

Az orvos-beteg kommunikáció kutatása és a nyelvészet*

Kuna Ágnes

EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM, BUDAPEST

1. Bevezetés

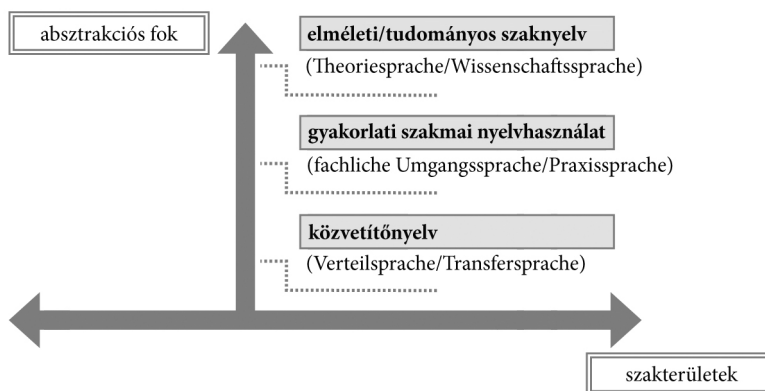
Az orvos-beteg kommunikáció szisztematikus vizsgálata az 1960/70-es években kezdődött, és azóta folyamatosan növekvő és jól körülhatárolt, interdiszciplináris kutatási területté fejlődött (MENZ 2011). A vizsgálatok arra hívják fel a figyelmet, hogy az orvos és a páciense közötti interakció jellegzetességei nagyban meghatározzák a terápia hatásosságát és eredményét. Az elmúlt 50–60 évben jelentős változások történtek mind a kutatási kérdésekben, a módszerekben, mind az elméleti modellekben (HERITAGE–MAYNARD 2006a).

A jelen tanulmány célja, hogy összegző és áttekintő bevezetést nyújtson az orvos-beteg kommunikáció kutatási területeiről hazai és nemzetközi viszonylatban egyaránt, kiemelve a nyelvészeti megközelítés lehetőségeit és jelentőségét ezen a területen. Ezzel a célkitűzéssel összhangban a tanulmány elsőként röviden kitér az orvosi szaknyelv rétegzettségére (2. fejezet), majd bemutatja az orvos-beteg kommunikáció vizsgálatának történetét, megközelítési módjait (3. fejezet). Ezt követően ismerteti a nyelvészeti perspektíva jelentőségét (4. fejezet), majd bemutatja a nyelvészeti megközelítésű magyar nyelvi kutatásokat az egészségügyi kommunikációra vonatkozóan, kiemelve néhány, a gyakorlati területen is hasznosítható eredményt (5. fejezet). Végezetül a tanulmány összegző gondolatokkal zárul (6. fejezet).

2. A szaknyelvek rétegzettsége és az orvosi szaknyelv

Az orvosi nyelvet (mint általában a szaknyelveket) használati körüknek, **nyelvhasználati színtereiknek** megfelelően rétegzettség jellemzi (vö. 1. ábra).

*A tanulmány több ponton támaszkodik a szerző által korábban publikált tanulmányokra, főként az alábbiakra: KUNA–LUDÁNYI 2019; KUNA 2020.



1. ábra

A szaknyelvek horizontális és vertikális rétegződése

(ROELCKE 2002: 13; KUNA–LUDÁNYI 2019: 122)

Az ábrán a vízszintes tengely az egyes szakterületeket, azok spektrumát mutatja (például jogi, műszaki, orvosi, csillagászati, pszichológiai, nyelvészeti szaknyelv). A két irányba mutató nyíl szemlélteti, hogy ez a skála nagyon széles, nem írható le egy határozott végponttal, és időben is nyitott, hiszen a társas-kulturális igényeknek megfelelően folyamatosan új szaknyelvek és csoportnyelvek születnek (beleértve a különböző sportok, szabadidős elfoglaltságok és szubkultúrák nyelvét is). A függőleges tengely a szakterületen belüli felhasználói szinteket szemlélteti a nyelvhasználat absztrakciós fokával összefüggésben. Három egymással szorosan összekapcsolódó felhasználói szintről beszélhetünk: a laikusok és szakemberek közötti nyelvhasználatról (**közvetítőnyelv**), a szakmai gyakorlat nyelvhasználatáról (**szakmai nyelvhasználat**), valamint a legmagasabb absztrakciós fokkal jellemezhető tudományos szaknyelvről (**elméleti, tudományos szaknyelv**) (ROELCKE 2002: 13). Amikor szaknyelvről beszélünk, sok esetben – szűk értelemben véve – elsődlegesen az utóbbit értjük a szón. Holott a szaknyelvek működésének vizsgálatakor szükségszerű tekintetbe venni az egyes felhasználói szinteknek a létezését, az egymásra hatását és összefüggéseit is, főként azokon a szaknyelvi területeken, amelyekben nagyfokú a laikusok bevonása (KUNA–LUDÁNYI 2019). Ilyen például a jogi nyelv, a közigazgatás és az oktatás nyelve, valamint az orvosi nyelv is (FÓRIS–BÖLCSKEI 2019).

A jelen tanulmány az ún. közvetítőnyelvre, azon belül is elsősorban az orvos-beteg konzultáció kommunikatív jellemzőinek a kutatására összpontosít (az orvosi nyelv egyéb felhasználói szintjeiről l. KUNA–LUDÁNYI 2019).

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

A szakma képviselői és a laikusok között szükségszerű a társas cselekvések mentén szerveződő nyelvi érintkezés, amely már az orvoslás korai szakaszától kezdve létrehoz egy sajátos nyelvhasználatot és számos beszédeseményhez kötődő, hagyományozódó cselekvési és nyelvi mintázatot, azaz **diskurzusműfajt** (KUNA 2019; KESZLER 2009; JAKUSNÉ 2016: 383). Ezekben a társas cselekvésekben jön létre az a fajta nyelvezet, amely a tudomány komplex, sokszor absztrakt jelenségeit, fogalmait és az azokhoz kötődő jelentéseket közérthető módon hozza létre és teszi hozzáférhetővé.

A szakemberek és a laikusok közötti kommunikációban az orvosokat „kétnyelvű nyelvhasználóként” is szokták jellemezni, akiknek tudniuk kell a beteg nyelvén és a saját szakmájuk nyelvén egyaránt (WILLIAMS–OGDEN 2004; HAMBUCH és mtsai. 2020). Ez a fajta kétnyelvűség és az ezzel járó „fordítási tevékenység” sokrétű feladat, így sokszor nem könnyű megvalósítani, és esetleges sikertelensége gyakran a betegek elégedetlenségét is magával hozza. Számos betegjogi per vagy a nem megfelelő terápiahűség az orvos-beteg kommunikáció elégtelen voltából fakad (PILLING 2008: 10–11; YOUNGSON 2017). Az orvos-beteg viszony, a gyógyító kapcsolat, az ebben létrejövő, ennek a részeként megvalósuló kommunikáció tehát kiemelkedő jelentőségű a gyógyítás kimenetelére nézve is. Ezért is áll a jelen tanulmány középpontjában az egészségügyi szakember és a páciense közötti (elsősorban) szóbeli konzultáció.

3.1. Az orvos-beteg kommunikáció kutatásának kezdetei

Az orvos-beteg kommunikáció empirikus kutatásának kezdetei a szociológiai és pszichológiai munkákban gyökereznek. Nagy hatást gyakorolt a vizsgálatokra BÁLINT Mihály (1957) munkája, aki orvosokkal végezte a gyógyítás folyamatának pszichológiai vizsgálatát. A kutatás során megmutatkozott, hogy „az általános orvosi gyakorlatban a leggyakrabban alkalmazott »gyógyszer« az orvos maga: azaz nem csupán az orvosság vagy a különféle pilulák [sic!] számítanak, hanem az a mód is, ahogyan az orvos a betegnek adja, valójában az egész léghő, amelyben a gyógyszert adják és kapják” (BÁLINT 1990: 3). A gondolat, hogy az orvos maga is gyógyszer – hatásokkal és mellékhatásokkal – empirikus kutatások sorát indította el, és ráirányította a figyelmet arra a tényre is, hogy az egészségügyi dolgozó és a páciense közötti kommunikáció hatással van a terápiára is. Ez különböző megközelítések, illetve modellek létrejöttét is magával hozta az orvos-beteg viszony leírására. A szakirodalom alapvetően négy modellt különít el: a tekintélyelvű vagy paternalisztikus (*paternalistic*), a fogyasztói (*consumer*), az értelmező (*interpretive*) és a kölcsönös tanácskozás (*deliberative*) modelljét (EMANUEL–EMANUEL 1992). Ezek a modellek (a fenti sorrendben), illetve a kapcsolatépítés jellege leegyszerűsítve leírhatók az orvoscentrikus

és betegközpontú végpontok közötti skálán, amelyek azonban természetesen további tényezőkkel egészülnek ki (például dialogikusan szerveződő vagy biopszichoszociális kapcsolatépítés) (KOERFER–KOERFER 2018: 332–337). Az is megfigyelhető, hogy az orvoscentrikus megközelítéstől napjainkban egyre inkább a beteg- és a kapcsolatcentrikus viszony felé tolódnak a résztvevők igényei és ezzel egy időben jellemzően a kommunikáció stílusa is (BEACH 2013).

Az orvos-beteg kommunikáció kutatási gyakorlata és módszerei is jelentős változásokon mentek keresztül az 1950-es évektől kezdve (HERITAGE–MAYNARD 2006a, 2006b; BIGI 2016; KUNA 2020). Számos szemlélet, illetve vizsgálati és elemzési modell jelent meg (összefoglalva I. CSABAI–CSÖRSZ–SZILI 2009: 7–28), amelyeket a szakirodalom jellemzően két fő megközelítésbe sorol. Az egyik a folyamatelemzés, a másik a diskurzusok mikroelemzése (HERITAGE–MAYNARD 2006b: 356–9).¹

3.1.1. Folyamatelemzések az orvos-beteg kommunikáció kutatásában

Az orvos-beteg kommunikáció szisztematikus kutatásában úttörő szerepet kaptak a **folyamatelemzési modellek**. Ezek célja, hogy az orvos-beteg konzultáció folyamatát, működését egészében mutassák be, illetve jellemezzék. Az ilyen szempontú elemzések sok esetben Robert BALES (1950) interakciós folyamatelemzési modelljén alapulnak (*Interaction process analysis, IPA*), amely társas-érzelmi és feladatorientált dimenziók mentén ad módszertani és elméleti keretet az interakció leírásának. Így például a társas-érzelmi interakcióhoz sorolható, ha a résztvevők valamelyike szolidaritást, feszültséget vagy feszültségcsökkenést, egyetértést vagy véleménykülönbséget, esetleg ellenséges érzelmeket fejez ki. A feladatorientált interakciókhoz sorolható a javaslat, a véleménynyilvánítás, az útmutatás vagy az ezen nyelvi aktusokra vonatkozó kérdés. Ezen a modellen alapulnak az első pszichoterápiás (LENNARD–BERNSTEIN 1960) és az első orvos-beteg kommunikációs kutatások is (KORSCH–NEGRETE 1972). BALES (1950) interakciós modellje számos előnye mellett korlátokkal is bír az orvos-beteg kommunikáció mélyebb megismerésében, hiszen például nagyon általánosak az abban használt kategóriák, és a feladatorientált és a társas-érzelmi dimenziók szigorú dichotómiája sem segíti az interakció dinamikus leírását. Így az interakciós modellre épülve számos új, kifejezetten az egészségügyi szakember és betegek közötti konzultáció leírására alkalmas elemzési modell jött létre. Ezek közül a legelterjedtebb a *Roter interakciós elemző rendszer* (*Roter's interaction analysis system, RIAS*; ROTER–LARSON 2002), amelyben 39 elemzési kategória szerepel: 24 feladatközpontú és 15 társas-érzelmi alapú. A társas-emocionális interakcióknál vizsgálati szempont például a nevetés/vicc, a személyes társalgás, az aggodalom, a megerősítés, a bátorítás, az egyetértés, a kritika vagy az empátia nyelvi megjelenése. A feladatorientált interakciókat tekintve pedig a RIAS alapján a kutatók kódolják többek között az instrukciót, az ismétlést, a visszajelzést, az állapotra, életmódra

¹ CSABAI és munkatársai (2009: 21–28) az orvos-beteg kapcsolathoz kötődően a folyamat- és mikroelemzések mellett harmadikként említik a fenomenológiai (élményközpontú) megközelítést, amely a terápia interszubjektív (közös érzelt, illetve megélt) közös, megosztott jellegéből indul ki az érzelmi ráhangolás, a testi érzékelés szerepét hangsúlyozva.

vonatkozó információkat, illetve azt, hogy nyitott vagy zárt kérdés hangzik-e el, stb. A RIAS-szal dolgozó vizsgálatok az egyes kódok (folyamatok) előfordulási gyakoriságából, együttes előfordulásából következtetnek az orvos-beteg interakció jellegére (részleteiben magyarul I. CSABAI–CSÖRSZ–SZILI 2009: 67–78).

