

**Fogarasi Katalin<sup>1</sup> – Kránicz Rita<sup>2</sup> – Halász Renáta<sup>2</sup> – Barta Andrea<sup>1</sup> –  
Hambuch Anikó<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Szaknyelvi Intézet

<sup>2</sup>Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar  
Egészségügyi Nyelvi és Kommunikációs Intézet

## **A betegközpontú diagnózisközlés gyakorlati oktatása**

<https://doi.org/10.48040/PL.2021.13>

*A kezelőorvosok egyik fontos feladata a betegek korrekt tájékoztatása. Ez nemcsak erkölcsi, hanem törvényben szabályozott kötelezettség is számukra. Ennek érdekében, hogy ez a tájékoztatás „a beteg számára érthető nyelven” történjék, az orvosnak tudatosan váltania kell a professzionális orvosi szaknyelvről a laikus nyelvhasználatra. A 2020/21-es tanév őszi szemeszterétől a Semmelweis Egyetem Szaknyelvi Intézete a Pécsi Tudományegyetem ÁOK Egészségügyi Nyelvi és Kommunikációs Intézetével együttműködve új szaknyelvi tantárgyat vezetett be. A klinikai tárgyakhoz igazodó választható kurzust felsőbb éves hallgatók számára dolgoztuk ki, akik autentikus, anonimizált zárójelentések alapján a legfontosabb szakterületekről származó kórismék közlésekor szükséges terminológiai kódváltást és kommunikációs stratégiákat gyakorolhatják. A kurzus orvosszakmai részét orvos segítségével készítjük elő, a gyakorlati foglalkozásokon pedig terminológus, kommunikációs szakember és pszichológus is jelen van. A betegek szerepét előzetesen e célra a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának Egészségügyi Nyelvi és Kommunikációs Intézet laikus beteg képzésének programja alapján kiképzett demonstrátor hallgatók látják el, akik az anamnézis ismeretében releváns módon támogatják a kódváltási készségek fejlesztését és a betegtájékoztatás gyakorlati megvalósítását. A kurzus résztvevői körében kérdőíves felmérést készítettünk és ennek eredményeit szeretnénk írásunkban bemutatni. A felmérésben a laikus betegként kiképzett demonstrátor hallgatókat és az orvos szerepét alakító hallgatókat is kérdeztük a diagnózisközléssel kapcsolatos tapasztalataikról: a kódváltás terminológiai elemeinek megfelelő használatáról, a demonstrátorok és a hallgatók kommunikatív készségeiről, a magabiztosság növekedéséről és a hallgatói elégedettségéről.*

**Kulcsszavak:** *diagnózisközlés, kódváltás, orvos–beteg kommunikáció, oktatásfejlesztés, laikus betegnek kiképzett demonstrátor hallgató*

### **Bevezetés**

A WHO adatai szerint évente 38 millió beteg halálát okozzák a lassan kialakuló, ugyanakkor progresszív lefolyású krónikus betegségek (Bigi, 2016). Ezek a betegségek komplex kezelést igényelnek, amelynek hatékonyságához elengedhetetlen a beteg aktív részvétele. A betegek az orvost alapvetően a kommunikációja alapján ítélik meg, az orvossal folytatott konzultáció sikeressége meghatározza a további terápiás együttműködést. A betegek azonban gyakran kénytelenek szembesülni azzal a ténnyel, hogy nem

értik az orvosukat, mivel az orvosok gyakran olyan szakkifejezéseket használnak, amelyeket a betegek nem érthetnek (Pilling, 2018) és így a korrekt, érthető tájékoztatás hiányában nem lehetnek a terápia aktív részesei. „*Az orvostanhallgatók képzésük során több ezer új szót tanulnak meg. Ez olyan, mintha egy új nyelvet sajátítanának el, amit a betegek nem beszélnek.*” (Pilling, 2018) Sajnálatos módon az orvosok ritkán, nem minden alkalommal ellenőrzik, hogy a beteg megértette-e az általuk közölt információt. A szakmai tartalmak egy, a beteg által is „beszél” laikus nyelven történő közvetítése fontos a beteg későbbi terápiahűsége miatt, illetve a betegnek joga, hogy számára is érthető módon tájékoztatást kapjon betegségéről (1997. évi CLIV. tv. 5.§ (32) az egészségügyről). Az orvosi koncepció szerint a diagnózisközlés központi helyet foglal el a beteggel történő konzultáció során, az ezzel foglalkozó kutatások magát a diagnózisközlést „önálló eseményként” említik (Byrne – Long, 1976, idézi: Busch – Spranz-Fogasy, 2015). Gyakran előfordul, hogy az orvosi konzultáció során az orvos nem közli a diagnózist, hanem azt a beteg a terápiás javaslatok alapján kényszerül kikövetkeztetni (Spranz-Fogasy – Becker, 2015). Az orvos és a 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 a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán 2020 őszén a budapesti és pécsi orvosi egyetem szaknyelvi és kommunikációs célú együttműködésében bevezetett, „*A betegközpontú diagnózisközlés szaknyelvi vonatkozásai a gyakorlatban*” című kurzus bemutatása és a szakmai tanulságok leszűrése annak érdekében, hogy e tárgy minél hatékonyabban és minél szélesebb körben épüljön be az orvosképzésbe. A kurzus a klinikai modulokhoz igazodva, választható tárgyként, blokkosított formában került bevezetésre a felsőbb éves hallgatók számára. Mivel az orvostanhallgatók a stúdium elején ismerkednek meg az orvosi kommunikáció alapjaival, klinikai tapasztalatot azonban csak évekkal később szereznek, e tárgy hidat épít az ismeretek szintetizálásához és gyakorlati alkalmazásához a legalább harmadéves hallgatók számára, akik az orvosképzésben előrehaladva egyre inkább a szaktárgyak terminológiájának használatára szocializálódnak.

