

Egészségügyi kommunikáció

Szerkesztők

Kuna Ágnes, Vladár Zsuzsa, Hrenek Éva

Tartalomjegyzék

ELŐSZÓ.....	3
HORVÁTH ÁGNES: Betegbiztonság és hatékony kommunikáció multikulturális és többnyelvű egészségügyi intézményekben. Nemzetközi jó gyakorlatok hazai adaptálásának lehetőségei	5
KUNA ÁGNES – CSONTOS NÓRA: A konfliktus mint narratív újrakonstruálás. A KÖZLÉS hozzáférhetővé tétele az egészségügyi dolgozók konfliktushelyzeteinek elbeszéléseiben	35
CONSTANTINOVITS MILÁN – VLADÁR ZSUZSA – CONSTANTINOVITS MIKLÓS: „A túlélő brigád”. A közös gyógyulás konceptualizálása a Covid19-járványt túlélte férfiak egy csoportjának elbeszélésében	52
VARGA ÉVA KATALIN – MÁRTON EMESE – INDIG BALÁZS – SÁRKÖZI-LINDNER ZSÓFIA – PALKÓ GÁBOR: Erdélyi és anyaországi orvosi terminológia pandémia idején	76
KUNA ÁGNES – MARKÓ ALEXANDRA: Betegközpontú és paternalisztikus kapcsolatépítés az orvos-beteg viszonyban. A kapcsolatépítés pragmatikai és szupraszegmentális jellemzői	96

Előszó

2021. november 18–19-én zajlott a *Felelős nyelvészet – Alkalmazott Nyelvészeti Konferencia* az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bölcsészettudományi Karán.¹ A nemzetközi rendezvénysorozat azt a célt tűzte ki, hogy az alkalmazott nyelvészet fogalmát tágan értelmezve olyan kutatásokat mutasson be, amelyek aktuális, a társadalmat érintő nyelvhasználati jelenségeket járnak körül. A konferencián több mint száz magyar és angol nyelvű előadás hangzott el hazai és nemzetközi kutatók, alkalmazott területen dolgozó szakemberek, doktoranduszok és alap-, illetve mesterszakos hallgatók előadásában. Az előadások mellett a program részét képezte egy workshop, amely az iskolai romani nyelvhasználatról foglalkozott, valamint egy kerekasztal-beszélgetés a kutatói felelősség kérdésköréről. Kiemelt témaként jelent meg az anyanyelv és az idegen nyelv(ek) oktatásának számos kérdése (például az angol, a német, a magyar és magyar mint idegen nyelv vonatkozásában), többek között a tanulói motiváció és hatékonyság, a nyelvtanulás és a korpuszok kapcsolata, a tudományos írás. Ezenkívül hangzottak el előadások például a politikai nyelvhasználat, a szaknyelvek, illetve a terminológia, a fordítás és tolmácsolás, a digitális kommunikáció, a gyermekek nyelvhasználat, a kriminalisztikai nyelvészet, valamint az egészségügyi kommunikáció aktuális kérdéseiről.

A nemzetközi konferencia gazdag anyagából készült cikkeket, tanulmányokat egy tanulmánykötet és az *Alkalmazott Nyelvtudomány* c. folyóirat két különszáma adja közre (2022, 2023).² A jelen lapszámban közölt tanulmányok – általánosabb vagy specifikusabb témákat vizsgálva – a tágan értelmezett egészségügyi kommunikáció témaköréhez kapcsolódnak.

A tanulmányok a folyóirat előírásainak megfelelően kettős lektoráláson mentek keresztül, amely döntött a megjelenés, illetve az átdolgozás kérdésében. A szakmai bírálati folyamatban Fogarasi Katalin, Gocsál Ákos, Hámori Ágnes, Hrenek Éva, Kuna Ágnes, Mátyás Dániel, Simon Gábor, Tátrai Szilárd és Vladár Zsuzsa vettek részt, munkájukat itt is köszönjük.

A tematikus különszám első tanulmánya a betegbiztonság kérdéskörét járja körül. Horváth Ágnes egy átfogó, a nemzetközi helyzetet bemutató szakirodalmi áttekintés után Magyarországon végzett kérdőíves attitűdvizsgálattal tekinti át a betegbiztonság fontosabb területeit, középpontban a nem anyanyelvi páciensek helyzetével. Kiemelt témái a kulcsfontosságú, azaz vitális dokumentumok, a közvetítőnyelv, a tolmácsok, a kétnyelvű egészségügyi dolgozók, a rendszerszintű szabályozás meglétének vagy hiányának a kérdésköre, valamint az, hogy milyen kommunikációs stratégiák alkalmazásával javítható a betegbiztonság.

¹ A rendezvény honlapja: <http://resling.elte.hu/>

² Albert Ágnes – Bóna Judit – Borbás Gabriella Dóra – Brdar Szabó Rita – Csizér Kata – Vladár Zsuzsa (szerk.): *Fejezetek az alkalmazott nyelvészet területéről*. Budapest: Akadémiai Könyvkiadó. *Alkalmazott Nyelvtudomány* 2022. és 2023. évi különszám.

A társadalmi problémából kiinduló összegző áttekintést követően Kuna Ágnes és Csontos Nóra egészségügyi dolgozók konfliktustörténeteiben vizsgálja a KÖZLÉS aktusának mint narratív újrakonstruálási folyamatnak a megvalósulásait és funkcióit. A félig strukturált interjúkban orvosok és nővérek által elmesélt konfliktusokat a szerzők MAXQDA szoftverrel, kvalitatív szempontból elemzik. A tanulmány bemutatja a konfliktusokban megjelenő kommunikációt, érzelmeket, tudati folyamatokat kidolgozó metareflexiók konstrukcióit, valamint azok működését és szemantikai jellemzőit, kitérve a konfliktushelyzet résztvevőinek szerepeire is.

Az átéléses elbeszélés és ezzel összefüggésben a narratív újrakonstruálás fontos szerepet kap Constantinovits Milán, Vladár Zsuzsa és Constantinovits Miklós tanulmányában is, amely a Covid19-járvány alatt egy közös kórteremben fekvő páciensek és az őket kezelő orvosok interjúit dolgozza fel. A tanulmány kvalitatív és korpusznyelvészeti elemzéssel járja körül a BETEG, a BETEGSÉG és a GYÓGYULÁS szemantikai jellemzőit és metaforáit. Fontos eredménye, hogy a BETEGSÉG HARC metaforán túl számos egyéb, a közösségi élményen alapuló konceptualizációt ír le a páciensek és az orvosok elbeszéléseiben egyaránt.

Varga Éva Katalin, Márton Emese, Indig Balázs, Sárközi-Lindner Zsófia és Palkó Gábor tanulmánya szintén a Covid19-járvány témájához kapcsolódik. Az elemzés a korpusznyelvészet eszközeivel jellemzi az erdélyi és a magyarországi magyar orvosi terminológiahasználatot, rámutatva a különbségekre és hasonlóságokra is. A kutatás alapja az a gyűjtemény, amelyet egyrészt a *Transylvania korpusz*, másfelől az online hírportálokból, pandémiához kapcsolódó szövegekből létrehozott *Covid korpusz* alkot, a két korpusz együttesen több mint 30 millió szövegszót tartalmaz.

A tematikus szám utolsó írásában az egészségügyi kommunikáció egy szűkebb területe kerül előtérbe. Kuna Ágnes és Markó Alexandra egészségügyi dolgozók oktatására használt videók elemzésével hasonlítja össze a beteg- és az orvoscentrikus kapcsolatépítési mód szupraszegmentális és pragmatikai jellemzőit.

A kötet szerkesztői:

KUNA ÁGNES, VLADÁR ZSUZSA, HRENEK ÉVA

Budapest, 2023. január 30.

Semmelweis Egyetem Szaknyelvi Intézet
horvath.agnes1@semmelweis-univ.hu
<https://orcid.org/0000-0001-7717-0778>

Horváth Ágnes: Betegbiztonság és hatékony kommunikáció multikulturális és többnyelvű egészségügyi intézményekben. Nemzetközi jó gyakorlatok hazai adaptálásának lehetőségei
Patient safety and effective communication in multicultural and multilingual healthcare settings.
Possibilities of adapting international good practices in Hungary
Alkalmazott Nyelvtudomány, Különszám: Egészségügyi kommunikáció, 2023/1. szám, 5–34.
doi:<http://dx.doi.org/10.18460/ANY.K.2023.1.001>

Betegbiztonság és hatékony kommunikáció multikulturális és többnyelvű egészségügyi intézményekben. Nemzetközi jó gyakorlatok hazai adaptálásának lehetőségei

Patient safety and effective communication in multicultural and multilingual healthcare settings.
Possibilities of adapting international good practices in Hungary

Several studies have reported communication difficulties in cases where a patient has used health services in a foreign country. As there is a high risk of misunderstanding, misinterpretation and loss of information in such a multicultural and multilingual environment, foreign patients are at increased risk of some form of health damage. In order to avoid this, clear oral and written communication is necessary for the patient.

The aim of the study is to describe the wide range of adverse events resulting from cultural and linguistic barriers and to propose solutions to prevent and reduce their prevalence. In addition, it aims to explore how WHO member countries overcome language barriers so that linguistic minorities or patients who do not speak the local language receive safe and quality care just like the majority patient population. By presenting international experiences, the study highlights good strategies that can be usefully transferred to Hungarian practice to avoid similar difficulties.

The countries presented in the study were mapped in a previous research based on a predefined set of criteria and, in some cases, on personal interviews. The situation analysis in Hungary was supplemented by a questionnaire survey.

Keywords: patient safety communication, adverse events, language barriers, translations

1. Bevezetés

A WHO meghatározása szerint a **betegbiztonság** (*patient safety*) „az egészségügyi ellátás folyamata során a beteget ért megelőzhető károk elkerülése, valamint az egészségügyi ellátással kapcsolatos szükségtelen károk kockázatának elfogadható minimumra csökkentése”¹ (WHO, n.d.). Ehhez kapcsolódik a **nemkívánatos esemény** (*adverse event*) fogalma, amely nem más, mint „az egészségügyi ellátás következményeként, nem pedig a betegség eredményeként fellépő károsodás”

¹ A tanulmányban szereplő, idegen nyelvű munkákból átvett idézeteket saját fordításban közlöm.

(WHO, 2005: 8). Ez olyan nem várt esemény, amely ideiglenes vagy tartós egészségromlással vagy életminőség-romlással jár, de akár halálos kimenetele is lehet.

Közvetlenül a második világháború után, amikor a nemzeti egészségügyi rendszerek még csak kialakulóban voltak, „a betegbiztonság fogalma olyan hagyományos veszélyekre korlátozódott, mint például a tűzveszély, a berendezések meghibásodása, a betegek elesése és a fertőzések kockázata” (WHO, 2021: 6), miközben az egészségügyi dolgozók teljesítménye megkérdőjelezhetetlen volt. Hasonló esetnek számított még – és a mai napig előfordul – a rossz vérkészítmény transzfúziója, a diagnosztikai és gyógyszer-adagolási hiba, a hibásan rögzített betegadat, az elcserélt lelet, a kórházi szerzett fertőzés vagy az ellenoldali műtét. Egészen az 1990-es évekig az ilyen nem várt komplikációkra, melyek a páciens betegségétől függetlenül következtek be, úgy tekintettek, mint elkerülhetetlen hibákra, melyek természetes velejárói a modern egészségügyi ellátás hektikus színterén nagy nyomás alatt dolgozó egészségügyi szakemberek munkájának. Akkoriban ezek az ügyek csak belső vizsgálat tárgyát képezték (WHO, 2021).

Később azonban kutatások (Brennan et al., 1991; Leape et al., 1991; Kohn et al., 1999; IOM, 2008) rámutattak arra, hogy ezeknek az orvosi hibáknak a száma drámaian magas a vizsgált kórházakban. Az egyének hibáztatása helyett arra hívták fel a figyelmet, hogy ezek a hibák rendszerszintű problémákból fakadnak: az egészségügy rendszere és szervezése biztosít teret a nemkívánatos és elkerülhető egészségkárosító, esetenként halálos kimenetelű eseményeknek. Meglátásuk szerint a vizsgált kórházakban hiányzott többek között a megfelelő szabályozási rendszer, szervezeti kultúra, kommunikáció és technológia. Ha mindezek rendelkezésre álltak volna (illetve rendelkezésre állnának), véleményük szerint lehetőség nyílhatna a hibák pontos dokumentálására és kategorizálására, megoldások keresésére, a dolgozók edukálására, valamint (ezzel együtt) a szóban forgó hibák megelőzésére.

A kutatások hatására az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) 2002-ben elindított egy úgynevezett globális betegbiztonsági mozgalmat, és vezető szerepet vállalt a probléma felszámolásában (WHO, 2002). Közel húsz év elteltével azonban 2019-ben, a WHO 72. Egészségügyi Világközgyűlésén (World Health Assembly, WHA) az a sajnálatos megállapítás hangzott el, hogy a tagállamok számára kidolgozott számos standard, útmutató és norma ellenére a „betegbiztonság napjainkban nagy és növekvő közegészségügyi kihívást jelent” (WHO, 2019: 1). Ez olyan mértékű probléma, hogy a nemkívánatos események miatti betegkárosodás világszerte a tíz leggyakoribb halálozási és rokkantsági ok közé tartozik (National Academies of Sciences, 2018). A magas jövedelmű országokban a rendelkezésre álló adatok szerint minden tizedik, az alacsony jövedelmű országokban pedig minden negyedik ember lesz áldozata nemkívánatos eseménynek (NASEM, 2018). Az európai adatok 8–12%-os érintettséget mutatnak (European Commission, 2017). A biztonságos egészségügyi környezet hiánya

ugyanakkor nemcsak egészségkárosodást okoz, hanem jelentős anyagi többletterhet ró a gazdaságra – hiszen ezekben az esetekben sokszor kiegészítő vizsgálatokra és beavatkozásokra van szükség –, továbbá megingathatja az emberek egészségügybe vetett bizalmát is (Graham et al., 2011; Aaraaen et al., 2018; WHO, 2019).

Tanulmányom célja a fentiekkel összefüggésben az, hogy bemutassa, milyen hatással lehetnek a nyelvi akadályok a betegek biztonságára multikulturális és többnyelvű egészségügyi környezetben. A kérdéskört szakirodalmi áttekintésen és egy kérdőíves felmérésen keresztül járom körül, tanulmányomban azonban – mivel aktuális, de jelenleg kevésbé kutatott témáról van szó – hangsúlyosabb szerepet kap a szakirodalom releváns megállapításainak felvázolása. Ennek megfelelően először korábbi kutatások eredményeit összegezve bemutatom, hogy az idegen nyelven történő kommunikáció hogyan befolyásolhatja a betegbiztonságot (2.), majd ismertetem a szakirodalomban megfogalmazott megoldási javaslatokat arra vonatkozóan, hogy hogyan lehet csökkenteni, illetve megelőzni a nyelvi akadályokból származó ún. nemkívánatos eseményeket (*adverse events*) (3.). A 4. részben nemzetközi tapasztalatokra építve egy kérdőíves vizsgálattal azt járom körül 110 egészségügyi dolgozó reflexiói alapján, hogy milyen tapasztalatokkal rendelkeznek a magyarul nem beszélő páciensekkel történő konzultációs helyzetekben, végezetül tanulmányomat összegzéssel zárom (5.).

2. Betegbiztonság és kommunikáció multikulturális és többnyelvű egészségügyi környezetben

A globalizáció és az elvándorlás miatt az egészségügynek számos új kihívással kell megküzdenie, melyek közül az egyik a kulturális és nyelvi akadályok leküzdése, áthidalása. Több kutatás is beszámolt arról (Bladd, 2008; Almalki et al., 2011), hogy milyen kommunikációs nehézségek merülhetnek fel azokban a kórházakban, ahol az egészségügyi dolgozók nagy része olyan expatrióta, aki nem ismeri behatóan a fogadó ország kultúráját, és nem beszéli annak nyelvét (vagy nyelveit). Ezek a kutatások tárgyalták azt is, hogy a szakemberek kulturális és nyelvi ismereteinek hiánya milyen hatással van az általuk ellátott helyi betegek gyógyulására, illetve elégedettségére. Arról is számos tanulmány jelent meg, hogy milyen hátrányokat szenvedhetnek azok a betegek, akik külföldi ország egészségügyi szolgáltatásait veszik igénybe, de nem beszélik a helyi nyelv(ek)et, vagy valamely kisebbségi nyelv beszélői közé tartoznak (Kagawa-Singer & Kassim-Lakha, 2003; Johnstone & Kanitsaki, 2006; Jaramillo et al., 2016; Pak, 2020). Az ő esetükben az egészségügyi kommunikációban nagyon fontos szerepet töltenek be a tolmácsok, akik szerencsés esetben hivatásos tolmácsok, nem pedig ún. *ad hoc* tolmácsok (pl. családtagok, barátok, helyben lévő egészségügyi dolgozók). A hivatásos tolmácsok nagymértékben hozzájárulhatnak az ellátás magasabb színvonalához, a betegek jobb

egészségügyi eredményeihez, sikerebb gyógyulásához és magasabb szintű elégedettségéhez (Flores, 2005).

A helyi nyelvet nem beszélő betegek esetében a világos és hatékony kommunikáció (*clear communication*) hiánya könnyen kommunikációs zavarokhoz (félreértéshez, információvesztéshez, félrefordításhoz, a kommunikáció elmaradásához), valamint félelemhez és bizalomvesztéshez vezethet, amelyek egyébként egynyelvű közegben is gyakran előfordulnak. Ennek legfőbb következménye az egészségügyi szolgáltatás elérésének terén kialakuló egyenlőtlenség, hiszen a nyelvi akadályok eredményeként a betegek korlátozottan férnek hozzá egészségügyi szolgáltatásokhoz, a szolgáltatások minősége esetükben alacsonyabb minőségű lehet, a megelőzhető nemkívánatos események kockázata pedig nő (Horváth & Molnár, 2021).

Előfordulhat például, hogy a beteg nem keresi fel az orvosát, amikor szükség lenne rá, nem kér segítséget, mert kellemetlenül érzi magát amiatt, hogy nem beszéli a helyi nyelvet, és arra számít, hogy a kommunikáció közte és az orvos között nem tud sikeresen megvalósulni. Olyan is előfordulhat, hogy eljut orvoshoz, de kontrollvizsgálatokra már nem megy el, a kezelést nem folytatja, a gyógyszert nem szedi be, mert nem érti az instrukciókat és a tájékoztatást. A nyelvi akadályok miatt elhanyagolhatja a szűrővizsgálatokat vagy rehabilitációs kezeléseket, mert nincs, aki a nyelvi közvetítésben segíteni tudna neki. Gyakori, hogy nem is szerez tudomást bizonyos szolgáltatásokról, mert azok csak a helyi nyelven érhetők el. Ez magyarázhatja azt, hogy azon kisebbségi származású betegek esetében, akik nem ismerik a többségi, illetve helyi nyelvet, jóval gyakoribb a súlyos egészségkárosodás és a nemkívánatos események előfordulása, mint a helyi nyelvet beszélő betegek között (Flores & Vega, 1998; Kagawa-Singer & Kassim-Lakha, 2003; Johnstone & Kanitsaki, 2006; Bladd, 2008).

Cohen és munkatársai (2005) arról számolnak be, hogy gyakoribbak a nemkívánatos események azon gyermek betegek körében, akiknek a családja nyelvi akadályokkal küzd, mint a helyi (többségi, jelen esetben angol) nyelvet anyanyelvként beszélő családban nevelkedő gyermekek körében. A szülők korlátozott angolnyelv-tudása miatt ezeknek a gyerekeknek sokszor kiegészítő vizsgálatra és hosszabb kórházi kezelésre van szükségük.

Több kutatás (Bladd, 2008; Almalki et al., 2011) arra is rámutatott, hogy Szaúd-Arábiában, ahol a nővérek 70%-a külföldi, és jellemzően angolul beszélnek a többségükben arab, angolul nem kommunikáló betegekkel, a páciensek és családjaik is sokkal elégedettebbek voltak az ellátással, illetve sikerebbnek érezték a gondozást, amikor az ápoló valamennyire beszélte a nyelvüket. A nyelvi akadály a szülésznő és szülő nő közti bizalmi kapcsolat kiépülését és az érzelmi támogatás nyújtását is hátráltathatja, ami szintén a szolgáltatás minőségének romlásához vezethet (Graham et al., 2011).

Összességében elmondható, hogy a helyi nyelvet nem beszélő betegeknél nagyobb a nemkívánatos események előfordulásának kockázata, a nyelvi akadályok miatt rosszabb minőségű ellátásban részesülhetnek, hosszú távon pedig rosszabbak lehetnek az egészségügyi mutatóik, és alacsonyabb lehet a várható élettartamuk (Flores & Vega, 1998; Kagawa-Singer & Kassim-Lakha, 2003; Cohen et al., 2005; Johnstone & Kanitsaki, 2006; Bladd, 2008; Almalki et al., 2011; Graham et al., 2011; Jaramillo et al., 2016; Health Policy Institute, 2019; Pak, 2020; Horváth & Molnár, 2021). A szakértők ezért hangsúlyozzák az egyértelmű és világos kommunikáció szükségességét az egészségügyben, amely – mivel előfeltételezi, hogy a beszédpartnereknek van közös nyelvük – a szóban forgó esetekben teljeskörűen csak akkor valósulhat meg, ha az egészségügyi intézmények rendelkeznek a többnyelvű esetek kezelésére vonatkozó szakmai és működési szabályozásokkal; a dolgozók felkészültek a helyi nyelvet nem beszélő betegekkal való kommunikációra (amelyhez esetenként kulturális ismeretek is szükségesek); valamint rendelkezésre állnak (a dolgozók és a betegek számára is) professzionális nyelvi szolgáltatások.

3. Megoldási javaslatok a nyelvi akadályokból származó nemkívánatos események gyakoriságának csökkentésére és megelőzésére

Annak érdekében, hogy elkerülhetők legyenek a nyelvi akadályokból származó egyenlőtlenségek, és a helyi nyelvet nem beszélő betegek ne legyenek egyébként elkerülhető nemkívánatos események áldozatai, szükség lenne egy nemzeti vagy legalább intézményi szintű szabályozási rendszerre, protokollra, illetve kommunikációs stratégiára, amely hozzájárulhat a nyelven alapuló megkülönböztetés minimalizálásához, illetve megszüntetéséhez, továbbá elősegíti, hogy kulturális és nyelvi háttértől függetlenül minden beteg számára biztosított legyen a minőségi ellátáshoz való hozzáférés.

A tanulmányban felvázolt általános megoldási javaslatokat három korábbi irodalmi áttekintés alapján foglaltam össze (Horváth et al., 2021; Horváth & Molnár, 2021; Horváth et al., 2022), amelyeket a következő országokban végeztek: Amerikai Egyesült Államok, Kanada, Ausztrália, Új-Zéland, Nagy-Britannia, Írország, Németország, Ausztria és Svájc. Fontos megjegyezni, hogy ezek a vizsgálatok alapvetően gazdasági szempontból fejlett országokra irányultak, amelyekre jellemző a többnyelvűség és a multikulturalizmus, ebből fakadóan az idézett kutatások megállapításai, illetve javaslatai nem általánosíthatók. Az említett országokra vonatkozó megoldási javaslatok alapvetően három nagy területre vonatkoznak, amelyek többször szorosan összefüggnek egymással: (i) a központi, rendszerszintű szabályozásokra; (ii) az egészségügyben dolgozók tájékoztatására, oktatására, képzésére; (iii) valamint egy úgynevezett „nyelvi segítségnyújtási terv” kidolgozására.

A 3.3. alpontban bemutatom, hogy az említett három irodalmi áttekintésben megvizsgált kilenc külföldi országban hogyan próbálnak meg biztonságos környezetet biztosítani a helyi nyelvet nem beszélő betegek számára.

3.1. Központi szabályozások

A szakirodalom alapján (Horváth et al., 2021; Horváth & Molnár, 2021; Horváth et al., 2022) elmondható, hogy a nyelvi segítségnyújtásnak több szintje lehet. A legjobb megoldásnak az tűnik, ha nemzeti szinten van előírva a professzionális nyelvi közvetítők (tolmácsok, fordítók) bevonása az egészségügyi ellátásba. Amennyiben ez nem lehetséges, akkor az intézmények is állást foglalhatnak abban, hogyan járnak el a helyi nyelvet nem beszélő betegek esetében. Ilyenkor fontos tisztázni, hogy pontosan milyen szituációkban javasolt tolmácsot hívni, és kit terhel a nyelvi szolgáltatás költsége. A tolmács személyét – vagyis azt, hogy ki és milyen végzettséggel láthat el tolmácsolási feladatokat – szintén fontos meghatározni.

Egyértelmű, hogy a képzett tolmács tudja a leginkább biztosítani a pontos információközvetítést: a tolmácsok etikai kódexének megfelelően jár el, valamint képes pontosan mediálni nyelvek és kultúrák között. Hivatásos nyelvi közvetítők bevonásával a betegek nagyobb sikerrel élhetnek a tájékoztatáshoz való jogukkal, tisztábban látják egészségi állapotukat, és képesek aktívan részt venni a saját egészségükkel kapcsolatos döntésekben. Szintén a tolmács az, aki segít a betegnek eleget tenni együttműködési kötelezettségének. Azaz a tolmáccsal ideális esetben anyanyelvén kommunikáló beteg pontos válaszokat tud adni az orvos kérdésére, aki így megfelelő tájékoztatást kap a beteg állapotáról, és csökken a nemkívánatos események kockázata (Horváth et al., 2021).

A képzett tolmácsokon kívül ún. *ad hoc* vagy laikus tolmácsok is segíthetik a kommunikációt. Laikus tolmácsnak tekinthetők a beteg családtagjai, hozzátartozói, barátai vagy az egészségügyi intézmény dolgozói, akik kényszermegoldásként lépnek fel a tolmács szerepében, de nem képzett nyelvi szakemberek. Rájuk sokszor azért esik a választás, mert helyben vannak, és nem jár költséggel a szolgáltatásuk, azonban mivel nem hivatásos nyelvi közvetítők, a nyelvi, illetve közvetítői kompetenciáik megkérdőjelezhetők. Ezért az ő bevonásuk a kommunikációs szituációba nem garantál ugyanolyan szintű információátadást, mint a hivatásos tolmácsok alkalmazása. Ezenkívül problematikus lehet az is, hogy a beteg kellemetlenül érezheti magát attól, hogy intim és magánjellegű információt kell a hozzátartozójával, barátjával megosztania (Hemberg & Sved, 2021). *Ad hoc* tolmácsok esetenként kisgyermek is lehetnek, azonban az ő esetükben nemcsak a nyelvi és/vagy közvetítői kompetenciák hiánya okozhat nehézséget, hanem az is, hogy elég érettek-e ahhoz, hogy az adott egészségügyi problémáról közvetíteni tudjanak (Horváth et al., 2021).

Annak érdekében, hogy az egészségügyi intézmények minél egyszerűbben és gyorsabban hozzá tudjanak férni a tolmácsszolgáltatáshoz, Nagy-Britanniában például megalapították a Fordító- és Tolmácsintézetet (*Institute of Translation and Interpreting, ITI*), ahova végzett tolmácsok és fordítók regisztrálhatnak. Ennek az intézetnek van egy egészségügyi ága is, az ITIMedNet (*ITI Medical & Pharmaceutical Network*, 2021), amely szintén rendelkezik egy online adatbázissal, és ezen keresztül könnyen rá lehet találni arra a nyelvi közvetítőre, aki az adott egészségügyi szituációban professzionális nyelvi segítséget tud nyújtani.

A tolmácsoláshoz hasonlóan azt is meg lehet határozni, hogy ki fordíthat egészségügyi dokumentumokat: hivatásos fordító, egészségtudományi szakfordításra specializálódott fordító és/vagy az adott idegen nyelvet magas szinten beszélő egészségügyi szakember. Írott szövegek esetén a fordítások elkészítése korlátozott mennyiségben teljesíthető, aminek sokszor anyagi és humán-erőforrásbeli oka van. Erre részben megoldást jelenthet egy lista összeállítása az ún. vitális dokumentumokról, vagyis azokról a kulcsfontosságú jogi vagy egyéb tájékoztató jellegű információkat tartalmazó dokumentumokról, amelyekre jogi kérdés esetén a beteg hagyatkozhat. Ezeket – például a beteg tájékoztatókat, beleegyező nyilatkozatokat, zárójelentéseket vagy vizsgálati leleteket – különösen fontos lenne, hogy az intézmény idegen nyelven is biztosítani tudja a helyi nyelvet nem beszélő betegek számára. Az idegen nyelvet, amelyre a szövegeket fordítják, ugyancsak szükséges meghatározni (hiszen döntő kérdés, hogy valamely közvetítő nyelv és/vagy a beteg anyanyelve legyen-e a célnyelv) (HHS, 2020).

A központilag megfogalmazott útmutatók szintén nagyban segítik az orvos-beteg kommunikációt. Útmutatók készülhetnek például arról, hogyan ajánlott fordítani egyes dokumentumokat (Hablamos Juntos, 2012). Érdekes például a zárójelentések epikrízisre vonatkozó részének esete, hiszen változó, illetve vitatható, hogy pontosan kik a célközönsége ennek a szövegnek: a betegek vagy a következő beavatkozást végző orvosok (Fogarasi, 2018). Felmerül a kérdés, hogy a fordító hogyan járjon el a fordítás regiszterét illetően. Hasonló problémával áll szemben a fordító a beleegyező nyilatkozatok fordítása során is. A beleegyező nyilatkozatok nemcsak orvosi, hanem jogi dokumentumok is egyben. A magyar szövegekre sokszor jellemző az orvosi és jogi szakkifejezések gyakori alkalmazása, valamint a bonyolult, laikusok számára nehezen érthető mondatok nagy aránya. Kérdésként merül fel, hogy mit tegyen ekkor a fordító: készítsen egy szöveghű fordítást, vagyis hozzon létre egy nehezen érthető célnyelvi szöveget a betegek számára eleve nehezen érthető forrásnyelvi szövegből, vagy távolodjon el a forrásnyelvi szöveg stílusától, és készítsen egy betegközpontú fordítást, amelyet a laikus beteg is nagyobb valószínűséggel megért. Ez utóbbi megoldás jobban megfelel a beleegyező nyilatkozatok egyik fontos funkciójának, amely a betegek tájékoztatása, ugyanakkor

jogi dokumentumként más elvárásoknak is meg kell felelnie. Fordítási instrukciók és szabályozások hiányában azonban ezek a döntések gyakran magát a fordítót terhelik.

Egy fordítási útmutató mindenképpen nagy hasznára lehet a fordítóknak, akik így nagyobb mennyiségű, megközelítőleg azonos minőségű fordítást is el tudnak készíteni; emellett a már meglévő fordítások minőségének felülvizsgálatát is lehetővé teszi (House, 1977; Nord, 1997). Protokoll készülhet arról is, hogy az egészségügyi dolgozók hogyan tudnak együttműködni a tolmáccsal, melyek azok a helyzetek, amikor kifejezetten ajánlott tolmács segítségét kérni, illetve ha már ott van a tolmács, akkor például hova álljanak a tolmácsolás résztvevői, ki kihez beszéljen, kivel tartson szemkontaktust (Horváth et al., 2021).

Ezenkívül lényeges még az adatszolgáltatás a betegpopuláció összetételéről, a páciensek anyanyelvéről, arról, hogy mely nyelvet részesítik előnyben az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során, valamint a nyelvi akadályok miatt bekövetkezett nemkívánatos eseményekről. Ezen adatok segítségével egyrészt körvonalazódhat, hogy jellemzően milyen nemkívánatos események következnek be nyelvi akadályok miatt, és ezek elkerülésének érdekében célzott intézkedéseket lehet hozni. Másrészt az adatok áttekintése segít a nyelvi segítségnyújtás megtervezésében és kivitelezésében is, hogy biztonságosabb környezetet és magasabb szintű egészségügyi szolgáltatást lehessen biztosítani a helyi nyelvet nem beszélő betegek számára (The Joint Commission, 2011; Regenstein et al., 2013).

3.2. Oktatás, tréning

Az egészségügyi szakemberek képzésének első számú célja a tudatosítás: az egészségügyi dolgozókat és a orvosokat érdemes tájékoztatni arról a jelenségről, hogy a betegek között egyenlőtlenség alakulhat ki a nyelvi akadályok miatt, valamint hogy a helyi nyelvet nem beszélő betegek esetében a kommunikációs nehézségek a nemkívánatos események kockázatának növekedéséhez vezethetnek. Az interkulturális kompetencia fejlesztése szintén kulcsfontosságú. A világos és hatékony kommunikációhoz elengedhetetlen egymás megértése, ami egyrészt a betegek szociális, kulturális és nyelvi igényeinek felmérését és figyelembevételét jelenti, másrészt egy multikulturális környezetben a minőségi és biztonságos betegellátás érdekében elengedhetetlen az eltérő kultúrájú betegek egészségről és egészségmegőrzésről alkotott hitrendszerének megismerése. Az intézmény is hozzájárulhat az interkulturális kompetencia fejlesztéséhez például kulturális mediátorok (*cultural broker*) bevonásával, a kommunikációt és a tájékozódást segítő piktogramok kihelyezésével vagy olyan névkitűzők gyártásával, amelyeken nemzeti színű zászlók jelzik, hogy az adott kollégától milyen nyelven lehet segítséget kérni. Szintén magasabb fokú interkulturális kompetenciát hozhat magával, ha az intézmények törekszenek kétnyelvű dolgozók alkalmazására, ha rendelkeznek nyelvi segítségnyújtási tervvel, valamint ha a kulcsfontosságú dokumentumaik közül

igyekszenek minél többet más nyelvekre lefordítani (Health Policy Institute, 2019; Horváth & Molnár, 2021).

Az interkulturális kompetencia mellett a nyelvi és kommunikációs készségek fejlesztésére is szükség van. Első lépésként azonban ajánlott felmérni a dolgozók nyelvtudásának szintjét. Ez azért fontos, hogy elkerülhetők legyenek az olyan esetek, amikor az egészségügyi szakember rosszul méri fel a saját nyelvi kompetenciáit, és nem hív tolmácsot, nem számolva azzal, hogy a nem megfelelő minőségű nyelvtudás milyen következményekkel járhat a beteg egészségére nézve (Cohen et al., 2005). A szintfelmérést követően sor kerülhet nyelvi képzésekre is. Érdemes megemlíteni a kétnyelvű munkatársak helyzetét, hiszen a kétnyelvű egészségügyi szakemberek bevonása az egészségügyi ellátásba megoldás lehet a tolmácsiánnyra (Bowen, 2001). Azonban fontos megjegyezni, hogy ezek a két nyelven magas szinten beszélő emberek egyrészt nem biztos, hogy mindkét nyelven jól ismerik az adott terminológiát, valamint az is kétséges, hogy jobb minőségben közvetítenek-e, mint bármelyik *ad hoc* tolmács (pl. családtag vagy barát). Ezért az ő esetükben is ajánlott a nyelvi készségek fejlesztése, főként a szaknyelvi regiszter elsajátítása, esetleg felmerülhet egy tolmácsképzés elvégzése. A kétnyelvű munkatársak bevonása mellett szól az is, ha nemcsak beszélnek azt a nyelvet, amelyet a beteg használ, hanem ugyanabból a kultúrából is jönnek – hiszen ez még inkább megkönnyíti a betegek megértését (Bowen, 2001; HSE, 2009; QGH, 2015).

Az egészségügyi dolgozók nyelvtudásának fejlesztése, illetve néhányuk esetében a tolmácsképzés elvégzése azért is fontos, mert a szakirodalmi áttekintésekből kiderült, hogy a gyakorlatban nagyon sokszor ők látják el a mediátor feladatát, hiszen ők vannak helyben, értik az egészségügyi problémákat, rendelkeznek a megfelelő szókinccsel, és ingyenes a szolgáltatásuk (Horváth et al., 2021; Horváth & Molnár, 2021; Horváth et al., 2022). Tolmács és/vagy szakfordítói szakképzettség esetén viszont érdemes az új feladatot a munkaköri leírásban is rögzíteni, és elkerülni azt, hogy az egészségügyi szakember a betegellátás rovására nyújtson nyelvi szolgáltatást (Bowen, 2001). A kommunikációs készségek fejlesztése, az érzékenyítés ugyanakkor az anyanyelvi kommunikációban is kiemelten fontos terület, hiszen egynyelvű közegben is egyfajta (nyelven belüli) fordítási folyamat zajlik a szakember és a laikus között (Williams & Ogden, 2004).

3.3. Nyelvi segítségnyújtási terv és képzett nyelvi közvetítők

A nyelvi segítségnyújtási terv (*Language Access Plan, LAP*) az a dokumentum, amely tételesen rögzíti, hogy az adott nemzet, esetleg konkrét egészségügyi intézmény milyen módon, milyen szolgáltatások segítségével teszi lehetővé a helyi nyelvet nem beszélők számára is, hogy minőségi ellátásban részesüljenek.

Ennek a tervnek az alábbi kérdésekre kell választ adnia:

- Milyen tolmácsolási és fordítási szolgáltatások érhetők el az egyes intézmények, illetve az adott intézmény számára?
- Hogy lehet ezeket a szolgáltatásokat igénybe venni?
- Az egyes tolmácsolási módok (pl. telefonos tolmácsolás, Skype, egészségügyi szakember vagy hozzátartozó tolmácsolása) közül milyen helyzetekben melyeket preferálja az intézmény?
- Hogyan kell együtt dolgozni egy tolmáccsal?
- Mi a teendő, ha a beteg nem akar tolmácsot?
- Ki végezhet tolmácsolást?
- Milyen végzettséggel kell rendelkeznie a tolmácsoló személynek?
- A kétnyelvű egészségügyi dolgozóknak milyen tréninget kell elvégezniük?
- Ki fordíthat egészségügyi dokumentumokat?
- Milyen végzettséggel kell rendelkeznie a fordító személynek?
- Mely dokumentumokat kell vagy ajánlott lefordítani?
- Milyen nyelvre kell lefordítani ezeket a dokumentumokat (közvetítő nyelvre vagy a beteg anyanyelvére)?

Mivel a nyelvi segítségnyújtás lehetséges módjairól és a nyelvi közvetítők képzettségéről már a központi szabályozások, valamint az oktatás és a tréning kapcsán is esett szó, az alábbiakban a segítségnyújtási tervnek csak azon kérdéseit tárgyalom, amelyekkel korábban még nem foglalkoztam.

A tolmácsolási és fordítási szolgáltatásokat illetően az egészségügyi intézményeknek maguknak kell kialakítaniuk az irányelveket a saját igényeiket figyelembe véve. Ilyen értelemben egy-egy intézménynek lehetnek saját hivatásos tolmácsai és fordítói, akik alkalmazotti státuszban, teljes vagy részmunkaidőben végeznek nyelvi közvetítést. Ugyanilyen státuszban foglalkoztathatók egészségügyi vagy adminisztratív személyek is, akik nem képzett nyelvi közvetítők, de magas szinten beszélnek idegen nyelveket. Ilyen esetekben azonban fontos, hogy az alkalmazottak munkaköri leírásában szerepeljen a tolmácsolás és/vagy a fordítás. Ha ez nem kerül be a munkaköri leírásba „az alkalmazott úgy érezheti, hogy igazságtalanul nehezedik rá többletteleher a munkája során” (Horváth et al., 2021: 48). Ha nincs saját alkalmazottja, akkor az intézmény igénybe veheti külsős, megbízással dolgozó szakemberek szolgáltatásait is: fordulhat fordítóirodákhoz, fordítókhoz vagy tolmácsok esetében távtolmácsokhoz, esetleg közösségi tolmácsokhoz. A tolmácsszolgáltatás esetében nagyon fontos olyat választani, amely 24 órán át elérhető, a betegpopuláció számára szükséges összes nyelven gyorsan rendelkezésre áll, valamint nyelvtől és a szolgáltatás típusától függetlenül egységesen magas

színvonalú (Bowen, 2001; Horváth et al., 2021). A nyelvi segítségnyújtási tervben az intézmény rögzítheti, hogy támogatja-e az *ad hoc* tolmácsok, illetve azon belül akár a kiskorúak bevonását az orvos-beteg kommunikációba, és ha igen, akkor pontosan milyen helyzetekben lehet őket alkalmazni.

A nyelvi segítségnyújtási terv kitér arra is, hogy az egészségügyi intézmény milyen idegen nyelv(ek)re kell, hogy lefordítsa az ellátás során használt kulcsfontosságú dokumentumait. Ideális esetben az intézmény rendelkezik egy adatbázissal a náluk kezelt betegekről, azok nemzetiségéről és arról, hogy az egészségügyi kérdések megbeszélése során mely nyelvet preferálják. Ezek alapján körvonalazódik, melyek a leggyakoribb nyelvek, amelyekre a dokumentumokat le lehet fordítani (Regenstein et al., 2013). Azáltal, hogy az intézmény biztosítja a beteg számára, hogy az anyanyelvén vagy egy általa jól ismert más nyelven beszéljen, hozzájárul ahhoz is, hogy a beteg jobban meg tudjon nyílni, könnyebben tudjon kommunikálni, pontosabban le tudja írni a tüneteit, valamint hogy bizalmasabb légkör alakulhasson ki közte és az orvosa között (García-Izquierdo & Montalt, 2022). Abban az esetben, ha az intézménynek nincsen anyagi és humánerőforrása arra, hogy a betegpopuláció összetétele alapján fordítsa le akár több nyelvre is a dokumentumait, akkor egy lingua franca kiválasztása is megoldás lehet.

3.4. Általános nemzetközi tapasztalatok

Korábbi tanulmányokban (Horváth et al., 2021; Horváth & Molnár, 2021; Horváth et al., 2022) kutatótársaimmal azt vizsgáltuk, hogy a különböző országok milyen szabályrendszereket, stratégiákat, útmutatókat dolgoztak ki az egészségügyben felmerülő nyelvi akadályok leküzdésére annak érdekében, hogy a hivatalos, illetve helyi nyelvet nem beszélő páciensek ne szenvedjenek hátrányt a nyelvi akadályok miatt. A vizsgált országok között szerepelt az Amerikai Egyesült Államok, Kanada, Ausztrália, Új-Zéland, Nagy-Britannia, Írország, Németország, Ausztria és Svájc. Az országok kiválasztásában korlátozó tényező volt a kutatók nyelvtudása, amely az angolra, a németre és a franciára terjedt ki. Az irodalmi áttekintést szabadon hozzáférhető dokumentumokon végeztük, az egyes országok helyzetét pedig egy előre meghatározott szempontrendszer alapján térképeztük fel (lásd az 1. sz. függelékben). Ennek segítségével áttekintettük az adott ország nyelvi kisebbségi összetételét és a nyelvi kisebbségi csoportoknak a nyelvhasználattal kapcsolatos (törvény szerinti) jogait, majd utánajártunk annak, hogy az egyes országok milyen szabályozásokkal, rendeletekkel vonják be a tolmácsokat és fordítókat az egészségügyi ellátásba, illetve megnéztük, hogy milyen végzettséggel lehet ezeket a szolgáltatásokat teljesíteni, valamint hogy le van-e jegyezve, hogy mely egészségügyi dokumentumokat és mely nyelv(ek)re kötelező vagy ajánlott lefordítani a helyi nyelvet nem beszélő betegek pontosabb tájékoztatása érdekében.

A kutatások eredményeként azt találtuk, hogy a vizsgált országok egészségügyi rendszerük jellegétől függetlenül foglalkoznak a hivatalos vagy a helyi nyelvet nem beszélő betegek nyelvi segítségnyújtásával az egészségügyben. A nemzetek azonban történelmi hátterük, társadalmi és nyelvi összetételük, politikai berendezkedésük, valamint oktatási filozófiájuk alapján más-más formában és mértékben törekednek arra, hogy a helyi nyelvet nem beszélő betegek számára is biztonságos egészségügyi környezetet teremtsenek.

Közös pontként jelent meg a diszkriminációellenes törvény, amely kimondja, hogy senkit nem érhet hátrányos megkülönböztetés többek között nemzetisége vagy anyanyelve miatt. Ingyen tolmácsszolgáltatást szinte kivétel nélkül csak a bíróságokon biztosítanak az Emberi Jogok Európai Egyezményének értelmében: „Minden bűncselekménnyel gyanúsított személynek joga van – legalább – arra, hogy a legrövidebb időn belül tájékoztassák olyan nyelven, amelyet megért, és a legrészletesebb módon az ellene felhozott vád természetéről és indokairól,” valamint hogy „ingyenes tolmács álljon rendelkezésére, ha nem érti, vagy nem beszél a tárgyaláson használt nyelvet” (Az Európai Emberi Jogi Bíróság, 2021: 10). Érdekes megemlíteni, hogy például az Ír Emberi Jogi és Esélyegyenlőségi Bizottság (*The Irish Human Rights & Equality Commission*) azt a célt tűzte ki, hogy a fent említett nyelvi jogokat, illetve az ingyenes tolmácsszolgáltatást egészségügyi kontextusban, az élethez, egészséghez és biztonsághoz elengedhetetlenül szükséges szolgáltatások tekintetében is biztosítsák (Northern Ireland Human Rights Commission, 2010). Az általunk vizsgált országok közül ugyanakkor csak Ausztrália és Új-Zéland biztosít ingyen tolmácsszolgáltatást az egészségügyben. Ezekben az országokban kivételesen magas szintű tolmácsképzés működik, és ezzel összefüggésben a humán erőforrás nagyobb mértékben biztosított, mint a többi vizsgálati helyen (Horváth et al., 2021).

