaktusok összetetésére a két kapcsolatépítési módban. Az azonos szekvenciák elemzése új eredményekkel egészíti ki a mintán végzett többi, pragmatikai szempontú kutatást (lásd 5., 8., 9. fejezet).

6.2. A hangtani elemzés eredményei

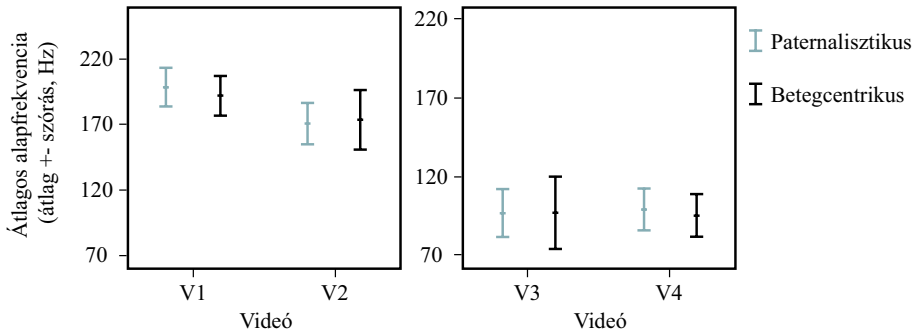
Az elemzés alapján elmondható, hogy az artikulációs tempót (természetesen) egyéni variabilitás jellemzi, a két kondíció eltérésének az iránya ugyanakkor a nemek szerint mutat különbséget. A paternalisztikus kommunikációs módban a női egészségügyi szakembert alakító szereplők esetében $4,9 \pm 0,9$ szótag/s és $5,9 \pm 0,9$ szótag/s átlagos artikulációs tempó mérhető. A betegcentrikus kommunikációs módban mindkettejük esetében gyorsabb artikulációs tempó jelenik meg, az előbbinél $5,2 \pm 0,7$ szótag/s, az utóbbinál $6,0 \pm 0,8$ szótag/s (lásd 16. ábra bal oldali panel). A férfiak esetében a paternalisztikus módban $5,6 \pm 0,9$ szótag/s-os, illetve $6,7 \pm 1,1$ szótag/s-os átlagos artikulációs tempó mérhető, ugyanakkor lassabb tempóra utaló eredmények adathozhatók a betegcentrikus helyzetben: $5,4 \pm 0,9$ szótag/s-os és $6,4 \pm 1,0$ szótag/s-os átlagértékek (lásd 16. ábra jobb oldali panel). A statisztikai elemzés szerint a látható különbségek ellenére egyik videófelvétel-párban sem volt szignifikáns az eltérés.



16. ábra. Az artikulációs tempó alakulása a gyógyító-páciens viszony típusa függvényében a női gyógyítók (balra) és a férfi gyógyítók (jobbra) esetében

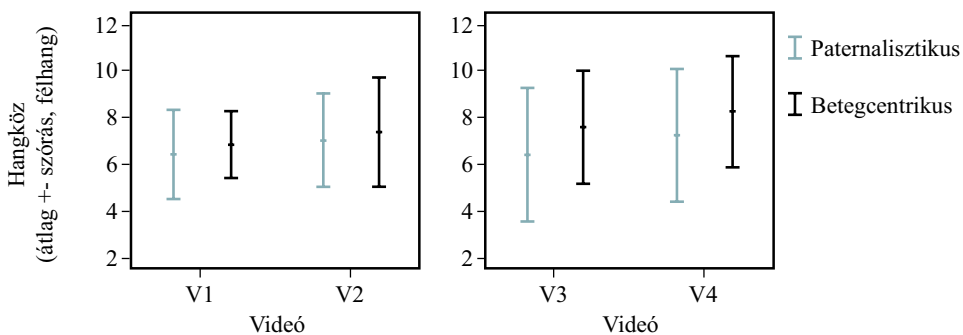
Az átlagos alaphangfrekvencia értékei a női és a férfi beszélők esetében értelemszerűen jelentős különbségeket mutatnak. Az egyes beszélőkön belül a kondíció függvényében eltérő mintázatok jelentek meg. Az első videófelvétel-párban (V1P, V1B) a gyógyító szerepét játszó színésznő átlagos alaphangfrekvencia-értéke 198 ± 15 Hz volt a paternalisztikus kapcsolatot bemutató helyzetben, és csak néhány Hz-nyivel volt alacsonyabb ez az érték a betegcentrikus helyzetben: 192 ± 15 Hz. A második videófelvétel-párban (V2P, V2B) szereplő, mélyebb hangú színésznő alaphangfrekvenciája átlagosan 173 ± 18 Hz volt a paternalisztikus helyzetben, és azonos átlag figyelhető meg valamivel nagyobb **szórással**, azaz 173 ± 22 Hz a betegcentrikus helyzetben (lásd 17. ábra bal oldali panel). A harmadik videófelvétel-páron (V3P, V3B) szereplő férfi gyógyító esetében 97 ± 15 Hz-es alaphangfrekvencia-átlag mérhető a paternalisztikus, valamint 97 ± 23 Hz-es a betegcentrikus helyzetben, azaz az átlag nem mutatott különbséget, de a szórás valamivel nagyobb volt az utóbbi szituációban. A negyedik videófelvétel-pár (V4P, V4B) gyógyító szereplőjének átlagos alaphangfrekvencia-értéke a paternalisztikus kommunikációs módban 99 ± 13 Hz, a betegcentrikusban pedig 96 ± 14 Hz (lásd 17. ábra jobb oldali panel). Összességében tehát

mind az átlagok, mind a szórásértékek legfeljebb alig néhány (tized)százalékos eltéréseket mutattak ebben a tekintetben a kondíciók között. Ennek megfelelően a statisztikai próba sem hozott felszínre különbséget.



17. ábra. Az átlagos alapfrekvencia értékének alakulása a gyógyító-páciens viszony típusa függvényében a női gyógyítók (balra) és a férfi gyógyítók (jobbra) esetében

A hangközérték az adott szakaszok maximális és minimális alapfrekvencia-értékének félhangban megragadott távolságaként lett kiszámítva. A szupraszegmentális jellemzők között csupán ennek a paraméternek az esetében látható egységes tendencia, mégpedig az, hogy a hangközértékek rendre a betegcentrikus helyzetekben adódnak magasabbnak (lásd 18. ábra). Az első videófelvétel-páron szereplő női beszélő esetében átlagosan 6,4±1,9 félhang mérhető a paternalisztikus és 6,8±1,4 félhang a betegcentrikus kondícióban. A második videófelvétel-pár női beszélője tágabb hangközökkel beszél, az ő esetében átlagosan 7,2±2,3 félhangnyi átlagos hangköz mérhető a paternalisztikus és 7,5±2,3 félhangnyi a betegcentrikus helyzetben (lásd 18. ábra bal oldali panel). A harmadik videófelvétel-pár férfi beszélője esetében az előbbi kommunikációs módban 6,4±2,9 félhangnyi, az utóbbiban pedig 7,6±2,5 félhangnyi átlagos hangköz mérhető. Végül a negyedik felvételpár férfi beszélőjének esetében ezek az értékek 7,2±2,9 és 8,3±2,4 félhangnak adódnak. Az egységesnek látszó tendenciák ellenére csak a harmadik felvételpáron mutat ki szignifikáns eltérést a Wilcoxon-próba: $Z = -2,261, p = 0,024$.



18. ábra. A hangközértékek alakulása a gyógyító-páciens viszony típusa függvényében a női gyógyítók (balra) és a férfi gyógyítók (jobbra) esetében

A (kvázi)azonos szekvenciák hangtani vizsgálata azt mutatja, hogy kevés mérhető különbség adódik a két kapcsolatépítési módban a szupraszegmentális szerkezetre vonatkozóan. Ez azonban nem azt jelenti, hogy nincsenek érzékelhető különbségek, hiszen erre a kérdőíves és a fókuszcsoporthoz tartozó attitűdvizsgálat számos adatközlőtől származó visszajelzése is rámutatott (lásd 5. fejezet). A mérhető különbség hiánya több tényezővel is összefügg. Így többek között azzal, hogy a videófelvevételek minősége több mérés megvalósítását nem teszi lehetővé (pl. a zöngemínőség vizsgálatát). További korlátozó tényező, hogy a (kvázi)azonos szekvenciák viszonylag rövid szövegrészek, így ezek is hatással vannak a mérési eredményekre, azok statisztikai értékeire. Az sem hagyható figyelmen kívül, hogy a beszédhelyzettől függően az egyes beszélők különbözőképpen módosítják a szupraszegmentális eszköztárat (BATA 2006).

A továbbiakban rátérek a (kvázi)azonos szekvenciák nonverbális jellemzőire.

6.3. A nonverbális kommunikáció elemzése

Az előző alfejezetből azt láthattuk, hogy a két kapcsolatépítési mód hangtani jellemzői esetében az adott mintában alig lehetett mérhető különbségeket kimutatni. Ez azonban nem jelenti azt, hogy nincsenek eltérések, főként ami az észlelhető eltéréseket illeti. Ezt igazolja a két attitűdvizsgálat is, amelyben több megjegyzés érkezett a beszéd, a hangnem, a hangszínezet jellegére (lásd 5. fejezet). Továbbá a nonverbális kommunikáció elemzése is ebbe az irányba mutat, amelyet a jelen vizsgálatban kizárólag a (kvázi)azonos szekvenciákhoz kötődően végeztem el. A saját kódolást hat nyelvész hallgató megfigyelései egészítették ki, illetve validálták. Ezek alapján elmondható, hogy az egészségügyi szakemberek mindkét kapcsolatépítési módban lass(abb)an, érthetően, jól artikuláltan beszéltek. A paternalisztikus kapcsolatépítésben sok esetben lehetett a hangjukat szigorúnak, merevnek érezni, míg a betegközpontú kapcsolatépítésben inkább magasabbnak, lágyabbnak. A háttércsatorna-jelzésekre vonatkozóan az figyelhető meg, hogy egyes jelenetekben gyakrabban fordulnak elő. Így a (nem természetes, kicsit idegesen ható) köhítés elsődlegesen a VIP konzultáción a pszichológusnőnél jelenik meg többször.⁶⁷ Az attitűdelemzésben is szereplő két jelenetben (V2P, V2B) pedig a sóhajok nagyobb száma adatolható kapcsolatépítési módtól függetlenül, ahogy ezt a kérdőíves felmérésben is visszajelezték főként a medikus adatközlők. A betegcentrikus jelenetben (V2P) ez egy esetben szisszenéssel is kiegészül. Ugyanakkor az elemzésből az látszik, hogy a köhítés, krákogás, sóhajtás többször jelenik meg a paternalisztikus kapcsolatépítéshez kötődő diskurzusokban.

A fej mozgását tekintve az mutatkozott meg az elemzésből, hogy a betegcentrikus jelenetekben a két résztvevő jellemzően egy szemmagasságban kommunikál, a fej oldalra, fel-le mozgása általában valamilyen tevékenységgel függ össze (ajtónyitás, felállás, odafordulás,

⁶⁷ Megjegyzés: ez a színésznő eszköztára, nem kapott előzetesen erre instrukciót. Az információ a videó szerzőitől származik.

számítógépbe vagy leletbe, naptárba tekintés). A bólogatások, bólintások háromszor olyan gyakoriak a betegközpontú jelenetekben, mint a paternalisztikusokban, és egyfajta visszajelzőként működnek a társas figyelemre vonatkozóan. A paternalisztikus jelenetekben viszont a lefelé nézés fordul elő sok esetben és több jelenetben is (VIP, V2P, V4P), ami a betegközpontú konzultációkon egyáltalán nem jellemző. Az is megfigyelhető, hogy éppen ellenkező irányú, a fej merev magasan tartása adatolható a paternalisztikus helyzetekben, mint például a V3P videóban a pszichológus esetében.

A fej tartása szorosan összefügg a test helyzetével is. Az annotálás tanulsága szerint a paternalisztikus jelenetekben kétszer olyan gyakori a hátradőlés és ennek statikus, merev megtartása, mint a betegközpontúban. Ugyanakkor az előredőlés, ami fizikailag is kisebb távolságot jelent a páciens és az egészségügyi szakember között, hatszor olyan gyakori a betegközpontú jelenetekben csak az azonos megnyilatkozásokhoz kötődően. Az is megfigyelhető, hogy az utóbbi jelenetekben jóval kevésbé merev az orvos vagy a pszichológus tartása, amely a test helyzetén túl a fej- és arcjátékában is megmutatkozik. A térközszabályozás és a kapcsolatépítés fontos eleme a kézfogás, amely felállással és közvetlen érintéssel is társul. A paternalisztikus jelenetekben kizárólag a bemutatkozáshoz kötődő V2P jelenetben fordul elő, míg a betegközpontú diskurzusok esetében a V1B, V2B és a V3B konzultáción is megfigyelhető. A V1B diskurzus elején és végén is, a V2B-nél csak a végén, a V3B videóban csak az elején.

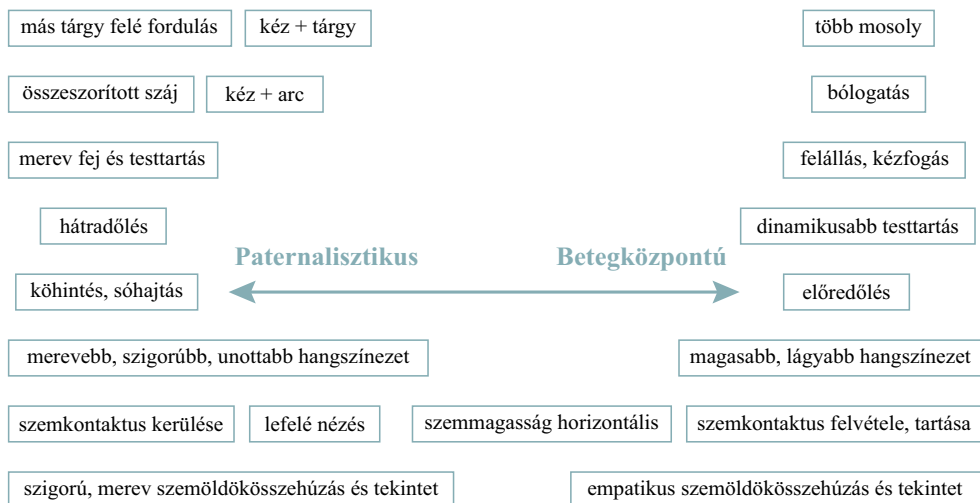
A kézhez kapcsolódó nonverbális jelzések közül számos szempontot elemeztem (lásd *13. táblázat*). A szoftverrel történő annotálás azonban arra mutatott rá, hogy a vizsgált mintában a már említett kézfogás, a kéz + tárgy, valamint a kéz archoz emelése között mutatkozik nagyobb különbség a jelenetekben. A kéz + tárgy kód több mint kétszer olyan gyakran jelenik meg a paternalisztikus, mint a betegközpontú jelenetekben. Ezeknek része a leletek rendezése, papírok pecsételése, aláírása, számítógépbe rögzítés, ajtónyitás stb. Ugyanakkor a paternalisztikus jelenetekben többször fordul elő a kéz + tárgy kapcsolata olyan esetekben, amikor ezek nem interakciós célokhoz, cselekvésekhez kötődnek. Kiemelten gyakori ez a VIP esetében, ahol a pszichológus nő lapozgatja a naptárját, rendezgeti a karkötőjét, illetve a V4P diskurzusban az orvos kétszer is leveszi mérgesen a szemüvegét. Ehhez kapcsolódik, hogy a kéz + arc érintése szintén a paternalisztikus kapcsolatépítésben jellemző (6 esetben fordul elő az azonos szövegrészekhez kötődően), míg a betegcentrikusban csak egyszer jelenik meg.

Az elmondottakkal szorosan összefügg az arcjáték, amelyben kiemelt szerepet kapnak a szemhez, szemöldökhöz és a szájhoz kapcsolódó nonverbális jelzések. Megfigyelhető, hogy a betegcentrikus jelenetekben jóval gyakoribb a mosoly, míg a paternalisztikusban a száj elhúzása vagy merev összeszorítása. Az annotálás alapján a szemöldök felhúzása mindkét jelenetben előfordul, nem jelzője a kapcsolattípusnak. A szemöldök összehúzása azonban a paternalisztikus jelenetekben merev, szigorú arckifejezéssel társul, míg a betegcentrikusokban ez empátiát tükröző arckifejezéssel valósul meg. Ezekkel szoros összefüggésben a paternalisztikus diskurzusokban gyakran jelenik meg a merev tekintet (28 esetben) és a szemkontaktus kerülése (16 esetben), amíg a betegcentrikus jelenetekben ez egyszer sem fordul elő. Az utóbbi

diskurzusokban a szemkontaktus felvétele, annak megtartása adatolható. A tekintet váltogatása mindkét kapcsolatépítésben előfordul. A betegközpontúban jellemzően interakcióbeli cselekvéshez kötődik (pl. dokumentumba nézés, pecsételés), a paternalisztikus jelenetekben ezeken túl a páciensről való elfordulás jelzője is (pl. lefelé nézés, szemkontaktus „megvonása”).

A (kvázi)azonos szekvenciákhoz kapcsolódó nonverbális jelzések elemzése a páciensek viselkedésének leírását csak korlátozott módon teszi lehetővé. Ennek elsődleges oka az, hogy az adott megnyilatkozások nagy részében a kamera nem mutatja a páciens reakcióját. Ami több esetben megfigyelhető volt, az a bizonytalanság, zavartság jelenettől és kapcsolatépítési módtól függetlenül. Ez jellemzően az arckifejezésben, kissé nyitott szájtartásban és többször tárgyak megérintésében, szinte azokba való „kasztkodásban” mutatkozott meg (pl. táska, kabát).

Összességében elmondható, hogy megfigyelhetők jellemző nonverbális jelzések, illetve együttes előfordulások, mintázatok a kétféle kapcsolatépítésre vonatkozóan az oktatóvideók diskurzusaiban, annak ellenére, hogy a jelen elemzés kis mintán alapult, kizárólag az egészségügyi szakember azonos szövegrészeinek vizsgálatához kötődött. A 19. ábra foglalja össze kiemelve a tipikusabb előfordulásokat, illetve kapcsolatépítési jelzőket. Megállapítható, hogy a paternalisztikus kapcsolatépítésben az egészségügyi szakembert merev, távolságtartó testtartás és mimika jellemzi, ami gyakran szigorú vagy unott beszédmóddal párosul. A távolságtartást növeli a hátradőlés, a különböző tárgyra irányuló figyelem (azok érintése, azok mögé bújás), valamint a szemkontaktus kerülése, a lefelé nézés. Ezzel szemben a betegközpontú kapcsolatépítést a (kvázi)azonos szekvenciák elemzése alapján a páciens felé közelítő, előredőlő testtartás, dinamikusabb térközszabályozás, empatikus arc- és szemmozgás, a szemkontaktus felvétele és megtartása, több mosoly és bólogatás, valamint lágyabb, kedvesebb hangszínezet jellemzi.



19. ábra. Az egészségügyi szakemberek nonverbális jelzései a két kapcsolatépítési módban a (kvázi)azonos szekvenciák elemzése alapján

6.4. A pragmatikai elemzés eredményei

Ebben az alfejezetben a (kvázi)azonos szekvenciák diskurzusba ágyazódásnak néhány pragmatikai kérdésére térek ki, elsődlegesen a megvalósuló cselekvésekre, beszédaktusokra összpontosítva. A személyjelölést, a megszólítást, a közös figyelmi jelenet megteremtését csak érintőlegesen vagy a későbbi fejezetekben tárgyalom (lásd 8. és 9. fejezet).

Az előző fejezetben bemutatott attitűdvizsgálatok több nyelvi-interakciós különbségre is rámutattak – verbális és nonverbális szinten egyaránt – a két kapcsolatépítési módban (lásd 5. fejezet). A különbségek a (kvázi)azonos szekvenciák pragmatikai szempontú elemzésekor is megmutatkoznak, amelyeket három példapár elemzésén keresztül mutatok be. Az egészségügyi szakember megnyilatkozásaiban megjelenő (kvázi)azonos részek minden esetben félkövérrel, tágabb nyelvi közegükben egy beszédcselekvéshez kötődően szerepelnek.

A kapcsolatépítésre számos tényező alapvető hatást gyakorol. Kiemelt szerepet kap például a tudásmegosztás módja és a terápiás cselekvések verbális megalkotása. Ezt szemléltetik a V2P és V2B jelenetek dialógusrészletei (1a–1b, 2a–2b), amelyek az attitűdvizsgálatokban is szereplő diskurzusokból származnak. A jelenet alaphelyzete, hogy egy középkorú férfi a leleteivel a házi orvosához érkezik, és szeretné meghosszabbítani a jogosítványát. A konzultáció kezdetén a doktornő a leletet tanulmányozza, és ennek az eredményeit, következményeit közli a pácienssel (1a–1b).

(1a)

D: **Nos hát, nézzük csak, hmmm, hát ez egy kicsit magas. Magas a glükóz, hmmm, hiperglikémia, és a trigliceridben is van egy kis emelkedés. De egyébként rendben. Nos hát, Szalai úr, egy kis életmódváltásra lenne szükség.**

[...]

P: Szóval cukros vagyok. És most... injekcióni kell magam?

D: Most még nem... **először megpróbálkozik az életmódváltással, diétával, testmozgással, és hogyha nem kielégítő a diéta, akkor vércukorcsökkentő tablettákat adunk.**

(V2P)

(1b)

D: **Nos, nézzük, hát igen, látom, ühüm, hát ez egy kicsit magas, magas a glükóz. És a trigliceridben is van egy kis emelkedés, de egyébként rendben. Nos, Szalai úr, ugye van egy kis emelkedés a vércukorszintben, és enyhén a vérsírszintben is. Ez most még nem jelent komoly problémát, de mindenesetre ahhoz, hogy ne legyen nagyobb baj, egy kis életmódváltásra lenne szükség.**

[...]

P: Értem. Szóval cukros vagyok. És most akkor injekciózni kell magam?

D: Nem. **Először megpróbálkozik az életmódváltással... a diétával, a testmozgással. És hogyha nem kielégítő a diéta, akkor vércukorcsökkentő tablettákat adunk.**

(V2B)

A dialógusrészletekben a lelet értékelése és az abban tapasztalt eltérések tárgyalása áll a középpontban. A laboreredmények megbeszélése a páciens számára kifejezetten kellemetlen. Ez annak is nagyban köszönhető, hogy a páciens a jogosítványát szeretné meghosszabbítani, tehát nem egy konkrét betegséggel vagy problémával érkezik a rendelésre. Váratlanul azonban mégis azzal szembesül, hogy nem teljesen egészséges, és attól fél, hogy nem hosszabbítják meg a jogosítványát, és így elveszítheti a munkáját. Az egyes dialógusrészletekben megvalósuló nyelvi-kommunikatív cselekvéseket a 14. táblázat foglalja össze.

14. táblázat. Az egészségügyi szakember beszédcselekvései az (1a) és (1b) dialógusrészletben

Paternalisztikus	Betegközpontú
<ul style="list-style-type: none"> • Figyelemirányítás közös cselekvésként (a lelet értelmezésének kezdete) • Leleteredmények megállapítása, közlése • Az eredmények értékelése • Megszólítás • Javaslat (terápiás) 	<ul style="list-style-type: none"> • Figyelemirányítás közös cselekvésként (a lelet értelmezésének kezdete) • Saját cselekvésre reflexió (<i>látom</i>) • Leleteredmények megállapítása, közlése • Az eredmények értékelése • Megszólítás • Ismétlés, összegzés • Magyarázat • Javaslat (terápiás)

A bemutatott párbeszéd részben jól látható, hogy viszonylag magas a (kvázi)azonos szekvenciák megjelenése, ami azt is jelenti egyben, hogy a két kapcsolatépítési módban a lelet értelmezése verbálisan hasonlóan történik. Kisebb eltérések azonban már itt is megfigyelhetők, ahogy azt a 14. táblázat is mutatja. Mindkét dialógus egy közös figyelmi jelenet helyzetének az explicit megalkotásával kezdődik (*nos, nézzük*), amely a lelet értelmezésére vonatkozó asszertívumokat vezeti be. Miután a leletben látott eredményeket a doktornő nyelviileg hozzáférhetővé teszi, illetve értékeli, megszólítja páciensét. A paternalisztikus kapcsolatépítési módban azonnal terápiás javaslatot fogalmaz meg (*egy kis életmódváltásra lenne szükség*). Ezzel szemben a betegközpontú dialógusban ugyanazt a terápiás javaslatot ismétlés, összegzés, a terápiát indokló magyarázat előzi meg. Ennek része a jelen helyzethez való deiktikus lehorgonyozása (*ez most*), valamint a probléma mértékének és jövőbeli lehetséges következményeinek a tisztázása is (*még nem jelent komoly problémát; ahhoz, hogy ne legyen nagyobb baj*). Ezek a nyelvi aktusok a beteg nézőpontjának és feltételezett gondolatainak és érzelmeinek a figyelembevételét is jelentik egyben, amely az egész V2B konzultáció során érezhető. Az e tekintetben megfigyelhető különbségeket a két kapcsolatépítésben a (2a), (2b) példák is szemléltetik.

(2a)

P: *De hát én nem eszem semmiféle édességet, nem is szeretem, és mégis cukros lettem?*

(2b)

P: *De hát én nem eszem édességet, nem is szeretem! És mégis cukros lettem?*

D: *Most nem erről van szó, hanem az inzulinról. Az inzulin nem tudja kifejezni a megfelelően a hatását, ezért a glükóz felszaporodik a vérben. Nos hát, ennyi lenne.*

(V2P)

D: *Hát itt nem erről van szó, hanem az inzulinról... az inzulin nem tudja megfelelően kifejezni hatását, ezért a glükóz felszaporodik a vérben. De ezzel kapcsolatban összegyűjtöttünk néhány könyvcímet. Itt vannak a brosrúrák, nézzük csak, itt össze vannak foglalva a tudnivalók, és esetleg beszerezheti valamilyik könyvet is, ha szüksége van rá. Ha pedig úgy érzi, hogy nehézséget okoz a diéta összeállítása, nyugodtan hívjon fel! Aztán ha elkezd a diétát, akkor jöjjön vissza egy hónap múlva, és megnézzük, hogy hol tart!*

(V2B)

A (2a) és (2b) dialógusrészletek rávilágítanak a páciens szubjektív és laikus elképzelésére a cukorbetegség és a cukorfogyasztás összefüggéseit tekintve. Továbbá arra is, hogy nem érti, miért magasabb a vércukorszintje. A doktornő mindkét esetben orvosszakmai magyarázatot ad verbálisan a dialógusrészletben kiemelt (kvázi)azonos szekvenciák révén. A páciens videóbeli metakommunikációja, főként arkifejezése alapján egyértelműen megállapítható, hogy ezt a hozzáférhetővé tett szakmai tudást nehezen tudja befogadni, megérteni. A paternalisztikus kapcsolatépítési módban az orvos erre a nonverbális jelzésre nem reagál, és explicite lezárja a magyarázatot (*Nos, hát, ennyi lenne*).

Ezzel szemben a betegközpontú kapcsolatépítési módban megtörténik a szakmai-laikus kódváltás, hiszen a doktornő konkrét könyveket, brosrúrákat ajánl, illetve ad át megzavarodott páciensének, amelyekből feltételezhetően számos kérdésére választ kaphat hétköznapi nyelven (például saját otthonában nyugodtan tanulmányozva azokat). Ezen túlmenően felajánlja a segítséget a diéta összeállításával kapcsolatban, és a következő konzultáció időpontját is kijelöli. Mivel egy krónikusan fennálló problémáról van szó, amelyben a páciens **terápiához tartózkodásának** (*adherence*) nagy szerepe van, ezért ezek a támogató lépések kiemelt fontosságúak. Megfigyelhető, hogy a tudásmegosztásnak a módja – a páciens nonverbális kommunikációjára való reakció, a közös cselekvések, a támogatás explicit felajánlása, a páciens érzelmeinek és érzeteinek a figyelembevétele – egészen más kapcsolat építését teszi lehetővé az egészségügyi szakember és a páciens között, mint a paternalisztikus módban. Ez a beszédcselekvésekben is megmutatkozik (lásd 15. táblázat), továbbá a korábbi vizsgálatok is ezt támasztják alá (lásd 5. és 6. fejezet).

Már az előző példákban is megmutatkozott, hogy a kapcsolatépítés nagyon szorosan összekapcsolódik a tudásmegosztással, amelynek fontos része az is, hogy a páciens hozzáférhetővé teszi saját tüneteit, állapotát, érzelmeit. Ez nem csupán a betegségére, állapotára vonatkozó tudást foglalja magában, hanem az érzéseket és érzeteket, az erre vonatkozó explicit vagy implicit reflexiókat egyaránt (lásd 9. fejezet). Az is fontos szempont továbbá, hogy az egészségügyi szakember ezeket mennyire veszi észre, illetve milyen mértékben veszi figyelembe. Hiszen

ez nagy hatással van a további nyelvi cselekvésekre is (megnyugtatás, megerősítés, empátia kifejezése, pszichoszociális beszélgetés stb.).

15. táblázat. Az egészségügyi szakember beszédcselekvései a (2a) és (2b) dialógusrészletben

Paternalisztikus	Betegközpontú
<ul style="list-style-type: none"> • Magyarázat • Lezárás 	<ul style="list-style-type: none"> • Magyarázat • Információk átadása (fizikálisan is) • Segítség felajánlása • A lezárás előkészítése • Következő találkozó egyeztetése, lezárás

A (3a) és (3b) dialógusrészletei egy érzelmileg nehéz helyzetet mutatnak be a negyedik videó két jelenetében, amelyben egy állapotos, ideges és aggódó nő a gyermekorvoshoz érkezik influenzás panaszokkal, amelyet sejtése szerint a gyermekétől kapott el. Ezzel az érzelmi intenzitással összhangban, ebben a jelenetben a legintenzívebbek a nonverbális jelzések is (KUNA 2023a). A helyzet az orvos számára kellemetlen, és nem érti, hogy miért nem a felnőtt háziorvost, illetve a nőgyógyászt keresi fel a páciens. A konzultáció egészében nagy különbségek mutatkoznak a kapcsolatépítés módjában a betegközpontú és a paternalisztikus módban (verbálisan és nonverbálisan egyaránt). Itt azonban csak a kiemelt részletre térek ki.

(3a)

P: *De legalább annyit tessék megmondani, hogy a picire nem lesz-e ez valami káros hatással, hogy ez valami ismeretlen vírus, vagy.*
 D: *Azt se tudjuk, hogy milyen vírus. Már ha vírus egyáltalán. Láza volt?*

(V4P)

(3b)

P: *Igen, igen. De legalább azt tessék megmondani, hogy a picire nem lesz-e ez valami káros hatással, hogy ha ez valami ismeretlen vírus.*
 D: *Nézze! Azt se tudjuk, hogy vírus-e egyáltalán. De nyugodjon meg! Semmi baja nem lesz a picinek. Láza volt?*

(V4B)

A konzultáció ezen szakaszán a kismama páciens kifejti egyik legnagyobb aggodalmát. Attól fél ugyanis, hogy a kisbabájára káros hatással lehet a betegség, amelyet az ő szubjektív, laikus tudása szerint egy ismeretlen vírus okoz. Habár erre az aggodalomra az orvos részéről mindkét kapcsolatépítési módban viszonylag rövid reakció érkezik, mégis nagy különbségek figyelhetők meg a megvalósuló nyelvi cselekvésekben. A paternalisztikus módban a páciens laikus felvetésére, miszerint a betegséget egy ismeretlen vírus okozza, az orvos heves érzelmi reakcióval (hangosabban, mérges arcvonással) és tagadással reagál (*Azt se tudjuk, hogy milyen vírus. Már ha vírus egyáltalán*). Ezzel a tagadással és azzal, hogy a páciens aggodalmára egyáltalán nem reflektál nyelvileg, lényegében figyelmen kívül hagyja a beteg érzelmeit. Ezt egy látványos „lenyugtatást” célzó légzés, a szemüveg levétele és a szem megdörzsölése követi, ami lényegében nyomatékot is ad megjelenő dühösségének, negatív érzelmeinek.

A forduló lezárásaként az orvos egyfajta szakmai kötelességként teszi fel a kérdést, hogy volt-e láza a betegnek.

A betegcentrikus kapcsolatépítési módban a szóban forgó orvosi fordulóban több, a paternalisztikus példával (kvázi)azonos szekvencia is megtalálható, ami arra utal, hogy a szituáció kétféle nyelvi feldolgozásában több hasonlóság is megfigyelhető. Ugyanakkor ezek másfajta beszédcselekvésekbe ágyazódnak (lásd 16. táblázat). Az orvos nyelvi tevékenysége egy, a beszédpartnert megszólító, az ő társas figyelmét „kérő” felszólítással kezdődik (*Nézze*). Ez bevezeti az ismeretlen vírus okozta betegségre vonatkozó információ szakmai tagadását, megkérdőjelezését. Ezt két explicit megnyilatkozás követi a páciens aggodalmára reakcióként. Az egyik a beteg érzelmi állapotára vonatkozó direktívum (*nyugodjon meg*), a másik egy ezt támogató asszertívum (*Semmi baja nem lesz a picinek*). A forduló ebben a párbeszédben is a kismama állapotára vonatkozó kérdéssel zárul, amely azonban teljesen más nonverbális aktusokkal kísérve valósul meg (pl. előrehajolás, megértő arckifejezés).

16. táblázat. Az egészségügyi szakember beszédcselekvései a (3a) és (3b) dialógusrészletben

Paternalisztikus	Betegközpontú
<ul style="list-style-type: none"> • Tagadás • Az aggodalom megkérdőjelezése/figyelmén kívül hagyása • Információkérés 	<ul style="list-style-type: none"> • Megszólítás • Tagadás • Megnyugtató • Információkérés

6.5. A (kvázi)azonos szekvenciák elemzésének eredményei – Összegzés

Összességében megállapítható, hogy a betegcentrikus és a paternalisztikus kapcsolatépítési mód különböző nyelvi jellemzőkkel és mintázatokkal írható le, amelyek együttállásokat is mutatnak a verbális és a nonverbális kommunikációban egyaránt. Ezek a jellegzetességek a (kvázi)azonos szekvenciák elemzése alapján is megmutatkoztak.

A hangtani vizsgálat rámutatott, hogy az egyéni variancia a mért paraméterekben jelentősebben befolyásolta a szupraszegmentális szerkezet alakulását az egyes beszédmódokban, mint a gyógyítói attitűd és beszédmód. Volt olyan szereplő, akinek az artikulációs tempója a paternalisztikus, másoké a betegcentrikus módban volt gyorsabb, de egyik esetben sem érte el a különbség a szignifikáns mértéket. Az átlagos alapfrekvencia nem mutatott eltérést, a minimális és maximális alapfrekvencia távolsága, azaz a hangköz ugyanakkor minden felvételpárban a betegcentrikus helyzetben mutatott magasabb értékeket. A statisztikai vizsgálat ennek ellenére csak az egyik jelenetpár (V3P, V3B) esetén mutatott szignifikáns különbséget a hangközt tekintve. A kapott eredmények összefüggést mutatnak az egyéni varianciával és

a kis adatszámmal is. A (kvázi)azonos szekvenciák ugyanis csak a szövegek egy részét teszik ki. Ebből adódóan a szupraszegmentumok és más nonverbális eszközök szerepe is kisebb, mint teljes szövegazonosság esetén lehetne. A színészek ugyanis a szövegük változtatásával is helyzetfüggő megoldásokhoz tudtak jutni a kapcsolatépítésben, amint ezt a pragmatikai elemzés is mutatja (beszédcselekvések beszúrása vagy kihagyása, módosítása). Tehát annak ellenére, hogy vannak érzékelhető különbségek a két kapcsolatépítési módban a szupraszegmentális jellemzőkben, ezek sok esetben nem mérhetőek. Így az első hipotézis (H1) a mérhető adatok alapján nem igazolható.

A további szupraszegmentális elemzésekhez lényegében célzott hangtani vizsgálatra készült felvételpárookra volna szükség, amelyek szövegszerűen azonosak. Még ebben az esetben is számolni kell ugyanakkor az egyéni beszélői stratégiákkal, ahogyan más kommunikációs funkciók esetén (pl. BATA 2006 a meggyőzés kapcsán). Azaz nem biztos, hogy az egyes beszélők hasonlóképpen módosítják a szupraszegmentális eszköztárt a beszédhelyzet függvényében. Teljes szövegazonosság esetén elemezhetővé válnának a szünetek is, a megfelelő minőségű hangfelvételek pedig a hangerősség, a zöngemínőség és más fonetikai különbségek vizsgálatát is lehetővé tennék, amelyekből további következtetéseket vonhatnánk le.

A (kvázi)azonos szekvenciákhoz kapcsolódó nonverbális jelzések vizsgálata MAXQDA szoftverrel valósult meg. Habár az elemzés csak az egyező szövegrészekhez kapcsolódóan tette lehetővé a két kapcsolatépítési mód összevetését, mégis kirajzolódnak a két kapcsolatépítésre vonatkozóan együttállások. A paternalisztikus kapcsolatépítésben az egészségügyi szakember nonverbális viselkedését merev, távolságtartó testtartás és mimika, a szemkontaktus kerülése, valamint szigorú vagy unott hangszínezet jellemzi. Ezzel szemben a betegközpontú kapcsolatépítésben közelítő viselkedés figyelhető meg, amelynek jelzője az előredőlő testtartás, a dinamikusabb térközszabályozás, az empatikus, barátságos arc- és szemmozgás, a szemkontaktus felvétele és megtartása, több mosoly és bólogatás, valamint lágyabb, kedvesebb hangszínezet. Ez sok tekintetben összhangban áll BECK és munkatársainak (2002) szakirodalmi összefoglalásával (lásd 2. táblázat). Ezen a ponton érdemes megjegyezni, hogy nonverbális jelzések használatában a színészeknek nagyobb szabadság állt a rendelkezésre (a szöveg kötött jellegéhez képest), így ezek megvalósulásában a saját értelmezésük is teret kapott.

Az elemzést korlátozza, hogy kizárólag az egészségügyi szakember (kvázi)azonos megnyilatkozásaira vonatkozik. Ezzel összefüggésben a páciensek nonverbális jelzései csak kevésbé vizsgálhatók, hiszen a kameraállások miatt az ő testbeszédük sok esetben nem vagy alig látható. Továbbá teljesebb képet adhat a kapcsolatépítési mód nonverbális jellemzőiről, ha az egész anyag – beleértve a páciensek (kvázi)azonos szekvenciáit is – szisztematikusan feldolgozása megvalósul. Ennek első körös vizsgálata elkészült (KUNA 2023a), a szoftveres elemzés pedig folyamatban van. Természetesen a teljes elemzést követően is szükséges szem előtt tartani, hogy a jellemzők fiktív, tervezett oktatóvideók anyagán alapulnak.

Az elemzés arra is rámutatott, hogy a (kvázi)azonos szekvenciák nyelvi cselekvésekre való ágyazódása is másként működik a két kapcsolatépítési módban. A vizsgált minta alapján az látható, hogy a betegcentrikus kapcsolatépítési módban a konzultációkban az egészségügyi

szakember tudásmenedzselése jóval nagyobb mértékben épít a páciens laikus tudáselemeire és érzelmeire. Ennek megfelelően az azonos szekvenciákat is jóval gyakrabban előzi meg vagy követi magyarázat, ismétlés, reflexió a szakkifejezésekre vagy a terápiás cselekvésekre, mint a paternalisztikus kapcsolatépítési módban. Megfigyelhető továbbá, hogy a betegcentrikus kommunikációban nagyobb szerepet kap az empátia, a megnyugtató, az érzelmekre adott reakció nyelvi kifejezése; valamint a társalgás kezdetén az egészségügyi szakember kommunikációkezdeményező szerepe. Ezzel szemben a paternalisztikus kapcsolatépítésben hiányzik vagy kifejtetlen a magyarázat (pl. szakszó önmagában); jóval többször jelenik meg a direktív, előíró stílus (számonkérés, előírás, utasítás). Ezek alapján a kutatás második hipotézise (H2) igazolódott, hiszen a két kapcsolatépítési módban verbális és nonverbális szinten is jellemző együttállások írhatók le.

Össességében megállapítható, hogy a vizsgált anyagban a szupraszegmentális szerkezet-hez kötődő mérhető eltérések kis számban mutathatók ki, ugyanakkor a nonverbális jelzésekre és a beszédcselekvésekre vonatkozóan számos különbség adatolható az azonos szövegrészekben.⁶⁸ A vizsgálat limitációja, hogy kevés az azonos részek mennyisége az egészségügyi szakemberek megnyilatkozásaiban, és fonetikai elemzésre kevésbé alkalmas a hanganyag. Ugyanakkor az elemzést mégis érdemes volt elvégezni abból az okból kifolyólag is, hogy hasonló párhuzamos anyagok egyáltalán nem állnak rendelkezésre.

⁶⁸ Ez összhangban áll az oktatóvideók készítőinek (CSABAI és mtsai 2009) eredeti céljaival is, hogy hasonló vagy azonos tartalmakat nagyon különböző módon lehet megosztani, amelyben a nonverbális kommunikáció jelzései kiemelkedő szerepet kapnak.

7. Társalgásszervezés és kapcsolatépítés

„Mind az orvos, mind a páciens párbeszédben »tanítják« egymást.”⁶⁹

(PELLEGRINO–THOMASMA 1981: 65)

Az előző két fejezetben a kapcsolatépítésre vonatkozó viszonyulások, valamint a paternalisztikus és betegközpontú jellemzők összevetése valósult meg az oktatóvideók anyagában. Ebben a részben – építve a korábbi eredményekre is – az oktatóvideókon és a háziiorvosi konzultációkon keresztül azokat a jellegzetességeket mutatom be, amelyek közvetlenebbül kötődnek az egészségügyi szakember és a páciense közötti társalgás szerveződéséhez. Ezen a ponton érdemes megemlíteni, hogy a társalgáselemzési munkák középpontjában jellemzően a spontán interakciók vizsgálata áll, ami az orvos-beteg kommunikációra vonatkozóan is megállapítható (MAYNARD–HERITAGE 2005). Ugyanakkor az is megfigyelhető, hogy a szimulált, azaz valamilyen mértékben tervezett helyzetek és az ezekről készült videófelvevételek is egyre nagyobb szerepet kapnak az orvos-beteg kommunikáció kutatásában és oktatásában is (NESTEL et al. 2011; HENRY–FETTERS 2012; KOPPÁN és mtsai 2017; PILNICK et al. 2018; lásd 3.2.1. fejezet).⁷⁰

A jelen fejezet középpontjában tehát a valós és a nagyfokú tervezettséggel jellemezhető, oktatási célra létrehozott, fiktív jelenetek társalgáselemzési szempontú elemzése áll a négy háziiorvosi konzultáció, valamint a nyolc oktatóvideó vizsgálatára építve (lásd 4. fejezet). Az elemzés célja, hogy egymás viszonyában mutassa be a valós, természetes (MAYNARD–HERITAGE 2005: 428, *naturally occurring interaction*) és a **fiktív interakciók** társalgásszerveződési jellemzőit. Így nagy hangsúlyt fektetnek az interakciók szekvenciális szerveződésének, a dinamikus megvalósuló jelentésképzésnek és a nonverbális kommunikáció jellegzetességeinek bemutatására. A kutatásban az elméleti kerettel összefüggésben központi szerepet kap a fordulók száma, az egyes beszédegységek hossza, az egyszerre beszélések, a szünetek kvantitatív és kvalitatív jellegzetességei, valamint néhány nonverbális jellemző. A konzultáció kiemelt helyei az interakció kezdete és záró része, így külön kitérek a **belebonyolódási**, valamint **kihátrálási szakaszok** jellemzőire. Az elemzés során először mindig a tervezett diskurzusok jellemzőit ismertetem, majd ennek viszonyában a valós interakciókat mutatom be. A fejezetben több, egymással szorosan összefüggő változó is szerepet kap. Ennek megfelelően az interakció típusok megnevezésére a háziiorvosi konzultációk esetében reflektáltan a **valós, spontán**,

⁶⁹ Az eredeti idézet: „Both physician and patient ‘teach’ one another in dialogue” (PELLEGRINO–THOMASMA 1981: 65).

⁷⁰ Lásd továbbá: DocCom, https://doccom.iml.unibe.ch/data/DOCCOM/lm_data/lm_436/spider/cms.doccom.iml.unibe.ch/startpage/module.html (*Letöltés ideje: 2023. október 28.*).

természetes jelzőket használom; az oktatóvideókra pedig a *fiktív, tervezett, szimulált* címkéket (KUNA 2023b).

A fenti gondolatok alapján a fejezet azt a kérdéskört járja körül, hogy miként vizsgálható az oktatóvideók jelenetei társalgásként a társalgáselemzés és a pragmatika módszereivel, és milyen jellegzetességeket mutatnak fel a valós interakciókkal való összehasonlításban. Ezeknek a kérdéseknek a megválaszolása azért is fontos, mert az összevetés rávilágít olyan nyelvi jellemzőkre, amelyek a fiktív diskurzusokban másként valósulnak meg, mint a valós interakciókban. Így az ezekre való reflexió a kommunikációs képzés részévé válhat.

A fejezetben először áttekintem az orvos-beteg kommunikációhoz kapcsolódó fő társalgáselemzési vizsgálatokat, különös tekintettel az egyszerre beszélésre, valamint a belebonyolódási és kihátrálási szakaszokra vonatkozóan. Majd ismertetem a vizsgálat menetét, módszereit és eredményeit az oktatóvideók és a háziiorvosi konzultációk anyagában.

7.1. Az orvos-beteg konzultáció vizsgálata – társalgáselemzési és pragmatikai megközelítés

Az orvos-beteg kommunikáció kutatási gyakorlatában a társalgáselemzés, a pragmatika és a szociolingvisztika számos új eredményt hozott (FRANKEL 1984, 2000; WEST 1984; HERITAGE–MAYNARD 2006a; BIGI 2016), ahogy arról már korábban is esett szó (lásd 2.2.4. fejezet). A sokrétű vizsgálati irányok közül ebben a fejezetben kiemelt területként jelenik meg a kapcsolatépítéssel szoros összefüggést mutató félbeszakítások és egyszerre beszélések kérdésköre, valamint a társalgás kezdő és záró szakaszának vizsgálata, így röviden ezekre a jelenségekre térek ki a szakirodalom alapján.

A félbeszakítások fontos kutatási területét képezik az orvos-beteg interakcióknak, ahogy erre számos kutatás rámutat már az 1980-as évektől kezdve. Több vizsgálat szerint az orvosok hatalmi szerepükkel összefüggésben többször szakítják félbe a páciensek beszédét, mint fordítva (MENZ–AL-ROUBAIE 2008); illetve nagy százalékban megfigyelhető az is, hogy a félbeszakítás az orvos részéről viszonylag gyorsan, akár már a 23. másodpercben megtörténik (MARVEL et al. 1999). Ugyanakkor ezzel ellentétes eredményű vizsgálatok is vannak, melyek szerint a páciensek több esetben kezdeményeznek egyszerre beszélést a konzultáción, mint az orvosok (IRISH–HALL 1995). Szintén erre mutatnak rá LI és munkatársai (2004) összegző és a témát más aspektusból vizsgáló tanulmányukban. Kiemelt szempontnak tartják, hogy a félbeszakításokat ne kizárólag a mennyiségük, valamint az aszimmetrikus szerepviszonyokkal való kapcsolatuk alapján vizsgálják, hanem az elemzésbe bevonják a kooperatív (*cooperative interruption*) és a zavaró (*intrusive interruption*) tényezőket is. **Kooperatív félbeszakításként** értelmezik azokat, amelyek az aktuálisan zajló beszélgetés folyamatának vagy tartalmának összehangolásában segítik az interakció résztvevőit. Ilyen például az egyetértés, a támogatás

és a tisztázás aktusához kötődő egyszerre beszélés. Ezzel szemben a **zavaró félbeszakítások** veszélyeztetik az aktuális beszélő nyelvi tevékenységét azáltal, hogy megzavarják a folyamatban lévő beszélgetés menetét és/vagy tartalmát. Ilyen zavaró félbeszakítás lehet például az egyet nem értés, a témaváltás, a beleszólás és az ún. érintőleges félbeszakítás, amikor a beszédpartner ismertnek tekinti a beszélő által között információkat, és nem hallgatja végig (LI et al. 2004: 145–149).

További szempontként jelenik meg a félbeszakítások vizsgálatakor, hogy azok kérdés (*question*) vagy állítás (*statement*) típusúak. IRISH és HALL (1995) azt figyelték meg, hogy a páciensek inkább kijelentő módú **állítás típusú félbeszakítások**at alkalmaznak, míg a gyógyítók inkább **kérdés típusúakat**. A vizsgálatok arra mutatnak rá, hogy önmagában a félbeszakítások száma és szerepviszonnal való összefüggése nem elégséges mutatója az interakcióban betöltött funkciójának megismeréséhez. Árnyaltabb képet többek között a bemutatott szempontok bevonása adhat.

Az orvos-beteg interakciók kutatásában további kiemelt tényező a konzultációkon megjelenő cselekvéstípusok és az azokban megvalósuló kommunikatív stratégiák feltárása, megismerése, alkalmazása (lásd 2.2.4.1., 3.1.1.3. fejezet). Ahogy arra a Kalamazoo-egyezmény is rámutat, a konzultáció megkezdése és lezárása fontos feladatként jelenik meg (MAKOUL 2001; lásd 2.2.4.1. fejezet). A konzultációnak tehát kiemelt helye a kezdete, a kommunikáció első lépése, lényegében a **belebonnyolódás**, azaz a kommunikáció felépülésének folyamata. Ekkor kerülnek az interakció résztvevői kapcsolatba egymással, ennek során határozzák meg szerepeiket, a szituációt, a témákat, azok sorrendjét. A szerepviszonyok magukban foglalják az interakciós szerepeket (kezdeményező, megfigyelő stb.) és a társas-társadalmi szerepek közötti választást. Ennek megfelelően a résztvevők kijelölik a **pervazív** (pl. kor, nem), az **organikus** (pl. foglalkozás) vagy az **átmeneti szerepeket**, amelyek a szituációs kontextusból adódnak (BORONKAI 2009: 92–100). Számos elemzés azt mutatja, hogy a különböző cselekvéstípusok a konzultáció megkezdésében jelentősen befolyásolják a későbbi „kommunikációs manőverezés” lehetőségeit, valamint nagy hatással vannak a kapcsolatépítésre is (SPRANZ-FOGASY 2005; NOWAK 2009).

A szakirodalom a konzultációk zárásának, a **kihátrálásnak** (BORONKAI 2009: 145) a jelentőségére is felhívja a figyelmet, kiemelve az ún. **ajtókilincs jelenséget** (*by the way syndrome*, WEST 2006: 380; PILLING 2018: 29). Ez a megnevezés azt takarja, hogy számos, a páciens által fontosnak tartott információ, aggodalom, kérdés a konzultáció legvégén, szinte az ajtókilincset fogva hangzik el. Ez több dologgal is összefügghet: többek között azzal, ha az orvos az elsőnek említett panaszt túlértékeli, és kizárólag erre vonatkozóan teszi fel a további kérdéseit, annak ellenére, hogy a páciens problémáit nem klinikai fontosság szerint közli. De kapcsolatban lehet a túl korai félbeszakítással vagy a páciens számára kellemetlen, félelmet jelentő érzésekkel az egészségügyi állapotára vonatkozóan (PILLING 2018: 29, 44).

A kutatások azt mutatják, hogy az egyes konzultációtípusokban az interakció lezárása különbözőképpen valósulhat meg. A jelen elemzés szempontjából kiemelkedően fontos háziorvosi rendelések esetében megállapítható, hogy a lezárás összefüggésben van a konzultáció

rendelkezésre álló időkereteivel (pl. az időpontfoglalással),⁷¹ továbbá az is, hogy a lezárás kezdeményezője jellemzően az orvos (HEATH 1986; WHITE et al. 1994). A zárószakasz elemzésekor fontos szerepet kap az aktus szekvenciális szerveződése. A kihátrálási szakasz a zárás előkészítésével kezdődik, amely fontos szerepet tölt be, hiszen azon túl, hogy kijelöli, illetve reflektál a diskurzus alakulására, lehetővé teszi, hogy olyan problémák is előkerüljenek, amelyekről az interakció korábbi szakaszában nem volt szó (ezzel mutat összefüggést az ajtókilincs jelenség is). Ezeket sok esetben diskurzusjelölők (pl. *nos*, *hát*, *akkor*) is explicitté teszik. A lezárás előkészítésének jellemző módjai lehetnek a szóban forgó téma összefoglalása, a jövőre vonatkozó feladatok egyeztetése, megisméltése, a zárás bejelentése vagy a páciensnek feltett kérdés, hogy van-e még más téma, amit be szeretne hozni a társalgásba (WEST 2006).

WEST (2006) az általa vizsgált 48 háziorvosi interakció elemzése során arra az eredményre jut, hogy ebben a konzultációtípusban a lezárás előkészítése az esetek közel 80%-ában a jövőre vonatkozó feladatok egyeztetése és ennek jóváhagyása révén valósul meg. Ez összefüggést mutat azzal, hogy a háziorvosi konzultációk esetében egy hosszútávú együttműködés áll fenn, amelyben a kapcsolat kiemelt szempont, továbbá a páciens megfelelő kezelésének biztosítása is hatással van rá (HEATH 1986: 270). WEST (2006: 415) azt is kiemeli továbbá, hogy a zárásnak az ilyen típusú előkészítése, illetve ennek elfogadása a páciens részéről hasonlóságot mutat a mindennapi társalgások szerveződésével. Egy kevésbé kapcsolatalapú ellátásban, valamint egy nem folytonos terápiában valószínűsíthetően a lezárás is kisebb hasonlóságot mutathat a mindennapi társalgások kihátrálási szakaszával. A kutatás arra is rávilágított, hogy a WEST (2006: 390) által vizsgált mintában a **köszönet típusú zárás** („*thank you*”-*type*) gyakrabban jelenik meg, mint az **elköszönés típusú zárás** („*bye-bye*”-*type*), ami viszont a konzultáció szolgáltatásként való értelmezését erősíti.

Összességében elmondható, hogy mind a kezdő, mind a záró szakasz kiemelt hely az orvos-beteg interakcióban, és a belebonyolódásnak, valamint a kihátrálásnak is sok verbális és nonverbális jelzője lehet, amelyek nyelvi és társas rituálékkal is összekapcsolódnak (BORONKAI 2009: 92–100, 145–150; lásd 3.1.2. fejezet).

A szakirodalmi megállapításokkal összefüggésben az alábbi kutatási kérdésekre keresem a választ:

K1: Milyen különbségek és hasonlóságok mutatkoznak a valós és a fiktív interakciók társalgási jellegzetességeiben?

K2: Hogyan szerveződik a társalgás kezdete és befejezése a valós és a fiktív, illetve az utóbbin belül a betegcentrikus és a paternalisztikus kapcsolatépítési módokban?

Kiinduló hipotéziseim pedig a következők voltak:

H1: A valós interakciókban több félbeszakítás és egyszerre beszélés fordul elő, mint az oktatóvideók fiktív diskurzusaiban a tervezettség eltérő fokával összefüggésben.

⁷¹ Egy sürgősségi betegellátásban az időkeretek például másként alakulnak.

H2: Mind a valós, mind a fiktív diskurzusokban az egészségügyi szakember szakítja félbe többször a páciens az aszimmetrikus hatalmi helyzetéből következően.

H3: Az oktatóvideók diskurzusaiban különbségek mutatkoznak a betegközpontú és a paternalisztikus kapcsolatépítési módban a társalgások kezdő és kihátrálási szakaszai között, összefüggésben azzal, hogy ezek a társalgások kiemelt helyei a kapcsolatépítés szempontjából is.

H4: A kihátrálási szakaszban a zárás előkészítése az egészségügyi szakemberhez kötődik, és ennek a leggyakoribb jelzője a jövőre vonatkozó feladatok egyeztetése mind a valós, mind a fiktív diskurzusok esetén.

A továbbiakban kitérek a bemutatott szempontok elemzésének módszertanára a háziorvosi konzultációk és az oktatóvideók anyagára vonatkozóan.

7.2. Az elemzés módszere

Ahogy arról a 4. fejezetben is szó esett, a 12 konzultáció átírása (4 valós, 8 tervezett) Folker programmal valósult meg (SCHMIDT–SCHÜTTE 2010), jelölve a beszéd jellegzeteségeit, így többek között a fordulók számát, a szüneteket, egyszerre beszéléseket és a nonverbális kiegészítéseket (pl. nevetés, egyéb cselekvés). Az átírás során a szöveget szóközökkel, az egybe- és különírás esetében a helyesírási elveket követve jegyeztem le. Ennek megfelelően például az elváló igekötő és a külön szóban realizálódó megakadásjelenség is (újraindítás, téves kezdés stb.) külön szóként lett számolva. Az érthetetlen szövegrészek nem számítottak a szavak számába. **Fordulóként** – összhangban a társalgáselemzési szakirodalommal (SACKS et al. 1974; HÁMORI 2022) – az egy beszélőhöz kötődő szövegegységet értelmezem, amely a következőként megszólaló résztvevő megnyilatkozásáig, azaz a beszélőváltásig tart. A fordulók résztvevőkre eső hosszát, illetve beszédmennyiségét is meghatároztam az egyes diskurzusokban GUYDIS és munkatársainak (2020) gyakorlatát követve. Ennek megfelelően a fordulók hosszát az egyes résztvevők által elmondott összes szó és az általuk produkált fordulószerkezet hányadosaként határoztam meg.

A szünetek esetén külön elemeztem a **mikroszüneteket** (*micro pause*), azaz a 0,2 másodpercnél nem hosszabb szüneteket. Az egy másodpercnél hosszabb, **mért szüneteket** (*measured pause*) a program segítségével mértem.⁷² Külön annotáltam a hangosabb belégzéseket, sóhajokat, az érthetetlen szövegrészeket (lásd 3. melléklet). A szünetek vizsgálatában fontos szempont volt a társalgásban betöltött szerepük (tagolás, beszélőváltás, érzelmileg terhelt helyzet stb.). Jelöltem továbbá, hogy melyik résztvevő megnyilatkozásaiban fordulnak elő. A beszélőváltáshoz kötődő

⁷² A megnevezések a Folker program saját terminusai és az időegységek is a programba vannak beépítve.

szüneteket, „váltási érték”-eket, az **FTO**-t (*Floor Transfer Offset*) külön kezeltem összhangban a társalgáselemzési szakirodalommal (KREPSZ és mtsai 2023). A mért szünetek esetében elkülönítettem az orvosi vizsgálatához (*v.*), valamint a dokumentációhoz, például leletolvasáshoz, dokumentumok írásához, nyomtatásához, egészségügyi adatok számítógépes rögzítéséhez kapcsolódó mért szüneteket is (*d.*). Annak érdekében, hogy az egyes konzultációkban a szünetek összevethetőek legyenek, az egyes konzultációkhoz kötődően a mért szünetek százalékos arányát is kiszámoltam a teljes konzultáció hosszához viszonyítva.

A félbeszakítások annotálása során az átfedő beszédnek azokat az eseteit elemeztem, amikor a félbeszakító fél a beszédpartnertől átveszi a megnyilatkozási szerepet (LI 2001). Nem számítottam egyszerre beszélésnek, illetve félbeszakításnak a másik beszéde alatti hűmmögéseket, köhögéseket, egyéb hangokat vagy rövid verbális visszajelzéseket (pl. *igen, igen, aha*), ezeket háttércsatorna-jelzéseként értelmeztem (GYARMATHY és mtsai 2020). A félbeszakításokat kvalitatív szempontból is vizsgáltam az interakciós résztvevők szerint, valamint figyelembe véve, hogy kérdés vagy állítás típusúak, illetve hogy együttműködő vagy zavaró félbeszakításokként jellemezhetők az interakcióban.

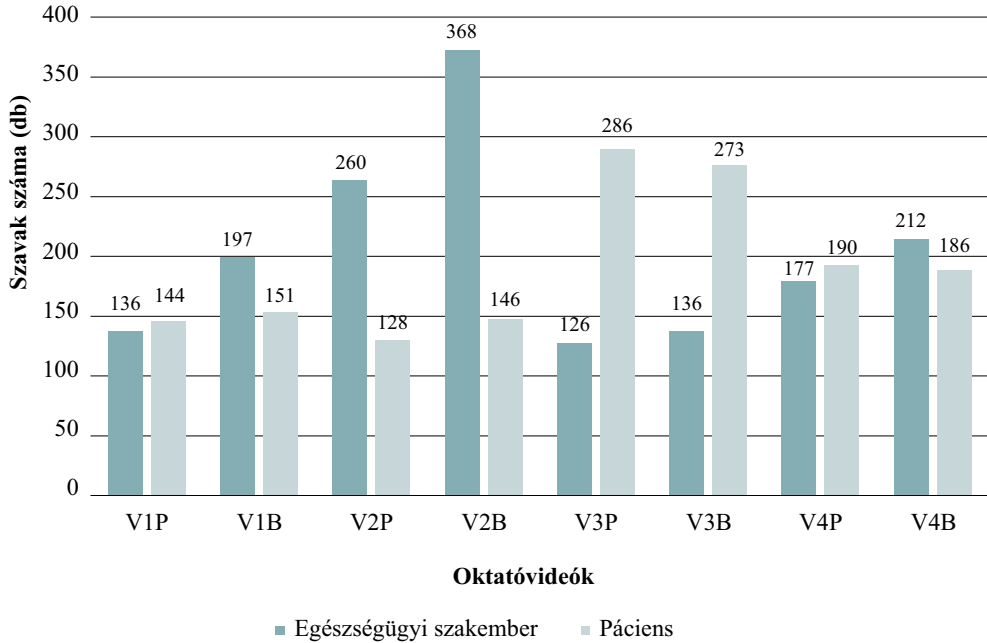
A konzultációk belebonyolódási és kihátrálási szakaszát a fordulók száma, valamint a beszédcselkvések és funkciók mentén elemeztem. A fordulók számánál a kezdőszakaszt az egészségügyi szakember terápiás kezdőkérdéséig, a zárószakaszt az összegzés kezdetétől számítottam. A nyitó- és zárószakaszban az egészségügyi szakember és a páciens nonverbális jelzéseit a *6.1. fejezet*ben ismertetett kategóriák mentén annotáltam a MAXQDA programmal (KUCKARTZ–RÄDIKER 2019) (lásd *13. táblázat*).

7.3. A társalgási fordulók mennyiségi jellemzői az oktatóvideókban és a háziiorvosi konzultációkon

Az oktatóvideók diskurzusaiban az orvosok/pszichológusok fordulóinak a száma (összesen 86) majdnem megegyezik a páciensek fordulóinak a számával (összesen 88) (lásd *8. ábra*). Harmadik szereplő (pl. asszisztens, hozzátartozó) nem jelenik meg a jelenetekben. Két forduló egy telefonbeszélgetéshez kötődik az orvos esetében, amely ugyan szerepet kap a kapcsolatépítés alakításában, de nem része a résztvevők közvetlen kommunikációjának (V4P, V4B). A fordulók arányai jól mutatják a résztvevők beszélőváltásának általános menetét, szekvenciális szerveződését, a kérdés-felelet, reakció, visszajelzés stb. diskurzusbeli alakulását. Nagyobb eltérés mutatkozik azonban az egészségügyi szakember és a páciens beszédének mennyiségében a szavak száma alapján (lásd *20. ábra*).

Megfigyelhető, hogy az orvoscentrikus kapcsolatépítési módban (V1P, V2P, V3P, V4P) ugyanaz az egészségügyi szakember mindig kevesebbet beszél, mint a betegcentrikus módban

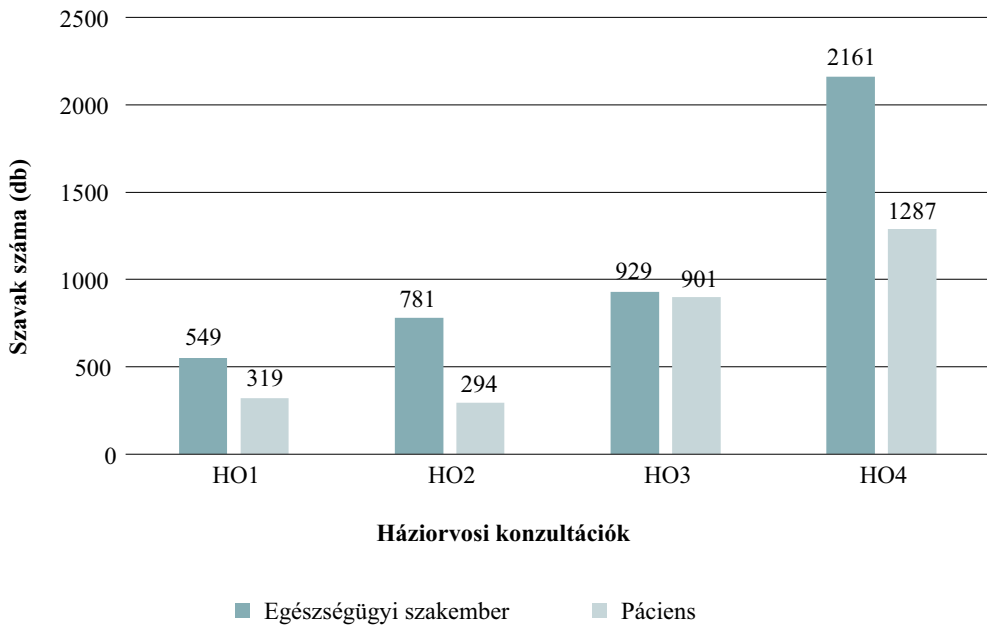
(V1B, V2B, V3B, V4B). Ennek mértéke eltérő, a különbség 10 és 108 szó közé esik. Az is megfigyelhető továbbá, hogy a pszichológiai konzultáción jellemzően többet beszél a páciens (V1P, V1B, V3P, V3B), ami a konzultáció jellegével mutat összefüggést.



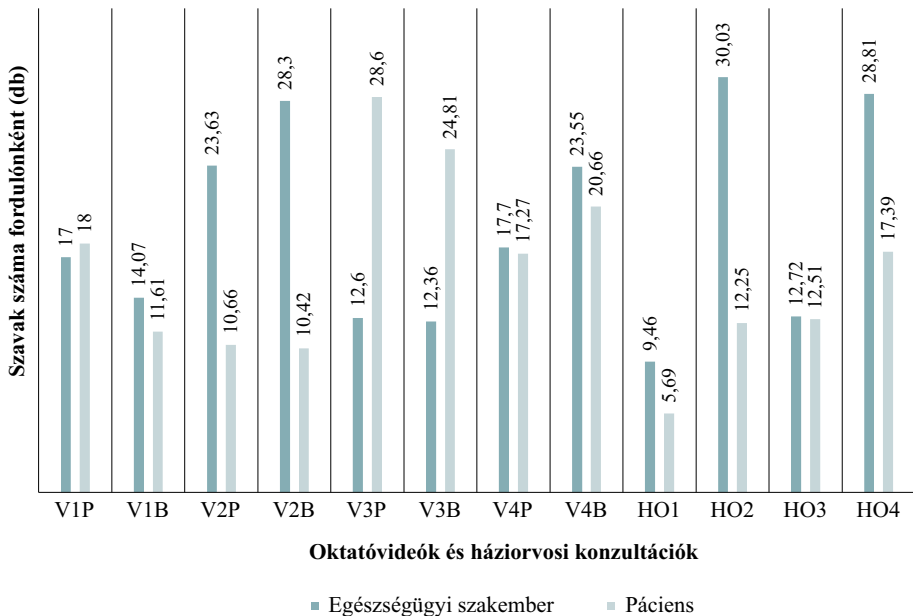
20. ábra. A szavak száma (db) az egészségügyi szakember és a páciensek beszédében az oktatóvideókban

A valós háziiorvosi konzultációkon a társalgás szerveződésének megfelelően a fordulók száma hasonló arányt mutat az egészségügyi szakemberek és a páciensek között: az orvosi kommunikációban 232, a páciensekében 226 forduló adatolható (lásd 6. ábra). A szavak száma alapján nagyobb különbség figyelhető meg (lásd 21. ábra). A háziiorvosi konzultációkon jellemzően az egészségügyi szakember beszél többet szoros összefüggésben a magyarázatokkal, a leletek és a további terápiás tevékenységek tervezésével. Ez a vizsgált mintában egyedül a 3. konzultációra nem érvényes (HO3), ahol minimálisan a páciens beszédmennyisége a nagyobb. A szavak száma az egyes szerepviznyokhoz kötődően mutathat egyéni eltéréseket, ugyanakkor jellemzően a belgyógyászati és háziiorvosi rendeléseken az orvosok beszédmennyisége a több (SÁRKÁNYNÉ és mtsai 2017).

Az adatok arra is rámutatnak, hogy a valós orvos-beteg interakciók jellemzően hosszabbak, több fordulóban valósulnak meg, és nagyobb beszédmennyiség is jellemzi őket, mint az oktatóvideókat. Ez szoros összefüggésben van az oktatóvideó céljával, egyfajta sűrítő funkciójával.



21. ábra. A szavak száma (db) az egészségügyi szakember és a páciensek beszédében a valós háziiorvosi konzultációkon



22. ábra. Átlagos szószám (db) fordulónként az egészségügyi szakember és a páciensek beszédében az oktatóvideókban és a valós háziiorvosi konzultációkon

Az egyes diskurzusok, valamint a résztvevői szerepekhez kötődő beszédmennyiség összetetését teszi lehetővé a fordulók hosszának, azaz az egy fordulóra eső átlagos szószámnak a vizsgálata (GUYDISH et al. 2020). Az elemzett mintában azt láthatjuk, hogy jellemzően az egészségügyi szakemberek átlagos fordulónkénti szószáma magasabb, mint a pácienseké (lásd 22. *ábra*). Ez sok esetben a magyarázatokkal van összefüggésben, főként a háziorvosi konzultációkon, függetlenül az interakció valós vagy fiktív jellegétől. Ugyanakkor a pszichológiai konzultáción a páciensek átlagos fordulónkénti beszédmennyisége a nagyobb (V3P, V3B) – ami a valós pszichológiai konzultáción valószínűsíthetően még inkább jellemző –, illetve az első jelenet diskurzusaiban közel kiegyenlített (V1P, V1B).

7.4. A társalgás jellemzői – szünetek, egyszerre beszélések, félbeszakítások

7.4.1. Az oktatóvideók társalgási jellemzői

A vizsgált anyag szoftverrel támogatott átírása lehetővé teszi a társalgások számos jellemzőjének kvantitatív és kvalitatív szempontú vizsgálatát. A 17. *táblázat* foglalja össze a Folker programból kinyert adatok összesítését az oktatóvideókra vonatkozóan. Így bemutatja a mikro- és a mért szünetek számát, ez utóbbiak teljes hosszát az egész konzultációra vonatkozóan; az egyszerre beszélések, valamint az egyéb erőteljesebb belézés vagy sóhaj gyakoriságát. A táblázatban a résztvevői szerepekhez kötve szerepelnek a szünetek, megszakítások, a sóhajok attól függően, hogy a páciens vagy az egészségügyi szakember fordulójában jelennek meg. A 2. jelenet mért szüneteiben az orvos interakciójában a „+” jel a dokumentációhoz kötődő szünetek hosszát jelöli. A 4. jelenet videóiban egy másik személlyel folytatott telefonbeszélgetés is szerepel, így a mért szüneteknél az első helyen a pácienssel folytatott társalgásban adatható szünet látható, a „+” jelet követően a telefonbeszélgetés szünetei találhatók. Ez utóbbit nem vettem bele az elemzésbe.

Ezen túlmenően a résztvevői szerepeknél a 0,2 másodpercnél hosszabb, mért szünetekkel összefüggésben az FTO-t is feltüntettem.⁷³ Pontosabban megfogalmazva azt, hogy hányszor fordul elő mért szünet fordulóváltáshoz kötődően. A 17. *táblázat*ban az FTO-k előfordulási gyakorisága (db) annál a résztvevőnél jelenik meg a táblázatban, amelyiknek a fordulója végén előfordul. Ez azonban nem jelenti azt, hogy az adott szerepkörhöz tartozna, hiszen az FTO a fordulóváltást jelzi.