### **Betegtájékoztatás a háziorvosi praxisban**

Az orvosi lelet vagy zárójelentés egyik legfontosabb célja, hogy a beteg kezelését átvevő másik orvost a lehető legpontosabban tájékoztassa a beteg állapotáról már bizonyossággal megszerzett ismeretekről. Így a másik orvos nem ismételi meg feleslegesen vizsgálatokat, és tájékoztatást kap a

differenciáldiagnosztikai szempontból lényeges állapotok fennállásának kizárásáról. Ennek jelentőségét igazolja a tagadósavak (pl. nem, nincs) nemzetközi összehasonlításban is leggyakoribb előfordulása az orvosi leletekben (Halász – Fogarasi, 2018). Tekintettel arra, hogy diagnózisok (kórismék) tartalmazzák a diagnosztikus folyamat végkövetkeztetéseit, amelyeken a tervezett kezelés és a beteg kezelésbe való beleegyezése is alapul, ezek egyértelmű megfogalmazására az orvosi dokumentáció – ideális esetben magyar nyelvű statisztikai klasszifikációs kategóriák helyett vagy mellett – görög–latin szakkifejezéseket használ (Fogarasi, 2018).

Az orvosi lelet egyetlen, valóban a beteg részére írt szerkezeti egysége az *epikrízis*, amely a diagnosztikus következtetésekből leszűrt további lépéseket foglalja össze, így kívánatos, hogy ez a rész ne tartalmazzon idegen eredetű szakkifejezéseket (Fogarasi, 2018). Így a betegek az állapotukra vonatkozó információval számukra is érhető formában általában a lelet *epikrízis* részében szembesülnek. A szakorvos megfogalmazza a pontos kórismét görög–latin terminusokkal és optimális esetben elmondja a betegnek. Amennyiben ez nem történt meg olyan mélységben, hogy a beteg ez alapján értve egyezzen bele a szakorvos által előírányzott, ám a háziorvos által végrehajtott gyógyszeres vagy egyéb terápiába, akkor a háziorvos jogi kötelezettsége, hogy a lelet, kórisme értelmezése után „lefordítsa” azt a beteg laikus nyelvezetére, közvetítse azt a beteg számára is érhető nyelven (Hambuch et al., 2020). A diagnózisközlésnek és az ehhez kapcsolódó orvosi magyarázatnak különleges jelentősége van tehát abban, hogy a beteg megértse a betegségének vagy állapotának mibenlétét, a terápia szükségességét és annak jelentőségét. Ez mind a jogi szempontból érvényes beleegyezés, mind a terápia betartásának és a beteg további együttműködésének alapvető feltétele.

### **Egy korábbi kapcsolódó kutatás eredményei**

Korábbi tanulmányunkban (Hambuch et al., 2020) beszámoltunk arról a kutatásról, amit háziorvosi rendelőben felvett konzultációk leletekhez kapcsolódó beszélgetéselemzése kapcsán végeztünk. A kutatás eredménye azt tükrözte, hogy a vizsgálati anyagban nem voltak fellelhetők olyan szaknyelvi frazémák, amelyek bevezették vagy strukturálták volna a leletek magyarázatát, illetve a diagnózisközlést. A vizsgált korpusz alapján nem lehetett beazonosítani jellegzetes strukturális szövegmintázatokat. Azt találtuk, hogy az információközlés súlypontja a terápiás lépésekhez volt köthető. A leletek információtartalma, valamint a diagnózis mibenlétének magyarázata igen szűkre szabottnak bizonyult, vagy nem is jelent meg az orvos–beteg dialógusokban.

## Oktatási gyakorlat

Az orvosképzés során a diagnózisközléshez szükséges kompetenciákat többségükben egymástól elkülönítve oktatják. Az Orvosi terminológia és az Orvosi kommunikáció a stúdium elején kerülnek sorra, amikor a hallgatók még nem rendelkeznek orvosszakmai ismeretekkel és klinikai tapasztalattal. Jellemző még, hogy már a képzés 12 szemesztere alatt is a magyar kifejezések háttérbe szorulnak az orvosi–orvostanhallgatói diskurzusban.

