

Szubjektív betegség-elképzelések nyelvészeti elemzése
hipertóniás beteg – háziorvos konzultációkban

Doktori (Ph.D.) értekezés

Hambuchné Kőhalmi Anikó

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Egészségtudományi Doktori Iskola

Pécs, 2013.

Tartalom

TARTALOM	1
RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE	1
1. BEVEZETÉS	2
1.1. Szubjektív betegségteóriák orvosi pszichológiai megközelítésben.....	3
1.2. Szubjektív betegségteóriák jelentősége az orvos beteg kapcsolatban	4
1.3. Szubjektív betegségteóriák az orvos – beteg konzultációban	5
1.3.1. Az orvos-beteg konzultáció jelentősége a gyógyítás folyamatában	5
1.3.2. Szubjektív betegségteóriák jelentősége az orvos-beteg konzultációban.....	7
1.4. Szubjektív betegségteóriák nyelvészeti elemzésének lehetőségei	10
1.4.1. Nyelvészeti kutatások a szubjektív betegségteóriák interakcionális elemzésére	10
1.4.2. Funkcionális szemléletű nyelvészeti elemzés a szubjektív betegség-elképzelések interakcionális megjelenésének leírására.....	14
1.5. Az elemzés kategóriái	16
1.5.1. Szubjektív megnyilatkozás	17
1.5.2. A társalgás alapegysége a beszédlépés vagy forduló.....	18
1.5.3. Szekvenciális mintázat	18
1.5.4. Dialógustömbök	20
1.5.5. Dialógustípusok szekvenciális mintázatok alapján.....	20
1.5.6. Dialógusszövegek strukturáltsága	21
1.6. A beszélgetések strukturálása	22
1.6.1. Beszélgetés-fázisok	22
1.6.2. Beszélgetés-fázisok lineáris kronologikus megközelítésben	24
1.6.3. Beszélgetés-fázisok cselekvésalapú megközelítésben	24
1.6.4. Cselekvésminta.....	24
1.6.5. Dialógustömbök értelmezése a beszélgetések struktúrájában	25
1.6.6. Cselekvésséma, a társalgások hierarchikus szerkezete	26
1.7. A beszélgetések kontextusa	27
1.7.1. A párbeszéd kontextuális tényezői kognitív pragmatikai megközelítésben	27
1.7.2. A beszélgetéselemzés kontextus fogalma.....	28
1.8. Kutatás céljai, hipotézisek	29
1.8.1. Kutatási célok	29
1.8.2. Kutatási hipotézisek.....	29
2. MÓDSZEREK	30
2.1. A Betegség Percepció Kérdőív módosított változata	30
2.1.1. A Betegség Percepció Kérdőív módosított változatának hazai adaptációja	32
2.1.2. A Betegség Percepció Kérdőív hipertóniára kidolgozott változata	32
2.1.3. A hipertónia kérdőív alkalmazása	33

2.2. Nyelvészeti módszer	34
2.2.1. A vizsgálat körülményei	34
2.2.2. A résztvevők	35
2.2.3. A korpusz	36
2.2.4. A kvantitatív nyelvészeti elemzés módszerei	38
3. EREDMÉNYEK	42
3.1. Hipertónia kérdőív eredményei	42
3.1.1. Szociodemográfiai eredmények	42
3.1.2. A kérdőív egyes dimenziói közötti összefüggések	43
3.1.3. Okok szubskála	44
3.1.4. A dimenziók itemei közti összefüggések	46
3.2. Párbeszéd kvantitatív mikroszerkezeti elemzésének eredményei	49
3.2.1. Dialógustömbök és témák	49
3.2.2. Dialógustömbök szekvenciális szerkezete	50
3.2.3. Dialógustömbök és résztvevők	54
3.2.4. Dialógustömbök szekvenciális szerkezete és résztvevők	55
3.2.5. Résztvételi arányok a témakidolgozásban	57
3.3. Szubjektív megnyilatkozások kvantitatív elemzése a párbeszéd mikroszerkezetében	59
3.3.1. Dialógustömbök szerkezete és a szubjektív megnyilatkozások gyakorisága	59
3.3.2. Résztvevők szerinti jellemzők	61
3.4. Párbeszéd mezoszintű struktúráinak kvantitatív elemzése	62
3.4.1. Epizódok és altémák a dialógusokban	62
3.4.2. Epizódok dialógusszövegeinek strukturáltsága	65
3.4.3. Epizódok dialógusainak szekvenciális szerkezete	65
3.4.4. Epizódok és résztvevők	67
3.5. Szubjektív megnyilatkozások kvantitatív elemzése a párbeszéd mezoszintű struktúráiban	69
4. MEGBESZÉLÉS	70
4.1. A beszélgetések kontextusa	70
4.1.1. Szociodemográfiai háttér	70
4.1.2. Magas vérnyomás betegség kihatása a betegek életére	71
4.1.3. A betegség okainak megítélése a betegek körében	71
4.1.4. A betegség nemek szerinti eltérő megítélése	72
4.2. Orvos-hipertóniás beteg konzultáció dialógusainak mikroszerkezeti jellemzői	72
4.2.1. Az orvos – hipertóniás beteg konzultáció tematikus súlypontjai	72
4.2.2. A dialógusok szekvenciális szerkezete, mint az elvégzendő kommunikatív feladatok megoldási módja	76
4.2.3. Dialógusok és résztvevők	81
4.2.4. Résztvevők „ujjlenyomata” a dialógusok szekvenciális mintázatán	81
4.2.5. Résztvevők aránya a lokális kommunikatív feladatok megoldásában	83

4.3. Betegséggel kapcsolatos szubjektív megnyilatkozások kidolgozása a dialógusok mikroszerkezetében.....	86
4.3.1. Szubjektív megnyilatkozások interaktív kidolgozása a lokális kommunikatív feladatok megoldásakor.....	86
4.3.2. Szubjektív megnyilatkozások interaktív kidolgozása és a résztvevők.....	87
4.4. Dialógusok mezoszintű struktúráinak jellemzői	90
4.4.1. Epizódok és altémák.....	91
4.4.2. Epizódok dialógusszövegeinek strukturáltsága és a dialógusok szekvenciális mintázata	92
4.4.3. Epizódok és résztvevők	94
4.5. Betegséggel kapcsolatos szubjektív megnyilatkozások kidolgozása az orvos-hipertóniás beteg konzultáció epizódjaiban.....	95
4.6. Összefoglalás	98
4.6.1. A társalgások mikroszintjén kidolgozott szubjektív megnyilatkozások	98
4.6.2. A társalgások mezoszintjén kidolgozott szubjektív betegség-elképzelések	99
4.7. Hipotézisek és bizonyítottságuk.....	101
4.8. A kutatás új eredményei.....	104
4.8.1. A beszélgetések lokális struktúrájára, és a lokális szerkezetben kidolgozott szubjektív betegség-elképzelésekre vonatkozó új kutatási eredmények	104
4.8.2. A beszélgetések mezoszintű struktúráira, és a mezoszintű szerkezeti egységeken kidolgozott szubjektív betegség-elképzelésekre vonatkozó új kutatási eredmények.....	105
4.9. A kutatás korlátai	106
5. KONKLÚZIÓ	109
HIVATKOZÁSOK	110
TÁBLÁZATOK ÉS ÁBRÁK JEGYZÉKE	120
MELLÉKLETEK.....	121
1.sz. melléklet: Etikai bizottsági engedély kutatás elvégzéséhez.....	121
2.sz. melléklet: Betegnyilatkozat hangfelvétel készítéséről.....	122
3.sz. melléklet: Betegnyilatkozat kérdőív kitöltéséről	123
4. sz. melléklet: Kutatás során alkalmazott kérdőív.....	124
5. sz. melléklet: GAT 2 bázistranszkripció – átírás során használt jelek	129
A SZERZŐ PUBLIKÁCIÓI	130
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	132
7. SZ. MELLÉKLET DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A DOLGOZAT EREDETISÉGÉRŐL.....	133

Rövidítések jegyzéke

BL – beszélgetés

DT – dialógustömb

SDM – shared decision making (közös döntéshozatal)

SZBT MNY – szubjektív megnyilatkozás

1. BEVEZETÉS

A funkcionális nyelvészeti indíttatású kutatás az orvos-beteg interakciókat vizsgáló szerteágazó és sokrétű lingvisztikai kutatások sorában helyezhető el. Jól körülhatárolható beszédhelyzetben – orvos és beteg konzultációjában – beszédeseményeket vizsgál, amelyeket a társas interakció egy-egy szakaszának tekint és ezeket abból a szempontból mutatja be, hogy a beszéd hogyan zajlik bennük, különös tekintettel a beszédben megjelenő betegséggel kapcsolatos szubjektív elképzelésekre és betegségkonceptiókra.

A dolgozat témája magas vérnyomás betegek betegség-elképzeléseikkel kapcsolatos szubjektív megnyilatkozásainak elemzése a társalgások strukturális szerveződésében. A szubjektív megnyilatkozások elemzésének célja a társalgások szerkezetében megragadható, betegséggel kapcsolatos laikus elképzelések interaktív kidolgozottságának leírása.

A vizsgálat anyagát hipertóniás beteg-orvos konzultációk beszélgetéseinek diktafonos rögzítés után átírt párbeszédei alkotják.

A dolgozat várható eredménye egyrészt az orvos-hipertóniás beteg párbeszédeket felépítő dialógusok általános leírása, másrészt annak bemutatása, hogy a dialógusok jellegzetességei és a szubjektív megnyilatkozások beépülése a beszélgetések szekvenciális és hierarchikus rendjébe hogyan határozzák meg kölcsönösen egymást.

Az eredmények remélhetőleg gazdagítják az orvos-beteg interakcióval kapcsolatos ismereteket azáltal, hogy a beszélgetések mélyére hatolva betekintést nyújtanak a társalgások elemi struktúráiba. Az eredmények értelmezése segíthet megérteni a szubjektív betegség-elképzelések problematikus kezelésének okait az interakcióban, közvetve pedig a hatékony orvos-beteg kommunikáció fejlesztését szolgálhatja.

A dolgozat elméleti kerete több tudományterület ismereteiből merít, ezért a következőkben fontos röviden áttekinteni a különböző diszciplínák kutatás témájára vonatkozó ismereteit.

1.1. Szubjektív betegségteóriák orvosi pszichológiai megközelítésben

Egy adott betegség diagnosztizálása komplex folyamatokat indít el az érintettben. Ezeket a folyamatokat három síkon, érzelmi és kognitív síkon, illetve a viselkedés síkján lehet megragadni. Betegsége megismerése során a beteg képzeteket alakít ki magában betegségével kapcsolatban, és egyfajta tudást épít fel. A szubjektív betegségteóriák ebből jönnek létre. Komplex képződmények, amelyekben a betegségre vonatkozó kogníciók – a megbetegedéssel kapcsolatos ismeretek valamint elképzelések – bizonyos rend szerint szerveződnek és reprezentálódnak (Büchi & Buddeberg, 2004).

Faller (1997) a szubjektív betegségteóriákat a páciensek betegségük természetével, kialakulásával és kezelésével kapcsolatos elképzeléseiként definiálja. További szempontokat is hozzárendel a fogalomhoz, figyelembe veszi ugyanis ennek a tudásnak a már említett emocionális szempontjait és az ezzel kapcsolatos tapasztalatokat, félelmeket is (Faller, 1989, Verres, 1986, 1989, Flick, 1998).

További angol és német nyelvű publikációkban használt terminusok, szerzőnként változó módon figyelembe véve a kognitív folyamatokon túli szempontokat: lay illness models (Robbins & Kirmayer, 1991), lay theories of illness (Cole & Theodorsson, 1995, Boonmongkon *et al.*, 2001), illness schemata (Lacroix, 1991, Figueiras *et al.*, 2010), illness perceptions (Petrie & Weinman, 2012), illness representations (Hagger & Orbell, 2003), illness beliefs (Bell & Wright, 2011), illness cognitions (Ayers, 2007), „Alltagstheorien” (Feldmann, 2006), „Laientheorien” (Buddeberg & Abel, 2004, Waller, 2007).

Howard Leventhal a 60-as évek végén megkezdett kutatásaival hierarchikusan szerveződő modellt javasolt a betegség észlelésének leírására. Modelljének alapját a betegségrepresentációk vagy laikus betegség-elképzelések alkotják (Hale & Treharne & Kitas 2007, 904).

Leventhal és kollégái a betegségrepresentációk szerkezetét vizsgálva úgy vélték, hogy „az egyéni reprezentációk alapját egy közös, általános rendszer képezi” (Bartha, 2005, 54), és a felszínen létező egyéni különbségek mögött, „minden esetben egy állandó, néhány dimenzióból álló kognitív struktúrát találhatunk” (Bartha, 2005, 55).

A betegségek mentális reprezentációinak leventhali modellje, a Common-Sense-Model of Illness ezek alapján öt komponenst fogalmaz meg:

1. **identitás:** A betegség azonosítását segítő változók: konkrét tünetek, a hozzájuk kapcsolódó címke, a tünetek súlyosságának és gyakoriságának a megítélése.
2. **időli lefolyás:** A betegség időtartamára, lefolyására vonatkozó várakozások.
3. **okok:** A betegség hátterét, okait tartalmazó elképzelések.
4. **következmények:** A betegség rövid és hosszú távú konzekvenciáiról kialakított nézetek, amelyek magukban foglalják a betegség fizikai, szociális, gazdasági és érzelmi következményeit.
5. **kontrollálhatóság:** A betegség felett kialakítható kontroll lehetőségeiről szóló elképzelések, a gyógyulás feltételezhető eszközeinek tára (Bartha, 2005, 55, Leventhal *et al.* 1997, 19-47).

1.2. Szubjektív betegségteóriák jelentősége az orvos beteg kapcsolatban

Az orvosnak a beteggel folytatott konzultáció során a „szervi elváltozás keresése mellett” figyelembe kell venni, hogy betege mit gondol „állapota eredetéről, jelentőségéről, prognózisáról”, és hogy ez hogyan befolyásolja mindennapi életét (Bartha, 2005, 62).

Fontos, hogy az orvosok megértsék azokat a szinteket, amelyeken ezek a reprezentációk működnek, és azt, hogyan irányítják a betegek kezeléssel kapcsolatos preferenciáit és magatartását (Hale & Treharne & Kitas 2007, 904).

Manber és munkatársai vizsgálatai alapján ugyanis „úgy tűnik, hogy a betegek állapotukról kialakított képe, a betegség súlyosságának általuk becsült szintje sokkal döntőbb a betegség későbbi alakulása szempontjából, mint a betegség objektív klinikai értékelése” (Manber, 2003, hivatkozva Bartha, 2005, 62).

A betegség-reprezentációk feltérképezése és megértése elengedhetetlen az orvos-beteg kapcsolat szempontjából, mivel a betegség-reprezentációk hatással vannak együttműködésükre és kommunikációjukra, és ezzel a terápia megtervezésére és lefolyására is (Bartha, 2005, 70, vö. Szántó & Susánszky, 2006, 79).

1.3. Szubjektív betegségteóriák az orvos – beteg konzultációban

„Majdnem minden betegnek vannak feltételezései arról, hogy hogyan alakult ki a betegsége, mi áll panaszainak ... hátterében. Az orvosok azonban általában nem kíváncsiak erre (egy vizsgálat szerint az orvosok 94%-a nem térképezi fel a betegek ez irányú nézeteit). ... Ez az egyik leggyakoribb, s következményeiben legsúlyosabb „nyelvzavar” az orvos és beteg között: miközben az orvos úgy érzi, hogy ... mindent megtesz betegéért, addig a beteg úgy érezheti, hogy az orvos nem kíváncsi az ő véleményére, nem hallgatja őt meg, nem törődik a véleményével, nem figyel az aggodalmaira” (Pilling, 2008, 52).

1.3.1. Az orvos-beteg konzultáció jelentősége a gyógyítás folyamatában

Az orvos – beteg konzultáció „az egészségügy teljesítményének magja” (Hart, 1998, 8, Spranz-Fogasy, 2010, 29, Nowak, 2011, 10). Egy orvos szakmai pályafutása során kb. 150.000 beszélgetést folytat betegeivel (Lipkin *et al.*, 1995, idézve Spranz-Fogasy, 2010, 29), „a leggyakoribb orvosi tevékenység a betegekkal való kommunikáció” (Pilling, 2008, 47).

Az orvos – beteg beszélgetésben állítják fel a legtöbb diagnózist, kezelési terveket alakítanak ki és döntéseket hoznak ezekkel kapcsolatban, megteremtik a beteg számára a sikeres kezeléshez szükséges pszichoszociális és kognitív feltételek egy részét (Hart, 1998, hivatkozva Nowak, 2011, 10).

A betegek részvételének lehetőségei és határai az orvosi döntéshozatalban a különböző orvos-beteg kapcsolati modellek döntéshozatali modellként való továbbgondolásával szemléltethetők. Elwyn, Edward és Kinnersley 1999-ben didaktikai megfontolások alapján redukálta a sokféle kapcsolati modellt egy három pontból álló modellre, melynek középpontjában a közös döntéshozatal, két szélső pontján a paternalisztikus, illetve a fogyasztói modell (László, 2006, 125-127, Pilling, 2008, 47) vagy fogyasztói alapú stílus (Lázár & Túry, 2009, 254-275) áll. Az előző alapján szinte kizárólag az orvos hoz döntéseket, míg az utóbbiban a döntések a beteg kezében vannak.

Az orvos-beteg kapcsolat átalakulóban van a modern társadalmakban: „a hagyományos, paternalista, tekintélyelvű, orvosi utasításokon alapuló kapcsolati modellt kezdi felváltani a partneri kapcsolat kialakítására törekvő, betegközpontú orvoslás modellje, ... napjainkban a betegek többsége azt szeretné, hogy az orvos tájékoztassa őt, ajánljon fel alternatívákat, vonja be őt a döntésekbe” (Pilling, 2008, 47).

Több kutatás (Salmon & Hall, 2003, de Haes, 2006, Flynn, 2006, Ommen *et al.* 2008, Adreassen & Trondsen, 2010) azonban arra is felhívja a figyelmet, hogy a betegek gyakran és szívesen engedik át a döntések feletti kontrollt az orvosnak. „Nagy fontosságú döntések meghozatala esetén az egyébként aktív, kontrolláló betegek is hajlamosak az orvosra ruházni a döntés felelősségét” (Lázár & Túry, 2009, 269). Az idősebbek, az alacsonyabb iskolai végzettségűek, valamint a rosszabb egészségűek az átlagnál jobban bíznak az orvostudomány lehetőségeiben (Calnan & Williams, 1992, hivatkozva Szántó, 2002, 31).

Heidelbergi kutatók 2004-ben végzett vizsgálataik során arra az eredményre jutottak, hogy az orvosok feltételezése a betegek döntéshozási igényével kapcsolatban összhangban volt a betegek döntéshozatali igényének saját megítélésével. Ez alapján úgy tűnik, hogy nem minden kezeléssel kapcsolatban szükséges a közös döntéshozatal (SMD) gyakorlása. A modell szituációfüggően alkalmazandó.

A vizsgálat további tanulsága volt, hogy a házi orvosok képesek voltak felmérni betegek döntéshozatalukkal kapcsolatos igényeit, és az adott konzultáción belül is váltani a kapcsolati modellek között (<http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Arzt-Patient-Interaktion.7487.0.html>).

A betegek oldaláról szemlélve a konzultáció során alkalmazott orvos-beteg kapcsolati modellt és konzultációs stílust, hazai kutatók elgondolkodtató eredményre jutottak. Málovics Éva és munkatársai a 2000-es évek elején, Szegeden és környékén élőket kérdeztek a „jó orvos”-ról és az ideális kommunikációs stílusról alkotott elképzeléseikről, valamint a döntéshozatal megvalósulásáról a gyakorlatban. A kérdőíves- és interjú-módszerrel végzett kutatás alapján úgy tűnik, hogy „Magyarországon még hosszú utat kell bejárni a SMD és a terápiáról való jobb minőségű döntés elterjedéséig, s ehhez a pácienseknek is sokat kell tanulni és fejlődni ... mind az információk befogadásának és kommunikálásának, mind az egyenrangú kapcsolat kialakításának és az ezzel járó felelőségek vállalásának terén. Ugyanakkor ... oda kell figyelni, hogy a betegek igényeit, preferenciáit figyelembe véve kezdődjön el egy esetleges változás” (Málovics & Vajda & Kuba, 2009, 262).

1.3.2. Szubjektív betegségteóriák jelentősége az orvos-beteg konzultációban

Az orvos és az orvos – beteg interakció egy terápiás eszköz (Bálint, 1961), amely akkor tud hatékonyan működni, ha az orvos belátja, hogy interaktív és terápiás cselekedeteiben rászorul a beteg saját magával kapcsolatos elképzeléseire (Nowak, 2011, 10).

A beteg orvos-beteg interakcióban megjelenő, betegségével kapcsolatos, elképzeléseit több tudományterület is kutatja.

Az orvosi pszichológia, orvosi szociológia, narratív pszichológia, diskurzuselemzés stb., az egyes tudományterületeket jellemző sajátos probléma- és kérdésfelvetésekkel, illetve metodológiával vizsgálják a jelenséget (vö. Kopp & Buda 2001, Kopp & Berghammer, 2009, Szántó & Susánszky, 2006, László, 2011, Ten Have, 2001).

A kutatások sokféle érdeklődésének és gazdag eredményeinek részletes ismertetése meghaladná a jelen dolgozat kereteit, de általánosságban elmondható, hogy a tudományos érdeklődés sokfélesége is a szubjektív betegségtéóriák orvosi konzultációban betöltött szerepének jelentőségét mutatja.

A dolgozatban ismertetett kutatás számára a tudományos eredmények sokféleségéből elsősorban azok bírnak jelentőséggel, amelyek alapján orvos és beteg egyaránt rendelkeznek az egyes betegségekkel kapcsolatos tudással, elképzelésekkel. A szakember tudása a tudományos logika okozati összefüggéseire épülő, professzionális tudás. A beteg elképzelései részben tudatos, részben pedig a tudatosságon kívül eső, egyéni és kulturális tényezőktől erősen befolyásolt, és így szubjektívnek nevezhető elképzelések. Az orvos elképzelései az adott betegségi epizódnak megfelelően alakulnak ki, a beteg elképzelései ugyanakkor bizonytalanok, többszörös jelentést hordoznak, és időben változékonyak. Ez a két – szerkezetében és logikai felépítettségében alapvetően különböző – tudás lép interakcióba egymással orvos és beteg találkozásakor (Bálint, 1961, Kleinman, 1988, Faller, 1989, Koerfer *et al.*, 2009, Lalouschek, 2002a, 2008, Spranz-Fogasy, 2010, Szántó, 2002, Lázár & Túry, 2009, Kopp, & Buda 2001).

Ahhoz, hogy a szakasz elején Pilling által leírt szituáció elkerülhető legyen, a két különböző tudásnak a konzultáció során kölcsönösen igazodni kell egymáshoz.

Az igazodás és igazítás hosszú egyezkedési folyamat orvos és betege között, ami hosszan vagy egy életen át tartó krónikus betegségek esetén nem csak egyetlen konzultációban valósul meg, hanem folyamatosan jelen van az orvos-beteg találkozások interakcióiban (Dunkelberg, 2000, Buda & Kopp, 2001, Lalouschek, 2008).

Korábbi kutatások rámutattak arra is, hogy krónikus betegek esetén a rendszeres orvos-beteg kapcsolat eredményeként a professzionális tudás elemei beépülnek a betegek elképzeléseibe és sajátos értelmet nyernek. Az interakciók során problémát okozhatnak, mivel az orvosnak esetlegesen korrigálnia kell az így kialakuló téves elképzeléseket (Lalouschek, 2005, Spranz-Fogasy, 2010, 32).

A szubjektív betegségteóriák orvosi megítélését a beteggel folytatott konzultáció során számos kutatás vizsgálta, feltárva az okok sokféleségét is. Az eredmények sokszor eltérőek, a kutatás tárgyát képező konzultációk típusától, az intézményi helyszíntől vagy a kutatásba bevont betegpopulációtól függően (Becker, 1984, Verres, 1986, Bischoff & Zenz, 1989, Faller, 1989, Marvel *et al.*, 1999, Rudolf & Heningsen, 2005).

„Az orvos-beteg interakciók kutatói ... az interakciót a legtöbb esetben ... a betegre nézve ... elfojtó, gátló jellegűnek tartják, melyben a beteg elveszti problémáját, a beteg panaszja átalakul, beépül a szakember gondolkodásába és a szakmai közösség diskurzusának részévé válik, végül pedig a beteg is kisajátítódik, személytelenné válik.” (Demeter, 2005, 36). Ugyanakkor fontos látni azt is, hogy a betegek nem feltétlenül és mindig kívánják orvosukkal megosztani betegségükkel kapcsolatos elképzeléseiket, melynek számos oka lehet (lásd 1.3.1.). A dolgozat célkitűzése és keretei nem teszik lehetővé ezek részletes ismertetését. Szükséges azonban egyrészt visszautalni a kutatások módszertani sokféleségéből eredő eltérő következtetésekre, másrészt elengedhetetlen a jelen kutatásra vonatkozatható ismeretek rövid bemutatása is, a későbbiekben ismertetendő eredmények értelmezhetősége szempontjából.

1998 és 2000 között Hamburg három háziiorvosi körzetében átfogó kutatást végeztek a szubjektív betegségteóriák orvosi konzultációkban történő kidolgozásával és kezelésével kapcsolatban.

A kutatás során nem csak elemezték a rögzített beszélgetéseket a bennük megfogalmazódó laikus betegség-elképzelések szempontjából, hanem az orvosokkal és betegekkel készített interjúkban meg is kérdezték az érintettek véleményét az elhangzottakkal kapcsolatban.

A kutatócsoport rámutatott arra, hogy a háziiorvosi praxis az egészségügyi intézményrendszeren belül az orvos-beteg kommunikáció számára speciális keretet ad. Az orvos-beteg viszonyt a hosszú kapcsolat jellemzi, számos probléma közös ismerete.

Az intézményi keret nem kívánja meg sok és komplex ismeretanyag rövid idő alatti közvetítését, ellentétben például egy genetikai tanácsadás kommunikatív szituációjával (Hartog, 1993). A kommunikatív szituáció különbözősége kihat a szubjektív betegségteóriák interakcionális kidolgozására is.

Az interakció más-más pontjain kerültek kidolgozásra a betegségkonceptiók, és kidolgozottságuk mértéke is eltérő volt a kétfajta orvos-beteg konzultációban: A tanácsadás folyamatában akkor kerültek kidolgozásra, ha a beteget elárastották professzionális információkkal, a háziorvosi praxisban legtöbbször a kommunikáció „melléktermékeként” fogalmazódtak meg, ha a beteg valamit el akart hárítani, vagy valamit el akart érni. Ennek során a betegségkonceptiók csak kis hányadát dolgozták ki explicit módon a résztvevők. Sok mindenre csak utalás történt, sok mindent sejteni lehetett, sok mindent non-verbális eszközökkel közvetítettek a partnerek (Dunkelberg, 2000, 88-92). A vizsgálat rámutatott arra is, hogy az orvosok laikus betegség elképzelésekkel kapcsolatos kommunikatív viselkedése nagymértékben függött attól, miként ítélték meg betegük szükségleteit, tűrőképességét és viselkedését az adott kommunikatív szituációban. A betegségkonceptiókkal kapcsolatos egyezkedés (negotiation/Aushandlung) és az ezzel összefüggésben megfogalmazódó orvosi tényszerű magyarázatok pedig „úgy tűnik, primeren az érzelmi megküzdést szolgálják” (Dunkelberg, 2000, 90, saját fordítás, vö. Büchi & Buddeberg, 2004, Lalouschek, 2002a, Kopp & Berghammer, 2009).

1.4. Szubjektív betegségteóriák nyelvészeti elemzésének lehetőségei

1.4.1. Nyelvészeti kutatások a szubjektív betegségteóriák interakcionális elemzésére

Az orvos-beteg kommunikáció kutatása a nyelvtudományon belül, különböző nyelvészeti irányzatokhoz köthető. A szociolingvisztika (etnometodológia, beszédetnográfia) (Demeter, 2003, 13-15), a diskurzuselemzés és a konverzációelemzés is foglalkozik az orvos-beteg interakcióval.

A nemzetközi szakirodalom a 80-as évektől kezdve ismertet olyan empirikus kutatásokat, amelyekben a konverzációelemzés módszertanát alkalmazva vizsgálták az orvos-beteg kommunikáció jellegzetességeit (Löning, 1986, Löning & Rehbein, 1993, Löning, 2001, Nowak & Spranz-Fogasy, 2009). Az elemzések többsége az alapellátásban megvalósuló orvos-beteg interakciókra irányult (Maynard & Heritage, 2005, Heritage & Maynard, 2006). Az egészségügy speciális helyszíneinek orvos-beteg interakcióit a sürgősségi ellátásban (Mondada, 2003, Koschmann *et al.*, 2005), illetve az AIDS-betegekkel folytatott beszélgetésekben (Peräkylä, 1995, Silverman, 1997) vizsgálták kutatók a konverzációelemzés módszerével.

Az elmúlt években a hazai egészségügyi kommunikációt vizsgáló kutatásokban is fokozatosan nőtt a módszert alkalmazó elemzések száma. Kuna és Kaló 2012-ben egy komplex kutatás részeként alkalmazták a konverzációelemzés eszköztárát (Kuna & Kaló, 2012). Átfogó módszertani keretként egyrészt a házi orvos-beteg kommunikációra (Hambuch, 2009, 2010, 2011, Sárkány, 2012), másrészt kórházpedagógusok és súlyos beteg gyerekek interakcióira irányuló kutatások (Kránicz, 2011) alkalmazták a konverzációelemzés eszköztárát (http://igyk.pte.hu/files/tiny_mce/File/szervezeti_egysegek/Boronkai%20D%C3%B3ra_A%20ke_alk_orvos_beteg_komm.pdf).

Az orvos-beteg kommunikáció betegszempontú megközelítésének jellegzetes irányzata a betegsénarratívák kutatása (Clar & Mishler, 1992, Frank, 1993, Robinson, 1990, Charon, 2001, Bury, 2001, Demeter, 2003, László, 2011), melynek nem a metodológiája, hanem a „beteg hangjának” (Demeter, 2003) fókuszba helyezése, a betegség-elképzelések fontosságának hangsúlyozása az orvos-beteg kommunikációban, játszottak szerepet a jelen kutatás kérdésfeltevésének kialakításában.

Német nyelvterületen a nyelvészeti beszélgetéselemzés a hetvenes évek óta, egyre nagyobb figyelmet tulajdonít az orvos-beteg párbeszédben megjelenő betegségekkel kapcsolatos laikus elképzeléseknek, azok interaktív kidolgozottságának, nyelvi reprezentációinak.

A kutatások közös eredménye a beteg fragmentálódásának (Fragmentierung des Patienten) kimutatása az orvos-beteg kommunikáció során, ami az orvos és beteg tudásbeli különbségéből, érintettségük eltérő voltából és szerepviszonyaikból (lásd 1.3.1.) fakad (Fiehler, 1990, Lalouschek, 1993, 2002ab, 2008, Faller, 1997, Brünner & Gülich, 2002, Sator, 2003, Frankel, 2001, Wüstner, 2001, Kreissl *et al*, 2004).

Lalouschek és Fiehler a beteg kettős fragmentálódásáról beszélnek. Egyrészt az életével kapcsolatos komplex összefüggésekből, abból, amit csinál, ami vele történik, és ami foglalkoztatja őt, ki kell választania azt, amit nyelvileg meg akar fogalmazni az intézményes szituációban. Hogy ez mi legyen, lényeges mértékben függ attól, hogy ő maga mit tart orvosilag relevánsnak, tehát attól, hogy mit gondol, mit kell és tud kidolgozni az adott keretek között. Másrészt miközben leír, ismertet és mesél, el kell tekintenie az elmondott tényekkel és eseményekkel kapcsolatos érzelmi dimenziótól. (Lalouschek, 2000a, Fiehler, 2005, 120). A fragmentálódás az orvos-beteg beszélgetések elemzésekor szisztematikusan kimutatható a nyelv szintjén (Lalouschek, 2002a, Sator, 2003, Demeter, 2005, Fiehler, 2005, Spranz-Fogasy, 2010).

A jelen dolgozatban ismertetett kutatás megtervezésére hatással volt Karin Birkner 2006-ban megjelent átfogó tanulmánya, amelyben krónikus arcfájdalommal küzdő betegek szubjektív betegségteóriáit elemezte, fogorvos-beteg konzultációkban.

A tanulmány nemcsak azt vizsgálta milyen elemei, megjelenési módjai és funkciói vannak a betegségteóriáknak az interakcióban, és mennyire fragmentálódnak ezek a beszélgetések során, hanem kritikusan foglalkozott azokkal a módszertani nehézségekkel is, amelyek a szubjektív betegségteóriák nyelvészeti elemzését jellemezhetik.

Az elemzés nehézségének alapvető forrása, hogy a betegek az orvossal folytatott konzultáció során nem feltétlenül explicit módon nyilvánítják ki betegségükkel kapcsolatos elképzeléseiket (lásd 1.3.).

A beszélgetésből kiindulva és azt áttekintve, ugyanakkor bizonyos kulcstémák fedezhetőek fel, melyek a beteget betegségével kapcsolatban foglalkoztatják.

A beszélgetés azon pontjain, ahol explicit módon fogalmazódnak meg, jól megragadhatóak. Ezek alapján, az elemzés retrospektív módon tudja kimutatni a beszélgetések azon pontjain is jelenlétüket, ahol csak utalás történik rájuk, vagy esetleg implicitek maradnak (Birkner, 2006, Birkner & Burbaum 2013, 176-177).

A szubjektív betegségteóriák elemzése során figyelembe kell venni azt is, hogy a laikus teóriák kidolgozottsága nagyon kontextusfüggő (Birkner, 2006, 177).

Függ az orvosi konzultáció típusától, helyszínétől (lásd 1.3.), az orvosi beszélgetésvezetés módjától, elsősorban az orvos kérdezéstechnikájától (Menz & Lalouschek & Gstettner, 2008, Lalouschek, 2002ab, 2008, Neises & Dietz, & Spranz-Fogassy, 2005, Fiehler, 2005). Függ attól is, hogy a beteg mögött milyen „betegkarrier” áll.

Eltérő mentális reprezentációk jellemzik a beteget egy akut megbetegedés kapcsán, és akkor, ha egy életen át tartó, krónikus betegséggel kell megküzdenie (Kopp & Berghammer, 2009, lásd még 1.2., 1.3.).

A szubjektív betegségteóriák eddigiekben ismertetett jellemzőinek módszertani következményei vannak a kutatásban. Pontosabb megragadhatóságuk érdekében érdemes egyidejűleg többféle módszertani megközelítésben vizsgálni interakcionális kidolgozottságukat, kérdőíves módszerrel és/vagy interjúkészítéssel kiegészíteni a nyelvészeti elemzéseket (Birkner, 2006, 177).

A módszertani eljárás mellett a vizsgálat tárgyának megnevezése is megfontolásra érdemes a kutatás során.

2012. március 21. és 23. között megrendezett konferencián Mannheimban (Medizinische Kommunikation, 16. Arbeitstagung zur Gesprächsforschung, IDS Mannheim), a fentebb ismertetett tanulmány szerzőjének, Karin Birknernek előadására reagálva, hosszabb beszélgetés bontakozott ki a beszélgetéselemzők körében arról, hogy a beszélgetésekben megragadható szubjektív teóriák nevezhetőek-e ténylegesen teóriának.

Arnulf Deppermann hívta fel a figyelmet arra, hogy a betegségteóriák, erősen fragmentált interakcionális megjelenésük miatt, nem tudnak a maguk komplex jellegében, koherens teóriaként megjelenni az orvos-beteg konzultációban. A beszélgetésekben megvalósuló komponenseik, vagy azok fragmentumainak elnevezése ezért átgondolásra érdemes tény.

A dolgozatban, Deppermann véleményét elfogadva, a továbbiakban a szubjektív betegségteóriák elnevezés helyett, a *szubjektív betegség-elképzelés* terminus kerül alkalmazásra.

1.4.2. Funkcionális szemléletű nyelvészeti elemzés a szubjektív betegség-elképzelések interakcionális megjelenésének leírására

„A funkcionális szemléletű nyelvtudomány a nyelvet olyan tudásnak tekinti, mely szoros összefüggésben áll a világról való tudással, de ennek nem pusztán egy kifejezőeszköze, hanem a megismerés közege. A világról való tudás tehát a nyelvi és a nem nyelvi tényezők kölcsönhatásából épül fel, melyben fontos szerepet játszanak a környezeti, a biológiai, a pszichológiai, a fejlődési és a szociokulturális tényezők is. (...) A funkcionális szemléletre az jellemző, hogy a nyelvi jelenségeket a megértett beszédhelyzetben és a szövegkörnyezetben vizsgálják, így az elemzések nagy hangsúlyt fektetnek a pragmatikai szemléletre is.

Az ilyen típusú elemzésekben a hangsúly a nyelvi jel és használója, valamint a megnyilatkozás és a szituáció közötti viszonyra helyeződik, így ... előtérbe kerül a kontextus szerepe. (...) Az elemzéseket a tényleges nyelvhasználatból származó korpuszokon végzik, és megállapításaikat empirikus adatokra támaszkodva fogalmazzák meg” (Boronkai, 2009, 13-14).

A kutatás a szubjektív betegség-elképzelések nyelvi megvalósulását a maga természetes közegében, az interakciók egyediségében kívánta megragadni. A nyelvészeti konverzációelemzés módszertanát alkalmazva egy olyan vizsgálati korpusz kialakítása volt a cél, amelyet adott időben, helyszínen, és résztvevőkkel, megvalósulásuk pillanatában rögzített beszélgetések alkotnak. Az orvos-beteg kommunikáció tanulmányozása így a maga természetes közegében vált lehetővé (vö. Iványi, 2001, Deppermann, 2001, Boronkai, 2009, Boronkai, 2010). A módszer alkalmazását a vizsgálat tárgyát képező szubjektív betegség-elképzelések kontextus függősége (lásd 1.4.1.) tette indokolttá.

A szubjektív betegség-elképzelések kontextusfüggő jellege, és sokszor csak utalásszerű jelenlétük az interakcióban, szükségessé tették a társalgások szövegének szisztematikus elemzését (lásd 1.4.1.) a konverzációelemzés (KE) beszélgetés fogalmának alkalmazásával.

„A KE ... azt állítja, hogy a beszélgetés interaktív, rendezett nyelvi aktivitás, melynek szerkezete szabályokból, szabályrendszerekből és konvenciókból épül fel. (...)

A beszélgetést olyan rendezett folyamat eredményének kell tekintenünk, amely nem kész egészként, hanem a beszélgetők interakciójában lépésről lépésre jön létre. Az *interaktivitás* ebben az összefüggésben azt jelenti, hogy akkor is, ha csak a résztvevők egyike beszél, mindkét (vagy minden) résztvevő szerepet játszik az aktuális *megnyilatkozás* (*Äußerung*) kialakításában. *Rendezettség*en vagy *szabályszerűség*en pedig azt értjük, hogy minden *megnyilatkozást* egy meghatározott struktúrában előre megadott, kötelező vagy alternatív cselekvési típus végrehajtásaként értelmezzük.” (Iványi, 2001, 77).

