

# Miért nem a feltett kérdésre válaszolnak a betegek?

## Gyógytornász-beteg konzultációk elemzése 2.

Udvardi Anna  
SZTE Nyelvtudományi Doktori iskola

### Összefoglaló

A tanulmány gyógytornászok és betegek közötti első találkozások dialógusainak kezdeti szakaszát vizsgálja. Az elemzés fókuszában a betegeknek a gyógytornászok nyitókérdéseire (NYK) érkező válaszai állnak. Mivel a NYK-ek célja a vizit okainak, azaz a beteg aktuálisan tapasztalt problémáinak a feltárása, a válaszok induktív csoportosítása azok információtartalmán alapul. A korpuszban hét válaszkategóriát azonosítottam: (1) Informatív (40%), (2) Történet (26,7%), (3) Hiányos (22,7%), (4) Képkalkoló eredmény, orvosi diagnózis (21,3%), (5) Pragmatikailag nem megfelelő (12%), (6) Tisztázó (2,7%), és (7) Egyéb (5,3%) típusú válaszok. A NYK-ek nyelvi jellemzői és a rájuk érkező választípusok összefüggéseinek statisztikai elemzése nem ad magyarázatot az utóbbiak sokszínűségére. A tanulmány a szociokognitív megközelítés keretein belül ad magyarázatot az eredményekre.

*Kulcsszavak:* gyógytornász-beteg interakció, problémaprezentáció, szociokognitív megközelítés, kérdés-válasz szomszédsági párok

## 1. Bevezetés<sup>1</sup>

Jelen tanulmány egy kétrészes cikksorozat második része.<sup>2</sup> A sorozat gyógytornászok (GYT) és betegek közötti első találkozások párbeszédeit vizsgálja; az első részben a GYT-ok nyitókérdéseivel (NYK) foglalkoztam; a második rész fókuszában pedig a GYT-nak a problémaprezentációs fázist megnyitó kérdésére érkező, a betegek által adott feleletek állnak.

A GYT-beteg interakciók (melyeket a szakirodalom vizit vagy konzultáció néven is említ) tágabb értelemben az egészségügyi kommunikáció vizsgálati körébe tartoznak, azon belül is a terapeuta (orvos, GYT, ápoló, egyéb egészségügyi szakdolgozó) és a beteg közötti kommunikáció vizsgálatához. A GYT-beteg interakciók a formális-intézményi diskurzusok egy típusát alkotják (Hakulinen 2009), és ennek a jellemzőnek fontos hatása van mind a diskurzus résztvevőire, mind pedig az interakciókat elemző kutatóra nézve. Egyikőjük sem hagyhatja ugyanis figyelmen kívül azt a tényt, hogy a GYT-beteg társalgások feladatorientáltak. Ilyen feladat például a megfelelő diagnózis, illetve az azon alapuló kezelési terv felállítása; és e feladatok

<sup>1</sup> A tanulmány előadás formájában az *Újdonságok a szemantikai és pragmatikai kutatásokban* című, 2022 április 29-én, Szegeden megrendezett konferencián hangzott el.

<sup>2</sup> Annak érdekében, hogy a cikksorozat két része egymástól függetlenül is olvasható legyen, bizonyos részek (pl. a vizit felépítése, a korpusz ismertetése) ismétlésre kerülnek a jelenlegi, második részben.

megvalósításához nélkülözhetetlen a megfelelő mennyiségű és minőségű információ kinyerése. Mindehhez pedig hatékony kommunikációs stratégiák szükségesek. Tehát egyrészt a feladat, illetve az elérendő cél hatással van a kommunikáció módjára, másrészt a kommunikáció minősége befolyásolja a feladat sikeres teljesítését. Következésképpen, a GYT–beteg találkozások nyelvészeti elemzése a vizit kimenetelét esetlegesen befolyásoló gyakorlati vonatkozásokkal is bírhat, amennyiben feltárja az adott feladatok teljesítéséhez szükséges hatékony kommunikációs stratégiákat.

A tanulmány a következő kutatási kérdések megválaszolását tűzi ki céljával: 1) Milyen válaszadási mintázatok jellemzik a betegek – a GYT-ok problémaprezentációs fázist megnyitó kérdésére érkező – feleleteit? 2) Milyen kvalitatív, illetve kvantitatív kapcsolat fedezhető fel a GYT-ok nyitókérdése (NYK) és a betegek válaszai között? és 3) Hogyan magyarázható a betegek válaszainak változatossága?

Mivel a GYT–beteg konzultáció során megvalósítandó (rész)feladatok, illetve elérendő célok a találkozó egy-egy szakaszához köthetők, ezért az elemzés során elengedhetetlen a vizit struktúrájának, illetve az egyes szakaszokhoz tartozó céloknak az ismerete. Az alább ismertetett struktúra a Silverman et al. (2013) által kidolgozott Calgary-Cambridge Útmutató (Calgary-Cambridge Guides) alapul (1. táblázat).

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

1. táblázat

Calgary-Cambridge Útmutató:

a vizit szerkezete és az egyes szakaszokhoz tartozó célok/feladatok

Ahogy az a fenti táblázatban is látható, Silverman és munkatársai (2013) öt fő fázisra osztják az egészségügyi konzultációt; ezekhez a fázisokhoz meghatározott feladatok és célok társulnak. A szerzők kijelölnek továbbá két feladatot (struktúra biztosítása és kapcsolatépítés), melyek nem konkrét szakaszhoz köthetők, hanem a vizit elejétől a végéig, a terapeuta által folyamatosan teljesítendő feladatoknak tekinthetők.

A tanulmány szempontjából az első szakasz, azaz a vizit megkezdése, azon belül is a konzultáció okainak a beazonosítása bír jelentőséggel. A szakirodalom a *problémaprezentációs fázis* elnevezéssel is hivatkozik erre a szakaszra (Robinson–Heritage 2005; Heritage–Robinson 2006a). A vizitnek ez a része azért különösen fontos, mert első találkozásról lévén szó, ez az első alkalom, amikor a GYT és a beteg között a kölcsönös megértés és a közös alap (common ground, CG) kialakul a beteg problémáit illetően.

A tanulmány második részében a CG – jelen kutatás szempontjából releváns – megközelítéseit, majd a problémaprezentációs fázis jellemzőit ismertetem. A harmadik rész a kutatás alapját képező adatokat, valamint az alkalmazott módszertant ismerteti. A negyedik rész pedig az eredményeket mutatja be a fenti kutatási kérdések fényében. A tanulmány utolsó része a megállapítások összefoglalását, és az eredmények gyakorlati felhasználhatóságát közli.

Mielőtt azonban rátérünk a következő részre, fontos röviden összefoglalni azon elméleti kereteket, melyekre a tanulmány támaszkodik. Először is, a témából adódóan, fontos szerepet játszanak az egészségügyi kommunikációt vizsgáló kutatások, ezen belül elsősorban a terapeuta-beteg közti kommunikációval foglalkozó munkák. Másodsorban, egy tágabb pragmatikai megközelítésen belül a szociokognitív modell, különösen annak a CG-ra és a kommunikáció egyéni tényezőire vonatkozó megállapításai. Végül pedig a tanulmány részben bevonja a konverzációelemzés megközelítéseit és módszereit is (l. bővebben a 3.2. módszertani részben).

## 2. Elméleti háttér

### 2.1. A common ground és a szociokognitív megközelítés

A kölcsönös tudás, azaz a közös alap (CG) elengedhetetlen alapfeltétele a kommunikációnak. Általánosságban azon információk képezik a CG-t, (1) amelyeket egy adott társalgás bármely pontján a résztvevők közösnek és igaznak tekintenek és (2) amelyről minden résztvevő tudja, hogy annak az összes többi résztvevő is birtokában van (Bara 2017; Geurts 2017). A CG dinamikusan épül ki, módosul a diskurzusok során, azon közös cselekvés keretében, amely a nyelvhasználat során a résztvevők között megvalósul (Clark 1996). Tehát a beszélgetőpartnerek a megnyilatkozásaik által mindig hozzájárulnak, hozzáadnak a CG-hez, amennyiben az elhangzott információkat a partnerek megértik és elfogadják. Ezáltal tehát a CG lépésről lépésre, fordulóról fordulóra alakul és igazodik a társalgás céljainak fényében (Clark–Schaefer 1989; Stalnaker 2002; Allan 2013; Sacks–Schegloff–Jefferson 1974).

A fentiekből következik, hogy jelen kutatásban a társalgás célja kiemelten fontos tényező, hiszen ahogy azt előzőleg is láthattuk, a GYT–beteg találkozások feladat-orientált társalgások. A vizit minden egyes szakaszának megvannak ugyanis a sajátos céljai, és ezek eléréséhez e célok szempontjából releváns információk szükségesek. Mivel azonban a GYT és a beteg különböző háttérrel rendelkeznek, azaz az interakció szempontjából – a szakértői és a laikus szerepekből következően – különböző világokból érkeznek, a rendelkezésükre álló tudás is eltérő (Stortenbeker et al. 2020; Mishler 1984). Ez pedig befolyásolhatja azt, hogy az egyes szereplők milyen információt tekintenek a társalgás céljainak szempontjából relevánssnak,

illetve, hogy egyáltalán tudatában vannak-e ezeknek a céloknak. Mindezen megfontolások alapján a szociokognitív megközelítés (sociocognitive approach, SCA), amely egyrészt megkérdőjelezi a kommunikáció idealizált információáramlásként való felfogását, másrészt a kommunikáció egyéni komponenseit is figyelembe veszi, plauzibilis keretrendszert biztosít az GYT–beteg interakciók elemzéséhez.