Emellett nincs kialakított modell a diagnózisközlés műfajára, nem találtunk a kutatás során azonosítható egységes nyelvi struktúrát, a hallgatóknak így nincs gyakorlatuk a kódváltásban, abban, hogyan közvetítsék az orvosszakmai tartalmakat laikus nyelven. További probléma, hogy a hallgatók a stúdium során nem látnak elég autentikus orvosi dokumentációt, így a szaknyelvi tárgyak fontos feladata a dokumentációs szövegtípusok és műfajok mélyebb megismertetése a hallgatókkal.

## Anyag és módszer

### *A kurzus célja*

A korábbi kutatások eredményei és az oktatási gyakorlat alapján fontosnak tartottuk, hogy olyan kommunikációs helyzetet teremtsünk az érdeklődő orvostanhallgatók számára, ahol bizonyos információkat (lelet, diagnózis) el kell magyarázniuk betegeik számára. A magyarázat során elkerülhetetlen az orvosi szaknyelvről a laikus nyelvre történő váltás. Célunk volt az interakciók szintjén tudatosan megjeleníttetni a terminológiai váltásokat és ezeket a hallgatók számára transzparenssé tenni.

A 2020/21-es tanév őszi szemeszterében került sor első alkalommal a két egyetem szaknyelvi intézeteinek közös kurzusára, amelyben gesztorként az SE Magatartástudományi Intézete is részt vállalt. A túlnyomó részben negyed- és ötödéves jelentkezők azt a feladatot kapták, hogy egy terminológiai, orvosi kommunikációval kapcsolatos pszichológiai és kommunikáció-stratégiai elméleti előkészítést követően tájékoztassák a beteget a leletével kapcsolatos információkról. A kurzuson a beteg tájékoztatásának gyakorlása klinikai zárójelentések alapján történt (8 szakterületen). Célunk volt a kórismék közlésekor szükséges terminológiai kódváltás és kommunikációs stratégiák gyakorlása, és az ezek alkalmazására adott közvetlen visszajelzés az oktatóbeteg (azaz a beteg szerepét alakító demonstrátor hallgató), a hallgatótársak és az instruáló oktató részéről. Beemeltük az oktatásba a *case-* és *teambased learning*, illetve *peer learning* módszereit, amelyek a hallgatókat kis csoportokban, strukturáltan készítik fel

a későbbi kihívást jelentő szakmai kommunikációs szituációkra (Halász et al., 2016; Koppán et al., 2015).

### *A kurzus előkészítése*

A kurzus orvosszakmai részét gyakorló orvos segítségével készítettük elő, aki a MedSol rendszeréből gyűjtött autentikus zárójelentéseket, amelyeket a szabályoknak megfelelően anonimizált formában bocsátott a rendelkezésünkre. Terminológusok segítségével történt meg ezek szelektálása az oktatás céljainak megfelelően. Elsődleges szempont volt, hogy az egyes szakterületeken leggyakrabban előforduló kórképekkel kapcsolatos esetek dokumentációit mutassuk be, amelyekkel a hallgatók később biztosan találkozni fognak. Fontos volt, hogy a kórlapokban leírtakhoz a laikus szempontjából releváns kérdéseket lehessen fűzni, legyen például valamilyen előre nem várt esemény leírása is a kórlapon, de ne legyen halállal végződő a kórlefolyás. Példaként álljon itt egy rövid részlet egy kardiológiai kórlapból, ahol egy előre nem egyeztetett szükséges beavatkozás történt:

*„Epikrízis. A 75 éves beteget lipoma extirpatiot követő első posztoperatív napon STEMI iránydiagnózissal urgens invazív kivizsgálás céljából vettük át. Anamnézisében nicotinizmus szerepel. Az elvégzett coronarographia során a LAD proximalis és középső szakaszán találtunk szignifikáns, hosszú, egy ponton kritikus stenosis, ennek PCI-jét végeztük 2 DES deponálásával. Jó angiológiai eredményt kaptunk, szövődmény nem volt. Echokardiographiás vizsgálat során megtartott bal kamra funkciót láttunk, regionalis falmozgászavar, szignifikáns vitium nem volt.”*

A betegek szerepét demonstrátorhallgatók, más néven oktatóbetegek látták el, akik a kurzust megelőzően megismerték „saját” kórlapjaik tartalmát, továbbá részt vettek egy szimulációs képzésen is. Az oktatóbetegek képzésére 2x4 óra időtartamot szántunk. A felkészítés része volt a kórlapok szakmai és terminológiai feldolgozása, az ezekkel kapcsolatban felmerülő esetleges kérdések megbeszélése, a visszajelzések szerkezetének rögzítése és gyakorlása. A Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán már több éve folyik szimulációs betegek alkalmazása szaknyelvi órákon, e munka tapasztalatait is felhasználtuk a kurzus előkészítésében. A demonstrátorok nemcsak a leletek tartalmát érintő szakmai vonatkozású kérdésekből készültek fel, hanem különböző élethelyzetben levő betegprofilokat is felépítettek a kórlapokhoz. Ennek megfelelően készültek az órára is, és az ezekkel kapcsolatos ötleteket, lehetőségeket a tréning során beszéltük át.

A demonstrátor-hallgatók felkészítésének egyik lehangsúlyosabb része az volt, hogy mit tartsanak szem előtt a visszajelzések során.

