

A hatékony kommunikáció szerepe az egészségügyi ellátásban – az adherencia problémája és megoldási lehetőségei

1. Bevezetés

Az egészségügyi ellátás keretei között – mind az orvosok, mind a gyógytornászok által – nyújtott kezelések, terápiák esetén az utóbbi évtizedekben az úgynevezett bizonyítékokon alapuló (evidence based) eljárásokat részesítik előnyben. Az „evidence based medicine” (EBM) kifejezés az 1980-as évekből, Kanadából származik (Rosenberg–Donald 1995), és ahogy arra az elnevezésből is következtetni lehet, eredetileg az orvoslás területén alkalmazták. A kifejezés megszületése óta eltelt több mint harminc év során azonban a bizonyítékokon alapuló terápia igénye az egészségügy egyéb területein – többek között a fizioterápiában is – megjelent. De mit is takar pontosan ez a fogalom?

Rosenberg és Donald (1995: 1122) megfogalmazásában a bizonyítékokon alapuló orvoslás egy olyan folyamat, amelynek során a klinikai döntéshozatal alapjául a szakirodalomban található kurrens kutatási eredmények módszeres felkutatása, értékelése és használata szolgál.

Lilienfeld és munkatársai (Lilienfeld et al. 2013) tanulmányában az általánosabb „evidence-based practice” (EBP), azaz bizonyítékokon alapuló gyakorlat fogalma szerepel, és az általuk adott meghatározás már a kliens szemszögét is figyelembe veszi. Az ő megfogalmazásukban az EBP – összefoglalva – az elérhető legjobb tudományos bizonyítékok klinikai tapasztalattal, valamint a kliens preferenciáival és értékeivel való integrációját foglalja magában. Ez utóbbi összetevő alakíthatja vagy éppen irányíthatja is a terapeuta által választott beavatkozás(ok)at. Szorosan kapcsolódik ide a *közös döntéshozatal* (Shared Decision Making – SDM) fogalma, amelynek során az orvos figyelembe veszi a beteg elvárásait, saját skatudásába beleilleszti ezeket (Boronkai 2013).

Megállapítható tehát, hogy hiába van a terapeuta (orvos, gyógytornász, pszichológus stb.) tudatában a bizonyítottan hatékony eljárásoknak, illetve hiába képes ezeket a gyakorlatban is alkalmazni, ha az adott beavatkozás nem egyezik a beteg elvárásaival, illetve lehetőségeivel. A kezelés kimenetele nem csak a szakemberen múlik, azt a beteg aktív együttműködése és motivációja is befolyásolja.

A gyógytornászok körében is egyre inkább előtérbe kerül az úgynevezett biopszichoszociális modell, amely felismeri, hogy a beteg pszichoszociális beállítottsága – amelynek az egyén elvárásai részét képezik – hatással van a kezelési tervre és a kezelés kimenetelére (Barron et al. 2007).

Összefoglalva tehát a bizonyítottan hatásos terápiák elérhetősége ellenére sok problémát okoz, és adott beavatkozás pozitív kimenetelét, eredményességét ronthatja, ha a beteg nem követi a szakember által adott tanácsokat, előírásokat, azaz a beteg adherenciája („terápiahűsége”) hiányzik, vagy alacsony (non-adherencia különböző fokozatai).

A szakember által előírt terápiák eredményességén, kimenetelén tehát azáltal javíthatunk, ha nemcsak a biomedikális, fizikális tényezőket, hanem a beteg elvárásait és lehetőségeit is figyelembe vesszük a kezelés előírásakor. Az eddigi vizsgálatok alapján (Heritage–Robinson 2006; Robinson 2006; Valkusz 2013; Tsai et al. 2014) úgy tűnik, hogy ezen pszichoszociális tényezők feltárása, valamint a beteg elégedettségének, aktív együttműködésének és motivációjának megteremtése, tehát a betegcentrikus ellátás elérése, a viziten történő megfelelő kommunikációs stratégiák¹ alkalmazásával valósítható meg. A pozitív kimenetelű kezelés a terapeuta – sőt tágabb értelemben az egészségügy – és a beteg közös érdeke. A sikeres gyógyulással, illetve hosszan tartó betegség esetén az állapot romlásának megelőzésével, elkerülhető az egészségügyi rendszer további terhelése, és nem utolsósorban az egyén életminőségének a javulását is elérhetjük.

A fent leírtakat figyelembe véve kutatásom célja megvizsgálni, hogy a terapeuta (pl. orvos, gyógytornász, ill. egyéb egészségügyi szakdolgozók) részéről az első találkozás alkalmával mege-

¹ A *stratégia* fogalmát Verschuereen (1999: 156) tág értelmezésében használom, amely szerint a nyelvhasználat stratégiai általánosságban azokat a módokat foglalja magukban, amelyekkel kihasználjuk az explicitég és az implicitég közötti kölcsönhatást/összjátékot a jelentésképzés során; tekintet nélkül arra, hogy mindennek alkalmazása tudatosan, avagy nem tudatosan történik. Verschuereen hangsúlyozza továbbá, hogy bármilyen típusú kommunikációról legyen is szó, stratégiák mindig jelen vannak anélkül, hogy feltétlenül manipulációra, csalásra, felsőbbrendűség kifejezésére stb. tett kísérletekre utalnának.

lenő kommunikációs stratégiák mutatnak-e összefüggést a beteg későbbi motiváltságával, elégedettségével, valamint az adott terápia melletti elköteleződése mértékével, illetve adherenciájával.

Jelen tanulmány célja egyrészt megmutatni, hogy az egészségügyi kommunikáció elemzéséhez elengedhetetlen az interdiszciplináris megközelítés. Összefoglalja továbbá a fent említett empirikus kutatás alapjául szolgáló főbb alapfogalmakat, valamint kurrens elméleteket és eredményeket – mind az egészségügy, mind pedig a nyelvészet tudományterületéről.

A következő (2.) részben az adherencia meghatározásával, illetve a non-adherencia problémájával, valamint a probléma megoldási lehetőségeivel foglalkozom. Ezután a motivációs interjú módszerét ismertetem röviden (3. rész), amely módszer egyrészt hatékonynak tűnik az egészségmagatartás megváltoztatásában, másrészt konkrét ajánlást ad az alkalmazandó kommunikációs stratégiákra (nyitott kérdések, odafigyelés, informálás) vonatkozóan. Az egészségügyi/orvosi kommunikáció vizsgálata jelentős figyelmet kap a nyelvészet tudományterületén belül is – a konverzációelemzés az interakciók részletes vizsgálatának módja, ezt a 4. részben ismertetem. Az 5. részben – alapvetően a konverzációelemzés keretein belül született vizsgálatok alapján – az orvosi viziten megjelenő kérdések típusairól, a kérdezési módokról, illetve a diagnózis közlésének lehetőségeiről írok részletesebben. A 6. részben pedig a tanulmány főbb gondolatainak összefoglalása következik.

2. Az adherencia

2.1. Meghatározás, a non-adherencia problémája

Az adherencia, röviden összefoglalva, terápiahűséget jelent, részletesebben négy különböző fogalmat foglal magában: 1. elfogadás (acceptance), 2. terápiás egyetértés (concordance), 3. kitartás (persistence) és 4. engedelmesség (compliance) (Szekeres 2011).

Számos tanulmány foglalkozik az adherencia kérdéskörével és problémájával – elsősorban az orvosi ellátás szemszögéből, azon belül is a rendszeres gyógyszeres ellátást igénylő krónikus állapotok kapcsán (Cook et al. 2007; Lee et al. 2009; Bors 2010; Szekeres 2011; Solomon et al. 2012; Valkusz 2013). A téma jelentősége egyrészt abban rejlik, hogy az epidemiológiai irányzatok azt mutatják, hogy a jövőben a mortalitást és a morbiditást a krónikus, életmóddal kapcsolatos betegségek fogják uralni (McGrane et al. 2015). Másrészt pedig a hosszan tartó betegségek megfelelő kezelésének elhanyagolása a beteg egészségén kívül az egészségügy költségvetésére is hatással van, az egészségügyi kiadások növekedését okozhatja (Valkusz 2013) (a hatékony kezelés be nem tartása egyébként megelőzhető problémák kialakulását, ezáltal további beavatkozásokat tehet szükségessé).

A gyógyszeres kezelésekkal kapcsolatos non-adherencia problémája kihívást jelent mind az egészségügyi szakemberek, mind a társadalomtudósok számára (Dulmen et al. 2007) – a WHO (World Health Organization) 2003-as kiadványa szerint a krónikus betegségek esetén a betegek gyógyszeres kezelésekhöz való adherenciája 50% körüli (Szekeres 2011).

A gyógyszereszedésen kívül természetesen számos egyéb terápiás beavatkozás létezik egészségügyi keretek között.

A gyógytornászok által otthonra adott gyakorlatok kapcsán például az adatok arra utalnak, hogy a non-adherencia a betegek kb. 65%-ára jellemző (McGrane et al. 2015). Elmondható továbbá, hogy a krónikus betegségekben szenvedők nagy része nem eléggé aktív, és ez a mozgásszegény életmód összefüggésben van a megnövekedett mortalitással, morbiditással és a betegségek által okozott növekvő terhekkel (O'Halloran et al. 2014).

Ahhoz, hogy az adherencia növelésére megfelelő módszereket alkalmazzunk, elengedhetetlen, hogy feltárjuk a non-adherencia mögött rejlő okokat.

2.2. A non-adherencia okai

A non-adherencia okai főleg pszichológiai jellegűek, és a beteg kezeléssel kapcsolatos hiedelmeivel vannak összefüggésben. A krónikus, de éppen tünetmentes betegségek esetén ilyen hiedelmek lehet-

nek például, hogy a betegség nem komoly, hogy a hosszú távú negatív következmények nem érintik majd őket (a betegeket), vagy hogy tünetmentes állapotban nem szükséges a kezelés. Gyógyszer-szedés kapcsán a mellékhatásoktól való félelem, az adagolás, illetve előírások betartásának nehézségei (főleg, ha többféle gyógyszert is kell szedni), pénzügyi okok, valamint a betegségtudat gondolata növelheti a non-adherenciát (Cook et al. 2007; Solomon et al. 2012).

Ahogy azt az előző részben már említettem, a hosszan tartó, krónikus betegségek megfelelő kezelésének elhanyagolása egyrészt hatással van a beteg egészségére, másrészt az egészségügyi költségvetést is megterheli (Valkusz 2013). Mindezen tényezők indokolják, hogy a problémával – az egészségügyben jelen lévő non-adherencia jelenségével – foglalkozunk, az adherencia növelésére hatékony módszer(ek)e)t találjunk.