A szociokognitív megközelítés (Kecskes–Zhang 2009; Kecskes 2010; Kecskés 2014) egy olyan elméleti keret, amely a kommunikáció társas-társadalmi és egyéni tényezőit, a nyelvhasználat társas és kognitív aspektusait egyaránt lényegesnek tartja és bevonja az elemzésbe, ezáltal az interakciók holisztikus magyarázatát teszi lehetővé. Ezen keret és a hozzá kapcsolódó dinamikus jelentésmodell (dynamic model of meaning, DMM) (Kecskes 2008) szerint a jelentésképzésben és a megértésben is fontos szerepet játszanak az egyének megelőző tapasztalatai. Azaz a lexikai egységekben a megelőző használat kontextusa is kódolódik, ami aztán hatással van a későbbi jelentésképzésre. Ezen túlmenően, az SCA megkülönbözteti a kommunikáció egyéni és társas jellemzőit, amelyek azonban folytonos kölcsönhatásban vannak a kommunikáció során. Az egyéni komponensek közé tartozik a megelőző, egyedi tapasztalat, a szalencia (saliency), az egocentrizmus és a figyelem. Ezeknek a lényege, hogy az egyének a számukra kiemelkedő, szalians információkat aktiválják, figyelmük ezekre irányul mind a beszéd, mind pedig a megértés során. Más szóval az egocentrikus viselkedés annak az eredménye, hogy a társalgásban résztvevő egyén inkább hagyatkozik a saját tudására, mint a közös tudásra (Kecskes 2017). Ezzel szemben, illetve ezzel kölcsönhatásban a kommunikáció társas jellemzői az aktuális szituáció tapasztalatán, a relevancián, a kooperáción és az intenció működésén alapulnak. A relevancia ebben a megközelítésben az intenciók szempontjából értendő, amelyek a társalgást annak céljai felé irányítják.

Ez a keretrendszer, ahogyan azt a későbbiekben látni fogjuk, megfelelő alapot biztosít a GYT–beteg interakciók elemzéséhez. Különösen a kommunikáció egocentrikus komponensének a figyelembevételére lesz fontos számunkra.

Az elméleti alapok bemutatása után nézzük, hogy milyen szerepe van a problémareprezentációs fázisnak a CG alakításában.

## 2.2. A problémareprezentációs fázis

A vizit problémareprezentációs fázisa a terapeuta nyitókérdésével indul, és egészen addig tart, amíg a terapeuta át nem vált egy következő cselekvési folyamatba, amely legtöbbször az információgyűjtés megkezdését jelenti (Heritage–Robinson 2006b). A problémareprezentációs fázis célja, hogy a terapeuta megismerje a beteg aktuális problémáit, azaz amiket a beteg a találkozói idején tapasztal, illetve amelyek miatt a beteg segítséghez fordult, tehát amelyek a konzultációhoz vezettek. Következésképpen, ideális esetben ez a fázis akkor tekinthető befejezettnek, ha a beteg előadta az adott időben fennálló gondjait (Robinson–Heritage 2005). Természetüket tekintve ezek a problémák mind biomedikális (konkrét fizikai tünetek, elváltozások), mind pedig pszichoszociális (pl. félelem, hiedelem, társas kontextus) jellegűek lehetnek (Engel 1977; Smith et al. 2013). A terapeuta feladata tehát az, hogy teljes képet nyerjen a beteg problémáiról, gondjairól. Mindez elősegíti a kölcsönös megértést, a megfelelő diagnózis felállítását és egy közös döntésen alapuló kezelési terv felállítását.

A fent megfogalmazott célok eléréséhez, azaz a beteg összes problémájának feltárásához három alapvető kommunikációs stratégia alkalmazása ajánlott. Egyrészt, első konzultációk esetén általános, nyitott nyitókérdések használata javasolt, mivel ezek lehetővé teszik a betegek számára, hogy történetüket szabadon, saját belátásuk szerint adhassák elő (Heritage–Robinson 2006b; Robinson 2006; Tsai 2006; Tsai–Lu–Frankel 2014).<sup>3</sup> Fontos ugyanakkor megjegyezni, hogy a nyitott kérdések alkalmazása önmagában nem garantálja azt, hogy a beteg összes releváns problémája terítékre kerül. Előfordul ugyanis, hogy a terapeuta – még mielőtt a beteg minden gondját elmondhatná – rögtön belekezd az elsőnek említett probléma részletezésébe annak ellenére, hogy klinikai szempontból nem feltétlenül az a legfontosabb (Beckman–Frankel 1984; Hood–Medland et al. 2021). A kutatási eredmények arra utalnak, hogy a gyógytornászok is hajlamosak félbeszakítani a betegeket, miközben azok a problémáikat előadják. Chester és munkatársai (2014) 42, gyógytornászok és betegek közötti első találkozót vizsgáltak, és eredményeik szerint az esetek 60%-ában (N = 25) a gyógytornász félbeszakította a beteget a NYK megválaszolása során. Roberts és Burrow (2018) szintén első konzultációkat vizsgált, de ők a vizitek teljes hossza alatt nézték a félbeszakítások prevalenciáját. Eredményeik alapján a gyógytornászok hétszer gyakrabban szakították félbe a betegeket, mint fordítva.

A megfelelő nyitókérdés után második stratégiaként fontos tehát, hogy a terapeuta figyelmesen meghallgassa a beteg válaszát, melyből sok információ kinyerhető. Megismerhetjük a beteg történetét, nézőpontját, érzelmi állapotát. Miután a beteg befejezte a mondandóját, a terapeuta által harmadikként alkalmazandó stratégia, hogy tudatosan rákérdez, van-e esetleg a betegnek további, addig el nem mondott problémája. Csak ezt követően, azaz a beteg összes gondjának ismeretében kerülhet sor a napirendi pontok közös megbeszélésére (agenda setting), más szóval annak meghatározására, hogy mely problémá(k) részletezése álljon a vizit középpontjában (Robinson–Tate–Heritage 2016; Silverman–Kurtz–Draper 2013). A vizit fókuszának megállapítása a terapeuta és a beteg közötti együttműködési folyamat eredményeként jön létre, melynek során mindkét résztvevő nézőpontja előkerül a témák prioritásának átbeszélésekor. Ennek eredményeképp egyrészt elkerülhető, hogy egy-egy téma túl hamar a figyelem középpontjába kerüljön, másrészt pedig a konzultáció is strukturáltabbá válik (Gobat et al. 2015).

Összefoglalva elmondható tehát, hogy a problémaprezentációs fázis kiemelkedő fontosságú a terapeuta és a beteg közötti kölcsönös megértés, közös alap (common ground) kialakításában. Ne felejtjük el továbbá, hogy a vizit ezen szakaszának célja a beteg aktuálisan tapasztalt problémáinak a feltárása. Ez utóbbi tényező nagy jelentőséggel bír a későbbi elemzésben.

Az elméleti bevezetés után térjünk át a kutatáshoz felhasznált adatok és az alkalmazott módszertan megismerésére.

---

<sup>3</sup> A kérdésekkel általában és az egészségügyi kontextusban a cikksorozat első része foglalkozik részletesebben.

### 3. Adatok és módszerek

#### 3.1. A kutatásban részt vevő alanyok és a korpusz jellemzői

A hangfelvételek egy budapesti, mozgásszervi problémákra, illetve reumatológiai betegségekre specializálódott kórházban készültek. Eredetileg 79 találkozó került rögzítésre, de két esetben a diktafon késői bekapcsolása miatt a vizit eleje lemaradt a felvételről, így ezek a találkozók ki lettek zárva az elemzésből. Ennek eredményeképpen 77 hangfelvétel került bele a kutatás alapját képező korpuszba. Az összes hangfelvétel az adott gyógytornász és aktuális betege közötti *első találkozást* rögzítette. Az adatgyűjtés 2018 júliusa és 2019 májusa között zajlott, a kutatást az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásaitikai Bizottsága engedélyezte (ETT TUKEB 34846-2/2018/EKU).

Kényelmi mintavételezés történt, azaz a kutató számára legkönnyebben elérhető GYT-ok és betegek kerültek be a kutatásba, tehát a minta nem reprezentatív (Böncz 2015). A kórház 7 osztályáról összesen 22 GYT (mind nő), és 77 beteg vett részt a kutatásban; demográfiai adataikat a 2. és a 3. táblázat foglalja össze. A GYT-ok fejenként 3–5 felvételt készítettek különböző új betegekkal történő első találkozásairól.

