

METSZETEK

TÁRSADALOMTUDOMÁNYI FOLYÓIRAT

CROSS-SECTIONS
SOCIAL SCIENCES JOURNAL

Vol. 6 (2017) No. 2



METSZETEK

Társadalomtudományi folyóirat

Vol. 6 (2017) No. 2

Orvosi szociológia

(Szerkesztő: Kőműves Sándor)

Főszerkesztő:

Dr. Czibere Ibolya

Szerkesztőbizottság:

Dr. Balogh László Levente, Dr. Csoba Judit, Dr. Fényes Hajnalka,
Dr. Mohácsi Márta, Dr. Rácz Andrea, Sipos Flórián

A Tanácsadó Testület tagjai:

Dr. Janky Béla – MTA TK Szociológiai Intézet, Budapesti Műszaki Egyetem
Dr. Kerülő Judit – Nyíregyházi Egyetem, Társadalom- és Kultúratudományi Intézet
Dr. Nisztor Laura – Sapientia Egyetem, Csíkszereda, Románia
Dr. Vincenzo Piccione – Università degli Studi Roma Tre
Prof. Dr. Sik Endre – Debreceni Egyetem, ELTE, TÁRKI
Prof. Dr. Szabó Márton – professor emeritus, Miskolci Egyetem
Prof. Dr. Szántó Zoltán – Budapesti Corvinus Egyetem
Dr. Timár Judit – MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont,
ELTE Társadalom- és Gazdaságföldrajzi Tanszék
Dr. María-Jesús Úriz – Universidad Pública de Navarra, Pamplona

Olvasószerkesztő:

Dr. Szekeres Melinda

Technikai munkatársak:

Bihari Ildikó (szerkesztés, koordinálás)
Juhászné Marosi Edit (technikai szerkesztés)
Fábián Márton (webdesign)

ISSN 2063-6415

Kiadja: a Debreceni Egyetem Politikatudományi és Szociológiai Intézet

Felelős kiadó: a DE BTK PSZI igazgatója

Webcím: metszetek.unideb.hu

E-mail: metszetek@arts.unideb.hu



Tartalomjegyzék

Szerkesztői előszó (<i>Kőműves Sándor</i>)	3
--	---

ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

GYÓRFFY ZSUZSA, SUSÁNSZKY ANNA, SZÁNTÓ ZSUZSA, SUSÁNSZKY ÉVA: Az orvosi pályaválasztás átalakulása	5
FAUBL NÓRA, M. CSÁSZÁR ZSUZSANNA, WUSCHING Á. TAMÁS, FÜZESI ZSUZSANNA: Pécssett és Debrecenben tanuló külföldi orvostanhallgatók: egyetemválasztási és beilleszkedési kérdések	22
SUSÁNSZKY ANNA, SUSÁNSZKY ÉVA, GYÓRFFY ZSUZSA, SZÁNTÓ ZSUZSA: A terepmunka helye és szerepe az orvosi szociológia oktatásában	44
BÁNFALVI ATTILA: Egy rejtőzködő áramlat az orvosképzésben	56
SUSÁNSZKY ÉVA, SZÁNTÓ ZSUZSA: Az orvosi hivatás és pályaszocializáció megjelenése az orvosi szociológia tankönyvekben	79
KŐMÜVES SÁNDOR: Az engeli biopszichoszociális modell. Tudományelméleti alappozícióból levezetett orvosi szereptartalom	98

INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

MOLNÁR REGINA, SÁGI ZOLTÁN, FEJES ZSUZSANNA, TÖRŐCSIK KÁLMÁN, KÖVES BÉLA, PAULIK EDIT: Egészségügyi információszerzés módjai szakrendelésen megjelent betegpopuláció körében.....	124
TÓTH ANIKÓ PANNA: A mentálhigiéne fejlesztésének lehetőségei a telemedicina segítségével	139
DÖBRÖSSY BENECSE: Az egészségértés fogalma, mérése és hatása az emlőszűrésen való részvételre	167

ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

BUSA CSILLA, CSIKÓS ÁGNES, FÜZESI ZSUZSANNA: Ha menni kell. Posztmodern halál-attitűd és az egészségügyi önrendelkezés lehetőségei az élet végén	186
RÓZSA ERZSÉBET: Deficitiek az orvos-beteg/páciens kapcsolatban – esélyek és lehetőségek bioetikai és egészségpszichológiai vizsgálatok metszéspontjain	203



OLVASS FELESLEGESET!

SÍK ENDRE ÁLLANDÓ ROVATA

BÉRES ZSUZSA: Gyönyörű királynők és harcos lovagok.....	229
LADANCSIK TIBOR: Jó lány, rossz fiú: csalás a profi teniszben.....	232
PACZÁRI VIKTÓRIA: A nők nem játsszák ki az ászaikat: a meghátrálás következményei	236
Abstracts.....	238



Szerkesztői előszó

Orvosi szociológia

KŐMÜVES SÁNDOR

Az *Orvosi szociológia* címszava alatt most megjelenő tanulmányok döntő többségét olyan oktatók-kutatók publikálták, akik részt vesznek – többek között – az orvostanhallgatók képzésében. Az a tény, hogy más olyan kollégák írásai is szerepelnek a folyóirat jelen számában, akik az orvosi professzionalizáció gyakorlatorientált kontextusán kívül foglalkoznak az orvosi szociológia valamely témájával, azt az örvendetes tényt jelzi, hogy milyen sokszínű az a hazai terület, melyen az orvosi szociológia művelése folyik. A sokszínűség azonban nem csupán a kutatási helyszíneket jellemzi, hanem – mint az a tanulmányok címeiből kiviláglik – a hazai kutatási témákat is. Vendégszerkesztőként egyik fő célkitűzésem éppen az volt, hogy egy tematikus folyóiratszám erejéig a jelenlegi hazai kutatásoknak azt a sokszínűségét próbáljuk megjeleníteni, ami mondjuk – különböző praktikus okok folytán – nem férhet bele egy tankönyvbe. Természetesen ez a tematikus szám sem jelenítheti meg a teljességet, szelektív a folyó vagy a közelmúltban végzett kutatások vonatkozásában. Ugyanakkor a szelekció szempontja nem egy tankönyvigény szempontja, tehát gazdagodhatnak az együttesen megjelenő kutatási témák, adott téma több perspektívából is körülfárasra kerülhet. Emellett a különböző publikálási felületek egymástól térben és időben történő szükségszerű elkülönültsége megnehezítheti annak az olvasónak a munkáját, aki valamifajta „részlegesen szisztematikus” képet szeretne kapni a hazai orvosi szociológiai kutatásokról. Ez a publikálási lehetőség annak reményét is hordozza, hogy helyenként a kutatói közösség összetartó szálait erősebbre fűzi, illetve praktikus igényt elégíthet ki az, ha egymás aktuális munkáinak bizonyos részleteiről egy könnyen hozzáférhető pontból is tájékozódhatunk.

Ezúton is szeretném megköszönni a Metszetek szerkesztőségének, hogy vállalta egy orvosi szociológia tematikus szám megjelentetését, és kívánom, hogy az olvasók találjanak hasznosítható elemeket az itt szereplő írásokban.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Az orvosi pályaválasztás átalakulása – Mit mutatnak a terepmunka-tapasztalataink?

GYÖRFFY ZSUZSA¹ – SUSÁNSZKY ANNA² – SZÁNTÓ ZSUZSA³ –
SUSÁNSZKY ÉVA⁴

ABSZTRAKT

Bevezetés: Az orvosi hivatás átalakulása a XXI. század egyik legnagyobb kihívása. A deprofesszionizáció folyamata mellett megváltozik a gyógyítók demográfiai és társadalmi összetétele, jelentősen emelkedik a nők aránya. A fentiekkel párhuzamosan átalakulnak az orvosképzésbe jelentkező hallgatók pályaválasztási motivációi. **Minta és módszer:** Felmérésünkben 175 budapesti orvostanhallgató vett részt, akik egy megadott szempontrendszer alapján írták le pályaválasztásuk történetét. A szövegek feldolgozása kvalitatív (tartalomelemzés) és kvantitatív módszerek együttes alkalmazásával történt. **Eredmények:** A női hallgatók esetében szignifikánsan gyakoribb, hogy korábbi életkorban választják az orvosi hivatást. Mindkét nem esetében a hivatásválasztás legfontosabb faktora a természettudományos érdeklődés és az altruisztikus motivációk. A férfiak és nők pályaválasztási motivációiban a tapasztalatok, a tudás és az előnyök/lehetőségek szerepének jelentősége egyértelműen férfi dominanciát mutat. **Következtetések:** A hivatás pályamotivációs faktorának megváltozása minden bizonnyal jelentős hatással mind a gyógyítók, mind pedig a betegek számára. E kérdés számos további kutatási terület felé nyitja meg az utat.

KULCSSZAVAK: pályaválasztás, elnöiesedés, természettudományos érdeklődés, altruizmus, kontrollálható életstílus

ABSTRACT

The choice of medical career – What do our field work experiences represent?

Background: One of the greatest challenges of the XXI. century is the changing of the medical profession. Beside of the process of deprofessionalism, the demographic and social composition of the medical society have also been altering. More women became medical doctors in recent years. Parallel to these changes, the career motivations of medical students are transforming.

¹ Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, egyetemi docens.

² Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, egyetemi tanársegéd.

³ Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, egyetemi docens.

⁴ Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, egyetemi docens.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Method: 175 first year medical students from the Semmelweis University participated in our study. They wrote about their career motivations based on a fixed set of viewpoints. The narratives were analysed by both quantitative and qualitative (content analysis) methods. Results: The female students are committed to medical profession at younger ages. The most important factors in career choices are altruism and scientific interest for both genders. There is a male dominance in career motivations of experiences, knowledge and benefits. Conclusions: The changing face of career motivations has a significant impact on both the physicians and the patients. This issue opens up possibilities for following research.

KEYWORDS: *career choices, feminization, scientific interest, altruism, controllable lifestyle*

Bevezetés

Az orvosi hivatás átalakulása fontos társadalmi és egészségpolitikai kérdés a XXI. században. Az elmúlt évtizedekben a hivatás deprofesszionizációjának vagyunk tanúi, az orvosi autonómia és monopólium csökkenése mellett erőteljesebbé válik a technicizálódás és a gyógyítás „fogyasztói szemlélete”. Míg a 20. század első fele a „diadalmas orvostudomány” időszaka volt, amely az orvoslás tekintélyének növekedését eredményezte, addig az 1970-es évek óta mind jellemzőbbé vált az orvosi tekintély és az orvosokba vetett bizalom csökkenése. A deprofesszionizáció folyamatában az orvosi hivatás autonómiája és tekintélye egyaránt csökken, a karizmatikus gyógyítói szerep mellett egyre inkább kirajzolódik a 21. századi szolgáltató szakember profilja. Mindemellett a paramedikális hivatások térnyerése, és az orvos-beteg kapcsolat átalakulása is meghatározó elemei az orvosi hivatás átalakulásának (Kapocsi 2011, 2004). A paternalisztikus orvos-beteg kapcsolat helyébe a kölcsönösség modellje lép, amelyben a közös döntéshozatalnak kulcsszerepe van. Ebben a folyamatban az internet, a digitális egészségügyi alkalmazások óriási változást hoznak: a betegek aktív részesévé válnak a gyógyulás folyamatának, információt keresnek, egészséget monitoroznak, online betegközösséget hívnak segítségül problémáik megoldásához. A (közel)jövő orvoslásában az orvos-beteg kapcsolatok teljesen új képe bontakozik ki, amelyben a tudatos, aktív betegek mellett az orvosok mintegy „tanácsadó szerepet” kapnak. Kirajzolódik az „e-paciensek” világa: az elkötelezett, érdekelt és egyenrangú betegek mozgalma, mely az orvos-beteg kapcsolatok jelenlegi struktúráját minden bizonnyal nagymértékben fogja megváltoztatni (Meskó 2016).

Az orvoslás átalakulása, a nagyarányú technicizálódás mellett a gyógyítás egyre komplexebbé válik. A krónikus betegségek sikeres kezelése sok esetben számtalan szakterület, paramedikális szakma és a család összehangolt munkáján alapul. A gyógyítás napjainkban leginkább csapatmunkára épül, olyan (időnként) heroikus összefogásra, amelyben az egyes szereplők nem hierarchikus kapcsolatban állnak egymással, így a siker az összmunkán, az empátián és a megosztott döntéshozatalon múlik (Gyórfy 2015).



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Ez az átalakulás ugyanakkor együtt jár a hivatást gyakorlók demográfiai és társadalmi összetételének változásával is, így például a hivatás elnőiesedésével. Az elmúlt évtizedekben az orvosnők aránya a szakmán belül dinamikusan emelkedett, például az Egyesült Államokban, ahol 50 évvel ezelőtt a nők aránya az egyetemeken még 10 százalék körül mozgott, mára már meghaladja az 50 százalékot (AAMC 2009). Ez a tendencia rajzolódik ki az orvoslás iránti érdeklődés tekintetében is: az orvosegyetemekre jelentkezők körében az 1950-es és 60-as években férfitöbbslet mutatkozott, az 1970–1980-as években a két nem közel hasonló arányban választotta az orvosi hivatást, a 1990-es évektől pedig már az orvosi pályát választók többsége nő (Lorber 1984, Riska – Wegar 1993, Riska 2001). A magyarországi helyzet némileg különbözik az Egyesült Államokbelitől illetve a nyugat-európaiktól. Hazánkban ugyanis – Lengyelországhoz hasonlóan – már az 1950-es évektől kezdve sok nő vesz részt az orvosképzésben és gyakorolja az orvosi hivatást (Riska 2001). Ugyanakkor a „további elnőiesedés trendje” nálunk is megfigyelhető: a KSH adatai alapján elmondható, hogy a fiatal (26–29 éves) korosztályban az orvosnők aránya kétszerese a férfi orvosokénak (KSH 2013).

A deprofesszionizáció és az orvosi hivatás átalakulása által felvetett kérdések mellett további fontos vizsgálati területként rajzolódik ki a pályaválasztási motivációk átalakulása. Kik és miért választják az orvosi hivatást vagy szakmát a XXI. században? Az orvoslásban végbemenő változások ugyanis minden bizonnyal befolyásolják a hivatást választók motivációit és elképzeléseit. Míg az 1950–1970-es évek szakirodalmi szerinti szinte a hivatásválasztáskor kizárólagosan az altruizmus a fő motivációs tényező, addig az elmúlt évtizedekben megfigyelhető, hogy a hallgatók egyre nagyobb arányban említik a „széleskörű munkalehetőségeket”, a karrierlehetőségeket és a természettudományos érdeklődést is (Molnár 2015). Az 1980-as évek vizsgálataiban a természettudományos érdeklődés, a kihívást jelentő karrierlehetőségek, a barátok s a rokonok hatása, a „gyerekkori álom” jelentősége és az embereken való segítség igénye fogalmazódik meg az orvosi pályaválasztás indokául (Allen 1988). Mindezekon túl, határozottan megjelennek új típusú pályamotivációs faktorok is, mint a jó elhelyezkedés lehetősége, a biztos munka és jövedelem, vagy akár az emberek feletti hatalom gyakorlásának lehetősége (Allen 1988). Az ezredforduló utáni vizsgálatok kimutatták, hogy bár az altruisztikus faktorok („embereken szeretnék segíteni”, „vonz az orvoslás humán jellege”) is fontos tényező (Puljak et al. 2007, Draper – Louw 2007, Crossley – Mubarik 2002), a hatalom, a kontroll és a tudásvágy is egyenrangú faktorként jelennek meg. (McManus et al. 2006, Dastjerdi et al. 2012, Pagnin et al. 2013). Az orvosi szerepmodellek szerepe a pályaválasztásban egyre kevésbé jelentős, hatása inkább a szakválasztásban jelentkezik (Ibrahim et al. 2014, Woloschuk et al. 2011). Mindezen változások ellenére e nemzetközi vizsgálatok továbbra is hangsúlyozzák, hogy az orvosi hivatásválasztás különleges jelentőségű, folyamata, háttényezői eltérőek más szakmákétól, tudományterületekétől (Baxter et al. 2012). Ugyancsak egyetértés mutatkozik a tekintetben is, hogy az orvosi pályá-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

választás folyamatában extrinsic (pl. karrier, jövedelem,) és intrinsic (pl. altruizmus, személyes érdeklődés) faktorok megkülönböztetése történik (Kim et al. 2016, Heiligers 2012, Kusurkar et al. 2011, Buddenberg-Fischer et al. 2003).

A pályaválasztás fentiekben ismertetett új aspektusai mellett a hivatásválasztásban és a szakválasztásban is számos új jelenség figyelhető meg. Ilyen változás az orvosi szakválasztásban a „controllable lifestyle” jelensége, azaz a kontrollálható életstílus igényének megjelenése. A kontrollálható életstílus az új orvosgeneráció sajátossága: a szakmai érdeklődés mellett egyre fontosabbá válik a szakmához kapcsolódó időbeosztás, jövedelem és presztízs. A nemzetközi vizsgálatok azt mutatják, hogy megnőtt azon szakmák iránt az érdeklődés, amelyekben nincs éjszakai munkavégzés, kiszámítható a munkaidő, és minimálisak a váratlan, kiszámíthatatlan helyzetek (Heiligers 2012). A „kontrollálható életstílus” alapú szakválasztás legfontosabb jellemzői tehát a következőkben foglalhatók össze: a heti munkaórák limitált mennyisége, nem ügyeleti szakma választása, a „saját idő”, szabadidő megfelelő mennyisége, és a nők esetében a munkahelyi/családi feladatok összeegyeztethetőségének lehetősége (Lambert et al. 2005, Dorsey 2003 et al., Newton 2005)

A fentiekben ismertetett nemzetközi eredményekhez hasonlóan a korábbi magyar kutatások is kimutatták, hogy az orvosi pályaválasztás legfontosabb faktora az altruizmus (Váriné 1981, Bánlaky et al. 1984, Bagdy et al. 1988, Csabai – Bartha 2002, Molnár – Molnár 2002, Molnár et al. 2003). Ugyanakkor a 2000-es évek vizsgálatai már nálunk is változásról számolnak be: ugyan a hallgatók körében az altruisztikus motivációk említése nem csökken (Girasek 2012), de a motivációk közt egyre nagyobb szerepet kap a karrier, a presztízs és a biztos elhelyezkedés lehetősége.

