

ETO: 811.511.141  
81'276:618.2  
DOI: 10.19090/hk.2023.4.89-105

ORIGINAL SCIENTIFIC PAPER

MARTHY Annamária

Semmelweis Egyetem Szaknyelvi Intézet  
Budapest, Magyarország  
marthy.annamaria@semmelweis-univ.hu

## A SZÜLÉSNŐ-SZÜLŐ NŐ INTERAKCIÓ NYELVÉSZETI ELEMZÉSI LEHETŐSÉGEI

A potential linguistic analysis of the midwife–woman-  
in-labour interaction

Mogućnost lingvističke analize interakcija između  
babica i porodilja

A nemzetközi szakirodalomban már a nyolcvanas évektől jelen vannak azok az empirikus kutatások, amelyek az orvos-beteg kommunikációt a konverzációelemzés eszközeivel vizsgálják. A kutatások elsősorban az általános orvosi ellátások körében folytak, de az egészségügy speciális területeire is kiterjedtek. Kutatásomban az orvos-beteg kommunikáción belül szülésznő-szülő nő interakciót vizsgálom a konverzációelemzés eszközeivel együttműködési stratégiák tükrében. A vizsgálat korpuszát szülésznő-szülő nő közötti beszélgetések diktafonos rögzítés után az ALRITE szoftverrel átírt párbeszédei alkotják. Az elvégzett szakirodalmi kutatás tanúsága szerint még nem volt az együttműködés elemzés fókusza a szülésznő-szülő nő párbeszédek vizsgálatának, ezért remélhetőleg hozzájárul majd az egészségügyi kommunikáció egy speciális területének alkalmazott nyelvészeti elemzéséhez. A tervezett kutatás további célja, hogy a vizsgálatok révén kapott eredmények segítséget nyújtsanak egy az Egészségtudományi Karon alkalmazandó MID szaknyelvi tananyag kidolgozásához. *Kulcsszavak:* konverzációelemzés, orvos-beteg kommunikáció, szaknyelv, szuggesztív kommunikáció, tananyagfejlesztés

### *Bevezetés*

Tanulmányomban ismertetem egy tervezett empirikus kutatás elméleti keretét, az orvos-beteg kommunikáció, ezen belül a szülésznő-szülő nő kommunikáció

sajátosságait, felvázolom a kutatás anyagát, módszerét, a kutatási kérdéseket és a várható eredményeket.

A kutatás elméleti hátterét a konverzációelemzés (KE) adja. A konverzációelemzés a verbális interakció szerkezetét, hétköznapi beszélgetéseket vizsgál empirikus módon (Ten Have 2005), a nyelvészet bizonyos más tudományaival ellentétben nem a hagyományos nyelvtudományban gyökerezik, hanem egy szociológiai diszciplína, a nála kb. tíz évvel korábban megjelent etnometodológia (EM) egyik ágának, az etnometodológiai konverzációelemzésnek a továbbfejlődése (Iványi 2001). Egyszerű empirikus módon, természetes hétköznapi beszélgetések rögzítésének és elemzésének segítségével a verbális interakció szerkezetét vizsgálja. Kutatásának középpontjában annak ábrázolása áll, hogy a beszélgetőpartnerek hogyan hoznak létre újból és újból, a beszélt nyelv szabályozottsága alapján, a szabályrendszer elemei segítségével szituációkat, s ezáltal hogyan reprodukálnak bizonyos értelemben vett absztrakt intézményszerű formákat.

A Harold Garfinkel (1967, 1972) nevéhez fűződő EM tudománya a gyakorlati gondolkodás hétköznapi módszereit kutatja. A beszédbe elegyedés, a beszélőváltás, a beszédlezárás stratégiáit tanulmányozva arra a megállapításra jut, hogy a beszélgetések célja a valóság létrehozása és fenntartása, vagyis nem a szociális környezet határozza meg mindennapi cselekedeteinket, hanem azok által alakul ki a minket körülvevő szociális világ. Az etnometodológiai konverzációelemzés során a kutatások tárgya általában a természetes közegben zajló, spontán hétköznapi kommunikáció, amelyet a kutatók rögzítenek, és transzkripcióval nyelvi elemzésre alkalmassá tesznek. A hatvanas évek végén kialakultak az etnometodológia egyes irányzatai, és a hétköznapi beszélgetések – a nyelvi cselekvés és interakció – jelenségeinek elemzése „conversation analysis” elnevezés alatt vált ismertté, amely kutatási irányzat központi programadó kérdésfeltevését az etnometodológiától kölcsönözte: „hogyan állítanak fel a résztvevők egy bizonyos lokális rendet, [...] mely eszközökkel hozzák létre az érdekeltek az interakció rendezettségét, értelmezik saját és partnerük viselkedését ennek a rendnek a szempontjából, illetve hogyan juttatják kifejezésre ezt az értelmezést” (Schegloff–Sacks 1973, 290; Kallmeyer 1988, 1097, in Iványi 2001, 75).

A konverzációelemzés kutatói tehát vizsgálati anyaguk, a hétköznapi beszélgetés rendezettségét feltételezték, és azokat a módszereket szerették volna feltárni, amelyeket a nyelvi interakció résztvevői követnek, amikor beszélgetőpartnerük viselkedésére reagálnak (Schegloff 1979). Az etnometodológiai konverzációelemzésből kifejlődő nyelvészeti konverzációelemzés képviselői

(Crystal 1987; Lewandowski 1990; Pléh–Síklaki–Terestyéni 1997; Ten Have 2005) a beszélt nyelvi társalgásoknak, párbeszédnek sajátos – a beszélgetés szerkezeti mechanizmusaiából eredő – törvényszerűségeket tulajdonítanak, melyeket nyelvészeti módszerekkel igyekeznek leírni. Az új nyelvészeti diszciplína a verbális interakció szerkezetét tehát egyszerű empirikus módon, természetes hétköznapi beszélgetések rögzítésének és elemzésének segítségével vizsgálja.

