

Marthy Annamária

Semmelweis Egyetem
Szaknyelvi Intézet

A szülésznő–szülő nő kommunikáció vizsgálata tananyagfejlesztés céljából

<https://doi.org/10.48040/PL.2024.1.2>

A szüléset–nőgyógyászat az egyetlen olyan orvosi szakterület, ahol minden páciens és a velük közvetlenül együttműködő szakdolgozó (szülésznő) azonos nemű. Speciális terület a szakember–páciens interakció idejét figyelembe véve is, mivel nincs még egy olyan műtéti beavatkozás, kórházban végzett eljárás, melynek során az egészségügyi szakember és a páciens akár 8-10 (vagy ennél lényegesebben több) órát töltenének szoros együttműködésben, folyamatosan kommunikálva. Tervezett kutatásomban szülésznő–szülő nő között zajló interakciókat rögzítek majd diktafonnal, melyek átírt változatát elemzem a konverzációelemzés módszereivel. Az elvégzett szakirodalmi kutatás tanúsága szerint még nem került középpontba az együttműködés vizsgálata a szülésznő–szülő nő párbeszédében. A tanulmány célja, hogy bemutassa a szakember–páciens kommunikáció egy speciális területének lehetséges elemzési szempontjait. A konverzációelemzés módszerével elvégzett interakcióelemzés adatai még feldolgozásra várnak. A kapott eredmények várhatóan hozzájárulnak majd az egészségügyi kommunikáció egy speciális területének alkalmazott nyelvészeti elemzéséhez.

Kulcsszavak: konverzációelemzés, orvos–beteg kommunikáció, szaknyelv, szaknyelvoktatás, tananyagfejlesztés

Bevezetés

Az egészségügyi kommunikáció kutatása az 1960/70-es években kezdődött és azóta a nyelvészeti vizsgálódások dinamikusan fejlődő területévé vált. Az egészségügyi kommunikáció a szakma képviselői (orvosok, egészségügyi szakemberek) és a laikusok közötti társas cselekvések mentén szerveződő nyelvi érintkezés, amely az orvos–beteg kapcsolat korai szakaszától kezdve létrehoz egy sajátos nyelvhasználatot és számos beszédeseményhez kötődő, hagyományozódó cselekvési és nyelvi mintázatot, azaz diskurzusműfajt (Jakusné Harnos, 2016:383; Kuna, 2020).

A szakember–páciens viszony, a köztük zajló kommunikáció befolyásolja a kezelés sikerességét, a gyógyítás kimenetelét, ezért is különösen fontos az orvos–beteg interakciók empirikus nyelvészeti vizsgálata. A szülésznői ellátás minősége befolyásolja legnagyobb mértékben a szülés kimenetelét. A szülésznők teljesítménye és intézkedései ebben a döntő időszakban nemcsak az anya mentális és érzelmi egészségére, hanem az újszülöttek egészségére is jelentős hatással vannak (Hosseini, 2005). Az anya és a szülésznő közötti bizalom, az a kellemes érzés, hogy szerető emberek veszik körül, akik mellette maradnak, pozitív szülésélményt biztosít (Sehati et al., 2009). Az anyák a pozitív szülésélmény átéléséhez nélkülözhetetlennek tartják a szülésznők teljes körű támogatását. Különböző kulturális háttérű nők – köztük indiai, jamaicai és mexikói – csoportjain végzett keresztmetszeti vizsgálatok megerősítették ezt a megállapítást (Kordi et al., 2014). A hatékony kommunikáció és a folyamatos érzelmi támogatás javítja a szülés kimenetelét, például csökkenti a szülés időtartamát, a császármetszés gyakoriságát, az érzéstelenítést.

Bár számos hazai kutatás foglalkozik a szakember–páciens kommunikáció vizsgálatával (Hambuchné Kóhalmi, 2014; Kuna, 2016a, 2016b, 2020; Kuna–Kaló, 2014; Kránicz, 2015; Pilling, 2018; Sárkányiné Lőrinc, 2015; Sárkányiné Lőrinc et al., 2017; Varga, 2011) a szülésznő–szülő nő kommunikáció elemzése még nem feldolgozott terület, ennek vizsgálata fontos adatokkal járhat hozzá az orvos–beteg kommunikáció nyelvészeti vonatkozásainak bemutatásához. A kapott eredmények hozzájárulhatnak egy, az Egészségtudományi Karon tanuló szülésznő, védőnő hallgatók számára kidolgozandó tananyag létrehozásához, melynek

segítségével a szülő nőekkel való hatékonyabb együttműködésre, sikeresebb munkavégzésre tudjuk felkészíteni a Kar hallgatóit. Kutatásomban a konverzációelemzés módszerével szeretnék a szülészeti osztályon hanganyagokat rögzíteni, majd nyelvészeti szempontból elemezni a hanganyagok átíratait.

Tanulmányomban ismertetem egy tervezett empirikus kutatás elméleti keretét, az orvos–beteg kommunikáció, ezen belül a szülésznő–szülő nő kommunikáció sajátosságait, felvázolom a kutatás anyagát, módszerét, a kutatási kérdéseket és a várható eredményeket.