A szubjektív betegség-elképzelések interakcionális kidolgozása a beszélgetésekben *megnyilatkozások* sorában valósul meg. A beszélgetésben elhangzó megnyilatkozások a következő tulajdonságokkal rendelkeznek:

- „szorosan kötődnek a *beszélőváltás* egységeihez, a *beszédlépések*hez
- soha nem lépnek fel elkülönülten, csak a mindenkori helyzet által meghatározott kontextusokban. Részei egyidejűleg más megnyilatkozások eredményeként is felfoghatók, hiszen létrejöttüket nagymértékben meghatározzák a megelőző nyilatkozatok, maguk pedig a *szekvenciális implikáció* (*sequentielle Implikation*) révén a következő nyilatkozatokat készítik elő
- a mindenkori befogadóhoz (s annak igényeihez) szabottak (*recipient designed*)
- tele vannak „hibákkal” és javításokkal
- csak bennük jelennek meg a *verbalizációs folyamat* bizonyos ismertetőjegyei, valamint egyes partikulák és kérdéstípusok” (Iványi, 2011, 77, lásd még 1.5.1., 1.5.2. és 1.5.3.).

A megnyilatkozások fenti tulajdonságaik alapján történő szisztematikus elemzése a beszélgetésekben kiegészült a kognitív pragmatika nyelvvel és nyelvhasználattal kapcsolatos ismereteivel. A kétféle szemléletmód nem különíthető el élesen egymástól, inkább kiegészíthetik egymást a kutatásban, különösen is igaz ez a nyelvi tevékenység cselekvésként történő értelmezésében (Deppermann & Reitemeyer & Schmitt & Spranz-Fogasy 2010).

A nyelv a megismerés közege (Boronkai, 2010, 30), így a betegek szubjektív betegség-elképzelést megfogalmazó megnyilatkozásai az interaktív rendezettségben betöltött szerepükön túl, a nyelvi tevékenység speciális megvalósulásaként is leírhatóak az interakciókban. Egyrészt a megismerés eszközei, másrészt a személyközi viszonyok alakítói, különösen az interszubjektív megismerésben játszanak fontos szerepet, és végül az adaptáció, választás és egyezkedés speciális nyelvi megvalósulásaiként is értelmezhetjük őket (vö. Tátrai, 2011, 26-50).

1.5. Az elemzés kategóriái

Az elemzés kategóriáinak kialakítása a nyelvészeti beszélgetéselemzés beszélgetés fogalmából indult ki (lásd 1.4.2.), és olyan szempontok kialakítása volt a célja, amelyek lehetővé teszik a szubjektív betegség-elképzelések megragadását a beszélgetések szerkezeti rendjében.

A szubjektív betegség-elképzelések szekvenciális szerkezet szempontú elemzését az indokolhatja, hogy a szekvenciális szerveződés az értelmezés és megértés közvetlen szintje, biztosítja a különböző megnyilatkozások összekapcsolását és értelmezhetőségét. Részt vesz a megnyilatkozások tartalmi vonatkozásainak alakításában és így szerepet játszik azok jelentésében és érthetőségében, magában hordozva bizonyos mértékig a megértés dokumentálását is (Spranz-Fogasy & Lindtner, 2009, 164-165, vö. Iványi, 2001, 78-79).

Az elemzés a szubjektív betegség-elképzelések interakcionális kidolgozását a dialógusok szekvenciális rendjének mikro- és mezoszintjén vizsgálja a társalgások kontextusában, a funkcionális kognitív pragmatika témával kapcsolatos fogalmait használva.

Az elemzett szerkezeti egységeket és a bennük megjelenő szubjektív betegség-elképzeléseket a beszélgetéselemzés, párbeszéd cselekvés-struktúrájának elemzésére használatos fogalmait alkalmazva, cselekvésként is bemutatja. A következőkben a két funkcionális nyelvészeti irányzat témával kapcsolatos legfontosabb fogalmainak ismertetésére kerül sor.

1.5.1. Szubjektív megnyilatkozás

A jelen dolgozatban ismertetett elemzés a betegek betegségükkel kapcsolatos elképzeléseinek interakcionális megragadásához, a komplex jellegükből eredő nehézségek miatt (lásd 1.4.1.), a beszélgetésben a résztvevők által létrehozott legkisebb egységet, a megnyilatkozást választotta kiindulópontul.

Kognitív pragmatikai szempontok alapján a megnyilatkozást a nyelvi tevékenység behatárolható szakaszaként értelmezi, melynek határait a beszédalanyok váltakozása jelöli ki (Boronkai, 2009, 72). Funkcióját tekintve pedig a megnyilatkozást figyelem irányítási eseménynek (beszédesemény) tekinti, amelyben a beszélő a maga kontextusfüggő (lásd ehhez 1.7.) perspektívájából reprezentálódó közlésével a hallgató(k) mentális irányultságát (figyelmét, megértését) befolyásolja (Tátrai, 2011, 212), és alakítja a nyelvet életté, az életet pedig nyelvvé (Tátrai, 2011, 71).

A megnyilatkozó résztvevő perspektíváját a referenciális központ és a tudatosság szubjektuma fogalmakkal lehet leírni.

A referenciális központ olyan orientációs kiindulópont, amelyből a megnyilatkozás térbeli, időbeli és személyközi viszonyai reprezentálódnak. Alapesetben a megnyilatkozó személye, illetve térbeli és időbeli elhelyezkedése (Tátrai, 2011, 70).

A tudatosság szubjektuma kiindulópontként azt a szubjektumot jelöli ki, akihez a közölt információkkal kapcsolatban a tudat működése (érzékelés, akarat, gondolkodás, mondás) kötődik. Alapesetben ez maga a megnyilatkozó, aki saját mentális világát jeleníti meg (Tátrai, 2011, 71).

Az elemzés során *szubjektív megnyilatkozás*ként kerültek azonosításra azok a megnyilatkozások, amelyekben a referenciális központ és a tudatosság szubjektuma is a megnyilatkozó beteg személye volt.

A megnyilatkozással nyelvileg reprezentált esemény, történet vagy állapot pedig a betegséggel kapcsolatos entitás(ok)ra irányította a résztvevők figyelmét (vö. Tátrai, 2011, 30-31).

A beszélgetés során reprezentált számtalan betegséggel kapcsolatos entitás közül szubjektív betegség-elképzelést kidolgozó megnyilatkozásnak tekintettük azokat a megnyilatkozásokat, amelyek referenciája a betegségek orvosi pszichológiában leírt mentális reprezentációinak bármelyik komponense volt (lásd 1.1.).

1.5.2. A társalgás alapegysége a beszédlépés vagy forduló

„Az interakció alapegysége az úgynevezett (beszéd) lépés”, az angol nyelvű szakirodalomban „turn”, a német nyelvű szakirodalomban „Redezug” vagy „Redebeitrag” néven ismert fogalom. Az az aktivitás, amely él a megszólalás lehetőségével (Iványi, 2001). Egy beszélőtől származó, gyakran többféle típusú megnyilatkozásokat tartalmaz, amelyeket a beszélő úgy hoz létre, hogy közben nem adja át a szót másnak (Boronkai, 2009, 73). A magyar szakirodalomban ismert még a forduló elnevezés (Tolcsvay Nagy, 2006a, 83, Boronkai, 2009, 73, Tátrai, 2011, 81, Hámori, 2006). A dolgozatban a *beszédlépés* elnevezés kerül alkalmazásra a társalgások alapvető szerkezeti egységeinek leírásakor.

1.5.3. Szekvenciális mintázat

„A beszélgetések alapmodellje a szekvencia.” (Iványi, 2001, 76). Közvetlenül a beszédlépés feletti szerkezeti egységeknek a kutatók vagy a két-, vagy a három beszédlépésből álló szekvenciákat tekintik, melyek a társalgások mikroszerkezetét alkotják.

A kétlépéses szekvenciák egy nyitó és egy záró lépésből állnak, és ún. *szomszédsági párt* (Boronkai, 2009, 74) vagy párszekvenciát (Iványi, 2001, 76) alkotnak.

Az első beszédlépés kezdeményező szerepű, a második beszédlépés reagálás szerepű. A két szerep nem cserélhető fel, az első lépés meghatározza a második lépést.

A beszédlépéseknek ezt a meghatározottságát a kondicionális vagy feltételes relevancia fogalmaként ismeri a szakirodalom (Schegloff, 2007, 696-735, Iványi, 2001, 76, Tátrai, 2011, 82, Boronkai, 2009, 91, Spranz-Fogasy & Lindtner, 2009, 165).

A *feltételes relevancia* jelensége nem csak időbeli egymásra következést jelent a szomszédsági párokat alkotó beszédlépések esetén, hanem tartalmi kapcsolódást is: a második beszédlépés bizonyos formában megvilágítja az első tartalmát (Iványi, 2001).

A szomszédsági párok szabályszerű második részükkel lehetőséget nyújtanak a megértés ellenőrzésére, mivel a második rész megvalósítása egyben „implicit beismerése a megértésnek”, a „címzett” a kondicionálisan releváns második forduló létrehozásával egyidejűleg azt is jelzi, „hogyan értette meg a megelőző beszédlépést” (Iványi, 2001, Spranz-Fogasy & Lindtner 2009). A befogadónak ugyanis választási lehetősége van a nyitó fordulót követően, a nyitó fordulóra adható többféle reakció közül választhat. Minden beszélőközösségben léteznek elvárt, preferált és kevésbé elvárt, hátrányban részesített válaszok (Tátrai, 2011, 83).

A kutatók egy része szerint a társalgás alapegysége nem két-, hanem háromrészes szekvencia: kezdeményezésből, válaszból és visszacsatolásból áll (Wardhaugh, 2002, Drew & Heritage, 1992, Cameron, 2001, Hámori, 2006, 162).

A harmadik szerkezeti egység, a harmadik lépés, a második lépés értékelésének tekintendő mindaddig, míg ennek ellenkezője be nem bizonyosodik (Spranz-Fogasy & Lindtner 2009, 165).

A harmadik és az azt követő beszédlépések nem feltétlenül szomszédsági párok szabályos egymásra következését valósítják meg, „hanem több irányba is elágazható, nyitott rendszert” mutatnak (Boronkai, 2009, 73). Lépésről – lépésre valósulnak meg, alkalmazkodva a társalgás lokálisan releváns igényeihez, és ún. *szekvenciális mintázatokat* (Sequenzmuster) hoznak létre (Deppermann, 2001, 76).

A szekvenciális mintázat elemzése a beszédlépések sorrendjére, sorrendjük szabályszerűségeire és tipikus formáira irányul.

Célja annak rekonstruálása, hogy a résztvevők milyen specifikus cselekvéseket végeznek el beszédlépéseikkel és ezek összeillesztésével a beszélgetés során.

Mivel az egyes lépések sorrendje és megvalósulása az interakcióban és interakcióval elvégzendő feladatoktól függ, és a résztvevők szerepvizonyaihoz kötött (Deppermann, 2001, 75-76), ezért a szekvenciális mintázat elemzése nem csak a struktúra megismerését jelenti, hanem alkalmas a társalgás résztvevői közötti aszimmetriák (tudás, hatalom, érintettség, lásd 1.3.), szerepekhez kötött interaktív jogosultságok és kötelezettségek leírására is (vö. Hámori, 2006, 162, Deppermann, 2010, 11, Iványi, 2001).

1.5.4. Dialógustömbök

A párbeszédetek szerkezeti elemzésekor az egymáshoz szorosan kapcsolódó szerkezeti részek azonosítása és leírása nem mindig egyértelmű, sokszor a beszélgetés teljes szerkezetét áttekintve, retrospektív módon válnak azonosíthatóvá a társalgásokat alkotó legkisebb, legszorosabb egységek. Ha azonosításukhoz a szerkezeti aspektus mellett tematikus szempontokat is bevonunk, a kettős szempontrendszer segítségével könnyebben leírhatóvá válnak a társalgások szerkezetét felépítő *dialógustömbök*.

A dialógustömböket tematikus összhang jellemzi, a tömbök határait a „kommunikatív témaváltások határozzák meg”. Egy téma köré rendeződő beszédlépések alkotják, melyek létrehozásával a beszélgetőpartnerek „kölcsonös készséget mutatnak a közös téma megtárgyalására” (Boronkai, 2009, 74).

1.5.5. Dialógustípusok szekvenciális mintázatok alapján

Ha a résztvevők egy téma kifejtése során többször is magukhoz ragadják a szót, akkor kettőnél több fordulóból álló, két- vagy többfokú dialógustömbök jönnek létre (vö. Boronkai, 2009, 74). Ha mindkét résztvevő ugyanannyi alkalommal szólal meg a társalgás során, akkor zárt dialógusról beszélünk. Ha az egyik partner eggyel kevesebbszer ragadja magához a szót, tehát az egyes beszélőktől származó megszólalások száma egy adott téma kifejtésekor nem egyezik meg, akkor a dialógus un. nyitott dialógus.

A „megszólalás arányai (nyitott vagy zárt) és a dialógusok foka (egy-, két-, három- vagy négyfokú) alapján” az adott társalgásra jellemző dialógustípusokat figyelhetünk meg.

Eszerint *egyfokú zárt* (két beszédlépésből álló), *kétfokú nyitott* (három beszédlépés) vagy *kétfokú zárt* (négy beszédlépés), *háromfokú nyitott* (öt beszédlépés) illetve *háromfokú zárt* (hat beszédlépés), és végül *négyfokú nyitott* (hét beszédlépés) vagy *négyfokú zárt* (nyolc beszédlépés) *dialógustípus*ról beszélhetünk (Boronkai, 2009, 74-76).

Az egyes *dialógustípusokat* a beszélgetőpartnerek kommunikatív szándékai és azok sorrendje határozza meg. Így az egy adott társalgásra jellemző dialógustömbök és az őket jellemző dialógustípusok azonosításával a párbeszéd struktúráját a beszélgetés további szintjeinek összefüggésében vizsgálhatjuk, például cselekvési struktúra (lásd 1.5.10.), szociális identitás és kapcsolatok szintjén (vö. Tolcsvay Nagy, 2006b, 84, Spranz-Fogasy, 2010, 91-98).

1.5.6. Dialógusszövegek strukturáltsága

A dialógustömbök szinteződésének megállapításával leírhatóvá válik az azokból felépülő párbeszéd szövegének szerkezete, az un. *mélyégi mutató* kiszámításával.

A mélyégi mutató fogalmának alkalmazása spontán beszéd esetén (Boronkai, 2008, 2009, 2010) Keszler 1983-as tanulmányán alapul.

Ezt a mutatót általában arra használják, hogy egy adott szöveg mondatainak összetettségét vizsgálják (Deme, 1971, 1983).

A mondatokat ehhez bonyolultságuk alapján négyféle szinthez sorolják: egyszintű mondatok közé tartoznak az egyszerű mondatok és a két vagy több tagmondatból álló mellérendelő összetételek, kétszintű lehet a két tagmondatból álló alárendelés, vagy a több mellérendelő és alárendelő viszony kombinációja, a többszörösen összetett alárendelések pedig a három és négy szintű mondatok csoportjába tartoznak.

„Ez a módszer felhasználható a dialógusok szerkezetének vizsgálatában is.” (Boronkai, 2009, 77).

Ebben az esetben az egyszerű mondat kategóriájának a beszél lépés felel meg, így egyfokú dialógus a kettő, kétfokú a négy, háromfokú a hat és négyfokú a nyolc beszél lépésből álló dialógus.

„A mélységi mutató ebben az esetben az a hányados, amelyet az egyes dialógusszintek részesedésének és a csoport szintszámának szorzatából, valamint a dialógusok számából kapunk” (Boronkai, 2009, 77).

1.6. A beszélgetések strukturálása

A beszélgetések egyes fázisainak definiálása nem egységes a beszélgetéselemzők körében (Spranz-Fogasy, 2001, 1241). Általánosan a szakirodalom beszélgetés-fázisként határoz meg minden olyan komplex egységet, amely egy cselekvés vagy téma köré rendeződik, az interakció logikai sorrendjét implikálja és belső szerkezetében tovább differenciálható (Spranz-Fogasy, 2001, 1241).

1.6.1. Beszélgetés-fázisok

A beszélgetések legnagyobb egységeinek meghatározása és elnevezése egységes a beszélgetéselemzők körében. A társalgások makroszerkezetét háromfázisú modellként írják le: beszélgetés megkezdése - nyitó fázis -, beszélgetés közepe - központi fázis -, beszélgetés befejezése - befejező/lezáró fázis. Ezek a fázisok egységesek, jól elkülöníthetők és előremutató, folyamat jellegűek (Spranz-Fogasy, 2001, 1242, Deppermann, 2001, 77-78).

A beszélgetés közepének, központi részének nevezett szerkezeti egység leírása, komplexitásának köszönhetően, a legkülönbözőbb módon történik az elemzők körében.

A központi beszélgetés-fázist további részfázisokra bontják a kutatók, amelyeket a témák illetve altémák, valamint a szituatív feltételek alapján állapítanak meg (Spranz-Fogasy, 2001, 1241). A fázis fogalma helyett (Henne & Rehbock, 1995, Brinker & Sager, 1996) az egyes beszélgetés-egységek elnevezésére használatos további fogalmak még: séma (Kallmeyer & Schütze, 1976), cselekvésminta (Ehlich & Rehbein, 1979).

Az egyes fázisok belső szegmentálására szintén a legkülönbözőbb elnevezéseket használják az elemzők. Henne & Rehbock, 1995: részfázisok, beszélgetés-részek, Schank 1981: beszélgetés-részlet, tematikus részlet, Müller 1984: aktivitás-komplexumok, Kallmeyer & Schütze 1976: rész-cselekvés-sémák vagy cselekvésséma-komponensek, Nofsinger 1991: szegmensek (Spranz-Fogasy, 2001, 1241).

Az egyes fázisok megállapítására alapvetően kétféle megközelítést alkalmaznak a beszélgetéselemzők: cselekvésorientált vagy témaorientált megközelítést (Spranz-Fogasy, 2001, 1242).

Az első megközelítés a beszélgetést nyelvi cselekvések soraként értelmezve, a résztvevők beszélgetésben és a beszélgetéssel megvalósuló cselekvéseit vizsgálja, utóbbiak a társalgás során kidolgozott témák alapján alakítanak ki elemzési kategóriákat és írják le a beszélgetések szerkezetét. A beszélgetéseket tematikus szempontok alapján strukturáló elemzések nem dolgoztak még ki tematikus szerveződésen alapuló modelleket. A cselekvésközpontú leírások azonban több modellt is létrehoztak (Spranz-Fogasy, 2001), abból kiindulva, hogy minden beszélgetéstípus esetén – nagyszámú empirikus korpuszelemzés alapján – egy rá specifikusan jellemző feladatstruktúra és egy ezzel szoros kapcsolatban álló cselekvéssor állapítható meg (vö. Kallmeyer, 2005, Spranz-Fogasy, 1988, Nothdurft, Reitemeyer & Schröder, 1994, Nowak, 2010). A beszélgetéskutatás fentebb vázolt állása alapján célszerű tehát elsősorban cselekvésorientált megközelítést alkalmazni egy adott korpusz párbeszédeinek jellemzésére, ugyanakkor nem lehet figyelmen kívül hagyni a társalgások tematikus szerveződésének rendszerét sem. A témakifejtés módjai szoros kapcsolatban állnak ugyanis az egyes cselekvéstípusokkal (Sacks, 1972, Spranz-Fogasy, 2001).

A jelen kutatás során a beszélgetéseket felépítő dialógustömbök meghatározása kettős szempontrendszer alapján történt. Szerkezeti szempontokat is figyelembe véve, a dialógustömbök tematikus szerveződés alapján kerültek elkülönítésre (lásd 1.5.4.). Az így megállapított egységek a továbbiakban beszélgetés-fázis néven is szerepelnek a dolgozatban.

1.6.2. Beszélgetés-fázisok lineáris kronologikus megközelítésben

A beszélgetések, interaktív folyamként, lépések lineáris és kronologikus egymásutániságából épülnek fel. „A *mikroszerkezeti hatások* valós idői sávja 1 és 10 másodperc között van” (Pléh, 2012, 120). A társalgások mikroszerkezetét a két vagy három beszélőlépésből felépülő szekvenciák alkotják (vö. Pléh, 2012, 120, és 1.5.3.).

A fenti definíció alapján, a dialógustömbök csak egy része tekinthető a társalgások mikrostrukturáját alkotó beszélgetés-fázisnak (lásd 1.5.5.).

Ha a lineáris-kronologikus megközelítést kiegészítjük a beszélgetés-fázisok cselekvésszemponitú elemzésével, akkor további támpontokat kaphatunk annak megállapítására, hogy az egyes dialógustömböket a beszélgetések lokális vagy globálisabb strukturáiként azonosítsuk-e, illetve arra vonatkozóan, hogy miként írhatjuk le összekapcsolódásukat az interakció folyamatában.

1.6.3. Beszélgetés-fázisok cselekvésalapú megközelítésben

A dialógusokban megvalósuló cselekvéstípusok leírásához a beszélgetéselemzés módszertanában használatos két fogalom, a cselekvésséma és cselekvésminta fogalmi, segíthetnek. A fogalmak alkalmazását a beszélgetés-fázisok leírására az indokolhatja, hogy az egyes beszélgetés-fázisok nem csak lineárisan kapcsolódnak egymáshoz, hanem egy-egy egységnek több kapcsolata is lehetséges a teljes strukturában. Ezeknek a kapcsolatoknak egy része nem előre- vagy hátravivő linearitás (Tolcsvay-Nagy, 2001, 115), hanem hierarchikusan egymásra épülő viszonyrendszer.

1.6.4. Cselekvésminta

A *cselekvésminták* standardizált cselekvési lehetőségek az interakcióval és az interakcióban elvégzendő feladatok kommunikatív megoldására.

A megoldandó feladatokat a feladatok végrehajtása közben fokozatosan definiálják és dolgozzák ki a résztvevők, gyakran előfordul az is, hogy egy elvégzett feladat csak visszamenőlegesen manifesztálódik. A cselekvésminták belső strukturája különböző lépések szekvenciálisan rendezett sorrendjéből épül fel. A lépések egy kezdő és egy záró rész közé ágyazódnak be.

A cselekvésminták alkalmazása és kivitelezése a résztvevők közötti egyezkedés (vö. Tátrai, 2011, 48) tárgya (Ehlich & Rehbein, 1986, 137, hivatkozva Lalouschek, 2002b, 110). Végrehajtásuk interaktív munka: a résztvevők beszéllépéseikkel különböző cselekvésmintákat iniciálnak partnerükben, befolyásolva ezzel nyelvi viselkedésüket. Az egyes résztvevők cselekvésmintákkal kapcsolatos elvárásai nagyon különbözőek lehetnek (Lalouschek, 2002a, 110-111). A cselekvésminta koncepciója cselekvési lehetőségek széles skáláját foglalja magában, ezért jól alkalmazható mindenekelőtt komplex beszéllépések és közepes méretű szekvenciák elemzésében (Spranz-Fogasy, 2001, 1245).

1.6.5. Dialógustömbök értelmezése a beszélgetések struktúrájában

A dialógustömböket a beszélgetések struktúrájában értelmezhetjük egyrészt a párbeszéd cselekvésstruktúrájának szempontjából, másrészt a társalgásokra jellemző szekvencialitás szempontjából.

A dialógustömb a beszélgetés folyamatában érintett témák kidolgozására jön létre. A témaváltások által meghatározott kezdő és záró rész között, bizonyos beszéllépésszámból álló szekvenciális szerkezet, belső struktúra jellemzi, és a beszélgetések cselekvésstruktúrájában egy-egy kommunikatív feladat megoldására létrehozott cselekvésmintaként definiálható. A beszélgetések szekvencialitásában a dialógustömbök egy része, szekvenciális szerkezetét tekintve, a társalgás mikroszintjénél nagyobb szerkezeti egységnek tekinthető, hiszen alapszekvenciák összekapcsolódásával valósul meg (Deppermann, 2001, Demeter, 2005, 36 és 1.5.3. és 1.5.5.). Ugyanakkor a szövegkutatás kognitív keretben megfogalmazott ismereteit felhasználva ez a szekvencialitás folyamatként és műveletként is értelmezhető. A dialógustömbök a társalgások lokális szintjén oldanak meg feladatokat, illetve valósítanak meg célokat (vö. Tolcsvay Nagy, 2001, 37). A lokális feladatokhoz és célokhoz köthető jellemzőjük a beszélgetések teljes folyamatát áttekintve vált azonosíthatóvá.

Azonosításához szükséges volt a beszélgetéselemzés cselekvésséma fogalmának és a funkcionális pragmatika, beszélgetések mezoszintű struktúráival kapcsolatos ismereteinek alkalmazására az elemzés során.

1.6.6. Cselekvésséma, a társalgások hierarchikus szerkezete

A *cselekvésséma* koncepciójának kidolgozása német nyelvterületen Kallmeyer és Schütze (1976) nevéhez fűződik (Spranz-Fogasy 2001, 1245). Alapját a beszélgetéselemzés beszélgetés fogalma képezi. A beszélgetéselemző számára a beszélgetés elvégzendő feladatok hierarchikus rendszerét alkotja, amelyeket a kommunikációs partnereknek együtt kell az interakció során megoldaniuk. Ezt a hierarchikus feladatstruktúrát cselekvés- vagy interakciós sémának (Handlungsschema/Interaktionsschema) nevezik (Fiehler & Kindt & Schnieders, 1999, hivatkozva Spranz-Fogasy 2001, 1245).

A beszélgetés során a séma egyes feladatai „többszöri nekifutással és több körben”, a beszélgetés különböző pontjain kerülnek kidolgozásra (Spranz-Fogasy, 2001, 1245).

Clark és Argyle a beszélgetések szekvenciális szerkezetén belül a „*mezoszintet*” vizsgálták (Hámori, 2006, 163). Ennek meghatározására abból indultak ki, hogy a beszélgetések résztvevői – nem feltétlenül tudatosan – mindig valamilyen cél megvalósítására törekszenek a társalgás során, így „tervek és célok hierarchiájáról” beszélhetünk (Hámori, 2006, 163). Az ezek mentén létrejövő szekvenciák illetve szekvencia-láncolatok a beszélgetések mezoszintjét alkotják. A célok és alcélok pedig *epizódokra* tagolják a beszélgetéseket (Hámori, 2006, 163). „Minden ... epizódnak további alcéljai vannak, amelyek mindegyikének további alcéljai vannak” (Clarke & Argyle, 1997, 590). Clarke és Argyle így célok és feladatok alapján rajzolja meg a beszélgetés *hierarchikus belső szerkezetét* (epizódok, azokon belül al-epizódok vagy ciklusok) (Hámori, 2006, 163), melynek elemeit a beszélgetéselemzés a cselekvésséma fogalmával jelöli.

Boronkai és Tolcsvay Nagy a nagyobb részszövegeket, mezoszintű szerkezeti egységeket, szerkezeti szempontból definiálják és a fordulókból felépülő, bekezdéshez hasonló egységekként határozzák meg (Boronkai, 2009, 74; Tolcsvay Nagy, 2001, 304-305).

A korpusz dialógustömbjei a társalgások teljes folyamatát áttekintve nagyobb egységekké voltak sorolhatóak, melyek Clark és Argyle alapján (Clarke & Argyle, 1997) az epizód elnevezést kapták az elemzés során.

Az epizódok – további alcélokból és altémákból felépülő hierarchikus rendszerként – szerkezetiileg szekvencia-láncolatok sorozataként jelennek meg az interakcióban, folyamatként és műveletként pedig a hipertóniás gondozás fő feladatait és céljait valósítják meg. A beszélgetéselemzés terminológiáját használva, az egyes epizódokhoz jellegzetes cselekvéssémák köthetőek.

1.7. A beszélgetések kontextusa

1.7.1. A párbeszéd kontextuális tényezői kognitív pragmatikai megközelítésben

A társalgások kommunikációs közegének külső kapcsolódási tartományához tartozó kontextuális, szövegen kívüli tényezői, „melyek nagy hatást gyakorolnak a párbeszéd szövegei szerkezetére is: szituációs kontextus, a cselekvés kontextusa, tematikus kontextus” (Boronkai, 2010, 70).

A szituációs kontextus vagy beszédhelyzet „a beszélő és a hallgató kapcsolata alapján határozható meg, fő elemei pedig a beszélő céljai és szándékai, melyek a hallgatóra valamilyen hatást gyakorolnak” (Tolcsvay Nagy, 2001, 69-70, idézve Boronkai, 2010, 68).

A nyelvi tevékenység cselekvésként történő értelmezésével függ össze a *cselekvés kontextusa*, „mely kapcsolatot teremt a szöveg létrehozásakor végzett nyelvi és nem nyelvi tevékenységek között” (Boronkai, 2010, 68).

„A *tematikus kontextus* az adott szöveg értelmezését teszi lehetővé, és szoros összefüggésben áll a szöveg témájával, valamint a létrehozáshoz és a feldolgozáshoz szükséges előzetes tudással is” (Boronkai, 2010, 68). A tudás itt olyan információkra vonatkozik, melyek biztosítják a dialógus szövegének tartalma, megformáltsága és a beszédhelyzet közötti összhangot (Boronkai, 2010, 68).

A kognitív pragmatika kontextuális tényezőkkel kapcsolatos szemléletéről összefoglalóan megállapítható, hogy ezeket a szövegek külső kapcsolódási tartományához tartozó elemekként definiálja, de fontos szerepet tulajdonít nekik a belső tényezők alakításában is (vö. Boronkai, 2010, Tolcsvay Nagy, 2006b).

A kontextus ugyanis „nem eleve adott, a résztvevőktől függetlenül létező realitás, ... dinamikus viszonyrendszer, amely a résztvevőket, illetve az általuk mozgósított ismereteket foglalja magába” (Tátrai, 2011, 51).

1.7.2. A beszélgetéselemzés kontextus fogalma

A beszélgetéselemzés kontextus fogalmának meghatározó eleme, hogy a társalgások kontextusának azokat az elemeit tekinti relevánsnak az elemzés számára, amelyeket az önálló rendszerként működő beszélgetés résztvevői az interakcióban releváns elemként reprodukálnak és ezzel az elemző számára a beszélgetések nyelvi szintjén kimutathatóvá válnak (Titscher & Wodak & Meyer, 1998, Deppermann, 2001, Sator, 2003, 52). A beszélgetés résztvevői általában nem explicit formában reprodukálják a fenti összefüggésben releváns kategóriákat, és így éppen az elemzés az, ami feltárja és kibontakoztatja őket. A beszélgetéselemzés kontextus fogalmának értelmében az elemzés során tehát a kontextuális tényezőket olyan mértékben kell figyelembe venni, amennyire azok a beszélgetésben résztvevők számára bizonyítottan relevánsak (Sator, 2003, 53-55, vö. Iványi, 2001, 7).

A szubjektív megnyilatkozások interaktív elemzése, a beszélgetés rendszerében közvetlen kontextusukat képező dialógustömbökben történt. A dialógustömbök rekonstruálása a dialógus szövegének folyamatában valósult meg, a dialógustömböt közvetlenül megelőző illetve követő kontextus összefüggésében (lásd 1.5.4.). Az epizódok azonosítása a dialógustömbök közvetlen kontextusán túlmutató, nagyobb szövegösszefüggések megállapításával történt. Az így kapott, beszélgetések szerkezetével kapcsolatos eredmények értelmezésébe pedig bevonásra kerültek a kognitív pragmatika dialógusok kommunikációs közegének külső kapcsolódási tartományára vonatkozó ismeretei is, a szituációs kontextus, a cselekvés kontextusa és a tematikus kontextus.

Az elemzés számára módszertanilag szétbontott kategóriák azonban a valóságban egymást kölcsönösen feltételezve, egyszerre és együtt alakítják a társalgások szerkezetét és értelmét (Boronkai, 2009, Tolcsvay Nagy, 2006b, Tátrai, 2011).

1.8. Kutatás céljai, hipotézisek

1.8.1. Kutatási célok

A kutatás közvetlen célja a szubjektív megnyilatkozások gyakoriságának kvantitatív leírása a dialógusokban, az interakciós szerkezet különböző szintjeinek összefüggésében: a beszélgetés szekvenciális szerveződése, a beszélgetés tematikus szerveződése, a cselekvések szintje, valamint a szociális identitás és kapcsolatok szintjének összefüggésében (vö. Spranz-Fogasy, 2010, 28-46).

A kutatás közvetett célja a fentiekben ismertetett vizsgálat eredményeinek kontextusában leírni a szubjektív betegség-elképzelések interaktív kidolgozottságának mértékét az orvos – hipertóniás beteg konzultációk dialógusaiban.

1.8.2. Kutatási hipotézisek

1. Szubjektív megnyilatkozások kidolgozása szekvenciális mintázatokhoz köthető.
2. A strukturáltabb dialógusszövegekben több a szubjektív megnyilatkozás.
3. Az orvosok eltérő beszélgetésvezetési stílusa cselekvésmintáik alapján jellemezhető.
4. Az orvosi beszélgetésvezetés és a szubjektív megnyilatkozások gyakorisága összefügg.
5. Női betegek több szubjektív megnyilatkozást tesznek, mint a férfi betegek.
6. A szubjektív betegség-elképzelések a beszélgetések epizódjaiban rekonstruálhatóvá válnak.

2. MÓDSZEREK

A dolgozatban ismertetett kutatás a szubjektív betegség-elképzelések interaktív megragadhatóságát vizsgálta betegek megnyilatkozásaiban. Mivel a szubjektív elképzelések interakcionális megjelenése és felépítettsége a legkülönbözőbb lehet (lásd 1.4.), indokolt volt a kutatás módszertanába a szubjektív betegség-elképzeléseket kutató tudományterületek vizsgálati módszereiből átvenni azt, amely a nyelvészeti módszereket kiegészítve, közelebb vihet a szubjektív betegség-konceptiók interaktív kidolgozottságának leírásához.

Így került sor egy olyan orvosi pszichológiai háttérű kérdőív és kérdőíves vizsgálati módszer bevonására a kutatásba, amely a vizsgálat tárgyát pontosan körülhatárolja. A következőkben ismertetendő kérdőív eredményei segítettek egyrészt a szubjektív megnyilatkozások tartalmi elkülönítésében, másrészt releváns információkat szolgáltatottak a beszélgetések kontextusával kapcsolatban.

2.1. A Betegség Percepció Kérdőív módosított változata

A Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) Weinman és munkatársai (IPQ; Weinman *et al.*, 1996) által kifejlesztett kérdőív, a The Illness Perception Questionnaire (IPQ) átdolgozott változata. Általánosan használt kvantitatív mérési mód, a betegségrepresentációk öt, Leventhal modelljében leírt komponensének (Leventhal *et al.*, 1984, 1997) – identitás, következmények, időbeliség, kontroll/kezelés és okok - vizsgálatára.

A kérdőívet elkészítése óta betegségadaptációval foglalkozó kutatások széles körben használják, a legkülönbözőbb betegségcsoportoknál: szívbetegségek (Cooper *et al.*, 1999; Petrie *et al.*, 1997; Steed *et al.*, 1999), reumás arthritis (Murphy *et al.*, 1999; Pimm & Weinman, 1998; Scharloo *et al.*, 1999), rákos megbetegedések (Buick, 1997), psoriasis (Fortune *et al.*, 2000; Scharloo *et al.*, 2000), diabetes (Griva *et al.*, 2000) stb. esetén (Moss-Morris & Weinman *et al.*, 2002, 1).

A kérdőív itemei összefoglalva a következő *szubskálák*on jelennek meg:

I. Identitás

Az első rész a betegségidentitás faktort méri. Az identitás skála 14 gyakran észlelt tünetből áll: fájdalom, émelygés, légszomj, testsúlyváltozás, kimerültség, merev ízületek, szemfájdalom, fejfájás, emésztési panaszok, alvászavar, szédülés, erőtlenség, torokfájás és zihálás. Az IPQ-R először igen-nem formában kérdezi a betegeket arról, hogy a felsorolt 14 tünetből melyeket észlelik. Majd *igen/nem/nem tudom eldönteni* formában, arról kérdezi a betegeket, hogy az észlelt tüneteket vajon a betegségüknek tulajdonítják-e. Ez utóbbi *rating* igennel megválaszolt itemei adják a betegség-identitás szubskálát.

II. Betegség lefolyása, következményei, kontroll, koherencia, érzelmi reprezentáció

A kérdőív második része azt vizsgálja, hogyan vélekedik betegségéről a beteg. Ennek eldöntésére egy Likert-típusú ötfokú skála áll rendelkezésre, a kutatáshoz adaptált kérdőívben a következő válaszlehetőségekkel: „egyáltalán nem értek egyet”, „nem értek egyet”, „egyet is értek meg nem is”, „egyetértek”, „teljesen egyetértek”. Ez a szakasz az alábbi 7 faktor köré rendeződik: akut/krónikus idői lefolyás (6 item), ciklikus idői lefolyás (4 item), következmény (6 item), személyes kontroll (6 item), gyógyíthatóság/kezelés kontroll (5 item), érzelmi reprezentáció (6 item), betegség-koherencia (5 item).

III. Okok

A kérdőív harmadik része a betegség-attribúciókra vonatkozik, arra, hogy a beteg miben látja betegségét okát. Itt is ötfokú Likert-skála segítségével kell válaszolni a betegnek. Weinman és munkatársai (2002) a kérdések faktoranalízisével az alábbi dimenziókat kapták:

1. pszichológiai okok
2. rizikó faktorok
3. immunitás
4. baleset vagy véletlen (Moss-Morris & Weinman, 2002, 4-6, Bartha, 2005, 67)

2.1.1. A Betegség Percepció Kérdőív módosított változatának hazai adaptációja

Az IPQ-R kérdőív magyar nyelvű változatát a budapesti ELTE PPK Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszékének doktoranduszai, Dr. Urbán Róbert vezetésével készítették el. Az itemek fordítását első lépésként egymástól függetlenül két doktoranduszhallgató, Reinhardt Melinda és Verécsi Gabriella végezték el, majd fordításaikat összevetve közös magyar nyelvű verziót dolgoztak ki. A magyar nyelvű kérdőívet következő lépésként Takácsy Mária szakfordító visszafordította angol nyelvre.

Az így elkészült angol nyelvű változatot ellenőrzésre elküldték az eredeti angol nyelvű kérdőív egyik kidolgozójának, Rona Moss-Morris professzornak. A professzor javaslatai alapján Reinhardt Melinda javította, pontosította a magyar nyelvű verziót, hogy ezzel minél inkább megfeleljen az eredeti verzióknak. A magyar nyelvű kérdőív megtalálható az interneten, a <http://www.uib.no/ipq/pdf/IPQ-R%20Hungarian.pdf> címen.

2.1.2. A Betegség Percepció Kérdőív hipertóniára kidolgozott változata

Az IPQ kidolgozói mindig arra bátorították a kutatókat, hogy a skálákat adaptálják az általuk vizsgált betegségcsoporthoz és a kutatás tartalmához. Ez azért is fontos, mert bizonyos speciális jellemzők erősen befolyásolják az adott betegséget, és kulturális faktorok is szerepet játszhatnak a betegek betegségpercepciójában (Moss, Morris & Weinman *et al.*, 2002, 14). A kérdőív különböző betegségekre kidolgozott változatai letölthetőek az internetről. A hipertóniára kidolgozott változat a <http://www.uib.no/ipq/pdf/IPQ-Hypertension-New.pdf> címen érhető el.

A hipertónia kérdőív dimenziói megegyeznek a Betegség Percepció Kérdőív dimenzióival.

A magyar nyelvű kérdőív elkészítésénél így az ELTE PPK Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszékén készült fordítás itemei kerültek felhasználásra, az általánosabb „betegség” terminus helyett a „magas vérnyomás” kifejezést használva. A betegség speciális jellemzőiből fakadóan, a dimenziókhoz rendelt itemek száma az IPQ-R itemeihez viszonyítva az alábbiak szerint alakul a hipertónia kérdőívben:

I.

