

kunaagnes_215_24

Akadémiai doktori értekezés

Tézisfüzet

Kuna Ágnes

**Az orvos-beteg kommunikáció nyelvészeti
elemzése
Elmélet, gyakorlat, módszer**

Budapest

2024

„Történetileg olyan időszakot élünk, amikor a nyelvet tanulmányozó kutatások, amelyek tipikusan nem klinikai közegekből eredeztethetők (pl. nyelvészet, szociológia), új tanulási és megértési eszközt kínálnak az orvostudomány számára.”

(FRANKEL 2000: 100)

I. A KITŰZÖTT KUTATÁSI FELADAT RÖVID ÖSSZEFOGLALÁSA

Az orvos-beteg kommunikáció terápiában betöltött szerepének szisztematikus kutatása a 20. században kezdődött, és az 1960-as évektől vált igazán meghatározóvá. Azóta számos tudományos munka született a témában több tudományterületen is. Az elmúlt évtizedek arra mutatnak rá, hogy a nyelvhasználat alapú, funkcionális nyelvészeti irányzatok – kiváltképpen a társalgáselemzés, a pragmatika és a szociolingvisztika – kiemelkedően fontos, a gyakorlatban is jól alkalmazható eredményekkel tudják gazdagítani az egészségügyi kommunikáció vizsgálatát (Frankel 2000; Bigi 2016; Emmerton-Coughlin 2019). A szakirodalom alapján megállapítható, hogy az egészségügyi kontextusban zajló interakciókban három egymással szorosan összefüggő, kiemelt kommunikatív cél fogalmazódik meg: 1) az egészségügyi szakember és a páciense közötti tudásmegosztás; 2) a terápiás együttműködés, valamint a gyógyító kapcsolat kiépítése; 3) továbbá az ezekkel szoros kapcsolatban álló közös döntéshozatal támogatása (Wasserman–Inui 1983). Ezek jellemzően több lépésben, számos beszédaktus révén, dialogikusan szerveződnek, az interakcióban különböző beszédcselekvések, kommunikatív stratégiák mentén valósulnak meg.

A fentiekkel összefüggésben a doktori értekezésként benyújtott, az ELTE Eötvös Kiadó gondozásában megjelent monográfiám¹ két célt tűz ki. Egyrészt összefoglalja a nyelvészeti elemzések helyét, alakulását és jelentőségét az egészségügyi kommunikáció vizsgálatában, kiemelt figyelmet fordítva a nyelvészeti társalgáselemzés eredményeire és idevágó kutatásaira (Heritage–Maynard 2006), valamint a funkcionális pragmatika eredményeire (Verschuere 1999; Tátrai 2011). Másrészt magyar nyelvű anyagon végzett empirikus kutatásokon keresztül mutat rá a nyelvészeti megközelítés elméleti, gyakorlati és módszertani lehetőségeire spontán és tervezett interakciókat bevonva, valamint több módszert és kutatást támogató szoftvert alkalmazva.

Az értekezés újdonságai a következők: 1) Összegzően ismerteti az orvos-beteg kommunikációra vonatkozó nemzetközi és hazai kutatásokat, kiemelt figyelmet szentelve a nyelvészeti perspektívának. 2) Az egész munkát érintően szisztematikusán érvényesíti a

¹ A kötet elérhetősége: <https://www.eltereader.hu/kiadvanyok/https-www-eltereader-hu-media-2024-05-kuna-agnes-a-orvos-beteg-kommunikacio-web-pdf/> (Letöltés ideje: 2024. 05. 21.)

pragmatikai szemléletet, integrálva a társalgáselemzési jellemzőket és az érintkező tudományterületek eredményeit. 3) A vizsgálatok alapján bemutatja és összeveti a tervezett és spontán orvos-beteg konzultációk számos társalgási jellemzőjét. 4) Oktatóvideók anyagára építve részleteiben szemlélteti az orvos- és betegcentrikus kapcsolatépítési mód nyelvi és nonverbális jellemzőit, azok sémáit. 5) A diszkurzív jellemzőkön túl arra is rámutat egy videópáron alapuló kérdőíves és fókuszcsoportos vizsgálaton keresztül, hogy milyen attitűdök, reflexiók és értékelések jelennek meg különböző nyelvhasználói csoportokban az orvos- és betegcentrikus kapcsolatépítési módhoz kötődően. 6) A vizsgált anyagra vonatkozóan részleteiben ismerteti a kapcsolatépítés és a tudásszervezés interaktív startégiáit, különös hangsúlyt fektetve az attitűddeixis és a nyelvi reflektálás műveleteire. 7) Az empirikus elemzésekben többféle módszert alkalmaz, amelyeket egymás viszonyában, reflektív módon érvényesít. 8) Az elemzések mindegyike szoftverrel valósult meg (R szoftver, Praat, Folker, MAXQDA). Ezek támogatják a kvalitatív és kvantitatív szempontok érvényesülését.

A kötetben a célkitűzésekkel összhangban egy szakirodalmi áttekintésen alapuló általános kérdésre és további öt fő kérdésre kerestem a választ. Ezek a következők:

1. Milyen szerepet tölt be a nyelvészeti megközelítés az orvos-beteg kommunikáció – tágabban véve az egészségügyi kommunikáció – megismerésében, leírásában?
2. Milyen reflexív megnevezésekkel, illetve diszkurzív sémákkal jellemezhető a beteg- és az orvosközpontú interakció?
3. Milyen hangtani, pragmatikai és nonverbális jellemzők mentén írható le a beteg- és az orvosközpontú kapcsolatépítés?
4. Milyen társalgási jellemzőkkel bír az orvos-beteg konzultáció a különböző mértékben tervezett, illetve a spontán interakciókban (a valós orvos-beteg interakciók és az oktatóvideók viszonylatában)?
5. Milyen jellemző kommunikatív mintázatai vannak a kapcsolatépítésnek az orvos-beteg konzultáción?
6. Milyen összefüggést mutat a tudásmenedzsment és a nyelviileg kifejtett reflexió az orvos-beteg konzultáción?

Az értekezés empirikus fejezeteiben a fő kérdésekhez kapcsolódóan további rész kérdéseket és hipotéziseket fogalmaztam meg. Az ezekhez tartozó módszertani ismertetések minden esetben a vonatkozó fejezetben szerepelnek részletesen kifejtve. A kutatások elsődlegesen kvalitatív módszertannal készültek, de kvantitatív szempontok is érvényesülnek bennük.

II. AZ ELVÉGZETT VIZSGÁLATOK, KÍSÉRLETEK RÖVID LEÍRÁSA, MÓDSZER, FORRÁS

II.1. A vizsgálat anyaga

Az empirikus elemzések anyagát 24, hozzáférési alapú mintavétellel (Szokolszky 2004) gyűjtött konzultáció adja (4 háziorvosi konzultáció, 12 fogorvosi konzultáció, 8 oktatóvideó) megközelítőleg 300 perc és 974 forduló terjedelemben. Az anyag átírása Folker programmal valósult meg (Schmidt–Schütte 2010). A vizsgált minta jellemzőit részleteiben az értekezés *4. fejezete* mutatja be.

Az elemzett anyagban tehát spontán, valós, természetesen megvalósuló interakciók (Stivers–Sidnell 2013), valamint nagyfokú tervezettséggel jellemezhető oktatóvideók is szerepelnek (Csabai–Csörsz–Szili 2009). Ez utóbbiak esetében négy jelenet kétféle kapcsolatépítési módban, azaz orvos- és betegcentrikus módon is ki vannak dolgozva. Az egyes jelenetek valós helyzeteken alapuló, de fiktív, azaz színészek által eljátszott interakciók, amelyek a gyógyító szakember és a páciense közötti beszélgetés imitálása révén az orvos- és a betegcentrikus kommunikációs módban jellemzően aktiválódó sémákat jelenítik meg. A tipikus gyógyítói helyzeteket bemutató jeleneteket pszichológusok írták meg előre.

A bemutatott szempontok lehetővé teszik, hogy az anyag a spontán–tervezett, a valós–fiktív, valamint az orvos- és betegcentrikus változók mentén is összevethető legyen.

II.2. A vizsgálat menete, módszerei

A monográfia a bevezetéssel és az összegzéssel együtt tíz fő fejezetből áll, amely a célkitűzésekkel összhangban két nagyobb egységre oszlik. Az I. rész (*1–3. fejezet*) áttekinti az orvos-beteg kommunikáció kutatásának főbb állomásait; ismerteti a vizsgálat elméleti megközelítését; valamint bemutatja az egymással viszonyba hozott pragmatika és társalgáselemzés jellemzőit. A II. rész (*4–10. fejezet*) az orvos-beteg konzultációk elemzésére vonatkozó empirikus kutatásokat tartalmaz, melyekben kiemelt szerephez kerülnek a kapcsolatépítés és a tudásmegosztás diszkurzív jellemzői. A fejezetek tartalma összegzően, a módszerre fókuszálva az alábbiakban olvasható, a bemutatott kutatások eredményeit pedig részleteiben a III. pontban mutatom be.

A könyv *2. fejezete* áttekintést ad az orvosi nyelvről mint szaknyelvről, és ennek részeként az orvos-beteg kommunikáció helyéről. Majd ismerteti az orvos-beteg kommunikáció fő modelljeit és kutatási irányait, kiemelt szerepet szentelve a nyelvészeti elemzéseknek, azok elméleti, módszertani és alkalmazott aspektusainak. A fejezet külön kitér a magyarországi kutatásokra, beleértve a szövegtipológiai, pragmatikai, társalgáselemzési és korpusznyelvészeti kiindulású munkákat is.