Gyakoroltuk a feedback-ek megformálását és hangsúlyt fektettünk annak felépítésére is („szendvicsbe” csomagolt kritika). Kidolgoztunk az oktatóbetegek számára egy feedback-kérdéssort, amelyet közvetlenül a beszélgetést követően töltöttek ki és ennek alapján strukturált módon tudtak szóban is visszajelzést adni arról, hogy „betegként” hogyan élték meg a beszélgetést.

### *A kurzus felépítése*

A kurzus blokkosított formában, két egymást követő hét azonos napján került megrendezésre. Mindkét alkalommal bevezető előadásokkal kezdődött a munka, amelyek a diagnózisközlés terminológiai és interakcionális vonatkozásait, valamint a szubjektív betegségteóriák nyelvészeti szempontjait érintették. A hallgatók bepillantást nyerhettek a betegtájékoztató jogi hátterébe is egy előadás keretében. Ezen felül az orvosi kommunikáción tanult gyakorlatközpontú felelevenítését is fontosnak tartottuk, amit egy pszichológus kolléganő segítségével valósítottunk meg és a tematikát a betegtájékoztató szuggesztív vonatkozásaival egészítettük ki, melyek negatív és pozitív hatást is gyakorolhatnak a betegekre. A hipnotikus szuggesztíók különféle formáinak (direkt, indirekt, verbális, nonverbális) rövid bemutatása is helyett kapott egy előadásban, itt a SASOK szakirányú felkészültség (**S**zuggesztíók **A**lkalmazása a **S**zomatikus **O**rvoslásban **K**épzés) is fontos szerepet játszott, amelyet a Magyar Hipnózis Egyesület és a Semmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinikája jegyeznek.

Az előadásokat követően egy rövid gyakorlatra került sor, amelynek során a kódváltást egy terminológus szakember segítségével gyakorolhatták a hallgatók. Az ezt követő kiscsoportos gyakorlati foglalkozásokon négy hallgató, egy oktatóbeteg-demonstrátor hallgató és terminológus, kommunikációs munkatárs, illetve pszichológus dolgozott együtt. Minden csoportban négy szerepjátékra került sor, minden hallgatónak volt alkalma arra, hogy önálló beszélgetést folytasson a „beteggel”. A szerepjátékokat követően mindig személyre szabott visszajelzéseket kaptak a hallgatók, kiscsoportos megbeszélésre került sor, majd a nap végén visszatértünk a plenáris megosztáshoz és az összes résztvevővel együttesen értékeltük a nap eseményeit.

### *A szerepjátékok felépítése*

A szerepjátékok hossza általában 7–10 perc volt. Az a gyakorlatban sokszor előforduló helyzet volt a beszélgetések kerete, hogy a beteg a kórházi tartózkodását követően kapott zárójelentésével jön a háziorvosi rendelőbe. A

„házi orvos” megkapta a kórlapot, majd ez alapján elkezdődött a beszélgetés. A legfontosabb tartalmi kommunikatív cél a beteg diagnózisának közlése volt, az ehhez fűződő esetleges magyarázatokkal, a beteg kérdéseinek megválaszolása megfelelő nyelvi kód használatával. Ezen felül hangsúlyt fektettünk az empátia verbális és nonverbális kifejezésére, a beszélgetés résztvevői közötti szimulált aszimmetriák kezelésére (tudásbéli, érintettséghez és státuszhoz kötődő különbségek), továbbá a páciensközpontú beszélgetés megvalósítására. A legnagyobb hangsúlyt a kódváltáshoz köthető kommunikatív feladatok megoldására fektettük. A kurzust megelőző kutatásunkban is azt vizsgáltuk, hogy a betegek külső intézményekből, klinikákról kapott leleteit, zárójelentéseit hogyan magyarázza el a házi orvos a betegének. Ehhez kapcsolódott a védett oktatási keretben történő gyakorlati lehetőség a hallgatók számára.

A demonstrátor-oktatóbetegek az anamnézis ismeretében a beteg történetébe és bőrébe bújva releváns módon tették lehetővé a kódváltási készségek elsajátíttatását és a betegtájékoztató gyakorlati megvalósítását. A hallgatók esetében jelentősen támaszkodtunk az orvosi stúdium kezdetén, az Orvosi Kommunikáció tantárgy keretében elsajátított ismeretekre. A kurzus keretét adott ezen ismeretek szisztematikus átismétléséhez és gyakorlati alkalmazásához is.

### ***Kommunikatív célok megvalósulásának megfigyelése***

Minden szerepjátékot követően többrétű visszacsatolásra került sor. Három oldalról is kapott visszajelzést a „házi orvos”, vagyis a kurzus résztvevője, de ő maga is reflektált a saját beszédprodukcijára, beszélgetésének alakulására és a betegre. Ezen felül egyrészt az oktatóbeteg feedbackjét ismerhette meg, másrészt a szerepjátékban részt nem vevő megfigyelők adtak visszajelzést a kurzus keretében, harmadrészt az oktatók is kiegészítették az elhangzottakat megfigyeléseikkel. Szerepet kaptak a terminológiai, a kódváltás helyességével kapcsolatos szempontok, a kommunikatív–interakcionális szempontok és az empátikus viselkedéssel kapcsolatos megfontolások.