E tárgyban folytatott korábbi kutatásaink is megerősítik a fentiekben leírt tendenciákat, kiegészítve olyan, a pályaválasztás jellegzetességeire vonatkozó további elemekkel, mint például a szakma családi hagyományozódása vagy a „korai zárás” jelenségének vizsgálata (Gyórfy et al. 2015, Gyórfy et al. 2013). Orvostanhallgatói kvantitatív és kvalitatív vizsgálataink egyaránt jelzik, hogy a hallgatóknak csak kis hányada érkezik orvos családból, de míg a férfiak esetében szignifikánsan gyakoribb, hogy a közeli hozzátartozók (szülők, nagyszülők) között vannak orvosok, addig a nőknél ez a fajta „szerepmodell” szinte teljesen hiányzik. A fenti eredményeinkhez hasonlóan Molnár Regina és munkatársai 2010-es vizsgálatukban megállapították, hogy az orvostanhallgató nők pályaszocializációjuk során altruistábbak, családcentrikusabbak, korán elköteleződők, idealisztikusabb elképzelésekkel bírnak férfi kollégáiknál, illetve a más egyetemen (jogi pályán) tanuló nőknél (Molnár 2011). Ezt az eredményt 2013-as vizsgálatunk egy további aspektussal bővítheti: az idealisztikus elképzelések a nők esetében az orvosi szerepmodell hiányából is fakadhatnak (Gyórfy et al. 2013).

A pályaválasztás időpontjára vonatkozó kérdőíves felmérésünk eredménye azt mutatta, hogy a hallgatók mintegy 68 százaléka hivatását 14 éves kora után választotta, azaz a szakirodalmi terminológia szerint „későn elköteleződőnek” számít, hol-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

ott a korábbi írások még arról számolnak be, hogy a hallgatók igen korán, átlagosan tizennégy éves korukban döntenek az orvosi pálya választásáról (Molnár 2003 et al., Bagdy et al. 1988, Molnár – Molnár 2002). Elmondható, hogy a fiatalok szakmaválasztásában az orvosi hivatásra jellemző „korai zárás” helyett (más szakmákhoz hasonlóan) a későbbi döntések dominálnak. Tágabb perspektívába helyezve elmondható, hogy a késői hivatásválasztás feltételezhetően a posztadoleszcens életszakasz egyik sajátossága, amely sok más tényezővel együtt (a fiatalok hosszabb részvétele az iskolarendszerben, késői családalapítás és szülőkről való leválás) egyfajta átmeneti életszakaszt jelent a 21. századi fiatal korosztályokban (Murinkó 2010). Ezt a tendenciát erősíti, hogy megjelenik egy olyan hallgatói csoport, amely meglehetősen késői döntéssel, másoddiplomásként választja az orvosi egyetemet.

Mindezen változások alaposabb megismerése inspirálta jelen kutatásunkat. Vizsgálatunkban az orvosi hivatásválasztás motivációjának széleskörű felmérésére törekedtünk a budapesti I. éves orvostanhallgatók megkérdezésével. Felmérésünkben vizsgáltuk a pálya iránti elköteleződés időpontját, a pályamotivációkat, valamint a család és a tágabb környezet pozitív, illetve negatív hatását.

Módszer

Felmérésünkben 175 elsőéves orvostanhallgató vett részt⁵, akiket arra kértünk, hogy egy megadott szempontrendszer⁶ alapján írják le pályaválasztásuk történetét maximum 1-2 oldalnyi terjedelemben. A szövegek feldolgozása kvalitatív (tartalomelemzés) és kvantitatív módszerrel történt.

A pályaválasztás időpontja:

A hallgatók pályaválasztásuk időpontját egy adott életévben vagy években (pl. 12 év vagy 16–18 év), életkori/fejlődési szakaszokban (kisgyermekkor, óvodáskor), egy adott iskolai évet (pl. 10. osztály) vagy periódust megjelölve (pl. felső tagozat, gimnázium eleje) adták meg. A feldolgozás során a pályaválasztás időpontját az alábbiak szerint szakaszoltuk: 1. középiskola előtti időszak 2. középiskolás évek.

A pályaválasztás motivációi:

A szövegekből minden, a pályaválasztással kapcsolatos motiváló tényezőt kigyűjtöttünk. Az összesített motivációs lista alapján kidolgoztunk egy 11 tételből álló kategória rendszert. Ezt követően két független értékelő az összesített lista minden elemét besorolta a megadott kategóriák valamelyikébe. Az eljárás eredményét képe-

⁵ A felmérésben valamennyi első éves orvostanhallgató részt vett, aki a budapesti Semmelweis Egyetemen a 2013–2014-es tanév második félévében tanult orvosi szociológiát, amely kötelező tárgy a curriculumban.

⁶ A beszámolóhoz kiadott instrukció a következő szempontokat tartalmazta: (1) mikor döntötte el, hogy az orvosi pályát választja, (2) miért választotta ezt a pályát, (3) kapott-e segítséget a pályaválasztásban, ha igen, ki vagy kik segítették a döntés meghozatalában.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

ző motivációs listákat összehasonlították, az eltérő jelöléseket megvitatták, és a végző listába már csak a konszenzuson alapuló értelmezések kerültek. Ez után került sor az adatbázis kialakítására oly módon, hogy minden válaszadó esetében a kódolt motivációs tényezőket az említések sorrendjében⁷ rögzítettük.

A pályaválasztási motivációk kategóriái:

- tantárgyak (biológia, kémia, fizika), természettudományok iránti érdeklődés;
- tudásvágy (pl. emberi test, szervezet működésének megismerése), tudományos érdeklődés (kutató munka, felfedezések);
- pályaalakmasság, készségek (pl. precizitás, (kéz)ügyesség, kommunikációs készség);
- a pályával kapcsolatos tapasztalatok (pl. egészségügyben végzett [önkéntes] munka, képzésben való részvétel, betegség, halál a családban);
- szülői, családi ösztönzés;
- tágabb környezet ösztönzése (pl. tanár, háziorvos, barát);
- tévésorozatok (pl. Vészhelyzet, dr. House);
- altruizmus (pl. gyógyítani, segíteni, hasznosnak lenni);
- a pálya presztízse (pl. megbecsülik, elismerik, felnéznek rá);
- előnyök, lehetőségek (pl. biztos munka, karrier, kihívások);
- személyiséget befolyásoló tényezők (pozitív énkép, onnipotencia, identitás).

A válaszadók maximum 9 féle motivációs kategóriát neveztek meg írásaikban. A feldolgozás során ezeket említési sorrendjüknek megfelelően súlyoztuk. Az elsőként említésre kerülő 9, a második helyen említésre kerülő 8 pontot kapott, és az eljárást folytattuk az utolsó, azaz a kilencedik helyig, amelynek pontértéke 1 volt. Mivel az adott motivációs kategória a szövegben több helyen is említésre kerülhetett, a pontszámok mind a 11 típus esetében egy kumulált összeget képviselnek, jelezve ezzel a motiváció jelentőségét és erősségét a pályaválasztás folyamatában.

STATISZTIKAI MÓDSZEREK

Az adatok statisztikai elemzése az SPSS PC. statisztikai programcsomag (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) 22.0 verziójával készült. A kategorikus változók összehasonlítása khi-négyzet próbával, illetve Fisher teszttel, a folytonos normál eloszlású változóké Student féle t-teszttel történt, többváltozós analízis esetén bináris logisztikus regressziós modellt alkalmaztunk. Ez utóbbi esetében a függő változót befolyásoló független változókat kizárásos lépésenkénti regresszióval (backward stepwise logistic regression) választottuk ki. Az egyes változókhoz tartozó regressziós koefficien-

⁷ A pályaválasztási esszéikben szereplő motivációkat az említések sorrendjében rangsorszámmal láttuk el.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

sek szignifikanciáját a Wald-próba p értékével jellemeztük és a $p < 0.10$ változókat tartottuk bent a végső modellben.

Eredmények

A felmérésben 102 nő (58,3%) és 73 férfi (41,7%) vett részt. Ez az arány megfelel az elsőéves hallgatók nemi megoszlásának.

A hallgatóknak több mint a fele (61,1%) középiskolás évei alatt döntötte el, hogy az orvosi egyetemre jelentkezik. A középiskola első illetve második két évében pályát választók aránya közel azonos. A férfiak háromnegyede (75,3%), a nőknek alig több mint 50 százaléka (51%) középiskolás évei alatt döntötte el, hogy az orvosi egyetemen kívánja folytatni tanulmányait. Ez az eltérés statisztikailag szignifikánsnak tekinthető ($p < 0,001$).

Első táblázatunk (1. táblázat) a pályaválasztási motivációk típusainak gyakoriságát mutatja be csökkenő sorrendben, függetlenül a motiváció „erejétől”, azaz attól, hogy a hallgatók hányadik helyen és hányszor említették az adott tényezőt. A két leggyakrabban megjelölt motiváció a természettudományos érdeklődés (54,3%) és az altruizmus (47,4%) volt. Ezt követően a hallgatóknak közel egyharmada (31,4%) említette, hogy pályaválasztásában szerepet játszottak a betegségekkel, halállal, egészségügyi rendszerrel kapcsolatos személyes tapasztalataik (31,4%). A hallgatók 14,3 százaléka a leendő pálya presztízsét és televíziós orvos- és kórházszorozatok hatását a nevezte meg. Közel egytizedük érezte úgy, hogy rendelkezik olyan készségekkel, amelyek alkalmassá teszik a hivatásra. Négy százalékkuk pedig a leendő pálya személyiségformáló erejét hangsúlyozta.

1. táblázat. A pályaválasztási motivációk típusainak előfordulási gyakorisága % (n)

Motivációk	Említések száma	%
Tantárgyak	95	54,3
Altruizmus	83	47,4
Tapasztalatok	55	31,4
Tudás, megismerés	49	28,0
Család	45	25,7
Előnyök, lehetőségek	39	22,3
Orvossorozatok	25	14,3
Presztízs	25	14,3
Tágabb környezet	24	13,7
Készségek	16	9,1
Személyiség	7	4,0



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A továbbiakban azt vizsgáljuk, hogy a pályaválasztási motivációk szempontjából vannak-e eltérések a pályát korábban (középiskola előtt), illetve később (középiskola alatt) választók között (2. táblázat). Ha a súlyozatlan előfordulási arányokat vesszük figyelembe, akkor a tantárgyak és az orvosorozatok hatása esetén találunk jelentős eltérést a két csoport között, azaz a későbbi időpontban választók szignifikánsan nagyobb arányban említik ezek hatását (44,1% vs. 60,7%, illetve 7,4% vs. 18,7%).

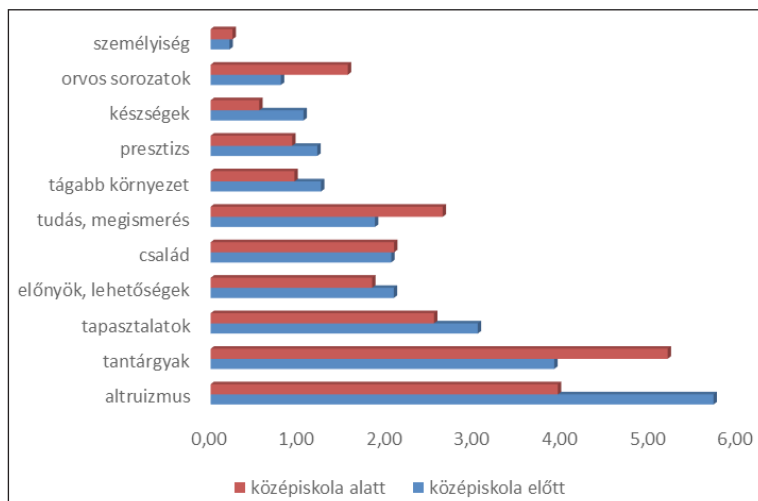
2. táblázat. A pályaválasztási motivációk típusainak megoszlása a döntés idejének függvényében % (n)

Motivációk	Középiskola		p
	előtt N (%)	alatt N (%)	
Tantárgyak	30 (44,1)	65 (60,7)	0,023
Tágabb környezet	9 (13,2)	15 (14,0)	0,536
Család	17 (25,0)	29 (26,2)	0,505
Orvosorozatok	5 (7,4)	20 (18,7)	0,028
Altruizmus	37 (54,4)	46 (43,0)	0,093
Tapasztalatok	23 (33,8)	32 (29,9)	0,352
Tudás, megismerés	16 (23,5)	33 (30,8)	0,191
Készségek	9 (13,2)	7 (6,5)	0,111
Presztízs	13 (19,1)	12 (11,2)	0,109
Előnyök, lehetőségek	14 (20,6)	25 (23,4)	0,407
Személyiség	2 (2,9)	5 (4,7)	0,443

Ugyanakkor az altruizmus, a készségek és a presztízstényezők hatása épp fordítva érvényesül (a középiskola előtt már pályát választók körében gyakoribbak ezek a motivációk), de ezt az összefüggést csak tendenciaszerűnek tekinthetjük, mivel a szignifikancia szint 10 százalék körül mozog. Ha viszont a motiváció erősségét is figyelembe vesszük, akkor a tantárgyak és az altruizmus mentén tudjuk jól, statisztikailag szignifikáns módon elkülöníteni a csoportokat. A pályaválasztásban a középiskolát megelőző időszakban az altruisztikus szempontok, a későbbi, már a középiskolában hozott döntések esetében pedig inkább a természettudományos tárgyak iránti érdeklődés és vonzalom játszanak nagyobb szerepet. Az orvosorozatok hatásában mért különbség a két időszak között csak tendenciaszerűen érvényesül (1. ábra).



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ



1. ábra. A pályaválasztási motivációk alakulása a súlyozott rangpont átlagok alapján, a döntés idejének függvényében % (n)

A következőkben megvizsgáltuk a „nőies” és „férfias” pályamotivációs jellegzetességeket. A férfiak és nők pályaválasztási motivációiban (3. táblázat) a tapasztalatok, a tudás és az előnyök/lehetőségek szerepének jelentősége mutat szignifikáns eltérést. Mindhárom motivációt a férfiak említik gyakrabban és nagyobb súllyal. Tendenciaszerű különbséget láthatunk a készségekből és a személyiséget befolyásoló hatásból eredő motivációs tényezők között. A készségek, a rátermettség a nőknek, a személyiség fejlesztése, gazdagodása a leendő hivatás által inkább a férfiaknak tűnik fontosabbnak.

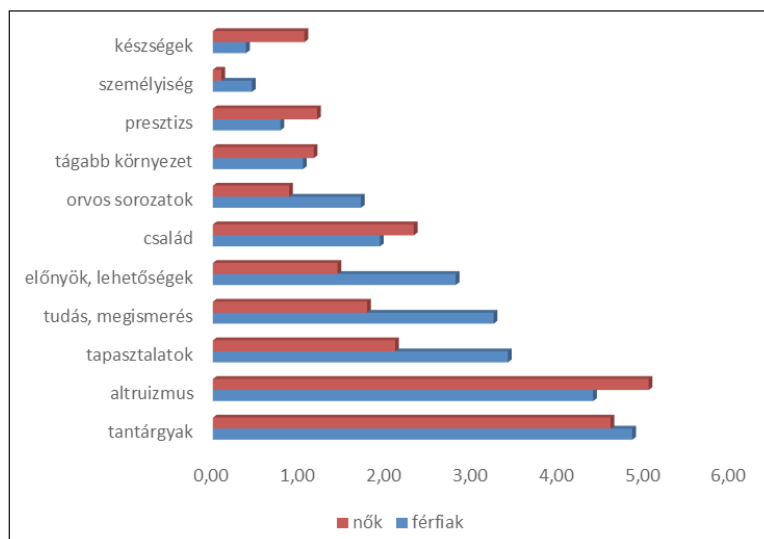
3. táblázat. A pályaválasztási motivációk típusainak megoszlása nemek szerint % (n)

Motivációk	Férfi, N (%)	Nő, N (%)	p
Tantárgyak	40 (54,8)	55 (53,9)	0,516
Tágabb környezet	11 (15,1)	13 (12,7)	0,411
Család	18 (24,7)	27 (26,5)	0,464
Orvossorozatok	15 (20,5)	10 (9,8)	0,038
Altruizmus	34 (46,6)	49 (48,0)	0,485
Tapasztalatok	29 (39,7)	26 (25,5)	0,034
Tudás, megismerés	28 (38,4)	21 (20,6)	0,008
Készségek	4 (5,5)	12 (11,8)	0,123
Presztízs	10 (13,7)	15 (14,7)	0,516
Előnyök, lehetőségek	23 (31,5)	16 (15,7)	0,011
Személyiség	5 (6,8)	2 (2,0)	0,109



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A pályaválasztási motivációk alakulását a súlyozott rangpont-átlagok szerint is értékeltük. Az első ábrán az eredményeket nemi bontásban mutatjuk be. Az altruizmus és a természettudományos érdeklődés ebben az értékelési rendszerben is listavezetőnek bizonyult mindkét nem esetében. Ezen értékelés szerint is kirajzolódik egy erőteljes férfi motivációs struktúra, amelynek összetevői a tudásvágy, tudományos érdeklődés, a pályával kapcsolatos tapasztalatok és a pálya által biztosított előnyök és lehetőségek voltak. Mindhárom motivációs elem a férfiaknál jóval jelentősebbnek ($p < 0,05$) bizonyult, mint a nőknél.



2. ábra. A pályaválasztási motivációk alakulása a súlyozott rangpont átlagok alapján, nemek szerint % (n)

A továbbiakban, többváltozós modell segítségével azt vizsgáltuk, hogy a pályaválasztási motivációk milyen összefüggést mutatnak a nemmel és a döntések meghozatalának időszakával. 4. táblázatunkban a logisztikus regressziós modell eredményeit mutatjuk be azoknál a motiváció típusoknál, ahol legalább egy magyarázó változó szignifikáns összefüggést mutatott az adott függőváltozóval.

A középiskolások közel kétszer nagyobb valószínűséggel fogják természettudományos tantárgyak iránti érdeklődésük miatt választani az orvosi pályát, mint azok, akik korábban döntöttek a hivatás mellett. Az orvos- és kórházsorozatok esetében ez a valószínűség közel háromszoros. A fenti döntési motivációkra a nemi különbségeknek nincs jelentős hatásuk.

A tapasztalatok, a tudás és megismerés, valamint a pálya adta előnyök és lehetőségek, mint motivációs tényezők a nemi különbségekkel mutatnak szignifikáns



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

összefüggést. A férfiak a nőkhöz képest, függetlenül attól, hogy mikor történik a pályaválasztás, 2-2,5-szer nagyobb valószínűséggel döntenek ezen megfontolásokból az orvosi pályára mellett.