Az orvos–beteg kommunikáció kutatása

Az orvos–beteg kommunikációhoz kapcsolódó első nagymintás elemzések az 1970-es években az Egyesült Államokban születtek. Korsch és Negrete (1972) kutatócsoportja abból kiindulva, hogy az orvos–beteg kommunikációt mindkét fél részéről elégedetlenség jellemzi, nyolcszáz akut gyermekgyógyászati orvos–beteg konzultációt figyelt meg és elemzett. A másik nagy felmérést Byrne és Long (1976) végezte 2500 hangfelvétel alapján. A nemzetközi szakirodalomban már az 1980-as évek közepétől kezdve jelen vannak azok az empirikus kutatások, amelyek az orvos–beteg kommunikációt a konverzációelemzés eszközeivel vizsgálják (Frankel, 1983; Heath, 1982, 1986). A kutatások elsősorban az alapellátások körében folytak (Heritage–Maynard, 2006a; Maynard–Heritage, 2005), de az egészségügy olyan speciális területeire is kiterjedtek, mint a sürgősségi ellátás (Mondada, 2003) vagy az AIDS-betegek vizsgálata (Peräkylä, 1995; Silverman, 1997). Drew és munkatársai (2001) kutatásaik során a páciensek interakcióba való bevonódásának mértékét vizsgálták. Ezek a kutatások 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 tréningeken stb.

Az elmúlt évtizedekben hazánkban is számos pszichológiai (Józsa, 2011; Málovics et al., 2009; Varga, 2008, 2011, 2021; Varga–Diószeghy, 2008), orvosi (Bálint, 2011; Odent, 2010) és alkalmazott nyelvészeti (Boronkai, 2014; Hambuchné Kőhalmi, 2014; Hambuch et al., 2019; Kuna–Kaló, 2014; Kuna 2016a, 2016b; Kránicz, 2015; Pilling, 2018; Sárkányné Lőrinc, 2015; Sárkányné Lőrinc et al., 2017) munka állította kutatásának középpontjába az orvos és a beteg közötti viszonyt és annak változásait. A hierarchiaviszonyokat vizsgáló kutatások (Byrne–Long, 1976; Klemperer, 2005) a szakember–páciens kapcsolat tekintetében három alapvető döntéshozatali típust különítettek el: paternalisztikus, fogyasztói (informatív) modell és a közös döntés (*Shared Decision Making, SDM*). A kutatások azt mutatják, hogy az orvosok alábecsülik azoknak a betegeknek az arányát, akik szeretnének részt venni a kezelésükkel kapcsolatos döntésekben. A 2000 utáni kutatásokban 71% azon páciensek aránya, akik a kölcsönösségi modellt preferálják (Pilling, 2018). Tanulmányában Klemperer (2005) is megerősíti, hogy a paternalisztikus, illetve az informatív modellt kevés beteg igényli, többségük arra vágyik, hogy megfelelő információkkal ellátva az orvos bevonja őket a döntési folyamatba. A nemzetközi kutatások (Chewning et al., 2012) szerint ez a modell segíti elő leginkább a megfelelő diagnózisalkotást és az eredményes kezelést, ezért a legtöbb orvos–beteg kapcsolatban ennek a modellnek az alkalmazása ajánlott.

Az orvos–beteg kommunikációra irányuló kutatások az interakciók célját is vizsgálják. A kutatók három, egymással szorosan összekapcsolódó fő kommunikatív célt azonosítottak: a terápiás együttműködés (rapport) kiépítését, az egészségügyi szakember és páciense közötti információcserét, illetve a terápiás döntéshozatalt (Bigi, 2006; Heritage–Maynard, 2006a, 2006b). A nyelvészeti megközelítés kiemelten fontos mindhárom funkció szélesebb körű feltárásában, mivel ezek számos nyelvi jellemző, illetve kommunikatív cselekvés által jelennek meg az interakcióban (Kuna, 2022).

A szülésznő és a szülő nő közötti kommunikáció hazai nyelvészeti vizsgálata elhanyagolt kutatási terület. Nyelvészeti szempontból történő tanulmányozása különösen fontos, mivel a szülésznő kommunikációs stílusa meghatározhatja a szülés kimenetelét. Nemzetközi kutatások (Asemani, 2011; Pascali-Bonaro–Kroeger, 2004; Thatchuk, 2007; Yeh–Nagel, 2010) azt mutatják, hogy a gyógyító kapcsolat jellege és a kezelés során alkalmazott kommunikációs stílus jelentősen befolyásolja a terápia hatásosságát és eredményét.

A szülésznő és a szülő nő közötti kommunikáció kutatása

Bár az orvos–beteg kommunikációs kutatások száma jelentősen megnövekedett az elmúlt húsz évben, kevés figyelem irányult a szülésznő–szülő nő kommunikáció vizsgálatára. A nemzetközi szakirodalom elsősorban a szülő nő–szülésznő kapcsolatára (Attarha et al., 2016; Dahlberg, 2013; Dahlberg et al., 2016; Kordi et al., 2014; Pascali-Bonaro–Kroeger, 2004; Rossiter, 2008; Sharpe, 2004), a nők részéről a szülésznővel és a szüléssel kapcsolatos elvárásokra (Sengane, 2013; Yeh–Nagel, 2010), valamint a szülésznő–szülő nő közötti negatív kommunikáció következményeire (Rijnders et al., 2008; Rowe et al., 2001) fókuszál. A szülészeti ellátás, szülésvezetés az egészségügy olyan területe, ahol kiemelten fontos a megfelelő kommunikáció a felek között. A nők szülészeti ellátással kapcsolatos elégedettségére irányuló kutatások (Garcia et al., 1998) kimutatták, hogy a felek közötti jó kommunikáció meghatározza, hogy mennyire elégedettek a nők a szülés alatti ellátással.