Az áttekintést követően a **3. fejezet** bemutatja az empirikus elemzés elméleti hátterét: a funkcionális kognitív pragmatikát és a társalgáselemzést, illetve ennek keretében értelmezi az orvos-beteg konzultációt mint prototipikusan személyes, szóbeli, spontán interakciót, amelyben számos nyelvi és egyéb cselekvés valósul meg különböző mértékű ritualizáltsági fokon (pl. udvariassági aktusok, anamnéziszfelvétel). A konzultációk az ismétlődő cselekvések révén interakciós cselekvési mintázatokkal írhatók le, amelyek eseményszerű komplex sémákba, forgatókönyvekbe rendeződnek. Ezek a forgatókönyvek a diskurzusműfaj és a konzultációtípus leírásának is kereteként szolgálhatnak. A fejezet kitér továbbá az orvos-beteg konzultációk fő kommunikatív funkcióira, így a tudásmegosztás, a kapcsolatépítés és a közös döntéshozatal komplex, több irányból megközelíthető jelenségeire. A fejezet arra is rámutat, hogy a hatékony orvos-beteg kommunikáció több aspektus összefoglaló címkéje, amely számos rövid és középtávú hatást egyaránt magában foglal (pl. egészségügyi állapot, egyéni érzések, bizalom, megértés, öngondoskodás, szociális támogatás). E komplexitásnak a megragadásához adhat termékeny és jól alkalmazható elméleti keretet a funkcionális nyelvészet számos irányzata (Frankel 2000; Heritage–Maynard 2006), azon belül is elsődlegesen a kognitív vagy szociokognitív pragmatika (Cummings 2009, 2017; Bigi 2016).

Az elméleti és az empirikus rész között egyfajta átvezetésként jelenik meg a **4. fejezet**, amely összegzően reflektál az előzőleg bemutatott kutatások főbb gondolataira és vizsgálati lehetőségére. Tartalmazza továbbá a vizsgált mintát és az elemzett konzultációtípusokat, amelyekre az ezt követő empirikus fejezetek építenek. A vizsgált anyag személyesen megvalósuló orvos-beteg konzultációkból (hanganyagok), valamint színészekkel létrehozott oktatóvideókból áll, ami lehetővé teszi a valós és a különböző mértékben tervezett diskurzusok jellemzőinek az összevetését is. Az empirikus anyag elemzésében központi szerepet kap a módszertani reflektáltság, beleértve azt is, hogy a különböző típusú konzultációk milyen vizsgálatokat tesznek lehetővé.

Az empirikus elemzés az **5. fejezetben** az oktatóvideókhöz kapcsolódóan egy kérdőíves és egy fókuszcsoporthoz tartozó attitűdvizsgálattal kezdődik. A vizsgálatok arra mutatnak rá, hogyan értelmeznek, illetve értékelnek a befogadók egy háziorvosi konzultáción megvalósuló jelenetpárt, azaz ugyanannak a helyzetnek az orvos- és betegcentrikus feldolgozását – a megtekintés is ilyen sorrendben történt. A kérdőíves felmérés 163 adatközlővel valósult meg orvosok, asszisztensek, pszichológushallgatók, pszichológusok, gyógypedagógusok, valamint magyar szakos hallgatók bevonásával. A kérdőívben elsődlegesen nyitott végű kérdések szerepeltek mindkét videóra vonatkozóan külön-külön, illetve egymás viszonyában egyaránt. Kizárólag egy kérdés szolgáltat számszerű adatokkal, amelyben a résztvevők Likert-

skálán a kapcsolatépítés minőségét értékelték a két jelenetben. Ezen adatközlői minősítéseken statisztikai próbákat végeztem az R-szoftver segítségével (R Core Team 2022). Két, szakmai, illetve tanulmányi háttér szempontjából homogénnek tekinthető adatközlői csoportban – a orvosok és a magyar szakos hallgatók körében – részletes kvantitatív (Wilcoxon-, illetve Mann–Whitney-próbát) és kvalitatív összevető vizsgálatokat végeztem az adatközlői reflexiókban. A szöveges válaszokat a tartalomelemzés módszerével vizsgáltam, amelynek során a kategóriákat az anyagra támaszkodva hoztam létre, illetve a MAXQDA szoftver segítségével elemeztem (Kuckartz–Rädiker 2022). Kiemelt szempontként jelentek meg a két kapcsolatépítésre vonatkozóan az adatközlők megnevezései, a jelenetre vonatkozó címadások szemantikai és polarizálással összefüggő jellemzői, továbbá a verbális és nonverbális kommunikációhoz kapcsolódó reflexiók.

A kérdőíves felmérést kiegészítettem egy másik fókuszcsoportos attitűdvizsgálattal is, amelyet hat, magyarul egyáltalán nem beszélő, német anyanyelvű, társadalomtudományi területen dolgozó kutatóval végeztem el. A vizsgálat ZOOM-csatornán keresztül valósult meg, ahol a résztvevők magyar nyelven, felirat nélkül tekintették meg ugyanazokat a jeleneteket, amelyek a kérdőívben is szerepeltek – szintén orvos-, illetve betegcentrikus sorrendben. A megtekintést követően visszajelzést adtak a videóelemzés strukturált elsőmegtekintéses módszere alapján (Moritz 2014). A fókuszcsoportos vizsgálat célja az volt, hogy feltárjam a két kapcsolatépítési módhoz kötődő reflexiókat olyan helyzetben, amelyben a verbális csatorna (használt szavak, beszédaktusok, magyarázat módja stb.) egyáltalán nem vagy minimálisan kap szerepet.

Mindkét attitűdvizsgálat arra mutatott rá a felmérésbe bevont jelenetek alapján, hogy az egészségügyi szakember interakciós viselkedése (verbális és nem verbális szinten egyaránt) nagyobb mértékben befolyásolja a kapcsolat alakítását, mint a pácienseké. Ezt az adatközlői véleményt figyelembe véve a **6. fejezet** – szintén az oktatóvideók anyagára támaszkodva – azt a kérdéskört járja körül, hogy ugyanazt az alaphelyzetet feldolgozó konzultációk azonos vagy közel azonos megnyilatkozásai milyen szupraszegmentális, nonverbális, valamint pragmatikai jellemzőkkel írhatók le (Kuna–Markó 2023). A fejezet célja tehát az, hogy rámutasson a verbálisan azonos vagy majdnem azonos szekvenciák interakcióbeli működésére.

A hangtani elemzés kizárólag az egészségügyi szakember pácienshez intézett szövegréseire épült. Azok a megnyilatkozásrészletek lettek kiválasztva, 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. A videók Folker programmal lejegyzett szövege lett importálva a Praat 6.1.33 szoftverbe (Boersma–

Weenink 2021), ahol a beszédszakasz- és frázisszintű annotálás, valamint a mérések megvalósultak. Az alaphékvencia minimumának, maximumának, illetve átlagértékének (Hz) meghatározása frázisonként történt. Az időtartamadatok és a szótagszám alapján lett meghatározva a beszédrészek artikulációs tempója (szótag/s-ban); valamint az alaphékvencia minimum- és maximumértékei alapján a hangköz (a szélső értékek távolsága) értéke (félhangban). Statisztikai vizsgálat történt az artikulációs tempó, az átlagos alaphékvencia és a hangköz értékeire vonatkozóan, a videófelvétel-párokból kinyert adatok páros mintás Wilcoxon-próbával lettek tesztelve (SPSS 20).

A nonverbális kommunikáció kvalitatív szempontú vizsgálata az egészségügyi szakemberek fentiek alapján meghatározott azonos szövegrészeinek MAXQDA szoftverrel végzett vizsgálatával valósult meg. Az annotálás kiindulását Beck és munkatársainak (2002), valamint Németh T. és munkatársainak (2022) annotációs rendszere adta; továbbá támaszkodtam a nonverbális csatornák rendszerezésére is (Forgó 2011), ugyanakkor minden esetben az aktuális kontextust vettem alapul, és mindkét résztvevő nonverbális jelzéseit elemeztem. Így vizsgáltam a vokális jelzések esetében az érzékelt beszédtempót, a hangszínezetet, a háttércsatorna-jelzéseket (mint pl. a nevetés, hümmögés); továbbá a szem, a tekintet, a szemöldök, a fej, az arc, a száj mozgását és jellemzőit. Annotáltam a kéz és a törzs tartását, irányulásait, mozgásait, más tárgyakhoz való viszonyát, a térközszabályozásban betöltött szerepét.

A megnyilatkozások verbális jellemzőin alapuló pragmatikai elemzésnek is a (kvázi)azonos szekvenciák szolgáltak a kiindulópontjaként, ugyanakkor ezek vizsgálata tágabb nyelvi környezetükben, több társalgási fordulóban valósult meg. Nagy hangsúly helyeződött az egyes interakciós helyzetekben (bemutatkozás, terápiás megbeszélés stb.) realizálódó beszédaktusok összevetésére a két kapcsolatépítési módban.

A **7. fejezet** a társalgás szerveződésének kérdéseit mutatja be az oktatóvideók és a valós háziiorvosi rendelések konzultációiban. Az elemzésben központi szerepet kapott a fordulók száma, az egyes beszédegységek hossza, az egyszerre beszélések, a szünetek kvantitatív és kvalitatív jellegzetességei, valamint néhány nonverbális jellemző. A konzultáció kiemelt helyei az interakció kezdete és záró részei, így külön vizsgáltam a belebonyolódási, valamint kihátrálási szakaszok jellemzőit.

