

Sarah Bigi: Communicating (with) Care

(Amsterdam, Berlin, Washington, DC: IOS Press. 2016. 101 p.)

Sarah Bigi nemrégiben megjelent könyve több szempontból is tudományok találkozását, az így felmerülő sajátos kérdéseket, a rájuk adható lehetséges válaszokat mutatja be. A könyv első része a nyelvészet és az orvostudomány, az alkalmazott nyelvészet és az orvosi kommunikáció elmúlt 50 évnyi közös kutatásait ismerteti. A következő fejezetek a felmerülő fogalmak és modellek részletes és pontos leírásán keresztül vezetnek el a szerző által javasolt Mérlegelő (Deliberation) Modell strukturális és funkcionális leírásához, illetőleg gyakorlati alkalmazhatóságának bemutatásához.

Az 1970-es évek pragmatikai fordulata jelentős változást hozott, s a figyelmet a tényleges beszédesemények elemzésére irányította. A diskurzus- és beszélgetés-elemzések az alkalmazott nyelvészeti kutatások keretein belül rámutattak a kommunikáció nyelvi és nem-nyelvi tényezőinek folyamatos összjátékára. Ezeknek az eredményeknek az alkalmazása olyan sajátos kontextusban, mint az egészségügyi kommunikáció, különösen izgalmas. A legkülönbözőbb területeken, például a krónikus cukorbetegség vagy az HIV-betegség ellátása; a fertőzőes megbetegedések leküzdése; a védőoltások jelentőségének megismertetése az alkalmazott nyelvészek kutatásainak segítségével sikeresebbek lehetnek.

Sarah Bigi, a milánói Università Cattolica del Sacro Cuore nyelvész kutatójának munkája is ebbe a sorba illeszkedik. Az elmúlt évek során számos tanulmánya és könyvfejezete jelent meg az argumentáció-elmélet és az orvos-beteg kommunikáció témakörében.

A könyv Bevezetésében a szerző bemutatja az orvos-beteg kommunikáció kutatásának történetét, azok fordulópontjait. Kiindulásnak azt a felismerést tekinti (nevezhetjük etikai indoknak is), mely szerint az orvostudomány „paternalista” modelljétől tovább kell lépni: a betegek nem pusztán „vizsgálati tárgyak”, nem kísérleti alanyok – a jólétüket és a döntési szabadságukat óvni kell. A tudomány és az orvosi ellátás javulása következtében a születéskor várható élethossz jelentősen megnövekedett. A következő felismerés tehát, hogy a krónikus betegségek kerülnek előtérbe, melyek kezelhetők, de nem gyógyíthatók – ellátásuk hosszan tartó, komplex folyamat, mely a beteg együttműködését is igényli. A kutatások eredményeinek egyeztetéséhez szükség van egyfajta konceptuális keretre, hidat építve a pragmatika és az argumentáció-elmélet, illetőleg az egészségügyi kommunikáció között. Az interdiszciplináris megközelítéshez elengedhetetlen, hogy a kutatók azonosan vagy legalábbis összeegyeztetően lássák vizsgálatuk „tárgyának” természetét. Az orvos-beteg kommunikáció kutatásának esetében például a nem participatorikus megközelítés félrevezető: olyan modellre van szükség, melyben az orvos-beteg

interakciók egy általánosabb, a kommunikatív aktusok során szisztematikusan megjelenő jelenség sajátos és a kontextus által kötött megvalósulásai.