Összesen 19 tételből áll a kérdőív első része, az identitás szubskála.

A hipertóniás betegek számára összeállított kérdőív további öt itemmel – szexuális érdeklődés csökkenése, impotencia, kipirulás/melegségérzet, szapora szívverés, zibbadás/bizsergés bővült. A súlyváltozással kapcsolatos item pedig „fogyás” itemként szerepel az ennek a betegcsoportnak összeállított kérdőívben. A betegeknek az észlelt tünetek kapcsán nem csak azt kell eldönteniük, hogy betegségük okozhatja-e a tüneteket, hanem azt is, hogy gyógyszereik okozzák-e a panaszokat. Szintén *igen/nem/nem tudom eldönteni* formában válaszolhatnak a betegek.

II.

A kérdőív második része az alábbiak szerint épül fel: Akut/krónikus idői lefolyás (4 item), Ciklikus idői lefolyás (4 item), Következmény (5 item), Személyes kontroll (4 item), Gyógyíthatóság (kezelés kontroll) (3 item), Betegség-koherencia (1 item), Érzelmi reprezentáció (5 item).

III.

A kérdőív harmadik része adaptálta az IPQ-R megfelelő szubskálájának összes itemét: az okok szubskála 18 itemből áll.

A kutatásban felhasznált kérdőív a fent ismertetett itemekből állt össze. Az így kialakított magyar nyelvű hipertónia kérdőív ellenőrzése során, főkomponens analízissel a dimenziók teljes megbízhatósági mutatója 0,843 Cronbach-alfa érték volt (vö. Bartha, 2005, 69).

2.1.3. A hipertónia kérdőív alkalmazása

A kérdőívet Pécs egyik külvárosi körzetében, 2009 és 2010 között, abban a két háziiorvosi körzetben kapták meg a betegek, ahol a hangfelvételek is készültek. A hangfelvételeken szereplő betegek is kitöltötték a kérdőívet. Rajtuk kívül összesen százharmincan töltötték ki kérdőívet, értékelhető eredményeket végül 91 kérdőív tartalmazott. A kérdőíves felmérés nem reprezentatív jellegű.

A kérdőívet vagy az orvosi konzultációt követően, még a váróteremben kitöltötték a betegek, vagy hazavitték és később juttatták vissza a háziiorvosi rendelőbe.

A kérdőív kitöltése előtt orvosaitól tájékoztatást kaptak a kutatás céljáról, az adatok bizalmas kezeléséről.

Végül beleegyező nyilatkozatot írtak alá, melyben a tájékoztatásban foglaltak megértését igazolták, engedélyezték a kérdőív adatainak felhasználását a kutatás céljára, illetve felmentették orvosukat a doktori értekezéshez szükséges egészségügyi adatokkal kapcsolatos titoktartási kötelezettség alól (lásd 3. számú melléklet). A kérdőív kitöltésére véletlenszerűen, a napi betegforgalom alapján kértük fel a betegeket.

A kérdőívek kiértékelése SPSS program 19-es verziójával történt. Az egyes dimenziók közötti összefüggések, illetve a dimenziók itemei közötti kapcsolatok elemzése Spearman-féle rangkorrelációs eljárással történt. A nemek szerinti speciális összefüggések pontosabb megértésére kontingencia-táblázatok készültek. Az okok szubskála elemzése, a minta megfelelő nagyságának köszönhetően, faktoranalízissel történt.

2.2. Nyelvészeti módszer

A nyelvészeti elemzés alapjául tizenöt, hangfelvételen rögzített orvos-beteg konzultáció szolgált.

2.2.1. A vizsgálat körülményei

A beszélgetések digitális rögzítése a PTE ÁOK Etikai Bizottságának engedélyét követően kezdődött 2009-ben (lásd 1. sz. melléklet). A hangfelvételek helyszíne két pécsi, 1320 illetve 1200 főt ellátó felnőtt háziorvosi körzet volt a város egyik külvárosi kerületében. A felvételek készítésének időpontjában az 1320 fős körzet orvosa 16 éve látta el a körzetében élő betegeket, a kisebb beteglétszámmal rendelkező körzet doktora öt éve dolgozott körzetében.

A beszélgetések rögzítése akkor valósult meg, ha a betegek beleegyező nyilatkozat aláírásával ehhez előzetesen hozzájárultak (lásd 2. sz. melléklet).

A betegek kiválasztásának egyetlen szempontja betegségük volt: magas vérnyomásban szenvedő betegeket kértünk meg arra, hogy kutatás céljából engedélyezzék az orvossal folytatott beszélgetésük rögzítését. A körzetekben, az országos tendenciához hasonlóan kb. a betegek 20%-a, 200-300 ember áll hipertóniás gondozás alatt, ebből naponta átlagosan kb. 10 jelenik meg a házi orvosi rendelésen. A betegek kiválasztása a napi betegforgalom során történt, és ebből a szempontból véletlenszerűnek mondható.

2.2.2. A résztvevők

A vizsgálat korpuszát alkotó tizenöt beszélgetésből férfi orvos tíz, női orvos öt beszélgetést vezetett. A férfi orvos vezette tíz, és a női orvos vezette öt beszélgetésből négy - négybe, az asszisztensnők is bekapcsolódtak. Az egyes beszélgetések résztvevőivel kapcsolatos információkat az 1. táblázat mutatja be.

1. táblázat: Beszélgetések és résztvevők

BESZÉLGETÉS SORSZÁMA	ORVOS	BETEG	EGYÉB RÉSZTVEVŐK
1.	nő	nő (64)	asszisztensnő
2.	nő	nő (82)	asszisztensnő
3.	nő	férfi (54)	-
4.	nő	nő (71)	asszisztensnő
5.	nő	nő (69)	asszisztensnő
6.	férfi	nő (72)	asszisztensnő
7.	férfi	férfi (67)	-
8.	férfi	nő (69)	asszisztensnő
9.	férfi	nő (45)	-
10.	férfi	férfi (52)	asszisztensnő
11.	férfi	nő (67)	-
12.	férfi	férfi (40)	-
13.	férfi	férfi (53)	-
14.	férfi	férfi (77)	asszisztensnő
15.	férfi	nő (69)	-

A rögzített beszélgetésekben tizenöt 45 és 82 év közötti beteg vett részt, kilenc nő és hat férfi. A nők átlagéletkora 67,5, a férfiak átlagéletkora: 57,1 év volt. A betegek kétharmada nyugdíjas korú volt. A beszélgetésekben résztvevő betegek nagyobb arányban alacsony iskolai végzettségűek voltak.

Hat beteg nyolcosztályos általános iskolai végzettséggel, négyen gimnáziumi érettségivel rendelkeztek, három beteg szakmunkásképzőben illetve szakiskolában szerzett szakmát, felsőfokú végzettséggel összesen csak két beteg rendelkezett.

A betegek három kivétellel több, mint öt éve az adott háziiorvosi körzethez tartoznak. A betegek szociodemográfiai adatait összefoglalóan a 2. táblázat szemlélteti.

2. táblázat: Beszélgetésekben résztvevő betegek szociodemográfiai adatai

	BETEG NEME	BETEG ÉLETKORA	BETEGFOGLALKOZÁSA	CSALÁDI ÁLLAPOTA	HÁZIORVOSI KÖRZETHEZ TARTOZIK
1.	nő	64	nyugdíjas postai dolgozó	özvegy	8 éve
2.	nő	82	nyugdíjas betanított munkás	özvegy	1 éve
3.	férfi	54	biztosítási képviselő	házas	8 éve
4.	nő	71	nyugdíjas telefonkezelő	házas	8 éve
5.	nő	69	nyugdíjas	özvegy	3 éve
6.	nő	72	nyugdíjas hivatalsegéd	elvált	9 éve
7.	férfi	67	nyugdíjas	házas	6 éve
8.	nő	69	nyugdíjas eladó	házas	8 éve
9.	nő	45	óvodavezető	özvegy	8 éve
10.	férfi	52	segédmunkás	nőtlen	7 éve
11.	nő	67	nyugdíjas	házas	7 éve
12.	férfi	40	gépkocsivezető	elvált	4 éve
13.	férfi	53	betanított munkás	házas	8 éve
14.	férfi	77	nyugdíjas	házas	8 éve
15.	nő	69	nyugdíjas	özvegy	8 éve

A kérdőíves felmérés eredményeinek ismertetése során bemutatásra kerülnek a betegek érzelmi reprezentációjával, valamint a betegség okaival kapcsolatos nemek szerinti eltérések. A nyelvészeti beszélgetéselemzés eredményeinek ismertetése során részletesen bemutatásra kerülnek a női és férfi orvosok, valamint a női és férfi betegekre jellemző, a beszédlépések számát, a dialógusok idejét, a szubjektív megnyilatkozások gyakoriságát és eloszlását, illetve a beszélgetésekben megjelenő epizódok súlyát érintő sajátosságok.

2.2.3. A korpusz

A korpuszt alkotó beszélgetések időtartama különböző volt. A legrövidebb beszélgetés másfél, a leghosszabb tizenhárom percig tartott. A korpuszt alkotó beszélgetések együttes időtartama közel két óra.

A hanganyag átírása egy Magyarországon eddig még kevésbé alkalmazott, de német nyelvterületen beszélgetéselemzéssel foglalkozó kutatásokban elterjedt átíró-szoftver segítségével történt (Schmidt Th., 2011: EXMARaLDAPartitur-Editor 1.5, <http://www.exmaralda.org/downloads.html>). A program a beszélgetésben elhangzó megnyilatkozások időbeli viszonyainak megjelenítésére alkalmas. Az oszcillogrammon egy-egy szakasz kijelölésével pontosan behatárolhatóvá válnak a megnyilatkozások határai, időben és intonációjukban egyaránt. A program felületén minden beszélőhöz egy-egy „nyomvonal” (Spur / tier) rendelhető. A „nyomvonalak” előre definiálhatóak nemcsak a beszélgetés résztvevői szerint, hanem az alapján is, hogy verbális vagy non-verbális eseményeket rögzítenek-e. Az egyes beszélőkhöz tartozó megnyilatkozások századmásodpercnyi pontossággal írhatóak be az egyes nyomvonalakba, ugyanakkor az egy-egy verbális esemény között vagy vele párhuzamosan zajló non-verbális események rögzítése is lehetséges. A kvantitatív nyelvészeti elemzésben a szoftver nyújtotta információk közül az egyes beszélők és párbeszéddek szószámára vonatkozó adatok és a beszélgetések időtartamával kapcsolatos információk kerültek felhasználásra.

A szoftver output-funkciói különböző átírat-formátumok létrehozására alkalmasak. A beszélgetések azon szegmensrészeinek bemutatásához, amelyekben a különböző verbális és non-verbális események párhuzamos bemutatása volt a cél, az output-funkciók közül un. rtf-partitúra került alkalmazásra. Az egyes dialógustömbök átírása, elemzése és bemutatása a német nyelvterületen széles körben elterjedt Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2009 óta használt változatának, az un. GAT 2 konvenciók felhasználásával történt.

A GAT 2 transzkripció rendszer Margaret Selting és Peter Auer vezetésével, német beszélgetéselemzéssel foglalkozó kutatók közös munkájának eredményeképpen jött létre.

A rendszer az átíratok három típusát különbözteti meg az átírat részletessége alapján: minimáltranszkripció (Minimaltranskript), bázistranszkripció (Basistranskript) és finomtranszkripció (Feintranskript). A dolgozatban ismertetett kutatás során a bázistranszkripcióra érvényes szabályok kerültek alkalmazásra. A felhasznált transzkripció jelek a 6. számú mellékletben láthatóak.

A bázistranszkripció – a többi transzkripcióhoz hasonlóan – a hangfelvétel nyelvi és nem nyelvi eseményeit időben egymásra következésük sorrendjében ábrázolja (Selting *et al.*, 2009, 358). Az egyes beszédlépések szegmensekre tagolva és megszámozva jelennek meg benne. A transzkripció szegmensekre tagolása kizárólag prozódiai szempontok alapján történik: a beszédlépéseken belül egy-egy intonációs frázis alkot egy szegmenst (bővebben lásd még Selting *et al.*, 2009, 370-376).

A transzkripció lehetővé teszi az együttbeszélések, hezitálások, szünetek, ki- és belégzés, nevetés, és egyéb non-verbális cselekvések vagy események, valamint nehezen érthető vagy érthetetlen szegmensek jelölését. Alkalmas különböző prozódiai információk megjelenítésére, továbbá a megnyilatkozások gyors csatlakoztatásának és nyújtásoknak a jelölésére. Lehetővé teszi az elemző számára a későbbi vizsgálatok során jól használható interpretáló kommentárok leírását is (Selting *et al.*, 2009, 358-369).

2.2.4. A kvantitatív nyelvészeti elemzés módszerei

Az EXMaRALDA program és a GAT 2 konvenciók felhasználásával átírt beszélgetésekből kialakított korpusz elemzése kvantitatív módszerek felhasználásával történt.

A kvantitatív elemzés a korpuszt alkotó *párbeszéd* dialógustömbjeire (fogalmához lásd 1.5.4.). irányult, és hármasszempontrendszer alapján történt: *tartalmi* és *szerkezeti szempontok*, valamint a *résztevők szempontja* alapján.

A dialógustömbök *tartalmi elemzése* kétirányú volt: a *teljes dialógustömbre* illetve a dialógustömböt felépítő megnyilatkozásokra irányult. A dialógustömbök tartalmi elemzése során minden dialógustömbhöz hozzárendelhető volt egy téma, amely köré a dialógustömb beszédlépései rendeződtek.

A *dialógustömbök megnyilatkozásainak tartalmi elemzése* azt vizsgálta, hogy az egyes megnyilatkozások szubjektív betegség-elképzelést fogalmaztak-e meg vagy sem (lásd 1.5.1.).

A kvantitatív elemzés *szerkezeti szempontjai* a társalgások szekvenciális rendezettségét létrehozó elemekre irányultak: 1. dialógustömb *időtartama* 2. dialógustömb *beszédlépés-száma* 3. dialógustömb *időaránya* a beszélgetés teljes időtartamához viszonyítva 4. dialógustömb *beszédlépéseinek aránya* a beszélgetés teljes beszélgetés-számához viszonyítva. Mivel a dialógustömbök minden esetben egy-egy téma köré rendeződnek, ezek a szempontok azt is vizsgálják, hogy az egyes témák kidolgozására hány beszélgetésben, mennyi időráfordítással kerül sor a beszélgetésekben, valamint, hogy a témákra szánt idő és a témák köré rendeződő beszélgetések a párbeszéd teljes idejének illetve beszélgetés-számának hány százalékát alkotják.

A *szerkezeti és tartalmi szempontok összekapcsolása a résztvevők szempontjával* három területet vizsgált: 1. a dialógustömb *megnyilatkozóira* jellemző *beszédlépés-számot* (orvos, beteg, asszisztens beszélgetéseinek száma) 2. a dialógustömbben megnyilatkozók *részvételi arányát* a dialógustömb kidolgozásában, beszélgetés-számuk dialógustömb beszélgetés-számához viszonyított százalékos aránya szerint (orvos vagy beteg, asszisztens vagy beteg, orvos vagy asszisztens részvételi aránya a dialógustömbben) 3. *nemek szerinti szignifikáns különbségeket* a tartalmi és szerkezeti szempontok alapján.

A kvantitatív nyelvészeti elemzés alapjául szolgáló adatbázis létrehozásának első lépése a párbeszédet felépítő dialógustömbök elkülönítése volt. A tizenöt beszélgetésben összesen 325 dialógustömb volt elkülöníthető. Az adatbázis létrehozásának második lépéseként az azonos témák azonos kódszámot kaptak és lettek hozzárendelve az őket megvalósító dialógustömbökhöz. A dialógustömbök tartalmi elemzése során csak egyszer előforduló témák azonos kódszámot kaptak, „egyéb” elnevezéssel.

Következő lépésként, az 1.5.1. pontban megfogalmazott definíció alapján, minden dialógustömbhöz hozzárendelhető volt a benne megvalósuló szubjektív megnyilatkozások száma.

Ezt követően az adatbázis kiegészült az egyes dialógustömbök időtartamával, beszélgetés-számával, illetve a teljes párbeszédhez viszonyított idő- és beszélgetés-számával.

A dialógustömbben megnyilatkozók, a résztvevők szempontját vizsgálva, jelölésre került az egyes dialógustömbökben megnyilatkozók neme: női vagy férfi orvos, női beteg vagy férfi beteg. A férfiak egyes, a nők kettes kódszámot kaptak. A dialógustömbök egy részében a két megnyilatkozó közül az egyik asszisztensnő volt, az asszisztensnők esetében ez a szempont természetesen nem játszhatott szerepet.

Az ő esetükben annak jelölése volt fontos, hogy részt vettek-e az adott téma kidolgozásában vagy sem. A jelölés módja az adott dialógustömbben megvalósuló beszédlépések számának rögzítése volt nullától négyig.

A nyelvészeti adatbázis létrehozása után az adatok feldolgozása SPSS 19.0 (<http://ibm-spss-statistics.soft32.com/old-version/69/19/>) statisztikai program segítségével történt.

A dialógustömbök tartalomszemponjú kvantitatív jellemzéséhez Steam-and-Leaf Plot segítségével először a témák előfordulási gyakorisága került vizsgálatra. A dialógustömbök témái nagyobb mezoszintű egységekbe, összesen hat epizódba voltak sorolhatóak, így következő lépésként lehetővé vált - szintén Steam-and-Leaf Plot alkalmazásával - az epizódok előfordulási gyakoriságának vizsgálata is.

A dialógustömbök megnyilatkozásainak tartalomszemponjú kvantitatív elemzése során Steam-and-Leaf Plot-ok segítségével a szubjektív betegség-elképzelést tartalmazó megnyilatkozások és az epizódok összefüggéseinek vizsgálata következett, az egyes epizódokat jellemző szubjektív megnyilatkozások számának megállapítása.

A dialógustömbök szerkezeti szempontú kvantitatív elemzése során az egyes dialógustömbökhöz rendelt beszédlépés-számok alapján, gyakorisági vizsgálattal kiszámolhatóvá vált az egyes dialógustömb-szinteződések gyakorisága a teljes korpuszban.

A tartalmi és szerkezeti szempontok alapján meghatározott változók összekapcsolásával lehetővé vált a dialógustömbökben megfogalmazódó szubjektív megnyilatkozások kvantitatív vizsgálata.

A szubjektív betegség-elképzelést tartalmazó megnyilatkozások kvantitatív jellemzésére a beszélgetések mikroszerkezetében két változó bizonyult megfelelőnek: a szubjektív betegség-elképzelést tartalmazó megnyilatkozások vizsgálata egyfelől a dialógustömbök beszédlépés-számának, másfelől a dialógustömbök időtartamának függvényében. A változók közötti összefüggések megállapítása gyakoriság és eloszlás vizsgálattal történt.

A tartalmi és szerkezeti szempontok alapján meghatározott változók összekapcsolása lehetővé tette továbbá az epizódokra jellemző beszédlépés-szám gyakoriság és eloszlás megállapítását, valamint az epizódokat felépítő dialógusok mélységi mutatójának kiszámítását. A mélységi mutató az epizódok strukturáltságának vizsgálatára alkalmas hányados, amely az egyes dialógusszintek részesedésének és a csoport színtszámának szorzatából, valamint az epizódokat alkotó dialógustömbök számából kapható meg (lásd 1.5.6.).

Annak megállapítására, hogy a különböző epizódok milyen súllyal szerepelnek az egyes beszélgetésekben, időarányaik és beszédlépés-arányaik átlaga és szórása került összehasonlításra, hisztogramok készítésével.

A korpusz kvantitatív nyelvészeti elemzésének utolsó lépéseként a tartalmi és szerkezeti elemzés szempontjai kiegészültek a résztvevők szempontjával.

A tartalommal, szerkezettel és a résztvevőkkel kapcsolatos változók összefüggéseinek megállapítása Spearman féle rangkorrelációs módszerrel történt. A rangkorrelációs elemzés eredményei alapján nemek szerinti további elemzésre került a dialógustömbök és epizódok szekvenciális szerkezete (időtartama és beszédlépés-száma), a beszélők részvételi aránya a témakidolgozásban, valamint a szubjektív megnyilatkozások gyakorisága a dialógustömbökben és epizódokban.

Az összefüggések mélyebb feltárására gyakoriság és eloszlás-vizsgálat, valamint átlagok és szórás vizsgálata történt. A résztvevők neme szerinti szignifikáns eltérések feltárása Mann-Whitney próba alkalmazásával történt.

3. EREDMÉNYEK

3.1. Hipertónia kérdőív eredményei

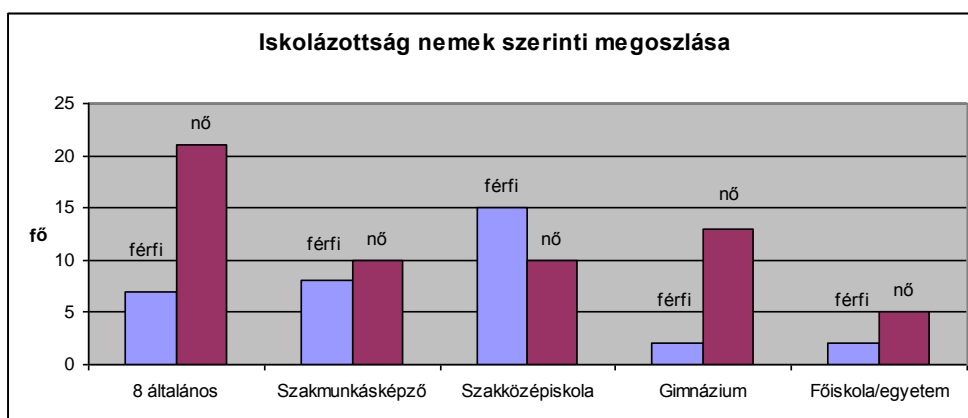
3.1.1. Szociodemográfiai eredmények

A kitöltött kérdőívekből összesen 91 kérdőív volt értékelhető. A kérdőívet kitöltők átlagéletkorát és nemek szerinti megoszlását valamint iskolázottságát a 3. táblázat és az 1. ábra szemléltetik.

3. táblázat: A kérdőívet kitöltő betegek neme és életkora

Összesen	N = 91	Átlagéletkor
férfi	34	62 év
nő	57	61 év

1. ábra: A kérdőívet kitöltő betegek iskolázottsága

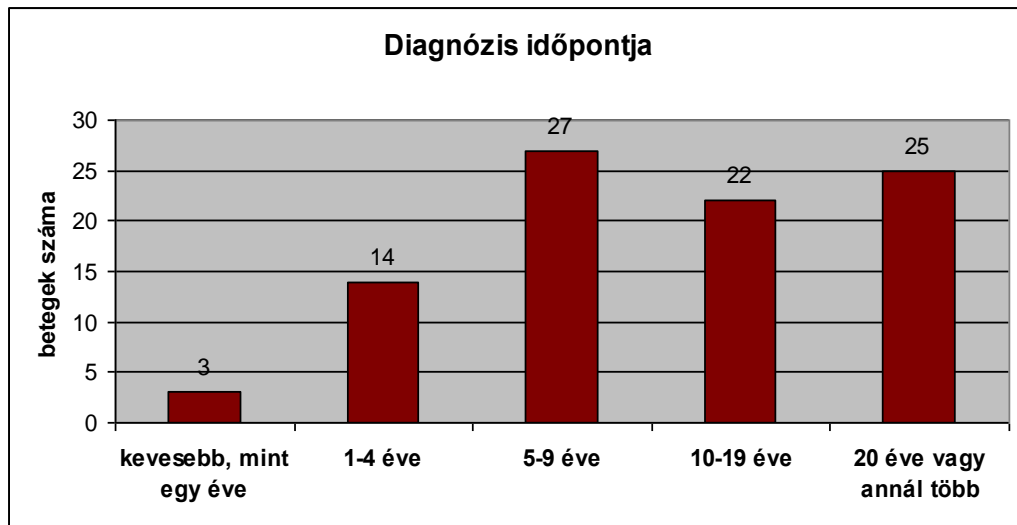


A kérdőívet kitöltő betegek többségében nők voltak. Férfiak és nők átlagéletkora között nincs jelentős különbség. A nők között arányosan nézve több a képzetlen beteg, mint a férfiak között.

A férfiak körülbelül fele szakközépiskolai végzettségű, többségük valamilyen szakmával rendelkezik. Főiskolai vagy egyetemi diplomával rendelkezők aránya mindkét nemnél rendkívül alacsony.

A 2. ábra a *diagnózis* meglétének megoszlását mutatja, öt csoportra osztva a mintát.

2. ábra: Diagnózis ismertségének megoszlása a mintában



A betegek többségénél a diagnózis 5 vagy annál több éve ismert. Közel hasonló arányú az 5-9 éve illetve a több mint 20 éve betegek aránya. A 10-19 éve betegek aránya is csak kicsivel marad el az előző két csoport arányaitól.

3.1.2. A kérdőív egyes dimenziói közötti összefüggések

Az életkor nem mutatott korrelációt a kérdőív egyik dimenziójával sem.

Az iskolázottság pozitív korrelációt mutatott a betegség ciklikusságával kapcsolatos elképzelésekkel, az alacsonyabb végzettségű betegek betegségüket változékonyabbnak és így kiszámíthatatlanabbnak tartották ($\rho=0,207$, $p=0,049$).

A *diagnózis* felállításától eltelt idő negatív korrelációt mutatott a betegség megértésével ($\rho=-0,282$), a betegség következményeinek megítélésével ($\rho=-0,310$) és az érzelmi reprezentáció félelemmel kapcsolatos komponensével ($\rho=-0,235$): a hosszabb ideje hipertóniás betegek alacsonyabb értékeket adtak ezeknél a faktoroknál.

A férfiak és nők közötti, a kérdőív egyes dimenzióira vonatkoztatott összehasonlítás Mann-Whitney próbával, egyedül az érzelmi reprezentáció dimenziója esetében mutat szignifikáns eltérést a nemek között ($p=0,005$). A nők az érzelmi reprezentáció itemeinél alacsonyabb értékeket adtak meg, mint a férfiak.

Az egyes dimenziók közötti további korrelációkat a 4. táblázat foglalja össze.

4. táblázat: A kérdőív egyes dimenziói közti rangkorrelációk

			Correlations						
			iskola	timeline	consequences	personalcontrol	treatmentcontrol	timelincyclical	emotionalrepresentation
Spearman's rho	iskola	Correlation Coefficient	1,000	-.043	,070	-.102	,023	,207*	-.057
		Sig. (2-tailed)	.	,684	,511	,334	,826	,049	,591
		N	91	91	91	91	91	91	91
	timeline	Correlation Coefficient	-.043	1,000	,415**	,124	,179	,366**	,255*
		Sig. (2-tailed)	,884	.	,000	,241	,090	,000	,015
		N	91	91	91	91	91	91	91
	consequences	Correlation Coefficient	,070	,415**	1,000	,216*	-.036	,418**	,730**
		Sig. (2-tailed)	,511	,000	.	,039	,738	,000	,000
		N	91	91	91	91	91	91	91
	personalcontrol	Correlation Coefficient	-.102	,124	,216*	1,000	,102	,296**	,165
		Sig. (2-tailed)	,334	,241	,039	.	,335	,004	,118
		N	91	91	91	91	91	91	91
	treatmentcontrol	Correlation Coefficient	,023	,179	-.036	,102	1,000	,102	-.008
		Sig. (2-tailed)	,826	,090	,738	,335	.	,337	,937
		N	91	91	91	91	91	91	91
	timelincyclical	Correlation Coefficient	,207*	,366**	,418**	,296**	,102	1,000	,353**
		Sig. (2-tailed)	,049	,000	,000	,004	,337	.	,001
		N	91	91	91	91	91	91	91
	emotionalrepresentation	Correlation Coefficient	-.057	,255*	,730**	,165	-.008	,353**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,591	,015	,000	,118	,937	,001	.
		N	91	91	91	91	91	91	91

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

A betegség krónikus és ciklikus lefolyásával kapcsolatos értékek szignifikáns összefüggést mutatnak ($\rho = 0,366$, $p = 0,000$). A betegség krónikusságával és az érzelmi reprezentációval kapcsolatos értékek között szintén kimutatható volt összefüggés ($\rho = 0,255$, $p = 0,015$).

A betegség következményeire vonatkozó értékek pozitív korrelációt mutattak a betegség krónikusságával ($\rho = 0,415$, $p = 0,000$) és ciklikus jellegével ($\rho = 0,418$, $p = 0,000$), az érzelmi reprezentációval ($\rho = 0,730$, $p = 0,000$), és a személyes kontrollal kapcsolatos értékekkel ($\rho = 0,216$, $p = 0,039$). A személyes kontroll és a betegség ciklikusságára vonatkozó értékek között szintén pozitív korreláció volt kimutatható ($\rho = 0,296$, $p = 0,004$).

3.1.3. Okok szubskála

Az *okok szubskála* 18 itemének vizsgálata faktoranalízissel történt. A betegek által megnevezett okok összesen öt csoportba voltak besorolhatóak. Az 5. táblázat a faktoranalízis segítségével kialakított csoportokat és tényezőket foglalja össze.

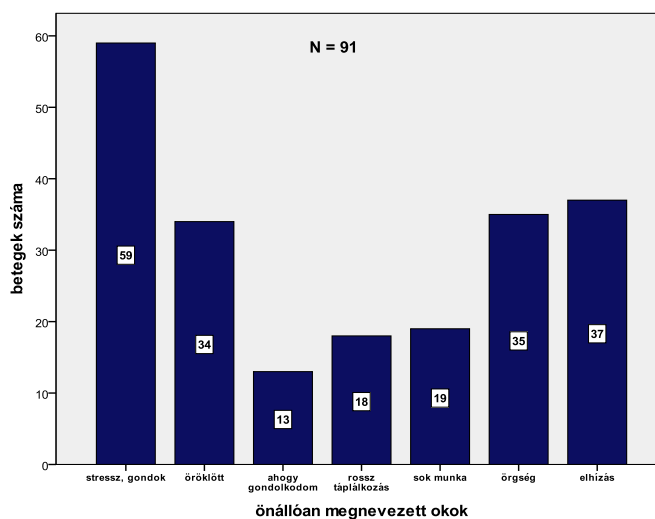
5. táblázat: Okok szubskála dimenziói faktoranalízissel

DIMENZIÓK				
1.	2.	3.	4.	5.
<p>Személyiség, életstílus</p> <p>- A személyiségem, természetem - Saját viselkedésem - Saját felfogásom, pl. negatív gondolatok</p>	<p>Stressz, megterhelések, feszültségek</p> <p>- Családi problémák - Stressz, aggodás - Túl sok munka - Érzelmi állapotom, hangulatom</p>	<p>Káros szokások, viselkedéses kockázati tényezők</p> <p>- Alkohol - Dohányzás - Baleset vagy sérülés</p>	<p>Biológiai okok, sorsszerű események</p> <p>- Véletlen vagy balszerencse - Baktérium vagy vírus - Korábbi rossz orvosi kezelés</p>	<p>Öregedés</p>

Az öregedés önálló dimenzióként jelent meg és külön csoportot alkotott a szubskála itemein belül. A hipertónia okaiként megnevezett tényezők további négy csoportba voltak sorolhatóak: személyiség, életstílus / stressz, megterhelések, feszültségek / káros szokások, viselkedéses kockázati tényezők / biológiai okok, sorsszerű események. A megnevezett okok közül a saját személyiség, a családi problémák, az alkohol, és a véletlen szerepe az egyes csoportokon belül vezető tényezőként szerepeltek.

A kérdőív szubskálájában megadott 18 okon kívül a betegeknek lehetőségük volt további három okot önállóan is megnevezni. Az önállóan megnevezett okokat és az egyes okokat megnevezők számát a teljes mintában a 3. ábra szemlélteti.

3. ábra: Önállóan megnevezett okok és gyakoriságuk a mintában



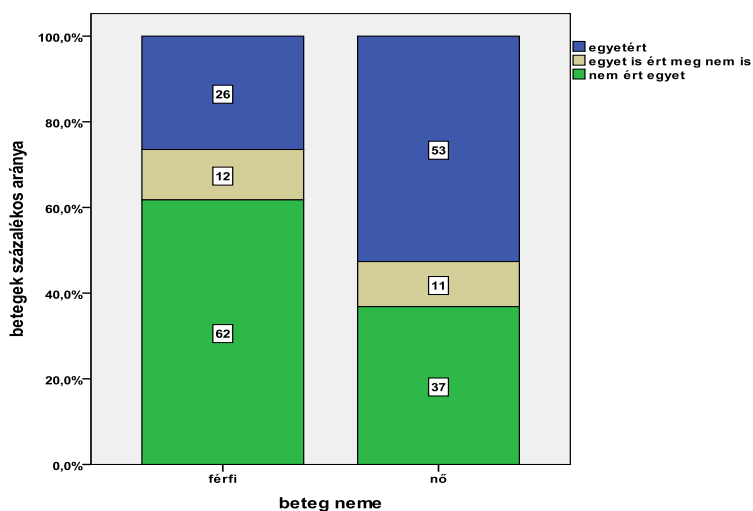
59 beteg, a betegek kb. 65%-a, betegsége okaiként a stresszt és a gondokat nevezte meg. A betegek kb. egyharmada az elhízást, az öregséget illetve az örökletes tényezőket tartja betegség kiváltó okainak. A sok munkát és a rossz táplálkozást a beteg kb. ötöde nevezte meg betegség okaként. A legalacsonyabb azoknak a száma, akik saját gondolkodásukat nevezték meg betegségük okaként.

3.1.4. A dimenziók itemei közti összefüggések

A dimenziók és egyes itemeik között számos összefüggés állapítható meg. A dimenziók itemei közötti szignifikáns kapcsolatok közül az elemzett beszélgetések szempontjából releváns összefüggések kerülnek az alábbiakban ismertetésre.

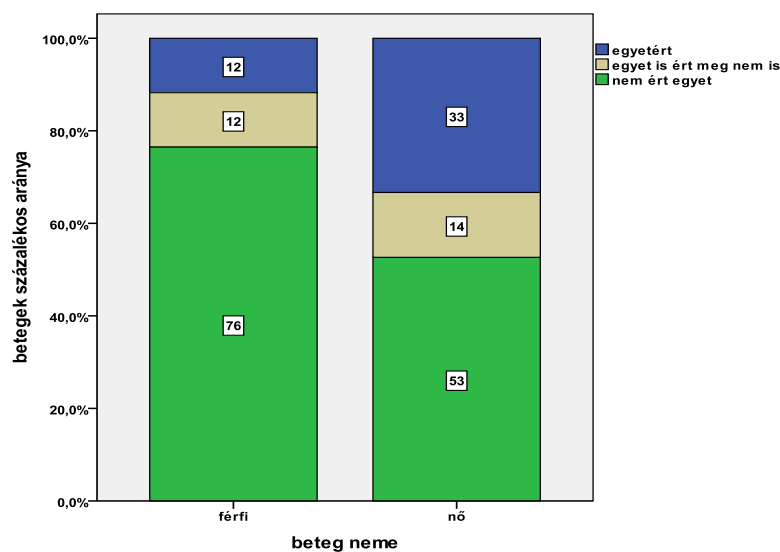
Spearman-féle rangkorrelációs elemzés szignifikáns összefüggést mutat az *érzelmi reprezentáció* dimenziójának két iteme és a *betegek neve* között. A dimenzió nemmel összefüggést mutató két komponense: 1. „A magas vérnyomásom félelemmel tölt el.” 2. „Ideges leszek, felzaklat, ha a betegségemre gondolok.” A 4. és 5. ábrák összefoglalóan mutatják be az itemek nemek szerinti megítélését.

4. ábra: „A magas vérnyomásom félelemmel tölt el” item és a beteg neve közötti összefüggések



A női betegek több mint fele azonosult az itemben foglalt állítással. A férfiak több mint hatvan százaléka elutasította az állításban foglaltakat. A bizonytalan választ adók százalékos aránya kb. ugyanannyi férfiak és nők között.

5. ábra: „Ideges leszek, felzaklat, ha a betegségemre gondolok” item és a betegek neme közötti összefüggések

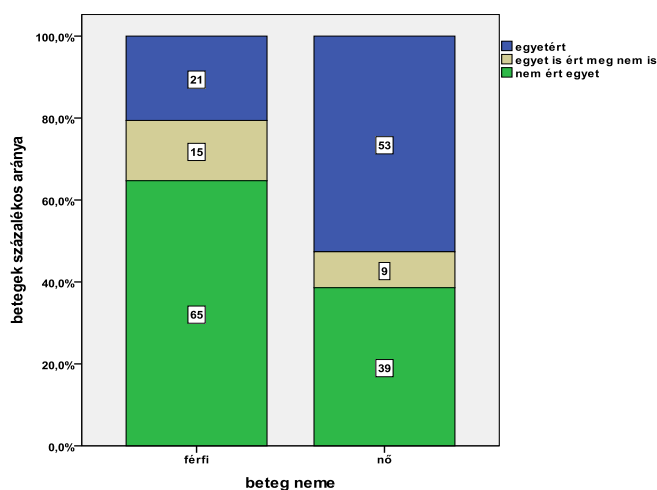


Férfi és női betegek is nagyobb arányban elutasították az állításban foglaltakat. Az állítással azonosulók közt kb. kétszer annyi a nők százalékos aránya.

Az állítást elutasító férfi betegek százalékos aránya nagyobb, mint az állítást elutasító női betegeké. A bizonytalan választ adók százalékos aránya kb. ugyanannyi férfiak és nők között.

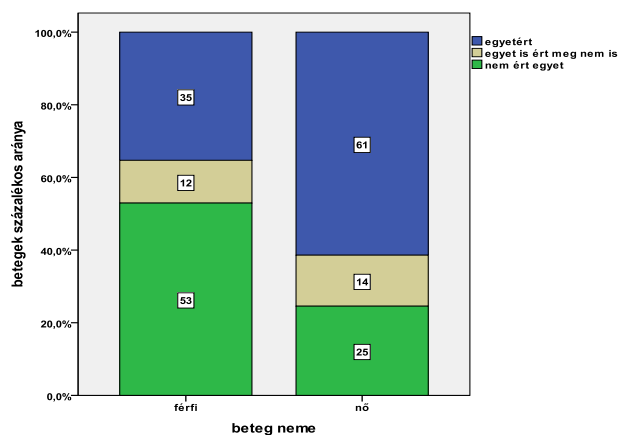
Spearman-féle rangkorrelációs elemzés további szignifikáns összefüggéseket mutatott az *okok szubskála két iteme* és a *betegek neme* között. Az okok szubskála betegek nemével összefüggést mutató két komponense: 1. családi *problémák* 2. *túl sok munka*. A 6. és 7. ábrák összefoglalóan mutatják be az itemek nemek szerinti megítélését.

6. ábra: A családi problémák szerepének megítélése a betegség kialakulásában nemek szerint



A férfiak körében százalékos arányokat tekintve háromszor több volt a faktort elutasítók, mint a megnevezők aránya. A nők körében kisebb arányban voltak a faktort elutasítók, mint a faktort megnevezők. A női betegek százalékos arányokat tekintve több mint kétszer annyian neveztek meg a családi problémákat betegségük kialakulásában szerepet játszó tényezőként, mint a férfiak. A férfi betegek körében nagyobb volt a bizonytalan választ adók aránya, mint a női betegek körében.