Az is közös volt mindegyik vizsgált országban, hogy a rendelkezéseket, előírásokat, útmutatókat jellemzően nem nemzeti szinten, hanem inkább alacsonyabb szervezeti és intézményi szinteken adták ki. Ez abból adódhatott, hogy az egyes államok, tartományok, territóriumok, kantonok, egészségügyi intézmények különböző mértékben voltak érintettek helyi nyelvet nem beszélő betegek ellátásában. Szervezetek aktivitására pozitív példa az Amerikai Egyesült Államokban működő *Hablamos Juntos (Together We Speak)*, amely spanyol ajkúak által sűrűn lakott régiókban található egészségügyi intézményeknek nyújt nyelvi segítséget (Wu et al., 2007). Hasonló szervezet az írországi Cairde, amely az etnikai kisebbségi közösségek körében felmerülő egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentését igyekszik segíteni, beleértve ebbe a nyelvi akadályokból származó egyenlőtlenségeket is (Cairde, n.d.). Tolmácsszolgáltatással foglalkozó privát szervezetek működnek Új-Zélandon is, amelyeknek feladata a területi egészségügyi szolgáltatók munkájának segítése (Horváth et al., 2021).

Bár nem a fordítást vagy tolmácsolást, hanem az elsődleges szövegalkotást érinti, vannak olyan törvények, illetve előírások is, amelyek nemzeti szinten vannak érvényben, és amelyek hasznosak lehetnek a helyi nyelvet alacsony szinten beszélő betegek számára is. Az Egyesült Államokban 2011 októberében lépett hatályba a 2010-es *Plain Writing Act* törvény, amelynek értelmében minden szövetségi intézménynek „egyértelmű, tömör, jól szervezett” módon megírt kiadványokat, formanyomtatványokat és nyilvánosan terjesztett dokumentumokat kell kiadnia (PLAIN, 2011). Bár nem kapcsolódik a törvénykezéshez, illetve a nyelvhasználat törvényi szabályozásához, részben itt, a nem hivatalos előírásokkal összefüggésben említhető az „egyszerű angol”-ra való törekvés is, amely Nagy-Britanniában egyfajta mozgalomként van jelen. A Közérthetően Angolul Mozgalom (*Plain English Campaign*) nevű szervezet 1979 óta kampányol az angol nyelv világos és közérthető használata mellett. A szervezet számos útmutatója között megtalálhatók az orvosi szövegek írására készített segédletek is (Plain English Campaign, n.d.; NHS England, 2016). Bár törvény nem írja elő, a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (*National Health Service, NHS*) mégis törekszik arra, hogy betartsa a mozgalom javaslatait, és mindenki számára közérthető módon kommunikáljon, hiszen ezáltal több emberhez eljuthat az üzenete (ANHS England, 2016).

Közös volt még a vizsgált országokban, hogy bár a szakirodalom szerint az egészségügyben képzett tolmácsokra van szükség, több tanulmány is arról számolt be, hogy az általuk vizsgált országban elfogadott gyakorlat, hogy laikus tolmácsok, azaz helyben dolgozó egészségügyi szakemberek vagy adminisztratív dolgozók, esetleg a beteg hozzátartozói közvetítenek az orvos és beteg között (HSE, 2009; Ärztekammer Berlin, 2013; Marks-Sultan et al., 2016; University Hospital of Leicester, 2018; NHS England / Primary Care Commissioning, 2018; Cehajic, 2019; Tarr & Merten, 2019). Ezenkívül gyakran felhívták a figyelmet arra, hogy a nyelvi akadályok felszámolására a távtolmácsolás volt a megoldás.

Mindent egybevetve elmondható, hogy a nyelvi akadályokból származó nemkívánatos események megelőzésének lehetőségeivel számos szakirodalmi munka foglalkozik, és ezek a kutatások nagy segítségére lehetnek egy nemzetnek vagy egy egészségügyi intézménynek abban, hogy a saját igényeire szabva kidolgozzon egy olyan szabályozási rendszert vagy konkrétan egy nyelvi segítségnyújtási tervet, amellyel segíti az orvos-beteg kommunikációt, és csökkenti az egyenlőtlenséget a betegek között.

Ezek után felmerül a kérdés, hogy vajon a magyarországi egészségügyi intézmények hogyan járnak el, amikor a beteg nem beszél magyarul. Ezt a kérdést vizsgálja a következő, 4. alponban bemutatott kutatás.

4. Betegbiztonsági intézkedések Magyarországon

Magyar viszonylatban számos publikáció született a betegbiztonság és kommunikáció témakörében (Vajda, 2011; Kollár, 2016; Mina, 2016; Pilling és Erdélyi, 2016; Sándor és Pilling, 2016; Pilling, 2018; Lám et al., 2019; Belicza et al., 2022;), ezek azonban a magyar anyanyelvű orvosok és betegek közötti kommunikációt vizsgálták, valamint azt, hogy az orvosok közötti kommunikáció hogyan befolyásolja a betegbiztonságot. A hatékony, betegközpontú, egymás megértésére törekvő kommunikáció fejlesztésére oktatóanyagok is készülnek az egészségügyi szakemberek számára (vö. pl. Csabai et al., 2021). A magyarul nem beszélő betegekkel folytatott kommunikációval kapcsolatosan 2012-ben született egy kézikönyv *Harmadik országbeli állampolgárok hozzáférése az egészségügyi ellátórendszerhez* címmel (Gellér, 2012), amely arról is beszámolt, hogy az akkori magyar egészségügyből hiányoztak a szakképzett tolmácsok és a lefordított dokumentumok a betegekkel való sikeres kommunikációhoz.

Jelen kutatás azt hivatott feltárni, hogy 1) Magyarországon mi a jogi háttere a nyelvi közvetítők bevonásának az egészségügyi ellátásba, valamint hogy 2) a gyakorlatban az egészségügyi szakemberek hogyan hidalják át a nyelvi akadályokat, és közel tíz évvel Gellér és munkatársai (2012) kutatása után kimutatható-e jelentős változás a magyarul nem beszélő betegek számára rendelkezésre álló nyelvi segítségnyújtásban.

4.1. Tolmácsok és szakfordítók a magyar egészségügyben

Ma Magyarországon nincsen olyan előírás, amely kötelezővé tenné a hivatásos tolmácsok alkalmazását vagy fordítások készítését egy magyarul nem beszélő beteg ellátása során. A tolmácsolás és fordítás témakörével a 24/1986. (VI. 26.) MT rendelet foglalkozik, amely nem tér ki a nyelvi mediálás egészségügyi vonatkozásaira, azonban kimondja, hogy a tolmácsoláshoz és fordításhoz való jog a büntetőeljárás során biztosított. Az 1997. évi CLIV. egészségügyi törvény (továbbiakban: Eütv.) (*Magyar Közlöny*, 1997) magyar nyelven kommunikáló orvosválasztáshoz biztosít jogosultságot a beteg számára, valamint kimondja, hogy „az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során érvényesülnie kell az esélyegyenlőségnek”, azonban a tolmácsok bevonására csak nagyon érintőlegesen utal a tájékoztatáshoz való jog kapcsán. Az Eütv. 13. § (1) bekezdése deklarálja, hogy „a beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra”. A (8) bekezdésben azzal folytatja, hogy „a betegnek joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jelnyelvi tolmácsot biztosítsanak.” Végezetül a (7) bekezdésben leírja, hogy „a tájékoztatáshoz fűződő jogok gyakorlásához szükséges feltételeket a fenntartó biztosítja.”

A kötelező fordításokkal kapcsolatban a 30/2005. (VIII. 2.) EüM rendelet kimondja, hogy az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerek címkéjén és betegtájékoztatójában milyen információkat kötelező magyar nyelven feltüntetni. A fordítók rendelkezésére állhatnak útmutatók is, melyeket az egyes intézmények és cégek biztosítanak. Ezeken kívül hivatalos és mindenki által hozzáférhető fordítási útmutatót az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) honlapján lehet találni. A tolmács és fordító személyéről a 24/1986. (VI. 26.) MT rendelet (*Magyar Közlöny*, 2014) nyilatkozik: „szakfordítást vagy tolmácsolást munkaviszonyban, valamint munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban díjazás ellenében az végezhet, aki szakfordító vagy tolmács képesítéssel rendelkezik.”

Magyarországon ma bármilyen általános tolmácsképesítéssel lehet az egészségügyben tolmácsolni. Hazánkban mind a négy orvostudományi egyetemnek van akkreditált egészségtudományi szakfordító képzése angol–magyar nyelvpárban, három közülük tolmácsképzéssel is rendelkezik. 2022 februárjában a Semmelweis Egyetem német–magyar nyelvpárban is elindította szakfordító- és tolmácsképzését. A képzőintézetek számát és az ország népességét összevetve ez nemzetközileg is nagyon jó arány.

A törvényi háttér áttekintése után felmerül a kérdés, vajon hogyan működik mindez a gyakorlatban, azaz hogyan zajlik a magyarul nem beszélő betegek ellátása a magyarországi kórházakban, illetve kik tolmácsolnak és fordítanak az egészségügyi ellátás során. Gellér és munkatársai (2012) arról számolnak be, hogy az egészségügyi rendszerben jellemző a tolmácshiány és az, hogy az egészségügyi dokumentáció folyamata magyar nyelven folyik. Ezt többek között azzal magyarázzák, hogy a magánegészségügyi szolgáltatókkal szemben az állami intézményeknek nincsen anyagi keretük a fent megnevezett nyelvi szolgáltatásokra. Éppen ezért a mediálást jellemzően *ad hoc* tolmácsok, azaz a helyben lévő orvosok vagy a beteg hozzátartozói, ismerősei végzik, ami veszélyeztetheti a betegellátást. Kutatásomban ezzel összefüggésben arra kerestem a választ, hogy az említett kutatás (Gellér, 2012) után közel tíz évvel hogyan zajlik a külföldi betegekkel való kommunikáció a magyarországi kórházakban.

4.2. Kommunikáció külföldi betegekkel – kérdőíves felmérés

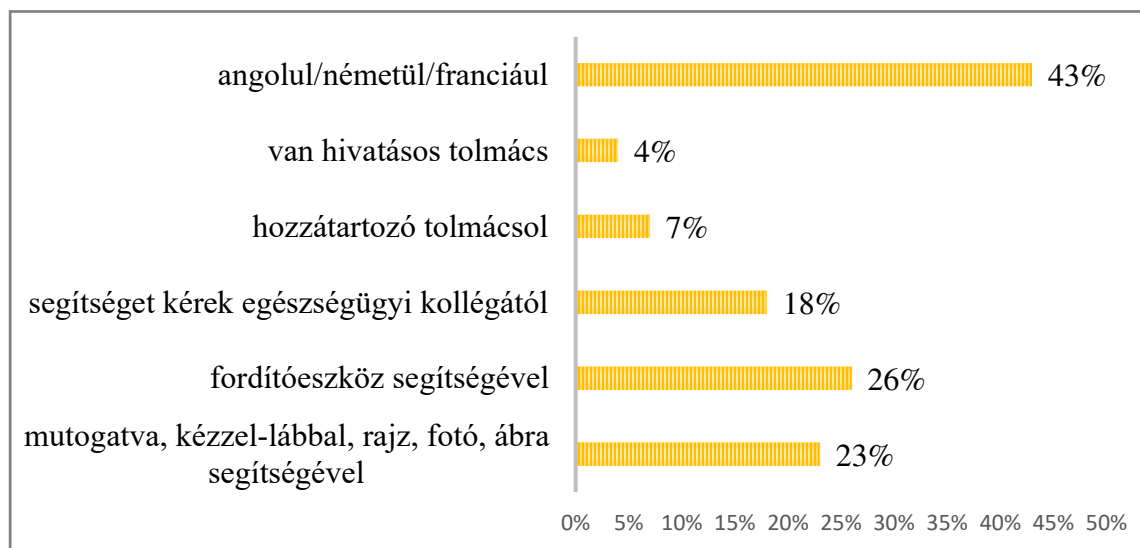
Kutatásomban kérdőíves módszerrel (lásd a 2. sz. függelékben) jártam körül az orvosi vizsgálatok, illetve műtétek előtti betegtájékoztatási gyakorlat sajátosságait a magyarországi egészségügyi intézményekben külföldi páciensek ellátása során. A kutatás terjesztése egyesületeken és közösségi fórumokon keresztül valósult meg. A Google Drive-on készített online kérdőívet 2021 szeptembere és októbere között terjesztettem. A kérdőív kitöltése anonim és önkéntes volt. Az adatközlők minden esetben megadták, hogy milyen kórházakban (állami, magán-) és milyen osztályon dolgoznak. Nemük vagy életkoruk nem volt releváns a vizsgálat szempontjából. A

kérdőív hiányossága, hogy az adatközlők munkaköréről nincsen információ. A kérdőív tíz kérdésből állt, amelyek közül négyre térek ki ebben a tanulmányban. A kérdések egy részében az adatközlők több lehetőséget is választhattak (*multiple choice*), de emellett nyitott kérdéseket is feltettem. A kérdőívet összesen 110-en töltötték ki, ebből 96-an állami egészségügyi intézményben, 14-en pedig a magánellátásban dolgoztak. A kitöltések 42 különböző osztályról érkeztek. Az intézmény, illetve a város megadását szándékosan nem kértem az adatközlőktől, mivel el szerettem volna kerülni, hogy beazonosíthatók legyenek, illetve azt, hogy az intézmény megjelölése miatt ne merjenek nyilatkozni arról, hogy nem állnak rendelkezésre idegen nyelvre fordított dokumentumok, vagy hogy nem beszélnek idegen nyelveket.

4.3. Kutatási eredmények és diszkusszió

A beérkezett válaszok alapján megállapítható, hogy a megkérdezettek által képviselt magyar egészségügyi intézményekben az esetek nagy többségében *ad hoc* tolmácsok közvetítenek orvos és beteg között, valamint tájékoztató és egyéb dokumentumok idegen nyelvű fordítása is alacsony számban érhető el. Ez a gyakorlat összhangban van a nemzetközi trendekkel (Horváth & Molnár, 2021; Horváth et al., 2021; Horváth et al., 2022), illetve Geller és munkatársai 2012-es felméréseinek eredményeivel is. Arra a kérdésemre, hogy „Amennyiben Önnek kell kommunikálnia a külföldi beteggel egy-egy vizsgálat vagy műtét előtt, hogyan teszi ezt? Például angolul, »kézzel-lábbal«, technikai eszközt használ, segítséget kér kollégától?“, a kitöltőknek lehetőségük volt hosszabb választ adni.

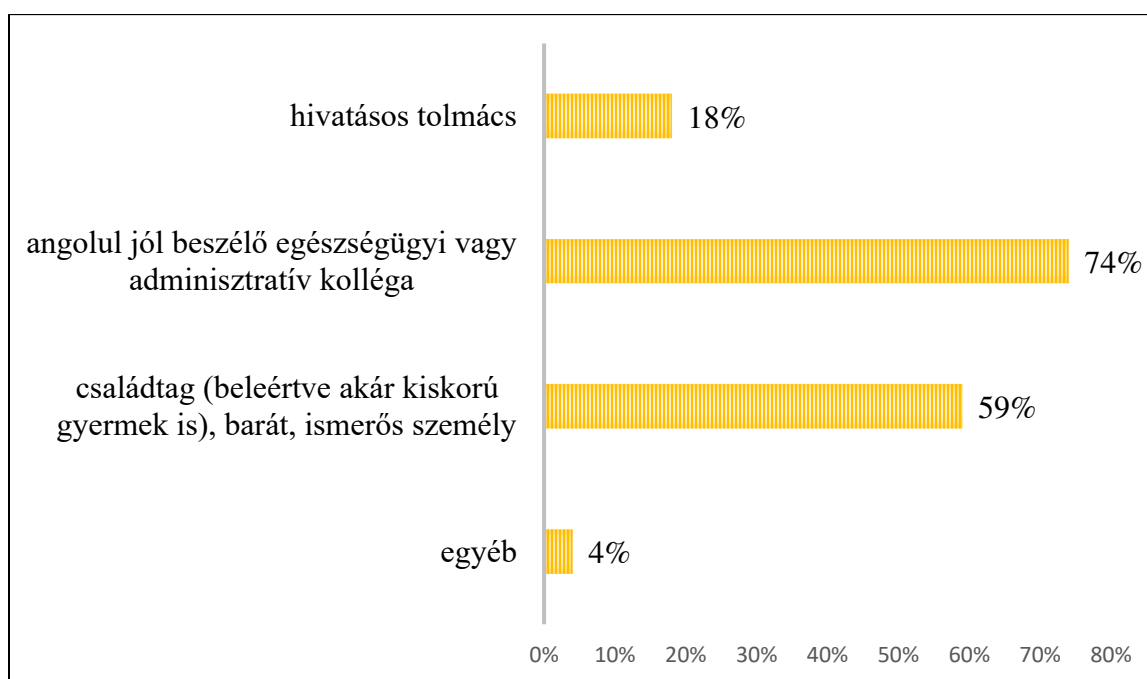
1. ábra. Az egészségügyi szakember és a beteg közötti kommunikáció preferált módjai



Az 1. ábrán az adatok azt mutatják, hogy a 108 válaszadó 43%-a próbál meg maga kommunikálni a külföldi beteggel valamilyen idegen nyelven. A kitöltők 4%-a mondta, hogy volt betege, aki hivatásos tolmáccsal érkezett, míg 7%-uk számolt be arról, hogy kommunikált már beteggel annak hozzátartozóján keresztül. A válaszadók 18%-ánál egyéb megoldás volt a nyelvi akadályok áthidalására egy olyan kolléga bevonása a kommunikációs szituációba, aki beszélte a beteg anyanyelvét vagy egy általa is ismert idegen nyelvet. A kitöltők 28%-a számolt be arról, hogy fordítóeszközt (pl. a Google Fordítót vagy online szótárakat) használt a beteg tájékoztatásához, és 23% említette, hogy egy-egy beteggel csak kézzel-lábbal mutogatva, valamint rajzok, fotók és ábrák segítségével tudtak kommunikálni.

Arra a kérdésemre, hogy „Amennyiben tolmácsra van szükség a szóbeli kommunikáció során, jellemzően ki tölti be a nyelvi közvetítő szerepét?“, a 2. ábra mutatja a 110 kitöltő válaszainak megoszlását (a kitöltők több választ is megjelölhettek):

2. ábra. Az egészségügyi tolmácsolást ellátó személy



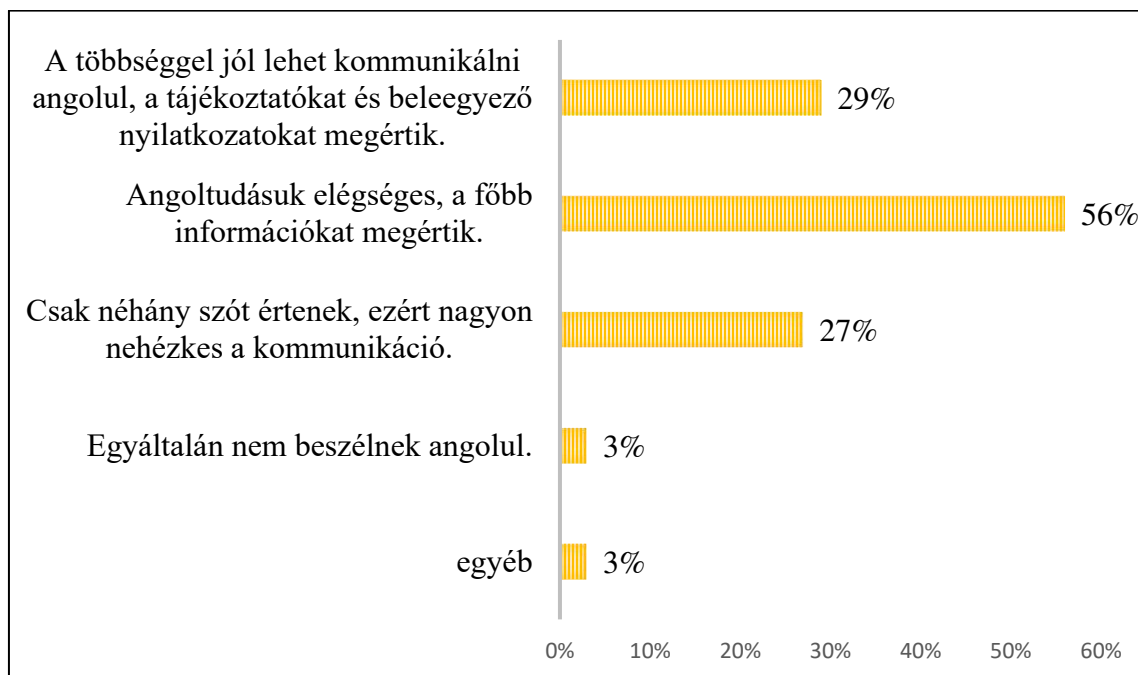
Ebben az esetben a megkérdezettek három lehetőség közül választhattak, valamint megfogalmazhattak saját választ is az *egyéb* opció megjelölésekor. A kitöltők 18%-a állította, hogy az intézményében a kérdéses esetekben jellemzően tolmács közvetít – ez az arány meglehetősen alacsonynak tűnik figyelembe véve, hogy az országban három egyetemen is van egészségtudományi tolmácsképzés, de emellett számos egyéb tolmácsképző program is működik, amelyek diplomájával szintén dolgozhatnak tolmácsok az egészségügyben. A megkérdezettek nagy többsége, azaz

74%-a arról számolt be, hogy nyelvi akadály esetén házon belül, angolul jól beszélő egészségügyi vagy adminisztratív kolléga közbenjárásával zajlik a kommunikáció. Ebben az esetben azonban nem lehet kizárni, hogy a válaszadók egy része idesorolta azokat az egészségügyi szakembereket is, akik automatikusan idegen nyelven kommunikálnak a beteggel, nem pedig harmadik félként, közvetítőként vannak jelen. Ugyanakkor, ha a válaszadók 74%-a valóban olyan intézményben dolgozik, amelyben ez a tipikus eljárás, akkor felvetődik a kérdés, hogy az érintett szakemberek – akiknek az elsődleges kötelezettségük a szakszerű betegellátás biztosítása – milyen megfeszített munkát végezhetnek, ha a betegellátás mellett még tolmácsolniuk is kell. Az ilyen munkakörnyezetről tudjuk, hogy a legkevésbé kedvez a nemkívánatos események megelőzésének (Hall et al., 2016).

Tolmácsolás szempontjából az egészségügyi dolgozók mellett a családtagok és hozzátartozók is laikusnak tekinthetők. Az ő bevonásukról egy-egy nyelvi közvetítésbe a válaszadók 59%-a számolt be. A kitöltők többsége a megadott válaszlehetőségek valamelyikét jelölte meg (vagy esetleg több válaszlehetőséget is megadott), néhányan azonban saját választ is megfogalmaztak. Egy kitöltő arról számolt be, hogy intézményükben egyedi esetekben a nagykövetség segít a közvetítésben, más pedig azt nyilatkozta, hogy esetenként betegtárs segít a fordításban. Két adatközlő említette a Google Fordító használatát.

Annak érdekében, hogy pontosabb képet kapjunk arról, hogy a Magyarországon dolgozó egészségügyi szakemberek megítélése szerint az általuk ellátott betegek milyen szinten beszélnek angolul, a kérdőív kitöltői erről is nyilatkoztak. A 3. ábra a következő kérdésre adott válaszokat prezentálja: „Tapasztalata szerint az Ön osztályán ellátott külföldi betegek többségében milyen szintű angol nyelvtudással rendelkeznek?” A szakemberek négy lehetőség közül választhattak akár többet is, illetve lehetőségük volt egyéb választ is megadni.

3. ábra. Magyarországi egészségügyi intézményekben kezelt külföldi betegek angolnyelv-tudása

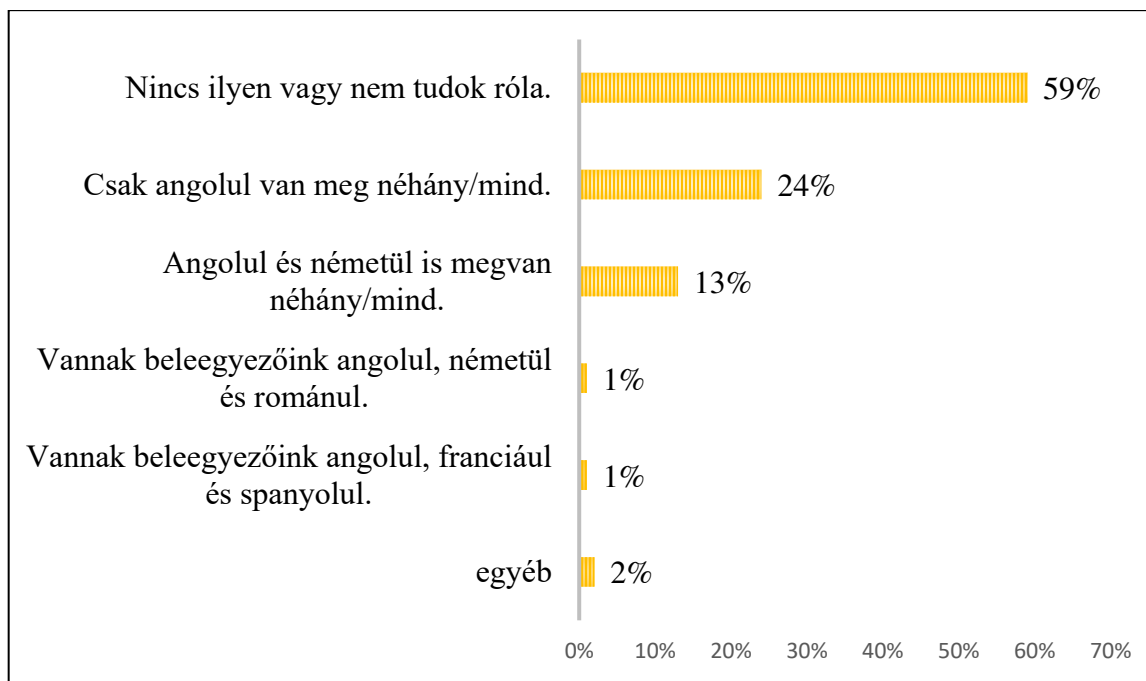


A 3. ábra azt mutatja, hogy a 109 válaszadó kicsivel több, mint fele (56%) jellemzően olyan külföldi betegekkel találkozik, akiknek az angoltudása elégséges, a főbb információkat megértik. A szakemberek közel egyharmada (29%) számolt be arról, hogy külföldi betegek többségével jól lehet kommunikálni angolul, a tájékoztatókat és beleegyező nyilatkozatokat megértik. Megközelítőleg ugyanennyien (27%) nyilatkoztak úgy, hogy betegek vagy azok egy része jellemzően csak néhány szót ért angolul, ami nagyon megnehezíti a kommunikációt. A megkérdezettek 3%-a mondta, hogy a betegek vagy azok egy része egyáltalán nem beszél angolul. Fontos hangsúlyozni, hogy a kérdőívet kitöltők több opciót is választhattak. Az *egyéb* opciót választva (3%) a válaszadók arról számoltak be, hogy a betegek nyelvtudása változó, illetve előfordul olyan külföldi beteg is, aki valamennyit magyarul is ért. Ezzel az eredménnyel kapcsolatosan ki kell emelni, hogy az adatok a válaszadók szubjektív véleményét tükrözik, és azt is fontos szem előtt tartani, hogy nem ismert, hogy ezek az egészségügyi szakemberek hogyan bizonyosodtak meg arról, hogy a betegek megértették az elhangzottakat.

Végezetül azt kérdeztem a kitöltőktől, hogy az osztályukon milyen tájékoztató beleegyező nyilatkozatokból van idegen nyelvű fordítás, melyet a külföldi betegeknek oda tudnak adni, és ezek milyen nyelven érhetők el. A választásom azért esett erre a műfajra, mert a tájékoztató beleegyező nyilatkozat központi jelentőségű vitális dokumentum, vagyis kulcsfontosságú szerepe van a kezelés minőségében és a beteg gyógyulásában, valamint betegjogi szempontból kifogásolható, ha ezt a

dokumentumot magyarul kapja meg a külföldi beteg (lásd Eütv. 13. § (1) és (8) bek.), aki sok esetben egyáltalán nem érti a nyelvet.

4. ábra. A beleegyező nyilatkozat fordítása és a fordítás nyelve



A kitöltők erre a nyitott kérdésre hosszabban válaszolhattak. A 80 adatközlő 59%-a adta azt a választ, hogy nincsenek az osztályán fordítások, vagy nem tud róluk. Ezzel szemben a kitöltők 39%-a nyilatkozta, hogy valamilyen nyelven vagy nyelveken vannak fordításaik. A fennmaradó 2%-ban mentősök írták meg, hogy nálunk nincsen idegen nyelvű tájékoztató, a beleegyezés szóban zajlik. A nyelvek tekintetében egyértelmű többségben vannak az angol fordítások, azonban valószínűleg földrajzi okokból egyes helyeken az angol mellett a dokumentumok német nyelvű fordítására is szükség van. Annál a két kitöltőnél, aki három nyelvet is megjelölt, feltételezhető, hogy intézményük vagy különös figyelmet fordított a külföldi betegek igényeinek kiszolgálására, ezért a legnagyobb közvetítő nyelven kívül két további nyelvre is készítenek fordításokat, vagy az intézmény az ország olyan régiójában van, ahol az adott nyelvi kisebbségek nagy számban élnek.

Ami az intézményeik típusát illeti, feltételezhetnénk, hogy a fordítások többnyire a magánintézményekben fordulnak elő, azonban a kitöltők válaszaiból kiderült, hogy például a három nyelvre fordító intézmények közül csak az egyik magán-, a másik állami intézmény. Azon válaszadóknak, akiknél angolul és németül is vannak beleegyező nyilatkozatok, 45%-a dolgozik magán-, és 54%-a állami intézményben. Azoknak, akik arról számoltak be, hogy náluk van néhány angol nyelvű beleegyező

nyilatkozat, esetleg mindegyik megvan fordításban, csak 16%-a dolgozik magánkórházban, 87%-a pedig államiban.

Bár lehetőségük lett volna rá, a válaszadók csak elvétve nevezték meg, hogy pontosan mely beleegyező nyilatkozatokból vannak fordításaik. Akik megnevezték, azok jellemzően az osztályuk legfontosabb, leggyakrabban használt beleegyező nyilatkozatait adták meg válaszul. Ezenkívül többen megjegyezték, hogy az osztályukon nincsenek fordítások, külföldi beteg esetén az orvos a magyar nyelvű szöveg tartalmát szokta elmagyarázni a beteg számára érthető nyelven, esetleg hívnak egy adott nyelven jól beszélő kollégát, hogy mindezt tolmácsolja a betegnek. A válaszadók között volt olyan is, aki jelezte, hogy az ő osztályukon kizárólag azért vannak meg fontos dokumentumok angol fordításban – beleértve ebbe a leggyakoribb vizsgálatokhoz és beavatkozásokhoz szükséges beleegyező nyilatkozatokat is –, mert van egy kollégájuk, aki korábban elvégzett egy egészségügyi szakfordító képzést, és fontosnak érezte, hogy ezek a dokumentumok ne csak magyar nyelven legyenek elérhetők.

Geller és munkatársai (2012) kutatásával összevetve azt lehet elmondani, hogy a jelen kutatás nem mutatott ki jelentős változást a 2012-ben tapasztaltakhoz képest. Bár ez csak egy kérdőíves felmérés volt, amelyet csupán 110 egészségügyi dolgozó töltött ki, az egyértelműen kirajzolódott, hogy a megkérdezettek intézményeiben hivatásos tolmácsok ritkán állnak rendelkezésre a magyarul nem beszélő külföldi betegekkel való kommunikáció során, így a nyelvi közvetítői szerepet rendszerint laikus tolmácsok (például hozzátartozók, barátok, valamint helyben lévő, idegen nyelvet jól beszélő egészségügyi és adminisztratív kollégák) töltik be. A kérdőív nem tért ki részletesen arra, hogy az egyes osztályokon pontosan mely dokumentumok vannak lefordítva idegen nyelvre, az adatok azonban arra utalnak, hogy az érintett intézményeken belül a tájékoztató beleegyező nyilatkozatoknak viszonylag ritkán készül fordítása, és azok is jellemzően angol nyelvűek (tehát a fordítás célnyelve egy olyan nyelv, amely tipikusan közvetítő nyelvként funkcionál).

5. Összegzés és kitekintés

Ahogy a WHO (2021) is megfogalmazta, a megbiztonság komoly, világméretű közegészségügyi probléma. Mindez hatványozottan érvényes a többnyelvű (és akár multikulturális) egészségügyi közegekben, ahol a nyelvismeret vagy annak hiánya nagymértékben befolyásolja az egyenlő hozzáférés esélyét, az egészségügyi szolgáltatás minőségét, a kezelés kimenetelét és a beteg gyógyulását. Ebből fakadóan kiemelten fontos a nyelvi segítségnyújtás megtervezése akár nemzeti, akár intézményi szinten, amelyben jelentős szerep jut a szakképzett nyelvi mediátoroknak és a hatékony kommunikációt támogató útmutatók kidolgozásának.

A nyelvi akadályokból fakadó nemkívánatos események elkerülésében a szóbeli kommunikáció mellett kulcsfontosságú szerepük van az írott dokumentumoknak is.

Bár nem lehet az egészségügyben használt minden dokumentumot lefordítani a helyi nyelvet nem beszélő összes beteg anyanyelvére, a betegbiztonság feltételeinek megteremtése érdekében célszerű összeállítani a vitális dokumentumok listáját, és legalább ezeket elérhetővé tenni idegen nyelveken.

Magyarországon az egészségügyi tolmácsolásra és fordításra vonatkozóan nincsenek konkrét előírások, azt azonban MT rendelet mondja ki, hogy hivatalosan csak képesítéssel rendelkező nyelvi szakember végezhet tolmácsolást és szakfordítást. Emellett pozitívum, hogy akit érdekel az egészségügyi szakfordítás és tolmácsolás, az négy orvosi egyetem programja közül is választhat.

A jelen tanulmányban tárgyalt kérdőíves vizsgálat, amely 110 egészségügyi dolgozó reflexiói alapján készült, arra mutatott rá, hogy a magyarországi gyakorlat megfelel a nemzetközi trendeknek, valamint hogy Gellér és munkatársai 2012-es kutatása óta jelentős változás nem történt a magyarul nem beszélő betegek nyelvi megsegítése terén. A válaszadók arról számoltak be, hogy az egészségügyi szakember és a beteg között jellemzően *ad hoc* tolmácsok közvetítenek, míg beleegyező nyilatkozatokból – amelyek vitális dokumentumnak tekinthetők az egészségügyi ellátásban – kevés áll a betegek rendelkezésére idegen nyelven. A kutatás eredményei emellett azt mutatják, hogy a megkérdezett egészségügyi szakemberek több mint fele a magyarul nem beszélő betegek közül jellemzően olyanokkal találkozik munkája során, akik elégséges szinten beszélnek angolul, vagyis a főbb információkat megértik.

A téma jelentőségéből fakadóan, valamint mivel a betegbiztonság és a betegekkel folytatott egészségügyi kommunikáció kapcsolata magyarul nem beszélő betegek esetében kevésbé kutatott terület, érdemes lenne egy statisztikai adatokkal alátámasztott kutatást végezni, melyből pontos képet kaphatnánk a Magyarországon kezelt magyarul nem beszélő betegek számáról, nyelvi összetételéről, nyelvi igényeiről (milyen nyelven preferál kommunikálni egészségügyi témában), valamint nyelvismeretük szintjéről. Mindezek feltérképezése hasznos lehetne nemzeti és/vagy intézményi szintű nyelvi segítségnyújtási tervek kidolgozása során, de az orvosi egyetemeken zajló nyelvoktatásban, valamint a tolmács- és szakfordítóképzésben is hasznosíthatók lennének az eredmények.

Ezenkívül érdemes lenne megvizsgálni azt is, hogy a magyar egészségügyben melyek a vitális dokumentumok, és hogyan javasolt ezeket fordítani. Erre vonatkozóan már el is kezdődtek a munkálatok 2021 őszén a Semmelweis Egyetem Szaknyelvi Intézetének, valamint a Szegedi Tudományegyetem Orvosi Szaknyelvi Kommunikációs és Szakfordítóképző Csoportjának együttműködésében. A kutatócsoport céljai között szerepel a vitális dokumentumok listájának összeállítása egészségügyi szakemberek, egészségügyi szakjogászok, illetve potenciális betegek bevonásával. A kutatócsoport további célja ezt követően, hogy a kulcsfontosságú dokumentumokhoz fordítási útmutatókat, glosszáriumokat, valamint mintaszövegeket készítsen a célnyelven,

amelyek idővel oktatóanyagként is felhasználhatók lehetnek az egészségtudományi szakfordítóképzésben, valamint fordítási mintaként és javallatként elérhetővé válhatnak egészségügyi intézmények számára is.

Források

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (2021). <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>
- ANHS England Patient and Public Participation and Insight Group. (2016, November 2). NHS England Accessible Information and Communication Policy. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-england-accessible-information-and-communication-policy/>
- Ärztammer Berlin (2013, March 5). *Patientenrechte im Gesetz – Das Wichtigste zum Patientenrechtegesetz*. <https://www.aekb.de/aerzt-innen/recht/gesetzesanderungen/detail/patientenrechte-im-gesetz-das-wichtigste-zum-patientenrechtegesetz>
- Európai Emberi Jogi Bíróság (2021). *Emberi Jogok Európai Egyezménye*. https://www.echr.coe.int/documents/convention_hun.pdf
- European Commission (2017). *Patient safety*. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/research_and_innovation/research_by_area/documents/ec_rtd_patient-safety_factsheet.pdf
- HHS Guidance to Federal Financial Assistance Recipients Regarding Title VI Prohibition Against National Origin Discrimination Affecting Limited English Proficient Persons (2020). <https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/special-topics/limited-english-proficiency/guidance-federal-financial-assistance-recipients-title-vi/index.html>
- HSE, Social Inclusion Unit and the Health Promoting Hospitals Network – National Intercultural Hospital Initiative (2009). *On Speaking Terms: Good Practice Guidelines for HSE Staff in the Provision of Interpreting Services*. Retrieved April 16, 2022, from <https://pdf4pro.com/amp/view/on-speaking-terms-a-ireland-s-health-services-3ed800.html>
- Institute of Translation and Interpreting (ITI) (2022, April 14). Retrieved April 14, 2022, from <https://www.iti.org.uk/>
- ITI Medical & Pharmaceutical Network. (2021, June 15). Retrieved April 14, 2022, from <https://www.itimedical.co.uk/>
- Magyar Közlöny (1997). 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
- Magyar Közlöny (2014). *A szakfordításról és tolmácsolásról szóló 24/1986. (VI. 26.) MT rendelet*.
- NHS England Patient and Public Participation and Insight Group. (2016). NHS England Accessible Information and Communication Policy. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/05/patient-and-public-participation-guidance.pdf>
- NHS England / Primary Care Commissioning. (2018). *Guidance for commissioners: Interpreting and Translation Services in Primary Care*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/09/guidance-for-commissioners-interpreting-and-translation-services-in-primary-care.pdf>
- Tarr, N., & Merten, S. (2019). *Literaturreview. Interkulturelles Dolmetschen 2012–2018*. https://www.academia.edu/45042829/Literaturreview_interkulturelles_dolmetschen
- University Hospital of Leicester (2018). *Interpreting and Translation Policy and Procedure*. <https://secure.library.leicestershospitals.nhs.uk/PAGL/Shared%20Documents/Interpreting%20and%20Translation%20UHL%20Policy.pdf>
- WHO (2002). *Quality of care: patient safety. Fifty-Fifth World Health Assembly, Provisional agenda item 13.9. WHA55.18*. <https://www.who.int/publications/i/item/quality-of-care-patient-safety>
- WHO (2005). *World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>
- WHO (2019). *Patient safety. Global action on patient safety. Seventy-Second World Health Assembly, Provisional agenda item 12.5. A72/26*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf

WHO (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
 WHO (n.d.) *Patient Safety*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety>

Irodalom

- Almalki, M., FitzGerald, G., & Clark, M.** (2011). The nursing profession in Saudi Arabia: an overview. *International nursing review*, 58(3), 304–311. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00890.x>
- Auraaen, A., Slawomirski, L., & Klazinga, N.** (2018). *The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind. OECD Health Working Papers*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patient-safety-in-primary-and-ambulatory-care_baf425ad-en
- Belicza Éva, Dombrádi Viktor, Mikesy Gergely & Sinka Lászlóné Adamik Erika** (2022). A nemkívánatos események általános okai és kezelési lehetőségei az egészségügyben. *Orvosi Hetilap*, 163/6, 236–245. https://akiournals.com/view/i_ournals/650/163/6/arti_cle-p236.xml
- Bladd, J.** (2008). Drug doses lost in translation. *Arabian Business*. <https://www.arabianbusiness.com/drug-doses-lost-in-translation-51171.html>
- Bowen, S.** (2001). Language Barriers in Access to Health Care. *Health Canada*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-accessibility/language-barriers.html>
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., Newhouse, J. P., Weiler, P. C., & Hiatt, H. H.** (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England Journal of Medicine*, 324(6), 370–376. <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240604>
- Cairde (n.d.). About. *Cairde*. <https://cairde.ie/about/>
- Cehajic, M.** (2019). *Dolmetschen im Gesundheitswesen. Anforderungen und Kompetenzen aus Sicht der DolmetscherInnen am Beispiel von AmberMed*. [Master's thesis, Universität Wien]. <https://theses.univie.ac.at/detail/49778#>
- Cohen, A. L., Rivara, F., Marcuse, E. K., McPhillips, H., & Davis, R.** (2005). Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? *Pediatrics*, 116(3), 575–579. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0521>
- Csabai, M., Kuna, Á., Látos, M., Lucza, L., Barabás, K. & Papp-Zipernovszky, O.** (2021). *Developing knowledge, attitudes and skills about Medically Unexplained Physical Symptoms and Intercultural Communication. E-Learning Moduls for Medical Education*. <http://mups-music-learn.eu>
- Flores, G.** (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical care research and review: MCRR*, 62(3), 255–299. <https://doi.org/10.1177/1077558705275416>
- Flores, G., & Vega, L. R.** (1998). Barriers to health care access for Latino children: a review. *Family medicine*, 30(3), 196–205.
- Fogarasi Katalin** (2018). A diagnózis jelentése és jelentősége a beteg szemszögéből. In Dombi Judit, Farkas Judit és Gúti Erika (szerk.), *Aszimmetrikus kommunikáció - aszimmetrikus viszonyok* (774–804). Bicske: SZAK Kiadó.
- Gellér Balázs József** (szerk.) (2012). *Harmadik országbeli állampolgárok hozzáférése az egészségügyi ellátórendszerhez*. Tullius: Budapest. <http://www.solidalapok.hu/solid/sites/default/files/sszes%C3%ADtett%20honlapra%2012%2031.pdf>
- Graham, A., Gilchrist, K. L. & Rector, C.** (2011). The Lived Experiences of OB Nurses Communicating With Non-English Speaking OB Clients With and Without an Interpreter. *J Obstet Gynecol Neonatal Nursing*, 40, 116–117. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01243_38.x
- Hablamos Juntos (2012). *Developing the translation brief*. RWJF. (2012, July 17). Retrieved April 14, 2022, from <https://www.rwjf.org/en/library/research/2009/04/developing-the-translation-brief.html>
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A. & O'Connor, D. B.** (2016). Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PloS one*, 11/7, e0159015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>

- Health Policy Institute (2019, February 13). *Cultural competence in health care: Is it important for people with chronic conditions?* Retrieved April 18, 2022, from <https://hpi.georgetown.edu/cultural/#>
- Hemberg, J., & Sved, E.** (2021). The significance of communication and care in one's mother tongue: Patients' views. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41/1, 42–53. <https://doi.org/10.1177/2057158519877794>
- Horváth Ágnes, Székács Anna Júlia és Csorvási Ágnes** (2021). Egészségtudományi tolmácsolás – Tolmácsolás és betegbiztonság Ausztrália és Új-Zéland egészségügyi rendszerében. *Fordítástudomány*, 23/2, 45–65. <https://doi.org/10.35924/fordtud.23.2.3>
- Horváth, Á., Molnár, P.** 2021. A review of patient safety communication in multicultural and multilingual healthcare settings with special attention to the U.S. and Canada. *Developing Health Sciences*, 4/3, 49–57. <https://akjournals.com/view/journals/2066/aop/article-10.1556-2066.2021.00041/article-10.1556-2066.2021.00041.xm>
- Horváth, Á., Molnár, P. & Pörzse, G.** (2022). *Patient Safety Communication in Multicultural and Multilingual Healthcare Systems in Europe* [Unpublished manuscript]. Budapest: Department of Languages for Specific Purposes, Semmelweis Egyetem.
- House, J.** (1977). A Model for Assessing Translation Quality. *Meta: Translators' Journal*, 22/2, 103–109. <https://doi.org/10.7202/003140ar>
- IOM, Institute of Medicine (US) Roundtable on Health Disparities. (2008). *Challenges and Successes in Reducing Health Disparities: Workshop Summary*. National Academies Press (US).
- Jaramillo, J., Snyder, E., Dunlap, J. L., Wright, R., Mendoza, F. & Bruzoni, M.** (2016). The Hispanic Clinic for Pediatric Surgery: A model to improve parent-provider communication for Hispanic pediatric surgery patients. *Journal of Pediatric Surgery*, 51/4, 670–674. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2015.08.065>
- Johnstone, M. J. & Kanitsaki, O.** (2006). Culture, language, and patient safety: Making the link. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 18/5, 383–388. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl039>
- Kagawa-Singer, M. & Kassim-Lakha, S.** (2003). A strategy to reduce cross-cultural miscommunication and increase the likelihood of improving health outcomes. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 78/6, 577–587. <https://doi.org/10.1097>
- Kohn, L. T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M. S.** (eds.). (1999). *To err is human: building a safer health system*. National Academy Press.
- Kollár János** (2016). Kommunikáció az egészségügyi teamen belül: orvosok és szakdolgozók. *Orvosi Hetilap*, 157/17, 659–663. <https://akjournals.com/view/journals/650/157/17/article-p659.xml>
- Lám Judit, Safadi Heléna, Pitás Eszter és Belicza Éva** (2019). Ki mit tud? – A betegátadásról. Egy magyar és lengyel mintán végzett tudásfelmérés tapasztalatai. *Orvosi Hetilap*, 160/44, 1735–1743. <https://akjournals.com/view/journals/650/160/44/article-p1735.xml>
- Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N., Lawthers, A. G., Localio, A. R., Barnes, B. A., Hebert, L., Newhouse, J. P., Weiler, P. C. & Hiatt, H.** (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *The New England Journal of Medicine*, 324/6, 377–384. <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240605>
- Marks-Sultan, G., Kurt, S., Leyvraz, D., & Sprumont, D.** (2016). The legal and ethical aspects of the right to health of migrants in Switzerland. *Public health reviews*, 37/15. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0027-2>
- Mina András** (2016). Kommunikáció az egészségügyben – jogi vonatkozások. *Orvosi Hetilap*, 157/17, 675–679. <https://akjournals.com/view/journals/650/157/17/article-p675.xml>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Health Care Services, Board on Global Health & Committee on Improving the Quality of Health Care Globally (NASEM). (2018). *Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide*. National Academies Press (US).
- Nord, C.** (1997). Defining translation functions. The translation brief as a guideline for the trainee translator. *Ilha do desterro. A Journal of English Language, Literature in English and Cultural Studies*, 33, 41–55.