2.3. Az adherencia növelésének lehetőségei és szempontjai²

A non-adherencia jelentős probléma az egészségügyben, amelynek megoldására többféle módszert próbálnak alkalmazni. A megközelítések egyik nagy csoportja a betegoktatáson alapul, lényege a betegségről, illetve annak kezeléséről való információnyújtás. A kutatások azonban arra utalnak, hogy az ilyen – tudásalapú – megközelítések kevésbé sikeresek az adherencia növelésében. Mivel azonban a non-adherencia okai pszichológiai jellegűek, a megoldás is a pszichológiai alapú megközelítésekben rejlik, amelyek sikeresek lehetnek a beteg egészségmagatartásának megváltoztatásában (Ang et al. 2007; Cook et al. 2007). Általánosságban az átfogó, mind kognitív, mind viselkedésbeli jellemzőket alkalmazó beavatkozás a leghatékonyabb, önmagában a betegoktatásnak csak csekély és átmeneti hatása van a gyógyszer-szedéssel kapcsolatos adherenciára (Lee et al. 2009). A kutatások a pszichológiai tanácsadás két módszerének hatékonyságát támogatják: a motivációs interjúút (MI, 3. pontban részletezve) és a kognitív viselkedésterápiás beavatkozásokét (Cook et al. 2007). A legfontosabb különbség az MI és a kognitív viselkedésterápia között a következő: az MI lényegét úgy lehet összefoglalni, hogy az egyént a magatartás megváltoztatásával kapcsolatos kétségeinek feloldásában segítse – nem pedig az egészségesebb életvitelhez szükséges kognitív, érzelmi, megküzdési és viselkedési jártasság megszerzésében. Sokan nem azért vallanak kudarcot a változásban, mert nem képesek rá, hanem mert még nem döntöttek el, hogy meg akarnak változni (Anstiss 2009).

A pszichológiai megközelítések lényege a beteg kezeléssel kapcsolatos motivációjának növelése, problémamegoldás az adherencia akadályainak leküzdéséhez, a beteg önálló hatékonyságának a növelése, valamint a beteg segítése azon készségek gyakorlásában, amelyek lehetővé teszik, hogy saját problémáját önállóan tudja irányítani (Cook et al. 2007).

Mindezek a szempontok megjelennek az úgynevezett motivációs interjú módszerében.

3. Motivational Interviewing – motivációs interjú (MI)

A motivációs interjú kidolgozása William R. Miller nevéhez fűződik, aki 1983-ban fogalmazta meg a módszer eredeti klinikai jellemzését. Az MI-t kezdetben a pszichológia területén, az addikciók kezelésére használták, az egészségügyben való alkalmazása Miller későbbi szerzőtársa, Stephen Rollnick nevéhez fűződik (Miller–Rose 2009).

Az MI egy empirikusan alátámasztott, elméletében konzisztens megközelítés, amely javítja a terapeuta-beteg interakció minőségét. A módszer rövid meghatározása szerint az MI egy egyén-központú útmutatás (irányítás, segítségnyújtás), amely a változtatáshoz szükséges motiváció előhívásán és megerősítésén alapul, célja az egészségmagatartás megváltoztatása (Anstiss 2009). Korlátozott számú kutatás vizsgálja csak, hogy ezt a változást az MI milyen hatásmechanizmussal éri el, de az eddig feltárt bizonyítékok arra utalnak, hogy a terapeuta által alkalmazott technikák befolyásolják a kliens viziten megjelenő viselkedését, ez pedig hatással van az eredményekre/ki-menetelre (Copeland et al. 2015).

² Az adherencia növelését célzó, szignifikáns hatással bíró beavatkozások csoportosítását I. Dulmen et al. 2007.

Az MI szellemisége (MI spirit) három jellemzőt foglal magában: az *együttműködés*, az *autonómia támogatása* (a beteg az aktív döntéshozó), valamint a beteg aggodalmainak és azok megoldási lehetőségeinek *előhívása, felidézése* (Anstiss 2009).

A fenti három jellemzőn kívül, négy fő elve van az MI-nek: (1) az *empátia kifejezése* (express empathy), (2) a *beteg önálló hatékonyságának támogatása* (support self-efficacy), (3) a „*sodródjunk az ellenállással*” (roll with resistance) és (4) az *ellentmondás felismertetése* (develop discrepancy) – a jelenlegi helyzet/viselkedés és a jövőbeni célok között (Anstiss 2009). Petrova és munkatársai (Petrova et al. 2015) tanulmányában egy ötödik elvet is említ: (5) *érvelés/fejtegetés elkerülése* (avoiding argumentation).

Az MI szellemisége és alapelvei hasonlóak az előző részben ismertetett pszichológiai megközelítések lényegi elemeihez.

Ahhoz azonban, hogy az MI szellemiségét és alapelveit a gyakorlatban is megvalósítsuk, elengedhetetlen a kommunikációs készségek fejlesztése, a kommunikációban való megfelelő jártasság megszerzése. Az alapvető kommunikációs stratégiák a következők: *nyitott kérdések* ügyes használata, jól időzített *megerősítések* közbeszúrása, a *reflektív meghallgatást/odafigyelést* tükröző rendszeres visszajelzések és a megértést közvetítő *összefoglalások* alkalmazása. Mindezen kommunikációs stratégiák alkalmazása segíti a beteget magatartása megváltoztatásával kapcsolatos kétségeinek a feltárásában és feloldásában (Anstiss 2009). Rollnick, Miller és Butler (2008) az MI egészségügyben való használatáról szóló könyvükben már csak három alapvető kommunikációs készséget említ: a *kérdésezést*, az *(oda)figyelést* és az *informálást*. Természetesen ezek a kategóriák összefüggenek a megelőző felosztással – a reflektív odafigyelést például rendszeres, rövid összefoglalások/visszajelzések alkalmazása által valósítható meg. Másrészt előfordulhatnak olyan helyzetek, amikor az egyes kommunikációs kategóriák nem választhatók el élesen egymástól.

A viselkedés megváltoztatását célzó egyéb stratégiákhoz képest a motivációs interjú előnye lehet, hogy kevesebb kontaktóráigényel a kezelés során, valamint hogy megfelelő képzésben részesülve a legtöbb egészségügyi szakember hatékonyan tudja azt alkalmazni (O'Halloran et al. 2014).

Bár a motivációs interjú – az egészségmagatartás megváltoztatására, a fizikai aktivitás növelésére, illetve a kezelés melletti elköteleződés mértékére, valamint a gyógyszeresedés adherenciájának növelésére vonatkozó – tényleges hatékonyságát vizsgáló tanulmányok (Knight et al. 2006; Ang et al. 2007; Chilton et al. 2012; Solomon et al. 2012; O'Halloran et al. 2014; Teeter–Kavookjian 2014) eredményei változatosak, összességében a módszer használata az egészségügy területén igéretesnek tűnik (Berkowitz–Johansen 2012).

Az előző részekben kifejtettek alapján kutatásom célja tehát: megvizsgálni, hogy az MI által javasolt, a terapeuta által alkalmazandó kommunikációs stratégiák nagyobb, illetve kisebb arányban való megjelenése az első vizit során mutat-e összefüggést a beteg (közvetlenül a vizit után kérdőív segítségével visszajelzett) motiváltságával, elégedettségével, terápia melletti elköteleződéssel, valamint a terápiához való adherenciájával. Hangsúlyozni szeretném, hogy nem az MI mint komplex megközelítés hatásvizsgálata a célom.

Az alapvető kommunikációs stratégiák (kérdés, odafigyelés, informálás) meghatározása után – és a teljesség igénye nélkül – nézzük, milyen (MI-től független) nyelvészeti és szociológiai megközelítési vizsgálatok születtek ezekre vonatkozóan a szakirodalomban. Az interakciók elemzésének egyik lehetséges módja a kvalitatív módszerekhez tartozó konverzációelemzés, amely – ellentétben az előre meghatározott kategóriák/kódok alapján dolgozó kvantitatív megközelítésekkel, amelyek esetében a kódolás során elvész a tartalom és a kontextus – az interakciók mélyebb, részletesebb vizsgálatát teszi lehetővé. A hangsúly nem azon van, hogy „mi” történik, hanem hogy „miért” és „hogyan” (Heritage–Maynard 2006; Lane 2012; Schaepe–Maynard 2014; Hilton et al. 2016). A konverzációelemzés lényegi elemeinek rövid ismertetése után a kérdések, illetve a diagnózis közlése (informálás) a két kiemelt terület, amellyel a következőkben foglalkozom. A kérdések, illetve a diagnózis közlése egyrészt viszonylag egyértelműen meghatározható, azonosítható megnyilatkozásokat foglalnak magukban (ellentétben pl. az odafigyelést jelző cselekvésekkel, amelyek nonverbális módon is történhetnek), másrészt besorolhatók az alapvető kommunikációs stratégiák kategóriái alá: kérdés és informálás. Továbbá, a kérdés beszédaktusa elengedhetetlen eleme az egészségügyi/orvosi vizitnek, (megfelelő) kérdések feltevése nélkül lehetetlen lenne a diagnózishoz vezető releváns és elegendő mennyiségű információ összegyűjtése a betegtől.

4. Konverzációelemzés³ – az egészségügyi kommunikáció kutatásának egyik lehetősége

4.1. A konverzációelemzésről általában

A konverzációelemzés Harvey Sacks – egy öngyilkosság megelőzési központba befutó – felvett telefonbeszélgetéseket elemző kutatásából fejlődött ki. Sacks és kollégái, Emanuel Schegloff és Gail Jefferson (Sacks et al. 1974, idézi Wooffitt 2005: 25) később elkezdték a mindennapi társalgásokat is elemezni. Abból a feltételezésből indultak ki, hogy a *fordulók* – a társalgás alapegysége, az egy beszélőtől származó, közvetlenül egymás után következő megnyilatkozásokat jelenti – rendezett, tervezett egységek, amelyek bizonyos cselekvéseket hajtanak végre az interakció során. Azaz a megnyilatkozások *szociális cselekvéseknek* tekinthetők: a társalgásokban megjelenő megnyilatkozások bizonyos cselekedeteket, tevékenységeket hivatottak beteljesíteni a társas érintkezés során anélkül, hogy megfogalmazásuk, illetve a mondat szerkezete ezt ténylegesen, közvetlenül kifejezné. Az orvosi vizitek során például a beteg kijelentő mondat által hajthatja végre a kérdés cselekvését, bizonyos tünetek orvosi magyarázatát igényelve a doktortól (*“My stools lately have seemed dark, and I’m wondering if that’s because I did start taking the vitamins with iron too, and I’m wondering if the iron in those vitamins could be doing it.”* – „Az utóbbi időben sötétnek tűnik a székletem, és azon tűnődöm, hogy ez amiatt lehet, hogy elkezdtem szedni a vitaminokat vassal együtt, és azon tűnődöm, hogy a vas azokban a vitaminokban csinálhatja ezt” [Maynard–Heritage 2005: 429]; a tanulmányban szereplő magyar nyelvű fordítások a szerző saját fordításai). A megnyilatkozás cselekvésként való értelmezése a szociális kontextus jellemzőiből ered, különösen a megnyilatkozásnak a beszélgetés szervezett *szekvenciájában* való elhelyezkedéséből. A szekvencia fogalmához, amely a cselekvések mintázatának szabályosságait takarja, a beszédfordulók kapcsolatainak vizsgálata vezetett (Sacks et al. 1974, idézi Wooffitt 2005: 25; Sacks 1987).