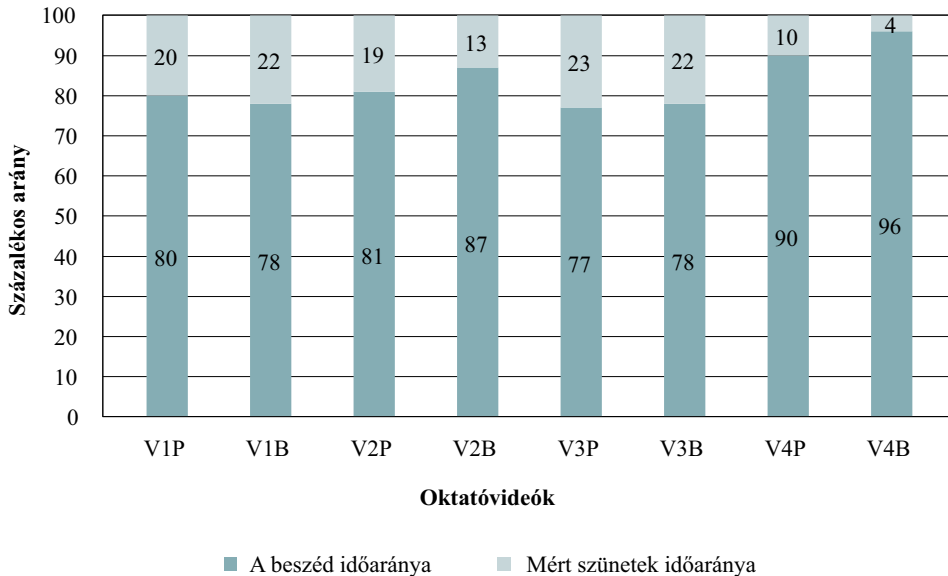
⁷³ Ezek jelölése hosszától függően: (-): 0,2–0,5 sec; (--): 0,5 és 0,8; (---): 0,8 és 1,0 sec, vagy a szünet pontosan mért hossza pl. (2.27). Lásd 3. *melléklet*. Ezek mindegyikét összefoglalóan mért szünetnek tekintem.

17. táblázat. Az oktatóvideók társalgásainak kvantitatív jellemzői⁷⁴

	V1P		V1B		V2P		V2B		V3P		V3B		V4P		V4B	
	Psz	P	Psz	P	D	P	D	P	Psz	P	Psz	P	D	P	D	P
Mikroszünetek száma (db)	4	7	16	7	11	5	24	12	7	18	12	14	5	1	14	4
Mért szünetek száma (db)	9 FTO = 2	8 FTO = 5	13 FTO = 7	6 FTO = 5	18 FTO = 7	7 FTO = 6	22 FTO = 5	6 FTO = 6	12 FTO = 8	21 FTO = 5	17 FTO = 8	27 FTO = 4	6 FTO = 2 +4	3 FTO = 2	3+4	0 FTO = 1
Mért szünetek hossza összesítve (s)	28,01	22,74	39,5	16,17	10,42 + 26,21 (d.)	12,29	8,71 + 16,75	11,92	36,51	25,29	34,68	25,52	7,39 + 5,2	4,07	2,62 + 4,48	0,83
Egyszerre beszélések száma (db)	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4	4	0	0
Félbeszakítás kezdeményezője (db)	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	1	0	0
Sóhaj/erősebb légzés száma (db)	6	10	6	10	25	5	27	6	4	18	4	30	5	6	4	11

⁷⁴ Megjegyzés: A táblázatban a résztvevői szerepek jelölésére a korábban alkalmazott rövidítéseket használtam. P = páciens, Psz = pszichológus, D = doktor.

Az egyes interakciókban a mért szünetek hosszának százalékos eloszlását tekintve eltérések figyelhetők meg, ahogy azt a 23. ábra is szemlélteti. A legkisebb a mért szünetek aránya a 4. jelenet diskurzusaiban (10%, illetve az alatti), a legnagyobb a 3. jelenet konzultációin (22%, illetve 23%).



23. ábra. A mért szünetek százalékos aránya az oktatóvideók diskurzusaiban

A szünetek vizsgálatában kiemelt szempont azok funkciója. A vizsgált diskurzusokban a szünetek tagolják a mondanivalót, a magyarázatot; bizonytalanságot vagy gondolkodást fejeznek ki; jelezhetik a beszélőváltást; előkészíthetik a társalgásban részt vevő másik fél választát, reakcióját; több esetben interakcióbeli cselekvést „kísérnek” (dokumentáció tanulmányozása, elkészítése; megérkezés, kabát levétele stb.). Ezeket a funkciókat egy interakciórészleten keresztül mutatom be (a jelek magyarázatát lásd 3. melléklet).

(1)

- 053 P: *a (1.16) kovács doktor úr mondta hogy jöjjenek el önhöz*
 054 *mert ő már nem tud mit csinálni °hh hm hm lehet*
 055 *hogy egy új gyógyszer kellene °hh*
 056 *(1.55)*
 057 Psz: *azt gondolja hogy eegy új gyógyszer megoldaná a problémáit↑*
 058 *((torokköszörülés))*
 059 *(3.66)*
 060 P: *nem tudom*

- 061 Psz: °hh nem gondolja ha már (.) idejött hogy valahogy
 062 másképp kellene a betegségről
 063 gondolkodnia↑
 064 (2.32) °hh
 065 hogy át kéne gondolnia hogy csak egy példát mondjak a feleségével
 066 való kapcsolatát↑
 067 (2.26) °hhh
 068 milyen az ön párkapcsolata↑
 069 (1.62)
 070 mi változott a betegség óta↑
 071 (1.23) °hh
 072 milyen volt előtte és milyen most ez a házasság↑
 073 (5.71)
 074 P: aa feleségem nnnagyon türelmes velem °hh öm
 075 de persze már néha ő is belefárad hogy semmit
 076 nem tudok csinálni egyedül
 077 öm hogy öm folyton hozni és vinni ke
 078 [ll]
 079 Psz: [amíg nem]
 080 lát összefüggéseket az élete és aa betegsége között
 081 amíg egy új gyógyszeről várja a csodát °hhh addig (.)
 082 mi nem tudunk együtt dolgozni
 083 (7.31)
 084 P: hát nem is tudom °hh
 085 (--)

(VIP)

Az (1)-es példa dialógusrészletében is látható,⁷⁵ hogy az oktatóvideókban a mikroszünetek jellemzően egy fordulón belül jelennek meg, míg a mért szünetek a beszélőváltáshoz kötődnek, vagy egyéb gondolati tagolással, érzelemkifejezéssel, ritkább esetben dokumentálással függenek össze. A példában a páciens explicit is kifejtett bizonytalanságát (*lehet; nem tudom*) erősítik az egyre hosszabb szünetek (53–60., 73. sor). A pszichológus kérdéseit hosszabb (mérhető szünetekkel) tagolja, illetve nyomatékosítja (61–85. sor).

A (2)-es példában szintén a mért szünetek fordulnak elő gyakrabban, és jellemzően a gondolkodási folyamatokat és a bizonytalanságot jelzik a páciens beszédében, aki a konzultáció kezdetén mintha nem is teljesen értené, hogy mit keres a pszichológusnál. Hiszen őt az orvosa küldte, és nem is tud nagyobb lelki gondról, ami a fejfájásával összefüggésbe hozható lenne. A pszichológus beszédét a szünetek leginkább tagoltá teszik, és valamelyest lassítják, akár a páciens is motiválhatják a megszólalásra, beszédre.

⁷⁵ Pl. 61. sor (.). Lásd még (2)-es példa 35., 40. és 62. sor.

- (2)
- 026 P: ((„szürcsölő” levegővétel)) aa doktornő szerint
 027 őö lelki okai lehetnek aaa
 028 (-)
 029 fejfájásom
 030 [nak]
 031 Psz: [mhm]
 032 P: °hhh
 033 Psz: és
 034 (-)
 035 ezt esetleg (.) ön is így gondolja
 036 (1.36)
 037 P: háát én nem is tudom (.) én olyan
 038 °hhh
 039 (-)
 040 különösebb lelki (.) problémákról nem tudok
 041 °hhh
 042 perszeee nagy a megterhelés meg sok a stressz
 043 az iskolában ahol tanítok
 044 °hh
 045 (--)
 046 de hát
 047 (--)
 048 otthon szerencsére minden rendben van úgyhogy
 049 (1.17)
 050 talán inkább az
 051 (-)
 052 iskolai stressz lehet
 053 (--)
 054 Psz: mhm
 055 (1.42)
 056 bbeszélne egy kicsit
 057 (--)
 058 többet
 059 (--)
 060 arról hogy hogy élnek
 061 (--)
 062 hogy ő (.) milyen a családja
 063 (-)

(V3B)

Az (1)-es és a (2)-es dialógusrészletből, valamint az egész anyag elemzése alapján is megállapítható, hogy a szünetek nem hozhatók összefüggésbe a résztvevői szerepekkel, valamint a kapcsolatépítés módjaival sem. Az egyes konzultációkon a szüneteknek eltérő funkciói lehetnek éppúgy, ahogy más társalgások esetében is (GYARMATHY és mtsai 2021). Ugyanakkor az oktatóvideókban a hosszabb szünetek jellemzően valamilyen cselekvéshez köthetők (pl. beengedés, helyfoglalás, leletnézés), vagy bizonytalanságot, érzelmi túlterheltséget jelölnek.

A hallható belégzéseket, erőteljesebb sóhajokat az átírás során szintén figyelembe vettem. Megfigyelhető, hogy ezek eltérő gyakorisággal jelennek meg az egyes konzultációkon, és olykor szünetekkel együtt fordulnak elő. Az intenzívebb belégzések, sóhajok több esetben fejeznek ki mentális állapotot (dühöt, aggodalmat, bizonytalanságot stb.), ahogy azt a (3)-as példa is mutatja.

- (3)
- 068 P: *de legalább annyit tessék megmondani hogy a picire*
 069 *nem lesz e ez valami káros hatással °h*
 070 *hogya ez valami ismeretlen vírus*
 071 *[vagy]*
 072 D: *[azt se]*
 073 *tudjuk hogy milyen vírus már ha vírus egyáltalán*
 074 *°hhh ((sóhajtás)) ((szemüveg le, szemdörzsölés))*
 075 *(4.24)*
 076 *láza volt↑*

(V4P)

A (3)-es példában a 74. sorban egy hosszú sóhajtás figyelhető meg az orvos beszédében, amelyet a szemüveg levétele, a szem megdörzsölése kísér. A sóhaj és az azt követő szünet a megemelkedett, dühös hang lágyulását is hozza. Az orvos ezt követően, erőltetett nyugalommal kérdezi meg a betegről, hogy volt-e láza (76. sor).

Az oktatóvideókban megvizsgáltam az egyszerre beszéléseket és félbeszakításokat egyaránt. A 17. táblázatból is jól látható, hogy ezek száma nagyon alacsony a vizsgált mintában. A résztvevők szinte minden forduló esetében „kivárják”, hogy a másik résztvevő befejezze a mondanivalóját. Ugyanakkor ebből a kevés számú adatból is az látszik, hogy amennyiben megjelenik átfedő beszéd, azt jellemzően az egészségügyi szakember kezdeményezi, és leginkább a paternalisztikus kapcsolatépítési móddal mutat összefüggést, pl. (1)-es példa 78–79. sor. A V4P diskurzusban a többi interakcióhoz képest nagyobb a félbeszakítások száma, ahogy ezt az (5)-ös példa is mutatja (lásd szögletes zárójelek a 7–8. és a 11–12. sorban). Ebben a diskurzusban a páciens is félbeszakítja az orvosát (40–41. sor).

- (5)
- 006 P: *teg*
007 *[nap előtt]*
- 008 D: *[tessék]*
- 009 P: *(-)*
010 *tegnap előtt voltunk itt a danikával és*
011 *[most]*
- 012 D: *[valami]*
013 *gond van*
- [...]
- 036 D: *ezért mondom asszonyom hogy esetleg a házi orvosához kéne fordulnia*
037 *nála van leadva taj kártyája is*
038 *(-)*
039 *ez az ügy órá*
040 *[tartozik]*
- 041 P: *[↑↑hát akkor]*
042 *miért mondják hogy családorvosi ellátás itt most*
043 *biztos arról van szó, hogy a danikától kaptam el*
044 *és kihatással lehet az egész családra*

(V4P)

Az oktatóvideók alapján úgy tűnhet, mintha a félbeszakítások ritkán jelennének meg az orvos-beteg interakciókban, és ha mégis, akkor az összefüggésben lehet egy erőteljesebb érzelmi háttérrel. Az is megfigyelhető továbbá, hogy a kevés számú egyszerre beszélés egyike sem kooperatív.

7.4.2. A házi orvosi konzultációk társalgási jellemzői

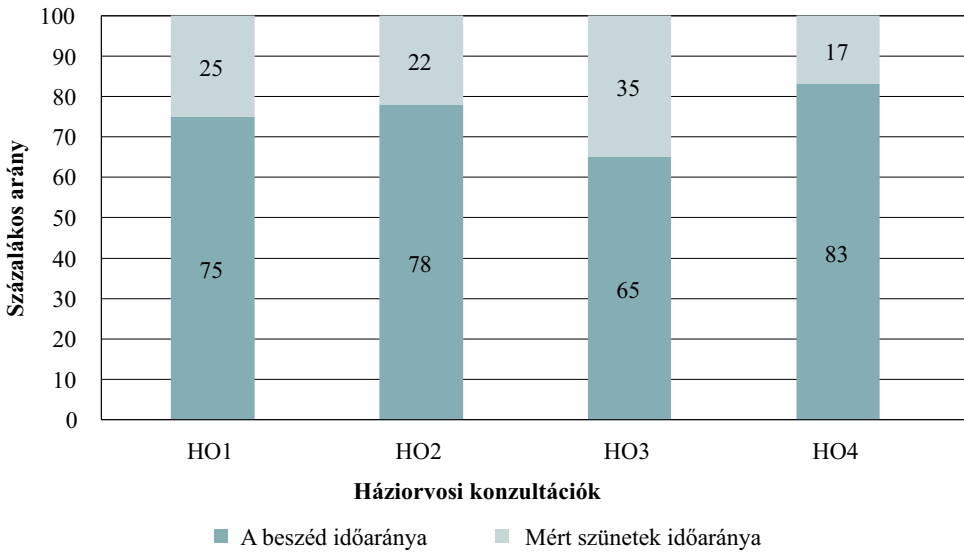
A valós diskurzusokban a társalgás jellemzőinek kvantitatív értékeit a 18. táblázat foglalja össze. A mért szüneteknek két típusát elkülönítve is feltüntettem a táblázatban v.-vel jelölve a vizsgálathoz, d.-vel a dokumentációhoz kapcsolódó szüneteket.⁷⁶ Ezen túlmenően a házi orvosi konzultációkban megjelenik a résztvevői szerepeknél a beszélőváltáshoz kötődő szünet (FTO). Hasonlóan az oktatóvideókhoz az FTO annál a résztvevőnél van feltüntetve, amelyiknek a fordulója végén előfordul a beszélőváltáshoz köthető mért szünet. Ez itt sem jelenti azt, hogy az adott szerepkörhöz tartozna.

⁷⁶ Az oktatóvideók anyagában a vizsgálat típusú nem, csak a dokumentáció típusú mért szünet jelent meg, ezt + jellel jelöltem a mért szüneteknél a 17. táblázatban, ahogy erre korábban már utaltam.

18. táblázat. A háziorvosi konzultációk társalgásainak kvantitatív jellemzői

	HO1			HO2			HO3			HO4					
	D	P	v.	d.	D	P	v.	d.	D	P	v.	d.			
Mikroszűnetek száma (db)	9	14			37	9			35	47			28	28	
Mért szűnetek száma (db)	9 FTO = 3	4 FTO = 8	1	1	10 FTO = 3	6 FTO = 1		5	6 FTO = 9	30 FTO = 13	2	11	3 FTO = 3	5 FTO = 8	21
Mért szűnetek hossza összesítve (s)	28,47	27,54	42,48	14,05	42,51	15,28		90,2	36,4	76,37		352,37	8,5	30,83	226,55
Együtti-beszélések száma (db)	24	24			4	4			15	15			27	27	
Félbeszakítás kezdeményezője (db)	3	21			2	2			5	10			9	18	
Sóhaj/erősebb légzés száma (db)	3	3			4	0			1	3			15	2	

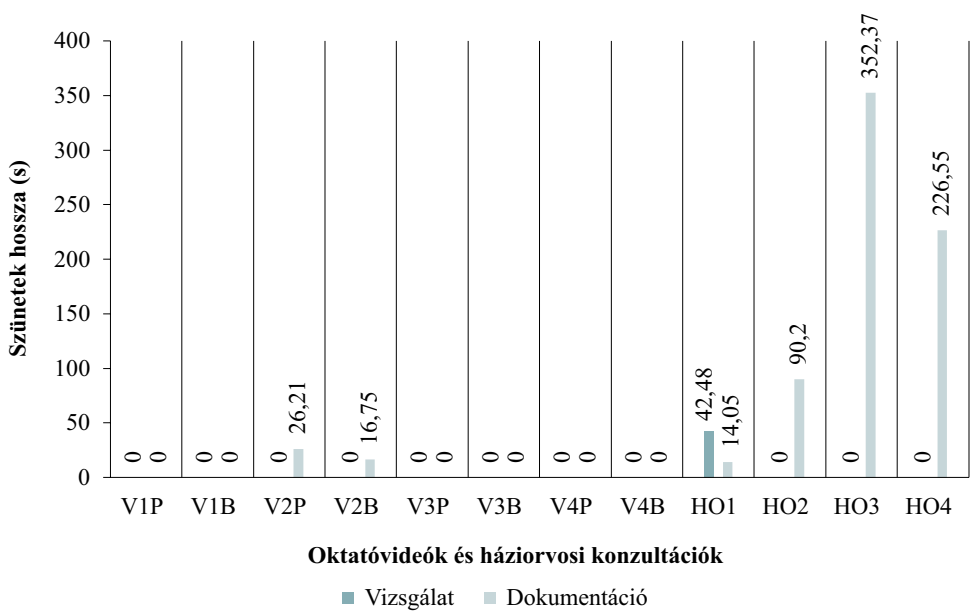
Az adatokból az látható, hogy a valós interakciókban hosszabbak a mért szünetek, azonban a konzultáció hosszával arányosítva ez általános érvénnyel nem fogalmazható meg, ahogy a 24. ábra is szemlélteti százalékosan. Az is látszik továbbá, hogy az egyes interakciók között eltérések mutatkoznak. A mért szünetek aránya 17–35% közé esik a konzultáció teljes hosszához viszonyítva. Ez az arány az oktatóvideókban 4–23% közé tehető (lásd 23. ábra).



24. ábra. A mért szünetek százalékos aránya a házi orvosi konzultációkon

A mért szünetek esetében érdemes azok funkcióját megvizsgálni a konzultációs környezetben. Az elemzésben elkülönítettem az orvosi vizsgálat (v.), valamint a dokumentálással (d.) összefüggő szünetet (lásd 17. és 18. táblázat). Ezek hosszát a 25. ábra mutatja minden interakcióra vonatkozóan. Jól látható, hogy a valós interakciókban jóval gyakrabban jelenik meg a dokumentációval⁷⁷ összefüggő szünet, mint a fiktív diskurzusokban, ahol ez csak a 2. jelenetben fordul elő.

⁷⁷ A dokumentációval összefüggő szünetek jól elkülöníthetőek annak ellenére, hogy csak hangfelvétel készült a házi orvosi rendeléseken. Ezek vagy jól hallhatóak (pl. nyomtatás, gépelés hangja), vagy explicit reflexív jelzések történik rájuk (pl. *ezt elolvasom*).



25. ábra. A mért szünetek hossza (s) a vizsgálatokkal és a dokumentációval összefüggésben

Ezt szemlélteti folyamatában a HO2 konzultációból származó (6)-os példa, amely a problémák megbeszélését követően az új gyógyszerekre vonatkozó dokumentációt is magában foglalja.

- (6)
- 153 D: [...] öö és akkor azt mondja hogy a másik dolog
- 154 hogy a cukrára arra is fogunk adni akkor egy
- 155 ((gépelés)) (.) ° tablettát
- 156 P: vagy lee+++
- 157 P: igen
- 158 (42.11)
- 159 D: és akkor mindjárt most akkor kinyomtatom
- 160 a recepteket is jó† hogy akkor így kézbe
- 161 tudjam adni ezt az új gyógyszert is magának (.)
- 162 és akkor azt mondtuk hogy
- 163 P jó
- 164 (1.44)
- 165 D: így ni ((pecsételés))
- 166 (5.81)
- 167 (12.08) ((gépelés nyomtatás))
- 168 (3.75) ((gépelés))
- 169 (12.4) ((nyomtató zúgása))

- 170 (14.05)
 171 D: *na és akkor ideírtam a papírra hogy ez a rutascorbin*
 172 *a kis foltocskák miatt jó↑ és amit a cukra miatt adok*
 173 *azt úgy hívják hogy metfogamma*
 174 *nyolcszázötven milligramm*

(HO2)

A példa azt is szemlélteti, hogy a hosszabb szünetek szoros összefüggést mutatnak a konzultáción megvalósuló társas és terápiás cselekvésekkel (pl. vizsgálat, a dokumentumok olvasása, kinyomtatása, rendezése, az adatok rögzítése, a páciens ügyében való telefonálás). Ezekre a cselekvésekre nagyobb fokú figyelem irányul a valós interakciókban, ami a rájuk vonatkozó explicit reflexiókban is megmutatkozik, ahogy ezt a (7a–7j) példák is mutatják. Az interakciót szervező reflexiók a közös tudás és a kapcsolatépítés szempontjából is fontosak, mert a páciens számára megosztott tudásként jelenik meg, hogy éppen mi történik (KUNA–HÁMORI 2023; lásd 9. fejezet).

- (7a) *akkor kezdjük a papírokkal* (HO1)
 (7b) *jól van, akkor ebből <<lelet>> is még ideteszünk egyet, hogy akkor már itt teljesen meglegyen minden* (HO1)
 (7c) *és akkor mindjárt, most akkor kinyomtatom a recepteket is* (HO2)
 (7d) *na, és akkor ideírtam a papírra* (HO2)
 (7e) *ön most hozott leletet, vagy a gépből nézzem meg?* (HO2)
 (7f) *nyomtassuk ki itten a véreredményeket* (HO3)
 (7g) *na hát, nézem közben a leletét* (HO3)
 (7h) *ez ez fontos, ezt megnézzük mindjárt' a gépben, jó?* (HO3)
 (7j) *na, várjon, írjuk le, amit eddig tudunk, aztán megbeszéljük* (HO4)

Az is látható már ezen kevés számú diskurzus alapján is, hogy a valós interakciókban jóval többféle helyzetre kell reagálni. Így például a HO3 konzultációban váratlanul az orvos központi feladatává válik egy gyógyszerrel kapcsolatos telefonbeszélgetés a patikával, mivel a páciens nem a megfelelő gyógyszert kapta a betegségére. Az orvos több alkalommal próbálja telefonon elérni a gyógyszerterát sikertelenül, ami a résztvevők közötti beszélgetést és a szüneteket is strukturálja. Többek között ezzel van összefüggésben a szóban forgó interakcióban, hogy magas a dokumentáláshoz kötődő mért szünetek aránya (mért szünetek, d. = 352,37 sec).

Az is megfigyelhető, hogy a vizsgált valós diskurzusokban nem jellemző, hogy az érzelmi vagy mentális állapot jelzőjeként jelenjen meg a hosszabb szünet. Erre nem is találunk példát az anyagban. A (8)-as diskurzusrészletben előfordul, hogy a páciens a műtét előtti (tehát korábbi) félelmét említi, amit egy hosszabb szünet követ, ugyanakkor ez fordulóhatáron, beszélőváltásnál történik, tehát nem az érzelmi állapot jelzője.

- (8)
 108 P: *igen de hát ez mondjuk egyéni °*
 109 *egyébként én nagyon be voltam rezelve és*
 110 *abszolút semmi*
 111 (5.74)

(HO1)

A mikroszünetekre vonatkozóan megállapítható, hogy az oktatóvideók diskurzusaihoz hasonlóan szintén különböző funkciókban jelennek meg mind az orvos, mind a páciensek beszédében. A hosszabb, hallható belégzések funkcióiban nem mutatkozott mintázat, jellemzően a beszéd tagolásához kötődött például szóátvételnél, vagy hosszabb szünetekben vált hallhatóvá.

Kiemelkedő különbség a fiktív és a valós diskurzusok között az egyszerre beszélések és félbeszakítások száma. Ez jóval gyakoribb a valós diskurzusokban. Leginkább a beszéltnyelviség jellemzőinek megfelelően egyszerre beszélésként, párhuzamos nyelvi tevékenységként jelenik meg, és a társalgás tempójával és dinamikájával is összefügg.

Részen ennek is köszönhető, hogy nagyobb számban fordul elő az érthetetlen, lejegyezhetetlen szövegrész (+++) is az oktatóvideók szövegéhez képest, ahol ilyen nem is fordul elő.

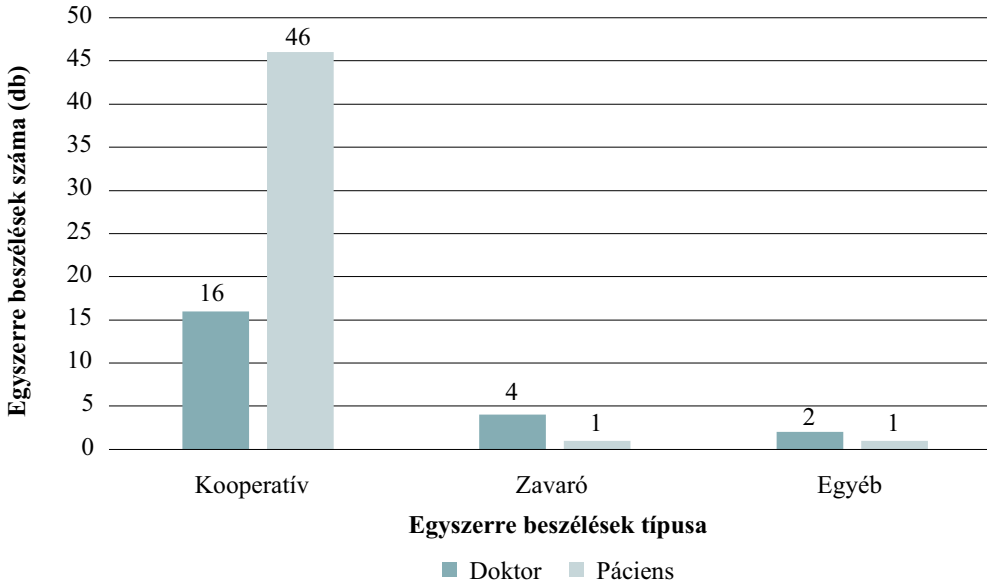
Ehhez kapcsolódóan a jelen elemzésben, a háziiorvosi rendelések anyagában az utóbbi szempontot, tehát a kooperatív és a zavaró aspektust vizsgáltam L1 és munkatársainak (2004) fent ismertetett kategóriái alapján,⁷⁸ valamint azt, hogy ki a félbeszakítás kezdeményezője (lásd 19. táblázat). További szempontként jelent meg, hogy a félbeszakítások milyen összefüggésben vannak a kérdésekkel, illetve állításokkal (lásd 20. táblázat). Az elemzésből, az oktatóvideókhoz hasonlóan, kizártam a háttéracsatorna-jelzéseket.

19. táblázat. A félbeszakítások típusai a háziiorvosi konzultációkon (db)

	HO1		HO2		HO3		HO4	
	D	P	D	P	D	P	D	P
Egyetértés	1	11	1	2	2	7	7	11
Támogatás, segítségnyújtás	2	0	0	0	0	0	1	0
Tisztázás	1	6	0	1	1	2	0	6
Egyet nem értés	0	0	0	0	0	0	0	0
Témaváltás	2	0	0	0	2	1	0	0
Érintőlegesség (tangentializáció)	0	0	0	0	0	0	0	0
Érthetetlen, egyéb	0	1	0	0	0	0	1	1

⁷⁸ Egyéb kategóriába soroltam a teljes egészében érthetetlen átfedő beszédrészt.

A négy konzultációban összesen 70 átfedő beszédrészt elemeztem, amelynek nagy része kooperatív egyszerre beszélésként jelent meg, és legtöbb esetben (51) a páciensek kezdeményezték (lásd 26. ábra).



26. ábra. A kooperatív és a zavaró egyszerre beszélések száma (db)

A legtöbb egyszerre beszélés az egytetítéshez és a tisztázáshoz kötődött attól függetlenül, hogy ki kezdeményezte a félbeszakítást (9a, 9b).

(9a)

500 P: *főleg akkor hogyha mondjuk*

501 D: *ha terheli [vagy↑]*

502 P: *[(.) igen] de úgy hogy éjjel is nem tudok ráfeküdni nem tudok*

503 *aludni vele*

(HO4)

(9b)

209 P: *ő csipetke [mindegyik más hiába ugyanabból gyúrtuk*

210 *ez is úgy van]*

211 D: *[hát persze persze igen igen]*

(HO3)

A zavaró félbeszakítások aránya a négy konzultációban alacsony, és leginkább témaváltáshoz kötődik, ahogy azt a (10)-es példa is mutatja. Ebben az esetben a páciens a szemműtétéről való

aggodalmát osztja meg, miközben az orvos a vérnyomásmérést készíti elő, és ehhez kapcsolódóan szakítja félbe a beteg megnyilatkozását, majd tér vissza hozzá.

- (10)
 283 P: *[(.) foglalkozhat a szememmel ezzel nem látok semmit]*
 284 *(.) és ha ez most véletlenül nem sikerül és az (.)*
 285 *nem a műtét miatt izgulok hanem amiatt*
 286 *hogyan sikerül*
 287 D: *[jó tessék felemelni kényelmesen hát ez benne van*
 288 *persze]*

(HO3)

A vizsgált mintában az egyszerre beszélések kapcsán fontos szempontnak tűnt a kérdés-válasz szekvenciapáros. Ugyanis a páciensek leggyakrabban akkor kezdeményeztek egyszerre beszélést, amikor az orvos kérdésére válaszoltak.

Az elemzés azt mutatja, hogy a négy konzultációban a kérdés típusú félbeszakítások száma alacsony a résztvevői szerepektől függetlenül (11b). Ellenben a páciensek állítás típusú egyszerre beszéléseinek száma kifejezetten magas értéket mutat (11a). A vizsgált mintában a páciensek által kezdeményezett átfedő beszédrészek összesen 28 esetben állítás típusúak. Ez azt jelenti, hogy az összes egyszerre beszélés mintegy 40%-a, a páciensek félbeszakításainak pedig több mint a fele (55%) állítás típusú (lásd 20. táblázat). Ellenben az orvos a kérdések feltételével szinte egyáltalán nem kezdeményez átfedő beszédet. Az egész mintában lényegében két ilyen eset található, de ezek sem egyértelmű kérdések, hanem inkább kérések és visszakérdezések (11c).

20. táblázat. A félbeszakítások kérdés és válasz típusainak előfordulása a háziorvosi konzultációkon (db)

	HO1		HO2		HO3		HO4	
	D	P	D	P	D	P	D	P
Kérdés	0	0	1	0	0	0	1	2
Állítás	0	12	0	2	1	6	1	8

- (11a)
 066 D: *de még itt valami tegnapi papír is van itt még*
 067 *nekem szemészeten*
 068 *[tegnap is tetszett menni^]*
 069 P: *[+++ tegnap voltam az egy hónapos]*
 070 *kontrollon*
 071 *egy hónapos három hetes*

(HO1)

(11b)

560 D: *hát igen [+++ +++ kell kell] jÓ↑ adok iss*
 561 P: *[és oda kell nekem beutaló↑] akkor*

(HO4)

(11c)

189 P: *(.) jó akkor majd január vagy februárba [+++ +++*
 190 *+++*
 191 D: *[majd szóljon*
 192 *nekem és akkor kiírok megint egy vérvételi (.) beutalót*
 193 *jÓ↑*

(HO2)

A vizsgált mintában tehát az mutatkozik meg, hogy az átfedő beszédeket nagymértékben a páciensek kezdeményezik, és ezek gyakran kötődnek az orvosnak adott válaszhoz.

A következő alfejezetben röviden kitérek a kapcsolatépítés szempontjából kiemelkedően fontos társalgási részre, a társalgás kezdő és befejező szakaszára. Az elemzésben a társalgás-elemzési és a pragmatikai szempontokra támaszkodom.

7.5. A kapcsolat felvétele és lezárása

A kapcsolatépítés, a kapcsolat felvétele és a konzultáció befejezése kiemelten fontos része az egészségügyi szakember és a páciens között zajló interakciónak (lásd 2.2.2. fejezet), ahogy arra számos kutatás, valamint a Kalamazoo-egyezmény is rámutat (pl. PILLING 2008b: 48–50, 61–62; CSABAI és mtsai 2009; KOERFER et al. 2018; MAKOUL 2001, 2022; SCARVAGLIERI et al. 2022). Ebben az alfejezetben az oktatóvideókban és a háziiorvosi konzultációkban vizsgálom az interakció belebonyolódási, illetve kihátrálási stratégiáit.

7.5.1. Kapcsolatfelvétel és -lezárás az oktatóvideókban

Az oktatóvideókban mind a beszélgetés megnyitása, mind a lezárása konvencionális nyelvi és egyéb viselkedésbeli aktussal valósul meg. A vizsgált diskurzusok alapján elmondható, hogy az orvos és a páciens közötti interakció jellemzően udvariasságot kifejező, a társas viszonyok megteremtését szolgáló beszédaktusokkal kezdődik, mint például a köszönés, bemutatkozás, helyet kínálás, ennek megköszönése. Az oktatóvideók tematikus diskurzusai azt mutatják, hogy a betegközpontú kapcsolatépítési módban a kihátrálási szakaszok jellemzően

kifejtettebbek, azaz több fordulóban, magasabb szószámmal és hosszabban valósulnak meg, mint az orvoscentrikusban, ahogy ezt a 21. táblázat is szemlélteti.

A belebonyolódási szakaszcsoportról ez nem állapítható meg egységesen. A konzultáció kezdetében nagyobb variancia mutatkozott az oktatóvideókban arra nézve is, hogyan történik a megérkezés, mennyi idő telik el a szereplők megszólalásáig. Ezt szemléltetik a táblázatban a zárójelbe tett számok. Így például a V1P jelenetben a páciens egy hosszú folyón sietve lépdel, az órájára néz, majd bizonytalanul kopog, így a verbális interakció nélküli előkészületi szakasz 20 másodpercig tart; amíg a V1B jelent kopogással indul (4 s). Ezek a részek a diskurzusnak ugyan a kezdetei (rendezői szándék szerint, feltehetően oktatási célt szolgálva), szűk értelemben véve azonban nem tekinthető a konzultáció kezdetének, ezért is jelöltem őket külön, zárójelbe téve.

21. táblázat. A kezdő- és zárórészek hossza (s), fordulószáma (db) és szószáma (db) az oktatóvideókban

	VP1	VB1	VP2	VB2	VP3	VB3	VP4	VB4
KEZDŐSZAKASZ								
előkészület (s)	(20)	(4)	(12)	(10)	(8)	(10)	(7)	(3)
hossza (s)	28	42	17	13	49	30	3	1
fordulók száma (db)	4	11	5	5	7	7	4	1
szavak száma (db)	38	52	32	32	49	36	14	7
ZÁRÓSZAKASZ								
hossza (s)	12	25	77	94	–	–	6	26
fordulók száma (db)	2	6	8	11	–	–	2	5
szavak száma (db)	23	30	118	206	–	–	32	51

Az is megfigyelhető, hogy mennyiségi adatok önmagukban nem mutatják a kapcsolatépítési módnak, ahogy arra a (12a) és (12b) példák rámutatnak. Ebben az interakciópárban az ugyanolyan számú fordulók különböző társas és nyelvi aktusokat valósítanak meg (lásd 22. táblázat).

Általánosan megállapítható, hogy a betegközpontú interakciókban minden esetben az egészségügyi szakember kezdeményezi a társalgást udvariassági aktusokkal, mint például a beengedés a rendelőbe, helyet kínálás, köszönés. Ezzel szemben a paternalisztikus stílust megvalósító jelenetek mindegyikében a páciens kezdeményezi a társalgást,⁷⁹ a V4P diskurzusban a köszönés is teljesen elmarad. Tehát már a konzultáció kezdeti szakaszában más társalgásszervezői szerepek jelölődnek ki, amelyek hatással vannak a későbbi kapcsolatépítésre és a tudásmegosztásra is.

Az itt összefoglalt jellemzőket a (12a) és (12b) példákon keresztül szemléltetem a konzultációkból származó dialógusrészletekben (a könnyebb áttekinthetőség kedvéért nem Folker-átiratban). Az azonos verbális elemeket félkövérrel emelem ki. A kezdőszakaszok minden esetben a terápiás kezdőkérdésig tartanak, ami a (12a) és (12b) példában is az utolsó megnyilatkozás (lásd 7.2. fejezet).

⁷⁹ Az oktatóvideók szerzőinek (CSABAI és mtsai 2009) visszajelzése alapján ez nem volt szándékos, illetve előre eltervezett.

(12a)

Psz: *Igen.*P: *Jó napot kívánok!**Én a Békési doktor urat keresem.*Psz: ***Én vagyok. Üdvözlöm! Békési Károly.***P: *Baloghné Zombori Mária.*Psz: ***Foglaljon helyet, Marika! Mindig korábban érkezik?***P: *Korábban?*Psz: ***Még csak most lesz, 3 perc múlva 5 óra. De semmi gond. Csak tudja, a viselkedésünkben mindennek jelentősége van. Érdemes odafigyelni. Nos, miben segíthetek?***

(V3P)

(12b)

Psz: *Igen. Parancsoljon!*P: *Jó napot kívánok! Én a Békési doktor urat keresem.*Psz: ***Én vagyok. Üdvözlöm! Békési Károly.***P: *Baloghné Zombori Mária.*Psz: ***Foglaljon helyet! Hogyan szólíthatom?***P: *Hát, általában Marikának szoktak.*Psz: ***Rendben, akkor én is így fogom. Nos. Miben segíthetek?***

(V3B)

Az (12a) és (12b) dialógusrészletek olyan társalgás kezdőszakaszait mutatják be, ahol a két fél előzőleg még nem találkozott egymással. Láthatjuk, hogy a betegcentrikus kapcsolatépítési módban a gyógyító szakember kezdeményezi a kommunikációt, és a kapcsolatfelvétel, valamint a terápiás beszélgetés megkezdése más kommunikatív aktusokban valósul meg, mint a paternalisztikusban. A pszichológus kommunikációjának beszédcselekvési sémáját, beszédaktusait a 22. táblázat foglalja össze.

22. táblázat. Az egészségügyi szakember beszédcselekvései a (12a) és (12b) dialógusrészletben

Paternalisztikus	Betegközpontú
<ul style="list-style-type: none"> • Beengedés • Köszönés • Bemutatkozás, identifikálás • Üdvözlés • Hellyel kínálás • Néven szólítás • „Számmonkérés” • Visszakérdés (bizonytalanság) • Pontos idő közlése • Kioktatás • Terápiás kezdőkérdés 	<ul style="list-style-type: none"> • Beengedés • Köszönés • Bemutatkozás, identifikálás • Üdvözlés • Hellyel kínálás • Reflexió a megszólításra kérdésként • Reflexió a megszólításra kijelentésként <ul style="list-style-type: none"> • Támogatás felajánlása kérdésként – Terápiás kezdőkérdés

Az összehasonlítás rávilágít, hogy az interakció megkezdésében mindkét kapcsolatépítési módban megjelennek a norma szerint is elvárt, konvencionizált beszédaktusok: köszönés, bemutatkozás, üdvözlés, hellyel kínálás. Ugyanakkor az is látható, hogy a betegközpontú kapcsolatépítésben több és más minőségű verbális aktus jelenik meg. A legnagyobb különbség

a páciens megnevezésében, a terápiás beszélgetés megkezdésében, az ehhez való átvezetésben figyelhető meg. Amíg a (12a) példában az egészségügyi szakember saját döntése alapján nevezi *Marikának* a páciensét anélkül, hogy bármilyen tudása lenne arról, hogyan viszonyul ehhez a páciense; addig a (12b) dialógusrészben a reflexiók révén a megszólításról folytatott egyezkedési folyamatok explicit módon zajlanak. Ugyan mindkét párbeszédben ugyanúgy szólítja az egészségügyi szakember a páciensét, mégis a két explicit reflexió révén a (12b)-ben a páciensnek lehetősége van arra, hogy kifejezze attitűdjét arra vonatkozóan, hogyan szólítsák a konzultáción, anélkül, hogy arcfenyekető aktusba kellene belemennie.⁸⁰ Az is megállapítható, hogy mindkét esetben aszimmetrikus viszonyról beszélhetünk a megszólítás terén (is) – például *Karcsinak* arcfenyeketés kockázata nélkül nem szólíthatná a páciens a pszichológust –, mégis eltérően valósul meg a kapcsolatépítés kezdeti szakasza, amelyben a kérdésként és megerősítő állításként megjelenő reflexiók nagy szerepet kapnak (lásd bővebben KUNA–HÁMORI 2019).

Továbbá központi jelentőségű a terápiás beszélgetés megkezdése is. Ez az orvoscentrikus kapcsolatépítési módban lényegében egy indirekt számonkéréssel kezdődik (*Mindig korábban érkezik?*). Ez további verbális kifejtést is kap, lekezelően hat (*Semmi gond*), és kioktatásként működik, amely gyerekszerepbe, alárendelt helyzetbe pozicionálja a pácienset (*Csak tudja, a viselkedésünkben mindennek jelentősége van. Érdemes odafigyelni.*). Ezzel a kérdéssel és válasszal a pszichológus kilép az elvárt organikus, foglalkozásából adódó szerepköréből. Hiszen pszichológushoz nem azért megy az ember, hogy kioktatást kapjon a viselkedéséről. Ez a (12b) betegközpontú dialógusrészlet belebonyolódási szakaszában egy terápiás megbeszélési szakaszt előkészítő kérdéssel kezdődik (*Nos, miben segíthetek?*), ami egyben ki is jelöli a pszichológus-páciens szerepkört.

A társalgás kezdetén kívül szintén kiemelt helynek számít a konzultáció zárószakasza, amely nagy hatással van a terápiás kapcsolat jellegére és a terápiás együttműködésre egyaránt. A két kapcsolatépítési módban itt is megfigyelhetők különbségek. Egyrészt a társalgás befejezése is kifejtettebb, és több fordulóban valósul meg a betegközpontú konzultációkban (lásd 21. táblázat).

Ez csak a V3P és V3B jelenetekben nem figyelhető meg, mert ezekben a diskurzusokban nem valósul meg explicit lezárás. A V4P jelenetben sem tekinthető tipikusnak a konzultáció befejezése, mert a páciens köszönés nélkül és dühösen „kiviharzik” a kijelentéssel: *jó, akkor majd megoldom úgy, ahogy tudom. Az is megállapítható a betegközpontú megközelítésben, hogy a lezárás előkészítéseként gyakrabban fordul elő az ismétlés, az összefoglalás, a reflexió a terápiás cselekvésre, valamint a jövőre vonatkozó feladat megfogalmazása. Az udvariassági aktusok, köszönetmondás és elköszönés is többször jelenik meg önálló fordulóként (13a, 13b). Az ajtókilincs jelenség – azaz, hogy a páciens számára fontos információ, aggodalom a konzultáció végén, szinte az ajtókilincset fogva hangzik el – a V2P és a V2B jelenetekben fordul elő, amelyet a (13a) és (13b) példák szemléltetnek.*

⁸⁰ Az (12a) párbeszédben csak explicit kérésként fogalmazhatná meg a páciens, pl. „Kérem, szólítson Máriának!”.

(13a)

P: *Szóval a, a gyerek is örökölheti? A nővéremnek is van, meg most már nekem is.*

D: *Nem, nem erről van szó, de az elhízásra való hajlamot, azt örökölheti, úgyhogy arra tessék odafigyelni. Nos, Szalai úr, akkor ne tessék aggódni, nincs komoly baj, ahogy mondtam, tessék odafigyelni a testmozgásra, diétára, és akkor minden rendben lesz. Vizsgálatásra.*

P: *Köszönöm. Vizsgálatásra.*

(13b)

P: *Szóval a gyerek is örökölheti? Már hogy a, ugye a nővéremnek is van, és most már nekem is.*

D: *Nem, nem erről van szó. De a hízásra való hajlamot, azt örökölheti, úgyhogy arra tessék odafigyelni! Nos, Szalai úr, nincs nagy baj, nem kell aggódni! Ahogy mondtam: figyeljen oda a testmozgásra, a diétára, és akkor minden rendben lesz.*

P: *Köszönöm szépen, doktornő, és akkor... hát... megpróbálom a diétát, és majd jövők. Vizsgálatásra!*

D: *Vizsgálatásra! Akkor várom egy hónap múlva. És ha a diétával kapcsolatban kérdései vannak, nyugodtan hívjon föl.*

P: *Köszönöm szépen.*

D: *Vizsgálatásra.*

P: *Vizsgálatásra.*

(V2B)

A két diskurzusrészletben a doktornő verbálisan szinte ugyanazt a tartalmat közvetíti, ugyanakkor a hangszínezete, a mimikája és a testbeszéde, az interakció szervezése az orvoscentrikus kommunikációs módban inkább kioktató, direktív stílusú és merev; míg a betegközpontú konzultáción odafigyelő, odaforduló és lágyabb, ami a páciens interakciós szerepére is nagy hatással van (lásd 5.2., 5.3. fejezet).⁸¹ Az előbbi esetben a páciens szorongással távozik, nem reflektál arra, hogy betartja-e a terápiás javaslatokat, előírásokat, nem jelzi, hogy lennének további kérdései. Ezzel szemben a betegközpontú helyzetben a páciens kicsit megnyugodva hagyja el a rendelőt, nyelvileg expliciten visszajelez, hogy megpróbálja a diétát, és visszajön. Ebben a diskurzusban a doktornő megismétli, hogy várja vissza a páciens, illetve felajánlja a támogatását később felmerülő kérdések esetén. Ezek a nyelvileg kifejtett reflexiók nagy hatást gyakorolnak a kapcsolatépítésre és a terápiás együttműködésre (lásd 9. fejezet).

A (13a) és (13b) példákban láthatjuk, hogy a lezárás ugyanolyan konvencionizált rítusokkal történik mindkét dialógusrészletben, ugyanakkor a lezárás előkészítése jóval kifejtettebb és támogatóbb a betegközpontú konzultáción, maga a lezárás, az elköszönés pedig meg is ismétlődik.

Az oktatóvideók esetében lehetőség nyílt a kezdő és záró szakasz nonverbális jellemzőinek a vizsgálatára is, amit a következő alponatban mutatok be.

⁸¹ Ez összhangban áll az oktatóvideók szerzőinek (CSABAI és mtsai 2009) eredeti céljaival.

7.5.2. A kapcsolatfelvétel és -lezárás nonverbális jellemzői az oktatóvideókban

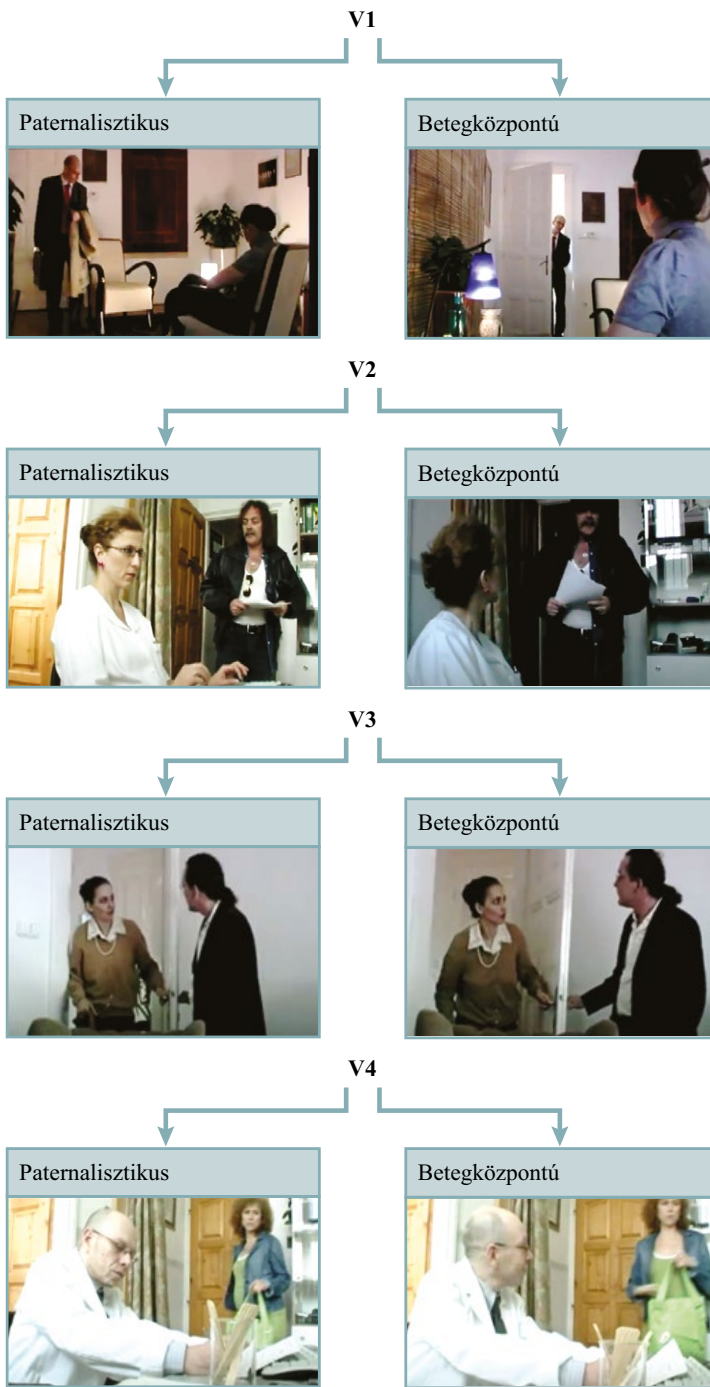
A verbális cselekvéseken túl a testbeszéd is nagy különbséget mutat a dialógusrészletek kezdetén és végén, ami minden konzultáción megmutatkozik. A belebonyolódási és a kihátrálási szakaszok nonverbális aktusait mind a 8 oktatóvideóban elemeztem a 13. táblázatban ismertetett kategóriák alapján a MAXQDA szoftverrel. Így annotáltam a vokális jelzéseket, a szem és a tekintet jellegzetességeit, a fej mozgásait, az arcjátékot, a gesztikulációt és a térközsabályozás jellegzetességeit. Az eredmények nagy hasonlóságot mutatnak az azonos szövegrészek nonverbális kommunikációjára vonatkozó vizsgálat eredményeivel (lásd 6.3. fejezet; 19. ábra).

A konzultációk kezdő- és zárószakaszára vonatkozóan is megállapítható tehát, hogy a paternalisztikus kapcsolatépítésben az orvosok és pszichológusok testtartása, arckifejezése és viselkedése távolságtartóbb, merevebb, gyakori a szemkontaktus kerülése és változtatása (pl. tárgy, lefelé nézés, elfordulás, szemkontaktus újbóli felvétele). Hangszínezetük több esetben szigorú, unott, megjelenik továbbá a kioktatás, a düh is a vokális jelzéseikben, ez utóbbi főként a V4P konzultáción. Gyakoribb a sóhajtás, a köhintés, valamint a különböző tárgyak cél nélküli érintése (pl. toll, naptár, karkötő), mint a betegközpontú jelenetekben.⁸²

Ezzel szemben a betegcentrikus konzultációkban az orvosok, illetve pszichológusok nonverbális jelzéseik révén közvetlenebb kapcsolatot hoznak létre. Ez megfigyelhető az előredőlő, nem merev testtartásban, a közelítő térközsabályozásban. Ennek egyik fontos jelzője a kézfogás. Az összes videóban 5 kézfogás fordul elő, ezek közül 4 a betegközpontú kapcsolatépítésben (kezdő: V1B, V3B; záró: V1B, V2B). A paternalisztikus jelenetekben egyedül a V3P interakcióban a bemutatkozásnál jelenik meg. A betegközpontú konzultációkon az is látható, hogy a tárgyak érintése jellemzően nem önkényes, hanem interakciós cselekvéshez kötődik (pl. pecsételés, dokumentum, számítógép). Az arcjáték és a hangszínezet is sokkal barátságosabb ezekben a helyzetekben, valamint a szemkontaktus megtartása a jellemző.

A két kapcsolatépítési mód nonverbális jellemzőinek több jellemzője is látható a kezdőszakaszokban. Ahogy azt a 27. ábra is mutatja, az oktatóvideókban a betegcentrikus modellben a konzultáció kezdetén megvalósul a szemkontaktus felvétele, amíg a paternalisztikusban ez jellemzően elmarad. Ezekben a helyzetekben tehát a páciens érkezésekor, a társalgás megkezdésekor az egészségügyi szakember nem néz a beteg szemébe. Kiemelendő a V2P konzultáció, ahol az orvos az 55. másodpercben veszi fel a szemkontaktust; illetve a V4P, ahol ez a 37. másodpercben történik meg. Kivételt jelent a 3. jelenet két diskurzusa (V3P, V3B), amelyekben első találkozás valósul meg. Ennek fontos része a bemutatkozás mint rítus, amely mindkét kommunikációs módban konvencionalizált módon, kézfogással, a szemkontaktus felvételével történik. Habár a verbális interakcióban itt is jelentős eltérések mutatkoznak, ahogy ezt a (12a) és (12b) példában is láhattuk.

⁸² Erre vonatkozóan a színészek nem kaptak instrukciót, tehát ezek a saját helyzetértelmezésüknek tekinthetők.



27. ábra. A kapcsolatfelvétel nonverbális jelenetei az oktatóvideókban

A kezdő- és zárószakaszokban a páciensek nonverbális viselkedése is látható. Az elemzés arra mutat rá, hogy a konzultációkon általánosságban megfigyelhető a páciensek bizonytalansága, aggodalma, félelme, ami összefüggésben van a testi, lelki vagy egzisztenciális helyzetükkel. Ezek jellemző nonverbális jelölői az összeráncolt szemöldök, a zavart tekintet, illetve pislogás, a bizonytalan hangszínezet, a kismértékben nyitott száj, az előreeső váll, illetve testtartás. A konzultációkon gyakori, hogy a páciensek valamilyen tárgyat tartanak a kezükben, szinte kapaszkodnak bele. A V1B jelenetben például a páciens bizonytalan, hogy mit csináljon a táskájával. Erre a pszichológus explicit reflexióval és nonverbális rámutatással is jelez, hogy tegye le nyugodtan. A V1P jelenetben erre a bizonytalanságra nem történik reakció, a páciens a konzultáció egészében a kezében tartja a csomagját. A V3P és V3B jelenetben a páciens szintén végig az ölében tartja a táskáját, és gyűrögeti a fülét. Ezek a jellemzők tehát kapcsolatépítési módtól függetlenül előfordulnak a konzultációkon (és egyben lehetőséget adnak a jelenség oktatásbeli megvitatására is).

A hasonlóságok ellenére több adatolható különbség is mutatkozik a páciensek nonverbális jelzéseiben a két kapcsolatépítési módban. Például az intenzív(ebb) negatívabb érzelmek a paternalisztikus jelenetekben figyelhetők meg. A V4P diskurzusban a düh és az idegesség jelenik meg mindkét résztvevő viselkedésében, míg a V2P konzultáción a félelem a páciens jelzéseiben. Megfigyelhető továbbá, hogy a paternalisztikus helyzetekben kizárólag a kezdő- és a zárószakaszban a pácienseknél kétszer olyan gyakran fordul elő az összeráncolt szemöldök, a bizonytalan mozdulat és hangszínezet, valamint a szemkontaktus keresése. Ezzel szemben a betegközpontú szituációkban a biccentés és a mosoly is megjelenik, ami a paternalisztikus interakciók vizsgált részeiben nem jellemző. Az elemzett dialógusrészek alapján elmondható, hogy az egészségügyi dolgozók verbális és nem verbális viselkedése hatással van a páciensek nonverbális jelzéseire.

7.5.3. A kapcsolatfelvétel- és lezárás a háziiorvosi konzultációkon

A vizsgált interakciókban a kapcsolat felvétele minden esetben már a rendelőn kívül megvalósul,⁸³ ami együtt jár azzal, hogy a konvencionizált beszédaktusok, főként a köszönés, már hamarabb megtörténnek. Ezek a konzultáció rendelőben zajló részében nem ismétlődnek meg, így elmaradnak az orvos és a páciens részéről egyaránt (lásd 23. táblázat).

A diskurzusok jellemzően hellyel kínálással vagy a problémákra vonatkozó kommunikációval kezdődnek, amelyet a vizsgált háziiorvosi konzultációkon minden esetben az orvos kezdeményez (14a, 14b).

⁸³ Ez nem tipikus a háziiorvosi konzultációkon, a kutatásban elsősorban a járványügyi helyzettel hozható összefüggésbe. Ugyanis a konzultációk előtt a rendelőn kívül fél és 1 perc közötti előzetes egyeztetés zajlott a páciens és az orvos között.

23. táblázat. A kezdő- és zárórészek hossza (s), fordulószáma (db) és szószáma (db) a háziiorvosi konzultációkon

	HO1	HO2	HO3	HO4
KEZDŐSZAKASZ				
	–	–	–	–
ZÁRÓSZAKASZ				
hossza (s)	26	26	65	28
fordulók száma (db)	12	5	12	6
szavak száma (db)	72	54	160	63

(14a)

- 001 D: *((magának)) elkezdni a (.) többi dolognak (.)*
 002 *(1.97)*
 003 *jó köszönöm szépen ön most hozott leletet vagy*
 004 *a gépből nézzem meg↑*
 005 P: *nEEem nekem azt mondták hogy nem kell visszamennem*
 006 *mer a gépben benn lesz és ne terjesszem*
 007 *a [dolgozat legalábbis]*

(HO2)

(14b)

- 001 D: *és akkor foglaljon helyet*
 002 P: *(.) igen*
 003 D: *és mindjár akkor itten nézzük ((hangosabban))*
 004 *igen megjött a lelet úgyhogy*
 005 *azt ki is nyomtatjuk akkor mindjárt*
 006 P: *+++ ki vagyok most nagyon rá*
 007 *((íratzörgés))*
 008 P: *éss (.) nagyon rossz a*
 009 D: *igEn↑*
 010 P: *magas vérnyomás*
 011 *((csattanás kivehetetlen beszéd))*
 012 D: *elkezdte szedni az új [tablettát↑*
 013 P: *[el mindent mindent úgy szedek*
 014 *ahogy tetszett mondani és °h valahogy*
 015 *nem tudom mi van velem valami nem stimmel*
 016 *ez az egyik éjszakai*
 017 D: *(.) na ezt mindjárt megnézzük akkor először is nyomtassuk ki itten*
 018 *a véreredményeket*

(HO3)

A példák azt mutatják, hogy a konzultáció kezdetén a leletek, az új eredmények megbeszélése a legjellemzőbb, ami gyakran explicit reflexiókban is megmutatkozik (14a, 14b). Ezek fontos részei az egyezkedési folyamatoknak (*nézzük, megjött, hozott, nyomtassam, kérhetek az ő nevében*), gyakran kijelölik, hogy milyen témával kezdjék a megbeszélést.

Mivel a vizsgált konzultációk lényegében a rendelőn kívül kezdődnek, és ennek köszönhetően a kapcsolatteremtési rítusok ott valósulnak meg, így a konzultációk kezdeti szakasza nem összehasonlítható az oktatóvideók jeleneteinek a jellegzetességeivel. Az azonban szembe-tűnő, hogy a valós diskurzusokban jóval több a háttérzaj, a kivehetetlen beszéd, az egyszerre beszélés, az aktuális cselekvésre való reflexió (lásd 7.3. *fejezet*). Ezek a jellegzetességek a konzultáció záró szakaszaiban is megfigyelhetők, és a spontán társalgások jellegével mutatnak összefüggést (az oktatóvideók tervezettségével szemben, illetve a hangfelvételek készítésének céljaival és körülményeivel összhangban).

A konzultációk zárószakaszának előkészítése minden esetben összegzéssel, gyógyszeresedésre vonatkozó információ megismétlésével kezdődik, továbbá tartalmazza a jövőre vonatkozó feladatok tervezését, a következő időpont megbeszélését. Egy esetben történik meg a lezárás explicit bejelentése: *és tulajdonképpen ezzel akkor meg is leszünk* (HO1).

A zárórészben minden esetben a köszönet és az elköszönés típus is megjelenik, mindig ebben a sorrendben. A lezárás előkészítését, a nyitáshoz hasonlóan, az orvos kezdeményezi, amelyben kiemelt szerepet kapnak a diskurzusjelölők (pl. *tulajdonképpen, na, akkor*). A zárórész hasonlóságot mutat az oktatóvideók betegcentrikusan megvalósuló dialógusainak kihátrálási szakaszával, amelynek része az elköszönésen túl a köszönetmondás is, valamint a terápiás cselekvésre vonatkozó reflexió (13b, 15a, 15b). Ezek vonatkozhatnak az orvos (pl. *meg is leszünk, tesszük ide, visszaadunk, felírtam a háromhavit*); és a páciens cselekvéseire (pl. *akkor telefonáljon, ki tudja váltani, majd szólok*), valamint a közösként konstruált cselekvésekre egyaránt (pl. *rendbe vagyunk*). További hasonlóság, hogy a lezárás jellemzően több fordulóban valósul meg (lásd 23. *táblázat*). A pozitív kapcsolatépítést szolgálják az elköszönésnek a „halmozott”, ismételt formái, amelyek jellemzően konvencionizált mintázatokat követnek, és minden elemzett háziorvosi konzultációban megjelennek: *miden jót kívánok csókolom vizontlátásra* (15a); *jó egészséget kívánok vizontlátásra* (15b).

(15a)

221 D: *és tulajdonképp ezzel akkor így meg is leszünk*

222 P: *igeen*

223 *oké*

224 *((gépelés pecsételés))*

225 D: *[jó köszönöm szépen akkor]*

226 P: *[() ühüm én is]*

227 D: *tesszük ide és akkor ez amire akkor vinni kell*

228 *és akkor hosszabbítani fogják jó↑*

229 P: *igen*

- 230 *így van*
 231 D: *(.) jó visszaadtunk akkor minden papírokat és akkor a <<NÉV-recepció>>*
 232 *segíteni fog jó akkor kivi+ kiengedi*
 233 P: *igen*
 234 D: *kiengedi az ajtón kiengedi a recepcióról*
 235 P: *jaa jó*
 236 D: *jÓ↑ (.) miden jót kívánok csókolom vizontlátásra*
 237 P: *köszönöm szépen vizontlátásra*

(HO1)

(15b)

- 207 D: *(.) na akkor most mindenből felírtam a három havit*
 208 *akkor ezeket ki tudja váltani jÓ↑*
 209 *és akkor telefonáljon és akkor a többit azt majd*
 210 P: *jó*
 211 *jó tehát ez már csak jövőre lesz*
 212 D: *hát valószínű igen igen mer azér rendbe vagyunk jÓ↑*
 213 P: *köszönöm szépen doktor úr vizontlátásra +++*
 214 D: *jó egészséget kívánok vizontlátásra*

(HO2)

7.6. A társalgás jellemzői az oktatóvideókban és a háziorvosi konzultációkon – Összegzés

A fejezet a vizsgált konzultációk társalgásszerveződési jellegzetességeit mutatta be a 8 oktatóvideó és a 4 valós háziorvosi konzultáció elemzésén keresztül. Az összesen 12 diskurzus Folker-transzkripció átírata lehetővé tette a szünetek, az egyszerre beszélések kvantitatív és kvalitatív jellemzőinek összevetését az orvos- és betegcentrikus, valamint a tervezett és a valós interakciók viszonyában. Az elemzés rámutatott, hogy az egészségügyi szakemberek és a páciensek társalgásaiban a szavak számát tekintve eltérések mutatkoznak. A vizsgálat alapján is megállapíthatjuk, hogy a beszéd mennyisége önmagában nem közvetlen jelzője a kapcsolatépítési módnak. Az azonban megmutatkozott, hogy a betegcentrikus konzultációkon többet beszélnek az egészségügyi szakemberek, mint az orvoscentrikusban. Ugyanez megfigyelhető a valós és a fiktív diskurzusokra vonatkozóan. Az előbbieket jóval hosszabbak, több fordulóban valósulnak meg, és nagyobb a szavak száma.

Az elemzés rámutatott, hogy a szünetek száma nem közvetlen indikátora a kapcsolatépítésnek, és nem is egy kifejezett funkciója figyelhető meg a konzultációkon (pl. beszédtagolás, bizonytalanság, beszélőváltás). Ez összhangban áll más társalgások jellemzőivel (GYARMATHY és mtsai 2020). Az azonban megfigyelhető, hogy a mért szünetek az oktatóvideókban jellemzően az interakció cselekvésein túl (beengedés, kabátlevétel, leletnézés) több esetben érzelmileg terhelt helyzethez kötődtek (bizonytalanság, aggodalom). A valós interakciókban a mért szünetek a társas és terápiás cselekvésekhez kapcsolódóan (vizsgálat, dokumentálás) jóval hosszabbak, ellenben ritkán kötődnek érzelmileg terhelt helyzethez.

Az átfedő beszédrészek az oktatóvideókban elenyésző számban jelentek meg összefüggésben a tervezett jellegükkel – hasonlóan más típusú tervezett diskurzusokhoz (BENCZE 2022, 2023). Ezekben az esetekben a paternalisztikus jelenetekben zavaró félbeszakításként fordultak elő. A valós interakciókban nagyobb számban voltak adatolhatók. Ezek az eredmények igazolják a vizsgálat első hipotézisét (H1), amely szerint a valós interakciókban gyakrabban fordulnak elő átfedő beszédrészek, mint a fiktív diskurzusokban. Az is látható volt, hogy az egyszerre beszélések a valós interakciókban leginkább kooperatív módon valósultak meg, és kezdeményezőjük legtöbbször a páciensek voltak, akik gyakran éltek állítás típusú félbeszakításokkal. Ez az eredmény összhangban áll LI és munkatársainak (2004), valamint IRISH és HALL (1995) megállapításaival. Ugyanakkor ellentmond a kutatás második hipotézisének (H2), mely szerint az egészségügyi szakemberek kezdeményezik nagyobb számban a félbeszakításokat.

A vizsgálat rámutatott, hogy a társalgás szerveződésében kiemelt helyet kap a kezdeti és a befejező szakasz. Ezek jellegzetességei különbséget mutattak az oktatóvideókban megfigyelhető két kapcsolatépítési módban, igazolva a kutatás harmadik hipotézisét (H3). Az eredmények alapján, míg a betegközpontú konzultációkban a társalgást az egészségügyi szakember kezdeményezte, addig az orvoscentrikus módban ezt az aktust a páciens valósította meg. Megfigyelhető továbbá, hogy a társalgás kihátrálási szakasza a betegközpontú kapcsolatépítésben kifejtettebb volt, és több fordulóban, jellemzően más nyelvi cselekvésekkel együtt valósult meg, csakúgy, mint a valós interakciókban. Ebből a szempontból az elemzett valós diskurzusok a betegcentrikus kapcsolatépítési mód jellemzőihez állnak közelebb.

A kihátrálási szakaszban a zárás előkészítésében kiemelt szerepet kapott a jövőre vonatkozó feladatok egyeztetése, amely igazolta a kutatás negyedik hipotézisét (H4). A záráshoz vonatkozóan megfigyelhető, hogy a valós diskurzusok mindegyikében a köszönet és az elköszönés típusú zárás egyaránt megjelent, ellentétben a WEST (2006: 390) által megfigyelt háziorvosi rendelésekkel, ahol jellemzően a köszönet a gyakoribb konzultációs zárás. A mintázat feltárásához azonban nagyobb mennyiségű adatra lenne szükség.

A belebonyolódási és kihátrálási szakasz nonverbális jellemzőinek vizsgálatára kizárólag az oktatóvideókban nyílt lehetőség. Az elemzés arra mutatott rá, hogy nagy különbségek adatolhatók az összes konzultációpár esetében a két kapcsolatépítési módban. A leírt jellemzők összhangban állnak a korábbi kutatási eredményekkel (BECK et al. 2002; lásd 2. táblázat). Az annotálás tanulsága szerint az egészségügyi dolgozók verbális és nonverbális

kommunikációja hatással van a páciensek nonverbális jelzéseire, viselkedésére ugyanabban az egészségügyi helyzetben. Így a betegközpontú jelenetekben több a páciensek pozitív viselkedése (pl. mosoly, bólintás), ugyanakkor a paternalisztikus helyzetben több esetben is megjelenik intenzívebb negatív érzés (pl. félelem, düh).

A vizsgálatnak több limitációja is van, többek között, hogy a vizsgált mintában kevés diskurzus szerepel, így általánosítható eredményekkel nem szolgál az oktatóvideók, illetve valós diskurzusok társalgási jellemzőiről. Ugyanakkor tendenciaszerű megfigyelésekre lehetőséget ad, illetve a pilot kutatás egy nagyobb korpusz elemzésének az előkészítő szakasza is, így a későbbi kutatás a vizsgált jelenségekről és az egyes konzultációtípusok jellemzőiről is árnyaltabb képet tud adni (lásd *10. fejezet*). A háziorvosi konzultációk nonverbális jellemzőinek az elemzésére nem nyílt lehetőség, mivel az interakciók kizárólag hanganyagként lettek rögzítve.

További korlátot jelent, hogy a valós diskurzusok esetében nehézségekbe ütközik az orvos-és betegcentrikus változó szisztematikus, összehasonlító vizsgálata, ami a jövőben is nehezen feloldható. Ugyanakkor a sémák vizsgálata és összevetése rámutathat a kapcsolatépítési mód néhány jellegzetességére. Így az eredmények reflektált módon a orvosok kommunikációs képésébe is bevonhatók. Különösen igaz ez a félbeszakításokra, a hosszabb szünetekre, továbbá a társas és terápiás cselekvésekre vonatkozó reflexiókhoz kapcsolódóan.

8. Attitűddeixis, személyjelölés és kapcsolatépítés

„Az orvoslás olyan művészet, amelynek varázsereje és kreatív képessége – ahogy ez régóta ismeretes – az orvos-beteg kapcsolat személyközi aspektusaiban rejlik.”⁸⁴

(Hall et al. 1981: 18)

A gyógyító és a páciens közötti kapcsolat a gyógyításban kiemelkedő jelentőséggel bír a medicina múltjában, jelenében és jövőjében egyaránt (FERENCZI 1912; HALL et al. 1981; OLÁH 1986; MESKÓ 2016; KOERFER et al. 2018). A jelen kötetnek is központi fogalma a **terápiás kapcsolat**, a **terápiás szövetség** (*therapeutic alliance*), illetve annak kiépítése a konzultáció folyamatában. Ahogy az eddigi szakirodalmi összefoglalókból és empirikus fejezetekből is láthattuk, a kapcsolat nagyon komplex és dinamikus folyamat, amely az interakcióban jön létre társas-kommunikatív cselekvések révén (verbális és nonverbális szinten egyaránt). Azt is láthattuk továbbá, hogy a kapcsolat létrejöttében és alakulásában az interakció minden eleme részt vesz, illetve hatással van rá. Tényezője lehet például a köszönés, a megszólítás, a társalgásbeli nyelvi viselkedés (pl. félbeszakítás, szünet); a kommunikáció nem verbális elemei (vokális jelzések, szemkontaktus, testtartás, érintés stb.); az érzelmekről való kommunikáció; a tudás- vagy az időszervezés módja (KOERFER et al. 2018).

A kutatások jelentős része a terápiás kapcsolat kimenetre gyakorolt hatását helyezi előtérbe. Ugyanakkor az is fontos kérdés, hogy milyen stratégiák, technikák, nyelvi műveletek állnak rendelkezésre a terápiás szövetség hatékony létrehozására vagy fejlesztésére (MUNTIGL–HORVATH 2014). Ezen kérdéseknek a körüljárásában egyre nagyobb szerepet kapnak a nyelvészeti kiindulópontú kutatások (SCARVAGLIERI et al. 2022; THURNHERR 2022).

A kapcsolatépítés komplex viszonyrendszeréből a jelen fejezetben a társas deixis vizsgálatát helyezem előtérbe az oktatóvideók és a háziorvosi konzultációk elemzésén keresztül. A jelenség kiválasztásának oka többek között az, hogy a társas deixis műveletének kiemelt, kulturálisan hagyományozódó szerepe van a kapcsolatépítésben azáltal, hogy a diskurzus értelmezésébe bevonja a résztvevők társas világát, vagyis azokat a kontextuális ismereteket, amelyek a beszédhelyzet személyközi viszonyainak a feldolgozásából származnak (VERSCHUEREN 1999: 20–21; TÁTRAI 2011: 127).

A kutatás során ennek megfelelően formai és funkcionális szempontból egyaránt elemzem az összes olyan nyelvi konstrukciót, amelyek az interakció résztvevőikhez kötődnek,

⁸⁴ Az eredeti idézet: “Medicine is an art whose magic and creative ability have long been recognized as residing in the interpersonal aspects of patient-physician relationship” (HALL et al. 1981: 18).

beleértve a lexikai és a grammatikai elemeket is. Az elsődlegesen kvalitatív szempontú vizsgálat célja, hogy bemutassa a társas deixis műveletének konstrukcióit az oktatóvideókban és a háziiorvosi konzultációkon. Így lehetőség nyílik a mintára vonatkozóan a paternalisztikus és a betegközpontú, valamint a tervezett és valós változatok összevetésére is.

A fejezetben elsőként áttekintem a kapcsolatépítésre és a társas deixisre vonatkozó irodalom számos aspektusát az orvos-beteg konzultációkon. Majd ismertetem az elemzés menetét, módszereit és eredményeit az oktatóvideókban és a háziiorvosi konzultációkon.

