

Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar
Doktori Iskola vezetője:
Prof. Dr. Bódis József
Rektor, az MTA doktora

A családorvos – akut beteg kommunikáció nyelvészeti vonatkozásai

PhD értekezés tézisei

Sárákányiné Lőrinc Anita

Programvezető:

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, az MTA rendes tagja

Témavezető:

Dr. hab. Rébék-Nagy Gábor egyetemi docens, intézetvezető
Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar
Egészségügyi Nyelvi és Kommunikációs Intézet

Pécs

2015

1. Bevezetés

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 (Kuna - Kaló 2012). Napjainkban egyre nő az olyan kutatások száma, amelyek a konverzációelemzést átfogó módszertani keretként alkalmazzák a családorvosi vagy kórházi kommunikáció kutatásában (Hambuch 2014, Kráncz 2015). Jelen nyelvészeti indíttatású kutatás a funkcionális kognitív kutatások sorában helyezhető el, és családorvos - beteg interakciókat vizsgál a konverzációelemzés módszerével. A dolgozat témája a családorvos - beteg interakciók vizsgálata az intézményesség, és dominancia viszonyok eltolódásának tükrében. Ennek bemutatásához a dolgozat részletesen elemzi a beszélgetésekben előforduló beszédlépéseket és együttbeszéléseket, valamint vizsgálja a dialógusokban előforduló kérdéstípusokat. Mivel a dominancia viszonyok pusztán a beszélgetésekben mért kvantitatív vizsgálatokkal vélhetően nem mutathatók ki, a beszédlépések és együttbeszélések tartalma is az elemzés tárgya lett. A dominanciavizsgálatokkal 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 voltak 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 beszédlépések és együttbeszélések tartalmán keresztül mutatja be a dolgozat.

Az elvégzett szakirodalmi kutatás tanúsága szerint még nem volt az együttbeszélés elemzés fókusza az orvos - beteg párbeszédekben. Ezért a jelen kutatás eddig még nem kutatott terület és ennek kidolgozását és kipróbálását 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 a hatékonyabb kommunikáció kialakításához, és ez által gyorsabb, eredményesebb kezeléséhez.

2. Hipotézisek

A disszertációban megfogalmazott 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.

3. Anyag és módszerek

3.1. A korpusz

A korpuszt alkotó párbeszédetek 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. Mindegyik beszélgetésben a családorvosnő és a beteg mellett jelen volt az asszisztensnő is. A beszélgetésekben megnyilvánuló betegek 30 és 56 év közöttiek voltak, mind falubeliek, alacsony iskolai végzettségűek, akik a napi megélhetésükért fizikai munkát végeztek. A rögzített párbeszédetekben 5 férfi és 7 nőbeteg interakciója került rögzítésre. A vizsgált és rögzített beszélgetések teljes időtartama 44 perc volt. A leghosszabb beszélgetés 7 perc, míg a legrövidebb 1 perc 10 másodperc időtartamú volt.

A betegek kiválasztásának szempontja az volt, hogy a páciensek akut betegség miatt keressék fel családorvosukat, és felnőttek legyenek. A hangfelvételek rögzítéséről, annak céljáról, a betegek előzetesen tájékoztatást kaptak. Amennyiben a beteg a rögzítéshez és az anonimizált felhasználáshoz hozzájárult, úgy a jogszabályi előírásoknak megfelelően, az Etikai Bizottság által engedélyezett nyilatkozatot töltött ki erről.

3.2. Kvantitatív elemzés módszere

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

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.

3.3. Kvalitatív elemzés

A rögzített párbeszédok kvalitatív elemzése példákkal, szemelvényekkel teljes. A dolgozatban így lehetőség volt a beszélgetés funkciói, együttbeszélés után kialakult szóátvétel, témaváltás valamint kérdéstípusok, különböző példákon keresztül történő bemutatására is.