A könyv első egységében az egészségügyi ellátásban jellemző paradigmák következtében jellemző kommunikáció-felfogásokat ismerteti a szerző, s veti fel, hogy hiába a vizsgálatok és az összegyűjtött anyag, mivel nincs konceptuális azonosság közöttük, nem összemérhetők, s nem is vezetnek megoldáshoz. Wasserman és Inui (1983) vetette fel először, hogy az egészségügyi kommunikációt komplex jelenségként vizsgálva a kontextuális összetevőket éppúgy tekintetbe kell venni, mint az interakciók megnyilatkozásait ahhoz, hogy láthassuk a kapcsolatot a kommunikáció és az eredmények között. Ehhez viszont annak belátására volt szükség, hogy az ellátást meghatározó konceptuális háttér határozza meg a lehetséges interakciós formákat. Minthogy az orvos-beteg viszony per definitionem aszimmetrikus: a sajátos információ birtoklása az orvost társadalmilag magasabb pozícióba helyezi, intézményi keretek között pedig sajátos hatalommal ruházza fel cselekvési lehetőségeit illetően. Aszerint, hogy milyen módon él a hatalommal, különféle modellek fogalmazódtak meg. Megkülönböztethető: a paternalista, informatív, interpretatív és a deliberatív/mérlegelő; más megközelítés szerint: paternalizmus, konzumerizmus, kölcsönösség (mutuality), tévedés (default). Ezeket egy kontinuum mentén helyezve el, a betegség különböző fázisaiban nyilvánvalóan más és más stratégia jelenik meg. E modellek kritikai bemutatása során megismerhetjük a megosztott döntéshozatal folyamatának tényezőit: a megosztott (shared) alap, amire a felek támaszkodnak, melyen felépíthetik a megosztott döntést, ami az interakció során létrejövő új tudáskészlet eredménye. E felfogás háttérében a kommunikáció dinamikus és „nem lineáris” felfogása áll, mely szerint a mintázatok és témák többször megjelennek, és egymást követő dialogikus fázisokon keresztül fejlődnek. Vizsgálati szempontként merülhet fel, hogy vajon a megosztott információ, a megosztott mérlegelés és a megosztott döntés hogyan működnek és hogyan működnek együtt. Ahogy az is, hogy működésük közben milyen nyelvi folyamatok azonosíthatók, illetőleg milyen beszédaktusok tipikusak esetükben. Leírásukkal lehetővé válna a visszatérő mintázatok osztályozása, amin keresztül a klinikusok saját magukat ellenőrizhetnék egy-egy interakciójukat, s aktívan hozzájárulhatnának azok sikeréhez. A folyamatokat (a sikeres kommunikációét éppúgy, mint a vizsgálatét) megnehezíti, hogy az intézményi keretnek megfelelően különféle előírások léteznek – így szinte lehetetlen leírni és megmagyarázni az interakció során a jelentés feldolgozását és interpretációját csakúgy, mint a dialógus implicit dimenzióit (inferencia, preszuppozíció, közös alap).

A második egységben a szerző az orvos-beteg kommunikáció során jellemző funkciókat mutatja be. A hagyományos információátadásként és/vagy attitűdök közvetítéseként meghatározott kommunikáció az egészségügyi ellátás modelljeinek keretei között a hatalmi aszimmetria kiegyensúlyozásának vagy a

