



Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar  
Doktori Iskola vezetője:  
Prof. Dr. Bódis József  
Rektor, az MTA doktora

**Szubjektív betegség-elképzelések nyelvészeti  
elemzése hipertóniás beteg – házi orvos  
konzultációkban**

PhD értekezés tézisei

**Hambuchné Kőhalmi Anikó**

Programvezető:

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, az MTA rendes tagja

Témavezető:

Dr. hab. Rébék-Nagy Gábor egyetemi docens  
Pécsi Tudományegyetem, Orvostudományi Kar  
Egészségügyi Nyelvi és Kommunikációs Intézet, intézetvezető

Pécs

2014

## **1. Bevezetés**

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 elképzeléseinek ismeretére.

Egy adott betegség diagnosztizálása komplex folyamatokat indít el az érintettben. Betegsége megismerése során a beteg képzeteket alakít ki magában betegségével kapcsolatban, és egyfajta tudást épít fel. Ezeket a folyamatokat három síkon, érzelmi és kognitív síkon, illetve a viselkedés síkján lehet megragadni.

Howard Leventhal a 60-as évek végén megkezdett kutatásaival hierarchikusan szerveződő modellt javasolt a betegség észlelésének leírására. Modelljének alapját a betegségrepresentációk vagy szubjektív betegség-elképzelések alkotják. A betegségek mentális reprezentációinak leventhali modellje, a Common-Sense-Model of Illness ezek alapján öt komponenst fogalmaz meg: 1. identitás 2. idői lefolyás 3. okok 4. következmények 5. kontrollálhatóság.

A szubjektív betegség-elképzelések 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.

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.

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.

A dolgozat várható eredménye egyrészt az orvos-hipertóniás beteg párbeszédet 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 gazdagíthatják 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.

## **2. Hipotézisek**

A disszertációban megfogalmazott 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.

### **3. Anyag és módszerek**

Mivel a szubjektív betegség-elképzelések interakcionális megjelenése és felépítettsége a legkülönbözőbb lehet, indokolt volt a konverzációelemzés módszertanára épülő nyelvészeti kutatást kiegészíteni a szubjektív betegség-elképzeléseket kutató tudományterületek olyan vizsgálati módszerével, amely segít a vizsgálat tárgyának pontos körülhatárolásában, a szubjektív megnyilatkozások tartalmi elkülönítésében, illetve releváns információkat szolgáltat a beszélgetések kontextusával kapcsolatban.

#### **3.1. Betegség Percepció Kérdőív**

Így került sor a Betegség Percepció Kérdőív hipertóniára kidolgozott változatának alkalmazására (<http://www.uib.no/ipq/pdf/IPQ-Hypertension-New.pdf>). A magyar nyelvű kérdőív elkészítésénél az ELTE PPK Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszékén készült fordítás itemei kerültek felhasználásra.

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

#### **3.2. Nyelvészeti módszer**

A nyelvészeti elemzés alapjául tizenöt, hangfelvételen rögzített orvos-beteg konzultáció szolgált. A beszélgetések digitális rögzítése a PTE ÁOK Etikai Bizottságának engedélyét követően 2009-ben és 2010-ben történt. A beszélgetések felvétele akkor valósult meg, ha a betegek beleegyező nyilatkozat aláírásával ehhez előzetesen hozzájárultak. A betegek kiválasztásának egyetlen szempontja betegségük volt: magas vérnyomásban szenvedő betegeket kértünk meg arra, hogy kutatás céljából engedélyezzék az orvossal folytatott beszélgetésük rögzítését.

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. A 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.

A hanganyag átírása EXMARaLDA Partitur-Editor 1.5 átíró-szoftver segítségével történt (Schmidt Th., 2011.; <http://www.exmaralda.org/downloads.html>). A párbeszédet felépítő dialógustömbök átírása GAT 2 (Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem, Selting *et al.*, 2009) konvenciók felhasználásával valósult meg.

Az átírt beszélgetésekből kialakított korpusz elemzése kvantitatív módszerek felhasználásával történt, és a *párbeszéd* dialógustömbjeire irányult hármasszemponrendszer, *tartalmi* és *szerkezeti szempontok*, valamint a *résztvevők szempontja* alapján.

A tizenöt beszélgetésben összesen 325 dialógustömb volt elkülöníthető, melyek egy-egy téma köré rendeződtek. A témák kódszámot kaptak és így alkották a nyelvészeti adatbázis alapját.