A jó kommunikációs készségekkel rendelkező egészségügyi szakemberek, számtalan pozitív eredményhez segíthetik a betegeket, mint például a tünetek enyhítése, fájdalom, szorongás, büntudat csökkentése, megnövekedett lelki nyugalom, betegségük elfogadása, együttműködés az orvosi csapattal, és az orvosi hibák megelőzése is megfigyelhető (Asemani, 2011). Az orvos–beteg interakcióra vonatkozó tanulmányok megerősítik, hogy a kommunikáció túlmutat az információcserén. Azok az orvosok, akik kommunikációs képzésük során elsajátították az ismeretek átadásának készségét, valamint alkalmazták a betegek bevonását a konzultációba és a döntéshozatalba, a betegek testi és lelki egészségi mutatóinak javulásáról számoltak be (Asemani, 2011; Rowe et al., 2002). A jó szakember–páciens interakció kulcsfontosságú a sikeres gyógyítási folyamatban és a további ellátás szükségességének megszüntetésében, a kórházi költségek, a betegközpontú ellátás és a betegelégedtség javításában. A páciens azon képessége, hogy szabadon fejezze ki nézeteit, érzéseit, aggodalmait, részt vegyen a döntéshozatali folyamatban és saját kezelésében, jobb eredményekhez és nagyobb elégedettségérzethez vezet (Yeh–Nagel, 2010). Az Egyesült Királyság Egészségügyi Minisztériuma már 2000 előtt bejelentette azon szándékát, hogy új kommunikációs készségeket tanítson a National Health Service (NHS) összes szakemberének (Hargie et al., 1998). Kutatások bizonyítják, hogy a betegek és az őket ellátó szakemberek közötti interakció minősége jelentős hatással van a páciensek egészségének különböző aspektusaira (Rowe et al., 2002).

Az egészségügyi rendszeren belül a szülészeti ellátás olyan terület, ahol az optimális kommunikációnak kiemelt szerep jut. A szülésznő az anya támogatója, segítője a szülés során, aki kiemelten fontos feladatot végez. A megfelelő kommunikáció alkalmazása elősegíti a nők önbizalmának erősítését és lehetővé teszi számukra az egészségügyi ellátásukkal kapcsolatos döntések meghozatalát (Thachuk, 2007). Az alacsony kockázati csoportba tartozó nők, akik szülésznői segítséggel szülnek, bizonyítottan számtalan pozitív eredményt tapasztalnak, mint például az önbizalom javulása (Parrat–Fahi, 2003), csökken a kórházi tartózkodás időtartama és a szülési beavatkozások száma.

Hunter (2006) szerint a szülésznő–szülő nő kapcsolatot a partneri viszonyoknak kell jellemeznie, ami egyenlőségen, megosztott felelősségen, folyamatos gondoskodáson, egyéni döntéseken és tájékoztatáson, illetve az ezt követő választáson és beleegyezésen alapul.

Hasonló eredményeket kapott Sengane (2013) a szülő nők szülésznőkkel szemben kialakított elvárásainak vizsgálatakor. Kvantitatív, feltáró, leíró kutatást végzett a dél-afrikai Gauteng kórház szülészeti osztályán. A kutatás alanyai, a szülészeti osztályon fekvő nők (egy nappal a szülés után) kb. egyórás interjúkban számoltak be a szülés közbeni ellátással kapcsolatos elvárásaikról. Sengane arra az eredményre jutott, hogy a fizikai ellátáson kívül a szülésznőktől az érzelmi támogatást és egyértelmű kommunikációt várják. Attarha és munkatársai (2016) egy iráni kórházban végeztek kvalitatív, mélyinterjúkon alapuló kutatást 16 szülésznő és 16 szülő nő részvételével. A 30-45 perces hangfelvételeket átírták, majd a MAXQDA szoftver segítségével a következő területeket azonosították a szülésznő–szülő nő kapcsolatban: a szülés körüli segítségnyújtás, pozitív tapasztalatok, mentális egészség elősegítése, az életminőség növelése. A korábbi kutatásokhoz hasonlóan megállapították, hogy a jó szülésznő–szülő nő kommunikáció a szülés pozitív kimeneteléhez vezet. Pascali-Bonaro és Kroeger (2004) eredményeivel megegyezően arra a következtésre jutottak, hogy a szülő nő támogatása a szülés közben enyhíti a szülési fájdalmat, gyorsítja a szülés folyamatát, 28%-kal csökkenti a fájdalomcsillapító gyógyszerek igénybevételét a kontrollcsoportéhoz képest.

Dahlberg és munkatársai (2016) arra hívják fel a figyelmet, hogy a szülésznő–szülő nő kapcsolat alapjaiban különbözik az általános orvos–beteg kapcsolattól (mivel ezen a szakterületen a páciensek egészséges emberek), szükségesnek tartja a szülés és a terhesség „*demedikalizálását*”, ami a kommunikációban való változtatást is magában foglalja. Norvég nők körében végzett kvalitatív, mélyinterjúkon alapuló kutatást: 5-6 héttel a szülés után irányított interjúk során nyitott kérdésekre kapott válaszokat rögzített, majd elemzett. A nők kiemelték a szülésznő szerepét a szüléstámogatásban, a pozitív kommunikáció megerősítette őket saját erejükben, kitartásukban, mely nagy mértékben hozzájárult a problémamentes szüléshez.

Számos kutatás (Bálint, 2011; Józsa, 2011; Kekecs, 2011; Rákóczi, 2011; Varga, 2011) irányul a szuggesztív kommunikációra és a rapport szerepére a gyógyítás, kórházi kezelés során. Az orvostudomány különböző területein (onkológia, szülészeti, fizioterápia, sürgősségi ellátás) végzett kutatások arra az eredményre jutottak, hogy a szuggesztíók alkalmazása hatékony a fájdalom és a szorongás csökkentésében, lerövidíti a beavatkozáshoz szükséges időt. A szülés felgyorsítását és megkönnyítését célzó szuggesztíókat vizsgáló kutatók (pl. Brown-Hammond, 2007) kimutatták, hogy a szuggesztíók következtében megnövekedett a természetes szülések száma, magasabb volt az anyai elégedettség, csökkent a gyógyszerigény a szülés során, kevesebb volt a műszeres szülésbefejezés és a kórházban töltött idő, a született gyerekek egészségesebbek voltak (magasabb Apgar értékkel kimutathatóan), a szülés időtartama is csökkent.