Meghatároztam a fordulók hosszát, illetve beszédmennyiségét is az egyes diskurzusokban. Ennek megfelelően a fordulók hosszát az egyes résztvevők által elmondott összes szó és az általuk produkált fordulósám hányadosaként határoztam meg. A szünetek hosszát a Folker program segítségével mértem, elkülönítve a 0,2 másodpercnél nem hosszabb mikroszüneteket

és a mért szüneteket.² Külön annotáltam a hangosabb belégzéseket, sóhajokat, az érthetetlen szövegrészeket. A szünetek vizsgálatában fontos szempont volt a társalgásban betöltött szerepük, így például a tagolás, a beszélőváltás, az érzelmileg terhelt helyzet. Jelöltem továbbá, hogy melyik résztvevő megnyilatkozásaiban fordulnak elő. A beszélőváltáshoz kötődő szüneteket (FTO) külön kezeltem. Elkülönítettem továbbá az orvosi vizsgálatához, valamint a dokumentációhoz, például leletolvasáshoz, dokumentumok írásához, nyomtatásához, egészségügyi adatok számítógépes rögzítéséhez kapcsolódó mért szüneteket is. Annak érdekében, hogy az egyes konzultációkban a szünetek hossza összevethető legyen, az egyes konzultációkhoz kötődően a mért szünetek százalékos arányát is megállapítottam a teljes konzultáció hosszához viszonyítva.

Az egyszerre beszélések annotálása során az átfedő beszédnek azokat az eseteit elemeztem, amikor a félbeszakító fél a beszédpartnertől átveszi a megnyilatkozási szerepet. Nem számítottam egyszerre beszélésnek, illetve félbeszakításnak a másik beszéde alatti hümmögéseket, köhögéseket, egyéb hangokat vagy rövid verbális visszajelzéseket (pl. *igen, igen, aha*), ezeket háttérzsúrnak-jelzésként értelmeztem. A félbeszakításokat az interakciós résztvevők szerint kvalitatív szempontból is vizsgáltam, valamint annotáltam, hogy azok kérdés vagy állítás típusúak, illetve, hogy együttműködő vagy zavaró félbeszakításokként jellemezhetők az interakcióban.

A konzultációk belebonyolódási és kihátrálási szakaszát a fordulók száma, valamint a beszédcselekvések és funkciók mentén vizsgáltam. A nyitó- és zárószakaszban az egészségügyi szakember és a páciens nonverbális jelzéseit a *6. fejezet*ben ismertetett, szakirodalmon és kontextuson alapuló kategóriák mentén annotáltam a MAXQDA programmal.

A *8. fejezet* a kötet szempontjából kiemelkedő fogalmat, a terápiás kapcsolatot, a terápiás szövetséget járja körül a konzultáció folyamatában. A kapcsolatépítés dinamikus és komplex folyamat, amely az interakcióban jön létre társas-kommunikatív cselekvések révén verbális és nonverbális szinten egyaránt (pl. köszönés, megszólítás; félbeszakítás, szünet, vokális jelzések, szemkontaktus, testtartás, érintés; az érzelmekről való kommunikáció; a tudás- vagy az időszervezés módja) (Koerfer et al. 2018). A kapcsolatépítés összetett viszonyrendszeréből a fejezet a társas deixis szisztematikus vizsgálatát valósítja meg az oktatóvideók és a házi orvosi konzultációk elemzésén keresztül. Így lehetőség nyílik a mintára vonatkozóan az orvos- és a betegközpontú, valamint a tervezett és a valós változatok összevetésére is. A jelenség kiválasztásának oka többek között az, hogy a társas deixis műveletének kiemelt, kulturálisan

² A *mikorszünet* (*micro pause*) és a *mért szünet* (*measured pause*) megnevezések a Folker program saját terminusai, és az időegységek is a programba vannak beépítve.

hagyományozódó szerepe van a kapcsolatépítésben azáltal, hogy a diskurzus értelmezésébe bevonja a résztvevők társas világát, vagyis azokat a kontextuális ismereteket, amelyek a beszédhelyzet személyközi viszonyainak a feldolgozásából származnak (Verschueren 1999; Tátrai 2011).

A konzultációk átírataiban MAXQDA programmal annotáltam formai és funkcionális szempontok szerint az összes olyan nyelvi konstrukciót, amelyek az interakció résztvevőikhez kötődnek, beleértve a lexikai és a grammatikai elemeket is. A két szempont párhuzamos elemzése lehetővé teszi a személyjelölés formai és funkcionális jellegzetességeinek az összevetését. A vizsgált mintában a társas deixis annotálása elsődlegesen kvalitatív elveket követ. A MAXQDA szoftver használata lehetővé teszi több elemzési szempont párhuzamos érvényesítését, valamint az egyes vizsgálati tényezők egymáshoz való viszonyának és esetleges együttállásainak a feltárását.

A személyközi viszonyok, a kapcsolatépítés modellezése céljából elemeztem a beszélőre és a beszédpartnerre (címezetre) utaló konstrukciók mindegyikét. Kódoltam azokat a grammatikai számot és személyt jelölő elemeket, amelyek deiktikusan a figyelmi jelenet résztvevőire vonatkoznak, azaz az inflexiók és névmási elemeket is (E/1., E/2., E/3., T/1., T/2., T/3.). Külön vizsgálati szempontként szerepelt, hogy az egyes személyjelölési módok hogyan vesznek részt a beszélő és a címzett ('én'-'te') viszonyának a megalkotásában, működésében, beleértve a névmási, morfoszintaktikai, továbbá a címzettek esetében a *tetszik* + infinitívuszos és vokatívuszos konstrukciókat is. Az igei konstrukcióhoz kötődő személyjelölésnél annotáltam az igeidőt is (múlt, jelen, jövő). A kapcsolatépítés szempontjából kiemelkedő jelentőségűek továbbá az attitűddeixis kategóriájába tartozó, a társas viszonyok rituáléit megteremtő elemek, mint például a köszönés, a bemutatkozás, az elköszönés. Ezeknek a diskurzusokban való előfordulásait a személyjelölés megvalósulásaival összefüggésben vizsgáltam (Kuna–Domonkosi 2022).

A **9. fejezet** az orvos-beteg interakció egyik fő funkcióját, a tudásmegosztást helyezi a középpontba. Ezen belül is azt vizsgálja, hogy milyen szerepet játszik a pragmatikai keretben értelmezett reflexív nyelvhasználat a tudásszervezés folyamatában. A kutatásban mind a három konzultációtípust bevonva (háziorsos, fogorvos, oktatóvideók), összesen 24 interakciót elemezve mutatom be a reflexív nyelvhasználat jellemzőit az explicitég és a folyamatban lévőség szempontjai szerint. Ennek megfelelően az elemzésben olyan megnyilatkozások (metapragmatikai reflexiók, metareflexív kommentek, utalások) annotálása történt meg, amelyekkel a beszélők – beleértve a pácienseket és az egészségügyi szakembereket egyaránt – explicit módon az éppen folyó diskurzusra, nyelvi és társas cselekvéseikre utalnak (Penz 2007).

Ezen túlmenően három kevésbé explicit metapragmatikai reflexió került bele az elemzésbe, mivel a tudásmegosztás, illetve -szervezés szempontjából fontosnak bizonyultak: az újrafogalmazások, továbbá az *ugye* és *jó* diskurzusjelölők. A vizsgálatba nem kizárólag a szűkebb értelemben vett metapragmatikai reflexiók lettek bevonva, hanem az olyan metareflexiók, illetve metakommentek is, amelyek a folyamatban lévő interakcióra és a közös alap kiépítésére vonatkoznak.

Az annotációs kritériumok kialakítása a fent bemutatott metareflexív kutatások eredményeire támaszkodik, ugyanakkor az elemzési kategóriákat a vizsgált anyag jellemzői határozták meg. Az elemzés kvalitatív módszerrel, a MAXQDA szoftver segítségével valósult meg, ami gyakorisági adatokkal is szolgált. Az első tesztek után az annotálást két kutató egymástól függetlenül végezte el, a kétértelmű esetek megvitatását követően egységes döntés született minden kifejezés elemzésekor (Kuna–Hámori 2023). Összesen 885 reflexív nyelvhasználati megnyilatkozás és további 97 udvariassági és egyéb kifejezés lett annotálva az egészségügyi szakemberek és a páciensek fordulóiiban három dimenzió mentén (Croft 1994): a TUDÁS, a CSELEKVÉS és az ÉRZELEM dimenziójában – utóbbi kiegészítve a fizikai érzetekkel.

A kategóriák gyakoriságát 1000 szövegszóra vetítve is megvizsgáltam az egyes konzultációtípusokban annak érdekében, hogy az eredmények összevethetőek legyenek. Ezen túlmenően az itt bemutatott kategóriák jellemzőit az egyes konzultációkban is elemeztem a MAXQDA szoftver dokumentumporté vizuális szemléltetőjének segítségével.