### *Magyar kutatások a konverzációelemzés módszerével*

A vonatkozó hazai szakirodalomban számos olyan vizsgálatot találunk, amely a konverzációelemzés valamely szempontját is alkalmazza egy komplex kutatás részeként. A nemzetközi beszélt nyelvi kutatások előretörése után az 1980-as évektől kezdve a hazai nyelvészeti kutatásokban is felerősödött az élőnyelvi spontán társalgások vizsgálatának igénye. A konverzációelemzés hazai kutatásba történő bevezetése elsősorban Iványi Zsuzsa nevéhez kötődik (2001).

Tolcsvai Nagy (2001) megfogalmazta, hogy a spontán társalgás magyar nyelvű jellemzőiről, a fordulók határainak, egymásra következéseinek tulajdonságairól igen kevés adat áll rendelkezésre, e területen kiterjedt kutatásokra van szükség. Az utóbbi néhány évtizedben a nyelvészeti kutatások egyre nagyobb érdeklődéssel fordultak az élőszóbeli, spontán beszélgetések vizsgálata felé.

A hazai szakirodalomban számos olyan vizsgálat található, ami alkalmazza a KE valamely szempontját egy komplex kutatás részeként. Keszler Borbála (1983) kötetlen beszélgetéseken végzett mondat- és szövegtani vizsgálatokat. Albertné Herbszt Mária (1999) a tanórai kommunikáció jellemzőit gyűjtötte össze a KE módszerével. Hámori Ágnes (2006) ügyészségi kihallgatások keretében végezte el a beszédhelyzet, a tematikai irányítás (lezárások, félbeszakítások, kezdeményezések), a háttérszöveg-visszajelzés, valamint a stílus vizsgálatát, hogy a szereplők dominanciaviszonyait megállapítsa. Boronkai Dóra (2009) spontán társalgásokból származó példák elemzésén keresztül mutatja be a társalgási szövegek szerkezetének alapvető jellemzőit (a társalgások kontextuális tényezői: fordulók, belebonyolódási és kihátrálási stratégiák, beszélőváltások főbb típusai, szekvenciális rendezettség).

Bár számos hazai kutatás foglalkozik a szakember–páciens kommunikáció vizsgálatával (Hambuchné 2014; Kuna 2016a, 2016b, 2020, 2022; Kuna–Kaló 2014; Kuna–Markó 2022; Kránicz 2015; Pilling 2018; Sárkányiné 2015; Sárkányiné et al. 2017; Varga 2011), a szülésznő–szülő nő kommunikáció elemzése még feldolgozatlan terület, ennek bemutatása fontos adatokkal járulhat hozzá az orvos–beteg kommunikáció nyelvészeti vonatkozásainak bemutatásához.

### *Az orvos-beteg kommunikáció kutatása*

Az orvos-beteg kommunikációhoz kapcsolódó első nagyszabású elemzéseket az 1970-es években Amerikában végezték. Korsch és Negrete (1972) kutatócsoportja abból kiindulva, hogy az orvos-beteg kommunikációt mindkét fél részéről elégedetlenség jellemzi, nyolcszáz akut gyermekgyógyászati orvos-beteg konzultációt figyelt meg és elemzett. Az eredmények azt mutatták, hogy a szülők közel egyötöde úgy hagyta el a klinikát, hogy nem kapott konkrét felvilágosítást arról, hogy mi a gyermekének a baja; egynegyedük pedig egyáltalán nem említette, hogy mi a legnagyobb aggodalma. Ezekkel a tényezőkkel lehet összefüggésben az, hogy a szülők 56%-ban nem követték az orvos utasításait (*non-adherence*), a valóság ezen szegmense nem épült ki a szülőknél, nem vált értelmezhetővé számukra, ezért nem követték az orvos utasításait.

A másik nagy felmérést Byrne és Long (1976) végezte 2500 hangfelvétel alapján, amelyben a kutatók az orvos-beteg konzultáción az orvosi viselkedés és kommunikáció jellemzőit elemezték háziorvosi rendeléseken. A vizsgálat azt mutatta, hogy a konzultációk és az ezekben megvalósuló interakciók kifejezetten orvosközpontúak, bár ebben az esetben maga a vizsgálat is az volt (Heritage–Maynard 2006).

A nemzetközi szakirodalomban már a nyolcvanas évek közepétől kezdve jelen vannak azok az empirikus kutatások, amelyek az orvos-beteg kommunikációt a konverzációelemzés eszközeivel vizsgálják (Frankel 1983; Heath 1982, 1986). A kutatások elsősorban az alapvető és általános orvosi ellátások körében folytak (Maynard–Heritage 2005; Heritage–Maynard 2006), de az egészségügy olyan speciális területeire is kiterjedtek, mint a sürgősségi ellátás (Mondada 2003) vagy az AIDS-betegek vizsgálata (Peräkylä 1995; Silverman 1997).

Peräkylä hatvanöt videófelvétel segítségével a konzultációk szekvenciális rendezettségét elemezte a diagnózis megállapításával és közlési módjával összefüggésben. Arra a következtetésre jutott, hogy a partneri viszony és a problémamegoldás szempontjából nagy szerepe van annak, hogy a diagnózis közlése milyen szomszédsági párok segítségével történik (pl. kérdés/válasz, közlés, utasítás), és hol helyezkedik el a beszélgetések szekvenciális rendezettségében. Ez a megállapítás összecseng Byrne és Long angol kutatók 1976-os elemzési eredményeivel, amelyben 2500 orvos-beteg találkozás elemzése alapján kétféle kommunikációs stílust írtak le: az orvoscentrikus, valamint a betegcentrikus stílust. Az orvoscentrikus kommunikáció képviselőinek fő jellemzői, hogy céljuk a gyors információszerzés, melynek alapján felállítják a diagnózist, amelyet röviden közölnek a beteggel a további szükséges tennivalókkal együtt. A másik

típusú, betegközpontú konzultáció lényege, hogy több teret hagy a beteg aktivitásának, figyelembe veszi elvárásait, félelmeit, igényeit is.