A hazai kutatók felhívják a figyelmet arra, hogy a szülés során részt vevő segítők, szakemberek feladata, hogy a fókuszban ne a fájdalom, hanem a szülés folyamata legyen, ezért érdemes olyan szuggesztív eszközöket alkalmazniuk, amelyek segítenek a vajúdo anyának abban, hogy a természetes fájdalomcsillapítás mechanizmusai kibontakozhassanak (Bálint et al., 2021). Varga (2011:26-32) összegyűjtötte a főbb szuggesztíóképzési elveket és szabályokat, melyek a következők:

- pozitívitás (*Lazítsa el!, Engedje el!*)
- ismétlés (minden fontos üzenetet érdemes többször ismételni)
- önkéntelenség (*Hagyja, hogy ellazuljon!*)
- motiválás (*Ahogy előrébb jön a fej, egyre jobban érzi, hogy miként tud segíteni neki..*)
- jövőorientáció (*Születésnap van ma! Egy év múlva ott lesz a gyertya a tortán...*)
- átkeretezés (ugyanazt a jelenséget pozitívan értelmezzük).

Pilling (2018:101) a fentebb felsoroltakat a következőkkel egészítette ki:

- javaslatok a tiltások helyett (ahelyett, hogy mit ne tegyen a beteg, hasznosabb arról beszélni, hogy mit tegyen: *Ne kapkodja a levegőt!* helyett *Lélegezzen nyugodtan!*).
- célra összpontosítás (a páciens számára elérendő célt kommunikáljuk, rábízva azt, hogy hogyan valósítja ezt meg: *Lazítson!*)
- hasznosítás (a környezeti ingerek beépítése a szuggesztív kommunikációba: *Ahogy a gyermekének egyetlen szívhangjait hallja a készüléken át, ez is jelzi, hogy minden rendben van.*)

A szuggesziók alkalmazásának fontos alapfeltétele, hogy megelőzze a kölcsönös bizalmon alapuló kapcsolatot, azaz ennek a kialakítása. A kutatók kiemelik a szakember–páciens között létrejövő együttműködés fontosságát (Bálint et al., 2021; Józsa, 2011). Ha valaki szül, figyelme elsősorban önmagára, a testére irányul. A fájdalom, a félelem, a szorongások nehezíthetik, illetve meg is akadályozhatják, hogy a szakemberek szavai eljussanak a szülő nő tudatába. A szülésznő–szülő nő kapcsolat első lépése a megfelelő kapcsolat, az úgynevezett rapport kialakítása. A rapport során két ember egymásra figyel, egymásra hangolódik és a közös célok érdekében együttműködik. *„A megfelelő kapcsolat kialakítása minden orvos–beteg kapcsolatban fontos, különösen jelentős azonban a szuggesztív kommunikáció terén, mert ennek hiányában a szuggesztív kommunikációs technikák akár hatástalanok is lehetnek.”* (Pilling, 2018:103). A rapport kialakításának három szakasza van (kapcsolatfelvétel, követés, vezetés). A kapcsolatfelvételi lépésben a szülésznőnek azt kell elérnie, hogy a szülő nő odafigyeljen rá. A második lépés a követés módszere, amelyben a szülésznő belehelyezkedik a szülő nő saját élményvilágába, jelzi számára, hogy érti, hogy a nő mit él át. Ha sikerült elérni a követést, akkor megkezdődhet a harmadik szakasz, melyben a szülésznő a kívánt irányba próbálja vinni a szülő nőt.

A konverzációelemzés

A kutatás elméleti hátterét a konverzációelemzés (KE) adja. A konverzációelemzés a verbális interakció szerkezetét, hétköznapi beszélgetéseket vizsgál empirikus módon (ten Have, 2005). A nyelvészet legtöbb tudományterületével ellentétben nem a hagyományos nyelvtudományban gyökerezik, hanem egy szociológiai diszciplína, a nála kb. 10 évvel korábban megjelent etnometodológia (EM) egyik ágának, az etnometodológiai konverzációelemzésnek a továbbfejlődése (Iványi, 2001).

Az 1950-es évektől kezdve számos szemlélet, illetve vizsgálati és elemzési modell jelent meg, amelyeket a szakirodalom jellemzően két fő megközelítésbe sorol (Kuna, 2022). Az egyik a folyamatelemzés, a másik a diskurzusok mikroelemzése (Heritage–Maynard, 2006b:357). Csabai és munkatársai (2009:21–28) harmadikként említik a fenomenológiai megközelítést az orvos–beteg kapcsolathoz kötődően, amely a terápia közösen észlelt, illetve megélt, megosztott jellegéből indul ki és az érzelmi ráhangolást, a testi érzékelés szerepét hangsúlyozza. A folyamatelemzések célja az orvos–beteg kommunikáció folyamatának egészében való bemutatása, illetve jellemzése. Bales (1950) interakciós folyamatelemzési modelljét veszik alapul az ilyen szempontú elemzések. Ez a modell módszertani és elméleti keretet biztosít az interakciók leírásának társas-érzelmi és feladatorientált dimenziók mentén. Ennek megfelelően a társas-érzelmi interakciókhoz sorolható, ha az interakció résztvevői szolidaritást, feszültséget, egyetértést vagy véleménykülönbséget fejeznek ki. A feladatorientált interakciók csoportjához tartozik a javaslat, a véleménynyilvánítás, az útmutatás, vagy az ezen nyelvi aktusokra vonatkozó kérés (Kuna, 2022). Bales interakciós modelljének korlátait felismerve (túl általános kategóriák jellemzik, illetve a feladatorientált és a társas-érzelmi dimenziók szigorú dichotómiája) számos új, kimondottan az egészségügyi szakember–páciens közötti