7. ábra: A túl sok munka szerepének megítélése a betegség kialakulásában nemek szerint



A férfiak körében százalékos arányokat tekintve több volt a faktort elutasítók, mint a faktort megnevezők aránya. A nők körében kisebb volt a faktort elutasítók, mint a faktort megnevezők aránya. A túl sok munka szerepét a betegség kialakulásában százalékos arányokat tekintve kétszer annyi férfi beteg, mint női beteg utasította el.

Ugyanakkor közel kétszer annyi volt a nők, mint a férfiak százalékos aránya a faktor szerepét megnevezők között. A bizonytalan választ adók százalékos aránya hasonló a nemek között.

A kérdőíves vizsgálat eredményeinek bemutatása után a fejezet további részében a kvantitatív nyelvészeti elemzés eredményei kerülnek ismertetésre.

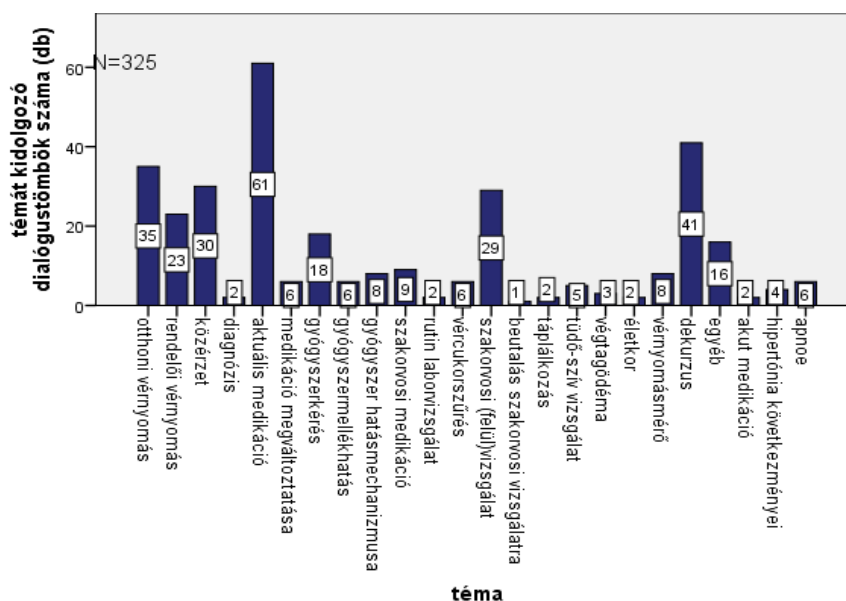
3.2. Párbeszédék kvantitatív mikroszerkezeti elemzésének eredményei

A párbeszédék kvantitatív mikroszerkezeti elemzése a párbeszédék mikrostruktúráját alkotó dialógustömbök témáját, szekvenciális szerkezetét és a dialógusok résztvevőit vizsgálta.

3.2.1. Dialógustömbök és témák

A korpusz tizenöt párbeszéde összesen 325 *dialógustömbre* volt bontható. A 325 dialógus összesen 23 téma köré rendeződött. A 24. „egyéb” elnevezésű téma gyűjtőfogalom, és azokat a témákat jelöli összefoglalóan, amelyek a teljes korpuszban csak egyetlen egyszer fordultak elő és így nem képezték a nyelvészeti elemzés tárgyát. A 8. ábra a *témák gyakoriságát* mutatja be a teljes korpusz 325 dialógustömbjében.

8. ábra: Témák előfordulási gyakorisága a teljes korpuszban



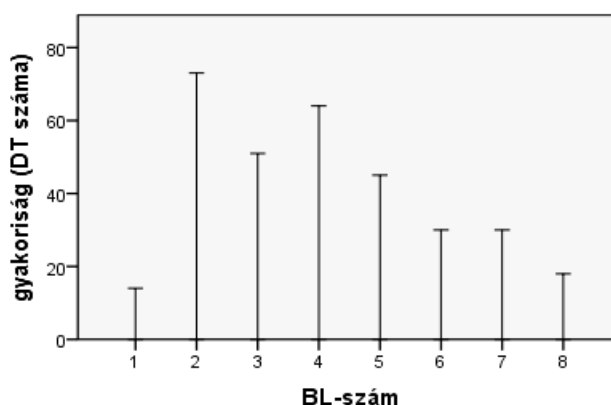
A beszélgetésekben a legtöbb dialógustömb az aktuális medikáció témája köré rendeződött. A dekurus kitöltése volt a második leggyakoribb téma. Dialógustömbök számában ezután következik az otthoni mérés és vérnyomásértékek megbeszélése, a közérzet és a szakorvosi vizsgálat témája. A rendelői vérnyomás mérése valamint értékelése körülbelül fele olyan gyakran alkotta egy-egy dialógustömb témáját, mint a dekurus kitöltése. Az aktuális medikáción kívüli, medikációval foglalkozó dialógustömbök közül a betegek gyógyszerkérésével kapcsolatos dialógusok voltak a leggyakoribbak. A 325 dialógustömbből négy rendeződött a „hipertónia következményei” téma köré.

3.2.2. Dialógustömbök szekvenciális szerkezete

A dialógustömbök kvantitatív módszerekkel történő szerkezeti elemzése a dialógusok beszédlépés-száma alapján jellemezhető struktúrákra irányult.

Az elemzés első lépésként a dialógustömbök beszédlépés-számának gyakoriságát és eloszlását vizsgálta. A korpusz beszélgetéseit felépítő *dialógustömbök beszédlépés-számainak* gyakoriságát és eloszlását a 9. ábra szemlélteti.

9. ábra: Dialógustömbök beszédlépés-számainak gyakorisága és eloszlása a korpuszban



A korpusz beszélgetéseit felépítő dialógustömbök leggyakrabban kettő illetve négy beszédlépésből állnak. A 6. táblázat egy két beszédlépésből álló dialógustömböt mutat be, amely a rendelői vérnyomás témáját dolgozza ki. A női orvos beszédlépését a 01-03 sorok, a beteg beszédlépését a 04 sor tartalmazza. Az orvos 05 sorban olvasható beszédlépése egy új dialógustömböt indít.

6. táblázat: Egyfokú zárt dialógustömb, rendelői vérnyomás

01 DNŐ jó(.)nézzük azt a vérnyomást↓
 02 ((mérés))
 03 most nagyon szép↑ százhusz [per nyolcvan]
 04 B [gyógyszereket
 is bevettem] fél nyolckor
 05 DNŐ <<acc>itt a számítógépen pont nem látok rá a
 gyógyszereire> (.)mindent kért gyógyszert? rajta van a cetlin
 hogy mit tetszik kérni?

A 7. táblázat egy négy beszélőlépésből felépülő, közérzet témáját kidolgozó dialógust ismerteti.

7. táblázat: Kétfokú zárt dialógustömb, közérzet

01 D ((torkát köszörüli))na (.)csak azt szeretném kérdezni hogy
 (.)most meséljen majd egy kicsit magáról <<acc> arról hogy hOgy van;>
 02 B most nem a legjobban;
 03 D és miért mit tetszik érezni;
 04 B nem tudom↓(-) most ez az idő vagy mi szédelgek meg minden
 bajom van;<<acc>majd laborba szeretnék kérni(.)beutalót mert
 huszonhetedikén köll mennem;>

Az orvos két beszélőlépését a 01 illetve 03 sorok tartalmazzák, a beteg két beszélőlépését a 02 és 04 sorok. A beteg második beszélőlépése (04 sor) a közérzet dialógustömb lezárása és ugyanakkor egy új dialógustömb indító beszélőlépése is.

Legritkábban a nyolc és egy beszélőlépésből álló dialógustömbök fordulnak elő a párbeszédekben. A 8. és 9. táblázatok az átíratok rtf-partitúrájából származó, egyetlen beszélőlépésből felépülő dialógustömböket mutatnak be: a 8. táblázat egy a fizikális vizsgálat témáját, a 9. táblázat egy a rendelői vérnyomás témáját kidolgozó dialógustömböt szemléltet.

8. táblázat: Egy beszélőlépésből álló dialógustömb, fizikális vizsgálat

[34]

	78 [04:08.5]	79 [04:21.7]	80 [04:24.4]	81 [04:32.0]
orvos [v]	jó fordul ezt is föl kellene egy picit húzni			jól van
[nn]	<i>tüdő-szívvizsgálat beteg hátat fordít és felhúzza a blúzát</i>			<i>tüdő-szívvizsgálat</i>

[35]

	82 [04:34.5]	83 [05:01.8]	84 [05:04.8*]
orvos [v]	sóhajt mélyet	jó rendben szív tiszta ritmusos ildi /ildi az asszisztensnő/	most nem tudom
asszisztens [nn]	<i>tüdő-szívvizsgálat</i>		

A partitúra második sora [nn] a dialógustömb nonverbális eseményét jelzi. A dialógustömb egyetlen verbális orvosi megnyilatkozása a 79-84 részekben olvasható. A 84. részben az asszisztensnő megnyilatkozása új dialógustömböt indít.

9. táblázat: Egy beszélépből álló dialógustömb, rendelői vérnyomás

[16]	32 [01:35.8]..	33 [01:40.0]
orvos [v]	hát most akkor azt mondjuk nem veszélyes de 165 per	
[nn]	<i>vérnyomásérték leolvasása</i>	
[17]		
		34 [01:45.3]
orvos [v]	((vérnyomásmérőt nézi)) mindjárt mondom nyolcvan most pillanatnyilag	
[18]		
	35 [01:47.6]	36 [01:49.3] 37 [01:50.1]
orvos [v]	milyen mérője van csuklós mérője van vagy felkarmérője nem esett le valami	
beteg [v]	neem ilyen	

A vérnyomásmérés dialógustömb a 32.-34. részekben látható. A 32. rész a dialógustömb nonverbális eseményét, a 33. és 34. részek a dialógustömbben megvalósuló egyetlen orvosi beszélépből mutatják be. A 35. résztől új dialógustömböt indít az orvos. A 10. táblázat szegmensrészlete egy nyolc beszélépből álló dialógustömböt mutat be, amely az aktuális medikáció témáját dolgozza ki.

10. táblázat: Négyfokú zárt dialógustömb, aktuális medikáció

010	mai gyógyszereit bevette [a vérnyomásgyógyszereket?]
02B	[má azt amit] írt(.) tudja azt a izét(.) azt a
030	nevét tudja neki?
04B	az a betegén vagy [melyik'
050	igen] (-)ja
06	= és a vérnyomásra nem szed [gyógyszert?
07B	ja <<all> azt is] szedem azt is szedem>
08	O de azt most máma nem vette be
09	B =mámanemme

A férfi orvos négy beszélépből a 01-03-05-08 sorok, a beteg négy beszélépből a 02-04-07-09 sorok tartalmazzák.

A beszélgetéseket felépítő dialógustömbök gyakoriságát szinteződésük és beszélépből-számuk alapján a 11. táblázat összefoglalóan ismerteti.

11. táblázat: Dialógustípusok részesedése a korpusz párbeszédeiben

DT szinteződése*	résztevők megszólalási aránya	DT BL-száma*	gyakoriság	dialógusszint részesedése összesen
egyfokú	nyitott	1	14	
	zárt	2	73	87
kétfokú	nyitott	3	51	
	zárt	4	64	115
háromfokú	nyitott	5	45	
	zárt	6	30	75
négyfokú	nyitott	7	30	
	zárt	8	18	48
		Total	325	

*DT – dialógustömb, BL - beszédlépés

A beszélgetések leggyakrabban kétfokú dialógusokból épülnek fel, melyeket gyakoriságban az egyfokú dialógusok követnek. Legritkább a négyfokú dialógusok kidolgozása a korpusz beszélgetéseiben. Az egy- és kétfokú dialógusszinteken a zárt dialógusok, a három- és négyfokú dialógusok esetében a nyitott dialógusok túlsúlya jellemzi a párbeszédeket. A 12. táblázat egy háromfokú, nyitott szerkezetű dialógustömböt mutat be, amelyben az orvos betegét otthoni vérnyomásmérési szokásairól kérdezi.

12. táblázat: Háromfokú nyitott dialógustömb, otthoni vérnyomás

- 01 DNŐ na nézzük ezt a vérnyomást↑ otthon mérte-e a vérnyomást'
- 02 B dehogymérem én (.)hogymég jobban idegesítsem magam' ((nevet))
- 03 DNŐ van otthon egyébként?
- 04 B van igen ((halkan nevet)) a lányom vett én nem vettem volna (-)én nem;
- 05 DNŐ jajaja (.) azért időnként jó megmérni ((pumpálás, vérnyomásmérés))

A dialógustömböt öt beszédlépésből áll, melyből hármat az orvos (01, 03, 05 sorok), kettőt a beteg (02, 04 sorok) valósított meg. A beteg mindkét beszédlépésében 1-1 szubjektív megnyilatkozást tesz.

A 13. táblázat egy négyfokú nyitott dialógust ismerteti, amelyben a beteg szakorvosi konzultáció eredményét adja át orvosának.

13. táblázat: Négyfokú nyitott dialógus, szakorvosi vizsgálat

01 B és ezt meg ((papírt nyújt az orvosnak)) tegnap adta a
 birkás doktornő aki elküldött engem a ct-re
 02 O ühüm (---) ((orvos leletet olvas))
 03 na szóval (---) ((orvos leletet olvas))((nagyon halkan))
 jól van(-)
 04 (beteghez)) és ezt a cavintont azt felírta a doktornő? vagy
 ezt szedte már eddig is?
 05 =ja(.) nem hallja igaz? jól;
 06 ((hangosan)) CAvintont javasolt itt a doktornő azt nem
 emlékszem hogy tetszik-e szedni'
 07 B otthon van a recept nem hoztam el szándé[kosan]
 08 O [fölír]ta' fölírta ő'
 09 B fel;
 10 O ja jól van [akkor];
 11 B [fe]lírta .hh
 12 csak az lesz a tizedik gyógyszer nálam
 13 ↑Annyi gyógyszert én nem akarok szedni már' ügyesebb úgysem
 leszek doktor úr;
 14 O ((vényomásmérés előkészítése)) elég felhúzni így a karján

A dialógustömbben (01-13 sor) az orvos három (02-06 sorok, 08, 10. sor), a beteg négy (01, 07, 09 és 11-13. sorok) beszél lépést valósított meg a szakorvosi felülvizsgálat téma kidolgozásakor. A 14. sorban látható nonverbális cselekvésével és megnyilatkozásával az orvos új dialógustömböt, témát indít. A beteg szubjektív megnyilatkozásait a 07., illetve 13. sorokban olvashatjuk.

A zárt és nyitott dialógusok aránya a korpuszban összességében 185-140, a beszélgetésekben a zárt dialógusok száma nagyobb.

3.2.3. Dialógustömbök és résztvevők

A korpusz beszélgetései két illetve három résztvevős párbeszéd: női vagy férfi orvos, asszisztensnő, női vagy férfi beteg részvételével valósultak meg. A *korpusz beszélgetései*, illetve a beszélgetéseket felépítő *dialógustömbök száma* valamint a *résztvevők* közötti összefüggéseket összefoglalóan a 14. táblázat ismerteti.

14. táblázat: Korpuszt alkotó beszélgetések dialógustömbjei és résztvevői

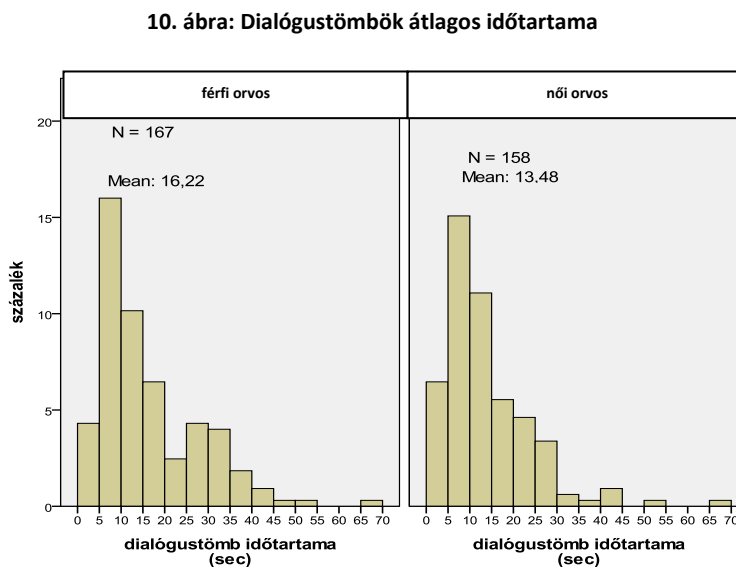
RÉSZTVEVŐK	BESZÉLGETÉSEK SZÁMA N=15	DIALÓGUSTÖMBÖK SZÁMA N=325
női orvos	5	158
férfi orvos	10	167
asszisztensnő	8	59
női beteg	9	225
férfi beteg	6	100

A korpuszt alkotó beszélgetésekben a férfi orvos vezette beszélgetések száma kétszer annyi, mint a női orvos vezette beszélgetéseké. Ugyanakkor a dialógustömbök számát tekintve a férfi orvos tizeneggyel több dialógusban vett részt.

Az asszisztensnő 8 beszélgetésben, és 59 dialógustömbben, a dialógustömbök közel 17%-ában volt résztvevő. A női és férfi betegek részvétele a beszélgetésekben 60 illetve 40%, női beteg 9, férfi beteg 6 beszélgetésben vett részt. A női betegek részvételével megvalósuló dialógustömbök száma több mint kétszerese a férfi betegek részvételével megvalósuló dialógustömbök számánál.

3.2.4. Dialógustömbök szekvenciális szerkezete és résztvevők

A dialógustömb időtartama szignifikáns eltérést mutat az orvosok között ($p=0,022$), a betegek között nem mutatható ki szignifikáns eltérés. A 10. ábra a dialógustömbök átlagos időtartamának összefüggéseit mutatja be.

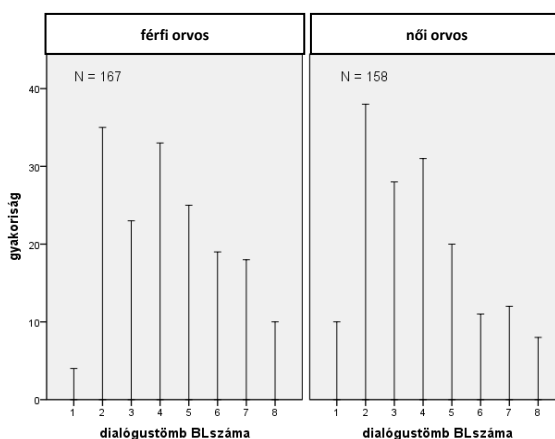


A női orvos részvételével kidolgozott dialógustömbök átlagosan 13,38 másodperc hosszúak, a férfi orvoshoz tartozó dialógustömbök átlagos hosszúsága 16,22 másodperc. Női és férfi orvos esetében is egy-egy dialógustömb átlagos időtartama leggyakrabban 5 és 10 másodperc közötti, ezt követi a dialógustömbök 10-15 másodperces átlagos időtartama. Női orvos esetében a dialógustömbök nagyobb százalékában fordultak elő átlagosan maximum 5 másodpercig tartó, egy-egy téma köré rendeződő dialógusok, mint a férfi orvosnál.

Az átlagosan egy percnél hosszabb ideig tartó dialógustömbök aránya női és férfi orvos esetében is a dialógustömbök kevesebb, mint 5 % -a.

A dialógustömbök *beszédlépés-száma* szignifikáns különbséget mutat az *orvosok között* ($p=0,026$). A betegek nemével nem mutat összefüggést. A 11. ábra a dialógustömbök beszédlépés-számával kapcsolatos összefüggéseket ábrázolja.

11. ábra: Dialógustömbök beszédlépés-száma



Az egy beszédlépésből álló tömbök a női orvos esetében kb. kétszer olyan gyakoriak, mint a férfi orvos esetében. Női és férfi orvos esetében is a dialógustömbök beszédlépés-száma leggyakrabban 2 illetve 4. Gyakoriságuk a női és férfi orvoshoz rendelhető dialógustömbökben közel hasonló: a női orvosnál a kettő, a férfi orvosnál a négy beszédlépésből álló dialógusok száma magasabb kb. 5 %-kal. Női orvoshoz kapcsolódó dialógustömböknél gyakoriságban harmadik helyen a három beszédlépésben megvalósuló dialógusok, férfi orvoshoz kapcsolódó dialógustömböknél az öt beszédlépésben megvalósuló dialógusok állnak.

Az öttől nyolc beszédlépésig kidolgozott dialógustömböknél minden esetben a férfi orvoshoz rendelhető dialógustömbök gyakorisága a nagyobb: férfi orvos részvételével megvalósuló 5-6-7-8 beszédlépésből álló dialógusok száma magasabb, mint a női orvoshoz rendelhető, hasonló beszédlépés-számmal megvalósuló dialógusoké.

3.2.5. Részvételi arányok a témakidolgozásban

A dialógustömbökben, és így egy adott téma kidolgozásában való részvételi arány a beszélgetőpartnerek beszél lépés-számának a dialógustömb beszél lépés-számához viszonyított százalékos aránya alapján került meghatározásra. Az orvos és beteg részvételi arányainak összefüggéseit a 15. táblázat szemlélteti.

15. táblázat: Orvosi részvétellel megvalósuló dialógustömbök és beteg részvételi aránya

	beteg részvételi arány BL (%)							
	,00	,33	,40	,43	,50	,57	,60	,66
dialógustömbök orvos részvételével	58	34	38	18	145	8	4	5

A dialógustömbök többségében, összesen 145 dialógustömbben 50%-os a beteg részvételi aránya. Gyakoriságban ezt követi azoknak a dialógustömböknek a száma, amelyekben nem vesz részt a beteg (58 dialógustömb). 38 dialógustömbben 40%-os, 34 dialógusban 33%-os a beteg részvételi aránya. 8 dialógustömbben 57%, 5 dialógustömbben 66%, 4 dialógustömbben 60% a beteg részvételi aránya. A beteg alacsonyabb részvételi arányával megvalósuló dialógustömbök száma több mint négyszerese a beteg nagyobb arányú részvételével megvalósuló dialógustömbök számának (72:17).

A beszélgetőpartnerek részvételi aránya és a dialógustömbök szerkezeti jellemzői közötti összefüggéseket összefoglalóan a 16. táblázat ismerteti.

16. táblázat: Részvételi arány a téma-kidolgozásban és a dialógustömbök szerkezete

			Korrelációk				
			asszisztens arány BL	orvos arány BL	beteg arány BL	DT BL-száma	DT időtartama
Spearman's rho	asszisztens-arány BL	CorrelationCoefficient Sig. (2-tailed) N	1,000 . 325	-,279** ,000 325	-,512** ,000 325	-,202** ,000 325	-,226** ,000 325
	orvos-arány BL	CorrelationCoefficient Sig. (2-tailed) N	-,279** ,000 325	1,000 . 325	-,635** ,000 325	-,078 ,160 325	,148** ,007 325
	beteg-arány BL	CorrelationCoefficient Sig. (2-tailed) N	-,512** ,000 325	-,635** ,000 325	1,000 . 325	,237** ,000 325	,047 ,398 325

Az orvos részvételi aránya összefüggést mutat a dialógustömb időtartamával ($p=0,007$), ugyanakkor nem mutat összefüggést a dialógustömb beszédlépés-számával ($p=0,160$). A beteg részvételi aránya nem mutat összefüggést a dialógustömb időtartamával ($p=0,398$), szignifikáns összefüggést mutat ugyanakkor a dialógustömb beszédlépés-számával ($p=,000$). Az asszisztensnő részvételi aránya negatívan korrelál a dialógusok időtartamával ($\rho=-0,226$) és beszédlépés-számával is ($\rho=-0,202$).

A beszélgetőpartnerek *részvételi aránya és a betegek neme* között nem mutatható ki kapcsolat. Nincs szignifikáns eltérés a két orvos között sem, részvételi arányaikat tekintve.

Az *orvosok között* szignifikáns a különbség a *beteg részvételi arányát* tekintve dialógusaikban ($p=0,002$). A 17. táblázat a két orvos, valamint a beteg részvételi arányainak összefüggéseit ismerteti.

17. táblázat: Orvosok és beteg részvételi aránya a dialógustömbökben

orvosok_* beteg részvételi arány (BL)
Keresztábra

	beteg részvételi arány BL (%)								Total (DT száma)
	,00	,33	,40	,43	,50	,57	,60	,66	
férfi orvos	18	18	22	11	87	6	2	3	167
női orvos	41	20	16	7	68	2	2	2	158
Total (DT száma)	59	38	38	18	155	8	4	5	325

Női és férfi orvos esetében is leggyakoribb a beteg 50%-os részvételi aránya a dialógustömbökben. Férfi orvos esetében 87 dialógustömbben, a férfi orvoshoz tartozó dialógustömbök több mint felében (52%), női orvos esetében 68 dialógustömbben, a női orvoshoz tartozó dialógustömbök kevesebb, mint felében (43%) azonos az orvos és beteg részvételi aránya. Jelentősebb eltérés férfi és női orvos esetében azoknak a dialógustömböknek a számában mutatkozik, amelyekben a beteg nem vesz részt. Női orvos esetében 41 dialógustömbben, a női orvoshoz tartozó dialógustömbök 26%-ában nem vesz részt a beteg, férfi orvos esetében 18 dialógustömbben, a dialógustömbök 11%-ban nem vesz részt a beteg.

A beteg kevesebb, mint 50%-os részvételi arányában nem mutatkozik jelentősebb eltérés az orvosok között. Női orvos részvételével 43 olyan dialógustömb valósul meg, amelyekben a beteg részvételi aránya alacsonyabb. Ez a női orvoshoz rendelhető dialógustömbök 27%-át jelenti. Férfi orvos részvételével 51 olyan dialógus valósul meg, amelyekben a beteg részvételi aránya alacsonyabb. Ez a férfi orvoshoz rendelhető dialógustömbök kb. 31%-át jelenti. Férfi orvos esetében a beteg nagyobb részvételi arányával megvalósuló dialógustömbök száma összesen 11, női orvos esetében 6 dialógustömb.

A beteg több mint 50%-os részvételi aránya mindkét orvos esetében alacsony: férfi orvos esetében 6,5%, női orvos esetében 3,8% azoknak a dialógustömböknek az aránya, ahol a beteg részvételi aránya a nagyobb.

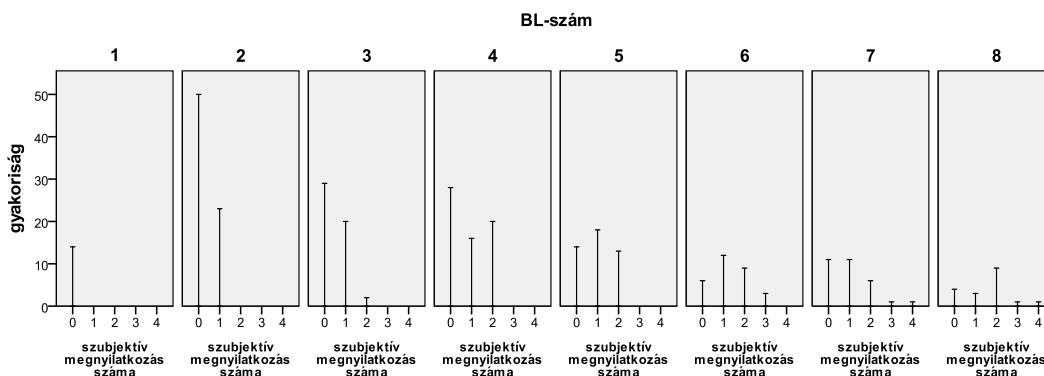
3.3. Szubjektív megnyilatkozások kvantitatív elemzése a párbeszéd mikroszerkezetében

3.3.1. Dialógustömbök szerkezete és a szubjektív megnyilatkozások gyakorisága

A korpusz kvantitatív módszerekkel végzett elemzése a szubjektív megnyilatkozások gyakoriságát vizsgálta a dialógustömbök beszédlépései és időtartama szempontjából.

A *szubjektív megnyilatkozások* és a korpuszt alkotó *dialógustömbök beszédlépés-száma* közötti összefüggéseket a 12. ábra szemlélteti.

12. ábra: Dialógustömbök beszédlépés-számának és a szubjektív megnyilatkozások számának összefüggése



Azokban a dialógusokban, amelyek egy, kettő, három vagy négy beszédlépésből épülnek fel, leggyakrabban nem valósult meg szubjektív megnyilatkozás.

A három és négy beszédlépből álló dialógusokat vizsgálva, megállapítható, hogy a négy beszédlépből álló dialógusokban kb. háromszor gyakoribb a két szubjektív megnyilvánulás, mint a három beszédlépből felépülő dialógusok esetén. Egy szubjektív megnyilatkozás közel hasonló gyakorisággal fordul elő ezekben a dialógusokban.

A három beszédlépből álló dialógusok esetében az egy szubjektív megnyilatkozás aránya nagyobb, mint a két szubjektív megnyilatkozásé, a négy beszédlépből álló dialógusokban a két szubjektív megnyilatkozás gyakorisága nagyobb.

Azokban a dialógusokban, amelyek legalább öt beszédlépből épültek fel, az egy vagy két szubjektív megnyilatkozás gyakorisága meghaladta a szubjektív megnyilatkozás hiányának gyakoriságát. Kivételt a hét beszédlépből álló dialógusok alkotnak, amelyek esetében a meg nem valósuló szubjektív megnyilatkozás és az egy szubjektív megnyilatkozás gyakorisága megegyezik.

A nyolc beszédlépből álló dialógusok esetében két szubjektív megnyilatkozás volt a leggyakoribb, az öt, hat és hét beszédlépből megvalósított dialógusok esetében az egy szubjektív megnyilatkozás fordult elő leggyakrabban.

A dialógustömbökben megvalósuló szubjektív megnyilatkozások száma szignifikáns összefüggést mutat a dialógustömb időtartamával ($p=0,000$) és beszédlépszámaival ($p=0,000$). Az összefüggéseket a 18. táblázat mutatja be.

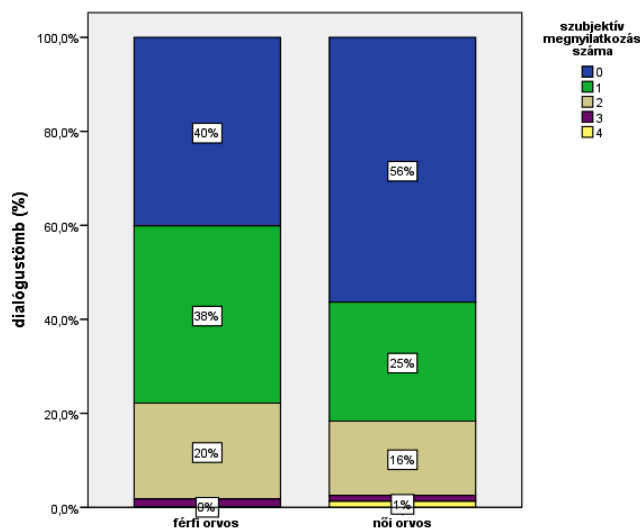
18. táblázat: Szubjektív megnyilatkozások számának összefüggései a dialógustömbök szerkezetével és a résztvevőkkel

			Keresztábra					
			időtartam	BL-szám	SZBT MNY	ORVOS BL	BETEG BL	ASSZISZTENS BL
Spearman's rho	SZBT MNY száma	Correlation Coefficient	,232**	,435**	1,000	,371**	,576**	-,380**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,000	,000
		N	325	325	325	325	325	325

3.3.2. Résztevők szerinti jellemzők

A szubjektív megnyilatkozások számában szignifikáns eltérés mutatkozik az orvosok között ($p=0,013$). A beteg neme nem mutat szignifikáns kapcsolatot a szubjektív megnyilatkozások számával. A 13. ábra a dialógustömbökben megvalósuló szubjektív megnyilatkozások számát szemlélteti az orvosok szerint.

13. ábra: Dialógustömbökben megvalósuló szubjektív megnyilatkozások száma



Női orvoshoz tartozó dialógustömbök több mint felében (56%) nem valósult meg szubjektív megnyilatkozás. Szubjektív megnyilatkozás hiánya a férfi orvos részvételével megvalósuló dialógustömbök 40%-át jellemzi. Közel 40%-os az egy szubjektív megnyilatkozást megvalósító dialógustömbök aránya férfi orvos esetében. Női orvos esetében az egy szubjektív megnyilatkozást tartalmazó dialógustömbök aránya 25%. Két szubjektív megnyilatkozást megvalósító dialógustömbök aránya férfi orvos esetében 20, női orvos esetében 16%. Három szubjektív megnyilatkozás a férfi orvoshoz tartozó dialógustömbök 2, a női orvoshoz tartozó dialógustömbök 1%-ában valósult meg. Négy szubjektív megnyilatkozás csak a női orvoshoz tartozó dialógusok 1%-ban valósult meg, férfi orvos részvételével megvalósuló dialógusban nem fordult elő négy szubjektív megnyilatkozás.

3.4. Párbeszédok mezoszintű struktúráinak kvantitatív elemzése

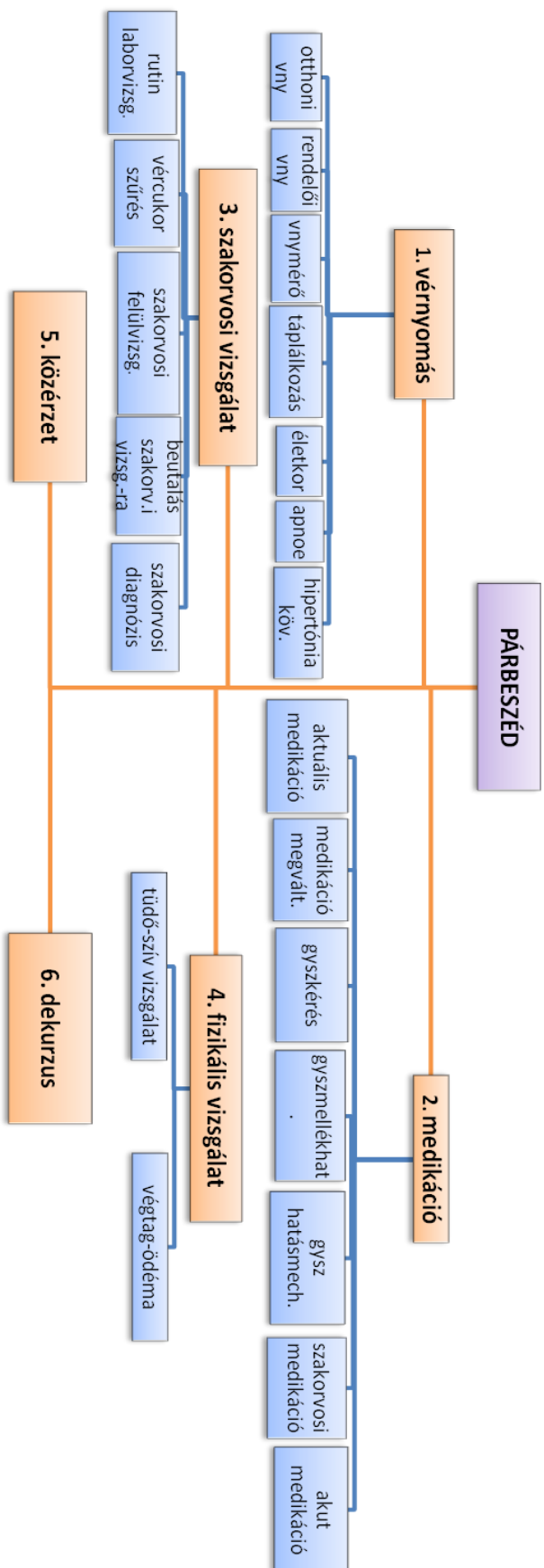
3.4.1. Epizódok és altémák a dialógusokban

A témák a beszélgetések hierarchikus szerkezetében a szakmai protokoll ajánlásainak megfelelően nagyobb tematikus egységekké kapcsolódtak össze, összesen 6 epizódot alkotva. A 19. táblázat a szakmai protokoll elemeit, a 14. ábra a párbeszédok egyes *epizódjait* és a hozzájuk kapcsolódó *altémákat* összefoglalóan szemlélteti.

19. táblázat: Hipertóniás gondozás menete, Eü-i Minisztérium ajánlása háziorvosoknak

1. panaszok
2. gyógyszerzedés
3. vérnyomásmérés
4. vérnyomás értékelése
5. fizikális vizsgálat
6. életmódi tanácsok betartása

(<http://www.kk.pte.hu/servlet/download?type=file&id=591>. 11.)



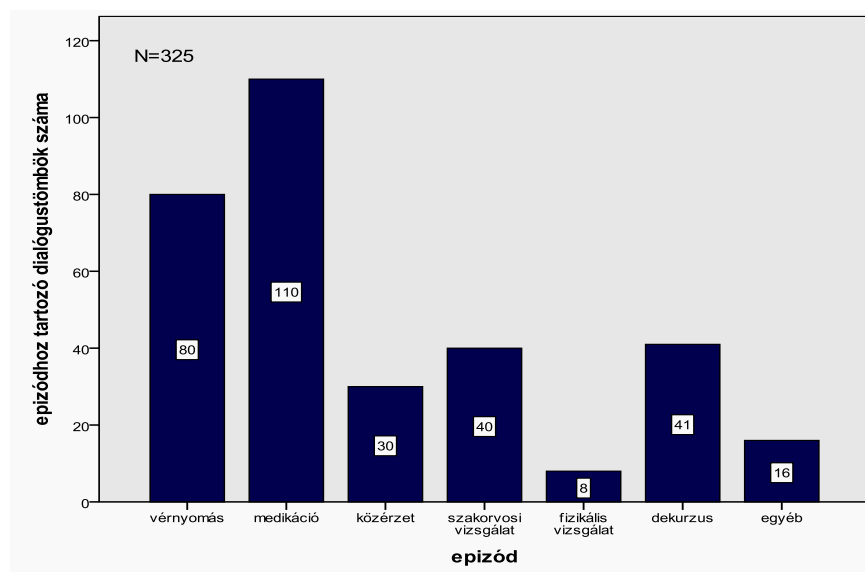
vny.: vérnyomás, **következő**.: következő, **vizsg.**: vizsgálat, **szakorv. i.**: szakorvosi, **megváltoz**.: megváltoztatása, **gysz. m.**: gyógyszer mellékhatás, **hatásmech.**.: hatásmechanismus, **gysz.**: gyógyszer

14. ábra: A hipertóniás gondozás beszélgetéseinek hierarchikus szerkezete: epizódok és altémák

A legtöbb altéma a vérnyomás és medikáció epizódokat jellemzi. Ezt követi témák számában a szakorvosi vizsgálat epizódja. A fizikális vizsgálat epizódjához két altéma volt hozzárendelhető. A közérzet és dekurus témákhoz a korpusz beszélgetéseiben nem kapcsolódtak további altémák.

Az epizódok különböző számú dialógustömbökkel valósulnak meg a beszélgetésekben. A 15. ábra az egyes *epizódokhoz tartozó dialógustömbök* számát ábrázolja a teljes korpuszban.

15. ábra: Epizódokhoz tartozó dialógustömbök száma a teljes korpuszban



A medikáció epizódja köré rendeződött a legtöbb dialógustömb, amelyet a vérnyomás epizódját felépítő dialógustömbök száma követ. A dialógustömbök számát tekintve a dekurus kitöltésének epizódja a harmadik legfontosabb epizód volt a korpusz beszélgetéseiben, melyet a szakorvosi vizsgálat epizódja követ. A dekurus és szakorvosi vizsgálat epizódok fele annyi dialógustömbből épültek fel, mint a vérnyomás epizód. A közérzet és a fizikális vizsgálat epizódjait felépítő dialógustömbök száma a legalacsonyabb. A medikáció epizódja majdnem négyszer, a vérnyomás epizód közel háromszor annyi dialógustömbben került kidolgozásra, mint a közérzet epizód.