8.1. A kapcsolatépítés az orvos-beteg kommunikációban – nyelvészeti megközelítés

Az együttműködő terápiás kapcsolat (*rapport*) kiépítése az orvos-beteg kommunikációra vonatkozó szakirodalomban az egyik legkiemelkedőbb célként jelenik meg; ugyanakkor egyben a legnehezebben megragadható dimenziót is jelenti (BIGI 2016: 24). A kapcsolat és ennek építése ugyanis rendkívül soktényezős, dinamikus folyamat, amely folyamatos társas-kommunikatív egyezkedések révén valósul meg az interakcióban, és ezen túlmenően történeti dimenzióval is rendelkezik. Ez azt jelenti, hogy a kapcsolat korábbi interakciókra épül, időben változik, továbbá szociokulturálisan is beágyazódik.

A kapcsolat tehát egyének közötti társas-kommunikatív aktusokon alapul – verbális és nem verbális cselekvéseken egyaránt –, amelyeket az interakcióban részt vevők egyidejűleg konstruálnak és dolgoznak fel (LINKE–SCHRÖTER 2017: 15; GRAF et al. 2022: 2). Az interperszonális kapcsolatok leírásakor a pragmatikai megközelítésben kiemelkedő szerepet kapnak az arc- (GOFFMAN 1967) és az **udvariassági elméletek** (BROWN–LEVINSON 1987). Ezekre épül, de túl is mutat rajtuk a **kapcsolatmenedzsment elmélet** (*rapport management*) (SPENCER-OATEY 2002), amely szerint az udvariasságnak két fő komponense van: az egyik az **arc** (*face*), a másik a **társas jogok** (*sociality right*) kezelése. A kapcsolatmenedzsment elméletben az udvariasságnak éppolyan fontos része az egyének pozitív arcának a megjelenítése és megőrzése, mint a pozitív társas identitás interakcióbeli megteremtése. Az tehát, hogy a résztvevők társadalmi szerepükhöz kötődően is elismerik egymást (SPENCER-OATEY 2002). Mindez a mindennapi és az intézményes társalgásokban egyaránt érvényesül. Az orvos-beteg kommunikáció az utóbbiba tartozik, ami azzal is együtt jár, hogy a kapcsolatnak van egy szociokulturálisan meghatározott intézményes háttere, amelybe az interakciós feladatok, valamint a szerep- és társadalmi viszonyok beágyazódnak. Ennek fontos része a szakmai (orvos, egészségügyi szakember) és a laikus (páciens) szerepek interakcióbeli megkonstruálása.

Egyre több kutatás hívja fel a figyelmet arra, hogy ezeknek a szerepeknek a megalkotása, valamint a kapcsolatépítés és ennek hatékonysága a mikroszintű nyelvi jellemzőkkel is szoros összefüggésben van az egészségügyi kontextusban, így érdemes ezek vizsgálatára

nagyobb hangsúlyt fektetni (HALL et al. 1988; BECK et al. 2002; SKELTON et al. 2002; CHUNG–PENNEBAKER 2007; MARTIN et al. 2013). Ilyenek többek között a pozitív és a negatív érzelemkifejező szavak (pl. *félek, aggódom, megnyugodtam*), a kognitív folyamatokat megjelenítő kifejezések (pl. *gondolom, szerintem*), az igeidő (múlt, jelen, jövő), a résztvevők stílusbeli „illeszkedése” és a személyviszonyok használata is, különösen az egyes és a többes szám első személyé. Ezek elemzése egyre nagyobb számban történik számítógépes programokkal, és a kutatások több esetben attitűdvizsgálattal is kiegészülnek (SKELTON et al. 2002; CHUNG 2007; FALKENSTEIN et al. 2016).

FALKENSTEIN és munkatársainak (2016) 145 konzultáción (145 páciens, 6 orvos) alapuló vizsgálata például arra mutatott rá, hogy a páciensek elégedettebbek a terápiás ellátás során, ha az orvos több pozitív érzelmi kifejezést használ; ha világos, érthető módon teszi hozzáférhetővé a páciens állapotára vonatkozó információkat; valamint, ha kevesebb egyes szám első személyű konstrukció jelenik meg a megnyilatkozásaiban. Az orvosok visszajelzése alapján az állapítható meg, hogy akkor érezték sikeresebbnek a konzultációt, ha több stílusbeli egyezést érzekeltek az interakcióban; továbbá, ha a páciensek több jövő és jelen idejű kifejezést és többes szám első személyű konstrukciót használtak. Láthatjuk, hogy mind a páciensek, mind az orvosok fontos szempontnak tartották az ÉN–MI-konstrukciókat, és ezek közül a MI preferenciája mutatkozik meg. Ez összefügghet a csapatmentalitással, a közös tudásmegosztással és a közös döntéshozatallal is.

Más kutatások kifejezetten ennek a két viszonynak – azaz az egyes szám első személyű és a többes szám első személyű konstrukcióknak – az elemzésére koncentrálnak (SKELTON et al. 2002; KUNA 2016a; SKORDAI 2019). SKELTON és munkatársai (2002) 373 konzultáció kvantitatív és kvalitatív szempontú elemzése alapján például azt állapították meg, hogy az orvosok jóval gyakrabban használják a MI-konstrukciókat, mint a páciensek. Ezek is fizikai aktivitást kifejező igékkel vagy segédigékkel fordultak elő a leggyakrabban. Három fő típust írtak le: 1. a páciens bevonó, inkluzív használatot (ÉN + TE); 2. a páciens kizáró, exkluzív előfordulást (ÉN + más orvosok / egészségügyi dolgozók vagy MI mint gyakorlat); illetve 3. az általános használatot (MI emberek). Magyar viszonylatban a többes szám első személy egy sajátos esete is megjelenik: az ún. empátiás használat, amikor a páciens értékeit, feladatait MI-konstrukció révén konstruálja meg az orvos (KUNA 2016a; SKORDAI 2019). SKELTONÉK (2022)⁸⁵ az egyes szám első személyű konstrukciók kapcsán az orvosok megnyilatkozásaiban azt figyelték meg, hogy azok leggyakrabban mentális állapotok, gondolatok kifejezésével társulnak. Ezzel szemben a páciensek ÉN-konstrukciói leginkább a fájdalmaikhoz, állapotukhoz kötődtek, a kevés számú többes szám első személyű alak pedig az orvos + páciens vonatkozásában vagy családtagokkal való közösség kifejezésére jelent meg. Ez alapján SKELTONÉK (2022: 487) az ÉN és MI kapcsán az alábbi tipikus, sematikus mintázatot írták le: páciens – (*én*) *szenvedek* ('I suffer'); orvos: (*én*) *gondolkodom* ('I think'); páciens + orvos: (*mi*) *cselekedni fogunk* ('We will act').

⁸⁵ A vizsgálatba kizárólag az *én* 'I', az *engem/nekem* 'me', a *mi* 'we' és a *minket/nekünk* 'us' személyes névmásokat vonták be, a személyviszonyok többi jelölőjét nem (pl. *enyém* 'mine', *miénk* 'our').

Ez összhangban áll azzal az alaphelyzettel, hogy a páciens hozza be az interakcióba az egészségügyi problémáját, az orvos a szaktudását, amelyre alapozva közösen, partnerséget ajánlva cselekszenek. Továbbá az evidencialitás nyelvi kidolgozásának azon jellemzőjével is összefüggenek az egyes és a többes szám első személy mintázatai, hogy a személyhez kötött tudás, tapasztalat, mentális folyamatok kidolgozása esetében az **egyéni hozzáférés** (*individual access*) megjelenítése az alapértelmezett; a többes szám esetében pedig a **megosztott, közös hozzáférés** (*shared access*) motivált (JAAKOLA 2018: 123–124), ami jellemzően a bevonódás szempontjából is szimmetrikusabb (EVANS et al. 2017: 142).

Ahogy látjuk, a kapcsolatépítésben számos tényező kiemelt szerepet kap. Ide tartozik a **társas deixis** művelete (lásd 3.1.1.5. fejezet), azaz azoknak a nyelvi elemeknek a használata, amelyek hozzájárulnak a társas identitás és a diskurzusok résztvevői szerepeinek, valamint a köztük lévő viszonyoknak vagy valamilyen harmadik személyhez fűződő kapcsolatnak az interakcióbeli megalkotásához (LEVINSON 1983: 89; VERSCHUEREN 1999: 20–21). Ezek egyrészt jelölik tehát a résztvevői szerepeket, másrészt a köztük lévő viszonyokat is. Ennek köszönhetően aktív szerepet játszanak a kapcsolatépítés nyelvi kidolgozásában. A társas deixis művelete sokféle módon jelenik meg az interakcióban. Ide tartoznak többek között a bemutatott egyes és többes szám első személyű konstrukciók is.

A társas deixis működése, ezen belül pedig a megszólítás módjai az orvos-beteg viszonyban a magyar nyelvű kutatások alapján is fontos szerepet játszik (pl. CSISZÁRIK–DOMONKOSI 2018; DOMONKOSI–KUNA 2015; KUNA–DOMONKOSI 2018, 2020; DOMONKOSI 2020, 2024). Ezért röviden áttekintem a vizsgálati eredményeket, amelyek az elemzés szempontjából is fontos referenciaként működnek. Továbbá arra is rávilágítanak, hogy a megszólításoknak erőteljes kulturális beágyazódása is megfigyelhető, ugyanakkor a nyelvek tipológiai jellemzőivel is összefüggést mutatnak.⁸⁶

A társas kapcsolatok leírásának egyik kiemelten fontos nyelvi kifejezője a **megszólítás**, ami a beszélőnek a beszédpartnerre vonatkozó nyelvi utalásaira vonatkozik (BRAUN 1988: 7). Magyar nyelvi környezetben az orvos-beteg viszonyban a **nemtegezés** (V-forma),⁸⁷ ezen belül pedig a kölcsönösen **önöző** változat a legelfogadottabb, amelyet a *maga* névmással történő megszólítás követ kérdőíves válaszok alapján (DOMONKOSI 2002). Megállapítható azonban, hogy sem az *ön*, sem a *maga* nem tekinthető sok esetben teljesen semlegesnek, hiszen különböző attitűdök kötődhetnek hozzájuk. Például az *önt* a beszélők több esetben távolságtartóbbnak, hivatalosabbnak tartják, mint a *magát* (DOMONKOSI 2002: 151–155). Részben ezzel is függ össze, hogy gyakori stratégia nemtegező viszonyban a **névmáskesülés**, amelyet a magyar nyelv jellege is támogat a névmási alany elhagyhatóságával (pl. *Hogy van [ön/ maga]?*).

⁸⁶ A fent ismertetett kutatások az egyes és többes szám első személyre vonatkozóan az angol nyelvre vonatkoztak, és lényegében névmásvizsgálaton alapultak (*I, me, we, us*). A magyar nyelv agglutináló jellege miatt azonban a morfoszintaktikai elemzés is nélkülözhetetlen a jelenség leírásához.

⁸⁷ A megszólító irodalomban bevett jelölése a nemtegező megszólítási formáknak a **V-forma** (*V-form*) a tegező megszólításoknak pedig a **T-forma** (*T-form*) (BROWN–GILMAN 1960; DOMONKOSI 2002). A **tegezés** (*T-forma*) az orvos-beteg viszonyban nagyon ritka, jellemzően ismerősök, kollégák között fordul elő.

A névmási kidolgozás alternatívája lehet a másik résztvevő **nominális megszólítási** módjainak megjelenése (például: *Hogy van, Péter bácsi?*, lásd alább részletesen). Szintén névmás nélküli konstrukció a **tetszikelés**, amely a partner nyelvi megjelenítésének elkerülését valósít(hat)ja meg (pl. *Hogy tetszik lenni?*). Ezeknek a megoldásoknak az alkalmazásában és megítélésében jelentős eltérések mutatkoznak az orvosok és a páciensek részéről egy kérdőíves felmérés tanúsága szerint (DOMONKOSI–KUNA 2015). A tetszikelés használata például sokkal jellemzőbb az orvosok kommunikatív gyakorlatában, mint a páciensekében. A gyakoribb használat elsősorban a közelítő, fokozott udvariasságra törekvő funkcióval van összefüggésben, amely nemcsak idősebb emberekkel és nőkkel szemben érvényes. A páciensek visszajelzései ezzel szemben arra utalnak, hogy kerülik a tetszikelést, mivel ennek használatával alárendelt szerepbe helyezik magukat (DOMONKOSI–KUNA 2015; KUNA–DOMONKOSI 2020).

A névmáskerülés fentebb már említett, jellemző módja az orvos-beteg viszonylatban a névszói megszólítás, amely tipikusan a szerepviszonyokhoz kötődik. Az orvosokat konvencionálisan foglalkozásuknak, beosztásuknak, tudományos fokozatuknak megfelelően szólítják a betegek (pl. *doktornő / doktor úr, főorvos asszony/úr, professzor asszony/úr*). A szerepen keresztül megkonstruált megszólítás gyakori és normaszzerű használata segíti a betegeket a tisztelettartó kapcsolattartás megteremtésében, a társas jogok érvényesítésében. Ezzel szemben azonban a páciensek megszólítására vonatkozóan nem konvencionálódott semleges, tiszteletadó megszólítási konstrukció. Ezzel is lehet összefüggésben az, hogy az egészségügyi szakemberek nyelvhasználatában számos közelítő szándékú, bizalmasabb megszólítási forma jelenik meg. Ilyen megszólítások például a *mama, papa* vagy a keresztnév/vezetéknev + *bácsi/néni* (pl. *Marika néni; Szabó bácsi*), a keresztnév (pl. *Mária, László*) vagy a becenév (pl. *Marika, Laci*), a vezetéknev + *úr* (pl. *Szabó úr*), nők esetében férjezett név (pl. *Tóthné*).⁸⁸ A kutatások arra is rámutatnak, hogy a nőbetegek megszólításában meghatározóbb a bizalmas, becéző formák használata, mint a férfiakéban (CSISZÁRIK–DOMONKOSI 2018). Az *asszony, hölgy* használata az *úr* egyfajta párjaként pedig lényegében hiányzik ebben a kapcsolattípusban.

Az elemzések arra is felhívják a figyelmet, hogy a magyar nemtegező (V-forma) megszólítási formák változatossága sokszor nyelvilleg is megteremti és fenntartja az eredendően aszimmetrikus orvos-beteg kapcsolatot. Ehhez az is hozzájárul, hogy vannak olyan megszólítási formák, amelyeket kizárólag vagy jellemzően az egészségügyi szakember használ. Ilyen például a keresztnéven szólítás, a névzés, a bácsizás. A többes szám első személyű deiktikus formák is jellemzően az egészségügyi szakember kommunikációjában jelennek meg, ezek funkciója azonban nagyon eltérő lehet (például *rátesszünk egy pajzsmirigyhormont is; írjuk le, amit eddig tudunk; hajlítjuk a kezét*) (KUNA 2016a,b). A felsorolt megszólítási módok gyakran közvetlenebb, barátiabb kapcsolat kiépítését célozzák meg, ugyanakkor azáltal, hogy csak az egészségügyi szakemberek használják, akaratlanul is hozzájárulhatnak az aszimmetria fenntartásához, vagy akár alárendelt szerepbe helyezhetik a pácienszt (DOMONKOSI–KUNA 2015; DOMONKOSI 2020).

⁸⁸ Hasonló, a páciensre vonatkozó megszólítások nem kizárólag a magyarban adathozhatóak (DŽANKO 2020).

Az is megfigyelhető, hogy a gyógyító viszonylat megszólítási módjai egyre gyakrabban válnak szakmai és internetes fórumbeszélgetések tárgyává (DOMONKOSI 2020). Ezek a reflexiók azt mutatják, hogy egyre nagyobb igény mutatkozik a kevésbé hierarchikus, egyenrangúbb kapcsolatra és az ezt leképező megszólításokra, amit azonban a magyar nemtegező megszólítási mintázatok sokszínűsége (*ön, maga*, névmás nélküli vagy nominális elemmel történő megszólítás, tetszikelés), valamint az azokhoz fűződő, gyakran rejtett vagy egymásnak is ellentmondó egyéni attitűdök nem könnyítenek meg. A magyar megszólítási módok és ezek alakulása az orvos-beteg viszonyban – a működés és a reflexiók szintjén is – indikátora a társas jogok interakciós szervezésének ebben a kommunikációs helyzetben (DOMONKOSI 2024).

A fentiekkel összefüggésben az alábbi kutatási kérdésekre keresem a választ a jelen fejezetben.

K1: Milyen formai és funkcionális kategóriák mentén, milyen konstrukciókkal írható le a társas deixis működése az orvos-beteg interakció résztvevői szerepeinek alakításában?

K2: Hogyan függenek össze a társas deixis változatai, valamint előfordulási gyakoriságuk a betegközpontú és a paternalisztikus kapcsolatépítési mód megvalósulásával?

K3: Milyen hasonlóságok és különbségek figyelhetők meg a társas deixis jellemzőiben a valós és a tervezett interakciókban?

K4: Milyen összefüggés mutatkozik a társas deiktikus elemekben megjelenő igeidőhasználat és a résztvevői szerepek között?

Kiinduló hipotéziseim pedig a következők:

H1: Az egyes szám első személyű deiktikus elemek magasabb arányban jelennek meg a páciensek megnyilatkozásaiban, míg a többes szám első személyű elemek az egészségügyi dolgozó nyelvhasználatát jellemzik inkább.

H2: Az egészségügyi dolgozók változatosabb módon jelölik beszédpartnereiket az interakcióban, többféle megszólítási módot használnak, és gyakrabban szólítják meg *tetszik* + infinitív szerkezettel a pácienseket.

H3: A páciensek társas deiktikus megnyilatkozásaiban nagyobb arányban jelennek meg a múlt idejű igealakok, mint az egészségügyi dolgozók nyelvhasználatában.

8.2. Az elemzés módszere

A vizsgált mintában a társas deixis elemzése elsődlegesen kvalitatív elveket követ. Az átiratokban a megnyilatkozó és a címzett, illetve a viszonyuk jelölésének formai és funkcionális szempontú elemzése MAXQDA programmal zajlott (KUCKARTZ–RÄDIKER 2019). A program használata – ahogy azt már a korábbi elemzésekben is láthattuk – lehetővé teszi több elemzési

szempont párhuzamos érvényesítését, valamint az egyes vizsgálati tényezők egymáshoz való viszonyának és esetleges együttállásainak a feltárását. Próbaelemzéseket követően első körben az oktatóvideók annotálása készült el, amelyet két kutató végezett el, a kérdéses eseteket közös döntési folyamatok során egységesítették.⁸⁹ A háziiorvosi konzultációk elemzése ugyanezt az elemzési sémát követte.

A személyközi viszonyok, a kapcsolatépítés modellezése céljából elemeztem a beszélőre és a beszédpartnerre (címezetre) utaló konstrukciók mindegyikét. Kódoltam azokat a grammatikai számot és személyt jelölő elemeket, amelyek deiktikusan a figyelmi jelenet résztvevőire vonatkoznak, azaz az inflexiós és névmási elemeket is (E/1., E/2., E/3., T/1., T/2., T/3.). Külön vizsgálati szempontként szerepelt, hogy az egyes személyjelölési módok hogyan vesznek részt a beszélő és a címzett (ÉN-TE) viszonyának a megalkotásában, működésében, beleértve a névmási, morfoszintaktikai, továbbá a címzettek esetében a *tetszik* + infinitívuszos és vokatívuszos konstrukciókat is. Nagyon ritkán megjelent egyéb névszói kategória is, így a bemutatkozás esetén a saját név említése (pl. *Balogné Zombori Mária*). Továbbá a beszédpartner jelölésénél névszói címkét kapott, ha a címzetre vonatkozóan E/3. névszói, azaz episztemikusan lehorgonyzott, grammatikailag egyes szám 3. személyű említés történt (pl. *a doktor úr, akinél a jogosítvány miatt voltam, ő mondta, hogy jöjjen ide a doktornőhöz*).

A grammatikai szám és személy, illetve a beszélő és a címzett megjelenítésének külön kóddal való jelölése lehetővé teszi a személyjelölés formai és funkcionális jellegzetességeinek az összevetését. Ez azért fontos, mert ezek elmozdulhatnak egymástól, tehát például a megnyilatkozó és a befogadó nem mindig első, illetve második személyben konstruálódik meg (DOMONKOSI 2019b; LACZKÓ 2021b). A forma és a funkció „elmozdulása” sok esetben tipikusan az attitűdjelölés egyik módozatának is tekinthető (lásd a T/1. empatisz használatára LACZKÓ–TÁTRAI 2015; KUNA 2016a; LACZKÓ 2021b). Az interakció nem közvetlen résztvevői, azaz a figyelmi jelenetben részt nem vevő szereplők módszertani okok miatt az E/3. névszói említés kategóriától elkülönítve, személyemlétként lettek kódolva.⁹⁰ A személyhez le nem horgonyzott konstrukciókat ebben a kutatásban nem annotáltam (*ezt az eredeti példányt kell vinni*).

Amennyiben az attitűdjelölés igei konstrukcióhoz kötődött, minden esetben jelöltem, hogy az milyen igeidővel valósult meg (múlt, jelen, jövő). A múltnál külön vizsgáltam, hogy az a konzultáción megvalósuló eseményre vonatkozik vagy korábbi eseményre. A deiktikus jövő időhöz kizárólag az explicit módon jelölt jövőidő-viszonyt soroltam, tehát a *fog* + infinitív

⁸⁹ Az oktatóvideók annotálását DOMONKOSI Ágnessel együtt végeztük el, az oktatóvideókra vonatkozó eredményeket lásd: KUNA–DOMONKOSI 2022.

⁹⁰ Külön elemzési kategóriába került a harmadik személyen belül az úgynevezett személyemlétes, azaz azok az esetek, amikor az interakcióban részt vevők harmadik személyt vagy személyeket említenek az aktuálisan folyó diskurzusban. Ennek elkülönítése tudatosan történt azzal a céllal, hogy a személyemlétesek a grammatikai és a funkcionális viszonyokat a résztvevői szerepek vizsgálatakor ne befolyásolják. Így az úgynevezett személyemlétesek, amelyek a vizsgált anyagban 122-szer fordulnak elő az oktatóvideókban, 151-szer a háziiorvosi konzultációkon, a 28. *ábra* adataiban nem jelennek meg. Például: *Voltam a háziiorvosnál is, aztán pszichiáternél* (V1P).

konstrukciót (pl. *ezt vissza fogjuk kontrollálni*), illetve a grammatikailag jelen idejű kifejezést akkor vettem figyelembe, ha az explicit jövőre utaló elemmel (pl. határozószóval, névszóval) egészült ki (pl. *decemberben megnézzük*).

A kapcsolatépítés szempontjából kiemelkedő jelentőségűek továbbá az attitűddeixis kategóriájába tartozó, a társas viszonyok rituáléit megteremtő elemek, mint például a köszönés, a bemutatkozás, az elköszönés. Ezeknek az elemeknek a diskurzusokban való előfordulásait a személyjelölés módozataival való viszonyukban értelmezve mutatom be.

Mivel a MAXQDA programmal végzett elemzés az egyes kategóriákra vonatkozóan számszerű adatokkal is szolgál, fontos megemlíteni néhány olyan módszertani döntést, amelyek a gyakorisági adatok alakulását is befolyásolják. Ezek a következők: A személy egy-egy igei, ritkábban névszói konstrukcióba tartozó inflexiók és névmási jelölése külön kódot kapott (pl. *Hát, én nem is tudom*). Az idiomatikus, konvencionizált kifejezések esetében is jelöltem a grammatikai-formai személyt (pl. *Kezét csókolom*). Amennyiben a többes szám első személyű konstrukció egyértelműen az orvos + páciens vonatkozású volt, akkor az orvos mint beszélő és páciens mint címzett kategóriával egyaránt kódoltam (*rendben vagyunk*). Nem számított E/1. alaknak az implicit tárgy az alábbi esetben: *Akkor majd hívjon [engem]!* A *mondom, mondjuk* diskurzusjelölő funkcióban nem került az elemzésbe az E/1., illetve T/1. személyjelölési módjaként, csakúgy, ahogyan az önmagában álló *tessék* sem (pl. beengedésnél). Nem kódoltam a megnyilatkozóhoz kötődő általános, személytelen megjegyzést akkor sem, ha az implicit módon a beszélőt is magában foglalta (*Manapság már annak is örül az ember, ha egyáltalán van fuvar, V2P*).

Mivel ebben a fejezetben kiemelten fontos, hogy az egyes megnyilatkozásokat ki mondja, így minden példánál a résztvevői szerepet is megadom (*P = páciens, Psz = pszichológus, D = orvos*). A nem dialogikus formában közölt példákat ebben a fejezetben is normalizált átíráásban közlöm a könnyebb olvashatóság kedvéért, a dialógusrészleteket pedig Folker-átíratban.

8.3. A társas deiktikus elemek gyakorisága és szófaji jellemzői az oktatóvideókban és a háziiorvosi konzultációkban

A nyolc oktatóvideóban (V) 585, a négy háziiorvosi konzultáción (HO) 748 a személydeixis műveletének megvalósításában részt vevő nyelvi elemet kódoltam, amelyek közvetlenül kapcsolódtak a résztvevői szerepek megalkotásához. Az elemzés alapján látható, hogy mind az oktatóvideók, mind a háziiorvosi konzultációk anyagában nagy eltérés mutatkozik a deiktikus konstrukciók gyakorisága és az egyes résztvevői szerepek között. Ahogy azt a 28. ábra szemlélteti, mindkét konzultációtípusban több társas deiktikus nyelvi elem volt köthető a páciensekhez

beszélőként (1a, 1b), mint az orvosokhoz beszélőként (1c, 1d). Továbbá jelentős eltérés mutatkozott abban is, hogy az egészségügyi szakemberek jóval nagyobb arányban szólították meg a páciens címettként (1e, 1f), mint fordítva (1g, 1h).

(1a) P: *De fájnak a végtagjaim.* (V4B)

(1b) P: *Igen, igen meg éjjel is **förlébredek**, hogy rosszul **érzem magam*** (HO3)

(1c) Psz: *Két hete **találkoztunk először*** (VIP)

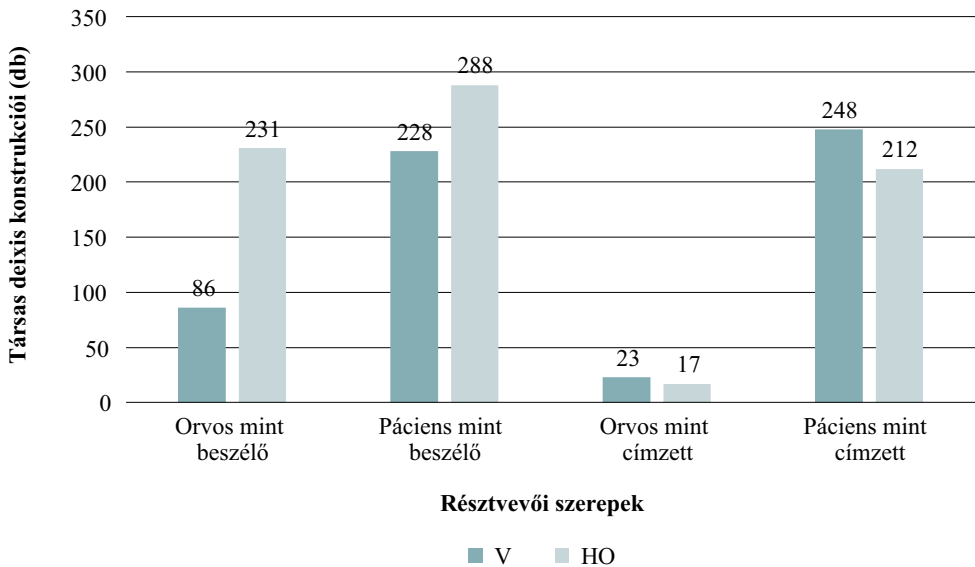
(1d) D: ***Tennék föl** egy mérést* (HO1)

(1e) D: *De **nyugodjon meg!*** (V4B)

(1f) D: ***Őn most hozott leletet?*** (HO2)

(1g) P: *Köszönöm szépen, **doktornő*** (V2B)

(1h) P: *[...] vagy akkor **tessék** egy vérhígítót felírni* (HO3)



28. ábra. A személyjelölő konstrukciók száma (db) a résztvevői szerepek és a konzultációtípusok mentén

Mivel a két konzultációtípus (V = oktatóvideó, HO = háziiorvosi konzultáció) interakciói nem ugyanolyan terjedelműek, érdemes a százalékos arányokat is összehasonlítani.⁹¹ Ezek alapján az mutatkozik meg, hogy a társas deiktikus elemek az oktatóvideókban és a háziiorvosi konzultációkban szinte ugyanolyan gyakorisággal jelentek meg a páciens beszélőként való kijelölésére (V: 39%; HO: 38%). Az orvos mint címzett is hasonló arányszámot mutatott (V: 4%;

⁹¹ A százalékos arányok számításakor az egyes konzultációtípusokban előforduló összes személydeiktikus elem eloszlását vizsgáltam (tehát nem szövegszóra vetített arányt néztem). Így az oktatóvideók konzultációjában a 585, a háziiorvosi interakciókban 748 volt a 100%.

HO: 3%). Nagyobb eltérés volt adathozható a páciens mint címzett (V: 42%; HO: 28%) és az orvos mint beszélő között (V: 15%; HO: 31%). Ezek többek között a háziiorvosi konzultációk hosszabb magyarázataival mutatnak összefüggést.

Az elemzésből az is kiderült, hogy a társas deixis megvalósulásainak nagy részét, 82%-át a magyar nyelv agglutináló jellegével összefüggésben a morfoszintaktikai konstrukciók adták. A névmások a beszélőre és a beszédpartnerre utaló funkcióban együttesen 10%-ban jelentek meg. A beszédpartnerre vonatkozó deiktikus kifejezések 7%-át tették ki a *tetszik* + infinitív konstrukciók, 5%-át a vokatívuszok, és csupán 1%-át az egyéb névszói konstrukciók.

A társas deiktikus nyelvi elemeknek a grammatikai szám és személy szerinti százalékos eloszlása azt mutatja, hogy mindkét konzultációtípusban az E/1. formák a leggyakoribbak, az oktatóvideók esetén ez 47%, a háziiorvosi konzultációkon 60%. Ezek szinte kizárólag a beszélőt jelölték. Az E/3. forma minden esetben az interakcióban részt vevő másik személy, azaz a beszédpartner megalkotásához kötődött. A beszédpartner harmadik személyként való konstruálása lényegében a nemtegező formát képviseli, a konstruálási mód a társas távolság **grammatikalizációjának** eredménye (DOMONKOSI 2012).

Ennek megjelenési aránya az oktatóvideókban közel kétszeres (44%) volt a háziiorvosi konzultációkban adatoltakhoz képest (23%). Ugyanakkor a T/1. formák arányára vonatkozóan az állapítható meg, hogy kétszer olyan gyakori (16%) volt a háziiorvosi interakciókban, mint az oktatóvideókban (8%). Mindkét dialógustípusban alacsony előfordulással jelent meg az E/2. személy: az oktatóvideóban egy telefonbeszélgetéshez kötődően (2a), ahol az orvos tegeződött a beszélőpartnerével (V4P/V4B); a háziiorvosi konzultáción pedig a páciens egy általános hatókörrel, lényegében általános alanyként használta egy esetben (2b).

(2a) D: *Halló, tessék! Ja, te vagy az. Szia! Ne haragudj.* (V4P)

(2b) P: *gyanús nekem, amikor nem azt kapod* (HO3)

A T/3. személy 3 esetben jelent meg a háziiorvosi konzultációkon (1%), ahol a vonatkozása egy dietetikus és a páciens, illetve szintén 3 esetben az oktatóvideókban, ahol a páciens és családja konstruálódott meg általa (3d, 3e). Az E/2. és T/3. formák együttes előfordulása mindkét konzultációtípusban nagyságrendileg 1-1% volt.

(3a) D: *szépen nyugodtan ketten le tudnak ülni és akkor* (HO4)

(3b) D: *ezt meg tudják ott beszélni* (HO4)

(3d) Psz: *Beszélné egy kicsit többet arról, hogy hogy élnek, hogy milyen a családja?* (V3B)

(3e) Psz: *Tehát hárman vannak?* (V3P)

A szófajokra vonatkozóan külön kategorizáltam az igei, névmási és névszói elemeket mind a beszélőre, mind a beszédpartnerre vonatkozóan. Ezek számszerű és százalékos előfordulását a 24. táblázatban foglalom össze. Az adatok alapján látható, hogy a személyjelölés, illetve ezzel szoros összefüggésben a társas viszonyok konstruálása nagymértékben kötődött az

igei konstrukciókhoz (lásd 24. táblázat). Mind beszélőként, mind beszélőpartnerként a deiktikus elemeknek több mint 70%-a igei konstrukció révén valósult meg, szoros összefüggésben a magyar nyelv tipológiai sajátosságaival. A névmások társas attitűdjelölőként jóval ritkábban fordultak elő: a beszélő jelölőjeként 17%, a beszélőpartner megkonstruálásában 10% ez az arány. A névmásokéhoz hasonló volt az előfordulási gyakorisága a névszói személyjelölésnek, amelyek névszó és inflexiós morféma kombinációjában jelennek meg (beszélőre vonatkozóan: 10%; beszélőpartnerre vonatkozóan: 18%). A résztvevői szerepekhez kapcsolódó jellemzőket részleteiben a következő alfejezetekben ismertetem.

24. táblázat. A társas deiktikus elemek szófaji gyakorisága a résztvevői szerepekkel összefüggésben⁹²

Résztvevői szerep	Szófaj	Szám, személy	Előfordulási gyakoriság (db)	Előfordulási arány (%)
BESZÉLŐ	ige		Σ: 606	Σ: 73%
		E/1.	481	58%
		T/1.	125	15%
BESZÉLŐ	névmás		Σ: 146	Σ: 17%
		E/1.	128	15%
		T/1.	18	2%
BESZÉLŐ	névszó		Σ: 81	Σ: 10%
		E/1.	72	9%
		T/1.	3	0,3%
		egyéb	6	0,7%
Összesen:			Σ: 833	Σ: 100%
BESZÉLŐPARTNER	ige		Σ: 359	Σ: 72%
		E/3.	225	45%
		T/1.	93	19%
		T/3.	5	1%
		tetszik + inf.	36	7%
BESZÉLŐPARTNER	névmás		Σ: 50	Σ: 10%
		ön	28	6%
		maga	17	3%
		T/1.	5	1%
BESZÉLŐPARTNER	névszó		Σ: 91	Σ: 18%
		E/3.	62	12%
		T/1.	1	0,5%
		vokatívusz	22	4%
		egyéb	6	1,5%
Összesen:			Σ: 500	Σ: 100%

⁹² A 24. táblázat az oktatóvideók (585 db) és a háziorvosi konzultációk (748 db) személyjelölő konstrukcióit együttesen tartalmazza.

A deiktikus elemek igeidő szerinti eloszlása azt mutatja, hogy konzultációtípustól és a résztvevői szerepektől függetlenül a jelen idő jelent meg a legmagasabb arányban. Az explicit jövő idejű alakok ritkán fordultak elő, ezért a százalékos arányokat együtt mutatom be a jelen idővel. Ezek alapján elmondható, hogy minden esetben (HO, V, páciens, orvos) a jelen idejű igealakok a jövő idővel együtt 80% körüli, jellemzően afölötti előfordulást mutatnak (lásd 25. táblázat). A múlt idejű igealakok a páciensek esetében a legmagasabbak, 23%-os előfordulási arányban jelentek meg a vizsgált mintában.

25. táblázat. Az igeidők eloszlása a konzultációkban és a résztvevői szerepek mentén

		Jelen + jövő idejű igealakok aránya (%)	Múlt idejű igealakok aránya (%)
V	Orvos/pszichológus	88%	12%
	Páciens	88%	12%
HO	Orvos	85%	15%
	Páciens	77%	23%

Az igeidőhasználat szoros összefüggésben áll a konzultáción megvalósuló feladatokkal és kommunikatív jellemzőkkel. Így a múlt idő sok esetben a páciens állapotához, gyógyszer-szedéséhez, betegújtához, korábbi terápiás feladataihoz kötődött mind a páciens mint beszélő (4a, 4b), mind a páciens mint beszédpartner szerepkörben (4c, 4d).

- (4a) P: *pont ettől féltem, a cukortól* (HO3)
 (4b) P: *Mióta az eszemet tudom, én mindig fejfájós voltam.* (V3B)
 (4c) D: *Hány kilót fogyott körülbelül?* (HO4)
 (4d) Psz: *két hete találkoztunk először* (V1B)

A jelen idejű alakok komplex viszonyokhoz kapcsolódtak a konzultáció és a jövő idősíkjában. A különböző igemódokkal, segédikékkal együtt többféle beszédaktus és szerepviszony megalkotása kötődött az időben lehorgonyzott folyamathoz, például terápiás cselekvések a konzultáción és azon kívül, leletek eredményei, jövőbeli terápiás és egyéb mindennapi feladatok (pl. 5a–5d).

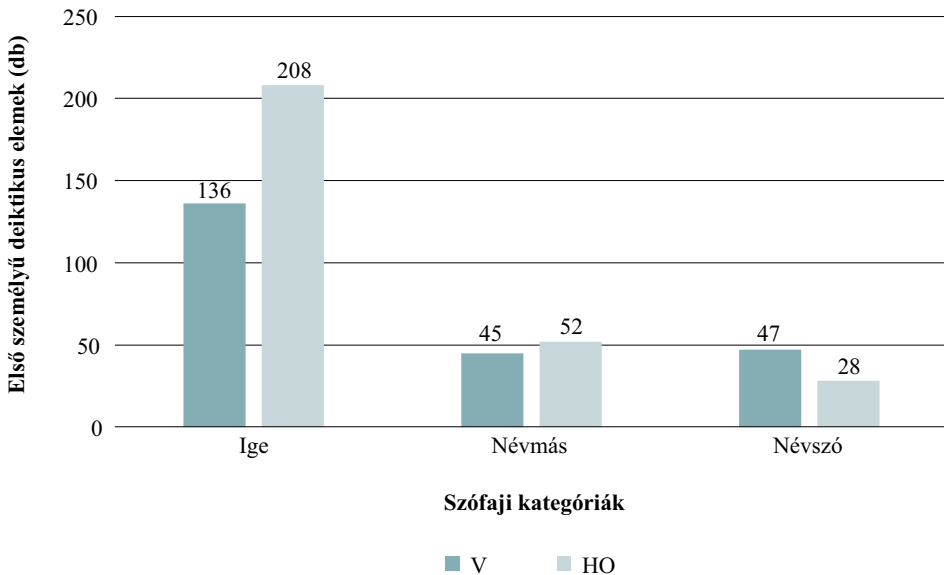
- (5a) P: *közelre kell majd csak szemüveget csináltatnom* (HO1)
 (5b) P: *így is elég sok mindent szedek* (HO3)
 (5c) D: *azt <<vérnymást>> majd esetleg megmérnék egyet* (HO1)
 (5d) D: *nyugodtan hívjon fel!* (V2B)

A továbbiakban a társas deiktikus elemek szerepviszonyokhoz kötődő jellegzetességeit mutatom be az oktatóvideókban és a háziorvosi konzultációkon.

8.4. A beszélő (ön)konstruálása az oktatóvideókban és a háziorvosi konzultációkon

8.4.1. A páciens mint beszélő

A páciensek beszélőként magukat nyelvileg leggyakrabban az egyes szám első személy kidolgozásával, morfoszintaktikai eszközzel jelenítették meg. Ez az oktatóvideókra és a háziorvosi konzultációkra is érvényes megállapítás, ahogy azt a 29. ábra is szemlélteti.



29. ábra. A páciensek által használt első személyű (E/1. és T/1.) deiktikus kifejezések száma (db) az oktatóvideókban és a háziorvosi konzultációkon⁹³

A páciensek önreferenciális megnyilatkozásainak 96%-a egyes szám első személyű volt, és csupán 4%-ban jelent meg a többes szám első személy a beszélői szerep kidolgozásában. A T/1. formák legnagyobb részt exkluzív (a partnert bele nem foglaló) vonatkozásúak voltak, leginkább a páciens + család referenciával jelentek meg (6a, 6b). A páciens + az egészségügyi szakember (6c, 6d), illetve az általános használatú T/1. (6e) ritkán fordult elő a vizsgált interakciókban.

⁹³ Az elemzett igei és névmási kifejezések a lehorgonyzás révén első személyűek. A névszók ugyan grammatikailag harmadik személyűek, ugyanakkor az első személyű referálás révén utalnak a beszélőre.

- (6a) P: *most kicsit maga alatt van, mert csináltatjuk a fogát* (HO1)
 (6b) P: *Négyen vagyunk. Ja, hát persze, a férjem is velünk van.* (V3P)
 (6c) P: *egyeztetjük a két évvel ezelőttivel* (HO1)
 (6d) P: *Hát, ahogy már az előző találkozásunkkor is mondtam* (V1B)
 (6e) P: *ha gyúrunk egy kiló lisztből tésztát, és négy félét csinálunk belőle az négy íz*
 (HO3)

A páciensek énmegjelenítésében kiemelkedő szerepet kaptak az igei szerkezetek (67%). A névmási (19%) és a névszói (14%) konstrukciók ennél jóval alacsonyabb arányban fordultak elő.

Az első személyű igei konstrukciók a páciensek megnyilatkozásaiban szemantikailag leggyakrabban a betegséghez kötődő cselekvéseket, állapotokat hozták be az interakcióba (lásd 26. táblázat). Így megjelentek az aktuális konzultáció cselekvései (7a–7c), a terápiához kapcsolódó egészségügyi és mindennapi cselekvések, állapotok (8a–8l). Ehhez szorosan kötődtek a betegutak (9a, 9b), a testi érzetek és érzelmek (10a–10h), valamint a mentális állapotok (11a–11g), beleértve a vágy, az akarat (12a–12c) és a bizonytalanság megjelenését egyaránt (11a, 11b, 11d, 11e, 11g).⁹⁴

26. táblázat. Az első személyű igei konstrukciók (E/1. és T/1.) szemantikai vonatkozásai a páciensek megnyilatkozásaiban a háziorvosi konzultációkon és az oktatóvideókban

Szemantikai vonatkozás	Példa
A konzultáción megvalósuló cselekvések	(7a) P: <i>azt <<vérnyomáscsökkentőt>> szeretnék kérni</i> (HO2) (7b) P: <i>bejöhetek</i> (V1P) (7c) P: <i>jöjjenek ide</i> (V2B)
A betegséghez, terápiához kapcsolódó konkrét és mindennapi cselekvések, állapotok	(8a) P: <i>szoktam mérni</i> (HO1) (8b) P: <i>szemüveg nélkül vezethetek</i> (HO1) (8c) P: <i>a kávé is cukor nélkül iszom</i> (HO2) (8d) P: <i>bevertem</i> (HO2) (8e) P: <i>meg éjjel is fölélbredek</i> (HO3) (8f) P: <i>hiába szopogatom</i> (HO3) (8g) P: <i>ebből biztos felet kell szednem</i> (HO3) (8h) P: <i>sánítok</i> (HO4) (8i) P: <i>buszra sem tudok szállni</i> (V1P) (8j) P: <i>lefogyok</i> (V2B) (8k) P: <i>cukros vagyok</i> (V2B) (8l) P: <i>elkaptam</i> (V4B)
Betegutakhoz kapcsolódó cselekvések	(9a) P: <i>tegnap voltam az egy hónapos kontrollon</i> (HO1) (9b) P: <i>nem kell visszamennem</i> (HO1)

⁹⁴ Az itt bemutatott kategóriák között nincs éles határ, a konzultáció cselekvései mentén átfedések is megfigyelhetők.

Szemantikai vonatkozás	Példa
Testi érzetek, érzelmek	(10a) P: <i>semmit nem éreztem</i> (HO1) (10b) P: <i>nagyon be voltam rezelve</i> (HO1) (10c) P: <i>rosszul érezem magam</i> (HO3) (10d) P: <i>ami miatt viszont aggódom</i> (HO4) (10e) P: <i>most megnyugodtam</i> (HO4) (10f) P: <i>rettegek</i> (V1P) (10g) P: <i>rosszabbul érezem magam</i> (V1B) (10h) P: <i>alig bírom magam vonszolni</i> (V4P)
Mentális állapotok, bizonytalanság	(11a) P: <i>nem is vagyok ilyen cukormániás, vagy nem tudom</i> (HO2) (11b) P: <i>nem tudom, kellene-e menni valahová</i> (HO2) (11c) P: <i>pedig arra gondoltam</i> (HO3) (11d) P: <i>nem tudom, hogy nincs-e valami</i> (HO4) (11e) P: <i>nem is tudom</i> (V1B) (11f) P: <i>belegondolok</i> (V3B) (11g) P: <i>nem is tudom</i> (V3B)
Vágy, akarat	(12a) P: <i>nem akarok semmi olyat szedni</i> (HO3) (12b) P: <i>nem szeretnék koleszterincsökkentőt szedni</i> (HO4) (12c) P: <i>nem akartam leírni az emailbe</i> (HO4)
Közlés, kommunikáció	(13a) P: <i>mondom</i> (HO3) (13b) P: <i>akkor majd szólok</i> (HO3) (13c) P: <i>mondhatok az ő nevében</i> (HO4) (13d) P: <i>megmondom őszintén</i> (HO4) (13e) P: <i>hozzátenném</i> (HO4) (13f) P: <i>szólok</i> (HO4) (13g) P: <i>majd jelentkezem</i> (HO4) (13h) P: <i>ezt az előző látogatásomkor is elmondtam</i> (V1P) (13i) P: <i>jelentkezem</i> (V1B)
Udvariassági és kapcsolattartó aktusok	<i>köszönöm, kezét csókolom, jó napot kívánok</i> (több konzultációban)

A névmással történő ÉN-konstruálásban szintén az E/1. alakok dominálnak a vizsgált mintában. 92-szer adathozható az E/1. személyes névmás alanyesetben vagy ragozott alakban; míg *mi* névmás összesen 5-ször fordul elő a két konzultációtípusban a páciensek megnyilatkozásaiban. Az utóbbiak minden esetben a páciens és a családtagok személyhalmazára vonatkozott (14a, 14b). A névmási előfordulásoknak a fele nem nominatívusi esetalakban jelent meg, ami gyakran igei vagy névszói vonzatstruktúra részét képezte, így előfordulásuk a viszony kidolgozásával indokolható (14b–14g).

- (14a) P: *hát a **mienké** <<gyermekorvos>> meg volt, hogy **nem** látott, mit **tudom** én, nyolc évig* (HO2)
 (14b) P: *A férjem is **velünk** van* (V3P)
 (14c) P: ***nekem** azt mondták, hogy **nem** kell visszamennem* (HO2)
 (14d) P: *igen tessék szíves egyet <<nyomtatni>>, hogy legyen meg **nekem** is* (HO3)
 (14e) P: *észrevette **rajtam** egy barátnőm is* (HO4)
 (14f) P: *Talán ezért lenne mindez, hogy **túlságosan háttérbe szorítom magam***. (V3B)
 (14g) P: *Állandóan **rajtam** lóg.* (V4P)

Az *én* névmás alanyesetű megvalósulása nem mutat mintázatot, ami adódhat abból is, hogy a vizsgált interakciókban nem volt túl gyakori. Ez összefüggésben van a magyar nyelv agglutináló jellegével is, pontosabban azzal, hogy az elsődleges szereplő az igealakon személyraggal kifejeződik. Amikor azonban megjelenik a névmás, akkor valamilyen okból hangsúlyos szerepet kap. Ez lehet grammatikai ok, például amikor az E/1. személyes névmás elliptikus szerkezetekben jelenik meg (15a), vagy állandósult kifejezésekhez kapcsolódóan (15b). Az is megfigyelhető továbbá, hogy előfordult negatív érzelmehez (15c, 15d), valamint az episztémikus működéshez kötődően. Ezek funkciója eltérő lehet (PICHLER 2007, DÉR 2024; megj. a.), így például kifejezhetnek információhiányt, bizonytalanságot vagy hezitációt (15f–15h), továbbá előkészíthetnek kérést (15e).

- (15a) P: *ühüm, én is <<köszönöm>>* (HO1)
 (15b) P: *de jó, akkor megeszek egy, egy egész tábla, mit tudom én, csokit* (HO2)
 (15c) P: *én nagyon félek mindenféle ilyen szúrástól meg fájdalomtól* (HO1)
 (15d) P: *én nagyon be voltam rezelve* (HO1)
 (15e) P: *én nem tudom, hogy esetleg egy laborvizsgálatot* (HO4)
 (15f) P: *én meg nem tudom, és nem én nem szív<<esen>>, ugye hát, én nem vagyok egy gyógyszer, nem nagyon szeretek így gyógyszereket* (HO4)
 (15g) P: *Hát nehezen tudnám én ezt megmondani. Mióta az eszemet tudom, én fejfájós vagyok.* (V3P)
 (15h) P: *Hát, én nem is tudom. Én olyan különösebb lelki problémákról nem tudok.* (V3B)

A páciens megnyilatkozási szerepének kidolgozásában az igei és névmási szerkezeteken túl névszói konstrukciók is részt vesznek. Ezeknek jellemzően két fő szemantikai vonatkozásuk van. Egyrészt a páciensek a saját állapotukat, fájdalmaikat, testrészeiket (16a–16h); másrészt pszichoszociális viszonyaikat (család, munkahely) jelenítették meg, illetve fejtették ki nyelvileg (17a–17e).

- (16a) P: *nem csak a kezeim, kezemen itt is volt egy ilyen* (HO2)
 (16b) P: *a szívemnek nem tett jót* (HO3)
 (16c) P: *szorult a mellkasom* (HO3)
 (16d) P: *nem tudom mit csinál a vérnyomásom* (HO3)
 (16e) P: *itt végig a nyakamon olyan pattanások jönnek ki* (HO4)
 (16f) P: *ilyen pánik-rosszulléteim szoktak lenni* (V1P)
 (16g) P: *a doktornő szerint lelki okai lehetnek a fejfájásomnak* (V3P)
 (16h) P: *de fájnak a végtagjaim, fáj a fejem* (V4P)
- (17a) P: *amikor rá tudom venni a férjem* (HO1)
 (17b) P: *édesanyám agyvérzésben halt meg* (HO3)

- (17c) P: *nagyon sok a pajzsmirigyes a családban, keresztanyukám is meg a nagynéném is és a többi, illetve az egyik nagymamám az pajzsmirigyrákba halt meg, ez az apukámnak az anyukája* (HO4)
- (17d) P: *A munkahelyemre a feleségem hord autóval* (V1P)
- (17e) P: *a nővérem tíz éve injekciózza magát* (V2P)

A beszélők névszói, harmadik személyű, részben objektívált megjelenítése nagyon kevés esetben fordult elő, és lényegében a bemutatkozás vagy a saját név említésének a tipikus eseteihez volt köthető, pl. *Baloghné Zombori Mária* (V3P).

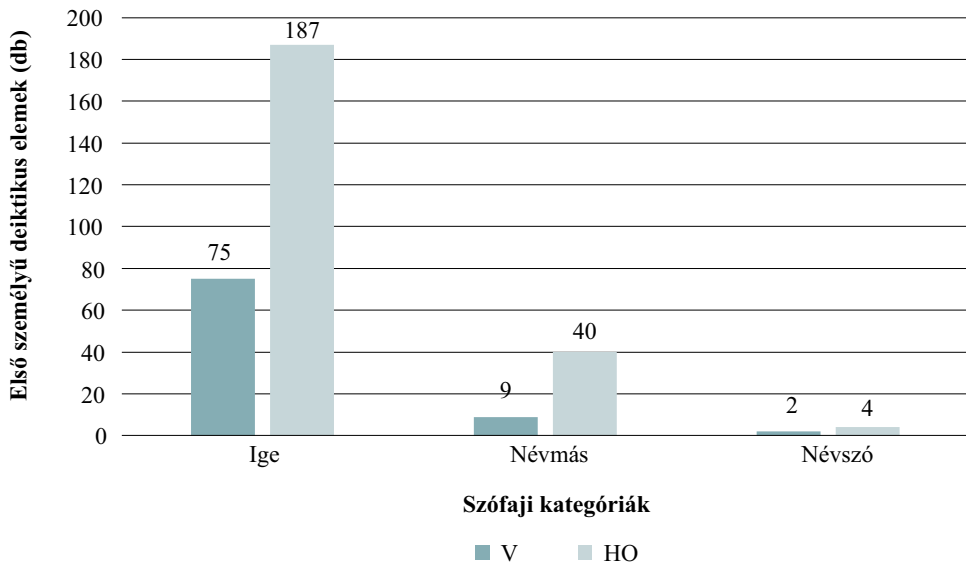
Összességében megállapítható, hogy a páciensek ÉN-megjelenítése elsődlegesen egyes szám első személyű konstrukciókkal valósult meg. Szemantikailag a terápiás cselekvések, állapotok, érzelmek, érzetek, mentális folyamatok és a pszichoszociális viszonyok nyelvi kidolgozása figyelhető meg a háziorvosi konzultációkon és az oktatóvideókban egyaránt. A két interakciótípust tekintve tehát hasonló mintázatok írhatók le.

A következő alfejezetben rátérek az egészségügyi szakemberek önmegjelenítési jellegzetességeire, összevetve az itt bemutatott, páciensekre jellemző sajátosságokkal.

8.4.2. Az egészségügyi szakember mint beszélő

Az egészségügyi szakemberek egyes és többes szám első személyű konstrukciói együttesen alacsonyabb előfordulást mutattak (317 eset), mint a páciensek esetében (516 eset). Megfigyelhető ennél az interakciós résztvevői szerepnél is, hogy a morfoszintaktikai konstrukciók dominálnak mindkét konzultációtípusban, összefüggésben a magyar nyelv tipológiai sajátosságaival (lásd 30. ábra). Az igei szerkezetek aránya kifejezetten magas, 83% volt, míg a névmási konstrukciók gyakorisága 15%, a névszói kifejezések pedig csupán 2%-os előfordulást mutattak.

Az egészségügyi dolgozók első személyű konstrukcióinak 59%-a egyes szám első személyű és 41%-a többes szám első személyű volt mindkét konzultációtípusban. A T/1. konstrukciók nem csupán számszerűen voltak gyakoribbak, mint a páciensek megnyilatkozási szerepében (4%), hanem referenciájukat tekintve is nagyobb változatosságot mutattak. A leggyakrabban az orvos/pszichológus + páciens közösségére, illetve az aktuális interakció résztvevőinek közös tevékenységére utaltak (18a, 18b). Vonatkozhattak továbbá az egészségügyi szakember más egészségügyi szakemberekkel alkotott közösségére, vagy az orvosra és a praxisra, vagy mint orvosi gyakorlatra (19a, 19b). A vizsgált mintában ezzel részben érintkező, de ezen túl is mutató mintázat, amikor az orvos a saját cselekvését közösként konstruálta meg (20a, 20b). Kisebbszámban az is előfordult, hogy a páciens cselekvése jelent meg többes szám első személyben az orvosi megnyilatkozásokban (21). Szintén ritka volt, hogy egyéb vonatkozásai jelentek meg a többes szám első személynek. A (22a) példában a *köszönjük* referenciája az orvos + családja, míg a (22b)-ben az orvos + telefonos beszélgetőpartnerére vonatkozik a *nem tudunk beszélni*.



30. ábra. Az egészségügyi szakemberek által használt első személyű (E/1. és T/1.) deiktikus kifejezések száma (db) az oktatóvideókban és a háziorvosi konzultációkon

Az egyes mintázatok arányát mutatja összefoglalva a 27. táblázat a két konzultációtípusban. Ebből az látható, hogy a valós interakciókban változatosabb vonatkozásai jelentek meg a többes szám első személyű konstrukcióknak. Nagyobb arányú a más egészségügyi szakemberekre vagy a praxisra vonatkozó előfordulás és az orvos saját cselekvésének közösként való konstruálása is, mint az oktatóvideókban.

27. táblázat. A többes szám első személyű konstrukciók vonatkozásai és előfordulási gyakorisága (%) a háziorvosi konzultációkon és az oktatóvideókban

	V (%)	HO (%)	Példák
Egészségügyi szakember + páciens	89%	64%	(18a) D: <i>hát erre ki kell majd találnunk mindjárt, hogy, hogy, hogyan tovább</i> (HO3) (18b) Psz: <i>Most beszéljünk egy kicsit magáról!</i> (V3P)
Egészségügyi szakember + más egészségügyi szakember/praxis	3%	13%	(19a) D: <i>itt a rendelőben ezt még el is tudjuk fogadni</i> (HO1) (19b) D: <i>De ezzel kapcsolatban összegyűjtöttünk néhány könyvcímet.</i> (V2B)
Orvos cselekvése	4%	20%	(20a) D: <i>először nyomtassuk ki itten a véreredményeket</i> (HO3) (20b) D: <i>hogya nem kielégítő a diéta, akkor vércukorcsökkentő tablettákat adunk</i> (V2P)

	V (%)	HO (%)	Példák
Páciens cselekvése	0%	1%	(21) D: <i>ezt tegyük el</i> (HO3)
Egyéb	4%	2%	(22a) D: <i>köszönjük szépen</i> (HO3) (22b) D: <i>nem tudunk beszélni</i> (V4P)

Az egészségügyi dolgozók kommunikációjában az első személyű konstrukciók szemantikai vonatkozása a szakmai közeghez és az interakcióbeli szerephez kötődik (lásd 28. táblázat). Kifejezetten gyakran fordultak elő mindkét konzultációtípusban az értésre, megértésre, mentális állapotokra (25a–25i) és közlésre vonatkozó reflexiók (26a–26h). A konzultáción megvalósuló tevékenységekre (23a–23h), valamint a terápiás cselekvésekre való utalások (24a–24d) a háziiorvosi konzultációkon jellemzők voltak, az oktatóvideókban azonban kifejezetten ritkán fordultak elő (lásd bővebben: 9. fejezet).

28. táblázat. Az első személyű konstrukciók (E/1. és T/1.) szemantikai csoportjai a háziiorvosi konzultációkon és az oktatóvideókban⁹⁵

Szemantikai vonatkozás	Példa
A konzultáción megvalósuló cselekvések	(23a) D: <i>meg tudom nyitni</i> (HO1) (23b) D: <i>esetleg megmérnénk egyet</i> <<vényomás>> (HO1) (23c) D: <i>száznegyvennyolc per nyolcvannégyet mérek</i> (HO3) (23d) D: <i>földről magának</i> (HO3) (23e) D: <i>estére pedig annyit csinállok</i> (HO3) (23f) D: <i>előbb nyomtatok</i> (HO4) (23g) D: <i>magamnak is beírogatom a gépbe</i> (HO4) (23h) Psz: <i>Miben segíthetek?</i> (V3B)
Terápiához kapcsolódó cselekvések, utasítások, javaslatok, állapotok	(24a) D: <i>sajnos ez már ott vagyunk a határon</i> (HO2) (24b) D: <i>rúteszünk egy pajzsmirigy-hormont is</i> (HO4) (24c) D: <i>ezt vissza fogjuk kontrollálni</i> (HO4) (24d) D: <i>azt javaslom</i> (V4B)
Mentális állapotok, tudás, diskurzusrányítás, figyelemirányítás	(25a) D: <i>igen, olyasmire gondoltam volna</i> (HO1) (25b) D: <i>no és akkor nézzük, hogy mit írnak itten</i> (HO2) (25c) D: <i>tudom, tudom, tudom</i> (HO3) (25d) D: <i>értem, értem</i> (HO4) (25e) D: <i>hogyan emlékezzünk mindenre</i> (HO4) (25f) D: <i>akárhogy is osztok-szorok</i> (HO4) (25g) D: <i>Na, lássuk, mi a probléma</i> (V1P) (25h) Psz: <i>Ha jól emlékszem, akkor maga Kovács Bálint</i> (V1B) (25i) D: <i>hát úgy gondolom, hogy mostantól fogva erre fontos lenne odafigyelnie</i> (V2B) (25j) D: <i>Gondolom, van háziorvos</i> (V4P) (25k) D: <i>ha jól értem</i> (V4B)

⁹⁵ Az itt bemutatott kategóriák között nincs éles határ, a konzultáció cselekvései mentén átfedések is megfigyelhetők.

Szemantikai vonatkozás	Példa
Közlés, kommunikáció	(26a) D: <i>és akkor azt mondtuk, hogy</i> (HO2) (26b) D: <i>meg úgy beszéltük meg</i> (HO3) (26c) D: <i>én azt mondom</i> (HO4) (26d) D: <i>azt tudom mondani</i> (HO4) (26e) D: <i>ezt viszont mi már beszéltük</i> (HO4) (26f) Psz: <i>hogy csak egy példát mondjak</i> (V1P) (26g) Psz: <i>Hogyan szólíthatom?</i> (V3B) (26h) D: <i>Ezért mondom asszonyom, hogy esetleg a háziorvosához kéne fordulnia.</i> (V4P)
Udvariassági és kapcsolattartó aktusok	<i>csókolom, üdvözlöm, köszönöm szépen, nagyon szépen köszönöm, jó napot kívánok</i> (több konzultáción)

Az E/1. perspektivizált (SANDERS–SPOOREN 1997), nem a megnyilatkozókra vonatkozó használata kizárólag egyszer fordult elő a V1B oktatóvideóban. Ebben az esetben a pszichológus a páciens nézőpontjából dolgozta ki a terápiás cselekvést (27). Az ilyen jellegű egyes szám első személyhez köthető **perspektívaáthelyezés** a valós orvos-beteg interakciókban is ritkán fordul elő (KUNA 2016a).

(27) Psz: *Ez nem olyan, mint egy gyógyszer, hogy **beveszem**, és vége, elmúlt a tünet.* (V1B)

Az egészségügyi szakembereket beszélőként jóval kevesebbszer jelölte egyes szám első személyű névmási személydeixis, mint igei konstrukció (lásd 30. ábra). Ezek a névmások több esetben metonimikusan a rendelőnek vagy a gyógyításnak a helyét (28a–28f), valamint a szakember és a páciens közös tevékenységét dolgozták ki (29a–29e). Olykor a beszélő mentális állapotainak határozottabb kifejtését szolgálták (30c), vagy a vonzatstruktúra részeként jelentek meg (30a, 30b).

(28a) D: *mert itt járt **nálam*** (HO3)
 (28b) D: *hát laborkérés az **tőlünk** három éve ment ki* (HO4)
 (28c) D: *dolgoznak **nálunk** különböző szakemberek* (HO4)
 (28d) D: ***nálam** van mondjuk hatvan olyan beteg* (HO4)
 (28e) Psz: *Szóval mégiscsak úgy döntött, hogy eljön **hozzám**.* (V1B)
 (28f) Psz: *Két hete találkoztunk először, akkor volt **nálam** pszichológiai vizsgálaton.* (V1B)

(29a) D: *igen, az is itt megvan **nekünk*** (HO1)
 (29b) D: *van **nekünk** egy olyan, hogy frontin nulla huszonöt* (HO2)
 (29c) D: *arról még nem beszéltünk **mi** ugye* (HO4)
 (29d) D: *tehát **mi** most a pajzsmirigynek a hormonműködéséről beszélünk* (HO4)

(29e) Psz: *amíg egy új gyógyszertől várja a csodát, addig **mi** nem tudunk együtt dolgozni*
(V1P)

(30a) D: *majd szóljon **nekem**, és akkor kiírok megint egy vérvételi beutalót* (HO2)

(30b) D: *mindjárt előbb nyomtatok **magamnak*** (HO4)

(30c) Psz: ***Én** úgy érzem, mintha kicsit felmentést adna neki, miközben úgy gondolja, hogy esetleg többet is segíthetne.* (V3B)

A névszói előfordulások nagyon alacsony számban adatolhatók. Ezek a saját név említések, bemutatkozásokkor formailag harmadik személyűek (31a), egyéb vonatkozásban a háziiorvosi konzultációkon jelentek meg az orvos + páciens, valamint az orvos + praxis vonatkozásban (31b, 31c).

(31a) Psz: ***Békési Károly!*** (V3P)

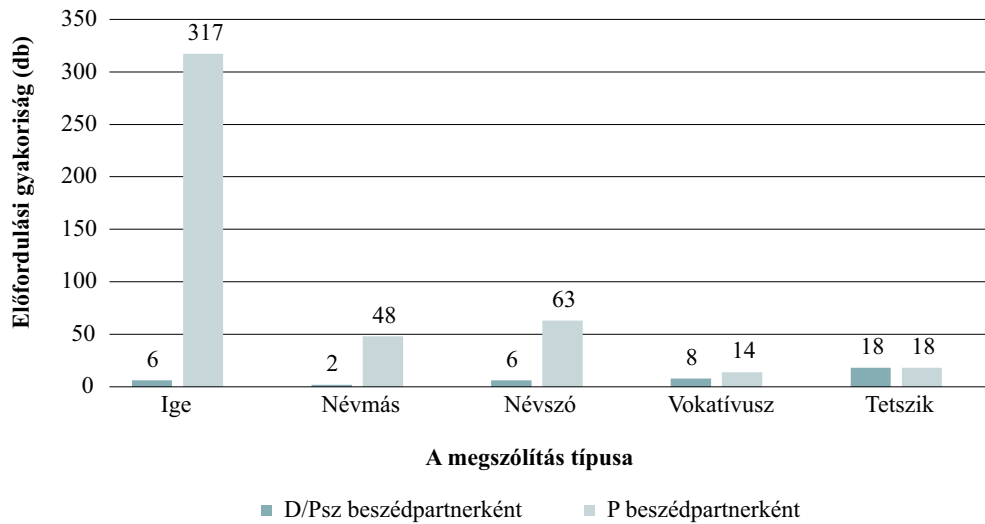
(31b) D: *megvan a **lehetőségünk*** (HO4)

(31c) D: *van saját **dietetikusunk*** (HO4)

A megnyilatkozókra vonatkozó személydeixis és jellegzetességeinek az ismertetését követően rátérek a címzettekhez kapcsolódó személyjelölési tendenciákra.

8.5. Az interakcióbeli partner konstruálása – Az egészségügyi szakember és a páciens mint beszédpartner

A résztvevői szerepek megalkotása és alakulása dinamikus folyamat, és interakcióbeli működésében a megnyilatkozási és a befogadói szerepek együtt értelmezhetők, ahogy erre már a fenti példák is rámutattak. A vizsgált minta alapján elmondható, hogy az egészségügyi szakemberek jóval gyakrabban szólították meg a pácienseket, mint fordítva, ahogy ezt a 31. ábra összesítve szemlélteti az oktatóvideók és a háziiorvosi konzultációk anyagában. Ennek jellemző mintázatait mutatom be mindkét interakcióbeli résztvevői szerephez kapcsolódóan.



31. ábra. A megszólítás típusai és előfordulási gyakorisága (db) a páciensekre és egészségügyi szakemberekre mint beszédpartnerekre vonatkozóan az oktatóvideókban és a háziorvosi konzultációkon⁹⁶

8.5.1. A páciens mint beszédpartner

A két konzultációtípusban az egészségügyi szakemberek közléseiben összesen 460-szor jelent meg a páciens nyelvi jelölt módon beszédpartnerként. Ez a művelet jellemzően inflexiós morféfémák révén valósult meg (32a–33g), névmás nélküli, nemtegező igei szerkezetekben vagy névszók birtokos személyjel általi lehorgonyzásával (32b, 32j, 32k, 33c). Az igei szerkezetek a páciens terápiához, mindennapi szokásaihoz vagy betegútjához kapcsolódó cselekvéseihez kötődtek. Így például a gyógyszersedéshez vagy -kiváltáshoz (32a, 32c, 32d, 32e, 32g, 32o), étkezéshez (32c, 32i, 32o), testmozgáshoz (32k, 32l). A konzultáción zajló vagy az azt követő események is megjelentek a beszédpartner megszólításában (33a–33g). Kifejezetten gyakori volt a jövőbeli találkozáásra, kapcsolattartásra, feladatra való utalás (33a, 33b, 33d, 33g), valamint a figyelemirányítási aktusok kifejtése (34a–34f).

(32a) D: *jó, ugye gyógyszert vérnyomáscsökkentőt **szed*** (HO1)

(32b) D: *hát, a **vércukra** lett magasabb* (HO2)

(32c) D: ***próbáljon** inkább ott a banán helyett mondjuk almát **enni*** (HO2)

(32d) D: *ha **kiváltja**, akkor két hétig reggel egyet **szedjen*** (HO2)

⁹⁶ A 31. ábrán a névszói címke a morfoszintaktikailag jelölt (pl. *vércukra*) és egyéb típusú névszókat (pl. *jöjjen ide a **doktornő**höz*) jelöli. A vokatívuszi konstrukciók is névszóiak (pl. ***Marika***) (lásd 24. táblázat), de itt külön alkategóriaként tüntettem fel őket, hiszen fontos szerepük van a megszólításban.

- (32e) D: *melyik gyógyszertárba' váltotta ki* (HO3)
 (32f) D: *mer' ezt nem szedheti* (HO3)
 (32g) D: *tulajdonképp akkor ezt reggel-este szedni fogja, tehát kétszer egy* (HO3)
 (32h) D: *higgye el, hogy, hogy meg fog könnyebbülni, jó* (HO3)
 (32i) D: *táplálkozásban valamilyen diétát követ-e* (HO4)
 (32j) D: *bőrén valami megjelent* (HO4)
 (32k) D: *tudja valamihez kötni, hogyha többet gyalogol vagy lépcsőzik* (HO4)
 (32l) D: *Sportol valamit?* (V2P)
 (32m) D: *Arról lenne szó, hogy le kellene fogynia pár kilót.* (V2B)
 (32n) Psz: *Mesélne nekem a fejfájásáról, hogy mióta tart, mikor jelentkezik?* (V3P)
 (32o) D: *Fogyasszon sok folyadékot, lehetőleg meleg teát. Szedjen vitaminokat, és kerülje a zsúfolt helyeket.* (V4P)
- (33a) D: *ha telefonál, akkor meg tudom nyitni a leletét a gépben* (HO1)
 (33b) D: *és akkor telefonáljon* (HO2)
 (33c) D: *ha valami van kérdés, kérdése* (HO1)
 (33d) D: *emlékeztessen rá, hogy újra nézzünk akkor pajzsmirigyhormont* (HO4)
 (33e) D: *a friss laborral tudjon majd esetleg a kardiológiára jelentkezni* (HO4)
 (33f) Psz: *Ah, megérkezett. Jöjjön, üljön le.* (V1P)
 (33g) D: *Ha pedig úgy érzi, hogy nehézséget okoz a diéta összeállítása, nyugodtan hívjon fel!* (V2B)
- (34a) D: *hét egész hat, itt, nézze csak* (HO2)
 (34b) D: *nézze, túl lesz ezen a szemműtéten, jól fog sikerülni* (HO3)
 (34c) D: *igen itt van, nézze csak* (HO4)
 (34d) Psz: *Nézzük, mi a probléma!* (V1B)
 (34e) D: *Nos hát, nézzük csak!* (V2P)
 (34f) D: *Nézze asszonyom, nyilván maga is látta, hogy hányan várnak odakint.* (V4P)

A páciensek beszédpartnerként történő megkonstruálásában az is megfigyelhető, hogy az orvos-beteg konzultáció egyik alapvető funkciója a motiválás, a megerősítés, az utasítás, a tanácsadás (BIGI 2022b). Az is látszik továbbá ezen deiktikus elemek révén, hogy ebben a tanácsadó diskurzustípusban az orvosé a vezető szerep, tehát őhozá kötődnek a direktív aktusok, amelyek változatos modalitással az igei konstrukciókban fejeződnek ki. A direktív cselekvések gyakran jelentek meg felszólító módban (*szedjen, próbáljon*), továbbá a deontikus *-hat/-het* komponenssel (kijelentő módú igealakban) (*nem szedheti*), a jövő idő, kijelentő módú direktív használatával (*szedni fogja*) vagy feltételes móddal (*mesélne*). Birtokos személyjeles névszó jóval ritkábban fordult elő, mint az igei konstrukciók (lásd 31. ábra). Leggyakrabban a páciensek leleteire, eredményére, állapotára, testrészeire utalt velük a gyógyító szakember (32b, 32j, 32n).

A beszédpartner névmási megjelölése is viszonylag ritka a vizsgált mintában, ami az elsődleges szereplőnek az igealakon való kifejeződésével, valamint a nemtegezésen belüli névmáskerülés tendenciájával is kapcsolatba hozható (DOMONKOSI 2002: 194–196). A *maga* névmás 17-szer (35c–35h), az *ön* 26-szor fordult elő a gyógyítók közléseiben (35a, 35b, 35i–35k, 35n). A névmás megjelenése jellemzően összefüggésben van igei vagy névszói vonzatstruktúrával, így gyakrabban jelent meg például az *ad* ige környezetében (35a, 35c, 35d, 35f). Alanyesetű (35b, 35e, 35j, 35m) és birtokos jelzőként alakilag jelöletlen előfordulása ritka volt (35i, 35l), inkább részes esetben jelent meg a mintában (35c, 35d, 35f, 35g, 35h, 35k, 35n).