Az így elemzett 855 megnyilatkozásrészben tovább vizsgáltam az interakciók szereplőinek saját cselekvéseire vonatkozó reflexióit. A szintén MAXQDA szoftverrel végzett vizsgálat során 791 konstrukciót azonosítottam. Minden saját cselekvésre, mentális állapotra, érzelemre vonatkozó reflexió annotálásra került a résztvevői szereppel (egészségügyi szakember, páciens), valamint a formai jellemzőkkel együtt. Csak az expliciten jelölt E/1., illetve T/1. konstrukciók kerültek be az elemzésbe, a személytelen vagy egyéb vonatkozású konstrukciók nem. A saját cselekvésekre és mentális állapotokra vonatkozó utalások esetében megvizsgáltam, hogy milyen összefüggés mutatkozik a résztvevői szerepek és a reflexió dimenziói között.

III. AZ ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA

A kötetben elméleti és gyakorlati célkitűzések is megfogalmazódtak a II. pontban ismertetett fő kutatási kérdések mentén, amelyet az egyes fejezetekben széleskörű szakirodalomra támaszkodva, továbbá saját kutatási anyagra, hipotézisekre és vizsgálatokra alapozva

válaszoltam meg. Az alábbiakban ezekre reflektálva a korábban bemutatott empirikus elemzések eredményeit ismertetem, továbbá röviden kitérek azok alkalmazási lehetőségeire is.

III.1. Az orvosi nyelv mint szaknyelv, továbbá a nyelvészet szerepe az orvos-beteg kommunikáció kutatásában

Az *orvosi nyelv* címke komplex, egymással összefüggésben álló jelenségek összességét foglalja magában (tudományos nyelv; szakmai nyelvhasználat; közvetítőnyelv), amelynek csak egy kis részét képezi az orvos-beteg kommunikáció vizsgálata. A munka egészében megmutatkozott, hogy a használat alapú, funkcionális nyelvészeti irányzatok – főként a társalgáselemzés, a szociolingvisztika és a pragmatika – kiemelkedő szerepet kapnak jelenleg és a jövőben is az egészségügyi kommunikáció kutatásában. Ennek fő okai a következők. Egyrészt jól körülhatárolható és termékenyen működtethető kommunikációfogalmat kínálnak; másrészt részleteiben kidolgozott módszertant és eszköztárat adnak az interakciók átírására és elemzésére. Harmadrészt pedig azért, hogy valós nyelvhasználatra építenek, és annak a mentális, társas és kulturális jellemzőit is figyelembe veszik, alkalmas keretként működnek az interdiszciplináris együttműködés érvényesítésére.

A kötet áttekintést nyújt az orvos-beteg kommunikációra vonatkozó nyelvészeti irodalom eredményeiről – beleértve a magyar kutatásokat is –, továbbá következetesen érvényesíti a pragmatikai szemléletet. Ez szélesebb teret nyithat a társszakmák közötti együttműködések felé hazai viszonylatban is, ami azért is lehet termékeny, mert nemzetközi szinten az figyelhető meg, hogy jóval hatékonyabban és nagyobb mértékben épülnek be a nyelvészeti vizsgálatok az egészségügyi kommunikáció kutatásába, mint Magyarországon.

III. 2. Az orvos- és betegközpontú kapcsolatépítési mód sémái a reflexiókban és a diszkurzív működésben

Az oktatóvideókban szereplő konzultációpárok – egyfajta pragmatikai minimálpároként működve – lehetővé tették az orvos- és betegközpontú kapcsolatépítés sematikus megvalósulásainak közvetlen összevetését. Ez azért jelentős, mert más típusú anyagon hasonló, közvetlen elemzésre nincs lehetőség. Az attitűdvizsgálatok eredményeként megállapítható, hogy az orvos- és betegcentrikus kapcsolatépítési mód a nyelvhasználók több csoportjában – egészségügyi képzettségtől függetlenül – számos tényező együttállása révén jól elkülöníthető egymástól. Ez a reflexív megnevezésekben és minősítésekben (pl. *alá-fölérendelt, negatív, paternalista* vs. *egyenragú, partneri, jó*), az interakciós viselkedésre vonatkozó visszajelzésekben, továbbá a számszerű értékelésekben is megmutatkozik.

A kérdőíves felmérés kvantitatív eredményei alapján az látható, hogy a két kapcsolatépítési módban az egészségügyi szakember és a páciens közötti viszony egy erősen polarizált – egy pozitív és egy negatív végpont közötti – skálán jellemezhető leginkább. A 163 adatközlő kvantitatív visszajelzései ugyanarra a konzultációra vonatkozóan szignifikáns különbséget mutattak. Az egyes jelenetekre vonatkozó minősítések két csomópont mentén összetartottak, annak ellenére, hogy kimutathatók voltak egyéni eltérések a kapcsolat értékelésére vonatkozóan.

A szöveges értékelések kvalitatív elemzése alapján a kapcsolatépítés értékelése a válaszokban a kommunikáció verbális és nonverbális tényezőihez kötődött (pl. szakszavak használata, magyarázat, a kapcsolatfelvétel verbális és nem verbális megvalósulása, köszönés, kéznyújtás, szemkontaktus, testbeszéd, hangszínezet). Az egyes adatközlői csoportok között a hasonlóságokon túl eltérések is mutatkoztak, ami azzal is összefügg, hogy az adatközlők az egészségügyi szakember vagy a páciens szerepével tudtak nagyobb mértékben azonosulni. Ez a bevonódás nyelvi konstrukciókban (pl. T/1. használat) is megmutatkozott.

A fókuszcsoportos felmérésben hasonló erőteljesen polarizált minősítések jelentek meg a két jelenetre vonatkozóan. A vizsgálat rámutat többek között arra, hogy az interperszonális viszony értelmezésében, illetve értékelésében kiemelt szerepet kap a nonverbális csatorna, azaz a konzultáció multimodális jellege. Hiszen ebben a vizsgálatban a verbális kommunikáció megértése nélkül is kirajzolódott a kétfajta kapcsolatépítés sematikus mintázata.

Ez arra is ráirányítja a figyelmet, hogy érdemes az orvos-beteg konzultációt annak multimodális tulajdonságaival együtt vizsgálni, vagy az oktatás során akár a nonverbális csatornának a jelzéseire koncentrálni érzékenyítő feladatokat végezni, mivel ezek aktív és fontos szerepet játszanak a jelentés-létrehozásban és a kapcsolatépítésben. A hasonló vizsgálatok, illetve az oktatás során végzett gyakorlatok az interkulturális kompetenciák fejlesztésére is alkalmasak lehetnek.

III. 3. A beteg- és az orvosközpontú kapcsolatépítés hangtani, pragmatikai és nonverbális jellemzői

Az oktatóvideók diskurzusai lehetőséget adnak a beteg- és orvosközpontú kapcsolatépítés mód sematikus, diszkurzív jellemzőinek a leírására és összevetésére. Ennek vizsgálatát az egészségügyi dolgozók (kvázi)azonos megnyilatkozásainak hangtani, pragmatikai és a nonverbális csatornákra vonatkozó elemzése révén valósítottam meg, amelyek a két kapcsolatépítési módban megfigyelhető együttállásokra, mintázatokra világítanak rá.

A szupraszegmentális jellemzők vizsgálata arra mutatott rá, hogy annak ellenére, hogy a két kapcsolatépítési mód diskurzusaiban vannak észlelhető, érzékelhető különbségek az egészségügyi szakemberek kommunikációjában, mégsem állapítható meg olyan mérhető jellemző, amely egyértelmű mutatója lenne a kapcsolatépítés módjának. Az elemzés alapján az egyes beszélőknél az egyéni variancia nagy jelentősége mutatkozik meg. Az átlagos alaphangfrekvencia nem mutatott eltérést a beteg-, illetve orvosközpontú módban, a hangköz ugyanakkor minden felvételpárban a betegközpontú helyzetben mutatott magasabb értékeket. Szignifikáns eltérés azonban csak egy konzultációpár esetén mutatkozott. Az eredményeket befolyásolta a hangfelvételek minőségén túl az is, hogy viszonylag kevés elemezhető szöveget tettek ki a (kvázi)azonos szekvenciák.

Az azonos szövegrészek nonverbális jelzéseinek elemzése alapján megállapítható, hogy az orvos- és a betegközpontú kapcsolatépítésben vannak tendenciaszerű együttállások. Az előbbiben gyakori a szemkontaktus kerülése, a merev, távolságtartó testtartás, a kéznyújtás hiánya, az ideges, unott hang és arckifejezés. Ezzel szemben a betegközpontú kapcsolatépítésben közelítő viselkedés figyelhető meg. Ennek indikátorai az előredőlő testtartás, a barátságos arcjáték és tekintet, a szemkontaktus felvétele és megtartása, több mosoly és bólogatás, továbbá a kedvesebb hangszínezet. Ezek a jellemzők a szakirodalomban dokumentált mintázatokkal is összetartanak (Beck et al. 2002), annak ellenére, hogy a nonverbális jelzések használatában a színészek saját értelmezése is helyt kapott a jelenetek szövegeinek kötöttségével szemben. A nonverbális megvalósításra vonatkozóan ugyanis nem kaptak utasítást, így ezeknek a jelzéseknek egyfajta laikus értelmezése és kivitelezése lényegében összhangban állt a tudományos eredményekkel.