Drew–Chatwin–Collins (2001) a páciensek belebonyolódásának, az interakcióba való bevonódásának mértékét vizsgálva azt az eredményt kapta, hogy a gyógyulás esélye jóval nagyobb arányú volt azokban az esetekben, ahol az orvos és a beteg megnyilatkozásainak hossza nagyjából megegyezett, vagyis a beteg kellően bevonódott az interakcióba, és a diagnózis utáni döntésen is együtt dolgoztak, azt is közösen hozták meg a felek. Ezek a kutatások elméleti és gyakorlati szinten is hozzájárulnak az egészségügyi kommunikáció mélyebb megismeréséhez és alkalmazási lehetőségeinek bővítéséhez. Így jelentősen növelhetik a terápiás kapcsolat eredményességét, például az orvosi egyetemeken folyó oktatásban tananyagok részeként, orvosi tréningekben stb. Ezek a kutatások elméleti és gyakorlati szinten is hozzájárulnak az egészségügyi kommunikáció mélyebb megismeréséhez és alkalmazási lehetőségeinek bővítéséhez. Így jelentősen növelhetik a terápiás kapcsolat eredményességét, például az orvosi egyetemeken folyó oktatásban tananyagok részeként, orvosi tréningekben stb.

A hierarchiaviszonyokat vizsgáló kutatások (Byrne–Long 1976; Klemperer 2005) a szakember–páciens kapcsolat tekintetében három alapvető döntéshozatali típust különítettek el: paternalisztikus, fogyasztói (informatív) modell, közös döntés (Shared Decision Making, SDM). A kutatások azt mutatják, hogy az orvosok alábecsülik azoknak a betegeknek az arányát, akik szeretnének részt venni a kezelésükkel kapcsolatos döntésekben. A 2000 utáni kutatásokban 71% azon páciensek aránya, akik a kölcsönösségi modellt preferálják (Pilling 2018). Tanulmányában Klemperer (2005) is megerősíti, hogy a paternalisztikus, illetve az informatív modellt kevés beteg igényli, többségük arra vágyik, hogy megfelelő információkkal ellátva az orvos bevonja őt a döntési folyamatba. A nemzetközi kutatások (Chewing et al. 2012) szerint ez a modell segíti elő leginkább a megfelelő diagnózisalkotást és az eredményes kezelést, ezért a legtöbb orvos–beteg kapcsolatban ennek a modellnek az alkalmazása ajánlott.

Az orvos–beteg kommunikációra irányuló kutatások az interakciók célját is vizsgálják. A kutatók három, egymással szorosan összekapcsolódó fő kommunikatív célt azonosítottak: a terápiás együttműködés (raport) kiépítése, az egészségügyi szakember és páciense közötti információcsere, illetve a terápiás döntéshozatal (Bigi 2006; Heritage–Maynard 2006a, 2006b). A nyelvészeti megközelítés kiemelten fontos mindhárom funkció szélesebb körű feltárásában, mivel ezek számos nyelvi jellemző, illetve kommunikatív cselekvés által jelennek meg az interakcióban (Kuna 2022).

A szülésznő és a szülő nő közötti kommunikáció hazai nyelvészeti vizsgálata elhanyagolt kutatási területnek mutatkozik. Nyelvészeti szempontból történő tanulmányozása különösen fontos, mivel a szülésznő kommunikációs stílusa meghatározhatja a szülés kimenetelét.

### *A szülésznő/szülész és a szülő nő közötti kommunikáció kutatása*

Bár az orvos-beteg kommunikációs kutatások száma jelentősen megnövekedett az elmúlt húsz évben, kevés figyelem irányult a szülésznő-szülő nő kommunikáció vizsgálatára. A nemzetközi szakirodalom elsősorban a szülő nő-szülésznő kapcsolatára (Attarha et al. 2016; Dahlberg 2013, 2016; Kordi et al. 2014; Pascali-Bonaro–Kroeger 2004; Rossiter 2008; Sharpe 2004), a nők részéről a szülésznővel és a szüléssel kapcsolatos elvárásokra (Sengane 2013; Yeh–Nagel 2010), a szülésznő-szülő nő közötti negatív kommunikáció következményeire (Rijnders et al. 2008; Rowe et al. 2001) fókuszál. A szülészeti ellátás, szülésvezetés az egészségügy olyan területe, ahol kiemelten fontos a megfelelő kommunikáció a felek között. A nők szülészeti ellátással kapcsolatos elégedettségére irányuló kutatások (Garcia et al. 1998) kimutatták, hogy a jó kommunikáció meghatározza, mennyire elégedettek a nők az ellátással, amiben részesülnek.

A jó kommunikációs készségekkel rendelkező egészségügyi szakemberek számtalan pozitív eredményhez segíthetik a betegeket, mint például a tünetek enyhítése, fájdalom, szorongás, bűntudat csökkentése, megnövekedett lelki nyugalom, betegségük elfogadása, együttműködés az orvosi csapattal, és az orvosi hibák megelőzése is megfigyelhető (Asemani 2011). Az orvos-beteg interakcióra vonatkozó tanulmányok megerősítik, hogy a kommunikáció túlmutat az információcserén. Azok a beavatkozások, amelyek arra ösztönzik az orvosokat, hogy elsajátítsák az ismeretek átadásának készségét, valamint bevonják a betegeket a konzultációba és a döntéshozatalba, javították a betegek testi és lelki egészségi mutatóit (Asemani 2011; Rowe et al. 2002). A jó szakember-páciens interakció kulcsfontosságú a sikeres gyógyítási folyamatban és a további ellátás szükségességének megszüntetésében, a kórházi költségek, a betegközpon-tú ellátás és a betegelégedettség javításában. A páciens azon képessége, hogy szabadon kifejezze nézeteit, érzéseit, aggodalmait, részt vegyen a döntéshozatali folyamatban és saját kezelésében, jobb eredményekhez és nagyobb elégedettségérzethez vezet (Yeh–Nagel 2010). Az Egyesült Királyság Egészségügyi Minisztériuma már 2000 előtt bejelentette azon szándékát, hogy új kommunika-

ciós készségeket tanítson az NHS összes szakemberének (Hargie et al. 1998). Ezek a tervek részben válaszul szolgálnak a kutatók növekvő bizonyítékaira, amelyek arra utalnak, hogy a betegek és az őket ellátó szakemberek közötti interakció minősége drámai hatással van a páciensek egészségének különböző aspektusaira (Rowe et al. 2002).