A kis számú előfordulások miatt a vizsgált konzultációkban nem beszélhetünk tendenciákról, az azonban megfigyelhető az egész diskurzus menetét és jelentéskonstruálását figyelembe véve, hogy valószínűsíthetően az *ön* és a *maga* is semleges használatúnak és udvariasnak számít az adott interakcióban.⁹⁷ Nem állapítható meg a beszélőre jellemző mintázat sem, aminek megfigyelésére ugyan korlátozott módon, de a háziorvosi konzultációk lehetőségét biztosítanak. A háziorvos mindkét névmást használta a beszédpartner nemétől és korától függetlenül. Ami azonban látható, hogy a névmások konzultáción belüli váltogatása a háziorvosi konzultációkon nem volt jellemző. Így például a HO1-ben az orvos a páciensét *önöz*te (2 előfordulás), a HO2-ben jellemzően *magáz*ta (6 *maga*, 1 *ön* névmás), a HO3-ban csak a *maga* fordult elő két esetben, ugyanebben a konzultációban a többi interakcióhoz képest magas volt a tetszikelés száma (8 előfordulás) a többi interakcióhoz képest; míg a HO4 interakcióban 11 *ön* és 1 *maga* fordult elő.

- (35a) D: *jó, ezeket visszaadom **önnek**, a három iratot* (HO1)
 (35b) D: ***ön** most hozott leletet, vagy a gépből nézzem meg* (HO2)
 (35c) D: ***magának** adjak esetleg belőle, kérne belőle, nyomtassak egyet* (HO2)
 (35d) D: *Jó, ezt odaadom akkor **magának**, az miről meg akkor a vérvételről, hogy legyen ott **magának** is ebből példány, jó, jó?* (HO2)
 (35e) D: *és akkor a vélemény azt ott alul majd látja **maga** is* (HO2)
 (35f) D: *és akkor mindjárt most akkor kinyomtatom a recepteket is, jó, hogy akkor így kézbe tudjam adni ezt az új gyógyszert is **magának*** (HO2)
 (35g) D: *Jó, akkor adok **magának** a leletekből, jó?* (HO3)
 (35h) D: *Várjon, fölírom **magának** egy lapra, jó?* (HO3)
 (35i) D: *akkor menjünk akkor át az **ön** kartonjára* (HO4)
 (35j) D: *nem, de én már látom azt is, akkor **ön** elment aaaa, ezt a következőt* (HO4)
 (35k) D: *olyan időpontot tudunk nézni, ami **önnek*** (HO4)
 (35l) D: *Milyen az **Ön** párkapcsolata?* (V1P)
 (35m) D: *Akkor **maga** Kovács Bálint.* (V1B)
 (35n) D: *És fontos lenne a **feleségével** is beszélnie, hogy segítsen **Önnek** abban, hogy diétázni tudjon.* (V2B)

⁹⁷ Ennek bizonyos megállapítása azonban nagyon nehéz, mert mindkét névmáshoz eltérő attitűdök köthetnek (DOMONKOSI 2002).

A résztvevők közös terápiás munkájának a nyelvi megalkotása többes szám első személyű, jellemzően igei alakokhoz, illetve ritkábban névmásokhoz volt köthető, ahogy erről már a megnyilatkozási szerepnél is volt szó (lásd 8.4. fejezet), így erre itt részleteiben nem térek ki.

- (36a) D: **kezdjük** a papírokkal (HO1)
 (36b) D: *itt ez a, ez a, ez a két sor a fontos nekünk* (HO2)
 (36c) D: *akkor a TSH-ra kaptunk egy kettő egész négyes értéket* (HO4)
 (36d) Psz: **mi nem tudunk** együtt dolgozni (VIP)

A páciensek nominális megszólítása kizárólag az oktatóvideókban jelent meg, és vokatívuszi konstrukcióval valósult meg. Előfordult vezetéknev + *úr* (37a), keresztnév (37b) és személyjelölést tartalmazó névszó (37c) egyaránt. Ezek a megszólítások az aszimmetriának, valamint a szerepbeli eltéréseknek is a mutatói. A kevés számú vokatívuszi konstrukció alapján általános következtetést nem lehet levonni a kapcsolatépítés és a megszólítás ezen módjának a viszonyára. Az oktatóvideókban azonban az látható, hogy a második jelenetet leszámítva a paternalisztikus jelenetben fordult elő többször a vokatívusz.

- (37a) D: *Nos hát, Szalai úr, egy kis életmódváltásra lenne szükség.* (V2P)
 (37b) D: *Foglaljon helyet, Marika!* (V3P)
 (37c) D: *Kérem, asszonyom, értse meg, hogy ez a dolog nem ide tartozik.* (V4P)

A *tetszik* + főnévi igeneves szerkezetek 18-szor fordultak elő a két konzultációtípusban, elsősorban *tessék* formában (16-szor). A háziorvosi konzultációk közül a HO1 interakcióban egyszer, míg a HO3 interakcióban 8-szor jelent meg. Ez utóbbi esetben valószínűleg a páciens tetszikelése hatással lehet az orvos megszólítási gyakorlatára is. Az idős beteg ugyanis 12-szer szólította meg tetszikelve az orvost, ezekből 4 eset azelőtt történt, mielőtt az egészségügyi szakember először használta ezt a megszólítási módot. Ezek alapján úgy tűnik, hogy az orvos stílusban is alkalmazkodott a páciense által felkínált formához, ami egyébként a tetszikelés prototipikusnak tartott szerepével is összhangban áll. Ezek szerint a tetszikelést jellemzően fiatalabb beszélő használja az idősebb vagy női beszédpartner udvarias megszólításakor (DOMONKOSI 2002; DOMONKOSI–KUNA 2015). A stílusbeli egyezkedés felé mutat az is, hogy az orvos beszédében ebben az interakcióban 8-szor fordult elő a *tetszik* + infinitív forma, amíg a többi konzultációban ez 1-szer jelent meg (38a), ebben az esetben is idősebb nőbetegget megszólítva.

- (38a) D: *tegnap is tetszett menni* (HO1)
 (38b) D: *nem baj, tessék visszavinni holnap* (HO3)
 (38c) D: *tessék nekik elmondani, hogy itt jártunk* (HO3)
 (38d) D: *tessék felemelni kényelmesen* (HO3)
 (38e) D: *na most akkor tetszik szedni ezt reggel* (HO3)
 (38f) D: *tessék a méréseket folytatni, jó* (HO3)

A megszólítás ezen formája az oktatóvideókban az egészségügyi szakember kommunikációjában kizárólag *tessék*-ként adatható. Kifejezetten gyakran szerepelt a második jelenet paternalisztikus kapcsolatépítési modelljének diskurzusában (39a–39d), amely több más nyelvi jellemzővel együtt hozzájárult az orvos direktív stílusának a kifejezéséhez is. A *tessék* formák főként konvencionizált kifejezésekben, udvariasságot jeleznek, ahogy ez a HO3 konzultációban az orvos és a páciens megnyilatkozásaiban is megfigyelhető (38b–38d, 38f; 43a–43d). Ugyanakkor a *tessék* + infinitív forma direktív stílust is teremthet, ahogy ez a (39b–39d) példákban is látható, amelyekben ezek a kifejezések erőteljes felszólításként értelmezhetők. Érdemes ezzel összehasonlítani ennek a jelenetnek a betegközpontú feldolgozását, amelyben a *tessék* kizárólag egyszer jelent meg, udvariasságot kifejező mondatzóként, nem pedig főnévi igenévi szerkezetben (39e).

A *tessék* működése a háziiorvosi konzultációkon és az oktatóvideókban is rámutat arra, hogy az egyes megszólítási módok nem önmagukban jelzői a kapcsolatépítésnek, hanem a verbális és nemverbális aktusok hálózatában értelmezhetők.

(39a) D: *Jó napot! Tessék helyet foglalni!* (V2P)

(39b) D: *Pedig erre mostantól tessék odafigyelni!* (V2P)

(39c) D: *Nem, nem erről van szó, de az elhízásra való hajlamot, azt örökölheti, úgyhogy arra tessék odafigyelni!* (V2P)

(39d) D: *Nos, Szalai úr, akkor ne tessék aggódni, nincs komoly baj, ahogy mondtam, tessék odafigyelni a testmozgásra, diétára, és akkor minden rendben lesz.* (V2P)

(39e) D: *Tessék, foglaljon helyet!* (V2B).

8.5.2. Az egészségügyi szakember mint beszédpartner

A páciensek megnyilatkozásaiban ugyanezeket a megszólítási módokat elemeztem. Mindkét konzultációtípus vizsgálata alapján az állapítható meg, hogy a páciensek jóval ritkábban jelelték explicit módon beszédpartnerként az orvost vagy pszichológust, mint fordított esetben ez megfigyelhető (lásd 31. ábra). A háziiorvosi konzultációkon összesen 17, míg az oktatóvideókban 23 esetben fordult elő, hogy a páciensek beszédpartnerként kidolgozták nyelvileg az egészségügyi szakembert. Ez összefüggésben állhat a résztvevői szerepekkel és az interakció céljaival. A páciensek az egészségügyi állapotukhoz kötődően többet beszélnek magukról, ami a páciens mint beszélő szerepaktivitásában is látszik (lásd 8.4.1. fejezet). Amennyiben kérnek vagy kérdeznek, ezt akkor is jellemzően önmagukhoz lehorgonyozva teszik (40).

(40) P: *Kérhetek az ő [páciens testvére] nevében, vagy mondhatok az ő nevében?* (HO4)

A páciensek megnyilatkozásaiban összesen hat olyan előfordulás adatható, amely az orvosra erősen sematikusán, inflexiós morfémmával utal, ezek több esetben is konvencionizált beszédaktushoz (41b) vagy a diskurzus, illetve a közös figyelem irányításának a hagyományos

nyelvi kifejezőihez köthetők (41c). A névmással való megszólítás összesen két esetben fordult elő a V1P és a V1B jelenetek ugyanazon részében (41d), a háziorvosi konzultációk egyikében sem adatolható a páciensek megnyilatkozásaiban.

(41a) P: *ja, hogy már látja ezt az új nagyot <<labor>> is* (HO4)

(41b) P: **Kezét** csókolom! (V1P)

(41c) P: **Nézze**, a feleségem nagyon türelmes velem. (V1B)

(41d) P: *A Kovács doktor úr mondta, hogy jöjjenek el **Önhöz**, mert ő már nem tud mit csinálni.* (V1P)

A nominális megszólítás a címzettek nyelvi megalkotásának egyik prototipikus módja. A páciensek kizárólag a társadalmi konvencióknak megfelelően, a szakmai szerep megjelölésével (*doktornő / doktor úr*) szólították meg az egészségügyi szakembert vokativuszi (42a, 42b) vagy semleges kiindulópontú, névszói megnevezéssel (42c, 42d), ami esetleg névvel is kiegészülhet (42e). Sajátos attitűdjelölő esete a megszólításnak a (42f) példa, amelyben az interakcióban részt vevő másik személy harmadik személyű formában jelenik meg (*az orvos*), amely ebben a diskurzusban a távolság, a meg nem értettség és a személyesség hiányának kifejezőjévé is válik.

(42a) P: *köszönöm szépen, **doktor úr**, vizontlátásra* (HO2)

(42b) P: *visszaviszem, **doktor úr*** (HO3)

(42c) P: *és hoztam valamit a **doktor úrnak*** (HO3)

(42d) P: *Csak azért jöttem, mert a doktor úr, akinél a jogosítvány miatt voltam, azt mondta, hogy jöjjenek ide a **doktornőhöz**.* (V2P)

(42e) P: *Jó napot kívánok! Én a **Békési doktor urat** keresem.* (V3P)

(42f) P: *Azt csak én tudom, hogy mit érzek. Kitől várjak segítséget, hogyha **az orvos** nem képes megérteni?* (V4P)

A valós interakciókban a leggyakoribb megszólításként a *tetszik* + infinitívusz konstrukció jelent meg. Mind a 12 előfordulás a HO3 konzultáción fordult elő: 6-szor felszólító (*tessék*), szintén 6-szor pedig kijelentő módban, múlt időben (*tetszett*). Ebben az interakcióban valószínűsíthetően a páciens általános udvariassági formulaként használta ezt a konstrukciót, és lehetséges, hogy ez a saját idiolektusának is része. A tetszikelés használata ebben a konzultációban ellentmond a prototipikusként leírt szerepnek, amely szerint a *tetszik* + infinitív elsősorban idősebbekhez, illetve nőkhöz forduló forma (DOMONKOSI 2002). Ebben az interakcióban ugyanis a 85 éves női páciens használja a 38 éves férfi orvosnak címezve (43a–43d).

A páciens tetszikelése hatással lehet az orvos megszólítási gyakorlatára is, ahogy ezt fentebb is láthattuk (38b–38f).

(43a) P: *igen, igen, plusz, plusz, amit **tetszett** mellé írni* (HO3)

(43b) P: *mindent úgy szedek, ahogy **tetszett mondani*** (HO3)

(43c) P: *és akkor ebből vagy akkor tessék egy vérhígítót felírni* (HO3)

(43d) P: *ne tessék fáradni, visszaviszem <<gyógyszer>>* (HO3)

Az oktatóvideókban összesen 6 esetben jelent meg a *tetszik*, amelyet a páciensek nemtől és kortól függetlenül használtak. Előfordult a tetszikelés férfi betegek megnyilatkozásaiban női gyógyító szakember megszólítására (44a–44b), valamint a nő páciensek közléseiben férfi gyógyító szakemberhez fordulva is (44c–44d). A vizsgált konzultációk minden szereplője középkorú volt, így a más kontextusokban is prototipikusnak tartott szerep ezekben a diskurzusokban sem aktiválódik (DOMONKOSI 2002; DOMONKOSI–KUNA 2015).

(44a) P: *Voltam a háziorvosnál is, aztán pszichiáternél, tessék tudni, a Kovács doktor úr.* (VIP)

(44b) P: *Azt tessék mondani, ha lefogyok, akkor meggyógyulok?* (V2P)

(44c) P: *Ahogy tetszett mondani, hogy, hogy túl sok mindent veszek magamra.* (V3B)

(44d) P: *De legalább azt tessék megmondani, hogy a picire nem lesz-e ez valami káros hatással, hogy ha ez valami ismeretlen vírus.* (V4B)

8.6. Társas deixis és kapcsolatépítés

Az előző alfejezetek rámutattak, hogy a résztvevői szerepek alakításában kiemelkedő fontosságú a társas deixis művelete. Ebben az alfejezetben a vizsgált deiktikus elemek néhány kapcsolatépítéshez kötődő összefüggésére mutatok rá az oktatóvideókban és a háziorvosi konzultációkban.

8.6.1. A társas deixis jellegzetességei a paternalisztikus és a betegközpontú modellben az oktatóvideókban

Az oktatóvideók lehetőséget adnak a beteg-, illetve orvoscentrikus kapcsolatépítési modell személyjelölési jellegzetességeinek vizsgálatára, valamint a vizsgált mintában megvalósuló sajátosságaik összehasonlítására. Az elemzés alapján elmondható, hogy a páciensek nyelvi tevékenységében lényegében nem volt eltérés a két kapcsolatépítési módban a társas deixis műveleteire vonatkozóan. Ez megállapítható a megnyilatkozói és a befogadói szerepviszonyhoz kötődően egyaránt.⁹⁸ Ezzel szemben az egészségügyi szakemberek esetében gyakorisági és funkcionális eltérés

⁹⁸ Természetesen az eredményeket befolyásolhatja, hogy a konzultációk oktatóvideók, amelyeket az egészségügyi szakemberek kommunikációs oktatására használnak. Ennek köszönhetően is a gyógyítók nyelvi viselkedése hangsúlyosabb szerepet kap.

is mutatkozik a társas deixis műveleteinek vonatkozásában, amelyet itt néhány példán keresztül mutatok be elsősorban az első és a második jelenet kiemelt részeinek elemzésén keresztül.

Megfigyelhető, hogy ezekben a jelenetekben a betegcentrikus dialógusokban (V1B, V2B) kétszer annyi társas deiktikus művelet valósult meg az egészségügyi szakember megnyilatkozó szerepében, mint a paternalisztikus diskurzusokban (V1P, V2P). Ez semmiképpen nem jelenti azt, hogy a megnyilatkozót vagy a befogadót kifejtő személyjelölési konstrukciók száma önmagában elegendő mutatója lenne, hogy egy-egy konzultáció inkább beteg- vagy orvoscentrikusként jellemezhető. Ugyanakkor a megnyilatkozó szerep alacsony megjelenési aránya valóban összefüggést mutathat a kapcsolatépítés módjával (KUNA 2016a: 321).

A 29. táblázat összefoglalóan mutatja az orvos mint megnyilatkozó önreprezentációjában szerepet játszó társas deiktikus elemeket. Ahogyan az összevetés jelzi, a betegközpontú kapcsolatépítési módban kétszer gyakrabban fordultak elő ilyen elemek. A táblázatban feltüntettem az elemzésből kizárt implicit (*hívjon fel [engem]*) konstrukciót is. Megfigyelhető, hogy a betegközpontú kapcsolatépítésben gyakoribbak voltak a reflexiók a saját mentális állapotra, cselekvésre (*gondolom, mondtam, látom, várom, összegyűjtöttünk*) és a jövőbeni terápiás folyamatokra (*adunk, megnézzük, hívjon*).

29. táblázat. Az egészségügyi szakember megnyilatkozó szerepkidolgozása a második jelenetben

Paternalisztikus (V2P)	Betegcentrikus (V2B)
(45a) D: <i>Nos hát, nézzük csak, hm, hát ez egy kicsit magas.</i>	(46a) D: <i>Nos, nézzük.</i>
(45b) D: <i>Hm, nem, ott azért még nem tartunk.</i>	(46b) D: <i>hát igen, látom, ühüm, hát ez egy kicsit magas, magas a glükóz</i>
(45c) D: <i>nincs komoly baj, ahogy mondtam, tessék odafigyelni a testmozgásra</i>	(46c) D: <i>És hogyha nem kielégítő a diéta, akkor vércukorcsökkentő tablettákat adunk.</i>
(45d) D: <i>akkor vércukorcsökkentő tablettákat adunk</i>	(46d) D: <i>De először most megnézzük, hogyha beáll egy ezerkétszáz kalóriás diétára</i>
(45e) D: <i>De most megnézzük, hogyha beáll mondjuk egy 1200 kalóriás diétára</i>	(46e) D: <i>Ühm, hát úgy gondolom, hogy mostantól fogva, erre fontos lenne odafigyelnie, Szalai úr.</i>
	(46f) D: <i>De ezzel kapcsolatban összegyűjtöttünk néhány könyvcímet.</i>
	(46g) D: <i>Itt vannak a brossúrák, nézzük csak, itt össze vannak foglalva a tudnivalók.</i>
	(46h) D: <i>Ha pedig úgy érzi, hogy nehézséget okoz a diéta összeállítása, nyugodtan hívjon [impl.] fel!</i>
	(46i) D: <i>Jöjjön vissza egy hónap múlva, és megnézzük, hogy hol tart.</i>
	(46j) D: <i>Ahogy mondtam: figyeljen oda a testmozgásra, a diétára, és akkor minden rendben lesz.</i>
	(46k) D: <i>Akkor várom egy hónap múlva.</i>

A két kapcsolatépítési módban különbség mutatkozik a páciens mint címzett nyelvi megjelenítésében is. A betegcentrikus módban minden esetben több nyelvi konstrukció járult hozzá a címzett szerepében lévő páciens kidolgozásához, mint az orvoscentrikus módban. A számszerű eltérésen túl azonban igen jelentősek a kvalitatív különbségek is a személyviszonyok alakításában, továbbá az, hogy ezek milyen más nyelvi jellemzőkkel (pl. kijelentő vs. feltételes mód) és beszédaktusokkal (számonkérés vs. felajánlás) együtt fordultak elő. Többek között ezt szemlélteti a (47a) és (47b) példa.

(47a)

Psz: *Nem **gondolja** – ha már **idejött** – hogy valahogy másképp **kellene** a betegségéről **gondolkodnia**? Hogy át **kéne gondolnia** – hogy csak egy példát mondjak – a **feleségével** való **kapcsolatát**?*

(VIP)

(47b)

Psz: *Mivel úgy **döntött**, hogy pszichológushoz **jön**, bizonyára nem így **gondolja**... hasznos lenne, ha **megpróbálnánk** együtt **gondolkodni** a **betegségről**. **Átgondolhatnánk** például – hogy csak hogy egy példát mondjak – a, a **feleségével** való **kapcsolatát**.*

(VIB)

A pánikbetegséggel küzdő férfival való konzultáción a paternalisztikus kapcsolatépítési módban a pszichológus a személyjelölési módok révén lényegében a páciens feladataként és felelősségeként konstruálta meg a terápiás munkát (*idejött, kellene gondolkodnia, kéne gondolnia, a feleségével való kapcsolatát*), amelyben egyfajta számonkérés is érezhető (*nem gondolja*). Ezzel szemben a betegcentrikus interakcióban a páciens döntése került előtérbe (*mivel úgy döntött*), a pszichológus következtetett (*bizonyára*), és a terápia közös munkaként jelent meg nyelviileg (*megpróbálnánk együtt gondolkodni, átgondolhatnánk*). Ahogy láthatjuk, a terápiás együttműködés és munka alakulásának konstruálásában nagy szerepet kap a társas deixis művelete is, főként a többes szám első személyű konstrukciókkal megvalósítva.

8.6.2. A társas deixis és a kapcsolatépítés a háziiorvosi konzultációkon

A háziiorvosi konzultációkon nem nyílik lehetőség a kapcsolatépítési módok közvetlen összevetésére. Így ennél az interakciótípusnál két dialógusrészleten keresztül mutatok rá arra az összetett folyamatra, hogyan vesznek részt a társas deiktikus műveletek a kapcsolatépítésben más nyelvi jellemzőkkel összefonódva.

A HO4 konzultáció komplex interakció, amelyben a páciens többféle egészségügyi problémát is behozott: egyrészt a húgának kért beutalót, másrészt a saját koleszterin-, pajzsmirigy- és csípőproblémájáról egyeztetett az orvosával. Az egész konzultáción érződik, hogy a fiatal nő-beteg tudatosan áll az egészségéhez, aminek háttérében a családi kórelőzmény is nagy szerepet kap. Az öccsének túlsúllyal összefüggő szívinfarktusa volt, női ágon pedig több családtag pajzsmirigyműködési zavarral küzdött. Így ez az a két terület, amellyel kapcsolatban a leletek

alapján hosszabb egyeztetés zajlott a konzultáción. Az interakció egészében az is megjelent nyelvileg explicit módon, hogy a páciens nemcsak a szűrővizsgálatokat tartja fontosnak, hanem aktívan tesz az egészségéért (odafigyel az étkezésére, sportol), továbbá amennyiben lehetséges, szeretné elkerülni a gyógyszeres kezeléseket. Ezek a preferenciák az interakció lépéseiben váltak a közös, megosztott tudás részévé, amelyeket az orvos minden esetben értelmezett, figyelembe vett a közös döntési folyamatokban. Ez látható a (48)-as példában is.

- (48)
- 128 D: *jó elért terhelési szintig mellkasi panasz nehézlégzés eltérés nem*
 129 *jelentkezett tekintettel a magas családi rizikóra koleszterines +++*
 130 *elkezdeése indokolt többszörös mozgáskontroll fél évente és adott is*
 131 *időpontot↑ (.)*
 132 *wow hát ez nagyon profi itt mostan*
- 133 P: *igen nagyon profi volt csak*
 134 *nagyon **nem szeretnék** koleszterincsökkentőt **szedni***
 135 *merhogya van ehhez egy **ilyenem** is*
- 136 D: (4.05) ((gépelés))
 137 *ööh aha ez meg a[mikori]↑*
- 138 P: *[ez ez egy ré++ mostani friss **mit tudom én** egy*
 139 *mikor **csináltam***
- 140 D: *de hát várjon ez a ezt viszont már **mi beszéltük a***
 141 *[ez a hatodik hó tizenhét aha ez az egész éves]*
- 142 P *[igen hát igen most azóta nem lett újabb de **gondolom]***
 143 *a **koleszterinom** csak nem ment fel három hónap alatt*
 144 (5.38)
- 145 D: ° *na várjon írjuk le amit eddig **tudunk** aztán **megbeszéljük**(.)* ° jóó ↑
 146 ((gépelés))

(HO4)

A páciensnek egy előzetes kardiológiai vizsgálat során a szakorvos koleszterincsökkentő tablettákat javasolt, illetve írt fel. A három hónappal azelőtti laboreredmények alapján azonban a koleszterin normálértéken belül volt, és ezzel összefüggésben a beteg egyértelműen kifejezte, hogy nem szeretne gyógyszert szedni (134. sor: *nagyon nem szeretnék koleszterincsökkentőt szedni*). Az orvos a szakorvosi javaslat és a régebbi laboreredmény alapján az eddig elmondottak (lényegében a közös tudás) összegzésére és közös gondolkodásra hívta a páciens. Ebben a többes szám első személyű deiktikus alakok kiemelkedő szerepet játszanak (145. sor: *írjuk le, amit tudunk, megbeszéljük*).

A konzultáció további részében az orvos a páciens preferenciáit figyelembe véve egy dietetikus szolgáltatást ajánlott fel a praxison belül, valamint a koleszterinérték két hónapon belüli ellenőrzését vérvétellel (49). A páciens ezzel egyetértett, és azt is kifejtette, hogy szerinte

a koleszterinjé rendben van, amit az életmódváltása is alátámaszthat. Ezt óvatosan, kissé bizonytalanul (253–254. sor: *azér ez már tisztább, annyira azér nem magas*), saját véleményként (252–253. sor: *szerintem 2-szer*) tette hozzáférhetővé, amelyben az első személyű deiktikus elemek fontos szerepet kaptak (252–253. sor: *énnekem, szerintem, fogytam*). A saját fogyását is szerényen, kicsinyítően fogalmazta meg (253. sor: *kicsit fogytam valamennyit*), aminek a mértékét az orvos viszont szinte dicsérőleg kiemelte (255., 257. sor: *nem is olyan keveset, azér mondom, hogy hogy az azér az az*).

(49)

252 P: *mert volt énnekem szerintem már a koleszterinem és most hogy így kicsit*
253 *fogytam valamennyit azér ez már tisztább és szerintem*

254 *annyira azér nem magas*

255 D: *ühüm nem is olyan keveset hány kilót fogyott körülbelül*

256 P: *hát egy hát egy olyan hatot hetet*

257 D: *aha azér mondom hogy hogy az azér az az*

258 P: *hatot hetet mer kettő ide oda járkál ugye*

259 D: *ühüm*

260 *(1.46)*

261 *jÓ akkor ezt most itt be is irtuk jÓ tehát akkor ez a része rendben akkor itt*

262 *lesz egy (.) dietetika*

263 *(3.08) ((gépelés))*

264 *és akkor addig végül is az lenne akkor a megbeszéltek szerint hogy*

265 *nem kezdünk mindjárt gyógyszerrel jÓ↑*

266 P: *az nagyon jó [határozottan támogatom]*

(HO4)

Az orvos kommunikációjában nagyon gyakoriak a saját cselekvésekre és az információk rögzítésére vonatkozó reflexiók, ami a többi konzultációban is megfigyelhető (lásd bővebben 9. fejezet). Ezek az utalások részben összegezhetik, kijelölhetik a konzultáció egy-egy fázisát (261. sor: *ezt most itt be is irtuk*); másrészt a megosztott hozzáférésű (*shared access*) tudás indikátorai is lehetnek. Ezek fontos szerepet kapnak a kapcsolatépítésben, annak partneri jellegű alakításában, valamint a közös döntéshozatalban. Ez a bemutatott esetben explicit módon is megvalósult. Az orvos összegezte (264. sor: *megbeszéltek szerint*), hogy egyelőre nem kezdenek gyógyszeres terápiába. Ebben a közlésben a leletek eredményei és a páciens preferenciái is helyet kaptak, illetve utat hagytak annak a lehetőségnek is, hogy amennyiben a jövőben szükséges, akkor a gyógyszeres kezelés is szóba jöhet (265. sor: *mindjárt*). A többes szám első személy erősíti a közös döntés jellegét (265. sor: *nem kezdünk*), a jó diskurzusjelölő mint sematikus visszakerdezés pedig utat ad a páciens véleményének. Ebben az esetben ez a teljes és határozott egyetértés kifejezése pozitív tartalommal (266. sor: *nagyon jó*), önmagához lehorgonyozva határozottságot kifejezve (266. sor: *határozottan támogatom*) jelenik

meg. Ebben a páciensi megnyilatkozásban az látszik, hogy a beteg teljes mértékben egyetért az orvos döntésével, ami a saját előzetes elképzeléseinek is megfelel.

Hasonló folyamatok figyelhetők meg a pajzsmirigyproblémával kapcsolatban folytatott jóval hosszabb interakcióban is. Ennek csak egy rövid részletét szemlélteti az (50)-es példa.

(50)

374 P: *jÓ jó jó jó jó ja jó (.) **szólok szólok szólok szólok** jó jó jó jó*
 375 *azér azér öö öö **rugózok rajta** ennyit+++ mer nagyon sok*
 376 *a pajzsmirigyes a családban **keresztanyukám** is meg*
 377 *a **nagynéném** is és a többi illetve az egyik **nagymamám** az*
 378 *pajzsmirigyrákba halt meg ez aa **apukámnak** az anyukája de*
 379 *igazándiból ez még nem is lenne olyan nagy **problémám** az*
 380 *az hogy biztos hogy hormálisan van **problémám** mert minden*
 381 *egyed hónapban itt végig a **nyakamon** (.) olyan pattanások*
 382 *jönnek ki amik nem szoktak és **nem tudom** hogy nincs e*
 383 *valami*

384 D: *igen most igen mm vigyázat itt ugye az az nagyon lényeges*
 385 *hogy a szervezetbe rengetegféle hormon dolgozik tehát **mi***
 386 *most a pajzsmirigynek a hormonműködéséről **beszélünk** és*
 387 *az hogy mondjuk a bőrén valami megjelent bármi*
 388 *emésztéssel csontokkal akár csak még legalább ötvenféle*
 389 *egyéb hormont lehetne felsorolni tehát itt rögtön jön egy*
 390 *olyan kettes számú kérdés hogy egy nőgyógyászati*
 391 *szempontból tehát azok a hormonok amit mondjuk*
 392 *a petefészek működésével vagy bármi olyan egyéb más akkor*
 393 *az mondjuk sokkal inkább lehet a bőrre hatással és hogy*
 394 *akkor az az irányt is párhuzamosan vinni kellene hogy*
 395 *vizsgálni kellene*

396 P: *igen igen igen igen jó nem de akkor így most **megnyugodtam***
 397 *mer akkor oké jó ennyi csak [(.) mer igazándiból ezér*
 398 ***ijedtem meg** egy picit mer hogy ténleg **észrevettem** hogy*
 399 *mostanában ilyen nagyon göbös **pattanásaim** vannak amit ki*
 400 *se lehet nyomni és fáj és mindig itt*

401 D: *[jÓ↑*
 402 *aha jó mondom **én én hajlok** rá hogy **elküldjem** majd az*
 403 *<<XY Kórházba>> pajzsmirigy ambulanciára főleg így*
 404 *hogy ugye van egy itt is egy családi családi halmozódás van*
 405 *öö azér le vannak írva a göbök az ultrahangon csak **én** azt*
 406 ***mondom** hogy főleg **megyünk bele** ebbe a téli covidos*

- 407 *időszakba hogy nem kell kapkodni nincsen ok aggodalomra*
 408 *de ezt vissza fogjuk kontrollálni vérvételt és ultrahangot is*
 409 *és akkor mit tud+ majd tavasszal azt mondjuk hogy akkor*
 410 *egy szakorvosira is elküldjük*
 411 P: *nem nem nem azt nem is szeretném jó jó*

(HO4)

A fő különbség az, hogy a páciens a koleszterin esetében úgy érezte, kontrollálni tudja az állapotát étrenddel, sporttal, de a pajzsmirigy miatt kifejezetten aggódott, bizonytalan volt (375., 382., 397–398. sor: *rugózok rajta, nem tudom, ijedtem meg*). A leletek alapján apró göbök vannak a pajzsmirigyében, és ezt összekapcsolta a nyakán megjelenő pattanásokkal. Ez lényegében egy laikus, illetve szubjektív betegségkoncepció, ami a páciensnek a meggyőződése (380. sor: *biztos, hogy hormonálisan van problémám*). Az aggodalmát mutatja a családi előzmények részletes ismertetése, ami deiktikusan a páciens személyéhez lehorgonyozva, megnyilatkozási referenciapontból elérve konstruálódott meg (376–378. sor: *keresztanyukám, nagynéném, nagymamám, apukám anyukája*).

Ezt a szubjektív elképzelést igazította helyre az orvos magyarázattal kapcsolódva a korábbi leleteredményekhez, amelyek alapján a pajzsmirigy hormonműködése teljesen normális. A többes szám első személyű névmás (*mi*) a *most*-tal együtt hangsúlyosabban választja el a pajzsmirigy és az egyéb hormonális működéseket. A kezelés végén az orvos az eredmények későbbi kontrollálását ajánlotta, amelyet többes szám első személyben fogalmazott meg (408. sor: *vissza fogjuk kontrollálni*). A saját mentális állapotait pedig E/1. formában tette hozzáférhetővé (402., 405–406. sor: *én én hajlok rá, elküldjem, én azt mondom*). Az aggodalomra való reflexió az ok elhárításával kijelentésként valósult meg, nem jelölte meg referenciapontként (az aggodalom átélőjeként) a páciens (407. sor: *nincsen ok aggodalomra*). A közös döntéshozatal ebben az esetben is megvalósult, a páciens explicit reflexiója is mutatja ezt (396. sor: *megnyugodtam, jó, jó*).

A példák azt is szemléltetik, hogy a társas deixis művelete kiemelkedően fontos a kapcsolatépítés szempontjából, ugyanakkor nem önmagában jelzője a kapcsolat minőségének, hanem a többi verbális és nonverbális aktussal együtt komplex viszonyrendszerben dinamikusan működik. A vizsgált minta alapján azonban az is megállapítható, hogy a saját cselekvésekre, mentális állapotokra történő explicit reflexió, valamint a tudás és cselekvés közösként való konstruálása az orvos részéről partneribb kapcsolat kiépítését teszi lehetővé.

8.7. Attitűd- és személyjelölés a kapcsolatépítésben – Összegzés

A társas deiktikus elemek elemzése arra mutat rá, hogy a résztvevői szerepek megalkotása a magyar nyelv tipológiai sajátosságaival összhangban a legtöbb esetben morfoszintaktikai eszközökkel valósul meg. Az egészségügyi szakember és a páciens kölcsönösen nemtegezhető módon konstruálja meg társas viszonyukat.

Az is megállapítható, hogy az interakcióbeli szerepek sajátos személyjelölési jellegzetességekkel járnak együtt. A páciens és a gyógyító megnyilatkozási szerepének kidolgozásában a személyjelölő elemek gyakoriságában, formai jellemzőiben és szemantikai vonatkozásában is eltérések mutatkoznak szoros összefüggésben a résztvevői szerepekhez kötődő jellegzetességekkel.

A páciensek önmegjelenítésében az első személyű konstrukciók több mint másfélszer olyan gyakran fordultak elő, mint az egészségügyi szakemberek megnyilatkozásaiban. Amíg a páciensek az esetek többségében E/1. formával utaltak önmagukra mint beszélőkre (96%), addig az orvosok és pszichológusok megnyilatkozásaiban az E/1. (59%) és a T/1. alakok (41%) egyaránt gyakoriak voltak, és fontos szerepet kaptak mindkét konzultációtípusban, ami összhangban áll a szakirodalmi megfigyelésekkel is (SKELTON et al. 2002). A többes szám első személyű alakok a páciensek beszédében jellemzően ritkán jelentek meg (4%), és a legtöbb esetben a páciensre és családjára referáltak. Ezzel szemben az egészségügyi szakemberek megnyilatkozásaiban változatos referenciával bírtak a többes szám első személyű kifejezések: leggyakrabban az orvos + páciens közösségére, valamint az orvosra + más egészségügyi szakemberre, illetve az orvosra + praxisra utalnak. Ez utóbbihoz kapcsolódik, ugyanakkor külön csoportként szerepelt az elemzésben, amikor az orvos a saját cselekvéseit többes szám első személyben teszi hozzáférhetővé. Ez a típus a háziiorvosi konzultációkon megjelent, az oktatóvideók diskurzusaiban azonban nem. Ezzel a kutatás első számú hipotézise igazolódott, hiszen a páciensek jellemzően E/1. konstrukciókat használtak beszélői szerepben, az egészségügyi dolgozóknál pedig a T/1. alakok is gyakoriak voltak, és változatos vonatkozással jelentek meg (H1).

Azt is láthattuk, hogy a beszélők önmagukra vonatkozó konstrukciói eltérő szemantikai jellemzőkkel bírnak. A páciensek főként a betegséghez kapcsolódó terápiás és mindennapi cselekvéseiket, érzelmeiket, fizikai érzeteiket, bizonytalanságukat hozták be az interakcióba az önmagukra referáló deiktikus elemek révén. Az egészségügyi szakemberek pedig önmagukat referenciapontként kijelölve a terápiára vonatkozó cselekvéseket, gondolatokat, tudást, értést tették hozzáférhetővé. Mindkét résztvevői szerepben megjelentek a közlésre és az udvariassági aktusokra való utalások. A mintában megjelenő jellemzők összhangban vannak a szakirodalom által leírtakkal, miszerint az első személyű konstrukciók jellemzően a páciensek esetében a *szenvedek*, 'I suffer', az orvosok esetében a *gondolkodom*, 'I think', míg a résztvevők közös viszonyában a *cselekedni fogunk*, 'We will act', sémáját aktiválják (SKELTON et al. 2002: 487).

Ugyanakkor az első személyű konstrukciók ennél jóval összetettebb feladat- és énstruktúrát mozgósítanak a vizsgált mintában. Az is látható továbbá, hogy a magyar nyelvben – összefüggésben annak agglutináló jellegével – sokrétűbb és összetettebb elemzést igényel az első személyű alakok működésének feltárása, hiszen ezeknek nem a személyes névmás a tipikus konstrukciója. A névmások ugyanis 20% alatti gyakoriságát adják a vizsgált jelenségnek mindkét résztvevői szerep kapcsán. Az is megmutatkozott, hogy az *én/engem/nekem/mi/minket/nekünk*, 'I, me, we, us', alakokon túl (SKELTON et al. 2002) a birtokosság, 'my, our', bevonása is új szempontokat eredményez. A magyar anyagban a névszókra jelölt első személyű alakok a pácienseknél 14%-os előfordulást mutattak, és jellemzően a pszichoszociális aspektust hozták be nyelvileg a konzultációkra. Ezzel szemben az egészségügyi szakemberek megnyilatkozásaiban nagyon kevésszer fordultak elő első személyhez lehorgonyzott névszók (2%). Mindkét résztvevői csoportban megállapítható, hogy a beszélői énmegjelenítés legnagyobb arányban igei konstrukciókkal valósult meg. Továbbá az is látható, hogy a különbségek inkább a résztvevői szerepekből adódnak, mintsem a konzultációtípus jellegéből. Az elemzés arra is rámutatott, hogy a páciensek és az egészségügyi dolgozók megnyilatkozásaiban egyaránt a jelen idejű, illetve jövőre vonatkozó alakok domináltak. Tehát nem mutatkozik különbség a résztvevői szerepek között az események időviszonyainak a megkonstruálása tekintetében. Ezzel a vizsgálat harmadik hipotézise (H3) – miszerint a páciensek megnyilatkozásaiban nagyobb arányban jelennek meg a múlt idejű igealakok, mint az egészségügyi dolgozó nyelvhasználatában – nem igazolódott.

A beszédpartner nyelvi megalkotásában szintén fontos szerepet játszott a társas deixis művelete. Az elemzés alapján elmondható, hogy a páciensek kifejezetten ritkán szólították meg, illetve jelölték nyelvileg expliciten beszédpartnerként az orvost, illetve pszichológust. Kéréseiket inkább önmagukhoz lehorgonyozva beszélői szerepben fogalmazták meg, a közvetlen felszólítás aktusa nem volt jellemző. Az orvos megszólításában előfordult több konstrukció is (névmás, névmás nélküli E/3. igealak, vokatívusz, *tetszik* + infinitívusz konstrukció), ugyanakkor a kevés számú előfordulás nem teszi lehetővé tendenciák megállapítását.

A pácienseknek mint beszédpartnereknek a nyelvi megjelenítése ellenben kifejezetten gyakori volt. A nagyszámú előfordulás összefüggésben van a konzultáció tanácsadó jellegével, ahol számos feladatot, lépést az orvos jelöl ki. A beszédpartner megszólítása a legtöbb esetben névmás nélküli igei konstrukcióval valósult meg a páciens terápiás és mindennapi cselekvéseire, egészségügyi értékeire kapcsolódóan. Az *ön* és a *maga* névmás előfordulása is megfigyelhető, de nem gyakori. A két névmás között nem írható le funkcióbeli különbség, illetve nem hozható összefüggésbe a kor vagy a nem változójával. A korreláció hiánya magyarázható azzal is, hogy kevés számú előfordulás adatolható, valamint a beszélők száma is alacsony. A minta alapján a közvetlenebb vagy bizalmasabb jelleg sem kapcsolható egyértelműen a névmások közötti választáshoz (DOMONKOSI 2002). Több interakció vizsgálata lenne szükséges ahhoz, hogy tendencia váljon leírhatóvá. Az interakciókban mindkét névmás udvarias V-formaként működik. Az megfigyelhető, hogy a vizsgált mintában egy konzultáción belül ritka az *ön* és a *maga* névmás váltogatása.

A pácienseket vokatívuszi konstrukcióval kizárólag az oktatóvideók diskurzusaiban szólították meg az egészségügyi szakemberek. Ezek különböző nyelvi környezetben valósultak meg, amelyek lehetőséget adnak az oktatás során a megszólítás ezen módjára való reflexióra, a vokatívuszi konstrukciók működésének leírását azonban nem teszik lehetővé.

A *tetszik* + infinitív konstrukciók esetében az mutatkozott meg, hogy az előfordulások nagy többsége udvarias, illetve egy interakcióban a direktív stílus megteremtéséhez is hozzájárult (PILLING 2018). A vizsgált minta nem állt összhangban a korábbi kérdőíves felmérés eredményével, amely szerint az egészségügyi szakemberek többször szólítják meg ennek a konstrukciónak az alkalmazásával a pácienseiket (DOMONKOSI–KUNA 2015). A háziorvosi konzultációkban kifejezetten ritkán fordult elő, de amikor megtörtént, abban az esetben az egészségügyi szakember adaptív viselkedését jelezte, ugyanis így alkalmazkodott a páciens tetszikelő megszólításához. Mivel a *tetszik* + infinitívus konstrukciók esetében az egymáshoz való alkalmazkodás volt megfigyelhető, a kettes számú hipotézis nem igazolódott (H2).

A kutatás rámutat, hogy a társas deixis művelete sokrétűen vesz részt a kapcsolatépítésben az orvos-beteg interakciókban. Ugyanakkor a megszólítások működésének leírásához, tendenciák bemutatásához több és többféle konzultáció vizsgálatára van szükség.

9. Tudásmegosztás, tudásszervezés és a kapcsolatépítés. A metareflexiók szerepe

„Az idős orvos latinul beszél, a fiatal angolul.

A jó orvos a páciens nyelvén.”⁹⁹

(Ursula LEHR, id. SCHRIMPF et al. 2019: 6)

Az orvos-beteg, illetve tágabban véve az egészségügyi kommunikáció egyik fő funkciója az egészségügyi szakember és a páciense közötti információcsere, a kettőjük között zajló tudásmegosztás, amely dinamikusan valósul meg az interakcióban, és hatással van a kapcsolatépítés folyamatára is. A közös tudás, a közös megértés konstruálása központi jelentőséggel bír a hatékony terápiás folyamatok kialakításában, ahogy arra számos tanulmány több nézőpontból is rámutatott az elmúlt évtizedekben (lásd 3.3. fejezet). Ezek egy része a résztvevők közötti aszimmetriát (pl. BEISECKER 1990; AINSWORTH-VAUGHN 1998) vagy a többszintű, komplex intézményes-szakmai jelentéshálót tekinti kiindulópontnak (SARANGI 2010). Ugyanakkor egyre nagyobb teret kap a közös, megosztott tudás (*shared knowledge, shared mind*) interakcióbeli, dinamikus működése, valamint ezek pragmatikai keretben való értelmezése (lásd összefoglalva BIGI–ROSSI 2021, 2023).

Az egészségügyi kommunikáció kutatása az elmúlt évtizedekben sok tényezőt feltárt, amelyek segíthetik vagy akadályozhatják a közös megértés, a common ground kialakítását; továbbá több nyelvi eszközt és stratégiát is kiemelt, amelyek támogatják a sikeres jelentés-létrehozás és -megosztás folyamatát. Ilyenek például a metaforizáció, a nominalizáció, a megfelelő érvelési technikák (MUNTIGL–HORVATH 2005; BIGI 2016; SEMINO et al. 2018).

A jelen fejezetben a megértéshez, tudásszervezéshez és a kapcsolatépítéshez kötődően a nyelvi reflektálás szerepét emelem ki, illetve mutatom be. A terápiás tartalmak mellett az érzelmekre és a diskurzus szervezésére vonatkozó reflexió is tárgya a jelen vizsgálatnak.¹⁰⁰ Az elemzésben a háziorvosi konzultációkon és az oktatóvideókon túl bevontam fogorvosi interakciókat is (lásd 4. fejezet), amelyek új nézőponttal gazdagítják a vizsgálatot a konzultációtípusokra vonatkozóan.

⁹⁹ Az eredeti idézet Ursula LEHR német tudóstól és minisztertől származik: „Der alte Arzt spricht lateinisch, der junge Arzt englisch. Der gute Arzt spricht die Sprache des Patienten.” (Idézi: SCHRIMPF et al. 2019: 6.)

¹⁰⁰ A fejezet nagyban támaszkodik a HÁMORI Ágnessel közösen végzett kutatásainkra (KUNA–HÁMORI 2019, 2023).

Ennek megfelelően először röviden kitérek a reflexív nyelvhasználat kutatására egészségügyi kontextusban, majd bemutatom az elemzés módszertanát. Ezt követően ismertetem a vizsgált konzultációtípusokban a reflexiók típusait és jellemző funkcióit, illetve konzultációtípus szerinti jellegzetességeit. Végezetül kitérek ezeknek a kapcsolatépítéssel való összefüggésére, valamint a reflexív nyelvhasználat és az első személyű társas deiktikus konstrukciók viszonyára és tudásmegosztásban betöltött szerepére.

9.1. Reflexiók és tudásmegosztás az orvos-beteg konzultáción

A nyelvi reflexivitásnak számos megközelítése létezik, ahogy ezt a 3.1.1.3. fejezet is mutatja összefoglalva. A jelen elemzés háttérében a kognitív pragmatikai felfogás áll, amely szerint a **reflexivitás** a nyelvhasználat egészét átfogó perspektívaként működik (VERSCHUEREN 1999). Ezeknek egy kiemelten fontos típusa a **metareflexió** vagy **metapragmatikai reflexió (MPR)**, amelyek az aktuálisan folyó nyelvhasználatra és/vagy jelentés-létrehozásra vonatkozó – eltérő mértékben kifejtett – jelzések számos interakcióbeli funkcióval (VERSCHUEREN 1999, 2000; TÁTRAI 2011; KUNA–HÁMORI 2019). Az interakcióra vonatkozó nyelvi reflektálás és **meta-diskurzus** például kiemelkedően fontos eszközöket kínál a **közös alap** (*common ground*) és a megfelelő megértés koordinálása szempontjából. Különösen igaz ez a tudással, megértéssel, magyarázattal kapcsolatos **metapragmatikai kommentekre** (BUBLITZ–HÜBLER 2007; CAFFI 2016). Ezek egyik fő funkciója kifejezetten a kommunikáció metasztintű értékelése, a jelentés létrehozása és koordinálása és a megosztott tartalmak megfelelő értelmezése (lásd bővebben 3.1.1.2. és 3.1.1.3. fejezet). Az utóbbi időben több tanulmány mutatta be a metapragmatikai kommentek használatát különböző helyzetekben és diskurzusműfajokban (TZANNE 1999; PENZ 2007; LIU–RAN 2016; LIU–LIU 2017). Azonban az orvos-beteg kommunikációban, illetve egészségügyi kontextusban még viszonylag kevés ilyen jellegű kutatás született nyelvészeti kiindulópontból (kivétel pl. MUNTIGL 2007; DOMONKOSI 2020). A vizsgálatokban jellemzően a reflektálás néhány aspektusa kerül előtérbe, de az összegző, szintetizáló munkák lényegében hiányoznak. HERITAGE és STIVERS (1999) például az úgynevezett **online kommentálás** (*online commentary talk*) jelentőségére hívja fel a figyelmet. Ez alatt azt a jelenséget értik, amikor az orvos a vizsgálat alatti észleléseit, tapasztalatait (amit lát, hall, tapint) verbálisan is hozzáférhetővé, azaz a közös tudás részévé teszi (lásd 3.1.1.2. fejezet).

Több kutatásban érintőlegesen is megjelenik a reflexióknak az interakciószervező funkciója. PILLING (2018: 36) „**jelzőkaró**”-ként, KOPPÁN és munkatársai (2019: 203) például „**jelzőtábla**”-ként emlegetik az olyan típusú kérdéseket, amelyek strukturális határt jelölnek, szerkezetileg tagolják a beszélgetést, és a társalgás lépéseire irányítják a páciens figyelmét (pl. *Most más jellegű kérdéseket fogok önnek feltenni; Most a korábbi betegségeiről szeretném*

kérdezni; *Most beszéljünk egy kicsit a korábbi betegségeiről, műtétjeiről!*). A szerzők megfigyelése szerint nagy jelentősége van a reflexióknak ebben az esetben, mert segítenek kijelölni, kontextualizálni a kérdést és aktiválni a beteg emlékezetét. Például egy önmagában álló kérdés „jelzőtábla”, azaz metareflexió nélkül (pl. *Volt már beteg korábban?*) nem biztos, hogy ugyanolyan mértékben támogatja a szükséges információk előhívását (az esetleges meglepődés, a témaváltás váratlansága miatt akár).¹⁰¹ Az említett példa esetében a páciens nem kap „kulcs”-ot ahhoz, hogy pontosan milyen történéseket és azoknak melyik aspektusát ossza meg az orvossal (SILVERMAN et al. 2013, idézik KOPPÁN és mtsai 2019: 203).

Annak ellenére, hogy több kutatás is igazolja a metareflexiók fontos szerepét az egészségügyi kommunikációban, ezek összetett és teljes körű elemzése hiányterületnek számít. Erre reflektálva HÁMORI Ágnessel közösen egy korábbi vizsgálatunkban (KUNA–HÁMORI 2019) a metapragmatikai reflexiók nyelvi megvalósulásait, típusait elemeztük azok irányulása és funkciója szerint, VERSCHUEREN (1990, 2000) tágabb értelmezésére támaszkodva. A kutatás arra mutatott rá, hogy az orvosok és a páciensek részéről is több különböző jellegű metapragmatikai reflexió jelenik meg a konzultációkon. Ezek a nyelvi tevékenység különböző részleteire vonatkoznak, és ezen keresztül különféle funkciókat töltenek be a diskurzusban. A vizsgált anyagban a metapragmatikai reflexiók szerepe négy fő területhez kapcsolódott: az információk és a tudás közvetítéséhez; a cselekvések koordinálásához; a társas viszonyok és az érzelmek kezeléséhez, illetve az ezek kapcsán jellemző cselekvések és tevékenységek nyelvi megvalósításához (pl. közös döntés, együttműködés, megértés, információátadás, információkérés, javaslat); valamint az ezt érintő társas egyezkedéshez. Ezekkel összefüggésben gyakoriak voltak a közvetlen nyelvi tevékenységre, a megértésre és a közös jelentés-létrehozás folyamatára, a figyelem irányulására, működésére, a nyelvi megformáltság módjára és a diskurzus szervezésére, lefolyására vonatkozó, illetve az azt segítő metapragmatikai utalások. Megjelent ezen túl a más diskurzusokra való hivatkozás és az önidézés, valamint a tudásra és gondolkodásra, más belső állapotokra, érzésekre és érzelmekre való reflektálás számos példája. Az is megmutatkozott, hogy a metapragmatikai reflexiók szoros kapcsolatban állnak a beszédaktusokkal (pl. javaslat, kérdés). Továbbá a reflexív viszonyulás vizsgálata a nyelvi és nem nyelvi aktusok átfedéseire, szoros kapcsolatára is ráirányították a figyelmet. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a reflexivitás átszövi az interakciót, és nagyban hozzájárul az orvos-beteg konzultáció fő funkcióinak a kiépítéséhez. Fontos szerepet kap a tudás és a cselekvés diszkurzív szervezésében, a közös tudás és közös döntés kialakításában, valamint a résztvevők közötti kapcsolat építésében is.

Ezekre az eredményekre támaszkodva a jelen vizsgálat a nyelvi reflexivitás komplex jelenségén belül a reflexióknak a tudásszervezésben, illetve annak dinamikus alakulásában betöltött szerepére helyezi a hangsúlyt. Azon belül is az értés, megértés biztosítására, a félreértések megelőzésére vagy javítására irányuló törekvést szolgáló reflexiók és metapragmatikai kommentárok elemzése a fő cél a kapcsolatépítés módjával és az interakcióbeli

¹⁰¹ Természetesen az emlékezés, előhívás és a kommunikáció folyamatát számos más tényező is befolyásolja, nem kizárólag a metareflexiók (lásd például 2.2.3.2. *fejezet*).

szerepviszonyokkal való szoros összefüggésben a TUDÁS, CSELEKVÉS, ÉRZELEM hármasszögének dimenziója mentén (CROFT 1994: 470). A reflexív nyelvi kifejezések meghatározása alapvetően két tényezőre támaszkodik: az **explicitiségre** (*explicitness*) és a **folyamatban lévőségre** (*ongoingness*) (CILIBERTI–ANDERSON 2007; LIU–RAN 2016).

A jelen fejezetben a háziiorvosi (HO) és az oktatóvideók (V) interakcióin túl fogorvosi konzultációk (FO) vizsgálata is megvalósul. Így lehetővé válik a konzultációtípusok, valamint a tervezett és spontán interakciók jellegzetességeinek az összevetése is.

A vizsgálat során az alábbi kutatási kérdésekre keresem a választ:

K1: Milyen metapragmatikai és egyéb reflexiók jelennek meg a közös tudás, a common ground alakításával kapcsolatban, milyen fő dimenziókban?

K2: Hogyan kapcsolódnak a reflexiók az orvos-beteg kommunikáció fő céljaihoz? Kiemelten: Hogyan segítik a tudásmegosztást, a megértést, a közös alap kiépítését?

K3: Milyen eltérések vannak a reflexiók használatában, típusában az orvos-beteg találkozó jellege, műfaja (konzultációtípus, spontán vs. tervezett interakciók) szerint?

K4: Milyen szerepet töltenek be a saját cselekvésre, mentális állapotra vonatkozó reflexiók az orvos és a páciense közötti tudásmenedzsmentben?

A vizsgálat hipotézisei a következők:

H1: A különböző konzultációtípusokban az egyes reflexiók eltérő arányban és funkcióval jelennek meg összefüggésben a konzultáción megvalósuló interakciós cselekvésekkel.

H2: A valós interakcióban arányait tekintve több reflexió jelenik meg, mint az oktatóvideók fiktív diskurzusaiban.

9.2. Az elemzés módszere

A kutatásban összesen 24 konzultáció (HO: 4 háziiorvosi; V: 8 oktatóvideó; FO: 12 fogorvosi) (lásd 4. fejezet) reflexív nyelvi kifejezéseit mutatom be az explicitiség és a folyamatban lévőség szempontjai szerint (CILIBERTI–ANDERSON 2007; LIU–RAN 2016). Ennek megfelelően az elemzésben olyan megnyilatkozások (metareflexív kommentek, utalások) lettek annotálva, amelyekkel a beszélők explicit módon az éppen folyó diskurzusra, nyelvi és társas cselekvéseikre utalnak (PENZ 2007: 266).

Ezek alapján a 24 interakcióban annotálásra került az összes explicit metapragmatikai reflexió (MPR) az egészségügyi szakemberek és a páciensek nyelvi tevékenységében egyaránt. Három kevésbé explicit MPR került bele az elemzésbe, mivel a tudásmegosztás, illetve -szervezés szempontjából fontosnak bizonyultak az újrafogalmazások, valamint az *ugye és jó* diskurzusjelölők. A vizsgálatba nem kizárólag a szűkebb értelemben vett MPR-ek kerültek be, hanem az olyan metareflexiók, illetve metakommentek is, amelyek a folyamatban lévő

interakcióra és a közös alap kiépítésére vonatkoznak. A jelen elemzésbe az aktuális interakcióra vonatkozó reflexiókat vontam be (*ongoingness*), így a más diskurzusokra való utalás és az idézés konstrukciókat nem elemeztem.

Az annotációs kritériumok kialakítása a fent bemutatott metareflexív kutatások eredményeire támaszkodik, ugyanakkor az elemzési kategóriákat a vizsgált anyag jellemzői határozták meg (HADLEY 2017). Az elemzés kvalitatív módszerrel, a MAXQDA szoftver segítségével valósult meg, ami gyakorisági adatokkal is szolgál (KUCKARTZ–RÄDIKER 2019). A kísérleti tesztek után az annotálást két kutató egymástól függetlenül végezte el, a kétértelmű esetek megvitatását követően egységes döntés született minden kifejezés elemzésekor.¹⁰² Összesen 885 reflexív nyelvhasználati megnyilatkozás és további 97 udvariassági és egyéb kifejezés lett annotálva három dimenzió, azaz a TUDÁS, a CSELEKVÉS és az ÉRZELEM dimenziója mentén (CROFT 1994: 470) az egészségügyi szakemberek és a páciensek megnyilatkozásaiban. Ezeket és az elemzési kategóriákat szemlélteti összegezve a 30. táblázat, továbbá mutatja be részleteiben a 9.3. fejezet.

30. táblázat. A metareflexiók dimenziói és kategóriái

Dimenzió	Kategória	Példa
TUDÁS, TARTALOM		
	Értés, megértés	(1) D: <i>értem, értem, értem én</i> (HO1)
	Figyelem irányítása a fontos információra	(2) D: <i>ez fontos</i> (HO3)
	Magyarázat	(3) D: <i>lefordítva ez ennyit jelent</i> (HO4)
	Újrafogalmazás, ismétlés, interpretáció	(4) D: <i>tehát amikor magas, és próbálja bevenni, nem viszi lejjebb</i> (HO3)
	Tudással kapcsolatos nyelvi tevékenység	(5) D: <i>azért mondom, hogy ez nem kell</i> (HO4) (6) D: <i>ezért kérdezem</i> (V4B)
	A nyelvi tevékenység koordinálása	(7) D: <i>Menjünk végig ezeken a kérdéseken</i> (FO6)
CSELEKVÉS		
	Reflexió a cselekvésekre, interakciószervezés	(8) D: <i>azt majd mindjárt' ráírjuk</i> (HO4)
	Korábban megvalósított cselekvés megerősítése, erre való hivatkozás	(9) D: <i>na, azt akkor megbeszéltük</i> (HO3)
	Reflexió az egészségügyi szakember cselekvésére	(10) D: <i>Kiszedjük a megalvadásra szolgáló vattákat, és helyére próbálom a csonkokat.</i> (FO3)
	Terápiás metadiskurzus	(11) D: <i>Következő alkalommal bemérjük, feltágítjuk.</i> (FO12)
	Cselekvésekre, megértésre, megállapodásra való visszakerdezés diskurzusjelölővel	(12) D: <i>reggel is egyet és este is egyet, jó?</i> (HO2)

¹⁰² A kutatást, beleértve az annotálást és az eredmények kiértékelését is HÁMORI Ágnessel közösen végeztem (KUNA–HÁMORI 2023).

Dimenzió	Kategória	Példa
ÉRZELMEK, FIZIKAI ÉRZETEK		
	Explicit reflexiók testi érzetekre	(13) P: <i>nagyon fáj a csípőm</i> (HO4)
	Explicit reflexiók érzelmekre	(14) P: <i>most egy kicsit attól félek, hogy ez a magas vérnyomás</i> (HO3)

A kategóriák gyakoriságát is megvizsgáltam az egyes konzultációtípusokban 1000 szövegszóra vetítve, hogy az eredmények összevethetőek legyenek. Ezen túlmenően az itt bemutatott kategóriák jellemzőit az egyes konzultációkban is elemeztem a MAXQDA szoftver dokumentumporté vizuális szemléltetőjének segítségével. Ez a szemléltetőeszköz minden egyes konzultációt (dokumentumot) egy oldalnyi egységre tömörít, és az előforduló kategóriák gyakoriságát ehhez arányosítva mutatja be, ami lehetővé teszi az egyes interakciók összehasonlítását is.

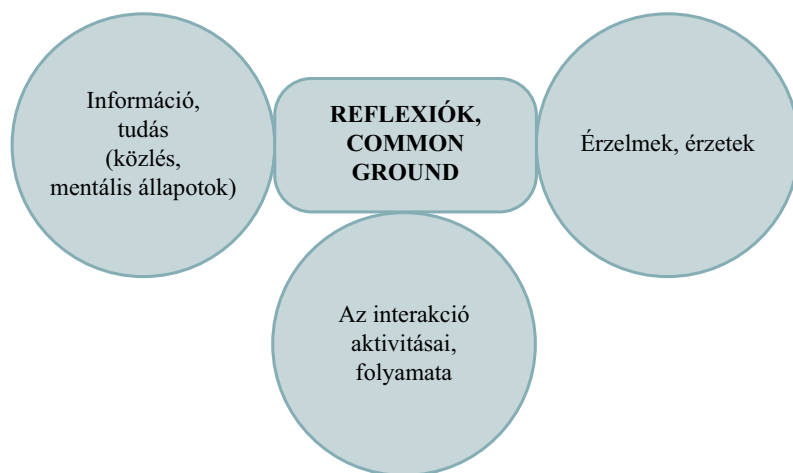
A fenti szempontok szerint 855 megnyilatkozásrészt vizsgáltam, amelyekben további szempontként elemeztem az interakciós szereplők saját cselekvésekre vonatkozó reflexióit is. Szintén MAXQDA szoftverrel dolgoztam, és 791 konstrukciót azonosítottam. Minden saját cselekvésre, mentális állapotra, érzelmre vonatkozó reflexió annotálásra került a résztvevői szereppel (egészségügyi szakember, páciens), valamint a formai jellemzőkkel együtt. Csak az expliciten jelölt E/1., illetve T/1. konstrukciók kerültek be az elemzésbe, a személytelen vagy egyéb vonatkozású konstrukciók nem. A saját cselekvésekre és mentális állapotokra vonatkozó utalások esetében megvizsgáltam, hogy milyen összefüggés mutatkozik a résztvevői szerepek és a reflexió dimenziói között.

9.3. A reflexivitás dimenziói és a tudásmenedzselés

A vizsgált adatok azt mutatják, hogy a reflexiók a közös alap és a tudásmegosztás terén három nagyobb dimenzióban játszanak különösen fontos szerepet az orvos-beteg interakciókban (lásd 32. ábra és 30. táblázat). Az egyik ilyen dimenzió a tartalmi (propozicionális) információkhoz és tudáshoz kapcsolódik; a másik az interakció folyamatának és aktivitásainak feldolgozásához; a harmadik pedig az érzéseknek és belső állapotoknak a megjelenítéséhez. Ezek összhangban vannak a PENZ (2007) által bemutatott két fő dimenzióval (tartalmi és procedurális/interakciós jellegű tudás). Továbbá részben párhuzamba állíthatók KECSKES és ZHANG (2009) három dimenziójával is (mint általános tudás, a szituáció feldolgozása és a résztvevők közötti kapcsolat) (lásd 3.1.1.2. fejezet); valamint CROFT (1994) vélelem, vágy, emóció pszichológiai modelljében a TUDÁS, CSELEKVÉS és ÉRZELEM hármas dimenziójával.

A reflexív nyelvhasználatban kiemelkedő szerepet kapnak a metapragmatikai reflexiók, főként a tartalmi és tudáselemekre vonatkozóan. Ugyanakkor a vizsgált anyag arra is rámutat, hogy a tudás szervezésében számos más reflexív nyelvhasználati esemény és konstrukció is

szolgálja a közös tudás dialogikus építését. Ezek fő típusait és nyelvi eszközeit a következő alfejezetekben mutatom be.



32. ábra. A reflexivitás dimenziói a common ground építésében

9.3.1. Tartalmi információ és tudás

A megfelelő (propozicionális)¹⁰³ információk közvetítése, a tudás alakítása és átadása egyaránt kulcsfontosságú az orvos-beteg interakciókban a megfelelő diagnózis felállítása, a megfelelő kezelés és terápia megtalálása, valamint annak végrehajtása szempontjából. Ez központi szerepet kap a nyelvi tevékenységben, amit a beszélgetések mennyiségi, szerkezeti, tartalmi, szövegtipológiai jellemzői is mutatnak. Ennek a területnek a fontosságára utal az ezekkel kapcsolatos nagyobb számú metakifejezések és -reflexiók használata is.

A metapragmatikai reflexiók egyik fő funkciójának az orvos-beteg interakciókban a tudásmegosztás és -koordinálás támogatása tekinthető. Ezek között különösen fontos csoportot alkotnak azok a reflexiók, amelyek a megértésre, tudásra, a résztvevők más hasonló mentális folyamataira vonatkoznak; vagy a megértés folyamatának ellenőrzésével és koordinálásával foglalkoznak; továbbá pontosítást kérnek, adnak; szükség esetén félreértéseket tisztáznak. További lényeges csoportot alkot magával az információátadással kapcsolatos nyelvi tevékenység kifejtése vagy megmagyarázása (pl. *kérdezem, mondom*). A tartalmi dimenzióba tartozik

¹⁰³ A *propozicionális* kifejezés a tartalmi komponensre összpontosít ennek a dimenzióknak a „címkezésében”, ugyanakkor ennél tágabb és sokrétűbb, mert az információkkal és a megértéssel, a diskurzus mentális világával kapcsolatos egyezkedést, a diskurzus mentális világával kapcsolatos tudatosságnak, felelősségvállalásnak a jelzését is magában foglalja. Erre a dimenzióra vonatkozóan ebben a jelentésben használom annak tudatában, hogy az elemi mondattal megvalósuló reflexív kontextualizálásnak és az érzések és érzetek megjelenítésében is van ilyen „tartalom”.

a figyelem irányítása is a lényeges, releváns információk kiemelésével. Ezen túl ide sorolhatók a megértéshez, tudáshoz vagy a korábbi ismeretek aktiválásához kapcsolódó, kevésbé explicit és nem explicit eszközök is: így a magyarázat; az elhangzott információk újrafogalmazása, az ismétlés, az interpretálás; valamint az *ugye* **partikula** használata, ami a korábbi tudás aktiválását, megerősítését szolgálja.

Megfigyelhető, hogy a tudásra, gondolkodásra vonatkozó reflexiók gyakran a nyelvi tevékenység tervezéséhez vagy alakításához kapcsolódva jelennek meg a diskurzusban. Ez jól mutatja a nyelvhasználat és a belső jelentésképzés közti kapcsolatra vonatkozó metapragmatikai munkát, és nemegyszer az arra vonatkozó (tulajdonképpen meta-metapragmatikai) tudatosságot, ahogy ezt az alábbi példák is szemléltetik (15a, 15b).

(15a)

- 019 P: *közelmre **kell** majd csak szemüveget csináltatnom*
 020 *hogya bármít +++*
 021 D: *értem értem én jjó*
 022 *((pecsét))*
 023 *ez a része ez rendben van ((pecsét))*

(HO1)

(15b)

- 034 D: *(---) nos hát **akkor mondja kérem milyen problémái vannak °h***
 035 ***amint látom** azért nem olyan nagy a baj eléggé energikusnak*
 036 *tűnik nem olyan*
 037 *[elesett]*
 038 P: *[°hhh]*
 039 *azt csak én tudom, hogya mit érzek °hhh kitől várjak segítséget*
 040 *hogya az orvos nem akar [megérteni*
 041 *(((telefoncsörgés)))*
 042 D: *ezért [kérdeztem hogya mi a baj*

(V4B)

A reflexív nyelvhasználat gyakran kapcsolódik össze magyarázattal. Ez főként az orvosi kommunikációban megfigyelhető a leletekre, vizsgálatokra, teendőkre vonatkozó tudás kommunikálásában (16a–16d). Ugyanakkor a páciensek nyelvi tevékenységében is megjelenik, ahogy ezt a (16d) példa mutatja. A magyarázatokban nem feltétlenül az egyes explicit reflexiók szerepe az elsődleges – bár ilyenekre is van példa –, hanem maga a magyarázat aktusa rendelkezik egy implicit, de lényeges reflexív jelleggel: azáltal, hogy egy már közölt információt az orvos megismétel, bővebben kifejti, átfogalmazásokat használ. A magyarázatokon belül jellemző az explicit reflexiók használata is (pl. *lefordítva ennyit jelent, csinálunk egy röntgent, nem jót jelent*), de változó mértékben és nem feltétlenül a szövegrész egészét átfogva, inkább a megnyilatkozások kommunikációs státuszának jelölésére (pl. diskurzusjelölők: *tulajdonképpen,*

szerintem, azért). Az *ugye* is gyakran megjelenik ezekben a magyarázatokban az előzetes tudásra vonatkozó reflexióként (16a, 16c).

(16a)

- 111 D: *tehát ugye megcsinálta az ultrahangot ép szívbillentyű-*
112 *ket normális méretű szívüregeket írt le (.) jó szívhang-*
113 *mozgások (.) a ugye a pumpafunkció az rendben van*
114 *(.) és a szívburokban nem látott folyadékot és a szívü-*
115 *regébe nem látott vérrögöt lefordítva ez ennyit jelent és*
116 *akkor történt egy kerékpár terhelés ugye↑ futa++ mind-*
117 *egy akkor azt ott máshogy írták és akkor a célfrekvencia*
118 *száznyolc százalékánál*
119 P: *azt mondták tök normális vagyok (.) igen*

(HO4)

(16b)

- 034 D: *itt egy picit szűrés ugye ↑*
035 P: *igen*
036 D: *ezen a hosszön azért csinálunk egy röntgent (.) hogy*
037 *csak azért szűr merthogy végig ért és a gép nem*
038 *látja vagy nem ért végig akkor adunk egy zsibbasztót*
039 *és onnan folytatjuk*

(FO12)

(16c)

- 046 D: *alapvetően arról lenne szó↑ (.) hogy sürgősen le*
047 *kellene adnia pár kilót*
048 *°hh*
049 *mert ugye hát ez a megemelkedett vércukor-*
050 *szint eez nem jót jelent*

(V2P)

(16d)

- 201 P: *gyanús nekem már mikor nem azt kapod ezt is aszondják*
202 *pont olyan mint az (.) nem igaz*
203 *(2.79)*
204 *ha gyúrunk egy kiló lisztből tésztát és négy félélet csiná-*
205 *lunk belőle az négy íz*
206 *(1.22)*
207 *cérnametélt metélt*
208 *(--)*

- 209 **őö csipetke [mindegyik más hiába ugyanabból gyúrtuk**
 210 **ez is úgy van]**
 211 D: *[hát persze persze igen igen]*

(HO3)

Kiemelkedően fontos a tudás szervezésében és a megértésben az újrafogalmazás, az ismétlés, illetve az interpretálás folyamata (DÉR 2020; SCHIRM 2021), amely vonatkozhat terápiás cselekvésekre (pl. gyógyszeresedés, életmódra vonatkozó szokás, leletértelmezés), a páciens állapotának, értékeinek a megbeszélésére, megnyugtatásra. Ilyenkor a reflexió egy korábbi megnyilatkozás bevonására vonatkozik, a közölt információ értelmezése, hangsúlyossága (fontossága), pontosítása, egyértelműsítése zajlik. Ennek a kategóriának egy sajátos esete az interpretálás, amikor a páciens az elmondottak alapján egyfajta következtetést fejt ki nyelviileg, azaz a saját szemszögéből értelmezi az elmondottakat. Ezek a reflexiók gyakran a félreértés jelzői is lehetnek (17d), és fontos szerepet játszanak a pontos megértésben, a félelmek és aggodalmak tisztázásában.

- (17a)
 051 P: *igenigen meg éjjel is fölőbredek hogy rosszul*
 052 *érezem magam és ezt pedig (.) én hiába szopo-*
 053 *gatom ez semmit sem jelent*
 054 D: **tehát amikor magas és próbálja bevenni nem**
 055 **viszi lejjebb**

(HO3)

- (17b)
 085 P: *magyarul arra kéne valami de nem is őhm a kávéét is cukor*
 086 *nélkül iszom és nem is (.) vagyok ilyen őhm cukormániás vagy*
 087 *nem tudom*
 088 D: **tehát nem szokott sok édessé[get] fogyasztani**
 089 P: *[nem]*

(HO2)

- (17c)
 001 D: *jöjjön meséljen (.) mi a helyzet amit megnyitottunk*
 002 P: *ezt nagyon jól érzem semmi (.) amikor mostam a fo-*
 003 *gamat mielőtt megnyitotta akkor éreztem hogy fáj*
 004 *a fogam*
 005 D: **ez most megszűnt**
 006 P: **megszűnt**

(FO9)

(17d)

052 P: *szóval cukros vagyok és ő*

053 (-)

054 *akkor most (.) injekciózni kell magam*

055 D: *most még nem (.) először megpróbálkozik az életmódváltással*

056 *diétával testmozgással*

057 *°hh és hogyha nem kielégítő a diéta akkor vércukorcsökkentő*

058 *tablettákat adunk*

(V2P)

Az ismétlés vagy újrafogalmazás következtetés jellege több esetben nyelviileg is kifejtett (*tehát, szóval*), valamint a magyarázat része is lehet. A szakmai és a mindennapi tudás közötti „nyelv-, illetve kódváltás” jelzői lexikai szinten is megjelenhetnek ebben a folyamatban (pl. *magyarul, lefordítva*). Ezek a nyelvi megoldások azonban a valós orvos-beteg konzultációkban jelennek csak meg, jellemzően vizsgálatok, leletek magyarázatához kötődően (16a, 18a).