A pragmatikai elemzés alapján a fentiekkel szoros összefüggésben az volt látható, hogy a (kvázi)azonos szövegrészeknek az interakciós beágyazódása nagy különbségeket mutat a két kapcsolatépítési módban. Az oktatóvideókban a betegközpontú konzultációkban az egészségügyi szakember interakciós viselkedése jóval nagyobb mértékben épített a páciens által megosztott tudásra és érzelmekre. Az is megfigyelhető volt, hogy a paternalisztikus kapcsolatépítésben az egészségügyi szakember stílusa jóval direktívebb, utasítóbb volt; kevesebb udvariassági aktus fordult elő; hiányzott vagy kifejtetlen maradt a verbális magyarázat, továbbá több arcfenyegető beszédaktus jelent meg (pl. számonkérés).

III. 4. A spontán vs. tervezett, illetve a valós vs. fiktív interakciók társalgási jellemzői

A valós házi- orvosi konzultációk és az oktatóvideók összevetése révén lehetőség nyílt a spontán–tervezett, valós–fiktív változó közvetlen vizsgálatára. Az elemzés alapján elmondható,

hogy a két kapcsolatépítési módban, valamint a valós és a tervezett interakciókban tendenciaszerű különbségek figyelhetők meg a vizsgált diskurzusokban.

A szünetek konzultációtípustól függetlenül sokféle funkcióval jelentek meg a vizsgált anyagban (pl. beszédtagolás, bizonytalanság, beszélőváltás). A hosszabb, mért szünetek szoros összefüggést mutattak az interakcióban megvalósuló cselekvésekkel (pl. beengedés, leletolvasás, dokumentálás). Ugyanakkor az oktatóvideókban gyakran érzelmileg terhelt helyzethez is kötődtek (pl. aggodalom, bizonytalanság), ami a valós háziiorvosi interakciókban nem volt jellemző. Ezek a konzultációkon a szünetek hossza a terápiás cselekvésekkel függött össze (pl. vérnyomásmérés, számítógépbe rögzítés, leletolvasás).

Az egyszerre beszélésekre vonatkozóan is különbségek voltak megfigyelhetők a két konzultációtípusban. Az oktatóvideókban az átfedő beszédrészek nagyon ritkán jelentek meg. Ezek az esetek az orvosközpontú jelenetekhez köthetők és arcfenyegető, zavaró aktusként voltak értelmezhetők, valamint leginkább az egészségügyi szakember megnyilatkozásaiban jelentek meg. Ezzel szemben a valós háziiorvosi rendeléseken a 70 átfedő beszédrész legnagyobb része kooperatív, állítás típusú volt, a leggyakrabban válaszként valósult meg, és a páciensek kezdeményezték. Ezek az eredmények hatással lehetnek az oktatásra is, illetve újabb oktatóvideók létrehozására, hiszen az egyszerre beszélések komplexebb működésébe adnak betekintést.

A vizsgálat arra is rámutatott, hogy a társalgásszerveződésben a kezdő- és zárószakasz kiemelt helynek számít. Az oktatóvideókban belül a két kapcsolatépítésben különbségek mutatkoztak. A betegközpontú diskurzusokban a társalgást az egészségügyi szakember kezdeményezte a szemkontaktus felvételével és fenntartásával együtt. Az orvosközpontú jelenetekben minden esetben a páciens jelent meg kezdeményező félként. A háziiorvosi konzultációkban a kezdőszakasz vizsgálatára nem volt lehetőség, mivel az a rendelőn kívül valósult meg.

A társalgás záró szakaszára vonatkozóan megállapítható, hogy a betegközpontú kapcsolatépítésben kifejtettebben, több fordulóban valósult meg jellemzően más nyelvi cselekvésekkel összekapcsolódva (pl. ismétlés, összegzés, jövőre vonatkozó feladatok, köszönet). Ez a fajta interakciólezárás hasonlóságot mutat a háziiorvosi konzultációk kihátrálási szakaszával. A valós interakciókban az is megfigyelhető volt, hogy a köszönet- és az elköszönés típusú zárás is megjelent.

Az oktatóvideókban lehetőség nyílt a belebonyolódási és kihátrálási szakasz nonverbális jellemzőinek vizsgálatára is, ami a korábbi eredményeket új meglátásokkal egészítette ki. Megállapítható, hogy az egészségügyi szakember verbális és nonverbális kommunikációja

hatással van a páciensek viselkedésére. A betegközpontú jelenetekben a páciensek több pozitív visszajelzése adatható (pl. mosoly, bólintás), míg az orvosközpontú helyzetekben több esetben jelentek meg intenzívebb negatív érzések (félelem, düh).

III. 5. A kapcsolatépítés kommunikatív mintázatai az orvos-beteg konzultáción

Az attitűddeixis műveletének nyelvi és funkcionális vizsgálata arra mutatott rá, hogy a társas deixis művelete sokrétűen vesz részt az egészségügyi kontextusban megvalósuló interakciókban. Az is elmondható továbbá, hogy a szerepviszonyok nyelvi megalkotása szorosabb összefüggést mutat az egészségügyi szakember és a páciense közötti viszonytal, azaz általánosabban véve az orvos-beteg konzultáció diskurzusműfajával, mint az interakciók jellegével (valós háziorvos rendelés vs. oktatóvideó).

Az elemzés alapján megállapítható, hogy a vizsgált mintában a személyjelölés és ezzel szorosan összefonódva az attitűdjelölés a magyar nyelv jellegzetességével összhangban a leggyakrabban inflexiós morfémák révén valósult meg, a legtöbb esetben jelen idejű igei konstrukciókban, mind a páciensek, mind az egészségügyi szakemberek megnyilatkozásaiban. Ezen túlmenően és jóval kisebb arányban megjelentek a névmási, névszói, valamint a címzettek esetében a *tetszik* + infinitívusz és a vokatívuszi konstrukciók is. A vizsgált anyagban az egészségügyi szakember és a páciense között kizárólagosan a nemtegező V-forma fordult elő.

A beszélői szerepek megalkotásában mindkét interakcióbeli résztvevőnél az egyes szám első személyű konstrukciók fordultak elő legmagasabb arányban. Ez a páciensek esetében 96% volt, míg az egészségügyi szakemberek megnyilatkozásaiban az E/1. formák (59%) mellett a T/1. alakok is gyakran fordultak elő (41%). Ezek vonatkozása lehetett a páciens és orvos közös tevékenysége, az orvos és más orvosok, esetenként a rendelői vagy gyógyítói gyakorlat, valamint az orvos tevékenysége közösként konstruálva. A páciensek ritkán használtak T/1. konstrukciókat beszélői szerepük megalkotására. Az alacsony számú előfordulás (4%) jellemzően a páciens és családjának közösségére vonatkozott. Az első személyű beszélői megnyilatkozások szemantikailag lényegében kijelölték a tipikus szerepeket és tevékenységeket. A páciensek jellemzően a betegségükkel és betegútjukkal kapcsolatos vagy a terápiához kötődő mindennapi cselekvéseiket, érzelmeiket, fizikai érzeteiket, bizonytalanságukat jelenítették meg az interakcióban a társas deiktikus elemek, főként igei konstrukciók révén. A névszói szerkezetek pedig pszichoszociális viszonyaikat aktiválták (család, munka). Ezzel szemben az egészségügyi szakemberek a terápiára vonatkozó gondolatokat, tudást, értést, valamint cselekvéseket tették hozzáférhetővé. Ez utóbbi gyakran jelent meg többes szám első személyben.

A vizsgált mintán végzett kutatások lényegében alátámasztották a szakirodalomban is leírt tipikus sémákat a szerepviszonyokkal összefüggésben (páciens – *szenvedek*; egészségügyi szakember – *gondolkodom*; közösen – *cselekszünk*; Skelton et al. 2002). Ugyanakkor arra is rámutattak, hogy a magyar nyelv esetében a névmások korlátozott hozzáférést biztosítanak az interakciós szerepek nyelvi megalkotásához, így mindenképpen többféle konstrukció vizsgálata szükséges. A megállapítás nem korlátozódik az orvos-beteg konzultációra, hanem más diskurzusműfajok, interakciók vizsgálatára is érvényes (pl. politikában a perszonalizáció vizsgálatában).

A beszédpartner nyelvi megalkotása kapcsán az látható, hogy a páciensek kifejezetten ritkán szólították meg, illetve jelölték nyelvileg explicit módon beszédpartnerként az orvost, illetve pszichológust. Az egészségügyi szakemberek a páciensek megszólításakor a leggyakrabban a névmás nélküli E/3. igealakot használták. Ezen túl az *ön*, *maga* névmás és a *tetszik* + infinitívusz alak jelent meg. Ezekről tendenciaszerű megállapítás az alacsony számú előfordulás miatt nem tehető. Az *ön* és *maga* névmás egyaránt semleges, udvarias használatban jelent meg, a tetszikelés esetében pedig a résztvevők stílusbeli egyezkedése, egymásra hangolódása volt megfigyelhető. Vokatívuszi konstrukció kizárólag az oktatóvideókban fordult elő, és csak kevés esetben.

A vizsgálat rámutatott, hogy a társas deixis művelete sokrétűen vesz részt a kapcsolatépítés egészségügyi kontextusában. Az is elmondható, hogy a két konzultációtípusban nem voltak számottevő eltérések. Tehát a társas deixis működése inkább függött a résztvevői szerepektől, mint a konzultációtípustól a vizsgált anyagban. Azt is láthattuk, hogy a megszólítások működésének reprezentatív leírásához jóval nagyobb és szélesebb körű, különböző területi egységeket magában foglaló, megfigyeléseken és attitűdfelméréseken alapuló vizsgálatra lenne szükség.

