

Hambuch Anikó¹ – Halász Renáta¹ – Kráncz Rita¹ – Fogarasi Katalin²

¹Pécsi Tudományegyetem
Általános Orvostudományi Kar
Egészségügyi Nyelvi és Kommunikációs Intézet
²Semmelweis Egyetem
Szaknyelvi Intézet

Az orvosi kétnyelvűség terminológiai és funkcionális nyelvészeti összehasonlító vizsgálata háziorvosi konzultációkban

<https://doi.org/10.48040/PL.2020.35>

A betegek törvényben rögzített joga, hogy megfelelő tájékoztatást kapjanak orvosuktól betegségükről, és a szükséges terápiáról. Az orvos és beteg közötti információközvetítés sikerességét lényegesen befolyásolja, hogy az orvos miként tud váltani a kétféle nyelvhasználat, a professzionális orvosi szaknyelv és a laikus nyelv között. Jelen tanulmány egy pilot-kutatást mutat be, amelynek során két korpusz összehasonlító elemzésével vizsgáltuk az orvosi kód- vagy nyelvváltást, egyrészt terminológiai szempontból, másrészt funkcionális nyelvészeti beszélgetéselemzéssel. Az egyik korpuszt 10, két vidéki háziorvosi praxisban rögzített, és FOLKER 1.2. programmal átírt beszélgetés transzkriptói alkotják. A másik korpusz azoknak a betegeknek a leleteit és zárójelentéseit tartalmazza, akik a beszélgetésekben részt vettek és a konzultációra magukkal hozták a szakrendelésen vagy a klinikán kapott orvosi dokumentációjukat. A nyelvészeti beszélgetéselemzés az orvosi kódváltáshoz köthető kommunikatív feladatokat, illetve funkciókat vizsgálta, valamint a kódváltás interaktív megvalósulását. A terminológiai elemzés WordSmith konkordancia programmal történt és a szaknyelvi terminusok megjelenését vizsgálta a hétköznapi nyelvhasználatban: hogyan kerülnek körülírásra a hétköznapi nyelvben nem létező szaknyelvi terminusok a beszélgetések során, illetve azt, hogy miként ágyazódnak be szakfrázisok a köznyelvi szakkifejezésekbe. Az összehasonlító elemzés eredményei hozzájárulhatnak a nem megfelelő kódváltáshoz köthető kommunikációs zavarok feloldásához, az orvosi nyelvhasználat tudatosabbá tételéhez.

Kulcsszavak: betegtájékoztatás, laikus nyelvhasználat, nyelvészeti beszélgetéselemzés, orvosi kétnyelvűség, szaknyelvi terminológia

Bevezetés

Az orvosok kétnyelvű nyelvhasználók (Bigi, 2016), a görög-latin terminológia használata mellett fontos, hogy a szakmai tartalmakat a beteg nyelven is közvetíteni tudják. Az orvos-beteg közötti információcsere hatékonyságához elengedhetetlen, hogy az orvos képes legyen váltani a

szakemberek egymást közt használatos szaknyelvről a beteggel való kommunikációhoz szükséges laikus nyelvre.

Jelen tanulmány célja az orvosi kód- és nyelvváltás vizsgálata háziorvosi körzetben rögzített konzultációkban. Az elemzés arra fókuszált, hogy a betegek külső intézményekből, klinikákról kapott leleteit, zárójelentéseit hogyan magyarázza el a háziorvos a rendelés keretében a betegnek. Két korpusz vizsgálatát végeztük el: egyrészt a betegek által magukkal hozott írásbeli dokumentációt vizsgáltuk, másrészt az orvos-beteg beszélgetéseket elemeztük. A kontrasztív elemzés ezeket a leleteket, illetve a dialógusokat egyrészt a terminológia szemszögéből vizsgálta, másrészt az orvos-beteg párbeszédnek transzkripcióit vette górcső alá a beszélgetéselemzés funkcionális-pragmatikai irányát követve.

E tanulmányban a vizsgálati eredmények bemutatása mellett elsősorban a beteg tájékoztatás szükségességének jogi nézőpontjára kívánjuk felhívni a figyelmet, rámutatva arra, milyen fontos szerepe van az orvos-beteg konzultációkban a tudás közvetítésének és a betegek korrekt tájékoztatásának.

A beteg tájékoztatás büntető- és polgárjogi háttere

A betegek tájékoztatásának szükségességét nem szoktuk megkérdőjelezni, egyre inkább magától értetődőnek tartjuk, hogy az orvos részletesen elmondja a betegnek a betegségét, kezelését érintő információkat. Az viszont talán nem széles körben ismert, hogy a beteg tájékoztatás jogilag szabályozott követelmény is egyben. A jogi gondolkodásban, a büntetőjog alapján, az orvosi tevékenység a testi sértés kategóriájába tartozik. A jogellenesség kizárásának feltétele a beteg beleegyezése, annak hiányában azonban a testi sértés megvalósul (Jobbágyi, 2013: 17). A beteg beleegyezése a közvetlen életveszély elhárításának esetét kivéve, minden orvosi tevékenységhez elengedhetetlen, e nélkül „*az orvos tevékenysége jogszerűtlenné válik*” (Görgényi et al., 2014: 238).