klinikai célok elérésének eszköze. A kutatások azonban azt mutatják, hogy a kommunikáció stílusa és a beteget illető eredményessége között összefüggés van. Így a legfontosabb funkciók: a kapcsolatépítés, az információcsere és a döntéshozatal. A jó viszony kiépítése az egyik legfontosabb feladat az orvos-beteg kommunikációban; bár szinte lehetetlen meghatározni, mit tekinthetünk annak (legyen részletekre kitérő, empatikus vagy „csak” szimpatikus). A bizalom multidimenzionális (kognitív és érzelmi összetevők is befolyásolják), természetét vizsgálták a placebo hatások (kondicionálás, várakozások és az érintettség manipulálása) tekintetében, s világos kapcsolat látszik az orvos-beteg közötti kommunikációs és viszonyt illető dimenziójával. Az információcsere vizsgálata során kiderült, hogy a konzultáció során egyfajta hatalmi harc folyik: ki kontrollálja a dialógust. A beszélőváltások megoszlása azt mutatja, hogy az orvosok ezzel erősítik meg pozíciójukat, hogy végrehajthassák, amit szakmai rutinjuk diktál. A tartalomt illető kutatások szerint a páciensek több információt szeretnének, mint amennyit az orvosok feltárnának – ez például a felek kölcsönös elvárásai közötti eltolódás jele. A félreértések és meg nem értések másik okaként az orvosok által használt kifejezéseket tartják számon. Az orvosokat gyakran kétnyelvűként definiálják: folyékony mindennapi nyelv-használók (MNY) és folyékony orvosnyelv-használók (ONY). Egy „páciens beszéd” szótár létrehozása azonban eleve lehetetlen vállalkozás, mivel a betegek egészségügyi ismeretei, műveltségük nem egységes. Ígéretesebbnek tűnik, ha az orvos alkalmazkodik a páciens által használt nyelvhez – bár nyilván ez a megoldás is rejt veszélyeket magában. A metaforák használata is több szempontból érdekes terület: egyrészt alkalmazásuk könnyebbé, strukturáltabbá teheti a megértést; másrészt – egy jelenleg is folyó kutatás szerint – az orvosok spontán módon használják őket, jóllehet a metaforák által kijelölt konceptuális keret tudatos használata jelentősen növelhetné a kommunikáció hatékonyságát. A döntéshozatal módszere szorosan összefügg az orvos-beteg viszony jellegével. A paternalista hozzáállás esetében a döntés az orvos előjoga. A páciens központú orvostudomány előtérbe kerülésével ez megoszlott orvos és páciens között. A krónikus betegségek kezelése során a beteg bevonása nagymértékben hozzájárult, hogy később, a terápiához is aktívan kötődjön (életmódváltás). A vizsgálatok eredményei azonban nem egyértelműek az ügyben, hogy az információ direkt hatással van az egészségügyi eredményekre, vagy indirekt módon (hiedelmek kialakítása, ami alakítja a szándékot, s ezen keresztül a tevékenységet) az „én-hatékonyság” (a páciens érti a helyzetet és a kezelést, és magabiztos a tekintetben, hogy gondoskodni tud magáról) kialakításán keresztül. Fontos különbség van azonban a megosztott mérlegelés és a döntéshozatal között: míg a mérlegelés folyamatában való részvétel egyértelműen pozitív, a tényleges döntéshozatal felelőssége gyakran negatív hatásokkal jár. A fejezet utolsó részében Sarah Bigi különböző modellek alapján

mutatja be, hogy vajon a kommunikáció és az eredmények között milyen kapcsolat lehet; egyáltalán van-e kapcsolat.

A harmadik egység az egészségügy keretein belüli kommunikáció fő kihívásainak osztályozásával indul. Ezek:

1. az elméleti modell hiánya;
2. a kontextus: világos, hogy hatással van a kommunikációra, de maga a befolyásolás folyamata bizonyítatlan;
3. a kommunikáció funkciói: a bizalomépítés, az információcsere és a döntéshozatal a legfontosabbak; a köztük levő viszony azonban nem tisztázott;
4. egy beteg egészségügyben zajló kommunikációja meghatározott sorrendben zajlik; a kutatások egyelőre a megnyilatkozások szintjén mozognak.

Erre építve a könyv további részeiben Sarah Bigi arra vállalkozik, hogy interdiszciplináris keretek között megmutassa „Miért úgy történnek a dolgok, ahogy?” az egészségügyi kommunikáció során. Először a kontextus kommunikációt meghatározó intézményi dimenzióját vizsgálja, majd azt tárgyalja, hogy a nyelvhasználat és az interpretáció hogyan működik együtt a kontextus személyes és társas dimenziójával. Végül a beszélgetéselemzés módszerével elemzett diskurzusszekvenciákat mutatja be, mint egy már sikeresen alkalmazott módszert az egészségügyi kommunikáció vizsgálatában.