III. 6. A nyelvi reflektálás szerepe a tudásmenedzsmentben az orvos-beteg konzultáción

A kutatás a háziiorvosi, a fogorvosi konzultációk és az oktatóvideók elemzése alapján rámutatott, hogy a tudásszervezés és kapcsolatépítés sokrétű és összetett folyamat, amelyben a reflexiók és a személyjelölés módozatai komplex módon vesznek részt, beágyazódva az interakciós és társas viszonyokba és cselekvésekbe.

A vizsgálat alapján megállapítható, hogy a metareflexiók kiemelkedő szerepet töltenek be a tudás megosztásában, koordinálásában és az interakció szervezésében az orvos-beteg konzultáción. A közös alap (*common ground*) szekvenciálisan megvalósuló létrehozásában több dimenzió mentén vált leírhatóvá a reflexív nyelvhasználat. A tartalomra, megértésre, az

interakció szervezésére, valamint az érzelmekre és érzetekre vonatkozó reflexiók egymással szorosan összekapcsolódva, mindkét résztvevői szerep nyelvi tevékenységében megjelentek. Ugyanakkor az elemzett anyag tanulsága szerint a metareflexiók nagyobb arányban fordultak elő az egészségügyi szakemberek megnyilatkozásaiban, mint a páciensekében. Az interakciós szerepek mentén kirajzolódott, hogy a páciensek a reflexióik révén gyakrabban vonták be fizikai érzeteiket, félelmeiket, bizonytalanságukat és terápiás cselekvéseiket az interakcióba – jellemzően E/1.-ben konstruálva. Az egészségügyi szakemberek mentális állapotaikra, gondolataikra, közléseikre, saját és közös cselekvéseikre reflektáltak. Az érzésekre, érzetekre vonatkozó utalás az egészségügyi szakemberek kommunikációjában jellemzően személytelen módon jelent meg legtöbbször az empátia jelzőjeként; a páciensek nyelvi tevékenységében pedig önmagukhoz jelölten (E/1.) lehorgonyozva a közös tudás fontos részeként.

A vizsgálat arra is rámutatott, hogy a különböző konzultációtípusokban eltérések mutatkoznak a reflexiók dimenzióinak és típusainak gyakoriságában, összefüggésben a konzultációk céljaival, jellegével és a kapcsolatépítés módjával egyaránt. Így a háziorvosi konzultációkon a többi konzultációtípushoz képest magasabb volt az ismétlés, az összefoglalás, valamint a jóváhagyást váró visszakérdezés aránya. A fogorvosi konzultációkon a magyarázat és a saját cselekvésre, valamint a páciens érzeteire történő reflektálás jelent meg a leggyakrabban. Ez összefüggésben állt a fogorvosi konzultáció eredendően aszimmetrikus kommunikatív helyzetével, ahol a páciens jellemzően nonverbális jelzésekkel tud kommunikálni a kezelés során (pl. kézemelés, pislogás). Az említett reflexiók révén a megosztott információk a közös tudás részévé válnak, amely nemcsak a tudásbeli aszimmetriát csökkentheti, hanem a kapcsolatépítésre is pozitívan hathat. A harmadik konzultációtípusban, azaz az oktatóvideókban a metapragmatikai reflektálás magas aránya volt megfigyelhető, ami jellemzően sematikusabb megvalósulásokkal jelent meg (*értem, mondom, kérdezem*).

A vizsgált minta alapján az volt látható, hogy a valós interakciókban az egészségügyi szakemberek megnyilatkozásaiban gyakran fordult elő a saját cselekvésre történő reflexió, amely fontos interakciószervező szereppel is bírt. A háziorvosi kommunikációban a dokumentálásra, terápiára, a fogorvosi konzultáción a kezelés menetére vonatkozóan jelent meg. Az ilyen típusú utalások a tudásmegosztás révén hozzájárulhatnak az aszimmetria csökkentéséhez, továbbá a közös jelleget erősíthetik azáltal is, hogy sok esetben T/1. formában valósulnak meg. Ezáltal a kapcsolatépítésnek is fontos részét képezik.

Összegzően megállapítható, hogy az értekezésként benyújtott kötet valós orvos-beteg konzultációk és oktatóvideók kvalitatív és – kisebb részben – kvantitatív elemzésével

hozzájárul az orvos-beteg konzultáció diskurzusműfajának interakciós működésének jobb megértéséhez; rámutat az egyes konzultációtípusok közötti kommunikatív különbségekre; valamint a tervezett, fiktív, illetve spontán, valós egészségügyi kontextusban megvalósuló konzultációk sematikus jellemzőire. A kötet egésze épít az orvos-beteg kommunikációval foglalkozó interdiszciplináris kutatások eredményeire, a társalgáselemzés módszertanára, ugyanakkor kiemelten a nyelvészeti, azon belül a pragmatikai szemléletet érvényesíti számos módszer és kutatástámogató szoftver reflektált használatával.

A kötetben bemutatott kutatások ugyan kisebb mintán megvalósuló „mélyfúrás”-ok, mégis számos új eredményt hoznak, amelyek egy része alkalmazott aspektussal is bír. Továbbá rámutatnak arra, hogy a nyelvészeti elemzések azon túl, hogy új szemléletmódot, perspektívát kínálnak (Emmerton–Coughlin 2019), egyfajta hídként is képesek működni az egyes társszakták kutatásai és eredményei között.

Hivatkozott irodalom

- Beck, Rainer S. – Daughridge, Rebecca – Sloane, Philip D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of American Board of Family Practice* 15(1). 25–38.
- Bigi, Sarah (2016), *Communicating (with) Care. A linguistic approach to the study of doctor-patient interactions*. IOS, Amsterdam – Berlin – Washington.
- Boersma, Paul – Weenink, David (2021). *Praat: doing phonetics by computer* [Computer program]. Version 6.1.41. <http://www.praat.org/> (Letöltés ideje: 2021. március 25.)
- Croft, William (1994): Speech act classification, language typology and cognition. In: Tsohatsidis, Savas L. (ed): *Foundations of speech act theory. Philosophical and linguistic perspectives*. Routledge, London. 460–478.
- Cummings, Louise (2009). *Clinical Pragmatics*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Cummings, Louise (ed) (2017). *Research in clinical pragmatics*. Springer, Dordrecht.
- Csabai Márta – Csörsz Ilona – Szili Katalin (2009): *A gyógyító kapcsolat élménye. Kézikönyv és oktatólemez a kapcsolati készségek fejlesztéséhez*. Oriold és Társa Kiadó, Budapest.
- Emmerton-Coughlin, Heather (2019). Functional linguistics: the lens and the looking glass. *Medical Education* 53(12). 1167–1175.
- Forgó Sándor (2011). *A kommunikációelmélet alapjai*. EKKE, Eger.
- Frankel, Richard M. (2000). The (socio)-linguistic turn in physician-patient communication research. In: Alatis, James E. – Hamilton, Heidi E. – Tan, Ai-Hui (eds): *Linguistics, language and professions*. Georgetown University Press, Georgetown. 81–103.

- Heritage, John – Maynard, Douglas W. (eds) (2006). *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Koerfer, Armin – Reimer, Thomas – Albus, Christian (2018). Beziehung aufbauen. In: Koerfer, Armin – Albus, Christian (Hrsg): *Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*. Verlag für Gesprächsforschung, Göttingen. 815–851.
- Kuckartz, Udo – Rädiker, Stefan (2019). *Analyzing qualitative data with MAXQDA. Text, audio, and video*. Springer, Cham.
- Kuna Ágnes – Domonkosi Ágnes (2022). Társas deixis és kapcsolatépítés orvos-beteg konzultációk oktatóvideóiban. In: Laczkó Krisztina – Tátrai Szilárd (szerk.): *Tanulmányok a deixisről*. ELTE Eötvös József Collegium, Budapest. 251–278.
- Kuna, Ágnes – Hámori, Ágnes (2023). Metapragmatics and reflections in support of knowledge transfer and common ground in doctor-patient interaction. In: Bigi, Sarah – Rossi, Maria G. (eds): *A pragmatic agenda for healthcare: fostering inclusion and active participation through shared understanding*. John Benjamins, Amsterdam – Philadelphia. 200–226.
- Kuna Ágnes – Markó Alexandra (2023). Betegközpontú és paternalisztikus kapcsolatépítés az orvos-beteg viszonyban. A kapcsolatépítés pragmatikai és szupraszegmentális jellemzői. *Alkalmazott Nyelvtudomány* 23(1) különszám: 96–115.
- Moritz, Christine (2014). Vor, hinter, für und mit der Kamera: Viergliedriger Video-Analyserahmen in der Qualitativen Sozialforschung. In: Moritz, Christine (Hrsg): *Transkription von Video- und Filmdaten in der Qualitativen Sozialforschung*. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Németh T. Enikő – Szabó Éva – Császár Dorina – Gera Renáta – Béres Tamara (2022). Esettanulmány a vizuális modalitású nem verbális viselkedés multimodális kommunikációban betöltött szerepéről. *Jelentés és Nyelvhasználat* 9(1). 59–87.
- Penz, Hermine (2007). Building common ground through metapragmatic comments in international project work. In: Bublitz, Wolfram – Hübler, Axel (eds): *Metapragmatics in use*. John Benjamins, Amsterdam. 263–292.
- R Core Team (2022). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/> (Letöltés ideje: 2022. november 28.)
- Schmidt, Thomas – Schütte, Wilfried (2010). An annotation tool for efficient transcription of natural, multi-party interaction. In: Calzolari, Nicoletta – Choukri, Khalid – Maegaard,

- Bente – Mariani, Joseph – Odjik, Jan – Piperidis, Stelios – Rosner, Mike – Tapias, Daniel (eds): *Proceedings of the 7th International Conference on Language Resources and Evaluation (LERC'10), 19–21 May 2010*. Valletta, Malta. 2091–2096.
- Stivers, Tanya – Sidnell, Jack (2013). Introduction. In: Sidnell, Jack – Stivers, Tanya (eds): *The handbook of conversational analysis*. Wiley-Blackwell, Chichester. 1–8.
- Skelton, John R. – Wearn, Andy M. – Hobbs, Richard FD (2002). 'I' and 'we': a concordancing analysis of how doctors and patients use first person pronouns in primary care consultations. *Family Practice* 19(5). 484–488.
- Szokolszky Ágnes (2004). *Kutatómunka a pszichológiában: Metodológia, módszerek, gyakorlatok*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Tátrai Szilárd (2011): *Bevezetés a pragmatikába*. Tinta Könyvkiadó, Budapest.
- Verschueren, Jef (1999). *Understanding pragmatics*. Arnold, London – New York – Sydney – Auckland.
- Wasserman, Richard C. – Inui, Thomas S. (1983). Systematic analysis of clinician-patient interactions: a critique of recent approaches with suggestions for future research. *Medical Care* 21(3). 279–293.