Az egészségügyi rendszeren belül a szülészeti ellátás olyan terület, ahol az optimális kommunikációnak kiemelt szerep jut. A szülésznő az anya támogatója, segítője, aki a szülés során kiemelten fontos feladatot végez. A kommunikatív megközelítés alkalmazása elősegíti a nők önerő-erősítését, és lehetővé teszi számukra az egészségügyi ellátásukkal kapcsolatos döntések meghozatalát (Thachuk 2007). Az alacsony kockázatú nők, akik szülésznői segítséggel szülnek, bizonyítottan számtalan pozitív eredményt tapasztalnak, mint például az önbizalom javulása (Parrat–Fahy 2003), csökken a kórházi tartózkodás időtartama és a szülési beavatkozások száma.

Hunter (2006) szerint a szülésznő-szülő nő kapcsolatot a partneri viszonyoknak kell jellemeznie, ami egyenlőségen, megosztott felelősségen, folyamatos gondoskodáson, egyéni döntéseken és tájékoztatáson, illetve az ezt követő választáson és beleegyezésen alapul. Hasonló eredményeket kapott Sengane (2013) a szülő nők szülésznők felé kialakított elvárásainak vizsgálatakor. Kvantitatív, feltáró, leíró kutatást végzett a dél-afrikai Gauteng kórház szülészeti osztályán. A kutatás alanyai, a szülészeti osztályon fekvő nők (egy nappal a szülés után) kb. egyórás interjúkban számoltak be a szülés közbeni ellátással kapcsolatos elvárásaikról. Sengane arra az eredményre jutott, hogy a fizikai ellátáson kívül a szülésznőktől az érzelmi támogatást és egyértelmű kommunikációt várják. Attarha és munkatársai (2016) egy iráni kórházban végeztek kvalitatív, mélyinterjúkon alapuló kutatást 16 szülésznő és 16 szülő nő részvételével. A 30–45 perces hangfelvételeket átírták, majd a MAXQDA szoftver segítségével a következő területeket azonosították a szülésznő-szülő nő kapcsolatban: a szülés körüli segítségnyújtás, pozitív tapasztalatok, mentális egészség elősegítése, az életminőség növelése. A korábbi kutatásokhoz hasonlóan megállapították, hogy a jó szülésznő-szülő nő kommunikáció a szülés pozitív kimeneteléhez vezet. Pascali-Bonaro és Kroeger (2004) eredményeivel megegyezően arra a következtetésre jutottak, hogy a szülő nő támogatása a szülés közben enyhíti a szülési fájdalmat, gyorsítja a szülés folyamatát, 28%-kal csökkenti a fájdalomcsillapító gyógyszerek igénybevételét a kontrollcsoporthoz képest.

## Szuggesztív kommunikáció az egészségügyi ellátásban

Weitzenhoffer meghatározása szerint a „szuggesztíó egy olyan kommunikáció, amely olyan önkéntelen választ vált ki, amely válasz a kommunikáció gondolati tartalmát jeleníti meg” (Weitzenhoffer 1989, 321). A kommunikáció körébe sorolja a közvetlen verbális megnyilvánulások mellett az eseményeket, valamint a helyzeteket is, tehát ezeknek is lehet (van) szuggesztív erejük, bizonyos gondolati tartalmakat takarnak, közvetítenek. A szuggesztíós hatás lényege az, hogy a közlésre a befogadó nem engedelmességből, nem mint parancsra reagál, nem is mint kérést teljesíti, hanem egyszerűen „önkéntelenül” befogadja a kommunikáció lényegi tartalmát, amely hat rá (Weitzenhoffer 1980).

Számos kutatás (Bálint 1990; Józsa 2011; Kekecs 2011; Rákóczi 2011; Varga 2008, 2011, 2021; Varga–Diószeghy 2008) irányul a szuggesztív kommunikációra és a raport szerepére a gyógyítás, kórházi kezelés során. Az orvostudomány különböző területein (onkológia, szülészet, fizioterápia, sürgősségi osztály stb.) végzett kutatások azt az eredményt kapták, hogy a szuggesztíók alkalmazása hatékony a fájdalom és a szorongás csökkentésében, lerövidíti a beavatkozáshoz szükséges időt. A szülés felgyorsítását és megkönnyítését célzó szuggesztíókat vizsgáló kutatók (Brown–Hammond 2007) kimutatták, hogy a szuggesztíók következtében megnövekedett a természetes szülések száma, magasabb volt az anyai elégedettség, csökkent a gyógyszerigény a szülés során, kevesebb volt a műszeres szülésbefejezés és a kórházban töltött idő, a született gyermekek egészségesebbek voltak (magasabb Apgar-érték), a szülés időtartama is csökkent.

A hazai kutatók felhívják a figyelmet arra, hogy a szülésben részt vevő segítők, szakemberek feladata, hogy a fókuszban ne a fájdalom, hanem a szülés folyamata legyen, ezért érdemes olyan szuggesztív eszközöket alkalmazniuk, amelyek segítenek a vajúdo anyának abban, hogy a természetes fájdalomcsillapító mechanizmusai kibontakozhassanak (Bálint et al. 2021). Varga (2011, 26–32) összegyűjtötte a főbb szuggesztíóképzési elveket és szabályokat:

- pozitívítás (*Lazítsa el!, Engedje el!*)
- ismétlés (minden fontos üzenetet érdemes többször ismételni)
- önkéntelenség (*Hagyja, hogy ellazuljon!*)
- motiválás (*Ahogy előrébb jön a fej, egyre jobban érzi, hogy miként tud segíteni neki.*)
- jövőorientáció (*Születésnap van ma! Egy év múlva ott lesz a gyertya a tortán...*)
- átkeretezés (ugyanazt a jelenséget pozitívan értelmezzük).