A fejezetben bemutatott példák arra is rámutatnak továbbá, hogy az egyes reflexiótípusok nem elszigetelten fordulnak elő, hanem gyakran együtt, egymással átfedéseket mutatva segítik a közös tudás kialakítását.

(18a)

330 D: *néztük is a pajzsmirigy hormonját és akkor a tshra*

331 *kaptunk egy kettő egész négyes értéket ami pont*

332 *csontra közepe a referencián belül is normál érték **tehát***

333 **magyarul** *ez egy normofunkciós pajzsmirigyműködés*

334 *hormonálisan stabil állapotban*

(HO4)

(18b)

049 P: *((halk hang)) egy ideig őm jobb is volt °hh őö (.) de*

050 *aztán °hh most újra rosszabb*

051 (1.3)

052 *megint rosszabbul érzem magam*

053 [(1.17)]

054 [((halk zaj))]

055 Psz: *szóval (.) azt mondja hogy rosszul van rosszabbul*

056 **van**

057 (6.1)

(VIP)

9.3.2. Az interakció folyamata és aktivitása

A közös alapnak fontos részét alkotja az aktuális szituációra vonatkozó, jellemzően emergens tudás, különösen a résztvevők cselekvéseire és az esemény forgatókönyvére vonatkozó információk, amit összefoglalóan az interakció dimenziójának hívhatunk (PENZ 2007). Az adatok azt mutatják, hogy a vizsgált diskurzusokban ezek, vagyis az éppen zajló, aktuális interakcióra vonatkozó ismeretek is lényegesként jelennek meg, és az ezekkel kapcsolatos reflexiók is fontos szerepet kapnak a tudásszervezésben.

Az orvos-beteg konzultáción az interakcióra vonatkozó reflexiók nagyban segítik a beteg tájékozódását arra nézve, hogy mi történik, milyen sorrendben az éppen zajló interakcióban vagy a terápia során. Ezek explicitté tétele egyrészt bővíti a közös, megosztott (*shared*) tudást, ami megkönnyíti a kooperációt, és segíthet megszüntetni, oldani a páciens esetleges aggodalmát, szorongásait. Másrészt csökkenti a tudás aszimmetriáját, és a páciens számára lényeges információt jelent az őt érintő eseményekre vonatkozóan. Az akciókra való nyelvi reflektálásnak további aspektusa, hogy az explicit nyelvi reflexiók nemcsak beemelik ezeket (explicit módon) a közös tudásba, hanem egyben lehetőséget is adnak az egyezkedési folyamatokra, támogatják a közös döntést. További szempont az is, hogy a triviális cselekvésekről való „beszámoló”, azok nyelvi explikálása magával a referálás aktusával is támogatja a közös alapot, az orvos-páciens közti társas viszonyt és az együttműködés építését (*rapport*).

Az interakcióhoz kapcsolódó metakommenteken belül három alkategória jelent meg: 1. a cselekvésre vonatkozó reflexiók, beleértve az **interakciószervezéssel** és a tudásmegosztással kapcsolatos tényezőket; 2. a **terápiás metadiskurzusok**; valamint 3. a *jó?* megegyezést kezdeményező metasztintű **utókérdések**. Ezek tipikusan a közös cselekvésekkel kapcsolatos döntési lehetőségre, javaslat elfogadásával kapcsolatos várakozásra reflektálnak.

Az elemzés rámutat, hogy az egyes konzultációtípusokban eltérő gyakorisággal jelennek meg az interakciószervezésre vonatkozó reflexiók. A fogorvosi konzultációkon kiemelkedő a saját cselekvésre vonatkozó utalások előfordulása a terápiás cselekvésekre nézve, míg a házi orvosi konzultációkon a visszakérdezés mutat jóval nagyobb gyakoriságot (lásd 31. táblázat).

9.3.2.1. Reflexió a cselekvésekre – interakciószervezés

Ezek a reflexiók többnyire azoknak a cselekvések explicit megnevezésére vonatkoznak, amelyek éppen zajlanak az aktuális interakcióban, vagy amelyeket a következő lépésekben terveznek a résztvevők (többnyire az orvos). A reflexiók azt teszik explicitté, hogy milyen akciók történnek és milyen sorrendben, illetve az interakció korábbi részeire utalnak vissza. Ezek elsődleges funkciója nem ismeretátadás, hanem maga az akció megnevezése, ami által az egyrészt egyértelműen a közös alap részévé válik, másrészt a cselekvések tervezett sorrendje a másik fél számára is hozzáférhető. Egyes esetekben ezeknek a reflexióknak a korábbi cselekvés eredményének a tudásbeli kiemelése, megerősítése a célja. Az is megfigyelhető, hogy a cselekvésre vonatkozó reflektálás többnyire az orvos kommunikációjában jelenik meg (19a–19d), a páciens nyelvi tevékenységében jóval ritkább (19e). Az elemzés alapján elmondható, hogy

az itt ismertetett funkciók sokszínűbben és gyakrabban jelennek meg a valós interakciókban (19a–19c), mint az oktatóvideókban.

- (19a) D: *És akkor mindjárt most akkor **kinyomatom a recepteket is, jó?** Hogy akkor így **kézbe tudjam adni** ezt az újgyógyszert is magának. (HO2)*
- (19b) D: *ezt akkor **be is kell rögzítenem**, egy percet vesz igénybe (HO4)*
- (19c) D: *na hát, **nézem** közben a leletét (HO3)*
- (19d) D: ***De először most megnézzük**, hogyha beáll egy ezerkét száz kalóriás diétára, odafigyel az étkezésre, a testmozgásra, akkor hogyan alakul az állapota. (V2B)*

9.3.2.2. Az orvos terápiás cselekvéseire vonatkozó reflexiók

Különösen lényeges csoportot alkotnak az interakciós dimenzió kapcsán azok a reflexiók, amelyek nem a nyelvi tevékenységhez vagy az interakció szerveződéséhez kapcsolódnak, hanem az orvos cselekvéseire a gyógyító tevékenységen belül. Ezek funkciója elsősorban a tudásmegosztás a pácienssel, és a közös alap jelentős kitágítása. Ez az orvos-beteg kapcsolat egyenrangúbb jellegét és a közös cselekvések aspektusát is erősíti. A közös bázis további erősítéséhez járul, hogy ezeknek a reflexióknak az esetében gyakori az a jelenség is, hogy az orvos egy közös perspektívát vesz fel a pácienssel, mintha az adott akciót ketten végeznék. Ennek jellemző nyelvi kifejezője a többes szám első személy (lásd 8.4.2. fejezet). Ezek a konstrukciók a résztvevők kapcsolatépítésében is fontos szerepet játszanak. Csakúgy, mint az utasítás, ajánlás módja, amely a direkt felszólítás helyett gyakran kijelentő módban lehetőségként, személytelen konstrukciókban vagy feltételes módú alakban konstruálódik (lásd 8.5.1., 8.5.2. fejezet).

Ez a típusú reflexió a valós orvos-beteg konzultációk interakciós gyakorlatának szerves részét képezik, az oktatóvideókban azonban egyáltalán nem jelenik meg (20a–20b). A fogorvosi konzultációkon kiemelkedően magas az ilyen reflexiók száma. Ennek oka abban is keresendő, hogy az ellátás közben a páciens csak az orvos reflexiói és magyarázata révén szerez információkat a kezelés menetéről, az éppen folyó cselekvésekről. A reflektálás nagy szerepet kap a közös alap folyamatos alakításában, valamint a kapcsolatépítésben is.

- (20a) D: *Ha szabad az egyik kezén, **tennék föl egy mérést.** (HO1)*
- (20b) D: ***Kiszedjük a megalvadásra szolgáló vattákat, és helyére próbálom a csonkokat.** (FO3)*
- (20c) D: *Mielőtt összecsup, a sorját még **ki kell tennem** a szélére, **le fogom simítani.** (FO8)*
- (20d) D: ***Ezt most elszívjuk**, vagy legalábbis igyekszem óvatosan. (FO12)*

Ahogy említettem, az oktatóvideók diskurzusaiban ez a fajta reflexió lényegében hiányzik, amíg a valós diskurzusoknak szerves részét képezik a fogorvosi kommunikációban kifejezetten gyakori és tipikus a tudás megosztásban és a terápiás kapcsolat építésében.

9.3.2.3. Terápiás metadiskurzus

A terápiás metadiskurzusok azok a többnyire hosszabb, reflexív részek a diskurzusban, amelyekben a javasolt terápiás cselekvések jelennek meg, és ezek kapcsán a nyelvi kifejezőmód reflektál a megértés dimenziójára. Így például magyarázatot, átfogalmazást, pontosítást tartalmaz, vagy ezeket együtt. Tehát szoros kapcsolatban áll más, korábban bemutatott reflexiókkal. Ezek a kifejezések nem prototipikus metareflexiók, mert nagyrészt implicit jellegűek, és gyakran az aktuálisan zajló interakció eseményeivel összefonódva, de azon túlmutatva jövőbeli cselekvésekre és feladatokra utalnak. Ugyanakkor a tudásmegosztás, a közös megértés és a közös döntéshozás szempontjából kifejezetten jelentősek, így érdemes külön csoportként kitérni rájuk.

A terápiás metadiskurzus vonatkozhat a terápia egy részletére vagy az orvos cselekvésére is. Jellemzően kifejtettebb megnyilatkozások (21a–21d), de dialogikus szerveződésben is megjelenhetnek, ahol a páciens visszajelzést ad a metadiskurzusban foglaltak megértésére, esetleges félreértésére. Az elemzés ebben az esetben is azt mutatja, hogy a valós interakciókban gyakrabban és kifejtettebben jelennek meg ezek a reflexiók.

(21a)

- 147 P: *és azt egy hónapig vagy három hónap*
 148 D: *(.) hát ezt tulajdonképpen egy hónapig szedje min-*
 149 *denképp jÓ↑ és akkor utána megnézzük ha ezekből*
 150 *még több lenne vagy még nagyobb lenne akkorakkor*
 151 *szólni kell nekem mer akkor tovább kell vizsgáldni*
 152 *hogy nincs e valami véralvadási probléma jÓ↑ (.) öö*
 153 *és akkor azt mondja hogy a másik dolog*
 154 *hogy a cukrára arra is fogunk adni akkor egy*
 155 *((gépelés)) (.) ° tablettát*

(HO2)

(21b)

- 056 D: *Utána következő alkalommal **bemérjük a tel-***
 057 ***jes hosszt kítágítom** +++ **kireszelem ezeket***
 058 ***a csatornákat** (.) csak most azt kell elérni hogy*
 059 *ne vérezzen mert ha én vérző szövetet bezárok*
 060 *feszíteni fog (.) **következő alkalommal bemérjük***
 061 ***feltágítjuk** és ha feltágítás után nem fáj minden*
 062 *rendben van akkor **lehet gyökérkezeln***
 063 P: *köszönöm szépen*

(FO7)

- (21c)
- 098 Psz: *természetesen vannak az életnek más fontos területei*
- 099 *amit majd megnézhetünk közelebről*
- 100 *°hhh*
- 101 *szép lassan ahogy a (.) terápiában haladunk előre*
- 102 *(1.81)*
- 103 *megtanul (.) megtanul összefüggéseket látni*
- 104 *az élete (.) a betegsége és a tünetei között*
- 105 *(1.1)*
- 106 *perszeee (.) ehhez idő kell (.) mint ahogy a gyógyulás-*
- 107 *hoz is*
- 108 *(--)*
- 109 *ez nem olyan mint egy gyógyszer hogy beveszem (.) és*
- 110 *vége elmúlt a tünet*
- 111 *(---)*
- 112 *idő türelem és kitartás kell hozzá*
- 113 *(1.49)*

(V1B)

9.3.2.4. A cselekvéssel, annak megértésével, elfogadásával kapcsolatos utókérdés

Az interakcióra vonatkozó metadiskurzusokban kiemelten gyakori volt a *jó?* utókérdés, főként a háziiorvosi konzultációkon, és elsősorban az orvos részéről (22a). Ezek a közös cselekvésekkel kapcsolatos döntési lehetőségre (pl. gyógyszereszedés, kérdés, magyarázat), jóváhagyást váró jellegre reflektálnak, ezeket jelzik. És egyben lehetőséget is biztosítanak az egyezkedésre, a megértésre való visszajelzésre (DITTE 2018; GONZÁLEZ–SILVANO 2022). A háziiorvosi konzultációkon ezek a folyamatok az interakcióban jól láthatók, és minden esetben egyetértésként adathozhatóak a páciensek megnyilatkozásaikban. A reakciók kifejtettségében és intenzitásában különbségek mutatkoznak. Így az egyszavas vagy rövid jóváhagyás (22a, 22b) és a hosszabb, érzelmileg telítettebb válaszok is megjelennek (22c, 22d). Az oktatóvideók diskurzusaiban ez a fajta visszakerdezés összesen egyszer fordul elő arcfenygető aktusba épülve, és negatív páciensi választ kiváltva (22e).

- (22a)
- 227 D: *tesszük ide és akkor ez amire akkor vinni kell*
- 228 *és akkor hosszabbítani fogják jÓ↑*
- 229 P: *igen így van*

(HO1)

(22b)

- 184 D: *és három hónapra fölírtam és akkor úgy volna jó hogy ha most van*
 185 *ugye hát má mindjá október október november december valamikor*
 186 *januárba vagy februárba megint kéne csinálni vérvételt hogy a cukrát*
 187 *meg tudjuk nézni(.) **jÓ↑***
 188 P: *(.) jó akkor majd január vagy februárba [+++ +++ +++*
 189 D: *[majd szóljon nekem és*
 190 *akkor kiírok megint egy vérvételi (.) beutalót **jÓ↑***
 191 P: *jó*

(HO2)

(22c)

- 389 D: *nézze túllesz ezen a szemműtéten jól fog sikerülni utána*
 390 *majd egy picit higgyc el hogy hogy meg fog*
 391 *könnyebbülni **jÓ↑** úgyhogy tessék a méréseket folytatni*
 392 ***jÓ↑** és akkor ez a <<gyógyszernév>> amit akkor*
 393 *reggel este is szed így van **jÓ↑***
 394 P: *lehet az bízom benne azt folytatom én igen amit este*
 395 *este és reggel is*
 396 *igen hát nagyon szépen köszönöm*

(HO3)

(22d)

- 447 D: *(.) öö én most erre egyelőre nincsen szükség*
 448 *az ön esetébe*
 449 *de annyit már most elmondok hogy a pajzsmirigy*
 450 *hormon készítmények ugye*
 451 *nevükben benne van hogy hormon de ezek rendkívül*
 452 *széleskörben alkalmazott rendkívül biztonságos készit-*
 453 *mények (.)*
 454 *tehát ha valamiér egyszer el is jutunk oda*
 455 *hogy szükség van kis adagba pótolni tablettás formába*
 456 *ez az egyik a világ legtermészetesebb*
 457 *dolga ha már a gyógyszereknél tartunk (.)*
 458 *tehát ne legyen rá szükség*
 459 *de egyébként*
 460 *nem nem kell tőlük félni **jÓ↑***
 461 *úgyhogy ezt majd meglátjuk (.)*
 462 P: *jó szuper ühüm*

463 *űhűm ja jó jó*
 464 *jó jó jó jó jó szupi*

(HO4)

(22e)

092 D: *pihenjen egy kicsit (.) nyugodjon meg (.) és ha kérhet-*
 093 *ném akkor a házi orvosát szíveskedjék fölkeresni JÓ↑*
 094 *°hhh*
 095 P: *JÓ akkor majd megoldom úgy ahogy tudom*

(V4P)

9.3.3. Érzések, érzetek

Az érzésekre, érzetekre vonatkozó reflexiók a tudásmegosztás és a kapcsolatépítés szempontjából is kiemelkedő jelentőségűek. A három konzultációtípusban összesen 147 megnyilatkozás kötődik ennek kifejtéséhez. A páciensek fájdalmai, aggodalma, érzései, valamint az ezekről való kommunikáció fontos szerepet kap a betegközpontú gyógyításban. Továbbá az orvos által ezekre adott válaszok sok esetben az empátia kifejezőeszközei is.

Nagyon általánosan nézve, az érzelmekre vonatkozó reflexiók azáltal, hogy a megnyilatkozó fizikai és mentális állapotait jelenítik meg, alapvetően a TUDÁS dimenziójában működnek. Továbbá az is megállapítható, hogy ezek a megnyilatkozások nem feltétlenül explicit módon dolgozzák ki a metapragmatika reflexív viszonyulást (pl. *Mindenem fáj vs. úgy érzem, mindenem fáj*). Az orvos-beteg interakció és a terápiás folyamat szempontjából azonban kitüntetett jelentőségű minden önmegfigyelésen alapuló beszámoló, reflexió, a közös alap, a közös tudás kialakításának kiemelt tényezője (MUNTIGL 2007; KECSKES 2014). Ez is indokolja, hogy külön kategóriaként jelent meg az elemzésben.

Ezen a dimenzió belül két nagyobb csoportot találhatunk. Az egyik elsősorban érzelmekre, érzésekre, lelkiállapotra vonatkozik, azaz explicit módon viszi színre az érzéseket, érzelmeket, amelyek a páciens saját állapotához vagy a terápiához kapcsolódnak, és amelyeket többnyire a páciensek említenek (23a–23e). Az érzésekre és fájdalomra vonatkozó explicit nyelvi reflexió olyan tudás megosztását jelenti, amely egyrészt az aktuális common groundot bővíti, valamint az orvos-beteg közti gyógyító kapcsolatot az interakcióban is és hosszabb távon is pozitívan befolyásolja. Továbbá, ezek feltárása a megfelelő terápiás döntést és a terápiahűséget is segítheti.

A páciensek ezekkel kapcsolatban sok esetben közvetlen választ, tanácsot, együttérző reakciót is kaptak az orvostól, amelyek szintén az érzelem kategóriához tartoznak (24a–24e). Az ilyen jellegű kifejezések gyakrabban fordulnak elő a valós interakciókban (24a–24d), mint az oktatóvideók szimulált helyzeteiben.

- (23a) P: **Én nagyon félek** öö mindenféle ilyen szúrástól meg fájdalomtól. (HO1)
- (23b) P: *még van egy problémám, öö csak eez má,' az a baj, hogy ezzel má' jártam egyszer, **nagyon fáj a csípőm*** (HO4)
- (23c) P: *Már nem is érzem.* (FO1)
- (23d) P: **Állandóan attól félek, hogy mikor jön a következő.** A munkahelyemre a feleségem hoz és visz autóval, mert én már buszra sem tudok szállni. (V1P)
- (23e) P: **Mindenem fáj,** alig bírom magam vonszolni. És nem tudom a picire milyen hatással lehet. (V4P)
- (24a) D: **Istenem, hát azért az egy tortúra, azér' nehéz ilyenkor.** (HO1)
- (24b) D: *Nézze, túl lesz ezen a szemműtéten, **jól fog sikerülni, utána majd egy picit, higgye el, hogy hogy meg fog könnyebbülni, jó?*** (HO3)
- (24c) D: **Nem kell kapkodni, nincsen ok aggodalomra, de ezt vissza fogjuk kontrollálni.** (HO4)
- (24d) D: **Sajnos sokat kell ülni.** (FO4)
- (24e) D: *Nos, Szalai úr, **nincs nagy baj, nem kell aggódn!** Ahogy mondtam: figyeljen oda a testmozgásra, a diétára, és akkor **minden rendben lesz.*** (V2B)

A reflexiók másik nagy csoportja elsősorban a páciens által érzett testi érzetekhez – fájdalomhoz, zibbadáshoz – kapcsolódott. Ezek elsődlegesen az orvos kommunikációjában jelentek meg. A vizsgált mintában az ilyen típusú reflexiók elsősorban a fogorvosi interakciókban hangzottak el, az oktatóvideók diskurzusaiból lényegében hiányoztak (25a–25k).

Az orvos ezekkel a reflexiókkal a páciens által tapasztalt érzetekre kérdezett rá (25c, 25i), vagy iniciatívan előre információt osztott meg arról, hogy a páciens feltehetően mit érez vagy fog érezni, beleértve az ízeket, hangokat, zibbadást, fájdalmat (25a–25i). Ezen reflexiók jellemzően személytelenek, és gyakran kifejeződik bennük a valószínűség és esetlegesség (*lehet, hat/-het, esetleg, lehetőség*). Több esetben társul hozzájuk más reflexió. A közlés aktusa jelenik meg például a (25d)-ben, amely a kommunikáció lehetséges módját fejt ki egy olyan helyzetben, amikor a páciens a beavatkozás következtében nem tud verbálisan megszólalni. Így a nonverbális jelzés áll a verbális közlés helyett (*szól, bal kezét megemeli*). Az is megfigyelhető, hogy a fogorvos gyakran kér elnézést az okozott fájdalomért és kellemetlenségekért (25a, 25e).

A reflektálás ezen típusa hatékony eszköz lehet a közös alap megerősítésében mind a megosztott információkkal, mind pedig magával a megosztás aktusával. Az utóbbi az orvos figyelmének irányulását, a közös figyelmet (*joint attention*) is kidolgozza nyelviileg, és explicitté teszi, hogy osztozik a páciens belső folyamataiban. A fogorvosi konzultációkon a páciens érzéseiről az orvos lényegében több reflexiót fogalmaz meg, mint a páciens maga. Ez csak részben köszönhető a helyzet kommunikációs aszimmetriájának (a páciens nem tud a kezelés alatt beszélni). Szoros összefüggésben áll azonban azzal, hogy az orvos fontosnak tartja ezen ismeretek megosztását, a közös tudásba való beemelését, ami hozzájárul a partneribb és betegközpontúbb kommunikációs stílushoz.

- (25a) D: *Ez itt lehet egy kicsit kellemetlenség, bocsánat ((befűvés))* (FO1)
(25b) D: *Lehet, hogy ez most kellemetlen lesz.* (FO2)
(25c) D: *Bírható? nem fáj, ugye?* (FO3)
(25d) D: *Éles fájdalmat nem szabad érezni, jó? Ha bármi fáj, szól, megállok, bal kezét megemeli.* (FO9)
(25e) D: *Elnézést hideg lesz. Nem a legjobb érzés.* (FO4)
(25f) D: *Egy kicsit feszítést, szúrást fog érezni.* (FO5)
(25g) D: *Egy nagyot szúr, kellemetlen, de azonnal hat.* (FO7)
(25h) D: *Ez egy kicsit más jellegű rezgés érzés lesz. Fülben lehet hallani, ahogy dolgozik a gép.* (FO8)
(25i) D: *Kicsi szúrásra van esetleg lehetőség.* (FO9)
(25j) D: *Bírható, ugye? Savanyúságot lehet azért érezni. Érzékeny esetleg valahol?* (FO10)
(25k) D: *Lehet, hogy érzékeny, fájhat, akkor adok egy kis zsibbasztót.* (FO12)

Hasonló reflexiók egyéb konzultációtípusokban is megjelennek, főként vizsgálathoz kapcsolódóan (has, torok, láb stb.). A háziorvosi konzultációkon és az oktatóvideókban azonban nem jellemző az előfordulásuk, ami összefüggésben állhat azzal, hogy fizikai vizsgálat, illetve beavatkozás nem történt ezekben az interakciókban. A videók egyik jelenetében a pszichológus kommunikációjában fordul elő hasonló reflexió (26).

- (26) Psz: *És ez esetleg azért nehéz önnek, mert úgy gondolja, hogy több segítségre, támogatásra lenne szüksége a férjétől?* (V3B)

9.3.4. A nyelvi reflexivitás dimenziói a konzultációtípusokban

A kutatás során elsődlegesen kvalitatív szempontok elemzése került előtérbe. Ugyanakkor a MAXQDA szoftverrel végzett elemzés gyakorisági adatokkal is szolgál, így bizonyos konzultációtípusokat jellemző tendenciák is megállapíthatókká válnak a vizsgált anyagban. Ezek egymás viszonyában értelmezhetők leginkább, és a valós, valamint tervezett interakciók jellemzőinek összehasonlítását is lehetővé teszik. Az itt bemutatott gyakoriságokat és tendenciákat a szavak számával arányosítva, 1000 szövegszóra vetítve mutatom be a három vizsgált konzultációtípusra vonatkozóan (lásd 31. táblázat; KUNA–HÁMORI 2023).

Megállapítható, hogy a szűkebb értelemben vett metapragmatikai kifejezések a háziorvosi konzultációkban és az oktatóvideókban fordulnak elő a leggyakrabban. Ha a szövegek terjedelméhez arányosítva nézzük, akkor legnagyobb arányban a videókban jelennek meg. Ez gyakran sematikus pl. az *értem, gondolja, mondtam* konstrukciókkal valósul meg.

A magyarázat minden tekintetben a fogorvosi konzultáción 2,5-szer gyakoribb, mint a többi konzultációtípusban. Az elemzés azt mutatja, hogy a fogorvosi kommunikációban

a közös alap kiépítésének egyik központi mozzanata az, hogy az orvos reflektál arra, hogy mit csinál, és miért csinálja.

Az ismétlés, interpretálás, újrafogalmazás a háziiorvosi konzultációkban volt kiemelkedően magas. A többi konzultációtípushoz viszonyítva 3- vagy 4-szeres előfordulás figyelhető meg. Ez azzal is összefügghet, hogy ezekben a konzultációkban maga a páciens is többet és aktívan tud részt venni az interakcióban a fogorvosi konzultációhoz képest. Továbbá arra is rámutathat, hogy a valós interakciókban ez egy jellemzőbb megértésre vonatkozó stratégia, mint az oktatóvideók diskurzusaiban.

Az is megfigyelhető, hogy a saját cselekvésre vonatkozó reflexiók a valós diskurzusokban gyakrabban fordulnak elő, mint az oktatóvideókban. A fogorvosi konzultációkon ez kiemelten fontos, hiszen a kezelésre vonatkozó tudás megosztásának a része. Ezt is jelzi, hogy 4-szer olyan gyakran jelenik meg, mint a háziiorvosi kommunikációban. A fogorvosi konzultáción a vizsgálatra, beavatkozásra, terápiás aktusra való utalás a jellemző, míg a háziiorvosi konzultációkon inkább a dokumentumokhoz kapcsolódóan jelennek meg az ilyen típusú reflexiók. Ezek a metakifejezések fontos részei a közös tudás építésének, és sajátos esetét is képezik. Hiszen ezekben a helyzetekben az interakció résztvevője lényegében párhuzamosan cselekszik, és osztja meg verbálisan a tevékenységét.

Szintén megállapítható, hogy a terápia metadiskurzusa gyakoribb a valós diskurzusokban, mint az oktatóvideókban.

A cselekvésre (megértésre) vonatkozó visszakérdezés a háziiorvosi konzultációkban kiemelkedően magas: több mint 8-szoros a többi konzultációhoz viszonyítva. A visszakérdezések interakciós működése, a páciensek válasza azt jelzi, hogy ez fontos nyelvi eszköze lehet a megértésnek, a feladatok tisztázásának.

Az érzelmekre és érzetekre vonatkozó reflexiók és kérdések előfordulása a fogorvosi konzultáción gyakoribb (közel 3-szoros a másik két típushoz viszonyítva). Ez szoros összefüggésben áll azzal, hogy az érzetekre vonatkozó kommunikáció fontos része a fogászati kezelésnek. Az érzelmekre vonatkozó kommunikáció azonban a másik két konzultációtípusban, főként a háziiorvosi konzultáción a gyakoribb.

31. táblázat. A reflexiók kategóriáinak gyakorisága (db) 1000 szóra vetítve

	HO	FO	V
Metapragmatikai reflexiók	14,25	11,43	38,53
Magyarázat	1,24	3,06	1,31
Ismétlés, interpretálás, újrafogalmazás	3,75	0,97	5,59
Saját cselekvésre való reflexió	6,87	21,88	4,61
Terápiás metadiskurzus	2,75	2,92	1,64
Érzelmekre, érzetekre való reflexió	3,5	14,77	4,28

Ha összegezve nézzük, akkor megállapítható, hogy a valós diskurzusokban egy-egy konzultáción jellemzően többféle reflexiótípus jelenik meg a tudásszervezéshez és a kapcsolatépítéshez

kötődően, mint az oktatóvideók diskurzusaiban. Tehát a reflexivitás nagyobb változatossága jellemzőbb a valós társalgásokban.

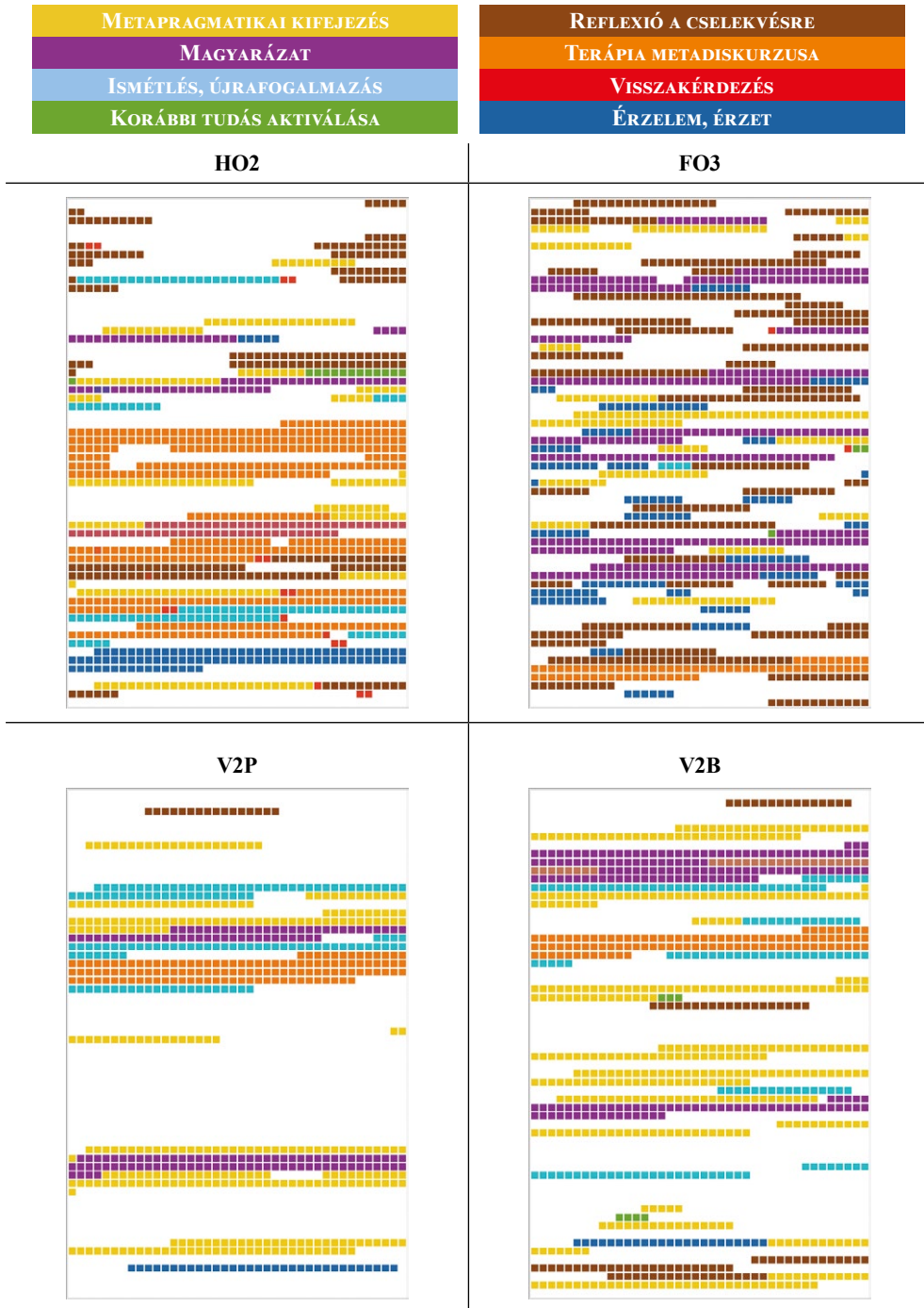
Erre négy konzultáción keresztül mutatok rá. A 32. táblázat vizuálisan szemlélteti a reflexiók típusait mindkét interakciós résztvevőre vonatkozóan a HO2, FO3 és V2P és V2B interakciók dokumentumportréin. A többi konzultációt szemléltető anyagot a 4. mellékletben az v., vi. és vii. táblázat tartalmazza. A dokumentumportré a MAXQDA program saját vizuális szemléltetőeszköze, amely minden egyes interakciót arányosan egy egyoldalas dokumentumként jelenít meg. Az egyes kategóriákhoz különböző színeket rendeltem, így jól látható, hogy a különböző típusú reflexiók az interakció mely szakaszán, milyen más reflexió követlen környezetében fordulnak elő.

A dokumentumportré alapján az látszik, hogy a HO2 konzultáción metapragmatikai jelzések (sárga szín), a saját cselekvésre történő reflexiók (sötétebb barna szín), a visszakérdések (piros szín) többször; az ismétlések, újrafogalmazások (halványkék szín) az interakció több szakaszában is megjelennek. A terápia metadiskurzusa leginkább a konzultáció második felében fordul elő (halvány barna szín). A magyarázattal összekapcsolódó reflexiók ezen a konzultáción nem túl gyakoriak (lila szín).

Ezzel szemben az FO3 fogorvosi konzultáción a magyarázat (lila szín), a saját cselekvésre történő reflexió (sötét barna szín), az érzelmekre, érzetekre való utalás (sötétkék szín) és a metapragmatikai reflexiók (sárga) mutatkozik gyakorinak és az interakció egészében. A terápiás metadiskurzus a konzultáció végén jelenik meg.

A V2P és a V2B diskurzus az attitűdfelmérésben is szereplő, háziorvosi konzultációt ábrázoló két jelenet az oktatóvideók közül (lásd 5. fejezet). A két dokumentumportré alapján az látható, hogy a paternalisztikus interakcióban kevesebb és kevesebbféle reflexió jelenik meg, mint a betegközpontúban. A leggyakoribbak a magyarázat (lila szín) és a metapragmatikai reflexiók (sárga szín), amelyek az interakció több szakaszában is megjelennek. A vizuális megjelenítés arra mutat rá, hogy a betegközpontú jelenetben több a magyarázathoz kapcsolódó reflexió, mint a paternalisztikusban. Továbbá az is látható a diskurzus zárószakaszában, hogy a betegközpontú kapcsolatépítésben a végén többféle reflexió jelenik meg (metapragmatikai reflexió, érzelmre, saját cselekvésre, korábbi tudás aktiválására vonatkozó utalás).

32. táblázat. A tudásszervezés reflexiói a HO2, a FO3, a V2B és a V2P konzultációkon



Az elemzés alapján, amelyet az összes konzultáció dokumentumportréi vizuálisan is szemléltetnek (lásd 4. melléklet), a reflexiók gyakorisága és típusai eltéréseket mutatnak az egyes konzultációkban. Önmagukban nem jelzői a kapcsolatépítésnek, mindig más verbális és nem-verbális aktusokkal közösen valósulnak meg. Ami azonban egyértelműen látszik, hogy a nyelvi reflektálás komplex módon, egymással és más nyelvi stratégiákkal összefonódva vesz részt a tudásszervezésben és a kapcsolatépítésben. Lényegében átszövi az interakciót, és egyfajta metamenzsment funkciót tölt be a diskurzusban a résztvevők között. Ehhez kapcsolódóan a következő alfejezetben arra térek ki röviden, hogy a reflexióknak milyen jellegzetességei figyelhetők meg az interakcióbeli szerepviszonyokhoz kapcsolódóan.

9.4. Reflexiók és interakciós szerepek – a saját cselekvésekre, mentális állapotokra, érzelmekre vonatkozó utalások

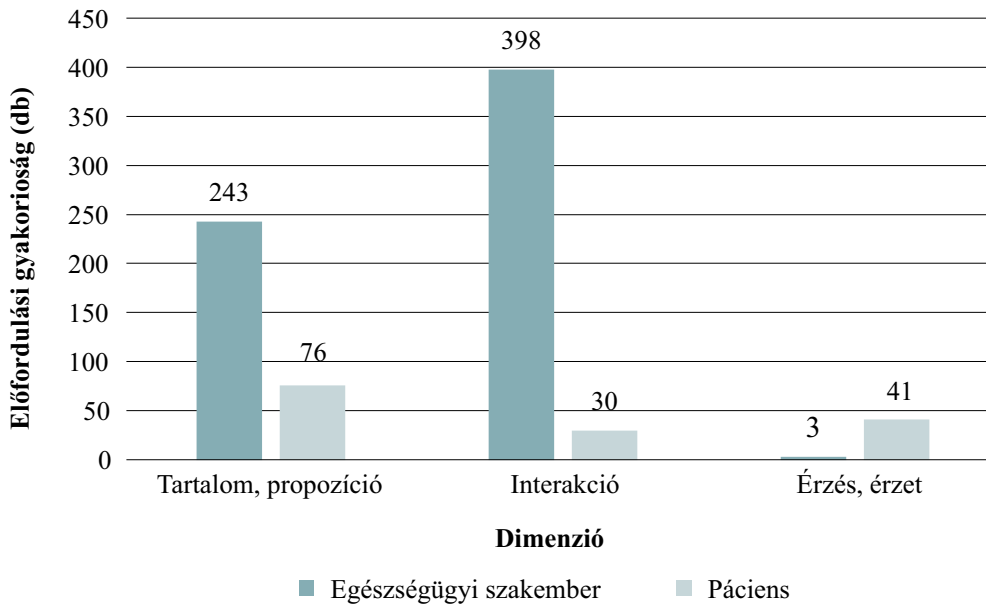
Az előző alfejezetben láthattuk, hogy a reflexív nyelvhasználatnak a tudás szervezésében, koordinálásában betöltött szerepe több dimenzióban is megmutatkozik. Egyrészt a propozicionális információra, az értésre, a megértésre vonatkozó utalásokban; másrészt az éppen folyó interakció folyamatára és cselekvéseire vonatkozó reflexiókban; harmadrészt az érzésekre és az érzetekre vonatkozó utalások révén. Az is megfigyelhető, hogy ezeken a reflexiókon belül fontos szerepet kapnak a saját cselekvésre, mentális állapotra, érzelmre vonatkozó utalások. Így a már elemzett megnyilatkozásokon belül tovább vizsgáltam a grammatikailag explicit módon jelölt, saját cselekvésekre és állapotokra vonatkozó reflexiókat az egészségügyi szakember és a páciensi szerephez kötődően. 791 jelölten E/1. vagy T/1. saját cselekvésre, mentális állapotra és érzelmre vonatkozó reflexiót elemeztem az anyagban. Ezen reflexiók vizsgálata lényegében összevonja a személyjelölés (lásd 8. fejezet) és a tágabb nyelvi reflexivitás ezen fejezetben tárgyalt kérdéskörét.

Az első személyű reflexiók eloszlása a nagyobb dimenziókhoz és a résztvevői szerepekhez kötődően is eltéréseket mutatott. Megállapítható, hogy az ilyen jellegű reflexiók jóval nagyobb mértékben jellemezték az egészségügyi szakember nyelvi tevékenységét (644 eset), mint a páciensekét (147 eset). Az elemzett konzultációkban több mint 4-szer olyan gyakran jelentek meg az orvosi kommunikációban, mint a páciensek megnyilatkozásaikban.

Eltérés mutatkozik az egyes reflexiótípusok eloszlásában, valamint a résztvevői szerepekhez kötődő gyakoriságát tekintve is, ahogy ezt a 33. ábra is szemlélteti. Ez alapján is jól látható, hogy az egészségügyi szakemberek saját cselekvésre, mentális állapotra vonatkozó reflexióinak legnagyobb részét az interakciószervezésre (62%), valamint a propozicionális tartalomra vonatkozó utalások (37%) tették ki. Az érzések és érzetek önmagukhoz lehorgonyozott kifejtése

ellenben ritkán fordult elő a mintában (1%). Ezek szoros összefüggésben vannak az adott diszkurzusműfaj funkcióival és az egészségügyi szakember feladataival. Ezen a ponton érdemes visszautalni az összes reflexió elemzésére, amelyben kifejezetten magas volt az orvosok által hozzáférhetővé tett, a páciensek érzeteire, érzéseire vonatkozó reflexiók előfordulási aránya (lásd 9.3.3. fejezet). Közel 100 ilyen utalás fordult elő személytelen vagy a beszédpartner jelölt megszólításaként (pl. *bírható, Egy kicsit feszítést, szúrást fog érezni, hát azért az egy tortúra azért nehéz ilyenkor*).

A páciensek reflexióinak eloszlása más arányokat mutat, mint az egészségügyi szakemberé. Ezekben a tartalomra, a megértésre vonatkozó metakifejezések jelentek meg a legnagyobb arányban (52%), amit az érzelmekre, érzetekre vonatkozó reflexiók követnek (28%). A legkisebb arányban az interakcióra vonatkozó utalások fordultak elő (20%).



33. ábra. A saját cselekvésre, állapotról vonatkozó reflexiók gyakorisága a résztvevői szerepekhez kapcsolódóan

További eltérés látszik a személyjelölésben a résztvevői szerepekhez kötődően. Amíg az egészségügyi dolgozóknál az E/I. konstrukciók mellett (57%) magas volt az aránya a T/I. konstrukcióknak is (43%); addig a páciensek esetében egyértelműen az egyes szám első személyű reflexiók számítottak kiemelkedően gyakorinak (96%). Az ő esetükben a T/I. konstrukciók csak 4%-os gyakorisággal fordultak elő. Ezek az arányok nagy hasonlóságot mutatnak a társas deixis vizsgálatával, amely a háziiorvosi konzultációk és oktatóvideók anyagán alapult (lásd 8.4.1. és 8.4.2. fejezet). Az arányokon tehát nem változtat lényegesen a 12 fogorvosi konzultáció bevonása.

A három fő dimenzióon belül a saját cselekvésre és mentális állapotra vonatkozó reflexiók különböző szemantikai vonatkozással bírnak, amelyet a 33. táblázat foglal össze, továbbá részletesebben a további alfejezetek mutatnak be.

33. táblázat. A saját cselekvésre vonatkozó reflexiók kategóriái¹⁰⁴

	A kategória leírása	Példa
TARTALOM, MEGÉRTÉS		
Mondás	A közlésre, mondásra, kommunikációra vonatkozó reflexiók.	(27a) D: <i>Menjünk végig ezeken a kérdéseken!</i> (FO6) (27b) P: <i>Azt szerettem volna megkérdezni, hogy a fogam letörött.</i> (FO9)
Tudati folyamatok	Tudati folyamatokra, gondolatokra, értesre, tudásra, nem tudásra, hitre, emlékezetre stb. vonatkozó reflexiók	(28a) D: <i>sejtem, hol a cél</i> (FO9) (28b) P: <i>valahogy nem tudom, mi van velem</i> (HO3)
Diskurzus folyamata	A diskurzus kezdetére, végére, befejezésére, folyamatára vonatkozó reflexiók.	(29a) D: <i>és akkor kezdjük a papírokkal</i> (HO1) (29b) D: <i>Nos tehát, ott tartottunk, hogy úgy érzi, hogy valami betegség kezdődött el önnél.</i> (V4B)
Egyéb beszédaktusok	Beszédaktusra vonatkozó reflexió, gyakran performatív ige: kérés, támogatás, köszönet, megszólítás, segítség, javaslat.	(30a) D: <i>annyit kérnék, hogy egy picit lazítson</i> (FO3) (30b) P: <i>ha ilyen késő délutáni időpont lenne, azt megköszönném</i> (FO12)
INTERAKCIÓ		
Terápiás cselekvés, terápiás állapot	Reflexió az interakció részeként megvalósuló vizsgálatra, orvosi beavatkozásra, terápiás tevékenységre. Terápiára, valamint terápiás állapotra vonatkozó reflexió, amely túlmutathat az éppen folyó diskurzuson.	(31a) D: <i>akkor van nekünk egy olyan, hogy <<gyógyszernév>> nulla huszonöt</i> (HO2) (31b) D: <i>átvezetem még egyszer, áttisztogatom a már föllazult ragasztómaradékokat</i> (FO1) (31c) P: <i>ezt meg hiába veszem be</i> (HO3) (31d) P: <i>most ezt kapom helyette</i> (HO3)
Dokumentáció	Reflexió a dokumentáció elkészítésére, olvasására, folyamatára (lelet olvasása, nézése, papírok odaadása, nyomtatás).	(32a) D: <i>és akkor mindjárt, most akkor kinyomatom a recepteket is</i> (HO2) (32b) D: <i>még a doktornőnek megmutatom a röntgent</i> (FO5)
Mindennapi cselekvés	Reflexió a résztvevők mindennapi cselekvéseire.	(33a) D: <i>megyünk bele ebbe a téli</i> (HO4) (33b) P: <i>hogy ma lehet, hogy sietnék haza</i> (HO4)

¹⁰⁴ Az egyes kategóriák között nincs éles határ pl. mondás, diskurzus folyamata, egyéb beszédaktus.

	A kategória leírása	Példa
ÉRZÉS, ÉRZET		
Érzés	Reflexió érzésekre, viszonyulásokra (aggodalom, empátia stb.).	(34a) D: istenem , hát azért az egy tortúra, azért' nehéz ilyenkor (HO1) (34b) P: most egy kicsit attól félek , hogy ez a magas vérnyomás (HO3)
Érzet	Reflexió fizikai érzetre, fájdalomra.	(35a) P: nagyon fáj a csípőm (HO4) (35b) P: alapjáraton elvagyok (FO3)

9.4.1. A tartalomra és megértésre vonatkozó saját reflexiók

A vizsgált mintában az információ megosztásának támogatása lényegében a metapragmatikai reflexiók egyik fő funkciójának tekinthető a közléshez, a tudati folyamatok megosztásához, a beszédaktusokhoz és a diskurzus folyamatához kötődően.

Az elemzés rámutat, hogy a tudati folyamatokra való reflektálás mindkét résztvevői szerep esetében fontos. Az egészségügyi szakemberek elsődlegesen a gondolataikra, megértésükre, észleléseikre vonatkozó reflexiókat tesznek hozzáférhetővé a terápiával kapcsolatban (36a–36i). A páciensek esetében a mentális folyamatok jellemzően a TUDÁSHoz kötődtek, és legtöbbször a *nem tudom* konstrukcióval jelentek meg, és bizonytalanságot (37a–37d) vagy udvariassági aktus (kérés) előkészítését fejezték ki (37d) (PICHLER 2007; DÉR 2024; megj. a.).

(36a) D: *igen olyasmire gondoltam volna* (HO1)

(36b) D: *én, én hajlok rá, hogy* (HO4)

(36c) D: *de nem emlékszem, melyik* (FO6)

(36d) D: *remélem, csak rezeg, nem fájdalmas* (FO3)

(36e) D: *utána okosabbak leszünk* (FO5)

(36g) D: *Ahhoz nem hiszem, hogy érzéstelenítő kell.* (FO7)

(36f) D: *Remélem, nem látunk mást, mint egy teljesen jó tömeget.* (FO11)

(36g) D: *Látom, hogy ez fájdalmas.* (FO12)

(36h) D: *Akkor, ha jól értem, önnek van problémája.* (V4B)

(36i) D: *Amint látom, azért eléggé energikus.* (V4P)

(37a) P: *Nem tudom, hogy kellene-e menni valahova.* (HO2)

(37b) P: *Valahogy nem tudom, mi van velem, valami nem stimmel.* (HO3)

(37c) P: *Nem tudom, hogy nincs e valami.* (HO4)

(37d) P: *Nem tudom, hogy nem lehet nem tudom, hogy milyen vizsgálattal vagy gép, nem tudom, mivel lehetne még megnézni, hogy mitől fáj ez itt annyira.* (HO4)

A KÖZLÉSHEZ kapcsolódó reflexiók is gyakoriak voltak az egészségügyi szakember kommunikációjában. Ezek gyakran a közös tudás létrehozására, alakítására vonatkoztak. Ennek része az elmondottak megerősítése, nyomatékosítása, ismétlése, újrafogalmazása, kiegészítése, új információk bevezetése, általános szakmai vélemény kifejtése, új információra vonatkozó kérdések megfogalmazása (38a–38i). A befogadói szerep explicit nyelvi kifejtése ritkán fordult elő a mintában (*hallgatom*; 38e, 38f).

(38a) D: *Hogy **mondjam**, hat egész kettő az pont ott van a határon.* (HO3)

(38b) D: *És akkor annyit **szeretnék öntől kérdezni**, hogy milyen volt az első pár nap.* (FO1)

(38c) D: ***Nem mondom**, hogy kellemes lesz, de kevésbé fogja feszíteni.* (FO3)

(38d) D: ***Hallgatom**, mi a probléma?* (FO5)

(38e) D: *Akkor **hallgatom**, hogy miről volna szó.* (FO6)

(38f) D: *Még egy dolgot **nem mondtam el**.* (FO8)

(38g) D: *Közben annyit **kérdeznék**, hogy a zsibbadása a bal oldalon megvan-e.* (FO9)

(38h) D: *Amit **mondtam**, hogy lemásolják a fogak.* (FO9)

(38i) D: *Én azt **szoktam mondani**, ha egy hétig a gyökértömött fog nem fáj, akkor bátran be lehet tenni.* (FO11)

A KÖZLÉST az egészségügyi szakemberek az esetek 35%-ában T/1. konstrukcióval valósították meg. Ezekben az esetekben jóval gyakoribb volt a *beszél* ige használata (39a–39h), mint az E/1. esetében, ahol a *mond*, *hallgat*, *kérdez* fordul inkább elő (38a–38i).

(39a) D: *ezt mindig **megbeszéljük*** (HO3)

(39b) D: *azt akkor **megbeszéltük**, hogy hány nappal előtte* (HO3)

(39c) D: *tehát **mi** most a pajzsmirigynek a hormonműködéséről **beszélünk*** (HO4)

(39d) D: ***megbeszéljük**, mi a helyzet* (FO4)

(39e) D: *Igen, **megbeszéljük**.* (FO10)

(39f) D: *ugye azt **beszéltük**, hogy* (FO10)

(39g) D: *akkor **megbeszéljük** a következő időpontot* (FO11)

(39h) Psz: *Most **beszéljünk** egy kicsit magáról!* (V3P)

A páciensek esetében a saját közlésre vonatkozó reflexiók a leggyakrabban szintén a közös tudás koordinálására vonatkoztak (már elhangzott információk megerősítése, új információk kérése), valamint gyakran fordultak elő más reflexiókkal együtt (40a–40e). A T/1. személyjelölés a közléshez kötődően a pácienseknél mindössze egyszer fordult elő, szintén a *beszél* igéhez kapcsolódóan (40c).

(40a) P: *és **mondom**, ezt meg hiába veszem be* (HO3)

(40b) P: *és **hozzátenném**, nem azért hagytam abba, mert kifáradtam* (HO4)

(40c) P: *Azt mondták, hogy a fogszabályzásról még **beszélünk**.* (FO8)

(40d) P: *Azt szerettem volna megkérdezni, hogy a fogam letörött.* (FO9)

(40e) P: *Hű, hát nehéz lenne erre pontosan válasz adni.* (V3B)

A beszédaktusokra vonatkozó explicit reflexiókban – lényegében az explicit, performatív igével megkonstruált beszédaktusokban – az orvosi (41a–41f) és a páciensi megnyilatkozásokban (42a) egyaránt a kérés jelent meg a leggyakrabban. Ezen kívül előfordult a megszólítás (41g), a köszönet (42c) és a támogatás aktusa (42b). A példákból is látható, hogy a beszédaktusra történő explicit reflexiókban az udvariasság kiemelt szerepet kap, amely a feltételes módban és a *-hat/-het* képző gyakori használatában is megmutatkozik.

(41a) D: *én annyit kérnék* (FO1)

(41b) D: *Annyit kérnék, hogy egy picit lazítson.* (FO3)

(41c) D: *Kérek egy nagy nyitást.* (FO5)

(41d) D: *Miben tudok segíteni?* (FO6)

(41e) D: *Én azt szoktam kérni, hogy amíg zsibbadást érez az ajkában, addig ne rágjon.* (FO7)

(41f) D: *Annyit kérek, hogy csukjon össze, harapjon össze.* (FO10)

(41g) Psz: *Hogyan szólíthatom?* (V3B)

(42a) P: *azt <<gyógyszert>> szeretnék kérni mer'* (HO2)

(42b) P: *az nagyon jó, határozottan támogatom* (HO4)

(42c) P: *ha ilyen késő délutáni időpont lenne, azt megköszönném* (FO12)

A diskurzus folyamatára, elejére, befejezésére vonatkozó reflexiók kevés esetben fordultak elő (6-szor), és kizárólag az orvos megnyilatkozásaiban jelentek meg (43a–43d). Az írás aktusához kapcsolódó reflexiók szintén az egészségügyi szakember nyelvi tevékenységét jellemezték inkább (44a–44d). Mindkét kategória átmenetet képez a metapragmatikai reflexiók (KÖZLÉS) és az interakciószervezés között. Egyúttal arra is rámutatnak, hogy az interakcióban mint közös projektben a verbális és társas cselekvések valóban összekapcsolódnak.

(43a) D: *és akkor kezdjük a papírokkal* (HO1)

(43b) D: *akkor és, és tulajdonképp ezzel akkor így meg is leszünk* (HO1)

(43c) D: *kezdjük azzal?* (HO4)

(43d) D: *Na, akkor hol tartottunk?* (V4P)

(44a) D: *főlírom egy papírra, az a neve, hogy* (HO2)

(44b) D: *már ráírom, hogy tulajdonképp akkor ezt reggel este szedni fogja, tehát kétszer egy* (HO3)

(44c) D: *várjon, főlírom magának egy lapra, jó?* (HO3)

(44d) P: *jó, főlírtam* (HO4)

9.4.2. Interakciószervezésre vonatkozó saját reflexiók

A vizsgált minta tanulsága szerint az éppen folyó interakció eseményeire, azok forgatókönyvére vonatkozó, nyelviileg hozzáférhetővé tett reflexiók a közös tudás alakításának fontos részét képezik. Ezekbe beletartoznak a terápiás cselekvésekre, állapotokra, a terápia későbbi menetére, a dokumentációra és a mindennapi cselekvésekre vonatkozó utalások egyaránt. Az adatok azt mutatják, hogy ezek a reflexiók az orvosok nyelvhasználatában jelentek meg a leginkább, szoros összefüggésben az interakcióbéli szerepükkel. A páciensek lényegében leginkább a saját állapotukra, terápiás vagy mindennapi cselekvésükre utaltak (31c, 31d).

A vizsgált mintában az látható, hogy a háziorvosok reflexióiban gyakrabban jelent meg a vérnyomásmérés, a gyógyszeradás, a dokumentálás (45a–45d); míg a fogorvosi konzultációkban a beavatkozás verbális kísérése, a jövőbeli terápiás feladatokra való utalás, a következő időpont egyeztetése (46a–46i) szoros összefüggésben a terápiás feladatokkal. Ezekben az utalásokban az E/1. konstrukciók mellett gyakran számítanak a T/1. alakok is. Ezek sok esetben a közös tevékenységre, a közös terápiás feladatra vonatkoztak (45a, 46a, 46e). Ugyanakkor megfigyelhető volt a perspektivikus használat is. A (46d) példában a *tartunk jól* kifejezéssel az orvos a páciens szájában lévő hídra reflektált a T/1. konstrukcióval közös cselekvésként. A (46i) esetében pedig a beteg tevékenységét, illetve feladatát konstruálta meg közösként.

(45a) D: *tulajdonképpen egy határértéket mérünk* (HO1)

(45b) D: *utolsó sort elolvastam* (HO1)

(45c) D: *akkor vérnyomást hadd mérjek még most is* (HO3)

(45d) D: *akkor ezt most úgy csináljuk, hogy kivételesen ezt **ki is nyomtatom**, jó?* (HO3)

(46a) D: *kedd szerda **van időpontunk*** (FO2)

(46b) D: *vagyis ide **adok**, rendben ((nevet)), erre **adok** lentre egy picit, **elzibasztjuk** picit a bal oldalt* (FO3)

(46c) D: ***Be fogok nyúlni** a híd pótlás alá, **kiszedem** ezeket a kis darabkákat.* (FO4)

(46d) D: *Azért **tartunk** olyan **jól**, hála istennek.* (FO4)

(46e) D: *Jövő héten, ha tud jönni, akkor **folytatjuk** azzal.* (FO5)

(46f) D: ***Elkezdem** a fogat **kinyitni**, **kitisztítani**.* (FO7)

(46g) D: *Most **jövök** ezzel a kellemetlennel.* (FO7)

(46h) D: ***Húzok** egy kicsit.* (FO8)

(46i) D: ***Nyissuk ki** jó nagyra!* (FO8)

Kevés számú reflexió kötődött a mindennapi cselekvésekhez az orvosok (33a) és a páciensek esetében is (33b). Ezek jellemzően általánosabb megjegyzések.

9.4.3. Érzelmekre és érzetekre vonatkozó saját reflexiók

Az **érzelmekre** és **érzetekre** vonatkozó reflexiók a tudásmenedzsment fontos részét képezik az orvos-beteg konzultáción, ahogy erre a 9.3.3. fejezet is rámutatott. Láthattuk, hogy ezek a reflexiók egyrészt a páciensek állapotára vonatkozóan, másrészt az orvosok empátiájának a jelölőjeként jelentek meg fontos aspektusként. Mivel a jelen elemzésben kizárólag a jelölten első személyű reflexiók vizsgálata valósult meg, így az első szempont jóval nagyobb hangsúlyt kapott. A páciensek ugyanis az interakció céljaival is szoros összefüggésben jóval gyakrabban reflektáltak saját testi vagy lelki állapotukra első személyben. Ezek a reflexiók a közös tudás kulcsfontosságú elemei (47a–47e).

- (47a) P: *nem vagyok jól* (HO3)
- (47b) P: *amikor kijön, és nagyon fáj* (HO4)
- (47c) P: *már nem is érzem* (FO1)
- (47d) P: *ezt nagyon jól érzem* (FO4)
- (47e) P: *De fájnak a végtagjaim, fáj a fejem.* (V4P)

Az egészségügyi szakemberek esetében az érzésekre és érzetekre való reflektálás általában az empátia, az együttérzés jelölőjeként jelenik meg, azonban jóval nagyobb számban valósulnak meg személytelen vagy a páciens nyelvileg bevonó konstrukciókban, mint az orvos személyéhez lehorgonyozva (lásd 9.3.3. fejezet). A (48a) és (48b) példákban megjelenik az első személyű lehorgonyzás, azonban ezek nem tekinthetők az érzelmkifejezés prototipikus esetének.

- (48a) *Várom szeretettel.* (FO2)
- (48b) *meglepem mindig ezzel a kis rezgéssel* (FO3)

9.5. Reflexiók és tudásszervezés – Összegzés

A jelen fejezet rámutatott, hogy az orvos-beteg konzultációkon a tudásmegosztásban és -szervezésben, a közös alap folyamatos és dinamikus kiépítésében központi szerepet kap a reflexív nyelvhasználat. A tudásszervezéssel szoros összefüggésben a reflexiók fontosak a konzultáción megvalósuló cselekvések és tevékenységek nyelvi megvalósításában (pl. közös döntés, együttműködés, megértés, információátadás, információkérés, javaslat) az érzelmek kifejezésében, kezelésében; továbbá az ezekhez kapcsolódó társas egyezkedésben.

A fejezet a reflexív nyelvhasználat és a tudásmenedzsment kapcsolatát három egymással szorosan összefüggő dimenzió mentén mutatta be: 1. a tartalomra és megértésre, 2. az

interakcióbeli cselekvésekre, valamint 3. az érzetekre, érzelmekre vonatkozó explicit reflexív kifejezések dimenzióiban. A vizsgálat rámutatott, hogy mindhárom dimenzió egyaránt fontos szerepet kap a konzultációkon, és a reflexiók komplex viszonyhálózatban, egymással is összekapcsolódva vesznek részt a tudásszervezésben. A reflexív nyelvhasználat lényegében átszövi az interakciókat.

A MAXQDA szoftverrel végzett elemzés lehetővé tette, hogy az egyes konzultációtípusokban megjelenő reflexiótípusokat gyakorisági mutatók alapján is összevegyünk. Ez alapján az látható, hogy a különböző konzultációtípusokban a reflexiók gyakorisága, valamint funkciója eltérő, szoros összefüggésben az interakciókban megvalósuló társas és terápiás cselekvésekkel. Azaz az első számú hipotézis (H1) igazolódott. A vizsgálat arra is rámutatott, hogy a spontán, valós interakciókban jellemzően többféle nyelvi reflexió jelenik meg, mint a tervezett diskurzusokban, így a kutatás második hipotézise is igazolódott (H2). A háziorvosi rendeléseken magasabb volt az ismétlés, újrafogalmazás, valamint a cselekvésre, megértésre vonatkozó visszakérdés aránya. A fogorvosi konzultációkon a magyarázat, a saját cselekvésre, valamint a páciens érzeteire történő utalás fordult elő gyakrabban. Az oktatóvideókban a metapragmatikai reflektálás magas aránya volt megfigyelhető, ami jellemzően sematikusabb megvalósulásokkal jelent meg (*értem, mondom, kérdezem*).

A vizsgált minta alapján az mutatkozott meg, hogy a valós interakciókban fontos szerepet kap és gyakori az egészségügyi szakember saját tevékenységére történő utalása, amelyek révén lényegében a terápiás vagy interakciós cselekvések verbálisan is a közös tudás részévé válnak. Ezek a kifejezések azáltal, hogy csökkentik az aszimmetriát, valamint sok esetben T/1. formában valósulnak meg, a kapcsolatépítés szempontjából is fontos aktusnak tekinthetők.

A saját cselekvésre, mentális állapotra történő reflexiókat mindkét interakciós résztvevői szerepben vizsgáltam. Az mutatkozott meg, hogy az egészségügyi szakemberek 4-szer olyan gyakran használtak grammatikailag jelölt, első személyű reflexiókat a saját cselekvésüknek és mentális folyamataiknak a hozzáférhetővé tételére. Az eredmények alapján megerősíthető, hogy az orvos jellemzően a saját vagy a közös cselekvésekkel, a terápiával és az interakció szervezésével kapcsolatos tudást fejt ki a reflexiók révén (*én/mi cselekszem/csekszünk – 'I/we will act'*), valamint gondolatait, közléseit teszi hozzáférhetővé jellemzően metapragmatikai jelzések révén (*én gondolkodom – 'I think'*). A páciensek utalásaiban gyakran jelenik meg a mentális folyamatok kapcsán a bizonytalanság (*nem tudom*), illetve fájdalom vagy félelem (*én szenvedek – 'I suffer'*). Ezek nagyrészt összhangban vannak SKELTONÉK (2002) megállapításaival, valamint az interakció jellegével is. Hiszen egy konzultáció alaphelyzete az, hogy a páciensnek problémája, fájdalma, félelme van. Annak érdekében, hogy ez a helyzet megoldódjon, tanácsra, segítségre és cselekvési tervre van szüksége egy szakembertől. Ebben a komplex folyamatban sokrétűen vesznek részt a reflexiók és a személyjelölés nyelvi kifejezői egyaránt.

10. Összegzés

„Az orvoslás jövőjét épp a gyógyítás művészete és az innováció között gondosan kialakított egyensúly teheti élhetővé.”

(MESKÓ 2016: 11)

A jelen kötet azt a célt tűzte ki, hogy áttekintést nyújtson az orvos-beteg kommunikáció modern kori kutatásának főbb állomásairól, tendenciáiról, továbbá, hogy bevezetést adjon a vizsgálati terület főbb alapfogalmaiba. Mindezt elsődlegesen a nyelvészeti perspektíva érvényesítésével tette, amely az elmúlt évtizedek tanulsága szerint új nézőpontot („lencsét”) tud biztosítani az egészségügyi kommunikáció kutatásában (EMMERTON-COUGHILIN 2019).

A 2. fejezetben ismertetett vizsgálati irányok és tendenciák azonban így sem lehetnek teljeskörűek. Ennek az is az oka, hogy az elmúlt évtizedekben szűkebben véve az orvos-beteg kommunikációra, tágabban szemlélve az egészségügyi kommunikációra vonatkozó vizsgálatok száma nagymértékben megnövekedett, és folyamatosan növekszik a mai napig. MENZ (2011) összegző tanulmányának írásakor, 2008-ban a *medonline* szakirodalmi adatbázisban történő keresés során több mint 7500 publikációt kapott eredményként az orvos-beteg kommunikáció (*doctor patient communication*) keresőkifejezésre. A szerző felhívja ugyanakkor a figyelmet, hogy ez a találati lista csak a szűken értelmezett orvos-beteg kommunikációs publikációkat tartalmazza. Tehát nem terjed ki többek között sem a pszichiátriai, a pszichológiai konzultációkra, sem a nővérek és páciensek közötti interakcióra vonatkozó vizsgálatokra. Ezek egyébként szintén fontos és érintkező területek. Ez a szám mára (2022) az *OVID Medline* adatbázisban folytatott kereséssel 37 500-as találatot ad kötőjel nélkül, további 3156-ot pedig kötőjellel.¹⁰⁵

Az is megfigyelhető, hogy az egyes tudományterületeken sokszor egyre speciálisabb kérdésfeltevések merülnek fel, amelyekre a válaszok azonban interdiszciplináris megközelítésben születnek. Így a kutatási eredmények végül tágabb közegben hasznosulnak, és épülnek be a gyakorlatba.

¹⁰⁵ Fontos megjegyezni: habár az orvos-beteg kommunikációra és viszonyra vonatkozó kutatások száma nagymértékben megnövekedett, a 2008-as és a 2022-es számadat nem vehető össze egy az egyben. Ez abból is adódik, hogy nem ugyanarra az adatbázisra vonatkozott a keresés (a *medonline* számomra nem volt elérhető). Az eredményeket további tényezőként befolyásolja, ha a keresőszavakat kötőjellel vagy anélkül írjuk be; vagy ha kibővítjük a rendszer által felkínált *'physician-patient relation'*-re, vagy nem; „basic” vagy „advance” keresést vagy „explode” vagy „focus” keresést hívunk le. Az előbbi ugyanis a tárgyszó környezetét is kilistázza; amíg az utóbbi csak a fókuszált találatokat adja ki. Befolyásolhatja a keresést, ha a *patient* és *doctor/physician* szavak sorrendjét is megváltoztatjuk. Az itt közölt számok „advance” kereséssel lettek lekérve.

Ezúton köszönöm a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet könyvtárosának, SOMORJAI Noéminek a segítségét a keresés lefuttatásában, valamint a kapott találatok értelmezésében.

Az orvos-beteg kommunikáció kutatásának történeti áttekintése arra is rávilágított, hogy a diskurzus „mikroeseményei” kifejezetten nagy hatást gyakorolnak a terápia menetére. Ezért is hatnak kifejezetten termékenyen a funkcionális nyelvészeti irányzatok az egészségügyi kommunikáció vizsgálatára. Ezen megközelítések kommunikációértelmezése és alapfogalmainak az ismerete más tudományterületek kutatásait is segíthetik. Kiemelt fogalmak például a közös figyelmi jelenet, a dinamikus és szekvenciálisan megvalósuló jelentésképzés, a forduló, a beszélőváltás, a beszédaktusok, a deixis, a közös tudás (*common ground*), a nyelvi reflexiók. Ezek eszközt kínálhatnak az orvos-beteg kommunikáció hatékonyságának vizsgálatára is (BIGI 2016, 2022a).

Az is megmutatkozik az elmúlt évtizedekben, hogy a medikusok és az egészségügyi szakemberek képzésében a kommunikáció oktatása egyre fontosabb szerepet kap. Ezt az orvosi egyetemek kommunikációs kurzusai, valamint azok módszertani sokszínűsége is bizonyítja. Az oktatásban fontos tényező a szimulált módszer és az oktatóvideók alkalmazása is. Ezzel összefüggésben a jelen munka empirikus anyagában a valós orvos-beteg interakciókon túl nyolc oktatóvideó széleskörű vizsgálata is megvalósult (CSABAI és mtsai 2009).

A kisebb és jól körülhatárolt célok mentén létrehozott vizsgálati anyag lehetővé tette, hogy különböző módszerek bevonásával, különböző kérdések mentén „mélyfúrás”-okat végezzenek a konzultációk diskurzusaiban. Céлом természetesen nem lehetett reprezentatív és általános eredmények közzététele, hiszen ezt a vizsgált anyag (8 oktatóvideó, 4 háziorvosi konzultáció, 12 fogorvosi konzultáció) nem tette lehetővé. Ugyanakkor a kvalitatív és kvantitatív elemzések révén számos megállapítás született az anyagra vonatkozóan, amelyek utat nyitnak a valós és a szimulált, eljátszott diskurzusok összevetése felé. Továbbá nagyobb és többféle típusú konzultációt tartalmazó korpusz vizsgálatának is kiindulópontjául szolgálhatnak. Ezen túl több módszertani út bemutatását is lehetővé tették, amelyek a későbbiekben más egészségügyi vagy egyéb kontextusban megvalósuló diskurzusok elemzésében is alkalmazhatók nyelvészeti és kommunikációs kurzusokon egyaránt.

Az empirikus fejezetekben (lásd 5–9. fejezet) következetesen reflektáltam arra, hogy az egyes vizsgálatok milyen konzultációtípusok bevonásával valósultak meg. Ez azért is volt fontos, mert a különböző típusú anyagok eltérő elemzéseket tesznek lehetővé. A következőkben röviden összegzem az egyes kutatások eredményeit a 4. fejezetben leírt fő kutatási kérdésekre válaszolva. Ezek a következők voltak:

1. Hogyan jellemezhető a beteg- és az orvosközponitú interakció?
2. Milyen hangtani, pragmatikai és nonverbális jellemzők mentén írható le a beteg- és az orvoscentrikus kapcsolatépítés?
3. Milyen társalgás az orvos-beteg konzultáció?
4. Milyen jellemző kommunikatív mintázatai vannak a kapcsolatépítésnek az orvos-beteg konzultáción?
5. Milyen összefüggést mutat a tudásmenedzsment és a nyelviileg kifejtett reflexió az orvos-beteg konzultáción?

Az 5. fejezetben az oktatóvideók diskurzusait elsőként egy kérdőíves és egy fókuszcsoportos attitűdvizsgálattal jártam körül, arra keresve a választ (első kutatási kérdés), hogy a befogadók értelmezései alapján hogyan nevezhető, jellemezhető a két kapcsolatépítési modell, és mennyire működtethető a paternalisztikus és a betegcentrikus megnevezés a kapcsolatépítés különböző módjaira vonatkozóan. A kérdőívet 163 adatközlő töltötte ki több adatközlői csoportban (orvosok, asszisztensek, orvosok, pszichológusok, pszichológushallgatók, gyógypedagógus-hallgatók, magyar szakos hallgatók, egyéb). A válaszok kvantitatív értékelése azt mutatta, hogy ez a két kapcsolatépítési mód egy erősen polarizált, egy pozitív és negatív végpontok közötti skálán képes leginkább megragadni az orvos-beteg viszonyt. Az adatközlők kvantitatív visszajelzései ugyanarra a konzultációra vonatkozóan szignifikáns különbséget mutattak. Ugyanakkor láthattuk, hogy az egyes jelenetekre vonatkozó minősítések két csomópont mentén összetartottak. Ezeket a csomópontokat a mediánértékek jelölték ki. A betegközpontú kapcsolatépítésre nézve a 4-es („jó kapcsolat”), az orvoscentrikusé 2-es („rossz/minimális kapcsolat”) jelent meg mediánként. A hasonló értékelések ellenére az is megfigyelhető volt, hogy a csoportok visszajelzéseiben eltérések mutatkoztak, ami a módszerben és a terjedelemben is megfigyelhetővé vált. Az eredmények alapján az látszik, hogy a kapcsolatépítésben két csomópont között a viszony skáláris értékelése figyelhető meg, amelyben egyéni eltérések is megjelennek.

Az adatközlők nyitott kérdésekre adott szöveges válaszait két szakmailag homogén csoportban, azaz a orvosoknak és a magyar szakos fonetikai kurzus hallgatóinak a visszajelzései alapján vizsgáltam. A kifejtett értékelésekben számos hasonlóság mellett apróbb, tendenciaszerű különbségek is mutatkoztak. Az előbbi csoportnál gyakoribb volt a válaszokban a bevonódás, a szemkontaktusra és a testbeszédre utaló visszajelzés, a sóhajtozás zavaró voltának említése, továbbá a *paternalista* és *partneri* jelző és egyéb orvosi terminológia (*compliance* 'követés, együttműködés') megjelenése. Ezzel szemben a fonetikai kurzus résztvevőinél nagyobb szerepet kapott az arckifejezés, a mosoly, a beszéd módja, a hangsúly. A *paternalista* jelző egyáltalán nem fordult elő. Megfigyelhető tehát, hogy az adatközlői válaszokban szerepet kapott a szakmai háttér, továbbá az a szempont is, hogy a orvosok nagyobb mértékben azonosultak az orvosszereppel, míg a fonetikai kurzus hallgatói a páciensszereppel.

