



Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar  
Egészségtudományi Doktori Iskola

a Doktori Iskola vezetője:  
Prof. Dr. Bódis József  
egyetemi tanár, rektor  
az MTA doktora

## **A családorvos – akut beteg kommunikáció nyelvészeti vonatkozásai**

PhD Disszertáció

**Sárkányné Lőrinc Anita**

Az egészségtudomány határterületei program:

Programvezető: Prof. Dr. Kovács L. Gábor  
egyetemi tanár  
az MTA rendes tagja

Témavezető:

Dr. hab. Rébék-Nagy Gábor  
egyetemi docens  
intézetigazgató  
PTE ÁOK Egészségügyi Nyelvi és Kommunikációs Intézet

Pécs

2015.

# TARTALOM

<b>I. BEVEZETÉS</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Az intézményi kommunikáció elhatárolása a hagyományos kommunikációtól</b>	<b>2</b>
<b>1.2. Dominancia és aszimmetria az intézményes beszélgetésekben</b>	<b>5</b>
1.3. Az intézményes keretek és a dominancia viszonyok hatása az interakció folyamatára	7
1.3.1. Térszervezés	7
1.3.2. A beszédműfaj specialitása	8
1.3.3. Az intézményes státusz	8
1.3.4. Az intézményes és társalgási szerepek	8
1.3.5. A mennyiségi mutatók	10
<b>1.4. Az orvos - beteg kapcsolati modellek</b>	<b>11</b>
1.4.1. A narratív és interrogatív stílus	11
1.4.2. Kapcsolati modellek és döntéshozatal	13
<b>1.5. A konverzációelemzés rövid története</b>	<b>16</b>
1.5.1. A konverzációelemzés módszere	18
1.5.2. A konverzációelemzés alkalmazási lehetőségei az orvos-beteg kommunikáció kutatásában	20
1.5.3. A beszédlépések	21
<b>1.6. Együttbeszélés</b>	<b>23</b>
1.6.1. Az együttbeszélés fogalma	23
1.6.2. Együttbeszélések, mint a beszélőváltás részei	23
1.6.3. Együttbeszélés a konverzációelemzésben	25
1.6.4. Versengő együttbeszélések	26
1.6.5. Támogató, együttműködő együttbeszélések	26
<b>1.7. Szekvenciális mintázat</b>	<b>27</b>
<b>1.8. Kérdések típusa az orvosi interakcióban</b>	<b>27</b>
<b>II. CÉLKITŰZÉS ÉS HIPOTÉZIS</b>	<b>29</b>
<b>III. ANYAG ÉS MÓDSZER</b>	<b>30</b>
<b>3.1. Háziiorvosi rendelő</b>	<b>30</b>
<b>3.2. Korpuszépítés</b>	<b>30</b>
3.2.1. Résztevők	30
3.2.2. A kutatási korpusz rögzítésének időszaka	31
3.2.3. Beleegyező nyilatkozatok	31
3.2.4. Az anyaggyűjtés eszköze	32
3.2.5. A korpusz mérete	32
3.2.6. A vizsgálati anyag kiválasztásának kritériumai	33
<b>3.3. Az anyag elrendezésének módja, kategóriák</b>	<b>33</b>

3.3.1.	Az orvos és a beteg beszélgetéseinek leírására szolgáló kategóriák	33
3.3.3.	Kérdések hatása az együttbeszélések kialakulására	34
<b>3.4.</b>	<b>Kvantitatív elemzés</b>	<b>34</b>
3.4.1.	A Folker 1.2. transzkripció program	34
3.4.2.	Statisztikai módszerek	36
<b>3.5.</b>	<b>Kvalitatív elemzés</b>	<b>36</b>

## **IV. EREDMÉNYEK** **37**

<b>4.1.</b>	<b>Az orvos - beteg beszélgetések</b>	<b>37</b>
4.1.1.	A beszélgetések hossza	38
4.1.2.	A beszélgetések tartalma	40
<b>4.2.</b>	<b>Beszélgetés tartalmak kvalitatív elemzése</b>	<b>41</b>
4.2.1.	A megerősítő tartalom a párbeszédekben	41
4.2.2.	Orvos megerősítése a beteg által	42
4.2.3.	Hezitálás az interakciókban	42
4.2.4.	Személyes tartalmú beszélgetések	43
<b>4.3.</b>	<b>Átfedő megnyilatkozások</b>	<b>44</b>
4.3.1.	Az orvos – beteg átfedő megnyilatkozásai a párbeszédekben	44
4.3.2.	Együttbeszélési idő	46
4.3.3.	Az együttbeszélések nemek szerinti lebontása	47
4.3.4.	Az együttbeszélések tartalma	49
4.3.5.	Együttbeszélések jelenléte az orvos és beteg beszélgetéseiben	50
<b>4.4.</b>	<b>Az átfedő megnyilatkozások kimenetele</b>	<b>53</b>
4.4.1.	Az orvos és beteg szimultán beszéde után kialakult szóátvétel	53
4.4.2.	Témaváltás az átfedő megnyilatkozások után	54
4.4.3.	Az átfedő megnyilatkozások választási kimenetelére vonatkozó kvalitatív elemzés	55
<b>4.5.</b>	<b>Az orvosi kérdések hatása az együttbeszélések kialakulására</b>	<b>56</b>
4.5.1.	Kérdéstípusok kvantitatív eredményei az interakcióban	56
4.5.2.	Kvalitatív eredmények a kérdések használatára	58

## **V. MEGBESZÉLÉS** **60**

<b>5.1.</b>	<b>Az orvosi dominancia</b>	<b>60</b>
<b>5.2.</b>	<b>Az együttbeszélési kezdeményezések alakulása</b>	<b>61</b>
<b>5.3.</b>	<b>Az együttbeszélési kezdeményezések és a konzultáció időtartamának kapcsolata</b>	<b>61</b>
<b>5.4.</b>	<b>Az együttbeszélések kiterjedése</b>	<b>62</b>
5.4.1.	Támogató együttbeszélések	62
5.4.2.	A versengő együttbeszélések	63
<b>5.5.</b>	<b>Nemek szerinti lebontás</b>	<b>64</b>
<b>5.6.</b>	<b>A beszélgetések tartalma</b>	<b>64</b>

5.7. Az együttbeszélések tartalma	65
5.8. Az együttbeszélések kialakulásának oka	66
<b>VI. KÖVETKEZTETÉSEK</b>	<b>68</b>
6.1. A dolgozat új megállapításai	69
<b>VII. A KUTATÁS KORLÁTAI</b>	<b>70</b>
<b>ÁBRAJEGYZÉK</b>	<b>72</b>
<b>TÁBLÁZATJEGYZÉK</b>	<b>73</b>
<b>HIVATKOZÁSOK</b>	<b>74</b>
<b>MELLÉKLETEK</b>	<b>82</b>
1. számú melléklet: Betegnyilatkozat hangfelvétel készítéséről	82
2. számú melléklet: együttbeszélések (átfedő megnyilatkozások) oszcillogram nézetben	83
<b>A SZERZŐ PUBLIKÁCIÓI</b>	<b>84</b>
<b>KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS</b>	<b>85</b>

## I. BEVEZETÉS

Jelen nyelvészeti indíttatású kutatás a funkcionális kognitív kutatások sorában helyezhető el, és családorvos - beteg interakciókat vizsgál konverzációelemzés módszerével.

A dolgozat témája a családorvos-beteg interakciók vizsgálata az intézményesség, és dominancia viszonyok eltolódásának tükrében. Ehhez a dolgozat részletesen elemzi a beszélgetésekben előforduló beszél lépéseket és együttbeszéléseket, valamint vizsgálja a dialógusokban előforduló kérdéstípusokat is. Mivel a dominancia viszonyok pusztán a beszélgetésekben mért kvalitatív vizsgálatokkal vélhetően nem mutathatók ki, a beszél lépések és együttbeszélések tartalma is az elemzés tárgya lett. A dominancia vizsgálatokkal kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy a szakirodalomban leírt korábbi kutatások a következő szempontokat használják: beszédjog megszerzése, megtartása illetve átengedése, beszélőváltás, mennyiségi viszonyok, tematikai jellemzők, stratégiai dominancia, stílus, kódválasztás, beszédaktusok. Jelen kutatás, ezek közül a választott módszertani keretből adódóan, a beszélőváltásokat és együttbeszéléseket vizsgálta. Az átfedő megnyilatkozások (együttbeszélések) vizsgálatára azért került sor, mert az intézményes nyelvhasználat iránti általános elvárásokkal ellentétben, a vizsgált korpuszban feltűnően nagy számban vannak jelen.

A vizsgálat korpuszát akut betegek és családorvos közötti beszélgetések diktafonos rögzítés után, Folker 1.2. program segítségével (Schmidt - Schütte 2011) átírt párbeszédei alkotják, amelyek ebben a formában lehetővé tették a családorvos-beteg interakciók szövegtani jellemzőinek számszerűsítését. Az interakciók kvantitatív elemzését a beszél lépések és együttbeszélések tartalmán keresztül mutatja be a dolgozat.

Az elvégzett szakirodalmi kutatás tanúsága szerint még senki nem elemzett együttbeszéléseket orvos - beteg párbeszédekben. Ezért a jelen kutatás kevés elemszámú interakció vizsgálatára fókuszál, a cél egy új módszer kidolgozása és kipróbálása, amelyet először kis elemszámú korpuszon kell elvégezni (Sator 2003). A jelen kutatás további célja, hogy a vizsgálatok révén kapott eredmények hozzájáruljanak a családorvos - beteg kommunikációról szóló jelenlegi ismeretek bővítéséhez, és segítséget nyújtsanak az orvosoknak a betegekkel való hatékonyabb kommunikáció kialakításához, és ezáltal gyorsabb, eredményesebb kezeléséhez.

### **1.1. Az intézményi kommunikáció elhatárolása a hagyományos kommunikációtól**

Az intézményi kommunikáció kutatása a 70-es évek végén kezdődött. A konverzációelemzés atyjai, Goffmann és Garfinkel kutatásaikban a hagyományos kommunikációt, a mindennapi párbeszédet vizsgálták.

Az intézményi párbeszéd leírásához Heritage három alapelvet jelölt meg (2004):

- a. az interakció tartalmazza a résztvevők speciális céljait, amelyekkel kötődnek az intézményben meghatározott identitásukhoz (pl. orvos - beteg, tanár - diák, bíró - tanú, menyasszony - vőlegény);
- b. az interakció egy bizonyos sajátos kényszert is magába foglal, mely alapján az adott eseményhez a résztvevők hozzájárulhatnak;
- c. az interakció bizonyos keretekkel függ össze.

Az intézményi beszéd és a mindennapi kommunikáció elhatárolása az interakció résztvevőinek megnyilatkozásain keresztül lehetséges, akik az interakciókban megkülönböztetik a hagyományos és intézményes dimenziókat. Jó példa erre, amikor az interakciókban részt vevők egy bizonyos „elválasztósáv” felé haladnak, azaz a bevezető beszélgetés után a „Mi a panasz?” kérdéssel kezdetét veszi az orvosi vizit (Robinson 1998) vagy a hivatalban a hivatalnok „Miben segíthetek?” kérdéssel, a rendőr vagy a bíró az eljárási jogok, és kötelezettségekről való tájékoztatással intézményes nyomvonalába tereli a kommunikációt.

Az intézményi formák sajátosságai az interakciós szerkezet és a nyelv választásán keresztül több szinten is kifejezésre jutnak (speciális beszédlépés-váltások, megfelelő lexikai elemek választása). A konverzáció intézményét tekintve a bíróságok, iskolák, orvos - beteg interakciók számos újkeletű, a korszerűsödés irányába mutató változáson mentek keresztül. Az intézményi kommunikációhoz képest a köznapi társalgás határai viszonylag stabilak. Az írók gondolatait több száz évvel később is értjük. Stabilitásán túl a hagyományos konverzáció rengeteg szabályt és gyakorlatot vesz figyelembe, amelyek minden elképzelhető formában a szociális célok megvalósítását szolgálják.

Az intézményi interakció ezzel szemben általában az interakciós gyakorlat redukált formája (Drew - Heritage 1992). Amint Atkinson 1982-ben megállapította, a redukciók (valamely dolog visszavezetése alapvetőbb dologra) és specifikációk (részletezés, felsorolás) bizonyos kényszert jelentenek a laikusoknak (Atkinson 1982).

Ahhoz, hogy az intézményi beszéd egyediségének dimenzióihoz eljussunk, meg kell vizsgálni, melyek a különbségek. Heritage (2004) szerint, az intézményi beszéd magában foglalja a hagyományos konverzáció gyakorlatát is. A különbségeket először Drew és Heritage (1992) rendszerezték, az alábbi kategóriák mentén:

- a; a beszélőváltások rendszere;
- b; az átfogó szerkezeti rendszerek;
- c; a szekvenciák;
- d; a beszélőváltások típusa;
- e; a lexikai elemek kiválasztása.

a; Annak ellenére, hogy az intézményi interakciók során gyakran ugyanolyan típusú beszélőváltással élnek a résztvevők, vannak olyan speciális és szisztematikus transzformációk, amelyek bizonyos intézményi interakciók során fontosak lehetnek. A hagyományos kommunikációban a cselekvéstípus kevésbé függ attól, amit mondunk, amit teszünk, előre meghatározott (Sacks et al. 1974), tehát a beszélgetés kimenetele nem jósolható meg előre. Az intézményi interakció formáiban a témák, közlések és a beszélőváltás rendje világos, előre meghatározott módon történik (Heritage 2004), jó példák erre a viták, szertartások. Az intézményi interakció beszélőváltásaira jellemző, hogy szorosan kapcsolódnak egy hivatalos kimenethez, a szerepek előre kiosztottak, ami korlátozza az beszélők megnyilvánulási lehetőségeit. Az intézmény képviselője gyakran a választ tisztázó személy és nem a címzett (például bíróságokon), ezzel egy bizonyos semlegesség is érvényesül, ami korlátozza az intézmény képviselőjét személyes véleményének kifejtésében. A beszélőváltás szerkezeteit legintenzívebben bírósági párbeszédekben (Atkinson - Drew 1979, Hámori 2006), interjúkban (Greatbach 1988) illetve tantermi kommunikációban (Mc Houl 1978, Mehan 1985, Síklaki 1998) vizsgálták.

b; Az interakciók jellemzője, hogy a közös típusuk miatt van egy átfogó szerkezeti tulajdonságuk (Heritage 2004). A mindennapi társalgás esetében ez a szerkezeti tulajdonság a helyhez kötött, speciálisan megjelölt tevékenységek tartalmában nyilvánul meg, például nyitások - zárások (Schegloff - Sacks 1973, Button - Casey 1984, Button 1987, Schegloff 1968, 1986). Ezek hiánya észrevehető a témák nyitásánál.

A szerkezeti rendszer az intézményi interakciók során is a tevékenységek összetevőitől függ, amelyek egy speciális rendszerben rendeződnek el.

Heritage ennek igazolására a segélyhívások szerkezetét említi, amelyet Zimmerman kutató (1984, 1992). Ezek a speciális interakciók mindig a nyitás, kérés, kérdező sorozatok, válasz, zárás epizódjait foglalják magukba, speciális célt tartalmaznak, szerkezetileg a kérdés-válasz típusú szomszédsági párok jellemzőek rájuk. A hosszabbaknál a hívó úgy kezdeményez, mintha narratívát akarna szőni (Zimmerman 1992) - az interrogatív sorozatok kiterjedtebbek és problematikusak (Whalen et al. 1988, Zimmerman 1992, Tracy 1997, Whalen - Zimmerman 1998). További példaként említhetjük az akut ellátásbeli orvos-beteg párbeszédet, amelyek szerkezete szintén erősen strukturált (Byrne - Long 1976, Robinson 1998, 2001, 2003), bár ez a szerkezet sokkal összetettebb, mint a segélyhívások szerkezete és szubjektív elemeket is tartalmaz. Az orvos- beteg párbeszédben a nyitás és zárás között sor kerül a panaszok bemutatására. Heritage korábbi kutatásokra támaszkodva a beteg (Ruusuvuori 2000, Robinson - Stivers 2001, Robinson - Heritage 2008) és az orvos (Maynard 1996, Stivers 1998, Heritage - Stivers 1999, Stivers et al. 2003) magatartását vizsgálva megállapítja, hogy a párbeszéd teljes szerkezetét eszköznek tekinthetjük az interakció előre mozdítása céljából.

c; Heritage megállapítja, hogy a szekvenciák szerkezetén keresztül lehet a témákat és cselekvéstípusokat központilag kezelni (Heritage 2004).

d.; A beszélőváltás típusainak rendszerezésekor figyelembe kell venni, hogy az intézményi interakciók során általában magasan képzett, tapasztalt intézményi képviselő beszél laikussal (Heritage 2004). Fontos az is, hogy a beszélőváltás-típusok analízise összetett (Robinson 1998). Az egyes típusok összehasonlítási alapjául a kérdéstípusok (például orvos – beteg kommunikációban optimalizált kérdések „Apja él?”), az intézményes jelleg és a szekvenciális szerveződés szolgálnak.

e; A lexikai választás azt jelenti, hogy a választott szavak egy bizonyos interakciós irányvonalat követnek, illetve az alternatív lexikai megfogalmazások ugyanazon célállapotról hivatkoznak, például az én vagy mi személyes névmások használata azt jelenti, hogy a képviselő az intézménye nevében beszél.



Heritage (2004) említi még az intézményes eufemizmust, ami azt a célt szolgálja, hogy csökkentse a lehetséges konfliktust és egyetnemértést. Drew és Heritage (1992) felhívják a figyelmet az idő és a mennyiség megfogalmazásának visszatérő nehézségére, például orvos-beteg párbeszédben a „Dohányzik? Mennyit?” – nem optimalizált kérdések. Összefoglalva a lexikai választás komplex nézőpont és nagy hatással van a befogadóra.

Az intézményi beszéd szekvenciális szerkezetében és semleges hangvételében illetve a kérdésfeltevés speciális szerkezetében különbözik a hagyományos kommunikációtól. Ezen elvek érvényesülnek a bírósági (Atkinson - Drew 1979, Drew 1992), a mediációnál (Garcia 1991, Greatbach - Dingwall 1989) és az osztálytermi interakció során (Mc Houll 1978, Mehan 1985). A különbségek leírásával sem dőlt meg Heritage állítása, miszerint az intézményi beszéd és a hagyományos társalgás közötti határok nem rögzítettek, a megkülönböztetés mégis hasznos és megtapasztalható.

## **1.2. Dominancia és aszimmetria az intézményes beszélgetésekben**

Brock és Meer (2004) a dominancia, aszimmetria és hatalom fogalmakat vizsgálta beszélgetéselemzéssel foglalkozó tanulmányokban. Rámutattak arra, hogy e fogalmak használata nem mindig egyértelmű a beszélgetéskutatás szakirodalmában (Brock - Meer 2004). Kutatásaik során arra a következtetésre jutottak, hogy a mindenkori intézményes hierarchia és az intézményes beszélgetésekben érvényesülő, egyenlőtlenségekhez vezető esetleges hatalmi viszonyok sok hatás együtteséből felépülő, heterogén képződmények (Brock - Meer 2004). Interakcióbeli megragadásuk egyes intézményes összefüggésekben olyan rekonstruáló analízis során lehetséges, amely konkrét empirikus anyagon vizsgálja az aszimmetriák meglétét. Az aszimmetriák elemzése metodikailag egy megfigyelési szempont azonosítását feltételezi, ilyenek a beszélés joga, a beszélgetéssel töltött idő, a hangerő, a stílus stb. Az aszimmetria pedig az elemző által azonosított kritériumokra vagy jelenségekre vonatkoztatott kommunikatív egyenlőtlenségként definiálható (Brock - Meer 2004).

A 80-as, 90-es és kétezres évek első évtizedének társalgáselemzési tanulmányai foglalkoznak ugyan a dominancia, hierarchia, hatalom, társalgási aszimmetria, irányítás - irányítottág fogalmaival, azonban részletesen azonban csak kevés mű elemzi őket (Linell - Luckmann 1991, Diamond 1996, Streeck 2002, Brock - Meer 2004, Hámori 2006).

A felek kommunikációja során az egymáshoz való viszonyukat a hierarchikus helyzetük, valamint az egymáshoz való érzelmi attitűdjük adja. A hierarchia meghatározó tényezői: a társadalmi státusz, intézményes rang, a társalgásban játszott szerepek, és a társalgásban, a konkrét szituációban elfoglalt alkalmi pozíció (Hámori 2006:131). Ezek együtt hozzák létre a beszélők közti aktuális, alkalmi hierarchiát, alá- és fölrendeltséget, amit befolyásol a felek egymáshoz való érzelmi attitűdje, így a barátságosság, az együttműködési szándék vagy a távolságtartás, távolságteremtés. A társalgási viselkedés egyrészt tükrözi a beszélők közti viszonyt, másrészt folyamatosan létre is hozza azt (Tolcsvai Nagy 2001, Reményi 1999, Hámori 2006).

A hatalom fogalma egyrészt jelenthet általános, elvont társadalmi hatalmat („macrosociological power structures”, Linell, 1988, „power behind discourse”, Fairclough 1989), másrészt alkalmi, társalgási hatalmat is („power in discourse”, Fairclough 1989, Diamond 1996, Brock - Meer 2004, Hámori 2006). Annak ellenére, hogy a lokálisan, konkrét helyzetben gyakorolt (pl. társalgási) hatalom nem azonos a globális szinthez tartozó hatalommal, többnyire mégis van összefüggés közöttük. A társalgási hatalom irányítást jelent, és a hatalom jelensége, megoszlása a társalgáson belül dinamikus és konszenzus alapján változik, nem köthető csak az egyik félhez (Fairclough 1989, Linell - Luckmann 1991, Hámori 2006).

A dominancia fogalma az intézményes beszélgetés vizsgálatának körében nem egyértelmű, vonatkozhat a beszélő társalgási viselkedésmódjára, irányítására (Günthner – Kotthoff 1992, Hámori 2006), vagy közvetlenül megjelenő társalgási jelenségekre, azok arányaira (Linell - Luckmann 1991), de egyszerre mindkettőre is, amikor valamelyik beszélő globális kommunikációs túlsúlyát jelöli a társalgás egészében (Käsermann 1991, Brock - Meer 2004).

Jelen tanulmány a dominanciát, mint egyszemélyi irányításbeli fölényt használja és a beszélő társalgási viselkedésmódjára, irányítására vonatkozik (Hámori 2006).

Ha valaminek az aránybeli túlsúlyáról van szó, akkor a dominancia az aszimmetria jelenségével rokon kifejezés. Brock és Meer (2004) nyomán az asszimetriát, mint a „hierarchia-, hatalom- és dominanciavonatkozásoktól független semleges megnevezést” használja a tanulmány, amennyiben a társalgás egyes vonatkozásaiban megjelenik bármiféle egyenlőtlenség.

### *1.3. Az intézményes keretek és a dominancia viszonyok hatása az interakció folyamatára*

Az orvos-beteg kommunikáció vizsgálata során arra nézve is végeztek kutatásokat, hogy az intézményes keretek milyen módon határozzák meg és alakítják az interakció folyamatát, miként érvényesül az orvosi dominancia, hogyan jellemezhető megjelenése az interakcióban (Peters 2008). A következő fejezet leírja azokat a speciális intézményes tényezőket, amelyek a dominancia viszonyokat létrehozzák a családorvos – beteg konzultációban.

#### **1.3.1. Térszervezés**

A körülöttünk lévő világban többi embertől való távolságot a hagyományok, viselkedési módok és szerepek határozzák meg. A körülöttünk lévő kör kb. félméternyi sugarú, amelyen kívül igyekszünk a számunkra idegen embereket tartani. Ösztönösen védekezünk, ha valaki ezen belülrre lép. A szakirodalom négy teret különít el (Arnold 1999):

- a; intim tér, mely 20-25 cm-ig terjed.
- b; személyes tér 1-1,5 méterig terjed.
- c; szociális tér 3-4 méterig.
- d; közösségi tér ezen felül.

A családorvosi rendelőben talán az orvos asztala lehet egy ilyen elválasztó határ, mely az orvos fölérendeltségét fejezi ki. A családorvosi rendelőket általában úgy kell kialakítani, hogy az orvos és a beteg között csak minimális távolság és akadály legyen a vizsgálatok miatt. A távolság nem szabad, hogy a beteg intim szférájába kerüljön, de még a személyes térben kell maradnia az orvosnak (Arnold 1999).

Az orvosnak figyelnie kell a tér kialakításánál, hogy a beteg kényelmesen és biztonságban érezze magát panaszainak elmondásakor. Azt tanácsolják, hogy a családorvosok szobái inkább dolgozószobára hasonlítsanak, és ne fehér köpenyben fogadják betegeiket, mert ez által a bizalmi kapcsolat könnyebben kialakul a két fél között (Arnold 1999).

### **1.3.2. A beszédműfaj specialitása**

Az orvos - beteg interakció során figyelembe kell venni az intézményes elvárásokat (anamnézis felvétel) valamint az intézményes kereteket: a két fél közötti hivatalos viszonyt és stílust, az időkorlátot, a helybeli és tematikai kötöttséget.

A családorvosi interjú fázisait (Arnold 1999:193) öt nagyobb egységre bontja:

- a; a téma felvezetése: bátorítás, segítségnyújtás, nyitott kérdések, átvezető fázis kérdései.
- b; a beteg elbeszélésének elősegítése: támogatás, biztatás, együttérzés, konfrontáció, magyarázat, csend.
- c; egy témára való összpontosítás, konfrontáció, reflexió, mélyre hatoló vizsgálódás, magyarázat összegzés
- d; speciális információk gyűjtése: direkt kérdések, igen - nem kérdések, aktuális problémára vonatkozó kérdések, panaszlista.
- e; az interjút lezáró fázis: összegzés, beavatkozási terv.