Az 1997-es egészségügyi törvény kiemeli, hogy az orvosi tevékenység során a felek között *polgári jogi szerződés* van (Jobbágyi, 2013: 18). A szerződés azáltal jön létre, hogy a beteg a tájékoztatás után beleegyezik a beavatkozásba, kezelésbe. „*A beleegyezés történhet szóban, írásban vagy ún. ráutaló magatartással*” (Jobbágyi, 2013: 19). A beleegyezést minden esetben tájékoztatás előzi meg annak érdekében, hogy megfelelő tájékoztatáson alapuló döntést hozhasson az egészséggel kapcsolatos kérdésekben (1997. évi CLIV. tv. 5.§ (32)).

A 3. § (1) bekezdés alapján a beteg jogosult a számára *egyéni* formában megadott teljes körű tájékoztatásra:

- „a) egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
 - b) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
 - c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
 - d) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
 - e) döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
 - f) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
 - g) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
 - h) a további ellátásokról, valamint
 - i) a javasolt életmódról.
- A tájékoztatás ezen kívül a beteg teljes körű bevonását is magában foglalja:

„(3) A betegnek joga van a tájékoztatás során és azt követően további kérdésre.
 (4) A betegnek joga van megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait.”

A tájékoztatásnak a beteg számára érthető módon és nyelvi eszközökkel kell történnie:

„(8) A betegnek joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jelnyelvi tolmácsot biztosítsanak.”

Az orvos- és szakorvosképzés során a görög-latin terminusok használatához szocializálódott szakembernek tehát minden esetben kódváltást kell alkalmaznia a beteggel folytatott kommunikáció során, valamint e kódrendszert a laikus beszélő iskolázottságához, ismereteihez és lelkiállapotához is illesztenie kell. A beteg vizsgálatáról és a végrehajtott kezeléssel dokumentációt kell készítenie, amely a szakmai diskurzusban elvárt egyértelmű kommunikáció érdekében görög-latin terminusok használatát kívánja meg. A dokumentáció ugyanis elsősorban a beteg további kezelését végző kolléga számára szolgál információkkal, kivéve az epikrízis részt, amely a beteg számára nyújt tájékoztatást az elvégzett beavatkozásokról és a további teendőkről (Fogarasi, 2018).

A háziorvos helyzete e tekintetben az orvosi diskurzuson belül is speciális. Tartósan végzi a betegek kezelését, akikkel az orvos-beteg kapcsolat legbizalmasabb formáját tudja kialakítani. Ugyanakkor sok esetben kórházba vagy szakorvosi vizsgálatokra utalja be betegeit, és az azok során megállapított kórisme alapján végzi el a (többnyire gyógyszeres) kezelést. Mivel a gyógyszerek beadásához is szükség van a beteg tájékoztatáson alapuló beleegyezésére, ilyen esetekben a háziorvos más orvosok kórisméjének magyarázatát végzi, valamint más orvosok által előírányzott

kezelést indít el és felügyel. A háziorvosi szerepkör tehát az alábbi készségeket kívánja meg az orvostól:

- orvosi dokumentáció megértése (helyes dekódolása),
- orvosi dokumentációban szereplő diagnózis és javasolt beavatkozás vagy kezelés közlése a beteggel releváns kódváltással,
- az előzményekről, a beteg állapotáról és az általa elindított kezelésekről orvosi dokumentáció készítése, a beteg akár több helyről beérkezett leleteinek szintézise és ezzel kapcsolatos állásfoglalás. Az utóbbihoz újabb kódváltás szükséges az orvosi diskurzus irányába.

A háziorvosi tevékenység a klinikai orvoslással ellentétben tehát magában foglalja mindazokat a terminológiai, kódváltási és kommunikációs készségeket, amelyek szükségessége a diagnózisokkal kapcsolatban fennáll az orvosi tevékenység gyakorlatában.

A diagnózis és a diagnózis magyarázatának jelentősége

Mivel az orvosképzés során nincs külön gyakorlati képzés arra vonatkozóan, hogy a kódváltási folyamat milyen módon zajlik – különösen a diagnózisok közlésekor -, a kódváltás gyakorlatának vizsgálatához jelen tanulmány az összes készséget felölelő háziorvosi diagnózisközlést vette alapul. A vizsgálat célja a diagnózisközléssel és így a kódváltással kapcsolatos terminológiai, kommunikációs és pragmatikai folyamatok elemzése.

Anyag

A tanulmányban ismertetett kutatás vizsgálati anyaga, a PTE ÁOK Etikai Bizottságának engedélyét követően, két vidéki háziorvosi körzet napi rutinja során került kialakításra és két alkorpuszból áll: az egyik alkorpusz 10 hanganyagon rögzített orvos-beteg konzultáció átírt változatát tartalmazza, a másik alkorpuszt azok a klinikai, szakorvosi leletek, zárójelentések alkotják, melyeket a betegek az orvosi konzultációra magukkal hoztak.

Az orvosi dokumentációt tartalmazó alkorpusz jellemzői

A 10 vizsgált háziorvosi konzultációra a betegek összesen 15 orvosi dokumentumot hoztak magukkal, melyek az általános betegellátás keretén belül az ambuláns szakellátásból, vagy gyógyintézeti kezelés során keletkeztek. A fekvőbeteg szakellátásból 2 zárójelentés, a járóbeteg-szakellátáshoz kapcsolódóan 6 ambuláns lap és 7 lelet tartozik a korpuszhoz. A zárójelentés az illetékes minisztérium egy 2019-es közleményének

fogalommagyarázata alapján (Emberi Erőforrások Minisztériuma közleménye, 2019:130) olyan dokumentum, amely többek között a következőket tartalmazza:

„...a felvétel indokát és módját, a szignifikáns észleléseket, az elvégzett vagy tervezett vizsgálatokat és azok eredményeit, a diagnózisokat, az alkalmazott eljárásokat, kezeléseket, gyógyszeres terápiát, (...) az elbocsátás utáni gyógyszerelési javaslatokat és egyéb instrukciókat, a tervezett kontrollvizsgálatokat és időpontjukat, sürgős ellátást indokoló tüneteket.”