A fókuszcsoportos attitűdvizsgálatban hat magyarul nem beszélő, német anyanyelvű adatközlővel készítettem felmérést a kérdőívben is szereplő két videó alapján (V2P, V2B). A vizsgálat arra mutatott rá, hogy a nem anyanyelvi beszélők a nonverbális csatornán keresztül jelentős részben tudták rekonstruálni, illetve azonosítani a konzultáción történeteket, a résztvevők között megvalósuló viszonyokat és az azokhoz kapcsolódó érzelmeket. A felmérésben még a verbális kommunikációra is érkeztek visszajelzések az alapján, hogy milyen hosszan beszéltek az interakció résztvevői, vagy mindkét fél aktív volt-e. A felmérés rávilágított, hogy érdemes a konzultációt annak multimodális tulajdonságaival együtt vizsgálni, vagy az oktatás során akár kizárólag a nonverbális csatornának a jelzéseire koncentrálni is érzékenyítő feladatokat végezni, mert ezek aktív szerepet játszanak a jelentés-létrehozásban és a kapcsolatépítésben. A hasonló vizsgálatok az interkulturális kompetenciák fejlesztésére is alkalmasak lehetnek.

Az attitűdfelmérések rávilágítottak arra, hogy a paternalisztikus és a betegközpontú jelenetekben a számos eltérés mellett több hasonlóság is megjelenik. Az adatközlői válaszokban a leggyakrabban a szövegszerű egyezésekre érkezett reflexió. Továbbá az a szempont is megjelent, hogy a kapcsolat minőségét mindkét jelenetben inkább az egészségügyi szakember verbális és nonverbális viselkedése határozta meg. Ezzel összefüggésben a 6. fejezetben a pszichológusok és orvosok (kvázi)azonos megnyilatkozásainak hangtani, pragmatikai és a nonverbális csatornákra vonatkozó elemzése valósult meg az oktatóvideókban – összhangban a második kutatási kérdéssel.

A szupraszegmentális jellemzők vizsgálata arra mutatott rá, hogy annak ellenére, hogy vannak észlelhető, érzékelhető különbségek az egészségügyi szakemberek kommunikációjában a két kapcsolatépítési mód diskurzusaiban, mégsem állapítható meg olyan mérhető jellemző, amely egyértelmű mutatója lenne a kapcsolatépítés módjának. Az elemzés alapján látható volt az egyes beszélőknél az egyéni variancia nagy szerepe. Az átlagos alapfrekvencia nem mutatott eltérést a beteg-, illetve orvoscentrikus módban, a hangköz ugyanakkor minden felvételpárban a betegközpontú helyzetben mutatott magasabb értékeket. Szignifikáns eltérés azonban csak a V3P, V3B esetén mutatkozott. Az eredményeket befolyásolta a hangfelvételek minőségén túl az is, hogy viszonylag kevés elemezhető szöveget tettek ki a (kvázi)azonos szekvenciák.

Az azonos szövegrészek nonverbális jelzéseinek vizsgálata arra mutatott rá, hogy a paternalisztikus és a betegközpontú kapcsolatépítésben vannak tendenciaszerű együttállások, ami összhangban áll az oktatóvideók eredeti céljaival is. Az előbbiben gyakori a szemkontaktus kerülése, a merev, távolságtartó testtartás, a kéznyújtás hiánya, az ideges, unott hang és arc kifejezés. Ezzel szemben a betegközpontú kapcsolatépítésben közelítő viselkedés figyelhető meg. Ennek indikátorai az előredőlő testtartás, a barátságos arcjáték és tekintet, a szemkontaktus felvétele és megtartása, több mosoly és bólogatás, továbbá a kedvesebb hangszínezet. Ezek a jellemzők a szakirodalomban dokumentált mintázatokkal is összetartanak (BECK et al. 2002), annak ellenére, hogy a nonverbális jelzések használatában a színészek saját értelmezése is helyt kapott a jelenetek szövegeinek kötöttségével szemben. A nonverbális megvalósításra vonatkozóan ugyanis nem kaptak utasítást, így ezeknek a jelzéseknek egyfajta laikus értelmezése és megvalósítása lényegében összhangban állt a tudományos eredményekkel. Az elemzést korlátozta, hogy kizárólag az egészségügyi szakember (kvázi)azonos megnyilatkozásaira vonatkozott. A kameraállások miatt a páciensek nonverbális jelzései csak kevésbé voltak vizsgálhatók.

A pragmatikai elemzés alapján a fentiekkel szoros összefüggésben az volt látható, hogy a (kvázi)azonos szövegrészeknek az interakciós beágyazódása nagy különbségeket mutat a két kapcsolatépítésben. Az oktatóvideókban a betegközpontú konzultációkban az egészségügyi szakember tudás- és érzelmkezelése jóval nagyobb mértékben épített a páciens által megosztott tudásra és érzelmekre. Az is megfigyelhető volt, hogy a paternalisztikus kapcsolatépítésben az egészségügyi szakember stílusa jóval direktivebb, utasítóbb volt; kevesebb udvariassági aktus fordult elő; hiányzott vagy kifejtetlen maradt a verbális magyarázat.

Ezekre az eredményekre építve a 7. fejezetben az oktatóvideók és a háziorvosi konzultációk alapján az a kérdés került a középpontba, hogy milyen társalgási jellemzőkkel írható le az orvos-beteg interakció (harmadik kutatási kérdés). A társalgásszerveződés jellegzetességeire elsődlegesen a szünetek, az egyszerre beszélések kvantitatív és kvalitatív jellemzőinek összevetésén, valamint az interakciók belebonyolódási is kihátrálási szakaszának vizsgálatán keresztül mutattam rá. Az elemzés alapján elmondható, hogy a két kapcsolatépítési módban, valamint a valós és a tervezett interakciókban tendenciaszerű különbségek figyelhetők meg a vizsgált diskurzuszokban.

A szünetek konzultációtípustól függetlenül sokféle funkcióval jelentek meg az interakciókban (pl. beszédtagolás, bizonytalanság, beszélőváltás). A hosszabb, mért szünetek szoros összefüggést mutattak az interakción megvalósuló cselekvésekkel (pl. beengedés, leletolvasás, dokumentálás). Ugyanakkor az oktatóvideókban gyakran érzelmileg terhelt helyzethez is kötődtek (pl. aggodalom, bizonytalanság), ami a valós háziorvosi interakciókban nem volt jellemző. Ezekben a konzultációkon a szünetek hossza a valós cselekvésekkel függött össze (pl. vérnyomásmérés, számítógéphez rögzítés, leletolvasás).

Az egyszerre beszélésekre vonatkozóan is különbségek voltak megfigyelhetők a két konzultációtípusban. Az oktatóvideókban az átfedő beszédrészek nagyon ritkán jelentek meg. Ezek az esetek a paternalisztikus jelenetekhez voltak köthetők és arcfenyegető, zavaró aktusként voltak értelmezhetők, valamint leginkább az egészségügyi szakember megnyilatkozásaiban jelentek meg. Ezzel szemben a háziorvosi rendeléseken a 70 átfedő beszédrész legnagyobb része kooperatív, állítás típusú volt, a leggyakrabban válaszként valósult meg, és a páciensek kezdeményezték. Ezek az eredmények hatással lehetnek az oktatásra is, hiszen az egyszerre beszélések komplexebb működésébe adnak betekintést.

A vizsgálat arra is rámutatott, hogy a társalgásszerveződésben a kezdő- és zárószakasz kiemelt helyeknek számítanak. Az oktatóvideókon belül a két kapcsolatépítésben különbségek voltak megfigyelhetők. A betegközpontú diskurzuszokban a társalgást az egészségügyi szakember kezdeményezte a szemkontaktus felvételével és fenntartásával együtt. A paternalisztikus jelenetekben minden esetben a páciens jelent meg kezdeményező félként. A háziorvosi konzultációkban a kezdőszakasz vizsgálatára nem volt lehetőség, mivel az a rendelőn kívül valósult meg.

A társalgás záró szakaszára vonatkozóan megállapítható, hogy a betegközpontú kapcsolatépítésben kifejtettebben, több fordulóban valósult meg jellemzően más nyelvi cselekvésekkel összekapcsolódva (pl. ismétlés, összegzés, jövőre vonatkozó feladatok, köszönet). Ez a fajta interakciólezárás hasonlóságot mutat a háziorvosi konzultációk kihátrálási szakaszával. A valós interakciókban az is megfigyelhető volt, hogy a köszönet és az elköszönés típusú zárás is megjelent.

Az oktatóvideókban lehetőség nyílt a belebonyolódási és kihátrálási szakasz nonverbális jellemzőinek vizsgálatára is. Az elemzés az egészségügyi szakember nonverbális jelzéseire vonatkozóan a 6. fejezetben leírt tendenciákat mutatta. Az is látható, hogy az orvos, illetve pszichológus verbális és nonverbális kommunikációja hatással volt a páciensek viselkedésére.

Ez abból is látszik, hogy a betegközpontú jelenetekben több volt a páciensek pozitív visszajelzése (pl. mosoly, bólintás), míg a paternalisztikus helyzetekben több esetben is megjelentek intenzívebb negatív érzések (félelem, düh). Habár a kevés számú interakció sematikus viselkedési minták leírására alkalmas, mégis az látszik, hogy érdemes volt vizsgálni a társalgásszerveződési jellemzőket, továbbá azok tanulságai bevonhatók az oktatásba is (egyszerre beszélés, szünet, nonverbális jelzések, belebonyolódás, kihátrálás).

A 8. fejezetben – a negyedik kutatási kérdésre reflektálva – a kapcsolatépítés mikrojellemzői közül a társas deiktikus elemek kerültek előtérbe az oktatóvideók és a háziorvosi konzultációk diskurzusaiban. Az elemzés rámutatott, hogy a vizsgált mintában a személyjelölés és ezzel szorosan összefonódva az attitűdjelölés a magyar nyelv jellegzeteségével összhangban a leggyakrabban inflexiók morféimák révén valósult meg, a legtöbb esetben jelen idejű igei konstrukció által, mind a páciensek, mind az egészségügyi szakemberek megnyilatkozásaiban. Ezen túlmenően és jóval kisebb arányban megjelentek a névmási, névszói, valamint a címzettek esetében a *tetszik* + infinitívusz és a vokatívuszi konstrukciók is. A vizsgált mintában az egészségügyi szakember és a páciense között kizárólagosan a nemtegező V-forma fordult elő, amely grammatikalizáltan 3. személyű alakként jelent meg. Ez lényegében megfelel az intézményes közegben prototipikusnak számító szerepviszonyoknak (DOMONKOSI 2002).

A beszélői szerepek megalkotásában mindkét interakcióbeli résztvevőnél az egyes szám első személyű konstrukciók fordultak elő legmagasabb arányban. Ez a páciensek esetében 96% volt, míg az egészségügyi szakemberek megnyilatkozásaiban az E/1. formák (59%) mellett a T/1. alakok is gyakran fordultak elő (41%). Ezek vonatkozása lehetett a páciens és orvos közös tevékenysége, az orvos és más orvosok, esetenként a rendelői vagy gyógyítói gyakorlat, valamint az orvos tevékenysége közösként konstruálva. A páciensek ritkán használtak T/1. konstrukciókat beszélői szerepük megalkotására. A kevés számú előfordulás (4%) jellemzően a páciens és családjának közösségére vonatkozott. Az első személyű beszélői megnyilatkozások szemantikailag lényegében kijelölték a tipikus szerepeket és tevékenységeket. A páciensek jellemzően a betegségükkel és betegútjukkal kapcsolatos vagy a terápiához kötődő mindennapi cselekvéseiket, érzelmeiket, fizikai érzeteiket, bizonytalanságukat hozták be az interakcióba a társas deiktikus elemek, főként igei konstrukciók révén. A névszói szerkezetek pedig pszichoszociális viszonyaikat aktiválták (család, munka). Ezzel szemben az egészségügyi szakemberek a terápiára vonatkozó gondolatokat, tudást, értést, valamint cselekvéseket tették hozzáférhetővé. Ez utóbbi gyakran jelent meg többes szám első személyben. A vizsgált mintán végzett kutatások lényegében alátámasztották a szakirodalomban is leírt tipikus sémákat a szerepviszonyokkal összefüggésben. Bár érdemes megjegyezni, hogy annál a társas deiktikus elemek komplexebb képet festettek az interakciós szerepekről, mint amit SKELTONÉK (2002: 487) leírtak (páciens – *szenvedek*; egészségügyi szakember – *gondolkodom*; közösen – *cselekszünk*). Ennek az is az oka, hogy többféle konstrukció vizsgálata valósult meg a társas deixis műveletéhez kapcsolódóan. Ez részben azzal is összefügg, hogy a magyar nyelvben a névmások csak korlátozott hozzáférést adtak volna az első személyű szerkezetek működéséhez az orvos-beteg konzultáción.

A beszédpartner nyelvi megalkotása kapcsán az látható, hogy a páciensek kifejezetten ritkán szólították meg, illetve jelölték nyelvilag explicit módon beszédpartnerként az orvost, illetve pszichológust. Az egészségügyi szakemberek a páciensek megszólításakor a leggyakrabban a névmás nélküli E/3. igealakot használták. Ezen túl az *ön*, *maga* névmás és a *tetszik* + infinitív alak jelent meg. Ezekről tendenciaszerű megállapítás a kevés számú előfordulás miatt nem tehető. Ami azonban látszik, hogy az *ön* és *maga* névmás egyaránt semleges, udvarias használatban jelent meg. A tetszikelés esetében pedig a résztvevők stílusbeli egyezkedése, egymásra hangolódása volt megfigyelhető. Vokatívuszi konstrukció kizárólag az oktatóvideókban fordult elő, és csak kevés esetben.

A vizsgálat rámutatott, hogy a társas deixis művelete sokrétűen vesz részt a kapcsolatépítésben egészségügyi kontextusban. Az is elmondható, hogy a két konzultációtípusban nem voltak számottevő eltérések. Tehát a társas deixis működése inkább függött a résztvevői szerepektől, mint a konzultációtípustól a vizsgált anyagban. Azt is láthattuk, hogy a megszólítások működésének reprezentatív leírásához jóval nagyobb, több régiót magában foglaló, megfigyeléseken és attitűdfelméréseken alapuló vizsgálatra lenne szükség.

A 9. fejezet a nyelvi reflexivitás, a tudásmenedzsment és a kapcsolatépítés jellemzőit járta körül (ötödik kutatási kérdés), szorosan és több ponton is kapcsolódva a társas deixis vizsgálatához. Az utolsó empirikus rész az oktatóvideók és a háziiorvosi konzultációk anyagán túl egy harmadik interakciótípust is bevont a kutatásba, így fogorvosi konzultációk is elemzésre kerültek. Ez a fejezet a társas értelmezett tudásszervezés és a reflexiók szerepét helyezte a középpontba. A reflexiók szisztematikus, pragmatikai szempontú elemzése rámutatott, hogy ezek kiemelkedően fontosak a tudás megosztásában, koordinálásában, az interakció szervezésében az orvos-beteg konzultáción. A közös alap (*common ground*) szekvenciálisan megvalósuló létrehozásában több dimenzió mentén vált leírhatóvá a reflexív nyelvhasználat. A tartalomra, megértésre, az interakció szervezésére, valamint az érzelmekre és érzetekre vonatkozó reflexiók egymással szorosan összekapcsolódva, mindkét résztvevői szerep nyelvi tevékenységében megjelentek. Ugyanakkor az elemzett anyag tanulsága szerint a reflexiók nagyobb arányban fordultak elő az egészségügyi szakemberek megnyilatkozásaiban, mint a páciensekében. Az interakciós szerepek mentén kirajzolódott, hogy a páciensek a reflexióik révén gyakrabban hozták be fizikai érzeteiket, félelmeiket, bizonytalanságukat és terápiás cselekvéseiket az interakcióba, ami jellemzően E/1. formában valósult meg. Az egészségügyi szakemberek pedig mentális állapotaikra, gondolataikra, közléseikre, saját és közös cselekvéseikre reflektáltak. Az érzésekre, érzetekre vonatkozó utalás jellemzően személytelen módon vagy a pácienshez lehangonyozva jelent meg legtöbbször az empátia jelzőjeként vagy a közös tudás részeként.

A vizsgálat arra is rámutatott, hogy a különböző konzultációtípusokban eltérések mutatkoznak az egyes típusok gyakoriságában, amelyek összefüggésben vannak a konzultációk céljaival, jellegével és a kapcsolatépítés módjával egyaránt. Így a háziiorvosi konzultációkon a többi konzultációtípushoz képest magasabb volt az ismétlés, összefoglalás, valamint a jóváhagyást váró visszakérdezés aránya. A fogorvosi konzultációkon a magyarázat és a saját cselekvésre, valamint a páciens érzeteire történő reflektálás jelent meg a leggyakrabban.

Ez összefüggésben állt a fogorvosi konzultáció eredendően aszimmetrikus kommunikatív helyzetével, ahol a páciens jellemzően nonverbális jelzésekkel tud kommunikálni a kezelés során. Az említett reflexiók révén a megosztott információk a közös tudás részévé váltak, amely nemcsak a tudásbeli aszimmetriát csökkentheti, hanem a kapcsolatépítésre is pozitívan hathat. A harmadik konzultációtípusban, azaz az oktatóvideókban a metapragmatikai reflektálás magas aránya volt megfigyelhető, ami jellemzően sematikusabb megvalósulásokkal jelent meg (*értem, mondom, kérdezem*).

A vizsgált minta alapján az volt látható, hogy a valós interakciókban az egészségügyi szakemberek megnyilatkozásaiban gyakran fordult elő a saját cselekvésre történő reflexió, amely fontos interakciószervező szereppel is bírt. A háziorvosi kommunikációban a dokumentálásra, terápiára, a fogorvosi konzultáción a kezelés menetére vonatkozóan jelent meg. Az ilyen típusú utalások a tudásmegosztás révén hozzájárulhatnak az aszimmetria csökkentéséhez, továbbá a közös jelleget erősíthetik azáltal is, hogy sok esetben T/1. formában valósulnak meg. Ezáltal a kapcsolatépítésnek is fontos részét képezik.

A kutatás rámutatott, hogy a tudásszervezés és kapcsolatépítés sokrétű és összetett folyamat, amelyben a reflexiók és a személyjelölés komplex módon vesznek részt beágyazódva az interakciós és társas viszonyokba és cselekvésekbe.

A könyv empirikus része az orvos-beteg kommunikációra vonatkozóan, valamint a valós és a tervezett interakciók kapcsán számos új eredményt közölt. Ugyanakkor természetesen az itt bemutatott kutatásoknak több korlátja is megemlíthető, illetve számos feladat fogalmazódik meg a jövőre nézve. Csak néhányat kiemelve:

Láthattuk, hogy az oktatóvideók, az eljátszott diskurzusok önmagukban is értékes vizsgálati anyagot képeznek számos elemzésnek utat nyitva, amelyek valós interakciókban nem vagy kevésbé vizsgálhatók (pl. attitűdfelmérés, beteg-, illetve orvoscentrikus mód közvetlen összevetése, valós vs. fiktív jellemzők leírása). Vizsgálatukkor azonban szükséges figyelembe venni, hogy ezek fiktív és tervezett diskurzusok. Bármilyen szempontú elemzésük kizárólag ezzel a kiindulóponttal valósulhat meg.

Habár a direktívumok egyértelműen fontos szerepet kapnak az orvos-beteg konzultációkon – erre több ponton is történt utalás a kötetben –, szisztematikus feldolgozásuk nem történt meg. Az itt bemutatott konzultációk új szempontú leírását teszi lehetővé, ha a konzultációk tanácsadó (*advice giving*) jellegéből indulunk ki, és ezek nyelvi megvalósulásait vizsgáljuk (BIRI 2022b). Ez jövőbeli feladatként fogalmazódik meg.

Az oktatóvideók elemzése arra is rámutat, hogy a valós helyzetekben jóval több esetben fordul elő a többszereplős, gyakran triádikus konzultáció. Így a jelen elemzésből az anyag jellegéből adódóan kimaradtak a konzultációk egyéb szereplői, pl. az asszisztens, a gyermek mint páciens, a fordító/tolmács jelenléte és kommunikatív szerepe. Ezek jövőbeni oktatóvideók új konzultációs helyzeteit alkothatják, csakúgy, mint a telemedicinálisan (videócsettel vagy telefonon) megvalósuló gyógyítás.¹⁰⁶

¹⁰⁶ Lásd például: *DocCom*, https://doccom.iml.unibe.ch/data/DOCCOM/lm_data/lm_436/spider/cms.doccom.iml.unibe.ch/startpage/module.html (*Letöltés ideje: 2023. október 28.*).

Az elemzésben szintén nem kerültek elő a orvosok képzésében nagy szerepet kapó helyzetek, pl. a rossz hírek közlése; az egyes betegségtípusoknál alkalmazható kommunikatív stratégiák (PILLING 2018). Az itt említett tényezők ugyan kiemelkedően fontosak akár a jövőbeli kutatásokban, ugyanakkor a vizsgált minta ezt nem tette lehetővé.

Új szempontokkal gazdagíthatja az itt bemutatott elemzéseket, ha kombináljuk azokat más vizsgálatokkal, új kiindulópontokkal. Például ROTER interakciós elemző kódrendszerével (ROTER–LARSON 2002), vagy az argumentatív struktúrák (BIGI 2016; MACAGNO–BIGI 2017), esetlegesen a kérdéstipológia felől vizsgáljuk a konzultációk mikrojellemzőit (HERITAGE 2010; DEPPERMAN–SPRANZ–FOGASY 2011).

A jelen elemzésben kizárólag az oktatóvideók diskurzusaira nézve születtek megállapítások a nonverbális kommunikációra vonatkozóan, ugyanakkor a valós diskurzusok elemzése számos új eredménnyel szolgálhat ezen a területen is, ahogy erre a nemzetközi kutatások is rámutatnak (BECK et al. 2002; SILVERMAN–KINNERSLEY 2010; GERWING–DALBY 2014).

Ezen a ponton emelem ki, hogy a jelen munka folytatásaként folyamatban van egy fül-orr-gégészeti közegben megvalósuló kutatás, amelynek anyagát valós, személyes és online konzultációk videófelvételei, továbbá cset- és e-mail-konzultációk adják. A követéses vizsgálat 2021 januárjában indult és 2026 februárjáig tart. A *Krónikus betegek gondozása új megközelítésben* interdiszciplináris projekt (ETT TUKEB IV/661-3/2021/EKU) célja a krónikus betegek és az orvosok közötti kommunikáció vizsgálata hagyományos jelenléti konzultáción és telemedicinális közegben. Kiemelt szerepet kap azoknak a nyelvi és társas tényezőknek a feltárása, amelyek a két fél hosszútávú együttműködését támogatják. Továbbá a különböző konzultáció-típusok (személyes találkozás, online videó, e-mail, cset, hangüzenet) hálózatos működésének a leírása is lehetővé válik. A páciensek és az orvosok együttműködését kérdőíves reflexiók is kiegészítik. 2024 elején a projektben 19 videókonzultáció (~ 360 perc), több mint 100 e-mail-, valamint közel 20 SMS- és csetkonzultáció állt rendelkezésre. Jelenleg a konzultációk egy nő fül-orr-gégész szakorvos és 7 páciens részvételével zajlanak, akik jellemzően krónikus szédüléssel küzdenek. A kutatás számos új eredménnyel tudja gazdagítani az orvos-beteg kommunikációra és a telemedicinára vonatkozó ismereteinket, és összhangban áll a hazai és nemzetközi irányokkal is (pl. GYÖRFFY és mtsai 2020; THURNHERR 2022).

Érdeemes kiemelni egy messzebbre mutató gondolatot is a kutatás korlátai kapcsán. A fent megnevezett tervezett, illetve folyamatban lévő elemzések nagyon fontosak, de csak mélyfúrásoknak tekinthetők; reprezentatív eredmények közlését azonban nem teszik lehetővé. Gondoljunk csak BYRNE és LONG (1976) felmérésére, amely már az 1970-es években 2500 hangfelvétel elemzésén alapult, vagy a Nivel projekt 18 000 konzultációból álló adatbázisára.¹⁰⁷ Az ilyen típusú vizsgálatok megvalósításához nagyobb, a társszakmákat egyesítő kutatásokra és anyagi támogatásra van szükség. Sok esetben azonban Magyarországon még a társszakmák eredményei sem látszanak egymás számára. Ezért dolgozunk például a Magyar Orvosi Nyelvi Kutatócsoportban egy egészségügyi kommunikációs bibliográfián, ahol a magyar kutatások

¹⁰⁷ Lásd: *Nivel Primary Care Database*, <https://www.nivel.nl/en/nivel-primary-care-database> (Letöltés ideje: 2023. 10. 26.).

össze gyűjtését valósítjuk meg. Az is új eredményeket hozhat, ha a meglévő orvos-beteg és egyéb egészségügyi konzultációs anyagokat a kutatók egy adott szempontrendszer szerint, azonos módszertannal elemzik egy-egy közös projekten belül (pl. a megszólítások vagy a reflexiók jellemzőit). Ezen túlmenően hasznos lehet adatbázisba foglalni az egészségügyi kommunikáció területén született szakdolgozatok, disszertációk címeit, illetve amennyiben lehetséges, a munkákat magukat is. Jelenleg ezek eredményei nagyon kevés ember számára ismeretesek.

Összességében a jelen kötet a nyelvészeti perspektíva helyét és szerepét mutatta be az orvos-beteg kommunikáció kutatásában. Továbbá empirikus elemzéseken keresztül mutatott rá – a funkcionális pragmatika elméleti háttérfeltevéseire és alapfogalmaira építve – a tudásszervezés, a kapcsolatépítés és a terápiás cselekvés nyelvi vetületeire. Mindezt több módszer és kutatást támogató szoftver reflektív használatával tette, amelyek oktatásbeli hozadékkal is bírnak valós orvos-beteg interakciók, valamint más diskurzusok vizsgálatához egyaránt. A könyv egészében fontos szempontként érvényesült az elmélet, a módszer és az alkalmazás aspektusainak kiegyensúlyozott megjelenése. Ezzel egy időben sor került olyan kommunikációs stratégiák feltárására, amelyek javítják az orvos és a páciens közötti kapcsolatot, növelik a bizalmat, hozzájárulnak a nagyobb mértékű betegelégedettséghez és terápiahűséghez. Ezen eredmények beépíthetők a medikusképzésbe és az orvostovábbképzésekbe, valamint a beteg-educációs anyagokba egyaránt.

A kötet témájának a kidolgozása azért is fontos, mert az egészségügyi kommunikáció nyelvészeti megközelítése magyar viszonylatban elhanyagolt területnek számít annak ellenére, hogy a nemzetközi kutatások azt mutatják, hogy a funkcionális nyelvészeti vizsgálatok számos új eredménnyel gazdagítják az orvos-beteg kommunikáció elméletét, módszertanát és gyakorlatát. Ezt emelte ki Sarah BIGI, az egészségügyi kommunikáció nemzetközileg is elismert nyelvész kutatója 2022. április 24-én a *rEACH Connectivity Webinar* keretein belül tartott előadásában is (BIGI 2022a). Fontos jövőbeni feladatként jelölte ki a társszakmák együttműködését és közös projektek megvalósítását.

A kötet elméleti és empirikus célkitűzésein túl, illetve ezekkel szoros összefüggésben fontos feladatának tekinti, hogy kapcsolatot építsen az orvos-beteg kommunikációra irányuló kutatások tudományágai között, amely a komplexebb megismerést is lehetővé tesz.

- AINSWORTH-VAUGH, Nancy (1998): *Claiming power in doctor-patient talk*. Oxford University Press, Oxford. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195096064.001.0001>
- ANNONI, Marco – MILLER, Franklin G. (2016): Placebo effects and the ethics of therapeutic communication: A pragmatic perspective. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 26(1). 79–103. <https://doi.org/10.1353/ken.2016.0004>
- BALES, Robert F. (1950): *Interaction process analysis: A method for the study of small groups*. Addison-Wesley, Reading, MA.
- BÁLINT, Katalin – NAGY, Tamás – CSABAI, Márta (2014): The effect of patient-centeredness and gender of professional role models on trainees' mentalization responses. Implication for film-aided education. *Patient Education and Counseling* 97(1). 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.005>
- BALINT, Michael (1957): *The doctor, his patient and the illness*. Pittman, London. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.1957.tb02439.x>
- BÁLINT Mihály (1990): *Az orvos, a betege és a betegség*. Animula, Budapest.
- BÁN Attila (2017): *A telemedicina néhány földrajzi vonatkozása Magyarország példáján*. PhD-értekezés. Szegedi Tudományegyetem, Szeged.
- BANDUR Szilvia (2003): „Dokiduma” – az orvosi szlengről. *Magyar Orvosi Nyelv* 3(1). 13–15.
- BANGERTER, Adrian – CLARK, Herbert H. (2003): Navigating joint projects with dialogue. *Cognitive Science* 27(2). 195–225. https://doi.org/10.1207/s15516709cog2702_3
- BAREISS, Warren J. (2017): *Using mixed methods in health communication research. Application of the constant comparative method*. Sage, Los Angeles – London – New Delhi. <https://doi.org/10.4135/9781526419002>
- BARR, Dale J. (2004): Establishing conventional communication systems: Is common knowledge necessary? *Cognitive Science* 28(6). 937–962. https://doi.org/10.1207/s15516709cog2806_3
- BÁRTH János – BODÓ Csanád – DEME Andrea – MARKÓ Alexandra – RÓNAY Zoltán – SZABÓ Gergely (2021): *Kutatásetika*. Oktatási anyag. ELTE MOOC.
- BARTHA Csilla – HÁMORI Ágnes (2010): Stílus a szociolingvisztikában, stílus a diskurzusban. *Magyar Nyelvőr* 134(3). 298–321.
- BARTH-WEINGARTEN, Dagmar (2010): Interactional linguistics. In: ANTOS, Gerd – VENTOLA, Eija (eds): *Handbook of interpersonal communication*. Mouton de Gruyter, Berlin – New York – Amsterdam. 77–105.
- BATA Sarolta (2006): A meggyőzés a beszédprodukcióban és a beszédpercepcióban. *Beszéd-kutatás 2006*. 114–123.

- BEACH, Wayne A. (2013): Introduction. In: BEACH, Wayne A. (ed.): *Handbook of Patient-Provider Interactions. Raising and responding to concerns about health, illness, and disease*. Hampton Press, New York, NY. 1–18. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139600521.001>
- BECK, Rainer S. – DAUGHRIDGE, Rebecca – SLOANE, Philip D. (2002): Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of American Board of Family Practice* 15(1). 25–38.
- BEISECKER, Analee E. (1990): Patient power in doctor-patient communication: What do we know? *Health Communication* 2(2). 105–122. https://doi.org/10.1207/s15327027hc0202_4
- BENCZE Norbert (2022): Megismerkedési dialógusok a magyar mint idegen nyelv oktatásában. *Alkalmazott Nyelvészeti Közlemények* 15(1). 160–175.
- BENCZE Norbert (2023): *Élőnyelvi diskurzusok elemzése és felhasználásának lehetőségei a magyar mint idegen nyelv oktatásában*. PhD-értekezés. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest.
- BENCZES, Réka (2023): Not a battle to be won: Metaphorical conceptualizations of breast cancer among Hungarian patients. Presentation. *SMLC*, 2–3 June 2023, Budapest.
- BENCZES, Réka – BURRIDGE, Kate (2018): Speaking of disease and death. In: ALLAN, Keith (ed.): *The Oxford handbook of taboo and language*. Oxford University Press, Oxford. 61–76. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198808190.013.4>
- BIGI, Sarah (2016): *Communicating (with) Care. A linguistic approach to the study of doctor-patient interactions*. IOS, Amsterdam–Berlin–Washington.
- BIGI, Sarah (2022a): Looking at healthcare communication through a linguist’s glasses: the view from the ‘other side’. Presentation. *rEACH Connectivity Webinar*, 24 May 2022.
- BIGI, Sarah (2022b): Functions of interrogative structures in advice giving: A case study. *L’Analisi Linguistica E Letteraria* 31(2). 37–57.
- BIGI, Sarah – ROSSI, Maria G. (2021): Fostering interdisciplinary knowledge translation at the interface between healthcare communication and pragmatics. Presentation. *IPra Conference 2021*, Winterthur. 28 June 2021.
- BIGI, Sarah – ROSSI, Maria G. (eds) (2023): *A pragmatic agenda for healthcare: fostering inclusion and active participation through shared understanding*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia. <https://doi.org/10.1075/pbns.338>
- BOERSMA, Paul – WEENINK, David (2021): *Praat: doing phonetics by computer* [Computer program]. Version 6.1.41. <http://www.praat.org/> (Letöltés ideje: 2021. március 25.)
- BOLDEN, Galina B. (2000): Towards understanding practices of medical interpreting: interpreters’ involvement in history taking. *Discourse Studies: An Interdisciplinary Journal for Study of Text and Talk* 2(4). 387–419. <https://doi.org/10.1177/1461445600002004001>
- BORONKAI Dóra (2009): *Bevezetés a társalgáselemzésbe*. Ad Librum, Budapest.
- BORONKAI Dóra (2014): A konverzációelemzés alkalmazása az orvos-beteg kommunikáció kutatásában. In: BOCZ Zsuzsanna (szerk.): *Szaknyelvi regiszterek és használati szinterek (Porta Lingua 2014)*. SZOKOE, Budapest. 17–34.

- BÖLCSKEI Andrea – KUNA Ágnes – SZOTÁK Szilvia (2018): Szaknyelvi kommunikáció, terminológia: egy kerekasztal-beszélgetés tanulságai. In: BÓDI Zoltán – SZ. HEGEDŰS Rita – SZÖLLŐSY-SEBESTYÉN András (szerk.): *Magyar szaknyelvek a Kárpát-medencében*. Tinta Könyvkiadó, Budapest. 141–152.
- BŐSZE Péter (szerk.) (2009): *A magyar orvosi nyelv tankönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- BRAUN, Friederike (1988): *Terms of address. Problems of patterns and usage in various languages and cultures*. Mouton de Gruyter, Berlin – New York – Amsterdam. <https://doi.org/10.1515/9783110848113>
- BROWN, Roger – GILMAN, Albert (1960): The pronouns of power and solidarity. In: SEBEEK, Thomas A. (ed.): *Style in language*. MIT Press, Cambridge. 253–276.
- BROWN, Penelope – LEVINSON, Stephen (1987): Universals in language usage: politeness phenomena. In: GOODY, Esther N. (ed.): *Questions and politeness: strategies in social interaction*. Cambridge University Press, Cambridge – New York. 56–289.
- BROWN, James B. – STEWART, Moira – MCCracken, Ed – MCWhinney, Ian R. – LEVENSTEIN, Joseph H. (1986): The patient-centred clinical method 2. Definition and application. *Family Practice* 3(2). 75–79. <https://doi.org/10.1093/fampra/3.2.75>
- BUBLITZ, Wolfram – HÜBLER, Axel (eds) (2007): *Metapragmatics in use*. John Benjamins, Amsterdam. <https://doi.org/10.1075/pbns.165>
- BUCHHOLZ, Michael B. (1998): Die Metapher im psychoanalytischen Dialog. *Psyche* 52(6). 545–571.
- BUCHHOLZ, Michael B. (2019): Veränderung braucht Verbindung. In: GRAF, Eva-Maria – SCARVAGLIERI, Claudio – SPRANZ-FOGASY, Thomas (Hrsg.): *Pragmatik der Veränderung. Problem- und lösungsorientierte Kommunikation in helfenden Berufen*. Narr, Tübingen. 75–95.
- BUCHHOLZ, Michael B. – KÄCHELE, Horst (2017): From turn-by-turn to larger chunks of talk: An exploratory study in psychotherapeutic micro-processes using conversation analysis. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 20(3). 161–178. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.257>
- BUDA Béla (1977): Az orvos-beteg pszichológiája és a pszichoterápia alapjai. In: TRENCSENYI Tibor (szerk.): *A gyakorló orvos enciklopédiája*. Medicina, Budapest. 45–80.
- BUDA Béla (1994): *Fejezetek az orvosi szociológia és a társaslélektan tárgyköréből*. TÁMASZ, Budapest.
- BYRNE, Patrick S. – LONG, Barrie E. L. (1976): *Doctors talking to patients: A study of the verbal behaviours of doctors in the consultation*. HMSO, London.
- CAFFI, Claudia (1994): Metapragmatics. In: ASHER, Ronald E. – SIMPSON, James M. Y. (eds): *Encyclopedia of language and linguistics*. Pergamon Press, Oxford.
- CAFFI, Claudia (2016): Revisiting metapragmatics: “What are we talking about?” In: ALLAN, Keith – CAPONE, Alessandro – KECSKES, Istvan (eds): *Pragmemes and theories of language use*. Springer, Cham. 799–821. https://doi.org/10.1007/978-3-319-43491-9_40

- CAMERON, Deborah (2001): *Working with spoken discourses*. Sage Publications, London – Thousand Oaks – New Delhi.
- CHARON, Rita – GREEN, Michele J. – ADELMANN, Ronald D. (1994): Multi-dimensional interaction analysis: a collaborative approach to the study of medical discourse. *Social Science and Medicine* 39(7). 955–965. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90207-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90207-0)
- CHUNG Cindy K. – PENNEBAKER, James W. (2007): The psychological functions of function words. In: FIEDLER, Klaus (ed.): *Social communication*. Psychology Press, New York. 343–359.
- CICOUREL, Aron W. (1983): Hearing is not believing: Language and the structure of belief in medical communication. In: TODD, Alexandra D. – FISHER, Sue (eds): *The social organization of doctor-patient communication*. Center for Applied Linguistics, Washington. 221–239.
- CILIBERTI, Anna – ANDERSON, Laurie (2007): Metapragmatic comments in institutional talk: A comparative analysis across settings. In: BUBLITZ, Wolfram – HÜBLER, Axel (eds): *Metapragmatics in use*. John Benjamins, Amsterdam. 143–166. <https://doi.org/10.1075/pbns.165.11cil>
- CLARK, Herbert C. (1996): *Using language*. Cambridge University Press, Cambridge.
- COHEN-COLE, Steven A. (ed.) (1991): *The medical interview: The three-function approach*. MO: Mosby Year Book, St. Louis.
- CONSTANTINOVITS Milán – VLADÁR Zsuzsa – CONSTATNIOVITS Miklós (2023): „A túlélő brigád”. A közös gyógyulás konceptualizálása a Covid19-járványt túléltek férfiak egy csoportjának elbeszélésében. *Alkalmazott Nyelvtudomány* 2023(1) különszám. 52–75.
- CORDELLA, Marisa (2004): *The dynamic consultation. A discourse analytical study of doctor-patient communication*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia. <https://doi.org/10.1075/pbns.128>
- CRESWELL, John W. – CRESWELL, J. David (2018): *Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). Sage, Los Angeles – London – New Delhi.
- CROFT, William (1994): Speech act classification, language typology and cognition. In: TSOHATSIDIS, Savas L. (ed.): *Foundations of speech act theory. Philosophical and linguistic perspectives*. Routledge, London. 460–478.
- CROFT, William (2009): Towards a social cognitive linguistics. In: EVAN, Vyvyan – POURCEL, Stephanie (eds): *New directions in cognitive linguistics*. John Benjamins, Amsterdam. 395–420. <https://doi.org/10.1075/hcp.24.25cro>
- CULPEPER, Jonathan (2011): *Impoliteness: Using language to cause offence*. Cambridge University Press, Cambridge. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511975752>
- CUMMINGS, Louise (2009): *Clinical pragmatics*. Cambridge University Press, Cambridge.
- CUMMINGS, Louise (ed.) (2017): *Research in clinical pragmatics*. Springer, Dordrecht. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-47489-2>
- CSABAI Márta – CSÖRSZ Ilona – SZILI Katalin (2009): *A gyógyító kapcsolat élménye. Kézikönyv és oktatólemez a kapcsolati készségek fejlesztéséhez*. Oriold és Társa Kiadó, Budapest.

- CSABAI, Márta – KUNA, Ágnes – LÁTOS, Melinda – LUCZA, Lilla – BARABÁS, Katalin – PAPP-ZIPERNOVSZKY, Orsolya (2021): *Developing knowledge, attitudes and skills about medically unexplained physical symptoms and intercultural communication. E-learning moduls for medical education*. <http://mups-music-learn.eu> (Letöltés ideje: 2022. január 10.)
- CSABAI Márta – MOLNÁR Péter (1999): *Egészség, betegség, gyógyítás. Az orvosi pszichológia tankönyve*. Springer Orvosi Kiadó, Budapest.
- CSEPELI György (1997): *Szociálpszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.
- CSISZÁRIK Katalin (2017): Kórházi szleng. Egy mozgásszervi rehabilitációs osztály szlengje. *Magyar Orvosi Nyelv* 17(2). 58–60.
- CSISZÁRIK Katalin – DOMONKOSI Ágnes (2018): A gyógyító-beteg viszonylat megszólítási változatai egy mozgásszervi rehabilitációs osztály gyakorlatközösségében. *Acta Universitatis de Carolo Eszterházy Nominatae: Sectio Linguistica Hungarica* 45. 109–128.
- CSONGOR Alexandra – NÉMETH Tímea – HILD Gabriella (2019): Új kihívások az orvosi szaknyelvoktatásban. In: BESZNYÁK Rita (szerk.): *Interdiszciplináris megközelítések a szaknyelvoktatásban és -kutatásban (Porta Lingua 2019)*. SZOKOE, Budapest. 167–173.
- CSONTOS NÓRA (2020): *Szakszöveg-tipológia. Szakszövegtípusok vizsgálata társas-kognitív keretben*. KRE – L'Harmattan, Budapest.
- DEPPERMAN, Arnulf (1999): *Gespräche analysieren. Eine Einführung in konversationsanalytische Methoden*. Leske–Budrich, Opladen.
- DEPPERMAN, Arnulf – SPRANZ-FOGASY, Thomas (2011): Doctors' questions as displays of understanding. *Communication and Medicine* 8(2). 111–122. <https://doi.org/10.1558/cam.v8i2.111>
- DÉR Csilla Ilona (2020): *Diskurzusjelölők és társulásaik a magyar nyelvben*. KRE – L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- DÉR Csilla Ilona (2024; megj. a.): A *nem tudom (én)* formai és funkcionális variabilitásáról a mai magyarban. In: LACZKÓ Krisztina – TÁTRAI Szilárd – TOLCSVAI NAGY Gábor (szerk.): *Személyjelölés és grammatika*. ELTE Eötvös József Collegium, Budapest.
- DITTE, Kimps (2018): *Tag questions in conversation. A typology of their interactional and stance meanings*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia. <https://doi.org/10.1075/scl.83>
- DOMONKOSI Ágnes (2002): *Megszólítások és beszédpartnerre utaló elemek nyelvhasználatunkban*. A Debreceni Egyetem Magyar Nyelvtudományi Intézetének Kiadványai 79. Debrecen.
- DOMONKOSI Ágnes (2012): Metaforikus és metonimikus motivációk a magyar megszólításokban. In: TOLCSVAI NAGY Gábor – TÁTRAI Szilárd (szerk.): *Konstrukció és jelentés. Tanulmányok a magyar nyelv funkcionális kognitív leírására*. ELTE, Budapest. 339–350.
- DOMONKOSI Ágnes (2016): Perspective and attitudinal deixis in Hungarian. *Język, Komunikacja, Informacja / Language, Communication, Information* 11. 86–98.

- DOMONKOSI Ágnes (2018): Aszimmetrikus viszonyok – aszimmetrikus megszólítások: A társas deixis szerepe a személyközi viszonyok alakításában. In: DOMBI Judit – FARKAS Judit – GÚTI Erika (szerk.): *Aszimmetrikus kommunikáció – aszimmetrikus viszonyok*. Pécsi Tudományegyetem, Pécs. 806–821.
- DOMONKOSI Ágnes (2019a): A kutatástól a tanácsadásig, az illetantól az adatokig – diskurzusok a nyelvi kapcsolattartásról. *Filológia.hu* 10(1–2). 77–85.
- DOMONKOSI Ágnes (2019b): A nézőpont szerepe az attitűddeixis műveletében. *Acta Universitatis de Carolo Eszterházy Nominatae: Sectio Linguistica Hungarica* 45. 75–92.
- DOMONKOSI ÁGNES (2019c): *Stiliztika előadás*. Eszterházy Károly Katolikus Egyetem, Eger. (Szóbeli közlés).
- DOMONKOSI Ágnes (2020): Az egészségügy megszólítási változatai az internetes metadiskurzusok tükrében. In: FÓRIS Ágota – BÖLCSKEI Andrea – DÉR Csilla Ilona – CSONTOS Nóra (szerk.): *Nyelv, kultúra, identitás. Alkalmazott nyelvészeti kutatások a 21. századi információs térben. II. Pragmatika, diskurzuselemzés, interkulturális kommunikáció*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 78–85.
- DOMONKOSI Ágnes (2024): *A megszólítás gyakorlatai*. (Gondolat-Jel 9.) Szépirodalmi Figyelő Alapítvány, Budapest.
- DOMONKOSI Ágnes – KUNA Ágnes (2015): A tetszikelés szociokulturális értéke. A tetszikelő kapcsolattartás szerepe az orvos-beteg kommunikációban. *Magyar Nyelvőr* 139(1). 39–63.
- DŽANKO, Minka (2020): *Rollengebundene Asymmetrie in Arzt-Patient-Gesprächen. Ein Vergleich im Deutschen und Bosnischen*. Universitätsverlag Winter, Heidelberg.
- Egyed Csilla – FEKETE Judit – HAMBACH Anikó – HEROLD Róbert (2020): Szkizofréniával élő beteg-orvos párbeszédnek nyelvészeti elemzése egy esettanulmány alapján. In: BESZNYÁK Rita (szerk.): *Szaknyelvoktatás és -kutatás nemzetközi kontextusban. Cikk, tanulmányok a hazai szaknyelvoktatásról (Porta Lingua 2020)*. SZOKOE, Budapest. 417–429. <https://doi.org/10.48040/PL.2020.33>
- EHLICH, Konrad (2013): Nonverbal communication in functional pragmatic perspective. In: MÜLLER, Cornelia – CIENKI, Alan – FRICKE, Ellen – LADEWIG, Silva – McNEIL, David – TESSENDORF, Sedinha (eds): *Body – language – communication*. HSK 38.1. De Gruyter, Berlin – New York. 648–658. <https://doi.org/10.1515/9783110261318.648>
- EKLICS Kata – KOPPÁN Ágnes (2018): Az orvosi kommunikációs készségek fejlesztésének hatékony módja: szimulációs betegkikérdezés. In: LUDÁNYI Zsófia – JÁNK István – DOMONKOSI Ágnes (szerk.): *A nyelv perspektívája az oktatásban. Válogatás a PeLiKon 2018 oktatásnyelvészeti konferencia előadásaiból*. EKKÉ Líceum Kiadó, Eger. 351–358.
- EMANUEL, Ezekiel J. – EMANUEL, Lina L. (1992): Four models of physician-patient relationship. *The Journal of the American Medical Association* 267(16). 2221–2226. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
- EMMERTON-COUGHAN, Heather (2019): Functional linguistics: the lens and the looking glass. *Medical Education* 53(12). 1167–1175. <https://doi.org/10.1111/medu.14009>

- ENGEL, George L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196(4286). 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- ENGEL, George L. (1980): The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry* 137(5). 535–544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>
- EYSENCK, Michael W. – KEANE, Mark T. (2003): *Kognitív pszichológia*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- EVANS, Nicholas – BERGQVIST, Henrik – SAN ROQUE, Lila (2017): The grammar of engagement II: typology and diachrony. *Language and Cognition* 10(1). 141–170. <https://doi.org/10.1017/langcog.2017.22>
- FALKENSTEIN, Angelica – TRAN, Brandon – LUDI, Daniel – MOLKARA, Afshin – NGUYES, Henry – TABUENCA, Arnold – SWEENEY, Kate (2016): Characteristics and correlates of word use in physician-patient communication. *Annals of Behavioral Medicine* 50(5). 664–677. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9792-x>
- FÁBIÁN Pál – MAGASI Péter (főszerk.) (1992): *Orvosi helyesírási szótár*. Akadémiai Kiadó – Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár, Budapest.
- FERENCZI Sándor (1912): *Leleki problémák a pszichoanalízis megvilágításában*. Nyugat, Budapest.
- FISHER, Sue – TODD, Alexandra (eds) (1986): *Discourse and institutional authority: Medicine, education and law*. Ablex, Norwood, NJ.
- FLORES, Glenn (2005): The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical Care Research and Review* 62(3). 155–299. <https://doi.org/10.1177/1077558705275416>
- FOGARASI, Katalin (2012): *Limited assessability of soft tissue injuries. Contrastive terminological analyses of Hungarian, Austrian and German medical diagnostic reports*. PhD Dissertation. University of Pécs, Pécs.
- FOGARASI Katalin (2018): A diagnózis jelentése és jelentősége a beteg szemszögéből. In: DOMBI Judit – FARKAS Judit – GÚTI Erika (szerk.): *Aszimmetrikus kommunikáció – aszimmetrikus viszonyok*. Pécsi Tudományegyetem, Pécs. 774–805.
- FOGARASI, Katalin – SCHNEIDER, Philipp – PATONAI, Zoltán (2019): Die Rolle von Diagnosen im medizinischen Fachunterricht: Eine interdisziplinäre Analyse deutscher, österreichischer und ungarischer klinischer Diagnosen. In: POLONA, Vičič – GAJST, Natasa – PLOS, Alenka (eds): *10th International Languages Conference on “The Importance of Learning Professional Foreign Languages for Communication between Cultures.”* Conference Proceedings. 107–120. <https://doi.org/10.18690/978-961-286-252-79>
- FONG HA, Jennifer – ANAT, Dip S. – LONGNECKER, Nancy (2010): Doctor-patient communication. A review. *The Ochsner Journal* 10(1). 38–43.
- FORCEVILLE, Charles (2020): *Visual and multimodal communication. Applying the relevance principle*. Oxford University Press, Oxford. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190845230.001.0001>
- FORGÓ Sándor (2011): *A kommunikációelmélet alapjai*. EKKE, Eger.

- FÓRIS Ágota (2010): A szaknyelvkutatás modelljei és módszerei: szociolingvisztikai megközelítés. *Magyar Nyelv* 106(4). 424–438.
- FÓRIS Ágota (2014): A szaknyelvek terminológiai szempontú megközelítése. In: VESZELSZKI Ágnes – LENGYEL Klára (szerk.): *Tudomány, technolektus, terminológia. A tudományok és szakmák nyelve*. Éghajlat Könyvkiadó, Budapest. 27–36.
- FÓRIS Ágota – BÖLCSKEI Andrea (szerk.) (2019): *Terminológiasztratégiai kihívások a magyar nyelvterületen*. L'Harmattan, Budapest.
- FRANKEL, Richard M. (1984): From sentence to sequence: understanding the medical encounter through microinteractional analysis. *Discourse Process* 7(2). 135–70. <https://doi.org/10.1080/01638538409544587>
- FRANKEL, Richard M. (2000): The (socio)-linguistic turn in physician-patient communication research. In: ALATIS, James E. – HAMILTON, Heidi E. – TAN, Ai-Hui (eds): *Linguistics, language and professions*. Georgetown University Press, Georgetown. 81–103.
- FREUD, Sigmund (1895/2011): *Tanulmányok a hisztériáról*. Animula, Budapest.
- GERWING, Jennifer – DALBY, Anne M. L. (2014): Gestures convey content: An exploration of the semantic functions of physicians' gesture. *Patient Education and Counseling* 96(3). 308–314. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.014>
- GILL, Virginia T. – ROBERTS, Felicia (2013): Conversation analysis in medicine. In: SIDNELL, Jack – STIVERS, Tanya (eds): *The handbook of converssation analysis*. Wiley-Blackwell, Chichester. 575–592.
- GOFFMAN, Erving (ed.) (1967): *Interaction ritual: Essays on face-to-face behavior*. Aldine, Chicago.
- GONZÁLEZ, María de los Angeles Gómez – SILVANO Maria da Purificação Moura (2022): A functional model for the tag question paradigm: The case of invariable tag questions in English and Portuguese. *Lingua* 272: 103255. <https://doi.org/10.1016/j.lingua.2022.103255>
- GÓSY Mária – GYARMATHY Dorottya – HORVÁTH Viktória (2009): A beszéd természetességéről alkalmazott fonetikai szempontból. *Beszédkutatás 2009*. 170–181.
- GRAF, Eva-Maria – SCARVAGLIERI, Claudio – SPRANZ-FOGASY, Thomas (eds) (2019): *Pragmatik der Veränderung. Problem- und lösungsorientierte Kommunikation in helfenden Berufen*. Narr, Tübingen.
- GRAF, Eva-Maria – SCARVAGLIERI, Claudio – SPRANZ-FOGASY, Thomas (2022): Practices of relationship management in organized helping. Introduction. In: SCARVAGLIERI, Claudio – GRAF, Eva-Maria – SPRANZ-FOGASY, Thomas (eds): *Relationship in organized helping. Analyzing interaction in psychotherapy, medical encounters, coaching and in social media*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia. 1–26. <https://doi.org/10.1075/pbns.331.01gra>
- GRODDECK, Georg (1933): *Der Mensch als Symbol Unmaßgebliche Meinungen über Sprache und Kunst*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien.
- GUYDISH, Andrew J. – D'ARCEY, Trevor J. – FOX TREE, Jean E. (2020): Reciprocity in conversation. *Language and Speech* 64(4). 859–872. <https://doi.org/10.1177/0023830920972742>

- GYARMATHY Dorottya – KREPSZ Valéria – DÉR Csilla Ilona – HÁMORI Ágnes – HORVÁTH Viktória (2020): Háttéracsatorna-jelzések: határterület és új szempontok a diskurzusok elemzésében. In: FÓRIS Ágota – BÖLCSKEI Andrea – DÉR Csilla Ilona – CSONTOS Nóra (szerk.): *Nyelv, kultúra, identitás. Alkalmazott nyelvészeti kutatások a 21. századi információs térben. II. Pragmatika, diskurzuselemzés, interkulturális kommunikáció. A MANYE Kongresszusok Előadásai 12/2*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 113–118.
- GYARMATHY, Dorottya–KREPSZ, Valéria–HUSZÁR, Anna–HORVÁTH, Viktória (2021): Dynamic changes of pausing in triadic conversations. In: *Proceedings of the 10th Workshop on Disfluency in Spontaneous Speech (DiSS 2021)*. 105–110.
- GYÖRFFY Zsuzsa – BÉKÁSI Sándor – SZATHMÁRI-MÉSZÁROS Noémi – NÉMETH Orsolya (2020): A telemedicina lehetőségei a COVID–19-pandémia kapcsán a nemzetközi és a magyarországi tapasztalatok és ajánlások tükrében. *Orvosi Hetilap* 161(4). 983–992. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31873>
- GYURÓ Mónika (2017): *Egészség, betegség, diskurzus. Kvalitatív elemzési módszerek az egészségügyi kutatásban*. Storming Brain, Budapest.
- HADLEY, Gregory (2017): *Grounded theory in applied linguistics research. A practical guide*. Routledge, London – New York. <https://doi.org/10.4324/9781315758671>
- HALÁSZ, Renáta – FOGARASI, Katalin (2018): Arztbriefe im medizinischen Fachsprachenunterricht Deutsch. Eine kontrastive Textsortenanalyse / The genre of medical report in teaching medical German. A contrastive genre analysis. *Journal of Languages for Specific Purposes* 5. 87–102.
- HALÁSZ Renáta – KÁRPÁTI Eszter – EKLICS Katalin – KOPPÁN Ágnes (2018): A betegközpontú szemlélet mint érték megjelenése a magyar orvosi szaknyelvoktatásban. In: BESZNYÁK Rita (szerk.): *Tudásmegosztás, értékközvetítés, digitalizáció – trendek a szaknyelvoktatásban és -kutatásban (Porta Lingua 2018)*. SZOKOE, Budapest. 237–248.
- HALÁSZ Renáta – KOPPÁN Ágnes – EKLICS Katalin (2016): A magyar orvosi szaknyelvoktatás új megközelítése a Pécsi Tudományegyetemen. In: REMÉNYI Andrea Ágnes – SÁRDI Csilla – TÓTH Zsuzsa (szerk.): *Távlatok a mai alkalmazott nyelvészetben*. Tinta Könyvkiadó, Budapest. 71–79.
- HALÁSZ Renáta – RÉBÉK-NAGY Gábor (2019): Az orvostanhallgatói magyar szaknyelv oktatásáról. In: BESZNYÁK Rita (szerk.): *Interdiszciplináris megközelítések a szaknyelvoktatásban és -kutatásban (Porta Lingua 2019)*. SZOKOE, Budapest. 175–186.
- HALL, Judith A. – ROTER, Debra L. (2002): Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling* 48(3). 217–224. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00174-X](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00174-X)
- HALL, Judith A. – ROTER, Debra L. – KATZ, Nancy R. (1988): Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care* 26(7). 657–675. <https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00002>

- HALL, Judit A. – ROTER, Debra L. – RAND, Cynthia S. (1981): Communication of affect between patient and physician. *Journal of Health and Social Behavior* 22(1). 18–30. <https://doi.org/10.2307/2136365>
- HAMBUCH Anikó (2015): Házi orvos-beteg konzultációk dialógusainak szekvenciális mintázata. In: BESZNYÁK Rita (szerk.): *A XXI. századi szakmai, szaknyelvi kommunikáció kihívásai: tanári és tanulói kompetenciák (Porta Lingua 2015)*. SZOKOE, Budapest. 343–357.
- HAMBUCH Anikó – HALÁSZ Renáta – KRÁNICZ Rita – FOGARASI Katalin (2020): Az orvosi kétnyelvűség terminológiai és funkcionális nyelvészeti összehasonlító vizsgálata házi-orvosi konzultációkban. In: BESZNYÁK Rita (szerk.): *Szaknyelvoktatás és -kutatás nemzetközi kontextusban. Cikk, tanulmányok a hazai szaknyelvoktatásról (Porta Lingua 2020)*. SZOKOE, Budapest. 443–459. <https://doi.org/10.48040/PL.2020.35>
- HAMBUCH Anikó – SÁRKÁNYNÉ LŐRINC Anita – EGYED Csilla – KRÁNICZ Rita (2019): Ki dönt? Közös döntéshozatal interakcionális megvalósulása orvos-beteg konzultációkban. In: BESZNYÁK Rita (szerk.): *Interdiszciplináris megközelítések a szaknyelvoktatásban és -kutatásban. Cikk, tanulmányok a hazai szaknyelvoktatásról és -kutatásról (Porta Lingua 2019)*. SZOKOE, Budapest. 373–389.
- HAMBUCH Anikó – SÁRKÁNYNÉ LŐRINC Anita – KRÁNICZ Rita (2018): Veränderung der Kommunikationsmodelle im Gesundheitswesen und ihre Widerspiegelung in den Interaktionen mit Klienten. In: KACJAN, Brigita (Hrsg.): *Fachbezogener Fremdsprachenunterricht – aktuelle Herausforderungen und zukünftige Chancen*. The Slovene Association of LSP Teachers, Ljubljana. 59–71.
- HAMBUCHNÉ KŐHALMI Anikó – SZÁNTÓNÉ CSONGOR Alexandra – KRÁNICZ Rita – SÁRKÁNYNÉ LŐRINC Anita (2016): Szubjektív betegségmegnyilatkozások az orvos-beteg dialógusok szekvenciális mintázatában. In: BESZNYÁK Rita (szerk.): *A szaknyelv rétegződése a szakmában, az oktatásban és a kutatásban (Porta Lingua 2016)*. SZOKOE, Budapest. 367–381.
- HÁMORI Ágnes (2008): A figyelem és a beszédaktusok összefüggései a társalgásban. *Általános Nyelvészeti Tanulmányok XII.* 161–201.
- HÁMORI Ágnes (2009a): *A figyelem és a beszédaktusok összefüggései a társalgásban*. PhD-értekezés. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest.
- HÁMORI Ágnes (2009b): Beszédaktusok újratöltve. In: KESZLER Borbála – TÁTRAI Szilárd (szerk.): *Diskurzus a grammatikában – grammatika a diskurzusban*. Tinta Könyvkiadó, Budapest. 350–360.
- HÁMORI ÁGNES (2017): Diskurzusműfaj, séma és foratókönyv: A „vicc” műfaj sémájának jellemzői és kiépülési dinamikája a társas interakciókban. *Magyar Nyelv* 2017(3). 311–329. <https://doi.org/10.18349/MagyarNyelv.2017.3.311>
- HÁMORI Ágnes (2019): A metanyelvi és metapragmatikai tudatosság óvodáskorban: 6 éves gyermekek társalgásainak metapragmatikai elemzése. In: BÓNA Judit – HORVÁTH Viktória (szerk.): *Az anyanyelv-elsajátítás folyamata hároméves kor után*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 11–32.

- HÁMORI Ágnes (2022): A ko-konstrukció jelensége a társalgásban: együttműködő elmék, társas jelentések és a fordulókstruktúrák összefüggései. In: HELLER Kata – STEINER Ildikó (szerk.): *Az alkalmazott nyelvészet esernyője alatt*. ELTE BTK Alkalmazott Nyelvészeti és Fonetikai Tanszék, Budapest. 44–66.
- HÁMORI Ágnes – HORVÁTH Viktória (2019): Társalgás, beszélőváltás és diskurzusszerveződés új megközelítésben – fonetikai jellemzők és pragmatikai tényezők összefüggései magyar társalgásokban (pilot study). *Beszédkutató 2019*. 134–153.
- HEATH, Christian (1986): *Body movement and speech in medical interaction*. Cambridge University Press, Cambridge. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511628221>
- HEATH, Morten – HVASS, Anne M. F. – WEJSE, Christian M. (2023): Interpreter service and effect on healthcare – a systematic review of impact of different types of interpreters on patient outcome. *Journal of Migration and Health* 24(7). 100162. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100162>
- HENRY, Stefan G. – FETTERS, Michael D. (2012): Video elicitation interviews: a qualitative research method for investigating physician-patient interactions. *The Annals of Family Medicine* 10(2). 118–125. <https://doi.org/10.1370/afm.1339>
- HERITAGE, John (2010): Questioning in medicine. In: FREED, Alice F. – EHRLICH, Susan (eds): *'Why do you ask?' The function of questions in institutional discourse*. Oxford University Press, Oxford. 42–68.
- HERITAGE, John (2019): *The expression of authority in US primary care: Offering diagnoses and recommending treatment*. Paper presented at the Georgetown University Round Table 2018 'Approaches to Discourse'. Preprint. bit.ly/3ybWMDa (Letöltés ideje: 2020. március 2.)
- HERITAGE, John – MAYNARD, Douglas W. (eds) (2006a): *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge University Press, Cambridge. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511607172>
- HERITAGE, John – MAYNARD, Douglas W. (2006b): Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology* 32(1). 351–374. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.32.082905.093959>
- HERITAGE, John – STIVERS, Tanya (1999): Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectations. *Social Science and Medicine* 49(11). 1501–1517. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00219-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00219-1)
- HILD Gabriella – CSONGOR Alexandra – NÉMETH Tímea (2019): A magyar orvosi szaknyelv elsajátítását befolyásoló tényezők: négy mobil, norvég orvostanhallgató longitudinális esettanulmánya. In: BESZNYÁK Rita (szerk.): *Interdiszciplináris megközelítések a szaknyelvoktatásban és -kutatásban (Porta Lingua 2019)*. SZOKOE, Budapest. 29–44.
- HOLMES, Janet (1992): Women's talk in public contexts. *Discourse and Society* 3(2). 131–150. <https://doi.org/10.1177/0957926592003002001>
- HORTON, William S. (2012): Shared knowledge, mutual understanding, and meaning negotiation. In: SCHMID, Hans-Jörg (ed.): *Cognitive pragmatics*. Mouton de Gruyter, Berlin – New York. 375–404. <https://doi.org/10.1515/9783110214215.375>

- HORVÁTH Ágnes (2023): Betegbiztonság és hatékony kommunikáció multikulturális és többnyelvű egészségügyi intézményekben. Nemzetközi jó gyakorlatok hazai adaptálásának lehetőségei. *Alkalmazott Nyelvtudomány* 2023(1) különszám. 5–34. <http://dx.doi.org/10.18460/ANY.K.2023.1.001>
- HORVÁTH, Ágnes – MOLNÁR, Péter (2021): A review of patient safety communication in multicultural and multilingual healthcare settings with special attention to the U.S and Canada. *Developments in Health Sciences* 4(3). 49–57. <https://doi.org/10.1556/2066.2021.00041>
- HORVÁTH Tamás – MATICS Katalin – MESKÓ Bertalan (2018): Rendszer az egészségügyi weboldalak hitelesítésére. *Orvosi Hetilap* 159(13). 511–519. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31000>
- HORVÁTH Viktória – BÓNA Judit – DÉR Csilla Ilona – GYARMATHY Dorottya – HÁMORI Ágnes – HUSZÁR Anna – KREPSZ Valéria – WEIDL Zsófia (2021): Fonetika és társalgáskutatás: a beszélőváltások kérdésköre. In: MARKÓ Alexandra (szerk.): *Tanulmányok a beszédtudomány alkalmazásainak köréből*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 251–278.
- HUNYADI László – SZEKRÉNYES István – VÁRADI Tamás (2018): *Ember-ember, ember-gép kommunikáció: A HuComTech multimodális korpuszról*. Előadás. MTA Nyelvtudományi Intézet, Budapest.
- HUSZTI Judit – WÉBER Katalin (2014): Interkulturális orvosi kommunikáció Európában. Egy tananyagfejlesztés tanulságai. In: BOCZ Zsuzsanna (szerk.): *Szaknyelvi regiszterek és használati színterek (Porta Lingua 2014)*. SZOKOE, Budapest. 87–96.
- HYMES, Dell (1962): The ethnography of speaking. In: GLADWIN, Thomas – STURTEVANT, William C. (eds): *Anthropology and human behavior*. Anthropology Society of Washington, Washington D.C.
- HYMES, Dell (1974): *Foundations in sociolinguistics: An ethnographic approach*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- ILLÉSNÉ KOVÁCS Mária – SIMIGNÉ FENYŐ Sarolta (2009): Gyógyszerészeti kísérőiratok kommunikációs szempontú elemzése Hymes szociokulturális modellje alapján. In: GECSŐ Tamás – SÁRDI Csilla (szerk.): *A kommunikáció nyelvészeti aspektusai*. Kodolányi János Főiskola – Tinta Könyvkiadó, Székesfehérvár–Budapest. 141–148.
- INUI, Thomas S. – CARTER, William B. (1985): Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. *Medical Care* 23(5). 521–538. <https://doi.org/10.1097/00005650-198505000-00013>
- IRISH, Julie T. – HALL, Judith A. (1995): Interruptive patterns in medical visits: The effects of role, status and gender. *Social Science & Medicine* 41(6). 873–881. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00399-E](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00399-E)
- IVÁNYI Zsuzsanna (2001): A nyelvészeti konverzációelemzés. *Magyar Nyelvőr* 125(1). 74–93.
- JAAKOLA, Minna (2018): Finnish evidential adverbs in argumentative texts. In: FOOLEN, Ad – DE HOOP, Helen – MULDER, Gijs (eds): *Evidence for evidentiality*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia. 121–141. <https://doi.org/10.1075/hcp.61.06jaa>

- JAKUSNÉ HARNOS Éva (2016): A szaknyelvi szövegek tipologizálásának lehetséges szempontjai. In: BESZNYÁK Rita (szerk.): *A szaknyelv rétegződése a szakmában, az oktatásban és a kutatásban (Porta Lingua 2016)*. SZOKOE, Budapest. 381–390.
- JANSSEN, Theo – REDEKER, Gisela (1999): *Cognitive linguistics. Foundations, scope, and methodology*. Mouton de Gruyter, Berlin – New York. <https://doi.org/10.1515/9783110803464>
- JAWORSKI, Adam – COUPLAND, Nikolas – GALASINSKI, Dariusz (eds) (2004): *Meta-language: Social and ideological perspectives*. De Gruyter, Berlin. <https://doi.org/10.1515/9783110907377>
- JEFFERSON, Gail (2004): Glossary of transcript symbols with an introduction. In: LERNER, Gene H. (ed.): *Conversation analysis: Studies from the first generation*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia. 13–31. <https://doi.org/10.1075/pbns.125.02jef>
- JING-SCHMIDT, Zhuo (2007): Negativity bias in language: A cognitive-affective model of emotive intensifiers. *Cognitive Linguistics* 18(3). 417–443. <https://doi.org/10.1515/COG.2007.023>
- JÓZSA Emese (2011): A raport fogalma és szerepe az orvosi kommunikációban. In: VARGA Kalatin (szerk.): *A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztív az orvosi gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 78–99.
- JUCKER, Andreas H. – HÜBSCHER, Iris – BROWN, Lucien (eds) (2023): *Multimodal im/politeness*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia. <https://doi.org/10.1075/pbns.333>
- KARÁDI ISTVÁN (2009): Egy új tantárgy és tankönyv születése. Köszöntők. In: BÓSZÉ Péter (szerk.): *A magyar orvosi nyelv tankönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 7–8.
- KÁDÁR Zoltán Dániel (2013): *Relational rituals and communication*. Palgrave Macmillan, Basingstoke. <https://doi.org/10.1057/9780230393059>
- KÁRPÁTI Eszter (2015): Az orvosi nyelvhasználat szerepéről. In: GECSŐ Tamás – SÁRDI Csilla (szerk.): *Nyelv, kultúra, társadalom*. Kodolányi János Főiskola – Tinta Könyvkiadó, Székesfehérvár–Budapest. 119–125.
- KECSKES, István (2010): The paradox of communication: Socio-cognitive approach to pragmatics. *Pragmatics and Society* 1(1). 50–73. <https://doi.org/10.1075/ps.1.1.04kec>
- KECSKES, Istvan (2014): *Intercultural pragmatics*. Oxford University Press, Oxford. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199892655.001.0001>
- KECSKES, Istvan – ZHANG, Fenghui (2009): Activating, seeking, and creating common ground: A socio-cognitive approach. *Pragmatics & Cognition* 17(2). 331–355. <https://doi.org/10.1075/pc.17.2.06kec>
- KERESZTES, Csilla (2013): Genre-based teaching of medical translation. *Jahr* 4(7). 535–543.
- KERESZTES, Csilla (2021): *Medical English genres and text types*. JATEPress, Szeged.
- KERESZTES Csilla – BORDA Bernadett – VINCZE Veronika (2019): Mi derül ki a SZEMEK-ből? Egy magyar nyelvű orvosi korpusz morfológiai sajátosságai. In: BESZNYÁK Rita (szerk.): *Interdiszciplináris megközelítések a szaknyelvtanításban és -kutatásban. Cikkek, tanulmányok a hazai szaknyelvtanításról és -kutatásról (Porta Lingua 2019)*. SZOKOE, Budapest. 97–109.