A többi motivációtípusnál sem a pályaválasztás időszaka, sem pedig a hallgatók nemi hovatartozása nem bizonyult meghatározó jellegűnek, azaz mind a férfiak, mind a nők, illetve mind a középiskolások, mind a fiatalabb pályaválasztók ugyanolyan valószínűséggel jelölték meg azokat.

5. táblázat. A pályaválasztási motivációk összefüggése a nemmel és a döntések meghozatalának időszakával % (n)

Motivációk	Referencia	Wald	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
					Lower	Upper
Tantárgyak	pv* (1)	4,584	,032	1,960	1,059	3,630
Orvossorozatok	pv (1)	4,078	,043	2,897	1,032	8,132
Tapasztalatok	nem** (1)	3,951	,047	1,927	1,009	3,678
Tudás, megismerés	nem (1)	3,951	,047	1,927	1,009	3,678
Előnyök, lehetőségek	nem	5,955	,015	2,472	1,195	5,116

* pályaválasztás (1) = középiskolában; ** nem (1) = férfiak

Összegzés

Vizsgálatunkban a budapesti Semmelweis Egyetem első éves orvostanhallgatóit kérdeztük pályaválasztásuk körülményeiről és motivációjáról. Elemzésünk azt mutatja, hogy jelentős különbségek figyelhetők meg a férfiak és nők pályaválasztási körülményeinek alakulásában. Eredményeink szerint a nők korábban döntenek az orvosi hivatás mellett. Mindkét nem esetében a pályaválasztás legfontosabb indoka a természettudományos érdeklődés és az altruizmus. Ezt követően a hallgatóknak közel egyharmada (31,4%) említette, hogy pályaválasztásában szerepet játszottak a betegségekkel, halállal, egészségügyi rendszerrel kapcsolatos személyes tapasztalataik. A hallgatók közel 15 százaléka a leendő pálya presztízsét és az orvos- és kórház-sorozatok hatását nevezte meg a pályaválasztás legfontosabb indokául.

Elemzésünk következő lépésében egy módszertani megszorítással éltünk: a hallgatókat nem kértük arra, hogy a pályaválasztásukat ösztönző tényezőket azok fontossága szerint is rangsorolják, viszont a feldolgozás során ezt a szempontot mégis figyelembe vettük, amikor a motivációk erősségét és jelentőségét nemcsak szövegbeli előfordulásuk gyakoriságával, hanem említésük sorrendjével is mértük.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A két vezető motiváció (altruizmus és természettudományos érdeklődés) szerepét a „súlyozott rangpont” módszerrel is meg tudtuk erősíteni. Ezen eredményeinket a legfrissebb nemzetközi vizsgálatok is megerősítik (Gaşiorowski et al. 2015, Puljak et al. 2007, Draper – Louw 2007).

Fontos hangsúlyoznunk, hogy különbséget találtunk az ún. korai zárók (akik még általános iskolás korukban döntenek a leendő pályájukról) és a középiskolai tanulmányaik alatt pályát választók között. Ez utóbbiak csoportjában a természettudományos tárgyak iránti érdeklődésnek és az orvos-, kórházszorozatok hatásának van nagyobb szerepe a pályaválasztásban. A többváltozós elemzés ugyanakkor azt mutatja, hogy az altruizmus döntési motívumként való igen magas arányú megjelenése mintánkban nem mutat szignifikáns összefüggést sem a nemi hovatartozással, sem pedig a pályaválasztás időszakával. Ugyanakkor a pályáról szerzett tapasztalatok, a tudásvágy és a pálya nyújtotta előnyök és lehetőségek inkább a férfiak pályaválasztásában játszanak szerepet, mint a nőkben, függetlenül attól, hogy a döntés mely időszakban született. A férfiak pályaválasztását az előbbieket szerint a racionalitás és megfontoltság jellemzi.

Kutatási eredményeink egyrészt ellentmondani látszanak azoknak a nemzetközi vizsgálati eredményeknek, amelyek az altruista motivációkat női jellegzetességnek tekintik az orvosi pályaválasztásban (Wierenga et al. 2003, Johansson – Hamberg 2007, Korkmaz – Senol 2013), másrészt pedig megerősítik azokat a kutatásokat, amelyek a férfiak racionális pályaválasztására utalnak. A motivációs struktúrák jellegzetességei feltehetően befolyásolják a hallgatók orvosképét. Így például Johansson és Hamberg sokat idézett vizsgálatában (Johansson – Hamberg 2007, Molnár 2015) a svéd férfi orvostanhallgatók magukat hatékony, gyakorlatias, célratörő gyakorló orvosként képzelték el. Fontos azonban hangsúlyoznunk, hogy az eltérő kutatási módszerek (kvantitatív vs. kvalitatív) és az eltérő vizsgálati populációk (első évesek vs. kevert évfolyamok) miatt eredményeink nehezen összehasonlíthatóak a nemzetközi trendekkel.

Eredményeink azt mutatják, hogy az orvosi hivatás választásában jelentős változások figyelhetők meg. Az altruizmus és a természettudományos érdeklődés ugyanolyan súllyal jelenik meg a fiatalok számára, és ebben nemi különbségek nem mutatkoznak, ami véleményünk szerint azt jelenti, hogy a magyar hallgatók körében a nők pályaválasztási motivációiban feltehetően egy erőteljes racionalizációs folyamat megy végbe. Kérdés, hogy ez az elmozdulás egy mérési eredmény terméke-e, vagy tendenciát jelez, amely a hivatással kapcsolatos társadalmi elvárások irányát jelzi. Ha tendencia jellegű, akkor a klasszikus hivatás eszme erodálódását támasztja alá, megerősítve, hogy mára nem csak a különleges elköteleződés, az emberek iránti „szolgálat” vezeti a hallgatókat az orvosegyetemekre, hanem ebben a tudományos érdeklődés individuálisabb motivációja is legalább akkora szerepet játszik. Az altruizmus motivációs jelentőségével kapcsolatosan ugyanakkor azt is érdemes



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

végiggondolni, hogy mit is jelent e fogalom a 21. század orvoslásában. Az orvos-beteg kapcsolatnak a nagyfokú technicizálódás következtében számtalan új formája jelent meg: sok szakma esetében látható, hogy az 50-60 évvel ezelőtti helyzethez képest már nemcsak a személyes kapcsolatban rejlik a segítség lehetősége. További fontos átalakulásra hívják fel a figyelmet azok a magyarországi vizsgálatok, amelyek azt mutatják, hogy az elsőévesek közel fele nem akar gyakorló, klinikus orvos lenni (Girasek et al. 2009). Az átalakuló hivatás sok lehetőséget rejt, a kutatói vagy a piaci szférában való elhelyezkedést egyaránt, így az orvos, mint a betegágy mellett dolgozó gyógyító képe jelentősen módosul (Molnár 2015).

A „controllable lifestyle” (Lambert – Holmboe 2005, Dorsey et al. 2003) koncepciójába illeszkedő tényezők (pénz, elhelyezkedés, karrierlehetőségek) is számottevő mértékben jelen vannak a vizsgálatunk által feltárt motivációs struktúrában, így a nemzetközi trendekkel egybehangzóan elmondható, hogy a hallgatók számára az altruizmusnak nincs kizárólagos szerepe a döntési folyamatban, abban a karrierre, státuszra vonatkozó tervek is egyre nagyobb hangsúlyt kapnak. E témában igen jelentős Dorsey és munkatársainak kutatása, melyben kimutatták, hogy 1996 és 2003 között a controllable lifestyle (kontrollálható életstílus) alapú szakválasztás a nők esetében 18 százalékról 36 százalékra, míg a férfiak esetében 28 százalékról 46 százalékra nőtt. Másképpen fogalmazva az amerikai orvostanhallgató férfiak mintegy felére már 2003-ban is a controllable lifestyle alapú szakválasztás volt jellemző (Dorsey et al. 2005). Más kutatások kiemelik, hogy a munka s a családi élet összhangjának megteremtése nagyon fontos szakválasztási indok (Cleland et al. 2012). Van Tongeren-Alers és munkatársai azonban úgy találták, hogy a karriertervezésben megjelenő különbségek már az első évfolyamtól kezdve jelen vannak mindkét nemnél: az orvostanhallgatónők a kezdetektől fogva fontos szakválasztási indokként nevezik meg a munka és a családi élet harmonizálásának igényét, míg a férfi hallgatók vezérlő szempontja a karrier mind tökéletesebb megvalósítása (Van Tongeren-Alers et al. 2011).

A pályaválasztási motivációk hatása és jelentősége meglehetősen sokrétű. A motivációk jelentősen befolyásolhatják a tanulmányi sikerességet és a stresszel való megküzdést (Stegers-Jager et al. 2012, Kosurkar et al. 2011). A különféle motivációk prediktor szerepűek a pszichés distresszben és a hallgatói kiégés jelenségében (Pagnin et al. 2013). Saját kutatásaink eredménye szerint a hallgatói kiégés deperzonalizáció és teljesítményvesztés komponenseiben az altruizmus motivációjának hiánya meghatározó szerepű volt (Gyórfy et al. 2016). Más vizsgálatok felhívják a figyelmet a hallgatói kiégés és a szakválasztás kapcsolatára: Enoch és munkatársai úgy találták, hogy a magasabb érzelmi kimerülés és a controllable lifestyle alapú szakválasztás összefüggést mutat (Enoch et al. 2013). Mindezek alapján feltételezhető, hogy a hallgatói pálya- s szakválasztás jelensége rövid és hosszú távú hatásokkal bír a pályaszocializáció folyamatában.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Vizsgálatunk számos új kutatási terület felé nyitja meg az utat. Mivel kutatásunk kizárólag a budapesti egyetem elsőéveseire irányult, fontosnak tartjuk a vizsgálat kiterjesztését a többi három orvosegyetem hallgatóira is. Ugyancsak fontos vizsgálati területként rajzolódik ki a magasabb évfolyamon tanulók pályamotivációs háttérének feltérképezése, valamint a szak- és munkahelytípus választási preferenciák felmérése. Fontos lenne továbbá az általános orvostanhallgatók és a fogorvostan hallgatók pályamotivációs struktúráinak összehasonlítása, mert a korábbi nemzetközi vizsgálatok szerint markáns különbség figyelhető meg a két szak választási struktúrájában (Vahid Dastjerdi et al. 201, Crossley – Mubarik 2003).

Irodalom

- AAMC Data Book (2009): Medical Schools and Teaching Hospitals by the Numbers 2009. Washington, DC: American Association of Medical Colleges: 28–29.
- Allen, I (1988): Doctors and their careers. Policy Studies Institute, London
- Bagdy, E. – Mogyorósy, Cs. (1988): Quo vadis medicus? Pályamotivációk alakulása az orvosegyetemi képzés során. In: *Medicus Universalis*, 1: 5–8.
- Bánlaky, P. – Kérész, Gy.-né – Solymosi, Zs. (1984): *Orvosok Magyarországon*. Akadémia Kiadó, Budapest: 84.
- Baxter, L. – Mattick, K. – Kuyken, W. (2013): Assessing health care students' intentions and motivations for learning: the Healthcare Learning and Studying Inventory (HLSI). In: *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 18: 451–462.
- Buddeberg-Fischer, B. – Klaghofer, R. – Abel, T. – Buddeberg, C. (2003): The influence of gender and personality traits on the career planning of Swiss medical students. In: *Swiss Med Wkly.*, 133(39–40): 535–40.
- Cleland, J. – Johnston, P. W. – French, F. H. – Needham, G. (2012): Associations between medical school and career preferences in Year 1 medical students in Scotland. In: *Med Educ.*, 46(5): 473–84.
- Crossley, M. L. – Mubarik, A. (2002): A comparative investigation of dental and medical student's motivation towards career choice. In: *Br Dent J.*, 193: 471–473.
- Csabai, M. – Bartha, K. (2002): Az orvosi identitás alakulása: orvostanhallgatók nézete az orvosi pályáról, az orvosszerepről. In: *Leges Artis Medicinae*, 10: 638–644.
- Dastjerdi, MV. – Mahdian, M. – Dastjerdi, EV. – Namdari, M. (2012): Study motives and career choices of iranian medical and dental students. In: *Acta Medica Iranica*, 50: 417–424.
- Dorsey, E. R. – Jarjoura, D. – Rutecki, G. W. (2003): Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. In: *Journal of the American Medical Association*, 290: 1173–1178.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

- Dorsey, E. R. – Jarjoura, D. – Rutecki, G. W. (2005): The influence of controllable lifestyle and sex on the specialty choices of graduating U.S. medical students, 1996–2003. In: *Acad Med.* 80: 791–6.
- Draper, C. – Louw, G. (2007): What is medicine and what is a doctor? Medical students' perceptions and expectations of their academic and professional career. In: *Medical Teacher*, 29: e100–e107.
- Enoch, L. – Chibnall, J. T. – Schindler, D. L. – Slavin, S. J. (2013): Association of medical student burnout with residency specialty choice. In: *Med Educ.* 47(2): 173–81.
- Gąsiorowski, J. – Rudowicz, E. – Safranow, K. (2015): Motivation towards medical career choice and future career plans of Polish medical students. In: *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 20(3): 709–25.
- Girasek, E. (2012): Rezendens orvosok szakterület-választási és vidéki munkavállalási motivációi. PhD értekezés. Kézirat, Semmelweis Egyetem, Budapest http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/girasekedmond.d.pdf (Utolsó letöltés: 2016.11.14.)
- Girasek, E. – Molnár, R. – Eke, E. – Csernus, R. (2009): Az orvosi pálya választásának motivációi napjainkban: orvostanhallgatók és rezidensek véleménye alapján. In: *Orvosképzés*, 84: 329–333.
- Gyórfy, Zs. (2015): Orvosnők Magyarországon. Semmelweis Kiadó, Budapest
- Gyórfy, Zs. – Csala, I. – Sándor, I. (2013): Orvostanhallgatók Magyarországon: átalakuló vagy elnőiesedő hivatás? In: *Orvosi Hetilap*, 154(49): 1950–1958.
- Gyórfy, Zs. – Susánszky, É. – Susánszky, A. – Szántó, Zs. (2015): Az orvosi pálya-választás átalakulása – esélyek és lehetőségek Magyarországon. In: *Lege Artis Medicinae*, 25(4–5): 211–219.
- Gyórfy, Zs. – Birkás, E. – Sándor, I. (2016): Career motivation and burnout among medical students in Hungary – could altruism be a protection factor? In: *BMC Med Educ.* 16: 182.
- Heiligers, P. J. (2012): Gender differences in medical students' motives and career choice. In: *BMC Med Educ.*, Aug., 23: 12–82.
- Ibrahim, M. – Fanshawe, A. – Patel, V. – Goswami, K. – Chilvers, G. – Ting, M. – Pilavakis, Y. – Rao, C. – Athanasiou, T. (2014): What factors influence British medical students' career intentions? In: *Med Teach*, 36(12): 1064–72.
- Johansson, E. E. – Hamberg, K. (2007): From calling to a scheluded vocation: Swedish male and female students. In: *Medical Teacher*, 29: 1–8.
- Kapocsi, E. (2004): Válság vagy megújulás. Válaszúton az orvosi hivatás. In: *Lege Artis Medicinae*, 14(1): 72.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

- Kapocsi, E. (2011): „Boldogtalan orvosok” – a jelenség és ami mögötte van. In: *Lege Artis Medicinae*, 21(8–9): 584–588.
- Kim, K. J. – Hwang, J. Y. – Kwon, B. S. (2016): Differences in medical students’ academic interest and performance across career choice motivations. In: *Int J Med Educ.*: 7: 52–5.
- Korkmaz, H. – Senol, Y. Y. (2013): The characteristics of medical students and motivation towards career choice: Implications for curriculum. In: *Hacettepe University Journal of Education*, 2: 258–268.
- KSH Központi Statisztikai Hivatal – Egészségügyi Statisztikai Évkönyv (2013). KSH, Budapest
- Kusurkar, R. A. – Ten Cate, T. J. – van Asperen, M. – Croiset, G. (2011): Motivation as an independent and a dependent variable in medical education: a review of the literature. In: *Med Teach.*, 33: 242–262.
- Lambert, E. M. – Holmboe, E. S. (2005): The relationship between specialty choice and gender of U.S. medical students, 1990–2003. In: *Acad Med.*, 80(9): 797–802.
- Lorber, J. (1984): *Women physicians: careers, status, and power.* Tavistock, New York: 54.
- McManus, I. C. – Livingstone, G. – Katona, C. (2006): The attractions of medicine: The generic motivations of medical school applicants in relation to demography, personality and achievement. In: *BMC Medical Education*, 6: 11.
- Meskó, B. (2016): *Az orvoslás jövője.* In: HVG Kiadó, Budapest: 26.
- Molnár, P. – Csabai, M. – Csörsz, I. (2003): Orvosi professzionalizáció és magatartástudomány. In: *Magyar Tudomány*, 48(11): 1391–1400.
- Molnár, R. – Girasek, E. – Csinády A. – Bugán A. (2011): A szerepkonfliktus pályaszocializációs eredete: a hivatásbeli és a családi szerepek az orvosnőkről és a jogásznőkről alkotott sztereotípiák tükrében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11(1): 31–51.
- Molnár, R. (2015): A gyógyítás vonzásában. Pályaválasztási motivációk és az orvosi pályaválasztásra gyakorolt hatásuk. In: Csabai, M. – Papp-Zipernovszky, O. (szerk.): *Gyógyítók egészsége.* Oriold és Társai Kiadó, Budapest: 30.
- Molnár, R. – Molnár, P. (2002): Az orvosi pályaszocializáció. In: *Lege Artis Medicinae*, 12: 250–254.
- Murinkó, L. (2010): Mitől lesz valaki felnőtt? A családi szerepátmenetek és az önállóvá válás szerepe a felnőtté válás megítélésében. http://www.demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/Demografia/2010_1/Demografia_2010_1_Murinko.pdf. (Utolsó letöltés: 2016.11.14.)