kommunikáció leírására alkalmas modellt hoztak létre. Ezek közül a legismertebb a RIAS (*Roter's interaction analysis system*) (Roter–Larson, 2002), amely 39 elemzési kategóriát szerepeltet (24 feladatközpontút és 15 társas-érzelmi alapút). Ez a modell az egészségügyi kommunikációs kutatások sorát indította el különböző nyelveken és különböző orvosi szakterületeken: onkológia, szülészet-nőgyógyászat, háziorvosi vizsgálatok (Kuna, 2022).

Az egészségügyi szakember–páciens kommunikáció kutatásának másik fő elemzési megközelítése a mikroelemzések végzése. Az ilyen típusú elemzéseket kezdetben a folyamatelemzések ellenpontjának tekintették. A folyamatelemzésekkel szemben ez a szemlélet azokat a tényezőket is vizsgálja, amelyek nincsenek jelen nyelvileg expliciten a szakember–páciens közötti verbális diskurzusból (pl. csend, együttbeszélés, nonverbális jelzések). Az orvos–beteg kommunikáció etnográfiai vizsgálatai teremtik meg a mikroelemzések alapjait, amelyek elsődleges célja az orvosi konzultációkon zajló szokások, egyéni tapasztalatok, megértési folyamatok rendszerezése (Kuna, 2022). A mikroelemzést mint megközelítési módot számos kritika érte. Bírálói szerint ezekben a vizsgálatokban nem érvényesül a tudományos kutatás több kritériuma, mint például a reprezentativitás, a megbízhatóság, az ismételhetőség és az általánosíthatóság (Heritage–Maynard, 2006b:361).

A két megközelítés összehangolása a nyelvészeti módszerek és a pragmatika segítségével megoldást jelenthet az ellenük megfogalmazott kritikákra. Az elmúlt évtizedekben bebizonyosodott, hogy a nyelvészeti kiindulópontú vizsgálatok eredményei sikeresen alkalmazhatóak az egészségügyi kommunikáció elemzésében is. A nyelvészeti szempontú mikroelemzések a diskurzus szerveződését, annak szisztematikus, szekvenciális, szerkezeti és szemantikai jellemzőinek a leírását kísérik meg, amelyben fontos szerepet kap a társalgáselemzés, illetve a szociolingvisztikai és pragmatikai kiindulópont. Az orvos–beteg kommunikáció leírásában bekövetkező szociolingvisztikai és pragmatikai fordulat a mai napig meghatározó jelentőségű (Kuna, 2022). A szemléletváltás eredményeképp a kutatások előterébe kerültek a közös és társas jelentésképzés és az ezekkel megvalósított cselekvések, illetve a diskurzus szekvenciális jellemzői (Boronkai, 2014; Hambuchné, 2014; Kránicz, 2015).

A legújabb kutatások rámutatnak, hogy a pragmatikai szemlélet átfogó elméleti kiindulópontja lehet a kontextus és a résztvevők által megosztott közös tudás, az egyes cselekvéstípusok, beszédaktusok, valamint ezek dialogikus és szekvenciális megvalósulásának kutatása, illetve az egyes funkciók jellemző nyelvi megvalósulásának leírása (Kuna, 2022). Az orvos–beteg kommunikáció nyelvészeti megközelítésű elemzésének másik fő irányát a makroelemzések képviselik, melyek középpontjában valamilyen makrotársadalmi tényező, illetve a társadalomból, annak makrostruktúrájából kiinduló problémafelvetés áll (Menz, 2011). Makroelemzésekkel vizsgálják például a társadalmi nemek szerepét és a hierarchiaviszonyok hatásait az egészségügyi kommunikáció területén. Ide tartoznak a félbeszakítások és státuszviszonyok összefüggéseire, az orvosi közegben való kommunikációs együttműködésre irányuló kutatások is, melyek többek között arra mutattak rá, hogy a nők orvosi közegben együttműködőbben kommunikálnak, mint a férfiak (Menz–Al-Roubaie, 2008:659).

Az egészségügyi kommunikáció kutatását és eredményeinek gyakorlati felhasználását sürgeti Bálint Sándor (2011), a Magyar Orvosi Kamara egyik Etikai Bizottságának korábbi tagja is, aki munkája során azzal szembesült, hogy a panaszosok legtöbbször nem szakmai hiányosságot kifogásoltak, hanem a hangnemet, az információközlés módját.

Anyag, módszer, kutatási kérdések

A tervezett kutatás anyagát kórházi szülészeti osztályon szülésznő–szülő nő közötti kommunikáció diktafonos rögzítésével, felvett hanganyag átírt párbeszédei alkotják majd. A felvételek rögzítése még nem kezdődött meg, jelenleg a kutatáshoz szükséges engedélyek begyűjtése zajlik. 10-15 szülés rögzítését tervezem, amennyiben a szülő nők hozzájárulását is

sikerül megszerezni a kutatáshoz. A születeket a szülőszobára kerüléstől a vajúdási szakasz végéig tervezem rögzíteni. A szoftver az érzelmeket is képes azonosítani, ami segítheti a különböző társas-érzelmi interakciók azonosítását (résztevők közötti szolidaritás, feszültség, egyetértés stb.), illetve a résztvevők közötti kapcsolati modell jellegének meghatározását. A hanganyag átíratán kvalitatív elemzéseket végzek a társalgáselemzés hagyományával összhangban. A nyelvészeti szempontú mikroelemzések eszközeit használom a nyelvben expliciten jelen nem lévő tényezők vizsgálatához (együttbeszélések, csend), illetve a diskurzus szerveződésének, szekvenciális, szerkezeti jellemzőinek leírásához. Makroelemzésekkel próbálok megfigyelni a szülésznő–szülő nő közötti hierarchiaviszony meglétét.