3.4.2. Epizódok dialógusszövegeinek strukturáltsága

Beszédlépés-számaik alapján kiszámíthatóak voltak az *epizódokat* megvalósító dialógusok szövegeinek *mélységi mutatói*, melyeket a 20. táblázat mutat be.

20. táblázat: Epizódokat megvalósító dialógusok szövegének mélységi mutatói a teljes korpusz alapján

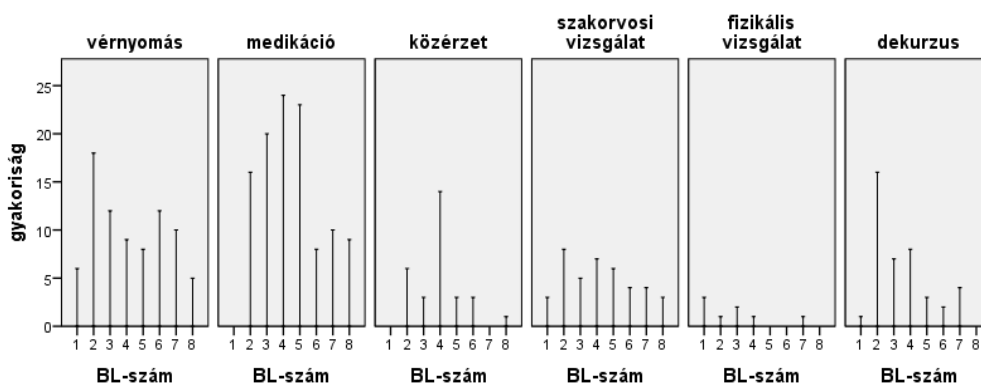
EPIZÓD	MÉLYSÉGI MUTATÓ
medikáció	2,5
vérnyomás	2,3
szakorvosi vizsgálat	2,3
közérzet	2,0
dekurzus	1,9
fizikális vizsgálat	1,8

A hatból négy epizódot a kétfokú dialógusok jellemeznek. A fizikális vizsgálat és a dekurzus epizódjaira az egyfokú dialógusok jellemzőek. Az epizódokhoz tartozó dialógustömbök szövegének mélységi mutatója alapján a medikáció epizódja volt a legstrukturáltabb, legkevésbé strukturált a fizikális vizsgálat epizódja volt.

3.4.3. Epizódok dialógusainak szekvenciális szerkezete

A *beszélgetések epizódjait* alkotó dialógusok jellemző *beszédlépés-számait* és eloszlásukat a 16. ábra szemlélteti.

16. ábra: Epizódokhoz tartozó dialógustömbök beszédlépés-számainak gyakorisága és eloszlása



A vérnyomás, a szakorvosi vizsgálat és dekurzus epizódokhoz tartozó dialógusok jellemzően két beszédlépésben valósulnak meg.

A medikáció és közérzet epizódokhoz tartozó dialógusok legjellemzőbben négy beszélőlépésből állnak. A vérnyomás, fizikális vizsgálat és dekurzus epizódokhoz tartozó dialógusok esetében egy beszélőlépésből álló dialógustömb is előfordult.

A vérnyomás, medikáció és szakorvosi vizsgálat epizódokhoz tartozó dialógustömbök beszélőlépés-számai teljes skálán, 1 és 8 között mozognak. A vérnyomás és szakorvosi vizsgálat epizódokhoz tartozó elemi dialógusok a legjellemzőbb két beszélőlépés után, leggyakrabban három és hat illetve négy beszélőlépésben valósulnak meg. A dekurzus és a fizikális vizsgálat epizódjához tartozó dialógustömbök egyetlen esetben sem állnak nyolc beszélőlépésből.

Az egyes epizódok átlagos időarányát és az időarányok szórását a 21. táblázat összefoglalóan mutatja be.

21. táblázat: Epizódokat kidolgozó dialógusok átlagos időaránya és szórása a korpuszban

Epizód		középtérték	standard deviáció
vérnyomás	epizódot kidolgozó dialógusok időaránya a beszélgetésekben	7,34%	8,19
medikáció	epizódot kidolgozó dialógusok időaránya a beszélgetésekben	3,98%	4,94
közérzet	epizódot kidolgozó dialógusok időaránya a beszélgetésekben	4,34%	3,14
szakorvosi vizsgálat	epizódot kidolgozó dialógusok időaránya a beszélgetésekben	4,11%	3,58
fizikális vizsgálat	epizódot kidolgozó dialógusok időaránya a beszélgetésekben	4,71%	4,07
dekurzus	epizódot kidolgozó dialógusok időaránya a beszélgetésekben	2,27%	1,76

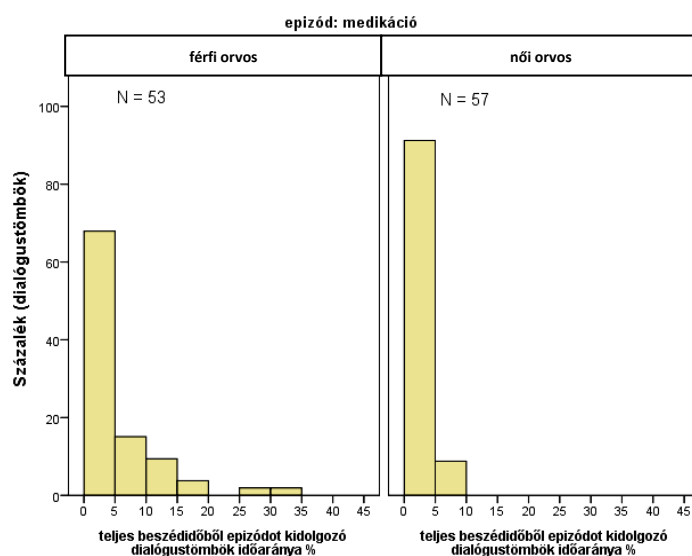
Az egyes beszélgetésekben a vérnyomás epizódját kidolgozó dialógustömbök időtartama a beszélgetések időtartamának átlagosan 7,34%-át teszi ki, időarányuk a legmagasabb az epizódok között. Átlagos időarányukat tekintve második helyen a fizikális vizsgálat, harmadik helyen a közérzet epizódját kidolgozó elemi dialógusok állnak. A legalacsonyabb átlagos időtartam a dekurzus epizódját kidolgozó dialógustömböket jellemzi.

A legmagasabb szórás érték (átlagtól való eltérés mértéke) a vérnyomás epizódját jellemzi. Szórás értékét tekintve második helyen a medikáció, harmadik helyen a fizikális vizsgálat epizódja áll. Legalacsonyabb szórás érték a dekurzus epizódot jellemzi.

3.4.4. Epizódok és résztvevők

Az egyes epizódokhoz tartozó dialógustömbök időaránya a medikáció epizódját kidolgozó dialógusok esetén, szignifikáns eltérést mutat az orvosok között ($p=0,000$), a beteg neme szerint nem mutatkozott szignifikáns eltérés. A 17. ábra a medikáció epizódját kidolgozó dialógusok átlagos időarányát mutatja be a két orvos párbeszédeiben.

17. ábra: Medikáció epizódját kidolgozó dialógustömbök átlagos időaránya a párbeszésekben

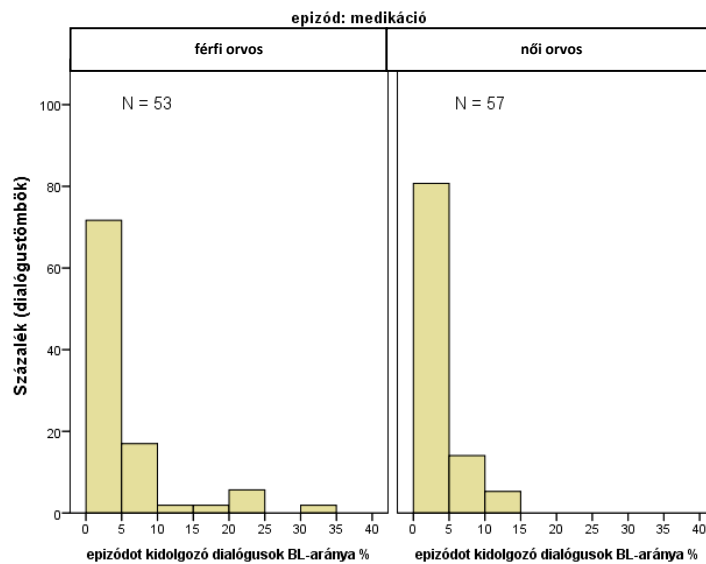


Női orvos részvételével 57, férfi orvos részvételével 53 dialógus dolgozta ki a medikáció epizódját a teljes korpuszban. Női orvos medikáció epizódját kidolgozó dialógustömbjeinek kb. 90%-a, férfi orvos medikáció epizódját kidolgozó dialógustömbjeinek kb. 70%-a a teljes párbeszéd időtartamának 0-5%-át alkotja.

A medikáció epizódját kidolgozó dialógustömbök átlagos időaránya a női orvoshoz rendelhető dialógustömböknél egyetlen esetben sem haladja meg a párbeszéd időtartamának 10%-át. Férfi orvoshoz rendelhető dialógustömböknél 10% feletti időarány is jellemző. Csökkenő mértékben jellemző további időarányok férfi orvoshoz rendelhető, medikáció epizódját kidolgozó dialógustömbökre 10-20% illetve 25-35% a párbeszéd teljes időtartamából.

Az egyes *epizódokhoz tartozó dialógusok beszédlépés-aránya* a medikáció epizódját kidolgozó dialógusok esetén szignifikáns eltérést mutatott az orvosok között ($p=0,000$). A 18. ábra a medikáció epizódját kidolgozó dialógusok átlagos beszédlépés-arányát mutatja be a két orvos párbeszédeiben.

18. ábra: Medikáció epizódját kidolgozó dialógustömbök átlagos BL-aránya

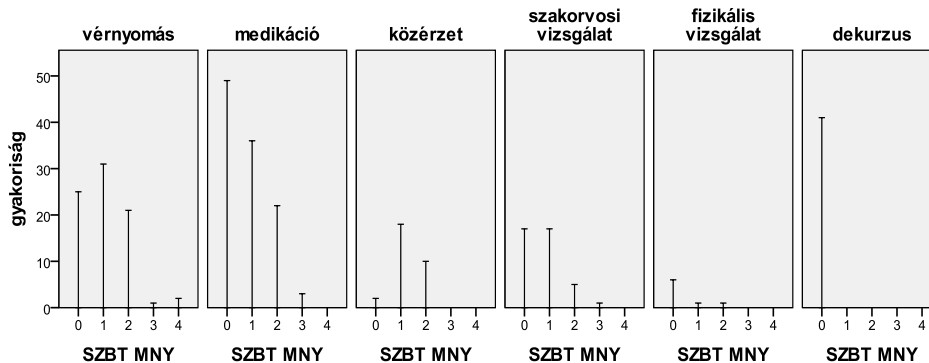


Női orvos medikáció epizódját kidolgozó dialógustömbjeinek kb. 80%-ában a dialógusok beszédlépés-aránya a teljes párbeszéd beszédlépéseinek 0-5%-át alkotja. Férfi orvos dialógustömbjeinek közel 60%-ában 0-5% a medikáció epizódját kidolgozó dialógusok beszédlépés-aránya. A medikáció epizódját kidolgozó dialógustömbök átlagos beszédlépés-aránya a női orvoshoz rendelhető dialógustömböknél egyetlen esetben sem haladja meg a párbeszéd beszédlépés-számának 15%-át. Férfi orvoshoz rendelhető dialógustömböknél 15% feletti beszédlépés-arány is előfordul. További jellemző beszédlépés-arányok a férfi orvoshoz tartozó, medikáció epizódját kidolgozó dialógustömböknél 15-25% illetve 30-35% a párbeszéd teljes beszédlépés-számából.

3.5. Szubjektív megnyilatkozások kvantitatív elemzése a párbeszéd mezoszintű struktúráiban

Az epizódok dialógusai és a bennük megvalósuló szubjektív betegség-elképzelést tartalmazó megnyilatkozások összefüggéseit a 19. ábra szemlélteti.

19. ábra: Szubjektív betegség-elképzelést tartalmazó megnyilatkozások gyakorisága és eloszlása az epizódokban



A dekurzus epizódjában szükségszerűen nulla a beteg szubjektív megnyilatkozásainak száma, mert az epizódot felépítő dialógusok férfi orvos/női orvos és asszisztensnők között zajlottak. A közérzet és fizikális vizsgálat epizódjait felépítő dialógusok egyikében sem fogalmazódott meg kettőnél több szubjektív megnyilatkozás. Három szubjektív megnyilatkozás a beszélgetések kevesebb, mint öt százalékában jellemzi a vérnyomás, a medikáció, valamint a szakorvosi vizsgálat epizódjait alkotó dialógusokat. Négy szubjektív megnyilatkozás csak kettő, a vérnyomás epizódhoz kapcsolódó dialógusban valósult meg.

A vérnyomás epizódját alkotó dialógusokra az egy szubjektív megnyilatkozás, a medikáció epizódját alkotó dialógusokra a szubjektív megnyilatkozás hiánya a legjellemzőbb. A közérzet epizódját alkotó dialógusokat leginkább az egy szubjektív megnyilatkozás jellemzi.

A szakorvosi vizsgálat epizódját alkotó dialógusokat egyenlő arányban jellemzi a szubjektív megnyilatkozás hiánya és az egy szubjektív megnyilatkozás.

A fizikális vizsgálat epizódját alkotó dialógusokra a szubjektív megnyilatkozás hiánya a legjellemzőbb. Szubjektív megnyilatkozás hiánya leggyakrabban a medikáció, legkevésbé a közérzet epizódját jellemzi.

4. MEGBESZÉLÉS

4.1. A beszélgetések kontextusa

A szubjektív betegség-elképzelések interakcionális megragadása a beszélgetésekben elsősorban interaktív felépítettségük módjától függ. Kimutatásukhoz indokolt többféle módszer alkalmazása (Birkner, 2006, 177 és 1.4.2.). Jelen kutatásban kérdőíves felmérés egészítette ki a nyelvészeti módszert.

Az orvosi pszichológiai háttérű kérdőíves módszer alkalmazása a nyelvészeti kutatásban kettős célt szolgált. A kérdőívek nyújtotta információkkal egyrészt a társalgások kontextusának megismerése volt a cél. Olyan ismeretek megszerzése az elemzés számára, amelyek a szövegek külső kapcsolódási tartományához tartoznak, és elsősorban a betegek szociális és mentális világára vonatkoznak (vö. Tolcsvay Nagy, 2001, 69-70, Boronkai, 2009, 58-62 és 1.7.).

Másrészt a kérdőív betegség reprezentációkkal kapcsolatos információi a vizsgálat tárgyát képező szubjektív megnyilatkozások tartalmi elkülönítésében játszottak fontos szerepet. (lásd még 1.5.1. és 2.1.2.).

4.1.1. Szociodemográfiai háttér

A beszélgetések résztvevői, csakúgy, mint a kérdőívet kitöltő betegek túlnyomó többsége, a 60 év feletti generációhoz tartoztak. A férfiak és nők átlagéletkora hasonló volt (1. 3. táblázat). Iskolázottságukat tekintve a képzetlen vagy szakmával rendelkező betegek száma volt nagyobb mindkét nemnél. Érettségivel vagy felsőfokú végzettséggel csak a betegek kisebb hányada rendelkezett (1. 1. ábra). A képzettség és az életkor sem a kérdőíves módszerrel végzett vizsgálat, sem a kvantitatív nyelvészeti módszerrel végzett elemzések alapján nem mutatott összefüggést a betegség-elképzelések egyes komponenseivel, illetve interakcionális megjelenésük gyakoriságával. A vizsgált szempontokban egyedül a betegek neme szerint mutatkoztak szignifikáns különbségek.

4.1.2. Magas vérnyomás betegség kihatása a betegek életére

A kérdőívet kitöltők és a beszélgetés résztvevői között is azoknak a száma volt magasabb, akiknek már több mint 10 éve ismert a diagnózisuk (2. ábra).

A betegség következményeinek megítélése, és a betegséggel kapcsolatos érzelmek a diagnózistól eltelt idő függvényében változtak. Minél régebb óta tudtak a betegek magas vérnyomásukról, annál súlyosabbnak ítélték meg betegségük következményeit és érzelmi reprezentációjuk is erősebb volt (3.1.2.).

A betegség krónikus és ciklikus jellegének ismerete együtt járt a betegség következményeinek súlyosabb megítélésével, és a betegek személyes kontrollal kapcsolatos nagyobb felelősségének tudatával (4. táblázat).

4.1.3. A betegség okainak megítélése a betegek körében

Magas vérnyomásuk okaival kapcsolatban a betegek vélekedésében alapvetően kétféle szemlélet érvényesült: az okok egy részét tőlük független tényezőkben látták, egy másik részét pedig személyükhöz, életkörülményeikhez kötötték.

A betegségüket okozó külső tényezők között vezető szerepet játszott az öregedés, ami a vizsgálatban résztvevők életkorát tekintve nem meglepő eredmény. További külső okként a legtöbb beteg a stressz szerepét fogalmazta meg, a stressz okaként pedig mindenekelőtt a családi és munkahelyi problémákat. Sokan az örökletes tényezők szerepét is megfogalmazták a betegség kialakulásában szerepet játszó tényezők között. A személyükhöz köthető okok közül az alkoholfogyasztást, a dohányzást, a helytelen táplálkozást és az ebből fakadó elhízást adták meg leggyakrabban a betegek magas vérnyomásuk okaként. A betegek kisebb hányada a saját személyiségében, a gondolkodásmódjában is látta betegségé okát (lásd 5. táblázat és 3. ábra).

Összességében elmondható, hogy a megfogalmazott okokban a betegek hosszú „betegkarrierje” látható, amelynek során a szakemberektől, a médiából és betegtársaiktól kapott információk beépültek saját elképzeléseikbe. Különösen feltűnő az egyezés az orvosi szempontból is elsődleges okoknak tekintett (elhízás, stressz, dohányzás, alkohol) tényezőkkel (vö. Dunkelberg, 2000, 16-17, Szántó & Susánszky, 2006, 76-80, Lalouschek, 2008, 9).

4.1.4. A betegség nemek szerinti eltérő megítélése

A betegség megítélésében férfiak és nők körében a betegséggel kapcsolatos érzelmi reprezentációban és a betegség bizonyos okainak megnevezésében volt szignifikáns az eltérés. A nők lényegesen gyakrabban azonosultak a betegséggel kapcsolatos félelmet megfogalmazó állítással (lásd 4. ábra) és mondták azt, hogy a betegségük tudata felzaklatja, idegessé teszi őket (lásd 5. ábra). Az okok megítélésében jelentős különbség volt férfi és női betegek között a családi problémák és a túl sok munka szerepének megítélésében. Utóbbiak kb. kétszer olyan gyakran nevezték meg a felsorolt tényezőket magas vérnyomásuk okaként, mint férfi társaik (lásd 6. és 7. ábra).

A beszélgetések szituációs kontextusával kapcsolatos legfontosabb ismeretek áttekintése után a fejezet további részében először a dialógusok mikrostruktúrájának majd kitekintő jelleggel mezoszintű struktúrájának leírása következik, szekvenciális szerkezetük és a bennük és velük reprezentált tartalmak összefüggésében. Célja a kérdőíves felmérés alapján releváns betegség-elképzelés komponensek interakcionális megjelenésének bemutatása.

4.2. Orvos-hipertóniás beteg konzultáció dialógusainak mikroszerkezeti jellemzői

4.2.1. Az orvos – hipertóniás beteg konzultáció tematikus súlypontjai

A korpuszt felépítő összesen 325 dialógustömb tematikus elemzése során 23 olyan téma volt elkülöníthető, amelyek egynél többször fordultak elő a beszélgetések során. A dialógustömbök tematikus „felcímkézése” a 23 téma (lásd 8. ábra) nagyobb kategóriákba sorolását követően történt, az altémák (lásd még ehhez 4.4.1.) elnevezései alapján. A korpuszt alkotó dialógustömbök tematikus besorolása így az alábbiak szerint alakult: dekurzus, közérzet, otthoni vérnyomás, rendelői vérnyomás, vérnyomásmérő készülék, hipertónia következményei, életkor, táplálkozás, apnoe, aktuális medikáció, medikáció megváltoztatása, gyógyszerkérés, gyógyszer-mellékhatás, gyógyszer hatásmechanizmusa, szakorvosi medikáció, akut medikáció, rutin laborvizsgálat, vércukorszűrés, szakorvosi felülvizsgálat, beutalás szakorvosi vizsgálatra, szakorvosi diagnózis, tüdő-szív vizsgálat, végtagödéma.

A beszélgetésekben a legtöbb dialógustömb az aktuális medikáció témája köré rendeződött.

Krónikus betegek és orvosaik kommunikációját vizsgáló kutatások eredményei alapján (lásd pl. Burger, 2009) várható volt, hogy a hipertóniás gondozás beszélgetéseinek is legfontosabb témája az aktuálisan szedett gyógyszerek áttekintése lesz (lás pl. 10. táblázat).

A medikáció témájával foglalkozó további dialógustömbök közül a betegek gyógyszerkérésével kapcsolatos dialógusok voltak a leggyakoribbak, az aktuális medikációt kidolgozó dialógustömbök után. A betegek nagyobb hányada azért kereste fel ugyanis orvosát, hogy felírassa vérnyomásgyógyszereit.

A gyógyszerkéresek kis hányadát pedig valamilyen, nem az alapbetegséggel összefüggő gyógyszer kérése alkotta. A két téma kidolgozásának mértékét összehasonlítva látható, hogy a gyógyszerkérés témáját kidolgozó dialógusok száma jóval alacsonyabb, mindössze 29%-a, az aktuális medikációt kidolgozó dialógustömbök számának (lásd 8. ábra).

A medikáció témáján belül gyakoriságban harmadik helyen áll a szakorvosi medikáció témáját kidolgozó dialógustömbök száma.

Ezekben a dialógusokban az orvos megbeszéli betegével a szakorvosi felülvizsgálaton elrendelt gyógyszerek szedésének módját, az ezzel kapcsolatban felmerülő nehézségeket. A gyógyszerek hatásmechanizmusát, mellékhatását és megváltoztatását kidolgozó dialógustömbök alacsony számaránya lehet véletlen, és csak az elemzett korpuszra jellemző tulajdonság. Több, a vizsgált korpusz tematikájához hasonló korpusz összehasonlítása után lehetne pontosabb megállapításokat tenni azzal kapcsolatban, hogy a hipertóniás gondozás során a betegekkel folytatott kommunikációban túlsúlyban vannak-e azok a dialógusok, amelyek az aktuális gyógyszereket tekintik át, illetve másik oldalról ténylegesen alacsony-e azoknak a dialógusoknak az aránya, amelyekben a gyógyszerek hatásmechanizmusát, mellékhatását vagy a medikáció megváltoztatásának szükségszerűségét tematizálják a beszélgetés résztvevői.

A kérdés megválaszolásához további kutatások és elemzések szükségesek, melyek a jelen dolgozat célkitűzéseit és kereteit meghaladják.

A dekurzus kitöltését tematizáló dialógustömbök magas előfordulási aránya a hatékony orvos-beteg kommunikáció szempontjából elgondolkodtató eredmény. A dekurzus kitöltése a rendelőben használt, betegek kórtörténetét rögzítő szoftverben, az orvos és asszisztens nő részvételével megvalósuló kommunikatív szituáció volt a korpusz beszélgetéseiben. A betegeknek megfigyelő szerep jutott ebben a helyzetben. A háziorvosi tevékenységet megfigyelve a gyakorlatban, mégsem meglepő a dekurzus kitöltését tematizáló dialógustömbök magas száma, a szakemberek nehézségeik között újból és újból megfogalmazzák az adminisztrációval kapcsolatos leterheltségüket.

A háziorvosi rendelőben folyó párbeszédnek nyelvészeti elemzése a nyelv szintjén is megragadhatóvá tette ezt a tényt: a kommunikatív témaváltások második leggyakoribb eredménye a dekurzus kitöltését tematizáló dialógustömbök kidolgozása volt.

A dekurzus témáját gyakoriságban az otthoni vérnyomásmérés és vérnyomásértékek megbeszélése követte (lásd pl. 12. táblázat), a negyedik leggyakoribb téma a beteg közérzete volt (lásd pl. 7. táblázat), melyet a szakorvosi vizsgálat (lásd pl. 13. táblázat) és a rendelői vérnyomás témáját kidolgozó dialógustömbök (lásd pl. 9. táblázat) száma követett.

A témákat kidolgozó dialógustömbök gyakoriságát megfigyelve megállapítható, hogy a magas vérnyomásban szenvedő betegekkel folytatott kommunikációban az otthoni vérnyomásértékek megbeszélésének nagyobb szerep jutott a párbeszédekben, mint az orvosi konzultáció során, a rendelőben mért aktuális értékeknek. Az otthoni mérések tematizálása nem csupán a mért értékek utáni kérdésekre és azok közlésére korlátozódott. Az orvosok számára fontos volt az értékeken túl a mérések időpontjának, rendszerességének és módjának ismerete is.

Elgondolkodtató tény, hogy a beteg közérzetét tematizáló dialógustömbök gyakorisága a negyedik helyen áll a megvalósított dialógustömbök számában.

50%-kal kevesebb dialógustömbben került kidolgozásra a beteg közérzete, mint aktuálisan szedett gyógyszereinek témája. Nem magyarázható azonban ez a tény egyszerűen azzal, hogy az orvost nem érdekelné betege állapota.

Úgy tűnik, a magas vérnyomás betegség esetében a szakember számára a kommunikáció során a szedett gyógyszerek és az otthoni vérnyomás-ellenőrzéssel kapcsolatos információk kicserélése fontosabb, mint a beteg általános állapotának részletes tematizálása. A hatékony gyógyszeres kezelés szakmai szempontja felülről látszik minden más kommunikatív szempontot.

Abban a rövid időkeretben, amely a szakember rendelkezésére áll, az orvos célirányosan törekszik a beszélgetés alakításával a gyógyszeres kezelés lehető leghatékonyabb módját megtalálni és megbeszélni betegével, illetve elérni a betegnél, hogy az orvosi utasításokat pontosan megértse és betartsa (vö. Lalouschek, 2002a, 17-19).

A dialógustömbök tematikus elemzésének egyik legmeglepőbb eredménye a hipertónia következményeit tematizáló dialógusok elenyészően alacsony száma volt: a 325 dialógustömbből négy rendeződött a „hipertónia következményei” téma köré. A vizsgált korpusz alapján a szakember egyik lehetséges kommunikatív célja a hipertónia következményeinek tematizálásával, a valamilyen szempontból problémás beteg meggyőzése a pontos gyógyszeres kezelés fontosságáról. A probléma forrása lehetett a gyógyszeres terápia be nem tartása, illetve az is, hogy a felírt gyógyszert a beteg – közérzetétől függően – saját elképzelései szerint szedte.

A korpuszt alkotó beszélgetések döntő többségében nem volt azonban szükséges a beteg meggyőzése a gyógyszeres kezelés fontosságáról, mivel az orvossal folytatott beszélgetés során a legtöbb beteg, elmondása szerint, pontosan szedte gyógyszerét.

A hipertónia következményeit tematizáló dialógustömbök elenyésző száma a korpuszban magyarázható tehát azzal, hogy az orvos számára nem volt szükséges sem fontos a betegség negatív következményeinek tematizálása a konzultáció során. További okok részletes feltárása, és az, hogy a téma kidolgozásához milyen egyéb orvosi kommunikatív célok kapcsolhatóak, nagyobb számú, hasonló témájú dialógustömb elemzése szükséges.

Szintén további összehasonlító vizsgálatokat kíván annak kiderítése, hogy vajon a beteg kezdeményezi-e, és ha igen, mikor és milyen céllal a magas vérnyomás következményeinek tematizálását az orvossal folytatott beszélgetésben.

Összefoglalóan megállapítható, hogy az orvos – hipertóniás beteg konzultáció tematikus súlypontjait a szakmai előírásokon alapuló, orvosi kommunikatív célok határozzák meg, ami a nyelv szintjén az egyes dialógustömbökben kidolgozott témák előfordulási gyakoriságában volt megragadható. Ennek alapján az orvosi kommunikáció elsődleges célja tisztázni a beteggel a folyamatban levő terápia hatékonyságát, gyógyszereszedés és a mért vérnyomásértékek kapcsolatát. Az intézményi előírásoknak megfelelően a kommunikációban fontos szerepet kap a megbeszélés eredményeinek dokumentálása is.

A „beteg témái”-nak – közérzet, gyógyszerkérés, gyógyszerek mellékhatásai – láthatóan kevesebb tér jut a kommunikációban.

Az eredmények alátámasztják a krónikus beteg-orvos kommunikációt vizsgáló korábbi kvalitatív kutatások eredményeit, melyek alapján a kontroll-beszélgetések elsődleges célja a terápia ellenőrzése. Esetleges, és az aktuális beszélgetések kontextusától függ, hogy az elsődlegesen követett cél mellett be tudja-e vinni és meg tudja-e valósítani a beteg saját témáit, céljait is a beszélgetéssel: információ és felvilágosítással kapcsolatos igényét, a terápia megváltoztatására vonatkozó elképzeléseit (Lalouschek, 2008, 14, Burger, 2009, 1-2).

4.2.2. A dialógusok szekvenciális szerkezete, mint az elvégzendő kommunikatív feladatok megoldási módja

A beszélgetések szerveződési rendje olyan problémák és feladatok megoldására irányuló erőfeszítések eredményének tekinthető, melyeket a beszélgetőpartnerek az interakció folyamán határoznak meg (Sacks, 1972, Bilmes, 1988 alapján Deppermann, 2001, 80). A beszélgetéseket felépítő dialógustömbök szerkezete ennek alapján a lokális interakciós feladatok megoldására tett résztvevői törekvések eredményének tekinthető (lásd 1.6.5.). A lokális kommunikatív feladatokat nagyrészt rutinszerűen oldják meg az interakció résztvevői, olyan jól bevált interaktív praktikákat alkalmazva, melyek a mikrostruktúra és végül a teljes beszélgetés szekvenciális szerveződését eredményezik (vö. Deppermann, 2001, 81).

A korpuszban a beszélgetések lokális struktúráinak szerveződésére az 1-8 beszédlépből felépülő dialógusok jellemzőek (lásd 9. ábra).

A lokális kommunikatív feladatok megoldására legritkábban az egy beszédlépből álló, leggyakrabban a kettő illetve négy beszédlépből álló feladat-megoldási struktúra jellemző (lásd 6. és 7. táblázat). Mivel a létrejövő „szekvenciális minta” a megoldandó feladatoktól függ (Deppermann, 2001, 75), a különböző számú beszédlépből álló dialógusok eltérő kommunikatív célokat szolgálnak.

Az egy beszédlépből álló dialógustömbök szerkezetüket tekintve különleges jellemzői a korpuszt alkotó párbeszédnek. A fizikális vizsgálat illetve a rendelői vérnyomás témáját kidolgozó dialógustömbök egy részében vagy egy performatív vagy egy deklaratív jellegű orvosi megnyilatkozás alkotja a dialógustömb egyetlen beszédlépből.

A performatív orvosi megnyilatkozást tartalmazó dialógustömbben (lásd 8. táblázat, 79-82. rész) az orvos megnyilatkozására cselekvéssel reagál a beteg (79. rész), cselekvésével téve teljessé a szekvenciapárokra jellemző kezdeményezés-reagálás szerkezetet. Az ilyen típusú szekvenciális szerkezet a fizikális vizsgálat témáját kidolgozó dialógustömböket jellemezte.

Egy beszédlépből álló, deklaratív jellegű orvosi megnyilatkozást tartalmazó dialógustömb a rendelői vérnyomás témáját kidolgozó dialógusok szekvenciális szerkezetére volt jellemző (lásd 9. táblázat).

Ezekben a dialógusokban a szekvenciapár kezdeményező szerkezeti részeként értelmezhető a vérnyomásmérés, és az ezzel kapcsolatos értékek leolvasása, melyet a szekvenciapár reagáló részeként értelmezhető deklaratív orvosi megnyilatkozás követ. Az orvos, ezt követő kérdésével, a 11. táblázatban bemutatott dialógusban új témát és szerkezetileg új dialógustömböt indít, így lesz a vérnyomásméréssel kapcsolatos dialógus egy egyetlen verbális megnyilvánulásból, és így egy beszédlépből álló dialógustömb (vö. Iványi, 2001, Boronkai, 2009, Tátrai, 2011).

A nyolc beszédlépből megvalósuló témakidolgozás összesen 14 dialógust jellemez a teljes korpuszban.

Bár alacsony számarányuk nem teszi lehetővé általános érvényű jellemzésüket, a vizsgált korpusz dialógusai alapján feltételezhető, hogy a kommunikáció valamilyen zavarából eredően került sor a nyolc lépésben megvalósított témakidolgozásra.

A 10. táblázatban bemutatott szegmensrészletben látható, hogy az orvos négy beszédlépése négy kérdést valósít meg (01, 03, 06 és 08 sorok).

A beteg homályos válaszai (02, 04, 07 sorok) készítetik az orvost arra, hogy újabb és újabb kérdésekkel, a dialógusban megvalósítandó, első kérdésével indított kommunikatív feladatot - „mai gyógyszereit bevette, a vérnyomásgyógyszereket?” – lokális szinten meg tudja oldani és le tudja zárni.

A korpusz beszélgetéseit leggyakrabban felépítő struktúrák (lásd 11. táblázat) általában is a kommunikatív feladatok lokális szinten történő lezárásával járnak együtt. Ezek a kettő illetve négy beszédlépésből álló dialógustömbök szerkezetileg egy- vagy kétfokú zárt dialógusok.

Cs. Jónás kutatási eredményei alapján ezeket a zárt dialógusokat a megkezdett kommunikatív téma befejezése jellemzi, kommunikatív értelemben, a beszélgetés lokális szintjén nem hagynak megoldatlan feladatot (vö. Cs. Jónás, 1999, 40).

Megállapítását a korpuszban található zárt dialógusokra alkalmazva elmondható, hogy az interakció folyamatában orvos és beteg legtöbbször egy-egy lokális kommunikatív feladat lezárása után lépnek tovább. A kommunikatív feladat lezárásának, megoldásának jelzése nem csak és nem feltétlenül tartalmilag történik.

A szekvenciális mintázat minden esetben jelöli a dialógus struktúrájában az aktuális kommunikatív cél megvalósulását. A szerkezeti jelöltségnek két típusa volt megfigyelhető a korpusz dialógusaiban.

A 6. táblázatban bemutatott egyfokú zárt dialógusban a rendelői vérnyomás témáját két beszédlépésben dolgozza ki a női orvos és betege. Az orvos által közölt és pozitívan értékelt tényekre reagál a beteg, magyarázatot szolgáltatva a mért normál értékekre: „gyógyszereket is bevettem fél nyolckor”.

A szekvenciapár a kommunikatív tartalmi lezártág szerkezeti megvalósulása, melyet szerkezetileg egy új témát indító orvosi beszédlépés követ: „itt a számítógépen pont nem látok rá a gyógyszereire, mindent kért gyógyszert?” Az orvosi beszédlépés visszamenőleg teszi jelöltél az előző kommunikatív feladat lezárását.

A 7. táblázatban bemutatott példa kétfokú zárt dialógusában, két kérdés-válasz szekvenciapár követi egymást. A szekvenciapárok által megvalósított szerkezeti zártágot, az így megoldott kommunikatív feladat lezárását, az előző példával ellentétben nem egy következő beszédlépés és ezzel egy újabb szerkezeti-tartalmi egység jelzi. A beteg második beszédlépésén (04 sor) belül történik meg a kommunikatív témaváltás: „majd laborba szeretnék kérni beutalót mert huszonhetedikén köll mennem”. Szerkezetileg ez a beszédlépés kétfunkciós: egyrészt a közérzet témát kidolgozó dialógus záró, másrészt a szakorvosi vizsgálat témáját kidolgozó következő dialógustömb nyitó szerkezeti egysége.

Beszédlépésében a beteg az orvosi kérdésekre válaszolva elmondta, amit közérzetéről fontosnak tartott elmondani, ezután hozza be a kommunikációba a számára aktuálisan fontos témát.

Kommunikatív funkciók szempontjából vizsgálva a beszédlépést, először eleget tett a lokális feladattal kapcsolatos kötelezettségének (orvosi kérdések megválaszolása), majd ezután tér rá a számára releváns problémára (lásd Demeter, 2005, 40, Lalouschek, 2008, 7-11, Spranz-Fogasy, 2010, 107).

A „szekvenciális mintázat” és a megoldandó kommunikatív feladatok összefüggése láthatóan nem csak az egyes beszédlépések egymásra következésében, hanem a beszédlépések belső szerkezeti felépítésében is érvényesül.

A négynél több beszédlépésből felépülő, magasabb szinteződésű dialógusoknál a korpuszt alkotó párbeszédekben minden esetben a nyitott dialógusok dominálnak: a beszélgetések lokális témakidolgozását a leggyakoribb egy- és kétfokú zárt dialógusok mellett, háromfokú (5 beszédlépés), illetve négyfokú (7 beszédlépés) nyitott dialógusok jellemzik (lásd 11. táblázat).

Cs. Jónás alapján nyitott dialógusok esetében „az első megszólaló elfogadja és továbbviszi a beszélgetőtárs által felvetett új témát anélkül, hogy az első beszédhelyzet kommunikatív feszültsége... feloldódott volna” (Cs. Jónás, 1999, 55).

A lokális feladatok kidolgozásakor létrejövő dialógus-struktúrák alapján tehát a korpusz beszélgetéseit – közel hasonló arányban (185-140 dialógus) – a lokális kommunikatív célok megoldására való törekvés mellett, a beszédlépés-számban hosszabb dialógusok esetén, az aktuális kommunikatív probléma csak részleges megoldása jellemzi (lásd pl. 12. táblázat). Minél több beszédlépésben dolgoznak ki a résztvevők egy-egy témát, annál valószínűbb, hogy a dialógustömb utolsó beszédlépése reakció nélkül marad és a következő beszédlépést létrehozó megszólaló beszédlépésével új témát, strukturálisan egy új dialógustömböt indít (lásd pl. 13. táblázat).

Figyelembe véve a beszédlépések szerkezeti és reprezentációs kettős funkcióját, a beszédlépések között fennálló koreferenciális kapcsolatot, és azt, hogy minden beszédlépést csak az őt megelőző és követő beszédlépések viszonylatában lehet értelmezni (lásd Boronkai 2009, 73), át kell értékelnünk a reakció nélküliség fogalmát. A 'reagál' kifejezést Schegloff nyomán a legáltalánosabban értelmezve (Schegloff, 2007) reagálás a kitérés (Pléh, 2012, 121), a reakció nélküliség is. A reagálás hiánya kommunikatív értelemben vett esemény az interakcióban. Utalhat a közlési lánc zavarára, például a kommunikációs csatorna zavarára, vagy a partner nem kooperatív hangulatára (Pléh, 2012, 122).