Léteznek ugyanis bizonyos, a társalgás szerveződése szempontjából fontos, párokban előforduló egységek, azaz *párszekvenciák*, *szomszédsági párok*. Ilyenek például az üdvözlés és a viszontüdvözlés, a kérdés és a válasz, a meghívás és az arra adott reakció vagy bizonyos cselekvésre való igény kifejezése és annak biztosítása/elutasítása stb. (Schegloff–Sacks 1973, idézi Stivers 2013: 192). Orvosi kontextusban például a *Hogy van?* kérdés és az erre adott válasz, a kórtörténet felvétele során feltett kérdések és az azokra adott válasz vagy a kezelésre vonatkozó ajánlások, illetve azok elfogadása, elutasítása (Maynard–Heritage 2005). A szomszédsági párok két, különböző beszélőtől származó, egymás után következő, rendezett fordulóból állnak, ahol az első rész bizonyos típusú második rész(ek)e)t követel meg (Schegloff–Sacks 1973, idézi Stivers 2013: 192). A második rész *feltételes relevancia* viszonyban áll az első résszel (Schegloff 1972, idézi Wooffitt 2005: 32), azaz annak elhangzása után a kiválasztott következő beszélőnek kötelező megszólalnia, továbbá a párnak az elvárt, megfelelő második részét biztosítania (vagy annak hiányáról magyarázatot adnia). A párszekvencia második része esetén beszélhetünk továbbá előnyben, illetve hátrányban részesített válaszokról – a társalgás során azonban általában a nem kívánt válaszok elkerülésére törekszünk (Tátrai 2011).

Nemcsak a párszekvenciák, hanem az egyes fordulók vizsgálata is fontos azonban, mert megmutatják, hogy a beszélő hogyan interpretálta a megelőző fordulót. Mindez segíti a párbeszéd résztvevői közötti kölcsönös megértés megalapozását, azaz az adott témára vonatkozó megértés, illetve tudás ellenőrzése, kifejezése lokálisan, fordulóról fordulóra történik (Schegloff 1992). Az orvosok különböző megjelenésű nyitó kérdéseire adott válaszadási minták mutatják, hogy a befogadó (a beteg) hogyan értelmezte azt: új problémára vonatkozik-e, vagy egy akut problémára, vagy miatt már előzetesen is járt ott a beteg, avagy egy visszatérő, krónikus problémáról van-e szó (Maynard–Heritage 2005).

³ Bár a konverzációelemzés előzménye a szociológiából eredő etnometodológia tudománya (Boronkai 2009), illeszkedik a nyelvészet tudományterületéhez tartozó pragmatikai szemléletbe. A nyelvészeti pragmatika az emberek nyelvhasználatát tanulmányozza, amely egyfajta viselkedésnek, szociális cselekvésnek tekinthető. A pragmatika tehát az összekötő kapocs a nyelvészet és a többi humán tárgy, valamint a szociológia tudományterülete között (Verschuereen 1999: 6–7). A pragmatikai szemlélet, illetve a konverzációelemzés részletesebb kifejtése (l. Verschuereen 1999; Boronkai 2009; Tátrai 2011) jelen tanulmánynak nem célja, illetve annak kereteit meghaladja.

Összefoglalva elmondható tehát, hogy a verbális interakció strukturált, amely leírható a megnyilatkozások által megvalósított cselekvések közötti kapcsolatokkal (Wooffitt 2005). Az interakciók rendezettsége, szervezettsége szempontjából nemcsak az a fontos, amit a résztvevők (ki)mondanak, hanem többek között a csend, a beszédben való átfedések, a hangok elnyújtása, valamint a légzés is szerepet játszanak a rendszerben. A konverzációelemzés célja az interakciókban megjelenő *szisztematikus strukturális rendszerezettség*re vonatkozó állítások megfogalmazása (Maynard–Heritage 2005).

4.2. Konverzációelemzés az egészségügyi kommunikáció vizsgálatában

Az orvos és a beteg közötti kapcsolatban, valamint a beteg gyógyulási folyamatában a kommunikáció minőségének nagyon nagy jelentősége van, kutatásában empirikus adatokra támaszkodó vizsgálatokra van szükség (Boronkai 2013). Míg korábban az orvosok részéről az autoriter viselkedés volt jellemző, mára megfogalmazódott az igény a partneri viszony kialakítására mind az orvos, mind pedig a beteg részéről. Fontos azonban megjegyezni, hogy az orvos és a beteg viszonya folyamatosan, egy-egy szituáción belül is dinamikusan alakul (Domonkosi–Kuna 2015), így az orvos nyelvi tevékenysége – nyelvi önmegalkotása – nagyban függ a vizsgált beszédhelyzettől (Kuna 2016). A konverzációelemzés az interakciók szekvenciális rendezettségének, a fordulók jellemzőinek a feltárása, a beszélőváltási stratégiák leírása által új szempontokkal gazdagíthatja az orvos-beteg interakciók elemzését (Boronkai 2013).

Az egészségügyi kommunikáció vizsgálatában alkalmazott konverzációelemzés célja annak megértése és dokumentálása, hogy *milyen* szociális cselekvéseket valósítanak meg a résztvevők az egészségügyben előforduló helyzetekben, valamint hogy *hogyan* alkalmazzák az interakciós eszközöket és a jelentést/értelmezést segítő gyakorlatokat céljaik elérésében (Gill–Roberts 2013). Az orvosi vizitek során például az, hogy adott szekvencia a találkozó melyik szakaszában hangzik el, segít a jelentés megalkotásában (Maynard–Heritage 2005). A vizsgálatok feltárják az egészségügyi helyzetek *általános szerveződési jellegzetességeit* (mint például az egészségügyi interakció különböző fázisainak alakulása), ezen különböző fázisokban a *cselekvések szerveződését* (például kórtörténet felvétele), a *szekvenciákat*, amelyek segítségével ezen cselekvések megvalósulnak (pl. kérdés–válasz szekvencia), valamint a *fordulóváltások/ beszélőváltások felépítését* ezen szekvenciákon belül (mint például a kérdések feltevésének módja) (Gill–Roberts 2013). Az orvosi viziteken vizsgálhatjuk például a nyitást/kezdést, a magyarázatokat, a fizikális vizsgálatot, a diagnózisa vonatkozó kijelentéseket. Általánosságban azonban elmondható, hogy az orvosi vizitekben megjelenő interakciós gyakorlatok a hétköznapi élet egyéb területeiről erednek, és az interakció szervezettsége az egyén és a másik személy közötti (hierarchikus, társadalmi) viszonyoktól függ (Maynard–Heritage 2005). Az orvos és a beteg közötti viszony aszimmetrikus és hierarchikus, ezért kommunikáció szempontjából az orvos-beteg találkozó formális szituációnak tekinthető (Domonkosi–Kuna 2015).

Az orvos-beteg kommunikáció elemzését megkönnyítheti, ha a találkozót – a vizit általános felépítését alapul vevő – alegységekre osztjuk. Az adott rész (pl. kórtörténet felvétel kontra kezelési javaslat) céljainak megfelelően ugyanis eltérő lehet az egyes szakaszokban jellemzően megjelenő kommunikációs minta. A konverzációelemzés alapfogalmainak rövid ismertetése után a következő részben az orvosi vizit felépítésével, illetve azon belül a kérdés és a diagnózis közlésének kommunikációs jellemzőivel foglalkozom.

5. Az orvosi vizit általános felépítése és azok kommunikációs jellemzői

Egy orvosi vizit alapvető egységei a következők (Heritage–Maynard 2006):

1. *Nyitás* (az interakciós kapcsolat megalapozása az orvos és a beteg között)
2. *A panaszok előadása* (a beteg elmondja a problémáit, az orvos felkeresésének okát)
3. *Vizsgálat*: verbális (kórtörténet felvétele) és/vagy fizikális
4. *Diagnózis*
5. *Kezelés*(i javaslat)
6. *Zárás*

Ezek a részek természetesen nem minden esetben határolhatók el élesen egymástól – a problémák előadása például összefolyhat a kórtörténet felvételével, továbbá egyes részek között szoros összefüggés áll fenn – az orvos nyitó kérdése maga után vonja a beteg problémaprezentációját.

Érdemes megjegyezni, hogy az orvosi vizit fent említett szakaszai párhuzamba állíthatók azzal a hét – orvos-beteg találkozás során megvalósítandó – alapvető kommunikációs feladattal, amely Kalamazoo-egyezmény néven vált ismertté. Ez az eredmény 1999-ben, egy szakértői bizottság munkája által, öt orvos-beteg kommunikációban alkalmazott modellt egyesítve jött létre. A hét kommunikációs feladat a következő (Makoul 2001):

- a. *Az orvos-beteg kapcsolat kiépítése* (1. fent 1.)
- b. *A beszélgetés megkezdése* (1. fent 1.)
- c. *Információgyűjtés* (1. fent 3.)
- d. *A beteg nézőpontjának megértése* (1. fent 2.)
- e. *Információ megosztása* (1. fent 4.)
- f. *A problémákkal és a kezelési tervvel kapcsolatos közös megegyezés elérése* (1. fent 5.)
- g. *Lezárás* (1. fent 6.)