A járóbeteg-ellátáshoz kapcsolódik az ambuláns lap, amely

„...tartalmazza a felvétel okát, a leleteket, a végrehajtott eljárásokat, a rendelt kezeléseket, a beteg távozáskori állapotát, és bármilyen, a betegnek vagy hozzátartozóinak adott speciális utasítást (pl. követés, gyógyszerelés).” (EMMI közlemény, 2019:178)

A betegek által bemutatott iratok elnevezése ebben a korpuszban szövegtípus szerint egységes (1. Ambuláns lap, 2. Klinikai zárójelentés). A leleteknél lelhető fel némi eltérés a megnevezésben (Lelet / Ambuláns lelet / Radiológiai lelet).

Az ambuláns lapok esetében az iratok egyazon egyetem klinikai központjához tartozó szakintézményekből, klinikákról származnak. Szerkezeti szempontból mégis valamelyest eltérő képet mutatnak a különböző klinikák dokumentumai. Alább következzen néhány példa a különböző szerkezeti tagolásokra (1. táblázat):

1. táblázat. Különböző klinikákról származó „Ambuláns lap” elnevezésű dokumentumok szerkezetének összehasonlítása

Ambuláns lap 1	Ambuláns lap 2	Ambuláns lap 3
Beteg adatai, naplósám, esetszám, stb.	Beteg adatai, naplósám, esetszám, vizsgálat ideje, stb.	Beteg adatai, naplósám, esetszám, stb.
Diagnózis	Diagnózis.	Diagnózis
Beavatkozások	Beavatkozások	Beavatkozások
Epikrízis	Anamnézis	Anamnézis
Beavatkozást rögzítő, jóváhagyó adatai	Jelen státusz	Jelen státusz
	Epikrízis	
Dátum, aláírás	Javaslat	Javaslat
	Felírt gyógyszer	
	Dátum, aláírás	Dátum, aláírás

Összességében elmondható, hogy minden intézménynek saját dokumentumrendszere van. Az ugyanazon funkciójú, de más helyről származó orvosi dokumentumok szerkezete nem teljesen egységes. A

dokumentumok felépítésére vonatkozóan a helyi intézményi tradíciók az irányadóak, melyeket a jogszabályoknak megfelelően az egészségügyi dokumentáció vezetési rendjére vonatkozó helyi szabályozások határoznak meg.

„A beteg áthelyezésével, tovább utalásával, elbocsátásával kapcsolatban készülő összefoglaló (zárójelentés) tartalmi, formai és kezelési követelményeit a fekvőbeteg szolgáltató szervezet a vonatkozó jogszabályi előírások figyelembevételével a helyi szabályozásában határozza meg.” (EMMI közlemény, 2019:129)

Az orvosi dokumentumok nem csak az orvosok számára rögzítenek fontos információkat. (Halász – Fogarasi, 2018). Az ambuláns lapok, kórlapok, zárójelentések a betegek számára is tartalmazzak konkrét javaslatokat, utasításokat, mint pl. további vizsgálatok időpontjait, állapotváltozás esetén szükséges teendőket, stb. A betegeknek szánt tudnivalókat általában az epikrízis rész tartalmazza. Egy példa:

„Epikrízis

A jobb ACI stenosisat stenttel fedtünk, tágitást végeztünk, melyet követően reziduális szűkület nem látszott. A beteg a beavatkozást morbiditás nélkül viselte. Obszervációja során hemodinamikailag stabil volt. A punctio hely reakciómentes, jelentős vérzésre utaló hematoma vagy occlusio elbocsátáskor nem észlelhető. További legalább 6 héten át javasolt kettős aggregáció gátló (clopidogrel és aspirin) szedése. A clopidogrel-t a későbbiekben se hagyja el. Kontroll vizsgálatra július 2-án 10:15-kor jelentkezzen Dr. ... -nél, ... Klinika 1. emelet ... Osztályon. A beteget a mai napon jó általános állapotban otthonába bocsátjuk.”

A példából is látható, hogy a kifejezetten betegnek szánt instrukciók általában nincsenek kiemelve, nem különülnek el a többi folyó szövegtől, a túlnyomó részben az orvossal szemben szánt információk közé ékelődnek, vagy azok után következnek külön jelzés nélkül. Ez a gyakorlat valószínűleg megnehezíti a betegek eligazodását az orvosi dokumentumok szövegeiben. Érdemes lenne megvizsgálni a betegközpontúbb szövegtagolás lehetőségeit a fent említett dokumentum-szabályozásokban és e felé elmozdulni a jövőben.

A dialógusból álló alkorpusz jellemzői

A rögzített háziorvosi konzultációkban egy férfi és egy női orvos, továbbá négy nő és hat férfibeteg vett részt. A női betegek életkora 58 és 71 év között, a férfi betegek életkora 64 és 82 év között mozgott. A betegek többsége alacsony iskolai végzettségű volt. A párbeszéd átírása FOLKER 1.2. átíró szoftver segítségével történt. A közel kétórnyi hanganyag 6898 tokent tartalmazó írásos változata egyrészt a nyelvészeti beszélgetéselemzés, másrészt a konkordancia-analízis alapját képezte.