- Northern Ireland Human Rights Commission (2010). Minority Language Rights. The Irish language and Ulster Scots. <https://www.nihrc.org/uploads/publications/briefing-paper-minority-language-rights-and-ecrml-june-2010.pdf>
- Pak, C.** (2020). The Impact of Communication on Access to Genetic Testing for Limited English Proficient Populations. *Medical Humanities*. https://blogs.bmj.com/medical-humanities/2020/04/28/the-impact-of-communication-on-access-to-genetic-testing-for-limited-english-proficient-populations/?utm_medium=cpc&utm_source=TrendMD&utm_term=usage-042019&utm_content=consumer&utm_campaign=mh
- Pilling János** (2018). *Orvosi kommunikáció a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó: Budapest.
- Pilling János és Erdélyi Kamilla** (2016). Az egészségügyi kártérítési perek kommunikációs vonatkozásai. *Orvosi Hetilap*, 157/17, 654–658. <https://akjournals.com/view/journals/650/157/17/article-p654.xml>
- Plain English Campaign (n.d.). *How to write medical information in plain English*. Plain English. <http://www.plainenglish.co.uk/medical-information.html>
- Plain Language Action and Information Network (PLAIN) (2011). *Federal Plain Language Guidelines*. <https://www.plainlanguage.gov/media/FederalPLGuidelines.pdf>
- QGH, Qikiqtani General Hospital. (2015). *If you cannot communicate with your patient, your patient is not safe*. Retrieved April 16, 2022, from <https://langcom.nu.ca/sites/langcom.nu.ca/files/QGH%20-%20Final%20Report%20EN.pdf>
- Regenstein, M., Andres, E. & Wynia, M. K.** (2013). *Promoting Appropriate Use of Physicians' Non-English Language Skills in Clinical Care: A white paper of the Commission to End Health Care Disparities with recommendations for policymakers, organizations and clinicians*. Retrieved April 16, 2022, from <https://www.ama-assn.org/resources/doc/public-health/cehcd-lep-white-paper.pdf>
- Sándor Imola és Pilling János** (2016). Tévhitek az orvosi kommunikációról. *Orvosi Hetilap*, 157/17, 644–648.
- The Joint Commission (2010). *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals*. Retrieved April 16, 2022, from www.jointcommission.org/assets/1/6/roadmapforhospitalsfinalversion727.pdf
- Vajda Beáta** (2011). Kommunikációs és kapcsolati tényezők jelentősége az egészségügyi szolgáltatások minőségében. *Vezetéstudomány – Budapest Management Review*, 42/5, 31–44. <https://doi.org/10.14267/veztud.2011.05.03>
- Williams, N. & Ogden, J.** (2004). The impact of matching the patient's vocabulary: a randomized control trial. *Family Practice*, 21/6, 630–635.
- Wu, S., Ridgely, M. S., Escarce, J. J. & Morales, L. S.** (2007). Language access services for Latinos with limited English proficiency: lessons learned from Hablamos Juntos. *Journal of General Internal Medicine*, 22 Suppl 2, 350–355. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0323-0>

1. sz. függelék
Betegbiztonság és kommunikáció
multikulturális és többnyelvű egészségügyi környezetben
– Szempontrendszer egyes országok feltérképezéséhez –

Általános nyelvi háttér

1. A vizsgált országban melyek a hivatalos nyelvek és azok jogi háttere?
2. Milyen nemzetiségek élnek az országban (felsorolás, százalékos eloszlás, demográfiai adatok)?
3. Milyen nyelvi kisebbségek élnek az országban (felsorolás, százalékos eloszlás, demográfiai adatok)?
4. A nyelvi kisebbségek mely területeken intézhetik hivatalos ügyeiket a saját nyelvükön? Milyen nyelvi jogokkal rendelkeznek?
5. Melyik az a szabályzat, mely előírja, hogy az egészségügyi szolgáltatások során saját anyanyelvén kommunikálhat a szakemberrel?
6. Az állam / tartomány / kanton / megye / egészségügyi szervezet / egyes egészségügyi intézmények hogyan nyilatkoznak a külföldi betegekkel való kommunikációról? Milyen nyelven kell kommunikálni velük?
7. Milyen cikkek, publikációk jelentek meg nyelvi kisebbséget vagy külföldi beteget ért egészségkárosodásról az országban kulturális akadályokból fakadóan?
8. Milyen cikkek, publikációk jelentek meg nyelvi kisebbséget vagy külföldi beteget ért egészségkárosodásról az országban nyelvi akadályokból fakadóan?
9. Milyen megoldásokat javasol az állam/tartomány/kanton/megye/egészségügyi szervezet/egészségügyi intézmény arra vonatkozóan, hogy a nyelvi kisebbségek és külföldi betegek ne szenvedjenek egészségkárosodást a kulturális különbözőségek miatt? Hogyan lehet ezeket megelőzni vagy csökkenteni az előfordulásukat?
10. Milyen megoldásokat javasol az állam/tartomány/kanton/megye/egészségügyi szervezet/egészségügyi intézmény arra vonatkozóan, hogy a nyelvi kisebbségek és külföldi betegek ne szenvedjenek egészségkárosodást a nyelvi különbözőségek miatt? Hogyan lehet ezeket megelőzni vagy csökkenteni az előfordulásukat?
11. Milyen nemzeti szintű rendelkezés (törvény, útmutató, szabvány) létezik az idegen nyelv használatáról (tolmacsolás, fordítás) a nyelvi kisebbségi és külföldi betegek esetében?
12. Milyen rendelkezéseik vannak a tartományoknak / kantonoknak / megyéknek / egészségügyi szervezeteknek / egyes egészségügyi intézményeknek az idegen nyelv használatát illetően (tolmacsolás, fordítás) a nyelvi kisebbségi és külföldi betegek esetében?
13. Az angolszász országok hogyan egyszerűsítik le az angol nyelvű dokumentumaikat az olyan betegek számára, akik beszélnek angolul, de csak alacsony szinten (LEP patients - patients with low English proficiency)? Milyen útmutatókat adtak ki ezen szövegek megírásához?

Tolmacsolás

14. Melyek azok a jogszabályok/szabályok/rendelkezések (akár intézményi szinten), melyek előírják, hogy kötelező/ajánlott a tolmács bevonása a nyelvi kisebbségi és külföldi betegek kezelése során?
15. Ki adta ki ezeket az előírásokat?
16. Milyen tolmácsolást ír elő, helyben végzett vagy távtolmácsolást (pl: telefon, skype)?
17. A tolmács kinél áll alkalmazásban: egészségügyi intézmény belső kollégája, egészségügyi szervezet, alapítvány vagy egy fordítóiroda közvetíti ki? Esetleg a betegnek kell gondoskodnia a nyelvi szakember bevonásáról?
18. A tolmácsszolgáltatás költségeit ki állja?
19. Ki végezhet tolmácsolást? Hivatásos tolmács vagy kórházi dolgozó?
20. Hol/kik írják elő a kifejezetten egészségügyi/orvosi tolmács alkalmazását?
21. A tolmácsnak milyen végzettséggel/tapasztalattal kell rendelkeznie ahhoz, hogy egészségügyi intézményben dolgozhasson?
22. Milyen készségekkel kell rendelkeznie a tolmácsnak, aki egészségügyi kontextusban tolmácsol?
23. Milyen módon szerepel a tolmács készségei között az interkulturális kompetencia?

24. Ha a kórházi dolgozók látják el a tolmácsolási feladatot, azok milyen nyelvi közvetítői képzésben részesültek?
25. Hogyan, milyen esetekben lehet bevonni a nyelvi közvetítésbe a beteg családtagjait, ismerőseit?
26. Hogyan, milyen esetekben engedélyezett, hogy a beteg kétnyelvű kisgyermek tolmácsoljon?
27. Az állam / tartomány / kanton / megye / egészségügyi szervezet / egyes egészségügyi intézmények milyen útmutatókat adtak ki arra vonatkozóan, hogy hogyan kell egészségügyi kontextusban tolmácsolni? (nyelvhasználat: stílus, szóhasználat, nyelvtan)
28. Az egészségügyi dolgozóknak milyen tréninget tartanak arról, hogy hogyan kell együtt dolgozniuk a tolmáccsal? (Mikor kell őket bevonni, a tolmácsolás melyik típusára van szükség, stb.)
29. Milyen nyelv(ek)re tolmácsolnak az egészségügyi szolgáltatások során? Törekcszenek mindig a beteg anyanyelvére vagy közvetítő nyelvet használnak?
30. Mennyire fontos, hogy a tolmácsszolgáltatás betegbarát legyen?
31. Milyen intézkedéseket tesznek, hogy egységesítsék az egészségügyi tolmácsolást és mindenki ugyanolyan, magas szintű tolmácsolásban részesüljön?
32. Amennyiben nem tudnak tolmácsot biztosítani a beteg mellé, azt mivel magyarázzák?
33. Amennyiben nem tudnak tolmácsot biztosítani a beteg mellé, hogyan zajlik a kommunikáció?
34. Bármilyen kapcsolódó információ, amely érdekesség az ország esetében:

Fordítás

35. Melyek azok a jogszabályok/szabályok/rendelkezcések (akár intézményi szinten), melyek előírják, hogy bizonyos egészségügyi dokumentumokat kötelező lefordítani?
36. Milyen nyelvre kell lefordítani ezeket a kötelező dokumentumokat?
37. Melyek azok a dokumentumok, amiket csak javasolnak lefordítani? Milyen nyelvre?
38. Hogyan nyilatkoznak a tájékoztató beleegyező nyilatkozatokról? Le kell őket fordítani? Ha nem, akkor hogy tudnak tájékozódni a beteg?
39. Hogyan nyilatkoznak a betegtájékoztatókról? Le kell őket fordítani? Ha nem kötelező őket lefordítani, akkor hogyan zajlik a beteg tájékoztatása?
40. Ki fordítja az egészségügyben használatos szövegeket?
41. A fordítónak milyen végzettséggel kell rendelkeznie? (egészségtudományi szakfordító, általános fordító, belsős kolléga jó angollal)
42. A fordítás költségei kit terhelnek?
43. Milyen útmutatókban fejtik ki, hogy hogyan kell fordítani a betegeknek szóló dokumentumokat? (használandó szavak/kifejezések/nyelvtan/stílus) Ki adta ki ezeket? (állam/tartomány/kanton/megye/szervezet / egészségügyi intézmény)
44. Hogyan próbálják meg betegbaráttá tenni azokat a fordításokat, melyek célközönsége a laikusok/betegek?
45. Amennyiben nem fordítanak le minden kulcsfontosságú dokumentumot, azt mivel magyarázzák?
46. Amennyiben nem fordítják le az adott szöveget, hogyan zajlik a kommunikáció?
47. Bármilyen kapcsolódó információ, amely érdekesség az ország esetében:

2. sz. függelék
Kérdőív egészségügyi szakember – külföldi beteg kommunikációhoz

A kérdőív célja, hogy képet kapjunk a magyarországi egészségügyi intézményekben zajló külföldi betegek tájékoztatásának gyakorlatáról egy-egy vizsgálat vagy műtét előtt.

- 1) Milyen jellegű intézményben dolgozik?
 - a) magán egészségügyi intézmény
 - b) állami egészségügyi intézmény
- 2) Milyen osztályon dolgozik?
.....
- 3) Osztályán főként milyen nemzetiségű betegek fordulnak meg? Kérjük, sorolja fel!
.....
- 4) Szóbeli kommunikáció során jellemzően ki tölti be a tolmács szerepét?
 - a) családtag (beleértve akár a kiskorú gyermek is), barát, ismerős személy
 - b) angolul jól beszélő egészségügyi vagy adminisztratív kolléga
 - c) hivatásos tolmács
- 5) Amennyiben Önnek kell kommunikálnia a külföldi beteggel egy-egy vizsgálat vagy műtét előtt, hogyan teszi ezt? Milyen nyelven végzi a tájékoztatást?
.....
- 6) Amennyiben nem áll rendelkezésre tolmács, milyen technikai eszközöket használ a szóbeli tájékoztatás során?
 - a) google translate
 - b) online szótárak
 - c) hangfelismerő és fordító szoftverek
 - d) egyéb, éspedig:
- 7) Tapasztalata szerint az Ön osztályán ellátott **külföldi betegek** többségében milyen szintű angol nyelvtudással rendelkeznek?
 - a) A többséggel jól lehet kommunikálni angolul, a tájékoztatókat és beleegyező nyilatkozatokat megértik.
 - b) Angoltudásuk elégséges, a főbb információkat megértik.
 - c) Egyáltalán nem beszélnek angolul.
 - d) Egyéb, éspedig:
- 8) Az osztályán mely tájékoztató beleegyező nyilatkozatokból van idegen nyelvű fordítás, melyet a külföldi betegnek oda lehet adni? Milyen nyelven?
.....
- 9) Amennyiben rendelkeznek fordításokkal, tapasztalata szerint a **külföldi betegek** jellemzően mennyi időt töltenek a beleegyező nyilatkozatok elolvasásával?
 - a) A többség végigolvassa és kérdéseket is feltesz.
 - b) A többség végigolvassa, de nem kérdez.
 - c) A többség felületesen, de végigolvassa.
 - d) A többség nem olvassa el, leginkább csak aláírja.

- 10) Tapasztalata szerint a **magyar betegek** jellemzően mennyi időt töltenek a magyar nyelvű beleegyező nyilatkozatok elolvasásával?
- a) A többség végigolvassa és kérdéseket is feltesz.
 - b) A többség végigolvassa, de nem kérdez.
 - c) A többség felületesen, de végigolvassa.
 - d) A többség nem olvassa el, leginkább csak aláírja.

KUNA ÁGNES¹ – CSONTOS NÓRA²

¹ ELTE BTK Alkalmazott Nyelvészeti és Fonetikai Tanszék

² KRE BTK Magyar Nyelvtudományi Tanszék

¹ kuna.agnes@btk.elte.hu

<https://orcid.org/0000-0001-9447-6285>

² csontos.nora@kre.hu

<https://orcid.org/0000-0002-4067-331X>

Kuna Ágnes – Csontos Nóra: A konfliktus mint narratív újrakonstruálás.

A közlés hozzáférhetővé tétele az egészségügyi dolgozók konfliktushelyzeteinek elbeszéléseiben

Conflict as narrative reconstruction. Construal of communication in healthcare conflicts

Alkalmazott Nyelvtudomány, Különszám: Egészségügyi kommunikáció, 2023/1. szám, 35–51.

doi:<http://dx.doi.org/10.18460/ANY.K.2023.1.002>

A konfliktus mint narratív újrakonstruálás. A KÖZLÉS hozzáférhetővé tétele az egészségügyi dolgozók konfliktushelyzeteinek elbeszéléseiben

Conflict as narrative reconstruction. Construal of communication in healthcare conflicts

Building on the results of cognitive semantics and adopting a pragmatic viewpoint, the paper interprets episodes of narrative exposure to conflicts as reconstruals. It highlights acts of communication in a study of metareflections that profile the speaker's or another participant's language activity, mental-emotional processes as well as sensory experiences in the recollection of events.

In the study, we analysed the construal of communication in semi-structured interviews conducted with 5 physicians and 5 nurses, using MAXQDA software to generate both qualitative and quantitative results. Key analytic criteria included construction types designating communication; varied construals of communicated content; and the semantics of verbs with which the speech act of communication was performed.

Through the analysis of conceptual and linguistic construals of communication, the research seeks to explore the role played by communication in conflict narratives and its contribution to the linguistic elaborations of conflict.

Keywords: conflict, narrative exposure, metareflections, reconstrual, construal of communication

1. Bevezetés

A konfliktusok kutatásában több szempontból is központi jelentőséggel bír a nyelv, a kommunikáció vizsgálata. Ez egyrészt abból adódik, hogy sok esetben a kommunikáció egyben a konfliktus forrása is (Hocker & Wilmot, 2017: 4), például ha nem megfelelő az információ mennyisége, milyensége, vagy a partnerek közötti nyelvi tevékenység nem illeszkedik az adott társas viszonyban elvárthoz (udvariatlanság, személyeskedés, káromkodás, számonkérés, verbális bántalmazás stb.). Másrészt a kommunikáció mint nyelvi tevékenység a konfliktusok kutatásának az egyik lehetséges útját is kijelöli. Hiszen a konfliktusos helyzetek vizsgálata történhet egy adott nézeteltérés megfigyelésére alapozva is, ennél azonban jóval gyakoribb, hogy a konfliktusok átélőinek elbeszélései szolgálnak az adott helyzetek kutatásának alapjául. Ezekben az

esetekben a konfliktusban részt vevők jellemzően a saját, szubjektív nézőpontjukat érvényesítve mesélik el az eseményeket, folyamatokat, vagyis lényegében verbálisan újrakonstruálják azokat.

Tanulmányunkban erre a megközelítésre támaszkodva a konfliktusok átélés elbeszélését újrakonstruálásként értelmezzük (Tolcsvai Nagy, 2010: 22; Tátrai, 2011: 33; Csontos, 2012, 2016). Ezzel összefüggésben a tágan értelmezett KÖZLÉS¹ (Haader, 1995: 529; Kocsány, 1996) aktusát állítjuk előtérbe azon metareflexiókat vizsgálva, amelyek egy adott esemény felidézésekor a beszélőnek² vagy más szereplő(k)nek a nyelvi tevékenységére, valamint tudati és érzelmi folyamataira, illetve érzékszervi tapasztalataira irányulnak, azoknak a hozzáférhetővé tételét valósítják meg.

A vizsgálat elméleti háttereként a kognitív szemantika (Tolcsvai Nagy, 2017: 207–502) és a pragmatika mint szemléletmód (Verschueren, 1999; Tátrai, 2017) szolgál. A vizsgálat anyagát 75, egészségügyi dolgozókkal készült félig strukturált interjú adja. Ezek témája a konfliktushelyzet, illetve a tematizált konfliktusok körülményeinek elbeszélése (vö. Csupor et al., 2017). Jelen pilot vizsgálat egy átfogóbb kutatás első fázisaként 5 orvos és 5 nővér interjút elemzi (24.911 szövegszó terjedelemben) MAXQDA szoftverrel.

A kutatás célja, hogy feltárja a KÖZLÉS-t kidolgozó metareflexiók szerepét, valamint jellemző konstrukcióit a konfliktusok átélés elbeszélésében. További cél, hogy bemutassuk ezen reflexiók szemantikai jellemzőit összefüggésben a konfliktus résztvevői viszonyaival, mivel ez hozzájárulhat a konfliktusok jobb megértéséhez is.

Ezzel összhangban a jelen bevezető rész után (1.) ismertetjük a konfliktusnarratívák elemzéséhez kapcsolódó fő fogalmakat pragmatikai megközelítésben (2.). Ezt követően bemutatjuk a vizsgálat anyagát és módszerét (3.), majd részleteiben szemléltetjük az elemzés eredményeit, kitérve a KÖZLÉS-nek mint nyelvi tevékenységnek a szemantikai csoportjaira, a KÖZLÉS-t megvalósító konstrukciókra, valamint a KÖZLÉS beszédcselekvését megvalósító nyelvi eszközökre is (4.). A kvalitatív elemzésen túl gyakorisági tendenciákra is rámutatunk. Elemzésünket összegzéssel és kitekintéssel zárjuk (5.).

2. Konfliktus, narratív újrakonstruálás

2.1. Konfliktus és kommunikáció

A konfliktusok társas létünk természetes velejárói, amelyek sokféle területen és szintén megjelennek (család, munkahely, intézmény, művészet stb.). Egyik központi jellemzőjük az inkompatibilitás, amelyre a latin eredetű szó etimológiája is utal (Benkő, 1970): a *confligere* 'összeütközni' lényegében az inkompatibilitás leképeződése metaforikusan, fizikai agresszió formájában (bár az „összeütközések” gyakran nem fizikálisan valósulnak meg, hanem társas-nyelvi cselekvésekben).

¹ A kognitív nyelvészet jelölését követve a KÖZLÉS fogalomként való használatát kiskapitálissal jelenítjük meg.

² A tanulmányban a *beszélő* és a *megnyilatkozó* terminusokat szinonim értelemben használjuk.

Konfliktusok akkor jönnek létre, amikor a társas interakciók résztvevőinek céljai, elvárásai és/vagy érdekei valamilyen mértékben inkompatibilisek egymással (Boulding, 1963; Deutsch, 2014; Kim et al., 2016).

Az inkompatibilitás nagyon sok esetben szorosan és sok szállal összefügg a kommunikációval. Erre világít rá Hocker és Wilmot (2017: 4) is: „a kommunikatív viselkedés gyakran idéz elő konfliktust, a kommunikáció mint cselekvés és viselkedés gyakran reflektál a konfliktusra, valamint a kommunikáció a produktív vagy dekonstruktív konfliktuskezelés eszköze is egyben.”³

Tanulmányunkban a konfliktusok és a kommunikáció megnevezett kapcsolódási pontjai közül mindegyiket érintjük, ugyanakkor a hangsúly elsődlegesen a kommunikáció mint viselkedés és cselekvés leírására, valamint az erre vonatkozó reflexiókra kerül, amelyeket a narratív újrakonstruálás folyamatában, egészségügyi dolgozók konfliktustörténeteinek feldolgozásával vizsgálunk.

2.2. Konfliktus mint narratív újrakonstruálás

A konfliktus átéléses elbeszélése során az aktuális megnyilatkozó a múltban lezajlott eseményeket felidézi, majd a saját perspektíváján keresztül hozzáférhetővé teszi mások számára. E folyamatban a beszélő a konceptualizáló szerepét betöltve megfigyelője és észlelője lesz a saját tapasztalásának. Ebből a pozícióból lehetséges, hogy az eseményekre reflektáljon, és egyszersmind interpretálja azokat. Az újrakonstruálás során a megnyilatkozó döntéseket hoz arról, hogy a felidézett eredeti eseményből mi, hogyan és milyen mértékben váljon explicitté, és ez milyen módon legyen elérhető. Adaptív tevékenysége tehát egyaránt érinti az események megjelenítésének, valamint elérhetővé tételének kérdését (Tolcsvai Nagy, 2010: 22; Tátrai, 2011: 33; Csontos, 2012: 196–197, 2016: 2–4). Az újrakonstruált eseménysor létrehozásakor tehát nem kizárólag az események a meghatározóak, hanem azoknak az elérhetővé tétele is kiemelt jelentőségűvé válik. Nem csupán az fontos, hogy a megnyilatkozó egy eseménysort mesél el (történet), hanem az is, hogy az eredeti, felidézett eseménysorból mit jelenít meg, illetve ezt miként teszi nyelviileg hozzáférhetővé (narráció).

A konfliktusszituáció elbeszélése során a mindenkor megnyilatkozóknak lehetősége van arra, hogy saját múltbeli megnyilvánulásainak, valamint a szituációban részt vevő vagy az azt megfigyelő szereplők közléseinek felidézésével más perspektívákat is működésbe hozzon, illetve azokat a konfliktus elbeszéléseinek folyamatában reflexió tárgyává tegye.⁴ Ezen újrakonstruált közlések (Csontos, 2012, 2016) fontos szerepet töltenek be a konfliktus narratívájában. Hiszen egyfelől ezekből bontakozik ki a történet – ahogy erre a

³ Az eredeti idézet: „communication behavior often creates conflict, communication behavior reflects conflict, communication is the vehicle for the productive or destructive management of conflict” (Wilmot & Hocker, 2017: 4; a szerzők fordítása).

⁴ Mindezzel együtt ezek a közlések a perspektivizáció műveletét (Sanders & Spooren, 1997: 86–95; Kugler, 2015: 25–32; Tátrai, 2017: 1049–105) megvalósítva az idézés kérdéskörét is érintik. Ezzel egy későbbi tanulmányban kívánunk foglalkozni.

jelen vizsgálat is rámutat (vö. 4.) –, másfelől az aktuális megnyilatkozó és a hozzá képest értelmezhető szereplők perspektíváját is ezek horgonyozzák le a közös figyelmi jelenetben (Zlatev, 1997; Tátrai, 2017: 960), ami nagyban hozzájárul a konfliktusszituáció jobb megértéséhez. Az aktuális megnyilatkozó a saját vagy egy másik szereplőhöz köthető megnyilatkozásokon túl más, tágabban értelmezett közlési folyamatokat is hozzáférhetővé tehet különböző módokon, a kifejtettség különböző fokain (vö. Tolcsvai Nagy, 2017: 223–225). Erre a kérdéskörre részleteiben a 4. alponthoz térünk ki.

2.3. A KÖZLÉS szerepe a narratívában

A konfliktus eseményének részét képezik a közlések. A konfliktusszituáció átéléses elbeszélése során a beszélő a saját vagy más szereplő megnyilatkozásait, tudati és érzelmi folyamatait, illetve érzékszervi tapasztalatait is felidézi (vö. 1.).

Ha a konfliktusszituáció mint narratíva értelmezéséből indulunk ki, a beszélő által felidézett közlések a konfliktus narratív tartalmát jelenítik meg, az eseménysor megértéséhez járulnak hozzá. Az azonban, hogy ezek közül az aktuális beszélő mit, milyen mértékben és milyen módon tesz elérhetővé, már a narráció kérdését érinti. Ezen közlések hozzáférhetővé tételének módja ugyanis a beszélőnek az elmondottakhoz való reflexív magatartását mutatja. Az újrakonstruálás folyamatát bevonva: az eredeti konfliktusszituáció közléseit az aktuális beszélő teszi hozzáférhetővé, amivel a szituáció eseménysorát építi, miközben azáltal, hogy e közléseket reflexió tárgyává is teszi a narratíva megalkotása során, a saját perspektíváját juttatja érvényre.

A fentebb elmondottak alapján a konfliktusok elbeszélésébe ágyazódó közléseket két szempontból vizsgáljuk: (i) miként járulnak hozzá a narratív tartalom, az eseménysor, a konfliktusszituáció megjelenítéséhez; (ii) az elbeszélésekben mi és hogyan válik hozzáférhetővé. Az előbbivel a közlésnek az elbeszélte történethez való hozzájárulása, az utóbbival az aktuális beszélő újrakonstruálási folyamata válik megfigyelhetővé.

3. Anyag és módszer

Jelen tanulmány egy nemzetközi, amerikai–svájci–magyar konfliktuskutatáshoz kapcsolódó együttműködés keretein belül (Kim et al., 2016; Bochatay et al., 2017, 2021; Csupor et al., 2017) elemzi magyar egészségügyi dolgozók konfliktusnarratíváit. A magyar anyagot 75, hangfelvétellel rögzített félig strukturált interjú adja.⁵ A kutatásban 50 orvos és 25 nővér vett részt, akik budapesti és vidéki kórházakban, klinikákon, valamint az alapellátásban folytattak gyógyító tevékenységet a kutatás idején (2015–2016-ban). Az orvosok különböző osztályokon dolgoztak, a nővérek egy kórház ugyanazon osztályáról kerültek a vizsgálatba. A tágabb kutatásban a nővérek és az orvosok által elbeszélte

⁵ A kutatást az EPKB engedélyezte (iktatószám: 2015/1.) a Szegedi Tudományegyetemen. Az adatgyűjtés teljes mértékben az amerikai kutatási protokollt követte, az interjúkat öt pszichológus, illetve pszichológus hallgató készítette.

konfliktusok számos jellemzőjének összevetése megtörtént (Csupor et al., 2017; Bochatay et al., 2021), illetve folyamatban van. Ebben a pilot kutatásban a narratív újrakonstruálás nyelvi mintázatainak adatközlői csoportok szerinti jellegzetességeire nem térünk ki, ezt a változót a teljes minta elemzésekor vonjuk majd be a vizsgálatba.

Az interjúkészítés során az adatközlők annyi előzetes instrukciót kaptak, hogy munkahelyi konfliktusról számoljanak be, de a konfliktus fogalmának definíciója, értelmezése nem lett előzetesen megadva számukra. Így a történetekben az interjúalanyok saját konfliktusértelmezése érvényesül, ami segíti a konfliktusok átéléses elmesélését is. Egy adatközlő több szituációt is elmesélhetett, így a 75 interjúban a kutatásban részt vevő egészségügyi dolgozók 144 konfliktustörténetet osztottak meg, amelyek közül 91 volt szakmai-kollegiális konfliktus, a többi jellemzően betegekkel vagy hozzátartozókkal történt. Az anyag több szempontú elemzése valósult már meg, illetve van folyamatban, többek között: tartomelemzés; a konfliktusok típusai, forrásai; konfliktuskezelési lehetőségek; a konfliktusok hatalommal való összefüggései; metaforaelemzés (Kim et al., 2016; Bochatay et al., 2017, 2021; Csupor et al., 2017; Kuna et al., 2022).

Jelen esettanulmányban a korábbi vizsgálatokhoz csatlakozva a narratív újrakonstruálás szerepét helyezzük a középpontba, és ezt elemezzük egy 24.911 szövegszónyi mintán (5 orvossal és 5 nővérrel készült interjú). Első lépésként a MAXQDA programmal kódoltunk a KÖZLÉS-hez kapcsolódó megnyilatkozásokat (összesen 297-et), majd második lépésben kézi annotálással finomítottuk az elemzést. Az annotálást a kutatásban részt vevő mindkét kutató elvégezte (K. Á., CS. N.), a kérdéses esetekről közösen döntöttünk. Vizsgálatunkban elsődlegesen kvalitatív elv érvényesült, ezen túl, illetve ehhez kapcsolódóan azonban gyakorisági tendenciákra is rámutatunk.

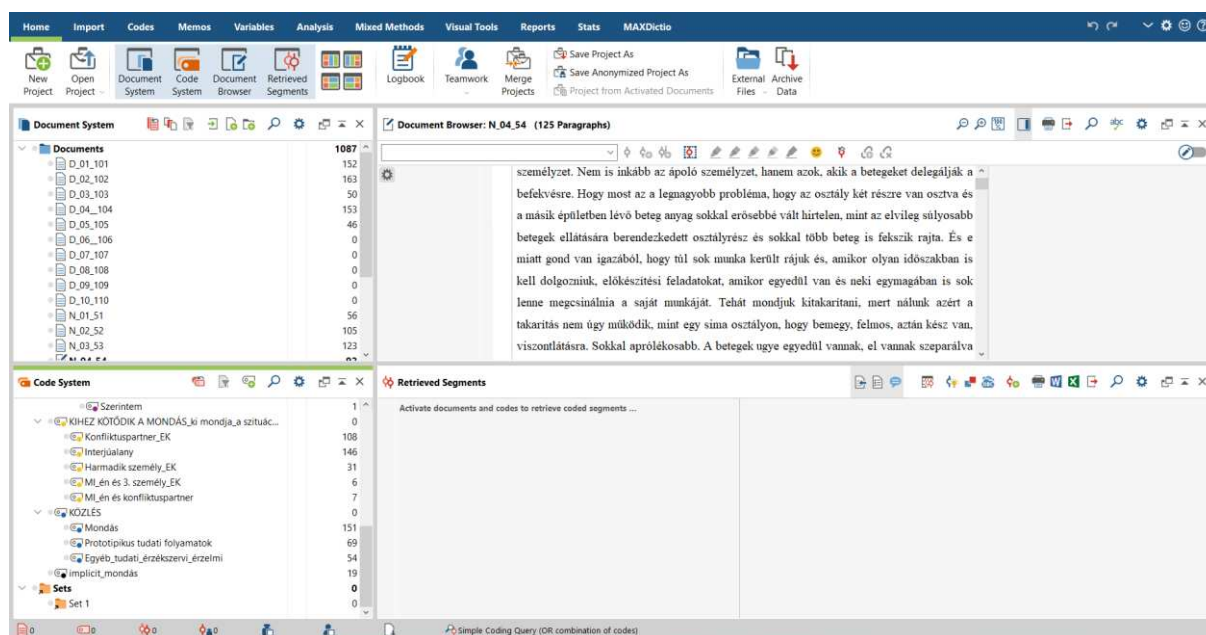
Fő kutatási kérdéseink a következők:

- 1) Hol és hogyan válik meghatározóvá a KÖZLÉS, illetve mely összetevője válik hozzáférhetővé a konfliktus elmesélése során?
- 2) Milyen jellegzetességei vannak a KÖZLÉS-nek a konfliktus résztvevői szerepeihez kapcsolódóan, illetve a konfliktus hozzáférhetővé tétele során?

A szoftveres elemzés során következetesen elemeztük, miként válik hozzáférhetővé a KÖZLÉS.⁶ Azaz kihez köthető, mi dolgozódik ki, milyen fokon, valamint milyen konstrukció által válik kifejtetté. Az elemzésből következetesen kizártuk azokat a kifejezéseket, illetve szóalakokat, amelyekben a *mond* diskurzusjelölőként vagy egy diskurzusjelölő részeként fordul elő (pl. *úgymond*, *mondhatni*, *mondjuk*, *mondom*).

⁶ A MAXQDA program elemzőfelületét az 1. ábra szemlélteti az elemzett dokumentumokkal, a kódokkal, valamint egy elemzett szövegrésszel.

1. ábra. Elemzési felület a MAXQDA programban



További kutatási szempontként vizsgáltuk az általános tapasztalatok és a KÖZLÉS kapcsolatát, a diskurzusjelölők működését, valamint a KÖZLÉS idézéshez való viszonyát. Ezekre a kérdésekre azonban ebben a tanulmányban nem térünk ki.

4. Eredmények: A KÖZLÉS szerepe a konfliktusok narratív újrakonstruálásában

4.1. A KÖZLÉS kategóriái/tartományai

A vizsgálat során a KÖZLÉS-t tágan értelmeztük (vö. 2.2.), így a mondáshoz (1a–c) kapcsolódó megnyilatkozásokon túl a tudati (1d) és érzelmi folyamatokat (1e), érzékszervi tapasztalatokat (1f), illetve a KÖZLÉS kidolgozásához hozzájáruló cselekvéseket (1g) is elemeztük.

(1a) *én is elmondtam a magamét, az észrevételemet (N2)*⁷

(1b) *akkor nekem ott savazta Petit*⁸ (D1)

(1c) *számonkérte, hogy bizonyos dolgot mért nem csináltam, mért abban a sorrendben kezdtem el a feladatok ellátását* (D4)

(1d) *úgy gondolták, hogy nem volt kellő, vagy nem jól láttuk el a beteget* (N1)

(1e) *mint én, én akkor úgy éreztem, hogy mint ahogy az összes utánam idejövő kollegát én általában mindenkit igyekeztem segíteni, felkarolni* (D4)

(1f) *látta, hogy én kedves vagyok mindenkivel* (D1)

⁷ A (D) rövidítés orvos adatközlőre, az (N) nővérré utal.

⁸ Az eredeti neveket az anonimizálási folyamatban megváltoztattuk, azok stilisztikai sajátosságait azonban megtartottuk (pl. becenév).

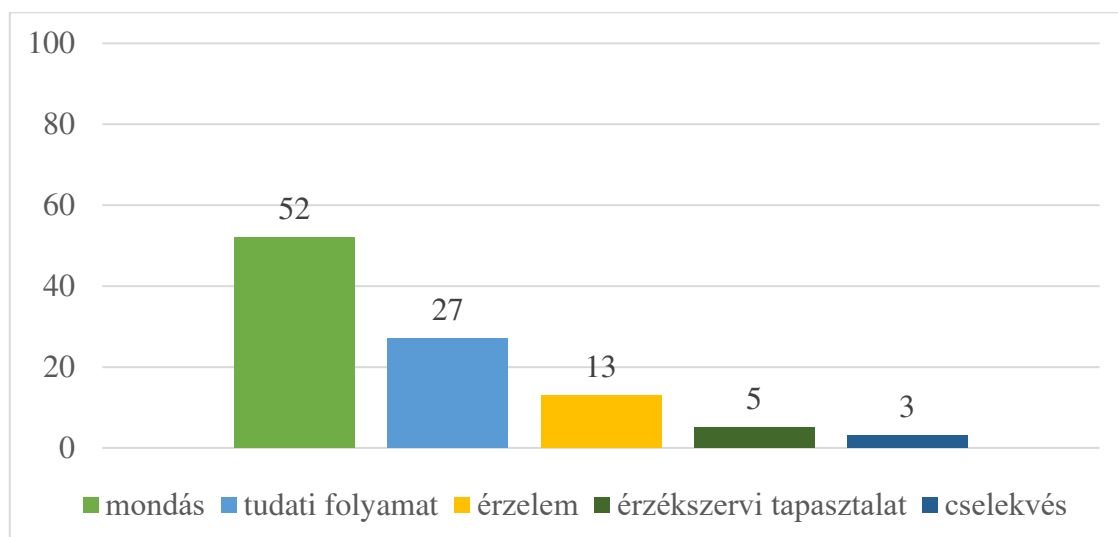
(1g) és akkor így, hát így elhajtott, hogy most én erre nem érek rá, és most hagyjam őt (N5)

Az annotálás során megmutatkozott, hogy az egyes kategóriák az interakciókban nem izoláltan működnek, hanem egymással szorosan összefonódva jelennek meg. Ezt szemlélteti a (2) példa is, amelyben a konfliktus hozzáférhetővé tétele során egyaránt működésbe lépnek az érzelmi folyamatok (*nem tudtam túrni, rosszul esett*), a mondás (*mondta, ellenem ordít*) és a cselekvés (*beviszlek, behívatott*) kategóriái, megfigyelhetővé téve az újrakonstruált konfliktusszituáció összetevőit.

(2) *Én ezt már nem tudtam túrni, tehát azért elég volt a megaláztatásból, és mondtam, hogy ezt nem vagyok hajlandó hallgatni. Azt mondtam, hogy nem vagy hajlandó hallgatni, akkor beviszlek a főorvoshoz. [...] De azért behívattatott oda, elkezdett ordítani velem a főorvos úr előtt, ami neki is rosszul esett, és azt mondtam, hogy ezzel az emberrel nem is hajlandó tovább találkozni, tehát ezzel az illetővel, aki ellenem ordított.* (D2)⁹

Az is megmutatkozott, hogy a KÖZLÉS-hez kapcsolódó kategóriák, főként a tudati és az érzelmi folyamat, valamint a cselekvés gyakran átmenetiséget mutatnak (például: *nem vagyok hajlandó hallgatni, nem hajlandó tovább találkozni*). Ugyanakkor a szoftveres kódolás során a kontextus tekintetbevételével, illetve erre építve minden esetben egyértelmű döntést hoztunk az egyes kategóriákra vonatkozóan. Ezek előfordulási gyakoriságát a 2. ábra szemlélteti.

2. ábra. A KÖZLÉS kategóriáinak előfordulási gyakorisága (%)



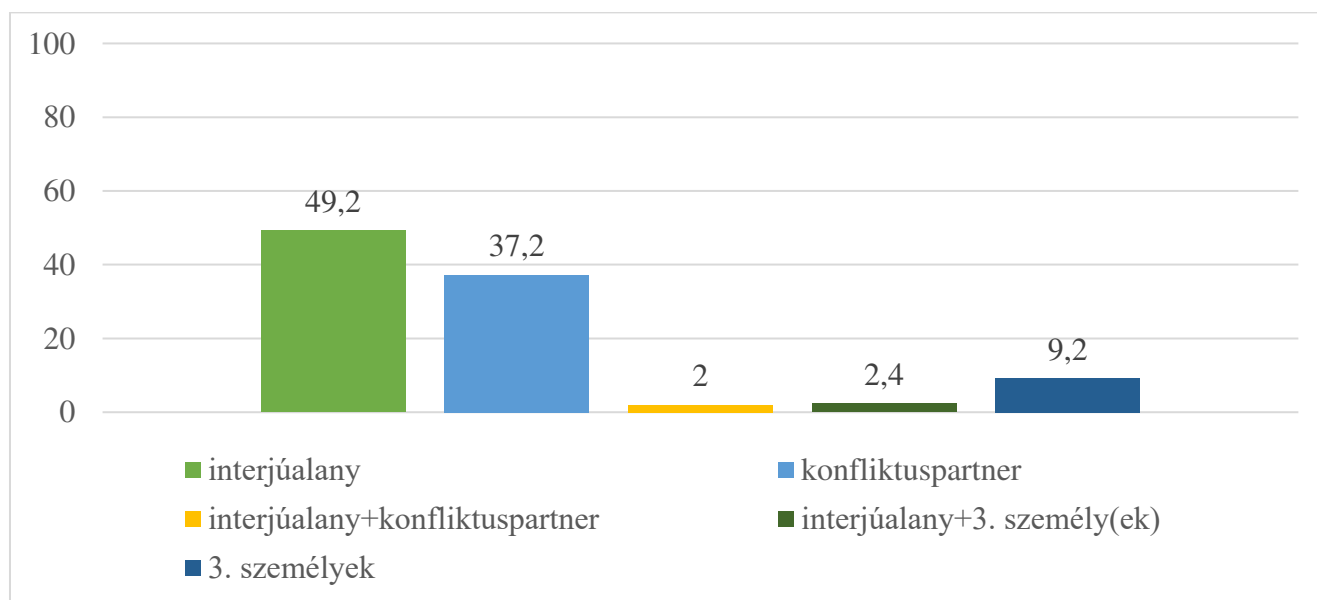
⁹ A MONDÁS és az idézés kapcsolatát egy későbbi tanulmányban mutatjuk be részleteiben.

Mint az a 2. ábrán látható, a vizsgált mintában a KÖZLÉS leggyakrabban mondás (52%) vagy tudati folyamatok (27%) által válik hozzáférhetővé a konfliktustörténetekben. Jóval ritkábban jelenik meg az érzelmi (13%) és az érzékszervi folyamatok (5%), valamint a cselekvés (3%) kategóriája. Az összesített gyakorisági adatoknál azonban árnyaltabb képet mutat az egyes beszélői szerepekhez kötődő előfordulások vizsgálata, amely bizonyos mintázatokat is kirajzol. Erre a következő alpontban térünk ki.

4.2. Résztevői szerepek és a KÖZLÉS

A kutatás során fontos elemzési szempontként jelent meg, hogy milyen résztvevői szerepekhez kötődik a közlés (3. ábra). A vizsgált minta alapján ez a leggyakrabban az interjúalany személyéhez köthető (49,2%), ami szoros összefüggésben áll az átéléses elbeszéléssel és a konfliktusok narratív újrakonstruálásával. Nagyszámú megnyilatkozás kötődik a konfliktuspartnerhez is (37,2%), ami nagyrészt szintén a konfliktusos helyzet narratív újrakonstruálásával függ össze, illetve utal arra is, hogy a kommunikáció kiemelkedő szerepet tölt be a konfliktusos helyzetekben. Jóval kisebb arányban, de a résztvevői szerepek vizsgálatakor megjelent a MI exkluzív és inkluzív használata is az interjúalanyra és a konfliktuspartnerre (2%) vagy az interjúalanyra és valamely 3. személy(ek)re vonatkozóan (2,4%). Ezen túlmenően a közlés az interjúban az interakció közvetlen résztvevőin túl harmadik személy(ek)hez is kötődött (9,2%).

3. ábra. Résztevői szerepek és a KÖZLÉS (%)



További eredményeket hoz, illetve a konfliktusok narratív újrakonstruálási folyamataiba ad betekintést, ha megvizsgáljuk az egyes résztvevői szerepeknek és a KÖZLÉS tartalmi kategóriáinak az összefüggéseit. Ezt a jelen elemzési mintára vonatkozóan részleteiben az 1. táblázat foglalja össze.

1. táblázat. A KÖZLÉS kategóriáinak és a résztvevői szerepek gyakorisági összefüggései (%)

	mondás	tudati folyamat	érzelem	érzékszervi tapasztalat	cselekvés	összesen
interjúalany	20%	17%	9%	2%	1,2%	49,2%
konfliktuspartner	25%	6%	3%	2%	1,2%	37,2%
interjúalany + konfliktuspartner	1%	1%	–	–	–	2%
interjúalany + 3. személy(ek)	1%	1%	–	0,4%	–	2,4%
3. személy(ek)	5%	2%	1%	0,6%	0,6%	9,2%
összesen	52%	27%	13%	5%	3%	100%

Az 1. táblázat szerint az interjúalanyok közel azonos arányban teszik hozzáférhetővé saját múltbeli megnyilatkozásait (mondás) (20%), valamint tudati folyamataikat (17%). Ezzel szemben a konfliktuspartnerhez kötődő közlések közül jellemzően a mondás válik kidolgozottá (25%), míg a konfliktuspartner tudati (6%) és érzelmi folyamatainak (3%) megjelenítése jóval kisebb arányú. Az interjúalanyt jellemzi továbbá az érzelmi folyamatainak kifejezése is (9%), ez háromszor gyakoribb, mint a konfliktuspartnerre vonatkozóan. Az említett arányok ráirányítják a figyelmet arra, hogy a konfliktusok narratív újraalkotása során a mondás válik a leginkább kidolgozottá, valamint arra is, hogy a tudati és az érzelmi folyamatok feldolgozása, illetve hozzáférhetővé tétele elsődlegesen az elbeszélőkhöz (interjúalanyokhoz) köthető.