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

- Newton D. A. – Grayson M. S. – Foster Thompson L. (2005): The variable influence of lifestyle and income on medical students' career choices: data from two U.S. medical schools, 1998–2004. *Academic Medicine*, 80(9): 809–814.
- Pagnin, D. – De Queiroz, V. – De Oliveira Filho, M. A. – Gonzalez, N. V. – Salgado, A. E. – Cordeiro e Oliveira, B. – Lodi, CS. – Melo, R. M. (2013): Burnout and career choice motivation in medical students. In: *Med Teach.*, 35: 388–394.
- Puljak, L. – Kraljevic, J. B. – Latas, V. B. – Sapunar, D. (2007): Demographics and motives of medical school applicants in Croatia. In: *Medical Teacher*, 29: e227–e234.
- Riska, E. – Wegar, K. (1993): *Gender, work and medicine: women and the medical division of labour.* Sage, London
- Riska, E. (2001): *Medical careers and feminist agendas: American, Scandinavian, and Russian women physicians.* Aldine de Gruyter, New York
- Stegers-Jager, KM. – Cohen-Schotanus, J. – Themmen, A. P. (2012): Motivation, learning strategies, participation and medical school performance. In: *Med Educ.*, 46: 678–688.
- Vahid Dastjerdi, M. – Mahdian, M. – Vahid Dastjerdi, E. – Namdari, M. (2012): Study motives and career choices of Iranian medical and dental students. In: *Acta Med Iran.* 50(6): 417–24.
- Van Tongeren-Alers, M. – Van Esch, M. – Verdonk, P. – Johansson, E. – Hamberg, K. – Lagro-Janssen, T. (2011): Are new medical students' specialty preferences gendered? Related motivational factors at a Dutch medical school. In: *Teach Learn Med.*, 23(3): 263–8.
- Váriné Szilágyi, I. (1981): *Fiatal értelmiségiek a pályán.* Akadémiai Kiadó, Budapest: 41.
- Wierenga, A. R. – Branday, J. M. – Simeon, D. T. – Pottinger, A. – Brathwaite, B. (2003): Motivation for and concerns about entering a medical programme. In: *West Indian Med J.*, 52: 304–310.
- Woloschuk, W. – Wright, B. – McLaughlin, K. (2011): Debiasing the hidden curriculum: academic equality among medical specialties. In: *Can Fam Physician*, 57: e26–30.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Pécsett és Debrecenben tanuló külföldi orvostanhallgatók: egyetemválasztási és beilleszkedési kérdések

FAUBL NÓRA¹ – M. CSÁSZÁR ZSUZSANNA² – WUSCHING Á. TAMÁS³ –
FÜZESI ZSUZSANNA⁴

ABSZTRAKT

A globalizáció és a tudásalapú gazdaság térnyerésével egyre inkább előtérbe kerül a nemzetközi hallgatói mobilitás, mint a felsőoktatás nemzetköziesedésének legfontosabb indikátora. Hazánkban a külföldi hallgatók száma – a globális trendekhez hasonlóan – növekedést mutat, jelentős nemzetgazdasági érdeket képviselve ezzel. Emellett az egyetemek székhelyéül szolgáló városok fejlődésére, gazdasági és kulturális életére is egyre nagyobb hatást gyakorolnak a nemzetközi szintéről érkező hallgatók.

Empirikus kutatásunk során a Debreceni Egyetem és a Pécsi Tudományegyetem idegen nyelvű orvosi, fogorvosi és gyógyszerész képzésein részt vevő külföldi hallgatókat vizsgáltuk anonim, önkéntes kérdőív segítségével, személyes megkeresés formájában (n=602). A saját fejlesztésű kérdőív három kérdéscsoportra fókuszált: a hallgatók motivációira, az egyetemmel való elégedettségükre, továbbá beilleszkedésük folyamatára. A kutatásra mindkét egyetemen a 2015/16. tanév tavaszi félévében került sor.

Az eredmények alapján elmondható, hogy a nemzetközi hallgatói mobilitás során Magyarországra érkező hallgatók motivációinak és elégedettségének feltérképezése, valamint integrációjuk elősegítése a közép- és hosszú távú egyetem- és várospolitikai fejlesztések szempontjából elengedhetetlenül fontos. A Pécsi Tudományegyetem és a Debreceni Egyetem orvosi képzései nagyon népszerűek a külföldiek körében, de jelentős különbségek érzékelhetők egyetemválasztási döntéseikben, amelyek mögött az húzódik meg, hogy a beiskolázott hallgatók eltérő kultúrákból érkeztek, és ez meghatározza személyes döntéseiket, későbbi terveiket.

A kezdeti nehézségek vonatkozásában az eredmények alapján megállapítható, hogy a német nyelvű képzés hallgatói számára az eltérő magyar nyelvi közeg, valamint a helyi bürokrácia jelent nagyobb kihívást, míg az angol nyelvű képzésben részt vevő heterogén kohorsz számára az oktatókkal való kapcsolatfelvétel, és a szociokulturális közegbe való beilleszkedés okoz valamivel nagyobb nehézséget. A beilleszkedés vonatkozásában kiemelendő, hogy a származási

¹ Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, tudományos segédmunkatárs.

² Pécsi Tudományegyetem, Természettudományi Kar, Földrajzi Intézet, Politikai Földrajzi, Fejlesztési és Regionális Tanulmányok Tanszéke, egyetemi docens.

³ Pécsi Tudományegyetem, Természettudományi Kar, Földrajzi Intézet, Politikai Földrajzi, Fejlesztési és Regionális Tanulmányok Tanszéke, PhD hallgató.

⁴ Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, egyetemi tanár.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

ország szempontjából homogénebb német nyelvű képzésben résztvevők számára a beilleszkedés valamivel kisebb kihívást jelent, mint a heterogén összetételű angol nyelvű képzésben résztvevők számára, melynek háttérében feltételezhetően többek között az akkulturációs (beilleszkedési) folyamat stabilizálódása áll.

KULCSSZAVAK: hallgatói mobilitás, nemzetköziesedés, interkulturális közeg, hallgatói beilleszkedés, akkulturációs folyamat, hallgatói elégedettség

ABSTRACT

Foreign students of the medical faculties in Pécs and Debrecen: the choice of the university and acculturation process

With the headway of globalization and knowledge-based economy, international student mobility is promoted as the main indicator of the internationalization of higher education. In Hungary the number of foreign students – similarly to global trends – shows an increase, representing a significant economic interest. Besides this, the international students make a growing impact on the development and the economic and cultural life of the cities where the universities are based.

In our empirical research, we analyzed international students at the Medicine, Dentistry and Pharmacy foreign language programs of the University of Debrecen and the University of Pécs with the help of personally requested anonymous, self-completed questionnaires (n=602). The self-developed questionnaire focused on three issues: the motivation of the students, their satisfaction with the university and the process of their integration. The research was conducted in the spring semester of the academic year 2015/2016 at both universities.

Based on the results it can be stated that from the perspective of medium- and long-term policy development of the university and the city, it is indispensable to survey the motivations and satisfaction of the students arriving to Hungary due to international student mobility as well as to facilitate their integration. The general medicine major of the University of Pécs and that of the University of Debrecen are very popular among foreign students but there are significant differences in their choices behind which we can discover the different cultural background of the matriculated students and this factor determines their personal choices and their later plans.

Concerning the difficulties at the beginning we can state based on the results that for the students of the German programme the different language medium and the local bureaucracy mean a bigger challenge, while for the heterogeneous community of the English programme contact building with the tutors and the integration into the socio-cultural medium mean more difficulties. Concerning the integration we can state that from the point of country of origin the integration means a little less challenge for the more homogenous student community of the German programme than for the heterogeneous community of the English programme behind which most probably the stabilization of the acculturation process can be trailed.

KEYWORDS: student mobility, internationalization, intercultural environment, student integration, acculturation process, student satisfaction



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Bevezetés

A nemzetközi hallgatói mobilitás világszerte egyre nagyobb jelentőségű. Napjainkra mintegy 5 millió főre tehető azok száma, akik részben vagy teljes egészében külföldön végzik felsőoktatási tanulmányaikat. A nemzetközi hallgatói mobilitás jelensége egészen a középkorra nyúlik vissza (Rivza – Teichler 2007), a mai, modern értelemben vett hallgatói mobilitás azonban az 1960-as évektől erősödött fel igazán, melynek során az Egyesült Államok, Nagy-Britannia, Ausztrália, Kanada, Németország és Franciaország váltak a legjelentősebb fogadó országokká. A küldő régiókat tekintve az összes külföldi hallgató 53%-a Ázsiából származik, e téren elsősorban Kína és India emelkedik ki. Globális skálán nézve, a hallgatók általánosságban keletről nyugatra, valamint a nem angol nyelvű országokból az angol nyelvű országok irányába mozognak (Brooks – Waters 2011). Az angolszász országok vezető szerepe nem meglepő, hiszen esetükben nincsenek nyelvi akadályok, így az egész világ kínálatával számolhatnak (Rédei 2009). Európát illetően általánosságban megállapítható, hogy a fő hallgatóáramlási irányok a szegényebb, elsősorban déli, mediterrán országokból a gazdagabb, északi térségek (elsősorban Nagy-Britannia és Írország, valamint Belgium, Dánia, Franciaország, Hollandia, Németország, Svédország) felé mutatnak (King 2003), emellett a földrajzi közelség és a kulturális hasonlóság is fontos szerepet játszik a célország kiválasztásában (Lanzendorf 2006).

Az Európát érintő tanulmányi mobilitás tekintetében fontos megemlíteni az elsőként 1987-ben újtárra indult Erasmus programot, mely rendkívül sikeres pályát futott be. Az Erasmus-program mellett, mely elsősorban kreditmobilitásra ad lehetőséget, továbbra is a teljes tanulmányi időt átfogó diploma-mobilitás jelenti a vezető szerepet. A tanulmányi mobilitásnak ez utóbbi formája számít a globális szakirodalom szerint a jelentősebbnek, mind az ebben a típusban folyó tevékenységek intenzitását és részvételi arányát tekintve, mind pedig az ebből származó gazdasági és kulturális hatásokat nézve (Derényi 2014).

A szocialista blokk megszűnésével a kelet- és közép-európai poszt szocialista államok egyre nagyobb mértékben kezdtek bekapcsolódni a globális hallgatóáramlásokba, majd a Bologna-rendszer bevezetése újabb lökést adott a külföldön tanulás ösztönzésének. Magyarország az 1990-es rendszerváltozást követően kezdett intenzívebben bekapcsolódni a hallgatói mobilitásba, mind a kredit-, mind a diplomamobilitás révén, döntően a befelé irányuló hallgatói mozgás vonatkozásában. A nemzetköziesedés erősödésével évről évre emelkedik azok száma, akik külföldi állampolgárként hazánkban folytatnak főként nappali munkarendű felsőoktatási tanulmányokat: a gyors növekedést jól mutatja, hogy míg a 2010/2011-es tanév őszi félévében 18850, addig négy évvel később már 24 598 külföldi hallgató tanult Magyarországon. Az adatok szerint legtöbbször Németországból és a határon túli magyarok lakta területekről érkeztek, de viszonylag sokan – küldő országonként ezer fő



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

körül – jöttek még például Brazíliából, Iránból, Norvégiából és Nigériából (Magyarországon tartózkodó külföldi állampolgárok, statinfo.ksh.hu).

Hazánkban a teljes idejű képzéseket⁵ figyelembe véve hagyományosan az orvosképzés a legnépszerűbb a külföldi hallgatók körében, mely jelenleg négy magyarországi egyetemen zajlik: ezek a fővárosi Semmelweis Egyetem, a Debreceni Egyetem, a Pécsi Tudományegyetem, valamint a Szegedi Tudományegyetem. A négy egyetem a nemzetközi oktatási vásárokon történő megjelenés, az interneten megjelenő részletes információk, az évente megrendezett nyílt napok, valamint a toborzó képviselők munkája mellett a korábbi vagy jelenlegi hallgatók személyesen vagy internetes fórumokon megosztott ajánlásai révén toborozza hallgatóit. Budapesten angol és német nyelven általános orvos, fogorvos és gyógyszerész képzés is létezik, a teljes magyar képzési kínálatot lefedve. A három vidéki orvosképző hely a magyar nyelvű képzésnek csak egy részét nyújtja idegen nyelven is – Pécsen angol nyelven mindhárom, míg német nyelven általános orvos és fogorvos képzés⁶, Debrecenben angol nyelven általános orvos, fogorvos és gyógyszerész képzés⁷, míg Szegeden angol nyelven általános orvos, fogorvos és gyógyszerész, német nyelven pedig négy féléves általános orvos részképzés⁸ működik. A 2015/16-os őszi félévben általános orvos szakon tanult a legtöbb külföldi hallgató, összesen 6797-en, emellett viszonylag sokan vesznek részt a fenti négy egyetemen elérhető fogorvosi képzésben (összesen 1291 fő), továbbá népszerű a gyógyszerészeti képzés is (Magyarországon tartózkodó külföldi állampolgárok, statinfo.ksh.hu). A négy intézmény még az 1980-as években, a rendszerváltozás előtt indította el az angol, majd később a német nyelvű orvosi képzését (SOTE, PTE, SZTE). A folyamatos növekedésnek köszönhetően mára már átlagosan kétezres nagyságrendű az orvostudományi karokra beiskolázott külföldi hallgatók száma. A magyar orvosi képzések nem véletlenül népszerűek a külföldi hallgatók körében, tekintettel a magas minőségű képzésre, valamint az európai és tengerentúli mércével is hívónak számító diplomára, ugyanakkor a nyugati országokhoz mérten kedvező tandíjra és megélhetési költségekre (Füzesi – Tistyán 2013a).

A külföldi hallgatók képzésével kapcsolatos magyarországi tanulmányok eddig többnyire a nemzeti és regionális gazdaságot dinamizáló kulcsfontosságú tényezők szempontjából vizsgálták a kérdést (Ivány 2010, Füzesi – Tistyán 2013a, 2013b, Szabó – Kresák – Miseta – Porvay – Füzesi 2013, M. Császár – Wusching 2016). E kutatások eredményei alapján fontos kihangsúlyozni, hogy az adott felsőoktatási in-

⁵ Az orvosi képzéseinkre irányuló nemzetközi hallgatói mobilitás kapcsán fontos megjegyezni, hogy döntően a „diploma-mobilitás” kategóriájába tartozik, azaz a hallgatók a teljes képzés időtartamára vagy legalábbis annak egy jelentős, több évet felölelő részére érkeznek.

⁶ Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar. www.aok.pte.hu

⁷ University of Debrecen. www.edu.unideb.hu

⁸ University of Szeged Faculty of Medicine, Faculty of Dentistry, Faculty of Pharmacy Foreign Language Programs. <http://www.med.u-szeged.hu/fs/foreign-language/medicine-dental-medicine/our-programs>



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

tézmények és városok az idegennyelvű képzések révén számos előnyhöz juthatnak: jelentős nemzetközi kereslet van rá, gazdaság-dinamizáló hatással bír a GDP és az államháztartás bevételeit tekintve, növeli a magyar egészségügyi képzés presztízsét, többletbevételt jelent az érintett egyetemeknek és a befogadó társadalmi-gazdasági környezetnek (városnak, régiónak), hozzájárul a felsőoktatási intézmények fennmaradásához és humán erőforrásaik megtartásához, valamint a befogadó környezet (város) megtartó erejéhez, többlet munkahelyeket teremt és nem utolsó sorban növeli a város multikulturalitását.

Jelen tanulmány a már említett kutatások mellett újabb vizsgálati irányként Magyarország két jelentős vidéki egyetemén, a Pécsi Tudományegyetem (PTE) és a Debreceni Egyetem (DE) idegen nyelvű orvosi és gyógyszerészképzésben (általános orvos, fogorvos, és gyógyszerész szakon) résztvevő külföldi hallgatók egyetemválasztására, személyes motivációira, és beilleszkedési attitűdjeiket érintő kérdésekre keresi a választ. Pécssett 1984-ben, Debrecenben pedig 1987-ben indult el az angol nyelvű orvostudományi képzés, az intézmények tehát már a rendszerváltás előtt nyitni kezdtek a nemzetközi piac felé. A kínálatot a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara 2004-ben német nyelvű képzéssel bővítette. Az orvosi programok mindkét egyetemen töretlen népszerűségnek és keresletnek örvendenek: a 2015/2016-os tanévben Pécssett 1993, míg Debrecenben 2553 külföldi hallgatót iskoláztak be az idegen nyelvű orvosi programokra (kari adatok alapján). Mivel a két vizsgált intézmény eltérő nemzetközi vonzókörzettel rendelkezik, így feltételezhető, hogy ebből kifolyólag a hallgatók személyes döntései, illetve beilleszkedési jellemzőik is eltérnek, hiszen az egyes, egymástól jelentősen eltérő kultúrákban más és más okok hatására választják a hallgatók a diplomamobilitást, annak helyszínét, valamint a megvalósítást is máshogy élik meg.

A külföldön történő tanulás, az egyetemi tanulmányok mellett nehézséget jelent egy idegen országba, városba, kultúrába, hallgatói környezetbe való beilleszkedés is, amely jelentősen megterheli a hallgatókat, különösen a kezdetekben, hiszen az új környezethez történő alkalmazkodás folyamatos megküzdést és adaptációt igényel a hallgatóktól. Jelen tanulmány célja, hogy a vizsgálatban résztvevő külföldi hallgatók motivációit és akkulturációs folyamataikat megismerve további információt gyűjtsön a más kultúrába történő beilleszkedés és a hosszabb távú hallgatói jóllét vonatkozásában, újabb szemponttal egészítve ki ezzel az eddigi kutatási irányokat (Buda 2007, Horányi 2007, Faubl – Zuhorn – Füzési 2014).



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Módszerek és eredmények

RÉSZTVEVŐK ÉS ESZKÖZÖK

Jelen kutatáshoz a két vizsgált egyetem idegen nyelvű orvosi képzésén részt vevő külföldi hallgatók kérdőíves felmérésének eredményei szolgálnak alapul (Etikai engedély száma: 5251). A vizsgálat alapjául szolgáló mérőeszközt a PTE TTK Földrajzi Intézet, Politikai Földrajzi, Fejlődési és Regionális Tanulmányok Tanszéke, valamint a PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet munkatársai állították össze és próbálták ki a felmérés lefolytatása előtt. A hatoldalas, 21 kérdést tartalmazó angol nyelvű kérdőívet a hallgatók az egyetemi oktatást követően, önkéntes alapon töltötték ki, melyről a kitöltés előtt minden esetben tájékoztatást kaptak. A kérdőív a három szociodemográfiai kérdések mellett 9 feleletválasztásos, részben félig zárt, egy nyitott, két eldöntendő, négy numerikus és egy deskriptív skálás kérdésből állt, melyek a hallgatók motivációira, az egyetemmel való elégedettségükre, továbbá beilleszkedésük folyamatára kérdeztek rá.

Az elemzések elvégzéséhez IBM SPSS Statistics 24-es verziót használtunk, a statisztikai módszerek közül a szignifikancia szint vizsgálata mellett az átlag és a szórás módszerét alkalmaztuk.