Kutatási kérdéseim a következők:

- Milyen kapcsolati modell figyelhető meg a szülésznő–szülő nő interakcióban?
- Mennyire jellemző a paternalisztikus vs. betegcentrikus modell a szülésznő–szülő nő interakcióban? Ez a kapcsolat milyen nyelvi eszközökkel írható le?
- Az interakció során a páciens vagy a szakember dominanciája figyelhető-e meg a beszédlépések számában?
- Melyik fél kezdeményezi a kommunikációt a szülésznő–szülő nő interakcióban?
- Milyen arányban kezdeményezi a kommunikációt a szülésznő, illetve a páciens? Milyen szuggesztív stratégiák alkalmazása figyelhető meg a szülésznő részéről szülésznő–szülő nő interakcióban (verbálisan és nonverbálisan)?
- Hogyan alakít ki rapportot a szülésznő a szülésznő–szülő nő interakcióban?
- Milyen nyelvi és társas cselekvések valósulnak meg az interakcióban?

Konklúzió

Mint ahogy tanulmányomban már bemutattam a szülészeti ellátás több tekintetben is különbözik az orvostudomány más területein végzett vizsgálatoktól mind a résztvevők nemének, mind az ellátás időtartamának tekintetében. A szülés abban is eltér a kórházban végzett beavatkozástoktól, hogy ebben a szituációban nem beteg, hanem egészséges ember a folyamat alanya.

A tanulmány célja az volt, hogy áttekintést nyújtson a szülésznő–szülő nő kommunikációra vonatkozó kutatásokról. A hazai és nemzetközi szakember–páciens interakciót vizsgáló kutatások ismertetése után saját kutatási tervemet vázoltam fel, melynek megvalósítása folyamatban van. A kutatás kivitelezésének során a következő nehézségek merülhetnek fel: a szülés egy olyan intim életesemény, amelybe nem szívesen engednek bepillantást a résztvevők, nagyon nehéz alanyokat bevonni a kutatásba. A szülésznőválasztás lehetőségének megszűnésével nincs olyan hosszú, hónapokon keresztül formálódó kapcsolat a szülésznő és a terhes nő között, mint korábban, ami szintén megnehezíti a résztvevők bevonását a vizsgálatba. Mivel a konverzációelemzés kritériuma, hogy kizárólag olyan interakciós folyamatok, képi, illetve hangfelvételek elemezhetők, melyek semmilyen szempontból nem csonkíthatók, nem változtathatók meg (Iványi, 2001), ezért nagyon hosszú felvételekkel kell dolgozni. Egy-egy szülés során akár változhat a szakember résztvevők személye is, amennyiben műszakváltásra kerül sor, így számolni kell azzal, hogy a szakember elutasítja a kutatásban való részvételt, ami megakadályozza a teljes interakció rögzítését.

A szülésznő–szülő nő kommunikáció nyelvészeti jellemzőinek megismerése, a kutatás eredményei elősegíthetik a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán tanuló szülésznő hallgatók számára kidolgozandó szaknyelvi tananyag létrehozását, melynek célja a hallgatók gyorsabb, sikeresebb felkészítése arra, hogy a kórházi szakmai gyakorlatukhoz nélkülözhetetlen szakember–páciens kommunikáció birtokában legyenek, később pedig gyakorló szülésznőként hatékonyabban tudjanak hozzájárulni a szülési folyamathoz.