A kurzus során kérdőíves felmérést is készítettünk. A felmérésben a laikus betegként kiképzett demonstrátorhallgatókat, és az orvos szerepét alakító hallgatókat is kérdeztük a diagnózisközléssel kapcsolatos tapasztalataikról: a kódváltás terminológiai elemeinek megfelelő használatáról, a demonstrátorok és a hallgatók kommunikatív készségeiről, a magabiztosság növekedéséről és a hallgatói elégedettségről. Az oktatási folyamat megfigyelése így mindkét oldalról – oktatók és a célcsoport oldaláról is – megtörtént.

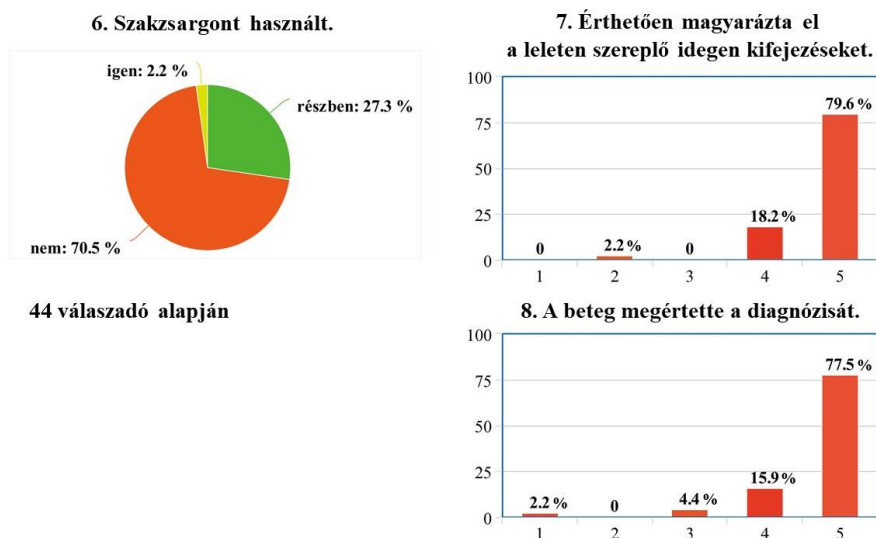
## Eredmények

A kérdőívek eredményeit kvantitatív és kvalitatív elemzéssel értékeltük. Az oktatóbetegek és a kurzus résztvevői is adtak visszajelzést, melyeket összesítettünk és a következőkben foglalunk össze.

Rákérdeztünk a kérdőívben, hogy elmondta-e az orvos, mi a beszélgetés célja. Az orvos–beteg találkozások során ugyanis fontos elem, hogy a konzultáció célját is szükséges rögzíteni és egyeztetni a beteggel (Langewitz et al., 2004). A kurzuson a visszajelzések szerint az esetek 90 százalékában ez megtörtént. Rákérdeztünk az udvariasságra és a szemkontaktusra is, mindkét esetben túlnyomó részben pozitív volt az „orvos” megítélése. A szemkontaktus az online térben is pontosan érzékelhető volt.

A kódváltás sikerességét a kurzus céljainak megfelelően nyomatékkal vizsgáltuk. Azt kérdeztük, megértette-e a „beteg” a diagnózist, nem használt-e az „orvos” érthetetlen, csak az ő speciális szaktudására jellemző szakzsargont; mennyire tudta elmagyarázni az orvos azokat a szakkifejezéseket, amelyekre a beteg adott esetben rákérdezett (1. ábra). Az eredmények 70% feletti megfelelést mutattak.

1. ábra. A kódváltás sikeressége



Bizonyos kommunikációs elemekre is rákérdeztünk, amelyekkel a betegközpontú beszélgetésvezetést tudatosíthattuk a hallgatókban. Például mennyire emelte ki az orvos a lelet legfontosabb információit (2. ábra),

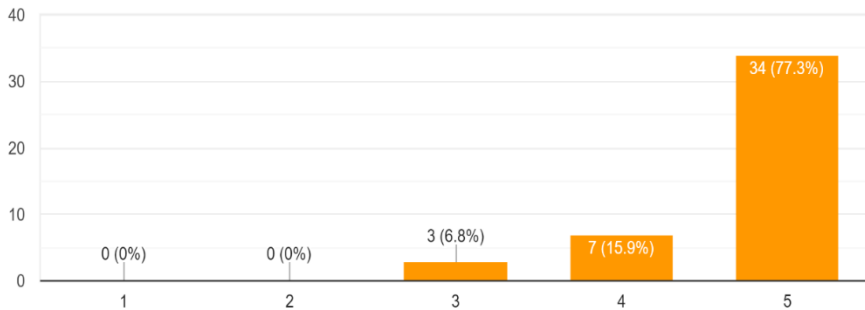


mennyire adott lehetőséget a betegnek a kérdésre, meggyőződött-e arról, hogy a beteg megértette-e a magyarázatot (3. ábra). Az eredmények azt mutatták, hogy itt is 70 százalék fölötti volt mindhárom szempont esetében a legmagasabb elégedettségre utaló 5 pont.