MINTAVÉTEL

A kérdőívet a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán 334 hallgató töltötte ki, míg a Debreceni Egyetem esetében 268 válaszadó volt (Debrecenben három karon, az általános orvosi, a fogorvosi, valamint a gyógyszerészeti képzés keretében, míg Pécsen a kitöltés időpontjában egy karon, mindhárom szakirányon zajlott a felmérés). Az összes válaszadó száma: $n=602$. A kutatásra a 2015/16 tanév tavaszi szemeszterében került sor. A kérdőív jellege miatt a mintaválasztás nem reprezentatív, így az eredmények sem általánosíthatók, azonban az 1-5. évfolyamokon a kontaktórákat követően lefolytatott keresztmetszeti vizsgálat lehetőséget nyújt arra, hogy a megfigyelt tendenciák és összefüggések további vizsgálatok alapjául szolgálhassanak.

Eredmények

SZOCIODEMOGRÁFIAI ADATOK

A kérdőíves vizsgálatban részt vett válaszadók átlagéletkora Pécsen 22,3, míg Debrecenben 22,9 év volt, emellett mindkét intézményben a nők magasabb aránya regisztrálható (Pécs: 50–44%, 6% nem válaszolt; Debrecen: 52,6–47,4%). Ami a fel-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

mérésben részt vevő hallgatók származási országait illeti, a PTE válaszadói összesen 36, míg a debreceniek 41 különböző országból érkeztek. Az 1. táblázat a válaszadói körbe legalább öt hallgatót adó országokat szemlélteti az onnan érkezett hallgatók számának feltüntetésével, valamint a válaszadók évfolyamonkénti, százalékos eloszlását.

1. táblázat. A válaszadók megoszlása a legalább 5 hallgatót küldő országok szerint, valamint évfolyamonkénti összetételük (fő)

PÉCSI Tudomány- egyetem (PTE)	Hallgatók száma	DEBRECENI Egyetem (DE)	Hallgatók száma
Németország	124	Nigéria	67
Norvégia	51	Izrael	21
Jordánia	20	Brazília	18
Spanyolország	15	Irán	18
Dél-Korea	12	Izland	18
Nigéria	11	Egyesült Királyság	14
Irán	11	Törökország	9
Svédország	8	UAE	9
Egyesült Királyság	7	Vietnam	9
Brazília	5	Svédország	8
Izrael	5	Kanada	6
		USA	5
		Norvégia	5
		Szaúd-Arábia	5
Egyéb ország	65	Egyéb ország	56
Európai	220	Európai	60
Európán kívüli	91	Európán kívüli	199
N/A	23	N/A	9
1. évfolyam	26,05%	1. évfolyam	22,01%
2. évfolyam	34,13%	2. évfolyam	14,55%
3. évfolyam	23,65%	3. évfolyam	13,06%
4. vagy magasabb évfolyam	7,78%	4. vagy magasabb évfolyam	34,33%
N/A	8,38%	N/A	16,04%
Összes válaszadó	334	Összes válaszadó	268



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Látható, hogy a PTE esetében a legjelentősebb küldő országból (Németország) majd kétszer annyian érkeztek a válaszadók, mint a DE vonatkozásában Nigériából. Meg kell jegyeznünk, hogy az összes hallgatót tekintve Debrecenben hasonló nagyságú a nigériaiak száma (652 fő), mint Pécssett a főleg német nyelvű képzésben résztvevő németeké (691 fő), a külföldieken belüli német hallgatók aránya azonban Pécssett magasabb, mivel a kérdőív felvételekor az összes karon beiskolázott 2500 külföldi hallgatóval szemben Debrecenben 3968-an tanultak (a határon túli magyarokat leszámítva is több mint 3200-an, Magyarországon tartózkodó külföldi állampolgárok, statinfo.ksh.hu, PTE és DE adatok). Másik megfigyelhető eltérés, hogy míg Pécssett a németek többsége, 664 fő az orvosi karon, addig Debrecenben a 652 nigériai hallgató nem mindegyike az orvosi vagy gyógyszerészeti képzésesekben vesz részt (utóbbiak ezért is szerepelnek kisebb arányban a válaszadók között, mint a Pécssett tanuló németek). Ami a képzés nyelvét illeti, Pécssett a 124 német hallgató vesz részt német nyelvű általános orvosképzésben, míg a többi hallgató (Debrecenben mindenki) angol nyelvű képzésben tanul.

Jelentős különbség rajzolódik ki a két egyetemen tanuló európai és nem európai diákok arányát tekintve: míg a pécsi orvoskaron 220 európai és 91 nem európai válaszadót regisztráltunk jelen kutatás során (a származási országáról nem nyilatkozó 23 fő mellett), addig a debreceni válaszadók közül csupán 60-an érkeztek Európából, míg 199-en voltak a kontinensen kívülről (9 hallgató nem adott a kérdésre választ). Az évfolyamonkénti összetétel esetében is komoly különbség van a két egyetem között, főként a legalább negyedik évfolyamos hallgatók arányát tekintve, akik a debreceni minta legnagyobb csoportját alkotják, míg Pécssett a legkisebbet. Ennek egyik oka, hogy a német nyelvű képzésben az alapozó modulban (1–4. szemeszter) jelentősen több diák vesz részt, mint a klinikai modulban, mivel a német nyelvű képzésben részt vevő hallgatók egy része az ún. „Physikum” (1–4. szemesztert magába foglaló, alapozó modult lezáró első vizsga a német nyelvterületen) megszerzése után saját hazájában próbál meg államilag finanszírozott részképzési helyet találni.

A szociodemográfiai adatok ismertetésén túl a kutatás eredményeit a továbbiakban három fő téma köré csoportosítva tárgyaljuk.

Döntések és választások

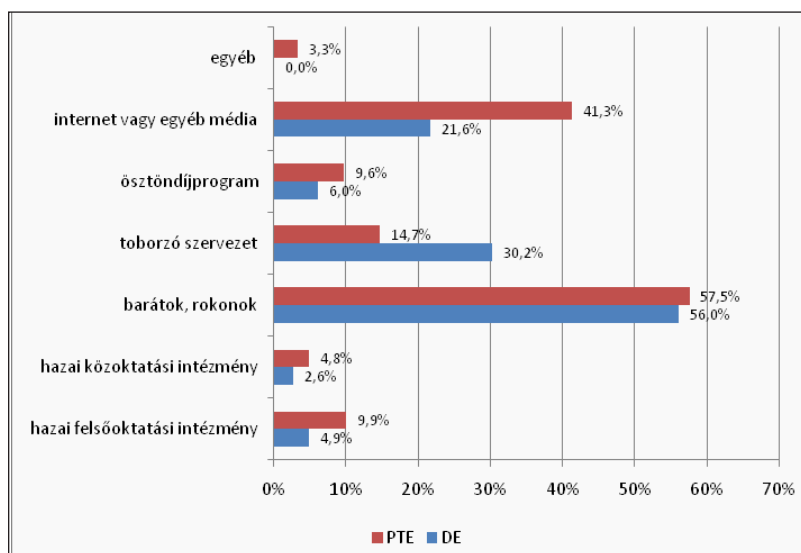
A külföldön történő tanulást hosszabb-rövidebb döntési folyamat előzi meg, melynek során a hallgató számos tényezőt, lehetőséget, előnyt és hátrányt mérlegel, mielőtt véglegesen kiválasztja továbbtanulása helyszínét. A döntési folyamatban a rendelkezésre álló információk, mint „objektív” tények, valamint a „barátok, ismerősök ajánlása”, mint „szubjektív” jellemzők egyaránt szerepet kapnak. A megkérdezett hallgatók arra a kérdésre, hogy miért döntött a külföldön tanulás mellett, több okot is megjelölhettek.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A TÁJÉKOZÓDÁS FORRÁSAI

Mivel a nemzetközi felsőoktatási piac hasonlóan működik a tényleges piacokhoz, ezért az információk eljuttatása a potenciális vásárlókhöz kulcsfontosságú kérdés. A kérdésre adott válaszok megerősítik az előzőekben leírtakat, miszerint a személyes ajánlások a meghatározóak a továbbtanulással kapcsolatos informálódási szokások esetében is. Figyelemre méltó az informálódást tekintve második helyen álló „internet és egyéb média” arányában megmutatkozó közel kétszeres különbség a PTE oldalán, amit viszont Debrecenben a toborzó szervezetek nagyobb szerepe ellensúlyoz (1. ábra).



1. ábra. „Honnan értesült a Pécsi Tudományegyetemen/Debreceni Egyetemen való tanulási lehetőségről?” (%)

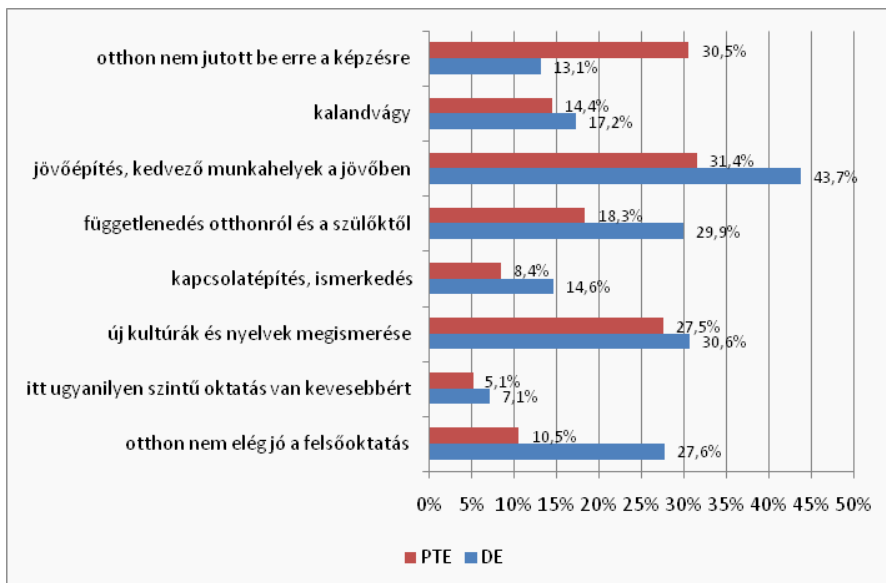
DÖNTÉSHOZATAL

A 2. ábrán jól látható, hogy két válasz kivételével minden más opciót a debreceniek jelöltek nagyobb arányban, azaz ők jellemzően több ok együttes hatására hozták meg döntésüket, míg a pécsiek között nagyobb arányban vannak azok a hallgatók, akiknek a döntése egy, vagy két ok következménye. Pécs esetében a „jövőépítés, kedvező munkahelyek a jövőben” (31,4%) mellett a „nem jutott be otthon erre a képzésre” válaszlehetőség (30,5%) kapta a legmagasabb arányt. Ez utóbbi válasz döntően a válaszadók legnagyobb részét adó német és norvég hallgatóktól érkezett, akik így voltaképpen kényszerűségből választották a külföldi tanulmányokat. Viszonylag sok



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

pécsi hallgató jelölte még az „új kultúrák és nyelvek megismerése (27,5%) válaszlehetőséget is. Debrecenben ezzel szemben teljesen más mintázat rajzolódott ki: a „nem jutott be erre a képzésre” választ a pécsiekkel ellentétben csak a válaszadók 13,1%-a jelölte. Ez a különbség bizonyos szempontból nem meglepő, hiszen a debreceni mintából hiányoznak a német és norvég hallgatók. Jelentős különbség érzékelhető az „otthon nem elég jó a felsőoktatás” válasz esetében a két egyetem között: a debreceniek 27,6%-a, míg a pécsieknek csupán 10,5%-a jelölte be ezt a választ. Ebben az esetben is a földrajzi eltérés adhat magyarázatot: a fejlett országokból érkezőknek (elsősorban ismét a németeknek és norvégoknak) kisebb aránya találja nem megfelelő minőségűnek a hazai felsőoktatási kínálatot, mint pl. a debreceni hallgatók jelentős részét adó nigériaiak. Debrecenben összességében a „jövőépítés, kedvező munkahelyek a jövőben” választ jelölték legtöbben (43,7%), míg a második helyen az „új kultúrák, nyelvek megismerése” (30,6%) szerepelt. Érdekes különbség mutatkozik a két egyetem között a „függetlenedés az otthontól, szülőktől” válasz esetében is (DE: 29,9%; PTE: 18,3%), és feltehető, hogy ebben is társadalmi, kulturális különbségek játszanak szerepet. A „kalandvággy” választ hasonló arányban jelölték a két egyetemről, míg a „kapcsolatépítés, ismerkedés” opció aránya Pécsen elenyésző, Debrecenben ennél valamivel magasabb.



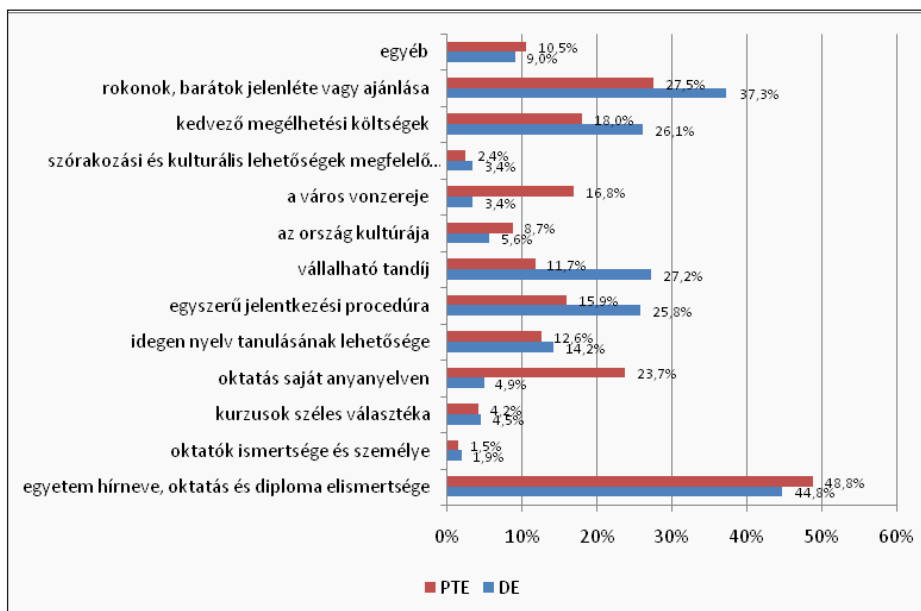
2. ábra. „Miért döntött a külföldön tanulás mellett?” (%)



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

EGYETEMVÁLASZTÁS

A hallgatók intézményválasztási döntése egy komplex, három különböző szintet (ország, város, egyetem) érintő folyamat, amelyet az egyetemek toborzó szervezetei és nemzetközi kapcsolatai is befolyásolhatnak. A 3. ábrán azonnal kitűnik „az egyetem hírneve, oktatás és diploma elismertsége” magas aránya mindkét város esetében, e téren nincs köztük lényeges különbség.



3. ábra. „Miért a Pécsi Tudományegyetemet/Debreceni Egyetemet választotta?” (%)

Nagyon jelentős a „rokonok, ismerősök jelenléte vagy ajánlása” válaszlehetőség mindkét város hallgatói körében, ez szerepelt a választási preferencia-rangsor második helyén. Mindez alátámasztja azt a feltételezést, miszerint a személyes kapcsolatoknak jelentős befolyásuk van a hallgatók mobilitási döntéshozatalára. A harmadik helyen a „kedvező megélhetési költségek”, a negyedik az „egyszerű jelentkezési procedúra”, az ötödiken pedig a „vállalható tandíj” szerepelt.

A legmarkánsabb különbség a két város hallgatói között az „oktatás saját anyanyelven” válasz esetében rajzolódott ki (a pécsiek közel ötszörös arányban jelölték Debrecenhez képest). Ez egyértelműen annak tudható be, hogy míg Pécsen a németek saját anyanyelvükön tanulhatnak az orvosi karon, addig Debrecenben csak az angol anyanyelvű hallgatók tehetik meg ugyanezt. Minden más szempont a debreceniek magasabb arányú jelölését hozta, kivéve „a város vonzereje” opciót. A kedvező

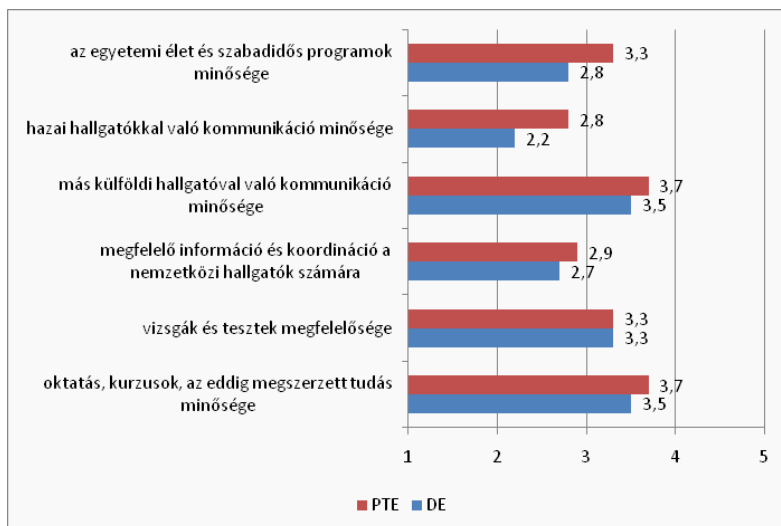
ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

megélhetési költségek, a vállalható tandíj hangsúlyosabb az Európai Unión kívüli országokból érkező hallgatók számára (Debrecen), mint a fejlettebb országok állampolgárai számára (Pécs).

Az „egyéb” választ jellemzően azok jelölték, akik speciális ösztöndíjprogram segítségével tanulnak az adott helyen, számukra részben nem volt választási alternatíva (elsősorban német, norvég, valamint a Stipendium Hungaricum programban részt vevő jordániai hallgatók).

ELÉGEDETTSÉG AZ EGYETEMMEL

A kutatási kérdőív egyetemre vonatkozó kérdései közül talán a legfontosabb, hogy a külföldi hallgatók mennyire elégedettek az egyetemhez kötődő oktatási és más szolgáltatásokkal, valamint a hallgatói kapcsolatokkal és egyéb jellemzőkkel. A válaszadók ötfokozatú skálán értékelték hat különböző dimenziót, amelyben az egyes osztályzat jelölte a „nagyon elégedetlen”, az ötös pedig a „nagyon elégedett” értéket (4. ábra).