### **1.3.3. Az intézményes státusz**

Az orvos - beteg interakciókban a beteg általában alacsonyabb ranggal bír, mint az orvos. Az intézményes rang, mellyel az orvos rendelkezik, az intézményes helyzet miatt, társalgás mögötti hatalmat hoz magával (Síklaki 1998, Hámori 2006). Az orvos és beteg párbeszédben a beszédpartnerek jelen kutatásban nem azonos társadalmi státusszal rendelkeznek, intézményesen nem egyenrangúak. Az orvos fölérendelt viszonyban áll a beteggel. A társas távolság viszonylag nagy közöttük, de mivel családorvosról van szó, a találkozások alkalmával ez egyre csökken.

### **1.3.4. Az intézményes és társalgási szerepek**

Az orvos-beteg interakcióban a következő intézményes és társalgási szerepek különíthetők el: családorvos, akut beteg és asszisztens.

a; családorvos

A családorvoslás az orvostudomány egyik szakága. Több elnevezés használatos a hétköznapokban: általános orvos, házi orvos, körzeti orvos és családorvos. A családorvos elnevezés jelen kutatásban azért használható, mert falusi házi orvosi rendelőről van szó, ahol az egész család ellátását végzi az orvos. A problémákat a család oldaláról igyekszik megoldani, a családot a gyógyítás eszközének tekinti. Az ebben a szakágban dolgozó orvosoknak valamennyi klinikai szakágból például: orr – fül - gége, belgyógyászat stb. olyan mértékű tudással kell rendelkeznie, hogy munkáját hatékonyan el tudja látni. Munkájában fontos a csapatmunka, feladatköre komplex, nagyobb a felelőssége, mint a városi családorvosoknak, munkaideje napi 24 óra, a körzetben gyermek- és felnőtt-ellátás folyik (Arnold 1999).

b; akut beteg

Jelen kutatás az akut panaszokkal érkező páciensek interakciójának elemzésével foglalkozik. A családorvosi praxisokban az akut panaszok orvoslását igénylő páciensek száma naponta a legkevesebb, mégis ezek gyógyítása számít a legkritikusabb területnek. Az akut betegségek napi szintű szakmai kihívást és vizsgát jelentenek a családorvosoknak. Az akut esetekben a családorvos célja az egészség, panaszmentesség visszaállítása, az állapot rosszabbodásának megakadályozása és az életmentés. A családorvos feladatát jelen betegségtípusoknál a következők határozzák meg: a panasz probléma, betegség jellege, az állapot közvetlen vagy közvetett életveszélyt jelentő volta, az ellátás helye (rendelő vagy beteg lakása), ellátás körülményei és feltételei, a panaszok fennállásának időtartama, súlyossága (Arnold 1999).

Nemegyszer akut eset orvoslása során kívüli ellátást is jelent. Természetesen a családorvos és a beteg másképpen ítéli meg az akut betegséget. A beteg panaszának megítélése és az orvoshoz fordulás várakozási ideje függ a panaszától, egyéni tűrőképességétől és környezetétől. Ugyanazon betegséggel egyik beteg csak pár órát vár, míg másik napokkal vagy hetekkel később fordul orvoshoz.

Ha a beteg felkeresi az orvosát, bármely két előbb említett idő elteltével azonnali ellátást igényel. Több felvilágosult páciens már előre felállított diagnózissal és gyógyszerszándékkal érkezik a házi orvoshoz.

Ez szinte azonnali védekezésre kényszeríti az orvost, negatív viselkedést vált ki, még akkor is, ha jogos a panasza és sürgős betegellátást igényel. Az orvos a célirányos kérdésekkel valamint a fizikális vizsgálat segítségével felállítja a diagnózist a beteg állapotáról. Az akut betegségek ellátásának pozitív kimenetele attól függ, hogy az orvosnak van-e tudatos és kidolgozott betegellátási stratégiája.

A társas kapcsolatokat a felek egymáshoz való hatalmi viszonya határozza meg: milyen az alá- vagy fölérendeltségi viszonyuk, egyenrangúak-e, mekkora közöttük a rangbeli különbség. Ezek a tényezők határozzák meg azokat a kereteket is, amelyek megalapozzák és előírják a szóbeli viselkedés normáit. Ezek a keretek azonban nem merevek, még a látszólag merev társadalmakban vagy intézményekben sem, inkább akut tárgyát képezik a felek adott helyzetben érvényesülő céljainak, érdekeik ezeknek megfelelően módosíthatóak (Hámori 2006).

### **1.3.5. A mennyiségi mutatók**

A dialógusok elemzésénél figyelembe kell venni mennyiségi arányokat. A beszédmennyiségbeli dominancia általában az adott személy irányításbeli dominanciáját is jelenti. Linell és társai (Hámori 2006:144) szerint a társalgás egésze egy olyan interakcionális tér, amelyet a társalgásban résztvevő felek megosztanak egymás között és ennek kiterjedése megegyezik a résztvevők viszonyával. A beszédmennyiség tehát alá van rendelve az beszélgetés irányításának. Az egyik fél alacsony részvétele az interakcióban nem egyértelműen jelent alárendeltséget vagy háttérbe szorítottságot, hanem a támogatás vagy ellenállás jele is lehet. A mennyiség kapcsán több dolog is mérhető: beszédmennyiség, résztvevők által mondott szavak száma, a beszédlépések száma (Hámori 2006).

## **1.4. Az orvos - beteg kapcsolati modellek**

### **1.4.1. A narratív és interrogatív stílus**

Az elmúlt évtizedekben az orvos és a beteg közötti viszonyt és annak változását több pszichológiai, orvosi és nyelvészeti munka állította kutatásának középpontjába. A vizsgálatok azt támasztják alá, hogy az orvos - beteg között lévő kapcsolat jellege és a kezelés során alkalmazott kommunikációs stílus nagymértékben befolyásolja a terápia hatásosságát és eredményét. Az 1960-as évektől kezdve jelennek meg a nemzetközi és hazai szakirodalomban az empirikus felmérések eredményei (Lennard - Bernstein 1960, Hidas - Buda 1968, Harmatta 1975). A korai empirikus kutatások mellett orvos - beteg kommunikációt leíró modellek is keletkeztek, amelyek a folyamatot különböző szempontok alapján írták le. Ezeknek a modelleknek a közös pontjait összefogva a Kalamazoo-egyezmény hét fő kommunikációs lépcsőfokban határozza meg az orvos – beteg interakció szakaszait: kapcsolatépítés, a beszélgetés megkezdése, információgyűjtés, a beteg nézőpontjának a megértése, az információ megosztása, közös megegyezés a panaszokkal és a kezelési tervvel kapcsolatban, a beszélgetés befejezése (Boronkai 2014).

A speciális kommunikatív funkciók jelentőségét a bio – pszicho - szociális anamnézis számára nem csak a nyelvészeti vizsgálatok, de a klinikai beszélgetéskutatások is felismerték (Koerfer et al. 2009). Az „evidence based medicine” mintájára, manapság egy „narrative based medicine” mellett is elhangzanak érvek. Ez utóbbinak híd szerepet tulajdonítanak az orvos és beteg közti kommunikációs információcserében (Koerfer et al. 2009:133). Az orvostudomány ilyen „narratív” jellegű irányultsága mellett szól az elbeszélés kommunikációs formájának hétköznapisága, amely fontosabbnak tűnik az interrogatív interjústílusnál. (Demeter 2005, Koerfer et al. 2009:133).

A levensteini kijelentés a kommunikációs gyakorlatban azt jelenti, hogy az orvos interrogatív interjústílusával legjobb esetben is fragmentált válaszokon keresztül egy betegségtörténetről hall, míg a narratív interjústílus a beteg saját betegségtörténetének elbeszélését segítheti elő.

Aktív hallgatóként pedig megragadja azokat a különbségeket, amelyeket a beteg szavain keresztül fogalmaz meg, például esemény és élmény, külső és belső világ, történeti és narratív igazság, anonimitás és intimitás, racionalitás és emocionalitás, objektív és szubjektív jelentés/idő között (Koerfer et al. 2000).

A narratív irányultság különleges kommunikatív kompetenciát kíván az orvosoktól: a beteg elbeszélésének elicitálását, az elbeszéléskor a kooperációt, és befejezésül az elbeszélés beteggel együtt történő kiértékelését. Ezeket az intervenciós formákat hosszas és fáradságos munkával lehet elsajátítani, gyakran a hagyományos anamnézis felvétel szellemében megvalósuló rutinszerű cselekvések akadályaiba ütközve. A következő táblázat e két stílus jellemzőit tartalmazza.

### 1. számú táblázat: Tudósítás és Narratív stílus

		<b>Tudósítás</b>	<b>Narratíva</b>
<b>1</b>	<b>Tárgy</b>	események	élmények
<b>2</b>	<b>Hatáskör/terület</b>	külső világ	belső világ
<b>3</b>	<b>Érvényesség</b>	történeti igazság	narratív igazság
<b>4</b>	<b>Idő / jelentés</b>	objektív	szubjektív
<b>5</b>	<b>Nyelvezet</b>	személytelen, absztrakt kifejezések, függő beszéd	személyes, metaforák, direkt beszéd
<b>6</b>	<b>Értékelés</b>	racióális	emocionális
<b>7</b>	<b>Kapcsolat</b>	anonimitás	intimitás
<b>8</b>	<b>Funkció</b>	betegség - történet	Beteg - történet
<b>9</b>	<b>Téma</b>	bio-medikális	bio-pszicho-szociális
<b>10</b>	<b>Igény</b>	szolgáltatás	kooperáció

Az ilyen jellegű rutin cselekvések egyik típusa Labov és Fanshel 1977-ben használt fogalmainak értelmében az a cselekvés, amikor a „patient’s event”-ből (betegközpontú esemény). közvetlenül „doctor’s event”-re (orvos központú esemény) vált az orvos(Oleson 2004:194, in: Koerfer et al. 2009:139). Az emocionális témák azonban nem bárhol és bármikor „lehívhatóak”. Egyszeri, interaktívan létrejövő lehetőségekről van szó a beszélgetésekben, amelyekkel „ott helyben” kell élni. Az orvos azáltal, hogy radikálisan megváltoztatja a beszélgetés témáját, visszaminősíti a beszélgetés relevanciáját.



## 1.4.2. Kapcsolati modellek és döntéshozatal

Az orvosi döntéshozatal különösen is próbára teszi az orvos kommunikatív kompetenciáját, mivel orvosként meg kell felelnie szakértői szerepének, anélkül, hogy a beteget laikus szerepében kiskorúsítaná. A bizonyítékokon alapuló orvoslás követelményei olyan strukturális feltételeket teremtenek, amelyek korlátozzák mindkét partner döntési szabadságát (Lauerbach - Schrappe 2001). A bizonyítékokon alapuló orvoslásban a döntéshozatalnak a mindenkori speciális kórképhez tartozó előírások alapján kell történnie (Herpertz et al. 2003, Albus et al. 2005, Albus 2006).

A betegek részvételének lehetőségei és határai az orvosi döntéshozatalban a különböző orvos - beteg kapcsolati modellek döntéshozatali modellként való továbbgondolásával írhatók le. Elwyn, Edward, Kinnersley 1999 didaktikai megfontolások alapján redukálta a sokféle kapcsolati modellt egy három pontból álló modellre, amelynek középpontjában a közös döntéshozatal, két szélső pontján a paternalisztikus ill. a fogyasztói modell (Pilling 2008) illetve fogyasztói alapú stílus (Lázár - Túry 2009) áll. A 2. táblázat az orvosi döntéshozatal modelljeit mutatja be.

### 2. számú táblázat: Információ, döntés és felelősség a három kapcsolati modellben (Koerfer et al. 2000:138) nyomán

	<b>Paternalizmus</b> /Pilling: paternalisztikus modell, Lázár, Túry: paternalista v. autokrata stílus/	<b>Kooperáció</b> (shared decision) /Pilling: kölcsönösség modellje, Lázár, Túry: a megosztott döntéshozás stílusa/	<b>Szolgáltatás</b> (informed choice) /Pilling: fogyasztói modell, Lázár, Túry: fogyasztói alapú stílus/
<b>Információ</b>	Monologizáló információ közvetítés, recepció	Dialogizáló információ csere, tudásközvetítés és megértési folyamat	Tudás megszerzése/információszerzés, interrogatív: kérdés-válasz minta alapján
<b>Döntés</b>	Orvosi választás után rendelkezés, elrendelés	Javaslatok, bizonyítékokon alapuló alternatívák kiértékelése, megtalálása, diskurzus→meggyőzés	Kereslet-kínálat, reklám és szerződés manipuláció→rábeszélés
<b>Felelősség</b>	Idegen kontroll egészen a beteg teljes függőségéig az orvostól	Mindkét fél autonómiájának megtartása mellett, kölcsönös bizalmon alapuló közös kontroll	Orvosi autonómia elvesztése, beteg önkontrollja egészen az önfejűségig, az orvos teljesen a betegnek adja át a felelősséget

Koerfer metakompetenciának nevezi az orvos azon képességét, amellyel kommunikatív, ad hoc jelleggel, a beteg aktuális igényeinek megfelelően cselekszik, illetve a beteg potenciális igényeit aktivizálni tudja. A beteg igényei életkorától, nemétől, képzettségétől, illetve betegségének jellegétől, súlyosságától és lefolyásától függően, különbözőképpen alakulhatnak (Kuprat et al. 1999, McKinstry 2000, Klemperer 2005, Koerfer et al. 2009).

A beteg igénye az orvosi döntéshozatalban való részvételre, szintén gyakran megbeszélés tárgya lesz, amelynek kimenetele bizonytalan. A betegek preferenciái nem a priori módon adottak, ezért nem is lehetséges őket egyszerűen csak kérdésekre válaszolva közölni, hanem az orvossal folytatott beszélgetés során sorban egymás után bontakoznak ki, alakulnak ki és fogalmazódnak meg.

Összességében meg kellene szüntetni az „orvos központú” ill. „betegközpontú orvoslás” fogalmának használatát, a „dialógus központú” orvoslás fogalmát alkalmazva inkább (Oleson 2004:194, in: Koerfer et al. 2009:139).

A dialógus-központú döntéshozatal új iránya, a terminológiában történő váltással is megvilágítható: olyan tradicionális fogalmak, mint a „compliance” (beteg együttműködése) vagy „adherence” (terápiahűség) relativizálódtak a „cooperation” (együttműködés) és „concordance” (kölsönös megegyezés) fogalmak használatával (Pollack 2005, in Koerfer 2008: 139).

A „dialógus központú orvoslás”-ban orvos és beteg ugyan nem egyenlő, de egyenlő jogokkal bíró felekként találkoznak, akik a dialógusban, elviekben szimmetrikus részvételi feltételekkel rendelkeznek (Koerfer et al. 2009: 139). A részvétel lehetőségével a mindenkori specifikus egyéni, illetve professzionális céloknak megfelelően lehet élni, egészen a konfliktusig elmenve, vagy egyet nem értés esetén a kommunikáció megszakításáig, utóbbi azonban csak egy olyan folyamat végén állhat, amelyben a felek egymás megértésére már komoly kísérletet tettek (Koerfer et al. 2009). Koerfer felhívja a figyelmet arra, hogy a beteg részvételét a párbeszédben ne valamilyen naiv szimmetria fogalom alapján mérjük (Koerfer 1994, 2005a). A szakember és laikus interakciós szerepek aszimmetriája elvben nem feloldható. Fontosabb különbséget tennünk funkcionális és diszfunkcionális aszimmetria között, és az empirikus kommunikáció-elemzésekben ezeket azonosítani kell.

Az orvos és beteg között semmiképpen sem a „hatalom felezéséről” van szó, a beszélgetésben való részvétel megfelezéséről, vagy a részvétel lehetséges típusainak/formáinak (hallgatói jelzések, kérdések, válaszok) egyenlő eloszlásáról. Az, hogy az egyik fél mesél, a másik pedig többé-kevésbé aktívan odafigyel és hallgat, funkcionális aszimmetria.

Nem elvárás, és nincs is értelme, hogy a két partner ténylegesen ugyanannyit beszéljenek és hallgasson, kérdezzen és válaszoljon, informáljon és visszakérdezzen, javasoljon és egyetértsen. A dialógusban lévő szimmetria (Koerfer et al. 2009) az orvosi gyakorlatban azt jelenti, hogy orvos és betege megközelítőleg azonos lehetőségekkel bír a kommunikáció releváns témáinak és céljainak meghatározásában, illetve az ezekhez szükséges kommunikatív eszközök megválasztásában. Koerfer ennek kapcsán felhívja arra a figyelmet, hogy a beteg választási lehetősége (a diskurzusetika elveinek megfelelően) elméletileg a kommunikációról való lemondáshoz is felhasználható, például ha a beteg valamilyen információt „jó okból” (nem-tudáshoz való jog) nem akar hallani/tudni.

A „dialógikus elv” kölcsönös elfogadása megkérdőjeleződik az orvos - beteg kommunikációban azokban az esetekben, amikor empirikus elemzéssel bizonyos kommunikációs formák (közbevágás, bagatellizálás, rendreutasítás stb.) - stratégiai nyelvhasználatként (Habermas 1981) - dominánssá kezdenek válni és ezzel a funkcionális aszimmetriát diszfunkcionális aszimmetriává alakítják át. Koerfer (2004) megkülönbözteti a „stratégiai cselekvés” és „kommunikatív cselekvés” fogalmát, amelyek a döntéshozatallal kapcsolatos kommunikációban egy spektrum két végpontját jelentik. A stratégiai kommunikációval a beteget rövid úton el lehet némítani. Ilyen stratégiai cselekvés például az olyan témaváltás, amely aszimmetrikus verbális cselekvésként, a beteg további információ- és kommunikáció-igényét csírájában elfojtja. A kapcsolati modellek szempontjából megfogalmazva, ebben az esetben az autoriter paternalista modell egy extrém variációjáról van szó. Stratégiai cselekvés további példájaként említi Koerfer (2004) az ún. „relevancia visszaminősítést”, amelyet rutinszerűen elhárításra alkalmaznak az orvosok. Az orvos ezekben az esetekben ignorálja a beteg által elmondottakat, az empátia teljes hiányát mutatva.

A kapcsolati modellek szempontjából ezekben az esetekben a paternalisztikus modell egy redukált változatáról beszélhetünk, ahol az „atyai” szerepkörből az autoritás és a szaktudás minden mást megelőzve, válnak fontossá.

A kapcsolati modellek másik végpontját képező fogyasztói modellben (Pilling 2008) a betegek az orvost szolgáltatónak tekintik. Megfelelő kommunikatív kompetenciát igényel, hogy az orvos kimozdítsa betegét erről az álláspontjáról. Koerfer (2004) kétféle kommunikációs technikát említenek ezzel kapcsolatban tanulmányukban: az orvos a betegből „kicsalogathatja” motivációjának megfogalmazását, például pontosító kérdéssel: „Miért akarja ezt?”.

A beteg állapotával kapcsolatban megélt esetleges nehézségeinek előzetes megfogalmazásával/anticipálásával pedig „kicsalogathatja” betegéből az életminőségével kapcsolatos tapasztalatainak elmondását/megfogalmazását. Ebben az esetben az orvos részéről tulajdonképpen a beteg megelőző megértéséről beszélhetünk. Intervenciójával lehetősége nyílik az objektív tények mellett, esetlegesen, a beteg belső világát is megismerni.

Az anamnézis felvétele ilyen biográfikus - narratív módszerrel megvalósuló folyamat, amelyben - az eddigi élettörténet csakúgy, mint a beteg jövővel kapcsolatos elképzelései helyet kapnak – a beteg kezdetben fogyasztói hozzáállását kooperatív viszonyra alakíthatja az orvos (Koerfer et al. 2008).

### **1.5. A konverzációelemzés rövid története**

A beszélt nyelv vizsgálata meglehetősen régi hagyományokra tekint vissza, amelyek elsősorban a nyelvtani szerkezeteket kutatták. A kommunikatív irányultságú elemzések idővel, fokozatosan fejlődtek ki.

A konverzáció - vagy beszélgetéselemzés a 70-es évektől Amerikában, majd Európában - „(nyelvészeti) konverzációanalízis” (conversation analysis, Konversationsanalyse, magyarul konverzációelemzés) néven – az egyre nagyobb népszerűségnek örvendő amerikai konverzációelemzés alapján jött létre, és az etnometodológia módszerét alkalmazza (Iványi 2001).

Kutatásainak alapvető célja annak ábrázolása, hogy a beszélgetőpartnerek hogyan hoznak létre a beszélt nyelv szabályozottsága alapján, a szabályrendszer elemei segítségével szituációkat, s ez által hogyan reprodukálnak bizonyos értelemben vett absztrakt intézményesült formákat.

A konverzációelemzés beszélgetések vizsgálatával olyan törvényszerűségeket és szerkezeti mechanizmusokat próbál kimutatni, amelyekkel azt a feltételezését akarja alátámasztani, hogy a beszélt nyelvhasználat bizonyos szabályokat követ. Ez a rend megnyilvánul a nyelvi strukturáltságban, a nyelv és a magatartás összefonódásának specifikus jellemzőiben (a beszélgetés interaktív, szekvenciális felépítése, a beszélőváltásnak és a hibajavításoknak a mechanizmusa, amelyben a verbalizáció látszólag egyéni zavarai, mint a beszéd folyamatát megtörő szünetek, akadozások, bizonytalanságok, ismétlések, javítások), valamint a metadiszkurzív és szupraszegmentális elemek is helyet kapnak benne.

A konverzációelemzés nem a hagyományos nyelvtudományból ered, hanem egy új szociológiai diszciplína, a nála kb. 10 évvel korábban keletkezett etnometodológia (képviselői: Talcott Parsons, Harold Garfinkel, Aaron Cicourell) egyik ágának, az etnometodológiai konverzációelemzésnek a továbbfejlődése.

Az etnometodológia, a 60-as évek amerikai szociológiájának egyik kutatási programjaként azokkal a módszerekkel foglalkozott, melyek segítségével a társadalom tagjai hétköznapi cselekvéseikben a szociális valóságot és rendet létrehozzák (Streeck 1987). Gyökerei részben az észak-amerikai antropológiai és a német szociológiai elméleti hagyományokra vezethetők vissza.

Az etnometodológiának mint a konverzációelemzés alapjának, két célja van: először is azt kívánja megmutatni, hogy mit tesz az ember hétköznapi életében „ügyei intézésekor”, mit tud, és mit feltételez ennek mechanikájáról, milyen módszerekkel, mindennapi gyakorlati technikákkal és mechanizmusokkal jön létre s magyarázható a szociális valóság. Másrészt azt kívánja szemléltetni, hogy a cselekvők aktívak, tetteiket maguk szervezik, s ez által értelmet adnak azoknak, ahelyett, hogy előre meghatározott alternatívák szerint cselekednének.

Az etnometodológiai konverzációelemzés során a kutatások tárgya általában a természetes közegben zajló, spontán hétköznapi kommunikáció, amelyet a kutatók rögzítenek, és transzkripcióval nyelvi elemzésre alkalmassá tesznek.

A hatvanas évek végén kialakultak az etnometodológia egyes irányzatai, és a hétköznapi beszélgetések – a nyelvi cselekvés és interakció – jelenségeinek elemzése „conversation analysis” elnevezés alatt vált ismertté, amely kutatási irányzat központi programadó kérdésfeltevését az etnometodológiától kölcsönözte: „hogyan állítanak fel a résztvevők egy bizonyos lokális rendet, [...] mely eszközökkel hozzák létre az érdekeltek az interakció rendezettségét, értelmezik saját és partnerük viselkedését ennek a rendnek a szempontjából, illetve hogyan juttatják kifejezésre ezt az értelmezést” (Schegloff – Sacks 1973: 290, Kallmeyer 1988: 1097, in Iványi 2001:75).

Az etnometodológiai konverzációelemzésből kifejlődő nyelvészeti konverzációelemzés képviselői (Crystal 1987, Lewandowski 1990, Pléh – Síklaki – Terestyéni 1997, Reményi 1999, Dausendschön - Gay 1999, Iványi 2001, Ten Have 2005, Hutchby – Wooffitt 2006) a beszélt nyelvi társalgásoknak, párbeszédnek sajátos – a beszélgetés szerkezeti mechanizmusából eredő - törvényszerűségeket tulajdonítanak. Az új nyelvészeti diszciplína a verbális interakció szerkezetét tehát egyszerű empirikus módon, természetes hétköznapi beszélgetések rögzítésének és elemzésének segítségével vizsgálja.

A konverzációelemzés kutatói tehát vizsgálati anyaguk, a hétköznapi beszélgetés rendezettségét feltételezték, és azokat a módszereket szerették volna feltárni, amelyeket a nyelvi interakció résztvevői követnek, amikor beszélgetőpartnerük viselkedésére reagálnak (Bergmann 1988: 3, Schegloff 1979:281, in Iványi 2001:75).

### **1.5.1. A konverzációelemzés módszere**

A konverzációelemzés a korábbi irányzatokkal ellentétben elsősorban a beszélgetés létrejöttének folyamatát kutatja, és arra helyezi a hangsúlyt, hogy mit mondanak, és azt milyen szabályszerűségek alkalmazásával teszik.

A konverzációelemzés művelői abból a feltevésből indulnak ki, hogy a beszélgetés olyan – a nyelven belül független – terület, amely az írott nyelvvvel szemben saját törvényeit követi.