A 12. táblázatban a doktornő a vérnyomásmérés megkezdésével „reakció” nélkül hagyja betege szubjektív megnyilatkozását (04. sor) az otthoni mérésekkel kapcsolatban. A 13. táblázat dialógusában pedig, hasonlóan az előző orvosi reakcióhoz, a vérnyomásmérés előkészítésébe kezd az orvos, „nem reagálva” betege gyógyszerzedéssel kapcsolatos szubjektív megnyilatkozására: „annyi gyógyszert én nem akarok szedni már, ügyesebb ügysem leszek doktor úr”. Az orvosi reakciók elmaradása a szekvenciális szerkezet szintjén nyitott dialógusokat eredményezett, és az elvégzendő lokális kommunikatív feladatok (otthoni vérnyomásmérés megbeszélése, aktuális medikáció) csak részleges megoldását.

Összefoglalóan elmondható, hogy a dialógusok kvantitatív szerkezeti elemzése alapján jelentős azoknak a (nyitott) dialógusoknak a száma a korpuszt alkotó orvos-beteg beszélgetésekben, amelyek szekvenciális mintázata a résztvevők között kialakuló kommunikatív probléma eredményeként jön létre.

4.2.3. Dialógusok és résztvevők

A korpusz beszélgetései két illetve három résztvevős párbeszédnek. A dialógustömbök így női vagy férfi orvos és asszisztensnő, illetve férfi vagy női orvos és női vagy férfi beteg részvételével valósultak meg. A *korpusz 325 dialógustömbje* férfi orvos vezette tíz és női orvos vezette öt beszélgetés mikroszerkezetét alkotja (lásd 16. táblázat).

A férfi orvos részvételével megvalósuló dialógustömbök száma pusztán 9 dialógustömbbel több, mint a női orvos részvételével megvalósuló dialógustömböké, párbeszédek számát tekintve azonban a férfi orvos vezette párbeszédnek száma kétszerese a női orvos vezette beszélgetéseknek. Ez alapján megállapítható, hogy a női orvos beszélgetésvezetésére arányaiban több kommunikatív témaváltás volt jellemző, mint a férfi orvos beszélgetésvezetésére.

4.2.4. Résztvevők „ujjlenyomata” a dialógusok szekvenciális mintázatán

Heritage 2005-ös, intézményes kommunikációról írt átfogó tanulmányában a szekvenciák szerveződését az interakcióban megvalósított cselekvések konstitutív ujjlenyomatának nevezi (Heritage, 2005, 127). A kutatás során alkalmazott statisztikai elemzések ezt a konstitutív ujjlenyomatot kísérelték meg megragadni kvantitatív mutatók alapján.

A férfi orvos a beszélgetés folyamán érintett témákra összességében *átlagosan* 16, 22 másodpercet fordított, női orvos átlagosan 13,48 másodpercet (lásd 10. ábra). Ez azt jelenti, hogy a férfi orvos átlagosan 16, 22 másodpercenként, a női orvos átlagosan 13, 48 másodpercenként *váltott témát* a beszélgetés folyamán, vagy fogadta el beszélgetőpartnere kezdeményezését új téma kidolgozására. Az eredmény értelmezésében korábbi kutatási adatok segíthetnek.

Beckman és Frankel vizsgálataiból ismert adat szerint a beteg közlését átlagosan 18 másodperc után megszakítja az orvos (Németh, 1997, 42).

Marvel *et al.* (1999) utókövetéses vizsgálata tizenöt évvel később, egy jelentéktelen, öt másodperccel hosszabb időt állapított meg (Birkner, 2006, 160). Egy 2009-ben, berlini háziorvosi körzetekben elvégzett kutatás alapján pedig, szintén a betegek spontán, megszakítás nélküli közlésének idejét átlagosan 64 másodpercben állapították meg (Bär, 2009, 38).

Látható, hogy az orvos-beteg közléseit együttesen magába foglaló dialógustömbök átlagos ideje, illetve a váltások, különösen gyors tempójú témakidolgozást mutatnak a korpusz beszélgetéseiben. Ezen rövid idő alatt létrehozott „szekvenciális mintázatok” alapján azonban nem feltétlenül értékelendő negatívan ez a tény, hiszen a partnerek legtöbbször egy lezártnak tekintett kommunikatív feladat után léptek tovább és hozták létre a következő szekvenciát (lásd 4.2.3.).

Az egy-egy téma kidolgozására szánt leggyakoribb időtartam hasonló mindkét orvos esetében: leggyakrabban átlagosan 5 és 10 illetve 10 és 15 másodperc között mozgott a témák kidolgozásának időtartama (lásd 10. ábra). Jelentősebb eltérés az érintett témákra szánt időben az 5 és annál kevesebb másodperc alatt kidolgozott témák, illetve a 30 másodpercnél hosszabb ideig érintett témák gyakorisága között van. Az orvosok beszélgetéseit összehasonlítva, női orvos esetében a rövidebb idő alatt kidolgozott témák gyakoribbak, férfi orvos esetében a 30 másodpercnél nagyobb időráfordítással érintett témák fordultak elő gyakrabban.

Ezek a tények értelmezhetőek úgy, hogy a szakmai rutin a beszélgetés folyamatában érintett témákra kb. hasonló időintervallumot alakított ki – 5-10, ritkábban 10-15 másodperc – mindkét orvos beszélgetésvezetésében, az eltérések pedig az egyéni beszélgetésvezetési stílusból fakadhatnak.

Női és férfi orvos beszélgetésvezetésében a dialógusok időtartama mellett, a dialógusok beszédlépés-száma is szignifikáns különbséget mutatott (lásd 57. oldal). Jelentősebb eltérés az orvosok beszélgetésvezetési stílusában a nem 2 vagy 4 beszédlépésben megvalósuló dialógustömbök gyakoriságában figyelhető meg (11. ábra).

A lokális kommunikatív feladatok megoldásának szempontjából összességében megállapítható, hogy az egyfokú és kétfokú zárt dialógusok mellett, amelyek egy-egy kommunikatív feladat lokális szinten történő lezárását jelenthetik, és gyakoriságuk alapján a szakmai konvenciók valamint a szakmai rutin kialakította struktúráknak tekinthetőek az orvosi beszélgetésvezetésben, mindkét orvos esetében jellemző a nyitott dialógusokban történő témakidolgozás. Női orvos esetében a kétfokú nyitott (3 BL), férfi orvos esetében a háromfokú nyitott dialógusok (5 BL) a legjellemzőbbek (lásd 11. ábra).

Férfi orvos dialógusait összességében is inkább jellemzi a nyitott szerkezetű témakidolgozás. A több beszédlépésben és hosszabb időtartamban megvalósuló, férfi orvos vezette dialógusok a betegek számára nagyobb interakciós teret biztosítanak, de a kvantitatív eredmények alapján úgy tűnik, ez inkább a lokális kommunikatív feladatok megoldatlanságához, mint megoldásához vezet a beszélgetések mikroszintjén (vö. 4.2.2.).

4.2.5. Résztvevők aránya a lokális kommunikatív feladatok megoldásában

A lokális kommunikatív feladatoktól függően létrehozott szekvenciális mintázatok belső struktúrája dialógusonként eltérő lehet. Az elemzés során fontos szempont volt a belső struktúrát létrehozó beszédlépések számának azonosítása. Megfigyelhető volt, hogy egy-egy aktuális kommunikatív feladat szerkezeti megvalósításában nem mindig egyenlő beszédlépés-számmal vettek részt a partnerek.

Valamelyik beszélgetőpartner részvételi arányának növekedése az aktuális kommunikatív feladat szerkezeti megvalósításakor, részéről eggyel több beszédlépés megvalósításaként került azonosításra.

Asszisztensnő részvételével a teljes korpuszban összesen 59 dialógustömb valósult meg. Ebből 45 dialógustömbben az orvossal, 14-ben beteggel beszélt az asszisztensnő. Az asszisztensnő részvételével kidolgozott témák aránya tehát összességében alacsony.

A jelen vizsgálat eredményei alapján az asszisztensnő részvételi aránya a dialógustömbök időtartamával és beszédlépés-számával is (lásd 16. táblázat) negatív korrelációt mutatott: az asszisztensnő részvételi arányának növekedésével a lokális kommunikatív feladatokra szánt időtartam és beszédlépés-szám csökkenése járt együtt a korpusz dialógusaiban (vö. Lalouschek & Menz & Wodak, 1990).

Nagyobb esetszámokkal dolgozó, további elemzések szükségesek az eredmény pontos értelmezéséhez, különösen az asszisztensnő-beteg részvételével megvalósuló dialógusok esetén.

Az orvos illetve a beteg részvételi arányának szignifikáns összefüggései a dialógusok szekvenciális szerkezetének elemeivel azt mutatták (lásd 16. táblázat), hogy az orvos részvételi aránya a dialógus időtartamának függvényében, a beteg részvételi aránya a dialógus beszédlépés-számának függvényében nő (lásd 59. oldal).

Az orvossal kapcsolatos kvantitatív eredmények alapján a dialógusok másodpercekben mért idejének növekedése az orvosi és nem a beteg részvételi arányt növeli az adott lokális kommunikatív feladat megoldásában. Mivel az intézményes szerepviszonyokból fakadóan az orvos kezében van a beszélgetés folyamatának irányítása és ezzel összefüggésben a beszélgetésre szánt idő szabályozása (vö. Lalouschek, 2002b, Heritage, 2005, Lalouschek 2008, Spranz-Fogasy, 2010), nem meglepő, de elgondolkodtató, hogy ha az orvos egy-egy lokális cél megoldására több időt szán, akkor a megszólalási arányok az ő javára tolnak el. A részvételi arányok ilyen irányú eltolódása kihatással van a kommunikáció tartalmára is (részletesebben lásd 4.3.1.).

A beteg részvételével kapcsolatos kvantitatív eredmények azt mutatják, hogy függetlenül a lokális kommunikatív feladatra szánt időtől, minél több beszédlépésben kerül a feladat kidolgozásra, annál nagyobb valószínűséggel mozdul el a beszédlépés-kiosztás a beteg javára, ő az, aki eggyel többször élhet a megszólalás jogával.

Az erősen (időben is) szabályozott intézményi kereteket (Spanz-Fogasy, 2010, 105) figyelembe véve, az eredmény reményre ad okot a hatékony orvos-beteg kommunikáció fejleszthetősége szempontjából.

A lokálisan egymásra következő feladatok megoldásakor elsősorban az orvosi beszélgetésvezetési stílustól és nem a feladat megoldására szánt időtől függ, hogy a beteg mennyire kap lehetőséget a megnyilvánulásra. Az időfaktor csak másodlagos szerepet játszik, illetve mint láttuk, az időtartam növekedése inkább az orvos irányába mozdítja el a részvételi arányokat.

Orvos és beteg egymáshoz viszonyított részvételi arányait elemezve a vizsgálat azt mutatta, hogy a dialógusok több mint felének szekvenciális mintázata, a kommunikatív feladatok lokális szinten történő megoldásakor, orvos és beteg azonos arányú erőfeszítését mutatja a feladat megoldásában (lásd 15. táblázat). Az intézményes jellegből fakadó aszimmetria a lokális célok megvalósítására létrehozott mikrostruktúrák nagyobb hányadában nem érvényesül (vö. Robinson, 2001, Lalouschek, 2002a, 161-162, Brock & Meer, 2004, Heritage, 2005, 116-117, Lalouschek, 2008, 6-8, Spranz-Fogasy & Lindtner, 2009, 165-166).

Férfi és női orvos dialógusaiban egyaránt megfigyelhető volt a fentebb ismertetett, lokális célok viszonylag kiegyenlített részvételi arányon alapuló, közös megoldása a beteggel (lásd 17. táblázat). Szignifikáns eltérés az orvosok között azoknak a dialógusoknak a gyakoriságában mutatkozott, amelyekben az asszisztensnő is részt vett. Női orvos beszélgetéseiben jelentősebb volt azoknak a dialógusoknak a száma, amelyekben a beteg nem vett részt, illetve azoknak a dialógusoknak a száma is, amelyekben az orvos nem vett részt.

Kommunikatív szituáció szempontjából fogalmazva, a női orvos jelentősen gyakrabban kommunikált a konzultáció során asszisztensnőjével az adminisztratív feladatok kapcsán (lásd 4.2.1.), „kikapcsolva” a beteget az interakciós folyamatból.

Másrészt ő maga is gyakrabban vonult vissza a kommunikációból, mint a férfi orvos. Szerepe azonban – a betegnek hasonló kommunikatív szituációban jutó szereppel ellentétben – nem nevezhető megfigyelői szerepnek. Az adott téma kidolgozása éppen azért történhetett asszisztensnő és beteg részvételével, mert az orvos recepteket írt alá, leleteket olvasott vagy éppen telefonált, rövid időre felfüggesztve ezzel az interakció direkt irányítását.

4.3. Betegséggel kapcsolatos szubjektív megnyilatkozások kidolgozása a dialógusok mikroszerkezetében

A dolgozatban ismertetett kutatás a beszélgetések mikroszerkezetét alkotó dialógustömbökben, kvantitatív módszerekkel vizsgálta a betegek betegségükkel kapcsolatos szubjektív megnyilatkozásait (1. 1.5.1.).

Célja a szubjektív megnyilatkozások interaktív kidolgozásának leírása volt, a dialógustömbök szerkezete, valamint a résztvevők szerinti összefüggésekben.

4.3.1. Szubjektív megnyilatkozások interaktív kidolgozása a lokális kommunikatív feladatok megoldásakor

Az interakcióban és interakcióval megoldandó kommunikatív feladatok a résztvevők nyelvi cselekvéseinek sorában bontakoznak ki. A kommunikatív feladatok lépésről-lépésre megvalósuló megoldási módja a beszélgetésekre alapvetően jellemző időbeliség és interaktivitás következménye. Minden feladatot időben lineárisan egymás után következő rész-cselekvésekkel lehet megoldani. Ezért egy-egy interaktív feladat közös megoldása lépések meghatározott egymásutániségában realizálódik, és a résztvevők specifikus hozzájárulását igényli (Deppermann, 2001, 75-76). Így a beteg szubjektív megnyilatkozást/megnyilatkozásokat kidolgozó beszédlépése a beteg specifikus hozzájárulásaként értelmezhető a lokálisan felmerülő interakciós feladat megoldásához.

A korpusz beszélgetéseit felépítő dialógusok elemzése azt mutatta, hogy a beteg specifikus beszédlépései az időben hosszabb és legalább öt beszédlépésből felépülő feladat megoldási struktúrákban valósultak meg leggyakrabban (lásd 12. ábra és 18. táblázat). Az ötnél kevesebb beszédlépésben kidolgozott lokális kommunikatív célok esetén legtöbbször nem volt megfigyelhető a beteg fentiek szerinti specifikus hozzájárulása a cél megvalósításához.

Az egy szekvenciapárral, kezdeményező – reagáló szerkezetben megvalósuló feladat megoldási struktúrák reagáló része legtöbbször nem valósított meg a betegre jellemző, specifikus hozzájárulást.

A három részből álló, kezdeményezés – reagálás – visszacsatolás szerkezetű problémamegoldás esetében is legtöbbször elmaradt a beteg specifikus hozzájárulása a téma kidolgozásához.

A kvantitatív eredményekből látszik azonban, hogy a háromfázisú feladat kidolgozási struktúrák esetében, arányaiban már jóval többször mutatható ki a beteg specifikus részvétele a feladat megoldásában, mint a kezdeményezés-reagálás struktúrákban. A két szekvenciapárból álló mintázatoknál az elmaradó specifikus beteg-hozzájárulást gyakoriságban a két szubjektív megnyilatkozás kidolgozása követi. A kvantitatív eredmények azonban arra vonatkozólag nem adnak információt, hogy a két szubjektív megnyilatkozás egy-egy reagáló rész elemeként, esetleg – a szerepviszonyokból fakadó interaktív jogosultságok alapján vélelmezhetően ritkábban – a kezdeményező részekben valósultak-e meg.

A kutatás folytatásaként kvalitatív vizsgálatokkal is kiegészítve lehet bővíteni az eddigi elemzések eredményeit.

4.3.2. Szubjektív megnyilatkozások interaktív kidolgozása és a résztvevők

A betegek által kidolgozott szubjektív megnyilatkozások gyakorisága szignifikánsan eltért a két orvos esetében. Mivel a vizsgált korpusz párbeszédeiben egy női és egy férfi orvos vett részt, a feltárt szignifikáns eltérés a jelen kutatás alapján nem tekinthető az orvosok neméből fakadó különbségnek.

A szakirodalom, korábbi, több női és férfi orvos bevonásával végzett kutatás alapján, a női orvosok empátikusabb kommunikációja mellett érvel (Németh, 1997, 47-48, Cooper-Patrick *et al.*, 2009, Hall *et al.*, 2002, Van den Brink & Muinen *et al.*, 1998, Roter & Holl, 2004). Így várható volt, hogy a vizsgált párbeszédekben a női orvos részvételével megvalósuló dialógusokban több szubjektív megnyilatkozás kerül kidolgozásra.

Az elemzett párbeszédekben azonban a férfi orvos vezette dialógusokban kb. 20%-kal több szubjektív megnyilatkozás fogalmazódott meg, mint a női orvos dialógusaiban (lásd 13. ábra).

A szubjektív megnyilatkozások számának növekedésével (nullától – négy megnyilatkozásig) az aránybeli különbségek egyre csökkennek: legnagyobb a százalékos eltérés a szubjektív megnyilatkozások hiányában, legalacsonyabb – egy százaléknyi – a különbség a négy szubjektív megnyilatkozás dialógusonkénti megvalósulásában.

Ez a tény részben azzal magyarázható, hogy a női orvos vezette beszélgetésekben kb. kétszer annyi dialógus valósult meg asszisztensnő és orvos, valamint asszisztensnő és beteg részvételével, mint a férfi orvos vezette beszélgetésekben. Az asszisztensnő részvétele a dialógusokban pedig a kvantitatív vizsgálat minden paraméterével összefüggésben azt mutatta, hogy jelenléte a kommunikációban negatívan hatott a beteg szubjektív megnyilatkozásainak kidolgozására.

A tendenciára további magyarázat lehet a lokális feladatok megoldásakor, mindkét orvos beszélgetésvezetését leginkább jellemző szekvenciális mintázat, amely 2 illetve 4 beszéd lépésben oldja meg az aktuális kommunikatív feladatot (lásd 4.2.2.).

A kommunikatív feladat megoldása két szekvenciapár egymás utáni kidolgozásával inkább a férfi orvos dialógusait, az egy szekvenciapárból álló mintázat inkább a női orvos dialógusainak feladatmegoldását jellemezte.

A két szekvenciapárból felépülő szerkezeti egységek a beteg gyakoribb specifikus hozzájárulását mutatták egy-egy lokális feladat megoldásában (lásd 4.3.1.). Így a férfi orvos beszélgetésvezetését inkább jellemző négy lépéses lokális feladat megoldási struktúra magyarázat lehet a férfi orvos dialógusaiban kimutatható egy illetve két szubjektív megnyilatkozás gyakoribb előfordulására. Mint ahogy a férfi orvos dialógusaira inkább jellemző öt vagy annál több beszéd lépésben megvalósított kommunikatív célok szekvenciális mintázata is, amely a beteg biztosan megvalósuló, legalább egy specifikus beszéd lépését mutatta.

A betegek neme és a szubjektív megnyilatkozások gyakorisága közötti szignifikáns összefüggés hiánya, két okból is váratlan eredmény volt. Egyrészt a korpusz beszélgetéseiben női beteg részvételével több, mint kétszer annyi dialógustomb valósult meg, mint férfi beteg részvételével (lásd 14. táblázat és 4.2.3.).

Másrészt a kérdőíves felmérés eredményei alapján a női betegek érzelmi reprezentációja valamint a betegség okainak megítélése szignifikánsan eltért a férfi betegek érzelmi reprezentációjától és a betegség okaival kapcsolatos véleményüktől (lásd 4.1.4.).

A gondolatok verbális kifejezése nyelvi szimbólumok segítségével nem egy az egyben megfelelésként realizálódik az interakciókban, hiszen a nyelvi szimbólumok nem tükrözik a gondolatokat, hanem mentálisan újrastrukturálják azokat (vö. Tátrai 2011, 33). A kérdőívekben látható jelentős női érzelmi reprezentáció alapján mégis várható volt az érzelmi reprezentációval (félelem, idegesség, düh) kapcsolatos szubjektív megnyilatkozások jelentősebb számú kidolgozása a női betegek részvételével megvalósuló dialógusokban.

A korpusz beszélgetéseit felépítő 325 dialógustömbből azonban csupán egyetlen dialógustömbben fogalmazta meg egy női beteg gyógyszerével kapcsolatos félelmeit: „mer nem merek egészten mer annyi gyógyszert szedek és akkor nagyon megijedtem ... mer úgy vagyok vele hogy napközben beveszem de mondom este ha olyan rosszul leszek akkor kinek szóljak”.

A betegség okainak interakcionális kidolgozásával kapcsolatos, a kérdőíves felmérés eredményein alapuló várakozás, részben beigazolódott. Női betegek a családi problémák és a túl sok munka szerepét (vö. 4.1.4.) betegségük kialakulásában és meglétében a beszélgetésekben elszórtan ugyan (lásd részletesebben 4.5.), de egy – egy megnyilatkozásban kidolgozták. Előbbit jól példázza egy 67 éves nőbeteg megnyilatkozása, aki magas vérnyomásértékeit összefüggésbe hozta egy, az életében rendszeresen előforduló megterhelő eseménnyel: „akko akko szédülök meg fáj a fejem ha nagyon nagyon fölizgatom magamat amikor eljövök ide /szociális otthonba/ ((mutatja az irányt))”. Utóbbira példa egy 69 éves nőbeteg megnyilatkozása, aki kiugró diasztolés értékeiről panaszkodott orvosának, és keresett magyarázatot a jelenségre: „ha alszom akkor lemegy hatvanhárom hatvanöt de mikor fönn vagyok és tényleg úgy megterhelem magam akkor érzem hogy öö hogy ... öööm olyan nehezen lélegzem akkor ... úgy nem szorít na azt nem mondhatom hanem inkább a azt mondom hogy fáradtan”.

Férfi betegek esetében egyetlen egyszer sem kerültek tematizálásra az említett ok-okozati összefüggések.

Összefoglalva a betegséggel kapcsolatos szubjektív megnyilatkozások interaktív kidolgozottságának jellemzőit a beszélgetések mikrostruktúráiban, elmondható, hogy szekvenciális mintázonként eltérő gyakoriságú szubjektív megnyilatkozás figyelhető meg. A szekvenciális mintázatok eltérése a résztvevők által kidolgozott lokális kommunikatív feladatok különböző megoldási módjaival magyarázható (vö. Deppermann, 2001, 77-78).

Látható volt, hogy az interakciós feladatok legalapvetőbb megoldási módját jelentő két- illetve háromelemű szekvenciákban kevésbé valósul meg a betegek specifikus hozzájárulásaként értelmezhető, szubjektív megnyilatkozást/megnyilatkozásokat tartalmazó beszédlépésük. Az alapszekvenciák összekapcsolódásával létrejövő, szerteágazóbb, sokszor nyitott rendszert alkotó szekvenciális mintázatokban nagyobb gyakorisággal mutatható ki a betegek specifikus hozzájárulása a lokális kommunikatív feladatok és célok megoldásához (vö. Deppermann, 2001, 76, Hámori, 2006, 162, Tolcsvay Nagy, 2006a, 83, Boronkai, 2009, 73, Pléh, 2012, 124).

A nemek tekintetében meglepő eredmény született: a betegek neme nem határozta meg szubjektív megnyilatkozásaik gyakoriságát.

4.4. Dialógusok mezoszintű struktúráinak jellemzői

Az aktuális kommunikatív célok követése során a társalgás szerkezetében nagyobb strukturális egységek, szekvenciák illetve szekvencia-láncok jönnek létre, melyek a beszélgetés mezoszintjét alkotják (lásd 1.6.5.).

A beszélgetések így létrejövő „középméretű építőköveik”-nek (Clark & Argyle, 1997, 586) vizsgálata nem tartozott a dolgozatban ismertetett kutatás elsődleges céljai közé. A mikroszintű struktúrák elemzése azonban elkerülhetetlenné tette a kitékintést a beszélgetés teljes interaktív folyamatában való összekapcsolódásukra.

A mezoszintű struktúrák bemutatása a továbbiakban kvantitatív eredmények felhasználásával, tematikus és szerkezeti szempontok alapján történik, figyelembe véve a dialógusok résztvevőinek nemét is.

4.4.1. Epizódok és altémák

A különböző beszélgetések azonos tematikus egységei, az epizódok (lásd 1.6.6.), a hipertóniás gondozás szakmai protokolljának kommunikatív megvalósításaként értelmezhetőek.

A protokollban megfogalmazott feladatok és célok (lásd 19. táblázat) az orvos-beteg interakció különböző szintjein kerülnek kidolgozásra és lépésről-lépésre valósulnak meg. A beszélgetések mikroszintjén részfeladatokra és alcélokra bontva jelennek meg, és a mikroszerkezeti elemzés során az egyes dialógustömbökben kidolgozott lokális témaként kerültek azonosításra.

Kommunikatív célok szempontjából fogalmazva, a párbeszédnek hat epizódja közül négy epizód különböző alcélokra bontva került kidolgozásra a beszélgetésekben, a közérzet és dekurzus epizódjaihoz ugyanakkor nem voltak hozzárendelhetőek további altémák illetve alcélok (lásd 14. ábra).

A kidolgozott altémák száma ugyanazon epizódon belül az egyes beszélgetésekben eltérő volt, minden esetben az aktuális, adott beszélgetéshez köthető – megfigyeléseink alapján általában beteg – célok határozták meg a kidolgozott altémák számát és mértékét, de a megfigyelés pontos igazolásához további, kvalitatív elemzések szükségesek. A legtöbb, összesen hét altéma, a vérnyomás és medikáció epizódokhoz kapcsolódik. A szakorvosi vizsgálat epizódja öt altémára, a fizikális vizsgálat epizódja két altémára bontható a korpuszt alkotó beszélgetésekben (lásd 15. ábra). A nyelvészeti elemzéssel kimutatható altémák száma a szakmai követelmények megvalósulását mutatja a nyelv szintjén. A hipertóniás betegek kezelésében a megfelelő gyógyszeres terápia kialakítása rendkívül fontos. A gyógyszerek egyénileg legmegfelelőbb megtalálásában a háziorvos nagymértékben támaszkodik egyrészt a betegtől kapott információkra, vérnyomásértékeikkel és az elrendelt gyógyszerek hatásával kapcsolatos megfigyeléseikre, másrészt a szakorvosi vizsgálatok eredményeire és a szakorvosi javaslatokra (vö. Kékes, 1999, 130-132, Kopp & Buda, 2001, 616, Szakmai Protokoll, 2008, 13).

Nem véletlen tehát, hogy a hipertóniás betegekkel folytatott konzultáció során a medikáció, a vérnyomás és a szakorvosi vizsgálat epizódok kidolgozása a legösszetettebb, legtöbb alcélra lebontott kommunikatív feladat.

4.4.2. Epizódok dialógusszövegeinek strukturáltsága és a dialógusok szekvenciális mintázata

Az epizódok szakmai szempontok alapján meghatározott eltérő jelentősége az epizódok szekvenciális szerkezetében is megragadható.

Strukturáltságuk, átlagos idő- és beszédlépés-arányuk a párbeszédben, időarányaik szórása olyan kvantitatív mutatói az epizódokhoz köthető cselekvésmintáknak, amelyekkel a bennük megoldandó kommunikatív feladatok jelentőségére következtethetünk az orvos-hipertóniás beteg konzultációk interakcióiban.

A medikáció, vérnyomás, szakorvosi vizsgálat és közérzet epizódok mélységi mutatóval leírható strukturáltsága a legmagasabb az epizódok közül (lásd 20. táblázat). Strukturáltságuk meghaladja az eddigi kutatások alapján megismert spontán társalgások és tervezett dialógusok szövegének strukturáltságát is (lásd pl. Mkt=1,15, Boronkai, 2009, 77, Mkt=1,72, Mkt=2,12, Boronkai, 2008, 120, 125, Cs. Jónás, 1999, 36), amely magyarázható az epizódok kidolgozásához köthető szakmai kommunikatív célokkal, a célok – spontán társalgásokkal összevetve – tudatosabb és sikerorientáltabb elérésének szándékával (vö. Lalouschek, 2002a, 2002b, Spranz-Fogasy, 2010, Nowak, 2010). Ez az, ami az interakció folyamatában a résztvevőket a témák újabb és újabb dialógusokban történő kidolgozására készíti. Mélységi mutatóik alapján a medikáció, vérnyomás, szakorvosi vizsgálat és közérzet epizódokra a kétfokú dialógusok kidolgozása a legjellemzőbb. Beszédlépésszámaikat összevetve (lásd 16. ábra) látható, hogy a vérnyomás epizódot kidolgozó dialógusok között gyakoribb a nyitott, a medikáció, szakorvosi vizsgálat és közérzet epizódokat alkotó dialógusoknál a zárt dialógus-szerkezet. A kommunikatív feladatok és szekvenciális szerkezet összefüggései alapján (Deppermann, 2001, 75) a vérnyomás epizódját alkotó dialógusokra több, kommunikatív értelemben megoldatlan feladatot mutató szekvenciális mintázat jellemző (vö. Cs. Jónás, 1999). A medikáció, szakorvosi vizsgálat és közérzet epizódok dialógusait viszont inkább a kommunikatív értelemben lezárt, megvalósított célok jellemzik, szekvenciális mintázataik alapján (lásd ehhez még 4.2.2.).

Az epizódok dialógusainak beszélgetésekben elfoglalt átlagos időarányait elemezve az epizódok sorrendje eltérő képet mutat az előzőekben ismertetett, szövegek strukturáltsága alapján megállapított sorrendtől (lásd 21. táblázat). Legfeltűnőbb az eltérés a medikáció és a fizikális vizsgálat epizódok esetében.

A fizikális vizsgálat epizódjával kapcsolatos eredmény könnyen belátható. Az epizódot felépítő dialógustömbök időtartama, mikroszerkezetre jellemző időtartamok (lásd Pléh, 2012, 120) viszonylatában, a vizsgálatához szükséges idő miatt, relatív hosszú. Kommunikatív céljaiból fakadóan ugyanakkor nem igényel sok verbális megnyilvánulást, ezért a hosszabb időtartam az epizódot alkotó dialógusok szövegeinek egyszerűbb strukturájával párosul (lásd ehhez még 4.2.2.).

A dialógusok szövege alapján legstrukturáltabb medikáció epizód párbeszédei átlagos időarányuk hossza alapján a beszélgetésekben csak ötödik helyen állnak (lásd 21. táblázat). Ez a kettősség a párbeszédnek szerkezeti szintjén megragadható magyarázatot szolgáltathat arra, miért olyan gyakori az orvos-beteg kommunikáció zavara éppen a gyógyszerek elrendelése kapcsán (vö. Farsang, 1997, Koller, 2001, Nuesch *et al.*, 2001, Tarn *et al.*, 2006). A medikáció epizódját alkotó dialógusok bonyolultabb szerkezeti felépítése több információ átadásával jár, így nagyobb mentális erőfeszítést igényel a partnerek részéről (vö. Boronkai, 2009, 77), ugyanakkor átlagosan rövidebb időarányal párosul, mint például a szakorvosi vizsgálat vagy közérzet epizód dialógusai esetén.

Az epizódok dialógusainak szekvenciális szerkezetét az orvosi beszélgetésvezetés szempontjából vizsgálva, a dialógustömböket jellemző szekvenciális szerkezethez hasonlóan, egyfajta kettősség jellemzi: a kvantitatív szerkezeti mutatók alapján az epizódok szerkezetében egyrészt tetten érhető a szakmai célokból és rutinból fakadó konvencionális, másrészt az aktuális beszélgetésre egyedileg jellemző célokból adódó szerkezeti sokféleség. A legváltozatosabb szekvenciális szerkezetet – beszédlépés-számaik (lásd 16. ábra) és időarányaik szórását figyelembe véve (lásd 21. táblázat) – a vérnyomás és medikáció epizód dialógusai mutatták. Az epizódok szekvenciális kidolgozottságának nagyfokú variabilitása a két epizód dialógusaival megvalósított kommunikatív feladatok sokféleségét, illetve a kommunikatív célok elérésének nagyon különböző módját jelzi az orvosi beszélgetésvezetésben.

Beszédlépés-számuk és időarányaik szórását tekintve a dekurzus és közérzet epizódok dialógusainak szekvenciális szerkezete volt a legkevésbé variábilis. A dekurzussal kapcsolatos dialógusok esetében a velük megoldandó kommunikatív feladatok jól behatárolható köre eredményezheti a kevésbé változatos strukturális kidolgozásokat.

A közérzet epizód dialógusaival kapcsolatos eredmény megfelel a korábbi kutatások által leírt eredményeknek, melyek alapján a beteg közérzetével kapcsolatos témák kidolgozásakor állandósult szekvenciális mintázat figyelhető meg: leginkább két kérdés-válasz szekvenciapár kidolgozása, tehát kétfokú zárt dialógusok jellemzik a téma megbeszélését.

A közérzet témát kidolgozó dialógusok időtartamának szórásértéke – a betegek egyénileg eltérő számú megnyilatkozást tartalmazó válaszai ellenére – összevetve a többi epizóddal, alacsony. Az eredmény magyarázható az orvosi beszélgetésvezetés témával kapcsolatos konvencionáltságával, amely nem csak a témára szánt beszédlépés-számokban mutatkozik meg, hanem körülbelül hasonló időkeretet is biztosít a beszélgetésekben a téma kidolgozására.

4.4.3. Epizódok és résztvevők

A medikáció epizód teljes párbeszédhez viszonyított idő- és beszédlépés-aránya az orvosok között szignifikáns eltérést mutatott a vizsgált párbeszédekben (lásd 3.4.4.).

A férfi orvos beszélgetéseiben az epizódra szánt idő- és beszédlépés-arány változatosabb volt. Női orvos beszélgetéseiben, időarányban mindösszesen kétféle (lásd 17. ábra), beszédlépés-arányban pedig összesen három féle kidolgozási mód jellemezte az epizódot (lásd 18. ábra).

A cselekvésminta fogalmát felhasználva (Ehlich & Rehbein, 1986, Depermann, 2001, Spranz-Fogasy, 2001, Lalouschek, 2002, és 1.6.4.) megállapítható, hogy a medikációval kapcsolatos interakcióval és interakcióban elvégzendő kommunikatív feladatok megoldására a női orvos cselekvésmintája állandósultabb belső struktúrát mutatott, mint a férfi orvosé.

A cselekvésminták kivitelezése mindig a résztvevők közötti egyezkedés tárgya (Ehlich & Rehbein, 1986, 137 hivatkozva Lalouschek, 2002, 110), így a korpusz beszélgetéseiben megfigyelhető orvosi cselekvésmintákat értelmezhetjük úgy, hogy a női orvos beszélgetésvezetésében kevésbé idomult aktuális beszélgetőpartnere egyéni céljaihoz az epizóddal kapcsolatos kommunikatív feladatok megoldásakor. Férfi orvos beszélgetésvezetését inkább jellemezte a beszélgetőpartnere követte aktuális célok figyelembevétele, ami cselekvésmintájának változatosabb belső struktúrájában is megragadható.

4.5. Betegséggel kapcsolatos szubjektív megnyilatkozások kidolgozása az orvos-hipertóniás beteg konzultáció epizódjaiban

Az epizódok dialógusaira jellemző szubjektív megnyilatkozások gyakorisága összefügg egyrészt a társalgások legtágabban értelmezett kontextusával – orvos és beteg szerepek, szakmai és laikus tudás, betegség objektív és szubjektív megítélése stb. (lásd Lalouschek, 2008, 17-21, Tátrai, 2011, 51, Boronkai, 2009, 60 és 1.7.) – másrészt az epizódokhoz köthető cselekvésminták belső szerkezeti felépítésével. Az interakció kontextusa, és az interakciós feladatokkal és célokkal szorosan összefüggő cselekvésminták belső szerkezete egy dinamikus és bonyolult viszonyrendszert alkotnak. A jelen dolgozat keretein belül az epizódok és az őket jellemző szubjektív megnyilatkozások gyakorisága közötti összefüggések bemutatásakor egy-egy fontosabbnak ítélt szempont ismertetésére van lehetőség. Az összefüggések részletes feltárása, a kutatás folytatásaként, további vizsgálatokat tesz szükségessé.

A szubjektív megnyilatkozások gyakorisága, a társalgások kontextusa és az egyes epizódokhoz köthető cselekvésminták közötti összefüggés legegyszerűbben a *dekurzus* epizódját kidolgozó dialógusokon szemléltethető.

Az epizód dialógusaiban szükségszerűen nulla a beteg szubjektív megnyilatkozásainak száma, mert a vizsgált korpuszban a dialógusok férfi orvos/női orvos és asszisztensnők között zajlottak.

Az epizód dialógusainak célja a rendelőben használt számítógépes szoftver segítségével a beteg kórlefolrásának (Brencsán, 2001, 141) – anamnézis, státusz, diagnózis, terápia, szakorvosi vizsgálatok eredményei, orvosi beavatkozások, kezelés – rögzítése és az adatok kezelése.

A beszélgetéseket felépítő dialógustömbök 13%-a alkotta az epizódot (lásd 15. ábra), de egyik, az epizódot alkotó dialógusba sem próbált meg bekapcsolódni a beteg. Minden esetben megvárta, míg az orvos vagy esetleg az asszisztens, adminisztratív teendők befejeztével, hozzáfordultak és kérdezték, új kommunikatív témát kezdeményezve a beszélgetésben (vö. Spranz-Fogasy, 2010, 105).

A *fizikális vizsgálat*, *szakorvosi vizsgálat* és *medikáció* epizódjait felépítő dialógusokban a szubjektív megnyilatkozások elmaradásának gyakorisága nagymértékben magyarázható az epizódokhoz köthető, mindenekelőtt a szerepviszonyokból fakadó kontextuális tényezőkkel. A tudásbeli különbség, a szerepekből fakadó interaktív jogosultságok (Lalouschek, 2002b, 161, Lalouschek, 2008, 6, Spranz-Fogasy & Lindtner, 2009, 166, Spranz-Fogasy, 2010, 32) befolyásolhatják és megakadályozhatják a beteget laikus elképzeléseinek kidolgozásában az interakció folyamán (lásd 1.3.). Mindhárom epizód olyan kommunikatív feladatok és célok hierarchikus rendszerét alkotja, amelyek megoldása elsősorban a szakember kompetenciájától függ. A szakmaiság meghatározó szerepe a cselekvési lehetőségeket a szakmai előírásoknak megfelelően alakítja, és ez az epizódok interakciós szerkezeti szintjén cselekvésmintáikban realizálódik. Bár időben a *fizikális vizsgálat* epizódjának dialógusai a második leghosszabb szerkezettel bírnak (lásd 21. táblázat), ez mégsem vezet több szubjektív megnyilvánuláshoz az epizódban (lásd 4.4.2.).

A *medikáció* és a *szakorvosi vizsgálat* epizódjai a legstrukturáltabbak az epizódok közül (lásd 20. táblázat), ami a bennük megvalósuló nagymértékű információ cserére utal. Az epizódokban megvalósuló szubjektív megnyilatkozások számát tekintve azonban úgy tűnik, az intenzív információcsere során csak töredékében jelennek meg a betegek szubjektív megnyilatkozásai (lásd 19. ábra).

Az eredmény alátámasztja korábbi kutatások eredményeit, melyek a biomedikális vonatkozású információk túlsúlyát mutatták az orvos-beteg kommunikációban (Lalouschek, 2002a, 2008, Pilling, 2008, Lázár & Túry, 2009, Koerfer *et al.*, 2009).

A strukturáltsággal párosuló rövid időarány (lásd 21. táblázat) sem kedvez kidolgozásuknak, bár mint láttuk, a hosszabb időtartam önmagában nem segíti elő megjelenésüket az interakcióban.