4.3. A KÖZLÉS konstrukciói és szemantikai jellemzői

A vizsgálatban külön szempontként annotáltuk, hogy a KÖZLÉS az elbeszélés során elemi (3a–b) vagy összetett jelenetként (3c–d) konstruálódik-e meg (Tolcsvai Nagy, 2017: 223–225):

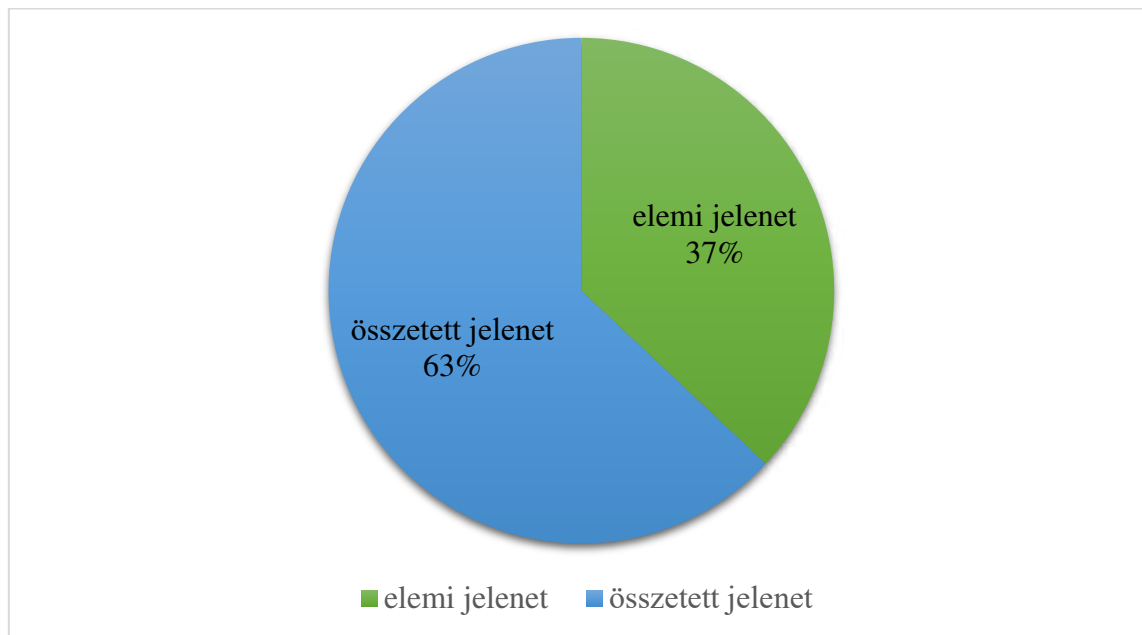
(3a) *utasítgatott* (D1)

(3b) *elkezdett ordítani* velem a főorvos előtt (D2)

(3c) *azt állította a kolléga, hogy ő engem nem keresett* (N3)

(3d) *akkor nekem ott savazta a Józsit, hogy hát nem azért Tomikám, de neked nem ugyanabból a betegkörből kéne válogatnod, mint a Józsinak, hát ő még csak most végzett nemrég, nem biztos, hogy neki kéne epét operálni, neked meg nem* (D1)

A (3a–d) példák rámutatnak arra, hogy a KÖZLÉS a kifejtettség különböző fokain jelenhet meg, illetve válhat hozzáférhetővé a konfliktustörténetek nyelvi kidolgozása során. A KÖZLÉS-t a komplexitás különböző szintjein megkonstruáló kifejezések arányát a 4. ábra szemlélteti:

4. ábra. A KÖZLÉS konstrukcióinak összetettség szerinti megoszlása (%)

A vizsgált mintán belül tehát a KÖZLÉS jóval gyakrabban konstruálódik meg összetett (63%), mint elemi jelenetként (37%). Ugyanakkor az adatok tanúsága szerint a konstrukció összetettsége összefüggésbe hozható azzal, hogy a konfliktus mely része válik kidolgozottá az elbeszélésben, illetve hogy kihez köthető a KÖZLÉS. Ezekre a funkcionális összefüggésekre mutat rá a 2. táblázat.

2. táblázat. A KÖZLÉS jelenléte a konfliktuselbeszélésekben (összegző táblázat) (%)

	Elemi jelenet						Összetett jelenet					
	mon-dás	tudati folya-mat	érze-lem	tapasz-talat	cselek-vés	össz.	mon-dás	tudati folya-mat	érze-lem	tapasz-talat	cselek-vés	össz.
interjú-alany	8%	3%	2,9%	0,4%	0,7%	15%	12%	14%	6,1%	1,6%	0,5%	34,2%
partner	14%	1%	1%	0,5%	–	16,5%	11%	5%	2%	1,5%	1,2%	20,7%
interjú-alany és partner	0,6%	0,3%	–	–	–	0,9%	0,4%	0,7%	–	–	–	1,1%
interjú-alany és 3. sz.	0,7%	0,3%	–	0,4%	–	1,4%	0,3%	0,7%	–	–	–	1%
3. sz.	1%	0,7%	0,5%	0,4%	0,6%	3,2%	4%	1,3%	0,5%	0,2%	–	6%
össz.	24,3%	5,3%	4,4%	1,7%	1,3%	37%	27,7%	21,7%	8,6%	3,3%	1,7%	63%

A feldolgozott anyagot vizsgálva megállapítható, hogy a központi esemény jellemzően összetett jelenetként konstruálódik meg (például: *azt mondta, hogy nem vagy hajlandó hallgatni, akkor beviszlek a főorvoshoz; én akkor úgy éreztem, hogy mint ahogy az összes utánam idejövő kollegát, én általában mindenkit igyekeztem segíteni, felkarolni*). Ez a konstruálási mód lehetőséget ad arra, hogy mind a KÖZLÉS aktusa, mind a közölt tartalom explicitté váljon, mindezzel együtt

maga a közölt tartalom a figyelem előterébe kerüljön, hozzájárulva ezzel a konfliktusszituáció jobb megértéséhez. Emellett ezen megoldásban nem csupán az interjúalanynak, hanem a konfliktus más résztvevőinek a perspektívája is megfigyelhetővé válik, ami szintén hozzájárulhat a konfliktus színrevitele során a szituáció jobb megértéséhez. Ezzel szemben a konfliktus előzménye, következménye, összegzése, illetve az összegző megállapítások (amelyek esetenként csak a KÖZLÉS beszédcselekvésének megvalósítására utalnak, pl. *utasítgatott, rosszul esett*) inkább elemi jelenetként dolgozódnak ki az elbeszélésekben. Ezekben az esetekben az aktuális megnyilatkozó a közöltek propozicionális összegzésére koncentrálnak, miközben hangsúlyozottan érvényesíti a saját perspektíváját. Teheti mindezt egyfelől azért, mert a konfliktus központi eseményén kívül helyezkedő közléseket – mivel ezek szerepe kevésbé releváns a konfliktus megértése és értelmezése szempontjából – nem kívánja a figyelem előterébe helyezni. Másfelől viszont ez a konstruálási mód lehetőséget adhat arra, hogy az elbeszélő saját perspektíváját dominánsan érvényesítve jelenítse meg a konfliktushelyzethez kötődő észrevételeit, következtetéseit, illetve a szituáció összegzését.

Funkcionális különbség mutatkozik a konstrukciók összetettsége és aközött is, hogy kihez kötődik a KÖZLÉS. Az interjúalany közlései jellemzően összetett jelenetként válnak kidolgozottá. Különösen érvényes ez a mondás (12%) és a tudati (14%), valamint az érzelmi (6,1%) folyamatok megjelenítéseinek esetében (vö. (4a–c) és 2. táblázat).

(4a) *én is elmondtam a magamét, az észrevételemet* (N2)

(4b) *Én akkor úgy gondoltam, hogy most akkor adunk egy új lehetőséget ennek a kapcsolatnak és tényleg mindent beleadtam* (D4)

(4c) *én akkor úgy éreztem, hogy mint ahogy az összes utánam idejövő kollegát, én általában mindenkit igyekeztem segíteni, felkarolni* (D4)

Mint a példákban is látható, ezek a konfliktus megértéséhez járulnak hozzá, illetve az interjúalany saját perspektívájának kifejtett lehorgonyzását is megvalósítják. A 2. táblázatból az is látható, hogy a konfliktuspartner esetében a tudati folyamat elérhetővé tételekor (5a) szintén gyakoribb az összetett kidolgozási mód (5%), ezáltal válik ugyanis hozzáférhetővé és megérthetővé a konfliktus egy központi összetevője. Ugyanakkor a mondás esetében (5b) az elemi jelenetként való megkonstruálás a jellemzőbb (14%), ami arra is utalhat, hogy az aktuális megnyilatkozó a konfliktuspartner szavait nem kívánja olyan mértékben kifejtetté tenni, mint a sajátját.

(5a) *És ő azt hiszi, hogy én nem csinállok ellene dolgokat* (D1)

(5b) *Hát elég sok mindent mondott* (D3)

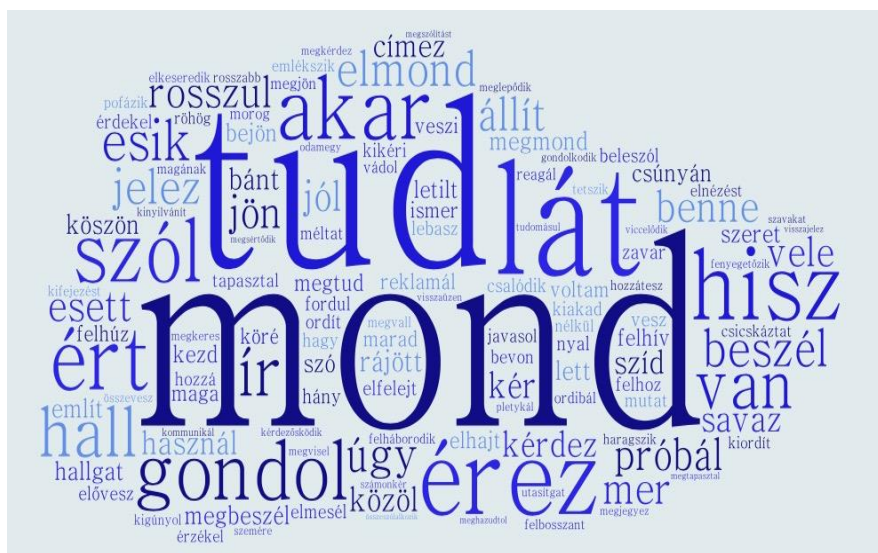
Ha a résztvevői szerepektől függetlenül nézzük az eredményeket (vö. 2. táblázat), akkor azt láthatjuk, hogy a mondás elemi (24,3%) és összetett jelenetként (27,7%) közel azonos arányban jelenik meg a konfliktusnarratívákban. Ezzel szemben az is megmutatkozott, hogy a tudati folyamatok jellemzően összetett jelenetként konstruálódnak (21,7%).

4.4. A KÖZLÉS szemantikai jellemzői

Az újrakonstruálás során (vö. 2.2.) az aktuális megnyilatkozónak a közléshez való reflexív viszonyulása is explicitté válhat. Ez a KÖZLÉS beszédcselekvésének konstruálási módjában is megmutatkozhat. Az egyes nyelvi megvalósulások egymáshoz való viszonyukban egy skálán helyezhetők el, melynek egyik végpontját azok a jellemzően igei konstrukciók képezik, melyek neutrálisan vagy neutrálisabban, az adott megnyilatkozó egyéni nézőpontját, értékelését nem kifejtve adják vissza a KÖZLÉS beszédcselekvését (pl. *mond*). A másik végponton pedig azok a kifejezések találhatók, melyek specifikusnak tekinthetők abban az értelemben, hogy megjelenik bennük az aktuális megnyilatkozónak a konfliktusszituációra vonatkozó értékelése, illetve értelmezése (pl. *savaz*, *számon kér*).

A vizsgált mintában a KÖZLÉS beszédcselekvését újrakonstruáló nyelvi kifejezések – jellemzően igék – nagy különbséget mutattak abban a tekintetben, hogy hol helyezkednek el az említett, semlegesség, illetve specifikusság szerinti skálán. A teljes mintára vonatkozó eredményeket az 5. ábra szemlélteti.

5. ábra. A KÖZLÉS nyelvi megvalósulásai



Láthatjuk, hogy a legtagabb hatókörű mondást kifejező ige a *mond*. A tudati folyamatokra a feldolgozott mintában legtöbbször a *tud* utal, az érzelmek esetében az *érez* a leggyakoribb, az érzékszervi tapasztalatok pedig rendszerint a látáshoz kötődnek, és a *lát* ige által konstruálódnak meg. Ezek alapján megállapítható, hogy a teljes vizsgált mintát tekintve a KÖZLÉS tartományaira leggyakrabban neutrális és viszonylag általános jelentésű igék utalnak. Ugyanakkor az 5. ábrán

Az interjúalanyhoz köthető KÖZLÉS beszédcselekvését kidolgozó igéket és előfordulási gyakoriságukat a 3. táblázat foglalja össze, kiemelve a tíz leggyakoribb előfordulást. Ezeken túl – ahogyan azt a szófelhő is mutatja – további neutrális (pl. *érezkelek, beszélek, kérdezek*), valamint szemantikailag specifikusabb igék (pl. *meglepődik, letilt, kiordít, csalódik, elkeseredik, felbosszant*) is megjelentek az anyagban. Megfigyelhető, hogy a szemantikailag általánosabb jelentésű igék mennyiségileg nagyobb számban jelentek meg, mint a specifikáltabb igék, ugyanakkor a specifikusabb pólus kidolgozása változatosabb módon, többféle ige révén valósult meg.

elbeszélésben meghatározza, hogy az aktuális megnyilatkozó mely szereplőhöz kapcsolódóan mit, milyen mértékben és milyen módon kíván hozzáférhetővé tenni.

A vizsgált mintában a KÖZLÉS leggyakrabban mondásra vagy tudati folyamatokra való utalás által válik hozzáférhetővé. Ezek a kifejezések az interjúalany személyéhez köthetők, de nagyszámú megnyilatkozás vonatkozik a konfliktuspartner közléseire is. Az interjúalany közel azonos arányban teszi hozzáférhetővé saját múltbeli megnyilatkozásait, valamint tudati folyamatait, emellett az érzelmi folyamatok kifejezése is rendszerint az ő személyéhez kapcsolódóan jelenik meg az interjúkban. Ezzel szemben a konfliktuspartnerhez kötődő közlések közül elsősorban a mondás válik kidolgozottá, míg a konfliktuspartner tudati és érzelmi folyamatainak megjelenítése jóval kisebb arányú.

A KÖZLÉS megvalósítása alapvetően két konstrukciótípussal jellemezhető. Az egyikben a közlés aktusa és maga a közlés egy összetett jelenetben, nyelviileg külön kifejtve válik explicitté, a másikban pedig a két összetevő egy elemi jelenetben válik elérhetővé. A két típus között nem csupán a nyelvi kifejtettségben mutatkozik eltérés, hanem abban is, hogy milyen mértékben adnak lehetőséget az aktuális megnyilatkozó, illetve más szereplők perspektívájának az érvényesülésére, illetve érvényesítésére. E két konstrukciótípus összekapcsolható azzal is, hogy az aktuális megnyilatkozó a konfliktus mely összetevőjét kívánja elérhetővé tenni (központi esemény, illetve előzmény, következmény stb.); kihez köthető a KÖZLÉS; illetve – ehhez szorosan kapcsolódva – az aktuális beszélő milyen mértékben kívánja az adott szereplő perspektíváját érvényesítve megalkotni a KÖZLÉS-t.

A vizsgált mintában az interjúalany közlései jellemzően összetett jelenetként válnak kidolgozottá. Különösen érvényes ez a mondás és a tudati, valamint az érzelmi folyamatok esetében. Ezek ugyanis a konfliktus megértéséhez járulnak hozzá, és az interjúalany saját perspektívájának kifejtett lehorgonyzását is megvalósítják. A konfliktuspartner esetében a tudati folyamat elérhetővé tételekor szintén gyakoribb az összetett kidolgozási mód, ezáltal válik ugyanis hozzáférhetővé és megérthetővé a konfliktus egyik központi összetevője. Ugyanakkor a mondás esetében az elemi esemény konstrukciótípusa a jellemzőbb.

A nyelvi minta vizsgálata során az is megállapíthatóvá vált, hogy az újrakonstruáláskor az aktuális megnyilatkozó miként adja vissza a KÖZLÉS beszédcselekvését. A beszélő perspektívája és a konfliktusszituációhoz fűződő reflexív attitűdje mutatkozhat meg abban, hogy a KÖZLÉS beszédcselekvését neutrális vagy – ezekhez képest – specifikált jelentésű igékkel reprezentálja. Ezen igék megjelenése a konfliktus résztvevői szerepeivel is összefüggést mutat: a beszélő saját közléseit inkább neutrális, viszonylag általános jelentésű igékkel jeleníti meg, míg a konfliktuspartner közléseit nagyobb számban jellemzik a specifikált, illetve erősen specifikált, negatív attitűdöt kifejező igék. Ezen igék alkalmazása összekapcsolható az arc munkájával is: az inkább az aktuális megnyilatkozó közléseinek interpretációjaként alkalmazott neutrális igék – a konfliktus elbeszélések esetében – arcvédelmet, míg a konfliktuspartner

megnyilvánulásait jellemző, negatív attitűdöt megjelenítő igék arcfenyegetést valósíthatnak meg. Ezen kettősség a konfliktusos helyzet elbeszéléséből adódhat. Tehát összefügg azzal is, hogy a konfliktus elmesélője önmagát verbálisan inkább semleges (vagy pozitív) módon, míg a konfliktusban részt vevő másik felet inkább negatív módon alkotja meg.

Az esettanulmány eredményei arra hívják fel a figyelmet, hogy a KÖZLÉS nyelvi kifejtésének nagy szerepe van a konfliktushelyzetek narratív újrakonstruálásában, ezen helyzetek megértésében. A konfliktuselbeszélések ilyen szempontú elemzése ezenkívül új lehetőségeket jelent a konfliktusmenedzselés számára is.

A kutatás folytatásaként az itt felvetett szempontok szerint elemezzük a további interjúkat, továbbá megvizsgáljuk részleteiben a KÖZLÉS-ek újrakonstruálását jellemző és a konstrukciótípusokat is erősen érintő perspektivizáció működését, illetve funkcióját, annak az idézéshez való viszonyát. Emellett az eredményeket egy készülő konfliktuskezelő tréning anyagába is beépítjük.

Irodalom

- Benkő Loránd** (főszerk.) (1970). *A magyar nyelv történeti-etimológiai szótára*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Bochatay, N., Bajwa N. M., Cullati, S., Muller-Juge, V., Blondon, K. S., Perron, N. J., Maitre, F., Chopard, P., Vu, N. V., Kim, S., Savoldelli, G. L., Hudelson, P., & Nendaz, M. R.** (2017). A Multilevel analysis of professional conflicts in health care teams: Insight for future training. *Academic Medicine*, 92/11, 84–92. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001912>
- Bochatay, N., Kuna, Á., Csupor, É., Pintér, J. N., Muller-Juge, V., Hudelson, P., Nendaz, M. R., Csabai, M., Bajwa, N. M., & Kim, S.** (2021). The role of power in health care conflict: Recommendations for shifting toward constructive approaches. *Academic Medicine*, 96/1, 134–141. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003604>
- Boulding, K. E.** (1963). *Conflict and defense: A general theory*. New York: Harper & Row.
- Csontos Nóra** (2012). Az idézés kognitív szemantikai megközelítése. In Tolcsvai Nagy Gábor & Tátrai Szilárd (szerk.), *Konstrukció és jelentés. Tanulmányok a magyar nyelv funkcionális kognitív leírására* (195–210). Budapest: ELTE BTK.
- Csontos Nóra** (2016). Az idézés mint újrakonstruálás. *Jelentés és Nyelvhasználat* 3, 1–19. <http://www.jeny.szte.hu/jeny-2016-csontosn>
- Csupor É., Kuna Á., Pintér J. N., Kató Zs. & Csabai M.** (2017). Konfliktustípusok és konfliktuskezelés magyar egészségügyi dolgozók körében. *Orvosi Hetilap* 158/16, 625–633.
- Deutsch, M.** (2014). Cooperation, competition and conflict. In Deutsch, M., Coleman, P. T., & Marcus, E. C. (eds.), *The handbook of conflict resolution: Theory and practice* (3–28). San Francisco: Jossey-Bass.
- Haader Lea** (1995). Az alárendelő mondatok: Az alanyi, állítmányi, tárgyi és határozói mellékmondatok. In Benkő Loránd (szerk.), *A magyar nyelv történeti nyelvtana II/2. A kései ómagyar kor: Mondattan. Szöveggrammatika* (506–665). Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Hocker, J. L. & Wilmot, W. W.** (2017). *Interpersonal conflict*. 10th ed. New York: McGraw Hill Education.
- Kim S., Buttrick, E., Bohannon, I., Fehr, R., Frans, E., & Shannon, S. E.** (2016). Conflict narratives from the health care frontline: A conceptual model. *Conflict Resolution Quarterly* 33/3, 255–277. <https://doi.org/10.1002/crq.21155>
- Kocsány Piroska** (1996). A szabad függő beszéd a belső monológig. In Szathmári István (szerk.), *Hol tart ma a stilisztika?* (329–348). Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Kugler Nóra** (2015). *Megfigyelés és következtetés a nyelvi tevékenységben*. Budapest: Tinta Könyvkiadó.

- Kuna, Á., Bochatay, N., Kim, S., Csabai, M.** (2022). Being in the same boat, in two ways: Conflict metaphors in health care. In Brdar, M., Brdar-Szabó, R. (eds.), *Figurative Thought and Language in Action* (259–283). Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins.
- Sanders, J. & Spooren, W.** (1997). Perspective, subjectivity, and modality from a cognitive point of view. In Liebert, W.-A., Redeker, G. & Waugh, L. (eds.), *Discourse and perspective in cognitive linguistics* (85–112). Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins.
- Tátrai Szilárd** (2011). *Bevezetés a pragmatikába. Funkcionális kognitív megközelítés*. Budapest: Tinta Könyvkiadó.
- Tátrai Szilárd** (2017). Pragmatika. In Tolcsvai Nagy Gábor (szerk.), *Nyelvtan* (899–1058). Budapest: Osiris Kiadó.
- Tolcsvai Nagy Gábor** (2010). *Kognitív szemantika*. Nyitra: Konstantin Filozófus Egyetem Közép-európai Tanulmányok Kara.
- Tolcsvai Nagy Gábor** (2017). Jelentéstan. In Tolcsvai Nagy Gábor (szerk.): *Nyelvtan* (207–502). Budapest: Osiris Kiadó.
- Verschueren, J.** (1999). *Understanding pragmatics*. London, New York, Sydney, Auckland: Arnold.
- Zlatev, J.** (1997). *Situated embodiment: studies in spatial semantics*. Stockholm: Gotab.

A tanulmány elkészítését az NKFIH K 129040 számú pályázat (CS. N., K. Á.), a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj (K. Á.), az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-21-5-ELTE-223 (K. Á.), továbbá az Innovációs és Technológiai Minisztérium ELTE TKP2020-IKA-06 (K. Á.) pályázata támogatta.

CONSTANTINOVITS MILÁN¹ – VLADÁR ZSUZSA² – CONSTANTINOVITS MIKLÓS³

¹ ELTE Nyelvtudományi Doktori Iskola – ² ELTE Alkalmazott Nyelvészeti és Fonetikai Tanszék –

³ SE Rácz Károly Klinikai orvostudományok Doktori Iskola

¹ milanum@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-0883-0485>

² vladar.zsuzsa@btk.elte.hu

<https://orcid.org/0000-0001-6356-3407>

³ dr.constantinovits@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4046-0661>

Constantinovits Milán – Vladár Zsuzsa – Constantinovits Miklós: „A túlélő brigád”. A közös gyógyulás konceptualizálása a Covid19-járványt túlélő férfiak egy csoportjának elbeszélésében
The survivor brigade: conceptualising shared recovery in the narrative of a group of men survivors of the covid19 epidemic

Alkalmazott Nyelvtudomány, Különszám: Egészségügyi kommunikáció, 2023/1. szám, 52–75.

doi:<http://dx.doi.org/10.18460/ANY.K.2023.1.003>

„A túlélő brigád”. A közös gyógyulás konceptualizálása a Covid19-járványt túlélő férfiak egy csoportjának elbeszélésében

The survivor brigade: conceptualising shared recovery in the narrative of a group of men survivors of the covid19 epidemic

In the discourse about illness, the choice of metaphors affects not only our thinking but also our behaviour. Worldwide in the communication the Covid-19 was presented as PANDEMIC IS WAR. In our research we examined the narratives of male patients who were in the same ward in the COVID ICU of a Hungarian hospital and all recovered. Contrary to what we expected, the dominant metaphor in the narratives of the respondents was not the WAR but the COMMUNITY, because they were helping each other rather than fighting the illness. We also added interviews by two doctors who had treated these patients, adding to the patients' narratives an other, external perspective. Our research question focused on the linguistic means used by the participants in their narratives to construct the metaphors of PATIENT, DOCTOR, ILLNESS and COMMUNITY. The interviews were analysed quantitatively using the *Sketch Engine* program and qualitatively using the life history analysis approach to psychotherapy (Berán & Unoka, 2016).

Keywords: Covid-19, patient interview, cognitive linguistics, Sketch Engine, cognitive metaphor theory

1. Bevezetés

A Covid19-járvány harmadik hulláma 2021 tavaszán különösen tragikus következményekkel járt Magyarországon. A nagyszámú kórházi kezelésre szoruló beteg miatt egyes kórházakat Covid-kórháznak jelölték ki. A betegség lefolyása gyakran igen súlyos volt, a kórházban kezelték közül sokaknál kellett gépi lélegeztetést alkalmazni az intenzív és szubintenzív osztályokon. Az invazív lélegeztetettek (elaltatott, becsővezett betegek) közt nagyon ritka volt a túlélő, és a nem invazív lélegeztetetteknél is rendkívül magas volt a halálozási arány.

A Covid19-járvány az egészségügyi következményei mellett a társadalmi érintkezésre is jelentős hatást gyakorolt, újratematizálta a közbeszédet és az interperszonális kommunikációt. Megteremtődtek a betegségről való diskurzus

sémái és metaforái, amelyek a médiában, a mindennapi érintkezésben és az online platformokon is uralták a diszkurzív teret.

Jelen tanulmányban a BETEGSÉG, a GYÓGYÍTÁS és a GYÓGYULÁS nyelvi leképeződését sajátos közegben, egy szubintenzív osztály betegeinek és orvosainak elbeszéléseiben vizsgáltuk. A kutatás során egy közös kórteremben azonos időben gyógyuló betegcsoport történetét dolgoztuk fel, akik önmaguknak a *Túlélő brigád* nevet adták. A történetet mind a betegek, mind az őket kezelő orvosok perspektívájából megvizsgáltuk, azt keresve, hogyan konstruálódik meg a szereplők elbeszélésében a BETEG, a BETEGSÉG, az ORVOS és a KÖZÖS GYÓGYULÁS fogalma. A kutatás fontos eredménye volt, hogy sikerült ugyanazt az eseménysort többféle perspektívából megjeleníteni, ahogy az adatközlők a történet elmesélése során újrakonstruálták azt (lásd a konfliktusok kapcsán jelen különszámban Kuna & Csontos, 2023).

A tanulmányban a bevezető (1.) után a fogalmi metaforák szerepét tekintjük át a járványról szóló kommunikációban általában (2.). A következő részben (3.) bemutatjuk saját kutatásunk anyagát, a korpusz összeállítását, a kutatás célját és kérdéseit, valamint az elemzés módszertanát. Az eredmények ismertetése (4.) után pedig összegezzük azokat a gondolati sémákat, illetve azt a metaforahálózatot, amelyet az interjúk elemzése során feltártunk (5.).

2. A Covid19-járvány és a metaforák szerepe a járványról szóló diskurzusban

A kognitív nyelvfelfogás egyik központi fogalma a metafora. Ebben a megközelítésben a metafora olyan eljárás, amelynek alapját két kognitív tartomány (a forrás- és a céltartomány) közötti leképezés adja (Lakoff & Johnson, 1980). Jellemzően konkrétabb, mindennapibb jelenségek (pl. időjárás, testrészek) biztosítanak elérési útvonalat, kapcsolatot az absztraktabb, összetettebb jelenségek felé (pl. érzelmek, betegség). A fogalmi metaforák használata érthetővé, megragadhatóvá és nyelvileg interpretálhatóvá teszi a céltartományként leírható fogalmakat, egyúttal egy adott perspektívába helyezi őket, és ilyen módon a hozzájuk való viszonyulást is meghatározza. Beszédmódunk pedig befolyásolja a gondolkodásunkat, perspektívát ad neki, ahogy erre számos kutatás rámutat különböző kontextusokban és társas helyzetekben, beleértve a tanulmány szempontjából kiemelkedő egészségügyi interakciókat is (Semino et al., 2017, Semino et al., 2018).

Tanulmányunkban olyan metaforákat elemzünk, amelyekben a BETEGSÉG fogalma céltartományként jelenik meg. A betegségről folytatott diskurzusokban általánosan gyakran A BETEGSÉG HARC, HÁBORÚ a vezető metafora (Semino et al., 2017; Semino et al., 2018), ez a koronavírus-járványról folytatott diskurzusokban is megfigyelhető. Schirm (2021) szerint a Covid19-ről beszámoló híradásokban a leggyakoribb fogalmi metafora A JÁRVÁNY HÁBORÚ volt, például: „Ez egy példátlan háború. A frontvonal a kórház, ahol katonáink az egészségügyi dolgozók” (Schirm, 2021: 101). Schirm ugyanakkor azonosított több más

metaforát is: A JÁRVÁNY BŰNELKÖVETÉS, például: „Tovább gyilkol Iránban a koronavírus”, A JÁRVÁNY KATASZTRÓFA, például: „Új epicentruma van a koronavírus-járványnak” (Schirm, 2021: 103). Ezek a metaforák a koronavírust aktív, támadó, rosszindulatú személyként, illetve erőként, míg a járványban érintetteket áldozatként (betegek) vagy aktívan védekező ellenfélként (gyógyítók) jelenítették meg.

A háborús metaforahasználatra különösen ráerősített Magyarországon (de máshol is) a hivatalos retorika, amely következetesen ezt a fogalmi tartományt használta. Ez megfigyelhető volt a magyar miniszterelnök beszédeiben és interjúiban, vagy például az orosz fejlesztésű *Szputnyik V* vakcina nevében is, amely egy korábbi szovjet hidegháborús diadalra utal (Fazekas, 2020). A háború, a küzdelem, a harc analógiája a járványhoz kapcsolódó online mémekben is gyakran tükröződött, ahogyan ezt az 1. és a 2. ábra szemlélteti.

1. ábra. A koronavírus elleni fegyver mémje. Forrás: web1

Ok, now I'm ready to fight with
Corona Virus



2. ábra. A gyógyítók a szuperhősöknél is több tiszteletet érdemelnek. mém. Forrás: web2



Mindkét ábra a koronavírust és a gyógyítást képileg a HARC fogalmi keretébe helyezi. Az 1. ábrán valaki, az öltözeke alapján feltehetőleg egy hétköznapi ember, vízipisztolyt tölt fel vírusölő géllal. Az ábra ironikusan is értelmezhető, hiszen nem egy komoly fegyvert, hanem egy játék vízipisztolyt ábrázol, ezzel utalva arra, hogy a harcban a hétköznapi embernek csak játékszerű fegyverei vannak a halálos vírussal szemben. Ez az eszköztelenség a járvány első szakaszaiban általános élmény volt nemcsak a hétköznapi emberek, de a gyógyítók oldaláról is, ahogy ez az elemzés alapjául szolgáló interjúkban is megjelent (vö. 4.).

A 2. ábra kórházi folyosón vonuló, beöltözött gyógyító személyzetet jelenít meg, akiknek meghajlással tisztelegnek a folyosó két oldalán felsorakozó szuperhősök. E hősök a filmekben különböző szuperképességeik révén megmentik a világot különféle küzdelmek során, ezen az ábrán viszont elismerik, hogy ebben a helyzetben az egészségügyi dolgozóké a főszerep. A gyógyítókat itt szuperképességekkel rendelkező hősökként ábrázolják.

Bár a képek nagyon pontosan foglalják össze a járványhelyzethez kötődő érzéseket, a járványról szóló diskurzusok túlnyomó része természetesen szöveges volt. Ezen belül speciális csoportot képeztek azok a diskurzusok, amelyekben az érintettek számoltak be saját tapasztalataikról. Azokban a narratívákban, ahol az elbeszélő, a narrátor egyúttal az elbeszélte események egyik szereplője is, számolnunk kell azzal, hogy az elbeszélő a diskurzusban mások reprezentációja mellett nyelvi eszközökkel megalkotja a maga identitását is. A jelen kutatás is ilyen típusú diskurzusokat elemez (vö. 3.). (Természetesen akkor is lehetnek implicit identitáskonstruálási gyakorlatok a diskurzusokban, ha az elbeszélő nem része az elbeszélte eseményeknek.)

Bucholtz és Hall (2005) rámutatnak, hogy az identitás mint konstrukció a diskurzusokban jön létre, és nem egy statikus állapotként értelmezhető, hanem dinamikusan és folyamatosan alakul ki, illetve változik. A koronavírusról szóló elbeszélésekben tehát az érintettek (akár mint betegek, akár mint gyógyítók: orvosok és más egészségügyi dolgozók) meg-, illetve újraalkotják az identitásaikat. Ez a nyelvi konstruálás gyakran indexikus folyamatok révén megy végbe, például hasonló személyekre, csoportokra történő utalással, velük való azonosulással. Az identitásképzésben döntő szerepe van a nyelvhasználatnak, ezen belül a stílusnak: a stílus az elbeszélőnek az önmagához, a témához, a körülményekhez, az elbeszélésben szereplő többi személyhez fűződő viszonyával is összefügg.

Az elbeszélésekben tehát szükségszerűen a többi (fontosnak tartott) személy percepciója és reprezentációja is megkonstruálódik, esetünkben az orvos, a gyógyító a beteg szemével és fordítva. Ezek a diskurzusok, történetmesélések tehát óhatatlanul felvetik az orvos-beteg viszony és kommunikáció kérdését is (Kuna, 2016). Mindez természetesen nem feltétlenül tudatos, reflektált folyamat, bár előfordul, hogy a beszélő explicit reflexiót fűz hozzá.

Mivel vizsgálatunkban koronavírusból felgyógyult betegek és őket kezelő orvosok elbeszéléseit elemeztük, azzal is számolni kellett, hogy egy korábbi

esemény felidézése során az elbeszélő jelenbeli perspektívája összefonódhat azzal a perspektívával, amelyből az elbeszélő időszakában szemlélte az eseményeket.

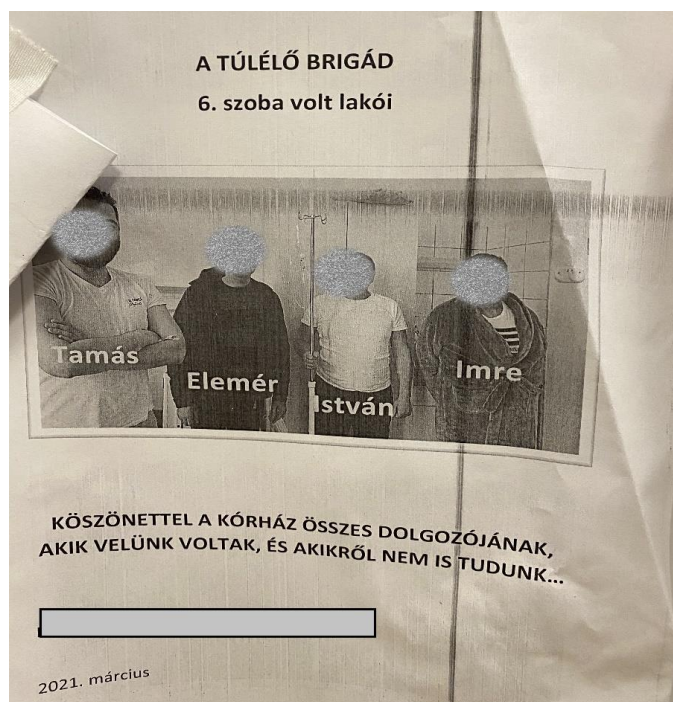
3. A kutatás anyaga és kérdései, az elemzés módszerei

3.1. A kutatás anyaga

A kutatás alapját az az eseménysor adta, amely a járvány harmadik hullámában, 2021 tavaszán zajlott egy vidéki kórház szubintenzív Covid-osztályán. Noha ebben az időszakban a lélegeztetett betegek halálozási aránya igen magas volt, kivételesen volt példa arra is, hogy egy kórteremben mindenki meggyógyult. 2021 márciusában az osztály 6. számú kórtermében a Covid-19 diagnózisával, súlyos állapotban kórházba került és gépi lélegeztetésben részesült betegek mind sikeresen felépültek. Ezek a betegek, akik egyazon kórteremben gyógyultak három hétig, és nagyjából egyszerre hagyhatták el gyógyultan a kórházat, a bent tartózkodás alatt és később is önmagukat *Túlélő brigád* néven említették.

Távozáskor egy csoportképet is készítettek önmagukról, amin szintén a *Túlélő brigád* megnevezést tüntették fel (3. ábra). A képet köszönő szöveggel látva el kezelőorvosaiknak adták.¹ A fotón a gyógyult betegek még a csempézett falú kórteremben sorakoznak fel, kórházi öltözetben, pizsamában, fürdőköpenyben, de kihúzott derékkal, egyenes testtartással, mosolyogva néznek a kamerába. Egyikük, István az infúziós állványt is maga elé tartja, mint történetük egyik fontos kellékét.

3. ábra. A *Túlélő brigád* csoportképe távozás előtt. A szereplők arcát és alul a nevüket kitakartuk.



¹ A fotót az egyik kezelőorvos bocsátotta a kutatás rendelkezésére.

Kutatásunkban az ún. *Túlélő brigád* tagjaival készített interjúkban vizsgáltuk a közös gyógyulás történetét. Az adatközlő 4 beteg 30 és 60 év közötti, vidéken élő férfi volt, foglalkozás, iskolázottság, családi állapot szempontjából is heterogén csoportot alkottak.

A kutatásba bevontuk a betegek két kezelőorvosát is, egy fiatal sürgősségi és mentőorvos férfit, illetve egy fiatal sebész rezidens orvosnőt. Az orvosok nem a kórház állandó orvosai voltak, hanem a Covid-ellátás keretében vezényeltek őket a kisvárosi kórház Covid-osztályaira. Az orvosinterjúk lehetőséget adtak arra, hogy a történetet egy másik perspektívából is megismerjük.

Az adatközlőkkel félig strukturált interjút vettünk fel, külön az orvosok, illetve külön a betegek számára készített kérdőívvel. (Az interjúkérdéseket lásd a függelékben.) Az adatközlőket a kutatás céljáról, az adatkezelésről tájékoztattuk, a beszélgetés felvételéhez és anonim elemzéséhez beleegyezésüket adták, amit az interjúk elején rögzítettünk.

Mivel az adatközlők egymástól és a kutatóktól is távol élnek, az interjúkat 2021 nyarán az egyes résztvevőkkel külön-külön, személyesen vagy telefonon vettük fel.

Az interjúkészítés során a megfigyelői paradoxon (Labov, 1972: 209) elkerülése érdekében igyekeztünk minél kevésbé beavatkozni, a kérdések feltételén túl csak minimális visszajelzést, háttéracsatorna-jelzést adni, hogy a beszéd folyamatosságát fenntartsuk. Az interjúkban az alanyok folyamatosan, hosszan beszéltek élményeikről, így rövid beszédfordulók helyett hosszú, egybefüggő szövegeket kaptunk. Emiatt nem is ragaszkodtunk a kérdések formális feltevéséhez, ha az adatközlő valamennyi, általunk tervezett témát érintette.

Az interjúk terjedelme 20 és 40 perc között változott, így összesen kb. 3 órányi hanganyag állt rendelkezésre, amelyet többször ellenőrizve, a BUSZI rendszerében írtunk át kézzel, az adatközlők által említett, beazonosításra alkalmas tulajdonneveket anonimizálva.

Az átírt diskurzusokból két alkorpuszt hoztunk létre: a beteginterjúkat tartalmazó, *Beteg* címkével ellátott alkorpuszt, amely kb. 14.000 szövegszóból áll (az interjúkra *B1*, *B2*, *B3*, *B4* jelöléssel hivatkozunk), valamint az orvosinterjúkat magában foglaló, kb. 5.000 szövegszó terjedelmű *Orvos* alkorpuszt (az interjúk jelölése *O1* és *O2*).

3.2. A kutatás célja és kérdései

A kutatásban a közös gyógyulás történetének és a TÚLÉLŐ BRIGÁD fogalmának nyelvi megkonstruálását vizsgáltuk a betegek elbeszélése alapján. Mivel ebben a történetben a konvencionális, talán leginkább elterjedt A BETEGSÉG HARC metafora mellett a *Túlélő brigád* elnevezés a KÖZÖSSÉG fogalmát is behozta, választ kerestünk arra, miként érvényesül ez az elbeszélésekben. Vizsgáltuk az elbeszélésekben megjelenő identitás- és szerepkonstrukciókat is.

Covid-osztályon, a halál mindennapos közelében lenni traumatikus élmény, azonban az interjúk hónapokkal az események után készültek. Békés Vera (2009: 87) doktori értekezésében arra mutatott rá, hogy a traumatikus élmények

elbeszélése az idő múlásával, a traumából való gyógyulás során szervezettebbé válik, a közvetlenül az adott esemény után töredezetten előadott történetek oksági viszonyokat felvonultató diskurzussá rendeződhetnek. Ezt figyelembe véve az eltelt idő is hatással lehetett a strukturáltabb narratívák létrejöttére.

Mivel az adatközlők több hónap után tekintettek vissza, számolni kellett azzal, hogy a későbbi újrakonstruálás során az akkori és az interjúkészítés során érvényesülő perspektíva is megjelenik, és össze is mosódhat (Csontos, 2016).

A kutatásban ezért azt is vizsgáltuk, hogy az elbeszélők az újrakonstruálás során visszanezve a történetet progresszív vagy regresszív narratívaként formálják-e meg, tehát emelkedő (jobbá váló, pozitív) vagy ereszkedő (romló, negatív) értékelést adnak-e (Frye, 1951), illetve az átélt traumatikus élmények milyen hatással voltak a világszemléletükre (Hermann, 2011, id. Beke, 2020).

Kutatási kérdéseink a következők voltak:

- 1) Hogyan konstruálják meg a kutatás résztvevői elbeszéléseikben a BETEG identitást, illetve szerepet?
- 2) Hogyan konstruálják meg az elbeszélések az ORVOS identitást, illetve szerepet?
- 3) Hogyan konstruálják meg a TÚLÉLŐ BRIGÁD fogalmát?
- 4) Emelkedő vagy ereszkedő narratívát konstruálva tekintenek vissza a(z) egykori) betegek az eseményekre?

Mivel esettanulmány készült, ennek eredményei éppen a vizsgált eset kivételessége miatt nem általánosíthatók, viszont számos tanulsággal szolgálnak, és későbbi kutatásokhoz is szempontokat adhatnak.

3.3. Elemzési módszerek

A felvett és átírt interjúkat kvantitatív és kvalitatív módszerrel is vizsgáltuk. A kvantitatív elemzést a *Sketch Engine* programmal végeztünk. A program algoritmus a korpuszok elemzésénél a tipikus, illetve a szokatlan, ritka emergens megjelenéseket keresi. Érdekes megjegyezni, hogy a korpusz kis mérete miatt az eredmények korlátozott érvényűek, mégis fontosnak tartottuk megvizsgálni, milyen jellemző mintázatok mutat a kvantitatív alapú gépi elemzés.

Elsőként a teljes korpusz fogalmi keretét határoztuk meg a kulcsszókereséssel, azaz a teljes korpuszban a köznyelvi átlaghoz képest relatíve leggyakrabban szereplő szavakkal. Mivel kutatásunk a betegek, illetve az orvosok elbeszélésében kereste a BETEG, az ORVOS szerepének és identitásának nyelvi megkonstruálását, innentől párhuzamosan és egymással összevetve vizsgáltuk a *Beteg* és az *Orvos* alkorpuszokat. Mindkét alkorpuszban kikerestük a leggyakoribb igéket és a leggyakoribb főneveket.

Az identitás- és szerepkonstrukciók vizsgálatához mindkét alkorpuszban megvizsgáltuk a *betegség*, a *beteg* és az *orvos* lemmák leggyakoribb kollokációit. Végül mindkét alkorpuszban a *túlélő* és a *brigád* lemmák kollokációit kerestük ki.

A kvantitatív elemzés megmutatta a korpuszon belül jellemző mintázatokat: a gyakoriságokat és a tipikus együttállásokat. Az orvos- és betegszerep és az identitás nyelvi konstrukciójának további feltárásához azonban másféle, részletesebb vizsgálatot is szükségesnek láttunk, ezért a kvantitatív elemzés mellett kvalitatív vizsgálatot is végeztünk diskurzuselemzéssel. Ennek során arra kerestük a választ, hogyan alkotják meg saját identitásukat, és hogyan alkotják meg mások szerepét a megkérdezett betegek, illetve orvosok, továbbá miként beszélnek a TÚLÉLŐ BRIGÁD-ról. Az elemzésben Berán és Unoka (2016) szempontjait követtük (lásd még Beke, 2020).