IV. A DOKTORI MŰ TÉMAKÖRÉBŐL KÉSZÜLT SAJÁT PUBLIKÁCIÓK

IV.1. A modern kori orvosi nyelvre, egészségügyi kommunikációra vonatkozó kutatások

- Kuna Ágnes (2024). *Az orvos-beteg kommunikáció nyelvészeti elemzése: Elmélet, gyakorlat, módszer*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Kocsis Dóra – Csabai Márta – Kuna Ágnes (2023). Az öngazolás szerepe és jellemzői egészségügyi dolgozók konfliktusaiban. *Alkalmazott Pszichológia* 23(1). 7–25.
- Kuna Ágnes – Csontos Nóra (2023). A konfliktus mint narratív újrakonstruálás. A KÖZLÉS hozzáférhetővé tétele az egészségügyi dolgozók konfliktushelyzeteinek elbeszéléseiben. *Alkalmazott Nyelvtudomány* 23(1) különszám: 35–51.
- Kuna Ágnes – Markó Alexandra (2023). Betegközpontú és paternalisztikus kapcsolatépítés az orvos-beteg viszonyban. A kapcsolatépítés pragmatikai és szupraszegmentális jellemzői. *Alkalmazott Nyelvtudomány* 23(1) különszám: 96–115.
- Kuna Ágnes (2023). Az orvos-beteg konzultáció mint társalgás – Spontán és tervezett diskurzusok. In: Horváth Viktória – Dér Csilla Ilona – Hámori Ágnes – Krepsz Valéria (szerk.): *Empirikus társalgáskutatás Magyarországon*. HUN-REN Nyelvtudományi Kutatóközpont, Budapest. 211–244.

- Kuna, Ágnes – Hámori, Ágnes (2023). Metapragmatics and reflections in support of knowledge transfer and common ground in doctor-patient interaction. In: Bigi, Sarah – Rossi, Maria Grazia (eds): *A Pragmatic Agenda for Healthcare: Fostering inclusion and active participation through shared understanding*. John Benjamins. Amsterdam. 200–226.
- Kuna Ágnes – Ludányi Zsófia (2023). Terminológiai elvek az orvosi szaknyelvben és a gyógyító kommunikációban. Problémák, tendenciák, ideológiák. In: Prószéky Gábor (főszerk.): Fóris Ágota – B. Papp Eszter – Bölcskei Andrea – Lipp Veronika (szerk.): *A magyar terminológiastratégia kialakítása: Zöld könyv*. Nyelvtudományi Kutatóközpont, Budapest. 109–134.
- Kuna Ágnes (2022). Az orvos-beteg kommunikáció kutatása és a nyelvészet. In: Deme Andrea – Kuna Ágnes (szerk.): *Tanulmányok a nyelvészet alkalmazásainak területéről*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 41–71.
- Kuna, Ágnes – Bochatay, Naike – Kim, Sara – Csabai, Márta (2022). Being in the same boat, in two ways: Conflict metaphors in health care. In: Brdar, Mario – Brdar-Szabó, Rita (eds): *Figurative Thought and Language in Action*. John Benjamins, Amsterdam. 259–284.
- Kuna, Ágnes – Scarvaglieri, Claudio (2022). Practices of relationship building in Hungarian primary care: Communicative styles and intergenerational differences. In: Scarvaglieri, Claudio – Graf, Eva-Maria – Spranz-Fogasy, Thomas (eds): *Relationships in Organized Helping*. John Benjamins, Amsterdam. 221–241.
- Kuna Ágnes – Domonkosi Ágnes (2022). Társas deixis és kapcsolatépítés orvos-beteg konzultációk oktatóvideóiban. In: Laczkó Krisztina – Tátrai Szilárd (szerk.): *Tanulmányok a deixisről*. ELTE Eötvös József Collegium, Budapest. 251–278.
- Bochatay, Naike – Kuna, Ágnes – Csupor, Éva – Pintér, Judit Nóra – Muller-Juge, Virginie – Hudelson, Patricia – Nendaz, Mathieu R. – Csabai, Márta – Bajwa, Nadia M. – Kim, Sara (2021). The Role of Power in Health Care Conflict: Recommendations for Shifting Toward Constructive. Approaches. *Academic Medicine* 96(1). 134–141.
- Kuna Ágnes – Mány Dániel (2021). „Rák, tumor, NPL”. A betegtájékoztató szövegtípusának terminológiai kérdései. In: Fóris Ágota – Bölcskei Andrea (szerk.): *Tartalomfejlesztés és dokumentáció. Nyelvészeti kutatások*. Károli Gáspár Református Egyetem, L’Harmattan Kiadó, Budapest. 361–386.
- Kuna, Ágnes – Domonkosi, Ágnes (2020). Social meanings of the Hungarian politeness marker *tetszik* in doctor-patient communication. *Acta Universitatis Sapientiae Philologica* 12(3). 88–104.

- Kuna Ágnes (2020). Változás az orvos-beteg kommunikációban: Változó szemlélet, módszer és gyakorlat. *Magyar Nyelvőr* 144(3). 280–303.
- Kuna Ágnes – Hámori Ágnes (2019). „Hallgatom, mi a panasz?” A metapragmatikai reflexiók szerepei és mintázatai az orvos-beteg interakciókban In: Laczkó Krisztina – Tátrai Szilárd (szerk.): *Kontextualizáció és metapragmatikai tudatosság*. Eötvös József Collegium, Budapest. 215–239.
- Kuna Ágnes – Ludányi Zsófia (2019). Terminológiai elvek az orvosi szaknyelvben és a gyógyító kommunikációban. In: Fóris Ágota – Bölcskei Andrea (szerk.): *Terminológiastratégiai kihívások a magyar nyelvterületen*. L'Harmattan Kiadó, Országos Fordító és Fordításhitelesítő Iroda Zrt., Budapest. 120–139.
- Bölcskei Andrea – Szoták Szilvia – Kuna Ágnes (2018). Szaknyelvi kommunikáció, terminológia: egy kerekasztal-beszélgetés tanulságai. In: Bódi Zoltán – Sz. Hegedűs Rita – Szöllősy-Sebestyén András (szerk.): *Magyar szaknyelvek a Kárpát-medencében. A MANYE és a Magyar Nyelvstratégiai Intézet által 2017. január 17–19-én rendezett nemzetközi magyar szaknyelvi konferencián elhangzott előadások kötete*. Magyar Alkalmazott Nyelvészek és Nyelvtanárok Egyesülete, Tinta Könyvkiadó, Magyar Nyelvstratégiai Intézet, Budapest. 141–152.
- Csupor Éva – Kuna Ágnes – Pintér Judit Nóra – Kaló Zsuzsa – Csabai Márta (2017). Konfliktustípusok és konfliktuskezelés magyar egészségügyi dolgozók körében. *Orvosi Hetilap* 158(16). 625–633.
- Kuna Ágnes (2017). „Dokiduma – betegbeszéd”: Mit mond az orvos és mit ért a beteg? *Magyar Orvosi Nyelv* 17(2). 96–97.
- Kuna Ágnes (2016). A pozitív kommunikáció szerepe a korai és a mai orvoslásban: Meggyőzés és gyógyítás. *Élet és Tudomány* 71(50). 1582–1583.
- Kuna Ágnes (2016). Hogy tetszik lenni? Hogy vagyunk, hogy vagyunk? A közelítés nyelvi stratégiái az orvos-beteg találkozáson. *Magyar Orvosi Nyelv* 16(2). 75–79.
- Kuna, Ágnes (2016). Person deixis and self-representation in medical discourse: Usage patterns of first person deictic elements in communication by doctors. *Jezyk Komunikacja Informacja / Language Communication Information* 11. 99–121.
- Kuna Ágnes (2016). Személydeixis és önreprezentáció az orvos-beteg találkozáson: Az első személyű deiktikus elemek mintázatai az orvosi kommunikációban. *Magyar Nyelvőr* 140(3). 316–332.
- Domonkosi Ágnes – Kuna Ágnes (2015). A tetszikelés szociokulturális értéke: A tetszikelő kapcsolattartás szerepe az orvos-beteg kommunikációban. *Magyar Nyelvőr* 139(1). 39–63.