Módszer

Terminológiai megközelítés

A terminológiai elemzés a szakkifejezések szintjén vizsgálta a kódváltást. Mivel a diagnózisok elsősorban a szakma képviselői által használt terminusokra épülnek, ezek laikus nyelvre való átültetésének lehetőségeit térképezte fel a manuális terminológiai elemzés. A klinikai gyakorlatban a görög-latin szakkifejezések mellett egyre inkább elterjedt a társadalombiztosítás általi elszámoláshoz használt BNO-kódrendszerhez tartozó diagnóziskategóriák diagnózisként való feltüntetése, amelyek vagy a görög-latin terminológiát, vagy pedig magyar megfelelőket is tartalmaznak. Mivel azonban statisztikai kategóriákat képviselnek, többségükben nem teszik lehetővé egyénre szabott, egyértelmű kórisme megfogalmazását (Fogarasi, 2018). A terminológiai vizsgálat tehát elsősorban arra irányult, terminológiai szempontból mennyire volt informatív és/ vagy értelmezhető a klinikai leleten szereplő kórisme a háziorvos vagy a saját leletét elolvasó beteg számára.

Ezen kívül az orvos-beteg párbeszédnek transzkripcióinak elemzése történt a professzionális nyelv laikus nyelvre történő kódváltásának terminológiai szempontú vizsgálata céljából, szintén elsősorban manuális módszerrel. Emellett a transzkripciók a WordSmith 7.0 konkordancia szoftverrel is elemzésre kerültek. A konkordanciavizsgálat célja szaknyelvi frazémák (Kühtz, 2007 és Gréciano, 2006) kimutatása volt, amelyek funkciója az orvos-beteg párbeszédben a diagnózisközlés szerkezeti egységének bevezetése és egyes lépéseinek kijelölése.

Funkcionális nyelvészeti megközelítés

A párbeszéd átalakítása írott szöveggé a kutatás során FOLKER 1.2. átíró szoftver (Schmidt-Schütte, 2011) segítségével történt, amely kvantitatív vizsgálatok elvégzésére is alkalmas adatokat szolgáltat a beszélgetésekről. A jelen tanulmányban bemutatott terminológiai és funkcionális nyelvészeti összehasonlító elemzés azonban a dialógusok kvalitatív elemzését állította középpontba, és a kutatás további folytatásaként tervezi a szoftver kínálta számszerű adatok felhasználását is. A jelen tanulmányban alkalmazott kvalitatív nyelvészeti beszélgetéselemzés olyan korábbi kutatási tradíciókhoz (Boronkai, 2010; Heritage-Maynard, 2006; Peters, 2015; Spranz-Fogassy, 2005) kapcsolódott, amelyek az orvos-beteg párbeszéd interakcióban és az interakcióval megvalósított kommunikatív feladatait és céljait, a dialógusok szekvenciális szerkezetének, és szekvenciális mintázatainak leírásával és

tipizálásával vizsgálják (Deppermann, 2001; Koerfer – Albus, 2015; Menz, 2015; Spranz – Fogasy – Becker, 2015). A szekvenciális mintázat elemzése nem csak a struktúra megismerését jelenti, hanem alkalmas a társalgás résztvevői közötti aszimmetriák (tudás, hatalom, érintettség), továbbá a szerepekhez kötött interaktív jogosultságok és kötelezettségek leírására is (Hambuch, 2013, vö. Hámori, 2006; Deppermann, 2010; Iványi, 2001). Ezért az orvosi kódváltás elemzése a kódváltáshoz köthető: a) kommunikatív feladatokat és funkciókat, valamint b) a kódváltás interaktív megvalósulását vizsgálta a párbeszédnek szerkezetében.

Eredmények

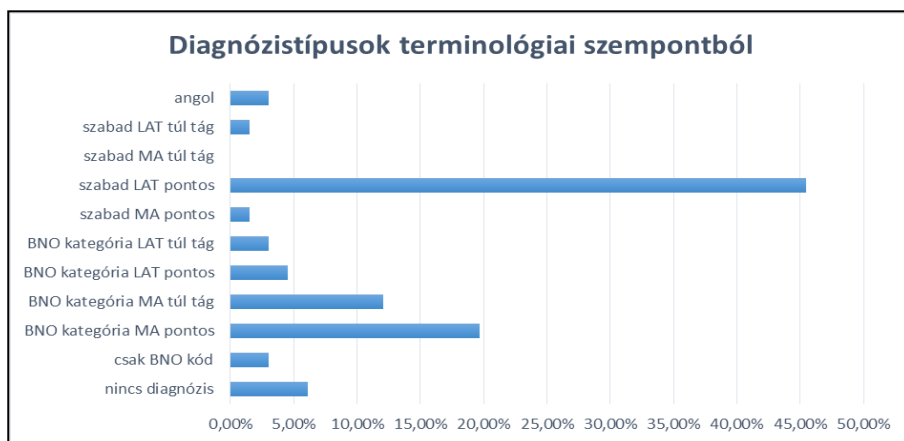
A terminológiai vizsgálat eredményei

A 15 klinikai dokumentum összesen 62 kórismét tartalmazott, amelyek terminológiai szempontból több különböző kategóriát képviseltek (1. ábra).