4. ábra. A válaszadó hallgatók elégedettsége az egyetemhez kapcsolódó jellemzőkkel (átlagpontszám)

Az eredmények alapján szembetűnő, hogy a 4-es átlagot egyik tényező sem érte el, azaz az egyetemek nem minden téren elégítik ki megfelelően a külföldi orvostanhallgatók igényeit. A relatíve legnagyobb elégedettség a PTE-n és a DE-n is a többi külföldi hallgatóival való kommunikáció, valamint az oktatás, kurzusok, az ed-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

dig megszerzett tudás minősége dimenzióban volt mérhető. A külföldi hallgatókkal való kommunikáció terén Pécs előnye abból is adódhat, hogy Debrecennel szemben nagyobb homogén kulturális csoportok vannak jelen (jelen kutatásban 124 német válaszadó), akik egymással is tartják a kapcsolatot. Az oktatás terén megnyilvánuló magasabb pécsi átlag szintén a német hallgatók magasabb értékelésének köszönhető.

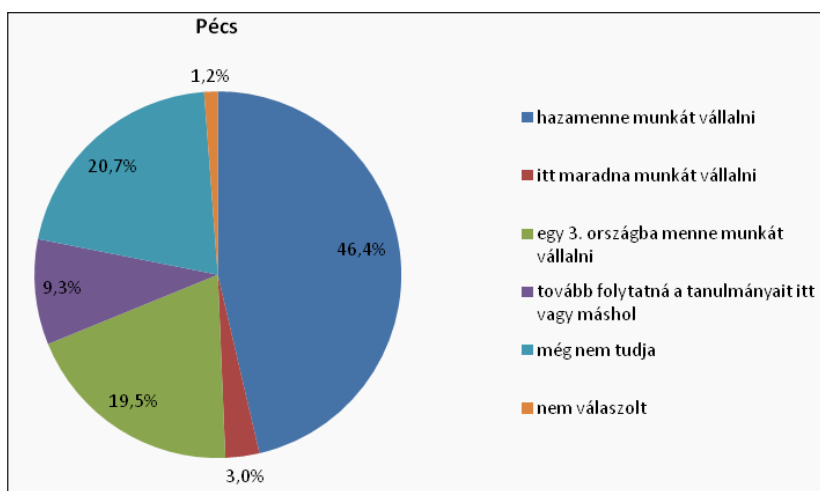
A vizsgák és tesztek nehézségét minősítő értékek közt nem volt különbség a két egyetem hallgatóinak értékelésében, hiszen ezek a magas követelményeket támasztó képzésben az akkreditáció miatt rögzített elemek, amelyeket a hallgatóknak mindenütt teljesíteni kell.

A válaszadók a legkevésbé a hazai hallgatókkal való kommunikáció minősége, valamint a nemzetközi hallgatók számára elérhető megfelelő információ és koordináció dimenziójával elégedettek. E szempontok egyike sem éri el a 3,0-as átlagot sem Pécsen, sem Debrecenben, felhívva ezzel a figyelmet két fontos hallgatói szükséglet kielégítetlenségére.

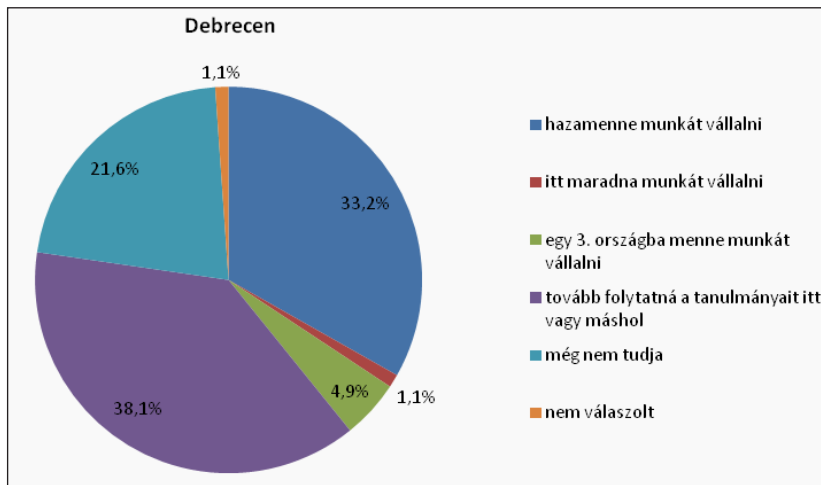
A legnagyobb különbség a két egyetem között a hazai hallgatókkal való kommunikáció, valamint az egyetemi élet és szabadidős programok minősége esetében mérhető, mindkét esetben a pécsiek bizonyultak elégedettebbnek a vonatkozó jellemzőkkel.

TERVEK A VÉGZÉST KÖVETŐEN

A Pécsen tanuló külföldi hallgatók majd fele (46,4%), a Debrecenben tanulók egyharmada (33,2%) a végzést követően az otthoni munkavállalást tervezi (5–6. ábra).



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ



5–6. ábra. „Mi az elsődleges terve a jelenlegi képzés elvégzését követően?” (%)

A különbség Pécs és Debrecen között leginkább abban mutatkozik meg, hogy a debreceniek közül a legtöbben folytatni tervezik tanulmányaikat, döntően a szakképzés irányába, mielőtt munkát vállalnának akár otthon, akár más országokban.

Mindkét egyetem hallgatói között rendkívül alacsony azok aránya, akik Magyarországon maradnának munkát vállalni, ami, ismerve a magyarországi egészségügyi béreket, nem meglepő. Mindkét városban magas azok aránya (több, mint ötödük), akik még nem tudják, hogy a végzést követően milyen irányba indulnak majd el. Harmadik országot többen jelöltek a pécsiek közül munkavállalás céljából, mint a Debrecenben tanulók. Az 55, harmadik országot preferáló hallgató közül 47-en az Egyesült Királyságot, az USA-t, Németországot vagy Kanadát preferálnák.

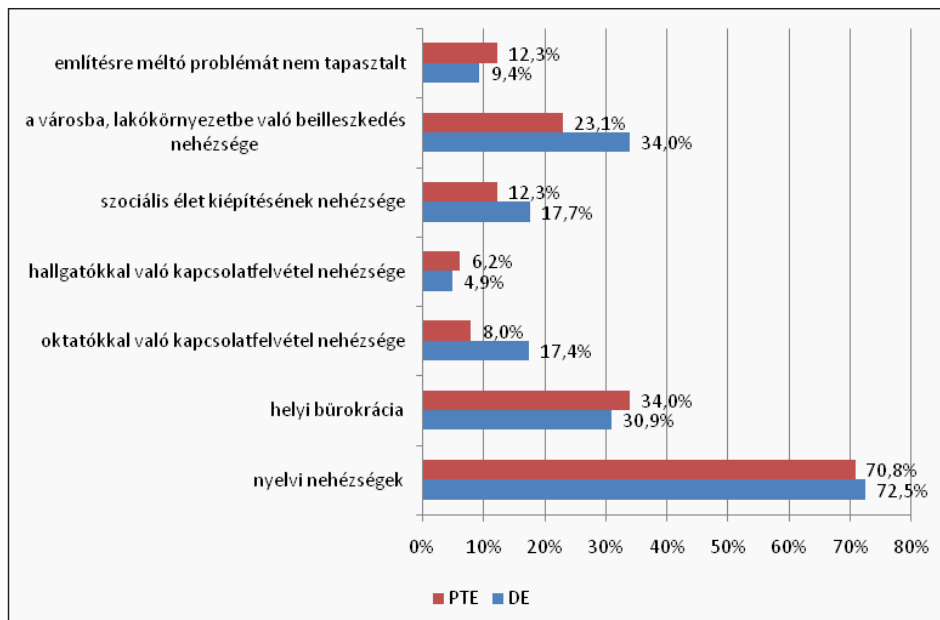
Beilleszkedési nehézségek külföldiként

NEHÉZSÉGEK A TANULMÁNYOK MEGKEZDÉSEKOR

A kutatás során megvizsgáltuk, hogy a tanulmányok megkezdésekor milyen kihívásokat észleltek a diákok. A problémát tapasztalt hallgatók közül 70,1% a nyelvi nehézséget, míg 31,9% a helyi bürokráciát ítélte a legmeghatározóbbnak (7. ábra). A válaszadók negyede vélte úgy, hogy a városba és a lakókörnyezetbe való beilleszkedés okozott számukra gondot, 14,5%-uk pedig a szociális élet kiépítésében látott kihívást. 12%-uk érezte úgy, hogy a tanulmányok megkezdésekor az oktatókkal történő kapcsolatfelvétel jelentett problémát, és mindössze 5,5%-uk gondolta azt, hogy a hallgatótársakkal való kapcsolatfelvétel ütközött kezdeti nehézségekbe.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ



7. ábra. Kezdeti nehézségek a tanulmányok megkezdésekor (%)

A Pécsen és Debrecenben tanuló diákok között szignifikáns különbség ($p \leq 0.05$) csak az oktatókkal való kapcsolatfelvétel, a szociális élet kiépítése, valamint a városba, illetve lakókörnyezetbe való beilleszkedés nehézségeinek vonatkozásában volt megállapítható. Mindhárom esetben a Debrecenben tanuló diákok érzékelték több problémát az említett dimenziókban. A különbségek egyik lehetséges magyarázatát a két egyetem származási országok vonatkozásában tapasztalható különbsége adja.

Korábbi feltételezésünk, mely szerint a hallgatók többségének az egyetemi élettel kapcsolatosan – a kihívást jelentő orvosi tanulmányok ellenére – kevesebb nehézségük adódik, mint a nyelvi és szociokulturális közegbe való beilleszkedésüket illetően, beigazolódni látszik. A kérdés kapcsán megvizsgáltuk a származási ország és a kezdeti nehézségek összefüggéseit, mégpedig az angol és a német nyelvű képzés vonatkozásában. Szignifikáns eltérést tapasztaltunk a nyelvi nehézségek, a helyi bürokráciával kapcsolatos kihívások, az oktatókkal való kapcsolatfelvétel, valamint a városba és lakókörnyezetbe való beilleszkedés nehézsége tekintetében (2. táblázat).



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

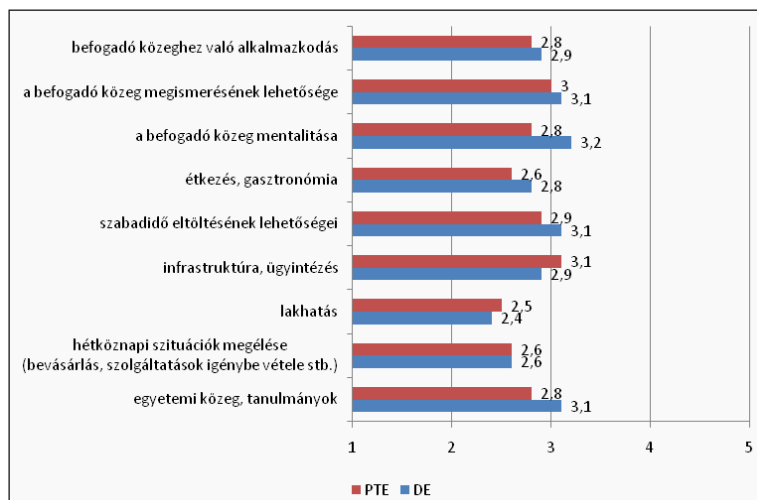
2. táblázat. A megkérdezett hallgatók kezdeti nehézségei (szignifikáns paraméterek, $p \leq 0.05$) (%)

Kezdeti nehézségek	Német nyelvű képzés	Angol nyelvű képzés
Nyelvi nehézségek	80,8	69,1
Helyi bürokrácia	44,2	29,6
Oktatókkal való kapcsolatfelvétel nehézsége	5,0	14,0
A városba, lakókörnyezetbe való beilleszkedés nehézsége	17,5	30,6

Fontos megemlíteni, hogy míg a német nyelvű képzésen résztvevő hallgatók mindössze három európai országból érkeztek (Németország, Ausztria, Svájc), addig az angol nyelvű képzésben tanulók származási országok szerinti száma 50-60 között van a világot majd minden földrészéről a két egyetemen.

A BEILLESZKEDÉS FOLYAMATA

A beilleszkedést több tényező segítheti (pl. hasonló kulturális közeg, saját országból érkező társakkal történő kapcsolattartás lehetősége stb.) vagy nehezítheti (pl. jelentős kulturális különbségek, nyelvi problémák stb.). A kérdőívben megadott zárt válaszalternatívák egy része ismét az egyetemi tanulmányokkal állt kapcsolatban, míg mások a befogadó közegbe való beilleszkedésre kérdeztek rá (8. ábra).



8. ábra. A megkérdezett hallgatók beilleszkedése (1: legkönnyebb, 5: legnehezebb)



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A kapott eredmények alapján az összes válaszadó vonatkozásában megállapítható, hogy a relatíve homogén megítélések mellett a lakhatás (2,4), valamint a hétköznapi szituációk megélése (bevásárlás, szolgáltatások igénybe vétele, 2,6) volt a megkérdezettek számára a beilleszkedés szempontjából a legegyszerűbben megoldható feladat. A legnagyobb kihívást az egyetemi közeg és a tanulmányok, az infrastruktúrához és az ügyintézéshez való alkalmazkodás, a szabadidő eltöltésének lehetőségei, valamint a befogadó közeg megismerése és mentalitása jelentette (az átlag mind a négy dimenzióban 3,0 volt). A Pécsen és Debrecenben tanuló diákok integrációját tekintve szignifikáns különbséget ($p \leq 0.05$) találtunk az egyetemi közeg és tanulmányok, az infrastruktúra és ügyintézés, a szabadidő eltöltésének lehetőségei, az étkezés és gasztronómia, valamint a befogadó közeg mentalitása vonatkozásában. A megadott tényezők közül egy kivétellel (infrastruktúra, ügyintézés) minden esetben a Pécsen tanuló diákok számára tűnt valamivel könnyebbnek a beilleszkedés folyamata.

E kérdés kapcsán az összes válaszadó vonatkozásában megvizsgáltuk a beilleszkedés, valamint a képzési program (angol és a német nyelvű képzés) esetleges összefüggéseit és az alábbi szignifikáns eltéréseket ($p \leq 0.05$) tapasztaltuk:

Míg a német nyelvű képzés (PTE) hallgatói számára a lakhatás és az étkezés, illetve a gasztronómia számított a beilleszkedés szempontjából legkönnyebbnek (2,2), addig az angol nyelvű képzésben (PTE, DE) tanulók számára már csak a lakhatás sorolható ebbe a kategóriába (2,5). Az integráció szempontjából legnagyobb nehézséget a „németeknek” az infrastruktúrához és az ügyintézés másságához való hozzászokás jelentette (3,1), míg az angol nyelvű képzés hallgatóinak az egyetemi közeg és a tanulmányok, a szabadidő eltöltésének lehetőségei, és a befogadó közeg mentalitása jelentette (3,1).

ÉLET KÜLFÖLDIKÉNT, MAGYARORSZÁGON

A külföldön való tanulást nem csupán az adott kar, egyetem, város befogadó közege határozza meg, hanem az az ország is, amely a képzésnek otthont ad. Kutatásunk következő kérdésében ezért arra voltunk kíváncsiak, hogy a hallgató hogyan érzi magát külföldiként Magyarországon. A válaszadók ötfokozatú skálán választhatták ki, hogy nagyon rosszul (1), rosszul (2), közepesen (3), jól (4) vagy nagyon jól (5) érzik magukat az országban (3. táblázat).



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

3. táblázat. Hogy érzi magát külföldiként ebben az országban
(1: nagyon rosszul, 5: nagyon jól)

Település	Elemzés (fő)	Átlag	Szórás	Szignifikancia (Levene)	Szignifikancia (t-próba)
Debrecen	271	3,00	0,97	0,554	0,000
Pécs	330	3,58	0,75		
Összesen	601	3,32	0,90		

Az eredményeket először a Pécsen és Debrecenben tanuló diákok vonatkozásában vizsgáltuk, melynek kapcsán szignifikáns különbséget találtunk a két város hallgatói között: míg a Debrecenben tanuló diákok összessége az ötfokozatú skálán a közérzet szempontjából a 3,0-as értékkel jellemezhető, addig a pécsi válaszadó hallgatók összessége jelentősen jobban érzi magát hazánkban (3,6-os átlagérték).

További szempontként vizsgáltuk a Magyarországon töltött hónapok átlagos száma és a hallgatói közérzet összefüggéseit a válaszadók származási országa szerint. A 4. táblázatban csak azokat az országokat tüntetjük fel, ahonnan a válaszadók közül több, mint 15 hallgató érkezett.

4. táblázat. Hallgatói közérzet a származási ország és a tartózkodás idő szerint
(15 hallgatónál több válaszadót reprezentáló országok) (fő/hó)

Származási ország	Hallgatók száma (fő)	Mennyi ideje tartózkodik Magyarországon (hó)	Hogy érzi magát (nagyon rosszul – 1, nagyon jól – 5)
Brazília	23	13	3,4
Egyesült Királyság	21	22,6	2,8
Irán	29	39,3	3,1
Izland	18	32,3	3,0
Izrael	26	33,7	3,0
Jordánia	22	8,3	3,8
Németország	124	29,8	3,6
Nigéria	78	30,8	3,0
Norvégia	56	26,2	3,5
Spanyolország	16	21,8	3,9
Svédország	16	45,6	2,9
ÁTLAG		27 hónap	3,0 (közepesen)



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A táblázat adatait vizsgálva megállapítható, hogy a 15 főnél több hallgatót reprezentáló országok között a Jordániából érkező hallgatók töltötték el a legkevesebb időt Magyarországon az adatfelvétel idején (8,3 hó). A vizsgált kohorszban ők az egyik magukat Magyarországon a legjobb közérzettel jellemezhető csoportok közé tartoznak (3,8), melynek háttérében az eltelt idő és a felmerülő nehézségek közötti összefüggések is feltételezhetők. Átlagosan leghosszabb ideje a válaszadó svéd hallgatók tartózkodtak Magyarországon (45,6 hó), ők azonban azok közé tartoznak, akik a legkevesbé (2,9) érzik jól magukat nálunk. Fel kell hívni azonban a figyelmet arra, hogy az egyes országokból a felmérésbe került hallgatói létszámok – a Németországból érkező hallgatóktól eltekintve – alacsonyak, ezért ezek az eredmények inkább tájékoztató jellegűek, mint megalapozott következtetések levonására alkalmasak (a fentiek tekintetében: jordánok 22 fő, svédek 16 fő). A legjelentősebb hallgatói létszámot, és a válaszadás szempontjából is legnagyobb csoportot jelentő német hallgatók (124 fő) átlagosan 29,8 hónapot töltöttek el hazánkban az adatfelvétel idején, és a közepesnél jobban érzik magukat nálunk (3,6). Feltételezzük, hogy ez egyrészt köszönhető a homogén, anyanyelvi környezet adta helyzetnek, melyben a hallgatók az esetek kisebb részében „hagyják el” saját kultúrájukat és anyanyelvüket, másrészt annak, hogy a hallgatók az ún. „Physikum” megszerzésének céljával mennek külföldre tanulni, így esetükben a tartózkodás előzetesen rövidebb időre, négy félévre tervezett ideje is befolyásolhatja a kapott eredményeket.