A szabályok vizsgálata során a kutatások feltárták azokat az univerzális tulajdonságokat, amelyek minden beszélgetés jellemző vonásaiként megjelennek (Deppermann 2001):

- a beszélgetések a partnerek aktív, alkotó tevékenysége során keletkeznek, annak eredményei;
- olyan időben zajló események, amelyek a partnerek aktivitásának egymásutániségában jönnek létre;
- a felek interaktív tevékenységének eredményei;
- a partnerek tipikus, kulturálisan elfogadott módszereket használnak a beszélgetés szervezésében;
- a beszélgetés egyéni és közös célokat követ, s ezek eléréséhez problémákat old meg.

A konverzációelemzés a formális jellemzőktől, korlátozottságoktól mentes, szóbeli, hétköznapi beszélgetést vizsgálja, mert a többi kommunikációs típushoz képest ez a legelterjedtebb, és ebből a formából lehet eljutni más formákhoz, amelyekből vissza lehet térni ehhez (Streeck 1983, Bergmann 1988, Iványi 2001).

A hétköznapi beszélgetés természetes környezetben zajlik, anélkül, hogy megtervezték volna és a beszélgetés résztvevői is átlagos– bár különböző tudású, foglalkozású és intelligenciájú – emberek. „Míg a szociológusok azt vizsgálják, hogyan viselkednek, a beszédelemzők azt, hogy mit mondanak” (Schegloff 1979:282, in Iványi 2001:76).

A konverzációelemzés képviselői a beszélgetést olyan folyamat eredményeként kialakuló entitásnak tekintik, amely a felek interakciójában lépésről lépésre jön létre. A beszélgetés létrejöttéhez azonban szükség van számos feltétel teljesülésére, így például a beszélgetőpartnerek együttműködési szándékára, a személybeli, valamint a tér és az időbeli vonatkozások közös ismeretére és a beszélgetés időbeli sorrendjének megszervezésére. Az így létrejövő dialógusok egy nyelvi interakciós folyamat elvei és szabályai szerint épülnek fel, ennek megfelelően fő jellemzőik, amelyek az írott szövegektől is megkülönböztetik, a következők (Iványi 2001:76):

- szorosan kötődnek a beszélőváltás egységeihez, a beszédlépésekhez;
- soha nem lépnek fel elkülönülten, csak a mindenkori helyzet által meghatározott kontextusokban;

- létrejöttüket nagymértékben meghatározzák a megelőző nyilatkozatok, maguk pedig a szekvenciális implikáció révén a következő nyilatkozatokat készítik elő;
- a mindenkori befogadóhoz, s annak igényeihez szabottak;
- tele vannak „hibákkal” és javításokkal;
- csak bennük jelennek meg a verbalizációs folyamat bizonyos ismertetőjegyei, valamint egyes partikulák és kérdéstípusok.

A konverzációelemzés módszertanával kapcsolatosan elmondható, hogy a kutatás fő irányát három elemző perspektíva határozza meg. Az ún. klasszikus konverzációelemzés elsősorban a beszélgetéseknek csupán a felszíni struktúrákban megragadható általános törvényszerűségeit írta le, rendezte. A mai kutatás elsősorban már arra irányul, hogy az interakció konkrét feltételei mellett milyen cselekvési lehetőségei vannak az egyénnek, és hogyan használja fel az interakciót létrehozó strukturáló elemeket cselekvése céljának elérésére. A legújabb kutatások már arra keresnek választ, hogy konverzációelemzés módszere szolgálhat-e új eredményekkel az egyes társadalmi csoportok kommunikációs stílusának leírását alkalmazva.

### **1.5.2. A konverzációelemzés alkalmazási lehetőségei az orvos-beteg kommunikáció kutatásában**

A konverzációelemzés fenti irányzatai közül az orvos - beteg kommunikáció kutatásában a klasszikus interakció-elemzési módszerek használata mutatkozik eredményesnek. A nemzetközi szakirodalomban már a '80-as évek közepétől kezdve jelen vannak azok az empirikus kutatások, amelyek az orvos - beteg kommunikációt a konverzációelemzés eszközeivel vizsgálják (Frankel 1983, 1985, Heath 1982, 1986). A kutatások elsősorban az alapvető és általános orvosi ellátások körében folytak (Maynard - Heritage 2005, Heritage - Maynard 2006), de az egészségügy olyan speciális területeire is kiterjedtek, mint a sürgősségi ellátás (Mondada 2003) vagy az AIDS-betegek vizsgálata (Peräkylä 1995, Silverman 1997). A vonatkozó hazai szakirodalomban számos olyan vizsgálatot találunk, amely a konverzációelemzés valamely szempontját is alkalmazza egy komplex kutatás részeként.

Napjainkban pedig egyre nő az olyan kutatások száma, amelyek a konverzációelemzést átfogó módszertani keretként alkalmazzák a családorvosi vagy kórházi kommunikáció kutatásában (Kuna - Kaló 2012, Hambuch 2014, Kráncz 2015).



Jelen kutatásban az elemzés fókuszába a szekvenciális rendezettség egyes szempontjai, a beszédlépések (fordulók) hossza és szerkezete, illetve az együttbeszélések kerülnek.

### **1.5.3. A beszédlépések**

„Az interakció alapegysége az úgynevezett ”(beszéd) lépés” (Iványi 2001:77), német nyelvterületen „Redezug” vagy „Redebeitrag”, az angol nyelvű szakirodalomban pedig „turn”, néven ismert fogalom. A magyar szakirodalomban ismert még a forduló elnevezés (Tolcsvai Nagy 2006:83, Hámori 2006:132, Boronkai 2009:73) Jelen kutatásban a társalgások alapvető szerkezeti egységeinek leírásakor beszédlépés elnevezés kerül alkalmazásra.

A beszélőváltás rendje a beszélgetések folyamán biztosítja, hogy a beszélők ne egyszerre beszéljenek, és egyáltalán ne, vagy csak kevés hézag keletkezzen megnyilatkozásaik között. Az interakció alapegysége a beszédlépés/ forduló (turn), amelyben az aktuális beszélő a megszólalás lehetőségével él. Egy interaktortól származik, és gyakran tartalmaz többféle típusú megnyilatkozásokat, amelyeket a beszélő úgy alkotja, hogy közben a szót magánál tartja. (Boronkai 2009:73). A beszélőváltás, a szóátadás, - átvétel előre meghatározott szabályok szerint egy lehetséges váltási ponton, átmeneti relevancia-helyen történik. A beszédlépés váltások olyan meghatározott rendszert alkotnak, amely szabályozza a beszélgetés lebonyolítását, meghatározza tehát a nagyobb szünetek nélküli beszédátadást és a következő lehetséges beszélőváltás idejét, helyét és beszélőjét. A beszélőváltás rendje meghatározza a következő lehetséges váltás helyét (Iványi 2001:77), ahol az aktuális beszélő megnyilatkozása(i) lezárulnak és átveheti a beszéd jogát a következő beszélő. A váltásra alkalmas helyet az aktuális beszélő a megnyilatkozása végén jelzi. A konverzációelemzés azon átmeneti területeket is vizsgálja, ahol a két beszélő megnyilatkozásai között szünetek vannak.

A következő beszélő kiválasztása a beszélőváltás rendjének szabályai alapján történik. A beszéd jogának megszerzése vagy odaítélése egy váltásra alkalmas helyen történhet (Boronkai 2009):

- a; külválasztással - az addigi beszélő választja a következő beszélőt);
- b; önválasztással/belválasztással: ha nem történik külválasztás az egyik beszélő magához ragadja a beszéd jogát;

- c; ha sem külválasztás, sem önválasztás nem történik, akkor az aktuális beszélő folytatja beszédlépését;
- d; átfedő megnyilatkozásokkal, melyekben a beszédjog megszerzése is megvalósul;
- e; kérdések hatására megvalósuló beszédlépésváltások;
- f; szünetek következtében kialakult hezitálások és töltelék elemek használatával;
- g; közös mondatalkotással, melyben a hallgató kiegészíti a megkezdett mondatot és magánál tartja a szót, kihasználva a beszélő hezitációja következtében kialakult szünetet.

A mindenkori beszélőváltást megkönnyíti a beszédlépés szemantikája, szintaktikai felépítése és intonációs jellemzői, a beszélőváltások szerkezete mégis alárendelt bizonyos nyelvtantól független korlátozásoknak (Iványi 2001). Ilyen interakciós feltétel például, hogy a mindenkori beszélő, amint lépése lezárult, elveszítheti a beszédhez való jogát.

A beszédlépés határának kitolásához több nyelvi eszköz kapcsolódhat, lehetséges például egy mellékmondat beékelése. Így egy bővített beszédlépés jön létre, amelyhez természetesen szükség van a másik beszélő beleegyezésére is. A mindenkori beszédlépés tehát kontextusérzékeny, a beszélgetés kontextusától függ és mindig az aktuális beszélgetésre vonatkoztatható. Szerkezete három részből áll, egyrészt visszautal az előző beszédlépésre, másrészt előremutat a következő lehetséges beszédlépésre; ezen túl az aktuális helyzettel összefüggő elemhez is igazodik (Iványi 2001). A beszélő beszédlépése szemantikai tartalmát a másik beszélő jelzései alapján módosíthatja, például szemkontaktus vagy akár félbeszakítás alapján, ami hibaként jelenik meg a társalgás folyamatában. Így lesz a beszélgetés interaktív folyamat (Bergman 1988) és nemcsak a beszélő befogadóra gyakorolt hatása fontos, hanem fordítva is, az interaktív karakter révén a befogadó is befolyásolja a beszélőt (Goodwin 1979).

Az is előfordul, hogy bár a megnyilatkozó különböző jelei lehetővé tennék a beszédlépésváltást, a beszélőváltást, de az aktuális befogadó nem kívánja átvenni a szót, ezért az eredeti beszélő válasz hiányában maga folytatja a megkezdett megnyilatkozást, és a beszélőváltás nem történik meg.

A spontán társalgásokban a beszédjog megszerzése mellett a szó megtartásának különböző stratégiái is jelen vannak. Ilyen a többszörös mellérendelésekkel bővített beszédlépés, a szomszédsági párok kerülése, vagy a szemkontaktus elmaradása, amely arra ösztönzi a befogadót, hogy tovább engedje beszélni a partnerét.

## **1.6. Együttbeszélés**

### **1.6.1. Az együttbeszélés fogalma**

Az emberek rendszerint nem beszélnek egyszerre. Úgy tűnik a beszélgetések alapja egy jól szervezett váltáson alapuló rendszer, ahol a beszélők felváltva és együttműködve érik el az átfedés nélküli interakciót kommunikációjuk mintegy 90%-ában.

Az egyidejű beszéd ennek ellenére két vagy több beszélő között mégis megfigyelhető. Ha pedig nem a teljes felszólalási időt, hanem csak a beszélők átfedést tartalmazó fordulatait vizsgáljuk, akkor az együttbeszélés előfordulása sokkal magasabb.

A szimultán beszéd a köznapi beszédben gyakori jelenség: „a fordulók normál rendszeréből eredeztethető, amikor kettő vagy több beszélő egy időben beszél”. Schegloff a szimultán beszédet úgy definiálja, hogy „egy vagy több beszélő egyszerre kezdi meg a következő fordulót, vagy a másik beszélő látszólag rendezett és indokolt fordulót kezd, miközben az eredeti beszélő még beszél” (Schegloff 2000:3).

Sokak számára a szimultán beszéd olyan kommunikációs eszköz, amellyel a beszélők együttérzést, közelséget vagy hasonló véleményt és értékeket fejeznek ki (Yule 1996).

Jelen dolgozatban az „együttbeszélés”, „átfedés”, „átfedő megnyilatkozások”, „átfedő beszéd” vagy a „szimultán beszéd” kifejezések felváltva kerülnek alkalmazásra, utalva arra, amikor ugyanabban az időben két vagy több tárgyalópartner között zajlik az interakció (Stolt 2008).

### **1.6.2. Együttbeszélések, mint a beszélőváltás részei**

Heldner és Edlund (2010) becslése szerint a diákok közötti spontán társalgásokban 41 - 45%, Shriberg et al. vizsgálatában 30 - 50%-a beszélőváltásoknak tartalmazott némi átfedést. Ez egy sor kérdést vet fel az együttbeszélések helyzetéről:

Miért fordul elő az átfedés ilyen gyakorisággal? Ez szerves része a beszélőváltás rendszerének, egy mellékterméke az egyébként egy beszélő egy időben történő váltásnak? Vagy egy társalgási eszköz, amellyel a beszélők el akarnak érni bizonyos kommunikatív célokat?

A beszédlépésváltásról, valamint az együttbeszélésekről szóló legtöbb korábbi tanulmány legalábbis az utóbbi lehetőséget támasztja alá, egyetértve abban, hogy egymást átfedő beszéd olyan környezetben van, ahol a beszélőváltási versenynek van helye. Ebből következik, hogy bizonyos esetekben a beszélő átfedő megnyilatkozása lesz versenyképes, míg más átfedések nem.

Az átfedések időbeli funkciói tekintetében Heldner és Edlund (2010) korábbi kutatásokkal összhangban úgy gondolták, hogy sok fordulat átfedésből ered: 40% feletti a 10 ms-nél hosszabb átfedések száma. Tanulmányuk szisztematikus magyarázatot ad a beszélők viselkedésének ezen tendenciáira. Vizsgálattal támasztják alá kutatási eredményeiket, amikor az átfedések elosztásának lehetséges magyarázatait elemzik: például az átfedés egy teljesen kiszámítható megnyilatkozás végén teljesen elfogadható, míg az átfedés egy teljesen kiszámíthatatlan tartalomnál zavaró és irrelevant lehet.

A megnyilatkozás kiszámíthatósága és annak beszédaktusa kulcsfontosságú tényezők, amelyek további vizsgálatokat igényelnek.

Felvetődik a kérdés, amely a következő hivatkozott tanulmánynak (Kurtic et al. 2013) is központi kérdése: ha az átfedő beszéd különböző kommunikációs tevékenységekben birtoklást jelent annyiban, hogy az átvételért verseny van, a beszélgetés résztvevői hogyan tudják egymás számára megjeleníteni ezeket az eltéréseket?

A tanulmány arra a megállapításra jutott, hogy bár vonzóak a fentebb részletezett spekulációk, mégis fontos, hogy a beszéd tudományos kutatása során empirikus úton is alátámasszuk, megmagyarázzuk, hogy az átfedés hogyan működik.

Ezzel az átfedő beszélgetés kutatásának különböző/másik irányába fordulunk, amely feltárta, hogy hogyan jelenik meg az új belépő beszélő az átfedésben, és hogy történik a válasz az egyébként beszélő (az átfedéssel érintett) részéről.

### 1.6.3. Együttbeszélés a konverzációelemzésben

A konverzációelemzéssel foglalkozó szakemberek rámutattak arra (Jefferson 1983, 1986), hogy a legtöbb esetben az átfedés egy bizonyos, a beszédátmenet szempontjából releváns helyen történik. Miközben úgy tűnik, hogy az átfedő beszéd zavaros, addig Jefferson munkája éppen azt hangsúlyozta, hogy az átfedésnek mind a kezdete, mind pedig a befejezése rendkívüli módon rendezett.

Valójában az átfedés előfordulása az egyik legfontosabb rész annak megfigyelésére, miként igazodnak a résztvevők a beszédlépváltáshoz, ahogy azt Schegloff, Jefferson és Sacks is vázolta (1977). Cikkükben példaként említenek egy telefonbeszélgetést, pontosabban annak kezdetét. A beszélgetés sok átfedést tartalmaz. A szerzők megállapítják, hogy ezen átfedések közül valamennyi rendezett, és jelzi, ahol a beszélők elkezdhetik a beszédlépváltást. Például az egyik beszélgetésben a belépő fél megnyilvánulása átfedi a másik fél halk nevetését, ami igazodik az ő beszédlépésének a végéhez. Ez a megnyilvánulás egy teljesen nyilvánvaló, elfogadott átmeneti helyen kezdődik, annak ellenére, hogy ez egy kezdetet eredményez az átfedésben.

Cikkükben egy bonyolultabb, de mégis ugyanolyan rendezettnak tekintendő példát is bemutatnak a szerzők. A már korábban elemzett hang, ami tulajdonképpen egy éles nevetés volt, átfedésben keletkezett a másik fél megjegyzésével, kijelentésével.

Szekvenciális összefüggésben, közelebbről vizsgálva úgy látjuk, hogy a beszélő éppen egy lehetséges váltási ponton kezdett el nevetni. A belépő fél válasza hangos és éles volt, amelyre a beszélő fél csaknem azonnal válaszolt.

Úgy tűnik, hogy az átfedést a beszélő okozta azáltal, hogy a megnyilvánulásával igazodott az első lehetséges átadási ponthoz az ő beszédében.

A beszélgetésekben tapasztalható átfedések széles körű tanulmányozása alapján Jefferson megállapította, hogy az átfedő megnyilatkozások óriási hányadával lehet számolni, ha az elemzést a fent említett módszerrel végzik el.

#### **1.6.4. Versengő együttbeszélések**

Az átfedéseknél a szóátvétel lehet vagy versenyszerű, vagy támogató jellegű. A versenyszerű beszélőváltás olyan átfedéseknél keletkezik, amikor az aktuális beszélőtől még be nem fejezett beszéd közben, idő előtt veszik át a szót (Stolt 2008).

E típus gyakran előfordul huzamosabb ideig tartó, teljes tagmondatokban, mondatokban is, és a beszédjog megszerzésének jellegzetes stratégiája.

Sok esetben - a kutatások is ezt mutatják - a beszédjog megszerzését célzó átfedések a téma megváltoztatásával és szóátvétellel is együtt járnak (Boronkai 2009).

#### **1.6.5. Támogató, együttműködő együttbeszélések**

Korábbi nemzetközi kutatások kimutatták, hogy beszélőváltás szabályait alternatív módon lehetett használni a támogató megnyilatkozásoknál. Másképpen fogalmazva, az egymást átfedő megnyilatkozások a hallgatói reakciókból kifolyólag lehetnek interakciós okokból jogosak (Stolt 2008).

Támogató átfedések a következő jelentésű szavak lehetnek:

- a; visszaigazolás, elismerés, megerősítés jelei,
- b; a folytatás, újdonság, tevékenységváltás jelei,
- c; értékelések
- d; nevetés.

Stubbe (Stubbe 1998, in Trabalka 2010) azt állítja, hogy ezen minimális válaszok elsődleges funkciója az, hogy pozitív interakcionális feedback-et adjanak, hallgatólagos megállapodást erősítsenek meg, vagy a másik beszélő fenntartásairól adjanak számot.

Érdeemes megjegyezni, hogy számos típusa van a rövid hallgatói válasznak is, ami egy átfedésnél megjelenhet, így például rövid kérdések, melyeknek célja a pontosítás. Jelen tanulmányban a hangsúly ugyan a megerősítéseken van, de terjedelmi korlátok miatt, nincs lehetőség a megerősítések tartalmának részletes elemzésére.

## **1.7. Szekvenciális mintázat**

A szekvenciális mintázat elemzése az interakciókban a beszélőlépések sorrendjére, sorrendjük szabályszerűségeire és tipikus formáira irányul.

„A beszélgetések alapmodellje a szekvencia.” (Iványi 2001:78). A kutatók a szekvenciákat közvetlenül a beszélőlépés feletti szerkezeti egységként vizsgálják, amelyek a két – vagy három beszélőlépésből állnak.

A beszélőlépések megvalósulása és sorrendje a beszélgetésekben az interakcióval elvégzendő feladatoktól függ, és szerepviszonyokhoz kötött (Deppermann 2001). Ilyen értelemben a szekvenciális mintázat elemzése nem csak a struktúra megismerését jelenti, hanem alkalmas a társalgás résztvevői közötti aszimmetriák (tudás, hatalom, érintettség), szerepekhez kötött interaktív jogosultságok és kötelezettségek leírására is (Iványi 2001, Hámori 2006, Deppermann 2010, Hambuch 2014).

A kétlépéses szekvenciák egy nyitó és egy záró lépésből állnak, és ún. szomszédsági párt (Boronkai 2009:74, Hambuch 2014:15) vagy párszekvenciát (Iványi 2001:76, Hambuch 2014:15) alkotnak. Ezek két különböző beszélőtől származnak és a beszélőváltás folyamán kapcsolódnak össze.

A konverzációelemzés módszerével vizsgált típusai a beszélgetések alapján a következők: kérdés – válasz, üdvözlés – üdvözlés, kérés – teljesítés/tiltakozás/visszautasítás, ajánlat – elfogadás/elutasítás, parancs – engedelmeskedés/tiltakozás/visszautasítás, vád – beismerés/tagadás/védekezés, bók – elfogadás/visszautasítás. Jelen kutatásban a kérdés-válasz valamint megerősítés, szekvenciák szerepelnek nagy számban, de ezek most nem szekvenciaként kerülnek elemzésre.

## **1.8. Kérdések típusa az orvosi interakcióban**

Jelen kutatásban a kérdések, mint a beszélőlépésváltás lehetséges formái kerültek elemzésre, és nem, mint egy adott szomszédsági pár részei (1.7.). A kérdések elemzésével a dolgozat kísérletet tesz arra, hogy az együttbeszélések kialakulásának okát feltárja, ehhez szükség volt az orvosi interjúban használatos kérdéstípusok vizsgálatára is.

Az ismert szólás szerint, aki kérdez, az vezet, de a kérdésnek az orvos-beteg kommunikáció során is kiemelt jelentősége van. Léder László a Gyógyító kommunikáció című (2012) könyvében kihangsúlyozza, hogy a háziorvosi kommunikáció igazi varázspálcája lehet a megfelelő kérdezéstechnika elsajátítása. Jól feltett kérdésekkel pontosabb információhoz lehet jutni, ki lehet fejezni gondolatainkat, bizalmat teremthetünk, konfliktusokat lehet feloldani és időt is lehet spórolni.

A kérdéseknek számtalan formája létezik, ezek közül a legfontosabbak (Léderer 2012):

- a) **nyitott kérdések:** széleskörű válaszra adnak lehetőséget, általában a találkozó elején hangzanak el (pl. Miben segíthetek?). Hátránya, hogy fennáll az elkalandozás veszélye fennáll.
- b) **zárt kérdések:** tömör választ biztosító, célratoró (igen, nem), vagy további részletek feltárását segítő kérdések (pl. Mennyi volt láza?).
- c) **alternatív kérdések:** az ilyen kérdés célja két lehetőség közül egy konkrét válasz kiválasztása (pl. A délelőtti vagy délutáni időpont felel meg Önnek?).
- d) **újrafogalmazással alkotott kérdések:** ilyen a másik fél által elmondottak összefoglalása, amelynek során saját szavainkkal ellenőrizzük a pontos megértést, értelmezést (pl. Jól értettem, hogy azt mondta, hogy...?).
- e) **információs kérdések:** a kérdés feltételével a cél új adatok és ismeretek megszerzése (pl. Volt már ilyen betegsége?).
- f) **ellenkérdések:** az elhangzott nyitott kérdésekre adott nem egyértelmű válaszok további pontosítását szolgálja (pl. Mit ért ez alatt? Elmondaná pontosan?).
- g) **motivációs kérdések:** motiválja a páciens, előmozdítja a kommunikációt vagy az együttműködést (pl. Mindenkivel ilyen együttműködő?).
- h) **szuggesztív kérdések:** a másik felet egy adott irányba kívánja terelni (pl. Ugye?, Fel tetszik hívni a vizsgálat után?)

Az orvos-beteg kommunikációban fontos a kérdés, az orvos szempontjából lényeges a kérdéssel vezetés.



## **II. CÉLKITŰZÉS ÉS HIPOTÉZIS**

Jelen kutatás célja a családorvos - beteg kommunikációjának vizsgálata a konverzációelemzés módszerével. A dolgozat megkísérli a házi orvos-beteg empirikus vizsgálatok eredményeinek segítségével az intézményességi, dominancia viszonyok eltolódásának leírását.

### **Hipotézisek**

1. Az orvos - beteg interakcióban az orvos dominanciája figyelhető meg.
2. A szimultán beszédet az orvos kezdeményezi a dialógusokban.
3. Az együttbeszélések miatt a konzultáció hossza lerövidül egy átlagos családorvos - beteg találkozás időtartamához képest.
4. Az együttbeszélések az orvos és a beteg beszédlépéseiben támogató és nem versengő jellegűek.
5. A női betegek több együttbeszélést kezdeményeznek az interakcióban, mint a férfi betegek.
6. Az interakció beszédlépéseiben a kérdés - válasz funkció dominanciája figyelhető meg.
7. Az együttbeszélések az orvos nyitott kérdései után alakultak ki.

### **III. ANYAG ÉS MÓDSZER**

#### **3.1. Háziorvosi rendelő**

A korpuszt alkotó párbeszéddek egy Pécshez közeli faluban kerültek felvételre. A rendelőben, amely 1300 főt ellátó vegyes körzet, mind felnőttek, mind gyermekek ellátása folyik. A körzet családorvosa 2013. január 1-től látja el a betegeket. A doktornő e falu mellett még Olaszon is rendel, minden nap 2 órát. Egy olyan családorvosi rendelőről van szó, amelynek környékén semmilyen más egészségügyi szakellátó intézmény nem működik. A betegeknek Pécsre kell utazniuk a szakrendelésekre. A doktornő mellett dolgozik egy asszisztensnő, valamint egy védőnő, és kéthetente Pécsről érkezik egy házi gyermekorvos is. Gyógyszertár nem található a településen, ezért a doktornő házi patikát működtet a rendelőben, hogy a betegek részére a gyógyszerek biztosítva legyenek, és ne kelljen nekik más településre utazniuk. Ha a gyógyszertárban nem található aznap valamilyen felírt gyógyszer, másnapra megrendelik a betegeknek. A rendelő felszereltsége megfelelő és kellemes hangulatot áraszt.