4. Eredmények

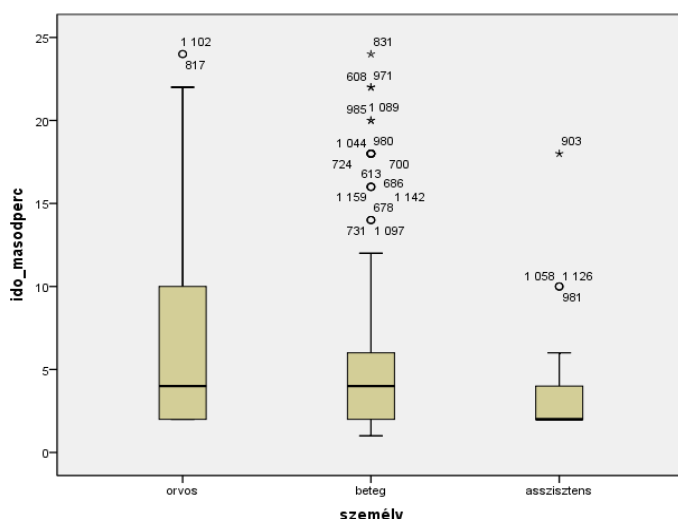
4.1. A beszélgetések vizsgálatának kvantitatív eredményei

A párbeszédok összesen 477 orvos és beteg beszélgetésből állnak. Ebből az orvos a beszélgetésekben 234, míg a beteg 243 beszélgetést használt. Az orvos beszélgetésváltása kevesebb a párbeszédokban, mint a betegé.

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.

Az orvosnak átlagosan 9,04 másodpercig tartó beszélgetései voltak, a betegnek 5,54 másodperc. Az első ábra az orvos és beteg beszélgetéseinek szórásait tartalmazza.

1. ábra: Az orvos és beteg beszélgetéseinek szórásai



A fenti ábrából jól látható, hogy az orvos és a beteg beszélgetéseinek 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 átlagosan ahhoz közel, 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 beszélgetés - hosszának szórásnégyzete között. A próba elutasította az egyenlőség null hipotézisét ($p < 0,01$), tehát az orvos beszélgetéseinek hossza szignifikánsan nagyobb változékonyságot mutat, amennyiben a változékonyságot a szórásnégyzettel mérjük, és így az átlagtól való átlagos négyzetes távolsággal definiáljuk.

4.2. A párbeszédekben előforduló szimultán beszéd kvantitatív eredményei

A párbeszédekben összesen 203 átfedő megnyilatkozás található. Az orvos a beteg beszélgetésében 83 alkalommal kezdeményez együttbeszélést, míg a beteg az orvossal, 120 alkalommal.

További vizsgálódás az orvos és a beteg együttbeszélési idejére irányult. 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 interakciókban volt 2, 4, 6, 8 és akár 10 másodpercig tartó együttbeszélés is. Khi négyzet próba készült arra vonatkozóan, hogy van-e szignifikáns összefüggés az együttbeszélő személy és az együttbeszélés ideje között. A null-hipotézis az volt, hogy nincs közöttük összefüggés, tehát függetlenek, nem hatnak egymásra. A próba eredménye kimutatta, hogy nincs szignifikáns összefüggés az együttbeszélési idő és az együttbeszélő személye között.

4.3. Az együttbeszélések nemek szerinti lebontása

A vizsgált családorvos-beteg a beszélgetésekben nyolc nő és öt férfi 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, míg nők hosszabb ideig teszik ezt. Kétmintás t-próba készült arra vonatkozóan, hogy a vizsgált adatok alapján van-e különbség a férfi és női betegek együttbeszéléseinek átlaga között. A t-próba nem mutat szignifikáns eltérést a férfiak és nők együttbeszélési idejének átlaga között ($p=0,36$).

A férfi betegek összesen 138 beszédlépést használtak és ebből 72 alkalommal beszéltek bele az orvos interakciójába (52,17%), a női betegeknek összesen 105 beszédlépés-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 ($p=0,318$).

4.4. A beszéllések és együttbeszélések tartalmi elemzésének kvantitatív eredményei

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

Az orvos a megerősítés tartalmát használta 39,7 százalékban a beszélélésekben. A betegkikérdezés tartalom 62,1 százalékban fordul elő a beszélgetésekben. A beteg mondanivalójának teljes beszéléléseben történő 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 többi beszélgetésben nem lelhető fel személyes tartalom.

