

Gyógytornászok nyitókérdéseinek leíró elemzése

Udvardi Anna

SZTE Nyelvtudományi Doktori iskola

Összefoglaló

A tanulmány fókuszában gyógytornászok nyitókérdései (NYK) állnak, amelyek szerepe a betegek aktuális problémáinak a feltárása. A szerző által gyűjtött hangfelvételek alapján 76 – gyógytornászok és betegek közötti első találkozás alkalmával elhangzó – nyitókérdés leíró elemzése történik. Az elemzés eredményeképpen a NYK-ek 4 kategóriája került meghatározásra, továbbá 6 nyelvi jellegzetesség vizsgálata történt minden egyes NYK esetében. Az elemzés eredményeit összefoglalva felmerül annak a lehetősége, hogy jellegzetességeiknél fogva a gyógytornászok NYK-ei egy formális-intézményi kontextust hívhatnak elő, mely befolyásolhatja, illetve korlátozhatja a betegek válaszadási mintázatait.

Kulcsszavak: gyógytornász-beteg interakció, nyitókérdések, leíró elemzés

1. Bevezetés

Ez az írás egy két részből álló cikksorozat első része. Alapjául egy olyan szövegkorpusz szolgál, amely gyógytornászok (GYT) és betegek közötti első találkozások párbeszédeit tartalmazza. A cikksorozatban ezeknek a beteg kikérdezését célzó interjúknak a kezdő szakaszát dolgozom fel. Az első részben a GYT-ok nyitókérdéseivel (NYK) foglalkozom; azaz azokkal a kérdésekkel, amelyeknek a beteg problémáinak a feltárása a célja. Jelen tanulmány a nyitókérdések leíró elemzését, illetve egy lehetséges klasszifikációját mutatja be. A cikksorozat második részében (Udvardi 2023) egyrészt a betegek NYK-re érkező válaszait elemzem, másrészt pedig a NYK-ek és a válaszok közötti kvalitatív és kvantitatív kapcsolatokat vizsgálom.

Jelen vizsgálat célja tehát, hogy bemutassa a GYT-ok NYK-einek a jellegzetességeit, azaz a következő kutatási kérdésre keresi a választ: Milyen nyelvi jellemzői vannak a GYT-ok NYK-einek egészségügyi kontextusban? A kérdés megválaszolása megteremti a feltételeket ahhoz, hogy a cikksorozat második részében megvizsgáljam, van-e összefüggés a NYK-ek tulajdonságai és a betegek rájuk adott válaszainak jellemzői között.

A következő részben megismerkedünk az elemzett interakciók kontextusával, azaz az egészségügyi kommunikációval, a kérdések definíciójának nehézségeivel, valamint a viziten belül a nyitókérdések szerepével. A 3. rész az elemzés alapjául szolgáló vizsgálati anyagot és módszertant mutatja be, mielőtt rátérünk a tanulmány fő részére, azaz a NYK-ek elemzésére, és annak eredményeire (4. rész). Az utolsó, 5. rész röviden összefoglalja a kutatás eredményeit és esetleges implikációit.



2. Elméleti alapok

2.1. Egészségügyi kommunikáció

A gyógytornász-beteg interakciók az egészségügyi kommunikáción belül a terapeuta-beteg közötti diskurzusokhoz tartoznak, amely szembeállítható például az interprofesszionális kommunikációval.¹ Számos egészségügyi modell és ajánlás létezik a terapeuták kommunikációjára vonatkozóan (Makoul 2001; Rollnick–Miller–Butler 2008; DiMatteo–Haskard–Zolnierek–Martin 2012; Smith et al. 2013; Silverman–Kurtz–Draper 2013), melyeknek közös jellemzője, hogy betegcentrikus megközelítéssel alapulnak. Ennek lényege, hogy a terapeuta céljának azt tekinti, hogy feltárja és megértse a beteg nézőpontját (pl. érzelmek, félelmek, elvárások), biztosítsa a problémának és kezelésének közös megértését, és bevonja a beteget az őt érintő döntésekbe (Epstein–Street 2007).

A kommunikáció minőségének a fontosságát igazolják azok a tanulmányok, amelyeknek az eredményei szerint a kommunikációnak direkt, illetve indirekt hatásai vannak a betegeket érintő kimenetelekre. A kutatási eredmények azt mutatják, hogy a terápiás kapcsolat (szövetség), az empátia, a kezeléssel kapcsolatos pozitív elvárások keltése, a beteg autonómiájának tiszteletben tartása mind hatással lehetnek az olyan kimeneteli eredményekre, mint például a fájdalomérzet csökkentése, vagy a betegelégedettség növelése (Mistiaen et al. 2016; van Osch et al. 2017; Howick et al. 2018). Más eredmények pedig azt mutatják, hogy a terapeuta információnyújtási stratégiája pozitívan befolyásolhatja a beteg felidézési képességét, és ezen keresztül az egészségre vonatkozó viselkedésének a kimenetelét (Lie et al. 2022). Tehát attól függően, hogy a terapeuta hogyan keretezi az átadni kívánt információt, a betegek jobban, illetve kevésbé emlékeznek a hallott információra. Márpedig ha a beteg nem emlékszik az elmondottakra, akkor természetesen követni sem tudja az elhangzott tanácsokat. Sőt, általánosságban is elmondható, hogy a kommunikáció minősége szignifikáns összefüggést mutat a betegek adherenciájával, azaz terápiahűségével (Haskard Zolnierek–DiMatteo 2009).

Látható tehát, hogy a terapeuta-beteg találkozások során az egészségügyi szakember által alkalmazott kommunikációs stratégiák pozitívan, vagy éppen negatívan befolyásolhatják a beteg hozzáállását és a terápia kimenetelét. A kommunikációs stratégiák közül a tanulmány szempontjából a terapeuta által alkalmazott kérdésfeltevési módok játsszák a fő szerepet, erről a következő részben lesz részletesebben szó.

Előtte azonban fontos tisztázni, hogy a vizsgálandó korpuszban található gyógytornász-beteg társalgások a formális-intézményi diskurzusok egy típusát alkotják. Jellemzőjük egyrészt, hogy a diskurzus struktúráját tekintve különböző szakaszokra oszthatók, másrészt pedig az interakció résztvevői bizonyos célok megvalósítására törekszenek (Hakulinen 2009). A vizit általános struktúráját az 1. táblázat szemlélteti.

¹ A terapeuta kifejezést általános értelemben használom, minden egészségügyi szakembert (pl. orvos, ápoló, gyógytornász) beleértve.

Struktúra biztosítása	1. Vizit megkezdése <ul style="list-style-type: none"> • előkészületek • kapcsolat megalapozása • a konzultáció okainak beazonosítása 	Kapcsolatépítés
	2. Információgyűjtés <ul style="list-style-type: none"> • beteg problémáinak feltárása: <ul style="list-style-type: none"> ○ biomedikális szempont ○ beteg nézőpontja ○ háttérinformációk – kontextus 	
	3. Fizikális vizsgálat	
	4. Magyarázat és tervezés <ul style="list-style-type: none"> • megfelelő típusú és mennyiségű információ biztosítása • pontos megértés és felidézés elősegítése • közös megértés elérése • tervezés: közös döntéshozatal 	
	5. Vizit lezárása <ul style="list-style-type: none"> • megfelelő lezárás biztosítása • előretervezés 	

1. táblázat
Calgary-Cambridge Útmutató:
a vizit szerkezetét és az egyes szakaszokhoz tartozó célok/feladatok

A cikk alapjául szolgáló kutatás szempontjából az első szakasz, a „vizit megkezdése” a lényeges; ezen belül e fázis céljaként a „konzultáció okainak beazonosítása”. A NYK-ek ugyanis ezen okoknak a feltárására irányulnak, azaz arra, hogy kiderítsék, hogy milyen problémákkal érkezett a beteg a terapeutához. Mindez különösen fontos az első konzultációk alkalmával, hiszen ilyenkor a terapeuta nem (feltétlenül) rendelkezik előzetes tudással a beteg panaszait illetően. Nincs ez másként a GYT és a betegek közötti találkozó alkalmával sem, sőt, a GYT-oknak is feladata a diagnózis, illetve az azon alapuló kezelési terv felállítása. Az 1. táblázatban szereplő struktúra, illetve a betegcentrikus hozzáállás tehát a gyógytornász-beteg konzultációkban is elvárt és alkalmazható (Parry 2009; Hiller–Delany 2018).

2.2. Kérdések a nyelvészeti kutatásokban

A nyelvészeti szakirodalomban a kérdések definiálása, illetve osztályozása nem egységes, hiszen az eltérő elképzelések a kérdés mint megnyilatkozás más-más aspektusát helyezik a fókuszba. A meghatározó tényezők lehetnek például a szintaktikai formára, a szemantikai tartalomra, illetve a pragmatikai funkcióra vonatkozóak. Figyelembe vehetők továbbá a prozódia, valamint az episztemikus aszimmetria szempontjai is. Mindebből az következik, hogy nehéz olyan kérdésdefiniációt találni, amely mind a formális, mind pedig az interakciós tényezőket figyelembe veszi (Hayano 2012; Ilie 2015). A definíciós nehézségekből adódóan a tanulmány Ehrlich és Freed (2010) általános meghatározását alkalmazza. Eszerint azokat a megnyilatkozásokat tekintjük kérdéseknek, amelyek (i) a beszélgetőpartnertől

információt, megerősítést, illetve cselekvést kérnek (és/vagy a válaszadó így/ekként kezeli azokat), és (ii) szekvenciális helyet biztosítanak a hallgató számára egy válaszforduló megadására.

Mindebből az is következik, hogy a kérdéseket az azokra adott válaszokkal együtt, mint szomszédsági párokat érdemes vizsgálni (Schegloff–Sacks 1973; Kiefer 1983), hiszen egyrészt, a kérdés elhangzása elvárást támaszt a hallgató felé, hogy egy választ produkáljon, másrészt, a kérdések jellegzetességei befolyásolhatják, illetve korlátozhatják a rájuk adott válaszokat. Kiefer (1983) formai (szintaktikai) és szemantikai szempontokat szem előtt tartva a kérdő mondatoknak négy csoportját különíti el: (1) eldöntendő; (2) választó; (3) kiegészítendő; és (4) nyitott kérdések. Az első két kérdésfajta esetében nem jelenik meg kérdőszó, és a hallgatónak két alternatíva között kell választania. Az eldöntendő kérdésben továbbá a pozitív vagy a negatív válaszra vonatkozó preferencia is megmutatkozhat. A második két csoportba tartozó kérdő mondatok esetében a kérdőszavak használata révén egy változó értékének a meghatározását várják a hallgatótól. Míg a kiegészítendő kérdés kérdőszava meghatározza a lehetséges válaszalmaz szintaktikai és szemantikai kategóriáját, addig a nyitott kérdéshez nem kapcsolódnak ilyen korlátozások.