- KERESZTES, Csilla – DEMETER, Éva – BORDA, Bernadett (2018): The language of effective doctor-patient communication. *EALTHY Magazine* 7. 20–29.
- KESZLER Borbála (2009): A magyar orvosi nyelv története. In: BŐSZE Péter (szerk.): *A magyar orvosi nyelv tankönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 87–118.
- KICSI András – PUSZTAI Péter – SZABÓ LEDENYI Klaudia – SZABÓ Endre – BEREND Gábor – VINCZE Veronika – VIDÁCS László (2019): Információkinyerés magyar nyelvű gerinc MR leletekből. In: BEREND Gábor – GOSZTOLYA Gábor – VINCZE Veronika (szerk.): *XV. Magyar Számítógépes Nyelvészeti Konferencia*. Szegedi Tudományegyetem TTIK Informatikai Intézet, Szeged. 177–188.
- KISS Jenő (1995): *Társadalom és nyelvhasználat*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- KISS Jenő (2009): A magyar nyelv ügye és a Magyar Tudományos Akadémia (különös tekintettel a szaknyelvekre). In: BŐSZE Péter (szerk.): *A magyar orvosi nyelv tankönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 49–64.
- KOCOGH Helga Vanda (2017): Udvariasság/Udvariatlanság és (in)direktség az egyet nem értés beszédaktusában. *Jelentés és Nyelvhasználat* 4(1). 1–26. <https://doi.org/10.14232/jeny.2017.1.1>
- KOERFER, Armin – KOERFER, Katharina (2018): Dialogische Kommunikation und Medizin. In: KOERFER, Armin – ALBUS, Christian (Hrsg.): *Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*. Verlag für Gesprächsforschung, Göttingen. 262–365.
- KOERFER, Armin – REIMER, Thomas – ALBUS, Christian (2018): Beziehung aufbauen. In: KOERFER, Armin – ALBUS, Christian (Hrsg.): *Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*. Verlag für Gesprächsforschung, Göttingen. 815–851.
- KOLLÁR János (2016): OK Világ. Kommunikációs társasjáték az orvosképzésben. *Legre Artis Medicinae* 26(4). 189–94.
- KONOPASKY, Abigail – RAMANI, Divya – OHMER, Megan – DURNING, Steven J. – ARTINO, Anthony R. Jr. – BATTISTA, Alexis (2019): Why health professions education needs functional linguistics: the power of ‘stealth words.’ *Medical Education* 53(12). 1187–95. <https://doi.org/10.1111/medu.13944>
- KOPPÁN Ágnes – EKLICSNÉ LEPENYE Katalin – HALÁSZ Renáta – SEBŐK Judit – SZEMÁN Eszter – NÉMETH Zsuzsanna – RENDEKI Szilárd (2017): A színész mint szimulált páciens az oktatásban a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán. *Orvosi Hetilap* 158(26). 1038–1043. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30780>
- KOPPÁN Ágnes – KÁRPÁTI Eszter – EKLICS Kata (2019): Pragmatikai megfontolások az orvosi szaknyelv oktatásában. In: BESZNYÁK Rita (szerk.): *Interdiszciplináris megközelítések a szaknyelvtanításban és -kutatásban (Porta Lingua 2019)*. SZOKOE, Budapest. 197–209.
- KORSCH, Barbara M. – NEGRETE, Vida F. (1972): Doctor-patient communication. *Scientific American* 277(2). 66–75. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0872-66>
- KÖTELES Ferenc (2014): *A placebo-válasz*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

- KÖVECSESZ Zoltán – BENCZES Réka (2010): *Kognitív nyelvészet*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- KRÁNICZ Rita (2015): *Kórházpedagógus tanóráinak interakciós vizsgálata*. PhD-értekezés. Pécsi Tudományegyetem, Pécs.
- KRÁNICZ Rita – SÁRKÁNYNÉ LŐRINC Anita – HAMBUCSNÉ KŐHALMI Anikó (2018): Kommunikatív funkciók vizsgálata gasztroenterológus-beteg párbeszédekben. In: BESZNYÁK Rita (szerk.): *Tudásmegosztás, értékközvetítés, digitalizáció – trendek a szaknyelvoktatásban és -kutatásban (Porta Lingua 2018)*. SZOKOE, Budapest. 399–410.
- KREPSZ Valéria – HUSZÁR Anna – HORVÁTH Viktória – GYARMATHY Dorottya – HÁMORI Ágnes (2023): A beszélőváltások jellemzői a társalgási struktúrákban: univerzális vonatkozások és dinamikus változások. *Magyar Nyelv* 119(1). 1–20. <https://doi.org/10.18349/MagyarNyelv.2023.1.1>
- KUCKARTZ, Udo (2014): *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Springer, Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93267-5>
- KUCKARTZ, Udo – RÄDIKER, Stefan (2019): *Analyzing qualitative data with MAXQDA. Text, audio, and video*. Springer, Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-15671-8>
- KUCKARTZ, Udo – RÄDIKER, Stefan (2022): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 5. Auflage. Beltz Juventa, Basel.
- KUGLER Nóra (2014): A nyelvi polaritás kifejezésének egy mintázata, avagy milyen a *félelmetesen jó*? *Magyar Nyelvőr* 138(2). 129–139.
- KUNA Ágnes (2011): *A 16–17. századi magyar nyelvű orvosi recept szövegtipológiai és pragmatikai vizsgálata funkcionális-kognitív keretben*. PhD-értekezés. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest.
- KUNA Ágnes (2016a): Személydeixis és önreprezentáció az orvos-beteg találkozón. Az első személyű deiktikus elemek mintázatai az orvosi kommunikációban. *Magyar Nyelvőr* 140(3). 316–32.
- KUNA Ágnes (2016b): *Hogy tetszik lenni? Hogy vagyunk, hogy vagyunk?* A közelítés nyelvi stratégiái az orvos-beteg találkozón. *Magyar Orvosi Nyelv* 16(2). 75–9.
- KUNA Ágnes (2016c): Genre in a functional cognitive framework: Medical recipe as a genre in 16th and 17th century Hungarian. In: STUKKER, Ninke – SPOOREN, Wilbert – STEEN, Gerard (eds): *Genre in discourse and cognition*. (ACL 33). Mouton de Gruyter, Berlin – New York. 193–224. <https://doi.org/10.1515/9783110469639-009>
- KUNA Ágnes (2019): *Nyelv, meggyőzés, gyógyítás. A meggyőzés nyelvi mintázatai a 16–17. századi orvosi receptben*. Tinta Könyvkiadó, Budapest.
- KUNA Ágnes (2020): Változás az orvos-beteg kommunikációban. Változó szemlélet, módszer és gyakorlat. *Magyar Nyelvőr* 144(3). 280–303. <https://doi.org/10.38143/Nyr.2020.3.280>
- KUNA Ágnes (2023a): *Oktatóvideók nyelvészeti elemzése az orvos-beteg kommunikációban*. Habilitációs értekezés. ELTE BTK, Budapest.
- KUNA Ágnes (2023b): Az orvos-beteg konzultáció mint társalgás. Spontán és tervezett diskurzusok. In: HORVÁTH Viktória – DÉR Csilla Ilona – HÁMORI Ágnes – KREPSZ Valéria

- (szerk.): *Empirikus társalgáskutatás Magyarországon*. HUN-REN Nyelvtudományi Kutatóközpont, Budapest. 211–244.
- KUNA Ágnes (2024): *Fejezetek a receptirodalom történetéből. A 16–17. századi magyar orvosi recept hagyomány nyelvészeti megközelítése*. (Gondolat-Jel 8.) Szépirodalmi Figyelő Alapítvány, Budapest.
- KUNA Ágnes – CSONTOS Nóra (2023): Metareflexiók a konfliktus narratívájában. A közlés aktusára történő reflexiók az egészségügyi dolgozók konfliktushelyzeteinek elbeszéléseiben. *Alkalmazott Nyelvtudomány* 2023(1) különszám. 35–51.
- KUNA Ágnes – DOMONKOSI Ágnes (2018): *A társas deixis szerepe az orvos-beteg kapcsolat alakításában*. Poszter-előadás. 20. Élőnyelvi Konferencia, 2018. augusztus 31.
- KUNA, Ágnes – DOMONKOSI, Ágnes (2020): Social meanings of the Hungarian politeness marker *tetszik* in doctor-patient communication. *Acta Universitatis Sapientiae Philologica* 12(3). 88–104. <https://doi.org/10.2478/ausp-2020-0025>
- KUNA Ágnes – DOMONKOSI Ágnes (2022): Társas deixis és kapcsolatépítés orvos-beteg konzultációk oktatóvideóiban. In: LACZKÓ Krisztina – TÁTRAI Szilárd (szerk.): *Tanulmányok a deixisről*. ELTE Eötvös József Collegium, Budapest. 251–278.
- KUNA Ágnes – HÁMORI Ágnes (2019): „Hallgatom, mi a panasz?” A metapragmatikai reflexiók szerepei és mintázatai az orvos-beteg interakciókban. In: LACZKÓ Krisztina – TÁTRAI Szilárd (szerk.): *Kontextualizáció és metapragmatikai tudatosság*. ELTE Eötvös József Collegium, Budapest. 260–283.
- KUNA, Ágnes – HÁMORI, Ágnes (2021): Metapragmatic reflections in support of shared knowledge and meaning negotiation in doctor-patient interaction. *IPra Conference 2021*, Winterthur, 28 June 2021.
- KUNA, Ágnes – HÁMORI, Ágnes (2023): Metapragmatics and reflections in support of knowledge transfer and common ground in doctor-patient interaction. In: BIGI, Sarah – ROSSI, Maria G. (eds) (2023): *A pragmatic agenda for healthcare: fostering inclusion and active participation through shared understanding*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia. 200–226. <https://doi.org/10.1075/pbns.338.08kun>
- KUNA Ágnes – KALÓ Zsuzsanna (2013): Orvos-beteg kommunikáció és az érzelemkifejezés nyelvészeti elemzése a családorvosi gyakorlatban. Előadás. Az MPT nagygyűlése XXII. ELTE PPK, Budapest.
- KUNA Ágnes – KALÓ Zsuzsa (2014): Az orvos-beteg kommunikáció a családorvosi gyakorlatban. In: VESZELSZKI Ágnes – LENGYEL Klára (szerk.): *Tudomány, technolektus, terminológia. A tudományok, szakmák nyelve*. Éghajlat, Budapest. 117–130.
- KUNA Ágnes – LUDÁNYI Zsófia (2019): Terminológiai elvek az orvosi szaknyelvben és a gyógyító kommunikációban. Problémák, tendenciák, ideológiák. In: FÓRIS Ágota – BÖLCSKEI Andrea (szerk.): *Terminológiasztratégiai kihívások a magyar nyelvterületen*. L’Harmattan, Budapest. 105–120.

- KUNA Ágnes – MARKÓ Alexandra (2023): Betegközpontú és paternalisztikus kapcsolatépítés az orvos-beteg viszonyban. A kapcsolatépítés pragmatikai és szupraszegmentális jellemzői. *Alkalmazott Nyelvtudomány* 2023(1) különszám. 96–115.
- KUNA Ágnes – MÁNY Dániel (2021): „Rák, tumor, NPL”. A betegtájékoztató szövegtípusának terminológiai kérdései: In: BÖLCSKEI Andrea – FÓRIS Ágota (szerk.): *Tartalomfejlesztés és dokumentáció*. L'Harmattan Kiadó, Budapest. 361–386.
- KUNA Ágnes – SIMON Gábor (2017): Műfaj, szövegtípus, szövegfajta. Nézőpontok, kategóriák, modellek a szövegnyelvészeti kutatásban (Bevezetés). *Magyar Nyelv* 2017(3). 257–275. <https://doi.org/10.18349/MagyarNyelv.2017.3.257>
- LACZKÓ Krisztina (2019): A diskurzusedeixis mint a metapragmatikai tudatosság kifejezője. In: LACZKÓ Krisztina – TÁTRAI Szilárd (szerk.): *Kontextualizáció és metapragmatikai tudatosság*. ELTE Eötvös József Collegium, Budapest. 241–264.
- LACZKÓ Krisztina (2021a): A metapragmatikai tudatosság jelzései internet közvetítette diskurzusokban. *Magyar Nyelvőr* 145(3). 253–276. <https://doi.org/10.38143/Nyr.2021.3.253>
- LACZKÓ Krisztina (2021b): A deiktikus kivetítés. *Argumentum* 17. 467–487. <https://doi.org/10.34103/ARGUMENTUM/2021/24>
- LACZKÓ Krisztina – TÁTRAI Szilárd (2015): „Évek óta mást se csinálunk”. A többes szám első személyű deiktikus elemek működésének vizsgálatához. In: BÁRTH M. János – BODÓ Csanád – KOCSIS Zsuzsanna (szerk.): *A nyelv dimenziói. Tanulmányok Juhász Dezső tiszteletére*. ELTE BTK, Budapest. 501–514.
- LACZKÓ Krisztina – TÁTRAI Szilárd (szerk.) (2019): *Kontextualizáció és metapragmatikai tudatosság*. ELTE Eötvös József Collegium, Budapest.
- LADÁNYI Mária – TOLCSVAI NAGY Gábor (2008): Funkcionális nyelvészet. In: TOLCSVAI NAGY Gábor – LADÁNYI Mária (szerk.): *Tanulmányok a funkcionális nyelvészet köréből*. Általános Nyelvészeti Tanulmányok XXII. Akadémiai Kiadó, Budapest. 17–58.
- LANG, Elvira – LASER, Eleanor (2011): *Patient sedation without medication: Rapid rapport and quick hypnotic techniques. A resource guide for doctors, nurses, and technologists*. CreateSpace, South Carolina.
- LANGACKER, Ronald W. (1987): *Foundations of cognitive grammar I.: Theoretical Prerequisites*. Stanford University Press, Stanford, CA.
- LANGACKER, Ronald W. (2008): *Cognitive Grammar. A basic introduction*. Oxford University Press, New York. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195331967.001.0001>
- LÉDER László (2013): *A gyógyító kommunikáció. Praktikus tanácsok háziorvosoknak*. KM-Pharmamédia Kft., Budapest.
- LEE, Benny P. H. (2001): Mutual knowledge, background knowledge and shared beliefs: Their roles in establishing common ground. *Journal of Pragmatics* 33(1). 21–44. [https://doi.org/10.1016/S0378-2166\(99\)00128-9](https://doi.org/10.1016/S0378-2166(99)00128-9)
- LENNARD, Henry L. – BERNSTEIN, Arnold (1960): *The autonomy of psychotherapy: system of communication and expectation*. Columbia University Press, New York.

- LEVENSTEIN, Joseph H. – MCCracken, Ed – McWhinney, Ian R. – Stewart, Moira – Brown, James B. (1986): The patient-centred clinical method 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice* 3(1). 24–30. <https://doi.org/10.1093/fampra/3.1.24>
- LEVINSON, Stephen C. (1983): *Principles of pragmatics*. Cambridge University Press, Cambridge.
- LEY, Philip (1979): Memory for medical information. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 18(2). 245–255. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1979.tb00333.x>
- LI, Han Z. (2001): Cooperative and intrusive interruptions in inter- and intra-cultural dyadic discourse. *Journal of Language and Social Psychology* 20(3). 1–24. <https://doi.org/10.1177/0261927X01020003001>
- LI, Han Z. – KRYSKO, Michael – DESROHES, Naghmegh G. – DEAGLE, George (2004): Reconceptualizing interruptions in physician-patient interviews: cooperative and intrusive. *Communication and Medicine: An Interdisciplinary Journal of Healthcare, Ethics and Society* 1(2). 145–157. <https://doi.org/10.1515/come.2004.1.2.145>
- LIPPERT, Herbert (1978): Fachsprache Medizin. In: HENNE, Helmut – MENTRUP, Wolfgang – MÖHN, Dieter – WEINRICH, Harald (Hrsg.): *Interdisziplinäres deutsches Wörterbuch in der Diskussion*. (Sprache der Gegenwart XLV). Schwann, Düsseldorf. 86–101.
- LINKE, Angelika – SCHRÖTER, Juliane (2017): Sprache in Beziehungen – Beziehungen in Sprache: Überlegungen zur Konstitution eines linguistischen Forschungsfeldes. In: LINKE, Angelika – SCHRÖTER, Juliane (eds): *Sprache und Beziehung*. De Gruyter, Berlin–Boston. 1–32. <https://doi.org/10.1515/9783110496918-002>
- LIU, Ping – LIU, Huiying (2017): Creating common ground: The role of metapragmatic expressions in BELF meeting interactions. *Journal of Pragmatics* 107. 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2016.10.006>
- LIU, Ping – RAN, Yongping (2016): Creating meso-contexts: The functions of metapragmatic expressions in argumentative TV talk shows. *Intercultural Pragmatics* 13(2). 283–307. <https://doi.org/10.1515/ip-2016-0011>
- LUDÁNYI Zsófia (2012): Rövidítések a magyar orvosi nyelvben: szemészeti kórlapok rövidítéseiről és helyesírásukról. In: DRÁVUCZ Fanni – HAINDRICH Helga Anna – HORVÁTH Krisztina – KARÁCSONY Fanni (szerk.): *Félúton 8. – a nyolcadik Félúton Konferencia (2012) kiadványa*. ELTE BTK Nyelvtudományi Doktori Iskola, Budapest. 281–296.
- LUDÁNYI Zsófia (2013): *A mai magyar orvosi helyesírás*. PhD-értekezés. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest.
- LUDÁNYI, Zsófia (2020): Language ideologies in contemporary Hungarian organized medical language management. *Slovo a slovesnost* 81(2). 91–110.
- MACAGNO, Fabrizio – BIGI, Sarah (2017): Analyzing the pragmatic structure of dialogues. *Discourse Studies* 19(2). 148–68. <https://doi.org/10.1177/1461445617691702>
- MAGYAR László András (2009): Az európai orvosi nyelv története. In: BŐSZE Péter (szerk.): *A magyar orvosi nyelv tankönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 73–86.

- MAKOUL, Gregory (2001): Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 76(4). 390–393.¹⁰⁸ <https://doi.org/10.1097/00001888-200104000-00021>
- MAKOUL, Gregory (2022): Effective communication in clinical encounters: An international consensus statement. Presentation. Medical Education Day (06. 09. 2022), Yale School of Medicine.
- MAKOUL, Gregory – NOBLE, Lorraine – GULBRANDSEN, Pål – VAN DULMEN, Sandra (2024): Reinforcing the humanity in healthcare: The Glasgow Consensus Statement on effective communication in clinical encounters. *Patient Education and Counseling* 122. 108158. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108158>
- MÁNY Dániel (2019a): Idegen szavak autentikus és fordított orvosi szövegekben: fordítási stratégiák angol, magyar és francia betegtájékoztatók tükrében. In: HORVÁTH Ildikó (szerk.): *TransELTE 2018*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 23–38. <https://doi.org/10.36252/Nyelvikozevedkonyv1.6>
- MÁNY, Dániel (2019b): Az orvosi eufemizmusokról angolról magyarra fordított betegtájékoztatók tükrében. *Fordítástudomány* 21(1). 76–88.
- MÁNY Dániel (2020): *Eufemizmusok az orvosi szakfordításban*. PhD-értekezés. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest.
- MARKÓ Alexandra (2015): Jelkimaradások a beszédben: szünet és hallgatás. In: BÁRTH M. János – BODÓ Csanád – KOCSIS Zsuzsanna (szerk.): *A nyelv dimenziói. Tanulmányok Juhász Dezső tiszteletére*. ELTE BTK, Budapest. 515–524.
- MARTIN, Kimberly D. – ROTER, Debra L. – BEACH, Mary C. – CARSON Kathryn A. – COOPER, Lisa A. (2013): Physician communication behaviors and trust among black and white patients with hypertension. *Medical Care* 51(2). 151–157. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31827632a2>
- MARVEL, Kim M. – EPSTEIN, Ronald M. – FLOWERS, Kristine – BECKMAN, Howard B. (1999): Soliciting the patient's agenda: Have we improved? *Journal of the American Medical Association* 281(3). 283–287. <https://doi.org/10.1001/jama.281.3.283>
- MARTHY Annamária (2021): A magyar mint idegen nyelv oktatása az orvoscépzésben. In: BÁNDLI Judit – PAP Andrea – ZAJACZ Zita (szerk.): *MID-körkép. Magyar mint idegen nyelv: Oktatási helyzetek, módszertani tudnivalók*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 113–127.
- MAYNARD, Douglas W. (1991): Interaction and asymmetry in clinical discourse. *American Journal of Sociology* 97(2). 448–495. <https://doi.org/10.1086/229785>
- MAYNARD, Douglas W. – HERITAGE, John (2005): Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Medical Education* 39(4). 428–435. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02111.x>

¹⁰⁸ A projektnek további 21 résztvevője van, azonban hivatalosan Gregory Makoul neve alatt jelent meg a tanulmány.

- MCKINLAY, John B. – MARCEAU, Lisa D. (2002): The end of the Golden Age of doctoring. *International Journal of Health Services* 32(2). 379–416. <https://doi.org/10.2190/JL1D-21BG-PK2N-J0KD>
- MEINZER, Dorothee C. (2018): *Die Arzt-Patient-Beziehung in einer digitalisierten Welt. Zur kommunikativen Konstruktion einer mediatisierten Beziehung*. Springer, Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-26007-1>
- MENICHETTI, Julia – GULBRANDSEN, Pål – DALBY, Anna M. L. – LIE, Hanne – GERWING, Jennifer (2023): How do physicians frame medical information in talks with their patients? An inductive microanalysis. *Qualitative Health Research* 34(1–2). 101–113. <https://doi.org/10.1177/10497323231205152>
- MENZ, Florian (2011): Doctor-patient communication. In: WODAK, Ruth – JOHNSTONE, Barbara – KERSWILL, Paul (eds): *The SAGE handbook of sociolinguistics*. SAGE, Los Angeles, CA. 330–344. <https://doi.org/10.4135/9781446200957.n24>
- MENZ, Florian – AL-ROUBAIE, Ali (2008): Interruptions, status and gender in medical interviews: the harder you brake, the longer it takes. *Discourse and Society* 19(5). 645–666. <https://doi.org/10.1177/0957926508092247>
- MENZ, Florian – LALOUSCHEK, Johanna (2006): 'I just can't tell you how much it hurts.' Gender-relevant differences in the description of chest pain. In: GOTTI, Maurizio – SALAGER-MEYER, Françoise (eds): *Advances in medical discourse analysis: oral and written contexts*. Peter Lang, Bern. 133–154.
- MENZ, Florian – LALOUSCHEK, Johanna – GSTETTNER, Andreas (2008): *Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept*. LIT-Verlag, Münster.
- MENZ, Florian – NOWAK, Peter (1992): Kommunikationstraining für Ärzte und Ärztinnen in Österreich. Eine Anamnese. In: FIEHLER, Reinhard – SUCHAROWSKI, Wolfgang (Hrsg.): *Kommunikationsberatung und -ausbildung. Anwendungsfelder der Diskursforschung*. Westdeutscher Verlag, Opladen. 79–86. https://doi.org/10.1007/978-3-322-85086-7_6
- MERLINI, Raffaella – FAVARON, Roberta (2007): Examining the 'voice of interpreting' in speech pathology. In: PÖCHHACKER, Franz – SHLESINGER, Miriam (eds): *Healthcare interpreting. Discourse and interaction*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia. 101–136. <https://doi.org/10.1075/bct.9.08mer>
- MESKÓ Bertalan (2016): *Az orvoslás jövője. Ember és technológia*. HVG, Budapest.
- MISHLER, Elliott G. (1984): *The discourse of medicine: Dialects of medical interviews*. Ablex, Norwood, NJ.
- MOHAY Zsuzsanna (2014): Mennyit ért a beteg a zárójelentésből? Gondolatok a kardiológiai rehabilitáció szaknyelvéről. In: VESZELSZKI Ágnes – LENGYEL Klára (szerk.): *Tudomány, technolektus, terminológia. A tudományok, szakmák nyelve*. Éghajlat Könyvkiadó, Budapest. 161–170.
- MOIRA, Stewart (1995): Patient recall and comprehension after the medical visit. In: LIPKIN, Mack Jr. – PUTNAM, Samuel M. – LAZARE, Aaron (eds): *The medical interview: clinical*

- care, education, and research*. Springer-Verlag, New York. 525–529. https://doi.org/10.1007/978-1-4612-2488-4_46
- MOLNÁR Péter – CSABAI Márta (1994): *A gyógyítás pszichológiája*. Springer Hungarica, Budapest.
- MOLNÁR Regina – SÁGI Zoltán – FEJES Zsuzsanna – TÖRŐCSIK Kálmán – KÖVES Béla – PAULIK Edit (2018): Az orvos–beteg kommunikáció új lehetőségei – a betegek elvárásai alapján. *Orvosi Hetilap* 159(50). 2136–2143. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31209>
- MORITZ, Christine (2014): Vor, hinter, für und mit der Kamera: Viergliedriger Video-Analyse-rahmen in der Qualitativen Sozialforschung. In: MORITZ, Christine (Hrsg.): *Transkription von Video- und Filmdaten in der Qualitativen Sozialforschung*. Springer Fachmedien, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-00879-6_1
- MUNDER, Thomas – WILMERS, Fabian – LEONHART, Rainer – LINSTER, Hans Wolfgang – BARTH, Jürgen (2010): Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 17(3). 231–239. <https://doi.org/10.1002/cpp.658>
- MUNTIGL, Peter (2007): A metapragmatic examination of therapist reformulations. In: BUBLITZ, Wolfram – HÜBLER, Alex (eds): *Metapragmatics in use*. John Benjamins, Amsterdam. 235–262. <https://doi.org/10.1075/pbns.165.16mun>
- MUNTIGL, Peter – HORVATH, Adam (2005): Language, psychotherapy and client change. An interdisciplinary perspective. In: WODAK, Ruth – CHILTON, Paul (eds): *A new agenda in (critical) discourse analysis. Theory, methodology and interdisciplinarity. (Discourse approaches to politics, society and culture, 13)*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia. 213–239. <https://doi.org/10.1075/dapsac.13.14mun>
- MUNTIGL, Peter – HORVATH, Adam (2014): The therapeutic relationship in action: How therapists and clients co-manage relational disaffiliation. *Psychotherapy Research* 24(3). 327–345. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.807525>
- MUSHIN, Ilana – DOEHLER, Simona P. (2021): Linguistic structures in social interaction. Moving temporality in the forefront of a science of language. *Interactional Linguistics* 1(1). 2–32. <https://doi.org/10.1075/il.21008.mus>
- NAVARRO, Joe (2018): *The dictionary of body language. A field guide to human behaviour*. William Morrow, New York.
- NESTEL, Debre – TABAK, Diana – TIERNEY, Tanya – LAYAT-BURN, Carine – ROBB, Anja – CLARK, Susan – MORRISON, Tracy – JONES, Norma – ELLIS, Rachel – SMITH, Cathy – MCNAUGHTON, Nancy – KNICKLE, Kerry – HIGHAM, Jenny – KNEEBONE, Roger (2011): Key challenges in simulated patient programs: An international comparative case study. *BMC Medical Education* 11(69). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-69>
- NÉMETH Luca Anna – KÁDÁR Zoltán Dániel – HAUGH, Michael (2016): Nyelvi udvariasság/udvariatlanság és metapragmatika. *Filológia.hu* 6/7(1–4). 4–27.

- NÉMETH T. Enikő (1990): Az emberi kommunikáció kutatásának néhány alapkérdése. *Néprajz és Nyelvtudomány* 33. 43–56.
- NÉMETH T. Enikő (2005): Az osztenzív-következtetési kommunikációtól a verbális kommunikációig. In: IVASKÓ Livia (szerk.): *Érthető kommunikáció*. SZTE Médiatudományi Tanszék, Szeged. 77–87.
- NÉMETH T. Enikő (2006): Pragmatika. In: KIEFER Ferenc (szerk.): *Magyar nyelv*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 222–261.
- NÉMETH T., Enikő (2020): Linguistic and contextual clues of intentions and perspectives in human communication. In: HUNYADI, László – SZEKRÉNYES, István (eds.): *The temporal structure of multimodal communication: Theory, methods and applications*. (Intelligent Systems Reference Library.) Springer International Publishing, Cham. 3–21. https://doi.org/10.1007/978-3-030-22895-8_1
- NÉMETH T. Enikő – SZABÓ Éva – CSÁSZÁR Dorina – GERA Renáta – BÉRES Tamara (2022): Esettanulmány a vizuális modalitású nem verbális viselkedés multimodális kommunikációban betöltött szerepéről. *Jelentés és Nyelvhasználat* 9(1). 59–87. <https://doi.org/10.14232/jeny.2022.1.4>
- NÉMETH T. Enikő – TÁTRAI Szilárd (2013): Pragmatikai kutatások Magyarországon. *Magyar Nyelv* 109(2). 129–137.
- NOWAK, Peter (2009): *Eine Systematik sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en. Metastudie über Diskursforschungen zu deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktionen*. Peter Lang, Frankfurt am Main.
- OLÁH Andor (1986): „Újhold, új király!” (*A magyar népi orvoslás életrajza*). Gondolat Kiadó, Budapest.
- ONG, Lucille M. – DE HAES, Johanna C. – HOOS, Aloisya – LAMMES, Frits B. (1995): Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science of Medicine* 40(7). 903–918. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-M](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-M)
- OSVÁTH Máttyás – YANG ZIJIAN Győző – KÓSA Karolina (2022): Magyar páciensek narratív tapasztalatainak elemzése BERT témamodellezéssel és szentimentelemzéssel. In: BEREND Gábor – GOSZTOLYA Gábor – VINCZE Veronika (szerk.): *XVIII. Magyar Számítógépes Nyelvészeti Konferencia*. Szegedi Tudományegyetem TTIK Informatikai Intézet, Szeged. 311–324.
- PANTHER, Klaus-Uwe – THORNBURG, Linda L. (1997): Speech act metonymies. In: LIEBERT, Wolf-Andreas – REDEKER, Gisela – WAUGH, Linda (eds): *Discourse and perspective in cognitive linguistics* (Current Issues in Linguistic Theory 151). John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia. 205–219. <https://doi.org/10.1075/cilt.151.14tho>
- PARSONS, Talcott (1951): *The social system*. Free Press, New York.
- PERÄKYLÄ, Anssi – ANTAKI, Charles – VEHVILÄINEN, Sanna – LEUDAR, Ivan (eds) (2008): *Conversation analysis and psychotherapy*. Cambridge University Press, Cambridge – New York. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511490002>
- PEASE, Allan – PEASE, Barbara (2004): *The definitive book of body language*. Orion Books, London.

- PELLEGRINO, Edmund D. – THOMASMA, David C. (1981): *A philosophical basis of medical practice*. Oxford University Press, Oxford.
- PENZ, Hermine (2007): Building common ground through metapragmatic comments in international project work. In: BUBLITZ, Wolfram – HÜBLER, Axel (eds): *Metapragmatics in use*. John Benjamins, Amsterdam. 263–292. <https://doi.org/10.1075/pbns.165.17pen>
- PICHLER, Heike (2007): Form-function relations in discourse: The case of ‘I don’t know’. *Newcastle Working Papers in Linguistics* 13. 174–187.
- PILLING János (szerk.) (2008a): *Orvosi kommunikáció*. Medicina, Budapest.
- PILLING János (2008b): Az orvos-beteg konzultáció. In: PILLING János (szerk.): *Orvosi kommunikáció*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 47–66.
- PILLING János (2018): *Orvosi kommunikáció a gyakorlatban*. Medicina, Budapest.
- PILNICK, Alison – TRUSSON, Diane – BEEKE, Suzanne – O’BRIEN, Rebecca – GOLDBERG, Sarah – HARWOOD, Rowan (2018): Using conversation analysis to inform role play and simulated interaction in communications skills training for healthcare professionals: identifying avenues for further development through a scoping review. *BMC Medical Education* 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1381-1>
- PLÉH Csaba (2003): *Bevezetés a megismeréstudományba*. Typotex, Budapest.
- PLÉH Csaba (2012): *A társalgás pszichológiája*. Libri, Budapest.
- POREP, Rüdiger – STEUDEL, Wolf-Ingo (1974): *Medizinische Terminologie. Ein programmierter Kurs zur Einführung in die medizinische Fachsprache*. Thieme, Stuttgart.
- RAFFLER-ENGEL, Walburga von (ed.) (1990): *Doctor–patient interaction*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia. <https://doi.org/10.1075/pbns.4>
- R CORE TEAM (2022). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/> (Letöltés ideje: 2022. november 28.)
- ROBIN Edina – DANKÓ Szilvia – GÖTZ Andrea – NAGY A. Lilla – PATAKY Éva – SZEGH Henriett – TÖRÖK Gabriella – ZOLCZER Péter (2016): Fordítástudomány és korpuszkutatás: bemutatkozik a Pannónia Korpusz. *Fordítástudomány* 18(2). 5–26.
- ROELCKE, Thorsten (2002): Fachsprache und Fachkommunikation. *Der Deutschunterricht* 54(5). 9–20.
- ROSSETTINI, Giacomo – CARLINO, Elisa – TESTA, Marco (2018): Clinical relevance of contextual factors as triggers of placebo and nocebo effects in musculoskeletal pain. *BMC Musculoskeletal Disorders* 19(1). 27 <https://doi.org/10.1186/s12891-018-1943-8>
- ROSSI, Maria G. – LEONE, Daniela – BIGI, Sarah (2017): The ethical convenience of non-neutrality in medical encounters: argumentative instruments for health care providers. *Teoria* 37(2). 139–157. <https://doi.org/10.4454/teoria.v37i2.23>
- ROTER, Debra – LARSON, Susan (2002): The Roter Interaction Analysis System (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interaction. *Patient Education Counseling* 46(4). 243–251. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00012-5](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00012-5)

- ROTER, Debra L. – HALL, Judit A. (1989): Studies of doctor-patient interaction. *Annual Review of Public Health* 10. 163–180. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.10.050189.001115>
- ROTER, Debra L. – HALL, Judith A. (2004): Physician gender and patient-centered communication: A critical review of empirical research. *Annual Review of Public Health* 25. 497–519. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123134>
- SACKS, Harvey – SCHEGLOFF, Emanuel – JEFFERSON, Gail (1974): A simplest systematics for the organization of turn taking in conversation. *Language* 50. 696–735. <https://doi.org/10.1353/lan.1974.0010>
- SANDERS, José – SPOOREN, Wilbert (1997): Perspective, subjectivity, and modality from a cognitive linguistic point of view. In: LIEBERT, Wolf-Andreas – REDEKER, Gisele – WAUGH, Linda (eds): *Discourse and perspective in cognitive linguistics*. John Benjamins, Amsterdam. 85–112. <https://doi.org/10.1075/cilt.151.08san>
- SANDVIK, Margareth – EIDE, Hilde – LIND, Marianne – GRAUGAARD, Peter K. – TORPER, Jorun – FINSET, Arnstein (2002): Analyzing medical dialogues: strength and weakness of Roter's interaction analysis system (RIAS). *Patient Education and Counselling* 46(4). 235–241. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00014-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00014-9)
- SARANGI, Srikant (2010): Healthcare interaction as an expert communicative system. In: STREECK, Jürgen (ed.): *New adventures in language and interaction*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia. 167–198. <https://doi.org/10.1075/pbns.196.08sar>
- SÁRKÁNYNÉ LŐRINC Anita (2015): *A családorvos – akut beteg kommunikáció nyelvészeti vonatkozásai*. PhD-értekezés. Pécsi Tudományegyetem, Pécs.
- SÁRKÁNYNÉ LŐRINC Anita – KRÁNICZ Rita – RÉBÉK-NAGY Gábor – HAMBUCH Anikó (2017): Az egészségügyi intézményi kommunikáció változása és a párbeszédtek szekvenciális mintázata. In: BESZNYÁK Rita (szerk.): *Szaknyelvhasználat: a tudomány és a szakma nyelvének alkalmazása (Porta Lingua 2017)*. SZOKOE, Budapest. 407–414.
- SCARVAGLIERI, Claudio – GRAF, Eva-Maria – SPRANZ-FOGASY, Thomas (eds) (2022): *Relationship in organized helping. Analyzing interaction in psychotherapy, medical encounters, coaching and in social media*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia. <https://doi.org/10.1075/pbns.331>
- SCHEGLOFF, Emanuel A. (1968): A társalgás kezdetén. In: HORÁNYI Özséb (szerk.) (2003). *Kommunikáció II*. General Press, Budapest. 108–132.
- SCHEGLOFF, Emanuel A. (2007): *Sequence organization in interaction: A primer in conversation analysis*. Vol. 1. Cambridge University Press, Cambridge. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511791208>
- SCHEGLOFF, Emanuel A. – SACKS, Harvey (1973): Opening up closings. *Semiotica* 8(4). 289–327. <https://doi.org/10.1515/semi.1973.8.4.289>
- SCHIRM Anita (2021): *Diskurzusjelölők szövegeken innen és túl*. Lolsir Kiadó, Budapest.
- SCHMIDT, Thomas – SCHÜTTE, Wilfried (2010): FOLKER: An annotation tool for efficient transcription of natural, multi-party interaction. In: CALZOLARI, Nicoletta – CHOUKRI, Khalid – MAEGAARD, Bente – MARIANI, Joseph – ODJIK, Jan – PIPERIDIS, Stelios – ROSNER,

- Mike – TAPIAS, Daniel (eds): *Proceedings of the 7th International Conference on Language Resources and Evaluation (LERC' 10), 19–21 May 2010*. Valletta, Malta. 2091–2096.
- SCHRIMPF, Ulrike – BAHNEMANN, Markus – LECHNER, Martin (2019): *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte. Trainingsbuch für die Fachsprachprüfung und den klinischen Alltag*. 5. Auflage. Springer, Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58802-4>
- SEARLE, John (1976): A classification of illocutionary acts. *Language in Society* 5(1). 1–23. <https://doi.org/10.1017/S0047404500006837>
- SEMINO, Elena – DEMJÉN, Zsófia – DEMMEN, Jane (2018): An integrated approach to metaphor and framing in cognition, discourse, and practice, with an application to metaphors for cancer. *Applied Linguistics* 39(5). 625–645.
- SIDNELL, Jack – STIVERS, Tanya (eds) (2013): *The handbook of conversation analysis*. Wiley-Blackwell, Chichester.
- SIKLÓSI, Borbála – NOVÁK, Attila – OROSZ, György – PRÓSZÉKY, Gábor (2014): Processing noisy texts in Hungarian: a showcase from the clinical domain. *Jedlik Laboratories Reports* 2(3). 5–62.
- SIKLÓSI, Borbála – NOVÁK, Attila – PRÓSZÉKY, Gábor (2006): Context-aware correction of spelling errors in Hungarian medical documents. *Computer Speech & Language* 35. 219–233. <https://doi.org/10.1016/j.csl.2014.09.001>
- SILVERMAN, David (1997): *Discourse of counselling: HIV counselling as social interaction*. Sage, London.
- SILVERMAN, Jonathan – KINNERSLEY, Paul (2010): Doctors' non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer. *British Journal of General Practice* 60(571). 76–78. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X482293>
- SILVERMAN, Jonathan – KURTZ, Suzanne – DRAPER, Juliet (2013): *Skills for communicating with patients*. CRC Press, London.
- SINHA, Chris (2001): The epigenesis of symbolization. In: BALKENIUS, Christian – ZLATEV, Jordan – KOZIMA, Hideki – DAUTENHAHN, Kerstin – BREAZEAL, Cynthia (eds): *Modeling cognitive development in robotic systems*. Lund University Cognitive Studies 85, Lund. 85–95.
- SKELTON, John R. – WEARN, Andy M. – HOBBS, Richard F. D. (2002): 'I' and 'we': a concordancing analysis of how doctors and patients use first person pronouns in primary care consultations. *Family Practice* 19(5). 484–488. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.5.484>
- SKORDAI Anna (2019): Ön- és tudásrepresentáció a fogorvosi ellátáshoz kötődő fórumokon. In: FURKÓ Péter (szerk.): *Az önképtől és tudásrepresentációtól a hatalommegosztásig – tanulmányok a bölcsészettudomány, a hittudomány és a jogtudomány területeiről*. L'Harmattan, Budapest. 111–120.
- SPENCER-OATEY, Helen (2002): Managing rapport in talk: Using rapport sensitive incidents to explore the motivational concerns underlying the management of relations. *Journal of Pragmatics* 34(5). 529–545. [https://doi.org/10.1016/S0378-2166\(01\)00039-X](https://doi.org/10.1016/S0378-2166(01)00039-X)

- SPRANZ-FOGASY, Thomas (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen. Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: NEISES, Mechtild – DITZ, Susanne – SPRANZ-FOGASY, Thomas (Hrsg.): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart. 17–47.
- SPRANZ-FOGASY, Thomas – BECKER, Maria – MENZ, Florian – NOWAK, Peter (2014): *Literatur zur Medizinischen Kommunikation*. <https://ids-pub.bsz-bw.de/frontdoor/index/index/docId/5071> (Letöltés ideje: 2019. április 21.)
- STARR, Paul (1982): *The social transformation of American medicine*. Basic Books, New York.
- STEEN, Gerard (2011): Genre between the humanities and the sciences. In: CALLIES, Marcus – KELLER, Wolfram R. – LOHÖFER, Astrid (eds): *Bi-directionality in the cognitive sciences*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia. 21–41. <https://doi.org/10.1075/hcp.30.03ste>
- STEWART, Moira – BROWN, Judith B. – WESTON, Wayne W. – MCWHINNEY, Ian R. – MCWILLIAM, Carol L. – FREEMAN, Thomas R. (eds) (1995): *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. Sage, London.
- STREET, Richard L. Jr. (2002): Gender differences in health care provider–patient communication: are they due to style, stereotypes, or accommodation? *Patient Education and Counseling* 48(3). 201–206. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00171-4](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00171-4)
- STREET, Richard L. Jr – MAKOUL, Gregory – ARORA, Neeraj K. – EPSTEIN, Ronald M. (2009): How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling* 74(3). 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- STIVERS, Tanya – SIDNELL, Jack (2013): Introduction. In: SIDNELL, Jack – STIVERS, Tanya (eds.): *The handbook of conversation analysis*. Wiley-Blackwell, Chichester. 1–8. <https://doi.org/10.1002/9781118325001.ch1>
- STUKKER, Ninke – SPOOREN, Wilbert – STEEN, Gerard (eds) (2016): *Genre in language, discourse and cognition*. Mouton de Gruyter, Berlin–Boston. <https://doi.org/10.1515/9783110469639>
- SZASZ, Thomas S. – HOLLENDER, Marc (1956): A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of doctor–patient relationship. *Archives of Internal Medicine* 97(5). 585–592. <https://doi.org/10.1001/archinte.1956.00250230079008>
- SZILI Katalin (2004): *Tetté vált szavak. A beszédaktusok elmélete és gyakorlata*. Tinta Könyvkiadó, Budapest.
- SZOKOLSZKY Ágnes (2004): *Kutatómunka a pszichológiában: Metodológia, módszerek, gyakorlatok*. Osiris Kiadó, Budapest.
- TAAVITSAINEN, Irma – PAHTA, Päivi (eds) (2004): *Medical and scientific writing in late medieval English*. Cambridge University Press, Cambridge.
- TÁTRAI Szilárd (2011): *Bevezetés a pragmatikába*. Tinta Könyvkiadó, Budapest.
- TÁTRAI Szilárd (2017): Pragmatika. In: TOLCSVAI NAGY Gábor (szerk.): *Nyelvtan*. Osiris Kiadó, Budapest. 899–1058.

- THURNHERR, Franziska (2022): *Interpersonal pragmatics and the therapeutic alliance: The collaborative work in email counseling*. NIHIN Studies, Freiburg.
- TOLCSVAI NAGY Gábor (2001): *A magyar nyelv szövegtana*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- TOLCSVAI NAGY Gábor (2006): A szövegtipológia megalapozása kognitív nyelvészeti keretben. In: TOLCSVAI NAGY Gábor (szerk.): *Szöveg és típus. Szövegtipológiai tanulmányok*. Tinta Könyvkiadó, Budapest. 64–90.
- TOLCSVAI NAGY Gábor (2013): *Bevezetés a kognitív nyelvészetbe*. Osiris Kiadó, Budapest.
- TOLCSVAI NAGY Gábor (szerk.) (2017a): *Nyelvtan*. Osiris Kiadó, Budapest.
- TOLCSVAI NAGY Gábor (2017b): Bevezetés. In: TOLCSVAI NAGY Gábor (szerk.): *Nyelvtan*. Osiris Kiadó, Budapest. 23–50.
- TOMASELLO, Michael (2002): *Gondolkodás és kultúra*. Osiris Kiadó, Budapest.
- TZANNE, Angeliki (1999): *Talking at cross-purposes: The dynamics of miscommunication*. John Benjamins, Amsterdam. <https://doi.org/10.1075/pbns.62>
- UDVARDI, Anna (2019): The role of linguistics in improving the evidence base of health-care communication. *Patient Education and Counseling* 102(2). 388–393. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.09.012>
- UDVARDI Anna (2023): Whose common ground? – Analyzing communication between physiotherapists and patients in a Hungarian hospital. In: BIGI, Sarah – ROSSI, Maria G. (eds) (2023): *A pragmatic agenda for healthcare: fostering inclusion and active participation through shared understanding*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia. 263–290. <https://doi.org/10.1075/pbns.338.1ludv>
- VAJDA Beáta – HORVÁTH Sarolta – MÁLOVICS Éva (2012): Közös döntéshozatal, mint innováció az orvos-beteg kommunikációban In: BAJMÓCY Zoltán – LENGYEL Imre – MÁLOVICS György (szerk.): *Regionális innovációs képesség, versenyképesség és fenntarthatóság*. JATEPress, Szeged. 336–353.
- VARGA Éva Katalin – BARTA Andrea (2020): A nemzetközi és a magyar anatómiai nevek egységesítési problémái. In: BESZNYÁK Rita (szerk.): *Szaknyelvoktatás és -kutatás nemzetközi kontextusban. Cikk, tanulmányok a hazai szaknyelvoktatásról (Porta Lingua 2020)*. SZOKOE, Budapest. 193–204. <https://doi.org/10.48040/PL.2020>
- VARGA Éva Katalin – ZIMONYI Ákos – INDIG Balázs – SÁRKÖZI-LINDNER Zsófia – PALKÓ Gábor (2021): Durva influenza vagy veszélyes világjárvány? A Covid-19 terminológiája a médiában. Előadás. *MANYE XXVIII. Kongresszus*. (Elhangzott: 2021. április 20.)
- VARGA Éva Katalin – MÁRTON Emese – INDIG Balázs – SÁRKÖZI-LINDER Zsófia – PALKÓ Gábor (2023): Erdélyi és anyaországi orvosi terminológia pandémia idején. *Alkalmazott Nyelvtudomány* 2023(1) különszám. 76–95. <http://dx.doi.org/10.18460/ANY.K.2023.1.004>
- VARGA Katalin (szerk.) (2011): *A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- VARGA Katalin – DIÓSZEGHY Csaba (2001): *Hűtésbefizetés, avagy a szuggesztíók szerepe a mindennapi orvosi gyakorlatban*. Pólya Kiadó, Budapest.

- VARGA Katalin – JÓZSA Emese (2013): Új módszer a kétszemélyes interakciók szubjektív értékelésére: A Diádikus Interakciós Harmónia kérdőív. *Magyar Pszichológiai Szemle* 68(3). 419–440. <https://doi.org/10.1556/mpszle.68.2013.3.03>
- VERSCHUEREN, Jef (1995): The pragmatic perspective. In: VERSCHUEREN, Jef – ÖSTMAN, Jan-Ola – BLOMMAERT, Jan (eds): *Handbook of pragmatics. Manual*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia. 1–18. <https://doi.org/10.1075/hop.m.prag>
- VERSCHUEREN, Jef (1999): *Understanding pragmatics*. Arnold, London – New York – Sydney – Auckland.
- VERSCHUEREN, Jef (2000): Notes on the role of metapragmatic awareness in language use. *Pragmatics* 10(4). 439–456. <https://doi.org/10.1075/prag.10.4.02ver>
- VINCZE, Veronika – SZARVAS, György – FARKAS, Richárd – MÓRA, György – CSIRIK, János (2008): The BioScope corpus: annotation for negation, uncertainty and their scope in biomedical texts. *BMC Bioinformatics* 9(11). 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2105-9-S11-S9>
- WAITZKIN, Howard (1991): *The politics of medical encounters*. Yale University Press, New Haven, CT.
- WALSH, Steve – MORTON, Tom – O’KEEFFE, Anne (2011): Analysing university spoken interaction: A CL/CA approach. *International Journal of Corpus Linguistics* 16(3). 325–345. <https://doi.org/10.1075/ijcl.16.3.03wal>
- WARREN, Ed (2018): *B.A.R.D. in the practice. A guide for family doctors to consult efficiently, effectively and happily*. CRC Press, London – New York. <https://doi.org/10.1201/9781315376608>
- WASSERMAN, Richard C. – INUI, Thomas S. (1983): Systematic analysis of clinician-patient interactions: a critique of recent approaches with suggestions for future research. *Medical Care* 21(3). 279–293. <https://doi.org/10.1097/00005650-198303000-00003>
- WATTS, Richard J. (2003): *Politeness*. Cambridge University Press, New York.
- WEST, Candace (1984): *Routine complications: Troubles with talk between doctors and patients*. Indiana University Press, Bloomington.
- WEST, Candace (1990): Not just ‘doctors’ orders: directive–response sequences in patients’ visits to women and men physicians. *Discourse and Society* 1(1). 85–112. <https://doi.org/10.1177/0957926590001001005>
- WEST, Candace (2006): Coordinating closings in primary care visits: producing continuity of care. In: HERITAGE, John – MAYNARD, Douglas W. (eds): *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge University Press, Cambridge. 379–415. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511607172.015>
- WHALEY, Bryan B. (ed.) (2014): *Research methods in health communication. Principles and application*. Routledge, New York. <https://doi.org/10.4324/9780203115299>
- WILLIAMS, Nigel – OGDEN, Jane (2004): The impact of matching the patient’s vocabulary: a randomized control trial. *Family Practice* 21(6). 630–635. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh610>
- WHARTON, Tim (2009): *Pragmatics and non-verbal communication*. Cambridge University Press, Cambridge. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511635649>

- WHITE, Jocelyn C. – LEVINSON, Wendy – ROTER, Debra (1994): 'Oh, by the way...' the closing moments of the medical visit. *Journal of General Internal Medicine* 9(1). 24–28. <https://doi.org/10.1007/BF02599139>
- YOUNGSON, Robin (2017): *Együttérző gyógyítás. Szemléletváltás az orvoslásban*. HVG, Budapest.
- YULE, George (1996): *Pragmatics*. Oxford University Press, Oxford.
- ZRÍNYI, Andrea – FOGARASI, Katalin – MEISZTER, Erika (2014): Die Fachlexikographie der Medizin in Ungarn. In: MURÁTH, Judit (ed.): *Hungarian lexicography III. LSP Lexicography*. (Lexikográfiai füzetek 7.) Akadémiai Kiadó, Budapest. 303–324.

1. melléklet

Orvos-beteg kapcsolat. Terápiás kapcsolatépítés

Kuna Ágnes vagyok, az Eötvös Loránd Tudományegyetem adjunktusa. Kutatásaimban az orvos-beteg kommunikáció számos aspektusát vizsgálom. Ennek a részét képezi jelen kérdőív is, amelyhez két rövid (kb. négyperces videó) és néhány kérdés tartozik.

A videók forrásai:

CSABAI Márta – CSÖRSZ Ilona – SZILI Katalin (2009): *A gyógyító kapcsolat élménye. Kézikönyv és oktatólemez a kapcsolati készségek fejlesztéséhez*. Oriold és Társa Kiadó, Budapest.

Az űrlap kitöltése önkéntes, anonim, személyes adatok megadását nem igényli. A felmérés nem tartalmaz azonosíthatóságra, adatgyűjtésre vonatkozó kérdéseket, a válaszok csupán kutatási szempontból kerülnek feldolgozásra.

A kitöltés 20–30 percet vesz igénybe.

A kutatással vagy a kérdőívvel kapcsolatosan felmerülő esetleges kérdéseivel bátran keressen az alábbi e-mailcímen: kuna.agnes@btk.elte.hu

Köszönöm az együttműködést!

dr. Kuna Ágnes

ELTE BTK, Alkalmazott Nyelvészeti és Fonetikai Tanszék
Budapest, 2022. április 2.

Neme:

Kora:

Végzettség/tanulmány

- orvostanhallgató
- pszichológushallgató
- gyógypedagógus-hallgató
- orvos
- pszichológus
- gyógypedagógus
- asszisztens
- egyéb:

Amennyiben hallgató

- hányad éves:

Amennyiben orvos

- milyen orvos:
- hány éve:

Amennyiben asszisztens:

- milyen szakterületen:
- hány éve:

Előzetes információk:

A felmérés során két videót fog látni (kb. 4-4 perc terjedelemben). A megtekintés előtt rövid kérdéseket kap, amelyeket a videó megnézését követően szabadon, saját érzései és benyomásai alapján válaszolhat meg.

I. videó

Olvassa el a kérdéseket, majd nézze meg a videót, és válaszoljon a kérdésekre!

VIDEÓ I. (LINK)

1.1. Ha címet kellene adnia jelenetnek, milyen címet adna?

**1.2. Mit gondol, milyen a terápiás kapcsolat az orvos és a páciens között a konzultáción?
Írja le a saját szavaival!**

**1.3. Mit gondol, milyen a terápiás kapcsolat az orvos és a páciens között a konzultáción?
helyezze el a skálán!**

1: nagyon rossz/nincs kapcsolat

2: rossz/minimális kapcsolat

3: közepes/elégséges kapcsolat

4: jó kapcsolat

5: nagyon jó kapcsolat

1.4. Mi alapján látja ilyennek?

1.5. Hogyan jellemezné saját szavaival az orvos viselkedését a videó alapján?

1.6. Volt-e valami feltűnő vagy zavaró az orvos viselkedésében?

• igen

• nem

Ha igen, mi volt az?

1.7. Volt-e valami feltűnő vagy zavaró a páciens viselkedésében?

• igen

• nem

Ha igen, mi volt az?

1.8. Képzelje magát a páciens helyébe. Írja le röviden, hogy érzi magát!

II. videó

Olvassa el a kérdéseket, majd nézze meg a videót, és válaszoljon a kérdésekre!

VIDEÓ II. (LINK)

2.1. Ha címet kellene adnia a jelenetnek, milyen címet adna?

**2.2. Mit gondol, milyen a terápiás kapcsolat az orvos és a páciens között a konzultáción?
Írja le a saját szavaival!**

**2.3. Mit gondol, milyen a terápiás kapcsolat az orvos és a páciens között a konzultáción?
Helyezze el a skálán!**

1: nagyon rossz/nincs kapcsolat

2: rossz/minimális kapcsolat

3: közepes/elégéséges kapcsolat

4: jó kapcsolat

5: nagyon jó kapcsolat

2.4. Mi alapján látja ilyennek?

2.5. Hogyan jellemezné saját szavaival az orvos viselkedését a videó alapján?

2.6. Volt-e valami feltűnő vagy zavaró az orvos viselkedésében?

• igen

• nem

Ha igen, mi volt az?

2.7. Volt-e valami feltűnő vagy zavaró a páciens viselkedésében?

• igen

• nem

Ha igen, mi volt az?

2.8. Képzelve magát a páciens helyébe. Írja le röviden, hogy érzi magát!

III. Nézze meg mindkét videót még egyszer!

3.1. Milyen különbségeket vett észre a két konzultáción?

3.2. Milyen hasonlóságokat vett észre a konzultációkon?

3.3. Melyik orvosi viselkedést részesítené előnyben páciensként?

• 1. videóbeli

• 2. videóbeli

Miért?

3.4. Gyógyító szakemberként milyen viselkedési vagy kommunikációs gyakorlat alkalmazását kerülné el a videóknban látottakból?

3.5. Gyógyító szakemberként milyen viselkedési vagy kommunikációs gyakorlatot építene be a videóknban látottakból?

Egyéb megjegyzés:

Köszönöm az együttműködést!
dr. Kuna Ágnes

2. melléklet

i. táblázat. A terápiás kapcsolat értékelése az I. (V2P) és a II. (V2B) videó kapcsán a medikusok körében

Azo- nosító	Terápiás kapcsolat értékelése Videó I. (V2P)	Terápiás kapcsolat értékelése Videó II. (V2B)
M1	<i>Egyoldalú és hiányos. Az orvos elmondta nagyjából, mit kellene tenni, de nem bizonyosodott meg arról, hogy a páciens is megértette.</i>	<i>A doktornő odafigyel a páciensére, segítőkész.</i>
M2	<i>Nem túl jó, az orvos beszéde túlzottan részletes, túl sok szaknyelvi elemet tartalmaz a páciens szemszögéből nézve.</i>	<i>Kifejezetten jó, az orvos minden a páciens számára fontos elemet elmond megfelelő nyelvhasználattal és részletességgel, biztosít egyéb konzultációs lehetőséget.</i>
M3	<i>Távoli, személytelen, mivel az orvos az első időben rá sem néz a páciensre, csak az adminisztrációval van elfoglalva.</i>	<i>Teljesen jó, az orvos kedves, segítőkész, megértő és emberközelí. A beteg kicsit értetlenkedik, de ez szerintem még normálisnak mondható.</i>
M4	<i>Kifejezetten hideg, a kapcsolatteremtés valódi megvalósulása nélkül.</i>	<i>Magas lesz a compliance [sic!], az orvos kommunikációja miatt.</i>
M5	<i>Alá-főlé rendelt a viszony.</i>	<i>Szinte partneri a viszony, a célját az orvos látszólag elérte.</i>
M6	<i>Épphogy funkcionális.</i>	<i>Jó. Baráti, de mégis professzionális.</i>
M7	<i>Passzív-agresszív, az orvos részéről, pedig a beteg csak segítséget szeretne, alapvetően nem is fejmosásért jött, majd áll kérdőn, mert nem tudja, mi történik. Mindeközben a doki evidensnek veszi, hogy a beteg ismeri a szakszavakat, és tisztában van a – az adott esetben – vérkép értékekkel, lekezelően nyilatkozik, és abszolút nem az látszik, hogy a beteg gyógyulását tartaná prioritásnak, inkább csak a darab-darab elve szerint, úgyis diabeteses, neki kb. mindegy alapon mondja el az információkat. Holott a beteg csak a jogosítványát jött meghosszabbíttatni, egyből szidást kap, ennek ellenére érdeklődő és nyitott a lehetséges betegségével kapcsolatban, sajnos az orvos részéről nem a nyitottság tükröződik, részéről egyoldalú a kommunikáció.</i>	<i>Egészen emberi beszélgetés szagú, kétírnnyű a kommunikáció, bár használ szakkifejezéseket az orvos, azt tisztázza is betegnek. Ezzel is megteremtve egy lehetőséget a jobb orvos-beteg kapcsolatra, azáltal, hogy a páciens nyelvén szól, ezzel is bevonva őt a tudnivalókba, és célja, hogy a beteg is megértse, ami rá vonatkozik. Segítő(bb) a terápiás környezet, szívesebben tér így vissza a beteg, van közben is visszacsatolásra lehetőség, illetve előre egyeztetve van a következő időpont is, ami tükrözi, hogy az orvos foglalkozik a páciensével, követi az „útját”.</i>
M8	<i>Nagyon rossz.</i>	<i>Nagyon jó.</i>
M9	<i>Távolságtartó, lekezelő.</i>	<i>Partneri, megvan a kölcsönös tisztelet.</i>
M10	<i>Paternalista.</i>	<i>Partneri viszony.</i>

Azo- nosító	Terápiás kapcsolat értékelése Videó I. (V2P)	Terápiás kapcsolat értékelése Videó II. (V2B)
M11	<i>Az orvos felsőbbrendűnek érzi magát, a beteg nem kezeli partnereként.</i>	<i>Jó a kapcsolat, az orvos figyel a betegre, érthetően fogalmaz az esetek nagy részében, segítőkész, válaszol a beteg kérdéseire.</i>
M12	<i>Paternalista, alá-főlé rendelt.</i>	<i>Partneri, kölcsönös figyelem és megértés.</i>
M13	<i>Ineffektív.</i>	<i>Alapszinten megfelelő, de nem kielégítő.</i>
M14	<i>Az orvos távolságtartó, rideg, érezteti a beteggel az alá-főlé rendeltségi viszonyt.</i>	<i>Megfelelő, partneri.</i>
M15	<i>Inkább alárendelt, mint partneri, a doktor figyelembe se veszi a beteg reakcióit, csak halmozza el információival.</i>	<i>Az orvos emberként néz a páciensre, ismerik egymást, úgy néz ki, megvan a kölcsönös bizalom.</i>
M16	<i>Távolságtartó, az orvos lekezelő és ellen-szenves volt, alárendelt viszony.</i>	<i>Partneribb volt a viszonyuk.</i>
M17	<i>Az orvos-beteg kapcsolatban a partneri viszony nem látszik, az orvos a felérendelt, a beteg elhanyagolt, nincs tájékoztatva.</i>	<i>Sokkal partneribb. Bár itt is látszik az orvos felérendelt [sic!] szerepe, de segítőkész és érdeklődő a beteggel szemben.</i>
M18	<i>Sajnos a kapcsolat nem igazán tudott kiépülni a beteg és az orvos között, mert az orvos folyamatosan éreztette a helyzetből adódó felsőbbrendűségét, és távolságot tartott, így a beteg nem vagy alig mert kérdezni, és az sem segített, hogy az orvos nem mérte fel a beteg intelligenciaszintjét, így rengetegszer olyan szavakat használt, amit a beteg látszólag nem értett.</i>	<i>A kapcsolat itt sokkal jobb volt, látszott a betegre, hogy nem fél mondani az aggodalmait, az orvos többször is a szemébe nézett, és vissza is hívta egy következő konzultációra, és próbált mindent érthetően elmagyarázni, adott tippet, hogy hogyan lehetne a testmozgást megvalósítani, adott könyveket a diétáról, és a végén mondta, hogy ha nem boldogul a diétával, akkor hívja fel nyugodtan.</i>
M19	<i>Az orvos távolságtartóan, ridegen és fennsőbbeségesen beszél a pácienssel, nem fogalmaz a beteg számára érthetően, nem ad valódi segítséget. A beteg zavarodott és ijedt, nem tud mit kezdeni a helyzettel.</i>	<i>Jelentősen jobb, mint az előző videóban. Az orvoson látszik az érdeklődés és a segítő szándék, érdemben reagál a beteg kérdéseire. Elhangzik buzdítás arra is, hogy később is keresheti a beteg a kérdéseivel.</i>
M20	<i>Nem megfelelő.</i>	<i>Jó.</i>
M21	<i>Rideg, távolságtartó.</i>	<i>Segítőképz, közvetlen.</i>
M22	<i>Az orvos túl kimért, nem nyugtatja meg a beteget, a páciens aggódó és kicsit laikus.</i>	<i>Normális, hisz az orvos érthetően és kedvesen elmagyarázza a tényeket a laikus betegnek.</i>
M23	<i>Az orvos és a páciens között rideg, távolságtartó a beszélgetés. Az orvos lekezelően viselkedik, és válaszai egy átlagember számára nem érthetők.</i>	<i>Megfelelő a kapcsolat.</i>

Azonosító	Terápiás kapcsolat értékelése Videó I. (V2P)	Terápiás kapcsolat értékelése Videó II. (V2B)
M24	<i>Az orvos korrektül válaszol a páciens kérdéseire, aki látszólag nem jártas a témában, illetve segítőkészen elmondja a teendőket. Lehet, hogy a doktornő egy kicsit merev, de ez azért jó, mert így a páciensnek jobban át tudja adni a helyzetének súlyosságát.</i>	<i>A doktornő részletesen elmagyarázza a páciensnek a betegségének a lényegét, és az látszik rajta, hogy érdekli a beteg sorsa. A doktornő kedves hozzáállása a pácienshez a beteget is látszólag jobban megnyugtatja.</i>
M25	<i>Nagyon rossz, hiányzik mindkét féltől a pozitív hozzáállás.</i>	<i>Mindkét féltől a terápia szempontjából pozitív [a] hozzáállás.</i>
M26	<i>Az orvos nem volt empatikus a beteggel, és nem magyarázta el az esetét a páciens szintjének megfelelően.</i>	<i>Sokkal jobb a kommunikáció, így az orvoslátogatás hasznosabb a beteg szempontjából.</i>
M27	<i>Nem megfelelő, nem tudják átadni egymásnak a gondolataikat.</i>	<i>Megfelelő, megértik egymást.</i>
M28	<i>Túlságosan szakmai, a páciens sokszor nem is érti meg az orvost.</i>	<i>Megfelelő, az orvos mindent jól elmagyaráz.</i>
M29	<i>A konzultáció nem nevezhető teljesen hasznosnak. Ugyan felhívja a beteg figyelmét, hogy óvatosabbnak és odafigyelőbbnek kell lennie, de nem veszi észre, hogy a betegnek több magyarázatra és segítségre lenne szüksége, hogy ebből a helyzetből kijusson.</i>	<i>A konzultáció sikeres, hasznos, figyelmen kívül hagyva kommunikálnak egymással. A páciens a tanácsokat alkalmazni tudja, saját életébe képes lesz beépíteni.</i>
M30	<i>Az orvos hierarchikusan magasabb pozícióba helyezi magát a szituációban.</i>	<i>Egészen bizalmas.</i>
M31	<i>Minimális a kapcsolat, az orvos gyorsan le akarja tudni a páciens kezelését, nem magyarázza el neki érthetően és részletes a problémát.</i>	<i>Nagyon jó, mivel az orvos a beteg minden kérdésére készségesen válaszol.</i>
M32	<i>Az orvos közömbös a pácienssel szemben. Csak a szükséges információkat közli, de nem mutat semmi együttérzést, empátiát.</i>	<i>Az orvos kedves, tanácsokkal látja el a beteget. Minden kérdésre válaszol, és próbál segíteni.</i>
M33	<i>Az orvos túlságosan szakmai nyelven közli a beteggel az információkat. A páciens nem is érti pontosan, mit hogyan kell a diagnózis közlése után csinálnia.</i>	<i>Megfelelő, érthető magyarázatot kap a beteg.</i>

ii. táblázat. A terápiás kapcsolat értékelése az I. (V2P) és a II. (V2B) videó kapcsán a fonetikai kurzust végzők körében

Azo- nosító	Terápiás kapcsolat értékelése Videó I. (V2P)	Terápiás kapcsolat értékelése Videó II. (V2B)
F1	<i>Nem nevezném a kapcsolatukat terápiásnak: a doktornő teljesen érzelemmentesen, neutrálisan beszél, empátia és megértés nélkül. Láthatóan a páciens a felét sem érti annak, amit a doktornő elmond szakzsargonnal és olyan magyarázattal, aminek elemei egy nem egészségügyben dolgozó embernek nem feltétlenül képezi részét sem a szókincs, sem az ok-okozati kapcsolatok tekintetében.</i>	<i>A páciens választ kap a kérdésre, segítséget, ötleteket a megvalósítással kapcsolatban, és a következő teendőket is tisztán látja.</i>
F2	<i>Szerintem nem megfelelő, mert az orvos nem tájékoztatja megfelelően a páciens, és az aggódva távozik.</i>	<i>Szerintem kielégítő volt a videóban látott orvos-páciens viszony.</i>
F3	<i>Az orvos nem képes egyszerűen, tömören elmondani a páciens problémáját, és ebből állandóan fennakadás generálódik.</i>	<i>Egy normális, megértő terápiás kapcsolat.</i>
F4	<i>Hierarchikus kapcsolatra emlékeztet, a doktornő szándékosan a páciens fölé akarja helyezni magát.</i>	<i>Egyenrangú kapcsolat, udvarias viszony.</i>
F5	<i>Közömbös, rideg, feszült.</i>	<i>Nyugodt, tiszteletteljes.</i>
F6	<i>Rossz, nincsenek egy hullámhosszon.</i>	<i>Kölcsönös megértés, bizalom.</i>
F7	<i>Rendkívül rossz, a beteg nem kap egyértelmű és számára is érthető válaszokat a kérdéseire. A doktornő nem megnyugtatója, hanem megijeszti a szavaival, szigorú arckifejezésével.</i>	<i>Egész jó, a páciens bár nem érzi magát teljesen komfortosan, bízik az orvos szakvéleményében.</i>
F8	<i>Eleinte az orvos viselkedését lekezelőnek éreztem, de ettől függetlenül mindent részletesen elmagyarázott a páciensnek, minden kérdésre válaszolt.</i>	<i>Közvetlen.</i>
F9	<i>Véleményem szerint nem sikerült megérteniük egymást, az orvos nem teremtett barátságos légkört, így a páciens nyilvánvalóan nem érezte biztonságban magát.</i>	<i>Sikerült megérteniük egymást, a hangulat sem volt olyan feszült, és a biztató mosolyokból ítélve kellemes is lehetett a végére a hangulat.</i>
F10	<i>Hideg, távolságtartó, szakmai.</i>	<i>Együttműködő, odafigyelő.</i>
F11	<i>Nem túl jó, az orvos nem tisztázza a beteg állapotát, és olyan szavakat használ, amit nem is igazán ért a beteg, ezzel összezavarja, kétségbe ejti.</i>	<i>Jó, az orvos érthetően, tisztán elmagyarázza a szituációt a betegnek, aki felteszi azokat a kérdéseket, amiket a legtöbben feltennének.</i>
F12	<i>Feszült, nyugtalanító kapcsolat alakul ki a két fél között.</i>	<i>Bizalmi kapcsolat alakul ki kettőjük között, mely sok esetben elősegíti a gyógyulást.</i>

Azo- nosító	Terápiás kapcsolat értékelése Videó I. (V2P)	Terápiás kapcsolat értékelése Videó II. (V2B)
F13	<i>A páciens látható, hogy nem érti a helyzetet és annak súlyosságát sem, tudatlan a témával kapcsolatban, de a doktornő nagyon kedves és szépen, türelmesen elmagyaráz mindent.</i>	<i>Ha az elsőnél azt mondtam, hogy kedves a doktornő, akkor ennél ezt fokozni kell. Sokkal nagyobb tisztelettel fordult az orvos a páciens felé, mint az előző videóban.</i>
F14	<i>Nem túl felszabadult.</i>	<i>Jó, bizalommal teli.</i>
F15	<i>Elég rossz.</i>	<i>Nagyon jó.</i>
F16	<i>Nem alakult kis olyan kapcsolat, amelyben a páciens kényelmesen érzi magát, hiszen az orvos nem volt fel elég türelmes, és nem úgy közölte a tényeket, hogy az teljesen érthető legyen a páciens számára.</i>	<i>Megfelelő, személyesebb.</i>
F17	<i>A doktornő lényegretörően és érzelmentesen próbálja meggyőzni az urat, ami hatásosabb, mintha más módszert alkalmazna. Azonban az együttérzés hiányzik, ezért kicsit hidegnek tűnik az orvos.</i>	<i>Az orvos sokkal empatikusabban és több együttérzéssel közli a leletet a pácienssel, mint az előző videóban.</i>
F18	<i>Távolságtartó, egyáltalán nem szívélyes, hierarchikus a kapcsolat.</i>	<i>Kiegyensúlyozott, harmonikus, kölcsönös tiszteleten alapuló a kapcsolat.</i>
F19	<i>Nem működik jól, a páciens nem érzi magát biztonságban, nincs partneri viszony az orvos és páciens között, sokkal inkább hierarchia jellemzi, amiben az orvos van felül.</i>	<i>Rendben volt, a doktornő segítőkész volt, tartotta a szemkontaktust a beteggel, elmagyarázta, hogy a leletben olvasottak mit jelentenek.</i>
F20	<i>Úgy gondolom, hogy az orvos és a páciens közötti kapcsolatot a konzultáción a félreértések vagy inkább a meg nem értettség jellemzi. Az orvos túlzott szaknyelvi beszéde miatt a páciens nem is érti igazán, mi a probléma, így az orvos ezáltal pánikot, félelmet kelt a páciensben.</i>	<i>Megértés és türelem jellemzi az orvos és a páciens közötti kapcsolatot a konzultáción. Maximális rugalmasság és oldott hangulat figyelhető meg, ahol a páciens ezáltal nem fél kérdezni, és érthető válaszokat is kap kérdéseire.</i>
F21	<i>Negatív. Egy egyszerű embert teljesen lenéz az orvosa, meg se próbál vele empatikus lenni, vagy valóban segíteni neki. Futószalagon jönnek – „csak menjenek minél hamarabb” hozzáállás. Az úriemberen is látszik a zavar, hogy nem ért dolgokat, de hiába kérdez.</i>	<i>Sokkal pozitívabb, figyelmes a doktornő, és próbálja embereknek való nyelven is megérte[tni] páciensével, mi a probléma az egészségével. Gesztusaival is jelzi, hogy figyel, odafordul, kellemes a hangsúlya, törődik a betegével, útmutatást ad.</i>

iii. táblázat. Különbségek a két konzultáción a medikusok és a fonetikai kurzuson résztvevők visszajelzéseiben

Adat-közlői kód	Milyen különbségeket vett észre a két konzultáción?	Adat-közlői kód	Milyen különbségeket vett észre a két konzultáción?
M1	<i>Empatikusabb a doktornő, meghallgatja a beteget és reagál is rá, nem úgy, mint az első esetben.</i>	F1	<i>A másodikban igazi értelmese tanácsokat adott a doktornő, míg az elsőben csak teóriával és szakszavakkal fárasztotta a páciens. A stílusa rögtön figyelmesebb és kedves volt.</i>
M2	<i>Az orvos beszéde a páciens felé más stílusú volt.</i>	F2	<i>Az orvos attitűdje változott a második videóban.</i>
M3	<i>Az információközlésnél teljesen más volt a megfogalmazás. A második videóban az orvos sokkal emberibben viselkedett, tartotta a szemkontaktust, megértő volt, és még néhány mosoly is megjelent az arcán.</i>	F3	<i>Az orvos stílusa.</i>
M4	<i>Egészen más a habitusa az orvosnak, jóval fejlettebb érzelmi intelligenciáról tanúskodik a másodikban, míg egy jóval kirekesztőbb az elsőben.</i>	F4	<i>A második videóban a doktornő máshogy viselkedik, felnéz a páciensre, reagál arra, amit mondott, elmosolyodik, a hanghordozása is más. Érthetőbben magyaráz, ajánl segítséget. Látszik, hogy szeretne segíteni a betegnek, szeretné, hogy jobban legyen, empatikusabb vele szemben, nem csak hidegen közli a tényeket.</i>
M5	<i>Előbbi alá-fölé, utóbbi partneri viszonyt jelez.</i>	F5	<i>Az orvos beszédstílusa, mimikái.</i>
M6	<i>Verbális kommunikációban csak az orvos viselkedése, de egyéb téren mindkettő magatartása kellemesebb a második videóban.</i>	F6	<i>Az orvos beszéde, arckifejezései.</i>
M7	<i>A kommunikáció színezete, pár mondatral és valamiféle empátiamutatással sokkal barátságosabbá és terápiásabbá lehet tenni egy beszélgetést.</i>	F7	<i>Hiányzott az elsőből a doktornő részéről: kezdeti szemkontaktus, nem tudta név szerint megszólítani a beteget, a papírról olvasta le a nevét, nem mutatott érzelmeket se szóban, se nonverbálisan, nem magyarázta el a szakszavak jelentését, nem adott tanácsot, segítséget az életmódváltáshoz. A második felvételen az orvos reagált a beteg szavaira. Az elköszönés a második videóban sokkal jobb kapcsolatra utalt, a páciens tényleg úgy érezte, hogy segítséget kap az orvosától, és egyenrangú emberként kezelik.</i>