A BNO-kódok használata a kórismék nagy százalékát érintette, 3%-ban csak a kódot rögzítették szöveges diagnózis-megjelölés nélkül. Ezekben az esetekben a háziorvosnak is utána kell néznie, hogy milyen kórismét takar a klinikus által megadott kód. A kórismék terminológiai szempontok alapján 4 csoportba voltak sorolhatók:

- eredetüket tekintve: orvos által fogalmazott (szabad) vagy BNO-ból átvett (BNO);
- nyelvezetüket tekintve: görög-latin (LAT) vagy magyar (MA);
- egyértelműségüket (pontos vagy túl tág) tekintve – terminológiai szempontból túl tág kórismék elsősorban a BNO klasszifikációra voltak jellemzők, mivel pl. a „*kmn*“ = *külön megnevezés nélkül* vagy az „*egyéb*“ jelzővel látták el őket. Mivel a BNO statisztikai célokra készült, feladata nem egyéni kórismék megfogalmazása, hanem minél több egyedi eset egy kategóriába foglalása, pl. „*szívbetegség, kmn*”, vagy „*a tüdő diagnosztikus képalkotó vizsgálatával talált kóros leletek*”;
- a kórismék statisztikai vizsgálata alapján megállapítható, hogy a legtöbb egyértelmű kórismét a görög-latin terminológia segítségével írták le, pl. *St. p. pneumoniam l.u.* = kétoldali tüdőgyulladás utáni állapot.

1. ábra. A klinikai leletekben szereplő kórismék típusai terminológiai szempontból



Összesen az esetek 29 %-ában nem volt egyértelmű a klinikusok által megadott diagnózis, tehát az orvosnak is át kellett tanulmányoznia a leletet a pontos állásfoglalás megértéséhez. Ezekben az esetekben kiemelten szükséges volt a beteg számára a kórisme részletes ismertetése.

A transzkripciók terminológiai vizsgálata során csupán 8 esetben volt tetten érhető viszonylag eredményes kódváltás (pl. diabetes helyett cukorbetegség, az Arteria carotis helyett pedig nyaki verőér), 4 esetben azonban a magyar nyelvű terminust nem a kórisme, hanem egyéb, a leletekben előforduló kifejezések, elsősorban számosított laborértékek vagy képalkotó leletek terminusainak magyarázatakor használták (pl. magas fehérvérsejtszám gennyként értelmezése a vizeletben, vagy intrapulmonális góc helyett „foltok”). 3 esetben nem volt sikeres a kódváltás, ilyenkor hiper- vagy hiperonimát alkalmazott az orvos, ami főként egy betegség helyett tünet megnevezését (polyneuropathia helyett zsibbadás) vagy – magyar kifejezés hiányában – a görög-latin terminus használatát jelentette (pl. ciszta).

A konkordancia-elemzés az alábbi szógyakoriságokat fedte fel: a transzkripciókat a kötőszavak és a határozószók tömeges használata jellemezte. A *hogyan* volt a leggyakoribb kifejezés 411 előfordulással, amely az orvosi dokumentációban szinte minden esetben első helyen szereplő (Halász-Fogarasi, 2018), jelenleg 366-szoros említésű *nem* szót is megelőzte. Az *és* és az *akkor* szavak szintén kicsivel 300 alkalom feletti említése után az első igealak a *van*, amely már csak 163 alkalommal fordult elő. Az első helyen szereplő, alanyra utaló kifejezés az *én* névmás 84 említéssel.

Nem voltak azonban kimutathatók olyan szaknyelvi frazémák, amelyek – ahogy az írásbeli kommunikációra jellemző (Halász – Fogarasi, 2018) –, amelyek a diagnózisközlés szerkezeti egységét, valamint annak lépéseit bevezették volna. A mondat szerkesztés és a szóhasználat igen kollokvialis

volt. Noha két külön orvos dialógusait vizsgáltuk, egységesen az alábbi jelenségek voltak megfigyelhetők:

- Amikor az orvos a klinikai vizsgálatok eredményét magyarázza, a *lát** szótó valamilyen alakját használja: Pl. „nem láttak vagy láttak valamit”. Azt a folyamatot, mely során ő maga értelmezi a leletet, szintén ezt az igét használja, mégpedig az alábbi módon kirajzolódó minta szerint: „úgy látom, hogy”.
- A leginkább releváns szófaj, a lelet vagy az állapot vagy kezelés magyarázatára, indoklására utalt, nem ige, hanem meglepő módon minden esetben kötőszó volt: elsősorban a *tehát* és az *azért*. A *tehát* esetében nagyon szépen kirajzolódott az alábbi minta a dialógusok alapján: „....van, tehát hogy a ...”
- beteg reakciója az „értem” szóban mutatkozik meg, amit rendszerint legalább egyszer megismétel: „értem, értem”.

2. ábra. Az értem szó mintázata a betegek megnyilatkozásaiban

L1	Centre	R1
ÉRTEM	ÉRTEM	ÉRTEM

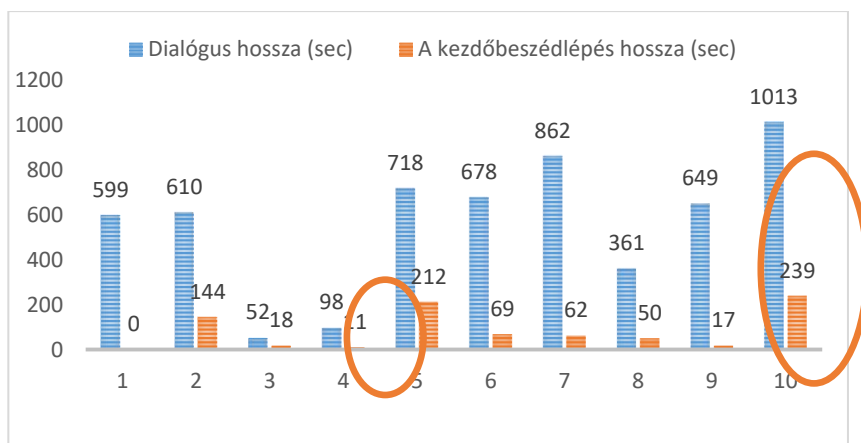
- A normál értékeket a legtöbb esetben az orvos „szépnek”, esetenként „normálisnak” minősíti. A szép szó kollokvialis, ugyanakkor egy laborérték esztétikai kategóriába emelése eufemisztikus hatást gyakorol.
- Rendkívül gyakori a feltételes mondatok használata a „ha” kötőszóval. Ebben szintén kirajzolódnak a minták, pl. „.....ha nem, akkor ”. Sok az okhatározói mellékmondat is, amelyek szinte egyforma gyakorisággal vezetnek be az orvos és a beteg indoklását is, rengeteg az indoklás, mind az orvos, mind a beteg részéről érvelés folyik: „mert”.