A párbeszéddek rögzítésénél a doktornő és az asszisztens volt jelen, valamint öt alkalommal a kutató is.

#### **3.2. Korpuszépítés**

##### **3.2.1. Résztvevők**

A vizsgált és rögzített tizenhárom beszélgetést családorvosnő vezette.

Mindegyik beszélgetésben az orvos és a beteg mellett jelen volt az asszisztensnő is. A beszélgetésekkel és a résztvevőkkel kapcsolatos információkat a 3. számú táblázat mutatja.

### 3. számú táblázat: A beszélgetések résztvevői

BESZÉLGETÉS SORSZÁMA	BETEG NEME	ÉLETKORA ÉV
1	nő	30
2	férfi	32
3	nő	30
4	férfi	56
5	férfi	40
6	nő	45
7	férfi	30
8	nő	50
9	nő	56
10	nő	50
11	nő	40
12	nő	47
13	férfi	40

A beszélgetésekben megnyilvánuló betegek 30 és 56 év közöttiek voltak, mind falubeliek, akik a napi megélhetésükért fizikai munkát végeztek. Mindannyian alacsony iskolai végzettségűek. A betegek kiválasztásának szempontja az volt, hogy a páciensek akut betegség miatt keressék fel családorvosukat, és felnőttek legyenek.

#### 3.2.2. A kutatási korpusz rögzítésének időszaka

A hangfelvételek 2013. február 1-től április 30-ig kerültek rögzítésre a PTE ÁOK Etikai Bizottságának engedélyével (3453.317-9823/KK41/2009). A hangfelvételek rögzítéséről, annak céljáról, a betegek előzetesen tájékoztatást kaptak.

#### 3.2.3. Belegyező nyilatkozatok

Amennyiben a beteg a rögzítéshez és az anonimizált felhasználáshoz hozzájárult, úgy a jogszabályi előírásoknak megfelelően, az Etikai Bizottság által elfogadott, és a mellékletben csatolt és engedélyezett nyilatkozatot töltött ki erről.

### 3.2.4. Az anyaggyűjtés eszköze

A betegkikérdezéseket a doktornő rögzítette, Olympus WN-2100 típusú diktafonnal, a kutató 5 alkalommal nem volt jelen. A hangfelvételek WAV formátumú rögzítése után azok konvertálása és átírása következett, amely a Folker 1.2. transzkripció program segítségével történt.

### 3.2.5. A korpusz mérete

A vizsgált és rögzített beszélgetések teljes időtartama 44 perc volt. A leghosszabb beszélgetés 7 perc, míg a legrövidebb 1 perc 10 másodperc időtartamú volt.

## 4. számú táblázat: A beszélgetések időtartama

BESZÉLGETÉS SORSZÁMA	BESZÉLGETÉS ÖSSZIDEJE (PERC MÁSODPERC)
1	2,28
2	6,28
3	1,1
4	1,2
5	7,06
6	4,32
7	4,24
8	6,14
9	6,56
10	1,56
11	1,56
12	4,2
13	2,43

A felvételek átírása arra szolgál, hogy a beszélgetést az írás tartósabb, stabilabb állapotba transzformálja, anélkül, hogy megőrizné a beszéd valódi gyorsaságát és illékony jellegét. Így nem csak annak valódi folyamata és tartalma, hanem a lehető legpontosabb és legrészletesebb megvalósulási formája is tanulmányozásra alkalmassá válik.

Ennek megfelelően a transzkripció egy sor olyan különleges jelet is tartalmaz, amelyek a megnyilatkozás módját, például a hangképzés jellemzőit adják vissza, így a beszéd hangsúlyát, hangerejét, tempóját, az intonáció intenzitását, emelkedését és ereszkedését, zavarokat, megszakításokat, belégzést, kilégzést és aspirációt. Jelöli a szekvenciális jellemzőket (egy megnyilatkozás csatolását a megelőzőhöz, átfedéseket, szüneteket stb.) valamint a transzkripciót készítő egyéb megjegyzéseinek rögzítésére is alkalmas.

### **3.2.6. A vizsgálati anyag kiválasztásának kritériumai**

A betegek kiválasztása a napi betegforgalomból történt, ezért véletlenszerűnek mondható. A résztvevők száma a rögzítéseknél öt alkalommal négy személy, és 7 alkalommal 3 személy.

A tizenhárom kiválasztott interakcióban az orvos 234, míg a betegek összesen 243 beszédlépésének, továbbá 203 átfedés, azaz együttbeszélés vizsgálatára került sor. Az asszisztens beszédlépés-váltásai és együttbeszélései nem kerültek az elemzés fókuszába.

### **3.3. Az anyag elrendezésének módja, kategóriák**

Az orvos és a beteg beszédlépései, illetve az átfedő megnyilatkozások, együttbeszélések leírása bizonyos kategóriák bevezetésével történt. Az orvos és a beteg beszédlépései egyrészt azonos szempont szerint, például időtartamuk és tartalmuk alapján, illetve az együttbeszélés szerint is elemezhetők, másrészt különböző egyéb szempontokat is figyelembe vettünk, amelyek részletes leírása az alábbiakban következik.

#### **3.3.1. Az orvos és a beteg beszédlépéseinek leírására szolgáló kategóriák**

A táblázat, amely a beszédlépések statisztikai elemzéséhez készült, a következőképpen épül fel: Minden beszédlépés-váltás kapott egy számot, amely alapján a későbbiekben be lehetett azonosítani. Ezután kódok segítségével hozzá lettek rendelve a számokhoz a vizsgálatra került adatok.

A kvantitatív elemzés először a vizsgált párbeszédtek beszédlépéseire irányult, szerkezeti és tartalmi szempontok alapján. A szerkezeti funkciókban vizsgálat alá kerültek a párbeszédtekben található beszédlépések és a beszédlépések időtartama, majd az elemzés a beszédlépésekre irányult, minden beszédlépéshez hozzárendelhető volt egy tartalmi funkció.

A beszédlépések tartalmi elemzése az orvos és a beteg által az interakció során használt tartalmi funkciókra irányult. A betegkikérdezés funkció magába foglalja a kérdés/válasz valamint a fizikális vizsgálat, a gyógyszerfelírás tartalmú beszédlépéseket is. Tartalmi szempontból az orvos és a beteg a megerősítés, betegkikérdezés, javítás és személyes tartalom funkciókat használta a párbeszédekben. A megerősítő funkció azért került külön elemzésre, mert több alkalommal előfordul mind az orvos mind a beteg megerősítése a másik fél által, és ez a funkció befolyásolja a dominancia viszonyok alakulását.

### **3.3.3. Kérdések hatása az együttbeszélések kialakulására**

Az eredményekben található 19. számú táblázat mutatja be az orvosi kérdések típusait és tartalmát. A táblázat tartalmazza azt a három kérdéstípust, amelyeket az orvos az interakciók során használt: nyitott, zárt és szuggesztív kérdések. A rendszerező táblázat elkészítését a kérdéstípusok tartalmi elemzése követte.

## **3.4. Kvantitatív elemzés**

A kvantitatív elemzés egyrészt Folker 1.2. transzkripció program segítségével (Schmidt & Schütte, 2011), másrészt a mért eredmények kvantifikálása után az alábbiakban ismertetésre kerülő statisztikai elemző módszerekkel történt. A transzkripció programban a beszédlépések és szünetek számának és hosszának mérését, a szavak, illetve ki - és belégzések számának meghatározását maga a program végzi, ezáltal a hibafaktor lényegesen kisebb, mint manuális számolás esetén.

### **3.4.1. A Folker 1.2. transzkripció program**

A Folker 1.2. transzkripció programot 2012-ben a mannheimi Institut für Deutsche Sprache (IDS) Pragmatikai Intézetének munkatársai fejlesztették ki, Thomas Schmidt vezetésével.

A fejlesztők a programot a felhasználók igényei szerint folyamatosan alakítják, a legutolsó verzió mindig letölthető az intézet honlapjáról (Schmidt - Schütte 2011). A program megalkotását célzó alapelvek egy projekthez kötődik, mely a FOLK nevű („Forschungs- und Lehrkorpus gesprochenes Deutsch”), az IDS munkatársai által lejegyzett, beszélt nyelvi kutatási - oktatási korpusz vizsgálatára irányul. A Folker 1.2. Windows 7 alapú program segítségével lehetőség nyílik a FOLK és más beszélt nyelvi szövegek speciális, XML formátumú transzkripcióinak létrehozására.

A Folker megalkotását elsősorban a minél egyszerűbb, ugyanakkor pontosabb használhatóság indikálta, így kifejezetten audio felvételek elemzésére szolgál, speciális GAT-2 alapú Minimaltranskript átírási rendszeréhez igazított mondatszintű ellenőrző rendszere van. A program lehetőséget nyújt a szünetek és átfedések, azaz az együttbeszélések pontos mérésére.

Az audio felvételek átírásának első lépése a WAV formátumú hangfelvételek bevitele a programba (Schmidt - Schütte 2011:4), majd az egyes megnyilatkozók elnevezése, esetünkben, az orvos és a beteg megnevezése és beírása a rendszerbe (Schmidt – Schütte 2011:4). A FOLKER 1.2. programban a szövegek a cGAT Minimaltranskript nevű transzkripció rendszer segítségével írhatók át, mely a GAT-2 Minimaltranskript (Selting - Auer et al. 2009) rendszer egyszerűsített változata (7. táblázat). A program a szövegek felosztását, a szegmentálást, 2 másodperces egységekben kínálja fel, ezt az időintervallumot a fejlesztők az egyszerűbb lejegyezhetőség érdekében választották. Az így létrejött szegmenseket az esetek többségében az egyik megnyilatkozóhoz kell rendelni. Azok a szegmensek, amelyek egyik megnyilatkozóhoz sem rendelhetők, olyan szünetek, amelyekben mindkét fél részére lehetőség nyílik a beszédjog megragadására. A szüneteket a beszélő megnyilatkozásain belüli 0,2 másodpercnél rövidebb szünetektől eltekintve, a program mérte. Ez egyrészt a programfejlesztők javaslata alapján történt, másrészt a rendszer éppen a mérhetőség alapján ad lehetőséget az egyértelmű leképezésre. A képernyőn megjelenő oszcilogramon láthatóvá válnak a szünetek, átfedések, ami szintén a transzkripció rögzítésének megkönnyítésére szolgál (Schmidt - Schütte 2011:11, illetve 2. sz. melléklet).

Az oszcilogram nézet alapján lehetővé válik a szegmens hosszának egyedi beállítása, ha a 2 másodperces szegmens határa egy szó közepére esne vagy akár más okból (pl. együttbeszélés) szükségszerűvé válna. Az egyes szegmensek utolsó két oszlopában lehetőség nyílik az idő, illetve szintaxis ellenőrzésére, e funkció alapján a hiba a szegmens végén azonnal javítható (Schmidt - Schütte 2011:37). Az együttbeszéléseket az átírás szempontjából feltétlenül külön kell kezelni. Fontos kijelölni az átfedő megnyilatkozás kezdetét és a végét, a pontos lejegyzéshez a program hangfelvételt ismételtelen lejátszó funkciója segítségével a szegmens többszöri lejátszása lehetséges és szükséges (Schmidt – Schütte 2011:7).

A program a lejegyzett, kész adatbázist többféle opció szerint strukturálja a felhasználó igényei szerint. Ezek a lehetőségek a következők: szegmenslista, partitúra, partitúra lejátszó funkcióval, beszédlépések listája, beszédlépések listája lejátszó funkcióval, kvantifikálás, azaz az eredmények számszerűsítése. Az elemzések szempontjából a szegmenslistát elsősorban az együttbeszélések pontos nyomon követésére, mérésére, illetve az egyes beszédlépések hosszának pontos meghatározására használtuk, míg a beszédlépések listáját a teljes szöveg beszédlépések szerinti felosztására.

### **3.4.2. Statisztikai módszerek**

A statisztikai elemzésben a táblázatok, ábrák az IBM SPSS program 19 - es verziójával valamint a Stata 11.1. programmal, a diagramok és táblázatok a Microsoft Office Excel program segítségével készültek. A beszédlépés-adatok összehasonlításában a következő statisztikai módszerek segítettek: binominális próba, t-próba és khi-négyzet próba. Az együttbeszélési arányok ezeken kívül kétmintás teszt és kétmintás t- próba alapján kerültek kiszámításra.

A t-próba két minta megállapítható tulajdonságai közötti különbség szignifikanciájának számszerűsítését szolgálja.

A kétmintás t-próbát akkor használható, ha arra keresünk választ, hogy a két egymástól függetlenül vett minta származhat-e azonos átlagú populációból. A kétmintás t-próba azonban csak akkor végezhető el, ha a két csoport variancia értékei között nincs „nagy” különbség, melyre az F-próba vizsgálat ad választ a variancianégyzetek hányadosának elemzésével.

Khi négyzet próba alkalmazásának feltétele, hogy ismert legyen a minta elemeinek gyakorisága. Paraméteres és nem paraméteres mintákban is elvégezhető a vizsgálat, melyek eloszlása lehet normál és nem normál. A khi-négyzet eljárás alkalmas több adatsor közötti összefüggés elemzésére.

### **3.5. Kvalitatív elemzés**

A rögzített párbeszédék kvalitatív elemzése példákkal, szemelvényekkel teljes. A dolgozatban így lehetőség volt a beszédlépés funkciói, együttbeszélés után kialakult szóátvétel, témaváltás valamint kérdéstípusuk, különböző példákon keresztül történő bemutatása is.



## IV. EREDMÉNYEK

### 4.1. Az orvos - beteg beszélgetések

Az 5. sz. táblázat az orvos és beteg beszélgetéseit tartalmazza párbeszédre lebontva.

#### 5. táblázat . Az orvos – beteg beszélgetései

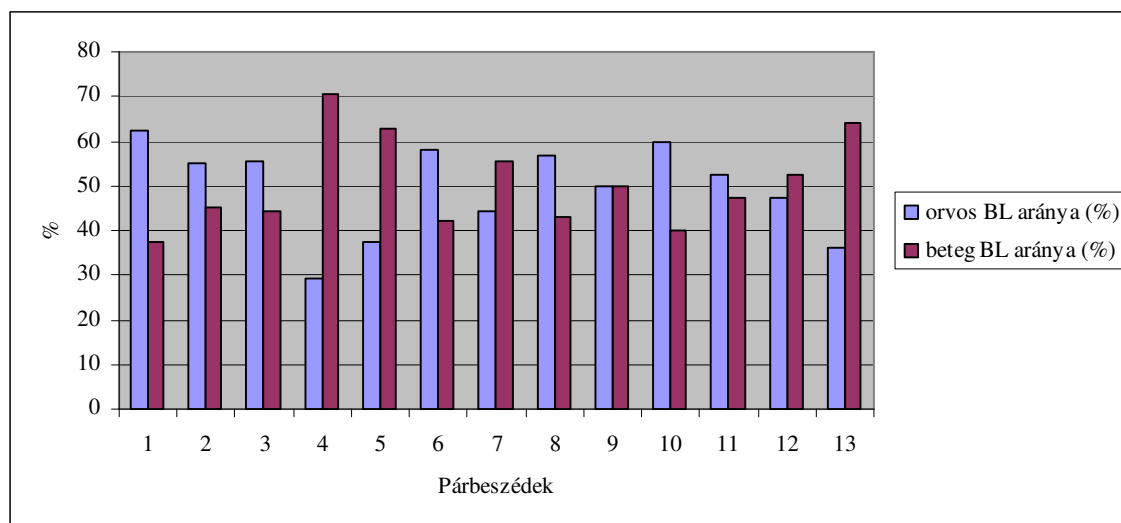
	párbeszéd												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
orvos BL.*	<u>10</u>	<u>28</u>	<u>10</u>	5	19	<u>29</u>	20	<u>41</u>	30	<u>15</u>	10	18	9
beteg BL.	6	23	8	<u>12</u>	<u>32</u>	21	<u>25</u>	31	30	10	9	<u>20</u>	<u>16</u>
összesen	<b>16</b>	<b>51</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>51</b>	<b>50</b>	<b>45</b>	<b>72</b>	<b>60</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>38</b>	<b>25</b>

\*BL=beszéd lépés

A táblázatban az aláhúzott számok jelzik, hogy az interakciókban az orvos vagy a beteg használt több lépésváltást. A párbeszéd összesen 477 orvos és beteg beszélgetéssel áll. Ebből az orvos a beszélgetésekben 234, míg a beteg 243 beszélgetést használt. Az orvos beszélgetésváltása kevesebb a párbeszédekben, mint a betegé. Hat interakcióban fordul elő, hogy az orvos beszélgetése több mint a betegé, és egyben pedig azonos számú beszélgetést használt mindkét fél. A többi beszélgetésben a beteg beszélgetése fordul elő gyakrabban.

Az 1. sz. ábra az orvos és a beteg beszélgetéseinek arányát szemlélteti.

#### 1. számú ábra: Az orvos és beteg beszélgetéseinek aránya



\*BL=beszéd lépés

A következő táblázat a beszélgetések közötti összefüggések szignifikancia eredményeit tartalmazza.

**6. számú táblázat: A beszélgetések közötti összefüggés az orvos - beteg interakcióban**

		elemszám	beszédlépés arány	teszt arány	szignifikancia szint
részvevők	orvos	234	,49	,50	,714
	beteg	243	,51		

Binomiális próba készült arra vonatkozóan, hogy az orvos és a beteg beszélgetésszáma egyenlőnek tekinthető ezen a vizsgált adatok alapján. A próba a megfigyelt orvos - beteg beszélgetés arányt (49%-51%) viszonyítja a null hipotézis teszt arányához, amely szerint nincs különbség a beszélgetés arányokban (50%-50%). A próba szignifikancia szintje ( $p=0,71$ ), tehát nincs szignifikáns eltérés az orvos és a beteg beszélgetéseinek aránya között.

**4.1.1. A beszélgetések hossza**

A további elemzések a beszélgetések hosszaira irányultak.

A következő táblázat a beszélgetések átlagos hosszát ábrázolja.

**7. számú táblázat: Az orvos és beteg beszélgetéseinek átlagos hossza másodpercben**

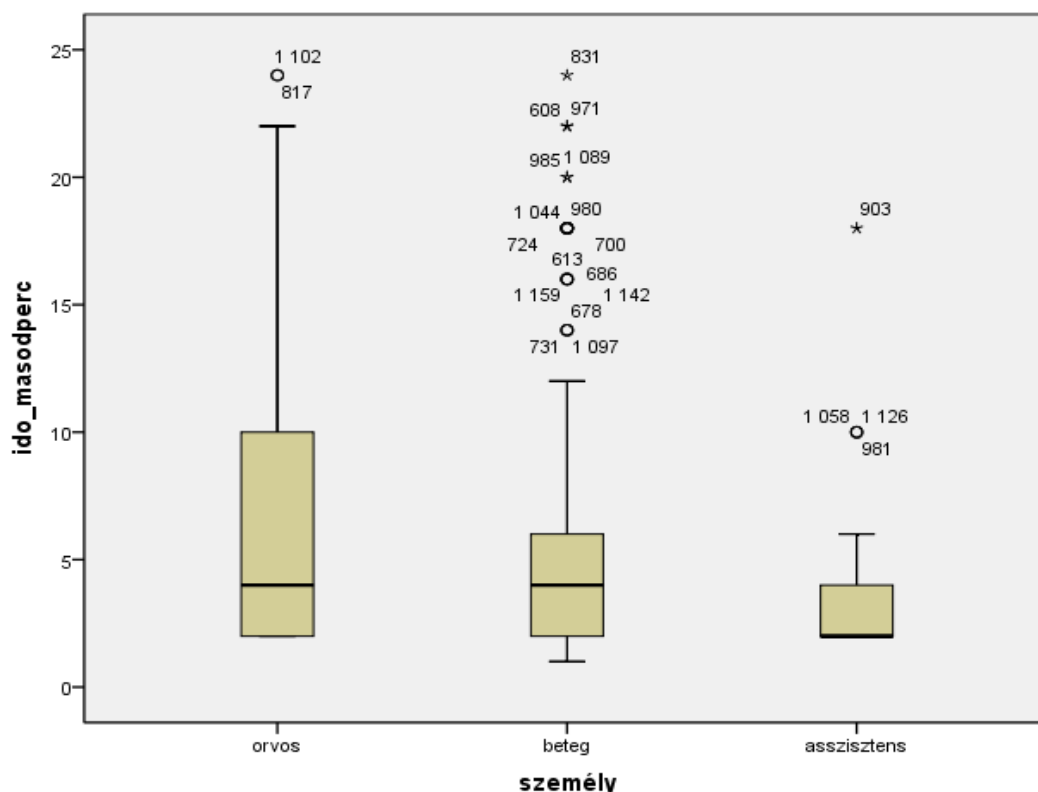
BL. személy	BL. átlagos hossza (s)	BL. összesen
orvos	9,04	234
beteg	5,54	243
összesen	6,51	477

\*BL=beszédlépésváltás

Az orvosnak átlagosan 9,04 másodpercig tartó beszélélései voltak, a betegnek 5,54 másodperc. T- próba vizsgálat készült arra vonatkozóan, hogy egyenlőnek tekinthető-e az orvos és beteg beszélélésszám-átlaga. Az eredmények kimutatták, hogy nem, az orvosé szignifikánsan magasabb.

A következő ábra az orvos és beteg beszéléléseinek szórásait tartalmazza.

## 2. számú ábra: Az orvos és beteg beszéléléseinek szórásai



A fenti ábrából jól látható, hogy az orvos és a beteg beszéléléseinek időtartama változó. Mind az orvos, mind a beteg részéről vannak kiugró értékek. A szórásnégyzettel mérhető, hogy az adatok mennyire az átlag körül mozognak, mennyire esnek ahhoz közel, átlagosan, a távolságot pedig négyzetes eltérésben számolva. Ha a mért értékek az átlag körül sűrűsödnek, akkor ez az érték relatíve kisebb lesz, mint amikor mind pozitív, mind negatív irányba nagyobb mértékben eltérnek az átlagtól, vagyis jobban szórnak.

F- próbával lehetett eldönteni, hogy a minta alapján van-e különbség az orvos és a beteg beszélélés - hosszának szórásnégyzete között. A próba elutasította az egyenlőség null hipotézisét ( $p < 0,01$ ), tehát az orvos beszéléléseinek hossza szignifikánsan nagyobb változékonyságot mutat, amennyiben a változékonyságot a szórásnégyzettel mérjük, és így az átlagtól való átlagos négyzetes távolsággal definiáljuk.

#### 4.1.2. A beszéllépések tartalma

Tartalmi szempontból az orvos és a beteg a megerősítés, kérdés/válasz, javítás és személyes tartalmú beszéllépeket használta a párbeszédekben.

A következő táblázat az orvos és a beteg beszéllépeinek tartalmait mutatja be.

#### 8. számú táblázat: Az orvos és beteg beszéllépek tartalma az interakcióban

személy	beszéllepek tartalma				
	kérdés/válasz	megerősítés	javítás	személyes	összesen
orvos	100	93	5	36	234
beteg	61	106	10	66	243

Az orvos a megerősítés tartalmat használta 39,7 százalékban a beszéllepekben. A betegkikérdezés tartalom 62,1 százalékban fordul elő a beszélgetésekben. A teljes beszéllepesben történő beteg mondanivalójának javítása - ide tartozik a hezitálás, javítás is 5 beszélgetésben fordult elő, 2,1 százalékot tesz ki. Személyes tartalom - mely magában foglalja családtagok állapotának megbeszélését is - 15,4 százalékban fordul elő. A vizsgálat tárgyául szolgáló további 11 beszélgetésben nem lelhető fel személyes tartalom.

Tartalmi szempontból a beteg beszéllepei a következő témákra bonthatók le: válasz a betegkikérdezésre, a beteg megerősíti az orvos által mondottakat, orvosi beszéllepes javítása a beteg által és személyes tartalmú megnyilvánulások.

A beteg 43 százalékban a megerősítés funkciót használta, 5 beszélgetésben pedig szinte végig helyeselte orvosa mondanivalóját.

Míg az orvos beszéllepeiben a javítás, hezitálás, a betegében e mellett még a szókereső aktivitás funkció szerepel 6 beszélgetésben, és két alkalommal 3-3 esetben is, azaz 4,1 százalékban, míg 27, 2 százalékban beszél személyes témáról a beteg.

A következő táblázat az orvos beteg beszéllepek és tartalmuk közötti összefüggéseket tartalmazza.

**9. számú táblázat: Az orvos és a beteg beszédlépései és a beszédlépések tartalmai közötti összefüggés**

khi-négyzet próba			
	Teszt statisztika értéke	szabadságfok	aszimptotikus szignifikancia szint (kétoldali)
Pearson Khi-négyzet teszt	20,624 <sup>a</sup>	3	,000

Khi-négyzet próba készült arra vonatkozóan, hogy van-e szignifikáns összefüggés a beszédlépést kezdeményező személy és a beszédlépés tartalma között. A null-hipotézis az volt, hogy nincs közöttük összefüggés, tehát függetlenek, nem hatnak egymásra. A szignifikancia teszt alapján megállapítható, hogy szignifikáns összefüggés van a beszédlépések tartalma és az interakcióban résztvevő személy között ( $p < 0,01$ ).