Pragmatikai szempontból vizsgálva a kérdés–válasz párokat, az is előfordulhat, hogy egy eldöntendő kérdésre érkező egyszerű „igen” vagy „nem” válasz pragmatikailag nem megfelelő, mivel egy rejtett kérdőszavas kérdés társul az eldöntendő kérdéshez, így egy együttműködő válasznak az utóbbira is felelnie kell. Tehát az eldöntendő (zárt) kérdéseknek is lehet kérdőszavas interpretációjuk (Kiefer 1980; Tsai 2006). Ilyen eset lehet például az (1)-es példában szereplő eldöntendő, avagy zárt kérdés. Ebben az esetben egy egyszerű *igen* nem tekinthető kielégítő, elégséges válasznak, mivel a (2)-ben szereplő rejtett kérdés társul az eldöntendő kérdéshez. Tehát egy pragmatikailag megfelelő válasznak az *igen* kifejtését is tartalmaznia kell.

- (1) Van-e fájdalma?
- (2) Amennyiben igen, hol?

Mindezek a megfontolások alátámasztják azt a nézetet, hogy a kérdések meghatározása és felosztása nem hagyhatja figyelmen kívül a pragmatikai szempontokat, azaz a társalgási helyzetet és annak kontextusát (Schirm 2007).

A következőkben pragmatikai szempontból, az egészségügyi kommunikáció általános jellegzetességeinek kontextusában vizsgálom a terapeuta és a beteg közötti társalgásokban előforduló kérdések jellemzőit.

2.3. Nyitókérdések az egészségügyi konzultációban

A kérdések vizsgálata egészségügyi kontextusban többek között azért is kedvelt kutatási terület, mert a társalgás résztvevői között fennálló hatalmi viszonyok és a kérdések kapcsolatban állhatnak egymással. A *hatalom* ebben az értelemben a kialakuló társalgás feletti kontrollt jelenti, azaz az afőlött való rendelkezés lehetőségét, hogy ki a következő beszélő, mikor beszélhet, és hogy miről beszéljen. A kérdések ugyanis meghatározzák az elkövetkezendő aktust, illetve annak a témáját, ezáltal egy kérdés feltevése tulajdonképpen a kibontakozó párbeszéd fölötti

hatalmat közvetítheti (Ainsworth-Vaughn 2001; Heritage 2010; Hayano 2012). Jelen kutatás szempontjából a terapeuta nyitókérdései (NYK) a legrelevánsabbak, ezért alább ezek ismertetésére szorítkozom.

Nyitókérdések alatt azon kérdéseket értjük, melyek a konzultáció okainak beazonosítására szolgálnak, azaz a vizit problémaprezentációs szakaszát vezetik be. A terapeuta a NYK-sel kérdez rá a betegnek azokra a problémáira, amelyek a terapeuta felkereséséhez vezettek. A fentebb idézett (l. 2.1.) kommunikációs modellek a nyitott NYK-ek használatát javasolják, mert ezek elméletben lehetőséget biztosítanak a betegek számára, hogy problémáikat szabadon és teljességében előadhassák (Heritage–Robinson 2006; Tsai 2006; Tsai–Lu–Frankel 2014). Fontos megjegyezni, hogy ebben a kontextusban a külföldi szakirodalmak nem különítik el a Kiefer (1983) által megadott kiegészítendő, illetve nyitott kérdéseket, lényegében minden kérdőszavas kérdést nyitottnak tekintenek. A nyitott kérdések előnyeit támasztja alá Heritage és Robinson kutatása (2006), amelyben azt találták, hogy az általános érdeklődő kérdések (*What can I do for you today?* 'Mit tehetek ma önért?') eredményezték a leghosszabb problémaprezentációt. Az ilyen jellegű kérdések egy agnosztikus állapotot fejeznek ki a beteg problémáira vonatkozóan, ezáltal nem korlátozzák a válasz tartalmát, terjedelmét, illetve formáját. Ennek eredményeként lehetőséget biztosítanak a betegek számára, hogy problémáikat saját belátásuk szerint adják elő.

Ugyanakkor azt is fontos megállapítani, hogy a kérdés nyitottsága – a fenti tágabb értelmezésben – egy skála mentén képzelhető el (Tsai 2006). Például a *Mi a probléma?* kérdésre adható válaszok lehetséges halmaza elméletben végtelen, míg a *Hol fáj?* jellegű kérdés behatárolja az elfogadható válaszok halmazát (vö. Kiefer (1983): nyitott vs. kiegészítendő kérdések).

A NYK-ek jelentősége abban is áll, hogy a nyitott, általános érdeklődő NYK-ek esetében a betegek szignifikánsan pozitívabban ítélik meg az orvos odafigyelő magatartását és kapcsolatépítő kommunikációját (Robinson–Heritage 2006). Az is fontos szempont továbbá, hogy a NYK illeszkedjen a vizit természetéhez. Azaz, más-más NYK a megfelelő első találkozások, kontrollalkalmak, illetve krónikus állapotok esetén a rutinvizitek elején. Az első esetben a tudás hiányát kifejező kérdés a megfelelő (*What's the problem?* 'Mi a probléma?'), míg a második esetben a kérdés kifejezi az orvos problémára vonatkozó megelőző ismeretét (*How is it?* 'Milyen?/Mi van vele?' (a problémával)). Rutinvizitek esetén pedig előfordulhat, hogy a betegnek új tünetei jelentkeznek, a kérdés formája pedig ehhez igazodik: *Anything new?* Bármi újdonság? (Robinson 2006). Ennek a három alapvető vizittípusnak az elkülönítése a gyógytornász-beteg találkozásokra is jellemző. Az első találkozáskor a GYT-nak fel kell tárnia a beteg problémáit, míg a kontrollalkalmak során ezen panaszok alakulását kell nyomon követnie. Krónikus állapotok esetén pedig mind a már meglévő problémákat, mind pedig az időközben esetlegesen felmerült újabb tünetek lehetőségét figyelembe kell vennie a GYT-nak.

Az elméleti alapok és a kutatási előzmények tisztázása után arra térek rá, hogy milyen NYK-ek jelennek meg a kutatás alapjául szolgáló gyógytornászok és betegek közötti interakciókban. Ehhez azonban szükséges előbb bemutatnom a kutatás alapjául szolgáló korpust.

3. A kutatás alapjául szolgáló korpusz és a módszertan bemutatása

3.1. A kutatás alapjául szolgáló adatgyűjtés

A kutatás gyógytornász és páciense közötti első találkozások hangfelvételeinek elemzésén alapul. 79 hangfelvétel készült 2018 júliusa és 2019 májusa között egy budapesti kórházban, melynek fő profilja a mozgásszervi, azon belül is reumatológiai betegségek kezelése. A kutatást az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte.²

A kutatás alapjául szolgáló hangfelvételek gyűjtése során fontos szempont volt, hogy a gyógytornász és az adott beteg közötti első találkozások kerüljenek rögzítésre. A szerző nem volt jelen a találkozókön, a hangfelvételeket a gyógytornászok készítették az előzetes megbeszélések és instrukciók szerint. Ilyen kérés volt például, hogy a diktafont a vizit megkezdése előtt kapcsolják már be, és csak a beteg távozása után, tehát a konzultáció tényleges lezárása után kapcsolják csak ki. A legfontosabb szempont azonban az első találkozások rögzítése volt, tehát csak azokat az interakciókat vették fel a gyógytornászok, amelyekben új pácienssel találkoztak. Az azonban megengedett volt, hogy a páciens visszajáró beteg legyen a kórházban. Az első találkozás azért volt fontos szempont, mert így a GYT és a beteg nem ismerte egymást előzetesen, a kapcsolat kialakítása ezen első vizit alkalmával kezdődött meg, azaz a megelőző ismeretek elméletileg nem befolyásolták a kommunikációt.

Az adatgyűjtés során tehát 79 hangfelvétel készült; ezek közül kettőt a későbbiek során kizártam az elemzésből, mert a találkozó eleje lemaradt a felvételtől. Az elemzett anyagba tehát 77 felvétel került be végül. Kényelmi mintavételezés eredményeként 22 gyógytornász (mind nő) és 77 beteg vett részt a kutatásban. A NYK-ek szempontjából számunkra most csak a GYT-ok demográfiai adatai a lényegesek (l. 2. táblázat); a betegek demográfiai adatainak ismertetésére a sorozat második részében kerül sor. A GYT-ok fejenként 3–5 felvételt készítettek.

	Életkor	Klinikai tapasztalat (év)
Valid	22	22
Medián	27,000	2,750
Átlag	31,091	7,015
Szórás	9,909	10,149
Minimum	23,000	0,170
Maximum	59,000	38,000

2. táblázat
A gyógytornászok demográfiai adatai

² A kutatási engedély száma: ETT TUKEB 34846-2/2018/EKU.

3.2. Az adatok feldolgozása

A hangfelvételek átírását a szerző végezte. A transzkripció a GYT nyitókérdésétől, azaz a beteg problémáinak előhívására szolgáló kérdéstől indul, tehát a vizit tényleges elejét nem tartalmazza. A találkozó nyitókérdés előtti történéseiről (pl. kezelések megbeszélése, kutatáshoz szükséges papírmunka kitöltése, bemutatkozás) csak azok lényegét jelölő jegyzetek készültek. Minden átírás minimálisan a vizit problémaprezentációs fázisát tartalmazza, azaz egészen addig tart a hanganyag lejegyzése, amíg a GYT át nem vált a vizit következő, információgyűjtésre (körtörténet-felvétel) fókuszáló szakaszába. Előfordult azonban, hogy a problémaprezentációs fázis túlnyúló, hosszabb részek is lejegyzésre kerültek, amennyiben – jövőbeli kutatás szempontjából – intuitív módon érdekesnek ítélt jelenségek fordultak elő.

Minden konzultációt egyéni azonosítóval láttam el, amelyben mind a gyógytornászt, mind pedig a beteget egy-egy szám jelöli. E két számból álló kód jelzi, hogy egy adott felvétel melyik gyógytornásznak melyik beteggel készült interjúja. Például a 11-3 számformátum kötőjel előtti része jelzi a GYT kódszámát, míg a kötőjel utáni szám az adott GYT-hoz tartozó, a felvételek sorrendjében megállapított betegsorszámot jelenti. Tehát a megadott példában a 11-es számú GYT 3. betegfelvételéről van szó.