2. ábra. A kórlap releváns információinak kiemelése

10. Kiemelte a legfontosabb információkat.

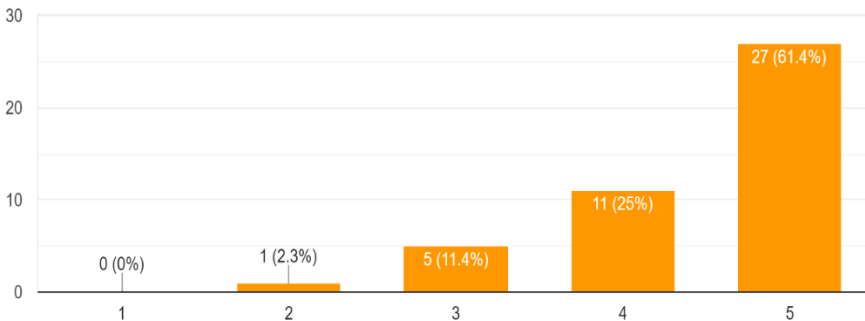
44 responses



3. ábra. A megértés ellenőrzése a beszélgetés során

13. Meggyőződött arról, hogy megérttem az elhangzott információkat.

44 responses



Megkérdeztük többek között azt is, hogy adott-e teret „az orvos” a betegséggel kapcsolatos aggodalmak kifejtésére. Ez utóbbi 90 százalékos elégedettséget kapott és összességében is elmondható, hogy a hallgatók nagyon jól teljesítettek, szinte mindenütt a legjobb értékelés volt túlsúlyban. Ennek oka nyilván abban keresendő, hogy motivált hallgatók vették fel a kurzust, és a feladatok előtt ezekre a szempontokra fel is hívtuk a hallgatók figyelmét.

## Megbeszélés

A résztvevők visszajelzései alapján az online forma megfelelő keretet adott a kurzusnak a pandémiás időszak alatt. A tárgyat felvett hallgatók most csak az orvos szerepét játszották, de felmerült az igény arra is, hogy a beteg helyzetét is szeretnék jobban átélni – ez volt az oktatóbetegek egyik javaslata is a saját tapasztalataik alapján. Elmondásuk szerint a „másik oldal”, a beteg megértésének szempontjából nagy és új élményt jelentett számukra, hogy a beteg fejével gondolták át a leleteket és azt a helyzetet, amelyet szimuláltak. A szerepjátékoknál a jövőben lehetőséget teremtünk arra is, hogy a beteg szerepébe bújhassanak a hallgatók.

A kurzus meglepő tapasztalata volt a következő visszajelzés, amely azt a támogató légkört írta le, amelyet a hallgatók védett, tantermi közegben történő fejlesztése érdekében valósítottunk meg a kurzuson: *„Tetszett, hogy minden megnyilvánulásomra pozitív volt a reakció, amit sajnós az eddigi 5 évem alatt sehol sem tapasztaltam.”*

Terminológiai és kommunikáció-stratégiai szempontból az alábbi irányelvek fogalmazhatók meg, amelyek mentén a betegközpontú diagnózisközlés kommunikációs, pragmatikai és terminológiai szempontból is eredményesen megvalósul, és amelyeket szükséges megerősítenünk a hallgatókban:

- Nemcsak pszichológiai, hanem kommunikációs szempontból is kiemelten fontos a beszélgetés formai követelményeinek betartása, és az ezekhez kapcsolódó frazémák használata (köszöntés, bevezetés, a beszélgetés irányítása és keretek közt tartása, a szerkezeti egységek közötti átvezetés és lezárás).
- Mivel háziorvosi beszélgetésekről van szó, kiindulhatunk abból, hogy a beteg személye, esetleg betegsége vagy állapota is ismert az orvos számára, így a beteg számára bizalmasabb légkört teremt a bevezető formulák kollokvialisabb, az ismeretségre utaló nyelvhasználata, amely abban erősíti meg a beteget, hogy az orvos emlékszik rá, és figyelemmel kíséri őt.
- Tanácsos a beteget azáltal is partnernek kezelni a diagnózisközlés bevezető szakaszában, hogy az orvos megkéri: vázolja röviden az eseményeket a saját nézőpontjából. Ez a gesztus nem csupán a szubjektív betegségtéóriák kifejezésének ad teret a diagnózisközlést megelőzően, hanem segítséget nyújt az orvos számára annak megítélésében, hogy a beteg milyen információkat kapott korábban a szakorvostól, milyen mélységben van tisztában az állapotával és a tervezett kezelésekkkel,

valamint, hogy milyen nyelvi kódrendszert érdemes használnia ahhoz, hogy a beteg számára leginkább érthető módon adjon további tájékoztatást. Itt támaszkodunk a roszhír-közlés SPIKES modell szerint ajánlott stratégiájának bizonyos elemeire is (Baile et al., 2000).