	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  
Gyógytornászok demográfiai adatai

	Életkor	
	ffi	nő
Valid	12	65
Hiányzó	0	2
Medián	62,500	67,000
Átlag	59,167	65,569
Szórás	15,135	12,035
Minimum	37,000	35,000
Maximum	82,000	86,000

3. táblázat  
Betegek demográfiai adatai

A felvételek transzkripciója az alábbiak szerint történt. Az átírás a GYT nyitókérdésétől (NYK), azaz a beteg problémáinak előhívására szolgáló kérdéstől indult, tehát a vizit tényleges elejét nem tartalmazza. A találkozó NYK előtti történéseiről

(pl. kezelések megbeszélése, kutatáshoz szükséges papírmunka kitöltése, bemutatózás) csak azok tartalmát jelölő jegyzetek készültek. Az átírások minimálisan a problémaprezentációs fázist (l. feljebb) tartalmazzák, de egyes esetekben – a kommunikációs stílus vagy egyéb, jövőbeli kutatás szempontjából érdekesnek tűnő jelenségek bemutatása érdekében – ennél hosszabb részeket is átírtam. Az összes transzkripciót, amely 03:11:38 (ó:p:mp) időtartamú hanganyagot fed le, a szerző készítette. A legrövidebb átírt részlet hanganyaga 23,74 másodperc, míg a leghosszabbé 07:23,27 (p:mp). Átlag = 02:31,29 (p:mp), medián = 02:17 (p:mp) és szórás = 01:34,03 (p:mp). A transzkripciók a konverzációelemzés (conversation analysis, CA) (Sidnell 2010) hagyományait követik, egyedül a szünetek jelölésében történt módosítás, mivel a kutatás fókusza szempontjából azok pontos mérésére nem volt szükség. A bevezetett jelölések a következők:

- (.) 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 le mérve, számszerűsítve vannak jelölve pl. (1,3).

### 3.2. Módszerek

A bevezetésben megfogalmazott kutatási kérdések megválaszolásához kvalitatív és kvantitatív módszertan egyaránt szükséges. A kvalitatív módszertan mikroanalízisen alapul. A mikroanalízis a társalgások szerkezetét és természetét vizsgálja részletesen arra az elvre alapozva, hogy a beszéd társas cselekvés terméke, azaz a beszélők közösen és dinamikusan alkotják-alakítják a társalgást, ami csakis az adott situáció kontextusában és a beszélők közötti viszony figyelembevételével értelmezhető. Röviden megfogalmazva: a mikroanalízis célja az interakciók egyedi jellegzetességeinek a feltárása. Módszereiket tekintve a konverzációelemzés (conversation analysis, CA) és a diskurzuselemzés is a mikroanalízis területéhez tartozik (Charon–Greene–Adelman 1994; Heritage–Maynard 2006).

Az első kérdés megválaszolásához, azaz a betegek válaszadási mintázatainak feltérképezéséhez leíró módszert alkalmaztam. A válaszok kategóriáinak kialakítása induktív módon, pusztán az adatokra hagyatkozva történt, majd a megbízhatóság növelése érdekében egy társelemzőt is bevontam a kutatásba. Ez a következőképpen zajlott: miután a szerző felállította az alapvető válaszkategóriákat, azokat rövid magyarázattal és példákkal együtt bemutatta a társelemzőnek. Ezt követően a szerző (általános nyelvész és gyógytornász-fizioterapeuta) és a társelemző (elméleti nyelvész PhD fokozattal) közösen végezte az összes válasz csoportba sorolását. A munkafolyamat során a két elemző szimultán ment végig az összes válaszon, de a kategorizálás egymástól függetlenül történt. Minden egyes válasz csoportba sorolása után a szerző és a társelemző egyeztetette az eredményeit, és eltérés esetén megvitatta azokat mindaddig, amíg közös megegyezésre nem jutottak. Ennek a módszernek az előnye, hogy a két szakma szempontjai kiegészítették egymást. A válaszkategóriák *nem* egymást kölcsönösen kizáró csoportok, azaz egy adott válasz – annak jellemzői alapján – akár több kategóriába is besorolásra került.

A második kutatási kérdéshez, azaz a GYT-ok NYK-ei és a betegek válaszai közötti kapcsolat vizsgálatához mind kvalitatív, mind pedig kvantitatív módszerekre szükség van. Az előbbi itt a konverzációelemzés (CA) hagyományaira épül, és a fordulónként történő elemzésen, valamint a kérdés-válasz szomszédsági párok (Schegloff–Sacks 1973) vizsgálatán alapul. Ez a szempont azért is lényeges, mert a társalgás résztvevői fordulónként fejezik ki a megelőző fordulókra vonatkozó megértésüket (Sacks–Schegloff–Jefferson 1974). Tehát a betegek válaszai egyben a kérdések megértését, illetve azt is kifejezik, hogy a betegek hogyan értették a GYT kérdését.

Fontos megjegyeznünk, hogy bár a tanulmány kvalitatív módszertana a CA hagyományából indult ki, a vizsgált jelenségek megértéséhez és magyarázatához elengedhetetlen az interakciók tágabb kontextusának a figyelembevétele. Mivel ez nem tartozik a szigorúan vett CA vizsgálati keretrendszerébe (Teas Gill–Roberts 2012), a kutatás a nyelvészeti pragmatika, ezen belül főleg az SCA megközelítés szempontjait is alkalmazza. Mindez az adatok komplexebb elemzéséhez vezet, mely egy általános kognitív, szociális és kulturális nézőpontot jelent a nyelvi jelenségek, illetve a nyelvhasználat vizsgálatában (Verschueren 1999; Kecskes–Zhang 2009).

Mindezekén túl a GYT-ok NYK-ei és a betegek válaszai közötti kapcsolatot statisztikai módszerekkel is vizsgáltam, hogy kiderüljön, van-e olyan nyelvi jellemzője a NYK-eknek, amely összefügg a betegek válaszaival.

A harmadik kutatási kérdés a betegek válaszadási mintázatainak változatosságára keres magyarázatot. Ehhez a közös alapról (common ground) alkotott különböző elgondolások vizsgálatára volt szükség (l. 2.1.) annak érdekében, hogy megállapítsuk, mennyiben magyarázzák ezek az elméletek az adatokban megfigyelt jelenségeket. A közös alap kulcselem ebben a kérdésben, hiszen, ahogy azt az előzőekben láthattuk, a problémaprezentációs fázis célja, hogy a terapeuta megismerje a beteg aktuális problémáit. Azaz kölcsönös megértésnek kell kialakulnia a GYT és a beteg között az aktuális problémákra vonatkozóan. Mindez elengedhetetlen a megfelelő diagnózis és a kezelési terv felállításához.

## 4. Eredmények

### 4.1. A betegek válaszainak kategóriái és a kérdés-válasz párok közötti kapcsolat kvalitatív elemzése

A kutatásba bevont 77 hangfelvételtől kettőt kizártam a válaszok elemzéséből: egy esetben nem volt beazonosítható a GYT NYK-e, így a vizit eltérő indítása miatt a beteg válaszát sem vettem figyelembe; a másik esetben pedig a GYT NYK-e után túl zajos volt a felvétel, így a beteg válasza nem érthető. Így 75 válaszfordulót csoportosítottam.

Az elemzési egységet tehát a betegek NYK-ekre érkező válaszai alkották. A válaszokat a következőképpen határoztam meg: a beteg fordulója a GYT NYK-e és a GYT következő, bármilyen verbális megnyilvánulása között. A válaszok információtartalma alapján az induktív elemzés 7, egymást *nem* kölcsönösen kizáró kategória kialakítását eredményezte, aminek az összefoglalása a 4. táblázatban látható.



Kategória megnevezése	Magyarázat
Informatív (N = 30)	A beteg releváns választ ad a vizit ezen szakaszának célja szempontjából: a válaszból megismerjük a beteg aktuálisan tapasztalt problémáit
Történet (N = 20)	A beteg múltbeli eseményekről beszél
Hiányos (N = 17)	A probléma helye (testtáj) megnevezésre kerül, de a probléma természete nem
Képpalkotó eredmény, orvosi diagnózis (N = 16)	A beteg a válaszában egy képpalkotó vizsgálat (pl. MR) eredményét közli és/vagy egy orvosi diagnózissal, illetve véleménnyel válaszol
Pragmatikailag nem megfelelő (N = 9)	A beteg válaszol a kérdésre, de annak tartalma nem megfelelő, nem illeszkedik az egészségügyi konzultáció, illetve a kérdés kontextusába
Tisztázó (N = 2)	A beteg pontosítás céljából visszakérdez
Egyéb (N = 4)	A fenti kategóriák egyikébe sem sorolható

## 4. táblázat

## A betegek GYT nyitókérdésére érkező feleleteinek kategóriái

Az alábbiakban egy-egy példával szemléltetem a betegek válaszainak fenti kategóriáit. A párbeszéd kódolása a következő formában történt: a GYT-t és a beteget is kódszám jelöli, ez áll a fordulójuk előtt. A GYT-t egy arab szám jelzi (pl. „5”), a beteget pedig egy kötőjeles számsor (pl. „5-2”), amelynek a kötőjel előtti része az adott GYT kódszáma, míg a kötőjel után következő szám az adott GYT-hoz tartozó beteget jelöli, a felvételek sorrendjében. Tehát az alábbi 5-2 példában az 5-ös kódszámú GYT második betegfelvételéről van szó.