A kontextus szerepét vizsgálni csak úgy lehet, ha belátjuk: az egészségügyi kommunikáció az interakció intézményi formája, s mint ilyen, ritualizált módon megy végbe. Ez annak köszönhető, hogy a társadalomban az egészségügyre sajátos szerep – a gondoskodás és a közegészség fenntartása – hárul; ezeket egyrészt jogi szabályok, másrészt társadalmi normák határozzák meg.

A kontextuális meghatározottságok vizsgálata a nyelvészeti kutatásokban az 1970-es évektől kapott különös hangsúlyt. A beszédaktus-elmélet klasszikus írásai, illetőleg a pragmatikai kutatások eredményei jól alkalmazhatók az egészségügyi beszélgetések elemzésében. A Levinson (1992) által leírt tevékenységtípusok (pusztán beszéd által konstituáltak – a beszéd egy komponense a komplex tevékenységnek; erősen formalizált – teljesen informális) egy-egy kontinuum mentén való elhelyezése jól mutatja a szituációk összetett jellegét. A komponensek kombinálódhatnak epizódokat alkotva; de meghatározható, mennyiben konvencionális a beszélőváltás, a tevékenység helyszíne, az egyének által felvehető szerepek, s hogy milyen kötöttségek érvényesülnek: ki milyen témát vehet fel, mivel járulhat hozzá az adott tevékenységhez. Későbbi kutatások elválasztják egymástól a tevékenység- és a diskurzustípusokat, jóllehet, ezek bizonyos esetekben fedhetik egymást.

A tevékenységtípus fogalma játssza a legfontosabb szerepet az elmúlt évtizedek kutatásaiban: biztosítja azt az elméleti keretet, amelyben az egészségügyi kommunikáció sokrétűsége leírható. A diskurzustípusokkal együttesen vizsgálva kiderül, hogy az orvosi beszélgetések nem az erősen

formális típusba tartoznak. Igaz, jól felismerhető struktúrájuk van, ami viszont nem merev (mint egy tárgyalóteremben). A megengedhető diskurzustípusok a szerepeknek megfelelően viszonylag előre meghatározottak, mégsem könnyen behatárolhatók: mikor kell és szabad a páciens beszámolóját megszakítani; beszélhet-e az orvos a saját érzéseiről; érdeklődhet-e a beteg az orvos horgylétéről. Az *elfogadhatóság* az egyetlen kritérium – ami viszont az alapvetően meghatározó hatalmi egyensúly hiány miatt meglehetősen ingoványos terület. Sperber és Wilson felfogása, miszerint minden kommunikáció aszimmetrikus, és épp a kommunikáció az az eszköz, amellyel az egyenrangúság kialakítható, az orvosi kommunikáció esetében is kézenfekvő megoldást nyújt: a tudások, tapasztalatok, értékek, kulturális és társadalmi normák megosztása révén sikeressé válhatnak a megbeszélések. Ahogy Sarah Bigi rámutat, a közös alap kialakítása fontosabb a diskurzustípusoknál is: ez teszi lehetővé az orvos és a páciens közötti a célok és az elvárások egymáshoz igazítását. Az orvoscépzés során kialakult, az intézményi szerepekhez és struktúrákhoz tartozó normák (például egy bizonyos tevékenységtípushoz tartozó konverzációs megkötések) azonban nagyon nehezen, csak új kommunikációs stílusok és viselkedések elsajátításával változtathatók meg.