**4.2. Beszédlépés tartalmak kvalitatív elemzése**

**4.2.1. A megerősítő tartalom a párbeszédekben**

Az alábbiakban a megerősítő tartalmat mutatja be a dolgozat példákon keresztül. Megerősítő tartalmú beszédlépés használt az orvos a leggyakrabban. Ez a példa a 3. számú táblázat 13. sorszámú 40 éves férfibeteg párbeszédéből származik, amelyben az orvos szinte végig megerősítette betege mondanivalóját.

{03:16} 0122 orvos [mit]  
 {03:18} 0123 beteg [a nospát és a zalu]  
 {03:18} 0124 orvos [nospát]  
 {03:20} 0125 beteg [bevettem ugye]  
 {03:20} 0126 orvos [mhm]  
 {03:22} 0127 beteg reggel délbe  
 {03:24} 0128 akkor délután kapott el  
 {03:26} 0129 ez a mondjuk bevettem délbe egy  
 {03:30} 0130 és öt óra felé volt olyan nagyon rossz  
 {03:32} 0131 [igen aztán utána akkor már]  
 {03:32} 0132 orvos [mhm]  
 {03:34} 0133 beteg akko kataflámot  
 {03:36} 0134 vettem be  
 {03:38} 0135 orvos az jobb volt ugy  
 {03:40} 0136 [hát akkor szedje a kataflámot]  
 {03:40} 0137 beteg [attól jó volt]  
 {03:42} 0138 azt akarom mondani hogy azóta hogyha  
 {03:44} 0139 [érezem (.) tehát nem szedem]  
 {03:44} 0140 orvos [igen]

{03:46}	0141	beteg	akkor most nem tudom jól csinállok e vagy
{03:48}	0142		nem mer akkor most szedem azt
{03:50}	0143		azt a fájdalomcsillapítót akkor reggel se fáj
{03:52}	0144		[délbe se fáj most akkor azzal]
{03:52}	0145	orvos	[°mhm]
{03:54}	0146	beteg	a hatása ne

#### 4.2.2. Orvos megerősítése a beteg által

A konverzáció-részlet kvalitatív eredményekkel támasztja alá, hogyan történt az orvos megerősítése a beteg által a párbeszédekben. Ebben a beszélgetésben az 56 éves férfibeteg a 3. számú táblázat 4. sorszámú betege műtét előtti megbeszélésre jött el az orvoshoz.

{01:10}	0054	orvos	[hát azt most egyik nap (.) bemegy]
{01:10}	0055		[igen–]
{01:12}	0056		[a másik nap ö lehet]
{01:12}	0057	beteg	[a másik nap lehet é]
{01:14}	0058	orvos	[vissz menni érte, meg hogy kész van]
{01:14}	0059	beteg	[igen(.) igenigen]
{01:16}	0060	orvos	akkor azt legalább csak hozzák el
{01:18}	0061		[hogy megnézzem, hogy nincs e valami fertőzés]
{01:18}	0062	beteg	[iiigen]
{01:20}	0063	orvos	[fertőzésre utaló jel oda vizelet]
{01:20}	0064	beteg	[igen]
{01:22}	0065	orvos	[tet is kell vinni és ha nincs]
{01:22}	0066	beteg	[°joo]

#### 4.2.3. Hezitálás az interakciókban

A következő részlet a beteg hezitálásának módját mutatja be a rögzített interakciókban. Jelen beszélgetésben a 3. számú táblázat 1. sorszámú 30 éves nőbetege medikáció miatt kereste fel orvosát.

00:00}	0001	orvos	(.) jóh°
{00:02}	0002		( zörej) mit szed
{00:04}	0003		[ett utoljára]
{00:04}	0004	beteg	[ö_ö][(. ) temziöt]
{00:06}	0006	beteg	[temziöt februárban]
{00:08}	0007	orvos	[ja]
{00:08}	0008	beteg	[nyolcadikán]
{00:10}	0009	orvos	[és előtte]
{00:10}	0010	beteg	[egyébként az öt év volt]
{00:12}	0011	orvos	[°és előtte]
{00:12}	0012	beteg	[ugye ugye]

Az alábbi részlet az orvos hezitálását és szókeresését illusztrálja az interakcióban. Ebben a párbeszédben a 3. számú táblázat 3. sorszámú 30 éves nőbetege medikáció miatt kereste fel orvosát.

{04:16}	0595	orvos	lenne a legcélszerűbb ha bemennél a lánc utcába
{04:18}	0596		traumatológiára oda nem kell
{04:20}	0597		beutaló bármikor odamehetsz a nap folyamán
{04:22}	0598		jó°ö_ö
{04:24}	0599		ö_ö és
{04:26}	0600		akkor a sulis ö_ö

#### 4.2.4. Személyes tartalmú beszélgetések

A következő példák az interakcióban előforduló személyes tartalmú beszélgetéseket illusztrálják. A 3. számú táblázat 8. sorszámú 50 éves nőbetege medikáció miatt kereste fel családorvosát, de közben lánya állapotáról is beszámolt.

{05:06}	0190	beteg	képzeld hogy járt a cicuska az
{05:08}	0191		[injekció után doktornő]
{05:08}	0192	orvos	[na mi történt]
{05:10}	0193	beteg	[hát annyira]
{05:10}	0194	orvos	[vele]
{05:12}	0195	beteg	egyszerűen nem evett nem akart
{05:14}	0196		inni vasárnapig
{05:16}	0197		vasárnap délből így ült
{05:18}	0198		ek mellette igyál igyál
{05:20}	0199		egyért nem akart
{05:22}	0200		látta és nem akart nyelni
{05:24}	0201		s nem mondta hogy nem megy
{05:26}	0202		le a torkán vagy mi és vasárnap
{05:28}	0203		délbe ő enni kért
{05:30}	0204		s képzeld el azóta
{05:32}	0205		eszik és eszik és olyan
{05:34}	0206		étvágy hogy hogy
{05:36}	0207		[így még nem is láttam]

A 3. számú táblázat 6. sorszámú 45 éves nőbetege medikáció miatt kereste fel családorvosát. Az interakcióban az orvos kezdte el a családtagjairól kérdezni, és ő irányította a több percen át tartó személyes beszélgetést.

{02:52}	0763		hát jó érzi magát akkor kint ezek szerint
{02:54}	0764		ugye
{02:54}	0765	beteg	hát igen
{02:56}	0766		azt hiszem hogy megtalálta a számítását
{02:58}	0767	orvos	nekem is egyik nagyon jó barátnőm
{02:60}	0768		kint él bécsbe és ők is nagyon szeretnek

{03:02}	0769		kint élni
{03:04}	0770	beteg	eddig nem sikerült
{03:06}	0771	orvos	sajnos
{03:08}	0772		sajnos
{03:10}	0773		igen hát még akkor az egészséges
{03:12}	0774		tudjuk be még talán
{03:14}	0775		((nevetés))
{03:14}	0776	beteg	((nevetés))
{03:16}	0777		sok számításom szerint
{03:18}	0778		((nevet))
{03:18}	0779	orvos	igen ott még ott munkalehetőség
{03:20}	0780	beteg	igen van
{03:20}	0781	orvos	van meg munka is van bőven
{03:22}	0782		sajnos anyagilag nem honorálják

A 3. számú táblázat 12. sorszámú 47 éves nőbetege medikáció miatt kereste fel családorvosát, az orvos személyes hangon szólította meg.

{00:00}	0096	orvos	jó napot
{00:02}	0097	orvos	[na mi van hogy van]
{00:02}	0098	beteg	[jó napot kívánok]
{00:04}	0099	orvos	[csüccsenyjen]
{00:04}	0100	beteg	[hát nem a legjobban]

### 4.3. Átfedő megnyilatkozások

#### 4.3.1. Az orvos – beteg átfedő megnyilatkozásai a párbeszédekben

A párbeszédekben összesen 203 átfedő megnyilatkozás található. A 10. sz. táblázat az orvos és a beteg átfedő megnyilatkozásait mutatja be beszélgetésekre lebontva.

#### 10. számú táblázat: Az orvos és beteg együttbeszélése az interakciókban

	párbeszéd												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>orvos EB*</b>	2	12	<u>4</u>	2	13	2	6	<u>14</u>	<u>12</u>	5	<u>3</u>	3	5
<b>beteg EB</b>	<u>4</u>	<u>16</u>	3	<u>8</u>	<u>22</u>	<u>10</u>	<u>14</u>	11	9	<u>9</u>	2	<u>7</u>	5
<b>összesen</b>	<b>6</b>	<b>28</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>35</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

\*EB= együttbeszélés



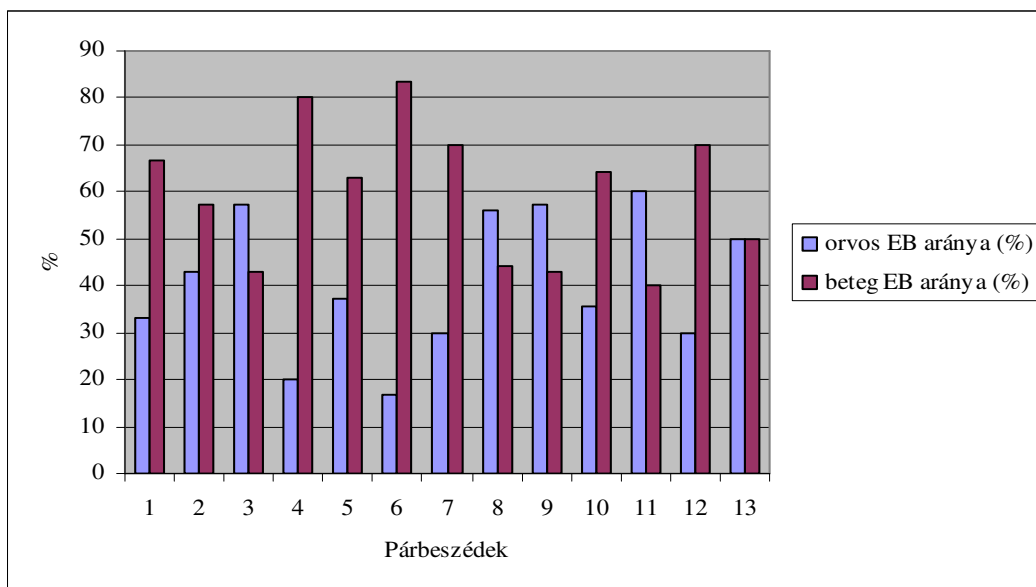
A táblázatban aláhúzott számok azt szemléltetik, hogy a rögzített beszélgetésekben ki kezdeményezett többször együttbeszélést.

Minden beszélgetésben történt mind az orvos, mind a beteg részéről együttbeszélés kezdeményezés. A fenti 10. táblázatból jól látható, hogy 4 esetben az orvos és 8 esetben a beteg kezdeményezett együttbeszélést. Egy beszélgetésben fordult elő, hogy azonos számú szimultán beszédet kezdeményeztek az interakcióban résztvevő személyek.

Az orvos a beteg beszédlépésében 83 alkalommal kezdeményez együttbeszélést, míg a beteg az orvossal 120 alkalommal.

A 3. sz. ábra az orvos és a beteg együttbeszélési kezdeményezéseinek arányát ábrázolja.

### 3. számú ábra: Az orvos és beteg együttbeszélésének aránya az interakciókban



\*EB = együttbeszélés

A 11. táblázat az orvos és a beteg együttbeszélési ideje közötti összefüggést mutatja be.

### 11. számú táblázat: Az orvos és beteg együttbeszélési ideje közötti összefüggés

		kategória	elemszám	együttbeszélés arány	teszt arány	szignifikancia szint
együttbeszélő személy	beteg	120	,59	,50		,011
	orvos	83	,41			
	összesen	203	1,00			

Binomiális próba készült arra vonatkozóan, hogy van-e szignifikáns különbség a beteg és az orvos együttbeszélési arányai között. A teszt kimutatta, hogy az orvos és a beteg együttbeszélési aránya nem tekinthető egyenlőnek, a beteg szignifikánsan nagyobb arányban beszél együtt az orvossal ( $p=0,11$ ).

#### 4.3.2. Együttbeszélési idő

További vizsgálódás az orvos és a beteg együttbeszélési idejére irányult, melyet a következő táblázat szemléltet.

#### 12. számú táblázat: Az orvos és a beteg átlagos együttbeszélési ideje másodpercben

<b>együttbeszélő személy</b>	<b>együttbeszélési idő másodpercben</b>	<b>elemszám</b>
<b>orvos</b>	265	83
<b>beteg</b>	330	120
<b>összesen</b>	<b>595</b>	<b>203</b>

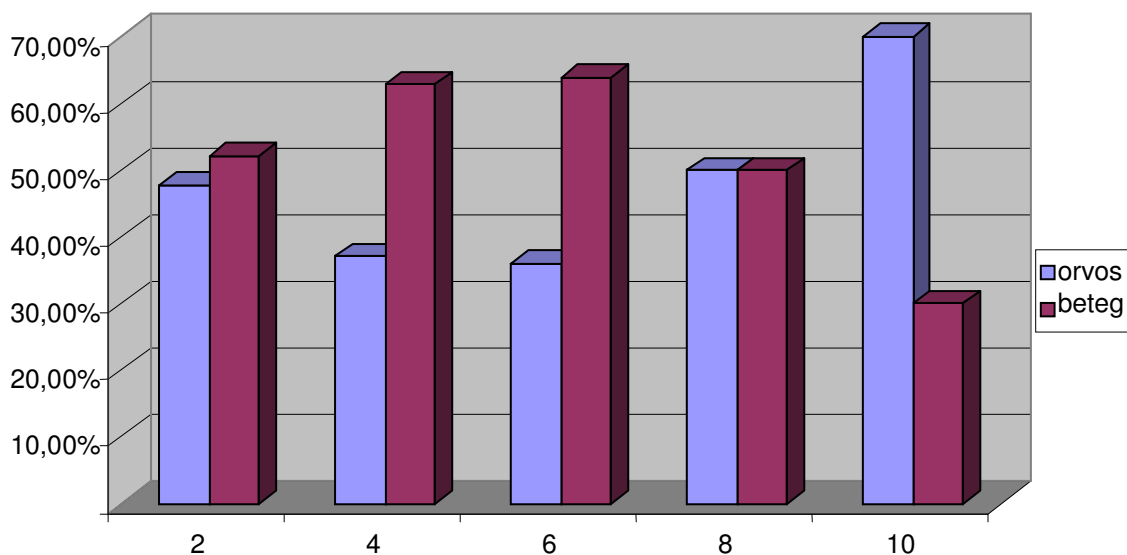
A vizsgálat alapjául szolgáló beszélgetésekben a 203 átfedő megnyilatkozás 595 másodpercig tartott a 3181 másodpercnyi összebeszélgetési időből, ami arányát tekintve 18,7%-a rögzített párbeszéd idejének. Ebből az orvos által kezdeményezett 83 együttbeszélés 265 másodpercig, míg a beteg kezdeményezése révén kialakuló 120 együttbeszélés 330 másodpercig tartott.

Az együttbeszélések időtartama is változó.

Az interakciókban volt 1, 2, 4, 6, 8 és akár 10 másodpercig tartó együttbeszélés is. Kimutatható, hogy az orvos 43 alkalommal kezdeményezett együttbeszélést 2 másodpercnyi időtartamban, a beteg ugyanebben a kategóriában, 73 alkalommal. A leghosszabb időtartamban, 10 másodpercig, 3 esetben az orvos, 1 alkalommal a beteg beszél.

A további kategóriák előfordulásának gyakoriságát a 4. sz. ábra szemlélteti.

**4. számú ábra: Az orvos és beteg együttbeszéléseinek időtartama a beszélgetésekben**



A 13. számú táblázat az orvos és beteg együttbeszélési időtartama közötti összefüggéseket mutatja be.

**13. számú táblázat: Az együttbeszélési idő és együttbeszélő személy közötti összefüggés**

khi-négyzet próba			
	tesztstatisztika értéke	szabadságfok	aszimptotikus szignifikancia szint (kétoldali)
Pearson khi-négyzet próba	5,692 <sup>a</sup>	5	,337

Khi négyzet próba készült arra vonatkozóan, hogy van-e szignifikáns összefüggés az együttbeszélő személy és az együttbeszélés ideje között. A null - hipotézis szerint, nincs szignifikáns összefüggés az együttbeszélési idő és az együttbeszélő személy között.

**4.3.3. Az együttbeszélések nemek szerinti lebontása**

A következő fejezet az interakcióban résztvevő nő és férfi betegek szimultán beszélgetés eredményeit tartalmazza.

A vizsgálat során a beszélgetésekben nyolc nő és öt férfi beteg interakciója került rögzítésre. A férfi páciensek 72 alkalommal kezdeményeztek együttbeszélést orvosukkal, míg az orvos 48 alkalommal. A női betegek 48 alkalommal kezdeményeztek, míg az orvos 35 alkalommal a nőbeteggel. A férfiak átlagosan több alkalommal élnek a szimultán beszéd lehetőségével, de a nők hosszabb ideig teszik ezt, amelyet a 14. sz. táblázatból lehet látni. A következő táblázat a betegek neme és együttbeszélési idejének összefüggéseit is bemutatja.

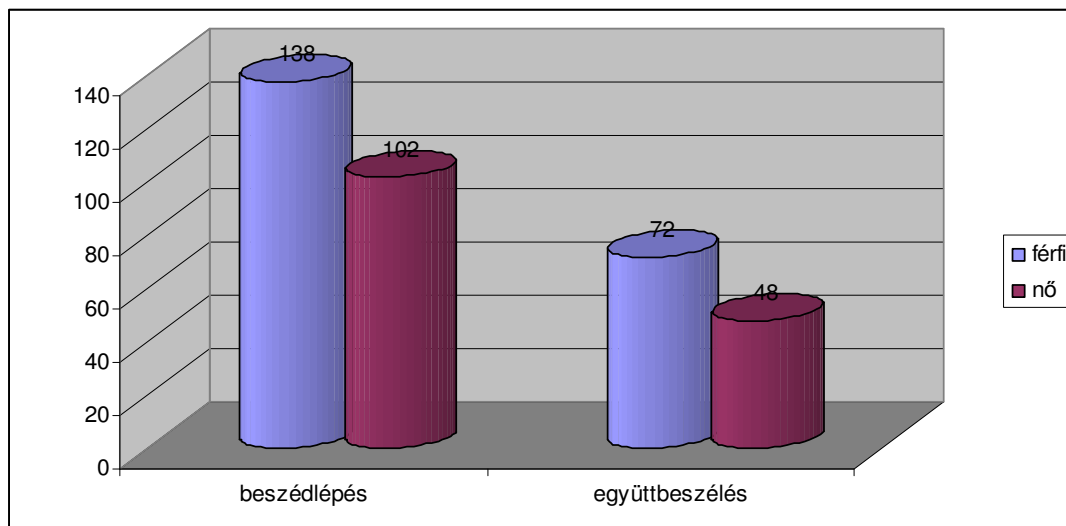
**14. számú táblázat: A beteg neme és az együttbeszélési ideje közötti összefüggés**

F-próba a varianciák egyenlőségének tesztelésére		kétmintás t-próba				
F	szignifikancia szint	t	szabadságfok	szignifikancia szint	csoporthatlagok közötti különbség	a különbség standard egységben
,378	,540	-,913	118	,363	-,278	,304
		-,901	96,023	,370	-,278	,308

Kétmintás t-próba készült arra vonatkozóan, hogy a vizsgált adatok alapján van-e különbség a férfi és női betegek együttbeszéléseinek átlaga között. A t-teszt végrehajtásához szükség van a két csoport szórásának vizsgálatára, mert ettől függően kell a t-próba típusát megválasztani. Az F-próba nem mutat szignifikáns eltérést a szórásokban ( $p=0,54$ ), így az egyenlő szórású csoportokra vonatkozó t-próba eredményét kell figyelembe venni (felső sor). A t-próba nem mutat szignifikáns eltérést a férfiak és nők együttbeszélési idejének átlaga között ( $p=0,36$ ).

A 5. sz. ábra a férfi és nő betegek beszélgetéseiben előforduló együttbeszéléseket ábrázolja.

#### 5. számú ábra: A férfi és női beszélgetésekben előforduló együttbeszélések



A fenti 5. számú ábrából kiderül, hogy a férfi betegek összesen 138 beszélgetést használtak és ebből 72 alkalommal beszéltek bele az orvos mondanivalójába (52,17%), a női betegeknek összesen 105 beszélgetés-váltása van, ebből 48 alkalommal beszéltek együtt orvosukkal (45,71%).

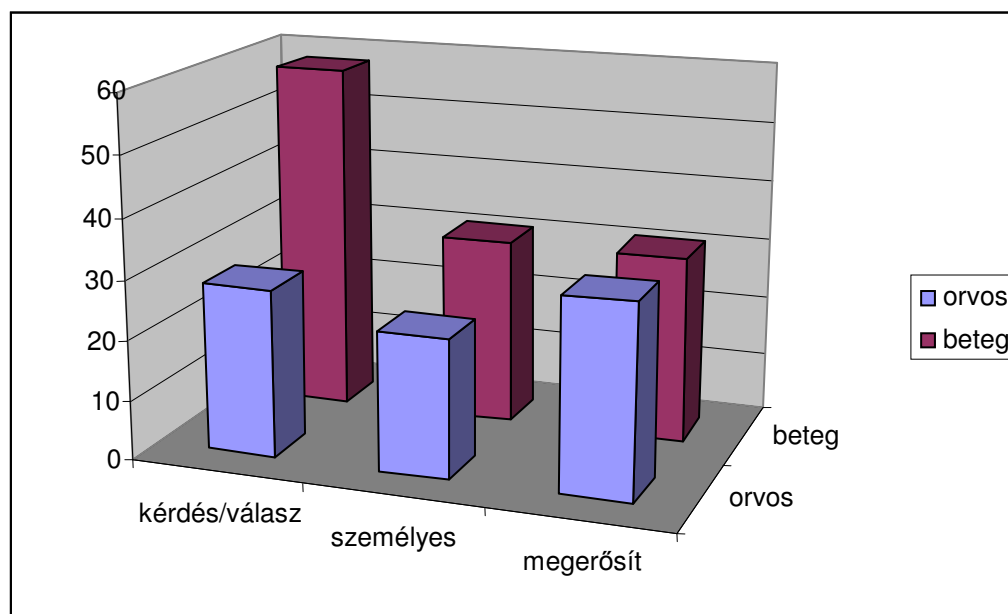
Kétmintás arányra vonatkozó teszt készült annak vizsgálatára, hogy a betegek neme befolyásolja-e az együttbeszélések gyakoriságát, vagyis van-e szignifikáns különbség a két arányban. Kimutatható a teszt alapján, hogy a különbség nem szignifikáns ( $p=0,318$ ).

#### 4.3.4. Az együttbeszélések tartalma

A következő vizsgálódási szempont az orvos és beteg átfedő megnyilatkozásainak funkcióira vonatkozott. Leggyakrabban a beteg a válasz funkciót alkalmazta a párbeszéd együttes beszélései során. Az orvos és beteg szinte azonos számban használta a megerősítő funkciót. A személyes témájú együttes beszéléseket az orvos 23 alkalommal, míg a beteg 31 alkalommal alkalmazott.

A 6.sz. ábra az átfedő megnyilatkozások tartalmát szemlélteti.

**6. számú ábra: Az átfedő megnyilatkozások tartalma az interakcióban**



A 15.sz. táblázat az átfedő megnyilatkozások tartalma és használója közötti összefüggéseket tartalmazza.

**15. számú táblázat: az átfedő megnyilatkozások tartalmi és használója közötti összefüggés**

khi-négyzet próba			
	tesztstatisztika értéke	szabadságfok	aszimptotikus szignifikanciaszint (kétoldali)
Pearson khi-négyzet próba	19,909	3	,000

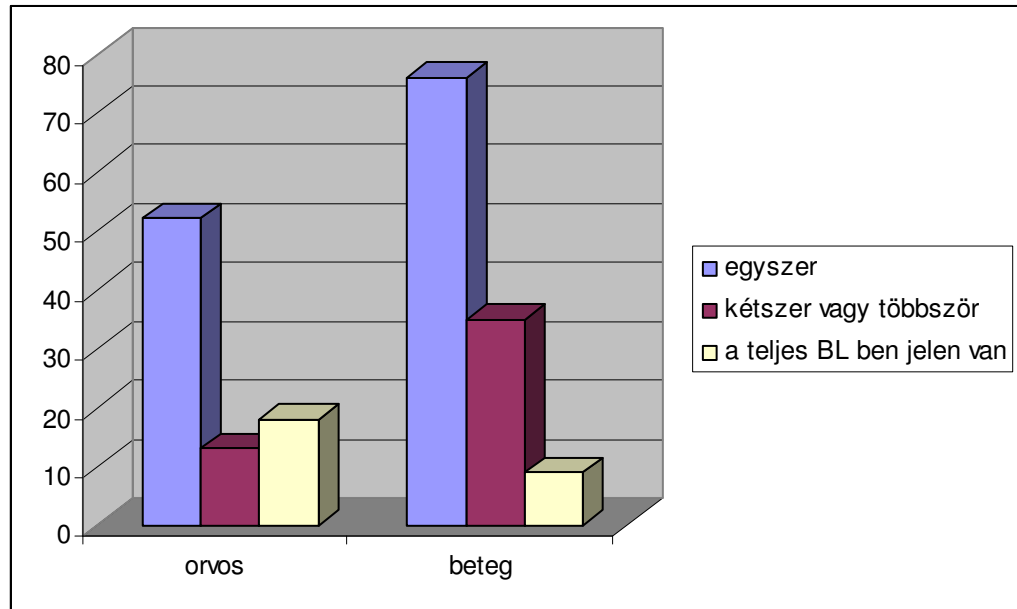
Függetlenség vizsgálat készült arra vonatkozóan, hogy van-e szignifikáns összefüggés az együttbeszélés funkciója és használója között. Az eredményekből megállapítható, hogy szignifikáns összefüggés áll fenn ( $p < 0,01$ ).