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

Habár a RIAS nagy áttörést hozott az egészségügyi kommunikáció szisztematikus kutatásában, és a mai napig fontos módszertani és elméleti alpnak számít, számos kritika éri az 1990-es évektől a többi folyamatlemezési módszerrel egyetemben. Ezen módszerek elsődleges korlátja, hogy az elemzés során elvész a kontextus, tehát lényegében az, hogy az egyes résztvevők miről és hogyan beszélnek (CHARON–GREEN–ADELMANN 1994: 956). Ezen túlmenően az elemző rendszer nem tud mit kezdeni a diskurzus szekvenciális szerveződésével, a szünetek és a félbeszakítások szerepével sem (SANDVIK et al. 2002). INUI és CARTER (1985: 536) analógiája sarkalatosan szemlélteti a folyamatlemezésekkel szembeni legfőbb kritikát:²

A [folyamatlemezési módszerekben a] kommunikációs mód leggyakoribb elemzési stratégiája a különböző viselkedési típusok gyakoriságán alapul. Ez a szemlélet olyan, mintha a *Hamletet* egy színdarabként jellemeznénk, amelynek van 21 fontosabb szereplője, egy szellem, egy színjátszó csoport és különféle urak, hölgyek, tisztek, katonák, követek és kísérek, akik közül az egyik már meghalt, egy másik vízbe fullad, egy harmadik mérgezett ital, kettő mérgezett kard áldozata lesz, míg további egygel a kard és az ital végez.

3.1.2. Mikroelemzések az orvos-beteg kommunikáció kutatásában

Az orvos-beteg kommunikáció kutatásának másik fő elemzési megközelítését, a **mikroelemzéseket** kezdetben a folyamatlemezések egyfajta ellenpontjának tekintették (HERITAGE–MAYNARD 2006b: 358). A mikroelemzések ugyanis abból indulnak ki, „hogy a terápiás interakciók jobban megérthetők és a kommunikáció hatékonyabban tanítható, ha az interakciók minél apróbb részleteit vizsgáljuk” (CSABAI–CSÖRSZ–SZILI 2009: 19). Ez a szemlélet azt is vizsgálat tárgyává teszi, ami nincs nyelvileg expliciten jelen az orvos és a betege közötti verbális diskurzusban (például csend, együttbeszélés, nonverbális jelzések).

A mikroelemzések alapjait az orvos-beteg kommunikáció etnográfiai (néprajzi) vizsgálatai teremtik meg, amelyek az orvosi konzultáción zajló szokások, egyéni tapasztalatok, megértési folyamatok rendszerezését, elsődlegesen kvalitatív szempontú elemzését tűzték ki célul. Az

² Ha nincs ettől eltérő jelzés, az alábbiakban a magyarított szövegrész minden esetben a szerző fordítása.

1970/80-as évektől kezdve az etnográfiai megfigyelések egyre szorosabb szálakkal kapcsolódtak össze a nyelvészeti elemzésekkel, különösen a szisztematikus anyaggyűjtésen alapuló társalgáselemzéssel és a szociolingvisztikával (elsősorban HYMES 1974 nyomán). Habár az orvos-beteg kommunikáció mint diskurzus és az ehhez kapcsolódó mikroelemzések sora sok új eredménnyel szolgált az egészségügyi kommunikáció működésének megértéséhez (MISHLER 1984; WEST 1984; WAITZKIN 1991), számos bírálat érte a mikroelemzést is mint megközelítési módot. Például visszatérő kritika a folyamatelemzésekkel szemben, hogy ezekben a vizsgálatokban nem érvényesül a tudományos kutatás több kritériuma, mint például a reprezentativitás, a megbízhatóság és az ismételhetőség, illetve az általánosíthatóság (MAYNARD–HERITAGE 2006b: 361). Felmerülhet a kérdés, hogy milyen megoldás adódik a két szemlélet előnyeinek a kiaknázására, valamint korlátainak a kiküszöbölésére.

Az elmúlt másfél évtized kutatási gyakorlata azt bizonyítja, hogy megoldást jelenthet, ha a folyamatelemzéseket és a mikroelemzéseket nem egymás ellenpólusának tartjuk, hanem egymást termékenyen kiegészítő megközelítéseként kezeljük. Ennek a két kutatási hagyománynak az összehangolásában nagy szerepet kapnak a nyelvészeti megközelítésű módszerek és elméleti keretek. Ezek között is kiemelkedő jelentőségű a társalgáselemzés (HERITAGE–MAYNARD 2006b: 362), valamint a pragmatika (BIGI 2016) és ezzel szoros összefüggésben a szociolingvisztika (FRANKEL 2000). Ennek megfelelően a következő fejezetben ezeknek a kutatásoknak a főbb irányait és jelentőségét foglalom össze az orvos és a beteg közötti kommunikáció viszonylatában.

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

Az orvos-beteg kommunikáció kutatásában számos tudományterület részt vesz (pszichológia, orvoscépzés, egészségzociológia, antropológia stb.). Az elmúlt évtizedek kutatásai azt mutatják, hogy a nyelvészeti kiindulópontú vizsgálatok eredményei termékenyen vonhatók be az orvos-beteg és tágabban nézve az egészségügyi kommunikáció elemzésébe is.

Ahogy arról fentebb már szó esett, az orvos-beteg kommunikáció kutatása igazán erőteljesen az 1970-es évektől indult meg, ami szoros összefüggést mutat a funkcionális nyelvészeti irányzatok előretörésével; legfőképp a társalgáselemzés területéhez tartozó kutatások kialakulásával, elsősorban a beszélésnéprajzzal (*ethnography of speaking*) (HYMES 1974; HÁMORI 2009), az interakcionális szociolingvisztikával (BARTHA–HÁMORI 2010), a nyelvészeti konverzációelemzéssel (SACKS–SCHEGLOFF–JEFFERSON 1974; BORONKAI 2009) és a pragmatikával (VERSCHUEREN 1999; TÁTRAI 2011; BIGI 2016). Ezekben számos újszerű felismerés fogalmazódott meg a verbális interakciók szerveződéséről, jellemzőiről, tipikus jelenségeiről (például fordulókról, fordulóváltásról, beszédaktusokról, diskurzusműfajokról, cselekvéstípusokról), továbbá az interakciókban létrehozott társas jelentéseknek a nyelvhasználattal való kapcsolatáról, a beszélgetések

szerkezetének és a társas cselekvéseknek az összefüggéseiről. E kutatások között sok irányult az orvos-beteg interakciók vizsgálatára is, különösen a nyelvhasználat és a társas szerepek, társas viszonyok (a státusz és a hierarchia), az autoritás vagy a hatalom létrehozásának és gyakorlásának összefüggéseire (pl. FRANKEL 1984; MISHLER 1984; WEST 1984; WAITZKIN 1991; HERITAGE–MAYNARD 2006a; BIGI 2016; HERITAGE 2019).

Nemzetközi viszonylatban számos kutatás említhető, amely az orvos és a beteg között vagy más egészségügyi intézményi helyzetben folyó interakciókat és ezek nyelvhasználatát vizsgálta (l. SPRANZ-FOGASY et al. 2014-es orvosi bibliográfiája), és amelynek eredményei elméleti és gyakorlati szinten is hozzájárulnak az egészségügyi kommunikáció mélyebb megismeréséhez és alkalmazási lehetőségeinek bővítéséhez. Így jelentősen növelhetik a terápiás kapcsolat eredményességét, például az orvosi egyetemeken folyó oktatásban tananyagok részeként, orvosi tréningekben stb. A vonatkozó magyar kutatásokat az *5.1. fejezet* foglalja össze.

4.1. A nyelvészeti elemzés területei az orvos-beteg kommunikáció kutatásában – szociolingvisztikai és pragmatikai fordulat

MENZ (2011) áttekintő tanulmányában az orvos-beteg kommunikációra vonatkozó elsődlegesen nyelvészeti megközelítésű kutatásokat alapvetően három, egymással szorosan összefüggő, egymás eredményeire építő „aspektus” szerint osztályozza. Ezek a következők: 1. A diskurzus mikrostruktúráját és az interakció dinamikus szerveződését előtérbe helyező elemzések; 2. mikroelemzéseken alapuló, de a társas struktúrát vagy makrostruktúrát középpontba helyező vizsgálatok; 3. a gyakorlati alkalmazásra irányuló alkalmazott nyelvészeti kutatások. A következő alfejezetekben ezeket a vizsgálati területeket tekintem át.

4.1.1. Nyelvészeti szempontú mikroelemzések

A mikroelemzéseknek a diskurzus szerveződése, annak szisztematikus, szekvenciális, szerkezeti és szemantikai jellemzőinek a leírása a célja, ahogy erről már a *3.1.2. fejezetben* is szó volt. Ebben kiemelkedő szerepet kap a társalgáselemzés, valamint a szociolingvisztikai és a pragmatikai kiindulópont. A mikroelemzések jelentősen átalakítják az orvos-beteg kommunikáció elemzésének a szemléletét. Lényegében az 1970-es évektől kezdődően az orvos-beteg kommunikáció szociolingvisztikai és pragmatikai fordulatáról beszélhetünk (FRANKEL 2000; BIGI 2016), ami a mai napig meghatározó jelentőségű. A szemléletváltásnak köszönhető többek között az is, hogy előtérbe kerülnek a közös és a társas jelentésképzések és az ezekkel megvalósított cselekvések, illetve a diskurzus szekvenciális jellemzői, azaz a konzultációk dialogikus, a résztvevők mindegyike által alakított szerveződése. Kiemelkedő szerepet kap a kutatásokban a **kontextus** is, azaz az a dinamikus viszonyrendszer, amely magában foglalja a résztvevőket és az általuk mozgósított ismereteket (TÁTRAI 2011: 51).

A pragmatikai és szociolingvisztikai elemzések új szempontokat is behoznak több problémára is rávilágítva az orvos-beteg kommunikáció kutatásában. Például arra, hogy a vizsgálatok egy jelentős részéből a mai napig nem derül ki világosan, hogy a kutatók az elemzések során milyen kommunikációs elméleti háttérre építenek. További probléma ezekkel az elemzésekkel kapcsolatosan a kontextus szerepének kezelése az orvos-beteg interakcióban. Feltáratlan terület ugyanis, hogy az egyes kontextuális tényezők – azaz a nyelvi kommunikációt meghatározó körülmények, így az, hogy ki, kinek, mikor, hol, miről, miért, hogyan, miért kommunikál – milyen hatást gyakorolnak a megértésre és a kommunikációra az interakcióban; éppúgy, ahogy az orvos-beteg kommunikáció fő funkcióinak (együtműködés kiépítése, információcsere, döntéshozatal, vö. 5. fejezet) az összefüggései és összjátéka is az egyes kommunikációs helyzeteken belül. Megfigyelhető az is, hogy a kutatások jelentős része megnyilatkozásokon (TÁTRAI 2011: 69), azaz egy-egy beszélői forduló vizsgálatán alapszik annak ellenére, hogy az orvos-beteg kommunikáció dialogikusan, szekvenciális struktúrákban jön létre (BIGI 2016: 37–38), és a jelentéseket a résztvevők közösen és dinamikusan konstruálják.

A legújabb kutatások ezekre válaszul arra mutatnak rá, hogy a pragmatikai szemlélet átfogó elméleti kiindulópontja lehet a kontextus és a résztvevők által megosztott **közös tudás (common ground)**³ az egyes cselekvéstípusok, beszédaktusok, valamint ezek dialogikus és szekvenciális megvalósulásának kutatására, illetve az egyes funkciók jellemző nyelvi megvalósulásainak és összjátékának a leírására. Ebben a felfogásban az orvos és a beteg közötti tudásbeli (és jellemzően egyszerre társadalmi és státuszbeli) aszimmetria nem mint eleve adott probléma jelenik meg, hanem ez a viszony **átkereteződik**, azaz az eddigetől eltérő jelentést kap. Egyrészt az egészségügyi szakember mint vezető jelenik meg, aki jártas az intézményi és a szakmai tudásban, és mint vezető segíti a páciens számára ismeretlenebb „térben” történő tájékozódásban. Másrészt az orvos kétnyelvű beszélőként (l. fentebb) egyfajta tolmácsolási, (tudás)fordítási feladatot is ellát, amelynek során közvetíti a szakmai tudást a páciens felé. A tudásmegosztás ilyen szempontú megközelítése magára a viszonyra és a kapcsolatépítésre is alapvető hatással van (BIGI–ROSSI megj.).

A mikroelemzések a szemléletváltáson túl számos empirikus eredménnyel gazdagították és gazdagítják az orvos-beteg kommunikáció kutatását, mind elméleti, mind gyakorlati szinten. Ebből itt egy példát emelek ki. A dinamikus jelentésképzést és a szekvenciák jelentőségét szemlélteti LEY (1979) kutatása, amely a betegek orvosi információra vonatkozó emlékezetét vizsgálta (l. összefoglalva FRANKEL 2000: 95). A vizsgálatban két csoportra osztották a betegeket. Az első csoportot a hagyományos információközlési gyakorlat szerint (diagnózis, majd prognózis) tájékoztatták az alábbi módon: „Önök pajzsmirigyrákja van, és ez az esetek 85%-ában teljesen gyógyítható” (FRANKEL

³ A **common ground**nak több megközelítése van. Szociokognitív pragmatikai keretben három fő dimenzióját különböztetjük meg: 1. azok az információk, amelyekre az interakcióban részt vevők közösként tekintenek (például hasonló a priori tapasztalat vagy világnézet, közös értékek és hiedelmek); 2. a szituációs kontextus megértése, azaz a kommunikáció körülményeire vonatkozó közös tudás; továbbá 3. a résztvevők közötti kapcsolat, amely az egymásra vonatkozó tudást, a köztük lévő bizalmat és az interakcióra vonatkozó közös tudást foglalja magában (KECSKES–ZHANG 2009: 338).