De másféle kontextuális elemek is szerepet játszanak az orvos-páciens kommunikáció során: a személyes tapasztalatok, korábbi ismeretek, értékek, hiedelmek, személyes szándékok, és így tovább. Kecskés István (2010) a kommunikációt két jellemző, az egyéni és a társas jegy mentén, ezek folyamatos egymásra hatásaként írja le. Szocio-kognitív megközelítése szerint a figyelem, az egyéni tapasztalat, az egocentrizmus és a szaliencia az egyéni aspektus; míg a szándék, az aktuális szituációs tapasztalat, a kooperáció és a relevancia a társas aspektus. Ezek elválaszthatatlanok, a kommunikáció során mindvégig egymást támogatják, meghatározzák. Sarah Bigi ezt a megközelítést alkalmazva konkrét beszélgetések elemzésén keresztül mutatja be, miként alakul az értelmezés e jegyek mentén; s hogy egyáltalán beszélhetünk-e közös alapról. A korábban felvetett orvosi kétnyelvűség után megjelenik annak a kérdése, hogy az orvos-páciens kommunikáció akár interkulturális kommunikációnak is tekinthető. A szocio-kognitív megközelítés lehetővé teszi a megértési problémák gyökerének feltárását: amennyiben a páciensek preferenciáit egyfajta közös „alap” és a korábbi kontextusok határozzák meg, az orvosoknak tudatosan arra kell törekedniük, hogy kitalálják, mi a szaliens információ a páciens számára – egy a páciensek hiedelmeihez és szándékaihoz vezető hidat kell építeniük saját maguk számára.

Nagyban megnehezíti a helyzetet, hogy – lehet bármennyire is páciens központú – az orvos sem semleges. Professzionális hozzáállása ellenére is éppúgy jelen vannak a személyes jegyek, mint a páciens esetében. A szocio-kognitív megközelítés épp a látszólagos kommunikációs káoszt „szálazza szét”: rámutat, hogy a kommunikáció során folyamatos igazolásra, javításra,

újráfogalmazásra van szükség a felek részéről. A kölcsönös interpretációs nehézség nem úgy oldódik fel, hogy a beszélgetés során egyre nő a közös alap mindkét félre vonatkozóan, hanem úgy, hogy a megosztott tudásukat folyamatosan újraszervezik, újratárgyalják. Az orvos-páciens kommunikáció tehát egy olyan tér, amelyben kijelölhető az a találkozási pont, ahol összeilleszthetik, hogy mire figyelnek és mik a szándékaik, hogy ezáltal ugyanazt a (akár verbális, akár nem) tárgyat tekintsék szaliensnek az interakció során.

Sarah Bigi véleménye szerint ez a megközelítés látszólag nem nyújt újat a korábbi leírásokhoz képest; viszont a figyelmet az – általában meglehetősen rögzült/rögzített – szerepekről az orvos-páciens interakció kontextusának dialogikus dinamizmusára irányítja. Így a feladat már nem a tudás aszimmetriájából adódó különbségek (látszólagos) megszüntetése, hanem azoknak a dialogikus folyamatoknak az azonosítása, melyek lehetővé teszik a két világ szaliens aspektusaira épülő közös alap létrehozását.

Az alapos és a részletkérdéseket is körüljáró fejezetek után megismerhetjük Sarah Bigi kutatásait. Metodológiai szempontból is különös megfontolás jellemzi: az orvos-páciens kommunikációt vizsgáló megnyilatkozás alapú statisztikai vizsgálatok mellett támaszkodik a diskurzusanalízis módszereire is, de a beszélgetéselemzést, ami dinamikus, szekvenciális elemzést is eredményezhet, tartja a legmegfelelőbbnek. Az egészségügyi beszélgetések során történő döntéshozatal elemzéséhez egy sajátos top-down módszert ajánl. Feltételezve, hogy az egészségügyi beszélgetéseket sajátos célok határozzák meg, melyek ismétlődő diskurzustípusok (bizalomépítés, információcsere, döntéshozatal) révén valósulnak meg, e diskurzustípusok ideális, normatív modelljéből kiindulva a tényleges megvalósulás vizsgálható, feltárva a lehetséges eltéréseket.