**4.3.5. Együttbeszélések jelenléte az orvos és beteg beszélőlépéseiben**

A vizsgált beszélgetésekből kimutatott eredmények szerint szimultán beszéd egy beszélgetés során egyáltalán nem fordult elő, 63,1 százalékban egyszer, 24 százalékban kétszer vagy többször, és 13,3 százalékban a teljes beszélőlépés-váltásban jelen volt.

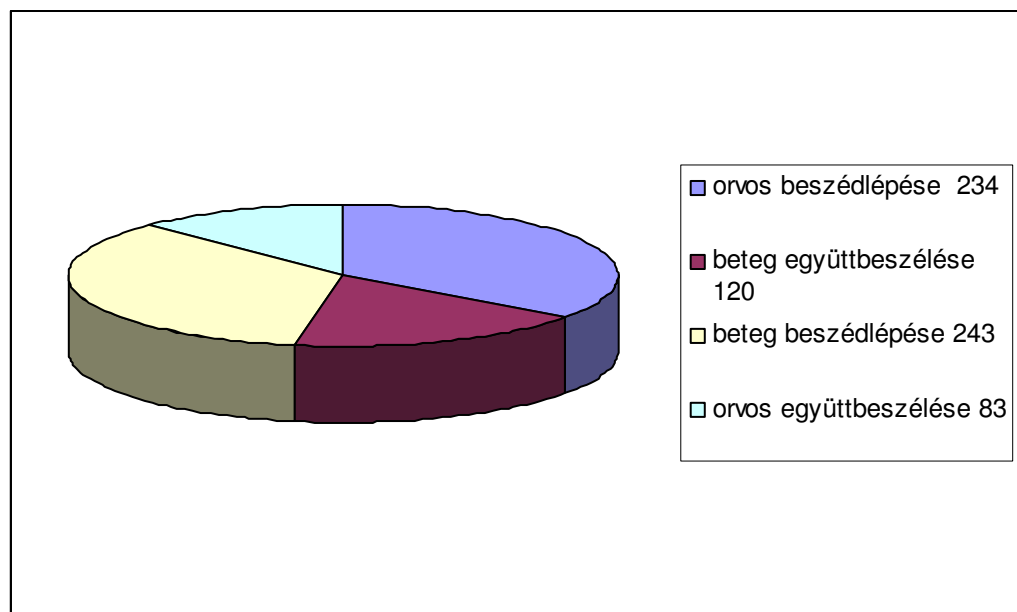
A 7. sz. ábra a beszélőlépés-váltásokban előforduló átfedő megnyilatkozások eredményeit mutatja be.

**7. számú ábra: Az együttbeszélések jelenléte az orvos és a beteg beszélőlépéseiben**



A következőkben ismertetendő eredmények az orvos és beteg együttbeszélései közötti összefüggésekre irányultak.

**8. számú ábra: Az orvos és beteg beszélőlépései és együttbeszélései közötti összefüggés**



A 8. sz. ábra a kétmintás arányra vonatkozó teszt eredményét tartalmazza, amellyel arra kerestük a választ, hogy egyenlőnek tekinthető-e az orvos beszédlépésével együttbeszélő beteg beszédlépéseinek aránya (51,3%), valamint a beteg beszédlépésével együttbeszélő orvos beszédlépéseinek aránya (34,2%). A teszt kimutatta, hogy a beteg szignifikánsan nagyobb arányban kezdeményez átfedő megnyilatkozást az orvos beszédlépéseiben, mint az orvos a betegében ( $p > 0,001$ ).

**16. számú táblázat: Az orvos és a beteg valamint az együttbeszélések száma közötti összefüggés**

khi-négyzet próba			
	tesztstatisztika értéke	szabadságfok	aszimptotikus szignifikancia szint (kétoldali)
Pearson khi-négyzet próba	11,212	2	,004
Valószínűség-hányados teszt	11,273	2	,004
Lineáris trend teszt	2,092	1	,148
Elemzés	203		

A 16.sz. táblázat a khi-négyzet próba eredményét tartalmazza arra vonatkozóan, hogy van-e szignifikáns összefüggés az együttbeszélő személy és együttbeszélések száma között. A teszt alapján megállapítható, hogy szignifikáns összefüggés áll fenn ( $p=0,004$ ).

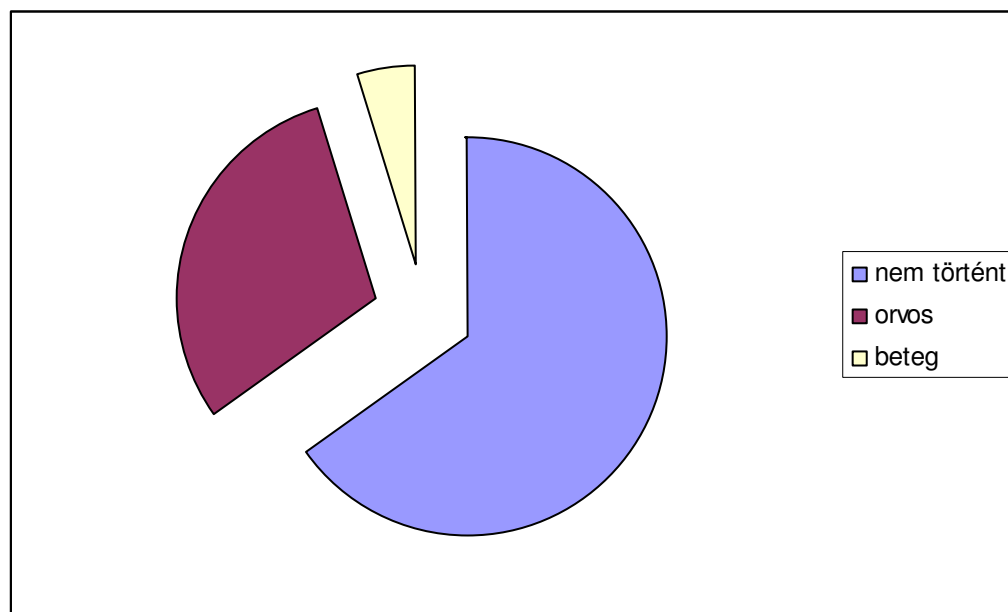


#### 4.4. Az átfedő megnyilatkozások kimenetele

##### 4.4.1. Az orvos és beteg szimultán beszéde után kialakult szóátvétel

A következő ábra a szimultán beszédben kialakult szóátvétel eredményeinek részletes bemutatása található.

#### 9. számú ábra: Az orvos és a beteg szóátvétele



A feleket tekintve az orvos 31 alkalommal (15%), míg a beteg 23 (11 %) alkalommal vette át a szót az együttbeszélések után. Egy beszélgetésben fordult elő, hogy csak az orvos vette át a szót és egy alkalommal, hogy az együttbeszélés folyamán csak a beteg. A fennmaradó 11 beszélgetésben mindkét fél részéről történt szóátvétel. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a szimultán beszélgetésekben az orvos vette át a szót gyakrabban.

A 17.sz. táblázat a szóátvétel és együttbeszélő személy közötti összefüggést tartalmazza.

**17. számú táblázat: Szóátvétel és együttbeszélő személy közötti összefüggés**

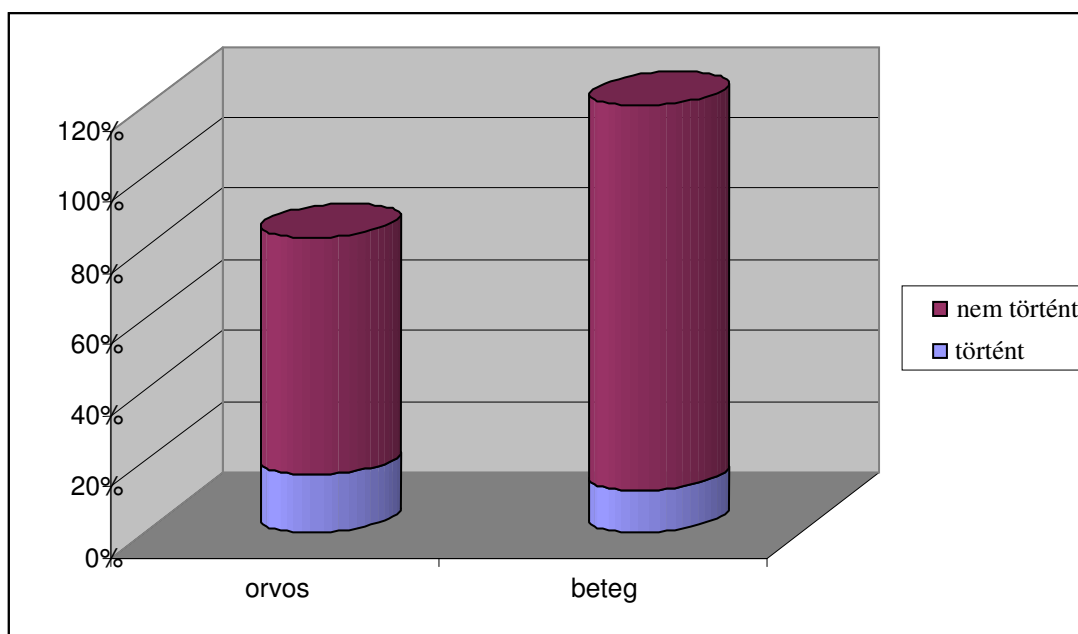
khi-négyzet próba			
	tesztstatisztika értéke	szabadságfok	aszimptotikus szignifikancia szint (kétoldali)
Pearson khi-négyzet próba	26,858 <sup>a</sup>	2	,000
Valószínűség-hányados teszt	27,791	2	,000
Lineáris trend teszt	,101	1	,751
Elemszám	203		

A függetlenségvizsgálat alapján kimutatható, hogy szignifikáns összefüggés van az együttbeszélő személy és a szóátvétel között ( $p < 0,001$ ).

#### 4.4.2. Témaváltás az átfedő megnyilatkozások után

A 10.sz. ábra az átfedő megnyilatkozásokban létrejött témaváltás statisztikai elemzését mutatja be.

**10. számú ábra: A szimultán beszédet követő témaváltás**



A vizsgált interakciókban előforduló átfedő megnyilatkozásokban témaváltás is megtalálható. Arányát tekintve 57,1 százalékban csak az orvos és 42,9 százalékban csak a beteg részéről történik. Megállapítható, hogy 203 együttbeszélés kezdeményezést követően az orvos 16 alkalommal, azaz 57,1 százalékban, míg a beteg 12 alkalommal, azaz 42,9 százalékban terelte másra a szót, a többi 175 átfedő megnyilatkozást követően nem történt témaváltás.

A 18.sz. táblázat az együttbeszélő személy és a témaváltás közötti szignifikancia eredményt tartalmazza.

**18. számú táblázat: A témaváltás és együttbeszélő személy közötti arány**

khi-négyzet próba			
	tesztstatisztika értéke	szabadságfok	aszimptotikus szignifikancia szint (kétoldali)
Pearson khi-négyzet próba	26,858 <sup>a</sup>	2	,000
Valószínűség-hányados teszt	27,791	2	,000
Lineáris trend teszt	,101	1	,751
Elemszám	203		

A khi-négyzet próba alapján nem mutatható ki szignifikáns összefüggés az együttbeszélő személy és a témaváltás között ( $p=0,059$ ).

#### **4.4.3. Az átfedő megnyilatkozások választási kimenetelére vonatkozó kvalitatív elemzés**

Ez az alfejezet a szóátvétel kvalitatív elemzésével foglalkozik. Az alábbi példában a szóátvétel a beteg részéről történt. A 3. számú táblázat 9. sorszámú, 56 éves nő betege medikáció miatt kereste fel orvosát.

{02:24} 0097 [orra is folyik]  
 {02:24} 0098 beteg [háát picit]  
 {02:26} 0099 orvos [köhögés]  
 {02:26} 0100 beteg [nem vészes]  
 {02:28} 0101 orvos [van e ]  
 {02:28} 0102 beteg [most kezdődött]  
 {02:30} 0103 orvos [mhm]  
 {02:30} 0104 beteg [kapar a torkom mivel fáj]  
 {02:32} 0105 ugye  
 {02:34} 0106 orvos (. ) jó

Az orvos részéről a szóátvétel az együttbeszélésekben önválasztással történt. A medikáció a családorvosnő és 3. számú táblázat 9. sorszámu, 56 éves nő betege között zajlott.

{04:26}	0166		[lerakodást]
{04:26}	0167	orvos	[persze így ]
{04:28}	0168	beteg	[nem nem]
{04:28}	0169	orvos	[fáj- e ahogy ütögetem]
{04:30}	0170	beteg	[fáj ott se]
{04:30}	0171	orvos	[itt]

Az alábbi példák kvalitatív eredmények segítségével mutatják be a témaváltás előfordulását a párbeszédekben. Ebben a példában az orvos szimultán beszéddel átveszi a szót a betegtől, témaváltás az orvos részéről történik. Jelen beszélgetésben a 3. számú táblázat 5. sorszámu, 40 éves férfi betege medikáció miatt kereste fel orvosát.

{05:30}	0287	beteg	[kéne szaladgálnom]
{05:32}	0288		iszok
{05:34}	0289		két sört megiszok
{05:36}	0290		naponta a többi az meg
{05:38}	0291		[ásványvíz]
{05:38}	0292	orvos	[na most]
{05:40}	0293		két két múlva lesz a megint
{05:42}	0294		a táppénzes papír ha
{05:44}	0295		gondolja akkor lehet azt is csinálni hogy
{05:46}	0296		kér egy időpontot
{05:48}	0297		és akkor visszamegy amikor vissza kell menni
{05:50}	0298		mondjuk a jövő héten
{05:52}	0299		és akkor meglátjuk de
{05:54}	0300		[eldönti jó de ez attól függ hogy hogyan érzi magát]
{05:54}	0301	beteg	[persze]

#### **4.5. Az orvosi kérdések hatása az együttbeszélések kialakulására**

##### **4.5.1. Kérdéstípusok kvantitatív eredményei az interakcióban**

A következő fejezet az orvos által feltett kérdések típusainak kvantitatív eredményeivel foglalkozik. Az 19.sz. táblázat az orvos kérdéseinek típusait és tartalmának eredményeit mutatja.

**19. táblázat: Az orvosi kérdések típusai és tartalma az interakcióban**

	<b>tartalom</b>	<b>betegkikérdezés</b>	<b>gyógyszer</b>	<b>egyéb</b>	<b>összesen</b>
<b>típus</b>	<b>nyitott</b>	38	26	6	<b>70</b>
	<b>zárt</b>	68	28	22	<b>118</b>
	<b>szuggesztív</b>	8	8	18	<b>34</b>
	<b>összesen</b>	<b>114</b>	<b>62</b>	<b>46</b>	<b>222</b>

A táblázatban rögzített összesített vizsgálati eredmény szerint az orvos 3 típusú kérdést használ az interakciókban.

Leggyakrabban zárt típusú kérdésekkel kérdezi betegét, 51 százalékban.

A vizsgált beszélgetésekben az orvos által feltett zárt kérdések tartalmilag három csoportba sorolhatók: 58 százalékban betegkikérdezés, 24 százalékban gyógyszerfelírással kapcsolatos kérdések, az egyéb kategóriákat (személyes jellegű alternatív-, információs-, ellen- és motivációs kérdések) 19 százalékban használta.

Összességében tehát ebben a kategóriában 118 kérdés hangzott el az orvos részéről.

Nyitott kérdések alkalmazásakor: 54 százalék betegkikérdezés során, 37 százalékban gyógyszerfelírással kapcsolatban és 9 százalékban egyéb nyitott kérdés fordult elő.

Ez az jelenti, hogy az orvos összesen 100 nyitott kérdést használt.

A fenti táblázat azt mutatja, hogy 23,5 százalékban tesz fel az orvos szuggesztív kérdést betegének betegkikérdezés és gyógyszerfelírással kapcsolatban, míg 59,2 százalékban tesz fel egyéb kategóriába tartozó kérdést. A vizsgált interakciókban összesen 111 kérdést intéz az orvos betegeihez.

A következő táblázat az orvos kérdéseinek típusa és tartalma közötti szignifikancia teszt eredményét tartalmazza.

## 20. számú táblázat: Az orvosi kérdések típusa és tartalma közötti összefüggés

khi-négyzet próba			
	tesztstatisztika értéke	szabadságfok	aszimptotikus szignifikancia szint (kétoldali)
Pearson khi-négyzet próba	31,523	4	,000
Valószínűség-hányados teszt	28,909	4	,000
Lineáris trend teszt	15,519	1	,000
Elemszám	222		

Függetlenség vizsgálat készült arra vonatkozóan, hogy van-e szignifikáns összefüggés a kérdés típusa és a tartalom között.

Az eredmények alapján elutasíthatjuk a függetlenség null-hipotézisét, tehát szignifikáns összefüggés van a típus és tartalom között ( $p < 0,001$ ).

### 4.5.2. Kvalitatív eredmények a kérdések használatára

Az alábbi példa az orvos zárt kérdéseit mutatja be az interakciókban. Jelen beszélgetésben az orvos már elköszönt betegétől, de mégsem fejeződött be a kommunikáció. A 3. számú táblázat 7. sorszámú, 30 éves férfi betege medikáció miatt kereste fel családorvosát.

{03:38} 0412 beteg [nincs]  
 {03:40} 0413 orvos [tessék]  
 {03:40} 0414 beteg [köszönöm]  
 {03:42} 0415 orvos szívesen  
 {03:44} 0416 [viszlát]  
 {03:44} 0418 beteg [viszlát]  
 {03:46} 0419 orvos van otthon különben lázcsillapítója  
 {03:48} 0420 beteg ö\_ö alaogopirin az nincs  
 {03:50} 0421 [és]  
 {03:50} 0422 orvos [akkor írunk föl jó]  
 {03:52} 0423 beteg [azt szoktam]  
 {03:52} 0424 orvos [mhm]  
 {03:54} 0425 hát recept nélkül ö\_ö  
 {03:56} 0426 [nem adnak]  
 {03:56} 0427 beteg [jaa]

Ez a példa az orvos nyitott kérdésére mutat be példát az interakcióban. A medikáció a családorvosnő és 3. számú táblázat 10. sorszámú, 50 éves nőbetege között zajlott.

40 éves női beteg medikáció miatt kereste fel háziorvosát.

{00:34} 0025 orvos [és hány napig volt]  
{00:36} 0026 orvos [akkor lázas vagy hogy volt ez]  
{00:36} 0027 beteg [az annyi volt ugye]  
{00:38} 0028 durván egy két napig az pont  
{00:40} 0029 [hétvégire esett]  
{00:40} 0030 orvos [tehát ö\_ö]

Szuggesztív kérdések is előfordulnak kis számban az elemzett interakciókban. Jelen példa gyógyszerfelírás során született. A medikáció a családorvosnő és 3. számú táblázat 9. sorszámú, 56 éves nőbetege között zajlott.

{05:42} 0250 orvos [jó jó meg a ]  
{05:44} 0251 akkor itt az antibiotikum  
{05:46} 0252 [nincsen gyógyszerérzékenysége ugye]  
{05:46} 0253 beteg [természetesen nincs hála istennek]

## V. MEGBESZÉLÉS

### 5.1. Az orvosi dominancia

Az orvosi dominancia vizsgálata az orvos és a beteg beszél lépéseinek számszerűsítésével indult. A 13 dialógusban az orvos 234, míg a beteg 243 beszél lépést használ az interakciók során. A megközelítőleg azonos beszél lépés számok, „dialógikus szimmetriára” engednek következtetni (Koerfer et al. 2009:139), hiszen az orvos és betegek megközelítőleg azonos lehetőségekkel bírnak a kommunikatív eszközök megválasztásában. Hasonló következtetésre jutottak korábbi, házi orvos-krónikus beteg interakciókat elemző hazai kutatások (Hambuch 2011), amelyekben az orvos és a beteg beszél lépéseinek számát összehasonlítva, nem volt kimutatható jelentős különbség a két fél beszél lépései között.

A dominancia részletes vizsgálatához elengedhetetlen, hogy a beszél lépések számán túl tágabb szempontrendszerrel vegyen górcső alá a beszél elemző (Hámori 2006). Jelen kutatásban ez a beszél lépések arányainak és hosszának vizsgálatával teljesül.

Bár a binominális próba kimutatta, hogy nincs szignifikáns eltérés az orvos és a beteg beszél lépések arányai között, továbbmutató az orvos és a beteg beszél lépéseinek arányát az egyes beszélgetésekre vetítve vizsgálni.

A 13 beszélgetésből pusztán három olyan interakció fordult elő, ahol jelentősen nagyobb a beteg beszél lépéseinek aránya. Tíz esetben a beszél lépés arányokat tekintve tehát vagy az orvos domináns vagy nincs jelentős eltérés a dominancia viszonyokat tekintve.

A beszél lépések időtartamát tekintve, megállapítható, hogy a beteg több beszél lépésben, de lényegesen rövidebb ideig beszél, mint az orvos. Mivel az orvos beszél lépéseinek hosszában nincs annyi kiugró érték, mint a betegében, megállapítható hogy az orvos beszél lépései megközelítőleg azonos hosszúságúak szemben a beteg rövidebb és különböző hosszú beszél lépéseivel.

Heritage (2004) tanulmányában hangsúlyozza, hogy az intézményi interakcióban az egyik beszélő megnyilvánulási lehetőségei korlátozottak. Mint az intézmény képviselője, a családorvos hosszabb ideig tartja magánál a szót.



A kapott eredmények a dolgozat első hipotézisét alátámasztják, tehát az orvos - beteg interakcióban az orvos dominanciája figyelhető meg, a beszéllések aránya és hossza alapján.

## **5.2. Az együttbeszélési kezdeményezések alakulása**

Általánosságban elmondható, hogy az interakciókban nem tartották tiszteletben a beszélési szabályokat, a kutatási korpuszban sok együttbeszélési kezdeményezés született.

Jelen kutatásban az orvos részéről 83, míg a beteg részéről 120 együttbeszélési kezdeményezés történt, azaz a beteg szignifikánsan nagyobb arányban alkalmaz átfedő megnyilatkozást az orvos beszéléseiben, mint fordítva. Ebből arra lehet következtetni, hogy a vizsgált interakciókban nem figyelhető meg szigorú alá - fölérendeltségi viszony az orvos és betegek között, mert a betegek egyenlő félnek tekintik magukat az orvossal, beleszólnak annak megnyilatkozásaiba. Ez a jelenség két szempontból is az intézményi keretek eltolódását jelenti. Egyrészt az intézményi kommunikációra nem jellemző az együttbeszélés (Heritage 2004), és az sem, hogy az intézmény képviselőjétől különböző interaktor kezdeményezi az átfedő megnyilatkozást.

Az együttbeszélés az európai kultúrában általában udvariatlanságnak számít (Cameron 2001:92, in Hámori 2006:135) és magasabb ranghoz kötött (Gal 2001:174, in Hámori 2006:135), mégis jelen kutatásban az alacsonyabb ranggal bíró személy kezdeményezett több együttbeszélést.

A kutatási hipotézist, mely szerint az orvos kezdeményezte az együttbeszéléseket a párbeszédben, a kapott eredmények nem támasztották alá.

## **5.3. Az együttbeszélési kezdeményezések és a konzultáció időtartamának kapcsolata**

A páciensek többsége a konzultációk során több ízben kifogásolja, hogy az orvosnak nem volt elég ideje őt kikérdezni és ezért bizalmatlanok a diagnózis hitelességével kapcsolatban (Sárkányiné 2011).

Tekintettel arra, hogy a vizsgált korpusz rögzítési helyszíne egy vegyes körzet, sok gyermek is látogatja a rendelést. Ebből következően a doktornő nem vezethette be az időpontos rendszert, azaz az egyes konzultációk kezdő időpontja és hossza sem a mindenkor betegegyéntől függ, előre nem meghatározott. A beszélgetések átlagos hossza 3,8 perc, amely a konzultációk átlagos hosszától jelentősen eltér. Egy 1992-ben végzett felmérés alapján ugyanis egy konzultáció átlagos hossza 5,7 perc (Peters 2008) vagy 6-tól 11,5 percig tart (Wilm et al. 2004:53). Fontos azonban azt is figyelembe vennünk, hogy a páciens szintén elégedetlenné teheti, ha máshogy éli meg a reális és a fiktív idő közötti különbséget (Löning 1985:34), amely a páciens szintén elégedetlenné teheti.

Johanna Lalouschek (Lalouschek 2002) arra mutat rá tanulmányában, hogy ez az időhiány nagyban befolyásolja azt, hogy személyes kapcsolat alakuljon ki a családorvos és a betegek között

Mivel az átfedő megnyilatkozás a két interaktor közös beszédlépése, ez feltétlenül az interakció rövidülését jelenti. Jelen kutatásban a konzultációk átlagos időtartama jöllehet rövid, azonban összebeszélgetés időtartamát tekintve annak majdnem egyötödében (18 %) jelen vannak együttbeszélések. Hétköznapi beszélgetések kötetlen műfajára sem jellemző az együttbeszélések ilyen gyakori előfordulása, ahol a két interaktor átfedő megnyilatkozásai 10 százalék gyakorisággal fordulnak elő (Kurtic et al. 2013:1).

A kutatási hipotézis, amely szerint a vizsgált családorvos - beteg párbeszédekben az együttbeszélések miatt a konzultáció hossza egy átlagos családorvos - beteg kommunikációhoz képest lerövidül, beigazolódott.