2000: 95). Ezzel szemben a másik csoportban megváltoztatták az információközlés elemeinek a sorrendjét (prognózis, majd diagnózis): „Önnél fennáll egy egészségügyi állapot, amely az esetek 85%-ában teljes gyógyulással kezelhető. Ennek az állapotnak a neve pajzsmirigyrák” (FRANKEL 2000: 95). A konzultációkat követően mindkét csoport betegeit megkérdezték, milyen információt kaptak az orvosuktól. Az első csoportban a legtöbb beteg arra emlékezett, hogy pajzsmirigyrákja van, és ez halálos. Ezzel szemben a második csoportban a betegek többsége arra emlékezett, hogy az orvosa azt mondta neki, hogy pajzsmirigyrákja van, amely az esetek nagy százalékában gyógyítható. A példa jól szemlélteti, hogy a jelentés nem tekinthető „kész csomagnak”, valamint megnyilatkozások, illetve funkciók összeadásának, hiszen a befogadásban, a jelentésképzésben nagy szerepet kap az egyes információk szekvenciális szerveződése. Ezen felül az is megmutatkozik, hogy bizonyos megnyilatkozások gyakorisága nem képes leírni a kommunikáció hatékonyságát (1.3.1.1. fejezet). Erre reflektálnak a mikroelemzések az orvos-beteg kommunikáció folyamatában, háttérben és kutatásában bekövetkező változásokkal összhangban.

A pragmatikai szemlélet hatása abban is érzékelhető, hogy az orvos-beteg kommunikáció kutatásában és oktatásában egyre kiemelkedőbb szerepet kap a kommunikáció mint tevékenység (nem mint eszköz). Az elemzések egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek a konzultációkon megvalósuló cselekvéstípusok és kommunikatív stratégiák feltárására, megismerésére, alkalmazására (PILLING 2008, 2018; LÉDER 2013). NOWAK (2009: 290–379) összegző metaelemzésében például 48 cselekvéstípust és több mint 100 cselekvést különböztet meg az orvos-beteg konzultáció egyes szakaszaihoz és kommunikatív komponenseihez kötődően (a beszélgetés megkezdése, kezdeményezés, információkérés és -adás, odafigyelés, tervezés, döntés stb.). Számos elemzés azt mutatja, hogy a különböző cselekvéstípusok a konzultáció megkezdésében jelentősen befolyásolják a későbbi kommunikációs „manőverezés” lehetőségeit (SPRANZ-FOGASY 2005; NOWAK 2009).

A szociolingvisztikai és pragmatikai megközelítésű mikroelemzésekben tehát egyre nagyobb szerepet kap a közös jelentésképzés, a kölcsönös információgyűjtéssel és -adással megvalósított közös tudás kialakítása, a kapcsolatépítés, a közös döntéshozatal és egyéb cselekvések stratégiáinak nyelvi-kommunikatív leírása. Ennek részeként a mikroelemzésekben a betegség-koncepciók és a fájdalomreprezentációk szemantikai elemzése is kiemelkedő szereppel bír (MENZ 2011: 332–333).

4.1.2. Nyelvészeti szempontú makroelemzések

Az ún. **makroelemzések** vagy makrovizsgálatok jelentik az orvos-beteg kommunikációban megvalósuló nyelvészeti megközelítésű elemzések másik fő irányát. Ezekben a kutatásokban az aktuális nyelvi tevékenység diszkurzív (mikro)elemzésén túl, erre építve valamilyen makrotársadalmi tényező, illetve a társadalomból, annak makrostruktúrájából kiinduló problémafelvetés áll a középpontban (MENZ 2011). Ilyen például a nagyfokú migráció következtében egyre gyakoribbá váló többnyelvűség jelensége az orvos-beteg találkozásokon, amely egyre fontosabb kutatási területként jelenik meg a tolmácsolásban és a fordításban egyaránt. Az

orvos-beteg kommunikáció egynyelvű, anyanyelvi közegben is nagyon összetett folyamatnak tekinthető, de többnyelvű környezetben számos további probléma léphet fel. Például többnyelvű, interkulturális helyzetben jelentősen nagyobb lehet a félreértések száma, melyek adódhatnak nyelvi (kiejtésbeli, nyelvtani, szókinésbeli) és szociokulturális tényezőkből is (például az intézményi közeg, a társas viszonyok kultúránként esetlegesen eltérő sajátosságaiából stb.). Többnyelvű szituációkban még egy speciális tényező említhető: napjainkban egyre nagyobb számban jelenik meg egy harmadik személy, egy fordító vagy tolmács az orvos-beteg találkozáson is. A szakirodalom elkülöníti a szakképzett és az alkalmi (*ad hoc*) tolmácsokat, akik nyelvi viselkedése között jelentős különbségek adathatók. Ez nagy hatással lehet a terápiára is. A kutatások azt mutatják, hogy a professzionális tolmácsok jobban képesek a konzultáción az orvosi ismeretek közvetítésére (BOLDEN 2000), eközben azonban az is megfigyelhető, hogy ők is aktívan részt vesznek a jelentésképzésben. A beteg mindennapi világa (*voice of lifeworld*) az orvos szakmai világa (*voice of medicine*) mellett megjelenik a tolmács világa is (*interpreter's voice*) (MERLINI–FAVARON 2007: 105). A képzett tolmácsok közreműködésénél jóval problémásabb lehet az alkalmi fordítók (barátok, ismerősök stb.) megjelenése a konzultáción, ezek az esetek ugyanis jóval nagyobb számban vezetnek félreértéshez. Gyakori például az orvosi terminológia (fordítás nélküli) megisméltése a célnyelven, a problémás testrész mutogatása, a morfémáról morfémára történő fordítás, az orvosi kérdések közvetítésének elhagyása stb. Problémát jelenthet az alkalmi fordítók esetében az is, hogy jelentősen befolyásolják és átalakítják a résztvevői szerepeket (például ők válaszolnak a beteg helyett), amellyel nagymértékben meghatározzák a jelentéslétrehozás folyamatát. Ezzel növelik a félreértések kockázatát, veszélyeztetik az egészségügyi ellátás biztonságát (MENZ 2011: 335–336).

A makroelemzések másik kiemelt területe a társadalmi nemek szerepe az intézményes orvosi közegben. Számos kutatás rámutat, hogy eltérések vannak a női és a férfi résztvevők kommunikációjában mind az orvos, mind a beteg szerepkörében (WEST 1990). Kiemelkedő például a félbeszakítások és együttbeszélések gyakoriságának és funkciójának, illetve a hatalmi viszonyokkal való összefüggésének a kutatása (HOLMES 1992; WEST 1984). MENZ és AL-ROUBAIE (2008) arra mutatott rá, hogy a nem támogató jellegű félbeszakítások inkább a státuszviszonyokkal, mint a társadalmi nemekkel állnak összefüggésben. Tehát az orvosok nemtől függetlenül gyakrabban félbeszakítják a férfi és a női betegeiket egyaránt. Eltérés mutatkozik a támogató félbeszakítások esetében is, ez ugyanis a férfiakéval összehasonlítva gyakoribb a nőbetegek és nőorvosok esetében. Ez azt is mutatja, hogy orvosi közegben, ahogyan a szerzők szerint más intézményi közegben is, a nők együttműködőbben kommunikálnak, mint a férfiak (MENZ–AL-ROUBAIE 2008: 659).

Szintén különbségek mutatkoznak például a nők és a férfiak között a fájdalomreprezentációk nyelvi kidolgozásában, ami fontos klinikai, gyakorlati következményeket is maga után vonhat például a betegségleírásokban (MENZ 2011: 337–338). Jellemző például, hogy a férfiak a fájdalomleírás során inkább konkrét szavakat, kifejezéseket használnak, hogy a tüneteiket minél egzaktabban bemutassák. A nők fájdalomleírása ezzel szemben kevésbé konkrét és fókuszált (például a fájdalom lelki, társas és mindennapi életre gyakorolt aspektusai kerülnek

előtérbe), gyakoriak a metakommunikatív jelzések (testrészek mutatása) is. Az orvosok elvárásához jellemzően a férfiak konkrétabb, tünetekhez kötődő fájdalomleírási módja illeszkedik jobban, ami hatással van a betegségek klinikai jellemzésére és kezelésére egyaránt (MENZ–LALOUSCHEK 2006).

4.1.3. A nyelvészeti eredmények alkalmazása

A nyelvészeti kutatások egy részének eredményei közvetlenül beépülnek az orvos-beteg kommunikáció gyakorlatába. A társalgáselemzés, a pragmatika, a szociolingvisztika szemléletének köszönhetően számos olyan eredmény született, amelyek gyakorlati szinten átültethetők a medikusok képzésbe, az orvosok kommunikációs tréningjeibe. Az újabb, diskurzusalapú kutatások ugyanis lehetővé teszik a nyelvtan, az intonáció, a szókincs, illetve a retorikai folyamatok és cselekvések szisztematikus elemzését, ami jelentősen árnyalja a kommunikáció hatékonyságának elemzéséből származó ismereteket. Számos továbbképzési és oktatóprogram fejlődött ki a nyelvészeti kutatások eredményeire építve. Ilyenek például a *Vienna School* tréningjei (MENZ–NOWAK 1992; MENZ–LALOUSCHEK–GSTETTNER 2008).

Magyar viszonylatban is megemlíthető számos olyan tréning vagy program, amely az egészségügyi kommunikáció fejlesztését célozza meg. Kiemelkedő a 2017-ben a Felsőoktatás Nemzetközi Fejlesztéséért Díjjal kitüntetett „Szimulációs orvosi kommunikációs oktatási modell színész páciensekkel” projekt. Ennek keretein belül a magyar és külföldi orvostanhallgatók színész páciensek közreműködésével tanulják és gyakorolják a páciensekkel való kommunikációt. Az oktatási módszer a nyelvészeti eredményekre építve tudomány- és szakmaközi együttműködéssel, nagy hatékonysággal készíti a hallgatókat a klinikai gyakorlatra (HALÁSZ–KOPPÁN–EKLICS 2016; HALÁSZ és mtsai. 2018). Ugyancsak kiemelkedő az idegen nyelvű orvosi tananyagok és az orvosi magyar mint idegen nyelvi anyagok fejlesztése is (pl. HUSZTI–WÉBER 2014), továbbá a kommunikációt az interkulturális kompetencián keresztül fejlesztő programok, mint például a MUSIC-program (CSABAI et al. 2021).⁴ Ezen kutatások szerepe a növekvő migráció miatt is egyre jelentősebb.

Az elmúlt évtizedekben számos magyar nyelvű oktatási anyag készült az orvosi kommunikáció, illetve a gyógyító kapcsolatra irányuló érzékenyítés céljából, amelyek ugyan nem kifejezetten nyelvészeti kiindulópontúak, ugyanakkor nyelvészeti kutatásoknak az eredményeire is építenek. Ezeknek a magyarországi kutatásoknak és az orvosképzésbe való bevezetésének fontos alapját képezi BUDA Béla (1977, 1994) úttörő munkássága, valamint MOLNÁR Péter és CSABAI Márta kutatásai (MOLNÁR–CSABAI 1994; CSABAI–MOLNÁR 1999). Egyre több elemzés épül a kétszemélyes interakciók szubjektív értékelésének kérdőívére is, amely egy négyfaktoros

⁴ A *Medical Education on Medically Unexplained Symptoms and Intercultural Communication* (MUSIC) oktatási anyagot egy nemzetközi Erasmus+ stratégiai együttműködés keretein belül a magyar kutatócsoport hozta létre. A projekt magyar vezetője Csabai Márta volt, valamint a projektben a jelen tanulmány szerzője is részt vett nyelvész kutatóként (CSABAI et al. 2021).

skálán (intimitás, összhang, játékoság, feszültség) azt méri fel, hogy a diádikus (kétszereplős) interakció résztvevői szubjektíven hogyan ítélik meg az együttlétüket (VARGA–JÓZSA 2013).

Fontos oktatási anyag CSABAI MÁRTA és munkatársainak (2009) oktatólemezével ellátott könyve, *A gyógyító kapcsolat élménye*. Ez a kapcsolati készségek fejlesztését célozza meg a terápia során, amelynek központi tényezője a kommunikáció. Nagy jelentőségűek a szuggesztiók alkalmazására irányuló kutatások az egészségügyi kommunikációban (VARGA–DIÓSZEGHY 2001; VARGA 2011a), amelyek szintén a nyelvet, a kommunikációt állítják a középpontba, és eredményeik az egészségügyi dolgozók képzésébe is beépülnek, sőt a világjárványra vonatkozó stratégiákkal is kiegészültek [1]. Érdemes még kiemelni a Semmelweis Egyetemen fejlesztett *Orvosi Kommunikációs Világ (OK Világ)* társasjátékot, amely az orvostanhallgatók képzésébe vonja be a játékosítás módszerét. A táblajáték az orvossá válás folyamatának szimbolikus leképezése „mesebelí” archetípusok révén (KOLLÁR 2016).