A *medikáció* epizódját jellemző szubjektív megnyilatkozások eloszlása (lásd 19. ábra), jól mutatja az intézményes kontextus befolyását az epizód dialógusaiban kidolgozott szubjektív megnyilatkozásokra. A gyógyszerek ismerete és elrendelése alapvetően az orvosi kompetenciák körébe tartoznak, ezt a tényt a betegek is elfogadják. A megfelelő szakmai kompetencia hiánya ellenére megfigyelhető volt ugyanakkor az egy, kettő illetve három szubjektív megnyilatkozás megvalósulása is az epizód dialógusaiban (vö. Lalouschek, 2008, 11). A vizsgált korpuszban a medikációval kapcsolatos szubjektív véleményüket gyógyszerkérés, gyógyszer-mellékhatás és a medikáció megváltoztatása kapcsán fogalmazták meg a betegek. Mindhárom esetben a gyógyszereszedés során észlelt tüneteiket tematizálták szubjektív megnyilatkozásaikban. Így olyan információkkal járulhattak hozzá a beszélgetéshez, amelyek az ő kizárólagos kompetenciájukat képezik és egyben az orvos hatékony gyógyszeres kezelésre koncentrált terápiai törekvéseit is segítik.

A *közérzet* és *vérnyomás* epizódok a konzultáció olyan epizódjai, amelyekben „intézményesített helye” van a betegséggel kapcsolatos szubjektív megnyilatkozásoknak. A szubjektív megnyilatkozások eloszlásában látszik, hogy az epizódokat felépítő dialógusokra az egy szubjektív megnyilatkozás kidolgozása volt a legjellemzőbb. A két epizód cselekvésmintái nagyon eltérőek: a *vérnyomás* epizód dialógusait a cselekvésminták sokszínűsége, a *közérzet* epizód dialógusait állandósultabb cselekvésminta jellemzi (lásd 4.4.2.).

Így a két epizódnál a legkülönbözőbb cselekvésminták mellett figyelhető meg hasonló eloszlású szubjektív megnyilatkozás gyakoriság (lásd 19. ábra). Úgy tűnik, a szubjektív megnyilatkozások jelenléte nem köthető a cselekvésminták belső struktúráját alkotó állandósult szekvenciális mintázatokhoz.

Az epizódokhoz köthető dialógusok szerkezete az interakcióban lineárisan, de folytonos megszakításokkal épült fel.

Az eredmények alapján látható, hogy az egyes epizódokhoz köthető dialógusokban négy szubjektív megnyilatkozásnál több nem valósult meg, illetve a maximálisan két szubjektív megnyilatkozás kidolgozása volt leggyakrabban kimutatható a dialógusok szekvenciális szerkezetében. Így a beteg hétköznapi gondolkodásának bevitele a kommunikációba „a megszakítások folytán fragmentumokra esik” (Demeter, 2005, 40).

Nagyobb beszélgetés-egységek vizsgálatával is csak töredékesen rekonstruálható a „a beteg története”, betegségével kapcsolatos szubjektív elképzelései (vö. Fiehler, 2005, 120-121, Demeter, 2005, 38-40, Lalouschek, 2008, 28-32, Böker, 2003, Koerfer *et al.*, 2009 és 1.4.1.).

4.6. Összefoglalás

A dolgozat negyedik fejezete, kvantitatív nyelvészeti elemzés eredményei alapján mutatta be az orvos - hipertóniás beteg konzultáció interakcióiban kidolgozott szubjektív betegség-elképzeléseket. A szubjektív betegség-elképzelések interaktív kidolgozását az interakció legkisebb verbális egységének szintjén, a megnyilatkozások szintjén vizsgálta. A megnyilatkozások gyakoriságát az interakció szekvenciális és tematikus szerveződésének összefüggésében mutatta be, a beszélgetések cselekvésstruktúrája valamint résztvevői szempontjából, a társalgások mikro- és mezoszintű struktúráiban.

4.6.1. A társalgások mikroszintjén kidolgozott szubjektív megnyilatkozások

A beszélgetések lokális struktúráját gyors témaváltások jellemezték és a lokális célok 1-8 beszédlépésben történő megvalósítása.

A lokális célok megvalósításakor, a legalább öt beszédlépésben kidolgozott dialógusoknál, biztosan kimutatható volt egy, a beteg speciális hozzájárulását jelentő szubjektív megnyilatkozás.

Látható volt, hogy az interakciós feladatok kidolgozása során legáltalánosabban használt két illetve három beszélőlépésből álló alapszekvenciák leggyakrabban nem tartalmaztak szubjektív megnyilatkozást.

Az alapszekvenciák összekapcsolódásával megvalósuló, szerteágazóbb, sokszor nyitott rendszert alkotó szekvenciális mintázatokban nagyobb gyakorisággal volt kimutatható a betegek specifikus hozzájárulása a lokális kommunikatív feladatok megoldásában. A lokális célok követése során létrehozott nyitott dialógusstruktúrák a résztvevők között kialakuló kommunikatív probléma eredményeként értelmezhetőek.

A beszélgetések lokális tematikus struktúrájában, a témaváltások leggyakoribb eredménye, a szakmaiság követelményeinek megfelelő feladatok kidolgozása volt: medikáció és a dekurzus kitöltése. A „beteg témái”-nak – közérzet, gyógyszerkérés, észlelt gyógyszer mellékhatások – láthatólag kevesebb tér jutott.

A társalgások lokális szerveződését, a két orvos beszélgetéseit összehasonlítva, kettős arculat jellemezte: a fentiekben ismertetett konvencionalizáltsága mellett, szignifikáns eltérések is kimutathatóak voltak a két orvos beszélgetésvezetésében.

Az elemzett korpuszban a női orvost több kommunikatív témaváltás és rövidebb idejű, kevesebb beszélőlépésben megvalósuló témakidolgozás jellemezte. Ez kihatott a női orvos vezette dialógusokban megvalósuló szubjektív megnyilatkozások gyakoriságára: jelen vizsgálat a női orvos vezette dialógusokban kevesebb szubjektív megnyilatkozást talált, mint a férfi orvos vezette dialógusokban.

4.6.2. A társalgások mezoszintjén kidolgozott szubjektív betegség-elképzelések

A hipertóniás beteg – orvos konzultációk hierarchikus szerkezetében 6 epizód volt elkülöníthető, melyek cselekvésstruktúra szempontjából a konzultációra jellemző interakciós séma elemeiként definiálhatóak. A séma elemei többszöri nekifutással, az interakcióban gyakran megszakítva, majd újra folytatva kerültek kidolgozásra és a legkülönbözőbb cselekvésminták jellemezték őket. Az epizódokat szerkezetileg létrehozó dialógusok szövegei eltérő strukturáltságot mutattak, de strukturáltságuk meghaladta a spontán társalgások és a tervezett drámai dialógusok szövegeinek strukturáltságát is, ami a hétköznapi párbeszédeknel és a drámai dialógusoknál intenzívebb információáramlást mutat az orvos-beteg dialógusokban.

Az epizódokhoz köthető cselekvésminták belső struktúrája, szekvenciális mintázatuk is jelentős különbségeket mutatott (beszédlépés-szám, időtartam, időtartam szórásértéke), és a szakmai protokollban rögzített intézményes céloknak megfelelően alakult. Az orvosok beszélgetéseit összehasonlítva, a medikáció epizódja esetében volt kimutatható eltérés az epizódhoz köthető cselekvésmintákban: női orvos epizódhoz köthető cselekvésmintái állandósultabb, kevésbé változatos belső szerkezetet mutattak.

A betegség-elképzeléseket kidolgozó szubjektív megnyilatkozások gyakorisága a társalgások mezoszintű szerkezeteiben nem mutatott összefüggést az epizódokra szánt idővel (lásd például fizikális vizsgálat epizódja), sem a dialógusszövegek strukturáltságával (lásd például medikáció epizódja). Az információcsere intenzitását mutató strukturáltság nem járt együtt több szubjektív megnyilatkozás kidolgozásával, és így közvetve a biomedikális információk túlsúlyára utal az epizódokban.

A beszélgetések epizódjaiban kidolgozott szubjektív megnyilatkozások gyakoriságával kapcsolatban két megállapítás tehető a kutatási eredmények alapján. Az első megállapítás a kidolgozásukat befolyásoló tényezőkkel kapcsolatos, és elsősorban az intézményes kontextus befolyásoló szerepét hangsúlyozza, a szerepviszonyok, a szerepviszonyokból fakadó kompetenciák, az ezekkel szorosan összefüggő interakcionális jogok és kötelezettségek meghatározó szerepét. Azokban az epizódokban, amelyekben „intézményesített helye” van a szubjektív elképzeléseknek (közérzet, vérnyomás), látható volt a legalább egy szubjektív megnyilatkozás kidolgozása a betegek részéről, az epizódokra jellemző legkülönbözőbb cselekvésmintákban és szekvenciális mintázatokkal.

A beszélgetések epizódjaiban kidolgozott szubjektív megnyilatkozások gyakoriságával kapcsolatos másik megállapítás a kutatási eredmények alapján, számszerűségükkel kapcsolatos az epizódok dialógusaiban. Látható volt, hogy négy-nél több szubjektív megnyilatkozás egyik epizódhoz köthető dialógusban sem valósult meg. A szubjektív betegség-elképzelések interakcionális kidolgozottsága a beszélgetésekben tehát redukált formát mutat, amely alapján a párbeszédekben nem beszélhetünk szubjektív betegségteóriák kidolgozásáról.

A kvantitatív eredmények alapján (is) fragmentumok vagy fragmentum részletek voltak kimutathatóak a laikus elképzelésekből a vizsgált orvos – beteg interakciókban. Nem csak a párbeszéd lokális struktúráiban, hanem az átfogóbb, középméretű szerkezeti egységekben is csak töredékesen voltak rekonstruálhatóak a betegek szubjektív betegség-elképzelései.

4.7. Hipotézisek és bizonyítottságuk

A kutatási hipotézisek megfogalmazása két forrásra támaszkodott: egyrészt a hangfelvételek elkészítésekor résztvevői szerepben történt megfigyelésekre, másrészt az orvos-beteg konzultációban megjelenő szubjektív betegségteóriák eddigi kutatási eredményeire, a nullhipotézisek megfogalmazásában a szakirodalomból megismert tényekre támaszkodva.

1. Szubjektív megnyilatkozások kidolgozása szekvenciális mintázatokhoz köthető.

A hipotézis részben beigazolódott. A beszélgetések lokális struktúrájában, a legalább 5 beszédlépésből felépülő szekvenciákban, biztosan kimutatható volt egy szubjektív megnyilatkozás kidolgozása. A beszélgetések középméretű szerkezeti egységeiben a cselekvésminták belső struktúráját alkotó szekvenciális mintázatok és az epizódokban kidolgozott szubjektív megnyilatkozások gyakorisága nem mutatott összefüggést. A vérnyomás és közérzet epizódok példája is azt mutatta, hogy a két epizód nagyon eltérő cselekvésmintái mellett a kidolgozott szubjektív megnyilatkozások gyakorisága hasonló.

2. A strukturáltabb dialógusszövegekben több a szubjektív megnyilatkozás.

A hipotézis nem igazolódott be. A legstrukturáltabb dialógusszövegek a medikáció és a szakorvosi vizsgálat epizódokat jellemezték, ugyanakkor ezekben a dialógusokban legtöbbször nem valósult meg szubjektív megnyilatkozás.

A kevésbé strukturált dialógusszövegekkel megvalósuló közérzet epizód dialógusaiban ugyanakkor legalább egy szubjektív megnyilatkozás mindig megvalósult.

3. Az orvosok eltérő beszélgetésvezetési stílusa cselekvésmintáik alapján jellemezhető.

A hipotézis részben beigazolódott. A lokális témakidolgozáshoz kapcsolódó cselekvésmintákban, és a középmeretű szerkezeti részek cselekvésmintáiban is kimutatható volt az orvosokat egyénileg jellemző különbség.

Az elemzett korpuszban női orvos beszélgetésvezetését a lokális feladatok megoldásakor több témaváltás, időben rövidebb és kevesebb beszédlépéssel megvalósuló témakidolgozás jellemezte.

A vizsgált beszélgetések epizódjaihoz köthető cselekvésminták, a medikáció epizód kommunikatív céljainak megvalósításakor női orvos beszélgetésvezetésében állandósultabb formát mutattak, mint a férfi orvos beszélgetéseiben feltárt cselekvésminták.

Ugyanakkor látható volt az is, hogy mind a lokális célok megoldásában, mind az átfogóbb kommunikatív célok megvalósításakor, mindkét orvos beszélgetésvezetése konvencionalizáltságot mutatott.

A lokális témákra szánt átlagos időarány és beszédlépés-szám, a lokális kommunikatív célok egyfokú, illetve kétfokú zárt dialógusokban történő megvalósítása, és így a lokális célok lezárása utáni továbblépés a következő feladatra, mindkét orvos beszélgetésvezetését közel hasonló mértékben jellemezték. Az epizódok esetében pedig, mivel csak a medikáció epizódját kidolgozó dialógusok esetén volt kimutatható szignifikáns eltérés a két orvos beszélgetésvezetését jellemző cselekvésmintákban, indirekt módon következtethetünk arra, hogy a konzultáció cselekvéssémái is konvencionalizált cselekvésmintákkal valósulnak meg.

4. *Az orvosi beszélgetésvezetés és a szubjektív megnyilatkozások gyakorisága összefügg.*

Jelen kutatás részben, a beszélgetések lokális struktúrájában igazolta a hipotézist. A vizsgálatban résztvevő orvosok szignifikánsan eltérő lokális cselekvésmintái szignifikáns eltéréshez vezettek a kidolgozott szubjektív megnyilatkozások számában.

Női orvos beszélgetésvezetését jellemző cselekvésmintákban kevesebb szubjektív megnyilatkozás kidolgozása volt kimutatható. Beszélgetésvezetésére a lokális kommunikatív célok rövidebb időtartamban, kevesebb beszédlépéssel történő megvalósítása volt jellemző, illetve az adminisztrációval kapcsolatos lokális feladatok kidolgozásakor a női orvost inkább jellemezte a beteg ideiglenes „kirekesztése” a kommunikációból.

5. *Női betegek több szubjektív megnyilatkozást tesznek, mint a férfi betegek.*

A hipotézis nem igazolódott be. A szubjektív megnyilatkozások gyakoriságát kvantitatív módszerrel vizsgáló elemzés a megnyilatkozások gyakoriságában nem talált a betegek neme szerinti szignifikáns különbséget. A megnyilatkozások gyakorisága nem függött a beteg nemétől.

6. *A szubjektív betegség-elképzelések a beszélgetések epizódjaiban rekonstruálhatók válnak.*

A hipotézis nem igazolódott be. A kvantitatív elemzéssel kimutatott, epizódok dialógusaiban maximálisan négy szubjektív megnyilatkozásban kidolgozott betegség-elképzelések, fragmentumoknak vagy fragmentum-részleteknek tekinthetőek.

4.8. A kutatás új eredményei

A kutatás új eredményei a beszélgetések lokális és mezoszintű struktúráival, valamint a dialógusok résztvevőinek nyelvi viselkedésével kapcsolatosak, és a szubjektív betegség-elképzelések interaktív kidolgozottságának mértékét mutatják be, az említett három tényező függvényében.

4.8.1. A beszélgetések lokális struktúrájára, és a lokális szerkezetben kidolgozott szubjektív betegség-elképzelésekre vonatkozó új kutatási eredmények

A kvantitatív nyelvészeti elemzés azonosította a hipertóniás beteg – orvos konzultáció lokális struktúráját alkotó dialógustömböket, tematikus súlypontjait, leírta szekvenciális mintázatukat, dialógustípusaikat és a résztvevők hozzájárulásának mértékét kidolgozásukban.

A szubjektív megnyilatkozások gyakoriságát az így kapott eredmények kontextusában értelmezte. Az eredmények további újdonsága az alábbi pontokban foglalható össze:

1. A lokális kommunikatív célok megoldására létrehozott szekvenciális mintázatokban, a dialógusok majdnem felében, nem mutatható ki az intézményes aszimmetrikus viszony orvos és beteg között. A felek hozzájárulása a lokális feladatok megoldásához 50-50%-os eloszlást mutat a témakidolgozásra szánt beszédlépések arányában.
2. Az így létrehozott szekvenciális mintázatok legtöbbször zárt dialógus szerkezetet alkotnak, amely a cselekvések szintjén a lokális feladatok megoldására, lezárására való törekvést mutatja egy-egy témaváltás előtt.
3. Az alapszekvenciák összekapcsolódásával létrejövő, öt vagy annál több beszédlépésből felépülő dialógus-szerkezetekre, a lokális kommunikatív célok megoldatlanságát jelző, nyitott struktúra a legjellemzőbb.
4. A kvantitatív nyelvészeti elemzés a nyelv szintjén igazolta a szakemberek adminisztrációval kapcsolatos leterheltségét: a kommunikatív témaváltások második leggyakoribb eredménye a betegek adatait kezelő, számítógépes szoftverrel történő adminisztráció volt.

5. A vizsgált korpuszban a lokális struktúrák szekvenciális szerveződése időtartamban és beszédlépés-számban szignifikánsan eltért a két orvos beszélgetésvezetésében.
6. A lokális struktúrák szekvenciális szerveződése összefüggést mutatott a szubjektív megnyilatkozások gyakoriságával. A vizsgálatban résztvevő két orvos esetében ez a kidolgozott szubjektív megnyilatkozások számának szignifikáns különbségében is megmutatkozott.

4.8.2. A beszélgetések mezoszintű struktúráira, és a mezoszintű szerkezeti egységekben kidolgozott szubjektív betegség-elképzelésekre vonatkozó új kutatási eredmények

1. A kvantitatív nyelvészeti elemzés feltárta a hipertóniás beteg – orvos konzultációt jellemző cselekvésséma 6 komponensét, a beszélgetések mezoszintű struktúráival és struktúráiban megvalósuló epizódokat: vérnyomás, medikáció, szakorvosi vizsgálat, fizikális vizsgálat, közérzet és dekurzus kitöltése.
2. Leírta a cselekvéssémák megvalósulásához köthető jellegzetes cselekvésminták belső struktúráját, a szekvenciális mintázatok eltérő voltát.
3. A hierarchikus szerkezet leírásával, és a dialógusszövegek mélységi mutatóinak kiszámításával azonosította a hipertóniás beteg – orvos konzultáció legösszetettebb kommunikatív feladatait: a medikáció és vérnyomás epizódok a legtöbb kommunikatív alcéllal és legstrukturáltabb dialógusszövegekkel megvalósuló epizódok.
4. A kvantitatív nyelvészeti elemzés az epizódok szerkezetének leírásával hozzájárult annak megértéséhez, hogy miért lehet olyan gyakori az orvos – beteg kommunikáció zavara a gyógyszerek elrendelésével kapcsolatban. A medikáció epizódjának dialógusszövegei strukturáltabbak a hétköznapi társalgások, és a tervezett drámai dialógusok szövegeinél, illetve a hipertóniás gondozás további epizódjait jellemző dialógusszövegeknél is. Ez a nagymértékű információcsere ugyanakkor a második legrövidebb időtartammal párosult a konzultáció epizódjainak összehasonlításakor.

5. A medikáció epizód kommunikatív céljaihoz köthető cselekvésmintákban a két orvos között szignifikáns különbség mutatkozott a korpuszban: az epizódhoz köthető kommunikatív célok megvalósítása női orvos esetében állandósultabb cselekvésmintákat mutatott, mint a férfi orvos esetében.

A női orvos beszélgetésvezetését, az elemzett párbeszédekben, az epizóddal kapcsolatos kommunikatív feladatok megoldásakor merevebb struktúra jellemezte.

6. A kvantitatív nyelvészeti elemzés nem talált összefüggést a beszélgetések mezoszintű strukturális egységeinek szekvenciális mintázata és az epizódokban megvalósuló szubjektív megnyilatkozások gyakorisága között.

7. A kvantitatív mikroszerkezeti és mezoszintű nyelvészeti elemzésről összefoglalóan megállapítható, hogy a beszélgetésekkel kapcsolatos, nemek szerinti sztereotip elvárásokat nem igazolta: a betegek neme nem mutatott összefüggést sem a dialógusok szekvenciális rendezettségével (időarány, beszédlépés-szám, részvételi arány a kidolgozásban), sem a bennük kidolgozott szubjektív megnyilatkozások gyakoriságával.

4.9. A kutatás korlátai

A kutatás során alkalmazott módszerek nem tették lehetővé annak leírását, hogy milyen szerepe van a szubjektív megnyilatkozásoknak az interakció személyközi viszonyainak alakításában. A beszédlépésekben sikerült azonosítani a szubjektív megnyilatkozások számát, és a beszédlépések összekapcsolódásából létrejövő mikro- és mezoszintű struktúrákban bemutatni a betegség-elképzelések szerkezeti kidolgozottságának mértékét. A kvantitatív módszer azonban nem adhatott választ arra, mikor és hogyan használja ki a beteg teljesen vagy csak részben beszédlépéseit szubjektív betegség-elképzeléseinek megfogalmazására.

A vizsgálat során alkalmazott módszerek feltárták, hogy az alapszekvenciák összekapcsolódásából felépülő, legalább öt beszédlépből álló dialógusokban minden esetben megvalósult legalább egy szubjektív megnyilatkozás, továbbá azt is, hogy ezekre a dialógusokra nagyobb arányban volt jellemző a kommunikatív értelemben vett lezáratlanságot jelző nyitott struktúra.

Bár a vizsgált korpusz alapján felvetődött a nyitott dialógusszerkezet és a dialógus beszédlépeiben kidolgozott szubjektív megnyilatkozások közötti összefüggés lehetősége, az alkalmazott módszerek nem tudták sem bizonyítani, sem cáfolni a kapcsolatot a dialógusok nyitott struktúrája és a bennük megvalósuló szubjektív megnyilatkozások között. További kutatásokat igényel az összefüggés meglétének vagy éppen hiányának bizonyítása.

A beszélgetések interakciós sémájában és a séma egyes elemeiben, az epizódokban megjelenő betegség-elképzelések fragmentáltságának mértékét mennyiségi szempontból mutatta be az elemzés, egy adott korpusz felhasználásával.

A fragmentálás folyamatának bemutatása nem szerepelt a kutatási célok között, így az alkalmazott módszerek nem tudták megmutatni, hogy az interakció mely pontjain és miként fragmentálódnak a betegek szubjektív elképzelései. A jelen kutatásban leírt fragmentáltságuk interakcionális következményeinek leírása szintén további kutatások tárgyát képezheti. Kvalitatív elemzéssel válhat szisztematikusan kimutathatóvá a nyelv szintjén, hogyan értelmezik a résztvevők a fragmentumokban megvalósuló szubjektív betegség-elképzeléseket, milyen jelentőséget tulajdonítanak ezeknek a beszélgetésekben, illetve, hogy a betegség-elképzelések egyes komponensei eltérő módon fragmentálódnak-e, és eltérő szerep jut-e nekik az interakciókban?

Az elemzett korpusz párbeszédeiben egy női és egy férfi orvos vett részt. A vizsgálat során feltárt, orvosokat jellemző szignifikáns eltérések statisztikailag nem értékelhetőek az orvosok neme szerinti különbségekként.

A megismert tények azonban a kutatás folytatásaként – több (női és férfi) orvos bevonásával a vizsgálatokba – indokoltá tehetik további részletes elemzések elvégzését, hiszen az eredmények eltértek mind az orvosi beszélgetésvezetésben, mind a szubjektív betegség-elképzelést kidolgozó megnyilatkozások gyakoriságában a korábbi kutatások, beszélgetések interakciós szerkezetének átfogó elemzésén alapuló megállapításaitól.

5. Konklúzió

A dolgozatban ismertetett kutatás az orvos – beteg interakciók, intézményes helyszínek, ellátási formák, és betegség-típusok szerint eltérő formái közül egy speciális, ugyanazon betegséggel összefüggő orvosi konzultáció interakcióiban vizsgálta a betegek szubjektív betegség-elképzeléseit. A kutatási eredmények hozzájárulhatnak a házi orvosok kommunikációját, illetve a krónikus betegek kommunikatív nyelvi viselkedését elemző kutatások eddigi eredményeinek bővítéséhez. Alkalmask lehetnek további kontrasztív vizsgálatok elvégzésére. A kontrasztivitás több irányú lehet: az eredmények összehasonlíthatóak lehetnek egyrészt a különböző ellátási formák interakcióira vonatkozó eredményekkel, másrészt krónikus beteg – orvos kommunikációt vizsgáló kutatások eredményeivel, illetve a hipertóniás beteg – orvos konzultációk beszélgetéseinek átfogó szerkezeti elemzésének eredményeivel.

A kutatás eredményei hasznosíthatóak lehetnek továbbá a szubjektív betegség-elképzeléseket vizsgáló kutatások számára is. Az eredmények kiegészíthetik a betegek laikus elképzeléseinek fragmentált interaktív megjelenésével kapcsolatos eddigi kutatási eredményeket. Mivel a fragmentáltság kimutatása a párbeszéd szerkezeti elemzése alapján történt, a kutatási eredmények közvetve segíthetik az orvosi beszélgetésvezetés tudatos alakítását. Elősegíthetik a beszélgetésekben olyan lokális téma-kidolgozási módok alkalmazását, amelyek csökkentik a „beteg hangjának” fragmentálódását.

HIVATKOZÁSOK

- Andreassen, H. & Trondsen, M. (2010). The empowered patient and the sociologist. *Social Theory and Health*. 8(3), 280-287.
- Ayers, S. (Szerk.). (2007). *Cambridge Handbook of Psychology. Health and Medicine*. Cambridge: University Press.
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja: Felnőttkori hypertonia betegség háziorvosi ellátása. 2008. december 31. <http://www.kk.pte.hu/servlet/download?type=file&id=591>
- Bálint, M. (1961). *Az orvos, a betegek és a betegség*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Bär, T. (2009). *Die spontane Gesprächszeit von Patienten zu Beginn des Arztgesprächs in der hausärztlichen Praxis*. Dissertation. Dresden.
- Bartha, A. (2005). Betegség Percepció kérdőív, és ami mögötte van. *Alkalmazott Pszichológia*, VII. évf. 1. szám, 50-73.
- Becker, H. (1984). Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 34, 313-321.
- Bell, J.M., & Wright, L.M. (2011). The Illness Beliefs Model: Creating practice knowledge for families experiencing illness suffering. In Svarvarsdottir, E.K., & Jonsdottir, H. (Eds.). *Family nursing in action*. Reykjavik: University of Iceland Press. 15-51.
- Bilmes, J. (1988). Category and Rule In Conversation Analysis. *Papers in Pragmatics* 2. No. 1/2, 25-59.
- Birkner, K. (2006). Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch. *Gesprächsforschung-Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, Ausgabe 7. <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2006/ga-birkner.pdf>
- Birkner, K., & Burbaum, Ch. (2013). *Suchbewegungen im Therapiegespräch*. Formen der interaktiven Bearbeitung von Kausalattributionen bei körperlichen Beschwerden ohne Organbefund. <http://www.inlist.uni-bayreuth.de/issues/53/index.htm>
- Bischoff, C. & Zenz, H. (1989). *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber
- Boonmongkon, P., & Streefland, P., & Lim Tan, M., (2001). *Anthropology of Health And Health Care. Applied Health Research Manual*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Boronkai, D. (2008). *A dialógus szövegtani jellemzői drámai művek és beszélt nyelvi társalgások alapján*. Doktori Disszertáció. Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Nyelvtudományi Doktori Iskola.
- Boronkai, D. (2009). *Bevezetés a társalgáselemzésbe*. Budapest: Ad Librum.
- Boronkai, D. (2010). *A dialógus szövegtani jellemzői*. Budapest: Schubert Grafikai Stúdió.
- Böker, W. (2003). Arzt-Patient-Beziehung: Der fragmentierte Patient. *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 1-2, 24-27.
- Brencsán, J. & Krúdy, E. (2001). *Orvosi szótár*. Budapest: Medicina
- Brock, A., & Meer, D. (2004). Macht-Hierarchie-Dominanz-A-/Symmetrie: Begriffliche Überlegungen zur kommunikativen Ungleichheit in institutionellen Gesprächen. *Gesprächsforschung-Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, Ausgabe 5. <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2004/ga-brock.pdf>

- Brüner G., & Gülich, E. (Hrsg). (2002). *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*. Bielefelder Schriften zu Linguistik und Literaturwissenschaft 18., Bielefeld: Aisthesis Verlag.
- Buddeberg, C., & Abel, Th. (2004). *Psychosoziale Medizin*. Berlin: Springer DE.
- Burger, W. (2009). Unterschiede in der Gesprächsführung mit Patienten bei chronischen und akuten gesundheitlichen Problemen.
http://www.drk-kliniken-berlin.de/uploads/media/WE_diabeteszentrum_KomChroKra_End.pdf
- Bury, M. (2001). Illness narratives: fact or fiction? In: *Sociology of Health and Illness*, 23 (3), 263-285.
- Büchi S., & Buddeberg, C. (2004). Subjektive Krankheitstheorien und Gesundheitsvorstellungen. In Buddeberg, C. (2004). *Psychosoziale Medizin*. Berlin: Springer Verlag. 411-414.
- Calnan, M. & Williams, S. (1992). "Images of scientific medicine". *Sociology of Health and Illness*. vol. 14, no. 2, 233-254.
- Cameron, D. (2001). *Working with spoken discourses*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Charon, R. (2001). Narrative Medicine: Form, function, ethics. In: *Annals of Internal Medicine*, 134(1), 83-87.
- Clark J.A. & Mishler E.G. (1992). Attending to patients' stories: reframing the clinical task. *Sociology of Health & Illness*. Volume 14, Issue 3, 344-372.
- Clark, D. D., & Argyle, M. (1997). Beszélgetési szekvenciák. In Pléh, CS., & Terestyéni, T. *Nyelv-Kommunikáció-Cselekvés*. Budapest: Osiris Kiadó. 565-602.
- Cole, A.F., & Theodorsson, T. (1995): Health Understanding and its Effect on Health Outcome. *Journal of Family & Community Medicine*. 2(2), 9-13.
- Cooper, A. & Lloyd, G.S. & Weinman, J. & Jackson, G. (1999). Why patients do not attend cardiac rehabilitation: Role of intentions and illness beliefs. *Heart*, 82, 234-236.
- Cooper-Patrick, L. & Gallo, J.J. & Gonzales, J.J. & Hong Thi Vu & Powe, N.R. & Nelson, Ch. & Ford, D.E. (1999). Race, Gender, and Partnership in the Patient-Physician Relationship. *The Journal of the American Medical Association*. 282(6):583-589.
- CS. Jónás, E. (1999). *Az orosz dialógus természetrajza*. Nyíregyháza: Bessenyei Kiadó.
- de Haes, H. (2006). Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: a case for vulnerability. *Patient Education and Counseling*. 62, 291-298.
- Deme, L. (1971). *Mondatszerkezeti sajátágok gyakorisági vizsgálata*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Deme, L. (1983). A szövegség és szövegegység néhány jellemzője. In Rác—Szathmári (szerk.). *Tanulmányok a mai magyar nyelv szövegtana köréből*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó. 31-60.
- Demeter, É. (2003). *A beteg perspektívája. Betegség-narratívumok szociolingvisztikai elemzése*. PhD értekezés. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Nyelvtudományi Doktori Iskola.
- Demeter, É. (2005). A szakmai diskurzus a személyiség tükrében. (Egészségügyi szakemberek kommunikációs mintái pácienseikkel és a kulisszák mögött). Debrecen: *Porta Lingua*.

- Deppermann, A. (2001). *Gespräche analysieren. Eine Einführung*. Qualitative Sozialforschung, Band 3., Opladen: Leske + Budrich.
- Deppermann, A., & Reitemeyer, U., & Schmitt, R. Spranz-Fogasy, T. (2010). *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Studien zur deutschen Sprache. Band 52. Tübingen: Narr Verlag.
- Deppermann, A. (2010). Zur Einführung: 'Verstehen in professionellen Handlungsfeldern' als Gegenstand einer ethnographischen Konversationsanalyse. In Deppermann, A., & Reitemeyer, U., & Schmitt, R. Spranz-Fogasy, T. (2010). *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Studien zur deutschen Sprache. Band 52. Tübingen: Narr Verlag. 7-27.
- Drew, P. & Heritage, J. (1992). *Talk at Work: Interaction in Institutional Settings*. New York: Cambridge University Press
- Dunkelberg, S. (2000). *Kommunikationsprozesse in der Sprechstunde des integriert arbeitenden Hausarztes*. Abschlussbericht. Hamburg. http://www.uke.de/institute/allgemeinmedizin/downloads/institut-allgemeinmedizin/Abschluss_Carus.pdf
- Ehlich, K. & Rehbein, J. (1979). Sprachliche Handlungsmuster. In: Soeffner, H.-G. (Hg.). *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften*. Stuttgart: Metzler, 243-274.
- Ehlich, K. & Rehbein, J. (1986). *Muster und Institution. Untersuchungen zur schulischen Kommunikation*. Tübingen: Narr.
- Elwyn, G. & Edwards, A. & Kinnersley, P. (1999). Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *British Journal of General Practice*. 49(443), 477-82.
- Faller, H. (1989). Subjektive Krankheitstheorien des Herzinfarktes. In Bischoff, C., & Zenz H. (Hg.). (1989). *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Bern: Huber. 49-60.
- Faller, H. (1990). *Subjektive Krankheitstheorie und Krankheitsverarbeitung bei Herzinfarkt-rehabilitanden*. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Lang.
- Faller, H. (1997). Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*. 45, 264-78.
- Farsang, Cs. (1997). A hipertónia optimális egyéni kezelésének elvi kritériumai, a kezelés megválasztását irányító tényezők. *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 2, 25-26.
- Feldmann, K. (2006). *Soziologie kompakt*. Berlin: Springer DE.
- Fiehler, R. (1990). Erleben und Emotionalität als Problem der Arzt-Patienten-Interaktion. In: Ehlich, K., & Koerfer, A., & Redder, A., & Weingarten, R. (Hrsg.). *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*. Opladen: Westdeutscher Verlag. 41-65.
- Fiehler, R. (2005): Erleben und Emotionalität im Arzt-Patienten-Gespräch. In: Neises, M. & Ditz, S. & Spranz-Fogasy, Th. (Hrsg.) (2005). *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde - Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 120-136.
- Figueiras, M., & Marcelino, D.S., & Claudino, A., & Cortes, M. A., & Maroco, J., & Weinman, J. (2010). Patients' illness schemata of hypertension: The role of beliefs for the choice of treatment. *Psychology & Health*. Volume 25, Issue 4, 507-517.
- Flick, U. (1998). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim und München: Juventa.

- Flynn, K.A. *et al.* (2006). A typology of preferences for participation in healthcare decision making. *Social Science and Medicine*. 63, 1158-1169.
- Frank, A. W. (1993) The rhetoric of self-change: Illness experience as narrative. In: *The Sociological Quarterly*, 34 (1): 39-52.
- Frankel, R. (2001). Clinical Care and conversational contingencies. The role of patient's self diagnosis in medical encounters. *Text 21*, (1/2), 83-111.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A Meta-analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology and Health*, Vol. 18, No. 2, 141–184.
- Hale, E. D., & Treharne, G. J., & Kitas, G. D. (2007). The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? *Rheumatology*, 46, 904–906.
- Hall, J. A. & Roter, D. L. (2002): Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling*. 48 [3], 217-24.
- Hambuchné Köhalmi, A. (2009). A linguistic analysis of subjective illness theories in doctor-hypertonic patients interaction. *Orvosi és Gyógyszerészeti Szemle Marosvásárhely*. Vol. 55, 2: 142-144.
- Hambuchné Köhalmi, A. (2010). Subjektive Krankheitstheorien von Hypertonikern im Gespräch mit ihrem Hausarzt. *Publicatioene Universitatis Miskolciensis, Sectio Philosophica, Tomus XV.-Fasciculus 3*. Interdisziplinarität in der Germanistik, Annäherungen in der Literatur-, Sprach- und Kulturwissenschaft: 115 -125.
- Hambuchné Köhalmi, A. (2010). Lay illness theories of hypertonic patients in the family doctor practice. *Acta Medica Marisiensis*. Vol. 56/ Number 6: 600 – 603.
- Hambuchné Köhalmi, A. & Rébék-Nagy, G. & Csongor, A. (2011). Subjective Illness Theories vs. Doctor-Centred Conversation Techniques in Doctor-Patient Interaction. *Acta Medica Marisiensis*. Vol. 57/ Number 3: 202-206.
- Hambuchné Köhalmi, A. (2011). „Akkor most meséljen arról, hogy hogy van...” Orvosközpontú beszélgetésvezetés és/vagy laikus betegség-elképzelések házi orvos-beteg konzultációkban. *Porta Lingua*. 2011. 125-139.
- Hambuchné Köhalmi, A. (2011). Arztczentrierte Gesprächsführung und/oder subjektive Patientenvorstellungen? Eine Fallanalyse zur Arzt-Patienten Interaktion. In: *Interdisziplinäre Annäherungen in der Germanistik*. Universität Miskolc Lehrstuhl für Deutsche Sprach- und Literaturwissenschaft, Miskolc 2011: 183-193.
- Hámori, Á. (2006). A társalgási műfajokról. In *Szöveg és típus*. Tolcsvay Nagy G. (Szerk). Budapest: Tinta Kiadó. 157-181.
- Hart, J. (1998). Expectations of health care: Promoted, managed or shared? *Health Expectations* 1, 1, 3-13.
- Hartog, J. (1993). Laienvorstellungen im genetischen Beratungsgespräch. In: Löning, P. & Rehbein, J. (Hrsg.). *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin, New York. 115-133.
- Henne, H. & Rehbock, H. (1995). *Einführung in die Gesprächsanalyse*. 3. Auflage. Berlin: de Gruyter.
- Heritage, J. (2004). Conversation analysis and institutional talk. In Fitch, K. L., & Sanders, R. E. (ed.). *Handbook of Language and Social Interaction*. Mahwah New Jersey: Psychology Press. 103-147.