## (1) Informatív válasz

- 001 5: ((papírmunka: tájékoztató, beleegyező kitöltése))  
002 ((időpont-egyeztetés, egyéni-csoportos tornák ismertetése))  
003 n:a most pedig ő: szeretném egy picit (...) megkérdezni  
004 hogyha (1,2) ha kényelembe helyezte magát  
005 5-2: m:: köszönöm szépen én nagyon jól ülök itt igen,  
006 5: (1,8) hogy ő:: (2,5)  
007 hogy mégis milyen panaszokkal érkezett hozzánk  
008 5-2: (...) a legnagyobb problémám az  
009 hogy a térdem ő:: nem akar működni,  
010 (.) ő hasogat amikor lépcsőn járok,  
011 időnként járás közben is belenyilall  
012 úgyhogy majdnem összecukódom,  
013 (..) azonkívül a lépcsőn járás  
014 lefelé is, fölfelé is, nagyon rossz.  
015 (...) egyszerű[en ]  
016 5: [egy]jaránt?

A fenti példában a beteg elmondja, hogy a térdével van problémája, sőt rangsorolja is azt, hogy ez a legnagyobb problémája (008-9). A továbbiakban beszámol arról, hogy a járás és a lépcsőn járás okozza neki a legnagyobb gondot (010-14). A beteg

válaszából megtudhatjuk tehát a probléma helyét (térd) és annak viselkedését is. Röviden, a NYK (007: *milyen panaszokkal*) és a válasz kapcsolatát vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a válaszban közölt információk betöltik a kérdésben szereplő ismeretlen változót.

## (2) Történet

001 7: ((valami kezelési papírt nem talált a beteg))

002 ((beteg elhelyezése a kezelőágyon))

003 jó. (..)

004 szóval meséljen egy picit hogy mivel van itt, mi a probléma,

005 7-4: (...) há:t ö:: elég sok problémám [volt vége]redménybe

006 7: [aha ]

007 7-4: (.).h (..) a lábam úgy kezdődött hogy (..)

008 hasmenésem volt majdnem három hétig tartott,

009 7: ühüm,

A (2)-es részletben megfigyelhetjük, hogy a beteg múlt időben beszél, és a 007-es sortól kezdődően egy történet elmesélésébe kezd (*a lábam úgy kezdődött hogy*). A válasz alapján tehát nem derül ki, hogy jelenleg mi a beteg problémája, csak a múltbeli eseményekről kapunk információt. A beszélgetés további részében kiderül, hogy a hasmenéssel úgy függ össze az – egyelőre részleteiben nem ismert – lábprobléma, hogy a mellékhelyiségre való sietés közben elesett a beteg. Miután időrendi sorrendben beszámol az ezt követő eseményekről, orvosi vizsgálatokról, másfél perccel a történetmesélés kezdete után tér csak rá a beteg az aktuális problémájára, miszerint a lába *nem javult. hanem így esik lefelé a lábam feje*.

Mindez azért érdekes, mert ha megfigyeljük a NYK azon tagmondatát, mely a beágyazott kérdést tartalmazza (004: *mivel van itt, mi a probléma*), láthatjuk, hogy a GYT jelen időt használ, tehát az aktuális problémákra kérdez rá. Ennek ellenére a beteg a múltbeli problémáiról kezd el mesélni anélkül, hogy megnevezné a jelenlegieket. Habár elképzelhető az a forgatókönyv, ami szerint ez megfelelő válasznak tekinthető a feltett kérdésre – tudniillik, hogy a beteg időrendben szeretné elmesélni a mostani problémájáig vezető eseményeket, mintegy kontextusba helyezve a jelen állapotát –, a NYK-ben szereplő jelen idejű változót nem tölti be a válaszban szereplő múlt idejű információ.

## (3) Hiányos

001 4: Jó. akkor azt szeretném kérdezni hogy

002 mivel feküdt be hozzánk

003 mi a most a panaszja jelen [legi a leg]főbb panaszja.

004 4-2: [a:: ]

005 a nyakam a gerincem(nél) a nyakam,

006 4: (tehát) a nyaki gerince,

A (3)-as példában azt találjuk, hogy a beteg megnevezi a problémás területet (nyak), de nem közli azt az információt, hogy mi is a gond a nyakával – legalábbis a GYT következő fordulója előtt (006). Azt is érdekes megfigyelni, hogy a beteg laikus kifejezőmódját (*a gerincemnél a nyakam*) a GYT átformálja egy szakmaibb kifejezéssé: *nyaki gerinc*.

A fenti példában ismét egy beágyazott NYK-sel találkozunk, melyben a GYT a *most* és *jelenlegi* kifejezésekkel (003) teljesen egyértelművé teszi, hogy az aktuális panaszokra, sőt, még azok közül is a *legfőbb*-re kíváncsi. A beteg részben választ is ad a kérdésre, hiszen megnevezi a panaszos testrészét (005: *a nyakam*), mint az ismeretlen változó egyik komponensét. Mindazonáltal ez a válasz csak részlegesen tekinthető, hiszen nem tudjuk meg belőle a panasz mibenlétét. Ez utóbbi információ azonban elengedhetetlen ahhoz, hogy a GYT pontos képet nyerjen a beteg problémáiról és ez alapján elkezdhesse a klinikai okfejtést.

- (4) Képkalkító eredmény, orvosi diagnózis  
 001 3: Mesélje el hogy (.) mi a problémája  
 002 amivel most bejött hozzánk.  
 003 3-1: (..) .h (...) kettő problémám van,  
 004 az elsődleges az a:  
 005 nyaki gerincemnél van egy sérv,  
 006 3: ühüm,

A (4)-ben látható esetben a beteg egy MR vizsgálat eredményét közli (ez az információ megerősítést nyer az interakció további részében), miszerint nyaki gerincsérvé van (005). Az interakció szempontjából elképzelhető lenne, hogy ezt a választ megfelelően informatívnak ítéljük meg. Ugyanakkor, egyrészt a problémaprezentációs fázis célját tekintve, azaz, hogy a betegek által aktuálisan *tapasztalt* problémákról kapjunk képet, másrészt a klinikai szempontokat figyelembe véve, az ilyen típusú válaszok nem kerültek az informatív csoportba. Klinikai szempontból ugyanis egy képkalkító vizsgálat eredményén látott strukturális változás nem ad információt a megélt panaszokra nézve (mint például a fájdalom helye vagy paraesthesia – azaz érzésváltozás, többek között zsibbadás vagy bizsergés – jelenléte), továbbá gyenge a korreláció a strukturális elváltozások és a tapasztalt tünetek között (Brinjikji et al. 2015; Rudy et al. 2015).

Ha megvizsgáljuk a beágyazott NYK és a válasz kapcsolatát, a következőket találjuk. A GYT egyrészt jelen időt használ (001: *mi a problémája*), másrészt pedig – ahogyan azt az előző példában is láthattuk – expliciten kifejezi, hogy az aktuális problémákra vonatkozik a kérdés (002: *most*). A beteg válaszában bevezető tagmondata (003: *kettő problémám van*) egy informatív választ sejtet, hiszen ő is jelen időben fogalmaz, és megismétli a GYT szóhasználatát. Ugyanakkor a folytatás tartalmát tekintve egy olyan információt közöl a beteg, aminek az elsődleges forrása nyilvánvalóan nem önmaga, hanem egy egészségügyi szakember, aki a diagnózist felállította. Ennek következtében, valamint a fent említett okokból (klinikai megfontolások, illetve a problémaprezentációs fázis célja), habár pusztán a társalgást vizsgálva ez egy kielégítő kérdés-válasz párnak tűnik, az interakció kontextusát is figyelembe véve a beteg válasza nem tekinthető kellően informatívnak.

- (5) Pragmatikailag nem megfelelő  
 001 13: ((felvétel adatai)),  
 002 Van-e fájdalom.  
 003 13-3: (...) igen  
 004 13: hol. hh ((nevet)) (..) sorolja.  
 005 hh ((nevet)) [hhh ((nevet)) ]  
 006 13-3: [hhh ((nevet)) ]

Az (5)-ös részletben a GYT egy poláris NYK-t tesz fel,<sup>4</sup> mely az *-e* partikula használatával azonban neutrális kontextust feltételez, azaz a beszélőnek nincs preferenciája a pozitív vagy negatív válaszokra nézve (Gyuris 2017). A poláris kérdések kételemű válaszalmazásából a beteg az *igen*-t választja (003), tehát felel az elhangzott kérdésre. Mindazonáltal ebben a kontextusban a 002-ben szereplő poláris kérdés pragmatikailag nyitottnak tekinthető, hiszen bizonyos információk kinyerésére irányul. Ezt a funkcióját pedig nem elégíti ki egy egyszerű *igen*-leges válasz, mivel az megsérti Grice mennyiség maximáját, mely a társalgás adott céljának megfelelő informativitást kíván meg. Tulajdonképpen tehát a GYT a poláris kérdéssel indirekten egy kérdőszavas kérdést tesz fel, azaz egy rejtett kérdőszavas kérdés társul a poláris kérdéshez (Kiefer 1980; Grice 1975) – például: *Ha igen, hol?* Tehát egy pragmatikailag együttműködő válasznak a rejtett kérdésre is felelnie kellene. Ezt a megfigyelést erősíti, hogy mind a GYT, mind pedig a beteg nevet az egyszerű igenlő válasz elhangzása után.