5. Az orvos-beteg kommunikáció legújabb kutatásai

Az orvos-beteg kommunikációs kutatások és publikációk száma az elmúlt két-három évtizedben minden érintett tudományterülethez kapcsolódóan ugrásszerűen megnőtt (például medicina, orvosképzés, szociológia, pszichológia, antropológia, nyelvészet). Számos állandó fóruma jött létre az egészségügyi kommunikáció vizsgálatának, amelyek rendszeres ismétlődő rendezvényeken, folyóiratokban adják közre a legújabb kutatási eredményeket.⁵

MENZ 2011-ben született összefoglalásában rávilágít, hogy az orvos-beteg kommunikációra irányuló kutatások száma jelentősen megnövekedett. Összegző tanulmányának írásakor, 2008-ban a *medonline* szakirodalmi adatbázisban történő keresés során több mint 7500 publikációt kapott eredményként az orvos-beteg kommunikáció (*doctor patient communication*) keresőkifejezésre. A szerző felhívja ugyanakkor a figyelmet, hogy ez a találati lista csak a szűken értelmezett orvos-beteg kommunikációs publikációkat tartalmazza. Tehát nem terjed ki többek között sem a pszichiátriai konzultációkra, sem a nővérek és páciensek közötti kommunikációra vonatkozó vizsgálatokra, amelyek egyébként szintén fontos és érintkező területek. Ez a példa is jól szemlélteti, hogy az orvos és a beteg közötti, tágabban véve az egészségügyi kommunikáció kutatása széles, és a tudományos publikációk száma jelentősen megnövekedett, illetve folyamatosan növekszik. Az is megfigyelhető, hogy az egyes tudományterületeken sokszor egyre speciálisabb kérdésselvetések merülnek fel, amelyekre a válaszok azonban interdiszciplináris

⁵ Csak néhányat említve, ilyen például a *Journal of Health Communication*, amely 1989-től működik, vagy a *Journal of Communication and Medicine. An interdisciplinary Journal of Healthcare, Ethics and Society*, amely 2004 óta tesz közzé publikációkat.

megközelítésben születnek. Így a kutatási eredmények végül tágabb közegben hasznosulnak és épülnek be a gyakorlatba.

5.1. Az orvos-beteg kommunikáció fő funkciói a kutatási eredmények alapján

Az orvos-beteg kommunikáció kutatásának súlypontjait nagyban meghatározza, hogy mi a konzultációknak mint interakcióknak a fő célja. Az összefoglaló elemzések, valamint a gyakorlat is azt mutatja, hogy az orvos-beteg kommunikációnak három, egymással szorosan összekapcsolódó, fő kommunikatív célja lehet: a **terápiás együttműködés (rapport)** kiépítése; az egészségügyi szakember és a páciense közötti információcsere (tudásmegosztás, közös tudás, *common ground*); továbbá ezekkel szoros összefüggésben a **terápiás döntéshozatal** (WASSERMAN–INUI 1983; COHEN-COLE 1991; BIGI 2016: 24–30). Ezek a funkciók jellemzően több lépésben, számos beszédaktus révén dialogikusan szerveződve valósulnak meg az interakcióban, amelynek itt csak néhány vonatkozását emelem ki (FRANKEL 2000; CORDELLA 2004; HERITAGE–MAYNARD 2006a, 2006b; NOWAK 2009; BIGI 2016).

A kapcsolat, illetve együttműködés kiépítése az orvos-beteg kommunikációra vonatkozó szakirodalomban az egyik legkiemelkedőbb célként jelenik meg; ugyanakkor egyben a legnehezebben megragadható dimenziót is jelenti (BIGI 2016: 24). Ez annak is köszönhető, hogy a kapcsolat építése rendkívül soktényezős, dinamikus folyamat, amely egyezkedések révén valósul meg az interakcióban, és ebben a viselkedés és a kommunikáció minden eleme részt vesz vagy részt vehet. Vannak azonban olyanok, amelyek különösen kiemelkedőek. Ilyen például a köszönés, a megszólítás, a társalgásbeli nyelvi viselkedés (például félbeszakítás, párhuzamos beszélés); a kommunikáció nem verbális elemei (szupraszegmentális jellemzők, testtartás, érintés stb.); az érzelmekről való kommunikáció; a tudásszervezés módja (KOERFER–REIMER–ALBUS 2018).

Az információcsere, a közös tudás létrehozása az orvos és a beteg közötti, illetve tágabban véve az egészségügyi kommunikáció fontos funkciója, amely lényegében kizárólagosan nyelvi- leg valósul meg. Fontos a tudásmegosztás például a páciens múltbeli és jelenkori állapotának, tüneteinek, vizsgálatainak a feltárására, a családi kórelőzményekre, a szubjektív élményekre és betegségkonceptiókra vonatkozóan. Több kutatás alapján elmondható, hogy a tudásmegosztást támogató nyelvi aktusok közé tartozik az orvos részéről az aktív odafigyelés, a betegoktatás, a páciens által elmondott információk összegzése, a beteg „nyelvén” való kommunikáció, a páciensek egészségügyi problémáinak megbeszélése a mindennapi életre vonatkozóan, valamint az érzelmeket és a társas viszonyokat behozó pszichoszociális beszélgetések (BIGI 2016: 26).

A kapcsolat építésének és a tudásmegosztásnak a módja nagy hatást gyakorol az orvos-beteg kommunikáció harmadik fő funkciójaként is emlegetett terápiás döntéshozatalra. A betegközpontú modellben ez **közös döntéshozatalként** valósul meg, amely a páciens bevonását is jelenti egyben a terápiás folyamatokba. Ez magával hozza, hogy az egészségügyi szakember direktív,

utasító stílusa helyett (PILLING 2018) egyfajta tanácskozó kommunikáció valósul meg, amelyben a páciens kérdez, kér, visszajelez, érzelmeket és preferenciákat oszt meg, adott esetben egyet nem értését fejezi ki.

Láthatjuk, hogy mindhárom funkció számos nyelvi jellemző, illetve kommunikatív cselekvés által jelenik meg az interakcióban. Ezért is kiemelkedő jelentőségű ezen funkciók minél szélesebb körű feltárásában a nyelvészeti megközelítés, ahogyan ezt az előző fejezetekben is láthattuk. Arról azonban még kevés szó esett, hogy ezek a szempontok hogyan jelennek meg a hazai kutatásokban. Ezt mutatom be a következő fejezetben.

5.2. Az orvos-beteg kommunikáció kutatása Magyarországon – a nyelvészeti megközelítésű elemzések eredményei

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

Nemzetközi viszonylatban is megmutatkozott, hogy a társalgáselemzési megközelítés számos új eredménnyel gazdagítja az egészségügyi kommunikáció megismerését, leírását (l. HERITAGE–MAYNARD 2006a; BORONKAI 2014). A magyar kutatásnak szintén fontos területét adja a társalgáselemzés, gyakran összekapcsolódva a pragmatikai szemlélettel. Különösen kiemelkedőek a Pécsi Tudományegyetem kutatói által végzett vizsgálatok, amelyek számos új eredményt hoznak az egészségügyi kommunikáció (kiemelten a háziorvosi és a belgyógyászati konzultáció) szekvenciális szerveződéséről, a fordulóváltások mintázatairól, a kommunikációban megfigyelhető változási tendenciákról és azok társadalmi összefüggéseiről, a betegközpontú kommunikáció jellemzőiről, valamint a diszkurzív alapú kvalitatív kutatások egészségügyi kommunikációs alkalmazhatóságáról is (l. bővebben pl. HAMBUCH 2015; SÁRKÁNYNÉ 2015; GYURÓ 2017; SÁRKÁNYNÉ és mtsai. 2017, HAMBUCH–SÁRKÁNYNÉ–KRÁNICZ 2018; KRÁNICZ–SÁRKÁNYNÉ–HAMBUCHNÉ 2018; HAMBUCH és mtsai. 2019; HAMBUCH és mtsai. 2020). Ezen eredmények közül itt csak néhányat emelek ki.

SÁRKÁNYNÉ és munkatársai (2017) három konzultációtípus (15 orvos és krónikus beteg között zajló, 13 orvos és akut beteg között zajló, 7 kórházi tanóra) szekvenciális szerveződésének vizsgálata alapján például arra a következtetésre jutottak, hogy az orvos-beteg konzultációkon egyre több esetben figyelhetők meg a szimmetrikusabb, partneribb, a közös döntéshozatalt támogató viszonyok a kommunikatív mintázatokban az 1990-es éveket követően. Eredményeik alapján elmondható, hogy az idő szabályozása, azaz a konzultáció időkeretének a meghatározása (főként a konzultáció lezárása) az interakcióban minden esetben az egészségügyi szakemberhez kötődik, ami összhangban áll a korábbi kutatásokkal. Ugyanakkor az interakcióban

részt vevők beszédleépéseinek száma, hossza, az átfedő megnyilatkozások gyakorisága alapján az orvos-beteg viszony a közös döntéshozatali modellre jellemző, partneribb kommunikációs mód felé mutat.

Annak ellenére, hogy az orvos-beteg kapcsolatnak ez a fajta tendenciaszerű változása – tehát a partneribb irányba való toródása – mind a külföldi, mind a hazai vizsgálatok alapján megfigyelhető, fontos szem előtt tartani, hogy a kapcsolatépítés mindig dinamikusan zajlik az interakció diszkurzív (mikro-) és tágabb, társas-kulturális (makro)környezetének jellemzőivel összefüggésben (5.1. fejezet). Leegyszerűsítve például egyáltalán nem biztos, hogy a 21. század összes orvos-beteg találkozása partneribb stílusban zajlik, mint a 20. század végi konzultációk zajlottak, ahogy erről az internetes metadiskurzusok is tanúskodnak (DOMONKOSI 2020). Az egyes interakciókban nagy különbségek lehetnek a kapcsolatépítés, a tudásmegosztás vagy a terápiás cselekvések nyelvi megalkotásában. Ezeket nagyban befolyásolja többek között a konzultáció vagy az egészségügyi probléma típusa (például krónikus- vagy akutbeteg-ellátás), a gyógyítás közege (személyes vagy telemedicinális) és számos kulturális és személyes tényező is. Az is megállapítható, hogy az orvos-beteg viszonyban megjelenő változási folyamatok gyakran lassan, az egyes tendenciák együttes előfordulásával, olykor néha ellentmondásos módon mennek végbe. MÁLOVICS és munkatársai (2009), továbbá VAJDA–HORVÁTH–MÁLOVICS (2012) kérdőíves felmérésükben például arra is rávilágítottak, hogy egyre nagyobb igény fogalmazódik meg a páciensek részéről a közös döntéshozatalra az orvosi konzultáción, tehát hogy a páciensek maguk is aktívan, illetve proaktívan részt vegyenek a terápiájukról való beszélgetésben, az arra vonatkozó információk megértésében, a döntésekben, az igényeik hozzáférhetővé tételében. Ugyanakkor a jól kommunikáló orvost az adatközlők többsége az orvosközpontú (paternalisztikus) kommunikációs móddal azonosította (VAJDA–HORVÁTH–MÁLOVICS 2012: 346). A paternalisztikus kapcsolatépítésben az orvoshoz kötődik az orvosszakmai, kulturális és társadalmi autoritás egyaránt, ő az interakciónak és az abban megvalósuló cselekvéseknek az irányítója, lényegében a döntéshozó. A társalgáselemzési vizsgálatok és az attitűdfelmérések közösen járulhatnak hozzá az említett változási folyamatok működésének mélyebb megértéséhez.

A társalgáselemzésen túl, valamint azzal gyakran összefonódva a funkcionális nyelvészet más területei is fontos szerepet kapnak az egészségügyi kommunikáció kutatásában. Ezek közül kiemelkedőek a szociolingvisztika, és még inkább a pragmatikai és kognitív keretben megvalósuló kutatások (BIGI 2016; EMMERTON–COUGHLIN 2019; KONOPASKY et al. 2019). Ezen elemzések középpontjában számos jelenség áll: a személyközi viszonyok megalkotása (DOMONKOSI–KUNA 2015; KUNA 2016a, 2016b); a megszólítások működése, mintázatai (CSISÁRIK–DOMONKOSI 2018), az ehhez való viszonyulás, a kapcsolatépítés (KUNA–KALÓ 2013, 2014); a nyelvi megteremtett identitás, a terápiás modellek nyelvi jellemzői, az interakcióbeli cselekvések (HAMBUCSNÉ és mtsai. 2016); a diskurzus szerveződése és a reflexivitás (KUNA–HÁMORI 2019); a betegségrepresentációk és ezek szakmai jellemzői (BENCZES–BURRIDGE 2018; EGYED és mtsai. 2020); a dinamikus jelentésképzés és a tudásrepresentáció az egészségügyi szakember és a páciens közötti kommunikációban egy- és többnyelvű környezetben (SKORDAI 2019; UDVARDI 2019; MÁNY 2019a,

2019b, 2020). További kiemelt témák a betegtájékoztató, a betegedukáció, a megbízhatóság és a kommunikáció kapcsolata (HORVÁTH–SZÉKÁCS–CSORVÁSI 2021).