Az átírás a konverzációelemzés hagyományait követte (Sidnell 2010), ez alól csak a szünetek jelölése képez kivételt az alábbiak szerint:

- (.) mikroszünetet jelöl (< 0,2 mp), mint a konverzációelemzésben
 - (..) azon szüneteket jelöli, melyek időtartama $0,2 \leq 0,5$ mp
 - (...) azon szüneteket jelöli, melyek időtartama $0,5 \leq 1,0$ mp
- az 1,0 mp-nél hosszabb szünetek lemerve, számszerűsítve vannak jelölve pl. (1,3).

Az átírás az EXMARaLDA program 1.6 verziójával készült (Schmidt–Wörner 2014). A felvételek és azok ártírt változatai nem nyilvánosak.

3.3. Az elemzés menete

A rögzített gyógytornász-beteg interakciókban előforduló nyitókérdések elemzése a következő elméleti megfontolásokból indult ki. Ehrlich és Freed (2010) definíciója szerint ahhoz, hogy egy megnyilatkozást kérdésnek tekintsünk, funkcionális és szekvenciális kritériumoknak is teljesülniük kell (l. 2.2.). Funkcionális értelemben akkor tekinthetünk kérdésnek egy megnyilatkozást, ha információt, megerősítést vagy cselekvést hív elő, vagy ekként van kezelve a válaszadó által; szekvenciális értelemben pedig akkor beszélhetünk kérdésről, ha az elhangzása után egy olyan forduló következik, amely felel rá.

Mindebből jól látható, hogy módszertanilag mennyire problematikus az élőbeszéd-beli kérdések osztályozása, ti. formai és funkcionális jellegzetességeket egyszerre kell figyelembe venni. A szekvenciális dimenzióból pedig az is következik, hogy a pragmatikai elemzés során a kérdést nem különíthetjük el a rá adott választól (Kiefer 1983),³

³ A *válasz* terminus inkább szintaktikai-szemantikai értelemben használatos, míg a felelet inkább jelöli a pragmatikai értelemben a kérdést követő megnyilatkozást. Én a két terminust szinonimaként használom a továbbiakban, pragmatikai értelemben, azaz a kérdést követő, azzal valamilyen pragmatikai kapcsolatban levő megnyilatkozást jelölöm mindkét terminussal.

amellyel egy diskurzusegységet, vagy szomszédsági párt alkot (Schegloff–Sacks 1973). Az elemzést tovább bonyolítja, hogy vannak olyan esetek, amelyekben a diskurzus tágabb kontextusát, vagy a kérdező episztemikus állapotát is figyelembe kell vennünk a kérdés-válasz pár elemzésében (Heritage–Robinson 2006; Hayano 2012). A nyitott kérdések elemzésének ezt a fajta komplexitását jól tükrözi Tsai (2006) munkája, amelyben orvosi nyitott kérdések esetében 6 szintaktikai formát különít el, ugyanakkor figyelembe veszi a kérdések szemantikai hatókörét és a válaszok pragmatikai adekvátságát is elemzésében (l. 3. táblázat).

Forma	Példa
Kiegészítendő/kérdőszavas kérdés (Wh-Q)	<i>What problems bring you here today?</i> 'Milyen probléma hozta ma ide?'
Eldöntendő kérdés (Yes-No Q)	<i>Do you have any question or concern?</i> 'Van valamilyen kérdése vagy problémája?'
Határozatlan felsorolás (Indefinite enumeration)	<i>Do they (family members) have anything, like hypertension or diabetes?</i> 'A családban előfordult már hasonló, például magas vérnyomás vagy cukorbetegség?'
Mondattörredék (Sentential fragment)	<i>(Any) other?</i> 'Valami egyéb?'
Állítás Statement ('tell me')	<i>Tell me the symptoms you have</i> 'Mondja el a tüneteit'
Folytonosság-jelölő Continuer marker ('and')	<i>And?</i> 'És?'

3. táblázat
Nyitott kérdések szintaktikai formái (Tsai 2006: 100–101)

Jelen kutatás a nyitókérdések (NYK) klasszifikációja során a 3. táblázat szerinti osztályozásból indult ki. A Tsai (2006) általi felosztásból azonban végül csak három forma bizonyult relevánsnak az elemzésben: a kérdőszós kérdés, az eldöntendő kérdés és az állítás. Az első formát illetően annak függvényében, hogy mi a kérdőszó, különböző mértékben mondható nyitottnak vagy határozatlannak a kérdés. Hasonlítsuk össze például az alábbi kérdéseket.

- (3) Mi a jelenlegi panasza?
(4) Hol van fájdalom?

Míg az elsőben (3) a kérdőszó megengedi, hogy elvileg végtelen számú válasz érkezzen rá, addig a másodikban (4) meghatározott a válasz szemantikai és szintaktikai kategóriája: ti. a kérdésben a kérdőszó által jelölt változót egy olyan főnévi kifejezéssel kell kitölteni a válaszban, amely megadja a fájó testrészt. Tehát ebben a második esetben a lehetséges válaszok halmaza jóval megszorítottabb, mint az első kérdés esetében. Kiefer (1983) éppen így különbözteti meg egymástól a kérdőszavas kiegészítendő kérdéseket és az ún. nyitott kérdéseket.

Az eldöntendő vagy poláris kérdéseket szokás zárt kérdéseknek is nevezni. Az utóbbi elnevezés arra utal, hogy ezeket a kérdéseket csak kétféleképpen lehet megválaszolni: igennel vagy nemmel, a kérdésnek megfelelő állítás igazságát megerősítve, vagy azt tagadva. Tsai (2006) arra hívja fel a figyelmet, hogy vannak olyan esetek, amelyekben az eldöntendő kérdésre adott rövid „igen” vagy „nem” pragmatikailag nem megfelelő. Tehát, ahogy azt az (1)–(2) példák esetében is láthattuk, egy eldöntendő kérdés is lehet pragmatikai értelemben nyitott (Kiefer 1980).

Tsai (2006) rendszerezésének harmadik releváns kategóriája az „állítás”, vagyis a „mondja...” kezdetű felszólítások. Ebben az esetben a mondat formáját tekintve felszólító, a felszólító mondat azonban egy kérdést valósít meg a beszédaktusok szintjén. Bár Tsainál keveredik az állítás és a felszólítás – a szintaktikai formánál állításnak nevezi ezt a típust, majd a magyarázatánál felszólító formát említ –, a lényeg, hogy a kérdés, mint beszédaktus nem feltétlenül kérdőmondati forma által valósul meg.

További nehézséget okoz a kérdések vizsgálatánál, hogy olykor az előzetes kontextust is ismerni kell ahhoz, hogy meg tudjuk állapítani, mennyire tekinthető nyitottnak egy kérdés (Tsai 2006). Erre a jelenségre a következőkben, különösen a 4.3. részben, az orvosi anamnéziszre épülő NYK-ek kapcsán láthatunk majd példát.

Röviden összefoglalva tehát a gyógytornász-beteg találkozások nyitókérdéseit Tsai előzőleg ismertetett 2006-os munkájából kiindulva kategorizáltam, de az általa felállított hat kategóriát nem lehetett egy az egyben a saját adataimra alkalmazni, mert (i) néhány kategória redundánsnak bizonyult; (ii) nem fedte le a hat kategória az előforduló különböző eseteket; (iii) a kategóriák elnevezése a formai struktúrát tükrözi, ugyanakkor ezek nem pusztán formai kategóriák, hiszen a válaszadási lehetőségeket is megszabják, tehát kérdészi stratégiáknak tekinthetőek (Verschueren 1999). Éppen ezért Tsai (2006) kategóriáit módosítottam, illetve más kategóriákkal egészítettem ki a taxonómiát. Így az adatelemzésben végül használt kategorizációt egyszerre motiválta az elmélet és az empirikus adatok.

A nyitókérdések elemzése így négy fő kategóriát eredményezett, melyeket a következő részben ismertetek. Ezen kívül a kérdéseknek még további hat visszatérő jellegzetességét sikerült azonosítanom, melyeket részletesen a 4.4. részben tárgyalok. Ennek a hat nyelvi változónak a kialakítása azon az előzetes elméleti feltevéseken alapult, hogy a kérdések tulajdonságai befolyásolhatják a rájuk érkező válaszokat (l. 2.2.). Mindazonáltal a tényleges változók meghatározása pusztán az adatokra hagyatkozva történt, miután az összes NYK többszöri áttanulmányozása során közös, illetve ismétlődően előforduló jellemzőket, mintázatokat azonosítottam.

A kódolási folyamat során az összes NYK-t külön kigyűjtöttem egy Excel táblázatba, amelyben minden egyes sor egy NYK-nek felelt meg, és minden vizsgált változó külön oszlopokban szerepelt. Miután minden egyes nyitókérdés esetében megvizsgáltam és kódoltam az összes nyelvi jellemzőt, a folyamatba egy társelemzőt is bevontam, aki a megadott kategóriák szerint tőlem függetlenül ugyancsak elvégezte az összes NYK kódolását minden egyes változó mentén. Mindezek után a kérdéses eseteket megvitattuk, majd közösen döntöttünk arról, hogy az adott nyitókérdés melyik kategóriába kerüljön a végleges kódolásban. A vizsgált változók (NYK kategóriája és nyelvi jellemzői) meghatározásait, melyeket a társelemző is megkapott, az alább következő releváns részeknél ismertetem.

4. Eredmények

4.1. A gyógytornászok nyitókérdéseinek fő kategóriái

A kutatásba bevont 77 hangfelvételtől egy esetben nem volt beazonosítható a GYT NYK-e, végül tehát 76 NYK elemzése történt. Tsai (2006) felosztásából kiindulva, illetve azt az adatok jellemzőiből adódó új kategóriákkal kiegészítve az alábbi négy fő NYK kategória került kialakításra:

1. Kérdőszós NYK
2. Beágyazott NYK
3. Poláris / eldöntendő NYK
4. Az orvosi anamnézisen alapuló NYK

1. Kérdőszós NYK (N = 23)

A kérdőszós NYK kategória Tsai (2006) azonos elnevezésű csoportjának felel meg (l. 3. táblázat), és olyan kérdő mondatok által megvalósított megnyilatkozásokat tartalmaz, amelyekben található (legalább) egy kérdőszó: *mi, hol, milyen* stb.

- (5) Mi most a panasz hol van fájdalom⁴

2. Beágyazott NYK (N = 41)

A beágyazott NYK Tsai (2006) „állítás” kategóriájából ered, hiszen a mondatípust tekintve ezek kijelentő vagy felszólító mondatok. Ugyanakkor – Tsai példájától eltérően – az adataimban szereplő ilyen típusú NYK-ek mindegyike tartalmaz egy kérdőszavas beágyazott kérdő mondatot.

- (6) Mesélje el hogy (.) mi a problémája amivel most bejött hozzánk.