A nyelvészeti beszélgetéselemzés eredményei

A nyelvészeti elemzés első lépéseként megvizsgáltuk a orvosi kódváltáshoz köthető kommunikatív funkciókat az egyes szekvenciákban. Az orvos elsősorban akkor vált a laikus nyelvre, ha magyaráz a betegnek. Magyarázat elsősorban a terápiával kapcsolatban történik; a 24 esetből 10 alkalommal, azaz 42%-os előfordulással, míg a diagnózissal kapcsolatban a 24 esetből 3 alkalommal, azaz 17%-os előfordulással. A diagnózis közlése mindössze egy alkalommal volt összefüggésbe hozható a kódváltással.

Következő lépésként az egyes beszélgetések hosszát hasonlítottuk össze a kódváltást tartalmazó szekvenciák hosszával. Az első beszélgetésben nem volt kódváltást tartalmazó szekvencia, a 9 további beszélgetést változó arányszámok jellemzik, a legkisebb arányszám a 9. beszélgetést jellemezte, itt a beszélgetés teljes időtartamához képest mintegy 2,6%-ra tehető a kódváltást tartalmazó szekvencia időtartamának aránya a párbeszéd teljes hosszához képest, míg a legmagasabb arányszám a 3. beszélgetésben fordult elő, itt 35 % volt ez az arány.

3. ábra. A kódváltást tartalmazó szekvenciák hossza a dialógusok hosszához viszonyítva



Az elemzés az időarányok megállapítása után azt vizsgálta, hogy a kódváltást tartalmazó szekvenciát ki kezdeményezte – a beteg, az orvos, illetve az asszisztensnő -, és az iniciáló beszédlépés milyen nyelvi cselekvéshez köthető (1. táblázat). A kódváltást tartalmazó szekvenciák kezdő beszédlépéseit 55%-ban az orvos, 36%-ban a beteg kezdeményezte. Amennyiben azonban összevetjük ezeket az arányszámokat a nyelvi cselekvések egyes típusaival, akkor a beteg úgy a közlés, mint a kérdés kategóriájában ugyanolyan arányban kezdeményezett, mint az orvos. Az asszisztensnő kérdéssel kezdeményezett, az orvos kezdeményező beszédlépése jellemzően megállapítás volt, a közlés és a kérdés mellett.

2. táblázat. A kódváltást tartalmazó szekvenciák kezdő beszédlépései

	Orvos	Beteg	Asszisztens
<i>Közlés</i>	6	6	0
<i>Kérdés</i>	4	4	2
<i>Megállapítás</i>	5	0	0
<i>Összesen</i>	15	10	2

Példák a korpuszból

1. példa. Beavatkozás magyarázata

Epikrízis: „A jobb ACI stenosisat **stenttel** fedtük”

{02:59} **038 O1** amivel ott ott egyetértett főleg a baj a másik oldalon is van úgyhogy és akkor látom [július másodikán kell visszamenni (.) jó] értee mindent az egészet tehát értette hogy mi [történt meg hogy történt meghogy] mér szedi ezt a gyógy ezeket a gyógyszereket nem de az a lényeg hogy ő hogy amiket hát itt mer ugye itt assziszem hogy ő ezt itt ((érthetetlen)) ((maga elé motyog)) stabil volt ja stenttel stentet [stentet is tettek be] **azt tudja mi az a stent**[az egy ilyen kis]

{03:06} **039 B7** [(.) igen]

{03:13} **040 B7** [igen]

{03:30} **041 B7** [igen azt igen]

{03:33} **042 B7** [**hát valamilyen hálószerűség**]

{03:37} **043 B7** ühüm ((halkan)) **igen**]

{03:37} **044 O1** ilyen kis csőszerű valami amit belepréselnek az érfalba és az] tartja nyitva aa az eret

{03:42} **045 B7** ühüm igen

Az első példában azt láthatjuk, hogy a háziorvos, hogyan magyarázza el betegének a beavatkozást Először is megkérdezi betegétől, értette-e, hogy mi történt (038-as beszédlépés). A beszélgetés során többször előfordul (amint azt a transzkripció szerinti kapcsos zárójel is jelzi), hogy a beteg az orvos beszédlépésében válaszol a kérdésre. A beteg elmondja korábbi ismeretét a stenttel kapcsolatban, a 042-es beszédlépésben, „valamilyen hálószerűség”, szintén az orvos beszédlépésben válaszolva.

A beteg válaszát az orvos pontosítja a 044-es beszédlépésben, egyértelművé téve a beavatkozás célját; „csőszerű valami amit belepréselnek az érfalba és az]tartja nyitva aa az eret”. Amint a zárójel és a 043-as beszédlépés időfaktora mutatja, az orvos és a beteg újra együtt beszélnek.