Pilling (2018, 101) kiegészítette a fentebb felsoroltakat a következőkkel:

- javaslatok a tiltások helyett (ahelyett, hogy mit ne tegyen a beteg, hasznosabb arról beszélni, hogy mit tegyen: *Ne kapkodja a levegőt! helyett Lélegezzen nyugodtan!*)
- célra összpontosítás (a páciens számára elérendő célt kommunikáljuk, rá bízva azt, hogy hogyan valósítja ezt meg: *Lazítson!*)
- hasznosítás (a környezeti ingerek beépítése a szuggesztív kommunikációba: *Ahogy gyermekének egyenletes szívhangjait hallja a készüléken át, ez is jelzi, hogy minden rendben van.*)

A szuggesztíók alkalmazásának fontos alapfeltétele, hogy megelőzze a kölcsönös bizalmon alapuló kapcsolat, azaz ennek a kialakítása. A kutatók kiemelik a szakember-páciens között létrejövő raport fontosságát (Bálint et al. 2021; Józsa 2011). Ha valaki szül, figyelme elsősorban önmagára, a testére irányul. A fájdalom, a félelem, a szorongások nehezíthetik, illetve meg is akadályozhatják, hogy a szakemberek szavai eljussanak a szülő nő tudatába. A szülésznő-szülő nő kapcsolat első lépése a megfelelő kapcsolat, az úgynevezett raport kialakítása. A raport során két ember egymásra figyel, összehangolódik és a közös célok érdekében együttműködik. „A megfelelő kapcsolat kialakítása minden orvos-beteg kapcsolatban fontos, különösen jelentős azonban a szuggesztív kommunikáció terén, mert ennek hiányában a szuggesztív kommunikációs technikák akár hatástalanok is lehetnek” (Pilling 2018, 103).

A raport kialakításának három szakasza van (kapcsolatfelvétel, követés, vezetés). A kapcsolatfelvételi lépésben a szülésznőnek azt kell elérnie, hogy a szülő nő odafigyeljen rá. A második lépés a követés módszere, amelyben a szülésznő belehelyezkedik a szülő nő saját élményvilágába, jelzi számára, hogy érti, hogy a nő mit él át. Ha sikerült elérni a követést, akkor megkezdődhet a harmadik szakasz, melyben a szülésznő a kívánt irányba próbálja vinni a szülő nőt.

### *Anyag, módszer, kutatási kérdések*

Elképzelésem szerint kutatásom anyagát a kórházi szülészeti osztályon szülésznő-szülő nő közötti kommunikáció diktafonos rögzítése, majd a hanganyag ALRITE szoftverrel átírt párbeszédei alkották volna. Számítottam arra, hogy nehézségekbe ütközöm majd a felvételek elkészítésénél (szülő nők bevonása a kutatásba, túl intim élethelyzet, kutatásban való részvétel elutasítása a szülésznők részéről), a szülőszobán való hanganyag rögzítése azonban általam előre nem látott okból hiúsult meg.

A kutatáshoz szükséges engedélyek begyűjtése rengeteg időt vett igénybe, de sikerült mindet megszerezni egy magyarországi vidéki kórház szülészeti osztályára. A kórházban dolgozó vezető szülésznő javaslatára az anyaggyűjtés helyszínéként a terhesambulanciát és a sürgősségi osztályt is megjelöltük az engedélyek igénylésénél.

2022 decemberében két napot töltöttem az általam adatvédelmi okokból meg nem nevezhető kórház szülészeti osztályán. Tíz–tizenöt szülés rögzítését terveztem, a szülő nők, a szülészek és a szülésznők hozzájárulását is sikerült megszerezniem a hangfelvételek elkészítéséhez. A születeket a szülőszobára kerüléstől a vajúdási szakasz végéig terveztem rögzíteni. A szülésznőket és az orvosokat a vezető szülésznő előzetesen tájékoztatta a kutatás céljáról, a személyzet nagyon készségesen fogadott és segítette a munkámat. A felvételek elkészítését azonban megnehezítette a szülőszoba ágyainak térbeli elhelyezése. Gyakorlatilag egy teremben található nyolc ágy, amin egy időben vajúdnak a kismamák. Az ágyakat függöny választja el egymástól, ott-tartózkodásom ideje alatt nem volt olyan vajúdó nő, aki az apás szülésre is alkalmas, modern eszközökkel felszerelt három szülőszoba egyikében vajúdott volna. A szülésznők a szülő nőket tizenöt percenként megnézik, ellenőrzik a szülés menetét, de a kitöltési szakasz kezdetéig nem tartózkodnak a vajúdó nő mellett. Gyakran előfordul, hogy az egy műszakban dolgozó szülésznők nem egy bizonyos kismamát látnak el végig a szülés folyamatában, hanem más-más éppen vajúdó nőt segítenek.

A fizikai körülmények (a párhuzamosan, egy légtérben zajló születek) miatt lehetetlen érthető felvételeket rögzíteni. A szülésznőválasztás lehetőségének megszűnésével nincs olyan hosszú, hónapokon keresztül formálódó kapcsolat a szülésznő és a terhes nő között, mint a korábbi években, ami szintén megnehezíti az általam tervezett szakember-páciens közötti különleges kapcsolat nyelvi jellemzőinek megfigyelésére irányuló kutatás kivitelezését.

A kórház terhesambulanciáján járóbeteg-ellátás keretében vizsgálnak terhes nőket, gyakran innen veszik fel őket a szülészeti osztályra. Az eredeti terveket módosítva itt rögzítettem tíz beszélgetést egészségügyi szakemberek (szülésznő, szülész orvos) és kismamák között. A felvételek hossza 10 és 55 perc között váltakozik. Jelenleg zajlik átírásuk, az elemzések eredményeit a későbbiekben teszem közzé.

A hanganyag átíratán kvalitatív elemzéseket végzek a társalgáselemzés hagyományaival összhangban. A nyelvészeti szempontú mikroelemzések eszközeit használom a nyelvben expliciten jelen nem lévő tényezők vizsgálatához (együttbeszélések, csend), illetve a diskurzus szerveződésének, szekvenciális, szerkezeti jellemzőinek leírásához. Makroelemzésekkel próbálok megfigyelni a szülésznő-szülő nő közötti hierarchiaviszony meglétét.