3. Poláris NYK (N = 4)

A harmadik kategória szintén Tsai (2006) azonos elnevezésű csoportjának felel meg (l. 3. táblázat). A poláris vagy eldöntendő NYK kategóriába *van-e...* kezdetű kérdések tartoznak. Ezek az *-e* partikulával jelölt pozitív eldöntendő kérdések csak neutrális kontextusban használhatóak sikerrel, ahol a beszélőnek nincs preferenciája egyik válaszra nézve sem (Gyuris 2017).

- (7) Van-e fájdalma.

Az első három kategóriába tartozó adatokban közös, hogy a kérdést közvetlenül megelőző diskurzus kontextusa nélkül is vizsgálhatóak, ugyanis ezek a kérdések új egységet kezdenek a diskurzusban (a problémaprezentációs fázist nyitják meg), amelynek nincs közvetlen tematikus előzménye a diskurzuselőzményben. Emiatt az ide tartozó kérdéseket nevezhetjük önálló kérdéseknek is.

A negyedik kategóriába sorolt nyitókérdések azonban nem ilyenek (l. bővebben a 4.3. részben), ezek szorosan kötődnek mind formailag, mind tematikusan a közvetlen diskurzuselőzményhez, attól elválaszthatatlanok.

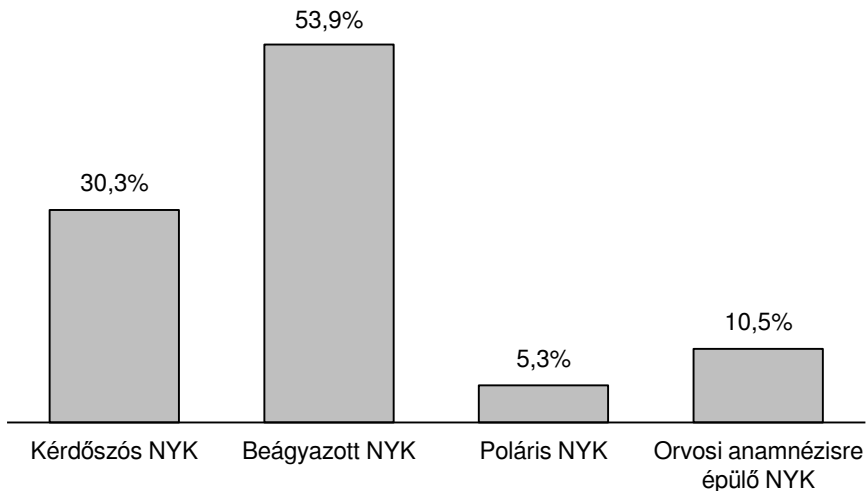
⁴ A példákban az írásjelek, illetve azok hiánya a konverzációelemzés transzkripciósi hagyományait tükrözi.

4. Orvosi anamnézisre épülő NYK (N = 8)

- (8) ((anamnézisben szereplő magas vérnyomás és szívproblémák átbeszélése)) rendben. .h akkor mozgásszervi panaszként? azt látom hogy: ő: .h hogy a dereka és a jobb térd. van itt nekem írva? (.) .h akkor ez (.) ez így helyes:?

Ahogy az a (8)-as példából is látszik, az orvosi anamnézisre épülő NYK-ek esetében a tényleges nyitókérdés (a fenti példában: *ez így helyes:?*) elválaszthatatlan a gyógytornász által közvetlenül a kérdés elhangzása előtt hangosan felolvasott orvosi adatoktól, illetve attól a megnyilatkozástól, amelyben a GYT kijelenti, hogy elolvasta és ismeri a beteg kórtörténetét. Ebben az esetben tehát a kérdés ezekkel az előzményekkel kiegészülve nyitja meg az új diskurzusegységet. Emiatt itt hívhatjuk ezeket kombinált kérdéseknek. Ezeknek a megnyilatkozásoknak az esetében figyelembe kell vennünk, hogy a kérdés előzménye is befolyásolhatja, megszoríthatja a lehetséges válaszok halmazát, mivel a beteg esetleg nem akarja megismételni a már tudott információkat (Heritage–Robinson 2006; Heritage 2011).

Az alábbi 1. ábrán látható, hogy a korpuszban milyen arányban fordulnak elő a fenti négy kategóriába sorolt nyitókérdések.



1. ábra

Az egyes kategóriákba tartozó nyitókérdések előfordulási aránya a korpuszban

Ahogy az az ábráról leolvasható, a beágyazott NYK-ek alkotják a legnagyobb csoportot, míg a poláris, illetve az orvosi anamnézisre épülő NYK-ek jóval ritkábban fordulnak elő a vizsgált anyagban. Az utóbbi két kategóriát tekintve érdemes megemlíteni, hogy a poláris NYK-ek esetében a 4 előfordulásból 3 ugyanattól a GYT-től származik, míg a 8 orvosi anamnézisre épülő NYK-ből 5-öt tett fel ugyanaz a GYT.

Ez egyben azt is jelenti, hogy ez a két GYT ugyanolyan típusú NYK-t használt az összes (felvételre került) betegével.

A négy fő kategóriából a beágyazott NYK (l. 4.2.) és az orvosi anamnéziszre épülő NYK (l. 4.3.) mint újdonsággal szolgáló kategóriák érdemelnek további részletesebb tárgyalást. Előbbi, bár Tsai (2006) felosztásából ered, mégsem ugyanaz, mint nála az „állítás” formájú kérdés, hiszen a vizsgált anyagban az ilyen típusú NYK-ek mind tartalmaznak egy beágyazott kérdőszavas kérdőmondatot. Az orvosi anamnéziszre épülő NYK pedig – tudomásom szerint – egy új típusú NYK, mely a szakirodalomban eddig még nem került leírásra. Ezekkel ellentétben a kérdőszós NYK és a poláris NYK nem kerül a fentieknél részletesebb tárgyalásra, hiszen ezek a kategóriák nem szolgálnak újdonsággal a szakirodalomban már eddig is ismertetett megfelelő kérdéstípusokhoz képest (l. 2.2–2.3.).

4.2. Beágyazott nyitókérdések

Formájukat tekintve az ebbe a kategóriába tartozó megnyilatkozások különböznek az összes többi kategóriába tartozó megnyilatkozástól, ezekben ugyanis maga a kérdés, azaz a megnyilatkozás lényegi pontja a beágyazott mondatban jelenik meg. Ez a kategória Tsai (2006) rendszerezésében a „statement”-nek, azaz az általa „állítás”-nak elnevezett formából ered. Az ide tartozó megnyilatkozások mondat-típusukat tekintve kijelentő vagy felszólító mondatok, ugyanakkor a beszédaktusok szintjén kérdést valósítanak meg (vö. Searle 1969; 1976).

Ebben a kategóriában öt alcsoportot különböztettem meg, amelyek négy, nem hierarchikusan rendezett dimenzió szerint lettek kialakítva. Az első dimenzió az, hogy a megvalósított beszédaktus direkt vagy indirekt (Searle 1975). A második dimenzió azt vizsgálja, hogy az illokúciós aktus expliciten megjelenik-e egy performatív kifejezés által, vagy pedig implicit marad (Austin 1962; Searle 1969; 2001 [1989]; Verschueren 1999; 2000). Ezen a ponton szükséges tisztáznunk, hogy a performatív kifejezések a metapragmatikai reflexiók körébe tartoznak. Utóbbiak olyan nyelvhasználati választások, amelyek azt mutatják, hogy a nyelvhasználók tudatában vannak, hogy éppen milyen beszédcselekvéseket hajtanak végre, az erre való reflexiójukat tükrözik ezek a szerkezetek (Verschueren 1999; 2000). Mindazonáltal jelen elemzésben az explicit-implicit dimenziót pusztán a végrehajtott illokúciós aktusra vonatkozóan vizsgálom. Más szóval, csak azokat az eseteket tekintem explicitnek, amikor a metapragmatikai reflexió olyan performatív kifejezés által valósul meg, amely meghatározza a végrehajtott illokúciós aktust. Ettől eltérő esetben (l. (16)), hiába jelenik meg metapragmatikai reflexió, a megnyilatkozást implicitként kezeltem.

Az alcsoportok kialakításának harmadik dimenziója az, hogy milyen illokúciós aktus valósul meg; a negyedik dimenzió pedig, hogy milyen igével fejeződik ki az adott illokúciós aktus implicit vagy explicit formában. A harmadik dimenzió mentén kétféle illokúciós aktust azonosítottam az adatokban: kérdéseket és kéréseket. Az alábbi 4. táblázatban foglaltam össze a beágyazott nyitókérdések alkategóriáit; érdemes itt újra megjegyezni, hogy ebbe a kategóriába tartozik a korpuszban előforduló nyitókérdések többsége (41 a 76-ból, azaz a nyitókérdések 54%-a).

I	Implicit direkt kérés a <i>mesél</i> igével (N = 10)
II	Implicit direkt kérés a <i>mond</i> igével (N = 3)
III	Explicit direkt kérés, a <i>kér</i> főmondati igével, és a <i>mond</i> beágyazott mondati igével (N = 5) ⁵
IV	Explicit indirekt kérdés a <i>kérdez</i> főmondati igével, vagy olyan performatív kifejezéssel, amelyben szerepel a <i>kérdés</i> szó (N = 19)
V	Implicit indirekt kérés a <i>hallgat</i> főmondati igével (N = 4)

4. táblázat

A beágyazott nyitókérdések alcsoportjai

Az alábbiakban részletesebben, példákkal illusztrálva mutatom be az egyes alkategóriákat a beágyazott nyitókérdések főkategórián belül.

I Implicit direkt kérés a *mesél* igével (N = 10)

- (9) Mesélje el hogy (.) mi a problémája amivel most bejött hozzánk. (3-1)

II Implicit direkt kérés a *mond* igével (N = 3)

- (10) Mondja milyen panaszai vannak mivel érkezett most hozzánk. (21-1)

Az első két alkategóriába tartozó példák esetében a főmondati ige modalitása jelzi a megnyilatkozás illokúciós erejét: ezek a megnyilatkozások kérések, azaz a direktívák közé tartozó beszédaktusok. Ugyanakkor nem találunk a megnyilatkozásban performatív ígét vagy más kifejezést, ami explicitté tenné az illokúciós aktust. Ezek a megnyilatkozások tehát olyan direkt beszédaktusokat valósítanak meg, amelyekben a performatív rész implicit marad (Austin 1962; Searle 1969; 2001 [1989]).