Hivatkozások

- Asemani, O. (2011): A Review of the Models of Physician-Patient Relationship and Its Challenges. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 5. 44–57
- Attarha, M. et al. (2016): The Outcome of Midwife-Mother Relationship in Delivery Room: A Qualitative Content Analysis. *Health*. 8. 336–343. <https://doi.org/10.4236/health.2016.84035>
- Bales, Robert F. 1950. Interaction process analysis: A method for the study of small groups. Addison-Wesley, Reading, MA.
- Bálint, S. (2011): Szuggesztív kommunikáció a szülészet-nőgyógyászatban. In: Varga, K. (szerk.)(2011): *A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban*. Medicina Kiadó: Budapest. 134–155
- Bálint, S. – Bálint, B. – H. Kondor, K. (2021): Szuggesztív kommunikáció a szülészetben. In: Varga K.(szerk.) (2021): *A szülési fájdalom kezelése – nem farmakológiai módszerek*. Medicina Könyvkiadó: Budapest
- Bigi, S. (2016): *Communicating (with) Care. A Linguistic Approach to the Study of Doctor Patient Interactions*. IOS Press
- Boronkai, D. (2014): A konverzációelemzés alkalmazása az orvos–beteg kommunikáció kutatásában. In: Bocz, Zs. (szerk.)(2014): *Szaknyelvi regiszterek és használati színterek*. Porta Lingua. 2014. SZOKOE: Budapest, 17–34
- Brown, D. C. – Hammond, D. C. (2007): Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labor and delivery, and preterm labor. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis for Researchers*. 55. (3), 355–371. <https://doi.org/10.1080/00207140701338654>
- Byrne, P. S.– Long, B. E. L. (1976): *Doctors talking to patients: A study of the verbal behaviours of doctors in the consultation*. HMSO: London.
- Chewning B. et al. (2012): Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Education and Counselling*. 90/2. 207–212. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.004>
- Csabai, M. et. al. (2009): *A gyógyító kapcsolat élménye. Kézikönyv és oktatólemez a kapcsolati készségek fejlesztéséhez*. Oriold és Társa Kiadó.
- Dahlberg, U.I.A. (2013): The Woman’s Birth Experience—The Effect of Interpersonal Relationships and Continuity of Care. *Midwifery*. 29. 407–415. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>
- Dahlberg, U. et al. (2016): How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual and Reproductive Healthcare*. Mar.7. 2–7 <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001>
- Drew, P. – Chatwin, J. – Collins, S. (2001): Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health-care professionals. *Health Expectations*. 4. 58–70 <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.2001.00125.x>
- 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, A. D. (eds.) (1983): *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*. Center for Applied Linguistics: Washington D.C.
- Garcia, J. et al. (1998): *First Class Delivery. A National Survey on Women’s Views on Maternity Care*. London: Audit Commission
- Hambuchné Kóhalmi, A. (2014): *Szubjektív betegség-elképzelések nyelvészeti elemzése hipertóniás beteg-háziorvos konzultációkban*. PTE: Pécs (doktori értekezés)
- Hambuch, A. et al. (2019): Ki dönt? Közös döntéshozatal interakcionális megvalósulása orvos–beteg konzultációkban. In: Besznyák, R. (szerk.)(2019): *Interdiszciplináris megközelítések a szaknyelvoktatásban és -kutatásban cikkek, tanulmányok a hazai szaknyelvoktatásról és -kutatásról*. Porta Lingua. 2019. SZOKOE: Budapest. 373–389
- Hargie, O. et al. (1998): A Survey of Communication Skills Training in UK Schools of Medicine: Present Practices and Prospective Proposals. *Medical Education*. 32. 25–34 <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.1998.00154.x>
- Heath, C. (1982): Preserving the consultation: medical record cards and professional conduct. *Social Health Illness*. 4. 56–74. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11345612>
- Heath, C. (1986): *Body Movement and Speech in Medical Interaction*. Cambridge University Press: Cambridge <https://doi.org/10.1017/CBO9780511628221>
- Heritage, J. – Maynard, D. W. (2006a): Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology*. 32/1. 351–74. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.32.082905.093959>
- Heritage, J. – Maynard, D. W. (eds.) (2006b): *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge University Press: Cambridge. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511607172>
- Hosseini, F. (2005): Effect of the One-to-One Midwifery Care during Labor on Modes of Delivery. *Iran Nursing Journal*. 18. 71–81

- Hunter, B. (2006): The importance of reciprocity in relationships between communitybased midwives and mothers. *Midwifery Journal*. 22 (4). 308–322. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.11.002>
- Iványi, Zs. (2001): A nyelvészeti konverzációelemzés. *Magyar Nyelvőr*. 125. 74–93
- Jakusné Harnos, É. (2016): A szaknyelvi szövegek tipologizálásának lehetséges szempontjai. In: Bocz, Zs. – Besznyák, R. (szerk.)(2016). *A szaknyelv rétegződése a szakmában, az oktatásban és a kutatásban*. Porta Lingua. SZOKOE: Budapest. 381–390
- Józsa, E. (2011): A rapport fogalma és szerepe az orvosi kommunikációban. In: Varga, K. (szerk.)(2011): *A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban*. Medicina Kiadó: Budapest.
- Kececs, Z. (2011): Kutatási eredmények a pozitív szuggesztiók hatásáról a szomatikus orvoslásban. In: Varga, K. (szerk.)(2011): *A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban*. Medicina Kiadó Zrt: Budapest.
- Klemperer, D. (2005): Partizipative Entscheidungsfindung in Deutschland – Handlungsfelder zur Verbesserung der Entscheidungsqualität". In: Härter, M. – Loh, A. – Spies, C. (Hrsg.)(2005): *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Deutscher Ärzteverlag: Köln.
- Kordi, M. – Bakhshi, M. – Tara, F. (2014): The Effect of Continuous Support during Labor on Labor Progress in Primigravida Women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility (IJOGI)*. 14. 7–14
- Korsch, B. M. – Negrete, V. F. (1972): Doctor-patient communication. *Scientific American*. 277/2. 66–75
<https://doi.org/10.1038/scientificamerican0872-66>
- Kránicz, R. (2015): *Kórházpedagógus tanóráinak interakciós vizsgálata*. PTE: Pécs (doktori értekezés)
- Kuna, Á. (2016a): Személydeixis és önreprezentáció az orvos-beteg találkozásokon. Az első személyű deiktikus elemek mintázatai az orvosi kommunikációban. *Magyar Nyelvőr*. 140. 316–32
- Kuna, Á. (2016b): Hogy tetszik lenni? Hogy vagyunk, hogy vagyunk? *Magyar Orvosi Nyelv*. 16/2. 75–9
- Kuna, Á. (2020): Változás az orvos–beteg kommunikációban: Változó szemlélet, módszer és gyakorlat. *Magyar Nyelvőr*. 144 (3). 280–303. <https://doi.org/10.38143/Nyr.2020.3.280>
- Kuna, Á. (2022): Az orvos-beteg kommunikáció kutatása és a nyelvészet. In: Deme, A. – Kuna, Á. (szerk.)(2022): *Tanulmányok a nyelvészet alkalmazásainak területéről*. ELTE Eötvös Kiadó: Budapest
- Kuna, Á. – Kaló, Zs. (2014): Az orvos-beteg kommunikáció a családorvosi gyakorlatban. In: Veszelszki, Á. – Lengyel, K. (szerk.)(2014): *Tudomány, technolektus, terminológia. A tudományok, szakmák nyelve*. Éghajlat: Budapest. 117–30
- Málovics, É. – Vajda, B. – Kuba, P. (2009): Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos–beteg kommunikációról. *Szolgáltatások világa*. 250–264
- Maynard, D. – Heritage, J. (2005): *Conversation analysis, doctor-patient interaction, and medical communication*. *Medical Education*. 39. 428–35. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02111.x>
- Menz, F. (2011): Doctor-patient communication. In: Wodak, R. – Johnstone, B. – Kerswill, P. (eds.)(2011): *The Sage Handbook of Sociolinguistics*. SAGE: Los Angeles/California. 330–44
<https://doi.org/10.4135/9781446200957.n24>
- Menz, F.– Al-Roubaie, A. (2008). Interruptions, status and gender in medical interviews: the harder you brake, the longer it takes. *Discourse & Society*. 19. (5) 645–666
<https://doi.org/10.1177/0957926508092247>
- Mondada, L. (2003): Working with video: how surgeons produce video records of their actions. *Vis. Stud*. 18. 58–73. <https://doi.org/10.1080/1472586032000100083>
- Odent, M. (2001): New reasons and new ways to study birth physiology. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 75. (suppl 1) 39–45. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00512-4](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00512-4)
- Parratt, J. – Fahy, K. (2003): Trusting Enough to Be Out of Control: A Pilot Study of Women’s Sense of Self during Childbirth. *Australian Midwifery*. 16. 15–22. [https://doi.org/10.1016/S1031-170X\(03\)80011-9](https://doi.org/10.1016/S1031-170X(03)80011-9)
- Pascali-Bonaro D. – Kroeger M. (2004): Continuous female companionship during childbirth: a crucial resource in times of stress or calm. *Journal of Midwifery and Women’s Health*. 2. Jul-Aug. 49. (4 Suppl 1)19–27
<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.04.017>
- Peräkylä, A. (1995). *AIDS Counselling: Institutional Interaction and Clinical Practice*. Cambridge University Press: Cambridge. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511597879>
- Pilling, J. (2018): *Orvosi kommunikáció a gyakorlatban*. Medicina: Budapest.
- Rákóczi, Á. (2011): Pár-beszéd: üzenetek egy gyermek születése körül. In: Varga, K. (szerk.)(2011): *A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban*. Medicina Kiadó Zrt.: Budapest
- Rijnders M. et al. (2008): Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*. 2008 Jun. 35. (2). 107–16
<https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00223.x>
- Rossiter, L. (2008): *The Development Midwife-Mother Relationship Questionnaire (MMRQ)*. PhD Thesis. Faculty of Graduate Studies and Research, University of Regina: Regina.