Kutatási kérdéseim a következők:

- Milyen kapcsolati modell figyelhető meg a szülésznő-szülő nő interakcióban?
- Mennyire jellemző a paternalisztikus vs. betegcentrikus modell a szülésznő-szülő nő interakcióban? És ez hogyan írható le nyelvileg?
- Az interakció során a páciens vagy az egészségügyi szakember dominanciája figyelhető-e meg a beszédlépések számában?
- Melyik fél kezdeményezi a kommunikációt a szülésznő-szülő nő interakcióban?
- Milyen arányban kezdeményezi a kommunikációt a szülésznő, illetve a páciens? Milyen szuggesztív stratégiák alkalmazása figyelhető meg a szülésznő részéről szülésznő-szülő nő interakcióban (verbálisan és nonverbálisan)?
- Milyen nyelvi és társas cselekvések valósulnak meg az interakcióban?

### *Összegzés, várható eredmények*

A szülészet-nőgyógyászat az egyetlen olyan orvosi szakterület, ahol minden páciens és a velük közvetlenül együttműködő szakember (szülésznő) azonos nemű. A szülés abban is különbözik a kórházban végzett beavatkozásoktól, hogy ebben a szituációban szinte kivétel nélkül nem beteg, hanem egészséges ember a folyamat alanya.

A hangfelvételek részletes elemzése folyamatban van, de az eddig átírt hangfelvételek értékelésénél már most is egyértelműen megfigyelhető az egészségügyi szakember dominanciája a beszédlépések számában (kb. 10% a páciensek beszédlépéseinek aránya), ami adódhat a kommunikációs helyzet sajátosságai-ból (betegfelvétel terhesambulancián). A beszélgetést szinte minden esetben a szülésznő kezdeményezte, elvétve fordul elő a terhes nő részéről érkező kezdeményezés. A szuggesztív kommunikációs stratégiák használata megfigyelhető az egyik szülésznő kommunikációjában. Ezek részletes bemutatása egy későbbi tanulmányban valósul majd meg.

Az eredmények remélhetőleg hozzájárulnak majd az egészségügyi kommunikáció egy speciális területének alkalmazott nyelvészeti elemzéséhez. A szülésznő-szülő nő kommunikáció nyelvészeti jellemzőinek megismerése, a kutatás eredményei elősegíthetik a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán tanuló szülésznő hallgatók számára kidolgozandó szaknyelvi tananyag létre-

hozását, melynek célja a hallgatók gyorsabb, sikeresebb felkészítése arra, hogy a kórházi szakmai gyakorlatukhoz nélkülözhetetlen szakember-páciens kommunikáció birtokában legyenek, később pedig gyakorló szülésznőként hatékonyabban tudjanak hozzájárulni a szülési folyamathoz.

### *Irodalom*

- Albertné Herbszt Mária. 1999. A tanítási óra mint a társalgás speciális típusa. In V. Raisz Rózsa – H. Varga Gyula szerk. *Nyelvi és kommunikációs kultúra az iskolában*. 195–202. Magyar Nyelvtudományi Társaság Kiadványai 212.
- Asemani, Omid. 2011. A Review of the Models of Physician-Patient Relationship and Its Challenges. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* (5): 44–57.
- Attarha, Mahtab – Keshavarz, Zohreh – Bakhtiari, Maryam – Jamilian, Mehri. 2016. The Outcome of Midwife-Mother Relationship in Delivery Room: A Qualitative Content Analysis. *Health* (8): 336–343. 10.4236/health.2016.84035. (2023. febr. 2.)
- Bálint Mihály. 1990. *Az orvos, a betege és a betegség*. Budapest: Animula.
- Bálint Sándor – Bálint Balázs – H. Kondor Katalin. 2021. Szugesztív kommunikáció a szülészetben. In Varga Katalin szerk. *A szülési fájdalom kezelése – nem farmakológiai módszerek*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Boronkai Dóra. 2009. *Bevezetés a társalgáselemzésbe*. Budapest: Ad Librum.
- Brown, Donald Corey – Hammond, D. Corydon. 2007. Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labor and delivery, and preterm labor. *Int J Clin Exp Hypn* 54 (4): 416–431.
- Byrne, Patrick S. – Long, Barrie E. L. 1976. *Doctors talking to patients: A study of the verbal behaviours of doctors in the consultation*. London: HMSO.
- Chewning, Betty – Bylund, Carma L. – Shah, Bupendra – Arora, Neeraj K. – Gueguen, Jennifer A. – Makoul, Gregory. 2012. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Education and Counselling* 90 (2): 207–212.
- Crystal, David. 1987. *The Cambridge Encyclopedia of Language*. Cambridge–New York–Port Chester–Melbourne–Sydney: Cambridge University Press.
- Dahlberg, Unn – Aune, Ingvild. 2013. The Woman’s Birth Experience – The Effect of Interpersonal Relationships and Continuity of Care. *Midwifery* (29): 407–415.
- Drew, Paul – Chatwin, John – Collins, Sarah. 2001. Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health-care professionals. *Health Expectations* (4): 58–70.
- Frankel, R. 1983. The laying on of hands: aspects of the organization of gaze, touch and talk in a medical encounter. In Fisher Sue – Todd Alexandra Dundas eds. *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*. Washington D. C.: Center for Applied Linguistics.