III Explicit direkt kérés, a *kér* főmondati igével, és a *mond* beágyazott mondati igével (N = 5)*Performatív ige*

- (11) Zsuzsa akkor kérem mondja el nekem hogy mivel van panasz, hol van fájdalom (9-2)

Performatív ige igemódosítóval

- (12) Jó, akkor azt szeretném kérni Mari, hogy mondja el nekem hogy (.) mivel van panasz hol van fájdalom. (9-1)

IV Explicit indirekt kérdés a *kérdez* főmondati igével, vagy olyan performatív kifejezéssel, amelyben szerepel a *kérdés* szó (N = 19)*Performatív ige*

- (13) N:a és akkor azt (1.2) azt kérdezném első körbe hogy mi a panasz mivel érkezett ide (6-1)

⁵ Érdemes megjegyezni, hogy mind az öt adat ugyanattól a gyógytornásztól származik.

Performatív ige igemódosítóval

- (14) Azt szeretném megkérdezni hogy (.) mivel érkezett az intézetünkbe milyen panaszokkal. (15-3)

Főneves performatív kifejezés

- (15) Az lenne az [első] kérdésem hogy .hh ö:: milyen panaszokkal érkezett hozzánk. (6-2)

A harmadik és a negyedik alcsoport elemeiben közös, hogy az illokúciós aktus, tehát a kérés (11–12), és a kérdés (13–15) explicit módon meg van jelölve a főmondatban. Azt is láthatjuk azonban, hogy az egyes példákban ez nagyon különböző módon történik. A performatív kifejezés lehet ige (pl. (11) és (13)), vagy akár főnév is (15) (Searle 2001 [1989]). Utóbbi Verschueren (1999) szemi-performatívoknak vagy nem centrális performatívumoknak nevezi. Az illokúciós aktusok explicitté tételének másik módja az igemódosítók használata a performatív igékkel (pl. (12) és (14)), amely formák konvencionalizálódott, udvariasságot jelölő kifejezések (Kuna–Hámori 2019).

A direkt-indirekt dimenziót tekintve a III. alcsoportban a felszólító módban lévő beágyazott mondati ige jelzi a megnyilatkozás illokúciós erejét, tehát ezek direkt kérések. A IV. alcsoport azonban indirekt kérdő aktusokat tartalmaz, ugyanis ezek nem direkt formában feltett kérdések, hanem pusztán a beszédaktus jellegének leírását tartalmazó kijelentések. Ugyanakkor az is világos, hogy a beágyazott mellékmondatban feltett kérdésre a beszélők választ várnak.

V Implicit indirekt kérés a *hallgat* főmondati igével (N = 4)

- (16) jó. .h n:a hallgatom Nórát hogy milyen panasszal érkezett (...) az intézménybe (...) (11-3)

Az V. alcsoportba tartozó megnyilatkozások, ahogyan az I–II. alcsoportba tartozók, nem tartalmaznak performatív kifejezést, tehát az illokúciós aktus ily módon implicit marad. Habár a *hallgatom* ige metapragmatikai reflexióként funkcionál ebben az alcsoportban, nem határozza meg a végrehajtott beszédaktust, ellentétben a III. és IV. alcsoportok performatív kifejezéseivel. Ugyanakkor, ellentétben az I–II. alcsoportba tartozó megnyilatkozásokkal, a főmondati ige itt kijelentő módú, jelen idejű formában szerepel, tehát ez sem jelzi a megnyilatkozás illokúciós erejét. Így a beszélő ezekkel egy indirekt kérést valósít meg egy állító mondatdal.

Az explicit-implicit és a direkt-indirekt dimenziókkal kapcsolatban érdemes még megjegyezni, hogy minél inkább explicit, illetve direkt módon kerül az adott illokúciós aktus kifejezésre, az annál szaliensebbé válik. Ennek következtében a beszélő irányítani tudja a hallgató figyelmét, ugyanis a megnyilatkozás funkciója könnyebben hozzáférhetővé válik, ezáltal jobban a figyelem középpontjába kerül. Egy további említésre méltó tényező a beágyazott NYK-ek kapcsán a perspektivitás, avagy nézőpont kérdése, mely szintén szerepet játszik a figyelem irányításában. Az I. és II. alcsoportok esetében az igék felszólító módban szerepelnek (*mesélje* és *mondja*), és ezáltal a figyelmet a betegre irányítják. Ezzel ellentétben a III., IV. és V. csoport főmondati igéinek egyes szám első személyben használt alakjai (*kérem*, *kérdezném*, *hallgatom*) a gyógytornászt helyezik a figyelem fókuszába. Mindebből az következik, hogy ezen különböző stratégiák alkalmazása által az interakció más-más szereplője válik elsődlegessé (Hámori 2010).

4.3. Az orvosi anamnézisére épülő nyitókérdések

Ebben a részben az orvosi anamnézisére épülő nyitókérdéseket fogom részletesebben megvizsgálni. Mint ahogy korábban említettem, az e kategóriába tartozó NYK-ek alapvetően különböznek a többi kategória NYK-eitől, mivel nem vizsgálhatók az elhangzásukat közvetlenül megelőző diskurzuselőzményektől függetlenül, hanem azzal egy egységet alkotnak. A következőkben három példán keresztül mutatom be ezt a kategóriát: látható lesz, hogy míg valóban vannak ezeknek közös sajátosságai, a megvalósulásuk igen különböző lehet.

- (17) ((gyógytornász összefoglalja a problémák kórtörténetét az orvosi anamnézis alapján)) És akkor aktuális problémának? most ugyanez a: jobb alsó végtagba sugárzó fájdalom a derékszakasztól, .hh és a jobb karba sugárzó fájdalom nyaki gerincből **tehát ezek[ről] tudunk**. **ő tehát ez így helyes ahogy le van [írva]** ezek szerint. jó. .h oké. **ezek közül** a fájdalmak közül? .h ö: **melyik panaszosabb ami a mindennapjaiban zavarja** (10-1)
- (18) jó. akkor .h a:z orvossal történt betegfelvételbe itt bele tudtam nézni a gépbe? úgyhogy ő: már (.) **azért így ismerem** az anamnéziséét, .h és **erről** szeretném kérdezni hogy Ön ö is mesélje el nekem hogy mi az aktuális panasz a most. (..) .hh tehát:t amit a: (10-2)
- (19) ((gyógytornász ismerteti az anamnézisben található információkat, amelyek között szerepel egy korábbi gerincműtét)) **jó**. MOST ö: milyen fájdalmakra panasz:szosan érkezett. tehát hogy mik a fájdalmas pontok .hh (.) a: **gerincével** van gond? (10-4)

A (17)-es példában a GYT először a beteg megerősítését várja azzal kapcsolatosan, hogy a felolvasott orvosi anamnézis a közös tudás része lehet (*tehát ezekről tudunk*), mivel helytállóak a benne foglalt információk (*tehát ez így helyes ahogy le van írva*).⁶

Látható, hogy a nyitókérdésekben szerepelnek a deiktikus *ezek* és *ez* elemek, amelyek a szoros szemantikai kapcsolatot mutatják a megelőző megnyilatkozásokkal, és amelyek megteremtik a szövegkohéziót (Fetzer 2012). Az orvosi információk megerősítése után következik a „valódi” nyitókérdés, amely szintén tartalmaz deixist (*ezek közül*). Ennek két okból van jelentősége. Egyrészt bizonyítja, hogy valós, formai kapcsolat van a nyitókérdés és megelőző diskurzus között. A megelőző megnyilatkozások nélkül nem tudnánk megállapítani, hogy mire utalnak az idézett névmások. Másrészt ennek a kérdezési stratégiának a választásával a GYT korlátozza a kérdés szabad megválaszolásának lehetőségét, méghozzá kétszeresen: a beteg csak a már leírt és már megemlített tünetekről tud beszélni, továbbá a kérdés ezek közül is a nagyobb problémára koncentrál (*melyik panaszosabb ami a mindennapjaiban zavarja*). Mindezek alapján a GYT-nak ez a kérdése a használt kérdőszós kérdés ellenére sem tekinthető nyitottnak: a beteget arra szólítja fel, hogy a két említett panasz közül jelölje meg a súlyosabbikat. Így ebben az esetben

⁶ A beteg kétszer *igen*-nel válaszol a GYT beszéde közben; ez a fenti példában nincs jelölve, ugyanis a GYT a felolvasottakat eső intonációval ejti, és nincs szünet sem az egyes megnyilatkozások között. A GYT tehát nem vár megerősítő választ egyik esetben sem, ezek opcionálisnak tekinthetők.

azt is mondhatjuk, hogy a kérdőszós kérdés a kontextusban alternatív kérdésként funkcionál, és a betegnek – ha a kérdésre akar válaszolni – nincs lehetősége újabb tünet vagy probléma megemlítésére.

A (18) példában egy másik kérdezői stratégia fedezhető fel. Itt a GYT csak megemlíti, hogy olvasta az orvos által írt anamnézist, de nem idéz belőle a beteg jelenlétében. Hasonlóan a (17)-hez a diskurzuselőzmény és a „tényleges” kérdés közötti szerkezeti-jelentésbeli kapcsolatot a deiktikus *erről* névmás teremti meg. Fontos azonban megjegyezni, hogy a betegnek ennek a kérdésnek az esetében nagyobb tere van szabadon válaszolni a beágyazott kérdőszós kérdésre (*mi az aktuális panasza most*). A lehetséges feleletek szempontjából ugyanakkor annak az információnak is van jelentősége, hogy a GYT expliciten kimondja, hogy rendelkezik minden releváns (orvosi) információval arról, hogy mi a betegnek a problémája. A beteg válaszadási stratégiája tehát alapulhat azon, hogy nem akar már tudott információkat megismételni (Heritage–Robinson 2006; Heritage 2011), jöllehet a GYT megfogalmazásában vannak a bizonyosságot csökkentő, mérsékelő elemek (*azért így ismerem*).

A (19) példa ismét egy másik stratégiát szemléltet. Ebben az esetben nem deiktikus elem, hanem tartalmas szó (*gerinc*) teremti meg a kapcsolatot és a kohéziót a megelőző diskurzussal. Ez az elem az utolsó kérdésben hangzik el, mely ezáltal lényegében hatástalanítja a megelőző két kérdőszavas kérdés nyitottabb aspektusát, továbbá a preferált válasz az egyetértés kifejezése. Ha ez az utolsó kérdés (*a: gerincével van gond?*) nem szerepelne a példában, ez az eset a kérdőszós NYK-ek közé került volna, mivel a *jó* diskurzusjelölő használatával a GYT jelzi, hogy egy téma (orvosi anamnézis ismertetése) lezárult, és egy új téma következik (Schirm 2020).

Összefoglalva: az orvosi anamnézisen alapuló nyitókérdések leszűkítik a betegek által adható válaszlehetőségeket, ugyanis már korábban rögzített tüneteket ismételnek el, amelyek közül a betegek választhatnak, hogy aktuálisan melyek állnak fenn. Ez a fajta kérdezői stratégia tehát kevés lehetőséget ad arra, hogy a beteg új, korábban nem említett panaszokkal álljon elő.