A szekvencia a beteg önálló beszédlépésével zárul, melyben megerősíti a hallottakat, ezzel egyúttal biztosítva háziorvosát arról, hogy megértette a hallottakat.

2. példa. Gyógyszeres terápia magyarázata

Epikrízis: „További legalább hat héten át javasolt kettős aggregáció gátló (clopidrogel és aspirin) szedése.”

{03:44} **046** O1 és ő amíg erre a sztentre rá öö húzódik a normális érbelhártya addig a stent ö öö be keletkezhet vérrög(.) na most ezek a gyógyszerek azt hivatottak megelőzni a vérrögeképződést]

{03:55} **047** A1 ((háttérben pecsétel)) igen

{03:57} **048** B7 ühöm (.) ühüm] **ezt nem mondták nekem**

{04:01} **049** O1 jó hát nem **sokszor nem mondanak semmit**[tehát hogy ööm és azért kell duplán szedni mert egyértelműen a aa a tudományos bizonyítékok egyértelműen amellet szólnak hogy az első időben öőjával erősebben kell etetni **meg kell erősíteni ezt a véralvadásgátlást**]öő és akkor utána utána tartósan is meg kell tar meg kell hagyni a ezt a véralvadásgátlást de már nem dupla hanem csak egy szimpla gyógyszer formájába jó (.) **valószínű ezt az élete végéig kell szedni** tehát ezt úgy tűnik hogy öőjés akkor a a terv bár ott szerintem meg fogják mondani hogy mert most itt azt írják hogy ez jó mega tünetei is elmúltak nem

{04:04} **050** B7 [má úgy

A 2. példában a gyógyszeres terápia magyarázata történik. A stent behelyezésével párhuzamosan a betegnek szigorú gyógyszeres terápiát kell követnie, legalább hat héten keresztül, amiről azonban a beavatkozás után nem tájékoztatták. A háziorvos a stent beépülésének magyarázatával folytatja a beszélgetést, illetve ebből kiindulva vezeti le a gyógyszeres terápia szükségességét; „na most ezek a gyógyszerek azt hivatottak megelőzni a vérrögeképződést]” (046). A beteg az orvos beszédlépésében jelzi, hogy magához szeretné venni a beszédjogot, és elmondja, hogy erről őt a klinikán nem tájékoztatták; „ezt nem mondták nekem” (048). A háziorvos rögtön reagál betege felvetésére, amennyiben megerősíti azt; „sokszor nem mondanak semmit” (049), de folytatja a gyógyszeres terápia szükségességének indoklását „meg kell erősíteni ezt a véralvadásgátlást]”. Az orvos magyarázatába belefűzi a terápia időbeli szempontjait és azok indoklását is. Az elején „duplán kell szedni”, indoklás: „a tudományos bizonyítékok egyértelműen amellet szólnak hogy az első időben öő jóval erősebben kell etetni”. Későbbiekben is folytatni kell a gyógyszeres terápiát, véralvadásgátlást, ám kisebb dózisban; „meg kell hagyni a ezt a véralvadásgátlást de már nem dupla hanem csak egy szimpla gyógyszer formájába jó”. Ennek a tájékoztatónak a végén elmondja betegének, hogy a gyógyszert vélhetően élete végéig szednie kell; „valószínű ezt az élete végéig kell szedni”.

szerepét tölti be a magyar nyelvű orvosi dokumentációban pl. a németben erre gyakran használt kötőmód hiányában (Halász – Fogarasi, 2018). A beszélgetéselemzés eredményei arra mutattak rá, hogy a háziorvosok magyarázatai, és maga a kódváltás is, elsősorban a terápiával kapcsolatosak, kevésbé köthetők a diagnózishoz (Fogarasi et al, 2020). Sem a diagnózisközlésnek, sem az információ közvetítésének nem volt kimutatható állandó strukturális mintázata a vizsgált korpuszban, az információközlés súlypontja a terápiához volt köthető. Magát a diagnózist ritkán magyarázza az orvos, és inkább röviden.

Ennek lehetséges okai között szerepelhetnek szociodemográfiai okok, a betegek többsége alacsony iskolai végzettséggel rendelkező, pszichés okok, továbbá orvosi–szakmai okok is. Ez utóbbi részben visszavezethető arra, hogy az orvosi kommunikáció oktatásában súlyosabb és nehezebb kommunikatív helyzetek megoldására (például halálos betegség diagnózisának közlése) helyezik a képzés során a hangsúlyt. Ugyanakkor a hétköznapi orvosi munkában szerencsére ritkábban szembesülnek ilyen helyzetekkel az orvosok. Mindennapi munkájukban, ahogy azt a tanulmányban ismertetett kutatás is mutatta, orvosilag egyszerűbb információkat kell érthetően elmagyarázniuk betegeiknek. A magyarázat során elkerülhetetlen az orvosi szaknyelvről a laikus nyelvre történő váltás, az interakció szintjén pedig olyan kommunikatív struktúra megteremtése, amely újból és újból lehívható, és a terminológiai váltásokat szekvenciális szinten transzparenssé teszi.