- (6) Tisztázó  
 001 21: Mondja milyen panaszai vannak.  
 002 21-2: (..) .h jelenleg?  
 003 21: igen (.) jelenlegi.  
 004 21-2: jelenleg a derekam fáj nagyon,  
 005 21: (..) igen,

A fenti példában a GYT a beteg panaszaira kérdez rá a NYK-ben (001). Habár jelen időt használ a GYT, a beteg a kérdés pontosítását igényli, mivel visszakérdez, hogy a jelenlegi panaszaira vonatkozik-e a kérdés (002). Miután ez megerősítést nyer (003), egy informatív válasz érkezik a 004-es sorban, miszerint a dereka fáj a betegnek. Emlékezzünk azonban, hogy a válasz csoportosítása szempontjából a beteg azon fordulóját vettük csak figyelembe, amely a GYT NYK-e és a GYT következő, bármilyen verbális megnyilvánulása között hangzott el – jelen esetben tehát a 002 sorban található megnyilatkozást.

Az válaszkategóriák utolsó csoportját azon elemek alkották, melyeket nem sikerült a fent ismertetett csoportok egyikébe sem besorolni.

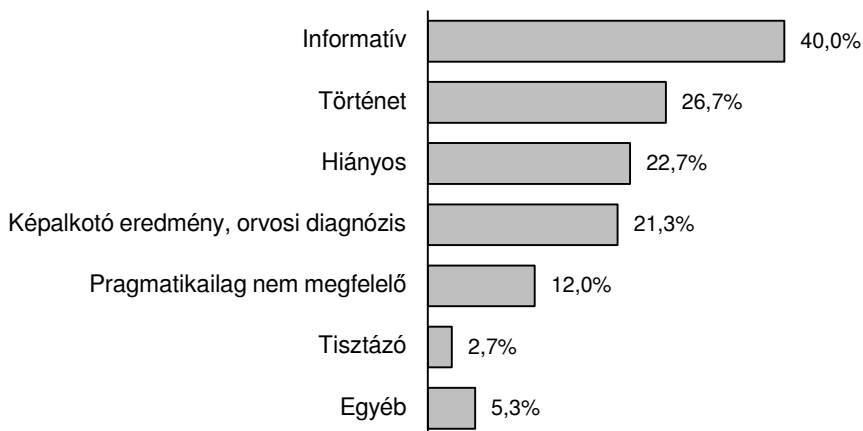
- (7) Egyéb  
 002 19: Először azt szeretném kérdezni hogy  
 003 mi a fő panasza mi miatt van most itt az intézetben  
 004 19-3: éhn a (mohbdera) (..) kezelés miatt  
 005 19: (.) ühüm, (2,5) jó mióta vannak a panaszai.

A (7)-es példában azt láthatjuk, hogy a GYT NYK-ében a kérdés maga egy beágyazott tagmondatban szerepel, ráadásul két kérdés hangzik el egymás után: *mi a fő panasza és mi miatt van most itt az intézetben* (003). A beteg csak az utóbbira válaszol, mely megfigyelést a *miatt* elem beteg általi megisméltése is alátámasztja (004). Ugyanakkor a válaszból, miszerint a MabThera kezelés miatt van a kórházban, nem tudjuk meg, hogy konkrétan milyen panaszai is vannak jelenleg a

<sup>4</sup> A GYT-ok NYK-eiről, illetve a kérdésekről általában a cikksorozat első részében írok részletesebben.

betegnek.<sup>5</sup> Ez a megállapítás azért is érdekes, mert a GYT következő kérdésének – *mióta vannak a panaszai* (005) – az az előfeltevése, hogy már ismertek a beteg panaszai.

A betegek különböző típusú válaszainak előfordulási arányait az alábbi, 1. ábra szemlélteti – emlékezzünk, hogy a kategóriák egymást nem kölcsönösen kizáróak.



1. ábra

A betegek NYK-ekre érkező válaszainak előfordulási aránya

Ahogy azt a fentiekből láthatjuk, a betegek többféle stratégiát alkalmaznak a GYT-ok problémákra vonatkozó NYK-einek megválaszolásakor. Érdekes megfigyelni, hogy bár a GYT-ok az aktuális panaszokra kérdeznék rá, sok esetben úgy tűnik, hogy a betegek nem az adott kérdésre válaszolnak, legalábbis nem olyan értelemben, ahogyan azt a kérdés, illetve a problémaprezentációs fázis céljai alapján várnánk. Ennek legszembetűnőbb esetei a történet (2), illetve a képalkotó eredmény, orvosi diagnózis (4) típusú válaszok. Előbbi esetben a beteg nem a jelenlegi helyzetéről beszél, hanem múltbeli eseményekről kezd el beszámolni, míg az utóbbi esetben a beteg nem a saját maga által megélt panaszokat mondja el, hanem egy címkét közöl, és ennek az információnak nem a beteg, hanem valamilyen egészségügyi szakember az elsődleges forrása. Tehát a beteg nem a saját nyelvezetét használja, hanem egy orvosi „hangot” közvetít (Mishler 1984).

Fontos megállapítás továbbá, hogy a problémákra vonatkozó teljes és informatív válasz az esetek mindössze 40%-ában érkezik. Ez azért is érdekes megfigyelés, mert a NYK-ek, illetve tágabb értelemben az ezek által bevezetett problémaprezentációs fázis célja éppen az ilyen jellegű válaszok előhívása.

Nézzük tehát, hogy a NYK-ek nyelvi tulajdonságai vajon magyarázattal szolgálnak-e a válaszok változatosságára. A következő részben kvantitatív módszerrel vizsgálom meg ezt a kérdést.

<sup>5</sup> A MabThera-t többek között reumatoid arthritisz (izületi gyulladást okozó betegség) kezelésére használják.

## 4.2. A gyógytornászok nyitókérdései és a betegek válaszai közötti kvantitatív összefüggések

A NYK-eket grammatikai szerkezet és tartalmi szempontok alapján is vizsgáltam. Ezek alapján az alábbi változókat kódoltam.<sup>6</sup> NYK kategóriája: Kérdőszós NYK (30,3%) – (8), Beágyazott NYK (53,9%) – (9), Poláris/eldöntendő NYK (5,3%) – (10), és orvosi anamnézisen alapuló NYK (10,5%) (11). Ezen fő kategóriák meghatározását egyrészt a szakirodalom (Tsai 2006), másrészt pedig a tényleges adatok vezérelték.

- (8) Mi most a panasz hol van fájdalom
- (9) Mesélje el hogy (.) mi a problémája amivel most bejött hozzánk.
- (10) Van-e panasza.
- (11) ((anamnézisen szereplő magas vérnyomás és szívproblémák átbeszélése))  
rendben. .h akkor mozgásszervi panaszként? azt látom hogy: ö: .h hogy a dereka és a jobb térd. van itt nekem írva? (.) .h akkor ez (.) ez így helyes?<sup>7</sup>

Továbbá, minden egyes NYK esetén az alábbi nyelvi változókat kódoltam: van-e benne utalás (1) a beteg személyére (65,8%), (2) az intézményre (59,2%); (3) ige-használat: lexikai ige (59,2%), kopula (23,7%); vagy nem jelenik meg olyan igei elem, amelynek a betegre utaló kifejezés az argumentuma;<sup>8</sup> (4) a betegre utaló kifejezésnek mi a tematikus szerepe – ágens (15,8%) vagy nem ágens; (5) a gyógytornász expliciten kifejti-e, hogy az aktuális panaszokra kíváncsi – például a *most* vagy a *jelenleg* szavakkal (43,4%), (6) *fájdalom* (36,8%) vagy *panasz* (77,6%) szavak valamelyik formájának (főnévi, melléknévi) használata a problémákra való rákérdezésnél. Ezen változók kialakítását az az előzetes elméleti feltevés motiválta, miszerint a kérdések meghatározzák a válasz témáját, közvetítik a beszélő előfeltevéseit, hiedelmeit és episztemikus állapotát, valamint hogy preferenciát fejezhetnek ki az elvárt választ illetően (Hayano 2012; Heritage 2010) – azaz röviden: a kérdések tulajdonságai befolyásolják a rájuk érkező válaszokat. Mindazonáltal a tényleges változók meghatározása pusztán az adatokra hagyatkozva történt, miután az összes NYK többszöri áttanulmányozása során közös, illetve ismétlődően előforduló jellemzőket, mintázatokat azonosítottam.