4.4. A nyitókérdések általános jellegzetességei

Annak érdekében, hogy a korpusz nyitókérdéseinek általános jellemzőiről képet kapjunk, néhány visszatérő nyelvi elemet minden nyitókérdés esetében megvizsgáltam. Ezek a következők: van-e benne utalás (I) a beteg személyére, (II) az intézményre; (III) igehasználát: ige, kopula, vagy nem jelenik meg olyan igei elem, amelynek a betegre utaló kifejezés az argumentuma;⁷ (IV) a betegre utaló kifejezésnek mi a tematikus szerepe; (V) a gyógytornász expliciten kifejezi-e, hogy az aktuális panaszokra kíváncsi; és végül (VI) *fájdalom* vagy *panasz* szavak valamelyik formájának (főnévi, melléknévi) használata a problémákra való rákérdezésnél.

Azért érdemes ezeket a jellegzetességeket megvizsgálni, mert ezek a NYK-ekben használt (véltetően nem tudatos) nyelvi választások befolyásolhatják a beteg nyelvhasználatát, például a beszédalkalmazkodás (akkomodáció) révén. Az alábbiakban a korpusz nyitókérdéseit ezeknek a szempontoknak a mentén mutatom be.

⁷ Németh T. (2019: 2) alapján igei argumentum alatt a következőt értem: „az igei argumentumok az ige lexikai-szemantikai reprezentációjának azon lexikailag felismerhető elemeire utalnak, amelyek az ige jelentését teljessé teszik.”

4.4.1. A beteg személyére való utalás

A beteg személyére való utalás háromféleképpen valósul meg a nyitókérdésekben. Amikor tulajdonnévvel utalnak a beteg személyére (20), a GYT minden esetben a beteg keresztnévét használja, ami egy informálisabb, lazább forma, ugyanakkor a beteg és a GYT hierarchiáját is hangsúlyozhatja. Egyébként a gyógytornász-beteg interakciókban rendszerint mindkét fél keresztnéven szólítja a másikat. Ez egy jelentős különbség az orvos-beteg interakciókhoz képest, ahol ez a fajta kölcsönös közvetlenség elképzelhetetlen.⁸

A beteg személyére való utalás a GYT által használt főnevek birtokos személyjelölésén keresztül is megjelenhet ((21), (22)), illetve a kérdőszók (kérdő névmások) birtokos személyjeles alakjain (23); ezekben az esetekben a beteg tüneteinek, panaszainak a megnevezése történik olyan módon, hogy abban a beteg személye is expliciten kifejeződik. A birtokos személyjelölés a magyarban opcionális, így szemben állnak ezek a megfogalmazások azokkal, amelyekben a birtokos személyjelölés nem jelenik meg, így személytelenebb a megfogalmazás (29). Mivel a magyarban a befejezett igealakon kötelező jelölni az alany számát és személyét (Kenesei-Vago-Fenyvesi 1998), az igeragokat nem számítottam a beteg személyére való utalás eszközeinek.

A harmadik módja a beteg személyére való utalásnak a nyitókérdésekben a személyes névmások használata (24–25). Mindezekon kívül előfordul az is, hogy e három fajta személyre való utalás kombinálva jelenik meg egy-egy nyitókérdésben (26–28).

Mindezeket összevetve, a 76-ból 50 nyitókérdés tartalmaz valamilyen fajta utalást a beteg személyére (66%). Ez azt jelenti, hogy a nyitókérdések mintegy harmada nem tartalmaz semmilyen utalást a beteg személyére (29).

Tulajdonnév

(20) **Géza** mi most a panasz. hol van fájdalom. (1-2)

Birtokos személyjel

Főnévi tő

(21) Van van-e panasz. (2-2)

(22) a:: gerincével van gond? (10-4)

Kérdő névmási tő

(23) azt szeretném megkérdezni hogy mije fáj. mivel jött be ide [hosszánk.] (8-1)

Névmás

(24) jó. (...) meséljen hogy mi van **magával**, (..) (7-5)

(25) mi az ami fájdalmas panaszos terület **Önnek**. (17-4)

Az előzőek kombinációja

Tulajdonnév + birtokos személyjel

(26) na akkor **Zita** azt szeretném kérni? hogy mondja el nekem hogy mivel van a panasz, hol van fájdalom, (9-3)

⁸ A magyar egészségügyi kontextusban előforduló megszólítási változatokról I. Csiszárík-Domonkosi (2018) és Domonkosi-Kuna (2015).

Személyes névmás + birtokos személyjel

- (27) N:o és akkor hallgatom **Önt** hogy mivel érkezett most hozzánk? (...) mik a fő panaszai, (16-2)

Személyes névmás + tulajdonnév

- (28) Jó. (..) szóval mi az ami fájdalmas panaszos terület **Önnek Éva** (17-2)

Nincs utalás a betegre

- (29) hol van most jelenleg panasz fájdalom (1-3)

4.4.2. Az intézményre való utalás

Azt, hogy a nyitókérdések tartalmazznak-e valamilyen utalást az intézményi kontextusra, azért fontos vizsgálni, mert ezek a kifejezések előhívhatnak egy formális kontextust és az abban megfelelő nyelvhasználatot, így befolyásolhatják a betegek válaszait. Az intézményi kontextusra való utalás alapvetően kétféleképpen jelenik meg a korpuszadatokban: egyrészt deiktikus nyelvi elemek által, úgymint személyes névmások (30) vagy határozószók (31); másrészt önálló lexikai elemek által, úgymint főnevek: köznevek (32), tulajdonnevek (33). És itt is előfordulnak olyan esetek, amelyekben az előző jelölések kombinációi találhatóak (34–35). A 76 nyitókérdésből 45-ben találunk valamilyen utalást az intézményi kontextusra (59%).

Deiktikus elemek*Személyes névmás*

- (30) milyen panaszokkal jött most **hozzánk** (5-1)

Határozószó

- (31) milyen (.) panasszal érkezett **ide** (.) Norbert (11-5)

Főnevek*Köznév*

- (32) először azt szeretném kérdezni hogy mi a fő panasz mi miatt van most itt az **intézetben** (19-3)

Tulajdonnév

- (33) üdvözlöm, .h szeretném megkérdezni hogy milyen panaszokkal érkezett a **(kórház neve)-ba** jelen pillanatban. (14-1)

Az előzőek kombinációja*Határozószó + személyes névmás*

- (34) Jó mi a jelenlegi panasz. most mi mivel érkezett **ide be hozzánk.** (22-4)

Határozószó + köznév

- (35) először is azt szeretném kérdezni hogy mi a panasz. mi miatt került most **ide az intézetbe** (19-2)

4.4.3. Igék

Az igék vizsgálatának elsődleges célja az volt, hogy kiderüljön, hogy a nyitókérdésekben megjelenik-e olyan ige, amelynek valamely argumentuma a beteg személyére utaló kifejezés. A másodlagos cél annak pontosabb meghatározása volt, hogy milyen jellegű igei kifejezések használatosak a gyógytornászok nyitókérdéseiben.

A vizsgálat eredményeképpen kétféle olyan igei szerkezetet azonosítottam, amelynek valamely argumentuma a beteg személyére utaló kifejezés: lexikai cselekvésigéket (36–37), és olyan (kopulás) szerkezeteket, amelyekben az ige hangzó formában is megjelenik. Ez utóbbi csoporton belül találunk létigés birtoklásmondatokot (38), és olyan kopulás szerkezeteket, amelyekben az argumentum határozószó (39-40) (Kenesei–Vago–Fenyvesi 1998). Olyan eseteket is találtam, amelyekben a nem hangzó kopula egyik argumentumaként a betegre utaló kifejezés szerepel (41). Ezeket, illetve azon eseteket, amikor nem szerepel se olyan ige, se olyan kopula a megnyilatkozásban, amelynek a betegre utaló kifejezés lenne az argumentuma (42), ige nélkülieknek nevezem.

A nyitókérdésekben szereplő igék vizsgálatának tehát az a célja, hogy lássuk, hogy nyelvtanilag hogyan prezentálják ezek a beteg személyét: aktívan/dinamikusan, vagy statikusan, vagy egyáltalán nem. Az elemzés eredményei szerint 76-ból 45 nyitókérdés tartalmazott lexikai igét (59%), 18-ban szerepelt kopula (24%), és 13-ban egyáltalán nem szerepelt olyan ige, amelynek a betegre utaló kifejezés az egyik argumentuma (17%). Az összetett esetekben, amikor lexikai ige és kopula is megjelent (36) a nyitókérdésben, vagy amikor hangzó és nem hangzó kopula is szerepelt a mondatban (40), mindig az „erősebb” kifejezés szerint kategorizáltam, tehát előbbi esetében a lexikai igékhez, utóbbi esetben pedig a hangzó kopulásokhoz soroltam. A beágyazott nyitókérdések esetében pedig nem a főmondati ige, hanem a beágyazott kérdés igéje szerint kategorizáltam.

Ige

(36) N:a mesélje el nekem hogy (miért **van** itt velünk) milyen panasszal **jött** most hozzánk. (3-2)

(37) ő: milyen panaszokkal **érkezett** mi-[hozzánk] (18-2)

Kopula

Birtoklásmondat kopulával

(38) mondja milyen panaszai **vannak**. (21-2)

Kopulás mondat határozószóval

(39) szóval először meséljen egy picit hogy mivel **van itt**, mi \emptyset a probléma, (...) mi \emptyset fájdalmas, (7-3)

Megjelenő és zéró kopula, aminek a beteg az argumentuma

(40) azt szeretném kérdezni hogy mi \emptyset a fő panasza. (..) mi miatt **van** most itt az intézetben. (19-1)

Ige nélküli

Zéró kopula aminek a beteg az argumentuma

(41) Mi \emptyset a jelenlegi panasza. (22-3)

Nincs olyan ige, aminek a beteg az argumentuma

(42) jó. (..) mi Ø az ami fájdalmas panaszos terület (17-3)

4.4.4. A betegre utaló kifejezés tematikus szerepe

A nyitókérdések igéinek vizsgálatához szorosan kapcsolódik az igei argumentumok tematikus szerepeinek a vizsgálata. Elsősorban a betegre utaló kifejezés tematikus szerepe az érdekes abból a szempontból, hogy lássuk, a kérdés mennyire prezentálja aktívnak vagy passzívnak a beteget.