#### **5.4. Az együttbeszélések kiterjedése**

##### **5.4.1. Támogató együttbeszélések**

Az együttbeszélések, gyakori előfordulásuk miatt, további vizsgálatok tárgyát képezték, milyen mértéket ölthettek, mennyi ideig tartottak és milyen jellegűek voltak. Az együttbeszélés előfordulhat egy szótagra vagy szóra korlátozva, ez általában támogató jellegű együttbeszélés (Hutchby - Wooffitt 2006).

Nem ritka a huzamosabb ideig tartó, akár tagmondatokat, mondatokat felölelő átfedés sem, vagy akár a teljes beszédlépést felölelő átfedés sem.

Utóbbi következménye a beszédlépváltást és mint ilyen, a versengő együttbeszélés (Hutchby - Wooffitt 2006, Trabalka 2010).

Jelen kutatásban többször az egy szótagra korlátozódó együttbeszélés (63, 1;%) fordul elő, ez típusát tekintve támogató együttbeszélés. Ezek az úgynevezett támogató együttbeszélések nem járnak együtt a téma megváltoztatásával. A támogató együttbeszélések nem beszédátvételi szándékot jelentenek, hanem támogatás, érdeklődés jelei (Reményi 1999).

Az együttbeszélések közel egynegyedében (24,6 %) a beszédlépésekben kétszer fordult elő együttbeszélés. Feltételezhetjük, hogy ezek szintén támogató jellegű együttbeszélések, a kiterjedés rövidege miatt.

Olyan átfedés, amely a teljes beszédlépésben megjelenik, a legkevesebbszer fordul elő (13, 3%) mindkét félnél.

#### **5.4.2. A versengő együttbeszélések**

Az átfedő megnyilatkozások megjelenhetnek a beszédjog megszerzésének eszközeként a spontán társalgásokban (Hutchby - Wooffitt 2006).

A versengő típusú együttbeszélés célja a beszédjog megszerzése, amelynek velejárója a témaváltás és szóátvétel is (Stolt 2008, Trabalka 2010).

A vizsgált 203 együttbeszélés több mint egynegyedében (26%) történt szóátvétel, 15% százalékban az orvos, 11%-ban a beteg volt a kezdeményező.

Témaváltás 28 alkalommal fordult elő, 16 esetben az orvos, 12 esetben a beteg részéről.

Az orvos részéről gyakoribb ez a stratégiai (Koefer et al. 2009), aszimmetrikus verbális cselekvés, mely a beteg további információ és kommunikáció iránti igényét csírájában elfojtja.

A funkcionális asszimetriát (Koefer et al. 2009) erősíti, hogy a beteg részéről történő témaváltás nem fordul elő nagy számban. Az intézményes keretek között a nem intézményes képviselő nem élhet az együttbeszélés következményeként a témaváltás lehetőségével, hiszen nem ő a kommunikáció irányítója.

Az együttbeszélések hosszának vizsgálata szintén alátámasztotta azt a tényt, hogy vizsgált interakciókban a támogató együttbeszélések előfordulása csaknem háromszor olyan gyakori (74 %), mint a versengő együttbeszéléseké (26%). Jelen kutatásban 2, 4, 6, 8 és 10 másodpercig tartó együttbeszélések voltak jellemzőek. A leggyakrabban előforduló 2 másodpercig tartó együttbeszélések a befogadó együttműködésének jelzésére szolgálnak (Stolt 2008), és mint ilyenek támogató együttbeszélések. Az intézményi aszimmetriát (Heritage 2004) alátámasztó jelenség, hogy az orvos nagyobb számban kezdeményezte a 10 másodpercig tartó, versengő jellegű együttbeszéléseket.

A négyes számú hipotézis arra kereste a választ, hogy az orvos és a beteg beszédlépéseiben a támogató együttbeszélések, amelyek egy szótagra korlátozódnak vannak-e többségben az interakcióban. A kutatási hipotézis beigazolódott.

### **5.5. Nemek szerinti lebontás**

A vizsgált párbeszédekben a nyolc nő és öt férfi beteg interakciója során vizsgálati szempont volt az is, hogy melyik kezdeményezett több együttbeszélést, és milyen hosszan.

A vizsgált párbeszédekben arra születtek eredmények, hogy a férfi betegek kezdeményeztek több együttbeszélést. Az eredmények továbbá azt is tükrözik, hogy a női betegek együttbeszélési kezdeményezései jóval hosszabb ideig tartottak, mint a férfi betegeké. Ezzel ellentétben, a szakirodalomban arra találunk példát, hogy a nők sokkal inkább használnak több, rövid ideig tartó átfedő megnyilatkozást a másik beszélő támogatására, mint a férfiak (Zimmerman – West, 1975 in Trabalka 2010).

Összegezve elmondhatjuk, hogy a vizsgált családorvos - beteg párbeszédekben a férfi betegek több és hosszabb átfedő megnyilatkozást kezdeményeztek. Tehát a hipotézis, miszerint a nőbetegek több együttbeszélés kezdeményezői az interakciókban, nem igazolódott be.

### **5.6. A beszédlépések tartalma**

A családorvos és beteg találkozáson már előre meghatározott témája van, nevezetesen a beteg betegsége. A páciensek a családorvosoktól nem csak szakmai segítséget és gyógyítást szeretnének, hanem megértést és együttérzést az orvos részéről ebben a számukra félelmetes és bizonytalan élethelyzetben, tehát egy valódi beszélgetést.

Mivel ezt nem minden esetben kapják meg, és ez a kielégítetlen szükséglet, amely végig jelen van, sok probléma kiváltó oka lehet.

A beszélgetés témája több tényezőtől függ; a betegség fajtájától, a beteg pszichés állapotától, függ a felek egymás közötti viszonyától, amely a formális beszélgetés felépítését is befolyásolja. A témát befolyásolja továbbá helyszín és az is, hogy a beteg szenvedése végig jelen van a konzultációban, a beteget betegségének és személyes érzéseinek jelenléte befolyásolja, hiszen ezeket nem tudja egyedül kezelni, és a panaszait nem tudja egyedül értékelni (Lalouschek 2002).

Jelen kutatás a kérdés - válasz, megerősítés, javítás és személyes megjegyzések tartalmak szerint osztotta fel beszédlépéseket. Az orvosi interjúkban kimutatott kérdés-válasz tartalom domináns jelenléte (Heritage 2004) a vizsgált párbeszédre nem jellemző, sokkal inkább a megerősítés, mint tartalom van jelen úgy az orvos, mind a beteg beszédlépéseiben. A várttól eltérően azonban nem csak a betegek (106 alkalommal) erősítették meg orvost, hanem az orvos (93 alkalommal) is a betegeket. A beszédlépésekben jelen levő megerősítő tartalmak alátámasztják azt a szakirodalmi tényt, hogy a beteg elbeszélésének elősegítéséhez elengedhetetlen az orvos biztatása, támogatása, együttérzése, valamint reflexiója (Arnold 1999). A szakirodalomra általában jellemző, hogy női orvosok empátikusabb kommunikációja mellett érvel (Németh 1997). Ezzel szemben egy egészen új házi orvos – hipertóniás beteg párbeszédet elemző kutatás a női orvos beszélgetésvezetését jellemző cselekvésmintákban kevesebb szubjektív megnyilatkozást talált, mint a vizsgált férfi orvosnál (Hambuch 2014). A vizsgált párbeszédekben az orvos is beszélt személyes témáról.

Amint azt a kvalitatív kutatási eredmények bizonyítják, a párbeszédekben nem csak a beteg orvos által történő javítása fordul elő, hanem a beteg is kijavítja az orvost. Továbbá szókereső aktivitás nem csak a beteg, hanem az orvos beszédlépéseinek jellemzője is, ami szintén nem az intézményi párbeszéd sajátja (Heritage 2004).

### **5.7. Az együttbeszélések tartalma**

A kutatás jelen fejezete bemutatta, hogy mindkét félnek van személyes tartalmú megnyilatkozása, valamint alkalmaznak egymást megerősítő megnyilatkozásokat is. Ezeknek a tartalmaknak a jelenléte inkább a spontán társalgásokra jellemző.

A megerősítő funkciók pedig azt támasztják alá, hogy az orvos aktívan meghallgatja a beteget és az időarányokkal együtt azt is, hogy az orvosoknak indokolatlan azon féelme, hogy a beteg elbeszélésének soha nem lesz vége (Langewitz et al. 2002). Az aktív meghallgatás - hallgatói jelzések, megértés biztosítása, reagálás a beteg által tett utalásokra – a beteg perspektívájának megértése, lehetővé teszi a diagnosztika és a terápia sikerességét.

Heritage (2004) hangsúlyozza, hogy az intézményi beszéd szekvenciális szerkezetében, semleges hangvételében illetve kérdésfeltevés speciális szerkezetében különbözik a hagyományos kommunikációtól.

A kapott eredmények azt támasztják alá, hogy a beszéd szekvenciális szerkezetében és személyes hangvételében inkább hasonlít a hagyományos kommunikációhoz. Nem szabad azonban elfelejtenünk, hogy az akut ellátásbeli orvos-beteg párbeszédnek vizsgálata során a kutatók arra a megállapításra jutottak, hogy ezek a párbeszédnek szerkezetek szintén erősen strukturált (Byrne - Long 1976, Robinson 1998, 2001, 2003), és szubjektív elemeket is tartalmaz.

Johanna Lalouschek (Lalouschek 2002) arra mutat rá tanulmányában, hogy az időhiány nagyban befolyásolja azt, hogy személyes kapcsolat alakuljon ki. Jelen kutatásban házi orvos és beteg között a rövid konzultáció ellenére mégis rendre kialakult a személyes kapcsolat, amelyet a személyes tartalmú beszédlépések és az állandó megerősítések jelenléte támasztanak alá.

Összegezve megállapíthatjuk, hogy a hatodik hipotézis, amely az interakció beszédlépéseiben a kérdés/ válasz tartalom dominanciáját feltételezte, csak részben igazolódott, hiszen a megerősítő tartalom is nagymértékben szerepelt a beszédlépések tartalmában.

## **5.8. Az együttbeszélések kialakulásának oka**

A kérdésnek nagy jelentősége van az orvos - beteg kommunikációban, hiszen megfelelő kérdéssel a házi orvosok nemcsak pontos információhoz jutnak, hanem kifejezhetik gondolataikat, érzéseiket, bizalmat teremthetnek, konfliktusokat oldhatnak fel és időt takaríthatnak meg.

Az interrogatív stílusra a zárt kérdések a jellemzőek, míg az interjú narratív stílusra a nyitott, eldöntendő vagy kiegészítendő kérdések (Demeter 2005, Koerfer et al. 2009:133). Jelen kutatásban szinte azonos számban találhatók mindkét stílusra jellemző kérdéstípusok.

Az orvos zárt típusú kérdést 118 esetben alkalmazott, azaz a kérdések több mint fele 53%-a zárt kérdés volt. Nyitott 70 (32%), szuggesztív kérdést 34 (15%) alkalommal használt.

Zárt típusú kérdésekkel az orvos a konzultáció alatt kevés információhoz jut, mert az interjú nagy része a kérdések megszerkesztésével függ össze. A rövid válaszok miatt az orvos nem jut el a probléma lényegéig, mellyel a beteg hozzá fordult (Arnold 1999).

A vizsgált interakciókban az orvos kérdéseinek csaknem fele (47%) nyitott vagy szuggesztív kérdés. A szuggesztív típusú kérdéseknél ugyan fennáll a veszély az elkalandozásra, de sokkal fontosabb, hogy a betegnek lehetősége nyílik saját problémájának valódi feltárására (Arnold 1999).

Zárt kérdések hatékonyságát megnöveli, ha a zárt kérdés feltevése előtt az orvos nyitott kérdéseket használ (Léderer 2012:59). Jelen kutatásban ugyan a zárt kérdések vannak többségben, de az orvos ezek feltétele előtt nyitott kérdéssel kezdi az interakciót.

Szuggesztív kérdést az orvos 34 alkalommal tesz fel a betegeknek jelen korpuszban. Ezen típusú kérdés egyúttal a választ is sugallja a betegnek. A szuggesztív kérdésekre rossz esetben téves vagy felszínes válaszokat várhat az orvos. A beteg ilyen esetekben úgy érzi, hogy az orvos próbálja őt elhallgattatni, vagy mondanivalójára nem kíváncsi. A szuggesztív kérdések után a beteg úgy érezheti, hogy alárendelt szerepe van.

Jelen kutatásban az anamnézis felvétele során feltett kérdések nem kapcsolódnak szorosan egyes interjú szakaszokhoz, hanem az orvos a beszélgetés felépítéséhez igazodva alkalmazza őket, és amint a szakirodalom is alátámasztja, spontán jellegűek (Peters 2008:81).

Tekintettel arra, hogy a vizsgált interakciókban az orvos inkább a zárt kérdéseket alkalmazta, a felállított hetes számú hipotézis, amely szerint az együttbeszélések az orvos nyitott kérdéseinek hatására alakultak ki, nem igazolódott be.

## VI. KÖVETKEZTETÉSEK

A korpuszban az orvos beszédlépéseinek hosszában mutatható ki egyértelműen, hogy az intézmény képviselőjénél van hosszabb ideig a szó, tehát ő a domináns fél.

A rögzített interakciókban a beteg által kezdeményezett együttbeszélések vizsgálata azt mutatta, hogy a beteg is aktív résztvevője a párbeszédnek, és az intézményi beszéd kezd hasonlítani a spontán párbeszédre.

A konzultációk hosszának vizsgálatával is az intézményi beszéd hagyományos definíciójától eltérő eredmény született. A kutatásban a konzultáció időtartama viszonylag rövid, mivel az együttbeszélések lerövidítik a beszélgetések hosszát, mégis elégedett betegek távoznak az orvostól. Ezeket a beszédlépések tartalmának elemzésével támasztja alá a kutatás.

A szakirodalom az együttbeszéléseknek két típusát különbözteti meg, melyek a vizsgált párbeszédekben is megtalálhatóak. Igaz, a kutatásban a támogató együttbeszélések nagyobb mértékű jelenléte figyelhető meg, de a versengő átfedő megnyilatkozások is megtalálhatóak. Az ilyen típusú átfedéseket az intézményi képviselő kezdeményezte nagyobb számban, ami szintén az intézményi beszéd jellemzője.

A kutatás a nemek szerinti különbséget is vizsgálta az együttbeszélések használatában. Bár az elemszám viszonylag kicsi, ami nem teszi lehetővé általános következtetések levonását, mégis a szakirodalomtól eltérő eredmény született. Nem várt eredmény volt, hogy a párbeszédekben a férfi betegek kezdeményeztek több együttbeszélést, pedig több interakció volt a korpuszban nőbeteg részvételével. Az átfedések ideje viszont ennek ellenkezőjét támasztotta alá.

A beszédlépések tartalmait vizsgálva a megerősítés tartalmak jelenléte több a párbeszédekben, és nagy számban megtalálhatóak a személyes tartalmú beszédlépések is.

Az intézményi beszédre a kérdés – válasz szekvencia domináns jelenléte a jellemző, de jelen kutatás interakcióiban az eredmények ezt nem támasztották alá.

A korpuszban előforduló kérdések típusainak vizsgálatából kiderült, hogy az orvos inkább zárt kérdéseket használt, mely az intézményi párbeszédre általában jellemző.



## **6.1. A dolgozat új megállapításai**

- Jelen kutatásban kimutatható az orvosi dominancia a beszélgetések hosszában, mert a beszélgetéseknél a beteg használ több beszélgetést elképzeléseinek megvalósításához.
- Az együttbeszélési kezdeményezésekben kimutatható a beteg dominanciája.
- Jelen kutatásban a konzultációk átlagos hossza az együttbeszélések következtében rövidebb, mint egy átlagos családorvos - beteg interakció.
- Jelen kutatásban a rövid konzultációs időtartam ellenére kialakul a személyes kapcsolat orvos és beteg között.
- A megerősítő funkciók jelenléte az interakciókban azt támasztják alá, hogy az orvos aktívan meghallgatja a beteget és a beteg is figyel az orvosra.
- Jelen kutatásban bár zárt kérdések vannak többségben, ezek nem befolyásolják az interakció személyes jellegének kialakulását.
- A zárt kérdések használata a paternalista betegkikérdezési modellre jellemző, mégis az orvos jelen kutatási korpuszban narratív stílusban kérdezi ki betegeit.

## VII. A KUTATÁS KORLÁTAI

Több falusi háziiorvosi rendelőben szükséges lenne még interakciók párhuzamos rögzítésére és azonos szempontok szerinti elemzésére, amelyben tágabb képet kapnánk arról, vajon általánosíthatók-e jelen dolgozat eredményei.

A kutatás során felhasznált módszerek nem tették lehetővé együttbeszélésekben megjelenő megerősítő funkciók részletes elemzését, mellyel a szakirodalomban több helyen is találkozunk.

A disszertációba terjedelmi okok miatt nem kerülhettek bele az interakcióban résztvevő asszisztens beszédlépései és együttbeszélései az orvossal, és a beteggel, valamint, az önválasztás és külválasztás elemzése a beszédlépésekben és az együttbeszélések után.

További kutatást igényel a falusi háziiorvosi rendelőben rögzített interakciók kontrasztív elemzése egy városi családorvosi praxis interakcióival.

Tanulságos lenne még az együttbeszélések mellett a megszakításokat, szüneteket szekvencialitást, stílust is megvizsgálni.

A korpusz beszédlépéseinek tartalmi között szerepel a javítás is, mely a hibajavításokra utal az interakcióra. A kapott eredmények azt mutatják, hogy érdemes lenne ezzel a jelenséggel is külön kutatás keretében foglalkozni, hiszen ez a jelenség sem jellemző az intézményi interakcióra.

Az eredmények széleskörű általánosításának akadályát képezi az a tény, hogy a kutatásban 1 fő háziiorvos kommunikációjának elemzése történt. Így a kapott eredményeket részben a személyes jellemzők magyarázhatják. Egy másik, az eredmény általánosíthatóságát befolyásoló tényező az orvos neme. További kutatás szükséges annak kiderítésére, van-e szignifikáns eltérés a férfi és női orvosok kommunikációjában.

Az általánosíthatóság további korlátja a vizsgálatba bevont betegek viszonylag alacsony száma. Mivel azonban a konverzációelemzés által vizsgált jelenségeket ennyi beteg is meglehetősen nagy számban jelenítette meg, az eredmények nagymértékben hozzájárulnak a problémák és megoldások erőteljes körvonalazásához.

További kutatás tárgya lehet az aszimmetrikus viszonyok szimmetrikushoz közelítésének vizsgálata az orvos és a beteg interakciókban. Ebből a szempontból érdekes lenne továbbá a goffman-i „homlokzat” koncepció érvényesülésének további megfigyelése, azaz hogyan ad az orvos a betegnek „homlokzatot” (Goffmann 1983) a beszélgetés során.

## ÁBRAJEGYZÉK

1. számú ábra: Az orvos és beteg beszédlépéseinek aránya ..... 37
2. számú ábra: Az orvos és beteg beszédlépéseinek szórásai ..... 39
3. számú ábra: Az orvos és beteg együttbeszéléseinek aránya az interakciókban ..... 45
4. számú ábra: Az orvos és beteg együttbeszéléseinek időtartama a beszédlépésekben 47
5. számú ábra: A férfi és női beszédlépésekben előforduló együttbeszélések..... 49
6. számú ábra: Az átfedő megnyilatkozások tartalma az interakcióban ..... 50
7. számú ábra: Az együttbeszélések jelenléte az orvos és a beteg beszédlépéseiben .... 51
8. számú ábra: Az orvos és beteg beszédlépései és együttbeszélései közötti összefüggés  
..... 51
9. számú ábra: Az orvos és a beteg szóátvétele ..... 53
10. számú ábra: A szimultán beszédet követő témaváltás ..... 54

## TÁBLÁZATJEGYZÉK

1. számú táblázat: Tudósítás/Jelentés és Narratív stílus .....	12
2. számú táblázat Információ, döntés és felelősség a három kapcsolati modellben (Koerfer/Köhle/Obliers 2000:138) nyomán.....	13
3. számú táblázat: A beszélgetések résztvevői .....	31
4. számú táblázat: A beszélgetések időtartama.....	32
5. számú táblázat: Az orvos – beteg beszélőlépésváltása .....	37
6. számú táblázat: A beszélőlépések közötti összefüggés az orvos - beteg interakcióban .....	38
7. számú táblázat: Az orvos és beteg beszélőlépéseinek átlagos hossza másodpercben	38
8. számú táblázat: Az orvos és beteg beszélőlépések tartalma az interakcióban.....	40
9. számú táblázat: Az orvos és a beteg beszélőlépései és a beszélőlépések tartalmi közötti összefüggés .....	41
10. számú táblázat: Az orvos és beteg együttbeszélése az interakciókban.....	44
11. számú táblázat: Az orvos és beteg együttbeszélési ideje közötti összefüggés .....	45
12. számú táblázat: Az orvos és a beteg átlagos együttbeszélési ideje másodpercben....	46
13. számú táblázat: Az együttbeszélési idő és együttbeszélő személy közötti összefüggés .....	47
14. számú táblázat: A beteg neme és az együttbeszélési ideje közötti összefüggés.....	48
15. számú táblázat: az átfedő megnyilatkozások tartalmi és használója közötti összefüggés .....	50
16. számú táblázat: Az orvos és a beteg valamint az együttbeszélések száma közötti összefüggés .....	52
17. számú táblázat: Szóátvétel és együttbeszélő személy közötti összefüggés .....	54
18. számú táblázat: A témaváltás és együttbeszélő személy közötti arány .....	55
19. táblázat: Az orvosi kérdések típusai és tartalma az interakcióban.....	57
20. számú táblázat: Az orvosi kérdések típusa és tartalma közötti összefüggés .....	58

## HIVATKOZÁSOK

- Albus, C. & De Backer, G. & Bages, N. & Deter H. C. & Herrmann-Lingen, C. & Oldenburg, B. & Sans, S. & Schneiderman, N. & Williams, R. B. & Orth-Gomer, K. (2005). Psychosoziale Faktoren bei koronarer Herzkrankheit – Wissenschaftliche Evidenz und Empfehlungen für die klinische Praxis. *Gesundheitswesen* 67, 1-8.
- Albus, C. (2006). Psychokardiologische Versorgung: Was empfehlen die aktuellen Leitlinien? *Psychoneuro* 32, 5, 247-250.
- Arnold, Cs. (1999). *Családorvoslás*. Medicina könyvkiadó Zrt.
- Atkinson, J. M. & Drew, P. (1979). *Order in court. The organisation of verbal interaction in judicial settings*. London: Macmillan.
- Atkinson, J. M. (1982). Understanding formality: notes on the categorisation and production of „formal” interaction. *British Journal of Sociology* 33, 86-117.
- Bergmann, J. (1988). *Ethnomethodologie und Konversationsanalyse*. Kurseinheit 1-3. Fernuniversität-Gesamthochschule-in Hagen. Fachbereich Erziehungs-, Sozial- und Geisteswissenschaften.
- Boronkai D. (2009). *Bevezetés a társalgáselemzésbe*. Budapest: Ad Librum.
- Boronkai D. (2014). *A konverzációelemzés alkalmazása az orvos beteg kommunikációban*. *Porta Lingua*, 17-34.  
<https://www.google.hu/search?q=Boronkai+d%C3%B3ra:+konverz%C3%A1ci%C3%B3elemz%C3%A9s+az+orvos+beteg+kommunik%C3%A1ci%C3%B3ban&ei=NxoOVa3tKIKqafTSgpgH-#>
- Brock, A. & Meer, D. (2004). Macht-Hierarchie-Dominanz-A-/Symmetrie: Begriffliche Überlegungen zur kommunikativen Ungleichheit in institutionellen Gesprächen. *Gesprächsforschung-Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion*. Ausgabe 5. <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2004/ga-brock.pdf>
- Button, G. & Casey, N. (1984). Generating topic: The use of topic initial elicitors. In J. M. Atkinson & J. Heritage (Eds.). *Structures of social action: Studies in conversation analysis* (pp. 167-190). Cambridge: Cambridge University Press.
- Button, G. & Casey, N. (1985). Topic nomination and topic pursuit. *Human Studies*, 8, 3-55.
- Button, G. (1987). *Moving out of closings*. In G. Button & J. R. E. Lee (Eds.). *Talk and social organisation* (pp. 101-151). Clevedon, Multilingual Matters.
- Byrne, P.S. & Long, B. (1976). *Doctors talking to patients: A study of the verbal behaviours of doctors in the consultation*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Cameron, D. (2001). *Working with spoken discourses*. London–Thousand Oaks–New Delhi: Sage Publications
- Crystal, D. (1987). *The Cambridge Encyclopedia of Language*. Cambridge–New York–Port Chester–Melbourne–Sydney: Cambridge University Press.