A dialógustípusok (meggyőzés, tárgyalás, „nyomozás”, mérlegelés, információ-keresés, vita) a résztvevők szándékai és kezdeti viszonyuk révén különíthetők el. Bennük a diskurzuscélokat egy diskurzusprofilon (kijelöli, mely lépések relevánsak egy dialóguscél eléréséhez) belüli lépéseken és ellenlépéseken keresztül érik el. Egy lépés releváns, ha koherens a dialógus általános céljával, amit tekinthetünk dialogikus szándéknak is.

A mérlegelő dialógus egy absztrakt mintázat, amely kijelöli, mely dialogikus lépések a leghatékonyabbak egy cél eléréséhez szükséges teendők megtalálásánál. Akkor mérlegelünk, ha nincs kötelezően választandó megoldás, és mindannyian ugyanazt a célt akarjuk elérni (még ha akár ez személyes céljainktól eltérő is).

A mérlegelő dialógusok struktúráját bemutatva a szerző megállapítja, hogy általában három stádiumon át fejlődnek: a nyitó, az argumentatív és a záró stádium azonban nem felel meg az egészségügyi beszélgetés egyes fázisainak; elnevezésük a mérlegelő folyamat fázisaira utal, s még az sem bizonyos, hogy a

tényleges kommunikációs szituációban ebben a sorrendben jelennek meg. Ehhez az optimális sorrendhez képest az empirikus anyagban számtalan eltérés mutatkozhat. Ráadásul a mérlegelés maga a meggyőzés és az információkeresés sajátos keveréke – ennek minden következményével az egyes stádiumokra nézve.

A következő elemzés izgalmas bemutatása annak, hogy a választott dialógustípus miként foglal magába sajátos szekvenciákat, diskurzustípusokat. Az egyes stádiumok ugyan jól elkülöníthetők, mégis bármikor visszatérhetnek egy megelőzőbe (például az argumentatív szakaszban új információ megjelenése – egy korábbi betegség említése; egy szó jelentésének elmagyarázása – visszatérést jelent a nyitó stádiumba, az információmegosztó szakaszba, ahol is a tudásbázis újbóli megnyitásával az új információ hozzáadódhat).

A mérlegelés során a javaslatok jelentik azt a kulcsmozzanatot, amikor az argumentáció stádiuma elkezdődik – ezek megfogalmazása a dialógusok kulcs szerepű beszédaktusai. (Ezek sikerességi feltételeit külön fejezetben taglalja a szerző.) A jelentős javaslatok megvitatása után a felek megegyeznek a megoldásban. A mérlegelő dialógus azt vetítené előre, hogy minden fél végre fogja hajtani a tevékenység rá eső részét. Az orvos-páciens kommunikáció esetén azonban csak a beteg csinál valamit (például eljár a terápiára, abbahagyja a dohányzást, változtat az étrendjén), viszont a megoldást az orvosnak kell jóváhagynia. Ez pedig a helyzet intézményi kötöttségeiből következik, vagyis hogy mi az, ami elfogadható.

A szemléletes dialóguspéldák világosan rámutatnak, hogy a Sarah Bigi által választott modell és elméleti keret megfelelő: megmutatkoznak a várt különbségek. A spontán hétköznapi beszélgetés során például a klasszifikációs kritériumok és azok az értékek, melyek meghatározzák, hogy mely teendőket preferáljuk, kimondatlanul maradnak, mivel az interakció kontextusából, a társadalmi szokásokból, illetőleg a beszélők megosztott tudásaiból következnek. Az olyan intézményi keretek között, mint amilyen az egészségügyi kommunikáció is, ahol a kontextus előírja bizonyos sajátos célok elérését, ha ismertnek vesszük ezeket az értékeket és klasszifikáció kritériumokat, az komoly félreértéshez és hatástalan mérlegeléshez vezet. Ha csak arról is van szó, hogy az orvos kórházi tartózkodást javasol, hogy a vizsgálatokat gyorsan és hatékonyan lehessen elvégezni, ez a beteg számára egészen mást jelenthet: korábbi tapasztalatai alapján a kórházból már élve senki sem távozik; vagy ez mindig hosszú időt jelent, és így tovább.