A tematikus szerepek meghatározása a nyelvészeti irodalomban ellentmondásos (Dowty 1989; Kiefer 2007), így nem az volt a célom, hogy minden esetben pontosan kategorizálni tudjam a betegre utaló kifejezés tematikus szerepét a nyitókérdésekben. Egy bináris *ágentív* és *nem ágentív* szembeállítás használatával azonban a két elemző kategorizációja 100%-os egyezést adott, ez a megkülönböztetés tehát teljesen egyértelműnek mondható, és jól elkülöníthető az adatokban. Az eredmények azt mutatták, hogy a 76 nyitókérdésből mindössze 12 prezentálja aktív ágensként a beteget (16%). Ezekben az adatokban az ágentív igék a következők: *jön* (43); *befekszik* (44); *fordul* (45). A kopulás mondatokban (38–40) a betegre utaló kifejezés mindig nem ágentív szerepű; továbbá az *érkezik* vagy *beérkezik* (46), illetve a *kerül* és *bekerül* (47) igék alanyi argumentumait sem tekintették az elemzők ágentívnek.

A beteg aktív ágens

(43) milyen (.) panasszal **jött** jelenleg hozzánk (5-4)

(44) jó. akkor azt szeretném kérdezni hogy mivel **feküdt be** hozzánk mi a most a panaszja jelen[legi] a legfőbb panaszja. (4-2)

(45) milyen panaszokkal **fordult** mihozzánk. (18-1)

A beteg nem ágens

(46) szeretném megkérdezni Öntől, hogy milyen panasszal, (..) **érkezett be**. (..) [mije fáj] (8-4)

(47) az lenne a kérdésem, először is, hogy hol van a fájdalom helye. ami miatt **bekerült** ide hozzánk. (20-1)

4.4.5. Most, jelenleg

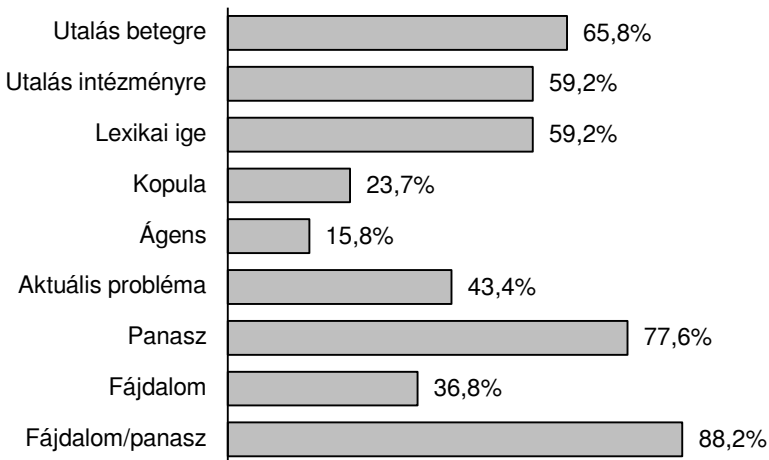
A betegkikérdezés problémaprezentációs fázisának a célja, hogy a betegek aktuális problémáiról értesüljön a terapeuta. Éppen ezért érdemes megvizsgálni a nyitókérdéseket abból a szempontból is, hogy tartalmaznak-e explicit utalást arra, hogy az aktuális problémákra vonatkozik a kérdés. Fontos ez abból a szempontból is, hogy képet kapjunk arról, hogy befolyással van-e a betegek válaszaire egy ilyen explicit utalás vagy sem.

Az aktuális panaszok előhívása érdekében a korpuszban leggyakrabban használt szó a *most* (48), ezen kívül használatos még a *jelenleg* vagy *jelenlegi* (49), és egyszer a *jelen pillanatban* (33) kifejezés is előfordul. Néhány további esetben együttesen fordul elő a *most* vagy a *jelenlegi* kifejezéssel (50), vagy az *aktuális* szóval (vö. (17)-(18)).

Összességében, a 76 nyitókérdésből 33-ban szerepel valamilyen utalás az aktuális panaszokra (43%).

- (48) n:o. mi **most** a panasz. hol van fájdalom (1-1)
- (49) ő mivel érkezett **jelenleg** hozzánk. (15-1)
- (50) mi a **jelenlegi** panasza. miért került ide be (.) **most**. (22-1)

A nyitókérdésekben vizsgált általános jellemzőket a 2. ábra foglalja össze. Az ábrán szereplő utolsó jellemzőről (fájdalom/panasz) a következő részben lesz szó.



2. ábra
A nyitókérdések nyelvi jellemzői

Ahogy az az ábráról is leolvasható, habár a GYT nyitókérdése a betegnek szól, tehát a beteget jelöli ki válaszadónak, a kérdések egyharmada nem tartalmaz explicit utalást a beszélgetőpartnerre. Ezáltal a kérdések egyharmada személytelenné válik. A kérdések nagy része (59%) azonban tartalmaz utalást az intézményre, kórházra mint az interakció helyszínére, ami erősítheti a társalgás formális kontextusát. Az igék használatát illetően azt találjuk, hogy 41%-ban vagy nincs olyan igei elem, amelynek a betegre utaló kifejezés az egyik argumentuma, vagy kopula használata figyelhető meg. Ennek következtében a NYK a beteget kevésbé prezentálja aktív cselekvés résztvevőjeként. Tehát a beteg aktív szerepe abban, hogy lépéseket tett annak érdekében, hogy a problémájára megoldást találjon, melynek következtében eljutott a kórházba, kevésbé jut kifejezésre. Ehhez járul hozzá az a megfigyelés, hogy a betegek mindössze 16%-ban jelennek meg aktív ágensként a NYK-ekben.

Összességében felmerül tehát, hogy a NYK-ek nyelvi jellegzetességei egy formális-intézményi keretet hívnak elő (Tannen 1985; Fillmore 2006), amely befolyásolhatja a betegek válaszát, illetve nyelvhasználatát, mivel az ilyen jellegű szociokulturális keretek bizonyos jellegű cselekvést, illetve nyelvhasználatot kívánnak meg (Kecskes 2012).

4.4.6. *Fájdalom, panasz*

Az előző részben tárgyalt orvosi-intézményi kontextust tovább erősítheti a GYT-ok szóhasználata, amellyel a beteg problémáira utalnak. Ugyanis, ahogy azt a cikkben idézett példáknl is láthattuk, a GYT-ok a legtöbb esetben a *panasz* szóval, illetve annak valamelyik formájával kérdeznak rá a beteg problémáira (78%). A másik gyakori szóhasználat ezzel kapcsolatban a *fájdalom*, illetve annak valamely formája (37%). Összességében a NYK-ek 88%-ában a GYT-ok vagy a *panasz* és/vagy a *fájdalom* szavak valamelyik formáját (főnévi, melléknévi) alkalmazzák, amikor a beteg problémáiról érdeklődnek. Ennek az a jelentősége, hogy egészségügyi kontextusban mindkét szó csak fizikális tüneteket takar (Juhász et al. 1975), ezáltal leszűkítve az elfogadható, illetve elvárt válaszok halmazát, mivel a beteg egyéb, pszichoszociális problémáit (pl. félelem) nem feltétlenül tárják fel.

5. Összefoglalás, konklúzió

Jelen tanulmány 76 gyógytornász-beteg interakció nyitókérdéseit vizsgálta, amelyek a résztvevők első találkozásakor hangzottak el. A leíró elemzés eredményeképpen a NYK-ek négy kategóriáját állapítottam meg: (1) Kérdőszós NYK (30%), (2) Beágyazott NYK (54%) (3) Poláris NYK (5%), és (4) Orvosi anamnéziszre épülő NYK (11%). A NYK-ek klasszifikációja mellett az alábbi nyelvhasználati jellemzők kódolása történt minden kérdés esetén: (1) betegre való utalás (66%), (2) intézményre való utalás (59%), (3) Igehasználat: lexikai ige (59%), kopulás szerkezet (24%), (4) betegre utaló kifejezés tematikus szerepe ágens (16%), (5) annak explicit kifejezése, hogy a GYT az aktuális problémákra kíváncsi (43%). Egy további vizsgálati szempontként leírásra került, hogy (6) a GYT-ok milyen szóval kérdeznak rá a beteg problémáira. Ennek eredményeként azt találtam, hogy az esetek 88%-ban a *panasz* és/vagy a *fájdalom* szavak valamelyik formáját használják a GYT-ok.

A kutatás eredményeként összességében felmerül, hogy a NYK-ek nyelvi jellemzői – személytelen kérdés, kórházra való utalás, lexikai igék hiánya, beteg passzív szereplőként való megjelenítése – egy formális-intézményi kontextust hívhatnak elő, mely a fizikális problémákra való fókuszálással együtt befolyásolhatja, illetve korlátozhatja a betegek válaszadási mintáztatit. Annak felderítésére, hogy ez valóban így történik-e, a cikksorozat második részében kerül sor (Udvardi 2023).

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnék köszönetet mondani társelemzőmnek, Molnár Cecília Saroltának a másodkódolásban nyújtott segítségével és a vitás kérdésekben való egyeztetésért.

Hivatkozások

Ainsworth-Vaughn, Nancy 2001. The discourse of medical encounters. In Deborah Schiffrin – Deborah Tannen – Heidi E. Hamilton (szerk.) *The Handbook of Discourse Analysis*. Oxford: Blackwell Publishers. 453–469.
doi:10.1002/9780470753460.

- Austin, John Langshaw 1962. *How to Do Things With Words*. Cambridge: Harvard University Press.
- Csiszárík Katalin – Domonkosi Ágnes 2018. A gyógyító-beteg viszonylat megszólítási változatai egy mozgásszervi rehabilitációs osztály gyakorlatközösségében. *Az Eszterházy Károly Egyetem tudományos közleményei. Tanulmányok a magyar nyelvtudomány köréből* 44 (Acta Universitatis de Carolo Eszterhazy Nominatae. Sectio Linguistica Hungarica. Új sorozat):109–127.
- DiMatteo, M. Robin – Kelly B. Haskard-Zolnierok – Leslie R. Martin 2012. Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review* 6/1:74–91. doi:10.1080/17437199.2010.537592.
- Domonkosi Ágnes – Kuna Ágnes 2015. A tetszikelés szociokulturális értéke. A tetszikelő kapcsolattartás szerepe az orvos-beteg kommunikációban. *Magyar Nyelvőr* 139/1:39–63.
- Dowty, David R. 1989. On the semantic content of the notion of 'thematic role'. In Gennaro Chierchia – Barbara H. Partee – Raymond Turner (szerk.) *Properties, Types, and Meaning*. (Studies in Linguistics and Philosophy 39) Dordrecht: Springer. 69–129. doi:10.1007/978-94-009-2723-0_3.
- Ehrlich, Susan – Alice Freed 2010. The function of questions in institutional discourse. An introduction. In Alice Freed – Susan Ehrlich (szerk.) *Why Do You Ask? The Function of Questions in Institutional Discourse*. Oxford: Oxford University Press. 3–19. doi:10.1093/acprof:oso/9780195306897.003.0001.
- Epstein, Ronald M. – Richard L. Street 2007. *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering*. Bethesda: National Cancer Institute, NIH Publication.
- Fetzer, Anita 2012. Textual coherence as a pragmatic phenomenon. In Keith Allan – Kasia M. Jaszczolt (szerk.) *The Cambridge Handbook of Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press. 447–468. doi:10.1017/CBO9781139022453.024.
- Fillmore, Charles J. 2006. Frame semantics. In Dirk Geeraerts (szerk.) *Cognitive Linguistics: Basic Readings*. (Cognitive Linguistics Research 34) Berlin, New York: Mouton de Gruyter. 373–400. doi:10.1515/9783110199901.373.
- Gyuris, Beáta 2017. New perspectives on bias in polar questions: A study of Hungarian -e. *International Review of Pragmatics* 9/1:1–50. doi:10.1163/18773109-00000003.
- Hakulinen, Auli 2009. Conversation types. In Sigurd D'hondt – Jan-Ola Östman – Jef Verschueren (szerk.) *The Pragmatics of Interaction*. (Handbook of Pragmatics Highlights 4) John Benjamins Publishing Company. 55–65. doi:10.1075/hoph.4.03hak.
- Hámori, Ágnes 2010. Illocutionary force, salience and attention management – a social cognitive pragmatic perspective. *Acta Linguistica Hungarica* 57/1:53–74. doi:10.1556/ALing.57.2010.1.3.
- Haskard Zolnierok, Kelly B. – M Robin DiMatteo 2009. Physician communication and patient adherence to treatment. A meta-analysis. *Medical Care* 47/8:826–834. doi:10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.