4. Eredmények

4.1. Kvantitatív elemzés a *Sketch Engine* programmal

Első lépésben az interjúkban az általános, a történéseket fogalmi keretekhez kötő kulcsszavakat kerestük ki a Keywords funkcióval. Ez a funkció azt mutatja meg, hogy a vizsgált korpuszban mely szavak fordulnak elő gyakrabban, mint a referenciakorpuszban. Esetünkben a referenciakorpusz a programban adott *Hungarian Web 2012* (huTenTen12) volt. Az összevetésnél a szövegből kiszűrtük az *a*, *az*, *egy* névelőket, a megakadást, hezitálást jelző *ő*, *öö*, *ööö* jelöléseket stb. A keresést lemmára beállítva futtattuk le. A 4. ábrán szereplő kulcsszavak teljes mértékben tükrözték az interjúk témáját, a kórházi környezetet és történéseket.

4. ábra. Kulcsszavak a teljes interjúanyagban. Referenciakorpusz: Hungarian Web 2012

Word	Word	Word	Word	Word
1 kórtér	11 nővérke	21 kóridban	31 ct-n	41 kizóeszköz
2 szubintenzív	12 kovidosztályra	22 centrumkórház	32 fölöltözik	42 algopyrín
3 gázálarc	13 kovidosztályon	23 branülok	33 vizitel	43 zárójelentés
4 kovid	14 bádogkoporsó	24 várórész	34 targoncás	44 oxigénpalack
5 pandémia	15 branült	25 szürási	35 nyilazás	45 szkafander
6 kanül	16 artériás	26 kooperált	36 vizit	46 belgyógyászati
7 covid	17 nagymarosi	27 rubophen	37 túlsúfoltság	47 hazaenged
8 branül	18 altatott	28 lélegeztetett	38 orvostársadalom	48 fölébred
9 kórterem	19 tiszteletudó	29 brigád	39 megalvad	49 cserélődik
10 oxigénmaszk	20 posztikovid	30 infúzió	40 ápolónő	50 összekovácsolódik

A kulcsszavak értelmezéséhez érdemes figyelembe venni, hogy a *kórtér* szóalak a *kórterem* szóból a gép által (tévesen) előállított alak. Az interjúk lejegyzői a *covid* és a *kovid* helyesírást vegyesen alkalmazták, így ez némileg torzítja a sorrendet, a kettőt összevonva a kulcsszavak közt még előrébb sorolódott volna.

A következő keresésnél már nem a relatív, hanem az adott egységen belüli szógyakoriságot kerestük. Ehhez a Wordlist funkcióval futtattuk le a keresést, külön névszókra és külön igékre; mindkét esetben külön-külön a *Beteg* és az *Orvos* alkorpuszon (lásd az 5. ábrát). A kapott eredmények összevetése már jelezte azt a perspektívát, amelyből az orvosok, illetve a betegek konstruálták saját identitásukat, valamint a másik csoportét.

5. ábra. A névszók gyakorisági listája a *Beteg* alkorpuszban (az ábra bal oldalán) és az *Orvos* alkorpuszban (az ábra jobb oldalán), az első 20 találat

betegek ▾ × noun (816 items 2,722 total frequency)				orvosok ▾ × noun (816 items 1,594 total frequency)			
Lemma	Frequency	Lemma	Frequency	Lemma	Frequency	Lemma	Frequency
1 ez	193	11 minden	24	1 ez	109	11 kórtér	18
2 én	133	12 valami	22	2 mi	48	12 orvos	18
3 ő	65	13 dolog	20	3 ők	46	13 kórház	17
4 ami	56	14 ember	19	4 ami	44	14 ember	17
5 aki	53	15 maga	18	5 beteg	43	15 visszajelzés	14
6 mi	36	16 orvos	17	6 aki	40	16 munka	14
7 nap	31	17 vér	16	7 én	28	17 idő	13
8 ágy	29	18 kérdés	15	8 egymás	24	18 rész	13
9 kórház	26	19 szoba	15	9 ő	20	19 állapot	12
10 ők	24	20 ki	15	10 osztály	19	20 kommunikáció	12

A gyakorisági lista első 6, illetve 8 helyét nem tartalmaz szó, hanem névmás foglalja el – különösen feltűnő, hogy mindkét lista második helyén személyes névmás áll, a betegekénél az *én* magas gyakorisággal, míg az orvosoknál a *mi*. (Mivel a program nem tudta kezelni, a *mi* előfordulásaiból kézzel leválogattuk a *mi* kérdő névmási és vonatkozó névmási előfordulásait.) Ez azzal magyarázható, hogy a betegek saját egyéni gyógyulásuk történetét mondták el, az orvosok pedig (ahogy később is látni fogjuk) általánosabban közelítettek a kérdéshez. Kuna (2016: 328) felosztását alapul véve a T/1. névmás kivétel nélkül az orvos + más orvosok kategória megjelenítőjeként szerepelt, legtöbbször „dupla jelöléssel”, tehát az igei személyrag vagy birtokos személyjeles névszó mellett megjelenő névmásként, ami kétszeres nyelvi lehorgonyozottság. Gyakran jelent meg a névmás ragozott alakban is. Például:

- (1) *mi ahhoz szoktunk, hogy két-három nap bennfekvés után hazaengedjük a beteget* (O2)
- (2) *a társadalom elismeri a mi munkánkat* (O1)

A (3) példában a névmási referencia váltása különösen hangsúlyos. A *mi* első használata az adott kórház orvosaira vonatkozik csak, a *betegünk* személyjele is arra referál, az *ők* egy másik orvoscsoportot jelöl, a *közös* melléknévvel pedig a másik orvoscsoportot egyesíti a saját csoporttal, így a *betegünk* második előfordulásában a T/1. személyrag deiktikusan már mindkét csoportra közösen utal:

(3) *ők is visszajelezték nekünk, hogy a mi betegünk, akit ők is kezeltek, a közös betegünk hazament.* (O2)

Az *én* E/1. névmás az orvosok esetében túlnyomórészt az orvosi szerep megalkotásához kötődött, kisebb részben pedig a megnyilatkozó saját személyes gondolataira, cselekedeteire való reflexióként volt értelmezhető. A két kategória természetesen sokszor átfedésben volt egymással.

(4) *Én dolgoztam egyrészt a szubintenzív osztályon* (O1)

(5) *Ez ilyen terápiás nihilizmus volt, nekem ez jutott eszembe.* (O2)

A *mi* a betegekénél is magas arányban fordult elő, gyakoriságban majdnem az orvosokkal megegyezően, de az ő interjúik száma és hossza miatt ebben az esetben a relatív gyakoriság alacsonyabb. A *mi* viszonylag gyakori előfordulása ezzel együtt is azt mutatja, hogy mindkét interjútípusban hangsúlyos szerepet kapott az identitáskonstruálásban, hogy a megnyilatkozók önmagukat egy csoport tagjaként azonosították, ahogy az 5. ábrán látható.

6. ábra. Az igék gyakorisági listája a *Beteg* alkorpuszban (az ábra bal oldalán) és az *Orvos* alkorpuszban (az ábra jobb oldalán), az első 20 találat

beteges ▼ × verb (518 items 1,494 total frequency)				orvosok ▼ × verb (518 items 747 total frequency)			
Lemma	Frequency	Lemma	Frequency	Lemma	Frequency	Lemma	Frequency
1 van	402	11 kell	14	1 van	168	11 kommunikál	8
2 mond	76	12 mesél	13	2 tud	41	12 gondol	8
3 tud	64	13 beszél	12	3 mond	23	13 hazamegy	7
4 jön	44	14 kap	12	4 lát	23	14 alakul	7
5 megy	26	15 lát	10	5 kell	17	15 beszél	7
6 fekszik	18	16 segít	10	6 segít	14	16 ismer	6
7 hoz	18	17 kezd	9	7 dolgozik	13	17 gyógyít	6
8 vesz	17	18 kerül	9	8 kerül	12	18 találkozik	6
9 gondol	17	19 érez	9	9 lesz	11	19 meggyógyul	6
10 lesz	14	20 szól	8	10 szeret	11	20 történik	6

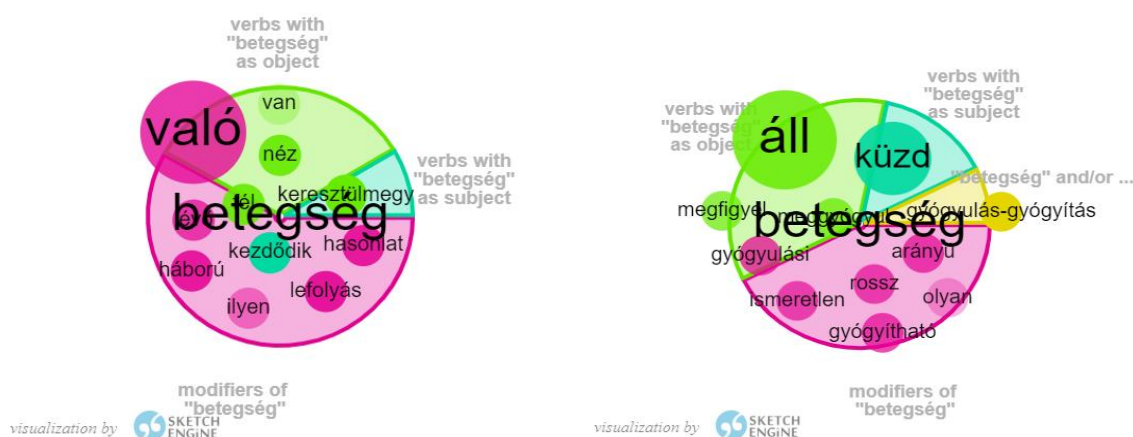
A névszók után az igéket vizsgáltuk meg a két alkorpuszban. Mind a betegek, mind az orvosok a *van*, *mond*, *tud* igéket használták a leggyakrabban. A betegekénél emellett gyakori volt az állapotukra utaló mediális *fekszik* ige, míg az orvosoknál az aktív *segít* és *dolgozik* igék fordultak elő viszonylag nagy számban, amelyek a betegekire irányuló cselekvést fejezték ki.

Mivel az elemzés egyik fő kérdése az volt, hogy miképpen konstruálják meg a betegek és az orvosok az identitásukat, illetve a másik fél szerepét, a következő lépésben a Word Sketch funkcióval kérdeztünk rá a *beteg*, *orvos* és *betegség*

lemmákra. A Word Sketch a szöveggörnyezetben előforduló szavakat és kollokációkat gyűjti ki, amelyeket grammatikai funkciók szerint osztályoz: mint az ige alanya, objektuma (ez nem csak tárgy lehet), illetve módosító értelmű szók. A program csak az igéket, főneveket és határozókat mutatja.

A kilistázott előfordulásokat lehetőség van kördiagrammá alakítani, ahol az egyes grammatikai viszonyok szerinti kategóriák körcikk formájában ábrázolódnak, a betűnagyság pedig a relatív gyakorisággal arányos. A vizsgált lemma a kör közepén helyezkedik el. Először a *betegség* lemmára kerestünk rá külön-külön a két alkorpuszban, azt vizsgálva, hogyan alkotják meg a megnyilatkozók a BETEGSÉG fogalmát a lekérdezett kollokációk alapján.

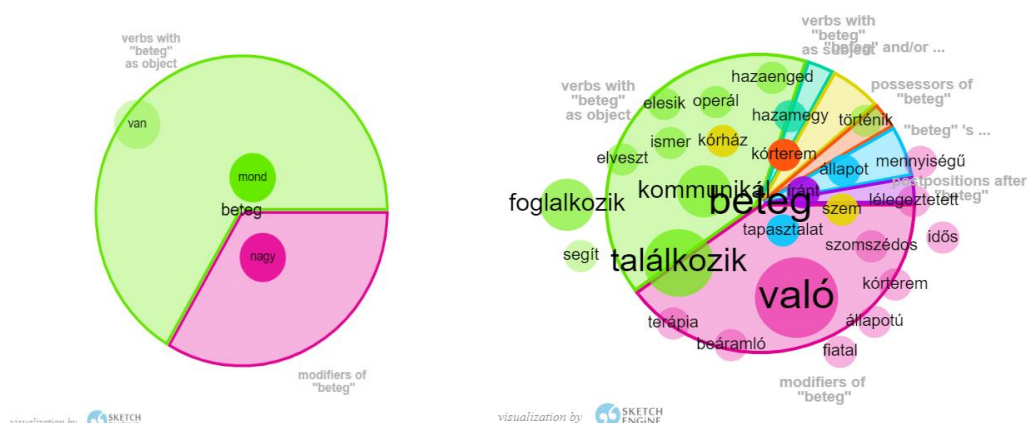
7. ábra. A BETEGSÉG megkonstruálása kollokációkkal a *Beteg* alkorpuszban (az ábra bal oldalán) és az *Orvos* alkorpuszban (az ábra jobb oldalán)



A *beteg* szóval társuló kollokációkat bemutató 7. ábráról leolvasható, hogy a betegek megnyilatkozásaiban a BETEGSÉG fogalma tipikusan olyan jelenséggént konstruálódik meg, ami van, amin a beteg *keresztülmegy*, amit szemlél (*néz*), illetve ami *kezdődik* és *lefolysis*. Tehát (metaforikusan értelmezett) TÉR és ESEMÉNY. Ezek az igék a beteget a betegséget elszenvedő szereplőként jelenítik meg nyelvileg, a BETEGSÉG pedig történik, tehát nem bír önálló aktivitással, inkább egy természeti jelenséghez hasonlít. Megjegyzendő, hogy a *való* kiemelkedő gyakorisága arra vezethető vissza, hogy a mondatba illesztést segítő igenévként jelent meg (pl. *a betegekkel való kommunikáció*), de ezt a programban nem lehetett szűrni.

Az orvosoknál ezzel szemben a BETEGSÉG kollokációi közül az egyik leggyakoribb ige a *küzd* volt, amely a konvencionálisnak tekinthető A BETEGSÉG HARC metafora keretében jelenítette meg a BETEGSÉG fogalmát. A másik gyakori ige a [*szemben*] *áll* volt, ami ugyanebben a keretben jelent meg („betegséggel áll szemben”). Emellett az orvosok közléseiben megjelentek a *gyógyulás*, *gyógyítás*, *gyógyítható* szavak, amelyek az orvostól elvárható szereppel hozhatók összefüggésbe.

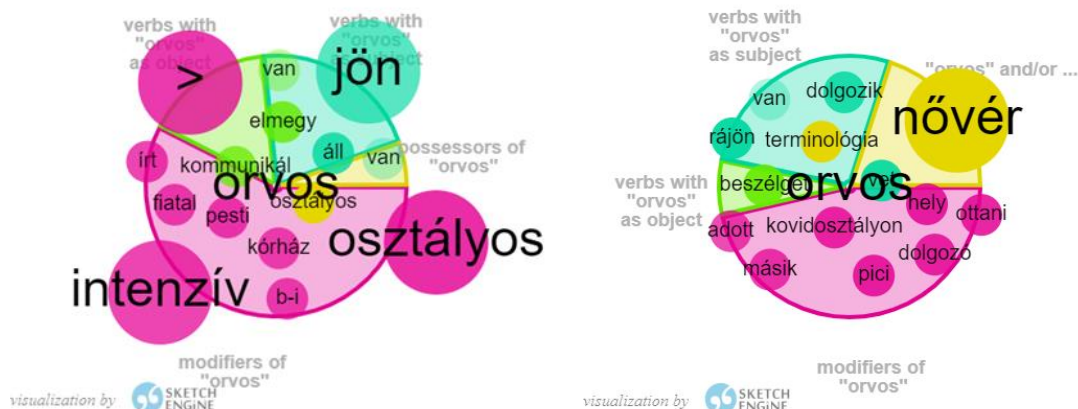
8. ábra. A BETEG megkonstruálása kollokációkkal a *Beteg* alkorpuszban (az ábra bal oldalán) és az *Orvos* alkorpuszban (az ábra jobb oldalán)



A *beteg* szó kollokációit bemutató 8. ábrán látható, hogy ez a lekérdezés aránytalan eredményeket adott. Az orvosinterjúkban (annak ellenére, hogy fele akkora szövegmennyiségről van szó, mint a beteginterjúk esetében) 76 előfordulással feltűnően gyakori volt a *beteg* lemma, és rendkívül sok különböző főnévvel, igével és módosítóval társult, leggyakrabban a *találkozik*, *foglalkozik*, *kommunikál*, *való* és *volt* szavakkal állt együtt. (A *való* kiemelkedő gyakoriságáról lásd feljebb.) Az orvosok tehát a BETEG fogalmát elsősorban a betegekkel való kapcsolatot, illetve a betegekkel folytatott interakciókat előtérbe helyezve jelenítették meg nyelvileg.

A *Beteg* korpuszban azonban szinte alig jelent meg a *beteg* lemma: összesen négyszer fordult elő főnévként és egyszer melléknévként. Tehát a betegek ritkán utaltak magukra a *beteg* lemmával; ehelyett vagy az *én*, vagy a *mi* névmással, illetve a TÚLÉLŐ BRIGÁD tagjaként azonosították magukat.

9. ábra. Az ORVOS megkonstruálása kollokációkkal a *Beteg* alkorpuszban (az ábra bal oldalán) és az *Orvos* alkorpuszban (az ábra jobb oldalán)

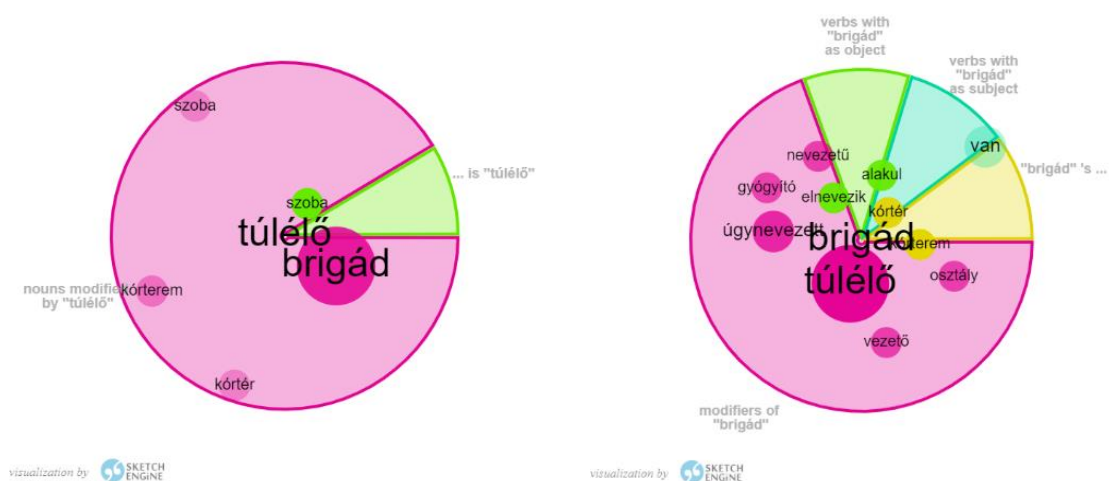


A 9. ábra az *orvos* lemmával kollokálódó szavakat mutatja. A betegek interjúiban az *orvos* az *intenzív osztályos* kifejezéssel kombinálódik a leggyakrabban, aki *odajön* hozzájuk. Érdekes megfigyelni, hogy az ábra alapján a *jön* jóval gyakoribb, mint az *elmegy* (tehát a közeledés nyelvi megalkotása hangsúlyosabb). A kollokációk azt mutatják, hogy az ORVOS fogalmához kötődően fontosak az általuk megvalósított cselekvések és az aktivitás: az orvos *kommunikál*, *áll*, *[ott] van*. Jelzőként a *fiatal*, illetve a *pesti* emelkedik ki (a kórteremben fekvők kezelőorvosa egy fiatal pesti orvos volt).

Az orvosok elbeszéléseiben az *orvos* szó leggyakrabban a *nővér* szóval állt együtt, ami arra utalhat, hogy az orvosok számára az ápoló szakszemélyzetnek kiemelt jelentősége van. Az orvosok interjúiban magukra vonatkozóan igeiként a *dolgozik*, a *beszélget*, a *rájön* jelenik meg, jelzőként pedig tipikusan a *Covid-osztályos* és a *dolgozó*.

Végül, mivel a betegek nyelvi és vizuális önábrázolásában (a csoportképen) a *Túlélő brigád* szókapcsolat szerepelt, a Word Sketch funkcióval a *túlélő* és a *brigád* lemmákra is rákerestünk. (A program szókapcsolatokat nem, csak egy lemmát tud kezelni.) A 10. ábrán is jól látható, hogy a két szó tipikusan egymással kombinálódott.

10. ábra. A *túlélő* (az ábra bal oldalán) és a *brigád* (az ábra jobb oldalán) lemmák kollokációi a teljes korpuszban



4.2. Kvalitatív elemzés

Ahogy a 3.3. alpontban már említettük, az interjúk kvalitatív elemzése során Berán és Unoka (2016) munkáját követtük. Ez a következő szempontokat említette: fogalmi keret (tematizálás, szóhasználat, hasonlatok); diskurzusszint (az elbeszélés karakterszinten vagy narrátorszinten értelmeződik-e); intencionalitás (cselekvőként vagy szenvedőként jelenik-e meg egy adott szereplő); az elbeszélés nézőpontja (az elbeszélő szereplője-e a történetnek vagy külső szemlélője, esetleg egy másik szereplőt idéz); a történés és az újramesélés perspektívájának jelölése; a narratíva emelkedő vagy ereszkedő volta (az interjú időpontjából visszatekintve).

Külön vizsgáltuk az ORVOS nyelvi konstrukcióját a betegek és az orvosok nézőpontjából; a BETEG nyelvi konstrukcióját a betegek és az orvosok nézőpontjából (identitás-, illetve szerepkonstrukció) és a TÚLÉLŐ BRIGÁD nyelvi megalkotását a betegek és az orvosok nézőpontjából.

4.2.1. Tematizálás

A betegek elbeszélésében a leggyakrabban a szenvedés, a halál témája jelent meg, nagyon sokszor találkoztunk a testi és lelki szenvedés részletező leírásával (6).

(6) *Hozták a lélegeztetőgépet. Az egy olyan, mint a katonaságnál az álarc, az a maszk, olyan pántokkal volt ez a gázálarc, idézőjelben gázálarc, meghúzva, és hát majd szétroppant a fejem. Vannak a középkori kínzóeszközök között olyanok, amelyekben tűske van. (B1)*

Nagyon hangsúlyosan jelent meg a fenyegető halál képe. Ez részben a ténylegesen látott élmények felidézése volt, ahogy az elhunyt betegtársakat kivitték koporsóban, halottas zsákban (7, 8).

(7) *Ami rossz volt a kórházban, amikor eltolták ezeket a **bádogkoporsókat**. És az úgy zörög, nem tudom, azt szándékosan zörgetik, vagy mint régen a ministráns, hogy rázza a csengőt. (B1)*

(8) *Volt, aki rövid ott tartózkodást követően ... zsákban, **hullazsákban**, lábbal az ajtón kifelé távozott el. Mind a két alkalommal, mind a két **halottonál** én nyitottam ki az ablakot. És szóltunk az ápoló személyzetnek, aki egyébként mindent megtett értünk, hogy ez a ... Megállapították, hogy mi történt, és ... ezután... (B4)*

A halál témájáról szólva a kimondás nehezítettsége, a hosszú szünetek és a befejezetlen mondatok különösen feltűnőek voltak ennél az adatközlőnél, aki az interjúban általában nagyon szabatos, rövidre fogott mondatokban nyilatkozott, és hangsúlyosan férfias, katonás identitást konstruált magának (9).

(9) *Én 27 évig voltam **hivatásos katona**, a legutóbbi időkben **főtiszt**. (B4)*

Az elbeszélésekben másfelől visszatérő motívum volt a szembesülés a saját lehetséges sorsukkal, a halál kockázatával (10, 11). Az alábbi két idézetben az elbeszélők külső perspektívából fűztek reflexiókat (és *akkor már ott kezd pánikolni az ember; úgy nem izgatott*) a gondolatokhoz, aggodalmakhoz.

(10) *Lehet, hogy valamelyik nap engem is és jönnek értem tepsivel, zacskóznak, és visznek el. És akkor már ott kezd pánikolni az ember, gondolni a családra, hogy na akkor az asszonynak küldöm a bankbelépési jelszavaktól kezdve a bármit, mert vagy kikerülök, vagy nem. (B2)*

- (11) *Gondolkoztam, hogy hát akkor most akkor a gyerekekkel mi lesz, hogy ha már ... De úgy úgy nem izgatott, hogy most ebben meg lehet halni. (B1)*

Ez a motívum a hasonlatban is megjelent, amikor az elbeszélő nyomatékosan (a kétszer is használt *tényleg* szóval) azonosítja magát a halotti állapottal (12).

- (12) *Van egy jó kép rólam. Ahogy fekszem ott az ágyon, mint egy **halott**, *tényleg, mint a **ravatalon**, de *tényleg*. (B1)**

Az orvosok esetében a visszatérő motívumok a szenvedőkkel szembeni empátia, az erőfeszítéseik és a tehetetlenség voltak, ahogy azt a (13) és a (14) példák is szemléltetik. A (14) példában megjelent A GYÓGYÍTÁS HÁBORÚ metaforája is.

- (13) *Tömegesen láttam a beteg emberek arcán azt a **kétségbeesést**, azt a **halálfélelmet**, amit éppen akkor átéltek, amikor belegondoltak a sorsukba. **Tehetetlen** az orvostudomány, ezt **szörnyű** volt megtapasztalni. (O1)*

- (14) *Kicsit úgy éreztük magunkat, mint 150, 120 évvel ezelőtt az antibiotikum feltalálása előtt, vagy mint a **háborús időszakban**, amikor a nagy mennyiségű beáramló beteggel nem **tudunk érdemben foglalkozni** személy szerint mindegyikkel, hanem egyfajta **kármentés, tűzoltás, háborús medicina** folya. (O2)*

4.2.2. Diskurzusszint

A diskurzusszint tekintetében nagyon éles különbségeket lehetett tapasztalni a betegek és az orvosaik között. A betegek diskurzusa karakterszinten szerveződött, történeteik apró események egymásutánjaként jelentek meg. A részletes, sokszor időpontokkal is lehorgonyozott történetmondás leginkább a betegség kialakulásának elbeszélésénél volt tapasztalható (15–17).

- (15) *És akkor hétfőn telefonált az orvosom, a pesti orvos, hogy megvan az oltás, mehetek érte. És mondtam neki, hogy hát, köhögök egy kicsit. Jó – azt mondta –, akkor várjuk meg a köhögés végét. Kiköhögtem magam, és akkor keddre, keddre lett a magas lázam. ... Akkor akkor aztán szerdára irgalmatlan, 39,5-ös lázam volt. (B1)*
- (16) *Óránként szedtem két Rubophent, Algopyrin, vagy két Rubophen, egy Aspirin gyógyszert, és nem, nem akarta levinni, úgyhogy a hatodik napon én már hűtőfürdőztem. Tussal engedtem bokámra, csuklómra a jéghideg vizet, hogy a 39,5 fölötti láz az egyáltalán mozduljon valamerre lefelé. (B2)*
- (17) *Ha a mosdóba kimentem, épphogy kiértem, már fulladtam, öő elvégeztem a pisilést, rohanás vissza az ágyhoz, oxigénmaszk föl, közben fuldoklás, mert hiába szívtam a levegőt, nem volt elég. (B3)*

Ezzel szemben az orvosok narrátorszinten szervezték a diskurzust. Az ő elbeszéléseik nem egy személyre fókuszáló, lineáris eseménysorként épültek fel, hanem az egész helyzetről általános, a betegekénél általánosabb perspektívájú megállapításokat tettek.

- (18) Az **egész időszak** ugye egy nehéz, az **orvoslás szempontjából** nehéz időszaknak volt tekinthető, mivel egy **teljesen új betegséggel** álltunk szemben. (O2)
- (19) Sok mindent tanultam azért **ez alatt az idő alatt** egyrészt a **betegekkel való bánásmódról**, másrészt szakmailag is ööm illetve ez segített hozzá ahhoz, hogy más szemlélettel nézzem az **egész orvostudományt** és szakirányt váltak. (O1)

A (18) és a (19) példában is általános, hosszabb időszakra érvényes megállapítások szerepelnek, amit az adatközlők az *ez alatt az idő alatt*, illetve az *egész időszak* kifejezésekkel tesznek explicitté. A megállapítások az általában vett orvostudományra és betegségre, betegekre vonatkoznak: *az orvoslás szempontjából, az egész orvostudományt, a betegekkel való bánásmód, teljesen új betegség.*

4.2.3. Intencionalitás

Az elbeszélésekben fontos szerepe volt az intencionalitásnak, tehát annak, hogy a szereplők az elbeszélésekben az események tudatos irányítójaként vagy elszenvedőjeként jelentek-e meg (Berán & Unoka, 2016). Az intencionalitást tekintve is fontos eltérés volt tapasztalható a két csoport elbeszélései között. A betegek narratíváiban vagy megtörténtek velük – akaratukon kívül – az események, vagy éppenséggel egy aktív cselekvés elszenvedőiként jelenítették meg magukat (20–22).

- (20) Valahol megfertőződött az új koronavírus, illetve megfertőződtem, és emiatt rövid itthoni pár napos szenvedést követően bekerültem a b-i kórháznak a poszt-Covid [valójában: Covid-intenzív] osztályára. (B3)
- (21) iszonyatos légszomj tört rám, csak attól, hogy kisétáltam (B2)
- (22) valaki hozott egy tolószéket, mint a lábatlan embereknek van, akkor föltoltak a kórterembe az intenzív osztályra. (B1)

A (20) példában az elbeszélő két perspektívát is használ. Először a betegséget mint aktív támadót jeleníti meg egyes szám harmadik személyű igealakokkal: *megfertőződött az új koronavírus*, de rögtön utána a saját perspektívájára vált, és mediális igét használ egyes szám első személyű igealakokkal: *megfertőződtem*. A (21) példában a légszomj okozta rossz érzést jeleníti meg támadásként az elbeszélő: *rám tört a légszomj*. A (22) példában a megnyilatkozó szintén úgy ábrázolja magát, mint akivel csak megtörténik valami, miközben mások az aktív cselekvők: *valaki hozott egy széket, feltoltak [engem]*, ráadásul hangsúlyosan

megjelenik a tehetetlenség, a korlátozottság is ebben a szövegrészletben: *mint a lábatlan embereknek van.*

A betegek passzivitása az orvosok elbeszélésében is markánsan megjelenik (23, 24).

- (23) *Az aktuális gyógymód vagy milyen gyógyszereket kapnak, azt öö gyakorlatilag teljes mértékben ránk hagyták [a betegek]. (O2)*
- (24) *Fontos volt a számukra, hogy elmondjuk, hogy ők most elkapták, mi történik velük, a vírus mit csinál a tüdejükkel, mit látunk mi az elvégzett vizsgálatokkal. (O1)*

A (24) példa jól mutatja, hogy az orvos interjúrészletében az aktív szereplő a vírus (*csinál*) és az orvos (*látunk, [általunk] elvégzett vizsgálat*), míg a beteg maga csak elszenvedője, átélője a folyamatoknak (*elkapták, történik velük, a vírus mit csinál a tüdejükkel*).

Az orvosok magukat aktív szereplőként konstruálták meg nyelvileg, és elbeszéléseikben megjelent A BETEGSÉG HARC metafora is (25, 26).

- (25) *Egy jó összefogást lehetett tapasztalni az orvostársadalomban. Azt lehetett érezni, hogy közösen **küzdünk a betegség ellen.** (O2)*
- (26) *... hogy **ne adjuk fel soha** ... mert van még azon az egy betegen kívül nagyon sok, akiben, akiben ott az esély arra, hogy túlélheti, akin segíthetünk még. (O1)*

4.2.4. Az elbeszélés nézőpontja

A diskurzusok esetében a betegek, mivel a saját történetüket beszélték el, legtöbbször egyszerre szereplői és mesélői is voltak a történetnek (homodiegézis), tehát leggyakrabban egyes szám első személyben fogalmaztak. Ritkább volt a külső megfigyelő nézőpontjának alkalmazása (heterodiegézis), de bizonyos érzelmileg felkavaró események felidézésénél egy másik szereplő szavait is felidézték, annak szerepébe bújva (pszeudodiegézis).

- (27) *És akkor mondja, hogy hogy hogy „Hát akkor szúrunk.” És akkor még egyszer mondta. Egy kicsit olyan sajnálkozva mondta, hogy „Hát akkor szúrunk.” Hát izgultam, hogy mi lesz ebből. (B1)*

Ebben az idézetben az elbeszélő vált az elbeszélés idejének és a történet idejének perspektívája között: *mondta, mondja, szúrunk*, vált a saját elbeszélői szemszöge (ami itt egyben a külső megfigyelő szemszöge) (*sajnálkozva mondta*) és a másik szereplő, az orvos szemszöge közt (*szúrunk*), ráadásul visszatekintve reflexiót is fűz a saját akkori lelkiállapotára utalva (*izgultam*). Az elbeszélő az esemény újrakonstruálásakor újra átélte a saját érzelmeit, amit a rá egyébként nem jellemző megakadás, ismétlés is jelzett (*hogy hogy hogy*).

Az orvosok elbeszélésében körülbelül egyenlő arányban fordultak elő az elbeszélő saját nézőpontjából megkonstruált magukra vonatkozó, illetve a betegeket kívülről ábrázoló megfogalmazások. A saját perspektíva legtöbbször a többes szám első személy használatával valósult meg, tehát a megnyilatkozók hangsúlyosan az orvosközösség részeként definiálták magukat, mint a (25), (26), és alább a (36), (37) példában. De az is előfordult, hogy az orvos felidézte, ahogy a betegek egymást biztatták. Ekkor az orvos a beteg perspektíváját érvényesítve idézte mások gondolatait, szavait, amire a (28) példában szereplő névmások és személyragok is utalnak, amit a megszólítás és a használt stílus is alátámaszt.

(28) *Megpróbálom nagyjából idézni [az egyik beteg szavait a másik beteghez]: „Figyelj, haver, én is ilyen rosszul voltam, amikor bekerültem, én sem akartam semmivel együttműködni. Ez az én férfi becsületemnek nem akart megfelelni, de elfogadtam, amit kértek, megcsináltam, amit kértek. Eltelt x nap, és most már jobban érzem magam. Csak te is bírd ki ezt a kis időt, és jobban leszel!” (O1)*

Mivel az interjúkészítés hónapokkal az átélt események után történt, az adatközlők gyakran a jelen perspektívájából fűztek reflexiókat az elbeszéléshez (29, 30).

(29) *Aki meg megélte, az az örül annak, hogy elmúlt. Elfelejtteni úgyse tudja. (B4)*
 (30) *Az elején, amikor idekerültem, én nagyon-nagyon utáltam, ha lehet így mondani azt, hogy ott kell lennem, és ezt kell csinálnom, és lélegeztetett betegek közt kell lennem. Ééés ez egy idő múlásával átformálódott. (O1)*

4.2.5. A BETEG, az ORVOS és a TÚLÉLŐ BRIGÁD nyelvi megalkotása

4.2.5.1. A BETEG fogalmának megkonstruálása

Ezt a fogalmat a két csoport hasonlóan konstruálta meg. A betegek önmagukat elsősorban a szenvedésen keresztül, passzív résztvevőként jelenítették meg, ahogy erre a *Beteg* alkorpusz kvantitatív elemzése is rámutatott (7. ábra). A diskurzuselemzés során az intencionalitás vizsgálata is ezt támasztotta alá (vö. 4.2.3.). Hasonlóképpen konstruálódott meg a BETEG fogalma az orvosok részéről is (8. ábra, (23) és (24) példák).

Ezen túlmenően azonban mind a két csoport elbeszélésében a szóban forgó betegek mint egy speciális közösség, a TÚLÉLŐ BRIGÁD tagjai is megkonstruálódtak, ahogy azt a 4.2.5.3. alpontban is láthatjuk.

4.2.5.2. Az ORVOS fogalmának megkonstruálása

Az ORVOS nyelvi megalkotása is hasonló volt a két alkorpuszban. Mind a betegek, mind az orvosok elbeszéléseiben az ORVOS mint aktív, cselekvő, kezdeményező szereplő konstruálódott meg, a tematikánál (4.2.1.), az intencionalitásnál (4.2.3.) és a perspektívánál (4.2.4.) említett módon.

A betegek elbeszélései rendkívül pozitívan jelenítették meg az ORVOS fogalmát, valamint gyakran társították hozzá az empátiát és a segítőkészséget (31–33).

- (31) *A személyzet, az valami **csoda volt**, valami **tündérek voltak**.* (B1)
- (32) *[O2] **segített, megmentette** az életét azoknak, akiknek szüksége volt rá, meg **kezelt nagy odaadással*** (B3)
- (33) ***maximálisan korrektek** voltak az ápolók, orvosok, tényleg **tökéletes** volt az ellátás* (B2)

A betegek elbeszélésében megjelent a kölcsönös tisztelet is. Hangsúlyozták saját tiszteletüket és nagyrabecsülésüket az orvosok iránt, ugyanakkor beszámoltak arról is, hogy az orvosok is tiszteletteljesen viselkedtek a betegekkel (34, 35).

- (34) – *Hogyan kommunikáltak orvosokkal, ápolókkal?* (Kérdező)
– ***Tisztelettudóan. ... Tisztelettudóan. Tisztelettudóan** és reménykedve, bajunkra gyógyírt várva.* (B4)
- (35) *Egyik alkalommal tolták ki a bádogkoporsót, és ott állt egy fiatal orvos. És az a **tisztelet**, ahogy, ahogy ő ott állt, ahogy tolták, úgy nekidőlt a fal mellé. Ilyen **szép tiszteletet** egy ilyen halottnak egy ilyen fiatal valaki... olyan **nagyon becsülendő**.* (B1)

Az orvosok az ORVOS fogalmának megkonstruálásakor saját identitásukat az orvosok közösségének részeként is megalkották a többes számú igealakok használatával, mind lokális, mind országos, sőt nemzetközi szinten. A közismerten igen hierarchikus orvosi viszonyokhoz képest az adatközlők kifejezetten pozitívként említették az orvosközösség összetartását (36–38).

- (36) *Amilyen **csapat** ott volt, ahogy ahogy **egymást segítettük**, öö ahogy volt egy olyan **főnökünk**, aki iszonyatosan sokat magyarázott nekünk egy számomra teljesen ismeretlen dologról, nyilván itt az intenzív terápiára gondolok, ez ő ez, ez számomra egy ilyen **nagyon pozitív ő érzés volt**.* (O1)
- (37) *Ugyanígy **jó volt látni** azt, ha így volt egy-egy gyógyult beteg, aki átkerült egy másik kórházba gyógyulni, akkor az ottani orvosoktól is **kaptunk visszajelzést**, és mikor mondjuk már a második számú kórházból hazament a beteg, **ők is visszajelezték nekünk**, hogy a mi betegünk, akit **ők is kezeltek**, a **közös betegünk** hazament. Ezek mindenképpen olyan unikuma voltak a Covid-járványnak, ami nem szokás vagy nem volt eddig szokás a magyar orvostársadalomban, hogy ilyen mértékben, ilyen **szorosan kommunikáljunk a betegekről**, és hogy [adjunk] **visszajelzést** egymásnak.* (O2)
- (38) *a nemzetközi orvosközösség is **összefogott*** (O2)

4.2.5.3. A TÚLÉLŐ BRIGÁD fogalmának megkonstruálása

A TÚLÉLŐ BRIGÁD-ot mind a tagjai (az érintett betegek), mind az őket kezelő orvosok nagyon összetartó közösségként látták (39, 40).

- (39) *Igazából **mi voltunk a 6-os szoba túlélői**. <nevet> Mi ezt használtuk magunkra. Ez volt, ilyen közös fényképet is csináltunk a nővéreknek a végén, és elküldtük nekik, **mi voltunk a survivorek**. (B2)*
- (40) ***Szorítottak egymásnak, kérdezgették egymást, hogy kinek milyen laboreredménye született, milyen lett a kontroll CT-je. Tehát ott ott egy közösség alakult ki.** (O2)*

A betegek megnyilatkozásaiban ebben az esetben is inkább a karakterszintű elbeszélés volt a jellemző, az orvosok pedig inkább diskurzusszinten nyilatkoztak. A betegeknél az apró, fizikai mozzanatok jelentek meg inkább, mint a (41) példában, míg az orvosok emellett mintegy távolabbról szemlélték az eseményeket, és azok lelki vetületeit is kiemelték, mint a (42) példában:

- (41) *Figyeltünk egymás felé, amire tudtunk, hogy akinek lement az infúzió, esetleg aki tudott, szólt a nővéreknek, hogyha időben nem tudtak odaérni bokros teendőiktől. (B3)*
- (42) *Nem is tudom pontosan, hogy mennyi időt töltöttek bent, de szerintem napról napra összekovácsolódtak, és ők tényleg egy ilyen jó brigáddá alakultak. Az egymásnak a segítése, a lelki társsá válás akár, ez ő itt is látszódott, ennél a túlélő brigádnál. (O1)*

Az elbeszélésekben a BRIGÁD konstruálódott meg. Amikor az egyik beteg a KATONASÁG fogalmát hozta be, meglepő módon ennek sem a harccal összefüggő vetületeit emelte ki, hanem azt a folyamatot, ahogy egy külső hatásra az adott közösség összekovácsolódik (43).

- (43) – *Nekem teljesen a katonaság jött, jött így elő. (B1)*
 – *De ez miből jött elő? Miben hasonlított? (Kérdező)*
 – *Amikor első napokban bevonul az ember a katonasághoz, akkor, akkor hát mindenki meg van egy kicsit szeppenve. Vannak csöndesebbek, mint például itt a rendőr fiú volt, aztán hangosabbak, a segítő, az óvó inkább. (B1)*

4.3. A narratívák emelkedő és ereszkedő volta

Az interjúk utolsó kérdése arra vonatkozott, hogy a tapasztalatok miként változtatták meg az interjúalany gondolkodását, felfogását. Az adatközlők vegyes érzésekről számoltak be.

Volt, aki abszolút pozitívan élte meg, az egyik orvos például az ottani tapasztalatok hatására döntött úgy, hogy a sebészet helyett az intenzív terápiára

fog szakosodni. Ez azért is volt nagy váltás, mert ő azzal kezdte az interjút, hogy milyen rosszul élte meg, hogy Covid-osztályra vezényelték. Az interjú elején így fogalmazott:

- (44) *Minden más társam egy ő egy, ő egy sima, úgymond sima Covid-osztályra került, ahol nem kellett ilyen akár lélegeztetett betegekkel foglalkozni. És nem értettem a miértet. És pont emiatt kezdetben kezdetben ezt ő ezt nagyon nem szerettem, nem örültem neki, nem szerettem bejárni, nem szerettem ott lenni. (O1)*

Az interjú végén azonban ezt mondta:

- (45) *Éés ez egy idő múlásával átformálódott egy-két-három hónap múlva megfogalmazódott bennem az a felvetés, hogy mi lenne, ha ... és végül úgy döntöttem, hogy ezt [az intenzív terápiát] szeretném csinálni. Mert egy komplex szakma, mert szeretem a kihívásokat, és mert nem tudom, szeretek pörögni. (O1)*

Az egyik beteg arra hívta fel a figyelmet, hogy a betegség új perspektívába helyezte az életét, ennek hatására átértékelte, mi fontos, és mi nem. A pozitív dolgok, aktivitások és az érzelmek kerültek előtérbe (46).

- (46) *Tudatosult bennem, hogy nem lehet, nincs végtelen időm, nem lehet mindennel várni meg halogatni. Most elkezdtem tanulni egy új szakmát a jelenlegi mellett. A szobatársakból is volt ilyen, például az ügyvéd úr, ő azt mondta, hogy most már a gyerekekkel sokkal több időt fog tölteni, és már nagyon bánja, hogy mondjuk az egyetemen eltöltött éveket, nem biztos, hogy megérte. Nyilván átértékelte, de szerintem mindenki, aki ott bent volt, az életét, a kicsit fontosabb dolgokat veszi előre, a nem annyira fontosakat eltolta a háttérbe. (B2)*

Mások másként látták. Az egyik orvosban például elsősorban a tehetetlenség érzése maradt meg (47).

- (47) *Én abban az érában nőttem föl az orvoslás tekintetében, hogy szinte minden betegség gyógyítható, ahogy egy-egy konzultáció után adott esetben génterápiával tudunk már rákot gyógyítani. És akkor jön egy járvány, amit hallomásból se nagyon ismertünk, egy valódi járvány, és **tehetetlen az orvostudomány. Ezt szörnyű volt megtapasztalni, ez ilyen terápiás nihilizmus volt.** (O2)*

Az egyik beteg számára pedig az egyéni és társadalmi felelősségvállalás volt a tanulság. Ő arra hívta fel a figyelmet, hogy a laikusok felelőssége az, hogy

elfogadják és betartsák a rendelkezéseket, és még nagyobbnak ítélte azoknak az orvosoknak a felelősségét, akik a többi orvoséval ellentétes álláspontot fogalmazznak meg (48).

(48) *Még jobban félek a betegségektől, őö még jobban rémít az, az amikor emberek nem vigyáznak maguk és a környezetük egészségére. Semmibe veszik a mondjuk egy pandémia járvánnyal kapcsolatos rendelkezéseket, azt kritizálják. Sajnos ilyennel találkozunk az orvostársadalomban is.* (B4)

5. Összefoglalás és kitekintés

Kutatásunk legfontosabb megállapításai a kvantitatív és a kvalitatív szempontú vizsgálatok alapján a következők voltak:

Az elbeszélésekben a betegek tipikusan passzív, szenvedő résztvevőkként ábrázolódnak, akik ki vannak szolgáltatva a vírusnak. Az orvosok irányítják őket egy, a betegek által nem kontrollálható folyamatban. Ez az interpretáció mind a betegek, mind az orvosok narratíváiban megjelent.

Ezzel szemben az elbeszélésekben az orvosok aktív, cselekvő szereplőkként tűntek fel. A betegek pozitív tulajdonságokat, tiszteletet, empátiát és kölcsönös segítőkészséget is társítottak az ORVOS fogalmához. Az orvosok által megkonstruált identitásnak azonban része volt a tehetetlenség megélése is. Az orvosok önmagukat ezenkívül egy tágabb GYÓGYÍTÓ KÖZÖSSÉG tagjaként is megjelenítették.