A következő vizsgálódási szempont az orvos és beteg átfedő megnyilatkozásainak tartalmaira vonatkozott. Leggyakrabban a beteg a válasz funkciót alkalmazta a párbeszédok együttbeszélései során. Az orvos és beteg szinte azonos számban használta a megerősítő funkciót. A személyes témájú együttbeszéléseket az orvos 23 alkalommal, míg a beteg 31 alkalommal alkalmazott.

4.5. Kérdéstípusok kvantitatív eredményei

A következő fejezet az orvos által feltett kérdések típusainak kvantitatív eredményeivel foglalkozik. Az 1. táblázat az orvos kérdéseinek típusait és tartalmának eredményeit mutatja.

1. táblázat: Az orvosi kérdések típusai és tartalma az interakcióban

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

A táblázatban rögzített összesített vizsgálati eredmény szerint az orvos 3 típusú kérdéssel kérdezi ki a betegét. Függetlenség vizsgálat készült arra vonatkozóan, hogy van-e szignifikáns összefüggés a kérdés típusa és a tartalom között. Az eredmények alapján elutasíthatjuk a függetlenség nullhipotézisét, tehát szignifikáns összefüggés van a típus és tartalom között ($p < 0,001$).

5. Összefoglalás

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, kezd, vagyis az interakció 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 tartalmainak elemzésével támasztja alá a kutatás.

A szakirodalom az együttbeszéléseknek két típusát különbözteti meg, melyek a vizsgált párbeszédekben is megtalálhatóak. Jóllehet, 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. Nem várt eredmény volt, hogy a párbeszédekben a férfi betegek kezdeményeztek több együttbeszélést, annak ellenére, hogy több interakció volt a korpuszban nőbeteg részvételével. Az átfedések ideje viszont ennek ellenkezőjét támasztotta, tehát a férfi betegek együttbeszéléseinek ideje rövidebb volt, mint a nőbetegeké.

A beszédlépések tartalmait vizsgálva megállapítható, hogy a megerősítés tartalmak jelenléte több a párbeszédekben, mint a többi elemzett tartalom, és nagy számban megtalálhatóak a személyes tartalmú beszédlépések is.

Az intézményi beszédre a szakirodalmi adatok szerint 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, ami az intézményi párbeszédre általában jellemző.

5.1. Hipotézisek és bizonyítottságuk

1. Az orvos - beteg interakcióban az orvos dominanciája figyelhető meg. A kapott eredmények a dolgozat első hipotézisét igazolják.

2. A szimultán beszédet az orvos kezdeményezi a dialógusokban.

A kutatási hipotézist a kapott eredmények nem támasztották alá.

3. Az együttbeszélések miatt a konzultáció hossza lerövidül egy átlagos családorvos - beteg találkozás időtartamához képest.

A kutatási hipotézis beigazolódott.

4. Az együttbeszélések az orvos és a beteg beszédlépéseiben támogató és nem versengő jellegűek.

A kutatási hipotézis beigazolódott.

5. A női betegek több együttbeszélést kezdeményeznek az interakcióban, mint a férfi betegek.

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.

6. Az interakció beszédlépéseiben a kérdés - válasz funkció dominanciája figyelhető meg.

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.

7. Az együttbeszélések az orvos nyitott kérdései után alakulnak ki.

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.

6. Az új eredmények összefoglalása

- Jelen kutatásban kimutatható az orvosi dominancia a beszédlépések hosszában. A beszédlépéseknél a beteg használ több beszédlépést elképzeléseinek megvalósításához, idejüket vizsgálva az orvosé mégis hosszabbak, mint a betegeké.
- Az együttbeszélési kezdeményezésekben kimutatható a beteg dominanciája.
- Jelen kutatásban a konzultációk átlagos időtartama rövidebb, mint egy átlagos családorvos - beteg interakció, ami nagy valószínűséggel az együttbeszélések következménye.
- 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 konzultáció személyes jellegének kialakulását.

- A zárt kérdések használata a paternalista betegkikérdezési modellre jellemző, mégis az orvos jelen kutatási korpuszban, narratív stílusban, mely a beteg saját beteg történetének elbeszélését segítheti elő.