Az alacsony előfordulási szám miatt a Poláris/eldöntendő (N = 4) és az orvosi anamnézisen alapuló (N = 8) NYK kategóriák mint változók statisztikai vizsgálatára nem került sor. A poláris NYK esetén a 4 előfordulásból 3, az orvosi anamnézisen alapuló NYK esetén pedig a 8-ból 5 ugyanahhoz a GYT-hoz tartozik. Ez azt jelenti, hogy mindkét NYK esetén volt egy-egy GYT, aki csakis ilyen jellegű NYK-t alkalmazott, tehát a személyes preferencia, illetve megszokás irányíthatja a kérdés jellegét.

<sup>6</sup> Részletesebben lásd a cikksorozat első részét.

<sup>7</sup> A megnyilatkozások végén az írásjelek a konverzációelemzés hagyományait követik (Sidnell 2010).

<sup>8</sup> 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”.

A fenti, NYK-re vonatkozó bináris kategorikus változók és a betegek válaszaira vonatkozó négy legnagyobb csoport (Informatív, Történet, Hiányos és Képpalkotó eredmény, orvosi diagnózis) bináris kategorikus változói közötti összefüggést khinégyszet próbával vizsgáltam. A szignifikanciaszintet  $p < ,05$  értéként határoztam meg, a hatásnagyság értékei pedig a következőképpen értelmezendők:  $0,1 \leq |\varphi| < 0,3$  gyenge,  $0,3 \leq |\varphi| < 0,5$  közepes, és  $0,5 \leq |\varphi| < 1$  erős hatásról beszélünk.

A NYK-ekre vonatkozó változók közül az utalás az intézményre (például *hozzánk*: (1)/007, (3)/002, (4)/002, *itt*: (2)/004, *intézetben* (7)/003) mutat szignifikáns, gyenge hatású összefüggést az Informatív válaszokkal ( $\chi^2(1) = 6,681$ ,  $p = ,010$   $\varphi = ,298$ ). A Történet típusú válaszok esetén szignifikáns, gyenge és negatív összefüggés mutatkozik ( $\chi^2(1) = 4,979$ ,  $p = ,026$   $\varphi = - ,258$ ) az utalás a betegre változóval, azaz a NYK-ben a betegre történő utalás esetén csökken a Történet típusú válaszok száma. Szignifikáns, gyenge összefüggés található az ágensi szerep ( $\chi^2(1) = 4,791$ ,  $p = ,029$   $\varphi = ,265$ ), a *fájdalom* szóhasználat ( $\chi^2(1) = 4,339$ ,  $p = ,037$   $\varphi = ,241$ ) és a Hiányos válaszok között. A NYK-ek változói nem mutattak szignifikáns összefüggést a Képpalkotó eredmény, orvosi diagnózis típusú válaszokkal.

Számunkra az Informatív válaszok a legérdekesebbek, mivel ezek tartalmazzák a NYK, illetve a problémaprezentációs fázis céljainak megfelelő információkat, azaz megtudhatjuk belőlük a beteg aktuálisan tapasztalt problémáit. Láthatjuk azonban, hogy a NYK-ek vizsgált jellemzői nem igazán adnak támpontot arra vonatkozóan, hogy hogyan érdemes kérdezni annak érdekében, hogy a fenti célokat elérjük. Röviden, az adatok elemzésének eredményei alapján nem tudunk a hatékony kérdéses mikéntjére ajánlásokat tenni.

Fontos azonban megjegyezni, hogy a kutatás módszertana – azaz a NYK-ekben vizsgált változók előzetes meghatározása, illetve azoknak a felállított válaszkategóriákkal való kapcsolatainak a vizsgálata – egyben be is határolja az adatokból levonható következtetéseket. A fenti kijelentés tehát csak a jelen kutatásban alkalmazott módszertan kontextusában állja meg a helyét.<sup>9</sup>

Az alábbiakban megpróbálok magyarázatot találni az eddig ismertetett jelenségekre, azaz a betegek válaszadási mintázatainak változatosságára, illetve arra a tényre vonatkozóan, hogy a jelen elemzés alapján úgy tűnik, a kérdések nyelvi jellegzetességei nem befolyásolják a rájuk érkező válaszok tartalmát.

### 4.3. A feltárt jelenségek magyarázata

Továbbra is fontos szem előtt tartanunk, hogy a NYK-ek, valamint a vizit kezdeti szakaszának, azaz a problémaprezentációs fázisnak a célja a beteg aktuálisan tapasztalt problémáinak a feltárása. Ebben a fázisban ez tekinthető tehát az interakció céljának. Mindazonáltal, mivel a GYT és a beteg két külön világból érkezik, azaz ebben a kontextusban az egészségügyi szakember és a laikus szerepében vannak jelen (Mishler 1984), a két résztvevőnek nem feltétlenül egyezik meg az elképzelése arról, hogy milyen út is vezet az interakciós cél eléréséhez. Más szóval, a beteg nem biztos, hogy tisztában van azzal, hogy a GYT számára milyen információk szükségesek ebben a fázisban. Láthatjuk tehát, hogy az egyéni tényezők befolyással lehetnek a társalgás menetére. Másrészt, a betegek megelőző

<sup>9</sup> Köszönöm az anonim lektornak az értékes észrevételét.

tapasztalatai az egészségügyben szintén hatással lehetnek a diskurzusra azáltal, hogy a beteg megtanulja, mi az elvárt viselkedésforma ebben az intézményi keretben, ami a nyelvhasználatára is hatással lehet. Ugyanis az egyes szociokulturális keretek adott szituációban meghatározott nyelvhasználatot kívánnak meg (Kecskes 2012).

Mindezen megfontolások alapján a 2.1. részben ismertetett szociokognitív megközelítés (sociocognitive approach, SCA) és a dinamikus jelentésmodell (dynamic model of meaning, DMM) (Kecskes 2008; Kecskes–Zhang 2009) plauzibilis magyarázó keretrendszernek bizonyul. Ezek a megközelítések ugyanis figyelembe veszik egyrészt azt a tényt, hogy a jelentésképzésben és -alkotásban szerepet játszik az adott lexikai egység megelőző használata. Tehát a korábbi használat kontextusa kódolódik a nyelvi elemekben, mely aztán hatással van annak későbbi jelentésére az egyén számára. Másrészt a kommunikáció egyéni jellemzői, a társalgásban résztvevők egocentrikus viselkedése szintén alakítja a diskurzus menetét. Tehát adott interlokútor figyelme a számára szaliens információra irányul a társalgás során, azaz a társalgásban résztvevő egyén inkább hagyatkozik a saját tudására, mint a közös tudásra (Kecskes 2017).

Ahhoz, hogy mindez jobban érthetővé váljon, tekintsünk meg ismét két példát a 4.1. részből, melyeket az egyszerűség kedvéért itt megismétlek.

(12) Történet típusú válasz (előzőleg (2))

004 7: jó. (..) szóval meséljen egy picit hogy mivel van itt, mi a probléma,

005 7-4: (...) há:t ö:: elég sok problémám [volt vége]redménybe

006 7: [aha ]

007 7-4: (.) .h (..) a lábam úgy kezdődött hogy (..)

008 hasmenésem volt majdnem három hétig tartott,

009 7: ühüm,

A fenti példában, ahogy azt korábban is láthattuk, a GYT jelen időben kérdez, ami kifejezi, hogy az aktuális problémákra kíváncsi. A beteg ennek ellenére múlt időben kezdi el a feleletét, előrebocsátva, hogy sok problémája volt (005). Mindez előre jelzi, hogy a beteg, mint egyén számára fontos, hogy elmesélhesse múltbeli problémáit, megpróbáltatásait is. Egocentrikus hozzáállása késlelteti a jelenlegi probléma feltárását,<sup>10</sup> ugyanis amikor kiderül, hogy elesett, és a GYT rákérdez, hogy volt-e röntgen, a beteg úgy válaszol, hogy *há:t maj később*, és folytatja kronologikus sorrendben az események leírását mindaddig, amíg el nem jut az aktuális problémájáig. Tehát a beteg figyelme azokra a számára fontos, kiemelkedő (szaliens) eseményekre irányul, amelyek a GYT-szal való találkozásig vezettek. Azaz, a saját tudására támaszkodik az események összefüggéseinek leírásakor, mielőtt még a végeredmény, az aktuális probléma nyilvánvalóan a közös tudás részévé vált volna.<sup>11</sup>

Mindez két szempontból fontos: egyrészt, a beteg számára összefüggő események nem biztos, hogy klinikailag is relevánsak. A fenti részletben például a hasmenésnek – ahogy az később kiderül – nincs köze a (folytatásban felszínre kerülő) lábproblémához, az esésnek viszont annál inkább. Másrészt, amíg a GYT nincs

<sup>10</sup> Fontos megjegyezni, hogy az egocentrizmus ebben a kontextusban értékítéletektől mentes, pusztán a társalgás jellemzőit leíró kifejezés.

<sup>11</sup> Elképzelhető, hogy a beteg azt feltételezi, hogy a GYT már ismeri az orvosi anamnéziséét.



tisztában azzal, hogy mi is az aktuális probléma, addig azt sem tudja biztosan megítélni, hogy a történetből mely elemek bírnak (majd) klinikai jelentőséggel. Tehát a szakembernek nehezebb így megkezdenie a klinikai okfejtést.