Összegzés, konklúzió

A külföldi hallgatók képzésével kapcsolatos magyarországi tanulmányok eddig többnyire a nemzeti és regionális gazdaságot dinamizáló tényezők szempontjából vizsgálták a kérdést (Iványi 2010, Füzesi – Tistyán 2013a, 2013b, Szabó et al. 2013, M. Császár – Wusching 2016). Jelen kutatásban vizsgált intézmények, a Pécsi Tudományegyetem és a Debreceni Egyetem orvosi képzései egyaránt rendkívül népszerűek a külföldiek körében, azonban az ideérkező hallgatók személyes motivációi, egyetemválasztási döntési háttére, valamint beilleszkedésük különböző aspektusai eltéréseket mutatnak. Markáns különbségek húzódnak a hallgatók külföldi tanulmányokra irányuló, valamint konkrét egyetemválasztási döntéseinek okai mögött, ahogy az egyéb vizsgált kérdésekre adott válaszok terén is eltér a két csoport. Megállapítható, hogy bár Magyarország a globális felsőoktatási piacon kicsi és kínálatát tekintve kevésbé differenciált szereplőnek számít, ugyanakkor az országon belül eltérő minták jellemzik a különböző egyetemekre érkező hallgatók döntéseit és terveit. Ezek a néhol igen jelentős különbségek legtöbb esetben a hallgatók származási ország szerinti eltéréseire vezethetők vissza. A Debreceni Egyetem és a Pécsi Tudományegyetem az elmúlt három évtizedben egymástól földrajzilag jelentősen különböző nemzetközi vonzáskörzetet épített ki. A beiskolázott külföldi hallgatók más-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

más arányban képviselik az eltérő kultúrákat, és ez szükségszerűen megmutatkozik a személyes döntéseik, benyomásaik és terveik háttérében is.

A Magyarországra történő megérkezés, valamint a kezdeti nehézségek vonatkozásában az eredmények alapján megállapítható, hogy a német nyelvű képzés hallgatói számára az eltérő magyar nyelvi közeg, valamint a helyi bürokrácia jelent nagyobb kihívást, míg az angol nyelvű képzés, mint heterogén kohorsz számára az oktatókkal való kapcsolatfelvétel, és a szociokulturális közegbe való beilleszkedés okoz valamivel nagyobb nehézséget. Utóbbiakról tudjuk, hogy az angol képzési nyelv nagy többségük számára éppúgy idegen nyelvet jelent, ahogyan az oktatók esetében is, míg a német nyelvű képzésben anyanyelvükön tanuló hallgatók találkoznak a németet, mint idegen nyelvet használó oktatókkal (Faubl – Zuhorn – Füzesi 2014, Kasza 2010). A beilleszkedés vonatkozásában, korábbi kutatásainknak és jelenlegi hipotézisünknek megfelelően a származási ország szempontjából homogénebb német nyelvű képzésben résztvevők számára a beilleszkedés valamivel kisebb kihívást jelent, mint a heterogén összetételű angol nyelvű képzésben résztvevők számára. Ezért is, és az itt töltött időt is figyelembe véve a német hallgatók jobban érzik magukat Magyarországon, mint sok más országból származó hallgatótársuk. Ennek háttérében feltételezhetően többek között az akkulturációs folyamat stabilizálódása áll (Hofstede – Hofstede – Minkov 2010, Layes 2003, Oberg 1960, Bennett 1998). Emellett természetesen szerepet játszhat még az egyetemi tanulmányok követelményrendszeréhez való hozzászokás és megfelelés is, ennek okait azonban jelen kutatásban részletesen nem vizsgáltuk.

A továbblépés lehetőségei

Mivel a magyar kormányzat, és az intézmények is nyíltan töreksenek a nemzetközi esedés további erősítésére, és a külföldi hallgatók létszámának emelésére, így e téren a közeljövőben további növekedés várható. Jelen tanulmány eredményei azt mutatják, hogy tudatos, célirányos hallgatótoborzás esetén célszerű figyelembe venni az adott országból érkező hallgatók motivációit, terveit, hiszen a világ eltérő térségeiből más és más okok hatására mennek a fiatalok külföldre tanulni, ahogy a magyar egyetemeket is eltérő okok miatt választják a különböző országokból érkező felvételizők. A kutatás eredményei azonban arra is felhívják a figyelmet, hogy nem elég a hallgatókat fogadni, hosszabb távon meg is kell tudni tartani őket, azaz egy számukra idegen kultúrába történő integrációjukra és beilleszkedésük segítésére kiemelt figyelmet kell fordítani.

Elemzésünk további mélyítése érdekében mindkét képzőhelyen fókuszcsoportos vizsgálatokat kezdeményeztünk, az ott kapott válaszokkal remélhetőleg tovább árnyalhatjuk eredményeinket.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Limitációk

Jelen tanulmányunk mintájának jellege nem teszi lehetővé az általános következtetések levonását, a vizsgálat eredményei alapján tendenciákat mutatunk be a külföldi hallgatók motivációival és beilleszkedésükkel kapcsolatosan.

Irodalom

- Bennett, M. J. (1998): Intercultural Communication: A Current Perspective. In: Bennett, M. J. (ed.): Basic Concepts of Intercultural Communication. Intercultural Press, Boston – London: 1–34.
- Brooks, R. – Waters, J. (2011): Student Mobilities, Migration and the Internationalization of Higher Education. Palgrave Macmillan, Basingstoke
- Buda, B. (2007): Kommunikáció – kontextusok – kultúrák. In: Hidasi, J. (szerk.): Kultúrák@kontextusok.kommunikáció. Perfekt Gazdasági Tanácsadó, Oktató és Kiadó Zrt., Budapest: 9–22.
- Derényi A. (2014): A felsőoktatás nemzetköziesítése: globális pillanatkép. In: Csekő, K. (szerk.): A mozgás tere: A magyar felsőoktatás és a nemzetközi mobilitási folyamatok. Balassi Intézet, Budapest: 11–51.
- Faubl, N. – Zuhorn, F. – Füzesi, Zs. (2014): Kommunikációs és interkulturális kompetenciák fejlődésének lehetőségei a PTE ÁOK nemzetközi környezetében. In: Diplomás pályakövető rendszer, tanulmánykötet. Pécsi Tudományegyetem, Pécs: 157–178.
- Füzesi, Zs. – Tistyán, L. (2013a): Külföldi diákok egy egyetem és város életében. In: Területfejlesztés és innováció, 7(3): 11–17.
- Füzesi, Zs. – Tistyán, L. (2013b): Az egészségügyi felsőoktatásban tanuló külföldi diákok az egyetem és a város életében. Kell-e számolni velük az egyetem és a város fejlesztése során? In: M. Császár, Zs. – Kuráth, G. – Mayer, L. – Farkas, Gy. Cs. – Pálfi, M. (szerk.): A felsőoktatás területi dimenziói, avagy oktatásföldrajzi vizsgálatok a hazai és nemzetközi térben. Pécsi Tudományegyetem Mandulavirágzású Tudományos Napok, Pécs, 2013. február 27.
- Hofstede, G. – Hofstede, G. J. – Minkov, M. (2010): Cultures and Organizations. McGraw Hill, New York
- Horányi, Ö. (2007): A kommunikációról mint participációról. In: Horányi Özséb (szerk.): A kommunikáció mint participáció. AKTI-Tyotex, Budapest http://www.ozseb.horanyi.hu/participacio/komm_mint_participacio/bevezeto.htm (Utolsó letöltés: 2017.07.05.)



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

- Ivány, V. (2010): Az egészségügyi felsőoktatás nemzetgazdaságot dinamizáló szerepe – Javaslat az egészségügyi felsőoktatás exporttevékenységének növelésére. Kézirat. Semmelweis Egyetem, Budapest
- Kasza, G. (2010): Helyzetkép a nemzetközi hallgatói mobilitásról: In: Garai, O. – Horváth, T. – Kiss, L. – Szép, L. – Veroszta, Zs.: Diplomás Pályakövetés IV., Frissdiplomások 2010. Educatio Kft., Budapest: 177–192.
- King, R. (2003): International Student Migration in Europe and the Institutionalisation of Identityas „Young Europeans”. In: Doornik, J. – Knippenberg, H. (ed.): Migration and Immigrants: Between Policy and Reality. Askant, Amsterdam: 155–179.
- Lanzendorf, U. (2006): Inwards and Outwards European Students. In: Kelo, M. – Teichler, U. – Wachter, B. (ed.): Eurodata – Student Mobility in European Higher Education. Lemmens Verlag, Bonn: 54–77.
- Layes, G. (2003): Interkulturelles Lernen und Akkulturation. In: Thomas, A. (Hg.): Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation Bd. 1. Vandenhoeck-Ruprecht, Göttingen: 126–137.
- Magyarországon tartózkodó külföldi állampolgárok. KSH, statinfo.ksh.hu <http://statinfo.ksh.hu/Stainfo/haViewer.jsp> (Utolsó letöltés: 2017.07.04.)
- M. Császár, Zs. – Wusching, Á. T. (2016): A felsőoktatás nemzetköziesedésének hatása az egyetemvárosok fejlődésére egy pécsi esettanulmány tükrében. In: Földrajzi Közlemények 140(3): 245–257.
- Oberg, K. (1960): Cultural Shock – Adjustmetnto New Cultural Environments. In: Practical Anthropology, 7: 177–182.
- Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar. www.aok.pte.hu
- Rédei, M. (2009): A tanulmányi célú mozgás. Reg-Info, Budapest
- Rivza, B. – Teichler, U. (2007): The Changing Role of Student Mobility. In: Higher Education Policy, 20: 457–475.
- Szabó, G. – Kresák, G. – Miseta, A. – Porvay, P. – Füzesi, Zs. (2013): Az idegen nyelvű egészségügyi felsőoktatás jelentősége és fejlesztési lehetőségei Pécssett. In: Interdiszciplináris Magyar Egészségügy, XII. 8: 11–14.
- University of Debrecen http://edu.unideb.hu/page.php?onetier_programs&id=189 (Utolsó letöltés: 2017.07.05.)
- University of Szeged Faculty of Medicine, Faculty of Dentistry, Faculty of Pharmacy Foreign Language Programs <http://www.med.u-szeged.hu/fs/foreign-language/medicine-dental-medicine/our-programs> (Utolsó letöltés: 2017.07.05.)



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A terepmunka helye és szerepe az orvosi szociológia oktatásában

SUSÁNSZKY ANNA¹ – SUSÁNSZKY ÉVA² – GYÓRFFY ZSUZSA³ –
SZÁNTÓ ZSUZSA⁴

ABSZTRAKT

Bevezetés: Az Orvosi szociológia című tárgy célja, hogy a hallgatók megismerjék és megértsék a társadalmi környezet és az egészség kapcsolatát, összefüggéseit. Ezt a célt szolgálja mind az elméleti, mind a gyakorlati képzés, ezen belül pedig a terepmunka, mint oktatási módszer, melynek során a hallgatók saját is meretanyaga és tapasztalatai is bevonódnak a tanulási folyamatba. **Módszer:** A hallgatói terepmunkák évről évre változó tematikájából egy összefüggő, egymásra épülő feladatsorozatot emeltünk ki. Ennek ismertetésén és tapasztalatainak leírásán keresztül mutatjuk be a terepmunka helyét az orvosi egyetemen zajló orvosi szociológia oktatásában. **Eredmények:** A terepmunka az elméleti oktatásban megismert, megtanult tudást tapasztalati úton megszerzett ismeretekkel, élményekkel bővíti. A terepmunka feladatok erősítik az orvosi egyetemeken működő indirekt pályaszocializáció, az úgynevezett „rejtett tanterv” működését. A terepmunka során szerzett tapasztalatok és készségek hozzásegítik a hallgatókat a szakirodalomban leírt empirikus kutatási módszerek jobb megértéséhez, a biomedikális fogalmak és eredmények mellett a statisztikai és metodológiai információk interpretációjához. **Konklúzió:** A terepmunka a leírt tapasztalatok alapján egy jól működő oktatási módszer, amelynek egyik legfontosabb eredménye, hogy érzékenyíti a leendő orvosokat az egészséggel összefüggő társadalmi problémák megértésére és kezelésére.

KULCSSZAVAK: orvosi szociológia, oktatás, terepmunka, rejtett tanterv

ABSTRACT

The place and role of field studies in teaching medical sociology

Introduction: The goals of the subject of Medical sociology are to familiarize and explain the relationships between social environment and health. The theoretical and practical elements of the medical sociology education and the field studies that form a part of practical work serve

¹ Susánszky Anna, Semmelweis Egyetem, Általános Orvosi Kar, Magatartástudományi Intézet, egyetemi tanársegéd.

² Susánszky Éva, Semmelweis Egyetem, Általános Orvosi Kar, Magatartástudományi Intézet, egyetemi docens.

³ Gyórfy Zsuzsa, Semmelweis Egyetem, Általános Orvosi Kar, Magatartástudományi Intézet, egyetemi docens.

⁴ Szántó Zsuzsa, Semmelweis Egyetem, Általános Orvosi Kar, Magatartástudományi Intézet, egyetemi docens.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

these goals. During field studies, we build on the previous knowledge and experience of the students. **Method:** The themes of the field studies change from semester to semester. From the series of studies we picked three themes that were connected to and built on each other. We present the role of field studies through their description and the explanation of our experiences. **Results:** Field studies add empirical skills and experience to the knowledge acquired during the theoretical and practical training of medical sociology. The field study assignments also serve to strengthen the effects of the "hidden curriculum", the process of the indirect professional socialization at the medical school. Furthermore, the new knowledge and skills give the students a better understanding of the scientific literature helping them in the interpretation of statistical and methodological aspects of biomedical results and concepts. **Conclusion:** Our experiences show that field studies are an efficient teaching method. Its most important outcome is sensitizing medical students towards health related social problems and helping them to understand and handle such problems.

KEYWORDS: medical sociology, teaching, field studies, hidden curriculum

Bevezető

„Az orvosi szociológia célja, hogy megismertesse a leendő orvosokat az egészségügyi rendszer és az azt igénybevevő lakosság társadalmi meghatározottságával. Ezt olyan témák tárgyalásán keresztül teszi, amelyek a legalkalmasabbak a társadalmi környezet hatásainak felismerésére, és egyben lehetővé teszik, hogy a hallgatók saját ismeretanyagát és élményeit bevonjuk a tanulási folyamatba” (Simmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, honlap). A budapesti Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán az Orvosi szociológia című tárgy magyar nyelvű oktatása az első évfolyamon történik. A tárgy a kötelezően választható tárgyak körébe tartozik, az ismereteket és készségeket a hallgatók 28 órában sajátítják el, illetve gyakorolják. A képzés 7×2 óra előadásból és 7×2 óra szemináriumi foglalkozásból áll, emellett a hallgatók minden félévben terepmunkát is végeznek. Tanulmányaik lezárása kollokviummal végződik, melynek során elméleti tudásuk mellett terepmunkájuk is értékelésre kerül. A tantárgy követelményeinek sikeres teljesítése 2 kreditet jelent.

A felsőoktatásban, így az orvosi egyetemen folyó oktatásban is pedagógiai cél, hogy a hallgatók képessé váljanak összetett feladatok megoldására, amelynek során együtt alkalmazzák az elméleti tudást és a megoldáshoz szükséges módszereket. Az oktatásnak arra kell törekednie, hogy olyan tanulási folyamatot alakítson ki, amely a leginkább elősegíti ennek a célnak a megvalósulását. Ebben nyújthat segítséget a gyakorlati feladatokon – kutatáson és a kutatási eredmények értelmezésén – alapuló oktatás, amelyben jelentős helyet kap a hallgatói team-munkában végrehajtott kutatási projekt. A tanuló-központú oktatási módszerek a hallgatók saját tapasztalatait mozgósítják a tananyag jobb elsajátításában.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A 20. század pedagógiai irodalmában John Dewey fogalmazta meg először, hogy a tekintélyen alapuló, merev frontális oktatás kevésbé foglalkozik a tanulók saját tapasztalatainak megértésével (Dewey 1938). Dewey olyan oktatási módszert javasolt, amely a tanulók aktivitására épít. Napjainkban több olyan módszer is ismeretes a felsőoktatásban, amelyek felbontják az oktatás statikus kereteit, aktív szerepet bíznak a hallgatókra, és a tantermen és tankönyveken kívülre helyezik az ismeretszerzés egyre jelentősebbé váló részét. Ilyen módszer például az aktív tanulás (active learning) (Allen – Tanner 2005), a cselekvő tanulás (action learning), a probléma alapú tanulás (problem-based learning) (Boud – Feletti 1997) és az empirikus tanulás (experiential learning) (Jarvis – Holford – Griffin 2003). Jelen tanulmány szempontjából az empirikus és az aktív tanulásnak van a legnagyobb szerepe.

Az aktív tanulás során a hallgatók feladata az információk összegyűjtése, értelmezése, és a társaiknak való átadása. Az anyag elsajátításában nagy hangsúlyt kap a hallgatók közötti interakció, a visszajelzés, az elemző és kritikus gondolkodásmód kialakítása.

A problémaközpontú oktatás lényege, hogy olyan problémákat és helyzeteket prezentál a hallgatóknak, amelyek segítségével nem csak a tanítandó anyagot, hanem annak valós megjelenését is a lehető legéletszerűbben mutatja be. A problémák bemutatása segítségével ösztönzi a hallgatók tanulási aktivitását, a szakmai gyakorlat alapproblémái köré építi fel a tananyagot, és ezeken keresztül segít megérteni és elsajátítani a szükséges tudást és készségeket. A hallgatók többnyire kis csoportokban együttműködve közelítenek a feladatokhoz, definiálják a problémát és meghatározzák a feldolgozás, megoldás módját. Eközben forrásokat használhatnak fel, és a tanár (facilitátor) segítségére is építhetnek. A probléma-központú tanulásnak különböző formái ismeretesek. Gyakori, hogy a tanár (facilitátor) egy valóságban megtörtént esetet mutat be a tanterem nem-valóságos körülményei között, és a hallgatók együtt keresik a megoldást. Az is előfordul, hogy szerepjáték formájában jelenítik meg a problémát, amelyet a szereplő esetleg valóban átélt. A tanár felkérheti a hallgatókat is, hogy osszák meg valóságos tapasztalataikat a többiekkel.