- Tanácsos megkérdezni, hogy a beteg kapott-e a szakorvostól, klinikustól tájékoztatást, és hogy van-e konkrét kérdése.
- Kiemelkedően fontos, hogy az orvos a diagnózis ismertetését ne a terápia elmagyarázásába szője bele mintegy kisebb részletekben csepegtetve az információt, és utalásokat téve az esetleg már ismert tartalmakra, hanem strukturáltan, a beszélgetés önálló szerkezeti egységeként, a terápia indokaként kezelje a diagnózisközlést. Ennek eszközei olyan diskurzuszafrazémák, amelyek átvezetnek a korábbi eseményekből (kórházi tartózkodás, beavatkozás, kivizsgálás, szakorvosi vizsgálatok) a jelen beszélgetéshez a lelet értelmezésén keresztül. A lelet értelmezése képezi ugyanis a hidat a múlt eseményei és a jelenben előirányozott lépések között.
- A diagnózis közlésekor szükséges kódváltás nem a diagnózis leírására használt szakkifejezések magyarra fordítását jelenti. A diagnózisközlésnek kerülnie kell továbbá mind az eufemisztikus kifejezéseket, mind a hiper- és hiponimákat. A diagnózisban szereplő szakkifejezések pontos definiálására sincs szükség, hanem – tekintettel a beteg orvosszakmai ismereteinek egyediségére – a diagnózis egyénre szabott értelmezése a cél.
- A diagnózis közlésekor nem kell a leletben szereplő minden kis részletre kitérni, fontos az információ súlyozása.
- Tekintettel arra, hogy a beteg viszonylag kevés információt tud megjegyezni ebben a stressz-szituációban (Stewart, 1995) adott esetben szükséges lehet a lényeges tartalmak többszöri megismétlése (Wagner – Gadebusch-Bondio – Kinnebrock, 2020). Ha a beteg vissza-visszatér ugyanarra a kérdésre a jövőt vagy a kimenetet illetően, akár ugyanakkor a válasznak a többszöri megismétlése is indokolt. Kiemelten fontos, hogy ne bocsátkozzon az orvos feltételezésekbe, hanem minden esetben csak a következő lépésre koncentráljon, amibe a beteget partnerként is bevonja.
- A hallgatók figyelmét minden esetben többször fel kell hívnunk arra, hogy az orvos kérdés által is megbizonyosodjon arról, hogy valóban megértette-e a beteg az elhangzottakat, és van-e esetleg további kérdése.
- Az orvostanhallgatók esetében különös figyelmet kell fordítani továbbá az ún. „kommunikációs üresjáratok” elkerülésére, amikor – akár

udvariasságból vagy figyelmességből – a beteg megnyilvánulására, további kérdésére várnak anélkül, hogy ezt nyelvi úton is jeleznék (pl. „*Van esetleg egyéb kérdése?*”, vagy pl. „*Gondolja át nyugodtan.*”). Az orvos–beteg párbeszédben hirtelen keletkezett csend a bizonytalanság érzését keltheti a betegben, és csökkentheti az orvos kompetenciájába vetett bizalmát.

- Sem terminológiai, sem kommunikációs stratégiai szempontból nem ajánlott, hogy az orvos a diagnózis- vagy leletközlés során megismételje a görög–latin szakkifejezéseket, amelyekre a beteg rákérdez a leletét olvasva, vagy pedig amelyeket az orvos maga fedez fel és tart elmagyarázandónak a leletben.
- Rendkívül hatékony a diagnózis felállításához vezető folyamat ismertetése olyan logikai levezetéssel, amelyből a további, de csak a legközelebbi lépések következnek (pl. „*Itt azt olvasom, hogy Önnél x vizsgálatot végeztek. Ha ennek az eredményét tudjuk, akkor fogunk tudni dönteni arról, hogy ...*”). A betegnek általában struktúrát és fogódzót ad a lépések logikus kiszámíthatósága és követhetősége.
- Pozitív hatású a beteg számára a többes szám első személyű igealakok inkluzív jellegű használata, azonban csakis *tevékenységek* ismertetésekor: „*ha megkapjuk a leletet, foglalunk időpontot....., eldöntjük...*” stb.). Ezek azt sugallják, hogy a beteg nincs egyedül a folyamatban, és számíthat az orvos együttműködésére. Szigorúan kerülendő azonban a többes szám első személyű igealakok használata a beteg állapotára vonatkozóan, mert a beteget kisebbrendű, kiszolgáltatott helyzetbe hozza (pl. „*Hogy vagyunk ma?*” „*El-elcseppen a vizeletünk?*”).
- Fontos annak hangsúlyozása, hogy a beteg kompetens, és tevékeny részese a folyamatnak. Joga van a saját ismereteinek megfelelő szinten tájékoztatást kapni az állapotáról, annak súlyosságáról és veszélyeiről. A diagnózis közlésében ezért minden esetben ragaszkodni kell a tényekhez, azokat megfelelő nyelvi és egyéb kommunikációs eszközök segítségével a beteg aktuális állapotának megfelelően átadva.
- A beszélgetés végén a következő lépés újbóli megismétlésével érdemes zárni az interakciót, hogy a beteg erre az információra mindenképpen emlékezzen. Záróformulaként működik a következő találkozás előrevetítése és a további segítségnyújtás, rendelkezésre állás felajánlása is. A beszélgetésvezetés egyik legfontosabb pontja a lezárás, amelyet nem feltétlenül igei frazémákkal kell elindítani. Általában elegendő az „*akkor tehát*”, „*nos, legközelebb*”, „*még egyszer összefoglalva*” kifejezések használata, amelyek egyértelmű keretet adnak a beszélgetésnek.