Konklúzió

A kutatás folytatásaként olyan terminológiai, szerkezeti és pragmatikai irányelvek megfogalmazása válhat szükségessé, amelyek a leendő orvosok képzésébe beépíthetők. A Pécsi Orvostudományi Karon és a Semmelweis Egyetemen két pilotkurzus keretében megkezdődött ez a munka. A nyelvészeti kutatások interdiszciplináris kiterjesztésével lehetővé válhat a kódváltást meghatározó interakcionális tényezőkön túl annak részletes feltárása, hogy a párbeszéd társadalmi kontextusa, az egyes szerepekhez köthető jogosultságok és kötelezettségek milyen további befolyásoló szereppel bírnak az orvosi kétnyelvűsége és a betegek tájékoztatására.

Hivatkozások

1997-es CLIV. törvény az egészségügyről. Online elérhető:

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV>

Bigi, S. (2016): *Communicating (with) Care*. IOS Press: Amsterdam, Berlin, Washington, DC.

BNO-10 (1995) *Betegségek Nemzetközi Osztályozása*, (Hungarian Translation of ICD-10). Népjóléti Minisztérium: Budapest

Boronkai, D. (2010): *A dialógus szövegtani jellemzői*. Schubert Grafikai Stúdió: Budapest

Busch, A. – Spranz-Fogasy, Th. (2015): *Handbuch Sprache in der Medizin*. De Gruyter. 93–116. DOI: <https://doi.org/10.1515/9783110296174>

Deppermann, A. (2001): Gespräche analysieren, Eine Einführung, *Qualitative Sozialforschung*, Band 3. Leske+Budhrich: Opladen. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-322-91359-3>

Deppermann, A. et al (2010): *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Studien zur deutschen Sprache. Band 52. Narr Verlag: Tübingen

Emberi Erőforrások Minisztériuma közleménye a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv (MEES) (2.0. változat) közzétételéről. 2019. EüK. 17. szám EMMI közlemény 1. hatályos: 2019.10.16. 2. számú melléklet. Online elérhető: http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2969/fajlok/EMMI_kozlemen_y_Egeszsegugyi_%20Standardok.pdf

Fogarasi, K. (2018): A diagnózis jelentése és jelentősége a beteg szemszögéből. in Dombi, J., Farkas, J., Gúti, E. (ed.) *Aszimmetrikus kommunikáció - aszimmetrikus viszonyok*, SZAK: Bicske. 774–804

Fogarasi, K. – Kránicz, R.. – Halász, R. – Hambuch, A. (2020): Die Rolle medizinischer Wissensvermittlung in Arzt-Patienten Gesprächen: die Bedeutung des ärztlichen Code-Wechsels in hausärztlichen Konsultationen. *The Journal of Languages for Specific Purposes*. 83-96.

Görgényi, I. et al. (2014): *Magyar Büntetőjog – Általános Rész*. CompLex Kiadó: Budapest

Gréciano, G. (2006) Zur Textrelevanz von Phraseologie im Bereich Medizin. In: Häcki Buhofer, A. (Hg.): *Phraseology in motion 1. Akten der Internationalen Tagung zur Phraseologie* (Basel, 2004). Baltmannsweiler Schneider Verlag: Hohengehren. 219-228

Halász, R. – Fogarasi, K. (2018): Arztbriefe im medizinischen Fachsprachenunterricht Deutsch. *Journal of Languages for Specific Purposes*. 87-102

Hambuch, A. (2013): *Szubjektív betegség-elképzelések nyelvészeti elemzése hipertóniás beteg-háziorvos konzultációkban*, PhD, PhD Dissertation. University of Pécs, Available: http://doktoriiskola.etk.pte.hu/public/upload/files/Doktoriiskola/Tezi_sfuzetek/ham_d.pdf.

Hámori, Á. (2006): A társalgási műfajokról. In: Tolcsvay Nagy, G. (szerk) (2006): *Szöveg és típus*. Tinta Kiadó: Budapest. 157-181

Heritage, J. – Maynard, D. (2006): Introduction. Analysing Interaction between Doctors and Patients in Primary Care Encounters, in Maynard, D., Heritage, J. (ed.) *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: Cambridge University Press. 1-21. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511607172.003>

Iványi, Zs. (2001): A nyelvészeti konverzációelemzés. *Magyar Nyelvőr*. 125/1. 74–93

Jobbágyi, G. (2013): Az orvos–beteg jogviszony az új Ptk.–ban. *Polgári Jogi Kodifikáció*. 7/3. 15-20

- Koerfer, A. – Albus, Ch. (2015): *Kommunikative Kompetenz in der Medizin*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung 2018. Online elérhető: <http://www.verlag-gespraechsforschung.de>
- Kühtz, S. (2007): *Phraseologie und Formulierungsmuster in medizinischen Texten*. Narr: Tübingen
- Menz, F. (2015): Handlungstrukturen ärztlicher Gespräche und ihre Beeinflussung durch institutionelle und soziale Rahmenbedingungen. In: Busch, A. – Spranz-Fogassy, Th. (Hrsg.): *Handbuch Sprache in der Medizin*. Walter de Gruyter GmbH: Berlin/Boston
- Peters, T. (2015): *Die interaktionale Aushandlung der therapeutischen Entscheidungsfindung in der medizinischen Ausbildung*. Verlag für Gesprächsforschung: Mannheim
- Schmidt, Th. – Schütte, W. (2011): *Folker, Transkriptionseditor für das „Forschungs- und Lehrkorpus gesprochenes Deutsch“ (FOLK) Transkriptionshandbuch*. Online elérhető: <http://agd.idsmannheim.de/download/FOLKER-Transkriptionshandbuch.pdf>
- Spranz-Fogasy, Th. (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen. Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: Neises, M. – Ditz, S. – Spranz-Fogasy, T. (ed.): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft GmbH: Stuttgart. 17–47