A TÚLÉLŐ BRIGÁD olyan közösségként jelent meg nyelvileg, amelynek tagjai bár külső körülmények (hely, idő, állapot) folytán kerültek kapcsolatba egymással, a véletlen által formált csoportot élő közösséggé alakítva tudatosan támogatták egymást a mindennapi történések szintjén és mentálisan is.

Kutatásunk eredményei arra világítanak rá, hogy míg az ORVOS és a BETEG fogalmának megkonstruálása a konvencionálisnak tekinthető, várható módon történt, az elbeszélésekben előtérbe került egy nagyon fontos, ebben a kontextusban kevésbé megszokott fogalom is: a KÖZÖSSÉG fogalma. Ez eltér attól a fogalmi kerettől, amelyben a HARC, illetve a HÁBORÚ fogalma a meghatározó.

Jelen kutatás eredményei nem általánosíthatóak a speciális kérdésfelvetések, a vizsgálat esettanulmány jellege és a kisszámú, bizonyos szempontból homogén csoportot alkotó adatközlő miatt. A KÖZÖSSÉG fogalmának megjelenését azonban mind a betegek, mind az orvosok részéről érdemes lehet megvizsgálni nagyobb korpuszon is, és az eredményeket kivetíteni a gyógyítási folyamatra is. A kutatásunk során feldolgozott elbeszélések ugyanis arra utalnak, hogy a gyógyulási folyamatban az empátikus orvosi kommunikáció mellett pozitív hatásként jelenik meg a betegek alkalmi sorsközössége is.

A Covid-19 sajnálatosan jelenleg is zajló újabb és újabb hullámai lehetőséget kínálnak arra, hogy mind az orvosok, mind a betegek elbeszéléseit tartalmazó korpuszunkat tovább bővítsük. Szükségesnek tűnik ezenkívül bevonni a kutatásba az egészségügyi szakszemélyzetet (ápolókat, nővéreket) is, részben mert a nővér-

beteg interakciók kulcsfontosságúak, részben mert a nővérek összekötő szerepet töltenek be a betegek és az orvosok között. Egy nagyobb korpusz esetében természetesen más változók is befolyásolhatják az eredményeket, így valószínűleg a feldolgozás szempontjainak átgondolására is szükség lesz.

Irodalom

- Beke Anna** (2020). Trauma és identitáskonstrukció. A stílushasználat vizsgálata betegségtörténetekben. *Ösvények*, 28–63.
- Békés Vera A.** (2009). *A trauma reprezentációjának változásai Holokauszt-narratívákban*. PhD disszertáció. Pécs: PTE. Letöltés: <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/15167/bekes-vera-phd-2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Berán Eszter és Unoka Zsolt** (2016). *Élettörténetek a pszichoterápiában*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
- Bucholtz, M. & Hall, K.** (2005). Identity and Interaction: A Sociocultural Linguistic Approach. *Discourse Studies*, 7, 584–614. <https://doi.org/10.1177/1461445605054407>
- Csontos Nóra** (2016). Az idézés mint újrakonstruálás. *Jelentés és Nyelvhasználat*, 3, 1–19. <http://www.jeny.szte.hu/jeny-2016-csontosn> <https://doi.org/10.14232/jeny.2016.1.1>
- Fazekas Sándor** (2020). Metafora, vírus, politika. *Qubit*. 2020. 08. 16. Letöltés: <https://qubit.hu/2020/08/16/metafora-virus-politika>
- Frye, N.** (1951). The archetypes of literature. *Kenyon Review*, 13/1, 92–110.
- Herman, J. L.** (2011). *Trauma és gyógyulás. Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig*. Fordította Kuszing Gábor. Budapest: Háttér Kiadó. <https://doi.org/10.38146/bsz.2020.12.5>
- Kuna Ágnes** (2016). Személydeixis és önreprezentáció az orvos-beteg találkozón. Az első személyű deiktikus elemek mintázatai az orvosi kommunikációban. *Magyar Nyelvőr*, 140/3, 316–332. <https://doi.org/10.38143/nyr.2020.3.280>
- Kuna Ágnes és Csontos Nóra** (2023). A konfliktus mint narratív újrakonstruálás. A KÖZLÉS hozzáférhetővé tétele az egészségügyi dolgozók konfliktushelyzeteinek elbeszéléseiben. *Alkalmazott Nyelvtudomány* 23, 33–49.
- Labov, W.** (1972). *Sociolinguistic patterns*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Lakoff, G. & Johnson, M.** (1980). *Metaphors We Live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ludányi Zsófia** (2020). Helyesírási kérdések pandémia idején. Letöltés: <https://www.ameganet.hu/wp-content/uploads/2020/08/Helyesirasi-kerdesek-a-pandemia-idejen.pdf>
- Schirm Anita** (2021). A koronavírus-járvány metaforáiról. *Hungarológiai Közlemények*, 22/2, 98–113.
- Semino, E., Demjén, Z., Hardie, A., Payne, S. & Rayson, P.** (2017). *Metaphor, cancer and the end of life. A corpus-based study*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315629834>
- Semino, E., Demjén, Z., & Demmen, J.** (2018). An integrated approach to metaphor and framing in cognition, discourse, and practice, with an application to metaphors for cancer. *Applied Linguistics*, 39/5, 625–645. <https://doi.org/10.1093/applin/amw028>
- web1 = <https://memezila.com/wp-content/Ok-now-I-am-ready-to-fight-with-corona-virus-meme-2455.png>
Letöltés: 2022. 02. 02.
- web2 = <https://readpassage.com/healthcare-workers-deserve-more-than-hero-memes/> Letöltés: 2022. 02. 02.

Függelék

Interjúkérdések betegek számára

1. Mesélje el, mi történt Önnel!
2. Milyen viszonya volt a betegtársakkal? Hogyan jellemezné a kórtermet?
3. Ön szerint mi segítette a gyógyulását?
4. Hogyan kommunikáltak az orvosokkal, ápolókkal, hogyan látja őket?
5. Hogyan érzi magát jelenleg?
6. Hogyan képzei el a jövőjét, befolyásolja-e az átélt betegség a gondolkodását?

Interjúkérdések orvosok számára

1. Beszéljen a munkájáról a pandémia idején a kórházban!
2. Mi volt a legnehezebb és mi volt az, ami megkönnyítette a gyógyító munkát?
3. Milyennek látta a szóban forgó kórteremben fekvő betegeket orvosi és emberi szemmel?
4. Ön szerint mi segítette a gyógyulásukat?
5. Hogyan kommunikált a betegekkel?
6. Volt-e, van-e visszajelzés a munkájával kapcsolatban?

VARGA ÉVA KATALIN¹ – MÁRTON EMESE² – INDIG BALÁZS³ –
SÁRKÖZI-LINDNER ZSÓFIA⁴ – PALKÓ GÁBOR⁵

¹ Semmelweis Egyetem Szaknyelvi Intézet – ² ELTE BTK Nyelvtudományi Doktori Iskola –

^{3, 4, 5} ELTE BTK Digitális Bölcsészeti Tanszék

¹ varga.eva_katalin@semmelweis-univ.hu

<https://orcid.org/0000-0001-9278-7952>

² mese_120@yahoo.com

<https://orcid.org/0000-0001-8860-4244>

³ indig.balazs@btk.elte.hu

<https://orcid.org/0000-0001-8090-3661>

⁴ lindner.zsolia@btk.elte.hu

<https://orcid.org/0000-0002-2558-0633>

⁵ palko.gabor@btk.elte.hu

<https://orcid.org/0000-0002-4394-8577>

Varga Éva Katalin – Márton Emese – Indig Balázs – Sárközi-Lindner Zsófia – Palkó Gábor:

Erdélyi és anyaországi orvosi terminológia pandémia idején

Hungarian medical terminology in Transylvania and Hungary during the pandemic

Alkalmazott Nyelvtudomány, Különszám: Egészségügyi kommunikáció, 2023/1. szám, 76–95.

doi:<http://dx.doi.org/10.18460/ANY.K.2023.1.004>

Erdélyi és anyaországi orvosi terminológia pandémia idején

Hungarian medical terminology in Transylvania and Hungary during the pandemic

This study deals with the language usage of the Transylvanian Hungarian online press in relation to medical terminology. One of the long-term consequences of the Treaty of Trianon was the disintegration of the unity of scientific Hungarian terminology. The aim of the study is to determine whether the Internet and globalisation during the Covid-19 pandemic brought the regional Hungarian terminology of Transylvania closer to that of mainland Hungary. The corpus of the study is the *Transylvanian News Corpus*, comprising news from three Transylvanian news portals, *Transindex*, *Maszol* and *Székelyhon*, from 1 January 2019 to the end of May 2021, with a total coverage of 25.888.828 tokens. The analysis focuses on the section of the corpus with news content from the beginning of January to the end of April 2021, in which the terminology of the health care system and epidemiological regulations is analysed, as well as terms related to the vaccination against the coronavirus belonging to narrower medical terminology. Our reference corpus is the *Covid corpus* compiled from articles tagged „coronavirus” in the Hungarian news portals *Index* and *Telex*. A comparison of terms collected from the database of broader contexts of keyword concordances showed convergence in the medical terminology of vaccination. We see evidence of the Hungarian influence of usage only in the case of the verb *oltakozik*.

Keywords: Covid-19, medical terminology, regional terminology, trans-border language usage, globalisation, corpus-based analysis

1. Problémafelvetés

A tanulmány célja az erdélyi magyar szaknyelvek determinologizációs folyamatainak vizsgálata határon túli magyar hírportálok koronavírus-járvánnyal kapcsolatos hírányaga alapján, az ugyanerről szóló magyarországi online sajtóanyaggal való összevetésben. A vizsgálatot a *Sketch engine* alkalmazásban létrehozott szövegtörzsekön végeztük el.

A 21. századra a tudomány popularizációja és demokratizálódása (Fábri, 2008; McIlwaine & Nguyen, 2005) a tömegmédia és különösen az internet révén jelentősen felgyorsította a szaknyelvi terminusok köznyelvbe áramlásának folyamatát, a determinologizációt, melynek eredményeként gyakoribbá vált a terminusok nem szaknyelvi használata (Humbert-Droz et al., 2019). A determinologizáció többlépcsős folyamat. Első szakaszában a terminusok előfordulási gyakorisága megnő a médiában, de emellett a szakszavak teljesen megőrzik szaknyelvi jelentésüket; a második szakaszban részben módosul – bővül vagy szűkül – a jelentésük, de a referensük továbbra is az adott szakterület jelenségeit nevezi meg; a harmadikban metaforikus vagy metonimikus jelentésváltozáson mennek át, és már a referensük sem kapcsolódik az adott szakterülethez (Братцева, 2021). A Covid19-világjárvány alatt a biológia és az orvostudomány terén a determinologizáció első szakaszára jellemző folyamat még inkább felgyorsult. A médiát szinte egyik napról a másikra elárasztották az infektológia, az epidemiológia, az immunológia és más orvosi szakterületek korábban csak szűk szakmai körökben használt és újonnan keletkezett terminusai.

Napjainkra az orvostudomány nemzetközi nyelve az angol lett, az új terminusok is többnyire angolul jönnek létre. A pandémiával kapcsolatos szaknyelvi diskurzusban azonban olyan terminusok is megjelennek, amelyek korábbi járványok idején vagy más, érintkező szakterületen keletkeztek, majd reterminologizálódtak (mint például az állatorvostudományban már használt terminusok). Az internet és a globalizáció, valamint a sajtó nyelvhasználata miatt az angol terminológia számos nyelvben hatással van nemcsak a neologizmusként megjelenő új terminusok, hanem a más területekről kölcsönzött vagy felélesztett régi terminusok újbóli használatára is. A nemzeti szaknyelvekben lépten-nyomon felfedezhetjük az angol hatást, közvetlen átvételek és tükörfordítások formájában egyaránt (Biró et al., 2021).

A határon túli magyar szaknyelvek helyzete különleges és rendkívül összetett. A trianoni békeszerződés hosszútávú következményeként a tudományos magyar szaknyelvek egységessége felbomlott. A határon túli magyar szaknyelvek szakszókincse nagymértékben eltávolodott a magyarországitól (Fazakas, 2017), regionális szaknyelvek alakultak ki (Molnár Csikós, 2007). Ennek legfőbb okát az államnyelven írt és magyarra fordított tankönyvekben használt terminológia hatásában (Fazakas, 2017; Hoboth, 2012) és a funkcionális hatókör csökkenésében, valamint az emiatt kialakuló nyelvi hiányban láthatjuk (Lanstyák, 2002). Az erdélyi szaknyelvi változatokat a túlzott purizmus és a rejtett kontaktusjelenségek érvényesülésének kettőssége jellemzi (Benő–Péntek, 2019: 62). Az elmúlt negyedszázad során pozitív folyamatok indultak el, amelyek mellett teret kaphattak a szaknyelvi tervezést és harmonizációt célzó törekvések is (Péntek, 2018).

Vizsgálatunk a Covid19-világjárványnak az orvosi terminológiára gyakorolt hatását térképezi fel az erdélyi magyar internetes sajtó nyelvhasználatának alapján. A szaknyelvi terminusok köznyelvbe való áramlását elsősorban olyan területeken figyelhetjük meg, ahol a szakemberek kapcsolata folyamatos a

laikusokkal; ilyen például a közigazgatás, a jog vagy az orvostudomány (Benő et al., 2021). Vizsgálatunkat ezért a szűkebben értelmezett orvosi terminológián kívül kiterjesztjük az orvosi nyelvnek a köznyelvvvel és más szaknyelvekkel érintkező területeire, így a járványügyi intézkedések és az ellátórendszer terminológiájára is.

Célunk annak megállapítása, hogy a pandémia alatt felgyorsult tudományos információáramlás során milyen hatások érvényesültek leginkább a determinologizációs folyamatokban az erdélyi magyar regionális orvosi szaknyelv egyes területein: a román államnyelvi, a globális angol világnyelvi hatás vagy az anyaországi nyelvhasználat hatása. Az elemzést két fő területen végeztük el, ezek: a járványügyi rendelkezések és az ellátórendszer terminológiája, valamint a járvánnyal kapcsolatos orvosi terminológia. Feltételeztük, hogy a helyi ellátórendszerrel kapcsolatos kifejezésekben az államnyelvi hatásnak lesz a legjelentősebb szerepe, az orvosi terminusok terén pedig a latin szakszavak mellett az angol minták követésére számítottunk. Arra is választ kerestünk, hogy vajon az internet, az online sajtó és a globalizáció hatásának révén közeledett-e az erdélyi magyar regionális orvosi szaknyelv az anyaországihoz.

2. A vizsgált anyag és a vizsgálat módszerei

Vizsgálatunk korpusza a *Transylvanian News Corpus* (a továbbiakban: *Transylvania korpusz*, T), amelyet a Semmelweis Egyetem Szaknyelvi Intézete és az ELTE BTK TI Digitális Bölcsészeti Tanszéke (ELTE DH) közötti tudományos együttműködés keretében hoztak létre az ELTE DH munkatársai (Indig et al., 2020). Az ELTE DH *Sketch engine* (<https://sketchengine.elte-dh.hu>) alkalmazásában található *Transylvanian News Corpus* három erdélyi online hírportál, a *Transindex*, a *Maszol* és a *Székelyhon* 2019. január elejétől 2021. május végéig közzétett összes hírének a szöveganyagát tartalmazza, 25.888.828 token terjedelemben. Referenciakorpuszként az ugyanitt elérhető, a vizsgálat időpontjában 5.601.407 token terjedelmű *Covid korpusz* (a továbbiakban: *Covid korpusz*, C) szolgált, amelyet szintén az ELTE DH munkatársai állítottak össze az *Index* (index.hu) és a *Telex* (telex.hu) online hírportálok, valamint a kormányzati portál (NNK, www.nnk.gov.hu/index.php/koronavirus-tajekoztato) és a Semmelweis Egyetem (semmelweis.hu) 2020. január és 2021. május között megjelent, „koronavírus” címkével ellátott híreiből (Indig et al., 2020; Varga et al., 2022). Néhány esetben a jelentésváltozások megfigyeléséhez felhasználtuk a 2014–2018 közötti időszakot felölelő *Webcorpus 2.0* (Nemeskey, 2020) adatait, illetve a *Magyar Hírlap* (MH) 1994 és 2001 között nyomtatásban megjelent híreit tartalmazó CD-t is.

Mindkét korpuszban van lehetőség alkörpuszok kialakítására, kulcsszavak kinyerésére, gyakorisági listák összeállítására és konkordanciák vizsgálatára. Egy korábbi kutatásban a *Covid korpusz* felhasználásával a Covid19-világjárvány kezdeti, 2020 márciusától májusáig tartó időszakára jellemző új terminusok

megjelenését és megszilárdulását (pl. *távolságtartás*), valamint a korábban csak szűk körben használt járványügyi szakszavak (pl. *kontakt*, *szuperfertőző*, *aktív fertőzött*) determinológizációs folyamatát vizsgáltuk (Varga et al., 2022). Jelen tanulmány fókuszába a koronavírus elleni tömeges oltás kezdetének időszaka került, ezért első lépésként egy 3.684.047 tokenből álló alkorpuszt alakítottunk ki a *Transylvania korpusz*ban a három erdélyi hírportál 2021. január elejétől április végéig megjelent híreiből, majd a referenciaként használt *Covid korpusz*ban is létrehoztunk egy alkorpuszt ugyanerre az időszakra, 2.133.825 token terjedelemben. A kulcsszavak kinyeréséhez mindkét alkorpuszt összevetettük a 2020 márciusa és májusa közötti időszak híryanagyaiból kialakított alkorpuszsal (T: 3.234.913, C: 1.245.629 token). A *Transylvania korpusz* kulcsszavainak gyakorisági adatait manuálisan összehasonlítottuk a *Covid korpusz*ban megjelenő előfordulások számával, és így kimutattuk a gyakoriságbeli anomáliákat, feltételezve, hogy a *Transylvania korpusz*ban megfigyelhető különbségek a regionális nyelvhasználatból fakadnak. A következő lépésben az így kiszűrt kulcsszavak konkordanciáit megvizsgálva feltártuk a kollokációikban megmutatkozó különbségeket. Fokozott figyelmet fordítottunk a külső hatások és a determinológizáció jelenségének nyomon követésére, ezért hasonlóképpen jártunk el az idegen eredetű vagy valamely tükörjelenséget mutató szavakkal is. A kollokációkat manuálisan elemeztük a variánsok és a szókapcsolatok megszilárdulási folyamatának megfigyeléséhez, majd a logDice kollokációs mutató alapján a kollokációk erősségének a megállapításához (Rychlý, 2008; Simon, 2018). Az elemzett lexémák után zárójelben adtuk meg az előfordulások számát, kollokációk esetében a logDice értéket (ID). Az idézetek után szintén zárójelben szerepel a forrásként megjelölt hírportál neve, valamint a hír megjelenésének időpontja.

A következő részben a *Sketch engine* alkalmazással kinyert kulcsszavakat és a jelentésük alapján meghatározható fogalmi csoportokat mutatjuk be, először a *Covid korpusz*, majd a *Transylvania korpusz* vizsgálata alapján.

3. A kulcsszavak és fogalomköreik

A vizsgálat kezdetén mindkét korpusz 2021-es alkorpuszából kiemeltük a kulcsszavakat. A *Sketch engine* ehhez a log-likelihood függvényt alkalmazza, amely nem egyenlő nagyságú korpuszok összehasonlításával teszi lehetővé az egyes szavak relatív gyakoriságának a vizsgálatát. A *Sketch engine* segítségével kereshetünk lemmákra, a lekérdezések eredményeit Excelbe exportálhatjuk, és a táblázatban végezhetjük el a helyesírás ingadozásából vagy szövegekódolási hibából adódóan fel nem ismert alakok egységesítését. Mivel a kulcsszavas keresés szaknyelvi és általános nyelvi korpusz összehasonlításával terminusok kivonatolására használható, és feltételeztük, hogy a járvánnyal kapcsolatos terminusok relatív gyakorisága megnövekszik a korábbi időszakokhoz képest, a

kinyert kulcsszavakat a tulajdonneveken kívül terminusjelölteknek tekintettük (Kis és Pohl, 2005). Az elemzést ezen a szűkített szókészleten végeztük el.

A *Covid korpusz* minden híryanaga „koronavírus” címkével ellátott hír, szemben a *Transylvania korpusz* általános híryanagával, ezért az elemzést célszerűnek látszott az előbbivel kezdeni.

1. ábra. A *Covid korpusz* 2021. január 1-től április 30-ig tartó időszakának első 50 kulcsszava

Word	Word	Word	Word	Word
1 beoltott ...	11 oltási ...	21 mutáns ...	31 Rusvai ...	41 oltóhely ...
2 oltópont ...	12 BioNTech ...	22 beoltás ...	32 vérrögzépződéses ...	42 adag ...
3 Pfizer ...	13 vérrögzépződés ...	23 oltóközpont ...	33 Janssen ...	43 vírusbeteg ...
4 AstraZeneca ...	14 beolt ...	24 vírusmutáció ...	34 beadás ...	44 oltandó ...
5 telex ...	15 gyógyszerügynökség ...	25 Galgóczi ...	35 Karikó ...	45 Novavax ...
6 Sinopharm ...	16 átoltoottság ...	26 Moderna ...	36 kóros ...	46 dózis ...
7 védettség ...	17 variáns ...	27 oltás ...	37 vírusmutáns ...	47 oltóbusz ...
8 olt ...	18 vírusvariáns ...	28 oltakozás ...	38 tajsám ...	48 behívó ...
9 szputnyik ...	19 vakcinabeszerezés ...	29 trombózis ...	39 covidos ...	49 túskefekerje ...
10 oltott ...	20 vakcinaszállítmány ...	30 beadott ...	40 vakcina ...	50 vakcinamennyiség ...

A *Covid korpusz* első 50 kulcsszavának (vö. 1. ábra) mindegyike kapcsolatban van a koronavírus elleni oltással. Meghatározóak az *olt* ige és származékai, az *oltott*, *beoltott*, *beolt*, *oltás*, *oltakozás*, *oltandó*, valamint a szinonim jelentésű *bead* ige származékai, a *beadott*, *beadás*. A hírek vezető témájaként jelennek meg a különböző gyártók oltóanyagai: *Pfizer*, *AstraZeneca*, *Sinopharm*, *Szputnyik*, *BioNTech*, *Moderna*, *Janssen*, *Novavax*. Az oltóanyagok témakörébe tartoznak a *vakcinabeszerezés*, *vakcinaszállítmány*, *vakcinamennyiség* összetételek, az engedélyező *gyógyszerügynökség*, valamint az *adag* és a *dózis* is. A *vakcina* csak a 40. helyen szerepel a listán (C: 11.150), míg szinonimája, az *oltóanyag* (C: 3448) be sem került az első 50 kulcsszó közé. Az oltóanyagok fejlesztését igénylő *mutáns*, *vírusmutáció* és *vírusmutáns* szaknyelvi terminusok a nyelvhasználat ingadozásáról tanúskodnak. Figyelemreméltó, hogy a *túskefekerje* is az első 50 kulcsszó között van. A közvéleményt ma is foglalkoztató esetleges mellékhatások, szövödmények is megjelennek, pl. *vérrögzépződés*, *vérrögzépződéses*, *trombózis*. A következő nagy fogalomkör a tömeges oltás megszervezése köré csoportosítható, ide sorolható az *oltópont*, *oltóközpont*, *oltóhely*, *oltóbusz*, *oltási*, *védettség*, *behívó*, *tajsám* és *átoltoottság* kifejezés. A feldolgozott anyagban megtaláljuk a korszak egészségügyben illetékes közszereplőinek a nevét is: *Galgóczi*, *Rusvai*, *Karikó*. Míg a *Covid korpusz* 2020-as alkorpuszának kulcsszavai főként a járvánnyal és a járványügyi intézkedésekkel voltak kapcsolatosak (Varga et al., 2022), a 2021-es

alkorpuszban mindössze két idetartozó szó, a *covidos* és a *vírusbeteg* fordul elő az első 50 kulcsszó között.

2. ábra. A *Transylvania* korpusz 2021. január 1-től április 30-ig tartó időszakának első 50 kulcsszava

Word	Word	Word	Word	Word
1 ezrelék ***	11 EMA ***	21 Cîmpeanu ***	31 vírusvariáns ***	41 jelenléti ***
2 oltóközpont ***	12 oltópont ***	22 beolt ***	32 zónás ***	42 ezrelékes ***
3 Navalnij ***	13 AUR ***	23 Vlad ***	33 gyógyszerügynökség ***	43 Şoşoacă ***
4 AstraZeneca ***	14 Pfizer ***	24 fertőzőtségi ***	34 vakcinaútlevél ***	44 vérrögzépződés ***
5 Voiculescu ***	15 esetmeghatározás ***	25 Valeriu ***	35 January ***	45 immunizálás ***
6 oltáskampány ***	16 fertőzőtségi ***	26 alprefektus ***	36 SIUJ ***	46 szuperliga ***
7 CNCAV ***	17 antigén ***	27 Gheorghijă ***	37 beoltás ***	47 telex ***
8 dózis ***	18 Gheorghijă ***	28 tűzkárosult ***	38 olt ***	48 gólarány ***
9 beoltott ***	19 oltóközpont ***	29 szputnyik ***	39 CNSU ***	49 Fritz ***
10 oltási ***	20 Capitoliu ***	30 incidencia ***	40 immunizál ***	50 újratestelés ***

Bár a *Covid* korpusztól eltérően a *Transylvania* korpusz híryanagában nem történt előzetesen tematikus válogatás és címkézés, a vizsgált időszak első 50 kulcsszava közül (vö. 2. ábra) mindössze 13 nem kapcsolódik közvetlenül a koronavírus-járványhoz. A magyarországi adatoktól eltérően az első helyen egy, a romániai járványügyi rendelkezések körébe tartozó szó, az *ezrelék* áll. Ebbe a fogalmi csoportba sorolható az első 50 kulcsszó közül ezenkívül az *esetmeghatározás*, *fertőzőtségi*, *antigén*, *incidencia*, *zónás*, *jelenléti*, *ezrelékes* és az *újratestelés* is. A második fogalmi csoportot a lakosság koronavírus elleni oltásával kapcsolatos *oltóközpont*, *oltáskampány*, *oltási*, *oltópont*, *oltásközpont*, *dózis*, *olt*, *beolt*, *beoltott*, *beoltás*, *immunizál*, *immunizálás* és *vakcinaútlevél* alkotja. Meglepő, hogy sem az *oltás*, sem a *vakcina* nem került be az első 50 kulcsszó közé, csak az egyes oltóanyagok konkrét megnevezései, mint *AstraZeneca*, *Pfizer* és a *Szputnyik*. Az esetleges szövődményekre és magára a koronavírusra egy-egy kulcsszó utal, a *vérrögzépződés* és a *vírusvariáns*. A magyarországi adatokhoz hasonlóan megtaláljuk a kulcsszavak között olyan, a járványhelyzet alakulásában fontos szerepet játszó személyek nevét, mint *Vlad Voiculescu* egészségügyi miniszter és *Valeriu Gheorghijă*, az országos oltási kampány koordinátora, valamint szervezetek nevének betűszóit, pl. *CNCV* [= Comitetul Național de Coordonare a Activităților privind Vaccinarea împotriva COVID-19 'Oltási Kampányt Koordináló Bizottság'] és *CNSU* [= Comitetul Național pentru Situații de Urgență 'Országos Vészhelyzeti Bizottság'].

Megnéztük a korpuszokban a vizsgált időszakra jellemző kulcsszavak abszolút gyakorisági adatait is. Az elemzés során azt tapasztaltuk, hogy általában 2,5-3-szoros gyakorisági arány volt jellemző a *Covid* korpusz javára. Az ettől való

eltérések, különösen a *Covid korpusz* alacsony mutatói rendszerint valamilyen erdélyi regionális nyelvi jelenségre utaltak.

A kulcsszavak közül mindkét korpuszban az *oltás* (T: 3859; C: 8872) és a *vakcina* (T: 3131; C: 11.152) fordult elő a legtöbbször. A *Transylvania korpusz* következő szavainak előfordulása mutatott jelentős eltérést a *Covid korpusz* gyakorisági mutatóihoz képest: *ezrelék* (T: 1323, C: 24), *fertőzőségi* (T: 854; C: 71), *zónás* (T: 359; C: 4), *koordináló* (T: 355; C: 7), *immunizálás* (T: 280; C: 74), *esetmeghatározás* (T: 200; C: 0), *incidencia* (T: 183; C: 0), *immunizál* (T: 173; C: 36), *újratestelés* (T: 123; C: 0). Ezek a gyakorisági adatokban megfigyelhető anomáliák a járvány kezelésének a magyarországitól eltérő eszközeivel magyarázhatók.

A vizsgált időszak kulcsszavai alapján mindkét korpuszban két nagy fogalomkört tudunk azonosítani: egyrészt az oltások és oltóanyagok szűkebb orvosi terminológiáját, másrészt a lakosság oltását biztosító ellátórendszer szakszavait. A *Transylvania korpuszban* kirajzolódott még egy, a járványügyi rendelkezésekkel kapcsolatos fogalomkör, amelyet az ellátórendszer terminológiájával együtt mutatunk be.

4. A járványügyi rendelkezések és az ellátórendszer terminológiája

A vizsgált időszakban az erdélyi online hírportálok vezető hírei az emberek mindennapjait meghatározó járványügyi rendelkezésekről és a koronavírus elleni védőoltás lehetőségeiről szoltak, a magyarországi média pedig leginkább az oltáshoz jutás rendjével foglalkozott, ezért először az ezekbe a fogalomkörökbe sorolt terminusokat mutatjuk be. A *Transylvania korpuszban* kulcsszóként azonosított terminusokból indulunk ki, konkordanciáik alapján jelentéselemzést végzünk, majd összehasonlítjuk a *Covid korpusz* adataival. A jelentéseket korpuszadatokkal illusztráljuk.

A járványügyi rendelkezések fogalmi csoportjába tartozik az *ezrelék* (T: 1323, C: 24) és az *ezrelékes* (T: 359; C: 4), amelyek a *Covid korpuszban* kizárólag a romániai helyzettel kapcsolatban fordultak elő. Romániában ugyanis az anyaországi gyakorlattól eltérően nem a napi új fertőzöttek és az aktív fertőzöttek számát közölték a napi hírekben, hanem az ezer lakosra jutó fertőzöttekét:

- (1a) *az elmúlt két hét fertőzőségi szintje meghaladja a három ezreléket – vagyis ezer lakosból háromnak pozitív koronavírusteresztje van* (Székelyhon 2021.03.08.)
- (1b) *Ha egy település eléri a hat ezrelékes fertőzőségi rátát, minden oktatási intézmény bezár és a település maga karanténba kerül* (Transindex 2021.01.14.)

A *zóna* (T: 333), *zónás* (T: 359), illetve a *piros* (T: 529), *vörös* (T: 311), *sárga* (T: 597), *zöld* (T: 757) szavak gyakoriságát az ezrelékes mutató szerint történő zónákba sorolás indokolja. A bizonyos szempontok alapján kijelölt zónák színekkel való jelölése régóta ismert módszer, így az elnevezések sem újak. Számos erre vonatkozó adatot találunk a 2000-es évek előtti sajtónyelvben is (vö. 2c). A járványügyi intézkedések kapcsán a *piros/vörös/sárga/zöld zóna/övezet* kifejezések egyértelmű definíciók alapján terminologizálódtak. A sajtónyelvben – ahogy a köznyelvben is – a színnevek esetenként mintegy felveszik a teljes jelzős szerkezetek jelentését.

- (2a) *Az ország 12 megyéje a sárga, 28 megyéje pedig a zöld **zónába** tartozik* (Transindex 2021.01.23.)
- (2b) *A **vörös zónába** tartozik még Brassó megye 3,20 ezrelékes fertőzöttségi rátával* (Transindex 2021.03.06.)
- (2c) *a **piros zónában** (a belváros „szíve”) 80 forintért lehet parkolni fél óráig, a **zöld zónában** egy, míg a **sárga zónában** 2 óráig* (MH 1997.12.31.)
- (2d) *ahol az incidencia meghaladja a 3 ezreléket, a település **vörös zónának** minősül* (Székelyhon 2021.03.15.)
- (2e) *A fővároson kívül 11 megye tartozik a **sárga övezethez** (azaz a fertőzöttségi ráta 1,5 és 3 közötti) ... A **zöld zónához** (1,5 ezrelék alatti fertőzési rátával) 27 megye tartozik* (Maszol 2021.03.01.)
- (2f) *a járványhelyzet miatt **pirosba** kerül a város* (Maszol 2021.03.20.)
- (2g) *míg tanügyi szempontból 1 ezrelék fölött már sárga zónás egy helység, addig közigazgatási szempontból csak 1,5 ezrelék felett lép **zöldből sárgába*** (Székelyhon 2021.03.19.)

Az iskolai oktatás rendjére vonatkozóan a *forgatókönyv* (T: 592; C: 55) sajtónyelvi 'intézkedéssorozat menetét előíró tervezet' jelentését figyelhetjük meg, különösen a *piros, vörös, sárga és zöld* színnevekkel alkotott szókapcsolataiban:

- (3a) *az egyes települések fertőzöttségi rátájától függően négy **forgatókönyv** szerint nyitnak újra a tanintézetek* (Transindex 2021.02.02.)
- (3b) *Megszületett a miniszteri rendelet, maradt az 1 ezrelékes határ a **zöld forgatókönyvre*** (Transindex 2021.02.05.)
- (3c) *Továbbra is Temes megyében a legmagasabb a fertőzöttségi arány, ott van egyedül **piros forgatókönyv*** (Transindex 2021.01.29.)

A fent ismertetett járványügyi rendszer magyarázza a *fertőzöttségi* (T: 1078; C: 71) melléknév kitüntetett szerepét. Annak ellenére, hogy a logDice értékek szinte minden gyakori szókapcsolatban erős kollokációt jeleznek, a kapcsolódó főnevekben megfigyelhető variabilitás – *fertőzöttségi arány* (T: 391, ID 12,28), *fertőzöttségi ráta* (T: 245, ID 12,39), *fertőzöttségi mutató* (T: 168, ID 11,96),

fertőzöttségi szint (T: 9, ID 7,70) – tükörjelenségre és a terminus rögzületlenségére utal. A szinonímia nem feltétlenül zavaró, de előbb-utóbb egyes terminusok visszaszorulásához vagy eltűnéséhez vezethet (Slíz, 2012):

- (4a) *Már csak három településen haladja meg az 1,5 ezreléket a **fertőzöttségi arány** Hargita megyében* (Székelyhon 2021.01.13.)
- (4b) *vannak olyan települések, ahol a **fertőzöttségi ráta** három ezrelék felett van* (Székelyhon 2021.01.26.)
- (4c) *Háromszéken egyetlen településen sem haladja meg a 3 ezreléket a **fertőzöttségi mutató*** (Székelyhon 2021.02.15.)
- (4d) *nem rendezhették meg a vizsgát azokon a településeken, ahol a **fertőzöttségi szint** hat ezrelék fölé került* (Székelyhon 2021.03.29.)

Az 'eset' jelentésű *incidencia* (T: 184) szókölcsonzás a románból, epidemiológiai 'fertőzésgyakoriság, esetszám' jelentésében jelentésszűkülést mutat:

- (5a) *a cél továbbra is az, hogy a hétnapos **incidencia** (a százezer lakosra jutó fertőzöttek száma) 50 alá csökkenjen* (Transindex 2021.01.06.)
- (5b) *Brassó megye vörös forgatókönyves lett, 3,04 ezrelékes **incidenciával*** (Transindex 2021.03.03.)

Az *esetmeghatározás* (T: 200) feltehetően a román *definitie de caz* tükörfordításának eredménye:

- (6) *Az elmúlt 24 órában 7902 Real Time-PCR tesztet végeztek el (6249-et az **esetmeghatározás** és az orvosi protokoll alapján, 1653-at pedig kérésre), és 5650 gyorseszt eredményét dolgozták fel* (Maszol 2021.03.22.)

A járvány elleni védekezés stratégiájának fogalomkörébe tartozik a *gyorseszt* (T: 555; C:143) és az *antigén gyorseszt* (T: 332 ID 13,56; C: 28 ID 12,15) szókapcsolat, valamint az *újratestelés* (T: 123; C: 0) is:

- (7a) *A minisztérium korábbi rendeletének értelmében az iskolákban kötelező lesz a **gyorsesztek** elvégzése azokon a gyerekeken, akik a koronavírus valamely lehetséges tünetét produkálják óra közben, vagy kapcsolatba kerülnek olyan személlyel, akiről kiderül, hogy hordozza a vírust* (Transindex 2021.02.08.)
- (7b) *a tanuló egészségi állapota első körben **antigén gyorseszttel** ellenőrizhető az iskola orvosi rendelőjében* (Transindex 2021.02.05.)
- (7c) *a már korábban igazolt fertőzöttek **újratestelése** során Hargita megyében ezúttal öt páciens esetében kaptak újabb pozitív eredményt* (Székelyhon 2021.01.01.)

Romániában a törvényi szabályozás megkülönböztette a *karanténtól* (T: 1068; C: 828) az *elkülönítést* (T: 429; C: 33). Az egészségügyi intézményben való elkülönítésnek *intézményi elkülönítés* (T: ID 13,26) a neve.

- (8a) *A definíció szerint a **karantén** a fertőző betegségek terjedésének fékezését célzó intézkedés, és a fertőzés gyanús személyek vagy a kórokozó-hordozók esetében rendelhető el. ... Az **elkülönítést** a betegségben szenvedő, az eset meghatározására utaló tünetekkel rendelkező személyek, valamint a magas patogenitású kórokozót hordozó személyek esetében rendelik el, még akkor is, ha tünetmentesek. Az **elkülönítés** elrendelhető otthon, egy bejelentett helyen vagy egy egészségügyi intézményben.* (Transindex 2020.07.07.)
- (8b) *Románia területén 29 962 igazoltan koronavírus-fertőzött személy van otthoni, 8513 pedig **intézményi elkülönítésben**.* (Maszol 2021.04.30.)

A lakosság koronavírus elleni tömeges oltásának megszervezése is az anyaországitól eltérő módon zajlott, ahogy ez az *oltási* (T: 1686; C: 2720) melléknév korpuszainkban adatható kollokációiból is kitűnik.

A Covid korpusz alapján Magyarországon *oltási program* (C: ID 12,04) vagy *oltási terv* (C: ID 11,67) volt érvényben. A két kifejezés közül az *oltási program* a régebbi, az *oltási terv* ugyanis nem adatható a Magyar Hírlap CD 1994 és 2001 közötti szövegállományában (MH). Valószínűleg angol mintát másoló új tükörfordítás, ezt a (9a) példában előforduló *vakcinázási terv* variáns is alátámasztja.

- (9a) *A Nemzeti Népegészségügyi Központ által közzétett hivatalos **vakcinázási terv** alapján a kiskereskedelembe dolgozók jelenleg a hatodikban vannak az **oltási programban** meghatározott hét társadalmi csoportból* (Telex 2021.01.07.)
- (9b) *az oltás nem a regisztráció sorrendjében fog történni, hanem az **oltási terv** szerint, elsőbbséget fognak élvezni az egészségügyi dolgozók, a védekezésben résztvevők és a krónikus betegek.* (NNK 2020.10.08.)
- (9c) *Az Európai Unió nem vezet be átfogó **oltási programot** a száj- és körömfájás terjedésének megakadályozására.* (MH 2001.03.07.)

Az *oltási terv* részleteit az *oltási rend* (C: ID 10,14), *oltási sorrend* (C: ID 9,56) vagy *oltási sor* (C: ID 8,31) írja le. Az *oltási stratégia* (T: ID 9,47; C: ID 9,97) mindkét korpuszban az előbbieket szinonimájának tekinthető, az anyaországi nyelvhasználatban azonban gyakran más országok vonatkozásában fordul elő.

- (10a) *Ha odaérünk a sorban, és vakcinából is érkezik hozzá elegendő, akkor az **oltási rend** szerint ezután a 60 év feletti, majd a rendvédelmi és közigazgatási szervek dolgozói, a 60 év alatti veszélyeztetettek, illetve a kritikus infrastruktúrában dolgozók következnek* (Telex 2021.01.09.)
- (10b) *Mi lesz azokkal, akik saját hibájukon kívül, mert például hátul vannak az **oltási sorban**, nincsenek beoltva?* (Telex 2021.01.20.)
- (10c) *Új hír, hogy a pedagógusokat sikerül előrevenni az **oltási sorrendben**, ehhez az kell, hogy hétfő éjjél regisztráljanak* (Index 2021.03.29.)
- (10d) *Szlovákiában jövő héttől megváltozik az **oltási stratégia**: megszüntetik a kivételeket, ezután kizárólag az életkort veszik alapul* (Index 2021.03.02.)
- (10e) *Az országos **oltási stratégiának** megfelelően jelenleg az oltókampány első szakasza zajlik, amelyben az egészségügyben és a szociális ellátásban dolgozókat immunizálják* (Transindex 2021.01.06.)

Bár az *oltási kampány* mindkét korpuszban erős kollokációnak bizonyult (T: ID 12,8908; C: ID 12,2067), a *Transylvania* korpuszban az *oltáskampány* (T: 685; C: 16) szóösszetétel egy kicsit gyakoribb. Az *oltáskampány* szóösszetétel nagyobb gyakoriságát – a *koordináló* melléknévhez hasonlóan (T: 355; C: 19) – a CNCAV betűszó hírekben való feloldása és magyarra fordítása okozza (685 találatból 218 esetben).

- (11a) *az iskolák biztonságos újranyitása csak március végén-április elején képzelhető el, miután már a koronavírus elleni **oltáskampány** második szakasza is lezárul, amely során a tanárok és oktatásban dolgozók, a magas kockázatnak kitett személyek és az egészségügyi-szociális intézetekben lakók is megkapják a vakcinát* (Transindex 2021.01.04.)
- (11b) *Megnyílnak március 15-étől a várólisták a koronavírus elleni oltásra – közölte pénteken a **COVID-19 elleni oltáskampányt koordináló országos bizottság** (CNCAV)* (Transindex 2021.03.13.)

Az anyaországi nyelvhasználatban az *oltási kampány* (T: 668; C: 466) analitikus szerkezet használatos. Bár az analitikus szerkezetek a román nyelv tipológiai hatása miatt az erdélyi regionális nyelvre általában jellemzőbbek (Benő, 2014), az is előfordulhat, hogy az anyaországi nyelvhasználatban egy adott analitikus forma válik konvencionálissá. Az *oltási kampány* ugyanis korábban keletkezett terminus, a *Magyar Hírlapban* (MH) már az ezredforduló táján is adatolható. A *Covid* korpuszban a *kampány* 'terv szerint végzett, fokozott ütemű munka' jelentéstartalmának az 'agitáció' jelentésmozzanatával való kiegészülését is megfigyelhetjük (ÉKsz.²). Mindkét korpuszban adatolható még az *oltókampány* (T: 35; C: 30) összetétel is.

- (12a) *Csütörtöktől elvileg új szakaszba lép a hazai **oltási kampány**: a legidősebbektől indulva megkezdődik a magyar lakosság tömeges immunizálása, de a jelek szerint ehhez még nincs mindenhol elegendő vakcina. A Moderna 7000-rel kevesebb adagot szállított, emiatt már a hét elején borult az oltási terv* (Telex 2021.02.03.)
- (12b) *A jövő héten Nyugat-Afrikában egy példátlan **oltási kampány** keretében öt nap alatt 70 millió gyereket oltanak be a gyermekbénulás ellen* (MH 2000.10.11.)
- (12c) *az egyébként kardiológus rektor, aki a magyarországi **oltási kampány** reklámarcává vált* (Index 2021.01.17.)
- (12d) *A kormányfő ugyanakkor felhívást intézett az egyeztetésen jelen levő egyházi képviselőkhez, hogy támogassák híveik körében a koronavírus elleni **oltókampányt*** (Maszol 2021.03.25.)
- (12e) *A napokban a kormány tíznapos **oltókampányt** hirdetett, 45 év felett mindenkit beoltatának* (Telex 2021.04.22.)

Az oltási kampány sebességét az *oltási hajlandóság* (T: ID 9,49253; C: ID 10,3245) vagy az *oltási kedv* (T: ID 9,24139; C: ID 8,79887) is befolyásolja:

- (13a) *Az **oltási hajlandóság** javításához arra lenne szükség, hogy a lakosság megfelelő információkat kapjon* (Telex 2021.01.05.)
- (13b) *Az emberek **oltási hajlandóságáról** beszélve a miniszter azt mondta: az **oltási kedv** eredetileg 15-20 százalék volt, ez azóta megduplázódott, és jelenleg is nő.* (Index 2021.01.23.)

Az oltások beadásának helyszíne a *Transylvania* korpusz adatai alapján az *oltóközpont* (T: 601; C: 169), *oltásközpont* (T: 159; C: 5) vagy *oltási központ* (T: 255; C: 28). A *Transylvania* korpuszban az *oltási központ* a második legmagasabb logDice értékével (T: ID 11,37) erős kollokáció, szemben a *Covid* korpusz 7,66-os értékével. Magyarországon a lakosság oltására kezdetben az *oltópont* (T: 208; C: 1118) szolgált, majd az *oltóbuszok* (T: 0; C: 68) és az *oltóállomások* (T: 7; C: 14) is bekapcsolódtak a munkába. A *Covid* korpuszban az *oltóközpont* rendszerint külföldi helyszínekkel kapcsolatos.

- (14a) *A kézdivásárhelyi **oltóközpont** teljesen készen áll, akár holnaptól meg lehetne kezdeni a lakosság beoltását* (Transindex 2021.01.14.)
- (14b) *A székelyudvarhelyi városi kórház ebédelőjét alakították át ideiglenesen **oltásközponttá*** (Székelyhon 2021.01.04.)
- (14c) *Kovácsnán megtartják a szív-kórházban korábban berendezett **oltási központot** és újat rendeznek be a városi kultúrházban* (Transindex 2021.01.14.)
- (14d) *21 kórházi **oltóponton** zajlik az egészségügyi dolgozók oltása* (Telex 2021.01.04.)