- Heritage, J. & Maynard, D. (2006). *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge
- (<http://ibm-spss-statistics.soft32.com/old-version/69/19/>)
- http://igyk.pte.hu/files/tiny_mce/File/szervezeti_egysegek/Boronkai%20D%C3%B3ra_A%20ke_alk_orvos_beteg_komm.pdf
- <http://www.kk.pte.hu/servlet/download?type=file&id=591>
- <http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Arzt-Patient-Interaktion.7487.0.html>
- <http://www.uib.no/ipq/pdf/IPQ-R%20Hungarian.pdf>
- <http://www.uib.no/ipq/pdf/IPQ-Hypertension-New.pdf>
- Iványi, Zs. (2001). A nyelvészeti konverzációelemzés. *Magyar Nyelvőr*, 125. évf., 1., 74-93.
- Kallmeyer, W. & Schütze, F. (1976). Konversationsanalyse. *Studium Linguistik*. 1, 1-28.
- Kallmeyer, W. (2005). Konversationsanalytische Beschreibung. In: Ammon, U.D. & Mattheier, N. & Laus, J. & Trudgill, P. (Hg.). *Sociolinguistics/Soziolinguistik*. Berlin/New York: de Gruyter. 1212-1225.
- Kékes, E. (1999). *Magas vérnyomás a betegek szemszögéből*. Képzett Beteg Könyvek sorozat. Budapest: B+V
- Keszler, B. (1983). Kötetlen beszélgetések mondattani vizsgálata. *Tanulmányok a mai magyar nyelv szövegtana köréből*. In Rácz, E., & Szathmári, I. (Szerk.). Budapest: Tankönyvkiadó. 164-202.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Koerfer, A., & Köhle, K., & Obliers, R., & Sonntag, B., & Thomas, W., & Albus, Ch. (2009). Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung, In Meer, D., & Spiegel, C. (Hg). *Kommunikationstraining im Beruf*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung. 131-175.
- Koller, M. (2001). *Die Medikamenten-Non-Compliance ist nicht gehäuft bei Patienten mit einer therapierefraktären Hypertonie*. Horten-Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer. http://www.evimed.ch/journal_club.php?rubricSeq=010.020&tocExternalID=78
- Kopp, M. & Buda, B. (2001). *Magatartástudományok*. Budapest: Medicina.
- Koschmann, T. & Lebaron, CD. & Goodwin, C. (2005). Formulating objects in the operating room. Presented at *International Institut for Ethnomethodology. Conversationsanalysis. Conference*. August. Bentley College, Boston: MA
- Kránicz, R., & Hambuchné Köhalmi, A. (2011). Analyse der Unterrichtsstunden von Krankenhauslehrern. In: *Interdisziplinäre Annäherungen in der Germanistik. III*. Universität Miskolc Lehrstuhl für Deutsche Sprach- und Literaturwissenschaft, Miskolc 2011. 195-199.
- Kreissl, M. E., & Overlach, F., & Birkner, K., & Türp, J. (2004). Das ärztliche Erstgespräch bei Patientinnen mit chronischen Gesichtsschmerzen. *Der Schmerz* 18, 286-299.

- Kuna Á. & Kaló Zs. (2012). *Az orvos-beteg kommunikáció a családorvosi gyakorlatban. Diskurzusok a szakmai diskurzusról. A tudományok, szakmák nyelvének leírása. Új nézőpontok a magyar nyelv leírásában 4. konferencia.* 2012. november 20–21-én. ELTE Bölcsészettudományi Kar. Budapest
- Lacroix, J. M. (1991). Assessing Illness Schemata in Patient Populations. In Skelton, J. A., Croyle, R. T. *Mental Representation in Health and Illness.* Springer-Verlag, New York, 193-219.
- Lalouschek, J., & Menz, F., & Wodak, R. (1990). „Alltag in der Ambulanz.“ *Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten.* Tübingen: Narr.
- Lalouschek, J. (1993). Psychische Betreuung als kommunikatives Problem. In Löning P., & Rehbein J. *Arzt-Patienten-Kommunikation.* Berlin: De Gruyter. 191-227.
- Lalouschek, J. (2002a). *Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs.* Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. <http://www.verlag-gespraechsforschung.de>
- Lalouschek, J. (2002b). Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In Brünner, G., & Fiehler, R., & Kindt, W. (Hrsg.). *Angewandte Diskursforschung.* Band 1. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. 155-173.
- Lalouschek, J. (2005). Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung am Beispiel der psychosomatischen Anamnese. In Neises, M., & Dietz, S., & Spranz-Fogasy, Th. *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde.* (Hrsg.) Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart.
- Lalouschek, J. (2008). *Ärztliche Gesprächspläne und Anliegen von PatientInnen in der chronischen Schmerzbehandlung.* Work in Progress. Version 08/4. http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/downloads/Arbeitspapier_2007_Patientenanliegen_Lalouschek.pdf
- László, J. (2011). A tudományos narratív pszichológiai tartalomelemzés és a pszichológiai tartalomelemzés hagyományai, *Pszichológia*, 31,(1), 3-15.
- László, K. (2006). Az orvos-beteg kapcsolat szociológiai megközelítése. In Szántó, Zs. & Susánszky, É. (Szerk.). *Orvosi szociológia.* Budapest: Semmelweis kiadó. 117-127.
- Lázár, I., & Túry, F. (2009). Az orvos-beteg kapcsolat. In Kopp M., & Berghammer R. (Szerk.). *Orvosi pszichológia.* Medicina, 2009, 254-275.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D.J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.). *Handbook of psychology and health.* Vol. 4: social psychological aspects of health 219-252
- Leventhal, H. & Benyamini, J. & Brownlee, S. & Diefenbach, M. & Leventhal, E.A: & Patrick-Miller, L. & Robitaille, Ch. (1997). Illness perceptions: Theory and measurement. In: Petrie, I. & Keith, J. & Weinman, J.A. (Ed.). *Perceptions of health and illness: current research and applications.* Amsterdam: Harwood Academic Publishers. 19-47.
- Lipkin, M., & Frankel, R., & Beckman, H., & Charon, R., & Fein, O. (1995). Performing the interview. In Lipkin, M., & Lazare, M., & Putman, S. (Hg.). *The medical interview: Clinical care, teaching and research.* New York: Springer. 65-82.
- Löning, P. (1986). Probleme der Dialogsteuerung in Arzt-Patienten-Gesprächen. In Löning, P. & Sager, S. (Hg.). *Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche.* Ein Hamburger Workshop. Hamburg: Buske. 105-123.

- Löning, P., & Rehbein, J. (1993). *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu einem interdisziplinären Problem*. Berlin: de Gruyter.
- Löning, P. (2001). Gespräche in der Medizin. In Brinker, K. & Antos, G. & Heinemann, W. & Sager, S. (Hrsg.). *Text- und Gesprächslinguistik*. Berlin: de Gruyter. 1576-1588.
- Málovics, É. & Vajda, B. & Kuba, P. (2009). Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos-beteg kommunikációról. In: Hevesi, E. & Majó, Z. & Lukovics, M. (szerk.) *A szolgáltatások világa*. Szeged: JATEPress. 250-264.
- Maynard, D. & Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor-patient interaction, and medical communication. *Medical Education*, 39, 428-35.
- Manber, R., & Chambers, S., & Hitt, S. K., & McGahuey, C., & Delgado, P., & Allen, J. J. B. (2003). Patients's perception of their depressive illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 4, 335-343.
- Marvel, M. K., & Epstein, R. M., & Flowers, K., & Beckman, H. B. (1999). Soliciting the patient's agenda: have we improved? *Journal of the American Medical Association*, 281, 283-287.
- Menz F., & Lalouschek J., & Gstettner A. (2008). *Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept*. Münster: LIT-Verlag. <http://www.lit-verlag.de/isbn/3-8258-1065-8>
- Mondada, L. (2003). Working with video: how surgeons produce video records of their actions. *Visual Studies*. 18, 58-73.
- Moss-Morris, R., & Weinman, J., & Petrie, K.J., & Horne, R., & Cameron, L.D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPG-R). *Psychology and Health*. 17, 1-16.
- Müller, K. (1984). *Rahmenanalyse des Dialogs*. Tübingen: Narr.
- Németh, E. (1997). *Orvosi kommunikáció - szöveggyűjtemény*. Budapest: SOTE Képzéskutató, Oktatástechnológiai és Dokumentációs Központ.
- Neises, M., & Ditz, S., & Spranz-Fogasy, Th. (Hrsg.). (2005). *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Nofsinger, R. E. (1991). *Everyday conversation*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Notdurft, W. & Reitemeier, U. & Schröder, P. (1994). *Beratungsgespräche. Analyse asymmetrischer Dialoge*. Tübingen: Narr
- Nowak, P., & Spranz-Fogasy, Th. (2009). Medizinische Kommunikation - Arzt und Patient im Gespräch. In Bogner, A., & Eichinger, L. M., & Kelletat, A. F., & Krumm, H.-J., & Michel, W., & Wierlacher, A., & Dengel, B. (Hrsg.). *Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache*. 34/2008. München: Iudicium. 80-96.
- Nowak, P. (2010). *Eine Systematik der Arzt-Patient-Interaktion. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten*. Arbeiten zur Sprachanalyse 51. Frankfurt a. M.: Peter Lang Verlag.
- Nowak, P. (2011). 20 Thesen zu Gesundheit, Partizipation und Empowerment im Gespräch zwischen Arzt und Patient. *Balint-Journal*, 12, Stuttgart – New York: Thieme Verlag. 8-14.
www.thieme.de/fz/balint www.thieme-connect.de/ejournals

- Nuesch, R. & Schroeder, K. & Dieterle, Th. & Martina, B. & Battegay, E. (2001). Relation between insufficient response to antihypertensive treatment and poor compliance with treatment: a prospective case-control study. *British Journal of General Practice*. 323,142-146.
- Ommen, O. *et al.* (2008). Trust, social support and patient type – associations between patients perceived trust, supportive communication and patients preferences in regard to paternalism, clarification and participation of severely injured patients. *Patient Education and Counseling*. 73, 196-204.
- Peräkylä, A. (1995). *AIDS Counselling: Institutional Interaction and Clinical Practice*. Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2012). Patients' Perceptions of Their Illness. The Dynamo of Volition in Health Care. *Psychological Science*, Vol. 21, 160-65.
- Pilling, J. (Szerk.) (2008). *Orvosi Kommunikáció*. Budapest: Medicina
- Pléh, Cs. (2002). *A társalgás pszichológiája*. Budapest: Libri
- Reitenmeyer, U., & Schmitt, R., Spranz-Fogasy, Th. (2010). *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. Studien zur Deutschen Sprache 52*. Tübingen: Narr. 7-25.
- Robbins, J. M., & Kirmayer L. J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine* 21(4), 1029-1045.
- Robinson, I. (1990) Personal narratives, social careers and medical course: analysing life trajectories in autobiographies of people with multiple sclerosis. In: *Social Science and Medicine*, 30: 1173-1186.
- Robinson, J. D. (2001). Asymmetry in action: Sequential resources in the negotiation of a prescription request. *Text – Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*. Volume 21, Issue 1-2, 19–54.
- Roter, D. & Lipkin, M. & Korsgaard, A. (1991): Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Medical Care*. 29 [11], 1083-93.
- Rudolf, G. & Henningsen, P. (2005). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik: Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. 5. Auflage. Stuttgart/New York: Thieme
- Sacks, H. (1972). An Initial Investigation of the Usability of Conversational Data for Doing Sociology. In Sudnow, D. (ed.) *Studies in Social Interaction*. New York: Free Press. 31–74.
- Salmon, P. & Hall, GM. (2003). Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine. *Social Science and medicine*. 57(10), 1969-80.
- Sárkányiné Lőrinc, A. & Kránicz, R. & Hambuchné Köhalmi, A. (2012). Dominanciaviszonyok a nyelvi hibajavítások tükrében orvos-beteg párbeszédekben és kórházpedagógusok tanóráin. In: *Porta Lingua* 2012, Debrecen. 70-78.
- Sator, M. (2003). *Zum Umgang mit Relevanzmarkierungen im Ärzt/innen-Patient/innen-Gespräch. Eine konversationsanalytische Fallstudie eines Erstgesprächs auf der onkologischen Ambulanz*. Diplomarbeit. Wien: Geistes- und Kulturwissenschaftliche Fakultät.
- Schank, G. (1981). *Untersuchungen zum Ablauf natürlicher Dialoge*. Heutiges Deutsch I/14. München: Hueber.
- Schegloff, E. (2007). *Sequence organization in interaction. A primer in conversation analysis*. Cambridge: University Press.

- Schmidt, TH. (2011). *EXMARaLDA Partitur-Editor 1.5*. <http://www.exmaralda.org/downloads.html>
- Selting, M., & Auer P., et al. (2009). Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung, Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, Ausgabe 10, 353-402. <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf>
- Silverman, D. (1997). *Discourses of Counselling: HIV Counselling as Social Interaction*. London: Sage
- Spranz-Fogasy, Th. (1988). Medikamente im Gespräch zwischen Arzt und Patient – Gesprächsanalysen für die Praxis. In: *Deutsche Sprache* 16, 3, 240-258.
- Spranz-Fogasy, Th. & Lindtner, H. (2009). Fragen und Verstehen: Wissenskonstitution im Gespräch zwischen Arzt und Patient. In: *Wissen durch Sprache*. Berlin: de Gruyter. 141-170.
- Spranz-Fogasy, Th., & Spiegel, C. (2001). Aufbau und Abfolge von Gesprächsphasen. In Brinker, K., & Antos, G., & Heinemann, W., & Sager, S. F. (Hrsg.). *Text- und Gesprächslinguistik*. Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft. Berlin: de Gruyter. 1241-1252.
- Spranz-Fogasy, Th. (2010). Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann, A., & Reitemeyer, U. & Schmitt, R. & Spranz-Fogasy, Th. (2010). *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Studien zur deutschen Sprache. Band 52. Tübingen: Narr Verlag.
- Szántó, Zs. (2002). A betegségstruktúra megváltozásának hatása az orvoslás laikus megítélésére. In Szántó, Zs. & Susánszky, É. *Orvosi szociológia*. Budapest: Semmelweis Kiadó. 29-32.
- Szántó Zs., & Susánszky É. (2006). *Orvosi szociológia*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Tarn, D. M., & Heritage, J., & Paterniti, D. A., & Hays, R. D., & Kravitz, R. L., & Wenger, N. S. (2006). Physician Communication When Prescribing New Medications. *Archives of Internal Medicine*. 166(17), 1855-1862.
- Tátrai, Sz. (2011). *Bevezetés a pragmatikába - Funkcionális kognitív megközelítés*. Budapest: Tinta Könyvkiadó.
- Ten Have, P. (2001). Lay diagnosis in interaction. *Text & Talk*. Volume 21, Issue 1-2, 251–260.
- Titscher, S. & Wodak, R. & Meyer, M. & Vetter, E. (1998). *Methoden der Textsanalyse. Leitfaden und Überblick*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Tolcsvay Nagy, G. (2001). *A magyar nyelv szövegtana*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Tolcsvay Nagy, G. (2006a). A szövegtipológia megalapozása kognitív nyelvészeti keretben. In Tolcsvay Nagy, G. (szerk.). *Szöveg és típus. Szövegtipológiai tanulmányok*. Budapest: Tinta Kiadó. 64-90.
- Tolcsvay Nagy, G. (2006b). A narratív diskurzusokról pragmatikai nézőpontból. In Tolcsvay Nagy, G. (szerk.). *Szöveg és típus. Szövegtipológiai tanulmányok*. Budapest: Tinta Kiadó. 212-232.
- Van den Brink, M. & Bensing, J. M. & Kerssens, J. J. (1998). Gender and communication style in general practice. Differences between women's health care and regular health care. *Medical Care*. 36 [1], Seite 100-6.
- Verres, R. (1986). *Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen*. Berlin: Springer.

Verres, R. (1989). Zur Kontextabhängigkeit subjektiver Krankheitstheorien. In Bischof, C., & Zenz, H. (1989). *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Bern: Huber

Waller, H. (2007). *Sozialmedizin: Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Wardhaugh, R. (2002). *Szociolingvisztika*. Budapest: Osiris

Weinman, J, Petrie, K, Moss Morris, R & Horne, R (1996) The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*. Vol. 11, 431-445.

Wüstner, K. (2001). Subjektive Krankheitstheorien als Gegenstand der genetischen Beratung am Beispiel des Wiedemann-Beckwith-Syndroms. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 51, 308-319.

TÁBLÁZATOK ÉS ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. táblázat:	Beszélgetések és résztvevők.....	35
2. táblázat:	Beszélgetésekben résztvevő betegek szociodemográfiai adatai.....	36
3. táblázat:	A kérdőívet kitöltő betegek neme és életkora.....	42
4. táblázat:	A kérdőív egyes dimenziói közti rangkorrelációk.....	44
5. táblázat:	Okok szubskála dimenziói faktoranalízissel.....	45
6. táblázat:	Egyfokú zárt dialógustömb, rendelői vérnyomás.....	51
7. táblázat:	Kétfokú zárt dialógustömb, közérzet.....	51
8. táblázat:	Egy beszédlépből álló dialógustömb, fizikális vizsgálat.....	51
9. táblázat:	Egy beszédlépből álló dialógustömb, rendelői vérnyomás.....	52
10. táblázat:	Négyfokú zárt dialógustömb, aktuális medikáció.....	52
11. táblázat:	Dialógustípusok részesevé a korpusz párbeszédeiben.....	53
12. táblázat:	Háromfokú nyitott dialógustömb, otthoni vérnyomás.....	53
13. táblázat:	Négyfokú nyitott dialógustömb, szakorvosi vizsgálat.....	54
14. táblázat:	Korpuszt alkotó beszélgetések dialógustömbjei és résztvevői.....	54
15. táblázat:	Orvosi részvétellel megvalósuló dialógustömbök és beteg részvételi aránya.....	57
16. táblázat:	Részvételi arány a téma-kidolgozásban és a dialógustömbök szerkezetében.....	57
17. táblázat:	Orvosok és beteg részvételi aránya a dialógustömbökben.....	58
18. táblázat:	Szubjektív megnyilatkozások számának összefüggései a dialógustömbök szerkezetével és a résztvevőkkel.....	60
19. táblázat:	Hipertóniás gondozás menete, Eü-i Minisztérium ajánlása házi orvosoknak.....	62
20. táblázat:	Epizódokat megvalósító dialógusok szövegének mélységi mutatói a teljes korpusz alapján.....	65
21. táblázat:	Epizódokat kidolgozó dialógusok átlagos időaránya és szórása a korpuszban.....	66
1. ábra:	A kérdőívet kitöltő betegek iskolázottsága.....	42
2. ábra:	Diagnózis ismertségének megoszlása a mintában.....	43
3. ábra:	Ónállóan megnevezett okok és gyakoriságuk a mintában.....	45
4. ábra:	A „magas vérnyomásom félelemmel tölt el” item és a beteg neme közötti összefüggések.....	46
5. ábra:	„Ideges leszek, felzaklat, ha a betegségemre gondolok” item és a betegek neme közötti összefüggések.....	47
6. ábra:	A családi problémák szerepének megítélése a betegség kialakulásában nemek szerint.....	48
7. ábra:	A túl sok munka szerepének megítélése a betegség kialakulásában nemek szerint.....	48
8. ábra:	Témák előfordulási gyakorisága a teljes korpuszban.....	49
9. ábra:	Dialógustömbök beszédlépés-számainak gyakorisága és eloszlása a korpuszban.....	50
10. ábra:	Dialógustömbök átlagos időtartama.....	55
11. ábra:	Dialógustömbök beszédlépés-száma.....	56
12. ábra:	Dialógustömbök beszédlépés-számának és a szubjektív megnyilatkozások számának összefüggése.....	59
13. ábra:	Dialógustömbökben megvalósuló szubjektív megnyilatkozások száma.....	61
14. ábra:	A hipertóniás gondozás beszélgetéseinek hierarchikus szerkezetében epizódok és altémák.....	63
15. ábra:	Epizódokhoz tartozó dialógustömbök száma a teljes korpuszban.....	64
16. ábra:	Epizódokhoz tartozó dialógustömbök beszédlépés-számainak gyakorisága és eloszlása.....	65
17. ábra:	Medikáció epizódját kidolgozó dialógustömbök átlagos időaránya a párbeszédekben.....	67
18. ábra:	Medikáció epizódját kidolgozó dialógustömbök átlagos BL-aránya.....	68
19. ábra:	Szubjektív betegség-elképzelést tartalmazó megnyilatkozások gyakorisága és eloszlása az epizódokban.....	69

MELLÉKLETEK

1.sz. melléklet: Etikai bizottsági engedély kutatás elvégzéséhez

3378.

A Pécsi Orvostudományi és Egészségtudományi Központ
Regionalis Kutatás-Etikai Bizottsága

Regional Research Ethics Committee of the
Medical Center, Pécs

12, Szigeti str.
H-7643-Pécs, Hungary

Tel: 72-536-251
Fax:72-536-253

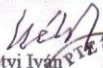
Dr.Hambuchné Kóhalmi Anikó
Főiskolai tanársegéd
Ed.Főiskolai Kar
Szaknyelvi Tanszék
H.


Pécs,2009.02.04
HIV sz.:3378

Tisztelt kolleganő!

A PTE Klinikai Központ Regionalis Kutatás-Etikai Bizottsága f.év Január 30.-i ülésén engedélyezte a „ Szubjektív betegségteóriák és betegségkoncepciók nyelvi megnyilvánulásainak lingvisztikai elemzése hypertoniás betegek és háziorvosok interakcióiban - c. tanulmány protocooll szerinti lefolytatását

Szívélyes üdvözléssel:


Dr.Kétyi Iván
Prof.emeritus
A bizottság elnöke


Dr.Kocsis Béla
egyet.docens
A bizottság titkára



2.sz. melléklet: Betegnyilatkozat hangfelvétel készítéséről

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott,

beleegyezem, hogy háziorvosommal folytatott beszélgetésem hangfelvételen rögzítésre kerüljön és kizárólag a tájékoztatóban ismertetett kutatás céljaira felhasználható legyen.

A tájékoztatót elolvastam és tudomásul vettem.

Pécs, 2009.hó nap

.....

beteg aláírása

NYILATKOZAT

1. A kérdőív tartalmát megértettem és beleegyezem, hogy **a kitöltött adatokat** tudományos munkára felhasználhassák. Hozzájárulok, hogy az így kapott adatokat a személyiségi jogok (név és személyi adatok nélkül) és az orvosi titoktartás szabályainak betartásával tudományos közlemény készítése céljából felhasználják és publikálják.

Pécs, 2009.

.....

beteg aláírása

2. A doktori értekezés elkészítéséhez szükséges **egészségügyi adatok** titoktartási kötelezettsége alól házi orvosomat felmentem.

Pécs, 2009.

.....

beteg aláírása

4. sz. melléklet: Kutatás során alkalmazott kérdőív

Kedves Betegeink!

Az alábbi kérdőív egy vizsgálat része, melynek során szeretnénk megtudni, mi az Önök véleménye a magas vérnyomás betegségről.

Mikor mért vagy mértek Önnél először magas vérnyomás értéket? Karikázza be a megfelelő választ!

kevesebb mint egy éve 1- 4 éve 5-9 éve 10-19 éve több mint 20 éve

Körülbelül mikor? kb. évvel ezelőtt

A következőkben magas vérnyomással kapcsolatos véleményeket olvashat.

Kérjük, jelölje + jellel, mennyire ért egyet az állításokkal.

		egyáltalán nem értek egyet	nem értek egyet	egyet is értek meg nem is	egyetértek	teljesen egyetértek
Er5	A magas vérnyomásom nyugtalanná tesz.					
Ti5	Úgy gondolom, a magas vérnyomásom életem végéig megmarad.					
Er1	Lehangol, ha a magas vérnyomásomra gondolok.					
Cy4	Olyan szakaszokon megyek keresztül, amelyek során betegségem javul és rosszabbodik.					
Cq6	A magas vérnyomásom nehézséget okoz a hozzám közelállóknak.					
Cq5	A magas vérnyomásomnak komoly anyagi következményei vannak.					
Cp5	Módomban áll befolyásolni a betegségemet.					
Cq1	A magas vérnyomásom egy súlyos állapot.					
Cp3	A magas vérnyomásom alakulása tőlem függ.					
Ti2	A magas vérnyomásom inkább tartós, mint időszakos.					
Cy3	A magas vérnyomásom nagyon kiszámíthatatlan.					
Er6	A magas vérnyomásom félelemmel tölt el.					
Er3	A magas vérnyomásom dühössé tesz.					
Cq4	A magas vérnyomásom jelentősen befolyásolja azt, ahogy mások látnak engem.					
Ti6	A magas vérnyomásom idővel javulni fog.					
Cq2	A magas vérnyomásomnak jelentős következményei vannak az életemre nézve.					
Cp2	Amit teszek, hatással van a magas vérnyomásom rosszabbodására vagy javulására.					
Ti3	A magas vérnyomásom hosszú ideig fog tartani.					
Ct4	Kezelésem megfékezheti a magas vérnyomásom.					
Ct2	A kezelés hatásos lesz a magas vérnyomásom gyógyításában.					
Er2	Ideges leszek, felzaklat, ha a betegségemre gondolok.					
Ch5	Teljesen tisztában vagyok az állapotommal.					
Ct3	Kezeléssel megelőzhető a magas vérnyomásom negatív hatásai.					

A következőkben szeretnénk megtudni, Ön szerint mi volt az Ön betegségének kiváltó oka. Az alábbiakban a lehetséges kiváltó okokat olvashatja.

Kérjük, jelölje + jellel, mennyire ért egyet azzal, hogy a felsorolt okok szerepet játszottak az Ön betegségének kialakulásában.

		egyáltalán nem értek egyet	nem értek egyet	egyet is értek meg nem is	egyetértek	teljesen egyetértek
ca1	Stressz, aggodás					
ca 2	Öröklődés – a családban jellemző					
ca 3	Baktérium vagy vírus					
ca 4	Étrend vagy étkezési szokások					
ca 5	Véletlen vagy balszerencse					
ca 6	Korábbi rossz orvosi kezelés					
ca 7	Környezetszennyezés					
ca 8	Saját viselkedésem					
ca 9	Gondolkodásmódom, pl. negatív gondolatok az életről					
ca 10	Családi problémák vagy gondok okozták a betegséget					
ca 11	Túl sok munka					
ca 12	Érzelmi állapotom, pl. lehangoltság, magányosság, nyugtalanság, üresség					
ca 13	Öregedés					
ca 14	Alkohol					
ca 15	Dohányzás					
ca 16	Baleset vagy sérülés					
ca 17	A személyiségem					
ca 18	Megváltozott immunitás					

Kérjük, írja le, melyik az a három ok, ami Ön szerint leginkább felelős a betegségéért. Választhat a fentiek közül, vagy írhat olyan okokat is, amelyek nem szerepelnek a listán.

Betegségem legfontosabb kiváltó okai:

1. _____ 2. _____ 3. _____

**MOST AZT SZERETNÉNK MEGTUDNI, HOGY MILYEN TÜNETEI VANNAK.
KÉRJÜK, KARIKÁZZA BE A MEGFELELŐ VÁLASZT.**

1. Tünet

ie1 Fájdalom	NEM	IGEN
ie2 Torokfájás	NEM	IGEN
ie3 Hányinger/émelygés	NEM	IGEN
ie4 Légszomj	NEM	IGEN

2. Ez a tünet összefüggésben van a magas vérnyomással

ri1 Fájdalom	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
ri2 Torokfájás	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
ri3 Hányinger/émelygés	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
ri4 Légszomj	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI

3. Ez a tünet összefüggésben van a magas vérnyomásomra szedett gyógyszerrel

rm1 Fájdalom	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
rm2 Torokfájás	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
rm3 Hányinger/émelygés	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
rm4 Légszomj	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI

Ezen az oldalon több tünetet soroltunk fel. Kérjük, karikázza be a megfelelő válaszokat.

Tünet	NEM	IGEN
ie5 Fogyás	NEM	IGEN
ie6 Fáradtság	NEM	IGEN
ie7 Merev ízületek	NEM	IGEN
ie8 Szemszárazság (száraz, égő szem)	NEM	IGEN
ie9 Zihálás	NEM	IGEN
ie10 Fejfájás	NEM	IGEN
ie11 Gyomorrontás	NEM	IGEN
ie12 Alvási nehézségek	NEM	IGEN
ie13 Szédülés	NEM	IGEN
ie14 Erőtlenség	NEM	IGEN
ie15 Szexuális érdeklődés csökkenése	NEM	IGEN
ie16 Impotencia	NEM	IGEN
ie17 Kipirulás, melegségérzet	NEM	IGEN
ie18 Szapora szívverés	NEM	IGEN
ie19 Zsibbadás, bizsergés	NEM	IGEN

Kérjük, karikázza be a megfelelő válaszokat.

A magas vérnyomással összefüggésben van ez a tünet			
ri5 Fogyás	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
ri6 Fáradtság	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
ri7 Merev ízületek	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
ri8 Szemszárazság (száraz, égő szem)	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
ri9 Zihálás	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
ri10 Fejfájás	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
ri11 Gyomorrontás	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
ri12 Alvási nehézségek	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
ri13 Szédülés	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
ri14 Erőtlenség	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
ri15 Szexuális érdeklődés csökkenése	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
ri16 Impotencia	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
ri17 Kipirulás, melegségérzet	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
ri18 Szapora szívverés	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
ri19 Zsibbadás, bizsergés	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI

A magas vérnyomáson szedett gyógyszerrel összefüggésben van ez a tünet			
rm5 Fogyás	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
rm6 Fáradtság	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
rm7 Merev ízületek	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
rm8 Szemszárazság (száraz, égő	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
rm9 Zihálás	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
rm10 Fejfájás	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
rm11 Gyomorrontás	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
rm12 Alvási nehézségek	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
rm13 Szédülés	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
rm14 Erőtlenség	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
rm15 Szexuális érdeklődés	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
rm16 Impotencia	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
rm17 Kipirulás, melegségérzet	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
rm18 Szapora szívverés	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI
rm19 Zsibbadás, bizsergés	NEM	IGEN	NEM TUDOM ELDÖNTENI

Az alábbiakban más emberek véleményét olvashatja tüneteikkel kapcsolatban. Jelezze + jellel mennyiben ért egyet a véleményekkel.

		Egyáltalán nem értek egyet	Nem értek egyet	Egyet is értek meg nem is	Egyetértek	Teljesen egyetértek
Cp1	Sok mindent tehetek a tüneteim megfékezése érdekében.					
Cy2	A tüneteim szakaszokban jelentkeznek.					
Cy1	Magas vérnyomásom tünetei nagyban változnak napról napra.					

Kérjük, adja meg az életkorát!

..... év

Kérjük, karikázza be a megfelelő válaszokat!

Nem: nő – férfi

Iskolai végzettség: 8 általános szakmunkásképző szakiskola szakközépiskola
gimnázium főiskolai vagy egyetemi diploma

egyéb: _____

5. sz. melléklet: GAT 2 bázistranszkripció – átírás során használt jelek

?	egység végén emelkedő hangmagasság
(.)	mikroszünet
.h, .hh, .hhh	levegővétel/belégzés, időtartam szerint
(-), (--), (---)	0.25 - 0.75 sec.-től kb. 1 sec.-ig terjedő rövid, közepes, hosszabb szünet
[]	szimultánbeszéd (együttbeszélés)
()	érthetetlen rész
akZENT	primér ill. főhangsúly
=	új beszédlépés vagy egység gyors csatlakoztatása az előzőhöz
<<acc> >	accelerando, gyorsuló tempóban
<<all> >	allegro, gyorsan
↑	feltűnő hangmagasság-változás felfelé
↑'	feltűnő hangmagasságbeli változás a hangsúlyos szótagban felfelé
↓	feltűnő hangmagasság-változás lefelé
((...))	kihagyás a transzkripcióból
((nevet))	paranyelvi és nyelven kívüli tevékenység és esemény
<<p> >	piano, halkan
: , :: , ::: ,	nyújtás, hosszabbítás időtartam szerint
'	hangmagasság változása egység végén, közepesen emelkedő
;	hangmagasság változása egység végén, közepesen eső

A szerző publikációi

Hambuchné, Kőhalmi A. (2008): *A védőnői családlátogatás konverzációjának műfaji sajátosságai.* A nyelvi, szaknyelvi és a szakmai kommunikáció jövője Európában.X. Dunaujvárosi Nemzetközi Alkalmazott Nyelvészeti és Kommunikációs Konferencia. 134 - 138.

Hambuchné, Kőhalmi A. (2009): A linguistic analysis of subjective illness theories in doctor-hypertonic patients interaction. *Orvosi és Gyógyszerészeti Szemle Marosvásárhely.* Vol. 55, 2: 142-144.

Hambuchné, Kőhalmi A. (2010): Szubjektív betegségteóriák nyelvészeti elemzése háziorvos - hipertóniás betegek interakcióiban. *PORTA LINGUA* 2010: 139 – 153.

Hambuchné, Kőhalmi A. (2010): Subjektive Krankheitstheorien von Hypertonikern im Gespräch mit ihrem Hausarzt. *PUBLICATIONES UNIVERSITATIS MISKOLCIENSIS, SECTIO PHILOSOPHICA, TOMUS XV.-FASCICULUS 3.* Interdisziplinarität in der Germanistik, Annäherungen in der Literatur-, Sprach- und Kulturwissenschaft: 115 -125.

Hambuchné, Kőhalmi A. (2010): Lay illness theories of hypertonic patients in the family doctor practice. *ACTA MEDICA MARISIENSIS.* Vol. 56/ Number 6: 600 – 603.

Hambuchné, Kőhalmi A., Rébék-Nagy Gábor, Csongor Alexandra (2011): Subjective Illness Theories vs. Doctor-Centred Conversation Techniques in Doctor-Patient Interaction. *ACTA MEDICA MARISIENSIS.* Vol. 57/ Number 3: 202-206.

Hambuchné, Kőhalmi A. (2011): „*Akkor most meséljen arról, hogy hogy van...*” Orvosközpontú beszélgetésvezetés és/vagy laikus betegség-elképzelések háziorvos-beteg konzultációkban. *PORTA LINGUA*, 2011. 125-139.

Hambuchné, Kőhalmi A. (2011): Arztzentrierte Gesprächsführung und/oder subjektive Patientenvorstellungen? Eine Fallanalyse zur Arzt-Patienten Interaktion. In: Interdisziplinäre Annäherungen in der Germanistik, Universität Miskolc Lehrstuhl für Deutsche Sprach- und Literaturwissenschaft, Miskolc 2011: 183-193.

Kránicz Rita, **Hambuchné, Kőhalmi A.** (2011): Analyse der Unterrichtsstunden von Krankenhauslehrern. In: Interdisziplinäre Annäherungen in der Germanistik, III. Universität Miskolc Lehrstuhl für Deutsche Sprach- und Literaturwissenschaft, Miskolc 2011. 195-199.

Dr. Sárkányiné Lőrinc Anita, Kránicz Rita, **Hambuchné, Kőhalmi A.** (2012): Dominanciaviszonyok a nyelvi hibajavítások tükrében orvos-beteg párbeszédekben és kórházpedagógusok tanóráin. In: *Porta Lingua* 2012, Debrecen. 70-78.

Szántóné Csongor Alexandra, Dr. Rébék-Nagy Gábor, **Hambuchné, Kőhalmi A.** (2012): A tudományos és az ismeretterjesztő stílus összehasonlító elemzése az angol egészségügyi szaknyelvben. In: *Porta Lingua* 2012, Debrecen. 155-160.

Idézhető nemzetközi konferencia absztrakt:

Anikó Hambuch – Rita Kránicz - Anita Lőrincz-Sárkány (2012): Analyse verbaler Experten-Laien Interaktionen in institutionellen Handlungsfeldern des Gesundheitswesens. 16. Arbeitstagung für Gesprächsforschung: Medizinische Kommunikation. IDS Mannheim 2012, 21-22.

Poszter:

Tóth I., Bán I., Füzési Zs., Kesztyüs M., Kékesi Sz., **Hambuch Kőhalmi A.**, Nagy L. (2012): Do we need different approach in teaching medical communication skills for students of different nations? In: International Journal of Behavioral Medicine, Volume 19, September 1, September 2012, Springer, 144-145.

Köszönetnyilvánítás

Mindenekelőtt szeretném kifejezni hálás köszönetemet témavezetőmnek, Dr. Rébék-Nagy Gábor Tanár Úrnak. Az Ő töretlen bizalma nélkül, nagycsaládos édesanyaként soha nem mertem volna belevágni a dolgozat alapját képező kutatásba. Az évek során mindig számíthattam szakmai segítségére. Lelkesedése és motiváltsága átsegítettek a holtponatokon, megerősítettek abban, hogy a nehézségek ellenére is el tudom érni szakmai céljaimat.

Kiemelt köszönet illeti a házi orvosokat, asszisztensnőiket és betegeiket, akik lehetővé tették számomra a kutatás elvégzését. Köszönöm, hogy egy időre részese lehettem körzeteik mindennapjainak.

Szeretnék köszönetet mondani a PTE ETK Egészségtudományi Doktori Iskola vezetőjének, Prof. Dr. Bódis Józsefnek, és a Doktori Iskola Titkárának, Prof. Dr. Sulyok Endrének az interdiszciplináris kutatások támogatásáért, ösztönző biztatásukért. Köszönet a PhD Iroda munkatársainak, professzionalitásukra és emberi támogatásukra PhD tanulmányaim minden szakaszában számíthattam.

Köszönettel tartozom dolgozatom előbírálóinak, Dr. Lampek Kingának, a PTE ETK tanszékvezető főiskolai tanárának, az Egészségfejlesztési és Népegészségtani Tanszék vezetőjének, és Dr. Boronkai Dórának, a PTE IGYK Irodalomtudományi és Nyelvészeti Intézet adjunktusának, akiknek szakmai útmutatása további kutatói pályafutásomra nézve is fontos ismeretekkel gazdagított.

Hálásan köszönöm Prof. Dr. Thomas Spranz-Fogasynek, a mannheimi Institut für Deutsche Sprache munkatársának, hogy meghívásával bepillantást nyerhettem a napjainkban német nyelvterületen folyó beszélgetéselemzési kutatásokba. Köszönöm az intézet további két munkatársának, Dr. Wielfried Schüttenek és Dr. Thomas Schmidtnek, hogy a beszélgetések átírására használatos szoftverekkel megismertettek, és folyamatosan segítettek munkámat.

Külön köszönet illeti Prof. Dr. Jeges Sárát, és Borbásné Dr. Farkas Kornéliát, a PTE ÁOK Bioanalitikai Intézetének adjunktusát, valamint Mátrai Péter doktorandusz hallgatót a kutatási eredmények statisztikai feldolgozásában nyújtott állhatatos segítségükért. Köszönettel tartozom Dr. Tiringer Istvánnak, a PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet adjunktusának, a kérdőíves felmérés eredményeinek értelmezésében nyújtott szakmai segítségéért.

Szeretném kifejezni köszönetemet kolléganőimnek, akikkel PhD tanulmányaimat végeztem. Köszönöm Nagy Tímea kolléganőmnek a dolgozat szerkesztésében nyújtott segítségét.

Köszönöm a nagyszülőknek, férjemnek, Péternek, és gyermekeinknek, Mátyásnak, Tamásnak, Katának és Julcsinak szeretetüket, türelmüket és megértésüket, amivel átsegítettek a nehéz időszakokon.

Végül, de nem utolsó sorban köszönöm a magyarszéki Sarutlan Kármelita Nővéreknek, hogy a munkához szükséges csendet és nyugalmat megtalálhattam náluk. Köszönöm tapintatos és imádságos vendégszeretetüket.

Mphc

7. sz. melléklet

**DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A
DOLGOZAT EREDETISÉGÉRŐL**

Alulírott

név: Hambuchné Kőhalmi Anikó

születési név: Kőhalmi Anikó

anyja neve: Papp Mária

születési hely, idő: Komló, 1968. 10. 19.

„Szubjektív betegség-elképzelések nyelvészeti elemzése hipertóniás beteg – házi orvos konzultációkban” című doktori értekezésemet a mai napon benyújtom a(z)

PTE ETK Egészségtudományi Doktori Iskola

Az egészségtudomány határterületei Programjához/témacsoportjához

Témavezető(k) neve: Dr. hab. Rébék-Nagy Gábor

Egyúttal nyilatkozom, hogy jelen eljárás során benyújtott doktori értekezésemet

- korábban más doktori iskolába (sem hazai, sem külföldi egyetemen) nem nyújtottam be,
- fokozatszerzési eljárásra jelentkezésemet két éven belül nem utasították el,
- az elmúlt két esztendőben nem volt sikertelen doktori eljárásom,
- öt éven belül doktori fokozatom visszavonására nem került sor,
- értekezésem önálló munka, más szellemi alkotását sajátomként nem mutattam be, az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljesek, az értekezés elkészítésénél hamis vagy hamisított adatokat nem használtam.

Dátum: 2014. április 18.

.....
doktorjelölt aláírása