Az elmúlt évtizedekben egyre nagyobb teret nyer az egyes, egészségügyi kontextusban megjelenő diskurzusműfajok szövegtipológiai, korpusznyelvészeti vizsgálata, amelyekben gyakran átfogó elméleti háttérként jelenik meg a pragmatikai nézőpont. Kiemelt vizsgálati területek a leletezés és a kórházi ellátás dokumentumai (pl. SIKLÓSI–NOVÁK–PRÓSZÉKY 2006; MOHAY 2014; FOGARASI 2012; VARGA–FOGARASI–PATONAI 2021) és a betegtájékoztató diskurzusműfajainak elemzése (pl. ILLÉSNÉ–SIMIGNÉ 2009; MÁNY 2020; KUNA–MÁNY 2021). FOGARASI (2012), illetve SCHNEIDER és munkatársainak (2018) kutatásai például rámutatnak, hogy a leletezés dokumentumaiban használt terminológiának, illetve azok pontatlanságának súlyos büntetőjogi következményei lehetnek, és félrevezethetik, hátráltathatják az igazságügyi orvosszakértő munkáját. A kutatók a baleseti sebészeti ambulanciák láttelepeiben büntetőjogi szempontból három típushibára hívják fel a figyelmet. A láttelepek egy része egyáltalán nem tér ki az ügy szempontjából fontos részletekre. Egy másik jellemző típushiba, hogy a dokumentációban a terminológia következetes felcserélése történik. A harmadik hiba pedig az, hogy a szakkifejezések következetlenül váltogatják egymást. Például a *vágott seb* és a *metszett seb* között büntetőjogilag nagy különbség adódik, a vágott seb ugyanis egy orvosszakértőnek jellemzően súlyos sérülést jelent, ellentétben a tipikus köznapi nyelvhasználattal. Így ezen szakkifejezések egymás helyett vagy felváltva történő használata a láttelepekben komoly következményekkel bírhat.

Az egyes terminusoknak a korpusznyelvészeti feldolgozása új kihívásokat és új eredményeket hozhat a leletezés és az orvosi nyelv jellegzetességeinek leírására, az orvosi információ kinyerésére vonatkozóan (KICSI és mtsai. 2019). Több kutatás tárja fel például a rövidítések jellemzőit az orvosi dokumentációban, rámutatva, hogy azok következtelen használata hátráltathatja az orvosok közötti szakmai kommunikációt is (pl. SIKLÓSI et al. 2014; LUDÁNYI 2012). Másik vizsgálati terület például a betegtájékoztatók fordítása, amelynek során a tudásmegosztáson túl az enyhítő, eufemisztikus kifejezések másik nyelven történő átadása is fontos kérdés. MÁNY Dániel (2020) vizsgálatai arra mutatnak rá, hogy ebben nyelvenként és kultúránként eltérések mutatkoznak, ami hatással van a fordítási és tolmácsolási gyakorlatra is.

Az is megfigyelhető, hogy egyre nagyobb számban jelennek meg az egészségügyi korpuszok, amelyek különböző kutatási lehetőségeket biztosítanak. A Szegei Tudományegyetemen több orvosi korpusz is épült. A *BioScope* orvosi és biológiai szövegeket dolgoz fel (VINCZE és mtsai. 2008), a *Szegei Medical Korpusz* (SZEMEK) szaklapok tanulmányainak nyelvi elemzését teszi lehetővé (KERESZTES–BORDA–VINCZE 2019). Az Eötvös Loránd Tudományegyetemen készül a *Pannónia Korpusz* részeként egy orvosi alkorpusz is, amely párhuzamos szövegei révén a szakfordítást és a szaknyelvoktatást szolgálja (ROBIN és mtsai. 2016; MÁNY 2019b). Folyamatban van továbbá egy tudományos együttműködésen alapuló, közel hárommillió szövegszós *Covid Corpus* összeállítása is, amely az internetes hírportálok koronavírushoz kapcsolódó terminológiai elemzését teszi lehetővé (VARGA et al. 2021).

A nyelvészeti kutatások jelentős része hatással van a gyakorlatra, eredményeik beépülnek a szakmai-kommunikációs készégek fejlesztésébe, a szaknyelv oktatásába – idegen nyelvi és

magyar mint idegen nyelvi vonatkozásokban egyaránt –, valamint a kommunikáció multilingvális és multikulturális vonatkozásainak, illetve a fordításnak és tolmácsolásnak a gyakorlatába (KERESZTES 2013, 2021; HALÁSZ–KOPPÁN–EKLICIS 2016; HALÁSZ–FOGARASI 2018; HILD–CSONGOR–NÉMETH 2019; CSONGOR–NÉMETH–HILD 2019; KOPPÁN–KÁRPÁTI–EKLICIS 2019). Ezek szoros összefüggésben állnak az eddig bemutatott kutatásokkal, lényegében ezek alkalmazott vetületének is tekinthetők.

A fenti rövid (és nem teljes körű) áttekintés rámutat, hogy magyar viszonylatban is kiterjedt nyelvészeti kutatások folynak már több évtizede az egészségügyi kommunikációra vonatkozóan, amelyek számos gyakorlati, alkalmazott hozadékkal is bírnak. Ugyanakkor fontos arra is kitérni a nemzetközi és a hazai kutatások összefoglalása kapcsán, hogy az orvos-beteg kommunikáció kutatásában mindig is jellemző volt a tudományközi szemlélet, és ez is bizonyul a legtermékenyebbnek. Így a nyelvészeti kutatásokról és eredményeikről is interdiszciplináris közegben érdemes gondolkodni, azok társadalomtudományi, pszichológiai, orvos-egészségügyi és gazdasági kontextusában. A tudományközi megközelítés teszi lehetővé, hogy az egészségügyi kommunikációról teljesebb képet kapjunk, annak hatékony működésének tényezőit minél jobban megismerjük. Ezekkel összhangban fogalmazhatjuk meg a jövőbeli új kutatási irányokat is. Ilyenek többek között a kvalitatív és kvantitatív kutatások összehangolása; az összegző, szisztematikus metaelemzések igénye (MENZ 2011); a digitális közeg (MEINZER 2018), a telemedicina hatásának és lehetőségeinek az elemzése az orvos-beteg kommunikációban (BÁN 2017; MOLNÁR és mtsai. 2018; GYÖRFFY és mtsai. 2020); illetve akár az egészségügyi kommunikáció hatékonyságának gazdasági kérdései is (VAJDA–HORVÁTH–MÁLOVICS 2012), hiszen a nem együttműködő páciensek betegútjai jóval nagyobb terhet rónak az egészségügyi rendszerre.

5.3. Néhány kutatási terület és a gyakorlati alkalmazás

Az előző fejezet a magyar vizsgálatok áttekintésén keresztül rámutatott a nyelvészeti kutatások sokszínűségére az orvos-beteg kommunikáció területén. Ebben az alfejezetben két olyan kutatási területre hozok példát a fentiekhez kapcsolódóan, amelyek az egészségügyi kommunikációban közvetlen gyakorlati hozadékkal is bírnak. Így kitérek röviden a betegségek megnevezésének és ezek metaforikus keretezésének vizsgálatára egy nemzetközi projekt bemutatásával, valamint a kapcsolatépítéshez kötődően a megszólítások szerepére több hazai kutatás eredményeinek az összegzésén keresztül.

Az orvos és a beteg viszonyában az egészségügyi állapotról, illetve a betegségről való kommunikáció alapvető fontossággal bír. Ez írásban megmutatkozik például a betegtájékoztatók nyelvezetében és stratégiáiban (MÁNY 2020; KUNA–MÁNY 2021), szóban pedig a páciensek és az egészségügyi szakemberek egymás közötti és más közösségekben (betegtársakkal, hozzátartozókkal) folytatott interakcióiban egyaránt. A funkcionális kognitív kutatások – építve a társszaktmák eredményeire – hatással lehetnek arra, hogy hogyan beszélünk és hogyan beszélhetünk másképpen a betegségekről. Kiemelkedő jelentőségű ezen a területen Elena SEMINO

és munkatársainak a kutatása (2017, 2018), akik a rákbetegség fogalmi metaforáit írják le különböző egészségügyi diskurzusokban. Eredményeik azt mutatják, hogy a metaforáknak kiemelt szerepük van abban, hogyan gondolkozunk a betegségről, hogyan fejezzük ki fogalmilag-nyelvileg, hogyan **keretezzük (framing)** azt vagy a gyógyulást és az ahhoz való viszonyunkat. Eredményeik szerint a legjellemzőbb és az intézményes egészségügyi kommunikációban is leggyakoribb ^{HARC} metafora mellett vagy helyett számos rákbetegséggel élő más fogalmi keretezést használ (ZENE, UTAZÁS, TERMÉSZET stb.). A kutatási projekt eredményeként egy egész „metaforamenü” készült el a rák fogalmi feldolgozására vonatkozóan [2], amelyből egy példát itt is bemutatok (2. ábra).



A rákos szövet olyan, mint egy kert, amelyet benőtt a gaz. A gyomirtó károsítja az egészséges növényeket is, de remélhetőleg újranőnek.

2. ábra

Példa a RÁK – TERMÉSZET metaforára [2]

Az angol nyelvre vonatkozó kutatás hatással van a hazai betegségkoncepciók vizsgálatára (BENCZES–BURRIDGE 2018; BENCZES 2021), valamint az egészségügyi dolgozók konfliktusainak feltárására és menedzselésére egyaránt. Ez utóbbi kutatások például rámutatnak, hogy a konfliktusokban nagy szerepet játszó hatalmi viszonyoknak eltérő fogalmi megjelenítése figyelhető meg a támogató és az elnyomó hatalomra vonatkozóan (KUNA et al. 2022). A metaforakutatások összhangban állnak a szuggesztív kommunikáció vizsgálatával is, amelyben a keretezés és az átkeretezés fontos stratégiaként jelenik meg (VARGA 2011b: 31). A metaforák ebben kulcsfontosságú szerepet játszanak. Ha például krónikus betegséggel küzdő páciensek pszichés nehézségeit vizsgáljuk, megfigyelhető, hogy ezek az emberek sokszor a múltjukba, egy múltbéli egészséges állapothoz szeretnének visszatérni, de a jelenükben ragadtak, és nem látják jövőt (PINTÉR 2018). Ezeknek az embereknek a továbblépését segítheti, ha az életüket egy folyóként ragadja meg az orvos a terápiás kapcsolatban, ahol a betegség egy vízesés, amelyen visszamenni már nem lehet, a folyó sodrásával haladni kell, a beteg élete tehát új és más minőséget kap, de halad tovább a jövő felé. És ebben a folyamatban lehet, illetve szükséges új értékeket és minőségeket találni.

A betegségek megnevezése, keretezése szorosan kapcsolódik a tudásszervezés és az információcsere kérdésköréhez, illetve az orvos és a páciens közötti együttműködés kiépítéséhez.

⁶ A fogalmakat és a fogalmi tartományokat a kognitív metaforaelmélet hagyományosan kiskapitálissal jelöli.

Ha ugyanis az egészségügyi szakember megismeri és aktívan használja a páciens szubjektív betegségképzeléseit (HAMBUCSNÉ KÖHALMI és mtsai. 2016), valamint betegségéhez fűződő gondolatait, érzéseit, és ezeket a kereteket (*frame*) használva, ezekre reflektálva kommunikál vele, akkor nagyobb mértékű együttműködést tud kialakítani (BIGI 2016).

Ez egyúttal átvezet a kapcsolatépítés vizsgálatához is, amely az egészségügyi viszonyban kiemelkedő jelentőségű, annál is inkább, mert az orvos és a páciens közötti együttműködés (*rapport*) alapját is adja (5.1. fejezet). A kapcsolatépítés komplex folyamat, amelyben az interakció minden verbális és nem verbális eleme részt vehet (KOERFER–REIMES–ALBUS 2018). Ebben kiemelkedő szerepet kap a **társas deixis** (KUNA 2016a, 2016b; DOMONKOSI 2018), tehát azok a nyelvi műveletek, amelyek bevonják a diskurzus értelmezésébe a résztvevők társas világát, azaz azokat a kontextuális ismereteket, amelyek a beszédhelyzet személyközi viszonyainak a feldolgozásából származnak (VERSCHUEREN 1999: 20–21; TÁTRAI 2011: 127). Ennek fontos nyelvi kifejezője a megszólítás, amelynek kutatása a magyar vizsgálatokban is előtérbe került az egészségügyi szakember és a páciens közötti viszonylatban. Ennek a kutatási irányynak néhány eredményét összegzem itt.