Minden dialógustömbhöz hozzárendelhető volt a benne megvalósuló szubjektív megnyilatkozások száma, a dialógustömb időtartama, beszédlépés-száma, a teljes párbeszédhez viszonyított idő- és beszédlépés-aránya, a megnyilatkozók neme és részvételi aránya.

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.

## 4. Eredmények

A vizsgált szociodemográfiai faktorok (életkor, végzettség, nem) közül a jelen kutatásban – feltehetően a minta homogenitása miatt (többségében idős, képzetlenebb, több mint 10 éve hipertóniás betegek) – a kérdőíves és a nyelvészeti módszer esetében is, az adatközlők/részrtvevők neme volt releváns.

### 4.1. Hipertónia kérdőív eredményei

A kérdőíves felmérés a kérdőív egyes dimenzióira vonatkoztatott összehasonlításban, egyedül az érzelmi reprezentáció dimenziója esetében mutatott szignifikáns eltérést férfi és női betegek között ( $p=0,005$ ). Női betegek érzelmi reprezentációja magasabb volt.

A dimenziók és egyes itemek között Spearman féle rangkorrelációs módszerrel, a beszélgetések elemzésében is releváns, betegek neme szerinti szignifikáns összefüggés volt kimutatható az érzelmi reprezentáció „Magas vérnyomásom félelemmel tölt el” iteme, valamint az okok szubskála „családi problémák” iteme között. A női betegek több mint fele azonosult a félelemmel kapcsolatos állítással. A férfiak több mint hatvan százaléka elutasította az állításban foglaltakat. A női betegek százalékos arányokat tekintve több mint kétszer annyian neveztek meg a családi problémákat betegségük kialakulásában szerepet játszó tényezőként, mint a férfiak.

### 4.2. Párbeszéddek kvantitatív mikroszerkezeti elemzésének eredményei

A 325 dialógus összesen 23 téma köré rendeződött. A legtöbb dialógustömb az aktuális medikáció témáját dolgozta ki. A dekurzus kitöltése volt a második leggyakoribb téma. Dialógustömbök számában ezután következik az otthoni mérés és vérnyomásértékek megbeszélése, a közérzet és a szakorvosi vizsgálat témája. A 325 dialógustömbből négy rendeződött a „hipertónia következményei” téma köré.

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 párbeszédet.

A dialógustömbök időtartama ( $p=0,022$ ) és beszédlépés-száma ( $p=0,026$ ) szignifikáns különbséget mutatott az orvosok esetében, a betegek nemével ugyanakkor nem mutatott szignifikáns kapcsolatot.

A dialógustömbökben, és így egy adott téma kidolgozásában való orvos-beteg részvételi arány a dialógustömbök többségében, összesen 145 dialógustömbben, 50%-50%. Gyakoriságban ezt követi azoknak a dialógustömböknek a száma, amelyekben nem vesz részt a beteg (58 dialógustömb).

#### ***4.3. Szubjektív megnyilatkozások kvantitatív jellemzése a párbeszéd mikroszerkezetében***

A betegek neme nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a szubjektív megnyilatkozások gyakoriságával.

A szubjektív megnyilatkozások gyakorisága szignifikáns összefüggést mutatott a mikrodialógusok szerkezetével, időtartamával ( $p=0,000$ ) és beszédlépés-számával ( $p=0,000$ ).

Azokban a dialógusokban, amelyek egy, kettő, három vagy négy beszédlépésből épülnek fel, leggyakrabban nem valósult meg szubjektív megnyilatkozás. Azokban a dialógusokban, amelyek legalább öt beszédlépésből épültek fel, az egy vagy két szubjektív megnyilatkozás gyakorisága meghaladta a szubjektív megnyilatkozás hiányának gyakoriságát.

#### **4.4. Párbeszédnek mezoszintű struktúráinak kvantitatív jellemzése**

A témák a beszélgetések hierarchikus szerkezetében a szakmai protokoll ajánlásainak megfelelően nagyobb tematikus egységekké kapcsolódtak össze, összesen 6 epizódot alkotva: medikáció, vérnyomás, szakorvosi vizsgálat, közérzet, dekurzus, fizikális vizsgálat.

Az epizódokat megvalósító dialógusok szövegeinek struktúráltsága mélységi mutatóik alapján jellemezhető. Az epizódokhoz tartozó dialógustömbök szövegének mélységi mutatója alapján a medikáció epizódja volt a legstrukturáltabb, legkevésbé strukturált a fizikális vizsgálat epizódja volt.