Adat-közlői kód	Milyen különbségeket vett észre a két konzultáción?	Adat-közlői kód	Milyen különbségeket vett észre a két konzultáción?
M8	<i>Odafigyelés.</i>	F8	<i>A második konzultáción az orvos nyíltabb volt, kedvesebb is.</i>
M9	<i>Az orvos magatartása és hozzáállása nagyban változott.</i>	F9	<i>Az orvos az egyikben teljesen barátság-talan volt, a másikban pedig nagyon segítőkéz és kedves is, mindent elmondott a páciensnek, amitől feltűnően megnyugodott a végén, míg az első videóban elküldte úgy, hogy látszódtott a kétségbeesés.</i>
M10	<i>A másodikban a beteg kontrollidőpont-tal és segítségekérési lehetőséggel lett ellátva. A betegséget komolyan fogja venni a második konzultáció alapján is, de nem félelmekkel együtt ment haza.</i>	F10	<i>A doktornő viselkedése.</i>
M11	<i>Az elsőn az orvos csak minimálisan kommunikált a beteggel, nem vette figyelembe, hogy esetleg nem érti, amit mond, és kioktatóan viselkedett, míg a második videón sokkal segítőkézesebb volt.</i>	F11	<i>Az elsőben az orvos hanyag volt, nem törődött a beteggel, csak a kötelességét látta el, a másodikban ez pont az ellentéte volt.</i>
M12	<i>Az orvos hozzáállása lényegesen különbözik. A kommunikációjában verbálisan, a testbeszédében, mimikájában, szóhasználatában. És a beteg is teljesen más érzésekkel hagyja el a helyiséget.</i>	F12	<i>Az orvos viselkedése és a beteghez való viszonya nagy mértékben eltér a két videóban.</i>
M13	<i>Célba ért az orvos üzenete.</i>	F13	<i>Az első videóban a doktornő nem fordul a páciens felé, amikor az belép, illetve nem szólítja a nevén, míg a másodikban mindez megtörténik. A második videóban úgy is elmondja a problémát az orvos, hogy a páciens is értse, nem csak orvosi kifejezéseket használ, és rögtön segíteni próbál, nehogy ez a probléma tovább fokozódjon. Az első videót mikor először megnéztem, annyira nem is figyeltem fel arra, hogy az orvos mond egy nem túl szép mondatot, miszerint hiába fog lefogni, akkor is túlsúlyos fog maradni.</i>
M14	<i>Az orvos-beteg egymáshoz való hozzáállása és a terápiás konzultáció menetében alapvető különbség volt.</i>	F14	<i>Az orvos konkrét könyveket és tippeket, testmozgási formákat ajánlott a páciensnek a második videóban. Türelmesebb volt.</i>

Adat-közlői kód	Milyen különbségeket vett észre a két konzultáción?	Adat-közlői kód	Milyen különbségeket vett észre a két konzultáción?
M15	<i>Az orvos teljesen máshogy viszonyul a beteghez, a betegen a végén látszik, hogy épp megkönnyebbült, vagy éppen kétségbeesett.</i>	F15	<i>A második videóban az orvos sokkal kedvesebb, ránéz a betegre a videó elejétől, könyveket ajánl a betegség megértésére.</i>
M16	<i>A második konzultáció hasznosabb volt, és kevésbé volt kellemetlen hangulata.</i>	F16	<i>Az első rossz hangulatban zajlik, a második beszélgetés pedig annál kellemesebb, jobb légkört sugall.</i>
M17	<i>Az első videón a beteggel nem foglalkoztak, a másodikon sokkal inkább. A szemkontaktus, odafordulás, érdeklődés, tájékoztatás, orvosi hozzáállás is más volt (a másodikon minden sokkal jobb). A beteg sokkal megkönnyebbültebb volt a második beszélgetés után.</i>	F17	<i>Az orvos a másodikban sokkal segítőkészebb és empatikusabb, mint az elsőben, és több megoldáshoz szükséges segítséget nyújt, míg az elsőben csak hidegen elmondja, mit kell csinálni, de nem nyújt segítséget.</i>
M18	<i>Az elején a másodiknak volt köszönets, a végén pedig elbűcsúsás, közben pedig érthetőbb és empatikusabb volt a kommunikáció.</i>	F18	<i>A választott nyelvi regiszter és a pácienshez való hozzáállás jelenti a fő különbséget.</i>
M19	<i>Az orvos sokkal érdeklődőbb és odafigyelőbb volt a második esetben, a beteg értelmi befogadóképességeihez igazította a kommunikációt. Barátságosabb és elérhetőbb volt a második esetben.</i>	F19	<i>Szemkontaktus, hangsúly, segítőkészség, jövőbeli konzultációk egyeztetése. A 2. videóban a felsoroltak megvoltak, az 1.-ben nem.</i>
M20	<i>Doktor sokkal barátságosabb és segítőkészebb a másodikban.</i>	F20	<i>A legfeltűnőbb különbség az orvos viselkedésében figyelhető meg.</i>
M21	<i>A második videónál az orvos sokkal közvetlenebb volt a pácienssel, részletesebb tájékoztatást adott, segítőkészebb volt.</i>	F21	<i>Más orvosi hozzáállás.</i>
M22	<i>Első videóban az orvos kelletlenül fogadja a beteget, úgy érzi, mintha semmi kedve nem lenne foglalkozni vele, rideg, ami miatt a beteg félhet feltenni kérdéseket. A második videóban az orvos lelkesen fogadja a páciens, emiatt szívesebben bízunk rá magunkat.</i>		
M23	<i>Kommunikációs különbség van köztük.</i>		
M24	<i>A doktornő pácienshez való viszonyulása.</i>		
M25	<i>Orvosi hozzáállás.</i>		
M26	<i>Jobb a kommunikáció a másodikon.</i>		
M27	<i>Az orvos jelleme más.</i>		
M28	<i>Az első feszült hangulatú volt, a második sokkal kellemesebb.</i>		

Adat-közlői kód	Milyen különbségeket vett észre a két konzultáción?	Adat-közlői kód	Milyen különbségeket vett észre a két konzultáción?
M29	<i>A ridegség megszűnik, kötetlenebb és érthetőbb a beszélgetés.</i>		
M30	<i>Az orvos viselkedése, hozzáállása, hangneme a pácienshez eltérő.</i>		
M31	<i>Az első konzultáción az orvos tényekkel látta el a beteget, kevesebb megoldást, törődést kapott, a másodiknál visszahívta egy konzultációra, érdekelte a páciens hogyléte és betegségének fejlődése, bővebb tájékoztatást adott, és lehetőséget, személyesebb volt.</i>		
M32	<i>Az orvos a 2. videóban sokkal közvetlenebb, empatikusabb, megnyugtató a viselkedése.</i>		
M33	<i>A második videóban az orvos figyel a betegre, nem szakmai nyelven közli a problémákat, kisugárzása megnyugtató.</i>		

iv. táblázat. Hasonlóságok a két konzultáción a medikusok és a fonetikai kurzuson résztvevők visszajelzéseiben

Adat-közlői kód	Milyen hasonlóságokat vett észre a konzultáción?	Adat-közlői kód	Milyen hasonlóságokat vett észre a konzultáción?
M1	<i>Nagyon hasonló a szöveg. A páciens mindkét esetben kicsit kétségbeesett szerintem.</i>	F1	<i>A szöveg nagyjából ugyanaz volt, kevés, de lényeges eltéréssel.</i>
M2	<i>A szereplők, az orvos fő mondanivalója és az alaphelyzet megegyezett.</i>	F2	<i>A páciens viselkedése volt nagyon hasonló, az orvosi kommunikáció változása változtatott néhány helyen rajta.</i>
M3	<i>A beteg viselkedése a beszélgetés elején.</i>	F3	<i>A szituáció és a páciens viselkedése is ugyanaz.</i>
M4	<i>A lényegi elhangzott információk.</i>	F4	<i>A doktornő őszinte volt.</i>
M5	<i>A konzultáció nagyon rövid volt.</i>	F5	<i>A páciens többé-kevésbé ugyanúgy reagált.</i>
M6	<i>Tulajdonképpen az átadott információ egy és ugyanaz volt.</i>	F6	<i>A páciens reakciói nem nagyon változtak.</i>
M7	<i>A doki mondatai ugyanazok voltak a szöveg vázát tekintve, a viselkedés is hasonló volt. A beteg mondatai is ugyanazok voltak.</i>	F7	<i>Nagyjából azonos volt a szöveg, a páciens viselkedése megegyezett az elkészítés kivételével, csak a második videóban nem volt annyira zavarodott.</i>

Adat-közlői kód	Milyen hasonlóságokat vett észre a konzultáción?	Adat-közlői kód	Milyen hasonlóságokat vett észre a konzultáción?
M8	<i>Szakszavak használata, de a második videóban a laikus számára lefordította.</i>	F8	<i>Mindkét esetben az orvos felvilágosította érthetően a páciens.</i>
M9	<i>A beteg magatartása, aggodalmi, kérdései.</i>	F9	<i>A páciens reakciói szinte ugyanolyanok voltak.</i>
M10	<i>Minimális szemkontaktus. Kevés idő a betegre. A beteg nem a magas cukorszint miatt fordult orvoshoz, így nem számított erre a diagnózisra.</i>	F10	<i>A páciens viselkedése, a doktornő beszéde, a helyzet maga.</i>
M11	<i>Mindkét esetben használt szakkifejezéseket az orvos, a mondanójának a lényege ugyanaz volt (csak második esetben érthetőbb megfogalmazásban).</i>	F11	<i>A beteg ugyanolyan „tudatlan” volt mind a két alkalommal.</i>
M12	<i>Az orvos sóhajtozását. Beteg először ugyanúgy megretten.</i>	F12	<i>A diagnózis súlyosságát mindkettő videóban kiemeli az orvos, és nem próbálja elhallgatott információkkal jobbnak feltüntetni a helyzetet.</i>
M13	<i>Szöveg hasonló volt, kicsit magyarázóbb, de főleg a közlés volt más szinten, ami elfogadhatóbb.</i>	F13	<i>Mindkét videóban az orvos konkrétan elmondja a problémát, és hogy ezen hogy lehet segíteni, csak az elsőben kicsit durvábban.</i>
M14	<i>Kezdetben a beteg rémült volt, és értetlenül hallgatta az állapotával kapcsolatos dolgokat.</i>	F14	<i>A páciens feltette a kérdéseit mindkét videóban, és megfogalmazta az előtte lévő problémákat, akadályokat (sokat dolgozik, nincs sok ideje a tesztmozgásra).</i>
M15	<i>Érezhető a doktor felsőbbrendűsége, bár nem olyan nagy mértékben.</i>	F15	<i>A páciens feltette a kérdéseit mindkét videóban, elmondta, miért aggódik, milyen problémái vannak</i>
M16	<i>A szituáció miatt ugyanazok a kérdések merültek fel, az orvos mindkettő során sóhajtott sokat.</i>	F16	<i>A páciens mindkét beszélgetés alatt bizonytalanul kérdezett, hallgatta az orvost.</i>
M17	<i>Az orvos még azért sóhajtozott, a tájékoztatás lehetett volna mindkettőnél teljesebb. A beteg érzelmi ingadozásai mindkettő videóban fellelhetőek, de a másodiknál sokkal enyhébb volt.</i>	F17	<i>A párbeszéd ugyanaz, illetve a páciens viselkedése sem változik, csak annyira, amennyire az orvos magatartásához igazodik.</i>
M18	<i>A beteg ugyanazokat a szavakat mondta és a doktornő is nagyon hasonlóan beszélt.</i>	F18	<i>A végeredmény, az elhangzott orvosi vélemény ugyanaz a két konzultáción.</i>
M19	<i>A beteg válaszai csak a legvégén különböztek. Az orvos mindkét esetben először (a beteg számára érthetetlen) szakszavakkal mondta el az információkat.</i>	F19	<i>Szinte ugyanaz a párbeszéd zajlott lét, annyi különbséggel, hogy a 2. videóban az embert kezelte az orvos, nem a betegséget.</i>

Adat- közlői kód	Milyen hasonlóságokat vett észre a konzultáción?	Adat- közlői kód	Milyen hasonlóságokat vett észre a konzultáción?
M20	<i>Beteg tudása és szóhasználata ugyanaz maradt.</i>	F20	<i>A páciens viselkedése a két videón majdnem megegyezik, illetve az orvos szakmaisága is mindkét videóból látszik, csak más megvilágításban.</i>
M21	<i>A betegen mindkét videóban értetlenség látszik.</i>	F21	<i>A beteg mindkét esetben bizonytalanul kezd az orvosnál.</i>
M22	<i>Az orvos komolyan veszi a problémát.</i>		
M23	<i>A második videóban megvolt a kommunikációs kapcsolat míg az elsőben nem igazán.</i>		
M24	<i>Mindkettő alkalomnál elmondja a doktornő a szükséges teendőket.</i>		
M25	<i>Kötelező lépések megtétele.</i>		
M26	<i>A probléma ugyanaz.</i>		
M27	<i>A páciens viselkedése.</i>		
M28	<i>Az orvos mindkét videón szakmailag jól elmondja a fennálló problémát.</i>		
M29	<i>A beteg nincs tisztában betegségének tényezőivel, pedig a világban a cukorbetegség nagyon elterjedt, és már majdhogynem hétköznapi.</i>		
M30	<i>A diagnózis és a probléma nincs rendesen, laikusok és hétköznapi emberek számára is érthető módon kommunikálva.</i>		
M31	<i>A páciens reakciója ugyanaz volt lényegében, a tényeket, kezelési módszert mindkét konzultáción hallottuk.</i>		
M32	<i>Nem nagyon vettem észre hasonlóságot. Esetleg a páciens viselkedése nem tért el annyira a két videóban.</i>		
M33	<i>Nem igazán láttam hasonlóságot.</i>		

3. melléklet

Folker-jelek és jelentéseik

- °h VAGY h° = 0,2–0,5 másodperc hosszú, hallható ki- vagy belégzés;
- °hh VAGY hh° = 0,5–0,8 másodperc hosszú, hallható ki- vagy belégzés;
- °hhh VAGY hhh° = 0,8–1 másodperc hosszú, hallható ki- vagy belégzés.
- (.) 0,2 másodpercnél rövidebb szünetek
- (-) 0,2–0,5 másodperc közötti időtartamú szünetek
- (--) 0,5 és 0,8 másodpercnyi hosszúság közé eső szünetek
- (---) 0,8 és 1,0 másodperc közé eső szünetek
- (1.25)¹⁰⁹ = egy egész huszonöt század másodperces szünet. Mért szünetek (az egy másodpercnél hosszabb szünetek)
- [xxxx]
[YYYY]
egyszerre beszélés
- ↑ kisebb tónusemelkedés
- ↓ kisebb tónussüllyedés
- nagybetű: hangosabb, nyomatékosabb beszéd pl. igEEen
- ((...)) nonverbális jelzések pl. ((köhögés)), ((halk nevetés)), ((két másodpercnyi halk sírás))
- hm, öö hezitáció
- hm_m, öö_ö hezitáció elnyújtása
- +++: érthetetlen szöveg (a szótagok számát jelöli a „+” jel száma”)
- << ... >> kiegészített információ vagy maszkírozott név (intézmény, személy, gyógyszernev stb.)

¹⁰⁹ A magyar írásszokás (1,25) formátumú, azonban a program az angolszász hagyományt alkalmazza automatikusan (1,25), így a példákban és itt a jelmagyarázatban ez a forma szerepel.

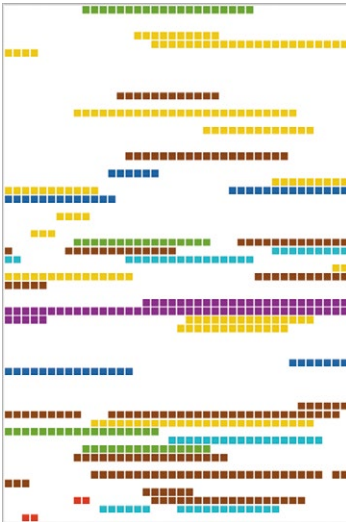
4. melléklet

v. táblázat. A háziorvosi konzultációk dokumentumportréi

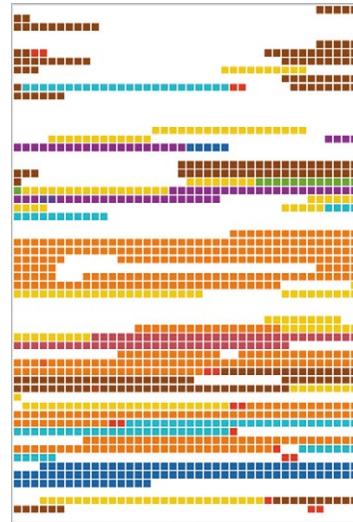
METAPRAGMATIKAI KIFEJEZÉS
MAGYARÁZAT
ISMÉTLÉS, ÚJRAFOGALMAZÁS
KORÁBBI TUDÁS AKTIVÁLÁSA

REFLEXIÓ A CSELEKVÉSRE
TERÁPIA METADISKURZUSA
VISSZAKÉRDEZÉS
ÉRZELEM, ÉRZET

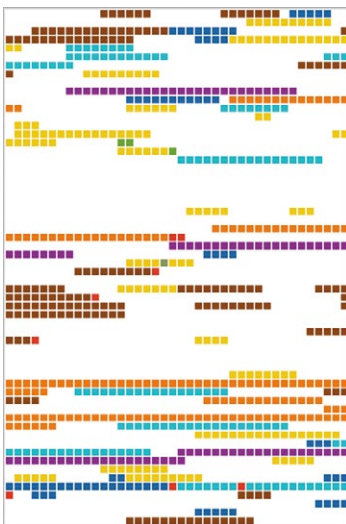
HO1



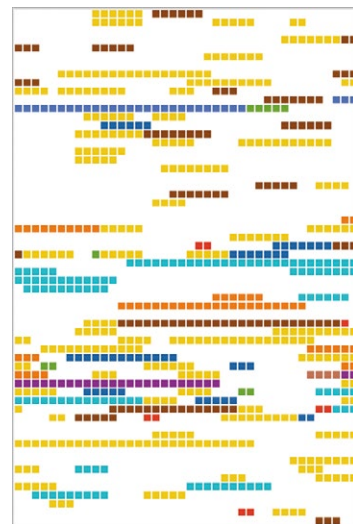
HO2



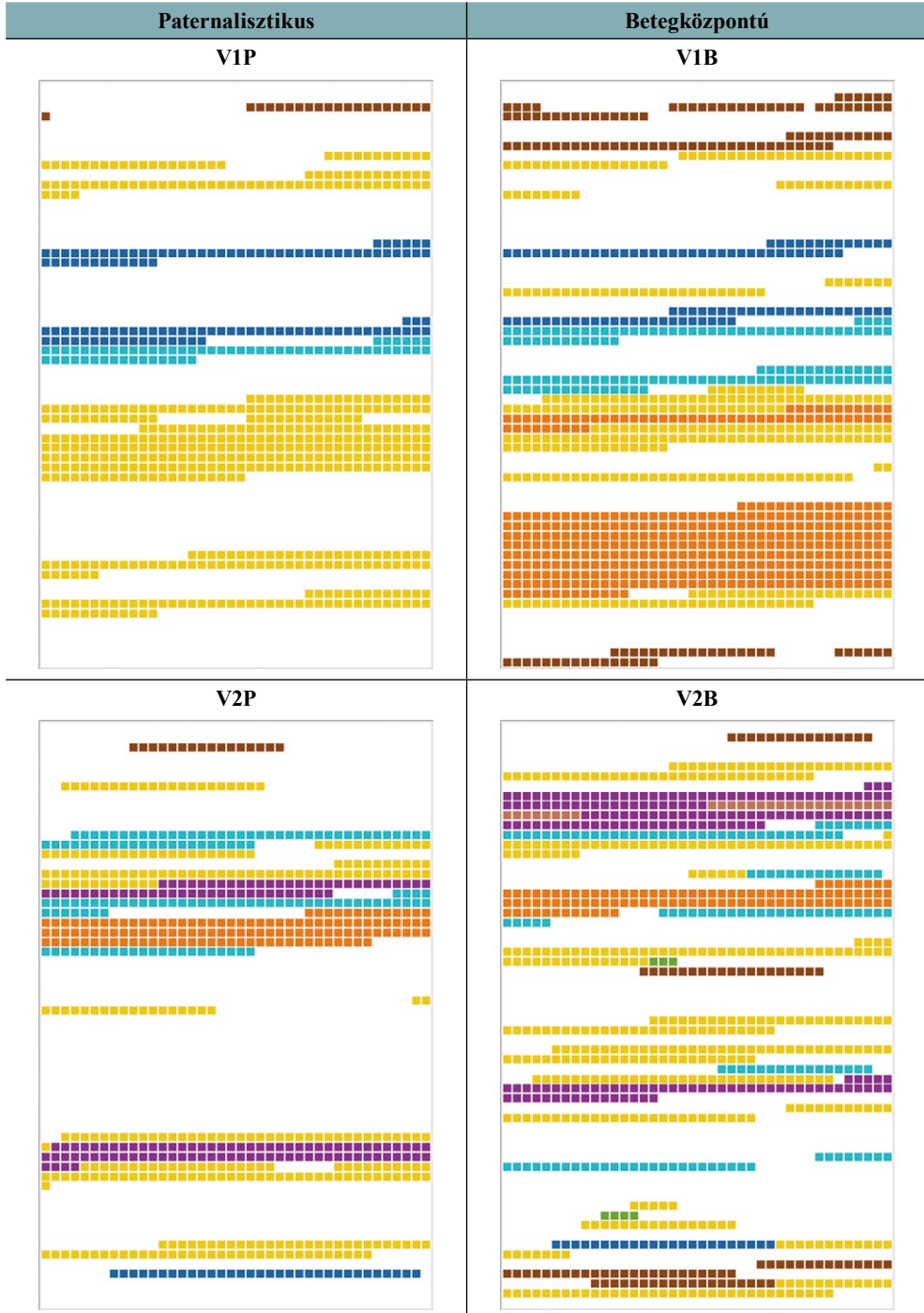
HO3

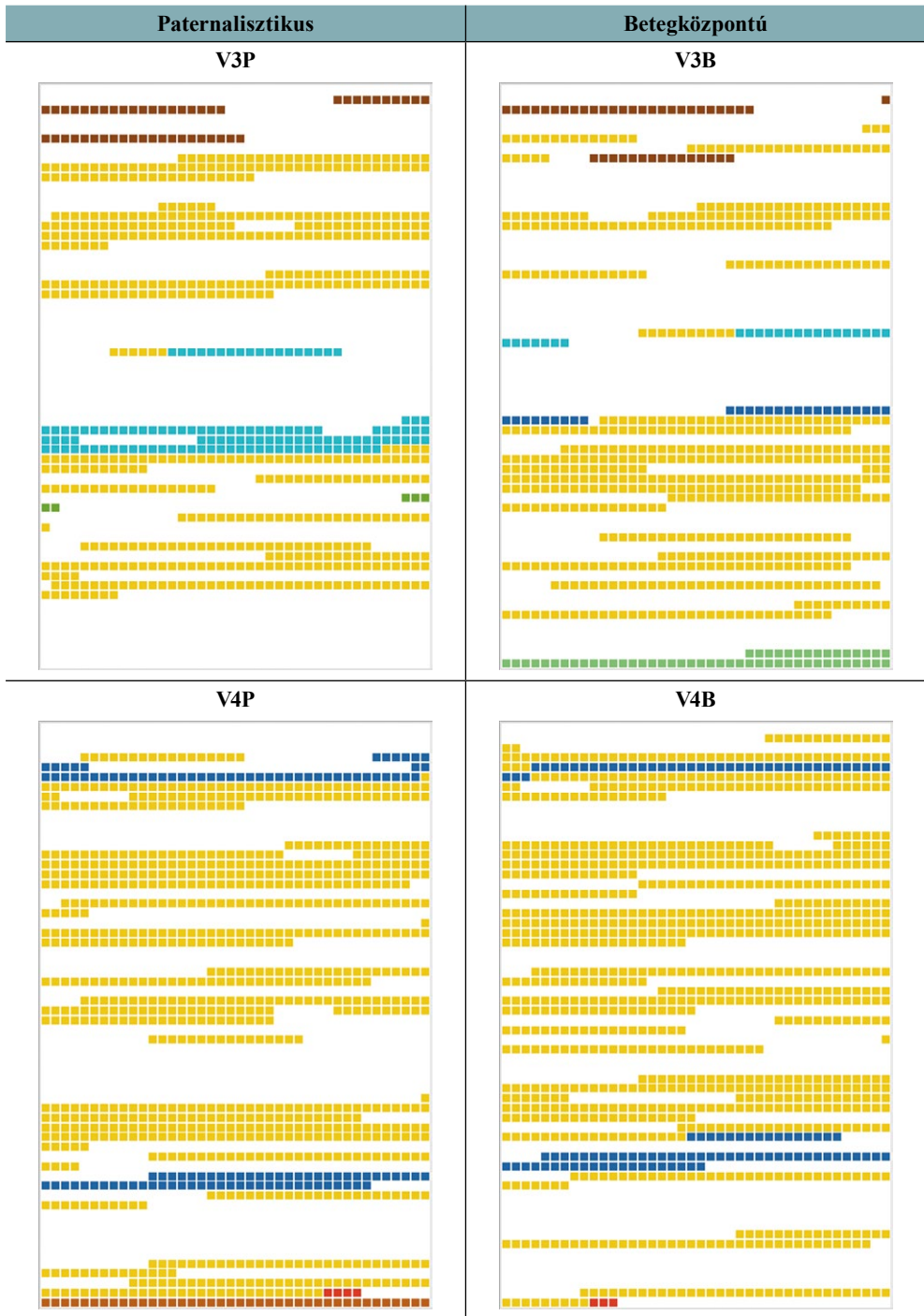


HO4

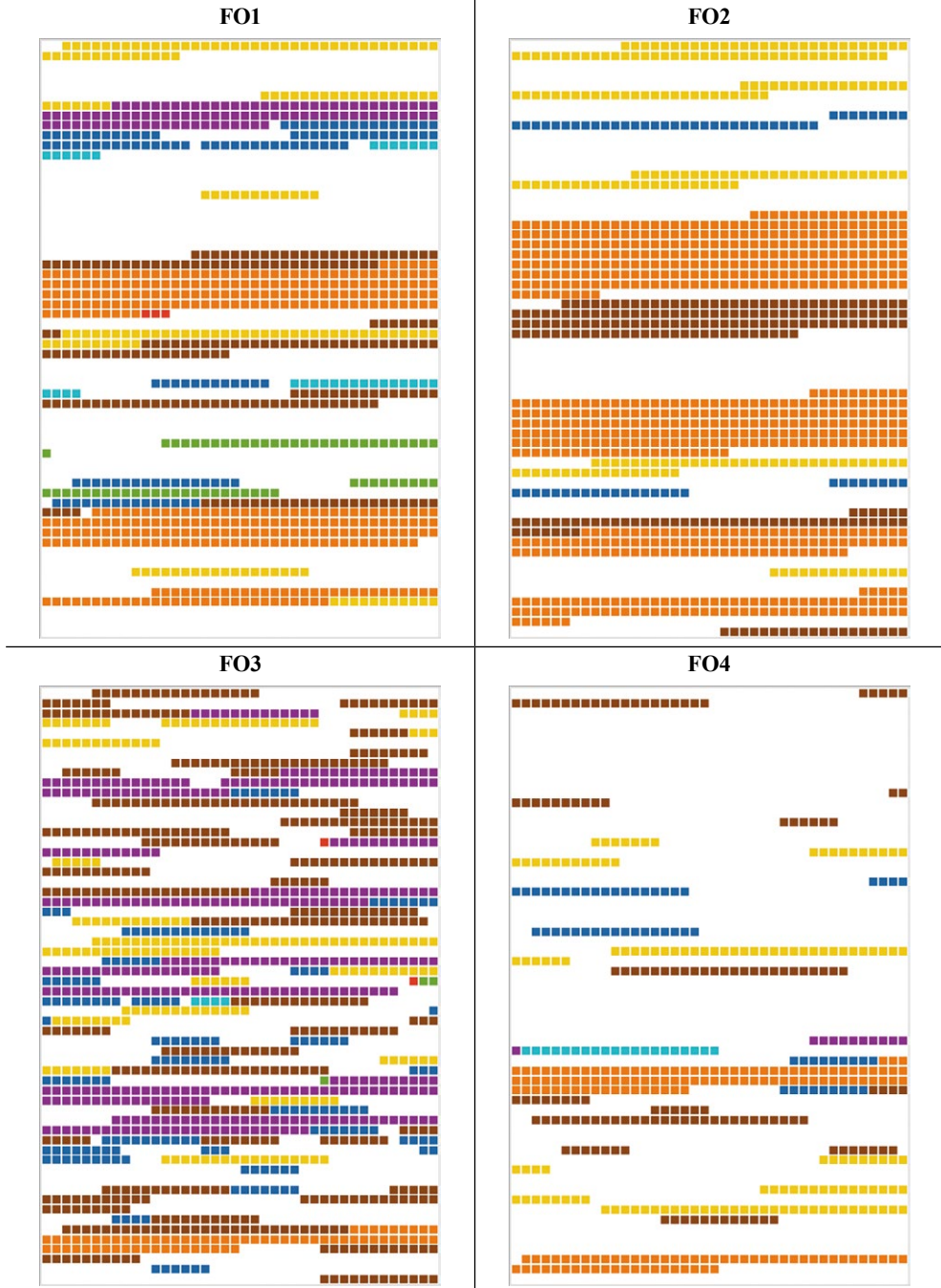


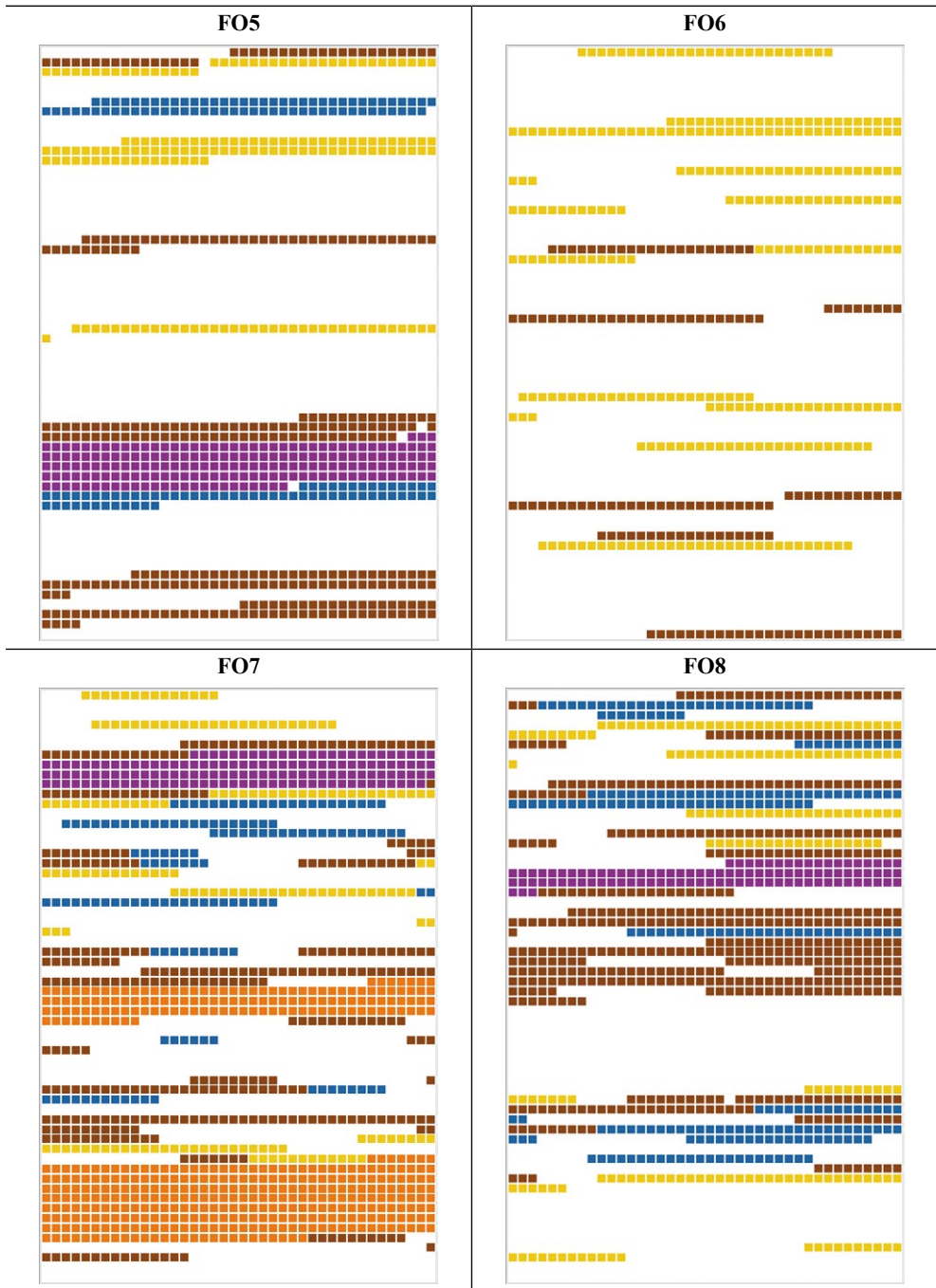
vi. táblázat. Az oktatóvideók dokumentumportréi



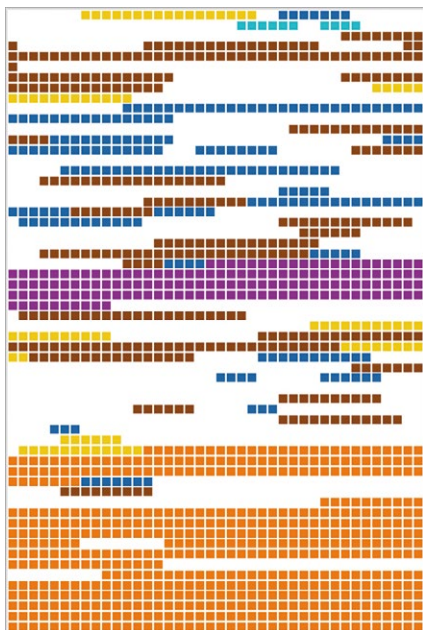


vii. táblázat. A fogorvosi konzultációk dokumentumportréi

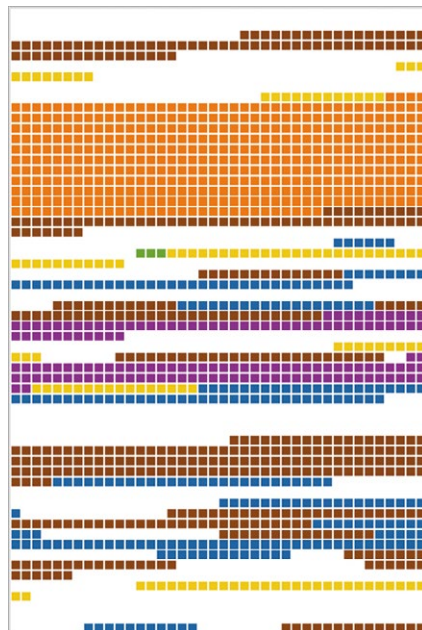




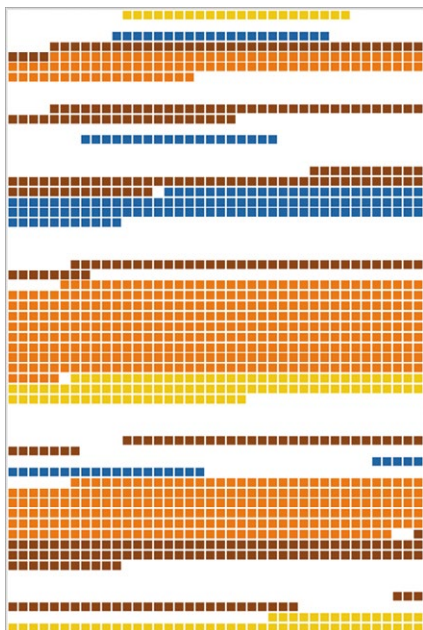
FO9



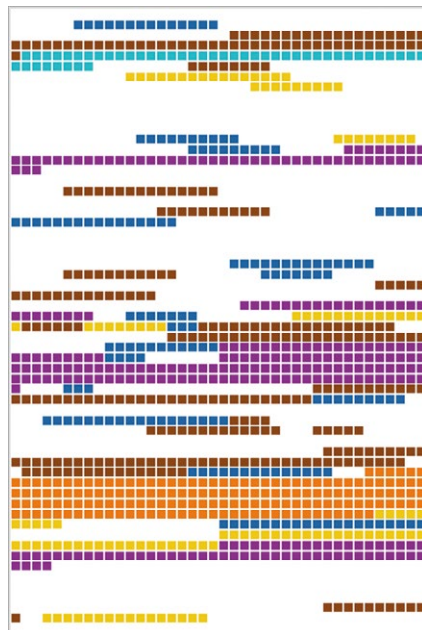
FO10



FO11



FO12



5. melléklet

A feladatlap Baji Anikó *Süket fülek* című videójának feldolgozásán alapszik.¹¹⁰

Módszertani megjegyzés:

Az itt bemutatott feladatlap csak mintaként szolgál arra, hogy az egészségügyi témát feldolgozó videók miként építhetők be az egészségügyi szakembernek tanuló egyetemi hallgatók vagy a nyelvészeti, illetve kommunikációs kurzuson részt vevő egyetemisták képzésébe. A célcsoporttól függően érdemes lehet alapfogalmakat és egyéb szakmai ismereteket is mozgósítani, elmélyíteni. Ezeket az elméleti fogalmakat itt nem ismertetem.

A feladatlap nem egy 90 perces gyakorlat anyagát adja, hanem kiragadhatók vagy kihagyhatók belőle részek a kurzus céljaival összefüggésben (pl. kommunikációs érzékenyítés, diskurzuselemzés, kutatómódszertan). Továbbá az egyes feladatok nagy része egyéni (otthoni feladatként), vagy csoportosan, egy kurzus keretein belül is megoldható. A feladatok sorszáma nem jelent kötelező sorrendiséget, jelen esetben csak a tájékozódást segíti.

Tekintse meg a *Süket fülek* című, alábbi linken található 11 perces videót!

Forrás: <https://www.youtube.com/watch?v=IfR3dC4NGCY>



¹¹⁰ A videó megalkotásához Baji Anikó Richter Anna Díjban részesült 2019-ben. A szerző hozzájárulását adta az alábbi feladatlap elkészítéséhez. Baji Anikó az Uzsoki utcai Kórház sürgősségi triázsa, egészségügyi PR és médiakommunikációs szakember, az Akut Szakas Pro szerkesztőségének alapító tulajdonosa. Ezúton is köszönöm hozzájárulását.

1. Kategorizálja a videót mint diskurzust! Milyen típusba sorolná? Felsorolhat több megnevezést, „címkét” is. [Megjegyzés: egyénileg vagy kiscsoportban.]

2. Ön milyen címet adna a videónak?

Miért?

Milyennek találja a videó címét (*Süket fülek*)?

Miért?

[Megjegyzés: elsősorban egyénileg, esetleg kiscsoportban.]

3. Milyen társalgási részekre osztaná a videót? Miért? Mi alapján?

[Megjegyzés: egyénileg vagy kiscsoportban.]

4. Milyen címmel, címkével nevezné el az egyes részeket?

[Megjegyzés: egyénileg vagy kiscsoportban.]

5. Jellemezze az egyes társalgási részeket az alábbi szempontok szerint, majd beszélje meg a videórészletek sorrendjében az alábbi szempontokat figyelembe véve! [Megjegyzés: mindenképpen kiscsoportos feladat, mert egyénileg túl hosszú és aprólékos; esetleg egy-egy társalgási rész elvégzése lehet otthoni feladat, amelyet a csoportban ismertetnek és megvitatnak a kurzus résztvevői a videórészletek sorrendjében.]

- résztvevők, résztvevői szerepek
- helyszín
- a diskurzus témája, stílusa
- a diskurzus célja
- a megvalósuló társas cselekvések, megvalósuló nyelvi cselekvések, kommunikatív funkciók a résztvevőkhöz kötődően (beszédaktusok, egyéb interakciós cselekvések és ezek tipikus nyelvi megoldásai, konstrukciói)
- működésbe hozott tudáskeretek, forgatókönyvek
- mentális állapotok, érzelmek (a résztvevőkhöz kötődően)
- a diskurzus multimediális közege (ennek hatása a befogadásra)
- a társalgás szerkezete, felépítése (tartalmi egységek); ebben vannak-e konvencionizált nyelvi egységek
- a diskurzus nyelviségében a kidolgozottság mértéke
- a nézőpont

További szempontok a jellemzéshez (választás vagy skálaszerű értékelés)

- írott – beszélt
- monologikus – dialogikus
- mindegyik résztvevő jelen van – csak az egyik résztvevő van jelen

- tervezett – spontán
- kifejtő – bennfoglaló
- van hagyományozott szerkezete – nincs hagyományozott szerkezete

6. Figyelje meg és írja le a főszereplő férfi nonverbális kommunikációját az egyes társalgási részekben az alábbi szempontok szerint! [Megjegyzés: egyénileg vagy kiscsoportban, majd a kurzuson közösen megbeszélve.]

- vokális jelek
- tekintet és szemkontaktus
- mimika
- gesztusok
- testtartás
- térközsabályozás
- emblémák
- kronémika

7. Figyelje meg és írja le az egyes társalgási részekben a résztvevők nonverbális kommunikációját az alábbi szempontok szerint! Ismertesse és vitassa meg társaival az eredményeket a videórészek sorrendjében! Térjen ki a nonverbális kommunikáció és a mentális állapotok, érzelmek kapcsolatára is! [Megjegyzés: mindenképpen csoportosan érdemes elvégezni. Lehetőség szerint annyi csoport, ahány társalgási rész. Ha nem, akkor a szakmai szempontból releváns részeket érdemes kiválasztani. Szempontok lehetnek például: ahol megjelennek egészségügyi szakemberek is; ahol dialógusok vs. polilógusok zajlanak.]

- vokális jelek
- tekintet és szemkontaktus
- mimika
- gesztusok
- testtartás
- térközsabályozás
- emblémák
- kronémika

8. Figyelje meg és írja le a kapcsolatépítés jellemző nyelvi megoldásait (pl. beszédaktusok, reflexiók, megszólítások, egyéb személyjelölési módok) az egyes társalgási részekben! [Megjegyzés: szükséges hozzá az egyes jelenségek rövid elméleti tárgyalása. Érdemes csoportban elvégezni a feladatot, és megvitatni az egyes részek jellemzőit és a hozzájuk fűződő attitűdöket.]

9. Az orvosi szaknyelv milyen rétegei jelennek meg a videóban? Jellemezze ezeket a nyelvi kifejezések (műveletek és konstrukciók) bemutatásával! [Megjegyzés: egyénileg vagy kiscsoportban is végezhető. A feladat elvégzéséhez mindenképpen szükséges a jelen kötet 2. fejezetében ismertetett 2.1. alfejezet anyagának megbeszélése.]

10. Milyennek értékeli az egészségügyi személyzet és a férfi főszereplő (páciens) kapcsolatát egy 1-től 5-ig terjedő skálán! [Megjegyzés: a feladat végezhető egyénileg otthon, és a kurzuson meg lehet beszélni résztvevők vagy értékelés alapján kialakítva csoportokat.]

• mentős és páciens:	1	2	3	4	5
• doktornő és páciens:	1	2	3	4	5
• nővér és páciens:	1	2	3	4	5

1: nagyon rossz/nincs kapcsolat

2: rossz/minimális kapcsolat

3: közepes/elégészes kapcsolat

4: jó kapcsolat

5: nagyon jó kapcsolat

Miért értékeli így?

11. Milyen címet adna a résztvevők közötti párbeszédnek?

[Megjegyzés: egyénileg és kiscsoportosan is megvalósítható.]

- mentős és páciens:
- doktornő és páciens:
- nővér és páciens:

12. Hogyan értékelné az egészségügyi szakember és a páciens közötti kapcsolatot?

Válasszon a három lehetőség közül! [Megjegyzés: fontos, hogy mindenképpen választani kell a lehetőségek közül. Célszerű kiscsoportban a kurzus keretein belül elvégezni. Szükséges hozzá a 2.2.2. és 2.2.1. fejezetekben ismertetett anyag megbeszélése, esetleg más érzékenyítő anyag feldolgozása.]

• mentős és páciens:	betegközpontú	semleges	paternalisztikus
• doktornő és páciens:	betegközpontú	semleges	paternalisztikus
• nővér és páciens:	betegközpontú	semleges	paternalisztikus

Mi alapján látja ilyennek? Térjen ki a verbális és a nonverbális jellemzőkre is! Voltak problémái a besorolással? Ha igen, miért?

13. Írja át az alábbi párbeszédet a megfelelő stílusban! [Megjegyzés: pármunkaként a kurzuson vagy otthoni feladatként. Utána a jelenetek eljátszhatók a csoportban, összehasonlíthatók és elemezhetők több szempont szerint a kurzus céljaival összhangban.]

- | | | | |
|------------------------|---------------|----------|------------------|
| • mentős és páciens: | betegközpontú | semleges | paternalisztikus |
| • doktornő és páciens: | betegközpontú | semleges | paternalisztikus |
| • nővér és páciens: | betegközpontú | semleges | paternalisztikus |

Kutatásmódszertani feladatok

14. Írja át Exmaralda programmal az egyes társalgási részeket!

(<https://exmaralda.org/en/>)

Milyen problémák merültek fel az átírás során?

Mutassa be az elemzéssel nyert átiratot és a kvantitatív adatokat! [Megjegyzés: a feladat elvégzése előtt mindenképpen szükséges megismerkedni az Exmaralda programmal, az átírás menetével, az átírási jelekkel a kurzus keretein belül. Pár- vagy egyéni munkaként otthoni feladatnak is adható. Utána szükséges az órán a problémás kérdések egyeztetése, megbeszélése.]

15. Válasszon ki egy témát, jelenetet, majd készítsen kutatási tervet, és ennek megvalósításához online kérdőívet a kiválasztott témához! [Megjegyzés: mindenképpen szükséges megismerkedni a kérdőív készítésének alapjaival és technikai feltételeivel. Szükséges a kutatási terv felépítésének, tartalmának egyeztetése is. A feladat lehet páros munka, amelyre több hét is rendelkezésre áll, és a kurzus végén lehet reflektált módon bemutatni 10-20 próbakitöltéssel.]

16. Válasszon ki egy témát, jelenetet, és készítsen kutatási tervet, illetve kérdéssort egy félig strukturált interjúhoz a kiválasztott téma alapján! [Megjegyzés: mindenképpen szükséges megismerkedni a félig strukturált interjú készítésének alapjaival és technikai feltételeivel. Szükséges a kutatási terv felépítésének, tartalmának egyeztetése is. A feladat lehet páros munka, amelyre több hét is rendelkezésre állhat, és a kurzus végén lehet reflektált módon bemutatni 1-2 próbainterjúval. Ez lehetőséget ad kutatásetikai kérdéseknek a megvitatására is (beleegyező nyilatkozat, rögzítés stb.). Továbbá fontos kérdés az adatgyűjtést követően az elméleti háttérnek és a feldolgozás módszerének a megbeszélése (pl. tartalomelemzés, metaforaelemzés).]

17. Elemezze MAXQDA programmal az egyes társalgási részekben a reflexiók és a személyjelölés kategóriáit! [Megjegyzés: ez lényegében egy féléves projektfeladat kvalitatív kutatómódszertan órán (MA, PhD szinten). Mindenképpen szükséges megismerni a MAXQDA program működését, valamint a 8. és 9. fejezetben ismertetett személyjelölési és reflexiókhoz kötődő kategóriákat. A szoftver próbaverziójával a feladat jól kivitelezhető. A projekt lehetőséget ad a problémás esetek, az eredmények és az adatközlői egyezések megbeszélésére is.]

Táblázat- és ábrajegyzék

Táblázatok

1. táblázat. A beszédaktusok osztályozása a cselekvések altípusai szerint (SEARLE 1976: 10–16 és TÁTRAI 2017: 1014–1017 nyomán)
2. táblázat. A verbális és a nem verbális kommunikáció tényezői az orvos-beteg kommunikációban (BECK et al. 2002: 31–36 alapján)
3. táblázat. A háziiorvosi konzultációk metaadatai
4. táblázat. Az oktatóvideók metaadatai
5. táblázat. A fogorvosi konzultációk metaadatai
6. táblázat. A kérdőív I. videójában (V2P) megjelenő orvos-beteg kapcsolatra vonatkozó értékelések összefoglalása
7. táblázat. A kérdőív II. videójában (V2B) megjelenő orvos-beteg kapcsolatra vonatkozó értékelések összefoglalása
8. táblázat. A medikusok címadása a kérdőív I. (V2P) és II. (V2B) videójára vonatkozóan
9. táblázat. A fonetikai kurzus hallgatóinak címadása a kérdőív I. (V2P) és II. (V2B) videójára vonatkozóan
10. táblázat. Az értékelés megjelenése a medikusok és a magyar szakos hallgatók által adott címekben
11. táblázat. A nonverbális jelzések gyakorisága a medikusok és a fonetikai kurzus hallgatóinak visszajelzésében
12. táblázat. A V2P és V2B konzultáció nonverbális jellemzői a fókuszcsoportos vizsgálat visszajelzéseiben
13. táblázat. A nonverbális kommunikáció kategóriái
14. táblázat. Az egészségügyi szakember beszédcselekvései az (1a) és (1b) dialógusrészletben
15. táblázat. Az egészségügyi szakember beszédcselekvései a (2a) és (2b) dialógusrészletben
16. táblázat. Az egészségügyi szakember beszédcselekvései a (3a) és (3b) dialógusrészletben
17. táblázat. Az oktatóvideók társalgásainak kvantitatív jellemzői
18. táblázat. A háziiorvosi konzultációk társalgásainak kvantitatív jellemzői
19. táblázat. A félbeszakítások típusai a háziiorvosi konzultációkon (db)
20. táblázat. A félbeszakítások kérdés és válasz típusainak előfordulása a háziiorvosi konzultációkon (db)
21. táblázat. A kezdő- és zárórészek hossza (s), fordulószáma (db) és szószáma (db) az oktatóvideókban

22. *táblázat.* Az egészségügyi szakember beszédcselekvései a (12a) és (12b) dialógusrészletben
23. *táblázat.* A kezdő- és zárórészek hossza (s), fordulószáma (db) és szószáma (db) a házi-orvosi konzultációkon
24. *táblázat.* A társas deiktikus elemek szófaji gyakorisága a résztvevői szerepekkel összefüggésben
25. *táblázat.* Az igeidők eloszlása a konzultációkban és a résztvevői szerepek mentén
26. *táblázat.* Az első személyű igei konstrukciók (E/1. és T/1.) szemantikai vonatkozásai a páciensek megnyilatkozásaiban a házi-orvosi konzultációkon és az oktatóvideókban
27. *táblázat.* A többes szám első személyű konstrukciók vonatkozásai és előfordulási gyakorisága (%) a házi-orvosi konzultációkon és az oktatóvideókban
28. *táblázat.* Az első személyű konstrukciók (E/1. és T/1.) szemantikai csoportjai a házi-orvosi konzultációkon és az oktatóvideókban
29. *táblázat.* Az egészségügyi szakember megnyilatkozó szerepkidolgozása a második jelenetben
30. *táblázat.* A metareflexiók dimenziói és kategóriái
31. *táblázat.* A reflexiók kategóriáinak gyakorisága (db) 1000 szóra vetítve
32. *táblázat.* A tudásszervezés reflexiói a HO2, a FO3, a V2B és a V2P konzultációkon
33. *táblázat.* A saját cselekvésre vonatkozó reflexiók kategóriái

A mellékletek táblázatai:

- i. *táblázat.* A terápiás kapcsolat értékelése az I. (V2P) és a II. (V2B) videó kapcsán a orvosok körében
- ii. *táblázat.* A terápiás kapcsolat értékelése az I. (V2P) és a II. (V2B) videó kapcsán a fonetikai kurzust végzők körében
- iii. *táblázat.* Különbségek a két konzultáción a orvosok és a fonetikai kurzuson résztvevők visszajelzéseiben
- iv. *táblázat.* Hasonlóságok a két konzultáción a orvosok és a fonetikai kurzuson résztvevők visszajelzéseiben
- v. *táblázat.* A házi-orvosi konzultációk dokumentumportréi
- vi. *táblázat.* Az oktatóvideók dokumentumportréi
- vii. *táblázat.* A fogorvosi konzultációk dokumentumportréi

Ábrák

1. *ábra.* A szaknyelvek horizontális és vertikális rétegződése (ROELCKE 2002: 13 alapján)
2. *ábra.* Az orvos-beteg kommunikáció és a gyógyítás szemléletének fejlődési állomásai (KOERFER–KOERFER 2018: 334 alapján)

3. *ábra.* A nyelvi tevékenység triadikus sémája (SINHA 2001: 93 és TÁTRAI 2011: 31 alapján)
4. *ábra.* Calgary–Cambridge útmutató (SILVERMAN et al. 2013: 19 alapján)
5. *ábra.* A közvetlen és a közvetett út a kommunikáció és a terápiás kimenet között (STREET et al. 2009: 297 nyomán)
6. *ábra.* A fordulók száma (db) a háziiorvosi konzultációkon a résztvevői szerepekhez kapcsolódóan
7. *ábra.* A paternalisztikus és a betegcentrikus kapcsolatépítési mód nonverbális megjelenése az I. jelenet két diskurzusában (a képen a pszichológust alakító színésznő látható)
8. *ábra.* A fordulók száma (db) az oktatóvideó konzultációiban a résztvevői szerepekhez kapcsolódóan
9. *ábra.* A fordulók száma (db) a fogorvosi konzultációkon
10. *ábra.* A vizsgált minta betegközpontú vs. paternalisztikus, valamint valós vs. szimulált viszonyban
11. *ábra.* Az adatközlők szakmai csoportjainak megoszlása
12. *ábra.* Az adatközlői vélemények értékei az I. és a II. videóra vonatkozóan
13. *ábra.* Az orvos-beteg kapcsolat értékelései az I. videóban (V2P)
14. *ábra.* Az orvos-beteg kapcsolat értékelései a II. videóban (V2B)
15. *ábra.* A paternalisztikus (V2P) és a betegközpontú (V2B) jelenetre vonatkozó adatközlői értékelések
16. *ábra.* Az artikulációs tempó alakulása a gyógyító–páciens viszony típusa függvényében a női gyógyítók (balra) és a férfi gyógyítók (jobbra) esetében
17. *ábra.* Az átlagos alaphfrekvencia értékének alakulása a gyógyító–páciens viszony típusa függvényében a női gyógyítók (balra) és a férfi gyógyítók (jobbra) esetében
18. *ábra.* A hangközértékek alakulása a gyógyító–páciens viszony típusa függvényében a női gyógyítók (balra) és a férfi gyógyítók (jobbra) esetében
19. *ábra.* Az egészségügyi szakemberek nonverbális jelzései a két kapcsolatépítési módban a (kvázi)azonos szekvenciák elemzése alapján
20. *ábra.* A szavak száma (db) az egészségügyi szakember és a páciensek beszédében az oktatóvideókban
21. *ábra.* A szavak száma (db) az egészségügyi szakember és a páciensek beszédében a valós háziiorvosi konzultációkon
22. *ábra.* Átlagos szószám (db) fordulónként az egészségügyi szakember és a páciensek beszédében az oktatóvideókban és a valós háziiorvosi konzultációkon
23. *ábra.* A mért szünetek százalékos aránya az oktatóvideók diskurzusaiban
24. *ábra.* A mért szünetek százalékos aránya a háziiorvosi konzultációkon
25. *ábra.* A mért szünetek hossza (s) a vizsgálatokkal és a dokumentációval összefüggésben
26. *ábra.* A kooperatív és a zavaró egyszerre beszélések száma (db)
27. *ábra.* A kapcsolatfelvétel nonverbális jelenetei az oktatóvideókban
28. *ábra.* A személyjelölő konstrukciók száma (db) a résztvevői szerepek és a konzultáció-típusok mentén

29. *ábra.* A páciensek által használt első személyű (E/1. és T/1.) deiktikus kifejezések száma (db) az oktatóvideókban és a háziiorvosi konzultációkon
30. *ábra.* Az egészségügyi szakemberek által használt első személyű (E/1. és T/1.) deiktikus kifejezések száma (db) az oktatóvideókban és a háziiorvosi konzultációkon
31. *ábra.* A megszólítás típusai és előfordulási gyakorisága (db) a páciensekre és egészségügyi szakemberekre mint beszédpartnerekre vonatkozóan az oktatóvideókban és a háziiorvosi konzultációkon
32. *ábra.* A reflexivitás dimenziói a common ground építésében
33. *ábra.* A saját cselekvésre, állapotra vonatkozó reflexiók gyakorisága a résztvevői szerepekhez kapcsolódóan

Tárgymutató

A, Á

- adaptáció 47–48
ajtókilincs jelenség (*by the way syndrome*)
145–146, 168
aktuális szituációra vonatkozó tudás (*current sense*) 51
alapfrekvencia 127, 129, 131–132, 140, 252
alkalmazott kutatások 36
általános nyelvi tudás (*formal sense*) 51
annotálás 129, 134, 148, 176
arc (*face*) 47, 180
arcfenyegető aktusok 47, 168, 231, 253
arcmunka 47, 53
artikulációs tempó 129, 131, 140
aszimmetria 66, 108, 111, 121, 183, 203, 217,
228, 234, 247, 256
asszertívum 54–56, 137, 140
átfedő beszéd (lásd még *egyszerre beszélés*)
60, 148, 156, 162–165, 176, 253
átlag/átlagérték 116, 129, 131–132
átmeneti szerep 145
attitűddeixis 16, 57, 79, 179–215

B

- befogadói szerep 59, 199, 243
belebonnyolódási szakasz 166, 168
beszédaktus (lásd még *beszédcselekvés*)
33, 48, 54–56, 63, 73, 79, 120, 128, 130,
136, 165, 167, 172, 190, 204, 208, 219,
241–242, 244, 250
beszédcselekvés (lásd még *beszédaktus*) 54,
56, 130, 136–142, 148, 167
beszédesemény 46, 56–57
beszédjog 60

- beszédlépés (*turn*) (lásd még *forduló*) 59
beszédpartner 49, 59, 140, 145, 148, 182,
184–185, 188–190, 199–206, 214, 240,
255
beszédszakasz 128–129
beszélőváltás (*turn-taking*) 59–60, 147–148,
153–154, 157, 161, 176, 253
betegközpontú gyógyítás (*patient-centered
medicine*) 28, 233

C, Cs

- Calgary–Cambridge útmutató 64–65
common ground, közös alap/tudás 35,
48–54, 63, 73, 217–218, 220, 223, 233,
250, 255

D

- deiktikus kivetítés 57
deixis 48, 56–58, 73, 250
deklaratívum 54–55
dialógus 29–30, 59, 136–140, 154, 156,
166–170, 172, 174, 186, 188, 207–208
direktívum 54–56, 140, 256
diskurzus 16, 24, 26, 30–34, 37, 43, 46–47,
53, 56, 59, 61–68, 73, 78–79, 82–83,
85–87, 91, 93, 128, 133–136, 143–144,
146–148, 151, 153, 156–157, 159, 161–
162, 165–166, 168–170, 172, 174–177,
179, 182, 185–186, 202, 204–207, 213,
215, 217, 219–221, 223–224, 228–231,
234, 236–237, 239, 241–242, 244, 247,
250–254, 256–258
diskurzusjelölő (lásd még *partikula*) 53, 146,
174, 186, 210, 220–221, 224

diskurzusműfaj 20–21, 23, 25, 33, 38, 40, 60,
62, 64, 67, 73, 218, 240
diskurzusvilág 46, 56

E, É

egyéni hozzáférés (*individual access*) 182
egyezkedés 47–48, 52, 66, 168, 174, 180,
203, 219, 223, 228, 231, 246, 255
egyszerre beszélés (lásd még *átfedő beszéd*)
32, 36, 59–61, 79, 87, 143–147, 151–152,
162–164, 174–176, 253–254
elköszönés típusú zárás 146, 176, 253
elméleti szaknyelv (lásd még *tudományos
szaknyelv*) (*Theoriesprache*) 19–20
emblémák 49, 120, 122, 124, 314
emergens közös alap (*emergent common
ground*) 51
értelmező modell (*interpretative model*)
(lásd még *közvetítő modell*) 28
érmek 46, 49, 54, 69, 71, 103, 105–106,
124, 127, 142, 172, 179, 192–193, 195,
217, 219, 222–223, 233, 236–237,
239–240, 246–247, 251–252, 255
érmek 138, 192–193, 195, 222–223, 233–
235, 236–237, 239–240, 246–247, 255
etikus kutatás 88
explicitég (*explicitness*) 53, 56, 220
expresszívum 54–56
félbeszakítás (kooperatív/zavaró/állítás
típusú/kérdés típusú) 31, 36, 69, 144–146,
148, 151–165, 176–177, 179

F

figyelemirányítás 45–46, 49, 56, 137, 197,
200
fiktív interakció 143, 146
fogyasztói modell (*consumer model*) 27–28
fókuszcsoportos attitűdvizsgálat 78, 92,
119–123, 123–127, 133, 251

Folker szoftver (v. program) 17, 61, 86–88,
129, 147, 151, 166, 175, 186
folyamatban lévőség (*ongoingness*) 220–221
folyamatelemzési modell 30–31
forduló (*turn*) (lásd még *beszédlépés*) 33,
51, 54, 59, 60, 73, 79–81, 83–85, 87, 128,
130, 140, 143, 147–151, 154, 156–157,
161, 166, 168, 173–176, 250, 253
forgatókönyv 63–64, 66–68, 73, 228, 245
formalitás (formális, informális) 59, 66, 69
FTO (*Floor Transfer Offset*) 60, 148,
151–152, 157–158
funkcionális megközelítés 15, 43–62

G, Gy

gyakorlati szakmai nyelvhasználat
(*Praxisprache*) 19, 22–23, 40
GDPR 88–89
gesztikuláció 49, 130, 170
Glasgow-egyezmény (*Glasgow Consensus
Statement*) 66, 72
grammatikalizáció 188

H

hangköz 129, 132, 140, 252
háttérsatorna-jelzés 129–130, 133, 148, 162
hozzáférés alapú mintavétel 78

I, Í

időtartam 60–61, 67, 79–80, 82, 84, 87, 129
információcsere 52, 63, 71, 73, 217
intencionális ágens 45
intencionalitás 45, 54
interakció 16, 17, 20, 23–24, 26–33, 36–37,
39, 44–54, 56–69, 77–80, 82–84,
86–87, 91–93, 120, 123, 125, 127, 135,
143–146, 148–149, 151, 153, 156–157,
159, 161, 165–167, 169–170, 172, 175–177,
179–182, 184–185, 187–188, 191–192,
194–199, 202–205, 208–209, 211,

213–215, 217–223, 228–233, 234–237,
239–241, 244–247, 249–256, 258
interakciós nyelvészet 58, 62
interakciószervezés 221, 228–229, 239,
244–246
interkvartilis tartomány 97
interszubsztívitás 45–46
intézményes, társas-szociális kontextus 36,
44, 66–67
intonációs frázis 128

J

jelzőtábla v. jelzőkaró 218–219

K

Kalamazoo-egyezmény 56, 65, 72, 145, 165
kapcsolatmenedzsment elmélet 180
kérdőíves felmérés 16, 78, 88, 91–93, 95,
122–125, 128, 133, 183, 215
kihátrálási szakasz 143–144, 146–148, 165,
170, 174, 176, 253
kitöltött szünet 60
kommisszívum 54
konzultációtípus 16, 31, 63, 77–89, 145–146,
177, 186–188, 190, 193, 195–197, 200,
203–204, 213–214, 217–218, 220, 222,
228, 233, 235–239, 247, 250, 253,
255–257
korpusz 38, 60, 177, 250
kölcsonös tanácskozás modellje (*delibera-
tive*) 27–28
köszönet típusú zárás 146
közös döntéshozatal 35, 44, 63, 65–66, 71,
73, 77, 181, 210, 212
közös figyelmi jelenet 46–48, 53–54, 56, 64,
73, 136–137, 250
közös projekt (*joint project*) 50, 53–54, 244,
258
közös tapasztalat (*shared sense*) 51
közösségben létezés (*epigenesis*) 45

közvetítő modell (lásd még *értelmező
modell*) 28
közvetítőnyelv (*Verteilsprache*) 19–25, 40
kronémika (időszabályozás) 49
kulturális ismeretek, normák, hiedelmek
(*cultural sense*) 51
kulturális szignálok 49, 120
kvalitatív kutatás 37, 40
kvantitatív kutatás 40
(kvázi)azonos szekvenciák 16, 128–130, 133,
135–138, 140–142, 252

L

lehetséges szóátvételi pontok (*transition-
relevance place[s]*) 60

M

mag közös alap (*core common ground*) 51
makroelemzés 35–36
Mann–Whitney próba 96, 100
MAXQDA szoftver (program) 88, 96, 129,
141, 148, 170, 184, 186, 221–222, 235,
237, 247
medián (közéérték) 97, 99–100, 123, 251
megismerő metafunkció (interszubsztív) 46,
54, 57
megnyilatkozózi szerep 148, 194–195, 207,
213
megosztott, közös hozzáférés (*shared ac-
cess*) 182, 210
megszólítás 37, 53, 57, 65, 108, 127, 136–137,
140, 167–168, 179, 182–184, 200, 203–
206, 214–215, 240–241, 244, 255, 258
mért szünet 87, 147–148, 151–154, 157–161,
176, 253
metadiskurzus 218, 230–231, 236–238
metareflexió 218–221, 230
metapragmatikai komment 218–219
metapragmatikai reflexió (MPR) 52–54,
218–220, 222–223, 236–237, 242, 244

metapragmatikai tudatosság 48, 53, 73, 224
 mikroelemzés 30, 32–35
 mikroszünet 147, 152, 154, 158, 162
 mimika 49, 93, 112–113, 118, 122, 124, 130,
 135, 141, 169
 módusz 96–100, 123, 251
 multimodális kommunikáció 48–49, 129

N, Ny

nem megfelelő terápiahűség (*non-adherence*)
 24, 26
 nem semlegesség (*non-neutrality*) 72
 néma szünet (*pause, gap*) 60, 87
 nemtegezés v. V-forma (*V-form*) 57, 182–
 184, 188, 200, 202, 213–214, 254
 nominális megszólítás 183, 203, 205
 nonverbális jelzések 32, 48–49, 87, 92–93,
 100, 116, 119–120, 124–125, 128–129,
 134–135, 139, 141–142, 252, 254, 256
 nonverbális kommunikáció 16, 49, 65, 71,
 79, 115–116, 118, 121, 125, 128–130,
 133–135, 138, 140, 142–143, 170, 176,
 253, 257
 nyelvészeti társalgáselemzés (*Conversation
 Analysis, CA*) 15, 26, 33, 43, 58
 nyelvhasználati színterek 20, 22

O, Ó

online kommentálás (*online commentary
 talk*) 54, 218
 organikus szerep 145, 168
 orvosi v. egészségügyi szleng, szakszleng 23
 orvosközpontú (*doctor-centred*) megköze-
 lítés v. interakció 9, 26–27, 30, 77, 105,
 250

P

partikula (lásd még *diskurzusjelölő*) 224
 paternalisztikus modell 27–28, 66, 206
 perspektívaáthelyezés 198

perspektivikusság 45, 47
 pervazív szerep 145
 polilógus (*multi-party-conversation*) 59, 85
 Praat szoftver (program) 88, 129
 propozicionális tartalom 55, 239
 proxemika v. térközsabályozás 49, 122, 124,
 129–130, 134–135, 141, 170

R

referenciális középpont 57
 referencialitás 45–46
 reflexivitás 37, 218–219, 222–223, 235, 237,
 239, 255
 résztvevői szerep 27, 35, 57, 59, 65, 80–81,
 83, 87, 110, 151–152, 156–157, 164, 182,
 184–187, 189–190, 195, 199, 204, 206,
 213–214, 222, 239–240, 242, 247, 255
 ritualizáltság 64–65, 73
 R-szoftver 88, 96

S, Sz

statisztikai elemzés 78, 88, 96, 131
 strukturált elsőmegtekintés módszere 119
 szaliencia 53
 személydeixis 57, 186, 198, 199
 személyjelölés 57, 65, 79, 108, 136, 179, 185–
 186, 188–189, 199, 203, 206, 207–208,
 213, 239, 240, 243, 247, 254, 256
 személyközi, kapcsolatteremtő (interper-
 szonális) metafunkció 46–47, 54, 57
 személyközpontú gyógyítás (*person-centered
 medicine*) 28
 szemkontaktus 49, 70, 93, 102, 105, 113–114,
 116–118, 120–121, 123–125, 126, 130,
 134–135, 141, 170, 172, 179, 251–253
 szomszédsági pár 60, 73
 szórás 131–132
 szünet 31–32, 49, 60–61, 79, 87, 128–129,
 141, 143, 147–148, 151–154, 156–162,
 175–177, 179, 253–254

T, Ty

társalgás (*conversation, talk-in-interaction*)

16, 31, 48–49, 58–62, 66, 73, 77, 79,
127, 142–144, 146–147, 149, 151–153,
156–158, 162, 165–168, 170, 174–177,
179–180, 218, 237, 250, 253

társalgási grounding (*conversational
grounding*) 52

társas deixis 56–57, 179–180, 182, 184,
187–188, 206–208, 212, 214–215, 240,
254–255

társas interakció 47, 58

társas jogok (*sociality right*) 180, 183–184

tartalomelemzés 96

tegezés v. T-forma (*T-form*) 57, 182

tekintet 49, 116, 121, 129–130, 134–135, 170,
172, 252

terápiáhozülés (*adherence*) 44, 138, 233, 258

terápiás együttműködés és kapcsolatépítés
(*rapport*) 29, 63, 70–71, 73, 168–169, 180,
208, 228

terápiás kapcsolat v. szövetség (*therapeutic
alliance*) 27–28, 33, 56–57, 66, 71–72, 83,
91, 94, 97, 100, 168, 179–180, 229

terápiás metadiskurzus 221, 228, 230–231,
236–237

terjedelem 53, 79, 96, 99–100, 119, 251

természetesen megvalósuló társas interakció
(*naturally occurring interaction*) 58

terminológiai távolság 66

tervezett (szimulált) interakció 79, 184, 220,
235, 253, 256

tervezettség (spontán, félspontán, tervezett)
59, 67–68, 83, 143, 146, 174

testben létezés (*embodiment*) 45

testtartás 49, 93, 118, 120–122, 124–126,
130, 135, 141, 170, 172, 179, 252

tetszikelés 183–184, 202–203, 205–206, 255

transzkripció 61, 73, 175

tudományos szaknyelv (lásd még *elméleti
szaknyelv*) 19–22, 40

TUKEB 88–89, 257

U, Ú

udvariassági elmélet 180

utókérdés 228, 231–233

V

választás 47–48, 53, 66, 145, 214

valós/spontán/természetes interakció 53,
66–67, 83, 91, 143–144, 146, 159, 161,
175–176, 196, 205, 220, 229–230, 233,
236, 247, 253, 256

variabilitás 47, 97–98, 126, 131

világról való tudást (*common sense*) 44, 51

vokális jelek 49, 121

W

Wilcoxon-próba 99, 132

A *Beszéd – Kutatás – Alkalmazás* című könyvsorozat 13. kötete betekintést ad az orvos-beteg kommunikáció modern kori kutatásának főbb alapfogalmaiba, tendenciáiba és állomásaiba. Azon túl, hogy összefoglalóan ismerteti az egészségügyi kommunikáció kutatásának történeti és módszertani alakulását, átfogó bevezetést ad a funkcionális pragmatikáról mint elméleti háttérrel, továbbá empirikus elemzéseken keresztül is szemlélteti az egészségügyi kommunikáció sokrétűségét, komplexitását. A hang- és videóanyagok többféle módszerrel történő vizsgálata hozzájárul a konzultációkon megvalósuló kapcsolatépítés, tudásmegosztás és a közös döntés összetett folyamatainak a megértéséhez, diszkurzív jellemzőinek a felfejtéséhez. A monográfia rávilágít, hogy a nyelvészeti perspektíva és módszertan alkalmazása – a társszakmák eredményeivel együtt – nagyban hozzájárul az orvos-beteg kommunikáció működésének mélyebb megértéséhez.

ISBN 978-963-489-694-4



9 789634 896944