- Dausendschön-Gay, U. (1999). Wortsuchprozesse. *Sprachtheorie und germanistische Linguistik* 9. 97–104.
- Demeter, É. (2003). *A beteg perspektívája. Betegségnarratívumok szociolingvisztikai elemzése*. PhD értekezés. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Nyelvtudományi Doktori Iskola.
- Demeter, É. (2005). A szakmai diskurzus a személyiség tükrében. (Egészségügyi szakemberek kommunikációs mintái pácienseikkel és a kulisszák mögött). Debrecen: *Porta Lingua*.
- Deppermann, A. (2001). *Gespräche analysieren. Eine Einführung*. Qualitative Sozialforschung, Band 3., Opladen: Leske + Budrich.
- Deppermann, A. (2010). Zur Einführung: 'Verstehen in professionellen Handlungsfeldern' als Gegenstand einer ethnographischen Konversationsanalyse. In Engelberg, S., & Waßner, U. H. (Hrsg.). (2010). *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Studien zur deutschen Sprache. Band 52. Tübingen: Narr Verlag.
- Diamond, J. (1996). *Status and Power in Verbal Interaction. A study of discourse in a close-knit social network*. New York: John Benjamins.
- Drew, P. & Heritage, J. (1992). *Talk at Work: Interaction in Institutional Settings*. New York: Cambridge University Press.
- Drew, P. (1992). Contested evidence in a courtroom. cross-examination: The case of a trial for rape. In P. Drew & J. Heritage (Eds.), *Talk at work* (pp. 470-520). Cambridge: Cambridge University Press.
- Elwyn, G. & Edwards, A. & Kinnersley, P. (1999). Shared decision-making in primary care: The neglected second half of the consultation. *British Journal of General Practice* 49, 477-482.
- Fairclough, N. (1989). *Language and Power*. London: Longman.
- Frankel, R. (1983). *The laying on of hands: aspects of the organization of gaze, touch and talk in a medical encounter*. In: Fisher S, Todd AD, eds. *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*. Washington D.C.: Center for Applied Linguistics.
- Frankel, R. (1985). From sentence to sequence: understanding the medical encounters through microinteractional analysis. *Discourse Processes* 7, 135-170.
- Gal, S. (2001). Beszéd és hallgatás között. *Replika*. 45–46.
- Garcia, A. (1991). Dispute resolution without disputing How the interactional organization of mediation hearings minimizes argumentative talk. *American Sociological Review*, 56, 818-835.
- Garfinkel, H. (1972). Remarks on Ethnometodology. In. Gumperz, J.J.-Hymes, D.(eds.). *Directions in Sociolinguistics*. New York: Halt 39-324.
- Goffman, E. (1983). The interaction order'. *American Sociological Review*, 48, 1-17.
- Goodwin, Ch. (1979). The Interactive Construction of a Sentence in Natural Conversation. *Psathas, G*, 97–121.
- Greatbach, D. (1988). A turn-taking system for British news interviews. *Language in Society* 17, 401-430.
- Greatbatch, D. & Dingwall, R. (1989). Selective facilitation: Some preliminary observations on a strategy used by divorce mediators. *Law and Society Review*, 23, 613-641.

- Günthner, E. & Kotthoff, H. (1992). *Die Geschlechter im Gespräch: Kommunikation in Institutionen*. Stuttgart: Metzler.
- Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns*. 2 Bde. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Hambuch, A. (2011). „Akkor most meséljen arról, hogy hogy van...” Orvosközpontú beszélgetésvezetés és/vagy laikus betegség-elképzelések háziorvos-beteg konzultációkban. *Porta Lingua*, 2011. 125-139.
- Hambuch, A. (2014). *Szubjektív betegség-elképzelések nyelvészeti elemzése hipertóniás beteg - háziorvos konzultációkban*. PhD értekezés. Kézirat. Pécsi Tudományegyetem.
- Hámori, Á. (2006). Dominancia és barátságosság a Kulcsár-kihallgatáson. *Magyar Nyelvőr* 130, 129—65.
- Harmatta, J. (1975). A csoportfolyamat eseményeinek regisztrálása. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 32. 598–604.
- Heath, C. (1982). Preserving the consultation: medical record cards and professional conduct. *Social Health Illness*. 4, 56-74.
- Heath, C. (1986). *Body Movement and Speech in Medical Interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heldner, M. & Edlund, J. (2010). Pauses, gaps and overlaps in conversations. *Journal of Phonetics*, 38, 555-568.
- Heritage J. & Robinson, J. (2008). Accounting for the visit: Giving reasons for seeking medical care. In J. Heritage & D. Maynard (Eds.), *Practicing medicine: Structure and process in primary care consultation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, J. & Maynard, D. (2006). *Practicing medicine: Structure and process in primary care encounters*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, J. & Stivers, T. (1999). Online commentary in acute medical visits. A method of shaping patients expectations. *Social Science and Medicine* 49, 1501-1517.
- Heritage, J. (2004). Conversation analysis and institutional talk. In Fitch, K. L., & Sanders, R. E. (ed.). *Handbook of Language and Social Interaction*. Mahwah New Jersey: Psychology Press. 103-147.
- Herpertz, S. & Petrak, F. & Albus, C. & Hirsch, A. & Kruse, J. & Kulzer, B. (2003). Psychosoziales und Diabetes mellitus. Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinie DDG. Hrsg. v. Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) und Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM). *Diabetes und Stoffwechsel* 12, 35-58.
- Hidas, Gy. & Buda, B. (1968). A csoportpszichoterápiás folyamat vizsgálata az interperszonális kommunikációelmélet szempontjai szerint. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 25, 104–122.
- Hutchby, I. & Wooffitt, R. (2006). *Conversation analysis. Principles, practices and applications*. Cambridge: Polity Press.
- Iványi, Zs. (2001). A nyelvészeti konverzációelemzés. *Magyar Nyelvőr*, 125. évf. 1. 74-93.



- Jefferson, G. (1972). Side Sequences. D. Sudnow (ed.), *Studies in Social Interaction*. 294-338, New York: Free Press.
- Jefferson, G. (1983). Notes on some orderliness of overlap onset. *Tilburg Papers in Language and Literature* 28. Department of Linguistics, Tilburg University.
- Jefferson, G. (1986). Notes on latency in overlap onset. *Human Studies*, 9, 153-183.
- Kallmeyer, W. (1988). Konversationsanalytische Beschreibung. In: Ammon, U. & Dittmar, N. & Mattheier, J. (szerk.): *Soziolinguistik. Ein internationales Handbuch zur Wissenschaft von Sprache und Gesellschaft. Halbband 2*. Berlin/New York: Walter de Gruyter. 1095-1108.
- Käsermann, M.L. (1991). *Obstruction and dominance: uncooperative moves and their effect on the course of conversation*. In: Marková, Ivana. & Foppa, Klaus. (Szerk.) *Asymmetries in Dialogue*. Barnes & Noble Book. *Harvester Wheatsheaf*. 101-24.
- Klemperer, D. (2005). *Partizipative Entscheidungsfindung in Deutschland – Handlungsfelder zur Verbesserung der Entscheidungsqualität*". In: Härter, M. & Loh, A. & Spies, C. (Hg.), *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln*. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 25-33.
- Koerfer, A. & Albus, Ch. & Obliers, R. & Thomas, W. & Köhle, K. (2008). *Kommunikationsmuster der medizinischen Entscheidungsfindung*. In: Niemeier, S. & Diekmannshenke, H. (Hg.), *Profession und Kommunikation*. Bern: Lang, 121-156.
- Koerfer, A. & Köhle, K. & Obliers, R. & Sonntag, B. & Thomas, W. & Albus, Ch. (2009). Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung, In Meer, D., & Spiegel, C. (Hg). *Kommunikationstraining im Beruf*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung. 131-175.
- Koerfer, A. & Köhle, K. & Obliers, R. (2000). Narrative in der Arzt-Patient-Kommunikation. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 2: 87-116.
- Koerfer, A. & Köhle, K. & Obliers, R. (1994). *Zur Evaluation von Arzt-Patient-Kommunikation. Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin*. In: Redder, A., & Wiese, I. (Hg.), *Medizinische Kommunikation*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 53-94.
- Koerfer, A. & Obliers, R. & Köhle, K. (2004). Emotionen in der ärztlichen Sprechstunde. Förderung empathischer Kommunikation durch Fortbildung in psychosomatischer Grundversorgung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 6, 243-262.
- Kránicz, R. (2015). *Kórházpedagógus tanóráinak interakciós mintázata*. megjelenés alatt: PhD értekezés. Kézirat. Pécsi Tudományegyetem.
- Kuna Á. & Kaló Zs. (2012). *Az orvos-beteg kommunikáció a családorvosi gyakorlatban. Diskurzusok a szakmai diskurzusról. A tudományok, szakmák nyelvének leírása. Új nézőpontok a magyar nyelv leírásában 4. konferencia*. 2012. november 20-21-én. ELTE Bölcsészettudományi Kar. Budapest.
- Kuprat, E. & Irish, J. T. & Karsten, L. E. & Freund, K. M. & Burns, R. B. & Moskouitz, M.A. & McKinlay, J.B. (1999). Patient assertiveness and physician decision-making among older breast cancer patients. *Social Science & Medicine* 49, 4.
- Kurtić, E. & Brown, G. & Wells, B. (2013). Resources for turn-competition in overlapping talk. *Speech Communication* 55 (5), 721-743.

- Labov, W. & Fanshel, D. (1977). *Therapeutic Discourse. Psychotherapy as Conversation*. New York: Academic Press.
- Lalouschek, J. (2002a ). *Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. <http://www.verlag-gespraechsforschung.de>
- Langewitz, W. & Denz, M. & Keller, A. & Ruttimann, S. W. & Rossmer, B. (2002). Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: *Cohort Study*. Seite 682-683.
- Lauerbach, K. W. & Schrappe, M. (2001): *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine*. Stuttgart: Schattauer.
- Lázár, I. & Túry, F. (2009). Az orvos-beteg kapcsolat. In Kopp M., & Berghammer R. (Szerk.). *Orvosi pszichológia*. Medicina, 254-275.
- Léderer, L. (2012). *A gyógyító kommunikáció*. Budapest: Betűvirág Kft.
- Lennard, H. L. & Bernstein, A. (1960). *The anatomy of psychotherapy: system of communication and expectation*. New York: Columbia University Press.
- Lewandowski, Th. (1990). *Linguistisches Wörterbuch*. Heidelberg–Wiesbaden: Quelle–Meyer.
- Linell, P. & Luckmann, T. (1991). *Asymmetries in dialogue: some conceptual preliminaries*. In: Marková, Ivana–Foppa, Klaus (Szerk.). *Asymmetries in Dialogue*. Barnes & Noble Book. Harvester Wheatsheaf. 1–20.
- Löning, P. (1985). *Das Arzt-Patienten-Gespräch. Gesprächsanalyse eines Fachkommunikationstyps*. Frankfurt/Bern: Peter Lang.
- Maynard, D. & Heritage J. (2005). Conversation analysis, doctor-patient interaction, and medical communication. *Medical Education*, 39, 428–35.
- Maynard, D. W. (1996). On „realization” in everyday life. *American Sociological Review*. 60, 109-132.
- McHoul, A. & Rapley, M. (2001). *How to Analyze Talk in Institutional Settings: A Casebook of Methods*. London: Continuum.
- McHoul, A. (1978). The organization of turns at formal talk in the classroom. *Language in Society* 7, 183-213.
- McKinstry, B. (2000). Do patients wish to be involved decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *British Medical Journal* 321, 867-871.
- Mehan, H. (1985). The structure of classroom discourse. In. T.A. Dijk (Ed.) *Handbook of discourse analysis Vol. 3*. 120-133. New York: Academic Press.
- Mondada, L. (2003). Working with video: how surgeons produce video records of their actions. *Vis. Stud.* 18, 58–73.
- Németh, E. (1997). *Orvosi kommunikáció - szöveggyűjtemény*. Budapest: SOTE Képzéskutató, Oktatástechnológiai és Dokumentációs Központ.

- Oleson, F. (2004). Striking the Balance: from patient-centered to dialog-centered medicine. *Scand J Prim Health Care* 22, 193-194.
- Peräkylä, A. (1995). *AIDS Counselling: Institutional Interaction and Clinical Practice*. Cambridge: University Press.
- Peters, T. (2008). *Macht im Kommunikationsgefälle: der Arzt und sein Patient*. Berlin: Frank & Timme GmbH.
- Pilling, J. (2008). *Orvosi kommunikáció*. Budapest: Medicina.
- Pléh, Cs. & Síklaki, I. & Terestyéni, T. (1997). *Nyelv – Kommunikáció – Cselekvés*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Pollack, K. (2005). *Concordance in Medical Consultations. A Critical Review*. Oxon: Radcliffe.
- Reményi, A.Á. (1999). *Nyelvhasználat és hierarchia: Munkahelyi csoportok megszólítási rendszerének szociolingvisztikai vizsgálata*. PhD-disszertáció. Budapest. Kézirat.
- Robinson, J. D. & Stivers, T. (2001). Achieving activity transitions in primary-care consultations: From history taking to physical examination. *Human Communication Research*, 27, 253-298.
- Robinson, J. D. (1998). Getting down to business: Talk, gaze and body orientation during openings of doctor-patient consultations. *Human Communication Research*, 25, 97-123.
- Robinson, J. D. (2001). Asymmetry in action: Sequential resources in the negotiation of a prescription request. *Text*, 21, 19-54.
- Robinson, J. D. (2003). An interactional structure of medical activities during acute visits and its implications for patients' participation. *Health Communication*, 15, 27-59.
- Ruusuvuori, J. (2000). Control in the medical consultation: Practices of giving and receiving the reason for the visit in primary health care. *Unpublished doctoral dissertation*, University of Tampere Finland.
- Sacks, H. & Schegloff, E.A. & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organisation of turn-taking for conversation. *Language*, 50, 696-735.
- Sárkányiné, L.A. (2011). A beszélőváltás mechanizmusa házi orvosok szívbetegekkel folytatott beszélgetéseiben. *Porta Lingua*. 181-186.
- Sator, M. (2003). *Zum Umgang mit Relevanzmarkierungen im Ärzt/innen-Patient/innen-Gespräch. Eine konversationsanalytische Fallstudie eines Erstgespräches auf der onkologischen Ambulanz*. Diplomarbeit. Wien: Geistes- und Kulturwissenschaftliche Fakultät.
- Schegloff E. A. (1979). The Relevance of Repair to Syntax-for-Conversation. In: Givon, T (szerk.): *Syntax and Semantics*. Vol. 12: Discourse and Syntax. New York.: Academic Press. 261–86.
- Schegloff E. A. (1986). The routine as achievement. *Human Studies*, 9, 111-151.
- Schegloff, E. A. & Jefferson, G. & Sacks, H. (1977). The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language* 53, 361–382.
- Schegloff, E. A. (1968). Sequencing in conversational openings. *American Anthropologist*, 70, 1075-1095.

- Schegloff, E. A. & Sacks, H. (1973). Opening up Closings. *Semiotica* 8, 289–327.
- Schegloff, E.A. (2000). Overlapping talk and the organization of turn-taking for conversation. *Language in Society*, Volume 29, Issue 01, 1-63.
- Schmidt, Th. & Schütte, W. (2011). Folker, Transkriptionseditor für das „Forschungs- und Lehrkorpus gesprochenes Deutsch“ (FOLK) Transkriptionshandbuch. <http://agd.ids-mannheim.de/download/FOLKER-Transkriptionshandbuch.pdf>
- Selting, M. & Auer P. et al. (2009). Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung, Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, Ausgabe 10, 353-402. <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf>
- Síklaki, I. (1998). A tanári dominancia buktatói. A feleltetés szociolingvisztikai elemzése. *Iskolakultúra*, 10, 42- 55.
- Silverman, D. (1997). *Discourses of Counselling: HIV Counselling as Social Interaction*. London: Sage.
- Stivers, T. (1998). Pre-diagnostic commentary in veterinarian-client interaction. *Research on Language and Social interaction*, 31, 241-277.
- Stivers, T. & Mangione-Smith, R. & Elliott, M. & McDonald, L. & Heritage, J. (2003). What leads physicians to believe that parents expect antibiotics? A study of parent communication behaviors and physicians' perceptions. *Journal of Family Practice*, 52, 140-148.
- Stolt, M. (2008). *The many faces of overlap. Non-competitive overlap in a conversation between finnish and british speakers of english*. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Streeck, J. (1987). Ethnomethodologie. In: Ammon, U.–Dittmar, N.–Mattheier, J. *Soziolinguistik. Bd. 1.* 672–679.
- Streeck, S. (2002). Dominanz und Kooperation in der neuropadiatrischen Sprechstunde. In: Brunner–Fiehler–Kindt. *Angewandte Diskursforschung I.* 174–196.
- Stubbe, M. (1998). Are you listening? Cultural influences on the use of supportive verbal feedback in conversation. *Journal of Pragmatics*, 29:257–289.
- Ten Have, P. (2005). *Doing conversation analysis. A practical guide*. London: Sage.
- Tolcsvai Nagy, G. (2001). *A magyar nyelv szövegtana*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Tracy, K. (1997). Interactional trouble in emergency service requests. *Research on Language and Social Interaction*, 30, 315-343.
- Trabalka, N. (2010). *Frequency of Simultaneous Talk in Everyday Conversation, Frequency of Simultaneous Talk, in Everyday Conversation*, BA Thesis, Szeged.
- West, C. (1983). "Ask me no questions an analysis of queries and replies in physician-patient dialogues. Fisher S, Todd AD, eds. *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*. Washington, D.C.: Center for Applied Linguistics, 75-106.
- Whalen, J. & Zimmerman, D. H. & Whalen, M. R. (1988). When words fail: A single case analysis. *Social Problems*, 35, 335-362.

- Whalen, J. & Zimmerman, D. H. (1998). Observation on the display and management of emotions in naturally occurring activities: The case of "hysteria" in calls to 9-1-1. *Social Psychology Quarterly*, 61, 141-159.
- Wilm, S. & Knauf, A. & Peters, T. & Bahrs, O. (2004). Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? *Z Allg Med* 80, Seite 53-7.
- Yule, G. (1996). *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press
- Zimmerman, D. H. (1992). The interactional organization of calls for emergency assistance. In P. Drew & J. Heritage (Eds.), *Talk at work: Social interaction in institutional settings* (pp. 418-469). Cambridge: Cambridge University Press.
- Zimmermann, D. H. (1984). *Talks and its occasion. The case of calling the Police*. In D. Schiffrin.(pp. 418-469). Washington: Georgetown University Press
- Zimmerman, D. H. & West, C. (1975). *Sex roles, interruptions and silences in conversation*. In: Thorne, B. and Henley, N. (eds.), *Language and sex: difference and dominance*. Massachusetts: Newbury House Publishers, 105–129.

## MELLÉKLETEK

### 1. számú melléklet: Betegnyilatkozat hangfelvétel készítéséről

#### Beleegyező nyilatkozat

Alulírott .....,

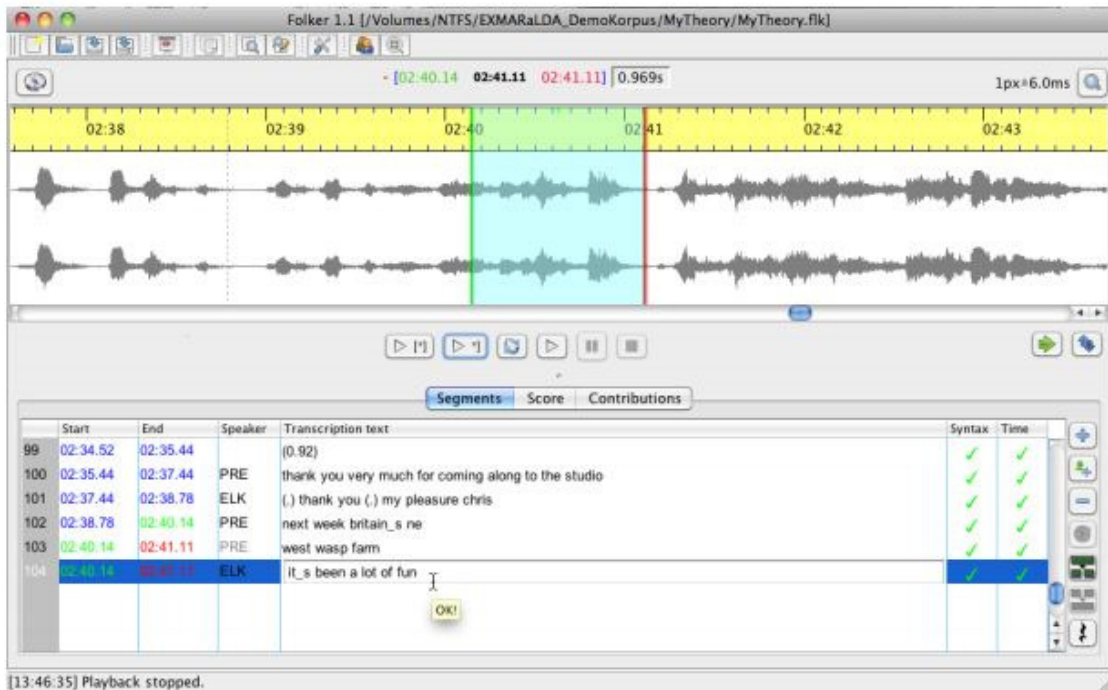
beleegyezem, hogy háziiorvosommal folytatott beszélgetésem hangfelvételen rögzítésre kerüljön és kizárólag a tájékoztatóban ismertetett kutatás céljaira felhasználható legyen.

A tájékoztatót elolvastam és tudomásul vettem.

Pécs, 2009. ....hó ..... nap

beteg aláírása

## 2. számú melléklet: együttbeszélések (átfedő megnyilatkozások) oszcillogram nézetben



## A SZERZŐ PUBLIKÁCIÓI

- Lőrinc-Sárkány, A. & Csongor, A. (2011). Turn-Taking Mechanisms in Dialogues between General Physicians and Cardiac Patients.: *Acta Medica Marisiensis* 57: 310-312.
- Sárkányné Lőrinc, A. (2011). „Bizalmi viszony” az orvos beteg kommunikációban.” *Nyelv és kommunikáció a 21. század digitalizált világában.*
- Sárkányné Lőrinc, A. (2011). A beszélőváltás mechanizmusa házi orvosok szívbetegekkel folytatott beszélgetéseiben. *Porta Lingua 2011.* Debrecen. 181-186.
- Sárkányné Lőrinc Anita (2011). A beszélőváltás mechanizmusa házi orvosok szívbetegekkel folytatott beszélgetéseiben . In: Boda István Károly, Mónos Katalin (szerk.). *MANYE XX: Az alkalmazott nyelvészet ma: innováció, technológia, tradíció* (DVD melléklet) Konferencia helye, ideje: Magyarország, 2010.08.26-2010.08.28. Budapest; Debrecen: MANYE - Debreceni Egyetem, 2011. p. CD.(A MANYE a kongresszusok előadásai; 7.)(ISBN:978 615 5075 09 4)
- Hambuch, A. & Kráncz, R. & Lőrincz-Sárkány A. (2012). Analyse verbaler Experten-Laien Interaktionen in institutionellen Handlungsfeldern des Gesundheitswesens. In: 16. *Arbeitstagung zur Gesprächsforschung: Medizinische Kommunikation Diskurse, Interaktionstypen, kommunikative Anforderungen & interaktive Praktiken, Abstracts.* Konferencia: Mannheim, Németország, 2012.03.21-2012.03.23. Mannheim: pp. 21-22.
- Sárkányné Lőrinc A. & Kráncz, R. & Hambuchné Köhalmi A. (2012): Dominancia viszonyok a nyelvi hibajavítások tükrében orvos-beteg párbeszédekben és kórházpedagógusok tanóráin. *Porta Lingua 2012.* pp. 70-78.
- Kráncz, R. & Hambuch, A. & Hamar-Savay, J., Rébék-Nagy, G. & Sárkány-Lőrinc A. (2013). Dominance relations in the light of repair-mechanisms in family-doctor-patient and hospital teacher-student encounters. *Acta Medica Mariensis* 59:(2) pp. 94-96.



## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Először is köszönöm témavezetőmnek, Dr. Rébék - Nagy Gábor tanár úrnak, hogy támogatott és biztatott a tanulmányaim során. Az 5 év alatt mindig számíthattam szakmai segítségére és a disszertációm megírásában is hasznos tanácsokkal látott el.

Külön köszönöm a kutatásban résztvevő háziornosnak és asszisztensőinek, hogy lehetővé tették számomra a hangfelvételek rögzítését. Külön köszönet a doktornőnek, hogy az orvosi témában felmerült kérdéseimre mindig kimerítően válaszolt.

Köszönöm PTE ETK Egészségtudományi Doktori Iskola vezetőjének, Prof. Dr. Bódis Józsefnek rektor úrnak , és a Doktori Iskola titkárának, Prof. Dr. Sulyok Endrének, hogy az Egészségtudományi Doktori Iskola keretein belül számomra lehetővé tették a kutatást.. Köszönöm a PhD Iroda munkatársainak, hogy tanulmányaim során mindig számíthattam segítségükre.

Köszönöm Prof. Dr. Thomas Spranz-Fogasynek, a mannheimi Institut für Deutsche Sprache munkatársának, az intézet további két munkatársának, Dr. Wielfried Schüttenek és Dr. Thomas Schmidtnek, hogy lehetővé tették számomra a FOLKER nevű szoftver program megismerését. Külön köszönet a mannheimi IDS könyvtár munkatársainak, hogy a Magyarországon be nem szerezhető, témámhoz tartozó szakirodalmat mindig eljuttatták hozzám rövid határidőn belül.

Szeretném kifejezni hálámat kolléganőimnek, akikkel PhD tanulmányaimat végeztem, Szántóné Csongor Alexandrának és Fogarasi Katalinnak. Külön köszönöm Hambuchné Kőhalmi Anikónak és Kránicz Ritának, hogy mindig mellettem álltak és biztattak. Köszönöm Mátrai Péternek a dolgozat statisztikai eredményeinek kiszámolásában nyújtott segítségét. Köszönöm férjemnek segítségét, türelmét és megértését, amivel támogatta tanulmányaimat. Köszönöm anyukámnak és apukámnak, hogy igyekeztek mindenben támogatni, hogy a disszertációm elkészüljön. Végül köszönöm gyermekeimnek, Sanyinak, Sárinak és Ritának, hogy nélkülöztek ebben az időszakban.