- (14e) az öt **oltóbusszal** mostantól bárhol, bármikor találkozhatunk az ország területén (Index 2021.03.03.)
- (14f) A mobil **oltóállomáshoz** a buszon kívül tartozik egy felfújható, fűthető-hűthető sátor, valamint egy aggregátor, amelynek az oltóállomás árammal való ellátása a feladata (Index 2021.03.03.)
- (14g) Footballstadionból lesz **oltóközpont** Pozsonyban (Index 2021.03.12.)

A *várólista* (T: 222; C: 25) eltérő jelentéstartalommal bír a két korpuszban. A magyarországi nyelvhasználatban megmaradt az eredeti 'tervezett orvosi beavatkozásra várók sorrendje' jelentésében. Romániában ezzel szemben a 'regisztrált oltást kérők sorrendje a helyek elfogyása esetén' jelentésben volt használatos:

- (15a) a járványhelyzetben is biztosítani kellene a más betegségben szenvedők folyamatos ellátását, mert a járvány utánra kezelhetetlenül nagyra dagadhatnak a **várólisták**, és sok krónikus beteg állapota végesen leromolhat (Telex 2021.03.13.)
- (15b) A **várólistán** szereplő személyek értesítése az országos oltási stratégia értelmében meghatározott elsőbbségi kategóriák, valamint a regisztráció időrendjében történik (Transindex 2021.03.13.).

A *Transylvania* korpusz kulcsszavainak elemzése után mind a járványügyi rendelkezések, mind az ellátórendszer terminusainak gyakorisági adatai alapján meggyőződhattünk arról, hogy a kulcsszavak híven tükrözik az országok járványkezelési módszereiben tapasztalt különbségeket. Az erdélyi terminológia terén néhány esetben (*incidencia*, *esetmeghatározás*) román hatást figyelhettünk meg. A *Covid* korpusz *Magyar Hírlap* (MH) szövegállományának segítségével mikrodiakrón vizsgálatot végeztünk, amivel az *oltási terv* esetében angol hatást sikerült kimutatnunk.

5. Orvosi terminológia

Magyarországon és Erdélyben egyaránt a vizsgált időszakban kezdődött meg a lakosság tömeges oltása, ezért nem meglepő, hogy az orvosi terminusok kulcsszavai az oltás és a védettség fogalomkörébe tartoznak.

A kulcsszavak közül az *oltás* (T: 3859; C: 8872) és a *vakcina* (T: 3131; C: 11152) szavak mindkét korpuszban a leggyakoribbaknak, egyben a vizsgált időszak két legjellemzőbb szavának bizonyultak. Az *oltás* az *olt*² (ÉrtSz., ÉKsz.²) igéből képzett poliszém főnév, amelynek az orvosi nyelvben is több jelentése van. Első jelentése 'betegség elleni védettség előidézése a testbe bejuttatott oltóanyaggal' (ÉrtSz.), ezzel azonos jelentésű a *védőoltás* (T: 508; C: 1543) összetétel is.

- (16a) *A koronavírus elleni **oltás** lehetőséget ad arra, hogy leküzdjük a járványt* (Transindex 2021.01.04.)
- (16b) *Már 25 kórházi oltóponton zajlik az egészségügyi dolgozók **oltása**, és fokozatosan megkezdődik az idősotthonok lakóinak és dolgozóinak **oltása** is* (Telex 2021.01.07.)
- (16c) *adassák be a koronavírus elleni **védőoltást*** (Székelyhon 2021.01.02.)
- (16d) *Mint a legtöbb **védőoltást**, ezt is a vállba (pontosabban a deltaizomba) adja be az orvos* (Telex 2021.01.08.)

Az *oltás* metonimikus átvitellettel keletkezett második jelentése 'oltóanyag'. Ebben a jelentésében azonban inkább szinonimája, a *vakcina* használatos mindkét korpuszban. Emellett az *oltóanyag* (T: 1264; C: 3440) is gyakori.

- (17a) *a kartondoboz jó megoldás, mert megőrzi az **oltás** megfelelő hőmérsékletét* (Transindex 2021.01.06.)
- (17b) *A Pfizer ampullája nem öt, hanem hat adagra elegendő **oltást** tartalmaz* (Telex 2021.01.12.)
- (17c) *bárkit beoltanak, hogy a felhasználatlan **vakcinákat** ne kelljen eldobni* (Transindex 2021.01.06.)
- (17d) *A magyar fejlesztésű **vakcina** inaktivált vírus alapú lesz* (Telex 2021.01.07.)
- (17e) *újabb nagyobb mennyiségű **oltóanyag** érkezik az országban [!], amely mintegy 39 ezer fő beoltására lesz elég* (Telex 2021.01.04.)
- (17f) *ez a típusú **oltóanyag** –8 Celsius-fokon tárolható és szállítható* (Transindex 2021.01.14.)

Az első koronavírus elleni vakcinák esetében a védettség eléréséhez két oltás beadását írták elő. A második oltás az *emlékeztető oltás* (T: ID 9,30; C: ID 8,28) vagy *ismétlő oltás* (T: 0; C: ID 5,58). Az *emlékeztető oltás* jelentéstartalma az anyaországi nyelvhasználatban nem minden kontextusban egyértelmű. Bár a szakmai elvek alapján a kétdózisú oltások második oltása is emlékeztető oltás, a hétköznapi nyelvhasználatban rendszerint csak a harmadik oltást értették alatta. A Covid korpuszban a *második oltás* (C: 457) megnevezés gyakorisági anomáliát mutat az *emlékeztető oltás* 80 adatához képest. Ezzel szemben a Transylvania korpuszban a *második oltás* (T: 65) majdnem ugyanolyan gyakori, mint az *emlékeztető oltás* (T: 73).

- (18a) *A Semmelweis Egyetemen a héten megkezdődik a második körös, ún. **emlékeztető oltások** beadása azok körében, akik az intézményben december 26-án kapták meg az első COVID-19 elleni vakcinát* (Semmelweis 2021.01.11.)

- (18b) *nem kell karanténba vonulniuk, ha már megkapták a koronavírus elleni vakcina mindkét dózisát, és az **emlékeztető oltás** óta eltelt legalább tíz nap* (Székelyhon 2021.01.25.)
- (18c) *A koronavírus brit és dél-afrikai variánsai ellen is hatásos az orosz vakcina, ha beadnak egy **harmadik, emlékeztető oltást*** (Telex 2021.02.27.)
- (18d) *A hatékony védelem a **második oltás** után hét nappal következik be* (Telex 2021.01.20.)
- (18e) *az oltásra programálást végző szoftver automatikusan eleve ugyanabból a típusú vakcinából lefoglal egy második adagot is a **második oltás időpontjával együtt*** (Transindex 2021.01.28.)

Az angol *booster* is 'emlékeztető oltás' jelentésű, ezt a kifejezést azonban a vizsgált időszakban szűk szaknyelvi használatú terminusnak tekinthetjük, mivel a 2021. május végéig adatoló korpuszainkban mindössze egy előfordulása van. A 2022. március végéig a háromezretet meghaladó számú Google-találat alapján azonban feltételezhetjük, hogy a *booster* megindult a determinologizáció útján.

- (19) *a fertőzésen átesetteknél egyfajta **boosterként**, vagyis **emlékeztető oltásként** működnek a vakcinák, így nincs szükség két dózissra belőlük* (Telex 2021.04.03.)

Mindkét korpuszban gyakori az *oltás* 'oltóanyag' kifejezéssel szinonim jelentésű *adag* (T: 1148; C: 2985) főnév, valamint az *első adag* (T: 125; C: 409) és a *második adag* szókapcsolat (T: 139; C: 392) és a *kétadagos* (T: 2; C: 12) melléknév. Hasonlóképpen gyakori az *adag* főnévvel a szaknyelvben szinonim jelentésű *dózis* (T: 1105; C: 1378) az *első dózis* (T: 160; C: 367) és a *második dózis* szó szerkezetben (T: 307; C: 341), valamint a *két dózisú / kétdózisos* (T: 0; C: 27) melléknévben is. A koronavírus elleni oltásnak a két részből álló egészként való megközelítése a köztudatban feltehetően a teljes immunizálás elérését célozza:

- (20) *az **első**, a teljes tüskefehérjét tartalmazó **adag** általánosabb védelmet nyújtó antitestek termeléséhez vezet, amelyek a tüskefehérje bármely pontjára képeseket rátapadni, a **második oltás** után viszont pont azokból az antitestekből kap egy cunamihoz hasonlatos löketet a szervezet, amik a tüskefehérje csúcsára tapadnak* (Telex 2021.04.09.)

Az *oltás* 'oltóanyag beadása' jelentésű szinonimái közül a *vakcináció* (T: 9; C: 135) a szűk szaknyelvi használatból került át a médiába:

- (21a) *csütörtökön pedig elkezdték az idősotthonok lakóinak és dolgozóinak **vakcinációját** is* (Telex 2021.01.08.)

- (21b) *Románia egyébként máris beengedi karantén nélkül mindazokat, akik be vannak oltva, pontosabban, ha megkapták mindkét oltást, és eltelt azóta 10 nap, mert ez kell ahhoz, hogy a **vakcináció** folyamata befejezettnek legyen tekintve* (Transindex 2021.01.19.)

A *vakcináció* magyarországi terjedésében valószínűleg közrejátszott a *vakcina* fokozódó köznyelvi jelenléte és metonimikus 'védőoltás' jelentésének elterjedtsége is. A korábban szinte kizárólag állatokkal kapcsolatosan használt *vakcinázás* (T: 26; C: 39) is felbukkan a *vakcináció* dublettjeként. Bár a *vakcináz* (T: 4; C: 7) ige alig adatolható a vizsgált időszakban, minden előfordulása humán használatra utal.

- (22a) *Az immunszupprimált betegek esetében nem ellenjavallt a koronavírus elleni **vakcina**, de nem tudni, milyen fokú védelmet biztosít* (Transindex 2021.01.06.)
- (22b) *a szavazókörökben is berendeznek majd oltási pontokat, vagyis oda kell majd menniük az embereknek a **vakcináért**, ahol szavazni szoktak* (Telex 2021.01.03.)
- (22c) *a **vakcinázás** révén a tünetmentes fertőzések aránya is csökken* (Transindex 2021.02.22.)
- (22d) *egy sor egészségügyi szervezet tett állásfoglalást az állapotos nők **vakcinázását** illetően* (Index 2021.02.15.)
- (22e) *júniusra be akarják fejezni a hatvanas éveikben járók oltását, és addigra már az ötvenesek nagy részét is **vakcinázni** akarják* (Transindex 2021.04.27.)
- (22f) *Indiában 10 ezerből öt embert tudtak eddig **vakcinázni*** (Telex 2021.01.23.).

A *vakcináció* ~ *vakcinázás* dublett és a *vakcináz* ige előfordulásait a 2014–2018 közötti időszakot felölelő *Webcorpus 2.0*-ban (Nemeskey, 2020) is megvizsgálva minden előfordulás esetében szigorúan szaknyelvi használatot és bizonyos mértékű jelentésmegoszlást is találtunk. A *vakcináció* (W: 3296) adatai főként emberi immunizálásra utaltak. A *vakcinázás* (W: 5485) túlnyomórészt állatokkal kapcsolatos, ritkán humán kontextusban is adatolható. A *vakcináz* (W: 1143) ige előfordulásai szűk, csakis állatokra vonatkoztatott szaknyelvi használatot tükröznek.

- (23a) *A kolera és a sárgaláz **vakcináció** között 3 hétnek kell eltelnie* (Webcorpus 2.0).
- (23b) *A veszettség vírusára a vadon élő és házi emlősállatok egyaránt fogékonyak, de **vakcinázással** a betegség megelőzhető* (Webcorpus 2.0)

- (23c) *minden 6 hónaposnál idősebb gyermeket javasolt beoltani, az ennél fiatalabb csecsemőknek a környezetükben élők **vakcinázása** nyújthat védelmet* (Webcorpus 2.0)
- (23d) *Veszettség ellen **vakcinázza** a rókákat a Nemzeti Élelmiszerlánc-biztonsági Hivatal Csongrád megyében* (Webcorpus 2.0)

A korpuszadatok alapján az *immunizál* (T: 137; C: 36) 'védőoltást bead, olt' jelentésű ige is elindult a determinologizálódás útján. Az *immunizál* ige az *immunizáció* (T: 35; C: 58) és az *immunizálás* (T: 280; C: 74) nomen actionis alakjaiban a *vakcináció* ~ *vakcinázás* esetében megfigyelhető dublettel rendelkezik.

- (24a) *Mindenki, aki életében **immunizált** már, tudja, hogy az immunrendszert felpörgető emlékeztető oltást nem napra pontosan a 21. vagy a 28. napon kell beadni* (Index 2021.03.17.)
- (24b) *[az oltások egy része] nemcsak a beoltott személyt **immunizálja**, hanem azt is megakadályozza, hogy továbbadják a fertőzést* (Index 2021.03.02.)
- (24c) *az oltókampany első szakasza zajlik, amelyben az egészségügyben és a szociális ellátásban dolgozókat **immunizálják*** (Transindex 2021.01.06.)
- (24d) *a koronavírus-gyanús betegek tesztelésére kirendelt orvostanhallgatók korábban **immunizálás** nélkül végezték ezt a feladatot* (Index 2021.03.22.)
- (24e) *Szerbiában január 19-én kezdték meg a tömeges **immunizációt*** (Index 2021.02.09.)

Az *immunitás* (T: 97; C: 228) és a *védettség* (T: 158; C: 701) közül a köznyelvben már régóta jelenlevő *védettség* a gyakoribb mindkét korpuszban:

- (25a) *A klinikai vizsgálatok alapján a második oltás után 14 nappal 94 százalékos **védettség** alakul ki* (Simmelweis 2021.01.15.)
- (25b) *egyelőre nem tudni, hogy meddig tart a fertőzés utáni **immunitás*** (Index 2021.04.04.)

A *nyájimmunitás* (T: 58; C: 197) az angol *herd immunity* alapján létrejött tükörszó. Beilleszkedésének folyamata megfigyelhető a *közösségi immunitás* (T: 16 ID 9,10; C: 25 ID 10,33), *kollektív immunitás* (T: 5 ID 10,04; C: 13 ID 10,67), *tömeges immunitás* (T: 0; C: 4), *társadalmi immunitás* (T: 1; C: 2) variánsokon keresztül. A *védettség* is adathozható a nyájimmunitás vonatkozásában.

- (26a) *A **tömeges immunitást** biztosan az oltásokkal lehet elérni* (Telex 2021.01.18.)
- (26b) *Európa júliusban, legkésőbb augusztusban eléri a **közösségi immunitást*** (Maszol 2021.04.28.)

(26c) *A magyar lakosság **védettsége** akkor alakul majd ki, ha elég nagy számban megkapták az emberek a védőoltást* (Telex 2021.01.13.)

Az oltás fogalomkörében találtuk az egyetlen olyan esetet, amely teljes bizonyossággal az anyaországi nyelvhasználatból került át az erdélyibe. Az *oltakozik* ige és szócsaládja (T: 47; C: 259) 2020 végén jelent meg a magyar nyelvi nyilvánosságban (Györffy, 2021). Már a koronavírus-járvány előtt feltűnt az *Édes Anyanyelvünk* „Új szavak, kifejezések” rovatában: „oltakozik – (az orvosi szlengben:) beoltatja magát (pl. influenza elleni védőoltással). Pl. nem késő oltakozni” (Balázs, 2019). A *Covid korpuszban* az első előfordulása 2020 október végi, az országos tisztifőorvos asszonytól hallhattuk először (Stöckert, 2021). A média révén ezzel „egy olyan szót terjesztett el, amelyet a járványügyi szakemberek, tiszti főorvosok 2003 és 2009 között (legalábbis a korpuszadatok [ti. az Arcanum Digitális Tudománytár] tükrében) nem használtak sehol máshol, csak Fejér megyében” (Györffy, 2021). Ezzel szemben a szócsalád a *Transylvania korpuszban* csak 2021. január végén bukkant fel.

(27a) *Az influenzaoltásokról is szó esett [...] aki **oltakozni** szeretne, fog tudni **oltakozni*** (Telex 2020.10.29.)

(27b) *Úgy vélte, magas az **oltakozási** hajlandóság Romániában* (Transindex 2021.01.22)

A szócsaládhoz a teljes korpuszokban (T: 93; C: 361) a következő szavak tartoznak: *oltakozó, oltakozás, oltakozási, beoltakozott, lelkesoltakozás*.

Az orvosi terminológia kulcsszavainak elemzése mindkét korpuszban hasonló eredményt mutatott. A magyar szóalkotások és szóképzések, szókapcsolatok mellett a latin eredetű terminológia jelentős térhódítását figyelhettük meg, ami feltételezhetően az angol orvosi nyelv hatását mutatja. Angol mintát másol a *nyájimmunitás* tükörszó. Az orvosi nyelvhasználatra jellemző latin *supinum*ból képzett cselekvést kifejező főnevek mellett megjelentek a honosított igéből -ás/-és képzős dublettek, mint *vakcináció ~ vakcinázás*. Az utóbbi esetben reterminologizáció is megindult, amellyel párhuzamosan változott a terminus jelentésének hatóköre is. Közvetlen anyaországi hatást csak az *oltakozik* és szócsaládja esetében tudtunk kimutatni.

6. Összegzés

Jelen tanulmányunkban lexikai-terminológiai vizsgálatot végeztünk a különböző internetes hírportálok híryanagát felölelő *Covid korpusz* és a *Transylvania korpusz* adatainak felhasználásával, melynek célja a Covid19-világjárvány alatt felgyorsult determinologizációs folyamatok megfigyelése volt. A vizsgálat fókuszába az erdélyi regionális nyelvváltozatot helyeztük, hogy az anyaországi adatokkal összehasonlítva megállapíthassuk, hogy a román államnyelvi, a

globális angol vagy az anyaországi magyar nyelvhasználat hatása érvényesül-e jelentősebb mértékben.

Előzetes várakozásunknak megfelelően a helyi ellátórendszer sajátosságaival kapcsolatos kifejezésekben államnyelvi hatást figyelhettünk meg tükörjelenségek formájában, összetett szavakkal és analitikus szószerkezetekkel egyaránt (*oltáskampány, oltási központ*). A tükörfordítások azonban többnyire angol mintákra vezethetők vissza (*fertőzöttségi arány, fertőzöttségi ráta < infection rate*) (Biró et al., 2021), tehát a román hatás elsősorban a kifejezések közvetítésében mutatkozott meg. Egyes járványügyi kifejezések terén kölcsönszavakban (*incidencia*) és tükörfordításokban (*esetmeghatározás*) közvetlenül megnyilvánuló román hatást tapasztaltunk. A vizsgált orvosi, immunológiai terminológia főként globalizációs hatást mutatott, jellemzően angolban keletkezett vagy angol közvetítésű, latinizált alakú átvételekkel és tükörszavakkal vagy féltükörszavakkal és tükörkifejezésekkel (*vakcináció, immunitás, nyájimmunitás, kollektív immunitás*). A vizsgált terminusok közül mindkét korpuszban bőségesen adatolt az *oltás* (< latin *insitio, inoculatio*) és szócsaládjának tagjai is, azonban az anyaországi nyelvhasználat közvetlen hatását csak a magyarországi köznyelvben is frissen elterjedt *oltakozik* ige és szócsaládja esetében tudtuk bizonyítani.

A megfigyelt tendenciák további érvényesülésével az orvosi terminológia területén megfigyelt globális hatás kedvezhet a határtalanítás nyelvi programjának, valamint esélyt adhat az anyaországi és az erdélyi regionális szaknyelv közeledésére és egyesítésére (Benő et al., 2020).

Források

Covid corpus. <https://sketchengine.elte-dh.hu>

ÉKsz.² = Pusztai Ferenc (főszerk.) (2003). *Magyar értelmező kéziszótár*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

ÉrtSz. = Bárczi Géza, Országh László (főszerk.) (1959–1962). *A magyar nyelv értelmező szótára 1–7*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

Györffy András (2021). Oltakozás? Ez meg mi fán terem? *Index* 2021. 05. 02. Letöltés: <https://index.hu/velemeney/2021/05/02/nyelvtudomany-az-oltakozas-valami-vallasi-ritus/>

MH = *Magyar Hírlap*. CD. (2002). Budapest: Magyar Hírlap Könyv- és Lapkiadó Rt.

Stöckert Gábor (2021). Semmi baj az *oltakozni* szóval, mégis sokan oltják. *Telex* 2021. 04. 25. Letöltés: <https://telex.hu/belfold/2021/04/25/oltakozik-oltakozni-nyelv-ige-visszahato-kolcsonos-muvelteto>
Transylvanian News Corpus. <https://sketchengine.elte-dh.hu>

Irodalom

Balázs Géza (2019). Új szavak, kifejezések (104). *Édes Anyanyelvünk*, 2019/2, 23.

Benő Attila (2014). *Kontaktusjelenségek az erdélyi magyar nyelvváltozatokban*. Kolozsvár: Erdélyi Múzeum-Egyesület.

Benő Attila, Juhász Tihamér és Lanstyák István (2020). A Termini „határtalan” szótára. *Magyar Tudomány*, 181/2, 153–163. <https://doi.org/10.1556/2065.181.2020.2.2>

Benő Attila, Kokoly Zsolt és Benő Loránd (2021). A román és a magyar jogi terminológia helyzete Romániában – szaknyelvi problémák és terminológiatervezési feladatok. In Tamás Dóra Mária & Szoták Szilvia (szerk.), *Terminológiastratégia és jogi alapterminusok a szomszédos országok nyelvén* (102–128). Budapest: OFFI Zrt.

- Benő Attila és Péntek János** (2019). A terminológiastratégia szintjei és feltételei Erdélyben. In Fóris Ágota & Bölcskei Andrea (szerk.), *Terminológiastratégiai kihívások a magyar nyelvterületen* (59–72). Budapest: OFFI, L'Harmattan.
- Biró, E., Kovács, G. & Nagy, I. K.** (2021). Change(s) in Vocabulary(/ies) – Hungarian and Romanian Lexical Phenomena During COVID. *Acta Universitatis Sapientiae, Philologica*, 13/3, 62–78. <https://doi.org/10.2478/ausp-2021-0028>
- Fábri György** (2008). Tudomány és politika új találkozási pontja: a tömegmédia. In Mosoniné Fried Judit & Tolnai Márton (szerk.), *Tudomány és politika* (81–92). Budapest: Typotex.
- Fazakas Emese** (2017). A kétnyelvű szótárírás nehézségei kisebbségi helyzetben. In Fábián Zsuzsanna (szerk.), *Szótárírás a Kárpát-medencében. A magyar és a szomszédos országok többségi nyelveinek kétnyelvű szótárai* (65–82). Lexikográfiai füzetek 8. Budapest: Tinta Kiadó.
- Hoboth Katalin** (2012). Kétnyelvűség a szaknyelvhasználatban és -oktatásban. In Parapatics Andrea (szerk.), *Doktoranduszok a nyelvtudomány útjain. A 6. Félúton Konferencia, ELTE, 2010. október 7–8.* (81–90). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Humbert-Droz, J., Picton, A. & Condamines, A.** (2019). How to build a corpus for a tool-based approach to terminologisation in the field of particle physics. *Research in Corpus Linguistics*, 7, 1–17. <https://doi.org/10.32714/ricl.07.01>
- Indig B., Knap Á., Sárközi-Lindner Zs., Timári, M. & Palkó G.** (2020). The ELTE.DH Pilot Corpus: Creating a Handcrafted Gigaword Web Corpus with Metadata. In Barbaresi, A., Bildhauer, F., Schäfer, R. & Stemle, E. (eds.), *Proceedings of the LREC 2020 12th Web as Corpus Workshop (ACL SIGWAC)* (33–41). Paris: European Language Resources Association (ELRA).
- Kis Balázs és Pohl Gábor** (2005). Az automatikus terminológiakivonatolás módszerei és eredményei. In Alexin Zoltán & Csendes Dóra (szerk.), *III. Magyar Számítógépes Nyelvészeti Konferencia. Szeged 2005. december 8–9.* Szeged: Szegedi Tudományegyetem Informatikai Tanszékcsoport. 221–229.
- Lanstyák István** (2002). A magyar nyelv határon túli változatai – babonák és közhelyek. *Fórum Társadalomtudományi Szemle*, 4/2. 143–160.
- McIlwaine, S. & Nguyen, A.** (2005). Science, Journalism, Democracy and Technology. In *Proceedings of Journalism and the Public, Journalism Education Association's 2005 Conference, Gold Coast, November 29. – December 3.* Letöltés: www.academia.edu/24593032/Science_journalism_democracy_and_technology
- Molnár Csikós László** (2007). A regionális szaknyelvek lehetőségei. *Hungarológiai Közlemények*, 38/4, 111–120.
- Nemeskey, D. M.** (2020). *Natural Language Processing Methods for Language Modeling*. PhD thesis. Eötvös Loránd University.
- Péntek János** (2018). Magyar szaknyelvek a határon túli régiókban. In Bódi Zoltán & Katona József Álmos (szerk.), *Gazdaság és szaknyelv*. Budapest: L'Harmattan. 32–56.
- Rychlý, P.** (2008). A lexicographer-friendly association score. In Sojka, P. & Horák, A. (szerk.), *RASLAN 2008: Recent Advances in Slavonic Natural Language Processing* (6–9). Brno: Masaryk University.
- Simon Gábor** (2018). Az igei jelentés metaforizációjának mintázatai: Nyelvtan- és korpuszvezérelt esettanulmányok. *Jelentés és Nyelvhasználat*, 5, 1–36. <https://doi.org/10.14232/jeny.2018.1.1>
- Slíz Mariann** (2012). Terminusok keletkezése és változása. *Névtani Értesítő*, 34, 149–156.
- Varga Éva Katalin, Zimonyi Ákos, Indig Balázs, Sárközi-Lindner Zsófia és Palkó Gábor** (2022). Durva influenza vagy veszélyes világjárvány? A Covid19 terminológiája a médiában. In Bátyi Szilvia & Vigh-Szabó Melinda (szerk.), *Nyelvek, nyelvváltozatok, következmények. A XXVIII. Magyar Alkalmazott Nyelvészeti Kongresszus előadásai. Megjelenés alatt.*
- Братцева, А. Л.** (2021) Количественно-качественный подход к изучению детерминализации. *Издательство Грамота. Филологические науки. Вопросы теории и практики*, 14/10, 3150–3158.

KUNA ÁGNES¹ – MARKÓ ALEXANDRA^{1,2}

¹ ELTE BTK, Alkalmazott Nyelvészeti és Fonetikai Tanszék –

² MTA–ELTE Lendület Lingvális Artikuláció Kutatócsoport

¹ kuna.agnes@btk.elte.hu

<https://orcid.org/0000-0001-9447-6285>

² marko.alexandra@btk.elte.hu

<https://orcid.org/0000-0003-0301-7134>

Kuna Ágnes – Markó Alexandra: Betegközpontú és paternalisztikus kapcsolatépítés az orvos-beteg viszonyban. A kapcsolatépítés pragmatikai és szuprasegmentális jellemzői

Patient- and doctor-centred communication in doctor-patient interaction.

Pragmatic and suprasegmental features

Alkalmazott Nyelvtudomány, Különszám: Egészségügyi kommunikáció, 2023/1. szám, 96–115.

doi:<http://dx.doi.org/10.18460/ANY.K.2023.1.005>

Betegközpontú és paternalisztikus kapcsolatépítés az orvos-beteg viszonyban.

A kapcsolatépítés pragmatikai és szuprasegmentális jellemzői

Patient- and doctor-centred communication in doctor-patient interaction.

Pragmatic and suprasegmental features

The relationship between healthcare professionals and patients plays a central role in patient care. Relationship building is an active, dynamic process unfolding in interactions, shaped by both verbal and non-verbal elements of communication.

The goal of the present study is to highlight characteristic linguistic patterns of patient-centred and paternalistic styles of relationship building on the basis of an analysis of 8 instructional videos recorded with professional actors, simulating situations in healthcare. The 8 encounters feature 4 situations (at G.P. consultations), each enacted according to both the patient-centred and the paternalistic model of doctor behaviour. The study primarily focuses on suprasegmental features of semantically and syntactically (quasi)equivalent utterances contributing to relationship building, treating them much like prosodic minimal pairs. Moreover, it also analyses the functioning of these utterances from a global, pragmatic perspective.

As the analysis shows, beyond differences in the participants' actions, knowledge representations, emotion-related communication and body language, the two styles of relationship building also diverge in terms of suprasegmental features, although in the sample under study, the discrepancies rarely amount to statistically verifiable trends.

Keywords: doctor-patient communication, patient-centred and doctor-centred communication, relationship-building, instructional videos

1. Bevezetés

A személyközi kapcsolat és ennek kiépítése ősidőktől fogva központi eleme a „gyógyítás művészetének”. Ezt igazolják az orvostörténeti (pl. Kuna, 2019; Oláh, 1986) és az egészségügyi kommunikációra vonatkozó kutatások egyaránt (pl. Csabai et al., 2009; Hall et al., 1981; Koerfer & Albus, 2018). A kapcsolatépítés aktív és

dinamikus folyamat, amely az interakcióban zajlik, és amelyben az interakció minden eleme részt vehet (Linke & Schröter, 2017), beleértve a verbális és nem verbális kommunikáció jellemzőit is. A kapcsolatépítés ugyanakkor mintázatok is mutat, amelyek jellemzően modellként jelennek meg a szakirodalomban (Beach, 2013; Emanuel & Emanuel, 1992). Az orvos-beteg viszonyban a kapcsolatépítésnek számos modellje létezik, amelyek alapvetően két szemléleti keret valamelyikében értelmezhetők: az egyik az orvoscentrikus vagy paternalisztikus, a másik a betegközpontú szemlélet.¹

A jelen elemzésben ennek a két kapcsolatépítési módnak néhány nyelvi jellegzetességét mutatjuk be elsődlegesen az egészségügyi szakemberek nyelvi tevékenységén keresztül. A vizsgálat anyagát nyolc oktatóvideó adja (Csabai et al., 2009). A nyolc konzultáció négy jelenetet dolgoz fel betegcentrikus, illetve paternalisztikus orvosi viselkedési módban. Kutatásunk középpontjában az ugyanazt a jelenetet feldolgozó konzultációk azonos megnyilatkozásainak szupraszegmentális, valamint pragmatikai jellemzői állnak. Célunk, hogy rámutassunk ezek működésére a paternalisztikus és a betegcentrikus kapcsolatépítési módban.

A tanulmány a jelen bevezető részt követően ismerteti a gyógyító kapcsolat paternalisztikus és betegközpontú szemléletét (2.); majd bemutatja a vizsgálat anyagát és módszerét, kitérve a hangtani és a pragmatikai elemzésekre egyaránt (3.). A 4. alpont részleteiben ismerteti az elemzések eredményeit, végezetül a tanulmány összegzéssel és kitekintéssel zárul (5.).

2. A gyógyító kapcsolat

A kapcsolat és ennek építése mindig is szerves része volt a gyógyítás folyamatának. Az elmúlt évtizedekben kiemelt figyelmet kap az a kérdéskör, hogy a terápia eredményessége, kimenete milyen összefüggésben áll az egészségügyi szakember és a páciense közötti kapcsolat minőségével, a köztük lévő terápiás szövetséggel (Csabai et al., 2009). Nem véletlen, hogy az orvos-beteg konzultáció egyik fő funkciója épp ennek a szövetségnek, együttműködésnek a kiépítése (*rapport*) (Bigi, 2016; Cohen & Cole, 1991; Wasserman & Inui, 1983).

A kutatások egyértelműen azt mutatják, hogy az orvos-beteg kapcsolat és ennek részeként az egészségügyi kommunikáció jelentős változásokon ment keresztül a 20. század közepétől. A korábban jellemző orvos- és betegségközpontú, paternalisztikus

¹ Érdemes megjegyezni, hogy az orvos- és a betegcentrikus szemlélet dichotómiája nem képes megragadni a kapcsolatépítés komplexitását. Történetileg ez a két szemlélet állt egymással szemben (Beach, 2013), majd kiegészült az interakció-, illetve dialógusközpontú, továbbá a biopszichoszociális központú megközelítéssel, ezek egymáshoz fűződő, összetett viszonyaival (Beach, 2013: 5; Koerfer & Koerfer, 2018: 334). A tanulmányban az orvos- és betegcentrikus pólus nem a történetileg értelmezett szemléletben értelmezendő. Az itt bemutatott betegközpontú megközelítésben nagy szerepet kap az interakció közös alakítása, a dialogikus szerveződés és a biopszichoszociális beszélgetések egyaránt (vö. 2. alpont). A *paternalisztikus*, *orvoscentrikus*, illetve *orvosközpontú* terminusokat a tanulmányban egymás szinonimáiként használjuk.

megközelítés egyre inkább a személy-, illetve betegközpontú gyógyítás felé tolódik (Beach, 2013; Heritage & Maynard, 2006). Az új megközelítés több modellel jellemezhető, és az orvos-beteg közötti interakcióra, illetve kapcsolatépítésre is nagy hatást gyakorol (Emanuel & Emanuel, 1992; Kuna, 2020). A különböző modellek sematikusan tekintve egy skálán helyezhetők el az orvosközpontú (paternalisztikus), valamint a betegcentrikus viselkedési mód pólusai között.

A paternalisztikus viselkedési mintában az orvoshoz kötődik az orvosszakmai, kulturális és társadalmi autoritás egyaránt (Heritage, 2019; Parsons, 1951). Ő az interakciók és a bennük megvalósuló cselekvések irányítója, lényegében a döntéshozó. Az egészségügyi szakember fölérendelt helyzetből gyakorolja a kontrollt az alárendelt beteg felett. A betegség ebben a közegben egy biológiai állapot, amelyet a megfelelő tudományos ismeretekkel lehet alakítani. Az orvos és a beteg közötti kommunikáció pedig nem tölt be terápiás szerepet, továbbá a beteg érzelmei, ismeretei, kérdései is a háttérben maradnak.

Az orvos- és betegségközpontú, azaz paternalisztikus modellnek a kritikájaként, egyfajta ellenpólusaként jelenik meg az 1950-es évek végétől kezdve a személy-, illetve betegközpontú gyógyítás (Balint, 1957; Szasz & Hollender, 1956), amely aztán számos új szemponttal egészül ki (Beach, 2013; Koerfer & Koerfer, 2018). Ebben a megközelítésben a beteg személyként, nem pedig beteg testként vesz részt a gyógyítás folyamatában. Biomedikális állapotát tágabb kontextusában vizsgálja az egészségügyi szakember. Így figyelembe veszi a páciens saját betegségéhez kapcsolódó ismereteit, lelki, érzelmi és társadalmi háttérét; nagy hangsúlyt fektet a hatalom és a felelősség megosztására, a terápiás kapcsolatra (szövetségre) és ennek elemi részeként a verbális és nem verbális kommunikáció sajátosságaira; továbbá kiemelt szerepet kap a betegoktatás, a beteg további terápiás viselkedése (Bigi, 2016; Heritage & Maynard, 2006). Így az egészségügyi szakember nem kizárólag ajánl, javasol, elrendel, hanem a terápiát a beteggel együtt, a beteg érzelmi és mindennapi tevékenységeinek a figyelembevételével, dialogikusan alakítja ki.

A két megközelítés eltérő társas és nyelvi viselkedéssel is együtt jár a résztvevők viszonyában. Ezek tudományos igényű leírása, valamint összehasonlítása azonban korántsem egyszerű feladat. Annál is inkább, mivel nem egy-egy beszédaktus vagy nyelvi-kommunikatív jellemző, hanem ezek tipikus együttes előfordulásai rajzolják ki a paternalisztikus, illetve betegcentrikus (nyelvi-viselkedésbeli) mintázatot. Fontos szempont továbbá, hogy a modellek egy skála két végpontjaként értelmezhetők. Éles és egyértelmű határok a kapcsolatépítés működésében nehezen határozhatók meg az egyes megközelítések között, ami azzal is összefügg, hogy nagy egyéni különbségek mutatkoznak a páciensek között arra vonatkozóan, hogy milyen kommunikációs módot igényelnek, illetve részesítenek előnyben az orvosukkal való kommunikációban. Habár egyre nagyobb mértékű eltolódás figyelhető meg a beteg- és a párbeszédcentrikus megközelítés irányába (Beach, 2013), a paternalisztikus és a

betegközpontú gyógyítás gyakran együttesen jelenik meg a konzultációk mikrokörnyezetében. Erre a kettősségre mutat rá egy 2009-es magyarországi kérdőíves felmérés is (Vajda et al., 2012: 346), amelynek eredményei szerint a jól kommunikáló orvost Magyarországon a legtöbben a paternalisztikus modell jellemzőivel írják le, ugyanakkor igénylik a közös döntéshozatalt. Ez pedig a betegközpontú modellt jellemzi inkább.

A két modellben megvalósuló interakcióknak a vizsgálatát tovább nehezíti, hogy jellemzően olyan egészségügyi szakemberek vesznek részt az erre irányuló kutatásokban, akik maguk is fontosnak tartják a kommunikációt a terápiás viszonyban, tehát valószínűsíthetően inkább a betegcentrikus viselkedési mód kommunikatív jellemzői dominálnak a konzultációikon. Ez is indokolja, hogy a jelen tanulmányban a két kapcsolatépítési mód társas viszonyaihoz köthető jellegzetességeit színészekkel létrehozott diskurzusok elemzésén keresztül mutatjuk be (ennek részleteit lásd a 3. alpontban).

A vizsgálatot nehezítő további tényező, hogy maga a kapcsolatépítés is komplex és dinamikus folyamat, amely a konzultáció mikrokörnyezetében folyamatos egyezkedések révén valósul meg az interakcióban, ugyanakkor hatást gyakorol rá az orvoslás társas-kulturális makrokörnyezete is. Vannak olyan műveletek, nyelvi jellemzők és cselekvések, amelyek különösen kiemelkedőek a kapcsolatépítés szempontjából. Ilyen például a köszönés, a megszólítás, a társalgásbeli nyelvi viselkedés (pl. megszakítás, párhuzamos beszéd); a kommunikáció nem verbális elemei (szupraszegmentális jellemzők, testtartás, érintés stb.); az érzelmekről való kommunikáció; a tudásszervezés módja (Koerfer et al., 2018). Ezen tényezők szisztematikus felmérése folyamatban van az itt bemutatott anyagon (Kuna, megj. a.).

Jelen tanulmányunkban ehhez kapcsolódóan elsősorban a konzultációkon megvalósuló nyelvi tevékenység szupraszegmentális és pragmatikai jellemzőire összpontosítunk az azonos vagy kváziazonos szekvenciák vizsgálatán keresztül. Elemzésünkben ezen beszédrészek kapcsolatépítésben betöltött szerepét vizsgáljuk. Az elemzéssel az alábbi kutatási kérdésekre kerestük a választ:

1. Eltér-e egymástól a betegcentrikus és a paternalisztikus orvosi kommunikáció a temporális és az alapfrekvencia-jellemzőik tekintetében?

2. Milyen jellemző interakcióbeli cselekvésekben valósulnak meg ugyanazok a megnyilatkozások a betegcentrikus és a paternalisztikus kommunikációs stílusban?

A vizsgálat kiinduló hipotézisei a következők voltak:

1. Feltételeztük, hogy tendenciaszerű eltérések mutatkoznak a két kapcsolatépítési modellben a gyógyító szakember kommunikációjának hangtani (temporális és f_0 -) jellemzőiben.

2. Feltételeztük továbbá azt is, hogy a (kvázi)azonos szekvenciák eltérő beszédaktusokhoz kapcsolódva valósulnak meg a paternalisztikus és a betegcentrikus kapcsolatépítésben.

3. Anyag és módszer

A kutatás anyagát nyolc szimulált, színészek által eljátszott jeleneteket tartalmazó oktatóvideó adja (Csabai et al., 2009). A nyolc konzultáció összesen négy különböző jelenetet dolgoz fel betegcentrikus, illetve paternalisztikus orvosi viselkedési modellben, valamint tipikus női és férfi szerepmodelleket aktiválva (Bálint et al., 2014), összesen 32 perc (3116 szó, 176 forduló) terjedelemben. Ezek közül két jelenet (négy konzultáció) háziorvosi rendelésen, további kettő pedig pszichológus és páciense között zajlik (négy konzultáció). Az oktatólemezen található jelenetek tehát nem valós diskurzusok, hanem olyan, valós helyzeteken alapuló fiktív interakciók, amelyek a gyógyító szakember és a páciense közötti beszélgetés imitálása révén a paternalisztikus és a betegcentrikus kommunikációs módban jellemzően aktiválódó sémákat dolgozzák ki.² A vizsgált párbeszédtek fiktív jellegét az elemzésben szem előtt tartjuk, és ennek megfelelően fogalmazzuk meg megállapításainkat. A videók – habár eljátszott diskurzusokat mutatnak be – alkalmasak arra, hogy ugyanarra a szituációra vonatkozóan megmutassák a paternalisztikus és a betegcentrikus kapcsolatépítési mód nyelvi-kommunikációs jellemzőit. A vizsgált anyag részletes adatait az 1. táblázat foglalja össze.

² Az oktatókönyv és -videó szerzőinek elmondása szerint a jelenetek szövege olyan valós szituációkon alapul, amelyek tipikus gyógyítói helyzeteket dolgoznak fel. A szövegeket egészségügyi szakemberek együttműködésével kutatók írták meg előre. A jelenetekhez kapcsolódóan a színészek azt az instrukciót kapták, hogy az egyik beszédmód esetében létrejön a páciens és az orvos/pszichológus között a terápiás kapcsolat, a másikban azonban nem. Nem címkézték *betegközpontú* és *paternalisztikus* jelzővel az egyes jeleneteket, ugyanakkor megfelelőnek találták, ha az elemzésben ezeket az elnevezéseket használjuk. A vizsgált anyagot nyilvánosan elérhető publikált videók adják (Csabai et al., 2009), amelyeknek elemzéséhez szerzői hozzájárulást kaptunk.

1. táblázat. A videóanyag metaadatai³

A videó azonosítója	Idő-tartam	Modell	Résztevéők	Nem		Probléma
				D	P	
V1P	4'08"	Pat.	Psz-P	nő	férfi	pánikbetegség, szorongás
V1B	4'11"	B.cent.				
V2P	4'17"	Pat.	D-P	nő	férfi	megemelkedett glükózszt, túlsúly, jogosítvány (foglalkozáshoz)
V2B	4'53"	B.cent.				
V3P	4'23"	Pat.	Psz-P	férfi	nő	állandó fejfájás, magas stressz
V3B	4'34"	B.cent.				
V4P	2'45"	Pat.	D-P	férfi	nő	várandós kismama elkapta kisgyermekétől az influenzát
V4B	2'57"	B.cent.				

A tágabb kutatás célja, hogy több módszer segítségével leírja a két kapcsolatépítési mód nyelvi, kommunikációs jellemzőit és mintázatait. Ebben kiemelkedő szerepet kapnak a társalgáselemzés és a pragmatika elméleti és módszertani alapjai (Boronkai, 2009; Hámori, 2009; Tátrai, 2017). Így fontos elemzési szempontok a következők: a társalgási fordulók résztvevői viszonyokban értelmezett jellegzetességei; a kapcsolatépítés prominens helyeinek (nyitás, zárás) jellemzői; a személyjelölés és a társas deixis műveletének működése; a nyelvi reflexiók szerepe és ezzel szoros összefüggésben a tudásmegosztás (magyarázat); a testbeszéd. Mindezek elemzése MAXQDA programmal (Kuckartz & Rädiker, 2019) valósul meg komplex, többdimenziós kódolással (Kuna, megj. a.).

A jelen tanulmány ehhez a többszemponú elemzéshez járul hozzá azoknak a megnyilatkozásoknak a vizsgálatával, amelyek az egyes konzultációk különböző kapcsolatépítési modelljeiben azonosak vagy kváziazonosak. Az elemzésbe kizárólag az egészségügyi szakember megnyilatkozásait vettük be, mert ezek nagyobb szerepet játszanak a kapcsolatépítésben a vizsgált mintában – részben az oktatóvideó műfajának köszönhetően.⁴ A kiválasztott szekvenciákat kétféleképpen vizsgáltuk: hangtani és pragmatikai szempontból. A két megközelítés együttes alkalmazását azért láttuk szükségesnek, mert egy folyamatban lévő kérdőíves felmérés tanulságai szerint (Kuna megj. a.) az elemzett jelenetekben a kapcsolatépítés módja nagymértékben összefügg az egészségügyi dolgozók beszédének szupraszegmentális jellemzőivel (pl. hangerő, hangsúly, tempó), továbbá

³ Rövidítések az egész tanulmányban: *Psz* – pszichológus; *P* – páciens; *D* – doktor, *Pat.* – paternalisztikus; *B.cent* – betegcentrikus.

⁴ A vizsgálat egészében természetesen a kapcsolatépítés és a tudásszervezés dinamikus jellegének megfelelően a nyelvi jellemzők teljeskörű elemzése zajlik mindkét résztvevő nyelvi tevékenységének bevonásával, egymáshoz való viszonyának bemutatásával. A jelen elemzésben módszertanilag indokolt döntést hoztunk, amikor kizárólag az egészségügyi szakemberek megnyilatkozásainak (kvázi)azonos szekvenciáit vizsgáltuk.

testbeszédével (pl. mimika, proxemika). Kutatásunkban így azt vizsgáljuk, hogy vannak-e mérhető eltérések és tipikus mintázatok az egyes helyzetek nyelvi cselekvéseiben és szupraszegmentális jellemzőiben.