Sarah Bigi kérdése az, hogy vajon a mérlegelő dialógus használható-e egyfajta értékelő eszközként, hiszen az orvos-beteg kommunikáció kutatásának alapvetően praktikus célja van: segíteni a klinikai munkát. Példák elemzésével mutatja be a szerző, hogy a dialógusok elemzésével pontosan megmutatható, hol „hibázott” az orvos: mikor adta fel a kelleténél korábban akár az információkeresést, akár az érvelést, veszélyeztetve ezzel az ideális megoldást.

A mérlegelő dialógus modellje nem tud megválaszolni minden kérdést: nem tudjuk meg, mi a tényleges összefüggés a döntéshozatal, a preferenciák, a hiedelmek és a beteg optimális állapota között; de kezelhető módon hozzáférhetővé teszi az információmegosztás és a döntéshozatal közötti viszonyt; s azáltal, hogy ez az argumentatív gyakorlat bevonásával történik, az értékítéletek alakulása, s a preferenciákra való hatása is látótérbe került. Ugyanakkor nem tudja feltárni a dialógusok mikro-szerkezetét. További kutatásokat igényel, vajon vannak-e témák, amik mindig váltáshoz vezetnek; illetőleg, hogy miből következnek a pragmatikai kétértelműségek. Egyfajta hatékonysági kritérium meghatározásához tudnunk kell, mi is a mérlegelés kommunikatív célja. Tisztázni kell a dialógus relevancia fogalmát, belátva, hogy a hatékonyság a dialógus szándékok kombinációja és együtt épülése alapján határozható meg. A dialógusrelevancia az egyes mozzanatokot meghatározó dialógusszándékok, ugyanakkor a dialógustípusból adódó általános dialógusszándéktól is függ. Ezért is nem egyszerű értékelő módszert adni, hiszen annak az adott kommunikációs szituáció jellegzetességeihez kell alkalmazkodnia.

A könyv utolsó részében a szerző olaszországi gyakorlati kutatásokat mutat be. A Fenntartható Diabétesz Ellátás egy olyan csoport, amely a hatékony kommunikációt az ellátás egyik eszközeként tekinti. Sarah Bigivel együttműködve arra keresik a választ, hogyan tudják bevonni a pácienseket az ellátás folyamatába, keresve azokat a nyelvi indikátorokat, melyek megmutathatják, hogyan sikerült az interakció a betegek bevonásának tekintetében. Egy interdiszciplináris kutatás keretében a pszichológiai és a pragmatikai jegyeket azonosítják. A Páciens Egészségügyi Elkötelezettsége Modell azt írja le, hogy az egyének hogyan alkalmazkodnak a betegséghez és az orvoshoz való kapcsolatukhoz. Az elkötelezettség ebben a felfogásban egy tapasztalati folyamat, amely aktiválja a beteg kognitív, érzelmi és viselkedési szintjét, hogy hatékonyan részt vegyen az ellátás folyamatában. A három szintnek együttesen kell működnie ahhoz, hogy a beteg ténylegesen részt vállaljon. A modell szerint az elkötelezett páciensek nem pusztán betartják a terápiás előírásokat, de a diagnózist is értik és figyelmesebbek a betegséget illetően. Ebből következően proaktívabbak és megelőzőbben járnak el már a tünetek első megjelenésénél: felkeresik az orvost, és együttműködnek az egészségügyi ellátó rendszerrel.

Az elkötelezettségi skála és a dialógustípusok és -profilok alapján ajánlások fogalmazhatók meg, miként viselkedjenek az orvosok a különböző fázisokban. Kvalitatív, elméletalapú megközelítéssel összeállítottak egy öt elemű listát a „megfelelő” dialógusokról, majd ezeket diabetológusokkal értékeltették, akik megfelelőnek és használhatónak tartották.