Az orvos-beteg kapcsolat kiépítéséhez kapcsolódik Domonkosi és Kuna (2015) magyar nyelvű orvos-beteg interakciókat elemző kutatása, amelynek célja megmutatni, hogy a megszólítások, ezen belül a tetszikelő szerkezetek részt vesznek az orvos-beteg viszony alakításában. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a tetszikelés (döntően orvosok általi) használatának leggyakrabban a *közvetlen, kedves, barátságos, udvarias* és a *tiszteletteljes* stílusjegyek tulajdoníthatók. Kuna (2016) tanulmányában továbbá megmutatja, hogy az orvos énmegjelenítésének a módja, valamint nyelvi identitásképzése is befolyásolja az orvos-beteg közötti kapcsolat minőségét. Elemzésében a szerző arra az eredményre jutott, hogy – az orvos kommunikációjában megjelenő – a többes szám első személyű deiktikus elemek is közelítő stratégiaként értelmezhetők az orvos-beteg viszonyban (Kuna 2016: 328), azaz a T/1.-es formák a partneri kapcsolat megteremtéséhez járulnak hozzá. Szintén az orvos és a beteg közötti személyközi kapcsolat kiépítéséhez tartozik Kuna és Kaló (2014) az autoriter és a partneri viszony nyelvi megvalósulásait vizsgáló kutatása. Ennek során a szerzők közel 400 orvos-beteg interakció megfigyelése és elemzése alapján egy 68 kategóriát tartalmazó kódstruktúrát hoztak létre. Az autoriter és a partneri viszony nyelvi megvalósulásait vizsgáló kutatásukban az ő általuk megalkotott kategóriák között is szerepel többek között a *kérdések száma, mennyisége és minősége, az értés, megértés, egyetértés kifejeződése, a visszakérdések* arra vonatkozóan, hogy a beteg érti-e az elmondottakat, a *magyarázatok mennyisége és minősége, valamint az ismétlés és összegzés*.

A *nyitás (1.)*, *beszélgetés megkezdése b.* és a *kórtörténet felvétele (3.)* /*információgyűjtés c.* az a két fő rész, amelyben az előzőekben kiemelt egyik kommunikációs stratégia, a kérdés nagyobb szerepet játszik – nézzük tehát a kérdések jellemzőit részletesebben.

5.1. Kérdések jellemzői az orvos-beteg kommunikációban

Ahogy azt a 4.1. részben említettem, az interakciók során előfordul, hogy kijelentő mondat által hajtjuk végre a kérdés cselekvését. Felmerül tehát a probléma, hogy mitől válik egy megnyilatkozás kérdéssé a társalgások során. Úgy tűnik, hogy alapvetően három tényező járul ahhoz hozzá, hogy egy megnyilatkozás kérdésként funkcionáljon a párbeszédekben: a grammatika, a prozódia és a résztvevők közötti episztemikus aszimmetria (Hayano 2013).

A kérdő mondatok osztályozása azonban nem egységes, ugyanis a szerzők különböző szempontokat – formai, szemantikai, pragmatikai sajátosságok – vesznek felosztásuk alapjául. Keszler (2009) magyar nyelvű spontán beszédanyag alapján elemezte a beszélt nyelv kérdés-felelet típusait, amelyeket Kiefer felosztását (eldöntendő, kiegészítendő, választó, és nyitott kérdés) figyelembe véve, grammatikai-szemantikai szempontból jellemzett. A szerző megállapítja, hogy a spontán beszéd során a különféle kérdő mondatfajták összemosódása figyelhető meg, sok átmeneti esetel találkozhatunk, amelyek megnehezítik a kérdő mondatok felosztását. Ebből kifolyólag Keszler

a kérdő mondatok felosztásában csak a grammatikai forma figyelembevételét javasolja. Ez alapján a következőképpen osztályozza a kérdő mondatokat (Keszler 2009: 19–20):

- I. Kérdő névmásos (kiegészítendő) kérdés (pl. *Hogy sikerült?*)
- II. Kérdő névmást nem tartalmazó (eldöntendő) kérdés
 1. Kérdő intonációt tartalmazó kérdés
 - a) poláris kérdés (pl. *Voltál színházban?*)
 - b) választó kérdés (pl. *Busszal vagy vonattal mész?*)
 2. Kérdő intonációt nem tartalmazó (ereszkedő dallamú) kérdés – *-e* vagy *-ugye* partikula kötelező (pl. *Ugye eljöttek?*)

Ez a felosztás hasonlóságot mutat a Roter-féle interakcióelemző rendszer (Roter interaction analysis system – RIAS) kérdésekre vonatkozó kódolási eljárásával (Roter–Larson 2002). Ennek során egy kérdés nyitottként vagy zártként való kódolása függ mind annak szemantikai struktúrájától, mind pedig hangleadésétől, illetve a szóhasználat/megfogalmazás módjától.

Leegyszerűsítve, a kérdéseket két nagy csoportra, a nyitott és a zárt kérdésekre oszthatjuk, amely osztályozás alapvetően a kérdések szemantikai szerkezetére vonatkozik (Kiefer 1983; Schirm 2007; Varga 2015). Az előbbi nem, míg az utóbbi meghatározza/behatárolja a lehetséges válaszok halmazát, továbbá a nyitott kérdésekre hosszabb, míg a zárt kérdésekre rövidebb válaszok jellemzők. A zárt kérdések olyan információra kérdeznek, amely a beszélő számára fontos, a nyitott kérdések viszont a válaszadó számára fontos dolgok kifejtésére irányulnak (Rollnick et al. 2008). Ebből kifolyólag az orvosi kommunikációban a nyitott kérdések használatát javasolják (Robinson 2006; Rollnick et al. 2008; Tsai et al. 2014).

Az orvos-beteg találkozások során az orvosok egyik fő célja, hogy a lehető legteljesebb képet kapják a betegek problémáiról, amely alapján a diagnózis felállítása és a kezelés ajánlása megtörténik. Ezt a célt két kommunikációs probléma akadályozhatja: a rejtett/felszínre nem kerülő problémák és az orvos-beteg közötti egyetértés/összhang hiánya (non-concordance) (a fő problémát illetően a beteg és az orvos nézőpontja eltérő – különösen pszichoszociális természetű problémáknál) (Tsai et al. 2014).

Ezen kommunikációs problémák elkerülése érdekében a nyitott kérdések használata javasolt. A nyitott kérdések segítségével a beteg összes problémája feltárható – nemcsak a fizikai tünetek, hanem a beteg aggodalmai és elvárásai is. A teljes kép megismerése pedig lehetővé teszi az orvos számára, hogy a megfelelő diagnózist és kezelést nyújtsa a betegnek – mind az evidenciákat, mind pedig a beteg aggodalmai és elvárásait figyelembe véve – amely összességében egy betegcentrikus ellátást eredményez (Heritage–Robinson 2006; Tsai et al. 2014). Röviden fogalmazva tehát az 1. és 2. pontban említett pszichoszociális tényezők, valamint a háttérben rejlő, az adherenciát esetlegesen negatívan befolyásoló tényezők is felszínre kerülhetnek a nyitott kérdések használatával.

Az orvosi kommunikációban előforduló kérdéstípusok vizsgálatai azonban azt mutatják, hogy a nyitott, illetve zárt kérdések megkülönböztetése nem feltétlenül elégséges az eltérések leírására (Robinson 2006), a csoportosításnál figyelembe kell venni a kommunikációs helyzetet és a kontextust, azaz az adott kérdés pragmatikai vonatkozásait is (Schirm 2007, Tsai et al. 2014). Továbbá a betegek különböző típusú kérdésekre adott válaszait megvizsgálva megállapítható, hogy az igen-nem, valamint a „kijelentő” kérdésekre adható válaszok lehetőségei korántsem olyan behatároltak, mint azt korábban gondolták. Ellenkezőleg, az orvosok gyakran arra használják ezeket a kérdéstípusokat, hogy egy már meghatározott témát a beteg még részletesebben kifejtse, megerősítsen (Deppermann–Spranz–Fogasy 2011). (Részletesebben l. 5.1.2. rész.)

Az orvos-beteg kommunikáció során előforduló kérdések általános jellemzése után a különböző kérdéstípusok részletesebb ismertetése következik.

5.1.1. A kérdések felosztása

Tsai (2006) a következőképpen osztályozza a nyitott kérdéseket. Először is a nyitott kérdéseknek két alapvető értelmezése különíthető el: a *nem irányított* (non-directive/indefinite) és a *felderítő* (revealing/ventilating). A további csoportosítás három kategóriát: 1.) *általános*, 2.) *biomedikális/biofizikális* és 3.) *pszichoszociális* (l. 1. táblázat), valamint hat mondatformát azonosít, amelyek a követ-

kezők: 1.) kiegészítendő (wh-) kérdések, 2.) igen-nem kérdések: szintaktikailag zártak, de pragmatikailag nyitottak, 3.) általános felsorolás, 4.) mondatrészlet, 5.) állítás, és 6.) folytonosságjelölő (l. 2. táblázat).

1. táblázat. A nyitott kérdések három kategóriája Tsai (2006) alapján

Általános	Biomedikális/-fizikális	Pszichoszociális
<i>What problems bring you here today? (Milyen problémák miatt jött ma ide?)</i>	<i>What physical problems do you have? (Milyen fizikális problémái vannak?)</i>	<i>How do you hope I might help you today? (Mit remél, hogyan tudok ma segíteni Önnek?)</i>

2. táblázat. A nyitott kérdésekre jellemző mondatformák Tsai (2006) alapján

Kiegészítendő kérdések	<i>What discomfort do you have? (Mi a panasz?)</i> (biomedikális)
Igen-nem kérdések	<i>Do you have (any) other problem? (Van (bármilyen) más problémája?)</i> (általános)
Általános felsorolás	<i>Do you have anything like hypertension, diabetes? (Magasvérnyomás, diabetes vagy bármilyen hasonló betegség?)</i> (biomedikális)
Mondatrészlet	<i>Anything else? (Bármilyen más/egyéb?)</i> (általános)
Állítás	<i>Tell me all the problems you have. (Mondja el nekem az összes problémáját.)</i> (általános)
Folytonosságjelölő	<i>And? Then? (És? Aztán?)</i> (általános)

5.1.2. Kérdések a vizit különböző szakaszaiban (nyitás – problémák előhívása, kórtörténet felvétele)

Az orvosok által megfelelően alkalmazott kérdezői és kommunikációs technikák jelentősége egyrészt abban rejlik, hogy a különböző kérdésfeltevési módok befolyásolják, korlátozzák a betegek válaszait, és ez a tényező hatással lehet a vizit kimenetelére – a megfelelő diagnózis, illetve kezelés szempontjából. Másrészt pedig a megfelelő kommunikációs technikák alkalmazása – főleg amelyek az első benyomást alakítják – hatással van a betegek megelégedettségére, és ez a tényező összefügg a beteg orvosi tanács betartására vonatkozó hajlandóságával (Robinson 2006).