A hangtani elemzés során az egészségügyi szakembereknek a pácienshez intézett megnyilatkozásrészleteit vizsgáltuk, amelyek (kvázi)azonos szekvenciákat tartalmaznak a két felvételen, tekintet nélkül arra, hogy a szekvencia önállóan alkot egy intonációs frázist, vagy valamely frázis(ok) részlete, esetleg több frázist tartalmaz. Rövidebb (legalább három szótagos, pl. *jó napot, hívjon fel*) egyezéseket, illetve teljes beszédfordulónyi (kvázi)azonos részeket is találtunk. Ezeket címkéztük fel a beszédszakaszok (a szünettől szünetig tartó egységek) szintjén. A hosszabb, több intonációs frázist tartalmazó beszédszakaszokat frázisokra tagoltuk. A videók szövegét FOLKER programmal (Schmidt & Schütte, 2010) jegyeztük le, majd a leíratot importáltuk a Praat 6.1.33 szoftverbe (Boersma & Weenink, 2020), ahol a beszédszakasz- és frázisszintű annotálást és a méréseket végeztük el.

Kinyertük az azonos szövegrészek időtartamát (ms). A tiszta beszédidőt mértük, a beszédidőtartam meghatározásában nem vettük figyelembe a szünetek időtartamát. A szünetek elemzését nem tudtuk elvégezni, mivel az azonos beszédrészek jellemzően nem tartalmaztak szünetet, így a szünetek számossága oly csekély volt, hogy ez a szempont nem szolgáltatott értelmezhető adatokat. Megállapítottuk a szövegrészek szótagszámát: a (kvázi)azonos beszédrészek között legfeljebb egy-két szótagnyi eltérés volt, pl. *amiről most beszélgettünk* vs. *amiről most itt beszélgettünk*.

Frázisonként meghatároztuk az alaphfrekvencia minimumát, maximumát, illetve átlagértékét (Hz). Az alaphfrekvencia-értékeket csak a modális zöngével megvalósuló beszédrészekből nyertük ki kézi méréssel (a felvételek minősége az automatikus adatkinyerést nem tette lehetővé).

Az időtartam adatok és a szótagszám alapján meghatároztuk a beszédrészek artikulációs tempóját (szótag/s-ban), valamint az alaphfrekvencia minimum- és maximumértékei alapján a hangköz (a szélső értékek távolsága) értékét (félhangban).

Statisztikai vizsgálatnak vetettük alá az artikulációs tempó, az átlagos alaphfrekvencia és a hangköz értékeit, a videófelvétel-párokból kinyert adatokat páros mintás Wilcoxon-próbával teszteltük (SPSS 20).

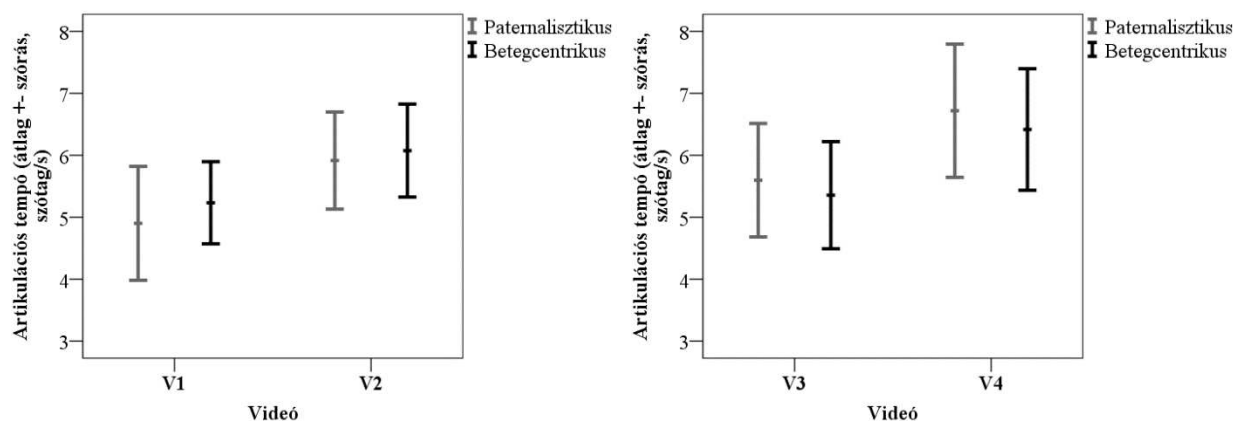
A pragmatikai elemzésnek is a (kvázi)azonos szekvenciák szolgáltak a kiindulópontjaként, ugyanakkor ezeknek tágabb nyelvi környezetükben, több társalgási fordulóban vizsgáltuk a működését kvalitatív szempontok mentén. Nagy hangsúlyt fektettünk az egyes beszéd-cselekvésekben (bemutatkozás, terápiás megbeszélés stb.) (Nowak, 2009) megvalósuló beszédaktusok összevetésére a két kapcsolatépítési módban. Az azonos szekvenciák elemzése új eredményekkel egészíti ki a mintán végzett, korábbi, kvalitatív szoftveres vizsgálatokat (Kuna, 2022; Kuna és Domonkosi, 2022; Kuna & Hámori, 2021).

4. Eredmények: a kapcsolatépítés jellemzői

4.1. A hangtani elemzés eredményei

Az artikulációs tempót (természetesen) egyéni variabilitás jellemzi, a két kondíció eltérésének az iránya ugyanakkor a nemek szerint mutat különbséget. A paternalisztikus kommunikációs módban a női egészségügyi szakembert alakító szereplők esetében $4,9 \pm 0,9$ szótag/s, illetve $5,9 \pm 0,9$ szótag/s átlagos artikulációs tempót mértünk. A betegcentrikus kommunikációs módban mindkettejük esetében gyorsabb artikulációs tempót kaptunk, az előbbinél $5,2 \pm 0,7$ szótag/s-osat, az utóbbinál $6,0 \pm 0,8$ szótag/s-nyit (1. ábra, bal oldali panel). A férfiak esetében a paternalisztikus módban $5,6 \pm 0,9$ szótag/s-os, illetve $6,7 \pm 1,1$ szótag/s-os átlagos artikulációs tempót mértünk, ugyanakkor lassabb tempóra utaló eredményeket kaptunk a betegcentrikus helyzetben: $5,4 \pm 0,9$ szótag/s-os és $6,4 \pm 1,0$ szótag/s-os átlagértékeket (1. ábra, jobb oldali panel). A statisztikai elemzés szerint a látható különbségek ellenére egyik videófelvétel-párban sem volt szignifikáns az eltérés.

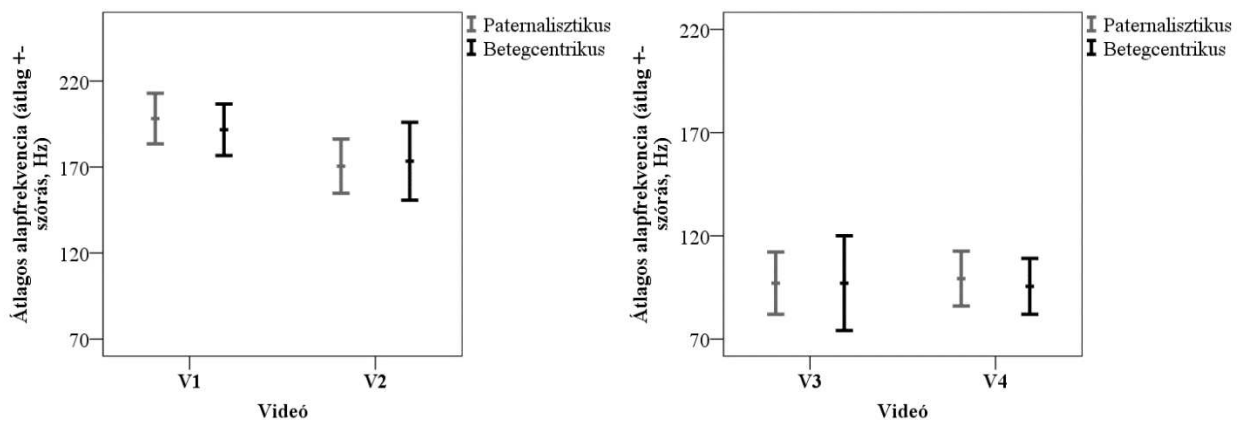
1. ábra. Az artikulációs tempó alakulása a gyógyító-páciens viszony típusa függvényében a női gyógyítók (balra) és a férfi gyógyítók (jobbra) esetében



Az átlagos alaphfrekvencia értékei a női és a férfi beszélők esetében értelemszerűen jelentős különbségeket mutatnak. Az egyes beszélőkön belül a kondíció függvényében eltérő mintázatokat kaptunk. Az első videófelvétel-párban (V1P, V1B) a gyógyító szerepét játszó színésznő átlagos alaphfrekvencia-értéke 198 ± 15 Hz volt a paternalisztikus kapcsolatot bemutató helyzetben, és csak néhány Hz-nyivel volt alacsonyabb ez az érték a betegcentrikus helyzetben: 192 ± 15 Hz. A második videófelvétel-párban (V2P, V2B) szereplő, mélyebb hangú színésznő alaphangfrekvenciája átlagosan 173 ± 18 Hz volt a paternalisztikus helyzetben, és azonos átlagot mértünk valamivel nagyobb szórással, azaz 173 ± 22 Hz-et a betegcentrikus helyzetben (2. ábra, bal oldali panel). A harmadik videófelvétel-páron (V3P, V3B) szereplő férfi gyógyító esetében 97 ± 15 Hz-es alaphfrekvencia-átlagot

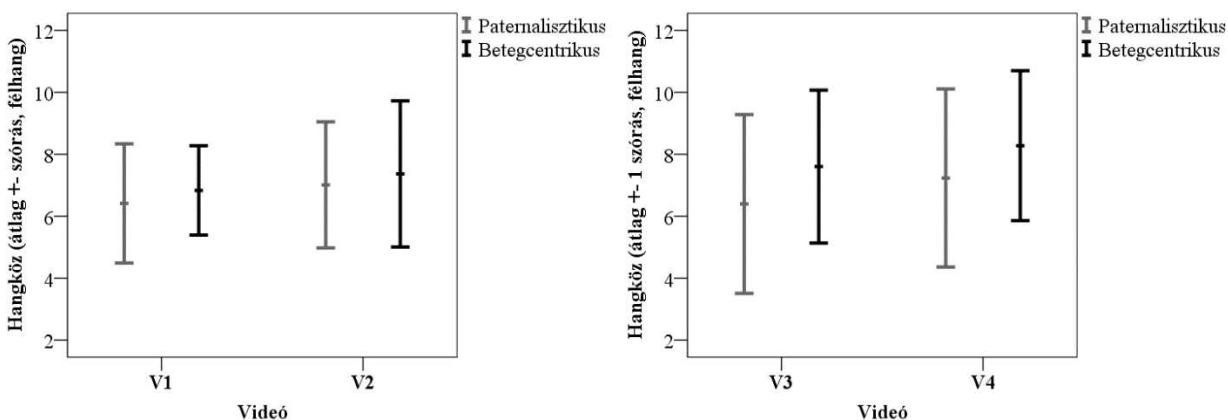
mértünk a paternalisztikus, valamint 97 ± 23 Hz-et a betegcentrikus helyzetben, azaz az átlag nem mutatott különbséget, de a szórás valamivel nagyobb volt az utóbbi szituációban. A negyedik videófelvétel-pár (V4P, V4B) gyógyító szereplőjének átlagos alaphfrekvencia-értéke a paternalisztikus kommunikációs módban 99 ± 13 Hz volt, a betegcentrikusban pedig 96 ± 14 Hz (2. ábra, jobb oldali panel). Összességében tehát mind az átlagok, mind a szórásértékek legfeljebb alig néhány (tized)százalékos eltéréseket mutattak ebben a tekintetben a kondíciók között. Ennek megfelelően a statisztikai próba sem hozott felszínre különbséget.

2. ábra. Az átlagos alaphfrekvencia értékének alakulása a gyógyító-páciens viszony típusa függvényében a női gyógyítók (balra) és a férfi gyógyítók (jobbra) esetében



A hangközértékeket az adott szakaszok maximális és minimális alaphfrekvencia-értékének félhangban megragadott távolságaként számítottuk ki. A szupraszegmentális jellemzők között csupán ennek a paraméternek az esetében látunk egységes tendenciát, mégpedig azt, hogy a hangközértékek rendre a betegcentrikus helyzetekben adódtak magasabbnak (3. ábra). Az első videófelvétel-páron szereplő női beszélő esetében átlagosan $6,4 \pm 1,9$ félhangot kaptunk a paternalisztikus és $6,8 \pm 1,4$ félhangot a betegcentrikus kondícióban. A második videófelvétel-pár női beszélője tágabb hangközökkel beszélt, az ő esetében átlagosan $7,2 \pm 2,3$ félhangnyi átlagos hangközt mértünk a paternalisztikus és $7,5 \pm 2,3$ félhangnyit a betegcentrikus helyzetben (3. ábra, bal oldali panel). A harmadik videófelvétel-pár férfi beszélőjének esetében az előbbi kommunikációs módban $6,4 \pm 2,9$ félhangnyi, az utóbbiban pedig $7,6 \pm 2,5$ félhangnyi átlagos hangközt mértünk. Végül a negyedik felvételpár férfi beszélőjének esetében ezek az értékek $7,2 \pm 2,9$ és $8,3 \pm 2,4$ félhangnak adódtak. Az egységesnek látszó tendenciák ellenére csak a harmadik felvételpáron mutatott ki szignifikáns eltérést a Wilcoxon-próba: $Z = -2,261, p = 0,024$.

3. ábra. A hangközértékek alakulása a gyógyító-páciens viszony típusa függvényében a női gyógyítók (balra) és a férfi gyógyítók (jobbra) esetében



4.2. A pragmatikai kutatások eredményei

A videokonzultációk korábbi, tágabb társalgáselemzési és pragmatikai szempontú elemzése – verbális és a nonverbális szinten egyaránt – több nyelvi-interakciós különbségre rámutatott a két kapcsolatépítési módban (Kuna, megj. a).

A különbségek a (kvázi)azonos szekvenciák pragmatikai szempontú elemzésekor is megmutatkoznak, amelyekre négy példapár elemzésén keresztül térünk ki a következőkben. Az egészségügyi szakember megnyilatkozásaiban megjelenő (kvázi)azonos részeket minden esetben félkövérrel emeljük ki, és tágabb nyelvi közegükben, egy beszédcselekvéshez kötődően mutatjuk be.⁵

Az (1a) és (1b) példa (2. táblázat) is jól szemlélteti, hogy a betegcentrikus kapcsolatépítési módban a gyógyító szakember kezdeményezi a verbális kommunikációt, és a kapcsolatfelvétel, valamint a terápiás beszélgetés megkezdése más kommunikatív aktusokban valósul meg, mint a paternalisztikusban. A pszichológus kommunikációjának beszédcselekvési sémáját, beszédaktusait a 3. táblázat foglalja össze.

⁵ Az itt bemutatott példák a jobb áttekinthetőség kedvéért nem FOLKER-átíratban, hanem az oktatókönyvben található lejegyzés szerint szerepelnek.

2. táblázat. Példa az eltérő kommunikációs módokra: az (1a) és (1b) dialógusrészlet

(1a) Paternalisztikus	(1b) Betegközpontú
<i>P.:</i> Jó napot kívánok! <i>Én</i> a Békési doktor urat keresem. <i>Psz.:</i> Én vagyok. Üdvözlöm! Békési Károly. <i>P.:</i> Baloghné Zombori Mária. <i>Psz.:</i> Foglaljon helyet, Marika! Mindig korábban érkezik? <i>P.:</i> Korábban? <i>Psz.:</i> Még csak most lesz, 3 perc múlva 5 óra. De semmi gond. Csak tudja, a viselkedésünkben mindennek jelentősége van. Érdemes odafigyelni. Nos, miben segíthetek? (V3P)	<i>Psz.:</i> Igen. Parancsoljon! <i>P.:</i> Jó napot kívánok! <i>Én</i> a Békési doktor urat keresem. <i>Psz.:</i> Én vagyok. Üdvözlöm! Békési Károly. <i>P.:</i> Baloghné Zombori Mária. <i>Psz.:</i> Foglaljon helyet! Hogyan szólíthatom? <i>P.:</i> Hát, általában Marikának szoktak. <i>Psz.:</i> Rendben, akkor én is így fogom. Nos. Miben segíthetek? (V3B)

3. táblázat. Az (1a) és (1b) dialógusrészletben az egészségügyi szakember beszédcselekvései

Paternalisztikus	Betegközpontú
• Bemutatkozás, identifikálás • Üdvözlés • Hellyel kínálás • Néven szólítás • „Számonkérés” • Pontos idő közlése • Kioktatás • Terápiás kezdőkérdés (támogatás felajánlása kérdésként)	• Beengedés • Bemutatkozás, identifikálás • Üdvözlés • Hellyel kínálás • Reflexió a megszólításra (kérdésként) • Reflexió a megszólításra (kijelentésként) • Terápiás kezdőkérdés (támogatás felajánlása kérdésként)

Az összehasonlítás rávilágít, hogy az interakció megkezdésében mindkét kapcsolatépítési módban megjelennek a norma szerint is elvárt, konvencionalizált beszédaktusok: köszönés, bemutatkozás, helytel kínálás. Ugyanakkor az is látható, hogy a betegközpontú kapcsolatépítésben több és más minőségű verbális aktus jelenik meg. A legnagyobb különbség a páciens megnevezésében, valamint a terápiás beszélgetés megkezdésében, az ehhez való átvezetésben figyelhető meg.

Az (1a) példában a páciens kezdeményezi a kommunikációt köszönéssel, valamint annak közlésével, hogy kihez érkezett, kit keres. Ezt a pszichológus válasza, köszönése és bemutatkozása követi; majd a következő fordulóban a páciens a teljes, hivatalos nevével mutatkozik be *Baloghné Zombori Máriaként*. A pszichológus helytel kínálja, és *Marikának* nevezi. Ezzel szemben az (1b) példában a pszichológus kezdeményezi verbálisan a beszélgetést (a páciens kopogására adott reakcióként). Ezt követően a köszönés, bemutatkozás ugyanúgy zajlik mindkét fél részéről, mint az (1a) jelenetben. A páciens hivatalos nevének elhangzását követően azonban a pszichológus expliciten rákérdez, hogyan szólíthatja, és miután a beteg erre válaszol,

szintén kifejtve meg is erősíti, hogy így fogja szólítani (*Rendben, akkor én is így fogom [szólítani]*).

A példák rámutatnak arra, hogy az (1a) dialógusban az egészségügyi szakember saját döntése alapján nevezi *Marikának* a páciensét anélkül, hogy bármilyen tudása lenne arról, hogyan viszonyul ehhez betege (kedveli, nem kedveli, családi körben szokta használni, személyeskedőnek tartja stb.). Az (1b) dialógusrészben a reflexiók révén a megszólításról folytatott egyezkedési folyamatok azonban explicit módon zajlanak. Így tudjuk, hogy a páciens *Marikának* szokták szólítani, és a pszichológus is ezt a megszólítást fogja alkalmazni.

Ugyan mindkét párbeszédben ugyanúgy szólítja az egészségügyi szakember a páciensét, a két explicit reflexió révén az (1b)-ben a páciensnek lehetősége van arra, hogy kifejezze attitűdjét arra vonatkozóan, hogyan szólítsák a konzultáción, anélkül, hogy az számára arcfenyegető lenne.⁶ Habár mindkét esetben aszimmetrikus viszonyról beszélhetünk – például *Karcsinak* arcfenyegetés kockázata nélkül nem szólíthatná a páciens a pszichológust –, eltérően valósul meg a kapcsolatépítés kezdeti szakasza, amelyben a kérdésként és megerősítő állításként megjelenő reflexiók nagy szerepet kapnak (l. bővebben Kuna és Hámori, 2019).

Továbbá központi jelentőségű a terápiás beszélgetés megkezdése is. Ez az orvoscentrikus kapcsolatépítési módban lényegében egy indirekt számonkéréssel kezdődik (*Mindig korábban érkezik?*), amely további verbális kifejtést is kap, lekezelően hat (*Semmi gond*), és kioktatásként működik. Így gyerekszerepbe, alárendelt helyzetbe pozicionálja a páciens *(Csak tudja, a viselkedésünkben mindennek jelentősége van. Érdemes odafigyelni.)*.

A konzultáció megkezdésének, a kapcsolatfelvételnek központi szerepe van a konzultáció további alakításában is, amely interaktív módon, dinamikusan valósul meg a konzultáció mikrokörnyezetében (Koerfer et al., 2018). A videók elemzése arra is rámutat, hogy a kapcsolatépítés alapvető hatást gyakorol a tudásmegosztás módjára és a terápiás cselekvések verbális megalkotására is. Ezt a második jelenet videóinak párbeszédrészelein keresztül mutatjuk be (2a–2b, 3a–3b). Ebben a jelenetben egy középkorú férfi egy lelettel érkezik a háziorvosához. Nincsen semmilyen problémája, kizárólag a jogosítványát szeretné meghosszabbítani. Ez számára kiemelten fontos, hiszen sofőrként dolgozik. A laborletet azonban azt mutatja, hogy megemelkedett a glükózsztintje, ami cukorbetegséghez vezethet. Ebben további veszélyeztető tényező, hogy a férfinak több családtagja cukorbeteg. A konzultáció kezdetén a doktornő a leletet tanulmányozza, és ennek az eredményeit, következményeit közli a pácienssel (2a–2b, 4. táblázat).

⁶ Az (1a) párbeszédben csak explicit kérésként fogalmazhatná meg a páciens, ha más megszólítási módot részesítene előnyben, pl. „Kérem, szólítson Máriának!”.

4. táblázat. Példa az eltérő kommunikációs módokra: a (2a) és (2b) dialógusrészlet

(2a) Paternalisztikus	(2b) Betegközpontú
D: Nos hát, nézzük csak, hmmm, hát ez egy kicsit magas. Magas a glükóz, hmmm, hiperglikémia, és a trigliceridben is van egy kis emelkedés. De egyébként rendben. Nos hát, Szalai úr, egy kis életmódváltásra lenne szükség. [...] P.: Szóval cukros vagyok. És most... injekciózni kell magam? D.: Most még nem... először megpróbálkozik az életmódváltással, diétával, testmozgással, és hogyha nem kielégítő a diéta, akkor vércukorcsökkentő tablettákat adunk. (V2P)	D.: Nos, nézzük, hát igen, látom, ühüm, hát ez egy kicsit magas, magas a glükóz. És a trigliceridben is van egy kis emelkedés, de egyébként rendben. Nos, Szalai úr, ugye van egy kis emelkedés a vércukorszintben, és enyhén a vérzsírszintben is. Ez most még nem jelent komoly problémát, de mindenesetre ahhoz, hogy ne legyen nagyobb baj, egy kis életmódváltásra lenne szükség. [...] P.: Értem. Szóval cukros vagyok. És most akkor injekciózni kell magam? D.: Nem. Először megpróbálkozik az életmódváltással... a diétával, a testmozgással. És hogyha nem kielégítő a diéta, akkor vércukorcsökkentő tablettákat adunk. (V2B)

A dialógusrészletekben a lelet értékelése és az abban tapasztalt eltérések tárgyalása áll a középpontban. A lelet megbeszélése a páciens számára kifejezetten kellemetlen. Ez annak is nagyban köszönhető, hogy a páciens a jogosítványát szeretné meghosszabbítani, tehát nem egy konkrét betegséggel vagy problémával érkezik a rendelésre. Váratlanul azonban mégis azzal szembesül, hogy nem teljesen egészséges, és attól fél, hogy nem hosszabbítják meg a jogosítványát, és így elveszítheti a munkáját. Az egyes dialógusrészekben megvalósuló nyelvi-kommunikatív cselekvéseket az 5. táblázat foglalja össze.

5. táblázat. A (2a) és (2b) dialógusrészletben az egészségügyi szakember beszédcselekvései

Paternalisztikus	Betegközpontú
- Figyelemirányítás közös cselekvésként (a lelet értelmezésének kezdete) - Leleteredmények megállapítása, kinyilatkoztatása - Az eredmények értékelése - Megszólítás - Javaslat (terápiás)	- Figyelemirányítás közös cselekvésként (a lelet értelmezésének kezdete) - Reflexió saját észlelésre (<i>látom</i>) - Leleteredmények megállapítása, kinyilatkoztatása - Az eredmények értékelése - Megszólítás - Ismétlés, összegzés - Magyarázat - Javaslat (terápiás)

A bemutatott párbeszéd-részben jól látható, hogy viszonylag magas a (kvázi)azonos szekvenciák megjelenése, ami azt is jelenti egyben, hogy a két kapcsolatépítési módban

a lelet értelmezése verbálisan hasonlóan történik. Kisebbségi eltérések azonban már itt is megfigyelhetők, ahogy azt a 4. táblázat is mutatja. Mindkét dialógus egy közös figyelmi jelenet helyzetének az explicit megalkotásával kezdődik (*nos, nézzük*), amely a lelet értelmezésére vonatkozó asszertívumokat vezeti be. Miután a leletben látott eredményeket a doktornő nyelviileg hozzáférhetővé teszi, értékeli, megszólítja páciensét. A paternalisztikus kapcsolatépítési módban azonnal terápiás javaslatot fogalmaz meg (*egy kis életmódváltásra lenne szükség*). Ezzel szemben a betegközpontú dialógusban ugyanazt a terápiás javaslatot ismétlés, összegzés, a terápiát indokló magyarázat előzi meg. Ennek része a jelen helyzethez való deiktikus lehorgonyozása (*ez most*), valamint a probléma mértékének és jövőbeli lehetséges következményeinek a tisztázása is (*még nem jelent komoly problémát; ahhoz, hogy ne legyen nagyobb baj*). Ezek a nyelvi aktusok a beteg nézőpontjának, valamint feltételezett gondolatainak és érzelmeinek a figyelembevételét is jelentik egyben, ami az egész konzultáció során érzékelhető. Ezt a (3a), (3b) példák is szemléltetik (6. táblázat).

A 6. táblázatban bemutatott dialógusrészletek rávilágítanak a páciens szubjektív és laikus elképzelésére a cukorbetegség és a cukorfogyasztás összefüggéseit tekintve, továbbá arra is, hogy nem érti, miért magasabb a vércukorszintje. A doktornő mindkét esetben orvos-szakmai magyarázatot ad a kiemelt (kvázi)azonos szekvenciák révén. A páciens videóbéli metakommunikációja, főként arckifejezése alapján egyértelműen megállapítható, hogy ezt a hozzáférhetővé tett szakmai tudást nehezen tudja befogadni, megérteni. A paternalisztikus kapcsolatépítési módban az orvos erre a nonverbális jelzésre nem reagál, és expliciten lezárja a magyarázatot (*Nos, hát, ennyi lenne*).

6. táblázat. Példa az eltérő kommunikációs módokra: a (3a) és (3b) dialógusrészlet

(3a) Paternalisztikus	(3b) Betegközpontú
P.: De hát én nem eszem semmiféle édességet, nem is szeretem, és mégis cukros lettem? D.: Most nem erről van szó, hanem az inzulinról. Az inzulin nem tudja kifejteni a megfelelően a hatását, ezért a glükóz felszaporodik a vérben. Nos hát, ennyi lenne. (V2P)	P.: De hát én nem eszem édességet, nem is szeretem! És mégis cukros lettem? D.: Hát itt nem erről van szó, hanem az inzulinról... az inzulin nem tudja megfelelően kifejteni hatását, ezért a glükóz felszaporodik a vérben. De ezzel kapcsolatban összegyűjtöttünk néhány könyvcímet. Itt vannak a brosrák, nézzük csak, itt össze vannak foglalva a tudnivalók, és esetleg beszerezheti valamelyik könyvet is, ha szüksége van rá. Ha pedig úgy érzi, hogy nehézséget okoz a diéta összeállítása, nyugodtan hívjon fel! Aztán ha elkezdí a diétát, akkor jöjjön vissza egy hónap múlva, és megnézzük, hogy hol tart! (V2B)

Ezzel szemben a betegközpontú kapcsolatépítési módban megtörténik a szakmai-laikus kódváltás (3b), hiszen a doktornő konkrét könyveket, broszúrákat ajánl, illetve ad át fizikailag is a megzavarodott páciensének, amelyekből feltételezhetően számos kérdésére választ kaphat hétköznapi nyelven. Ezen túlmenően felajánlja a segítségét a diéta összeállításával kapcsolatban, és a következő konzultáció időpontját is kijelöli. Mivel egy krónikusan fennálló problémáról van szó, amelyben a páciens terápiahűségének nagy szerepe van, ezek a támogató lépések kiemelt fontosságúak. Megfigyelhető, hogy a tudásmegosztásnak a módja – a páciens nonverbális kommunikációjára való reakció, a közös cselekvések, a támogatás explicit felajánlása, a páciens érzelmeinek és érzeteinek a figyelembevétele – egészen más kapcsolat építését teszi lehetővé az egészségügyi szakember és a páciens között, mint a paternalisztikus módban. Ez a beszédcselekvésekben is megmutatkozik (7. táblázat).

7. táblázat. Az (3a) és (3b) dialógusrészletben az egészségügyi szakember beszédcselekvései

Paternalisztikus	Betegközpontú
• Magyarázat • Lezárás	• Magyarázat • Információk átadása (fizikálisan is) • Segítség felajánlása • A következő találkozó egyeztetése • A lezárás előkészítése

Már az előző példákban is megmutatkozott, hogy a kapcsolatépítés nagyon szorosan összekapcsolódik a tudásmegosztással, amelynek fontos része a páciens tudásának hozzáférhetővé tétele is. Ez nem csupán a betegségére, állapotára vonatkozó tudást foglalja magában, hanem az érzéseket és érzeteket, az erre vonatkozó explicit vagy implicit reflexiókat is. Továbbá az is fontos szempont, hogy az egészségügyi szakember ezeket mennyire veszi észre, illetve milyen mértékben veszi figyelembe, hiszen ez nagy hatással van a további nyelvi cselekvésekre is (megnyugtató, megerősítő, empátia kifejezése, pszichoszociális beszélgetés stb.).

A (4a) és (4b) dialógusrészletei egy érzelmileg nehéz helyzetet mutatnak be a negyedik videó két jelenetében, amelyben egy állapotos, ideges és aggódó nő a gyermekorvoshoz érkezik influenzás panaszokkal. Attól tart, hogy kisgyermekétől – akivel a héten jártak a jelenetben szereplő gyermekorvosnál – elkapta az influenzát. A helyzet az orvos számára kellemetlen, és nem érti, hogy miért nem a felnőtt háziorvost, illetve a nőgyógyászt keresi fel a hölgy. A konzultáció egészében nagy különbségek mutatkoznak a kapcsolatépítés módjában a betegközpontú és a paternalisztikus módban (verbálisan és nonverbálisan egyaránt). Itt azonban csak a kiemelt részletre térünk ki.

8. táblázat. Példa az eltérő kommunikációs módokra: a (4a) és (4b) dialógusrészlet

(4a) Paternalisztikus	(4b) Betegközpontú
P.: De legalább annyit tessék megmondani, hogy a picire nem lesz-e ez valami káros hatással, hogy ez valami ismeretlen vírus, vagy.... D.: Azt se tudjuk, hogy milyen vírus. Már ha vírus egyáltalán. Láza volt? (V4P)	P.: Igen, igen. De legalább azt tessék megmondani, hogy a picire nem lesz-e ez valami káros hatással, hogy ha ez valami ismeretlen vírus. D.: Nézze! Azt se tudjuk, hogy vírus-e egyáltalán. De nyugodjon meg! Semmi baja nem lesz a picinek. Láza volt? (V4B)

A konzultáció ezen szakaszában a kismama páciens kifejti egyik legnagyobb aggodalmát. Attól fél ugyanis, hogy a kisbabájára káros hatással lehet a betegség, amelyet az ő szubjektív, laikus tudása szerint egy ismeretlen vírus okoz. Habár erre az aggodalomra az orvos részéről mindkét kapcsolatépítési módban viszonylag rövid reakció érkezik, nagy különbségek figyelhetők meg a megvalósuló nyelvi cselekvésekben (8. táblázat). A paternalisztikus módban a páciens laikus felvetésére, miszerint a betegséget egy ismeretlen vírus okozza, az orvos heves érzelmi reakcióval (hangosabban, mérges arckifejezéssel) és tagadással reagál (*Azt se tudjuk, hogy milyen vírus. Már ha vírus egyáltalán*). Ezzel a tagadással és azzal, hogy a páciens aggodalmára egyáltalán nem reflektál nyelviileg, lényegében figyelmen kívül hagyja a beteg érzelmeit. Ezt egy látványos „lenyugtató” célzó légzés követi, amely lényegében nyomatékot is ad megjelenő dühösségének, negatív érzelmeinek. A forduló lezárásaként az orvos egyfajta szakmai kötelességként teszi fel a kérdést, hogy volt-e láza a betegnek.

A betegcentrikus kapcsolatépítési módban a szóban forgó orvosi fordulóban több, a paternalisztikus példával (kvázi)azonos szekvencia is megtalálható, amely arra utal, hogy a szituáció nyelvi feldolgozásában több hasonlóság is megfigyelhető. Ugyanakkor ezek másfajta beszéd-cselekvésekbe ágyazódnak. Az orvos nyelvi tevékenysége egy, a beszédpartnert megszólító, az ő társas figyelmét „kérő” felszólítással kezdődik (*Nézze*). Ez bevezeti az ismeretlen vírus okozta betegségre vonatkozó információ szakmai tagadását, megkérdőjelezését. Ezt két explicit megnyilatkozás követi a páciens aggodalmára reakcióként. Az egyik a beteg érzelmi állapotára vonatkozó direktívum (*nyugodjon meg*), a másik egy ezt támogató asszertívum (*Semmi baja nem lesz a picinek*). A forduló ebben a párbeszédben is a kismama állapotára vonatkozó kérdéssel zárul, amely azonban teljesen más nonverbális aktusokban valósul meg (pl. előrehajolás, megértő arckifejezés).

9. táblázat. A (4a) és (4b) dialógusrészletben az egészségügyi szakember beszédcselekvései

Paternalisztikus	Betegközpontú
• Tagadás • Az aggodalom megkérdőjelezése / figyelmen kívül hagyása • Információkérés	• Megszólítás • Tagadás • Megnyugtató • Információkérés

5. Összegzés, kitekintés

Összességében megállapítható, hogy a betegcentrikus és a paternalisztikus kapcsolatépítési mód különböző nyelvi jellemzőkkel és mintázatokkal írható le, amelyek együttállásokat is mutatnak a verbális és a nonverbális kommunikációban egyaránt. Ezek a jellegzetességek a (kvázi)azonos szekvenciák elemzése során is megmutatkoztak.

A hangtani vizsgálat rámutatott arra, hogy az egyéni variancia a mért paraméterekben jelentősebben befolyásolta a szupraszegmentális szerkezet alakulását az egyes beszédmódokban, mint a gyógyítói attitűd és beszédmód. Volt olyan szereplő, akinek az artikulációs tempója a paternalisztikus, másoké a betegcentrikus módban volt gyorsabb, de egyik esetben sem érte el a különbség a szignifikáns mértéket. Az átlagos alaphangfrekvencia nem mutatott eltérést, a minimális és maximális alaphangfrekvencia távolsága, azaz a hangköz ugyanakkor minden felvételpárban a betegcentrikus helyzetben mutatott magasabb értékeket, a statisztikai vizsgálat ennek ellenére csak az egyik jelenet (V3) esetén mutatott szignifikáns különbséget a hangköz tekintve. Annak, hogy a statisztikai elemzés kevésbé vagy nem mutatott ki tendenciákat, az egyéni variancia mellett oka lehet a kis adatmennyiség is. A (kvázi)azonos szekvenciák csak a szövegek egy (viszonylag kis) részét teszik ki, ebből adódóan a szupraszegmentumok és más nonverbális eszközök szerepe kisebb, mint teljes szövegazonosság esetén lehetne. A színészek ugyanis a szövegük változtatásával is helyzetfüggő megoldásokhoz tudtak jutni, amint ezt a pragmatikai elemzés is mutatja, akár beszédcselekvések beszúrása vagy kihagyása, módosítása is rendelkezésükre állt lehetőségként.

Mindezek alapján az merül fel, hogy a további szupraszegmentális elemzésekhez célzott hangtani vizsgálatra készült felvételpárookra volna szükség, amelyek szövegszerűen azonosak. Még ebben az esetben is számolni kell ugyanakkor az egyéni beszélői stratégiákkal, ahogyan más kommunikációs funkciók esetén (a meggyőzés kapcsán lásd pl. Bata, 2006), azaz nem biztos, hogy az egyes beszélők hasonlóképpen módosítják a szupraszegmentális eszköztárat a beszédhelyzet függvényében. Teljes szövegazonosság esetén elemezhetővé válnának a szünetek is, a megfelelő minőségű hangfelvételek pedig a hangerősség, a zöngeminőség és más

finom fonetikai különbségek vizsgálatát is lehetővé tennék, amelyekből további következtetéseket vonhatnánk le.

Az elemzés arra is rámutatott, hogy a (kvázi)azonos szekvenciák nyelvi cselekvésekbe való ágyazódása is másként működik a két kapcsolatépítési mód esetében. A vizsgált mintában azt láthattuk, hogy a betegcentrikus kapcsolatépítési módban a konzultációk során az egészségügyi szakember tudásmenedzselése jóval nagyobb mértékben épít és reflektál a páciens laikus tudáselemeire és érzelmeire. Ennek megfelelően az azonos szekvenciákat is jóval gyakrabban előzi meg vagy követi magyarázat, ismétel, reflexió a szakkifejezésekre vagy a terápiás cselekvésekre, mint a paternalisztikus kapcsolatépítési módban. Megfigyelhető továbbá, hogy a betegcentrikus kommunikációban nagyobb szerepet kap az empátia, a megnyugtatás, az érzelmekre adott reakció nyelvi kifejezése; a több, páciens támogató udvariassági aktus használata; valamint a társalgás kezdetén az egészségügyi szakember kommunikációt kezdeményező szerepe. Ezzel szemben a paternalisztikus kapcsolatépítésben kevesebb az udvariassági aktus; gyakran hiányzik vagy kifejtetlen a magyarázat (pl. értelmezés nélkül maradnak szakszavak); jóval többször jelenik meg a direktív, előíró stílus (számonkérés, előírás, utasítás). A kétféle kapcsolatépítésben a szupraszegmentális szerkezethez és a beszédcselekvésekhez kapcsolódóan a testbeszéd is jelentős különbségeket mutatott, amelyre azonban itt csak utalásszerűen térünk ki.

A kutatás szimulált, fiktív diskurzusok elemzésén alapul, ami több társalgáselemzési és hangtani vizsgálat korlátját is jelenti egyben. Ugyanakkor a jelen elemzés számos olyan nyelvi jellemző felfedésére tett kísérletet, amelyek közelebb visznek a betegcentrikus és paternalisztikus kapcsolatépítési mód interakcióbeli működésének leírásához és ezáltal az eredményeknek az orvosi kommunikáció oktatásában való alkalmazásához is.

Irodalom

- Balint, M.** (1957). *The doctor, his patient and the illness*. London: Pittman.
- Bálint, K., Nagy, T. & Csabai, M.** (2014). The effect of patient-centeredness and gender of professional role models on trainees' mentalization responses. Implication for film-aided education. *Patient Education and Counseling*, 97, 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.005>
- Bata Sarolta** (2006). A meggyőzés a beszédprodukcióban és a beszédpercepcióban. *Beszédkutatás 2006*. 114–123.
- Beach, W. A.** (2013). Introduction. In Beach, W. A. (ed.), *Handbook of Patient-Provider Interactions*. New York: Hampton Press. 1–18.
- Bigi, S.** 2016. *Communicating (with) Care. A linguistic approach to the study of doctor-patient interactions*. Amsterdam, Berlin, Washington: IOS.
- Boersma, P. & Weenink, D.** (2021). Praat: doing phonetics by computer [Computer program]. Version 6.1.41, retrieved 25 March 2021 from <http://www.praat.org/>
- Boronkai Dóra** (2009). *Bevezetés a társalgáselemzésbe*. Budapest: Ad Librum.
- Cohen-Cole, S. A.** (ed.) 1991. *The medical interview: The Three Functional Approach*. St. Louis: MO, Mosby Year Book.

- Csabai Márta, Csörsz Ilona és Szili Katalin** (2009). *A gyógyító kapcsolat élménye. Kézikönyv és oktatólemez a kapcsolati készségek fejlesztéséhez*. Budapest: Oriold és Társa Kiadó.
- Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L.** (1992). Four Models of Physician-patient relationship. *The Journal of the American Medical Association*, 267/16, 2221–2226.
- Hall, J. A., Roter, D. L. & Rand, C. S.** (1981): Communication of affect between patient and physician. *Journal of Health and Social Behavior*, 22/1, 18–30.
- Hátori Ágnes** (2009). *A figyelem és a beszédaktusok összefüggései a társalgásban*. Doktori disszertáció. Budapest: ELTE.
- Heritage, J.** (2019). *The Expression of Authority in US Primary Care: Offering Diagnoses and Recommending Treatment*. Paper presented at the Georgetown University Round Table 2018. Approaches to Discourse (preprint).
- Heritage, J. & Maynard, D. W.** (eds.) 2006. *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: CUP.
- Koerfer, A. & Albus, C.** (Hrsg.) (2018). *Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung. Letöltés: <http://verlag-gespraechsforschung.de/2018/pdf/kommunikative-kompetenz.pdf>
- Koerfer, A. & Koerfer, K.** (2018). Dialogische Kommunikation und Medizin. In Koerfer, A. & Albus, C. (Hrsg.), *Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung* (262–365). Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung. Letöltés: <http://verlag-gespraechsforschung.de/2018/pdf/kommunikative-kompetenz.pdf>
- Koerfer, A., Reimer, T. & Albus, C.** (2018). Beziehung aufbauen. In Koerfer, A. & Albus, C. (Hrsg.), *Kommunikative Kompetenz in der Medizin: Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung. 814–851. Letöltés: <http://verlag-gespraechsforschung.de/2018/pdf/kommunikative-kompetenz.pdf>
- Kuckartz, U. & Rädiker, S.** 2019. *Analyzing qualitative data with MAXQDA. Text, audio, and video*. Cham: Springer.
- Kuna Ágnes** (2019). *Nyelv, meggyőzés, gyógyítás. A meggyőzés nyelvi mintázatai a 16–17. századi orvosi receptben*. Budapest: Tinta Könyvkiadó.
- Kuna Ágnes** (2020). Változás az orvos-beteg kommunikációban. Változó szemlélet, módszer és gyakorlat. *Magyar Nyelvőr*, 144/3, 280–303. <https://doi.org/10.38143/nyr.2020.3.280>
- Kuna Ágnes** (megj. a.). *Az orvos-beteg kommunikáció nyelvészeti elemzése. Elmélet, gyakorlat, módszer*. Budapest: Eötvös Kiadó.
- Kuna Ágnes és Hátori Ágnes** (2019). „Hallgatom, mi a panasz?” A metapragmatikai reflexiók szerepei és mintázatai az orvos-beteg interakciókban. In Laczkó Krisztina és Tátrai Szilárd (szerk.), *Kontextualizáció és metapragmatikai tudatosság* (260–283). Budapest: Eötvös Collegium.
- Kuna, Á. & Hátori, Á.** (forthc.). Metapragmatics and reflections in support of knowledge transfer and common ground in doctor-patient interaction. In Bigi, S. & Rossi, M. G. (eds.), *A pragmatic agenda for healthcare: fostering inclusion and active participation through shared understanding*. Amsterdam: John Benjamins.
- Kuna Ágnes és Domonkosi Ágnes** (2022): Társas deixis és a kapcsolatépítés az orvos-beteg interakcióban. In Laczkó Krisztina és Szilárd Tátrai (szerk.), *A deixis a magyar nyelvben* (251–278). Budapest: Eötvös Collegium.
- Linke, A. & Schröter, J.** (2017). Sprache in Beziehungen – Beziehungen in Sprache: Überlegungen zur Konstitution eines linguistischen Forschungsfeldes. In Linke, A. & Schröter, J. (eds.), *Sprache und Beziehung* (1–32). Berlin, Boston: de Gruyter.
- Nowak, P.** (2009). *Eine Systematik sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en. Metastudie über Diskursforschungen zu deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktionen*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Oláh Andor** (1986). „Újhold, új király!” (*A magyar népi orvoslás életrajza*). Budapest: Gondolat Kiadó.
- Parsons, T.** (1951). *The social system*. New York: Free Press.

- Schmidt, T. & Schütte, W.** (2010). An annotation tool for efficient transcription of natural, multi-party interaction. In Calzolari, N., Choukri, K., Maegaard, B., Mariani, J., Odjik, J., Piperidis, S., Rosner, M. & Tapias, D. (eds.), *Proceedings of the 7th International Conference on Language Resources and Evaluation (LREC' 10), May 19-21, 2010, Valletta, Malta*. 2091–2096.
- Szasz, T. S. & Hollender, M.** (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 97/5, 585–592.
- Tátrai Szilárd** (2017). Pragmatika. In Tolcsvai Nagy Gábor (szerk.), *Nyelvtan*. Budapest: Osiris. 899–1058.
- Vajda Beáta, Horváth Sarolta és Málovics Éva** (2012). Közös döntéshozatal mint innováció az orvos-beteg kommunikációban In Bajmócy Zoltán, Lengyel Imre és Málovics György (szerk.), *Regionális innovációs képesség, versenyképesség és fenntarthatóság* (336–353). Szeged: JATEPress.
- Wasserman, R. C. & Inui, T. S.** (1983). Systematic analysis of clinician-patient interactions: a critique of recent approaches with suggestions for future research. *Medical Care*, 21/3, 279–293.

A tanulmány elkészítését az NKFIH K 129040 számú pályázat (K. Á., M. A.), a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj (K. Á.), az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-21-5-ELTE-223 (K. Á.), valamint az Innovációs és Technológiai Minisztérium ELTE TKP2020-IKA-06 (K. Á.) pályázata támogatta.