- Kuna Ágnes (2015). Kommunikáció és gyógyítás: Csak pozitívan!!! *Élet és Tudomány* 70(37). 1174–1175.
- Kuna, Ágnes (2015). Régi és modern betegségneveink. *Élet és Tudomány* 70(43). 1354–1356.
- Kuna Ágnes (2014). „Húzza össze a görcs!”, avagy a „Pickwick-szindróma szálljon rá!” A régi és a modern betegségneveink jellegzetességei. *Magyar Orvosi Nyelv* 14(2). 91–94.
- Kuna Ágnes (2014). Csak pozitívan!!! *Mindennapi Pszichológia* 4(4). 48–50.
- Kuna Ágnes – Kaló Zsuzsa (2014). Az orvos-beteg kommunikáció a családorvosi gyakorlatban. In: Veszelszki Ágnes – Lengyel Klára (szerk.): *Tudomány, technolektus, terminológia: a tudományok, szakmák nyelve: „Diskurzusok a szakmai diskurzusról. A tudományok, szakmák nyelvének leírása”*. Éghajlat Könyvkiadó, Budapest. 117–130.

IV.2. Az orvosi nyelv alakulástörténetére vonatkozó kutatások

- Kuna Ágnes (2024). *Fejezetek a receptirodalom történetéből: A 16–17. századi magyar orvosi recepthagyomány nyelvészeti megközelítése*. Szépirodalmi Figyelő Alapítvány, Budapest.
- Kuna, Ágnes (2022). Persuasion in Hungarian medical recipes. In: Taavitsainen, Irma – Hiltunen, Turo – Smith, Jeremy J. – Suhr, Carla (eds): *Genre in English Medical Writing, 1500–1820: Sociocultural Contexts of Production and Use*. Cambridge, University Press Cambridge. 231–253.
- Kuna Ágnes (2019). *Nyelv, meggyőzés, gyógyítás: A meggyőzés nyelvi mintázatai a 16–17. századi orvosi receptben*. Tinta Könyvkiadó, Budapest.
- Kuna, Ágnes (2018). Patterns of persuasion in Hungarian medical discourse domain from the 16th and 17th centuries. In: Jana, Pelclová – Wei-Lun, Lu (eds): *Persuasion in Public Discourse: Cognitive and functional perspectives*. John Benjamins, Philadelphia, Amsterdam. 21–42.
- Kuna Ágnes (2017). Az ellentétes értékek szerepe a meggyőzésben: Korpusz és kvalitatív szoftverelemzés. In: Gecső Tamás – Szabó Mihály (szerk.): *Az ellentét nyelvi és nonverbális kifejezésének lehetőségei.*, Kodolányi János Főiskola, Tinta Könyvkiadó, Budapest. 58–65.
- Kuna Ágnes (2017). Az orvosi recept mint szövegtípus a 16–17. században 2. rész. *Magyar Nyelv* 113(1). 27–41.
- Kuna, Ágnes (2017). Die sprachlichen Muster von Anweisungen in ungarischen medizinischen Rezepten des 16.–17. Jahrhunderts. In: Riecke, Jörg (Hrsg.): *Sprachgeschichte und Medizingeschichte Texte – Termini – Interpretationen*. Berlin, De Gruyter Mouton. 195–210.
- Kuna Ágnes – Kocsis Zsuzsanna – Ludányi Zsófia (2017). A Magyar orvosi nyelvi korpusz 16–17. századi alkorpusza: Tervezet, átírás, annotálás. In: Forgács Tamás – Németh Miklós –

- Sinkovics Balázs (szerk.): *A nyelvtörténeti kutatások újabb eredményei IX.* Szegedi Tudományegyetem, Szeged. 239–253.
- Kuna Ágnes (2016). A Magyar orvosi nyelv korpusza. *Magyar Orvosi Nyelv* 16(1). 27–31.
- Kuna Ágnes (2016). Az orvosi recept mint szövegtípus a 16–17. században: A szövegtípus kognitív megközelítési lehetősége 1. rész. *Magyar Nyelv* 112(4). 385–400.
- Kuna, Ágnes (2016). Genre in a functional cognitive framework: Medical recipe as a genre in 16th and 17th century Hungarian. In: Stukker, Ninke – Spooren, Wilbert – Steen, Gerard (eds): *Genre in Language, Discourse and Cognition*. De Gruyter, New York, Berlin. 193–224.
- Kuna Ágnes (2014). Betegségkoncepciók a 16–17. századi orvosi receptek meggyőző részeiben In: Laczkó Krisztina – Tátrai Szilárd (szerk.): *Elmélet és módszer: Nyelvészeti tanulmányok*. ELTE Eötvös József Collegium, Budapest. 209–222.
- Kuna Ágnes (2014). Betegségkoncepciók a 16-17. századi orvosi receptek meggyőző részeiben. In: Veszelszki Ágnes – Lengyel Klára (szerk.): *Tudomány, technolektus, terminológia: a tudományok, szakmák nyelve: „Diskurzusok a szakmai diskurzusról. A tudományok, szakmák nyelvének leírása”*. Éghajlat Könyvkiadó, Budapest. 141–152.
- Kuna, Ágnes (2014). Illness-conceptions in the persuasive sections of Hungarian medical recipes from the 16th and 17th centuries. In: Hilpert, Martin – Flach, Susanne (eds): *Yearbook of the German Cognitive Linguistics Association, Volume II*. De Gruyter Mouton, Berlin. 51–68.
- Kuna, Ágnes (2014). Strategies of persuasion in a 16th century Hungarian remedy book. In: Ana, Diáz Negrillo – Francisco – Pérez, Javier Diáz (eds): *Specialisation and Variation in Language Corpora*. Peter Lang, New York, Wien, Berlin, Oxford, Frankfurt am Main, Bern, Brussels. 89–215.
- Kuna, Ágnes (2014). The conception of diseases in the persuasive sections of Hungarian medical recipes from 16th and 17th centuries. In: Polzenhagen, Frank – Kövecses, Zoltán – Vogelbacher, Stefanie – Kleinke, Sonja (eds): *Cognitive Explorations into Metaphor and Metonymy*. Peter Lang, New York, Wien, Berlin, Oxford, Bern, Bruxelles, Frankfurt am Main. 197–214.
- Kuna Ágnes (2013). Meggyőzési stratégiák az Ars medicában (1577k.). In: Forgács Tamás – Németh Miklós – Sinkovics Balázs (szerk.): *A nyelvtörténeti kutatások újabb eredményei VII.* Szegedi Tudományegyetem, Szeged. 105–124.
- Kuna, Ágnes (2013). Stylistic patterns in 16th and 17th c. medical recipes: Historical stylistic analyses from a cognitive linguistic perspective. *Studia Linguistica Hungarica* 28. 167–192.

- Kuna Ágnes (2012). A magyar orvosi receptek alakulása a társadalmi és a kulturális tényezők függvényében a 16. századtól napjainkig. In: Balázs Géza – Veszelszki Ágnes (szerk.): *Nyelv és kultúra, kulturális nyelvészet*. Magyar Szemiotikai Társaság, Budapest. 156–162.
- Kuna Ágnes (2012). Stílusmintázatok a 16–17. századi orvosi receptekben: Történeti stilisztikai elemzés kognitív nyelvészeti keretben. In: Tátrai Szilárd – Tolcsvai Nagy Gábor (szerk.): *A stílus szociokulturális tényezői: Kognitív stilisztikai tanulmányok*. ELTE, Budapest. 303–345.
- Kuna Ágnes (2011). A XVI–XVII. századi orvosi receptek történeti-kognitív pragmatikai megközelítése. In: Bakró-Nagy Marianne – Forgács Tamás (szerk.): *A nyelvtörténeti kutatások újabb eredményei VI*. Szegedi Tudományegyetem, Szeged. 141–155.
- Kuna Ágnes (2010). A korai orvosi receptekben fellelhető beszédaktusok kognitív pragmatikai megközelítésben. In: Illés-Molnár Márta – Kaló Zsuzsanna – Klein Laura – Parapatics Andrea (szerk.): *Félúton 5: az ELTE BTK Nyelvtudományi Doktori Iskolájának konferenciája*. L'Harmattan Kiadó, ELTE BTK Nyelvtudományi Doktori Iskola, Budapest. 109–128.
- Kuna Ágnes (2009). Az instrukció funkcionális pragmatikai vizsgálata a 17. századi orvosi receptekben. In: Keszler Borbála – Tátrai Szilárd (szerk.): *Diskurzus a grammatikában – grammatika a diskurzusban*. Tinta Könyvkiadó, Budapest. 332–342.
- Kuna Ágnes (2009). Az orvosi vény alakulása a kezdetektől napjainkig. In: Balázs Géza – H. Varga Gyula (szerk.): *Ikonikus fordulat a kultúrában*. Magyar Szemiotikai Társaság, Líceum Kiadó Budapest, Eger. 401–410.
- Kuna Ágnes (2008). Az orvosi recept mint szövegtípus a 16. századtól napjainkig. In: Tátrai Szilárd – Tolcsvai Nagy Gábor (szerk.): *Szöveg, szövegtípus, nyelvtan*. Tinta Könyvkiadó, Budapest. 270–278.
- Kuna Ágnes (2007). Az orvosi receptről: Beszélt nyelvi elemek a 16–17. századi receptekben. *Magyar Nyelvőr* 131(4). 470–479.