Az orvos által feltett kérdés formája hatással lehet arra, hogy a beteg hogyan adja elő a panaszait. A feltételes relevancia elve alapján a kérdések formája (grammatikai felépítésük, milyen aktust valósítanak meg, és a rájuk adandó válaszok preferencia szerinti szervezése) behatárolja a válasz formáját, és meghatározza azon tényezőket, amik egy minimálisan „teljes” válaszhoz szükségesek. Például a „What is going on today?” (Mi a helyzet ma?) kérdés a jelenleg tapasztalt egészségügyi problémák ismertetését kívánja meg válaszként a betegől, ezáltal behatárolja a válaszadási lehetőségeket (Heritage–Robinson 2006).

A nyitás és a problémaprezentáció előhívása. Általánosságban elmondható, hogy a betegek szignifikánsan elégedettebbek az orvos odafigyelő viselkedésével és pozitív affektív kommunikációjával, ha az orvos általános érdeklődő kérdéssel indítja a problémaprezentációt (a megerősítést igénylő kérdésekkel szemben) (Robinson–Heritage 2014).

Robinson (2006) szerint az orvosok nyitó kérdéseit meghatározza, hogy a beteg milyen problémával fordult hozzájuk. Alapvetően háromféle ok különböztethető meg (mind a betegek, mind az orvosok részéről): 1.) *új keletű problémák*, 2.) *kontrollvizsgálat* és 3.) *krónikus állapottal kapcsolatos problémák (rutinvizit)*. Nyilvánvaló, hogy ez a három alapvető csoport más és más célokat és feladatokat tűz az aktuális vizit elé, ezáltal az interakciós helyzetek is eltérőek lesznek.

Az orvosok által alkalmazott kérdések formája – amelyek szerepe a beteg problémaprezentációjának előhívása – elárulja, hogy az orvos miként értelmezi a betegek indokait, amelyek miatt

segítséget kerestek. A probléma fajtájának megfelelő formájú kérdés feltevése hatással van mind az elkövetkezendő kommunikáció tartalmára, mind pedig a betegek benyomására az orvos kompetenciájára és hitelességére vonatkozóan – ezáltal pedig a beteg megelégedettségére is.

Új keletű problémákra vonatkozó kérdések esetén az orvos számára ismeretlenek, újjak a beteg problémái, a kérdés megformálása az előzetes tudás hiányát kommunikálja. Például: *What can I do for you today? (Mit tehetek ma Önért?), What brings you in to see me? (Miért akart találkozni velem?), How can I help you today? (Hogyan tudok ma segíteni Önnek?), What's going on today? (Mi a helyzet ma?), What's the problem? (Mi a probléma?).* Ezeknél a típusú kérdéseknél a beteg számára is nyilvánvaló, hogy az orvos kérdése új problémákra vonatkozik.

Kontrollvizsgálat esetén a kérdések formájára három dolog jellemző: 1.) megmutatják, hogy az orvos tisztában van bizonyos problémával, 2.) gyakran az adott probléma értékelésének, az állapotra vonatkozó legfrissebb információk előhívásának cselekvését hajtják végre, és 3.) ezáltal magukban foglalják az információt, miszerint az orvosnak vannak az adott problémára vonatkozó megelőző tapasztalatai. A kérdések tehát azt kommunikálják, hogy az orvos tisztában van azzal, hogy a beteg a panaszaival kontrollvizsgálatra jött. Például: *How is it? (Milyen?) How are you feeling? (Hogy érzi magát?).*

Krónikus állapot esetén a betegek rendszeresen járnak orvosi vizitre, tehát az alapvető problémák ismertek az orvosok számára, ugyanakkor új problémák is felmerülhetnek. A *What's new? (Mi az újdonság?)* kérdés mindkét tényezőt megcélozza. Kifejezi az orvos tudását, miszerint 1.) a betegnek már ismert problémája van, 2.) a betegnek lehetnek új problémái is, 3.) az ismert és az új problémákat elkülöníti egymástól, és 4.) mind az ismert, mind az új problémák lehetnek fontosak (Robinson 2006).

Heritage és Robinson (2006) öt alapvető kérdéstípust azonosítottak, amelyek a probléma prezentálását kezdeményezik.

Az első típusba tartoznak az *általános, érdeklődő kérdések*, amelyek egy agnosztikus állapotot mutatnak a beteg orvosi ügyének pontos mibenlétével kapcsolatban. Tulajdonképpen ezek az új keletű problémák esetén a megfelelő formájú kérdések (l. fent).

A második típus a *megerősítést igénylő kommentáló kérdések* (gloss for confirmation). A panaszokra vonatkozó előzetes tudást foglalnak magukban, amely a beteg részéről igen-nem választ, azaz megerősítést vagy ellentmondást vár releváns reakcióként. Határt szabnak tehát a problémák prezentálásának, bár valamilyen szinten lehetőséget is biztosítanak a betegnek, hogy jobban kifejtse, pontosítsa az információt. Például: *Sounds like you're uncomfortable (Úgy hangzik, nem érzi jól magát).* Ez a típus Deppermann és Spranz-Fogasy (2011) csoportosításában tulajdonképpen a „kijelentő” kérdések kategóriájának feleltethető meg (l. később).

A harmadik típus a *tünet(ek) megerősítésére vonatkozó kérdések*. Az előzőhöz hasonlóan itt is a megerősítés/ellentmondás a megfelelő következő reakció, de amíg a második típus a problémákra általánosságban, nagy vonalakban kérdez rá, a harmadik típus konkrét tüneteket érint. Ez a típus még jobban korlátozza a beteget problémájának kifejtésében. Tulajdonképpen a problémaprezentáció összefoglalásának tekinthető. Például: *All right. So having headache, and sore throat and cough with phlegm for five days? (Rendben. Tehát fáj a feje, és a torka, és váladékosan köhög öt napja?)*

Negyedik típus: *Hogy van? kérdések*. Jellemzőjük, hogy inkább általános értékelést várnak válaszként, nem pedig problémaprezentációt. Kétértelmű lehet tehát a beteg számára, hogy az orvos milyen értelemben használta a kérdést: nem orvosi, általános állapota felől való érdeklődésként, vagy az egészségügyi állapotáról szeretne hallani. A betegek gyakran mindkét értelmezésre reagálnak válaszolnak, vagy éppen félreértik, és nem a megfelelő értelmezés szerint válaszolnak.

Ötödik típus: *körtörténet felvételére vonatkozó kérdések*. Ezen kérdések átugorják a problémaprezentációt, a körtörténet felvételéhez kapcsolódó információgyűjtő, zárt kérdések, amelyek erősen korlátozzák a beteg válaszadási lehetőségeit (l. később Deppermann és Spranz-Fogasy [2011] körtörténeti kérdésekre vonatkozó csoportosítását).

Az első három típusú kérdést összehasonlítva a szerzők, Heritage és Robinson (2006), arra jutottak, hogy az első típusú kérdések (általános érdeklődés) szignifikánsan hosszabb problémaprezentációt vontak maguk után, mint a második, illetve harmadik típusú (megerősítést igénylő) kérdések. Ennek következtében az első típusú kérdések által előhívott problémaprezentáció szignifikánsan nagyobb eséllyel tartalmaz több mint egy meglévő tünetet – a második és harmadik típusúhoz képest.

Ahogy azt az előzőekben már említettem, az orvos-beteg találkozások során a problémák korai, teljes feltérképezése szükséges a megfelelő diagnózis és kezelés kialakítása érdekében. A betegek kb. 40%-a több mint egy problémával jelentkezik az akut alapellátásban, amely problémák nagy része csak a vizit vége felé kerül felszínre. Fontos lenne ezeket a panaszokat időben megcélolni, mivel egyrészt lehet, hogy súlyos problémáról van szó, másrészt mert ez javítaná az orvos-beteg kapcsolatot. Továbbá a betegek „felszínre nem került problémái” ezen – meg nem tárgyalt – panaszok romlásához vezethetnek, ezáltal a beteg szükségtelen aggodásához járulnak hozzá, illetve további viziteket tehetnek szükségessé, amelyek költségesek mind a beteg idejét, mind a korlátozott orvosi erőforrást tekintve (Boyd–Heritage 2006; Heritage et al. 2007). Az eddigiek alapján már világossá vált, hogy a nyitott kérdések alkalmazása növeli annak valószínűségét, hogy az orvos teljes képet kapjon a beteg problémáiról – a betegek ugyanis nem mindig vannak tudatában, vagy nem vesznek tudomást a fő problémáikon kívüli egyéb egészségügyi témákról, hacsak nem kapnak explicit bátorítást azok kifejtésére (Tsai et al. 2014). Mindezen általános megfontolásokon túlmenően azonban fontos lehet a kérdésen belüli konkrét szóhasználat, illetve szóválasztás is.

Heritage és munkatársai (Heritage et al. 2007) tanulmányukban két – a fő problémák prezentációja után feltett – kérdéstípus (*Is there [some/anything] else you would like to address in the visit today?* – *Van bármi/Nincs más, amivel foglalkozni szeretne a mai viziten?*) hatásait vizsgálta a rájuk adott válaszok szempontjából. Bár kérdésekben mind az *any*, mind a *some* előfordulhat, az előbbi negatív pólusú, azaz kijelentő mondatokban tagadáshoz társul, míg az utóbbi pozitív pólusú, azaz állító kijelentő mondatokban fordul elő. Ez a polarizáltság – amennyiben kérdő mondatokban fordulnak elő a fenti szavak – közvetlenül befolyásolhatja a kérdésekre adott válaszokat. Azon betegek közül, akik több mint 1 panaszt soroltak fel az előzetes kérdőívben, a SOME-formájú kérdésre válaszolók szignifikánsan több állítást fogalmaztak meg, mint az ANY-formájú kérdésre válaszolók. Ez az „apró” szöcsere tehát a „felszínre nem került problémák” számának csökkenését eredményezte. A vizitek időtartamát szignifikánsan egyik kérdésfeltevési mód sem befolyásolta.

Kórtörténet felvétele. Az orvos-beteg interakció alapvető feladata, hogy miután a beteg elmondta a problémáit, az orvos a diagnózis felállításához minden szükséges információt összegyűjtson magáról a problémáról, illetve annak kórtörténetéről. Ezt a szakaszt lényegében az orvos kérdései irányítják.