- Roter, D. – Larson, S. (2002): The Roter Interaction analysis System (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interaction. *Patient Education Counseling* 46/4: 243–51. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00012-5](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00012-5)
- Rowe, R. et al. (2001): Does Poor Communication Contribute to Stillbirth and Infants Death? A Review. *Journal of Public Health*. 23. 23–34. <https://doi.org/10.1093/pubmed/23.1.23>
- Rowe, R. et al. (2002): Improving Communication between Health Professionals and Women in Maternity Care: A Structured Review. *Health Expectations*. 5. 63–83. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.2002.00159.x>
- Sárkányiné Lőrinc, A. (2015): *A családorvos – akut beteg kommunikáció nyelvészeti vonatkozásai*. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskola; Pécs (doktori disszertáció)
- Sárkányiné Lőrinc, A. et al. (2017): Az egészségügyi intézményi kommunikáció változása és a párbeszéd szekvenciális mintázata. In: Besznyák, R. (szerk.) (2017): *Szaknyelvhasználat: A tudomány és a szakma nyelvének alkalmazása*. Porta Lingua. SZOKOE: Budapest. 407–414
- Sehati, F. et al. (2009): The Effect of Continuity of Midwifery Care during the Length of Labor and Delivery. *Nursing & Midwifery Journal*. 4. 13–18
- Sengane, M. (2013): Mothers’ expectations of midwives’ care during labour in a public hospital in Gauteng. *Curationis*. 2013. 36(1). E1–9. <https://doi.org/10.4102/curationis.v36i1.320>
- Sharpe, M. (2004): *Intimate Business: Woman-Midwife Relationships*. Dissertation Abstracts International: Ontario.
- Silverman, D. (1997): *Discourse of counselling: HIV counselling as social interaction*. Sage: London.
- ten Have, P. (2005): *Doing conversation analysis. A practical guide*. Sage: London.
- Thachuk, A. (2007): Midwifery, Informed Choice, and Reproductive Autonomy: A Relational Approach. *Feminism and Psychology*. 17. 39–56. <https://doi.org/10.1177/0959353507072911>
- Varga, K. (szerk.) (2008): *Szuggesztív kommunikáció a szomatikus orvoslásban*, VL Sugár Bt: Budapest.
- Varga, K. (szerk.) (2011): *A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban*. Medicina Kiadó Zrt.: Budapest.
- Varga, K. (szerk.) (2021): *A szülési fájdalom kezelése-nem farmakológiai módszerek*. Medicina Könyvkiadó: Budapest.
- Varga, K. – Diószeghy, Cs. (2008): A szuggesztíók jelentősége az orvos–beteg kommunikációban. In: Pilling, J.(szerk.)(2008): *Orvosi kommunikáció*. Medicina Könyvkiadó: Budapest. 147–163
- Yeh, J. – Nagel, E. E. (2010): Patient Satisfaction in Obstetrics and Gynecology: Individualized Patient-Centered Communication. *Women’s Health*. 3. 23–32. <https://doi.org/10.4137/CMWH.S5870>