7. A kutatás korlátai

Több falusi háziiorvosi rendelőben szükséges lenne még interakciók párhuzamos rögzítésére és azonos szempontok szerinti elemzésére, amelyben tágabb képet kapnánk arról, milyen mértékben általánosíthatók 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 interakcióban. A kapott eredmények azt mutatják, hogy érdemes lenne ezzel a jelenséggel is külön kutatás keretében foglalkozni, hiszen ez sem jellemző az intézményi interakcióra. Az eredmények széleskörű általánosításának akadályát képezi az a tény, hogy a kutatásban 1 fő házi orvos kommunikációjának elemzése történt. Így a kapott eredményeket részben a személyes jellemzők magyarázhatják. Egy másik, az eredmény általánosíthatóságát befolyásoló tényező lehet 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.

A tézisfüzethez felhasznált irodalom

- 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.
- Goffman, E. (1983). The interaction order'. *American Sociological Review*, 48, 1-17.
- Hambuch, A. (2014). *Szubjektív betegség-elképzelések nyelvészeti elemzése hipertóniás beteg - háziorvos konzultációkban*. PhD értekezés. Kézirat. Pécsi Tudományegyetem.
- 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.
- Heritage, J. & Maynard, D. (2006). *Practicing medicine: Structure and process in primary care encounters*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 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.

Maynard, D. & Heritage J. (2005). Conversation analysis, doctor-patient interaction, and medical communication. *Medical Education*, 39,428–35.

Mondada, L. (2003). Working with video: how surgeons produce video records of their actions. *Vis. Stud.* 18,58–73.

Peräkylä, A. (1995). *AIDS Counselling: Institutional Interaction and Clinical Practice.* Cambridge: University Press.

Sator, M. (2003). *Zum Umgang mit Relevanzmarkierungen im Ärzt/innen-Patient/innen-Gespräch. Eine konversationsanalytische Fallstudie eines Erstgesprächs auf der onkologischen Ambulanz.* Diplomarbeit. Wien: Geistes- und Kulturwissenschaftliche Fakultät.

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>

Silverman, D. (1997). *Discourses of Counselling: HIV Counselling as Social Interaction.* London: Sage.

Publikációk

Lőrinc-Sárkány, A. & Csongor, A. (2011). Turn-Taking Mechanisms in Dialogues between General Physicians and Cardiac Patients.: *Acta Medica Marisensis* 57: 310-312.

Sárkányiné Lőrinc, A. (2011). „Bizalmi viszony” az orvos beteg kommunikációban.” *Nyelv és kommunikáció a 21. század digitalizált világában.*

Sárkányiné Lőrinc, A. (2011). A beszélőváltás mechanizmusa házi orvosok szívbetegekkel folytatott beszélgetéseiben. *Porta Lingua 2011.* Debrecen. 181-186.

Sárkányiné 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.

Sárkányiné Lőrinc A. & Kráncz, R. & Hambuchné Kóhalmi A. (2012): Dominancia viszonyok a nyelvi hibajavítások tükrében orvos-beteg párbeszédekben és kórházpedagógusok tanóráin. *Porta Lingua 2012.* pp. 70-78.

Kránicz, 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. A 7 év alatt mindig számíthattam szakmai segítségére és a disszertációm megírásában is hasznos tanácsokkal látott el.

Kiemelt köszönet illeti a kutatásban résztvevő családorvost és asszisztensnőit, hogy lehetővé tették számomra a hangfelvételek rögzítését.

Köszönöm a PTE ETK Doktori Iskola vezetőinek, hogy az „Egészségtudomány határterületei” program keretén belül lehetővé tették számomra a kutatást.

Köszönöm az előbírálóknak Dr. Boronkai Dórának és Dr. Kereszes Csillának értékes szakmai útmutatásukat.

Köszönöm a kutatásban közvetlenül is segítséget nyújtó kollegáimnak, Dr. Fogarasi Katalinnak, Hambuchné Dr. Kőhalmi Anikónak, Kránicz Ritának, Szántóné Dr. Csongor Alexandrának és Németh Tímeának szakmai és baráti együttgondolkodást.

Köszönöm kollegáimnak, Fekete Annának, Szilágyi Lászlónak támogatásukat, Nagy Tímeának a szerkesztésben, Hamarné Sávay Juditnak az angol fordításokban, Mátrai Péternek a statisztikai elemzésben nyújtott állhatatos segítséget.

Köszönöm családomnak és barátaimnak támogatásukat és biztatásukat.