- Garcia, Jo. 1998. *First Class Delivery: A National Survey of Women's Views of Maternity Care*. London: Audit Commission.
- Garfinkel, Harold. 1967. *Studies in Ethnometodology*. New York-Prentice Hall: Englewood Cliffs.
- Garfinkel, Harold. 1972. Remarks on Ethnometodology. In Gumperz-Hymes eds., *Directions in Sociolinguistics*. 39–324. New York: Halt.
- Hambuchné Köhalmi Anikó. 2014. *Szubjektív betegség-elképzelések nyelvészeti elemzése hipertóniás beteg-háziorvos konzultációkban*. Pécs: PTE (doktori értekezés).
- Hámori Ágnes. 2006. Dominancia és barátságosság a Kulcsár-kihallgatáson. *Magyar Nyelvőr* 130 (2): 129–165.
- Hargie, Owen – Dickson, David – Boohan, Mairead – Hughes, Kim. 1998. A Survey of Communication Skills Training in UK Schools of Medicine: Present Practices and Prospective Proposals. *Medical Education* (32): 25–34.
- Heath, Christian. 1982. Preserving the consultation: medical record cards and professional conduct. *Social Health Illness* (4): 56–74.
- Heath, Christian. 1986. *Body Movement and Speech in Medical Interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, John – Maynard, Douglas W. 2006a. Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology* 32 (1): 351–374. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.32.082905.093959>
- Heritage, John – Maynard, Douglas W. eds. 2006b. *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511607172>
- Hunter, Billie. 2006. The importance of reciprocity in relationships between communitybased midwives and mothers *Midwifery Journal* 22 (4): 308–322.
- Iványi Zsuzsanna. 2001. A nyelvészeti konverzációelemzés. *Magyar Nyelvőr* (125): 74–93.
- Józsa Emese. 2011. A raport fogalma és szerepe az orvosi kommunikációban. In Varga Katalin szerk. *A szavakon túl: Kommunikáció és szuggesztív az orvosi gyakorlatban*. Budapest: Medicina Kiadó.
- Kallmeyer, Werner. 1988. Konversationsanalytische Beschreibung. In Ammon, Ulrich – Dittmar, Norbert – Mattheier, Klaus J. Hrsg, eds. *Soziolinguistik: Ein internationales Handbuch zur Wissenschaft von Sprache und Gesellschaft. Halbband 2*. 1095–1108. Berlin/New York: Walter de Gruyter.
- Kececs Zoltán. 2011. Kutatási eredmények a pozitív szuggesztív hatásról a szomatikus orvoslásban. In Varga Katalin szerk. *A szavakon túl: Kommunikáció és szuggesztív az orvosi gyakorlatban*. Budapest: Medicina Kiadó Zrt.
- Keszler Borbála. 1983. Kötetlen beszélgetések mondat- és szövegtani vizsgálata. In Rácz Endre – Szathmári István szerk. *Tanulmányok a mai magyar nyelv szövegtana köréből*. 164–202. Budapest: Tankönyvkiadó.

- Klemperer, David. 2005. Partizipative Entscheidungsfindung in Deutschland – Handlungsfelder zur Verbesserung der Entscheidungsqualität. In Härter, M. – Loh, A. – Spies, C. (Hg.), *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln*. 25–33. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Kordi, Masoumeh – Bakhshi, Mohadeseh – Tara, Fatemeh. 2014. The Effect of Continuous Support during Labor on Labor Progress in Primigravida Women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility (IJOGI)* (14): 7–14.
- Korsch, Barbara M. & Negrete, Vida Francis. 1972. *Doctor-patient communication*. *Scientific American* 277 (2): 66–75. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0872-66>
- Kránicz Rita. 2015. *Kórházpedagógus tanóráinak interakciós vizsgálata*. Pécs: PTE (doktori értekezés).
- Kuna Ágnes. 2016a. Személydeixis és önreprezentáció az orvos-beteg találkozón: Az első személyű deiktikus elemek mintázatai az orvosi kommunikációban. *Magyar Nyelvőr* (140): 316–332.
- Kuna Ágnes. 2016b. Hogy tetszik lenni? Hogy vagyunk, hogy vagyunk? *Magyar Orvosi Nyelv* 16 (2): 75–79.
- Kuna Ágnes. 2020. Változás az orvos-beteg kommunikációban: Változó szemlélet, módszer és gyakorlat. *Magyar Nyelvőr* 144 (3): 280–303.
- Kuna Ágnes. 2022. Az orvos-beteg kommunikáció kutatása és a nyelvészet. In Deme Andrea – Kuna Ágnes szerk. *Tanulmányok a nyelvészet alkalmazásainak területéről*. 219, 41–71, 31. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- 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*. 117–130. Budapest: Éghajlat.
- Kuna Ágnes – Markó Alexandra. 2022. Betegközpontú és paternalisztikus kapcsolatépítés az orvos-beteg viszonyban: A kapcsolatépítés pragmatikai és szupraszegmentális jellemzői. *Alkalmazott nyelvtudomány*, megjelenés alatt. <http://real.mtak.hu/148201/> (2023. febr. 2.)
- Lewandowski, Theodor. 1990. *Linguistisches Wörterbuch*. Heidelberg–Wiesbaden: Quelle–Meyer.
- Málovics Éva – Vajda Beáta – Kuba Péter. 2009. Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos-beteg kommunikációról. *Szolgáltatások világa*. 250–264.
- Maynard, Douglas – Heritage John. 2005. *Conversation analysis, doctor-patient interaction, and medical communication*. *Medical Education*. (39): 428–435.
- Mondada, Lorenza. 2003. Working with video: how surgeons produce video records of their actions. *Vis. Stud* (18): 58–73.
- Parratt, Jenny – Fahy, Kathleen. 2003. Trusting Enough to Be Out of Control: A Pilot Study of Women’s Sense of Self during Childbirth. *Australian Midwifery* (16): 15–22.
- Pascali-Bonaro, Debra – Kroeger Mary. 2004. Continuous female companionship during childbirth: a crucial resource in times of stress or calm. *Journal of Midwifery and Women’s Health*. 2. Jul-Aug; 49 (4 Suppl 1): 19–27.