## Konklúzió

A fenti eredmények alapján kívánjuk a kurzust a következő félévekben tovább alakítani és fejleszteni. Folytatódik a kollaboráció a két intézmény között. A Semmelweis Tudományegyetemen tartott kurzust a Pécsi Orvostudományi Karon is beemeltük a kurzuskínálatba. A kurzus szerves részét képezi annak a folyamatnak, amely a fentebb röviden ismertetett kutatással indult és az eredmények gyakorlatba való átültetését célozza. A szaknyelvi és kommunikációs oktatás tágabb értelmezésére is utal a kódváltást meghatározó interakcionális tényezők tudatosítása, oktatásba való beépítése. A nyelvészeti kutatások interdiszciplináris kiterjesztése az oktatásra is hatással van, a tradicionális szaknyelvoktatási tevékenységek állandóan új feladatokkal egészülnek ki. További kutatást kezdtünk el a kurzus hallgatóinak diagnózisközléseinek a háziiorvosi praxisban készített felvételekkel összevetésben, annak érdekében, hogy mérhetővé tegyük a kurzus során a készségek fejlesztésének hatékonyságát, illetve, hogy kinyerhessük a sikeres diagnózisközléshez kapcsolódó szaknyelvi frazémák és eredményes kommunikációs megoldások olyan tárházát, amelyek mintául szolgálhatnak újabb kurzusok célzott tervezéséhez az orvoscélektudományban, vagy akár gyakorló orvosok továbbképzésében is.

## Hivatkozások

- Baile, W. F. et al. (2000): SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*. 5(4). 302-311
- Bigi, S. (2016): *Communicating (with) Care*. IOS Press: Amsterdam, Berlin, Washington, DC
- Busch, A. – Spranz-Fogasy, Th. (2015): *Handbuch Sprache in der Medizin*. De Gruyter: Berlin
- Byrne, P. – Long, B. (1976): *Doctors talking to patients: a study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries*. HMSO: London
- CLIV. 1997-es törvény az egészségügyről.  
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV>
- 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
- Halász, R. – Koppán, Á. – Eklicsné, Lepenye, K. (2016): A magyar orvosi szaknyelvoktatás új megközelítése a Pécsi Tudományegyetemen. In: Reményi, A. – Sárdi, Cs. – Tóth, Zs. (ed.) *Távlatok a mai magyar alkalmazott nyelvészetben*. Tinta Könyvkiadó: Budapest. 71-79
- Halász, R. – Fogarasi, K. (2018): Arzbriefe im medizinischen Fachsprachenunterricht Deutsch. *Journal of Languages for Specific Purposes*. 87-102
- Hambuch, A. et al. (2020): Az orvosi kétnyelvűség terminológiai és funkcionális nyelvészeti összehasonlító vizsgálata háziiorvosi konzultációkban. In: Bocz, Zs. – Besznay, R.

- (ed.) (2020): *Porta Lingua 2020. Szaknyelvoktatás és -kutatás nemzetközi kontextusban. Cikkek, tanulmányok a hazai szaknyelvoktatásról.* SZOKOE: Budapest. DOI: <https://doi.org/10.48040/PL.2020.35.443-459>
- Koppán, Á. – Eklicsné, Lepenye K. – Halász, R. (2015): Peer learning–peer tutoring az orvos–beteg kommunikáció tanításában. In: Bocz, Zs. (ed.) *Porta Lingua 2015. A XXI. századi szakmai, szaknyelvi kommunikáció kihívásai: tanári és tanulói kompetenciák. Cikkek, tanulmányok a hazai szaknyelvoktatásról.* SZOKOE: Keszthely. ISSN 1785-2420. Elérhető online: <http://szokoe.hu/porta-lingua/archivum/porta-lingua-2015.213-221>
- Langewitz, W. – Laederach, K. – Buddeberg, C.(2004): Ärztliche Gesprächsführung. In: Buddeberg C (Hrsg.). *Psychosoziale Medizin.* Springer Verlag: Heidelberg. 373-407
- Pilling, J. (2018): *Orvosi kommunikáció a gyakorlatban.* Medicina: Budapest
- Spranz-Fogasy, Th. – Becker, M. (2015): Beschwerdenexploration und Diagnosemitteilung im ärztlichen Erstgespräch. *Handbuch Sprache in der Medizin.* De Gruyter: Berlin. 93-116
- Stewart, M.A. (1995): Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal* 1995 May 1; 152(9): 1423–1433. Elérhető online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337906/?page=2>
- Wagner, A. – Gadebusch-Bondio, M. – Kinnebrock, S. (2020): Informationsflut ersetzt nicht das professionelle Gespräch. *Deutsches Ärzteblatt.* Jg. 117. Heft 31–32. 3. August 2020. Elérhető online: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=214882>. 1518-1520