A kérdésekről általában elmondható, hogy nem pusztán bizonyos információ(ka)t igényelnek a válaszadótól, hanem közös jellemzőjük, hogy bizonyos korlátokat szabnak a válaszadó számára. Az orvosok által feltett kérdésekre is jellemző tehát, hogy: 1) meghatároznak bizonyos *tárgypontokat* a beteg válaszára vonatkozóan – mind a felvetett *témát*, mind a válaszadó által megvalósítandó *cselekvéseket* illetően; 2) bizonyos *feltételezéseket* tartalmaznak a beteg életkörülményeire, egészségügyi állapotára, illetve egészségügyi ismereteire vonatkozóan (mindezek kifejezésében az explicitéség különböző fokozatai figyelhetők meg); és 3) bizonyos preferenciákat foglalnak magukban a válasz típusára vonatkozóan (l. 4.1. részben a párszkevenciákról). A beteg válaszában elfogadhatja vagy ellenállhat (vagy teljesen elutasíthatja) ezen tényezők valamelyikét vagy akár mindegyikét. A kérdések hordozzák továbbá az orvos lehetséges válaszokra vonatkozó episztemikus állapotát (Boyd–Heritage 2006; Deppermann–Spranz–Fogasy 2011; Hayano 2013).

Deppermann és Spranz-Fogasy (2011) azt találták, hogy a három alapvető szintaktikai szerkezetű kérdés (kérdőszóval kezdődő – kiegészítendő [wh-] kérdések, igével kezdődő – eldöntendő [V1-] kérdések, és „kijelentő” kérdések) különböző lehetőségeket nyújt az orvosnak a megértés kifejezésére, vagyis arra, hogy a beteg megelőző fordulóját hogyan értette/értelmezte. Mindegyik típus meghatározott viszonyt fejez ki a között, amit az orvos már ismertként/tudottként kezel, és amit még meg kell tudnia a betegtől. Tehát annak ellenére, hogy az orvos által feltett kérdések célja a beteg válaszában előhívása, vitathatatlanul tartalmaznak bizonyos előfeltevéseket a már meglévő tudásról, illetve az orvos feltételezéseiről, továbbá preferenciát fejeznek ki a megfelelő válasz irányában.

Kiegészítendő (w(h)-) kérdések. A hiányzó ismeret mibenlétének kategóriáját jelöli ki.

Eldöntendő (V1-) kérdések. Más szóval (az adandó válasz szempontjából) igen-nem kérdések. Több feltételezett ismeretet foglalnak magukban, mint a kiegészítendő kérdések. Nem azt mutatja, hogy bizonyos információ hiányzik az ismeretek közül, hanem hogy az adott információ episztemikus státusa még nem meghatározott, bizonytalan – a beteg feladata, hogy válasszon a kérdező által megállapított lehetséges feleletek közül. Sok esetben azonban a kérdés valamelyik alternatíva felé való

eltolódást mutathat, tehát preferenciát fejez ki a megfelelő válasz irányában: a pozitívan megfogalmazott (pozitív polaritású) igen-nem kérdésre az „igen”, míg a negatívan megfogalmazottra (negatív polaritású) a „nem” az elvárt válasz. Ez a negatív polaritású kérdéseknél a legnyilvánvalóbb (*Any chest type pain? – Van valami mellkasi jellegű fájdalom?*) [Boyd–Heritage 2006]).

„Kijelentő” kérdések. Szerkezetük olyan, mint a kijelentő mondatoké, tehát szintaktikailag nem jelöltek kérdésként. Ez a típus még több feltételezett ismeretet foglal magában. Olyan állítást jelenít meg, amely nemcsak lehetséges, hanem a legvalószínűbb. Az eldöntendő kérdésekkel ellentétben nem egy állítás igazságértékét szeretné kideríteni, hanem az állítás jóváhagyását feltételezi, tehát a megerősítésre irányuló komoly preferenciát mutat. Heritage és Robinson (2006) korábban ismertették – a problémaprezentáció kezdeményezésére irányuló kérdésekre vonatkozó – felosztásában ez a megerősítést igénylő kommentáló kérdések (gloss for confirmation) típusának feleltethető meg.

A kijelentő kérdések is erősen polarizálhatók mind pozitív, mind pedig negatív irányban *You have your gall bladder? (Epehólyagja meg van?)*, *No heart disease? (Nincs szívbetegsége?)*. Ezek a példák a kórtörténet felvétele során alkalmazott rutinkérdések közé tartoznak, amelyek sokszor úgy fogalmazódnak meg, hogy a „nincs probléma” típusú választ részesítik előnyben. Az interakciók két alapelve húzódik ugyanis meg a kórtörténetfelvétel rutinkérdései mögött: az optimalizálás elve és a befogadó szempontúság/befogadóra szabottság elve (Boyd–Heritage 2006).

Deppermann és Spranz-Fogasy (2011) vizsgálatában az orvosok a „kijelentő” kérdéseket a beteg megelőző fordulónak megismétlésére, újra- vagy átfogalmazására/kifejezésére használják, megalapozva ezáltal a kölcsönös megértést. Továbbá az orvos általi megfogalmazás kiemelhet bizonyos releváns szempontokat a beteg elbeszéléséből. (Ez tulajdonképpen az odafigyelést tükröző reflexióknak, rövid összefoglalásoknak felel meg az MI-ben).

A „kijelentő” kérdések három fajtáját különítik el a szerzők: ismétlő, parafrázáló és magyarázó. Az utóbbi a beteg implicite kifejezett érzelmi, és motivációs állapotát teszi explicitté az orvos általi megfogalmazásban, szerepe tehát az empátia kifejezése, a betegség pszichológiai oldalának fontosságát is figyelembe veszi (Az MI-ben a komplex reflexiónak felel meg [Rollnick et al. 2008]).

A kérdések eloszlásában sorrendiség figyelhető meg: a legkevesebb előzetes ismeretet feltételező kiegészítendő (w(h)) kérdésektől, vagy eldöntendő (V1) kérdésektől a megerősítést váró „kijelentő”-kérdések felé haladva. Az orvos a kérdéses módja által egyre inkább behatárolja a releváns problémák és tünetek területét, egyre jobban korlátozva ezáltal a lehetséges válaszok körét. Továbbá míg a kiegészítendő (w(h))- és eldöntendő (V1) kérdések jellemzően megnyitják a kórtörténetfelvétel során a témaszekvenciákat, addig a „kijelentő” kérdések a már elért megértést ellenőrzik, valamint lezárják a témaszekvenciákat (Rollnick et al. 2008; Deppermann–Spranz-Fogasy 2011).

Összességében elmondható, hogy a kérdés-válasz szekvenciák kokonstrukciók, ahol bár az orvos kérdései korlátozhatják, de nem döntenek el / határozzák meg a beteg válaszait. Habár a kórtörténet felvétele során a kérdéseket minél objektívebb, illetve neutrálisabb módon célszerű feltenni, a kérdések megfogalmazása, sorrendje, illetőleg az interakcióban való elhelyezésük elkerülhetetlenül kifejezi az orvos megértését/tudását, valamint aggodalmait/törődését a beteggel kapcsolatban, és ez az orvos és a beteg közötti sajátságos szociális kapcsolat kialakulásához járul hozzá. A beteg számára ugyanis a megfelelő nyitott kérdés személyes érdeklődést és törődést fejez ki (Boyd–Heritage 2006; Rollnick et al. 2008).

A kikérdezésben rejlik tehát egy paradoxon: ahhoz, hogy az orvos kapcsolatot alakítson ki a beteggel, elengedhetetlen az előzetes feltételezések és elvárások kommunikálása (mind önmagára, mind a betegre, mind pedig a kettőjük közötti kapcsolatra vonatkozóan), amelyek azonban finoman alakíthatják a betegek válaszait (Boyd–Heritage 2006).

A kérdések áttekintése után a diagnózis közlésének lehetőségeit ismertetem röviden.

5.2. A diagnózis közlésének jellemzői

A diagnózis közlése tulajdonképpen egyfajta információnyújtás az orvos részéről a beteg felé. Ha a beteg informálása nem zajlik megfelelően (természetesen nemcsak a diagnózis, hanem pl. egyéb tények, javaslatok ismertetése, magyarázata is az informálás körébe tartozik), az az adherencia alacsonyabb szintjét eredményezheti.

Fontos azonban szem előtt tartani, hogy az orvos-beteg konzultációk alapvetően két olyan fél között zajlanak, akik bár különböző módokon, de egyaránt rendelkeznek bizonyos tudással, elképzelésekkel az adott problémát illetően – a páciensnek is megvan ugyanis a saját véleménye a betegség kialakulását, természetét, illetve a lehetséges gyógymódokat illetően. A találkozóknak tehát fontos része a különböző nézőpontok, a diagnózis, valamint a kezelés megbeszélése és ideális esetben ezen különböző nézőpontok közlése/egyesítése – az MI szellemiségét használva tehát ebben a szakaszban is fontos a beteg autonómiájának támogatása (1. 3. rész).

Nem elég pusztán a szakmai információk átadása, hanem az interperszonális kapcsolat fenntartása is fontos – tulajdonképpen tehát nem információnyújtásként, hanem *információcsere*ként kellene értelmezni és alkalmazni a diagnózis közlését (Peräkylä 2006; Rollnick et al. 2008).

A kezeléssel kapcsolatban is fontos a közös döntéshozatal – ebben az esetben ugyanis jobbak a kimeneti eredmények a beteg megelégedettségét, egészségét, illetve mentális jólétét tekintve. Stivers (2006) azt találta például, hogy az orvos-szülő interakcióban a kezelési javaslat pozitív megfogalmazása kevésbé váltott ki ellenállást a szülőknél ahhoz képest, amikor az orvos egy bizonyos kezelés ellen (negatív) tett javaslatot.

Peräkylä (2006) azt találta, hogy a diagnózis közlésekor – adott betegség megnevezésekor – az orvos három különböző módon mutathatja meg a kapcsolatot az adott diagnózis és az orvosi okfejtésben/érvelésben használt bizonyítékok/leletek között.

Egyszerű állítás. A diagnózis pusztán közlése anélkül, hogy az orvos ismertetné az érvelés menetét, amelyen a diagnózis alapul. Az orvos beszédmódja azt implikálja, hogy a tudásra való jogalapja magától értetődik. Első ránézésre az orvos és a beteg közötti autoritatív viszonyhoz illeszkedik, mindazonáltal lehetnek olyan helyzetek, amikor nem ez a megfelelő értelmezés. Az orvos olyankor is közzölheti a diagnózist egyszerű állítás formájában, amikor a bizonyíték ténylegesen jelen van, elérhető a beteg számára – például közvetlenül valamilyen vizsgálat után. Ez a tényező azonban nem jelenti azt, hogy a beteg ugyanúgy értelmezi (egyáltalán értelmezni, használni tudja) a rendelkezésre álló információkat, mint az orvos.