A vérnyomás epizódját kidolgozó dialógustömbök időaránya a legmagasabb az epizódok között. Átlagos időarányukat tekintve második helyen a fizikális vizsgálat, harmadik helyen a közérzet epizódját kidolgozó dialógusok állnak. A legalacsonyabb átlagos időtartam a dekurzus epizódját kidolgozó dialógustömböket jellemzi. A legmagasabb szórás érték 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.

Az egyes epizódokhoz tartozó dialógustömbök idő- és beszédlépés-aránya a medikáció epizódját kidolgozó dialógusok esetén, szignifikáns eltérést mutatott az orvosok között ( $p=0,000$ ), a beteg neme szerint nem mutatkozott szignifikáns eltérés.

#### **4.5. Szubjektív megnyilatkozások kvantitatív jellemzése a párbeszédnek mezoszintű struktúráiban**

A vérnyomás és közérzet epizódokra az egy szubjektív megnyilatkozás, a további epizódokra a szubjektív megnyilatkozások hiánya a legjellemzőbb. A szakorvosi vizsgálat epizódját alkotó dialógusokat egyenlő arányban jellemzi a szubjektív megnyilatkozás hiánya és az egy szubjektív megnyilatkozás.



## 5. Összefoglalás

### *5.1.A társalgások mikroszintjén kidolgozott szubjektív megnyilatkozások*

Az elemzett korpusz beszélgetéseinek 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 beszédlépésből 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 konvencionálisága mellett, szignifikáns eltérések is kimutathatóak voltak a két orvos beszélgetésvezetésében.

### **5.2.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.

Az epizódok dialógusszövegei eltérő strukturáltságot mutattak, 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.

A betegség-elképzeléseket kidolgozó szubjektív megnyilatkozások gyakorisága a társalgások mezoszintű szerkezeteiben nem mutatott összefüggést az epizódok szekvenciális szerkezetével és a dialógusszövegek strukturáltságával.

Az elemzések alapján úgy tűnik, hogy az átfogóbb szerkezeti egységek megvalósulásakor az orvos-beteg szerepekből adódó jogok és kötelességek, illetve kompetenciák inkább befolyásolják a betegek szubjektív megnyilatkozásainak kidolgozását, mint az elhangzó megnyilatkozások közvetlen nyelvi környezete, az epizódokra szánt időkeret és beszédlépésszámok.

Négynél több szubjektív megnyilatkozás egyik epizódhoz köthető dialógusban sem valósult meg, ez arra utal, hogy nem csak a párbeszéd lokális struktúráiban, hanem az átfogóbb, közép méretű szerkezeti egységekben is csak töredékesen rekonstruálhatóak a betegek szubjektív betegség-elképzelései.

### **5.3. Hipotézisek és bizonyítottságuk**

#### **1. Szubjektív megnyilatkozások kidolgozása szekvenciális mintázatokhoz köthető.**

A hipotézis részben beigazolódott. A korpusz beszélgetéseinek lokális struktúrájában, a legalább 5 beszédlépből felépülő szekvenciákban, biztosan kimutatható volt egy szubjektív megnyilatkozás. A beszélgetések középmeretű szerkezeti egységeiben a cselekvésminták belső struktúráját alkotó szekvenciális mintázatok és az epizódokban kidolgozott szubjektív megnyilatkozások gyakorisága nem mutatott összefüggést.

#### **2. A strukturáltabb dialógusszövegekben több a szubjektív megnyilatkozás.**

A hipotézis nem igazolódott be. A legstrukturáltabb dialógusszövegekkel kidolgozott dialógusokban legtöbbször nem valósult meg szubjektív megnyilatkozás.

#### **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.

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

Az epizódok esetében csak a medikáció epizódját kidolgozó dialógusok esetén volt kimutatható szignifikáns eltérés a két orvos beszélgetésvezetését jellemző cselekvésmintákban, ez alapján, indirekt módon következtethetünk arra, hogy a konzultáció további cselekvéssémái feltehetően konvencionizált cselekvésmintákkal valósultak 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 a korpusz beszélgetéseiben szignifikáns eltéréshez vezettek a kidolgozott szubjektív megnyilatkozások számában.

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

A hipotézist jelen kutatás nem igazolta. A vizsgált korpuszban a megnyilatkozások gyakorisága nem függött a beteg nemétől.

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

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

## **6. Az új eredmények összefoglalása**

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

1. A lokális kommunikatív célok megoldására létrehozott szekvenciális mintázatokban, a korpusz dialógusainak majdnem felében, nem mutatható ki az intézményes aszimmetrikus viszony orvos és beteg között.

A felek hozzájárulása a lokális feladatok megoldásához 50-50%-os eloszlást mutatott a témakidolgozásra szánt beszélgetések arányában.