Az elemzések arra mutatnak rá, hogy a magyar nemtegező megszólítási formák változatosága nyelvileg is megteremti és fenntartja az eredendően aszimmetrikus orvos-beteg kapcsolatot, azaz vannak olyan megszólítási formák, amelyeket kizárólag vagy jellemzően az egészségügyi szakember használ. Ilyen például a keresztnéven szólítás, a névizés, a bácsizás, de akár a többes szám első személyű deiktikus formák is sokszor ide sorolhatók az orvosi konzultáción (például *Van egy 114-es hemoglobinunk.*) vagy a gyógytornász kommunikációjában (például *Emeljük a lábat.*). Az is megfigyelhető, hogy a gyógyító viszonylat megszólítási módjai egyre gyakrabban válnak szakmai és internetes fórumbeszélgetések tárgyává (DOMONKOSI 2020). Ezek a reflexiók azt mutatják, hogy egyre nagyobb igény mutatkozik a kevésbé hierarchikus, egyenrangúbb megszólításra, amelyet azonban a magyar nemtegező megszólítási mintázatok sokszínűsége (*ön, maga*, névmás nélküli vagy nominális elemmel történő megszólítás, tetszikelés), valamint az azokhoz fűződő, gyakran egymásnak is ellentmondó egyéni attitűdök nem könnyítenek meg. Több kutatás vizsgálta az orvos-beteg viszony jellemző megszólítási módjait (CSISZÁRIK–DOMONKOSI 2018; DOMONKOSI–KUNA 2015, KUNA–DOMONKOSI 2018; DOMONKOSI 2020), amelyek rámutattak, hogy ebben a társas helyzetben a kölcsönösen önöző változat a legelfogadottabb, amelyet a *maga* névmással történő megszólítás követ a kérdőíves visszajelzések alapján. Mivel azonban az *ön* és a *maga* sem tekinthető sok esetben teljesen semlegesnek – hiszen különböző attitűdök kötődhetnek hozzá (például az *ön* egyes vélekedések szerint távolságtartóbb, hivatalosabb, mint a *maga*; DOMONKOSI 2002: 151–155) –, gyakori stratégia a névmáskerülés, amelyet a magyar nyelv jellege is támogathat a névmási alany elhagyhatóságával (például *Hogy van [ön/maga]?*). A névmáselhagyás másik jellemző módja lehet egyrészt a tetszikelés (például *Hogy tetszik lenni?*), másrészt a másik résztvevő nominális megszólítási módjai (például *Hogy van, Péter bácsi?*). Ezekben jelentős eltérések mutatkoznak az orvosok és a páciensek részéről. A tetszikelés használata például jóval gyakoribb az orvosok kommunikatív gyakorlatában, mint a páciensekében (DOMONKOSI–KUNA 2015). A gyakoribb használat jellemzően a közelítő, fokozott

udvariasságra törekvő funkcióval van összefüggésben, amely nemcsak idősebb emberekkel és nőkkel szemben érvényes. A páciensek ezzel szemben jellemzően kerülnek a tetszikelést, mivel – kérdőívvel felmért reflexióik szerint – ennek használatával alárendelt szerepbe helyezik magukat (DOMONKOSI–KUNA 2015).

A névmáskerülés másik jellemző módja az orvos-beteg viszonyban a szerepviszonyokhoz kötődő névszói megszólítás. Az orvosokat konvencionálisan foglalkozásuknak, beosztásuknak, tudományos fokozatuknak megfelelően szólítják a betegek (*doktornő/doktor úr, főorvos asszony/úr, professzor úr/asszony*), amely tiszteletadó, valamint gyakori és normaszzerű használata segíti a betegeket a tisztelettartó kapcsolattartás megteremtésében. Ezzel szemben azonban a páciensek megszólítására vonatkozóan nincsen egy konvencionálisan semleges, tiszteletadó megszólítás. Ezzel is lehet összefüggésben az, hogy az egészségügyi szakemberek nyelvhasználatában számos közelítő szándékú, bizalmasabb megszólítási forma jelenik meg. Ilyen megszólítások például a *mama, papa*, vagy a keresztnév/vezetéknév + *bácsi/néni* (*Marika néni; Szabó bácsi*), a keresztnév (*Mária*) vagy becenév (*Laci*), a vezetéknév + *úr* (*Szabó úr*), nők esetében férjezett név (*Tóthné*). Ezek azonban azáltal, hogy csak az orvosok részéről használhatók, növelik az aszimmetriát, és gyakran alárendelt szerepbe helyezik a pácienszt (DOMONKOSI–KUNA 2015; DOMONKOSI 2020). Egy kórházi gyakorlatközösség kommunikációjának megfigyelése alapján az is megállapítható, hogy a nőbetegek megszólításában meghatározóbb a bizalmas formák használata, mint a férfiakéban (CSISZÁRIK–DOMONKOSI 2018). Az *asszony, hölgy* megszólítás az *úr* egyfajta párjaként pedig teljesen hiányzik.

Elmondható, hogy az egészségügyi szakemberek gyakran kedveskedő szándékkal, közelítő funkcióval használják az említett névszói formákat a betegek megszólításában, ugyanakkor ezzel sok esetben a beteg alárendelt szerepét aktiválják. Az aszimmetriát növeli, illetve fenntartja, hogy ezek a megszólítási módok csak az egyik fél részéről használhatók. A megszólításokra vonatkozó kutatások felhívják a figyelmet a magyar nyelvi jellemzőkre, az azokhoz fűződő, különböző attitűdökre, és egyúttal beépíthetők a medikusok és az egészségügyi szakemberek képzésébe is.

6. Összegzés

A jelen tanulmány középpontjában az egészségügyi szakember és a laikus páciens közötti nyelvhasználat, elsődlegesen a személyes orvos-beteg konzultáció kutatási területeinek összegző áttekintése állt. Ehhez kapcsolódóan ismertette az orvos-beteg kommunikáció kutatásának főbb állomásait, módszertani útjait. A tanulmány rámutatott arra, hogy az elmúlt 60 évben jelentős változások történtek a gyógyítás általános szemléletében, kutatási modelljeiben és módszereiben egyaránt. Az orvos és a beteg közötti és tágabban véve az egészségügyi kommunikáció szisztematikus vizsgálatában kiemelkedő szerepet kapnak a folyamatlelmzések

és a diskurzus részleteit, kontextusát is vizsgáló mikroelemzések. Mára pedig a két irányzat összehangolására és kombinálására fogalmazódik meg egyre nagyobb igény.

Az áttekintésben nagy hangsúlyt kapott a nyelvészeti perspektíva bemutatása hazai és nemzetközi viszonylatban egyaránt. Ez több szempontból is indokoltnak tekinthető: megfigyelhető, hogy a funkcionális nyelvészeti irányzatok, főként a társalgáselemzés, az interakcionális szociolingvisztika és a pragmatika az 1970-es évektől kezdve megújítja az orvos-beteg kommunikáció kutatását: egyfajta szociolingvisztikai és pragmatikai fordulatról beszélhetünk ezen a területen is (FRANKEL 2000; BIGI 2016). A funkcionális nyelvészet szerepét és alkalmazási lehetőségeit erősítik az újabb kutatások is (EMMERTON-COUGHLINE 2019; KONOPASKY et al. 2019; BIGI-ROSSI megj.). Ennek oka többek között az, hogy a pragmatika, valamint a társalgáselemzés elméleti és módszertani keretet tudnak adni az orvos-beteg kommunikációnak (mint társasnyelvi tevékenységnek) a kutatásához, beleértve ebbe az interakció működésének szabályszerűségeinek a leírását, illetve fordulóinak, társas tényezőinek, cselekvéstípusainak a feltárását (BIGI 2016). Ennek köszönhetően a nyelvészeti kutatások fontos csomópontot képeznek az orvos-beteg kommunikáció interdiszciplináris vizsgálati közegeiben. FRANKEL (2000: 100) szavaival élve: „Történetileg olyan időszakot élünk, amikor a nem klinikai közegekből származó nyelvi kutatások (például nyelvészet, szociológia) új tanulási és megértési eszközt kínálnak az orvostudomány számára.”

Fogalmak

nyelvhasználati szintér; közvetítőnyelv; szakmai nyelvhasználat; elméleti, tudományos szaknyelv; diskurzusműfaj; folyamatelemzési modell; mikroelemzés; kontextus; közös tudás (*common ground*); átkeretezés; keretezés (*framing*); makroelemzés; terápiás együttműködés (*rapport*); terápiás döntéshozatal; közös döntéshozatal; társas deixis

Források

- [1] SAS-OK, Szuggesztiók Alkalmazása a Szomatikus Orvoslásban Képzés. <http://bitly.ws/sza6> (A letöltés ideje: 2021. december 15.)
[2] Metaphor, Cancer and the End of Life Project. <http://bitly.ws/sza8> (A letöltés ideje: 2022. január 6.)

Irodalom

BALES, Robert F. 1950. *Interaction Process Analysis: A method for the Study of Small Groups*. Addison-Wesley, Reading, MA.

- BALINT, Michael 1957. *The Doctor, His Patient and the Illness*. Pittman, London.
- BÁLINT Mihály 1990. *Az orvos, a betegek és a betegség*. Animula, Budapest.
- BARTHA Csilla – HAMORI Ágnes 2010. Stílus a szociolingvisztikában, stílus a diskurzusban. *Magyar Nyelvőr* 134/3. 298–321.
- BÁN Attila 2017. *A telemedicina néhány földrajzi vonatkozása Magyarország példáján*. PhD-értekezés. SZTE, Szeged.
- BEACH, Wayne A. 2013. Introduction. In BEACH, Wayne A. (ed.): *Handbook of Patient-Provider Interactions. Raising and responding to concerns about health, illness, and disease*. Hampton Press, New York, 1–18.
- BENCZES, Réka 2021. Beating the big “C”: Metaphorical conceptualizations of breast cancer among Hungarian patients. Előadás. *Felelős nyelvészet – Alkalmazott Nyelvészeti Konferencia / Socially responsible linguistics – Applied Linguistics Conference*, 2021. november 18–19., Budapest.
- BENCZES, Réka – BURRIDGE, Kate 2018. Speaking of disease and death. In ALLAN, Keith (ed.): *The Oxford Handbook of Taboo and Language*. Oxford University Press, Oxford, 61–76.
- BIGI, Sarah 2016. *Communicating (with) Care. A linguistic approach to the study of doctor-patient interactions*. IOS, Amsterdam–Berlin–Washington.
- BIGI, Sarah – ROSSI, Maria Grazia (megj.) *A pragmatic Agenda for Healthcare: Fostering Inclusion and Active Participation Through Shared Understanding*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia.
- BOLDEN, Galina B. 2000. Towards understanding practices of medical interpreting: interpreters’ involvement in history taking. *Discourse Studies: an Interdisciplinary Journal for Study of Text and Talk* 2/4. 387–419. DOI: 10.1177/146144560002004001
- BORONKAI Dóra 2009. *Bevezetés a társalgáselemzésbe*. Ad Librum, Budapest.
- BORONKAI Dóra 2014. A konverzációelemzés alkalmazása az orvos-beteg kommunikáció kutatásában. *Porta Lingua* 2014. 17–34.
- BUDA Béla 1977. Az orvos-beteg pszichológiája és a pszichoterápia alapjai. In TRENCSENYI Tibor (szerk.): *A gyakorló orvos enciklopédiája*. Medicina, Budapest, 45–80.
- BUDA Béla 1994. *Fejezetek az orvosi szociológia és a társaslélektan tárgyköréből*. TÁMASZ, Budapest.
- CHARON, Rita – GREEN, Michele J. – ADELMANN, Ronald D. 1994. Multi-dimensional interaction analysis: a collaborative approach to the study of medical discourse. *Social Science and Medicine* 39/7. 955–65. DOI: 10.1016/0277-9536(94)90207-0
- COHEN-COLE, Steven A. (ed.) 1991. *The Medical Interview: The Three Functional Approach*. MO: Mosby Year Book, St. Louis.
- CORDELLA, Marisa 2004. *The Dynamic Consultation. A Discourse Analytical Study of Doctor–Patient Communication*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia.
- CSABAI Márta – CSÖRSZ Ilona – SZILI Katalin 2009. *A gyógyító kapcsolat élménye. Kézikönyv és oktatólemez a kapcsolati készségek fejlesztéséhez*. Oriold és Társa Kiadó, Budapest.

- CSABAI, Márta – KUNA, Ágnes – LÁTOS, Melinda – LUCZA, Lilla – BARABÁS, Katalin – PAPP-ZIPERNOVSZKY, Orsolya 2021. *Developing Knowledge, Attitudes and Skills About Medically Unexplained Physical Symptoms and Intercultural Communication. E-Learning Moduls for Medical Education*. <http://bitly.ws/szae> (A letöltés ideje: 2022. január 10.)
- CSABAI Márta – MOLNÁR Péter 1999. *Egészség, betegség, gyógyítás. Az orvosi pszichológia tankönyve*. Springer Orvosi Kiadó, Budapest.
- CSISZÁRIK Katalin – DOMONKOSI Ágnes 2018. A gyógyító-beteg viszonylat megszólítási változatai egy mozgásszervi rehabilitációs osztály gyakorlatközösségében. *Acta Universitas de Carolo Eszterházy Nominatae XLIV*. (Sectio Linguistica Hungarica) 109–128.
- CSONGOR Alexandra – NÉMETH Tímea – HILD Gabriella 2019. Új kihívások az orvosi szaknyelv-oktatásban. *Porta Lingua 2019*. 167–173.
- DOMONKOSI Ágnes 2002. *Megszólítások és beszédpartnerre utaló elemek nyelvhasználatunkban*. A DE Magyar Nyelvtudományi Intézetének Kiadványai 79. Debrecen.
- DOMONKOSI Ágnes 2018. Társas deixis – társas jelentés: az attitűdjelölő deiktikus elemek többértelműségének lehetőségei. In GECSÓ Tamás – SZABÓ Mihály (szerk.): *Egy- és többértelműség a nyelvben*. Tinta Könyvkiadó, Budapest, 61–67.
- DOMONKOSI Ágnes 2020. Az egészségügy megszólítási változatai az internetes metadiskurzusok tükrében. In FÓRIS Ágota – BÖLCSKEI Andrea (főszerk.), DÉR Csilla Ilona – CSONTOS Nóra (szerk.): *Nyelv, kultúra, identitás. Alkalmazott nyelvészeti kutatások a 21. századi információs térben. II. Pragmatika, diskurzuselemzés, interkulturális kommunikáció*. Akadémia Kiadó, Budapest, 78–85.
- DOMONKOSI Ágnes – KUNA Ágnes 2015. A tetszikelés szociokulturális értéke. A tetszikelő kapcsolattartás szerepe az orvos-beteg kommunikációban. *Magyar Nyelvőr* 139/1. 39–63.
- EGYED Csilla – FEKETE Judit – HAMBUCH Anikó – HEROLD Róbert 2020. Szkizofréniával élő beteg-orvos párbeszédnek nyelvészeti elemzése egy esettanulmány alapján. *Porta Lingua 2020*. 417–429.
- EMANUEL, Ezekiel J. – EMANUEL, Lina L. 1992. Four models of physician-patient relationship. *The Journal of the American Medical Association* 267/16. 2221–2226.
- EMMERTON-COUGHLIN, Heather 2019. Functional linguistics: the lens and the looking glass. *Medical Education* 53/12. 1167–1175.
- FOGARASI, Katalin 2012. *Limited Assessability of Soft Tissue Injuries. Contrastive Terminological Analyses of Hungarian, Austrian and German Medical Diagnostic Reports*. PhD-értekezés. PTE, Pécs.
- FÓRIS Ágota – BÖLCSKEI Andrea (szerk.) 2019. *Terminológiastratégiai kihívások a magyar nyelvterületen*. L'Harmattan, Budapest.
- FRANKEL, Richard M. 1984. From sentence to sequence: understanding the medical encounter through microinteractional analysis. *Discourse Process* 7. 135–170. DOI: 10.1080/01638538409544587