Nem explicit utalás a bizonyítékokra (vizsgálati eredményekre). Történik utalás bizonyos következtetési folyamatra, de a folyamat részletei nem kerülnek kifejtésre. Az ilyenkor megjelenő igék *a to appear (tűnik), to seem (látszik), to feel (éreződik)* – érzékelésen alapuló megfigyelések, valamint az azokra alapozott következtetések, amelyek eredménye a diagnózis. A bizonyíték (vizsgálati eredmény) részleteit azonban az orvos nem pontosítja/határozza meg. Mindazonáltal az így megfogalmazott diagnózis nem fejez ki olyan szintű bizonyosságot, mint az egyszerű állítás.

A bizonyítékok explicit kifejtése (következtetési folyamat, levezetés). A diagnózis közlése előtt vagy után az orvos részletezi a bizonyítékok/vizsgálati eredmények/leletek bizonyos jellemzőit, amelyre a diagnózist (következtetését) alapozza. (A diagnózis közlése előtti helyzetekben elképzelhető, hogy Spranz-Fogasy [2014] elemzése szerint ezek az esetek inkább prediagnosztikus állításoknak tekinthetők.) Ezekben az esetekben az orvos körülírja bizonyos megfigyeléseit, amelyeket bizonyítékként használ a diagnózis közléséhez. A bizonyíték explicit kifejtése által az orvos érvelése egy részét elérhetővé teszi a beteg számára, ezáltal az okfejtés megértő befogadjává teszi őt. (A betegnek bemutatott bizonyíték ugyanakkor nem feltétlenül egyezik meg azzal, amit az orvos ténylegesen felhasznált az érvelési folyamatban.)

A nem explicit utalás, illetve az explicit kifejtés az alábbi helyzetekben fordul elő: 1) ha időben nagyobb a távolság a vizsgálat és a diagnózis közlése között, vagy 2) ha nem tiszta, hogy a vizsgálat mely részei relevánsak a diagnózis megalkotásában, 3) ha az orvos nem biztos a diagnózisban, illetve 4) ha a diagnózis ellentmondásos – az orvos és a beteg diagnózisra vonatkozó nézetei nem egyeznek meg.

A diagnózis közlésének módjaival kapcsolatosan mind ez idáig kevesebb kutatás született, mint a viziten megjelenő kérdésfeltevési stratégiákkal kapcsolatban. A téma részletesebb felderítése további kutatásokat kíván. A képet árnyalja azonban, hogy míg a kérdésfeltevés egy általános célt szolgál az orvosi vizitek során (megfelelő mennyiségű és minőségű információ begyűjtése a megfelelő diagnózishoz), addig a diagnózis mibenléte (kezelhető, vagy gyógyíthatatlan, rövid vagy hosszú távú probléma) befolyásolja a megfelelő közlési módot.

6. Összegzés és javaslatok

Dolgozatomban áttekintést nyújtottam arra vonatkozóan, hogy miért fontos a megfelelő, hatékony kommunikáció elsajátítása és alkalmazása az egészségügyben. Az általam bemutatott motivációs interjú alapelveinek, illetve azon belül is a javasolt kommunikációs stratégiáknak az indokoltságát és megalapozottságát a nyelvészet és a szociológia tudományterületéről származó vizsgálatok eredményei is megerősítik.

Összefoglalva elmondható, hogy a nyitott és a zárt kérdések (szemantikai szerkezetük alapján történő) megkülönböztetése nem tükrözi megfelelően az orvosi viziten előforduló kérdéstípusokat. A hagyományosan a zárt kérdések közé sorolt mondatformák (pl. a kiegészítendő és az eldöntendő kérdések) az adott kommunikációs helyzetben – orvosi vizit – nyitott kérdésként funkcionálnak. Fontos tényező továbbá, hogy a megfelelő formájú nyitott kérdéseknek a vizit megfelelő szakaszában való alkalmazása hozzájárul a problémák korai és teljes feltérképezéséhez – amely elengedhetetlen a diagnózis és a kezelés kialakításához –, valamint az orvos és a beteg közötti személyes kapcsolat kialakításához. A diagnózis közlési módjai tovább erősíthetők, avagy gyengíthetők ezt az interszociális kapcsolatot, a megfelelő információnyújtás, illetőleg a beteg egyenrangú partnerként való kezelése hatással lehet a beteg későbbi terápiahűségére.

A téma jelentősége, hogy a megfelelő kommunikációs stratégiák alkalmazása pozitívan befolyásolja a szakember és a beteg közötti kapcsolatot, a betegcentrikus hozzáállás pedig úgy tűnik, elősegíti a betegek elégedettségi szintjének, motivációjának és a terápiához való adherenciájának a növelését. Ezen feltételezés bizonyítása azonban további vizsgálatokat kíván. Az orvos-beteg interakciók nyelvészeti elemzése – a terapeuta kommunikációjának a módja és a beteg későbbi elégedettsége, illetve viselkedése közötti összefüggések feltárása – hozzájárulhat a megfelelő, hatékony kommunikációs stratégiákra vonatkozó ajánlások megfogalmazásához, ezen keresztül pedig a beteg adherenciájának növeléséhez és a kezelések sikeresebb (nem pusztán biomedikális tényezőkön alapuló) kimeneteléhez.

Jövőbeni kutatásom ehhez kíván hozzájárulni – fő célja, hogy megvizsgálja a terapeuta (gyógytornász) által alkalmazott kommunikációs stratégiák és a beteg viselkedésének, attitűdjének (különös tekintettel az adherenciára) összefüggéseit. Hasonló kutatás Magyarországon még nem született.

Hilton és munkatársai (Hilton et al. 2016) ajánlása alapján (amely egyébként az MI során megjelenő nyelvhasználat hatásmechanizmusának pontosabb és mélyebb megértésére vonatkozik) mindehhez a terapeuta és a beteg közötti első interakció – amelyet hangfelvétellel rögzítünk – kvalitatív, induktív megközelítéssel történő elemzése szükséges.

Az elemzés feltárhat az adatokban megjelenő bizonyos mintázatokat, amelyek alapján teljesen kialakítható, pontosítható, illetve módosítható a vizsgálandó jelenség – a független változó. Hosszú távon, kellő mennyiségű adat összegyűjtése és elemzése (számítógépes szoftver segítségével) lehetőséget teremthet egy későbbi kvantitatív vizsgálat elvégzésére és a kvalitatív elemzés alapján meghatározott kategóriák statisztikai elemzésére. Robinson és Heritage (2014) tanulmányukban leírják, hogy a konverzációelemzés módszere hogyan illeszthető a randomizált kontrollált vizsgálatok (RCT) preintervenciós és intervenciós fázisaiba. Az általuk leírtak alapján – annak párhuzamára – elképzelhető és megtervezhető lenne egy RCT-kutatás, amely a kommunikáció jól meghatározott kategóriájának a kimenetre gyakorolt hatását az orvostudományokban elfogadott módszerekkel vizsgálná. Ez azonban messze túlmutat az általam tervezett kutatás keretein.

Az adatgyűjtést és elemzést, valamint az esetleges minták felismerését korlátozza, nehezíti az a körülmény, hogy az egészségügy különböző területein dolgozó szakemberek (orvosok, gyógytornászok, ápolók stb.) kommunikációja, sőt még az azonos foglalkozású szakemberek kommunikációja is eltérő lehet (többek között) aszerint, hogy milyen területre szakosodott/specializálódott az illető (Robinson–Heritage 2014).

A kutatásom szempontjából a gyógytornászok feladatát szeretném kiemelni. Az alapvetően különböző mozgásokkal dolgozó szakember feladata ugyanis, hogy elérje, hogy a beteg otthonában, önállóan is rendszeresen elvégezze az adott gyakorlato(ka)t. Mivel ez idő- és energiát igényel a beteg részéről, nagyon nagy szerepe van a kezelése során a gyógytornász meggyőző kommunikációjának.

SZAKIRODALOM

- Ang, D. – Kesavalu, R. – Lydon, J. R. – Lane, K. A. – Bigatti, S. 2007. Exercise-based motivational interviewing for female patients with fibromyalgia: a case series. *Clinical Rheumatology* 26: 1843–9.
- Anstiss, T. 2009. Motivational Interviewing in Primary Care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 16: 87–93.
- Barron, C. J. – Moffett, J. A. K. – Potter, M. 2007. Patient expectations of physiotherapy: Definitions, concepts, and theories. *Physiotherapy Theory and Practice* 23/1: 37–46.
- Berkowitz, S. A. – Johansen, K. L. 2012. Does Motivational Interviewing Improve Outcomes? Editorial. *Archives of Internal Medicine* 172/6.
- Boronkai Dóra 2009. *Bevezetés a társalgáselmzésbe*. Ad Librum, Budapest.
- Boronkai Dóra 2013. A konverzációelemzés alkalmazása az orvos-beteg kommunikáció kutatásában. *Szaknyelvi regiszterek és használati szinterek. XIII. SZOKOE Szaknyelvi Konferencia*. MTA PAB. Pécs, 2013. november 22–23.
- Bors Katalin 2010. Az adherencia jelentősége az osteoporosisos beteg kezelése során. *Magyar Reumatológia* 51: 286–290.
- Boyd, E. – Heritage, J. 2006. Taking the history: questioning during comprehensive history-taking. In: J. Heritage – D. W. Maynard (eds.): *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*, Cambridge University Press, Cambridge, 151–84.
- Chilton, R. – Pires-Yfantouda, R. – Wylie, M. 2012. A systematic review of motivational interviewing within musculoskeletal health. *Psychology, Health&Medicine* 17/4: 392–407.
- Cook, P. F. – Emiliozzi, S. – McCabe, M. M. 2007. Telephone Counseling to Improve Osteoporosis Treatment Adherence: An Effectiveness Study in Community Practice Settings. *American Journal of Medical Quality* 22/6.
- Copeland, L. – McNamara, R. – Kelson, M., Simpson, S. 2015. Mechanisms of change within motivational interviewing in relation to health behaviors outcomes: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 98: 401–11.
- Deppermann, A. – Spranz-Fogasy, T. 2011. Doctors' questions as displays of understanding. *Communication & Medicine*, 8/2: 111–22.
- Domonkosi Ágnes – Kuna Ágnes 2015. A tetszikelés szociokulturális értéke. A tetszikelő kapcsolattartási stílus szerepe az orvos-beteg kommunikációban. *Magyar Nyelvőr* 139: 39–63.
- Dulmen, S. van – Sluijs, E. – Dijk, L. van – Ridder, D. de – Heerdink, R. – Bensing, J. 2007. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research* 7: 55.
- Gill, V. T. – Roberts, F. 2013. Conversation Analysis in Medicine. In: J. Sidnell – T. Stivers (eds.): *The Handbook of Conversation Analysis*. Blackwell Publishing Ltd., 575–92.
- Hayano, K. 2013. Question Design in Conversation. In: J. Sidnell – T. Stivers (eds.): *The Handbook of Conversation Analysis*. Blackwell Publishing Ltd., 395–414.
- Heritage, J. – Maynard, D. W. 2006. Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters. In: J. Heritage – D. W. Maynard (eds.): *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge University Press, Cambridge, 1–21.
- Heritage, J. – Robinson, J. D. 2006. The Structure of Patients' Presenting Concerns: Physicians' Opening Questions. *Health Communication* 19/2: 89–102.
- Heritage, J. – Robinson, J. D. – Elliot, M. N. – Beckett, M. – Wilkes, M. 2007. Reducing Patients' Unmet Concerns in Primary Care: the Difference One Word Can Make. *Journal of General Internal Medicine* 22/10:1429–33.
- Hilton, C. E. – Lane, C. – Johnston, L. H. 2016. Has Motivational Interviewing Fallen into its Own Premature Focus Trap? *International Journal for the Advancement of Counseling* 38/2: 145–58.
- Keszler Borbála 2009. Kérdés és felelettipusok a spontán beszédben. In: Keszler Borbála – Tátrai Szilárd (szerk.): *Diskurzus a grammatikában, grammatika a diskurzusban*. Tinta Könyvkiadó, Budapest, 13–20.
- Kiefer Ferenc 1983. A kérdő mondatok szemantikájáról és pragmatikájáról. In: Ráczy Endre – Szathmári István (szerk.): *Tanulmányok a mai magyar nyelv szövegtana köréből*. Tankönyvkiadó, Budapest, 203–30.
- Knight, K. M. – McGowan, L. – Dickens, C. – Bundy, C. 2006. A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *British Journal of Health Psychology* 11: 319–32.
- Kuna Ágnes 2016. Személydeixis és önreprezentáció az orvos-beteg találkozón. Az első személyű deiktikus elemek mintázatai az orvosi kommunikációban. *Magyar Nyelvőr* 140: 317–32.
- Kuna Ágnes – Kaló Zsuzsa 2014. Az orvos-beteg kommunikáció a családorvosi gyakorlatban. In: Veszelszki Ágnes – Lengyel Klára (szerk.): *Tudomány, technolektus, terminológia*. A tudományok, szakmák nyelve. Éghajlat Könyvkiadó, Budapest, 117–30.