Egy újabb projekt keretében (Healthy Reasoning) Sarah Bigi és munkatársai, Fabrizio Macagno és Maria Grazia Rossi a dialógusok argumentumsémáinak és

profiljainak – mint heurisztikus stratégiák formális leírásainak – alkalmazási lehetőségeit keresik az egészségügyi kommunikáció döntéshozatali folyamataiban. A projekt célja, hogy lehetővé tegye az orvosok számára a krónikus betegellátás során a tudatosabb kommunikációs viselkedést – azt remélve, hogy mérlegelő folyamatok révén a betegek jobban fogják érteni és értékelni állapotukat. A leginkább használt érvelési sémákat elemezve kiderült, hogy az orvosok racionális érveinek a páciensek gyakran a hétköznapi életben elfogadott irracionális érvekkel mondanak ellent. Ez az észrevétel segít a kutatás további tervezésében.

Az Active Aging applikáció fejlesztésének célja, hogy olyan információkat raktározzon, amelyek alapján a páciens saját egészségi állapotára vonatkozó döntéseket hozhat. A cukorbetegség számára Olaszországban már jelenleg is ingyenesen hozzáférhető applikációk inkább csak információ tárolására és átadására alkalmasak; de nem dolgozzák fel vagy interpretálják az információt. A Sarah Bigi és munkatársai által fejlesztett alkalmazás célja, hogy kritikus gondolkodásra készítse használóját: az applikáció rövid üzenetekkel arra ösztönzi, hogy a mért eredmények (például vércukorszint) alapján mérlegeljen. (Az applikáció tesztelése még folyik.)

Könyvében Sarah Bigi új perspektívát vázol fel az orvos-beteg kommunikáció kutatásának lehetőségeként. Belátva, hogy az orvosok hosszú tanulás során tesznek szert szakmai tudásukra, rávilágít, hogy egyfajta „rejtett curriculumként” a kommunikációs készségeket is el kell sajátítaniuk, hiszen munkájuk során gyakran a sikerességük ezen múlik. Nyelvi és kommunikációs kompetenciájuk nagymértékben hozzájárulhat az orvos-páciens kapcsolat alakulásához.

A könyvben kidolgozott mérlegelő dialógus modelljét mintaként tekinthetjük: nyelvészeti, nyelvfilozófiai, alkalmazott nyelvészeti, argumentációelméleti és kommunikációelméleti megfontolásokkal előkészítve arra világít rá, hogy a döntés egy kooperatív beszélgetés során folyamatosan jön létre: számolva a beteg és az orvos tapasztalataival és elvárásaival olyan döntés születik, amelyben a beteg támaszkodhat saját ismereteire, hiedelmeire, a számára értéként megjelenő tudásaira. Így részévé válik a döntésnek, s elkötelezettjévé is, ami a mérlegelésből következik.

A modell alkalmazhatósága többszintű: a szociolingvisztikai, etnometodológiai megfontolásokon túl világosan megmutatja a nyelvészeti kutatás társadalmi jelentőségét, azt, hogy az elemzések valódi, a mindennapokat befolyásoló eredményt is hozhatnak a tudományos leírásokon túl!

Irodalom

(A hivatkozott művek a könyv eredeti hivatkozásai.)

Kecskes, I. (2010) The paradox of communication: a socio-cognitive approach. *Pragmatics and Society* 1:1. pp. 50–73.

Levinson, S. (1992) Activity types and language. In: Drew, P. & Heritage, J. (eds.) *Talk at work*. Cambridge: Cambridge University Press. 66–100.

Wasserman, R.C. & Inui, T.S. (1983) Systematic Analysis of clinician-patient interactions: a critique of recent approaches with suggestions for the future research. *Medical Care* 21. (3). pp. 279–293.

Kárpáti Eszter