- FRANKEL, Richard M. 2000. The (socio)-linguistic turn in physician-patient communication research. In ALATIS, James E. – HAMILTON, Heidi E. – TAN, Ai-Hui (eds): *Linguistics, Language and Professions*. Georgetown University Press, Georgetown, 81–103.
- GYÖRFFY Zsuzsa – BÉKÁSI Sándor – SZATHMÁRI-MÉSZÁROS Noémi – NÉMETH Orsolya 2020. A telemedicina lehetőségei a COVID–19-pandémia kapcsán a nemzetközi és a magyarországi tapasztalatok és ajánlások tükrében. *Orvosi Hetilap* 161/4. 983–992. DOI: 10.1556/650.2020.31873
- GYURÓ Mónika 2017. *Egészség, betegség, diskurzus. Kvalitatív elemzési módszerek az egészségügyi kutatásban*. Storming Brain, Budapest.
- HALÁSZ, Renáta – FOGARASI, Katalin 2018. Arztbriefe im medizinischen Fachsprachen-unterricht Deutsch. Eine kontrastive Textsortenanalyse / The genre of medical report in teaching medical German. A contrastive genre analysis. *Journal of Languages for Specific Purposes* 5. 87–102.
- HALÁSZ Renáta – KÁRPÁTI Eszter – EKLICS Katalin – KOPPÁN Ágnes 2018. A betegközpontú szemlélet mint érték megjelenése a magyar orvosi szaknyelvoktatásban. *Porta Lingua* 2018. 237–248.
- HALÁSZ Renáta – KOPPÁN Ágnes – EKLICS Katalin 2016. A magyar orvosi szaknyelvoktatás új megközelítése a Pécsi Tudományegyetemen. In REMÉNYI Andrea Ágnes – SÁRDI Csilla – TÓTH Zsuzsa (szerk.): *Távlatok a mai alkalmazott nyelvészetben*. Tinta Könyvkiadó, Budapest, 71–79.
- HAMBUCH Anikó 2015. Házi orvos-beteg konzultációk dialógusainak szekvenciális mintázata. *Porta Lingua* 2015. 343–357.
- HAMBUCH Anikó – HALÁSZ Renáta – KRÁNICZ Rita – FOGARASI Katalin 2020. Az orvosi két-nyelvűség terminológiai és funkcionális nyelvészeti összehasonlító vizsgálata házi orvos-beteg konzultációkban. *Porta Lingua* 2020. 443–459.
- HAMBUCH Anikó – SÁRKÁNYNÉ LŐRINC Anita – EGYED Csilla – KRÁNICZ Rita 2019. Ki dönt? Közös döntéshozatal interakcionális megvalósulása orvos-beteg konzultációkban. *Porta Lingua* 2019. 373–389.
- HAMBUCH, Anikó – SÁRKÁNYNÉ Lőrinc, Anita – KRÁNICZ, Rita 2018. Veränderung der Kommunikationsmodelle im Gesundheitswesen und ihre Widerspiegelung in den Interaktionen mit Klienten. In KACJAN, Brigita (ed.): *Fachbezogener Fremdsprachenunterricht – aktuelle Herausforderungen und zukünftige Chancen*. The Slovene Association of LSP Teachers, 59–71.
- HAMBUCHNÉ KÓHALMI Anikó – SZÁNTÓNÉ CSONGOR Alexandra – KRÁNICZ Rita – SÁRKÁNYNÉ LŐRINC Anita 2016. Szubjektív betegségmegnyilatkozások az orvos-beteg dialógusok szekvenciális mintázatában. *Porta Lingua* 2016. 367–381.
- HÁMORI Ágnes 2009. *A figyelem és a beszédaktusok összefüggései a társalgásban*. PhD-értekezés. ELTE, Budapest.
- HERITAGE, John 2019. The Expression of Authority in US Primary Care: Offering Diagnoses and Recommending Treatment. Paper presented at the *Georgetown University Round Table*

2018. *Approaches to Discourse* (preprint). <http://bitly.ws/szcK> (A letöltés ideje: 2022. január 10.)
- HERITAGE, John – MAYNARD, Douglas W. (eds) 2006a. *Communication in Medical Care. Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. CUP, Cambridge.
- HERITAGE, John – MAYNARD, Douglas W. 2006b. Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology* 32/1. 351–374. DOI: 10.1146/annurev.soc.32.082905.093959
- HILD Gabriella – CSONGOR Alexandra – NÉMETH Tímea 2019. A magyar orvosi szaknyelv elsajátítását befolyásoló tényezők: négy mobil, norvég orvostanhallgató longitudinális esettanulmánya. *Porta Lingua* 2019. 29–44.
- HOLMES, Janet 1992. Women’s talk in public contexts. *Discourse and Society* 3/2. 131–150. DOI: 10.1177/0957926592003002001
- HORVÁTH Ágnes – SZÉKÁCS Anna Júlia – CSORVÁSI Ágnes 2021. Egészségtudomány és tolmácsolás: Tolmácsolás és betegbiztonság Ausztrália és Új-Zéland egészségügyi rendszerében. *Fordítástudomány* 23/2. 45–65.
- HUSZTI Judit – WÉBER Katalin 2014. Interkulturális orvosi kommunikáció Európában. Egy tananyagfejlesztés tanulságai. *Porta Lingua* 2014. 87–96.
- HYMES, DELL 1974. *Foundations in Sociolinguistics: An Ethnographic Approach*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- ILLÉSNÉ KOVÁCS Mária – SIMIGNÉ FENYŐ Sarolta 2009. Gyógyszerészeti kísérőiratok kommunikációs szempontú elemzése Hymes szociokulturális modellje alapján. In GECSÓ Tamás – SÁRDI Csilla (szerk): *A kommunikáció nyelvészeti aspektusai*. Tinta Könyvkiadó, Budapest, 141–148.
- INUI, Thomas S. – CARTER, William B. 1985. Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. *Medical Care* 23/5: 521–38. DOI: 10.1097/00005650-198505000-00013
- JAKUSNÉ HARNOS Éva 2016. A szaknyelvi szövegek tipologizálásának lehetséges szempontjai. *Porta Lingua* 2016. 381–390.
- KECSKES, Istvan – ZHANG, Fenghui 2009. Activating, seeking, and creating common ground: A socio-cognitive approach. *Pragmatics & Cognition* 17/2: 331–355. DOI:10.1075/p&c.17.2.06kec
- KERESZTES, Csilla 2013. Genre-based teaching of medical translation. *Jahr* 4/7. 535–543.
- KERESZTES, Csilla 2021. *Medical English Genres and Text Types*. JATEPress, Szeged.
- KERESZTES Csilla – BORDA Bernadett – VINCZE Veronika 2019. Mi derül ki a SZEMEK-ből? Egy magyar nyelvű orvosi korpusz morfológiai sajátosságai. *Porta Lingua* 2019. 97–109.
- KESZLER Borbála 2009. A magyar orvosi nyelv története. In BÖSZE Péter (szerk.): *A magyar orvosi nyelv tankönyve*. Medicina Kiadó, Budapest, 87–118.
- KICSI András – PUSZTAI Péter – SZABÓ LEDENYI Klaudia – SZABÓ Endre – BEREND Gábor – VINCZE Veronika – VIDÁCS László 2019. Információkinyerés magyar nyelvű gerinc MR leletekből.

- In BEREND Gábor – GOSZTOLYA Gábor – VINCZE Veronika (szerk.): *XV. Magyar Számítógépes Nyelvészeti Konferencia*. SZTE, Szeged, 177–188.
- KOERFER, Armin – KOERFER, Katharina 2018. Dialogische Kommunikation und Medizin. In KOERFER, Armin – ALBUS, Christian (Hrsg.): *Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*. Verlag für Gesprächsforschung, Göttingen, 262–365.
- KOERFER, Armin – REIMER, Thomas – ALBUS, Christian 2018. Beziehung aufbauen. In KOERFER, Armin – ALBUS, Christian (Hrsg.): *Kommunikative Kompetenz in der Medizin: Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*. Verlag für Gesprächsforschung, Göttingen, 814–851.
- KOLLÁR János 2016. OK Világ. Kommunikációs társasjáték az orvoscépzésben. *Lege Artis Medicinae* 26/4. 189–94.
- KONOPASKY, ABIGAIL – RAMANI, Divya – OHMER, Megan – DURNING, Steven J. – ARTINO, Anthony R. Jr. – BATTISTA, Alexis 2019. Why health professions education needs functional linguistics: the power of ‘stealth words’. *Medical Education* 53/12. 1187–1195. DOI: 10.1111/medu.13944
- KOPPÁN, Ágnes – KÁRPÁTI, Eszter – EKLICS, Kata 2019. Pragmatikai megfontolások az orvosi szaknyelv oktatásában. *Porta Lingua* 2019. 197–209.
- KORSCH, Barbara M. – NEGRETE, Vida Francis 1972. Doctor-patient communication. *Scientific American* 277/2. 66–75.
- KRÁNICZ Rita – SÁRKÁNYNÉ LŐRINC Anita – HAMBUCSNÉ KÖHALMI Anikó 2018. Kommunikatív funkciók vizsgálata gasztroenterológus-beteg párbeszédekben. *Porta Lingua* 2018. 399–410.
- KUNA Ágnes 2016a. Személydeixis és önreprezentáció az orvos-beteg találkozáson. *Magyar Nyelvőr* 140/3. 316–332.
- KUNA Ágnes 2016b. Hogy tetszik lenni? Hogy vagyunk, hogy vagyunk? *Magyar Orvosi Nyelv* 16/2. 75–79.
- KUNA Ágnes 2019. *Nyelv, meggyőzés, gyógyítás. A meggyőzés nyelvi mintázatai a 16–17. századi orvosi receptben*. Tinta Könyvkiadó, Budapest.
- KUNA Ágnes 2020. Változás az orvos-beteg kommunikációban. Változó szemlélet, módszer és gyakorlat. *Magyar Nyelvőr* 144/3. 280–303. DOI: 10.38143/Nyt.2020.3.280
- KUNA, Ágnes – BOCHATAY, Naïke – KIM, Sara – CSABAI, Márta (2022). Being in the same boat, in two ways: Conflict metaphors in health care. In BRDAR, Mario – BRDAR-SZABÓ, Rita (eds): *Figurative Thought and Language in Action*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia. 259–283.
- KUNA Ágnes – DOMONKOSI Ágnes 2018. A társas deixis szerepe az orvos-beteg kapcsolat alakításában. Előadás. 20. *Élőnyelvi Konferencia*, 2018. augusztus. 31., Budapest.
- KUNA Ágnes – HÁMORI Ágnes 2019. „Hallgatom, mi a panasz?” A metapragmatikai reflexiók szerepei és mintázatai az orvos-beteg interakciókban. In LACZKÓ Krisztina – TÁTRAI Szilárd (szerk.): *Kontextualizáció és metapragmatikai tudatosság*. Eötvös Collegium, Budapest, 260–283.