- Hayano, Kaoru 2012. Question design in conversation. In Jack Sidnell – Tanya Stivers (szerk.) *The Handbook of Conversation Analysis*. Chichester: John Wiley & Sons. 395–414. doi:10.1002/9781118325001.ch19.
- Heritage, John 2010. Questioning in medicine. In Alice F. Freed – Susan Ehrlich (szerk.) „*Why Do You Ask?*” *The Function of Questions in Institutional Discourse*. Oxford University Press. 42–68. doi:10.1093/acprof:oso/9780195306897.003.0003.
- Heritage, John 2011. The interaction order and clinical practice: Some observations on dysfunctions and action steps. *Patient Education and Counseling* **84/3**:338–343. doi:10.1016/j.pec.2011.05.022.
- Heritage, John – Jeffrey D. Robinson 2006. The structure of patients' presenting concerns: Physicians' opening questions. *Health Communication* **19/2**:89–102. doi:10.1207/s15327027hc1902_1.
- Hiller, Amy – Clare Delany 2018. Communication in physiotherapy: challenging established theoretical approaches. In Barbara E. Gibson – David A. Nicholls – Jenny Setchell – Karen Synne Groven (szerk.) *Manipulating practices. A critical physiotherapy reader*. Cappelen Damm Akademisk. 308–333.
- Howick, Jeremy – Andrew Moscrop – Alexander Mebius – Thomas R Fanshawe – George Lewith et al. 2018. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine* **111/7**:240–252. doi:10.1177/0141076818769477.
- Ilie, Cornelia 2015. Questions and Questioning. In Karen Tracy – Todd Sandel – Cornelia Ilie (szerk.) *The International Encyclopedia of Language and Social Interaction*. John Wiley & Sons. doi:10.1002/9781118611463.wbielsi202.
- Juhász József – Szőke István – O. Nagy Gábor – Kovalovszky Miklós (szerk.) 1975. *Magyar értelmező kéziszótár. 2., változatlan kiadás*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Kecskes, Istvan 2012. Encyclopaedic knowledge and cultural models. In Hans-Jörg Schmid (szerk.) *Cognitive Pragmatics*. (Handbooks of Pragmatics 4) Berlin, Boston: de Gruyter. 175–197. doi:10.1515/9783110214215.175.
- Kenesei, István – Robert Michael Vago – Anna Fenyvesi 1998. *Hungarian*. London: Routledge.
- Kiefer, Ferenc 1980. Yes-no questions as Wh-questions. In John R. Searle – Ferenc Kiefer – Manfred Bierwisch (szerk.) *Speech Act Theory and Pragmatics*. (Texts and Studies in Linguistics and Philosophy 10) Dordrecht: Springer. 97–119. doi:10.1007/978-94-009-8964-1_5.
- Kiefer Ferenc 1983. A kérdő mondatok szemantikájáról és pragmatikájáról. In Rác Endre – Szathmári István (szerk.) *Tanulmányok a mai magyar nyelv szövegtana köréből*. Budapest: Tankönyvkiadó. 203–230.
- Kiefer Ferenc 2007. *Jelentésemélet*. Budapest: Corvina.
- 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*. Budapest: ELTE Eötvös József Collegium. 215–239.

- Lie, Hanne C. – Lene K. Juvet – Richard L. Street – Pål Gulbrandsen – Anneli V. Mellblom et al. 2022. Effects of physicians' information giving on patient outcomes: a systematic review. *Journal of General Internal Medicine* **37/3**:651–663. doi:10.1007/s11606-021-07044-5.
- Makoul, Gregory 2001. Essential elements of communication in medical encounters. The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* **76/4**:390–393. doi:10.1097/00001888-200104000-00021.
- Mistiaen, P. – M. Osch – L. Vliet – J. Howick – F.L. Bishop – Z. Di Blasi – J. Bensing – S. Dulmen 2016. The effect of patient-practitioner communication on pain: a systematic review. *European Journal of Pain* **20/5**:675–688. doi:10.1002/ejp.797.
- Németh T., Enikő 2019. *Implicit Subject and Direct Object Arguments in Hungarian Language Use. Grammar and Pragmatics Interacting.* (Pragmatic Interfaces) Equinox.
- Osch, Mara van – Sandra Dulmen – Liesbeth Vliet – Jozien Bensing 2017. Specifying the effects of physician's communication on patients' outcomes: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling* **100/8**:1482–1489. doi:10.1016/j.pec.2017.03.009.
- Parry, Ruth 2009. Practitioners' accounts for treatment actions and recommendations in physiotherapy: when do they occur, how are they structured, what do they do? *Sociology of Health & Illness* **31/6**:835–853. doi:10.1111/j.1467-9566.2009.01187.x.
- Robinson, Jeffrey D. 2006. Soliciting patients' presenting concerns. In John Heritage – Douglas W. Maynard (szerk.) *Communication in Medical Care.* Cambridge: Cambridge University Press. 22–47. doi:10.1017/CBO9780511607172.004.
- Robinson, Jeffrey D. – John Heritage 2006. Physicians' opening questions and patients' satisfaction. *Patient Education and Counseling* **60/3**:279–285. doi:10.1016/j.pec.2005.11.009.
- Rollnick, Stephen – William R. Miller – Christopher C. Butler 2008. *Motivational Interviewing in Health Care. Helping Patients Change Behavior.* New York: Guilford Press.
- Schegloff, Emanuel A. – Harvey Sacks 1973. Opening up closings. *Semiotica* **8/4**:289–327. doi:10.1515/semi.1973.8.4.289.
- Schirm Anita 2007. A kérdések pragmatikája. In Várad Tamás (szerk.) *Alknyelvdok. I. Alkalmazott Nyelvészeti Doktorandusz Konferencia.* Budapest: MTA Nyelvtudományi Intézet. 160–169.
- Schirm Anita 2020. A diskurzusjelölők a telefonos ügyfélszolgálati beszélgetésekben. *Beszédtudomány – Speech Science* **1**:237–258. doi:10.15775/BESZTUD.2020.237-258.
- Schmidt, Thomas – Kai Wörner 2014. EXMARaLDA. In Jacques Durand – Ulrike Gut – Gjert Kristoffersen (szerk.) *The Oxford handbook of corpus phonology.* Oxford: Oxford University Press. 402–419. doi:10.1093/oxfordhb/9780199571932.013.030.
- Searle, John R. 1969. *Speech Acts: An Essay in the Philosophy of Language.* Cambridge: Cambridge University Press.

- Searle, John R. 1975. Indirect speech acts. In Peter Cole – Jerry L. Morgan (szerk.) *Syntax and Semantics, Volume 3: Speech Acts*. New York: Academic Press. 59–82.
- Searle, John R. 1976. A classification of illocutionary acts. *Language in Society* 5/1:1–23.
- Searle, John R. 2001 [1989]. How performatives work. In Daniel Vanderveken – Susumo Kubo (szerk.) *Essays in Speech Act Theory*. (Pragmatics & Beyond New Series 77) John Benjamins Publishing Company. 85–107. doi:10.1075/pbns.77.05sea.
- Sidnell, Jack 2010. *Conversation Analysis. An introduction*. (Language in Society 37) Chichester, Malden: Wiley-Blackwell.
- Silverman, Jonathan – Suzanne M. Kurtz – Juliet Draper 2013. *Skills for Communicating with Patients*. 3. kiadás. London: Radcliffe Publishing.
- Smith, Robert C. – Auguste H. Fortin – Francesca Dwamena – Richard M. Frankel 2013. An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Education and Counseling* 91/3:265–270. doi:10.1016/j.pec.2012.12.010.
- Tannen, Deborah 1985. Frames and schemas in interaction. *Quaderni di Semantica* 6/2:326–335.
- Tsai, Mei-hui 2006. *Opening hearts and minds: a linguistic framework for analyzing open questions in doctor-patient communication = 使君傾言：醫病溝通中開放式問句之語言學分析*. Taipei: Crane Publishing.
- Tsai, Mei-hui – Feng-hwa Lu – Richard M. Frankel 2014. Teaching medical students to become discourse analysts. From conversational transcripts to clinical applications. In Heidi Ehernberger Hamilton – Wen-ying Sylvia Chou (szerk.) *The Routledge Handbook of Language and Health Communication*. London: Routledge. 327–343. doi:10.4324/9781315856971.ch20.
- Udvardi Anna 2023. Miért nem a feltett kérdésre válaszolnak a betegek? Gyógytornász-beteg konzultációk elemzése 2. *Jelentés és Nyelvhasználat* 10/1:27–49. doi:10.14232/JENY.2023.1.2.
- Verschueren, Jef 1999. *Understanding Pragmatics*. London: Arnold Publishers.
- Verschueren, Jef 2000. Notes on the role of metapragmatic awareness in language use. *Pragmatics* 10/4:439–456. doi:10.1075/prag.10.4.02ver.

A szerzőről

Udvardi Anna a Szegedi Tudományegyetem Nyelvtudományi Doktori Iskola Elméleti nyelvészet programján szerzett doktori fokozatot. Emellett egyéni vállalkozóként aktívan praktizál magánellátásban gyógytornászként.

Elérhetősége: aksunna82@gmail.com