- Lane, C. 2012. A discourse analysis of client and practitioner talk during motivational interviewing sessions. ClinPsyD Thesis (Volume 1). University of Birmingham. Letölthető: <http://etheses.bham.ac.uk/3708/1/Lane12ClinPsyD1.pdf>.
- Lee, J. K. – Grace, K. A. – Taylor, A. J. 2009. Ten lessons learned from conducting an adherence intervention trial. *Patient Preference and Adherence* 3: 93–8.
- Lilienfeld, S. O. – Ritschel, L. A. – Lynn, S. J. – Cautin, R. L. – Litzman, R. D. 2013. Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review* 33: 883–900.
- Makoul, G. 2001. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 76/4: 390–3.
- Maynard, D. W. – Heritage, J. 2005. Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Medical Education* 39: 428–35.
- McGrane, N. – Galvin, R. – Cusack, T. – Stokes, E. 2015. Addition of motivational interventions to exercise and traditional Physiotherapy: a review and meta-analysis. *Physiotherapy* 101: 1–12.
- Miller, W. R. – Rose, G. S. 2009. Toward a Theory of Motivational Interviewing. *American Psychologist* 64/6: 527–37.
- O'Halloran, P. D. – Blackstock, F. – Shields, N. – Holland, A. – Iles, R. – Kingsley, M. – Bernhardt, J. – Lannin, N. – Morris, M. E. – Taylor, N. F. 2014. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation* 28/12: 1159–71.
- Peräkylä, A. 2006. Communicating and responding to diagnosis. In: J. Heritage – D. W. Maynard (eds.): *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge University Press, Cambridge, 214–47.
- Petrova, T. – Kavookjian, J. – Madson, M. B. – Dagley, J. – Shannon, D. – McDonough, S. K. 2015. Motivational Interviewing Skills in Health Care Encounters (MISHCE): Development and psychometric testing of an assessment tool. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, article in press.
- Robinson, J. D. 2006. Soliciting patients' presenting concerns. In: J. Heritage – D. W. Maynard (eds.): *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge University Press, Cambridge, 22–47.
- Robinson, J. D. – Heritage, J. 2014. Conversation Analysis and Intervention: Reviews. Intervening with Conversation Analysis: The Case of Medicine. *Research on Language and Social Interaction* 47/3: 201–18.
- Rollnick, S. – Miller, W. R. – Butler, C. C. 2008. *Motivational Interviewing in Health Care. Helping Patients Change Behavior*. The Guilford Press, New York.
- Rosenberg, W. – Donald, A. 1995. Evidence based medicine: an approach to clinical problem solving. *BMJ* 310: 1122–6.
- Roter, D. – Larson, S. 2002. The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling* 46: 243–51.
- Sacks, H. 1987 [1973]. On the preferences for agreement and contiguity in sequences in conversation. In: G. Button – J. R. E. Lee (eds.): *Talk and Social Organisation*. Clevedon, UK: Multilingual Matters, 54–69.
- Sacks, H. – Schegloff, E. A. – Jefferson, G. 1974. A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language* 50: 696–735.
- Schaepe, K. S. – Maynard, D. W. 2014. After the diagnosis: news disclosures in long-term cancer care. In: H. E. Hamilton – Wen-ying Sylvia Chou (eds.): *The Routledge Handbook of Language and Health Communication*. Routledge, 443–58.
- Schegloff, E. A. 1972. Sequencing in conversational openings. In: J. J. Gumperz – D. Hymes (eds): *Directions in Sociolinguistics: the Ethnography of Communication*. Holt, Rinehart and Winston, New York, 346–80. (Originally published in *American Anthropologist* 70/6, 1968.)
- Schegloff, E. A. 1992. Repair after next turn: The last structurally provided place for the defense of intersubjectivity in conversation. *American Journal of Sociology* 95: 1295–345.
- Schegloff, E. A. – Sacks, H. 1973. Opening up closings. *Semiotica* 8: 289–327.
- Schirm Anita 2007. A kérdések pragmatikája. In: Váradi Tamás (szerk.): *Alknyelvdok. I. Alkalmazott Nyelvészeti Doktorandusz Konferencia*. MTA Nyelvtudományi Intézet, Budapest, 160–9.
- Solomon, D. H. – Iversen, M. D. – Avorn, J. – Gleeson, T. – Brookhart, M. A. – Patrick, A. R. – Rekedal, L. – Shrank, W. H. – Lii, J. – Losina, E. – Katz, J. N. 2012. Osteoporosis Telephonic Intervention to Improve Medication Regimen Adherence: A Large, Pragmatic, Randomized Controlled Trial. *Archives of Internal Medicine* 172/6.
- Spranz-Fogasy, T. 2014. Before the 'official diagnosis': a focus on prediagnostic statements. In: H. E. Hamilton – Wen-ying Sylvia Chou (eds.): *The Routledge Handbook of Language and Health Communication*. Routledge, 423–42.
- Stivers, T. 2006. Treatment decisions: negotiations between doctors and parents in acute care encounters. In: J. Heritage – D. W. Maynard (eds.): *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge University Press, Cambridge, 279–312.

- Stivers, T. 2013. Sequence Organization. In: J. Sidnell – T. Stivers (eds): *The Handbook of Conversation Analysis*. Blackwell Publishing Ltd., 191–209.
- Szekeres László 2011. Az adherencia fogalma és jelentősége osteoporosisban. *LAM (Lege Artis Medicinae)* 21/5: 369–73.
- Tátrai Szilárd 2011. *Bevezetés a pragmatikába. Funkcionális pragmatikai megközelítés*. Tinta Könyvkiadó. Budapest.
- Teeter, B. S. – Kavookjian, J. 2014. Telephone-based motivational interviewing for medication adherence: a systematic review. *Translational Behavioral Medicine* 4: 372–81.
- Tsai, M. H. 2006. *Opening Hearts and Minds: A Linguistic Framework for Analyzing Open Questions in Doctor–patient Communication*, The Crane Publishing Company, Taipei, Taiwan.
- Tsai, M. H. – Lu, F.-H. – Frankel, R. M. 2014. Teaching medical students to become discourse analysts. From conversational transcripts to clinical applications. In: H. E Hamilton – Wen-ying Sylvia Chou (eds.): *The Routledge Handbook of Language and Health Communication*. Routledge, 327–43.
- Valkusz Zsuzsanna 2013. Újra az adherenciáról – Divatos téma vagy csontig hatoló aktualitás? *LAM KID* 3/4: 9–13.
- Varga Marianna 2015. Bírói kérdésseltevések a magyar tanú- és szakértői bizonyításokban. *Jelentés és Nyelvhasználat* 2: 79–107.
- Verschueren, J. 1999. *Understanding Pragmatics*. Edward Arnold / Oxford University Press, London–New York.
- Wooffitt, R. 2005. *Conversation Analysis and Discourse Analysis. A Comparative and Critical Introduction*. Sage Publications.

Udvardi Anna

tanársegéd

Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,

Fizioterápiai Tanszék

PhD-hallgató

Szegedi Tudományegyetem Nyelvtudományi Doktori Iskola

SUMMARY

Udvardi, Anna

The role of efficient communication in health care: The problem of adherence and possible solutions

In the area of health care – despite the application of evidence based therapies – patients' low level of adherence to the therapy continues to raise difficulties. Behind the problem of non-adherence, psychological reasons can be seen to exist; their exploration and resolution can be fostered by appropriate communicative strategies on the part of medical experts. The application of Motivational Interviewing (MI) for increasing patients' level of adherence appears to be a promising development in medical care. Furthermore, the legitimacy of the appropriate use of communicative strategies suggested by the method – (open) questions, behaviour indicating reflective listening attention, and giving information – is supported by the linguistic literature studying medical communication via conversation analysis. The paper summarizes pertinent literature in Hungary and abroad concerning the classification and use of questions in general and also specifically in medical communication, as well as possibilities of conveying information/diagnoses. Another central aim of the paper is to point out that patient-centred procedures and shared decision making can be facilitated, and patients' satisfaction and motivation can be improved, by relying on therapists' enhanced communicative skills. Linguistic studies based on pragmatic insights and using the method of Conversation Analysis may appreciably contribute to the improvement of those skills.

Keywords: adherence, Motivational Interviewing, medical communication, patient-centred health care, Conversation Analysis, types of questions, conveyance of diagnosis