- KUNA Ágnes – KALÓ Zsuzsa 2013. Orvos-beteg kommunikáció és az érzelmkifejezés nyelvészeti elemzése a családorvosi gyakorlatban. Előadás. *A MPT XXII. Kapcsolataink világa*, 2013. július 5–7., ELTE PPK, Budapest.
- KUNA Ágnes – KALÓ Zsuzsa 2014. Az orvos-beteg kommunikáció a családorvosi gyakorlatban. In VESZELSZKI Ágnes – LENGYEL Klára (szerk.): *Tudomány, technolektus, terminológia. A tudományok, szakmák nyelve*. Éghajlat, Budapest, 117–130.
- KUNA Ágnes – LUDÁNYI Zsófia 2019. Terminológiai elvek az orvosi szaknyelvben és a gyógyító kommunikációban. Problémák, tendenciák, ideológiák. In FÓRIS Ágota – BÖLCSKEI Andrea (szerk.): *Terminológiasztratégiai kihívások a magyar nyelvterületen*. L'Harmattan, Budapest, 105–120.
- KUNA Ágnes – MÁNY Dániel 2021. „Rák, tumor, NPL”. A betegtájékoztató szövegtípusának terminológiai kérdései. In BÖLCSKEI Andrea – FÓRIS Ágota (szerk.): *Tartalomfejlesztés és dokumentáció*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 361–386.
- LENNARD, Henry L. – BERNSTEIN, Arnold 1960. *The Anatomy of Psychotherapy: System of Communication and Expectation*. Columbia University Press, New York.
- LEY, Philip 1979. Memory for medical information. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 18/2. 245–255. DOI: 10.1111/j.2044-8260.1979.tb00333.x
- LÉDER László 2013. *A gyógyító kommunikáció. Praktikus tanácsok háziorvosoknak*. KM-Pharmamedia Kft., Budapest.
- LUDÁNYI Zsófia 2012. Rövidítések a magyar orvosi nyelvben: szemészeti kórlapok rövidítéseiről és helyesírásukról. In DRÁVUCZ Fanni – HAINDRICH Helga Anna – HORVÁTH Krisztina – KARÁCSONY Fanni (szerk.): *Félúton 8. – A nyolcadik Félúton konferencia (2012) kiadványa*. ELTE BTK Nyelvtudományi Doktori Iskola, Budapest, 281–296.
- MÁLOVICS Éva – VAJDA Beáta – KUBA Péter 2009. Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos – beteg kommunikációról. In HETESI Erzsébet – MAJÓ Zoltán – LUKOVICS Miklós (szerk.): *A szolgáltatások világa*. JATEPress, Szeged, 250–264.
- MÁNY Dániel 2019a. Idegen szavak autentikus és fordított orvosi szövegekben: fordítási stratégiák angol, magyar és francia betegtájékoztatók tükrében. In HORVÁTH Ildikó (szerk.): *Trans-ELTE 2018*. ELTE Bölcsészettudományi Kar, Budapest, 23–38.
- MÁNY Dániel 2019b. Az orvosi eufemizmusokról angolról magyarra fordított betegtájékoztatók tükrében. *Fordítástudomány* 21/1. 76–88.
- MÁNY Dániel 2020. *Eufemizmusok az orvosi szakfordításban*. PhD-értekezés. ELTE, Budapest.
- MEINZER, Dorothee Christiane 2018. *Die Arzt-Patient-Beziehung in einer digitalisierten Welt. Zur kommunikativen Konstruktion einer mediatisierten Beziehung*. Springer, Wiesbaden.
- MENZ, Florian 2011. Doctor-patient communication. In WODAK, Ruth – JOHNSTONE, Barbara – KERSWILL, Paul (eds): *The Sage Handbook of Sociolinguistics*. SAGE, Los Angeles, California, 330–344.
- MENZ, Florian – AL-ROUBAIE, Ali 2008. Interruptions, status and gender in medical interviews: the harder you brake, the longer it takes. *Discourse and Society* 19/5. 645–666. DOI: 10.1177/0957926508092247

- MENZ, Florian – LALOUSCHEK, Johanna 2006 'I just can't tell you how much it hurts.' Gender-relevant differences in the description of chest pain. In GOTTI, Maurizio – SALAGER-MEYER, Françoise (eds): *Advances in Medical Discourse Analysis: Oral and Written Contexts*. Peter Lang, Bern.
- MENZ, Florian – LALOUSCHEK, Johanna – GSTETTNER, Andreas 2008. *Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept*. LIT-Verlag, Münster.
- MENZ, Florian – NOWAK, Peter 1992. Kommunikationstraining für Ärzte und Ärztinnen in Österreich. Eine Anamnese. In FIEHLER, Reinhard – SUCHAROWSKI, Wolfgang (Hrsg.): *Kommunikationsberatung und -ausbildung. Anwendungsfelder der Diskursforschung*. Westdeutscher Verlag, Opladen, 79–86.
- MERLINI, Raffaella – FAVARON, Roberta 2007. Examining the 'voice of interpreting' in speech pathology. In PÖCHHACKER, Franz – SHLESINGER, Miriam (eds): *Healthcare Interpreting. Discourse and Interaction*. John Benjamins, Amsterdam–Philadelphia, 101–136.
- MISHLER, Elliott G. 1984. *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Ablex, Norwood, NJ.
- MOHAY Zsuzsanna 2014. Mennyit ért a beteg a zárójelentésből? Gondolatok a kardiológiai rehabilitáció szaknyelvről. In VESZELSZKI Ágnes – LENGYEL Klára (szerk.): *Tudomány, technolektus, terminológia. A tudományok, szakmák nyelve*. Éghajlat Könyvkiadó, Budapest, 161–170.
- MOLNÁR Péter – CSABAI Márta 1994. *A gyógyítás pszichológiája*. Springer Hungarica, Budapest.
- MOLNÁR Regina – SÁGI Zoltán – FEJES Zsuzsanna – TÖRÖCSIK Kálmán – KÖVES Béla – PAULIK Edit 2018. Az orvos–beteg kommunikáció új lehetőségei – a betegek elvárásai alapján. *Orvosi Hetilap* 159/50. 2136–2143. DOI: 10.1556/650.2018.31209
- NOWAK, Peter 2009. *Eine Systematik sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en. Metastudie über Diskursforschungen zu deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktionen*. Peter Lang, Frankfurt am Main.
- PILLING János (szerk.) 2008. *Orvosi kommunikáció*. Medicina, Budapest.
- PILLING János 2018. *Orvosi kommunikáció a gyakorlatban*. Medicina, Budapest.
- PINTÉR Nóra Judit 2018. *A krónikus betegség lélektana. Válság és megújulás*. L'Harmattan, Budapest.
- ROBIN Edina – DANKÓ Szilvia – GÖTZ Andrea – NAGY A. Lilla – SZEGH Henriette – TÖRÖK Gabriella – ZOLCZER Péter 2016. Fordítástudomány és korpuszkutatás: bemutatkozik a Pannonia Corpus. *Fordítástudomány* 18/2. 5–26.
- ROELCKE, Thorsten 2002. Fachsprache und Fachkommunikation. *Der Deutschunterricht* 54/5. 9–20.
- ROTTER, Debra – LARSON, Susan 2002. The Roter Interaction analysis System (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interaction. *Patient Education Counseling* 46/4. 243–251. DOI: 10.1016/s0738-3991(02)00012-5

- SACKS, Harvey – SCHEGLOFF, Emanuel – JEFFERSON, Gail 1974. A simplest systematics for the organization of turn taking in conversation. *Language* 50/4. 696–735.
- SANDVIK, Margareth – EIDE, Hilde – LIND, Marianne – GRAUGAARD, Peter K. – TORPER, Jorun – FINSET, Arnstein 2002. Analyzing medical dialogues: strength and weakness of Roter’s inter action analysis system (RIAS). *Patient Education and Counseling* 46. 235–241. DOI: 10.1016/s0738-3991(02)00014-9
- SÁRKÁNYNÉ LŐRINC Anita 2015. *A családorvos – akut beteg kommunikáció nyelvészeti vonatkozásai*. PhD-értekezés. PTE, Pécs.
- SÁRKÁNYNÉ LŐRINC Anita – KRÁNICZ Rita – RÉBÉK-NAGY Gábor – HAMBUCH Anikó 2017. Az egészségügyi intézményi kommunikáció változása és a párbeszédtek szekvenciális mintázata. *Porta Lingua* 2018. 407–414.
- SCHNEIDER Philipp – PATONAI Zoltán – PÉTER Gergely – FOGARASI Katalin 2018. Testi sértés vagy emberölési kísérlet? Pontatlan orvosi szakkifejezések használatának hatása a büntetőeljárás kimenetelére. *Belgyógyászati Szemle* 66/9. 147–163. DOI: 10.38146/BSZ.2018.9.8
- SEMINO, Elena – DEMJÉN, Zsófia – DEMMEN, Jane 2018. An integrated approach to metaphor and framing in cognition, discourse, and practice, with an application to metaphors for cancer. *Applied Linguistics* 39/5. 625–645. DOI: 10.1093/applin/amw028
- SEMINO, Elena – DEMJÉN, Zsófia – HARDIE, Andrew – PAYNE, Sheila – RAYSON, Paul 2017. *Metaphor, Cancer and the End of Life. A Corpus-Based Study*. Routledge, New York.
- SIKLÓSI, Borbála – NOVÁK, Attila – OROSZ, György – PRÓSZÉKY, Gábor 2014. Processing noisy texts in Hungarian: a showcase from the clinical domain. *Jedlik Laboratories Reports* 2/3. 5–62.
- SIKLÓSI, Borbála – NOVÁK, Attila – PRÓSZÉKY, Gábor 2006. Context-aware correction of spelling errors in Hungarian medical documents. *Computer Speech & Language* 35. 219–233. DOI: 10.1016/j.csl.2014.09.001
- SKORDAI Anna 2019. Ön- és tudásreprezentáció a fogorvosi ellátáshoz kötődő fórumokon. In FURKÓ Bálint Péter (szerk.): *Az önképtől és tudásreprezentációtól a hatalommegosztásig – tanulmányok a bölcsészettudomány, a hittudomány és a jogtudomány területeiről*. L’Harmattan, Budapest, 111–120.
- SPRANZ-FOGASY, Thomas 2005. Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen. Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In NEISES, Mechtild – DITZ, Susanne – SPRANZ-FOGASY, Thomas (Hrsg.): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 17–47.
- SPRANZ-FOGASY, Thomas – BECKER, Maria – MENZ, Florian – NOWAK, Peter 2014. *Literatur zur Medizinischen Kommunikation*. <http://bitly.ws/szas> (A letöltés ideje: 2022. március 20.)
- TÁTRAI Szilárd 2011. *Bevezetés a pragmatikába*. Tinta Könyvkiadó, Budapest.
- UDVARDI, Anna 2019. The role of linguistics in improving the evidence base of healthcare communication. *Patient Education and Counseling* 102/2. 388–393. DOI: 10.1016/j.pec.2018.09.012

- VAJDA Beáta – HORVÁTH Sarolta – MÁLOVICS Éva 2012. Közös döntéshozatal, mint innováció az orvos-beteg kommunikációban. In BAJMÓCY Zoltán – LENGYEL Imre – MÁLOVICS György (szerk.): *Regionális innovációs képesség, versenyképesség és fenntarthatóság*. JATEPress, Szeged, 336–353.
- VARGA Éva Katalin – FOGARASI Katalin – PATONAI Zoltán 2021. A kórházi ellátás dokumentumai. In BÖLCSKEI Andrea – FÓRIS Ágota (szerk.): *Tartalomfejlesztés és dokumentáció*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 289–325.
- VARGA Éva Katalin – MÁRTON Emese – INDIG Balázs – SÁRKÓZI-LINDNER Zsófia – PALKÓ Gábor 2021. The impact of the COVID-19 pandemic on Hungarian medical terminology: a corpus-based analysis of news reports in Transylvania and Hungary. Előadás. *Felelős nyelvészet – Alkalmazott Nyelvészeti Konferencia / Socially responsible linguistics – Applied Linguistics Conference*, 2021. november 18–19., Budapest.
- VARGA Katalin (szerk.) 2011a. *A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztív az orvosi gyakorlatban*. Medicina Kiadó, Budapest.
- VARGA Katalin 2011b. A szuggesztív kommunikációban rejlő lehetőségek. In VARGA Katalin (szerk.): *A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztív az orvosi gyakorlatban*. Medicina Kiadó, Budapest, 22–35.
- VARGA Katalin – DIÓSZEGHY Csaba 2001. *Hűtésbefizetés, avagy a szuggesztívok szerepe a mindennapi orvosi gyakorlatban*. Pólya Kiadó, Budapest.
- VARGA Katalin – JÓZSA Emese 2013. Új módszer a kétszemélyes interakciók szubjektív értékelésére: A Diádikus Interakciós Harmónia kérdőív. *Magyar Pszichológiai Szemle* 68/3. 419–440. DOI: 10.1556/mpszle.68.2013.3.03
- VERSCHUEREN, Jef 1999. *Understanding pragmatics*. Arnold, London – New York – Sydney – Auckland.
- VINCZE, Veronika – SZARVAS, György – FARKAS, Richárd – MÓRA, György – CSIRIK, János 2008. The BioScope corpus: annotation for negation, uncertainty and their scope in biomedical texts. *BMC Bioinformatics* 9/11. 1–9.
- WAITZKIN, Howard 1991. *The politics of medical encounters*. Yale University Press, New Haven, CT.
- WASSERMAN, Richard C. – INUI, Thomas S. 1983. Systematic analysis of clinician–patient interactions: a critique of recent approaches with suggestions for future research. *Medical Care* 21/3. 279–293. DOI: 10.1097/00005650-198303000-00003
- WEST, Candace 1984. *Routine Complications: Troubles with Talk between Doctors and Patients*. Indiana University Press, Bloomington.
- WEST, Candace 1990. Not just doctors' Orders: directive response sequences in patients' visits to women and men physicians. *Discourse and Society* 1/1. 85–112. DOI: 10.1177/0957926590001001005
- WILLIAMS, Nigel – OGDEN, Jane 2004. The impact of matching the patient's vocabulary: a randomized control trial. *Family Practice* 21/6. 630–635. DOI: 10.1093/fampra/cmh610
- YOUNGSON, Robin 2017. *Együttérző gyógyítás. Szemléletváltás az orvoslásban*. HVG, Budapest.

Köszönetnyilvánítás

A tanulmány a Bolyai János kutatási ösztöndíj, továbbá az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-21-5-ELTE-223 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának, valamint az ELTE TKP 2020-IKA-06 pályázatának szakmai támogatásával készült.