- Peräkylä, Anssi. 1995. *AIDS Counselling: Institutional Interaction and Clinical Practice*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Pilling János. 2018. *Orvosi kommunikáció a gyakorlatban*. Budapest: Medicina.
- Pléh Csaba – Síklaki István – Terestyéni Tamás. 1997. *Nyelv – Kommunikáció – Cselekvés*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Rákóczi Ágnes. 2011. Pár-beszéd: üzenetek egy gyermek születése körül. In Varga Katalin szerk. *A szavakon túl: Kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban*. Budapest: Medicina Kiadó Zrt.
- Rijnders, Marlies – Baston, Helen – Scönbeck, Yvonne – Van Der Pal, Karin – Prins, Marianne – Green, Josephine – Buitendijk, Simone. 2008. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*. Jun 35 (2): 107–116.
- Rossiter, Lucille. 2008. *The Development Midwife-Mother Relationship Questionnaire (MMRQ)*. PhD Thesis, Faculty of Graduate Studies and Research, University of Regina, Regina.
- Rowe, Rachel E. – Garcia, Jo – Macfarlane, Alison J. – Davidson, Leslie L. 2001. Does Poor Communication Contribute to Stillbirth and Infants Death? A Review. *Journal of Public Health* (23): 23–34.
- Rowe, Rachel – Garcia, Jo – Macfarlane, Alison J. – Davidson, Leslie L. 2002. Improving Communication between Health Professionals and Women in Maternity Care: A Structured Review. *Health Expectations* (5): 63–83.
- Sárkányné Lőrinc Anita. 2015. *A családorvos-akut beteg kommunikáció nyelvészeti vonatkozásai*. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskola (doktori disszertáció).
- Sárkányné Lőrinc Anita – Kránicz Rita – Rébék Nagy Gábor – Hambuch Anikó. 2017. Az egészségügyi intézményi kommunikáció változása és a párbeszédék szekvenciális mintázata. In Besznyák Rita szerk. *Szaknyelvhasználat: A tudomány és a szakma nyelvének alkalmazása* (Porta Lingua 2017). SZOKOE, 407–414. Budapest.
- Schegloff, Emanuel A. – Sacks, Harvey. 1973. Opening up Closings. *Semiotica* (8): 289–327.
- Schegloff, Emanuel A. 1979. Identification and recognition in telephone conversation openings. In Psathas, George ed. *Everyday language: studies in ethnomethodology*. 23–78. New York: Irvington.
- Sengane, Malmsey. 2013. Mothers' expectations of midwives' care during labour in a public hospital in Gauteng. *Curationis* 36 (1): E1–9.
- Sharpe, Mary. 2004. *Intimate Business: Woman-Midwife Relationships*. Dissertation Abstracts International, Ontario.
- Silverman, David. 1997. *Discourse of counselling: HIV counselling as social interaction*. London: Sage.
- Ten Have, Paul. 2005. *Doing conversation analysis: A practical guide*. London: Sage.

- Thachuk, Angela. 2007. Midwifery, Informed Choice, and Reproductive Autonomy: A Relational Approach. *Feminism and Psychology* (17): 39–56.
- Tolcsvai Nagy Gábor. 2001. *A magyar nyelv szövegtana*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Varga Katalin szerk. 2008. *Szuggesztív kommunikáció a szomatikus orvoslásban*. Budapest: VL Sugár Bt.
- Varga Katalin szerk. 2011. *A szavakon túl: Kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban*. Budapest: Medicina Kiadó Zrt.
- Varga Katalin szerk. 2021. *A szülési fájdalom kezelése – nem farmakológiai módszerek*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Varga Katalin – Diószeghy Csaba. 2008. A szuggesztíók jelentősége az orvos-beteg kommunikációban. In Pilling János szerk. *Orvosi kommunikáció*. 147–163. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Weitzenhoffer, Andre M. 1980. Hypnotic susceptibility revisited. *American Journal of Clinical Hypnosis* 22 (3): 130–145.
- Weitzenhoffer, Andre M. 1989. *The practice of hypnotism. Vol. 1: Traditional and semi-traditional techniques and phenomenology; Vol. 2: Applications of traditional and semi-traditional hypnotism. Non-traditional hypnotism*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Yeh, John – Nagel, Eryn E. 2010. Patient Satisfaction in Obstetrics and Gynecology: Individualized Patient-Centered Communication. *Women's Health* (3): 23–32.

## A POTENTIAL LINGUISTIC ANALYSIS OF THE MIDWIFE–WOMAN-IN-LABOUR INTERACTION

In this paper, I outline the theoretical framework of a planned empirical research, the characteristics of doctor–patient communication, including midwife–woman-in-labour communication, the research material, the research method, the research questions and the expected results. Studies demonstrate that the conditions and outcome of childbirth and the health of the mother and child are also affected by the quality of the professional-pregnant woman relationship during childbirth. Several studies prove that effective communication and emotional support of parturient women improve the outcome of childbirth (reduction in duration of labour, number of caesarean sections, use of anesthesia, higher Apgar scores). Although there are several Hungarian researchers focus on the study of doctor–patient communication, the analysis of midwife–woman-in-labour interaction is an undisclosed area, and its presentation may provide important data for the linguistic aspects of this field.

*Keywords:* conversation analysis, doctor-patient communication, language for specific purposes, suggestive communication



## MOGUĆNOST LINGVISTIĆKE ANALIZE INTERAKCIJA IZMEĐU BABICA I PORODILJA

U međunarodnoj stručnoj literaturi su od osamdesetih godina prisutna empirijska istraživanja koja komunikaciju između lekara i pacijenata ispituju sredstvima konverzijske analize (Frankel 1983; Heath 1982, 1986). Istraživanja su pretežno vršena u okviru opšte prakse (Maynard–Heritage 2005), ali su se proširila i na specijalističke oblasti. Rad se u okviru komunikacije lekar-pacijent konkretno bavi interakcijom babica i porodilja i to posredstvom konverzacione analize u svetlu strategije saradnje. Korpus analize čine razgovori između babica i porodilja koji su beleženi diktafonom, a zatim su pomoću softvera ALRITE zapisivani. Prema svedočenju stručne literature do sada u fokusu istraživanja nisu bili analizirani razgovori saradnje između babica i porodilja, stoga će ovaj rad, prema našim očekivanjima, doprineti primenjenoj lingvističkoj analizi u ovoj specijalističkoj oblasti medicinske komunikacije. Dalji cilj planiranog istraživanja jeste doprinos rezultata dobijenih posredstvom pomenutih istraživanja izradi stručnog nastavnog sredstva za učenje mađarskog jezika kao stranog na Medicinskom fakultetu.

*Ključne reči:* analiza konverzacione, komunikacija lekar-pacijent, stručni jezik, sugestivna komunikacija, razvijanje nastavnih sredstava

A kézirat beérkezésének ideje: 2023. márc. 1.

Közlésre elfogadva: 2023. jún. 15.