A következő részletben arra láthatunk példát, hogy a nyelvi elem korábbi használatának a kontextusa hogyan befolyásolhatja a későbbi jelentésalkotást.

- (13) Képkalkotó eredmény, orvosi diagnózis típusú válasz (korábban (4))  
 001 3: Mesélje el hogy (.) mi a problémája  
 002 amivel most bejött hozzánk.  
 003 3-1: (..) .h (...) kettő problémám van,  
 004 az elsődleges az a:  
 005 nyaki gerincemnél van egy sérv,  
 006 3: ühüm,

A (13)-as példában a beteg egy MR vizsgálat alapján felállított diagnózist nevez meg a problémájaként. Nyilvánvaló, hogy ezen információ elsődleges forrása nem a beteg, hanem az általa eredetileg megtapasztalt panaszok vezettek a képkalkotó vizsgálathoz, illetve az abból megállapított diagnózishoz. Röviden, a beteg megélt panaszai az egészségügyi kontextusban egy címkévé redukálódtak. Ezen diagnózis a *probléma* szót új jelentéssel ruházza fel, ugyanis innentől kezdve ez a kifejezés az egészségügy által meghatározott jelentéssel bír. Más szóval, a *probléma* a fenti példában már nem a beteg saját megélt panaszaira vonatkozik – amelyek miatt eredetileg segítséget keresett, hanem ezen folyamat eredményeként az orvos által ráakasztott címkét takarja. Továbbá, a beteg számára is ez a diagnózis lesz a szaliens információ, hiszen az elősegítheti konkrét panaszainak a megoldását. Ugyanakkor ez a – korábbi tapasztalat, kontextus által formált – hozzáállás figyelmen kívül hagyja azt a ténytet, hogy a konkrét panaszok egyelőre nem képezik a közös tudás részét.<sup>12</sup>

Összefoglalva tehát, ha visszatekintünk a 4.1. részben ismertetett négy legnagyobb válaszkategóriára ((1)–(4)), a DMM és a SCA megközelítéseit szem előtt tartva új megvilágításba kerülhetnek a válaszadási mintázatok. Főleg a három *nem* informatív típusú válaszcsoport érdekes most ebből a szempontból, tehát amikor a válaszokból nem derül ki a beteg aktuális problémája annak ellenére sem, hogy a NYK erre irányul. A Történet kategóriába eső válaszoknál (2) a szalencia és a figyelem mint egyéni jellemzők bírnak a legnagyobb jelentőséggel. A történetmesélés által ugyanis a beteg tulajdonképpen azt árulja el, hogy ő hogyan köti össze azon eseményeket, amelyek a jelen problémáig vezettek. Tehát hogy az események sorából mi az, ami kiemelkedő fontossággal bír a beteg számára. Elképzelhető azonban, hogy klinikai szempontból, illetve a társalgás céljának eléréséhez az események más összefüggései vagy részletei relevánsak. A Hiányos válaszoknál (3) ugyanakkor a megelőző tapasztalatnak lehet nagyobb szerepe. Elképzelhető, hogy a korábbi egészségügyi viziteken a beteg azt tapasztalta, hogy a minél rövidebb, tömörebb válasz a tőle elvárt viselkedés, illetve lehet olyan tapasztalata, vagy feltételezheti azt, hogy a GYT már ismeri a problémáit az orvosi anamnézisből.

<sup>12</sup> Természetesen nem arról van szó, hogy a beteg mindezt tudatosan tenné – nem tudhatja ugyanis, hogy a sérv ténye nem teszi egyértelművé a konkrét panaszok mibenlétét (lásd korábban).

A Képpalkotó eredmény, orvosi diagnózis kategória (4) esetében pedig mind a megelőző tapasztalatnak, és ezen keresztül a jelentésalkotásnak, mind pedig a figyelemnek és a szalienciának szerepe lehet az ilyen típusú válaszadásban. Egyrészt korábban tapasztalhatta azt a beteg, hogy amennyiben már rendelkezik valamilyen diagnózissal vagy vizsgálati eredménnyel, akkor ezen címkék közlése az elvárt válasz a NYK-re. Ez a fajta címkézés jelek és tünetek halmazává tárgyasítja a beteget, egy ún. virtualizált testet hozva létre (Hydén–Mishler 1999; Jones 2013). Ebben az esetben tehát a panasz, probléma új jelentéssel bővül: a beteg által tapasztalt tünetek mellett/helyett elsőbbséget élveznek a biomedikális kontextusban létrejött diagnosztikus címkék az értelmezésben. Másrészt ugyanakkor a beteg maga is gondolhatja azt, hogy ez fontosabb információ, mint az általa megélt tünetek, mivel gyakran él bennünk az az elképzelés, hogy ha látunk egy problémát (pl. képpalkotón) az egyenlő azzal, hogy gyógyítani is tudjuk azt (Dijck 2005).

Összességében elmondható tehát, hogy a kommunikáció egyéni jellemzőinek, egocentrikus komponensének figyelembevételével magyarázatot kaphatunk a megfigyelt érdekes jelenségekre: arra, hogy miért jelennek meg a betegeknél eltérő válaszadási stratégiák, milyen tényezők állhatnak ezek hátterében, illetve arra is, hogy miért nincs – vagy csak gyenge az összefüggés a NYK-ek nyelvi jellemzői és a válaszok kategóriái között.

## 5. Összefoglalás

Jelen tanulmány gyógytornász–beteg első találkozások interjúiban vizsgálta a betegek nyitókérdésekre érkező válaszait. Mivel a NYK-ek, illetve az ezek által bevezetett problémaprezentációs fázis célja a betegek aktuálisan tapasztalt problémáinak a megismerése, a válaszok kategóriájának kialakítása azok információtartalma alapján történt. Az induktív elemzés hét válaszkategóriát eredményezett: (1) Informatív (40%), (2) Történet (26,7%), (3) Hiányos (22,7%), (4) Képpalkotó eredmény, orvosi diagnózis (21,3%), (5) Pragmatikailag nem megfelelő (12%), (6) Tisztázó (2,7%) és (7) Egyéb (5,3%) típusú válaszok. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a vizsgált korpuszban (i) a betegek változatos stratégiákat alkalmaznak a NYK megválaszolására, (ii) mindössze 40%-ban érkezik a betegek részéről a vizit ezen fázisának, illetve a NYK céljának megfelelő válasz, és (iii) a NYK-ek nyelvi jellemzői nem kifejezetten befolyásolják a rájuk érkező válaszok milyenségét. Az utolsó pontot illetően, ahogy azt korábban is megfogalmaztam (4.2.), a jelen kutatásban alkalmazott módszertan egyben annak korlátját is jelenti. A jövőben érdemes lehet a NYK-ekben vizsgált, előzetesen meghatározott változók helyett induktív módon felderíteni az Informatív válaszok előtti kérdések közös jellemzőit, illetve azokat a nem Informatív válaszok előtti kérdések tulajdonságaival összevetni.<sup>13</sup>

Mindazonáltal a fenti megfigyelések alapján felmerül a kérdés, hogy mi lehet a magyarázata a megfigyelt jelenségeknek. A tanulmány felvetette annak lehetőségét, hogy a szociokognitív megközelítés és az abban kiemelt szempontok, főleg a kommunikáció egyéni komponenseinek – úgymint megelőző tapasztalat/kontextus, egocentrizmus, figyelem és szalientia – tekintetbe vétele plauzibilis magyarázó erővel bír a vizsgált kontextusban. Ezen szempontokat az elemzésbe bevonva ugyanis

<sup>13</sup> Nagyon köszönöm az anonim lektor erre vonatkozó javaslatát.

érthetővé válik egyrészt, hogy mi vezérli a betegeket válaszaik változatos tartalmát illetően; másrészt, hogy miért tűnik gyakran úgy, mintha nem a NYK-re válaszolnának, azaz nem az aktuálisan megélt problémáikat adják elő.

Fontos végül megjegyezni, hogy minden egyes betegől érkező válasz jó és elfogadható annak fényében, hogy az az egyén adott szituációra vonatkozó értelmezését, valamint a számára jelentőséggel bíró információkat tükrözi. Azt sem szabad ugyanakkor elfelejtenünk, hogy a GYT–beteg interakciók feladatorientált intézményi diskurzusok. Ezen feladatok elvégzéséhez (pl. diagnózis felállítása) pedig elengedhetetlen bizonyos mennyiségű és minőségű információ kinyerése. Az eredmények felhívják tehát a figyelmet arra, hogy milyen nagy szerepe lehet a GYT-nak a társalgás strukturálásában (l. 1. táblázat), illetve kimenetelének alakításában, az alábbiak szerint. Mivel az elemzésből úgy tűnik, hogy a NYK-ek vizsgált tulajdonságai nem befolyásolják a betegek válaszaik tartalmát, érdemes lehet a GYT-nak már a vizit elején ismertetni a konzultáció menetét, illetve közölni azt, hogy milyen információra van szüksége ahhoz, hogy a lehető legmegfelelőbb segítséget tudja nyújtani a beteg számára. Fontos lenne továbbá arról is biztosítani a beteget, hogy minden számára fontos témát meg fognak beszélni a találkozó(k) alkalmával. Az ilyen jellegű előzetes tájékoztatás által a beteg számára is nyilvánvalóvá válhat a konzultáció struktúrája és célja, és mindez elősegítheti a rendelkezésre álló idő hatékonyabb kihasználását. Segítséget jelenthet továbbá a GYT-ok számára, ha ismerik, illetve felismerik a tanulmányban ismertetett különböző válaszstratégiákat, valamint az ezek mögött álló lehetséges okokat. Ezáltal a GYT megfelelően alakíthatja a társalgás további menetét. A vizsgált korpusz, valamint a fent megfogalmazott megállapítások hasznos forrásokként szolgálhatnak tehát a GYT-ok oktatásában, különösen a vizit kezdeti szakaszának strukturálását illetően.

### Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnék köszönetet mondani társelemzőmnek, Molnár Cecília Saroltának a rengeteg munkájáért és segítségéért, továbbá azért, hogy mindig készen állt, amikor szükségem volt rá.

Köszönöm továbbá az anonim lektoroknak lelkiismeretes munkájukat, valamint értékes meglátásaikat és javasolataikat, melyek hozzájárultak jelen cikk szakmai színvonalának emeléséhez.

### Hivatkozások

- Allan, Keith 2013. What is common ground? In Alessandro Capone – Franco Lo Piparo – Marco Carapezza (szerk.) *Perspectives on Linguistic Pragmatics*. (Perspectives in Pragmatics, Philosophy & Psychology 2) Cham: Springer. 285–310. doi:10.1007/978-3-319-01014-4\_11.
- Bara, Bruno G. 2017. Cognitive pragmatics. In Yan Huang (szerk.) *The Oxford Handbook of Pragmatics*. Oxford University Press. 279–299. doi:10.1093/oxfordhb/9780199697960.013.14.
- Beckman, Howard B. – Richard M. Frankel 1984. The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine* 101/5:692–696. doi:10.7326/0003-4819-101-5-692.

- Boncz Imre (szerk.) 2015. *Kutatásmódszertani alapismeretek*. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
- Brinjikji, W. – P.H. Luetmer – B. Comstock – B.W. Bresnahan – L.E. Chen et al. 2015. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *American Journal of Neuroradiology* 36/4:811–816. doi:10.3174/ajnr.A4173.
- Charon, Rita – Michele G. Greene – Ronald D. Adelman 1994. Multi-dimensional interaction analysis: A collaborative approach to the study of medical discourse. *Social Science & Medicine* 39/7:955–965. doi:10.1016/0277-9536(94)90207-0.
- Chester, Emily C. – Natalie C. Robinson – Lisa C. Roberts 2014. Opening clinical encounters in an adult musculoskeletal setting. *Manual Therapy* 19/4:306–310. doi:10.1016/j.math.2014.03.011.
- Clark, Herbert H. 1996. *Using Language*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511620539.
- Clark, Herbert H. – Edward F. Schaefer 1989. Contributing to discourse. *Cognitive Science* 13/2:259–294. doi:10.1207/s15516709cog1302\_7.
- Dijck, José van 2005. *The Transparent Body. A Cultural Analysis of Medical Imaging*. (In Vivo) Seattle: University of Washington Press.
- Engel, George L. 1977. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196/4286:129–136. doi:10.1126/science.847460.
- Geurts, Bart 2017. Presupposition and givenness. In Yan Huang (szerk.) *The Oxford Handbook of Pragmatics*. Oxford: Oxford University Press. 180–198. doi:10.1093/oxfordhb/9780199697960.013.21.
- Gobat, Nina – Paul Kinnersley – John W. Gregory – Michael Robling 2015. What is agenda setting in the clinical encounter? Consensus from literature review and expert consultation. *Patient Education and Counseling* 98/7:822–829. doi:10.1016/j.pec.2015.03.024.
- Grice, H. Paul 1975. Logic and conversation. In Peter Cole – Jerry L. Morgan (szerk.) *Syntax and Semantics Vol. 3. Speech Acts*. New York: Academic Press. 41–58.
- 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.
- 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 – Douglas W. Maynard 2006. Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters. In John Heritage – Douglas W. Maynard (szerk.) *Communication in Medical Care*. Cambridge: Cambridge University Press. 1–21. doi:10.1017/CBO9780511607172.003.
- Heritage, John – Jeffrey D. Robinson 2006a. Accounting for the visit: giving reasons for seeking medical care. In John Heritage – Douglas W. Maynard (szerk.) *Communication in Medical Care*. Cambridge: Cambridge University Press. 48–85. doi:10.1017/CBO9780511607172.005.
- Heritage, John – Jeffrey D. Robinson 2006b. The structure of patients' presenting concerns: Physicians' opening questions. *Health Communication* 19/2:89–102. doi:10.1207/s15327027hc1902\_1.
- Hood-Medland, Eve Angeline – Anne E. C. White – Richard L. Kravitz – Stephen G. Henry 2021. Agenda setting and visit openings in primary care visits involving patients taking opioids for chronic pain. *BMC Family Practice* 22:4. doi:10.1186/s12875-020-01317-4.
- Hydén, Lars–Christer – Elliot G. Mishler 1999. Language and Medicine. *Annual Review of Applied Linguistics* 19:174–192. doi:10.1017/S0267190599190093.
- Jones, Rodney H. 2013. *Health and Risk Communication. An Applied Linguistic Perspective*. Milton Park, Abingdon, Oxon: Routledge.
- Kecskes, Istvan 2008. Dueling contexts: A dynamic model of meaning. *Journal of Pragmatics* 40/3:385–406. doi:10.1016/j.pragma.2007.12.004.
- Kecskes, Istvan 2010. The paradox of communication: Socio-cognitive approach to pragmatics. *Pragmatics and Society* 1/1:50–73. doi:10.1075/ps.1.1.04kec.
- 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.
- Kecskes, István 2014. *Intercultural pragmatics*. Oxford: Oxford University Press.
- Kecskes, Istvan 2017. Cross- Cultural and Intercultural Pragmatics. In Yan Huang (szerk.) *The Oxford Handbook of Pragmatics*. Oxford University Press. 400–415.
- Kecskes, Istvan – Fenghui Zhang 2009. Activating, seeking, and creating common ground: A socio-cognitive approach. *Pragmatics & Cognition* 17/2:331–355. doi:10.1075/pc.17.2.06kec.
- 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.
- Mishler, Elliot George 1984. *The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*. (Language and Learning for Human Service Professions) Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- Németh T., Enikő 2019. *Implicit Subject and Direct Object Arguments in Hungarian Language Use. Grammar and Pragmatics Interacting*. (Pragmatic Interfaces) Equinox.

- Roberts, Lisa C. – Faye A. Burrow 2018. Interruption and rapport disruption: measuring the prevalence and nature of verbal interruptions during back pain consultations. *Journal of Communication in Healthcare* **11/2**:95–105. doi:10.1080/17538068.2018.1449289.
- 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 2005. The structure of patients' presenting concerns: the completion relevance of current symptoms. *Social Science & Medicine* **61/2**:481–493. doi:10.1016/j.socscimed.2004.12.004.
- Robinson, Jeffrey D. – Alexandra Tate – John Heritage 2016. Agenda-setting revisited: When and how do primary-care physicians solicit patients' additional concerns? *Patient Education and Counseling* **99/5**:718–723. doi:10.1016/j.pec.2015.12.009.
- Rudy, Iris Sun – Alexandra Poulos – Laura Owen – Ashlee Batters – Kasia Kieliszek – Jessica Willox – Hazel Jenkins 2015. The correlation of radiographic findings and patient symptomatology in cervical degenerative joint disease: a cross-sectional study. *Chiropractic & Manual Therapies* **23**:9. doi:10.1186/s12998-015-0052-0.
- Sacks, Harvey – Emanuel A. Schegloff – Gail Jefferson 1974. A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language* **50/4**:696–735. doi:10.1353/lan.1974.0010.
- Schegloff, Emanuel A. – Harvey Sacks 1973. Opening up closings. *Semiotica* **8/4**:289–327. doi:10.1515/semi.1973.8.4.289.
- 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.
- Stalnaker, Robert 2002. Common ground. *Linguistics and Philosophy* **25/5–6**:701–721. doi:10.1023/A:1020867916902.
- Stortenbeker, Inge – Wyke Stommel – Sandra Dulmen – Peter Lucassen – Enny Das – Tim Hartman 2020. Linguistic and interactional aspects that characterize consultations about medically unexplained symptoms: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* **132**:109994. doi:10.1016/j.jpsychores.2020.109994.
- Teas Gill, Virginia – Felicia Roberts 2012. Conversation analysis in medicine. In Jack Sidnell – Tanya Stivers (szerk.) *The Handbook of Conversation Analysis*. Chichester: John Wiley & Sons. 575–592. doi:10.1002/9781118325001.ch28.
- 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.

Verschueren, Jef 1999. *Understanding Pragmatics*. London: Arnold Publishers.

## 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