2. Az így létrehozott szekvenciális mintázatok legtöbbször zárt dialógus szerkezetet alkottak, 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 beszélgetésszövegből felépülő dialógus-szerkezeteket, leggyakrabban a lokális kommunikatív célok megoldatlanságát jelző, nyitott struktúra jellemezte a korpusz beszélgetéseiben.

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 lokális struktúrák szekvenciális szerveződése összefüggést mutatott a szubjektív megnyilatkozások gyakoriságával.

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

1. Az elemzés feltárta a hipertóniás beteg – orvos konzultációt jellemző cselekvésséma 6 komponensét, epizódjait: 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. Az epizódok szerkezetének leírásával hozzájárult annak megértéséhez, hogy miért lehet olyan gyakori az orvos – beteg kommunikáció zavara a gyógyszerek elrendelésével kapcsolatban.

Az elemzések alapján 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 vizsgált konzultációk epizódjainak összehasonlításakor.

5. A medikáció epizód kommunikatív céljaihoz köthető cselekvésmintákban a két orvos között szignifikáns különbség mutatkozott a korpusz beszélgetéseiben: az epizódhoz köthető kommunikatív célok megvalósítása női orvos esetében állandósultabb cselekvésmintákat mutatott, beszélgetésvezetését az elemzett párbeszédekben, az epizóddal kapcsolatos kommunikatív feladatok megoldásakor, merevebb struktúra jellemezte.

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

A kutatás során elvégzett kvantitatív mikroszerkezeti és mezoszintű nyelvészeti elemzés a beszélgetésekkel kapcsolatos, nemek szerinti sztereotip elvárásokat a jelen korpusz alapján nem tudta igazolni: a betegek neme nem mutatott összefüggést sem a dialógusok szekvenciális rendezettségével (időarány, beszél lépés-szám, részvételi arány a témakidolgozásban), sem a bennük kidolgozott szubjektív megnyilatkozások gyakoriságával.

## **7. Kutatás korlátai**

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.

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

A betegek nemével kapcsolatos megállapítások a beszélgetések résztvevőinek alacsony száma miatt nem tekinthetők reprezentatív jellegűnek. A nyelvészeti elemzéssel feltárt tendenciák, - nemek szerinti szignifikáns különbségek hiánya - eltértek a korábbi vizsgálatok eredményeitől. További kutatások szükségesek annak eldöntésére, hogy hosszú ideje krónikus beteg, idős nőknél és férfiaknál, a betegkarrier hasonló alakulása az egészségügyi ellátórendszerben / intézményi keretben, jelentősebben befolyásolja-e a betegek nyelvi viselkedését a konzultációk során, mint a nemük.

## **8. Konklúzió**

A kutatási eredmények hozzájárulhatnak a házi orvosok kommunikációját, illetve a krónikus betegek kommunikatív nyelvi viselkedését elemző kutatások eddigi eredményeinek bővítéséhez.

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.

## Publikációk

**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 házi orvos - 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...*” Orvosc központú beszélgetésvezetés és/vagy laikus betegség-elképzelések házi orvos-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.

Kráncz 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, Kráncz 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 Kráncz - 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., Füzesi Zs., Keszttyüs 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 szakmai és emberi támogatásáért.

Kiemelt köszönet illeti a házi orvosokat, asszisztensnőket 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 Iskolának az interdiszciplináris kutatások támogatásáért.

Köszönettel tartozom dolgozatom előbírálóinak, Dr. Lampek Kingának és Dr. Boronkai Dóranak, akiknek szakmai útmutatásai további kutatói pályafutásomra nézve is fontos ismeretekkel gazdagítottak.

Külön köszönet illeti Prof. Dr. Jeges Sárát, és Borbásné Dr. Farkas Kornéliát, valamint Mátrai Péter doktorandusz hallgatót a kutatási eredmények statisztikai feldolgozásában nyújtott segítségükért. Köszönettel tartozom Dr. Tiringer Istvánnak a kérdőíves felmérés eredményeinek értelmezésében nyújtott szakmai segítségéért.

Köszönöm a PTE ÁOK Egészségügyi és Nyelvi Kommunikációs Intézet minden munkatársának, hogy segítettek munkámat. Kolléganőimnek, Csongor Alexandrának, Dr. Fogarasy-Nuber Katalinnak, Dr. Koppán Ágnesnek, Kránicz Ritának és Lőrincz Anitának ezúton is szeretném megköszönni emberi és szakmai támogatásukat. Köszönöm Nagy Tímea kolléganőmnek a dolgozat szerkesztésében nyújtott segítségét.