Az aktív tanulás és a problémaközpontú oktatás eszközeit ötvözi a kutatás-alapú aktív tanulás (Suwondo – Wulandari 2013). A kutatási feladat messzemenően alkalmas a tudományos gondolkodás alapjainak az elsajátítására és gyakorlására. A hallgatókat arra ösztönzi, hogy kreatívan közelítsenek a problémához és maguk szélesítsék a tudásukat egy adott feladat megoldása érdekében az általuk szükségesnek ítélt területeken, illetve irányokban.

Más orvosegyetemeken ilyen kurzusairól vagy kurzuselemeiről nincs tudomásunk. Sporadikusan fellelhető a szakirodalomban egy-egy közlés, amelyek egyes elemei mutatnak kisebb-nagyobb hasonlóságot az általunk leírt gyakorlattal.

Az ausztráliai Queensland University orvosi szociológia kurzusának átalakításakor például némileg hasonló módszerrel kísérleteztek az 1970-es évek végén (Najman et al. 1978). A graduális képzésben (ez nálunk a felsőbb, klinikai évfolyamokat



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

jelenti) tereplátogatásokat szerveztek családorvosi rendelőkbe, majd a rendelésen látott betegeket otthon is fel kellett keresni, és interjút készíteni velük. Az interjú során az volt a feladat, hogy összevessék az orvosi ellátás korábban már tanult aspektusait, az ellátó személyzet jellemzőit, az egyes szerepeket és a közöttük kialakuló interakciókat, valamint az ellátás módját és minőségét. Ilyen aspektusok lehetnek pl. az etnikai csoporthoz való tartozás, a vallás szerepe, a család típusa, életmódja. Ezek a kutatási témák egyéni feladatok voltak. Bár az orvosi szociológia oktatásának ez a módja mind a hallgatók, mind az oktatók számára idő- és energiaigényesebb volt, mint a nagyterem, illetve szemináriumi oktatás, a visszajelzések pozitívak voltak, de további közlésekkel nem találkoztunk.

Egy másik ausztrál egyetem, a University of Wollongong oktatói is hasonló gyakorlatról számoltak be (Mullan et al. 2014). Itt egy külön tantárgy, a „Kutatás és kritikai elemzés (Research and Critical Analysis, RCA) keretében a kurrikulum integráns részévé tették a kutatási gyakorlatot. Az RCA kurzus első részében, nagyterem előadások keretében, a kutatási tevékenység alapvető elemeivel, így pl. a szakirodalmi kutatással, a szakirodalom kritikai értékelésével, a statisztikai adatok interpretációjával és egyes kutatási módszerekkel ismerkedtek meg a hallgatók, majd a regionális családorvosi gyakorlatuk alatt empirikus kutatást kellett végezniük egy oktató támogatásával. A hallgatókat arra ösztönözték, hogy olyan közegészségügyi illetve társadalom-orvostani témákat válasszanak, amelyek kutatásakor orvosoktól, illetve betegektől kell információt gyűjteniük. A kutatási feladatok megoldása egyéni teljesítmény volt.

Európai és észak-amerikai orvosegyetemek hasonló gyakorlatáról nem találtunk szakirodalmi említést. A négy magyar orvosegyetem közül csak a Semmelweis Egyetemen folyó magyar nyelvű orvosi szociológia oktatás tematikájában találtunk utalást terepmunkára.

Jelen tanulmányunk célja, hogy néhány konkrét terepmunka-feladat leírásával bemutassuk a Semmelweis Egyetemen folyó orvosi szociológia tantárgy egyik oktatási módszerét, a terepmunkát, illetve ennek helyét az oktatásban.

A terepmunka helye az orvosi szociológia oktatásában a Semmelweis Egyetemen

ELMÉLETI KÉPZÉS

Az elméleti képzés során a hallgatók megismerkednek a betegség és gyógyítás társadalmi, kulturális sajátosságaival, a megbetegedések, betegségfelfogások és a halálórási viszonyok történeti alakulásával és az orvostudomány társadalmi szerepében bekövetkezett változásokkal. Ismereteket szereznek a magyar lakosság egészségi állapotáról és egészségmagatartásáról, valamint az egészség-egyenlőtlenségek tár-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

sadalmi meghatározottságáról. Külön előadás foglalkozik az orvosi hivatással, a közösségi média és az orvoslás viszonyával, és az orvoslás jövőjével.

GYAKORLATI KÉPZÉS

A hallgatók a gyakorlatokon elsősorban csoportmunka formájában dolgozzák fel a tantárgy azon témáit, amelyeket az előadások nem tárgyaltak, lehetőséget nyújtva az önálló véleménynyilvánításra, a vélemények ütköztetésére, a moderált vitákra. Ebben a formában történik az egészségügyi rendszerek bemutatása, a működési sajátosságok és problémák megvitatása, a laikusok egészségmagatartásának, betegeiselkedésének elemzése és a betegutak feltérképezése, valamint a deviancia kérdéskörének megtárgyalása.

A gyakorlati képzés másik szegmensét a terepmunka jelenti. „A terepkutatás egyik fő erőssége, hogy segítségével a kutató egy átfogó, teljes szemlélethez jut. Ha a tanulmányozandó társadalmi jelenséget olyan közvetlenül és teljességgel figyeljük meg, amilyennel csak lehet, azzal mélyebb és teljesebb megértésre teszünk szert” (Babbie 1996: 305). A módszer beemelése az orvosképzésbe azért fontos, mert a magyar oktatási rendszerben az első két év az elméleti képzés ideje. Ebben az időszakban a hallgatók még alig találkoznak betegekkel, valamint olyan orvosokkal, akiket gyógyító munka közben látnának, így a terepmunka lehetőséget biztosít arra is, hogy tapasztalatokat, benyomásokat szerezzenek, kapcsolatot teremtsenek betegekkel, praktizáló orvosokkal.

A terepmunka során a hallgatók megismerkednek a szociológia kutatások módszertanával, így az elméleti képzésre alapozva a hallgatók maguk is jártasságot szereznek az orvosi és egészségpszociológiában alkalmazott módszerek, vizsgálati technikák területén.

A felhasznált módszertan (pl. külső és résztvevő megfigyelés, interjútechnika, kérdőívkészítés és felvétel, dokumentumelemzés) illeszkedik a terepmunkák évről-évre változó témájához. Az aktuális kutatási témát a hallgatók és az oktatók közösen választják ki, figyelembe véve a hallgatók érdeklődését és módszertani felkészültségét. A terepmunka-feladatokat 3-6 fős kiscsoportokban végzik, a kiscsoportok az adott félév tematikájához illeszkedve véletlenszerű kiválasztással vagy a közös érdeklődés mentén szerveződnek. A feladat teljesítése egyéni és közösségi munkát is igényel. Az elvégzendő munka részfeladatokra bontható, melyek teljesítése egy ütemterv alapján történik. A kiscsoportok témavezetői (hallgatók) tartják a kapcsolatot az oktatóval, aki folyamatosan véleményezi és korrigálja a hozzá érkező anyagokat, részfeladatokat. A rendszeres személyes konzultáció mellett, a kapcsolattartás és a szakmai segítségnyújtás elektronikus úton (email, skype) történik.

A terepmunkával kapcsolatos tapasztalataink szerint, a csoportok többnyire jó színvonalon teljesítik a feladatokat. Az elmúlt évek adatai azt mutatják, hogy a cso-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

portok átlagos teljesítménye 85-90 százalékra tehető. Több példa van arra is, hogy a hallgatók érdeklődése miatt a munka túlnő a kurzus keretein és TDK munkává alakul, vagy az eredményekből tudományos publikáció születik, akár a hallgatók szerzőségével (Czupy et al. 2016), akár munkájukat elismerve egy nagyobb kutatási program részeként (Győrffy et al. 2015, 2016, Susánszky – Szántó 2012).

A terepmunkák eredményeit minden félév végén több szempontból is értékeli az oktatói team. A kiscsoportok írásos beszámolót készítenek, majd a szemeszter utolsó tanóráján 15-20 perces vetített előadás formájában is bemutatják munkájukat. Az értékelésben szerepet játszik a tartalmi szempontok mellett az előadás kivitelezése és a határidők betartása (pl. részfeladatoknál) is.

TEREPMUNKA (PÉLDA)

Pályaválasztás, orvosi szocializáció

Három féléven keresztül a terepmunkákat az orvosi pályaválasztás, az orvosi szocializáció témája köré szerveztük. Ez a téma az elméleti oktatásnak is fontos része, az előadásokon és szemináriumokon is feldolgozásra került.

Az *első szakaszban* a hallgatóknak két feladatuk volt. Az első feladat keretében egy rövid esszét kellett írniuk arról, hogy mi motiválta őket abban, hogy az orvosi pályát válasszák, hogyan jellemeznék pályaválasztásuk történetét. Le kellett írniuk azt is, hogy milyen terület érdeklí őket a tágabb orvosi szakmán belül, valamint azt, hogy hogyan képzik el a jövőjüket 10 év múlva ezen a pályán. Az esszé alapján, figyelembe véve az egyéni sajátosságokat, minden hallgatónak javaslatot tettünk arra, hogy milyen praktizáló szakorvossal készítsen szakmai életút interjút. Ha az esszében konkrét területet nevezett meg a hallgató, amelyet vonzónak talált, akkor erről a területről kellett orvost keresnie, ha nem volt konkrét elképzelése, akkor javasoltuk, hogy családorvost vagy belgyógyászt keressenek. (Természetesen az orvos választásában segítséget nyújtottunk, ha szükséges volt.)

A félév végi záró szemináriumokon elhangzott beszámolóik, valamint az írásos hallgatói tantárgy értékelések alapján elmondható, hogy a feladat pozitív fogadtatásra lelt a hallgatók körében. Szívesen beszéltek olyan orvossal, aki a számukra vonzó szakterületen dolgozik, sok élményről, tapasztalatról számoltak be a feladat-megbeszélések során. Többen említették, hogy az interjún kívül bepillantottak a szakorvos konkrét munkájába, részt vehettek rendeléseken vagy akár műtéteken is. Ez nagy élmény és komoly tapasztalat volt a hallgatók számára, akik az első évben csak a tankönyvekben vagy a boncasztalon látnak beteget, és a betegségekről, az orvoslásról csak elméleti ismereteik vannak. A feladat arra is megfelelőnek bizonyult, hogy a szakterületekkel kapcsolatos tévhiteket, elképzeléseket eloszlassuk vagy alá-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

támasszuk. Voltak olyan hallgatók, akik lelkesen, az elképzeléseikben, terveikben megerősítve fejezték be a munkát, de olyan is előfordult, hogy a hallgató egy-egy végigélt munkanap után például azt írta a beszámolójában, hogy nem is gondolta volna, hogy „a családorvosi munka ennyire megterhelő és unalmas lehet” és örül neki, hogy ez még időben kiderült. Több hallgató is beszámolt arról, hogy az interjúra felkért orvos nagyon nyitott, támogató volt, felajánlotta további segítségét, vagy a későbbiekben gyakorlati helyet ajánlott a hallgatónak. Ezekből a szakmai kapcsolatokból akár „tutori” rendszer is kialakulhat, amelyre igen nagy szükség lenne az orvosképzésben.

Kutatócsoportunk⁵ a pályaválasztási esszék szövegeit kvalitatív (tartalomelemzés) és kvantitatív módszerrel dolgozta fel. A felmérés eredményeinek összefoglalása „Az orvosi pályaválasztás átalakulása” című megjelenés alatt álló cikkben olvasható (Gyórfy et al.).

A *második szakaszban* a terepmunka egy olyan feladatra fókuszált, amely az első szakaszban vizsgált pályaválasztási motivációk feltárása során került az érdeklődés középpontjába. A hallgatók (N=175 fő) 14 százaléka a televíziós orvos- és kórházsorozatok hatását nevezte meg, mint motivációs tényezőt. Az említett sorozatok a középiskolás időszakban gyakoroltak hatást a pályaválasztásra, és ez a fiúk körében erőteljesebbnek bizonyult: az adott csoportokba tartozók egyötöde (20%) említette ezt a motiváció-forrást. Ezen okok játszottak szerepet abban, hogy a terepmunkát az orvos- és kórházsorozatok elemzése köré szervezzük. A hallgatók kiscsoportokban (teamekben), tartalomelemzés módszerével elemezték négy televíziós orvossorozat egy-egy megadott epizódját. A kiválasztott sorozatok a Dr. House, a Vészhelyzet, a Grace klinika és a Dokik voltak. A hallgatók a vizuális anyagok elemzéséhez módszertani segítséget kaptak (Horváth – Mitev 2015, Sztompka 2009), feladatuk a félév folyamán tanult szociológiai fogalmak, jelenségek (pl. orvosi szocializáció, parafernáliák, az egészségügyi rendszer működése) megjelenésének tanulmányozása és leírása volt az egyes epizódok alapján. A sorozatok elemzéséhez a következő részletes útmutató készült:

AZ EPIZÓD BEMUTATÁSA

Az epizód rövid leírása (maximum 10 mondatban)

Hány jelenetből áll az epizód és miről szól (pl. beteg, diagnózis, orvosi technológia alkalmazása, orvos-orvos, orvos-beteg konfrontációról, az orvosok magánéletéről)?

⁵ A kutatócsoport tagjai az Orvosi szociológia c. tárgy oktatói.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Hol játszódnak a jelenetek?

- kórházban, gyógyítási szintéren (pl. rendelő, vizsgáló, műtő, kórterem)
- kórházban, közösségi térben (pl. folyosó, iroda, étterem stb.)
- kórházon kívül (pl. lakás, szórakozóhely, utca)

Orvosi szocializáció a kórházban

- orvostanhallgatók, rezidensek indirekt szocializációja (rejtett tanterv)
- attitűdök, normák, értékek, hiedelmek, viselkedések
- beavatási szertartások
- az orvosi identitás alakulása, azonosulás az orvosszereppel
- a hivatással járó sajátos életmód jellegzetességei

Gyógyítással járó bizonytalanság, stressz kezelése, megküzdés, kiegész

Parafernáliák (a hivatás kellékei) jelentősége az orvoslásban

Nők és férfiak az orvoslásban

- „nőies” és „férfias” orvoslás
- diagnózis alkotása, döntéshozás, életveszély elhárítása, terápia alkalmazása, kommunikáció a betegekkel
- a nők és férfiak helyzete az orvosi hierarchiában
- konfliktusok típusa (pl. szakmai tudás, viselkedés)

Egészségügyi rendszer

Biztosítási rendszer

- költségek
- a hozzáférés korlátai, várakozás

Betegjogok érvényesülése

Felelősség

- orvos perek
- defenzív medicina
- a rendszer működésének egyéb problémái

A kórház szerkezete és működése

Alá-, főlérendeltség az egészségügyi dolgozók között

Orvosi hierarchia

Nyelvhasználat (laikus, szakzsargon)

A kiscsoportok az elemzés eredményéről egyrészt írásos formában számoltak be, másrészt egy vetített-képes bemutató keretében adták közzé tapasztalataikat.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A prezentáció során megállapításuk alátámasztására képi, szöveges, zenei példákat használtak a filmekből. Az elemzés végén megfogalmazták, hogy mik voltak azok a momentumok az adott filmben, amelyek vonzóvá teszik/tehetik az orvosi hivatást vagy riasztóak lehetnek egy gimnazista fiatal számára.

A feladat nagy népszerűségnek örvendett a hallgatók körében. Több team is „mozi esteket” szervezett, ahol sokszor nem csak a feladatként kapott részeket, hanem a sorozat teljes évadát végignézték. Ez, már az előzőekben említett szóbeli és írásos visszajelzések alapján, a munka mellett remek csapatépítő tevékenységnek is bizonyult. Az elemzések többségükben jó színvonalúak lettek, bár egy-két teamnek nehézséget jelentett a prezentációban a képi és zenei példák használata⁶.

A filmek tanulmányi célokra való felhasználásával kapcsolatban, támaszkodva a hallgatók nyitottságára, pozitív visszajelzéseire, a filmkészítést helyeztük a következő terepmunka fókuszába.

A harmadik szakaszban tehát a terepmunka feladata egy 3-5 perces rövidfilm elkészítése volt. A film témáját egy olyan szociológiai fogalomban jelöltük meg, amellyel a félév során találkozhattak a hallgatók. A fogalom meghatározásához és értelmezéséhez szakmai anyagként elsősorban az orvosi szociológia tantervében szereplő előadások és gyakorlatok anyagát és az orvosi szociológia tankönyvet (Szántó – Susánszky 2006) használhatták fel. A film elkészítéséhez egy módszertani előadás adott technikai segítséget, amelyet két fiatal filmes szakember közreműködésével tartottunk. A szakemberek ismertették a filmkészítés alapvető szabályait, technikáit, és bemutattak például néhány ingyen elérhető video szerkesztő és vágóprogramot. A hallgatók szükség esetén további szakmai (filmes) konzultációt igényelhetnek a szakértőktől.

Filmes feldolgozásra 25 fogalmat⁷ ajánlottunk, a listából minden hallgató hármat választhatott, jelölve a témák prioritását. A kiscsoportok egyrészt a prioritások, másrészt a film készítéshez szükséges ismeretek és készségek mentén szerveződtek, megengedve, hogy egy-egy témában akár több team is alakulhasson. Első feladatként a bemutatásra kerülő fogalom filmes megjelenítésének tervét kellett elkészíteniük, amelynek tartalmaznia kellett minden lényeges információt a „történetről” (pl. story, kik vagy mik szerepelnek benne, hol játszódik, alkalmazott látványelemek, illetve annak jelzése, hogy milyen segítségre lenne szüksége a csoportnak a kisfilm

⁶ Nem technikailag adódtak problémák, sokkal inkább az előadás koncepciójában esett nehezükre a nem szöveges információk elemzése, bemutatása.

⁷ Betegviselkedés, előítélet, esztétikai diszkrimináció, foglalkozási ártalom, funkcionális specifitás, hálapénz, hivatali karizma, hivatás-szekularizáció, hozzáférés, iatrogén hatás, kiégés, komplementer medicina, költségnövelő tényezők az egészségügyben, másodlagos deviancia, medikalizáció, orvos-beteg kapcsolati modellek, öngyógyítás, pandémia, pervazív szerep, rejtett tanterv, szerepkonfliktus, társadalmi rizikófaktorok, társadalmi triggererek, tünetek normalizálása, univerzalizmus



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

elkészítéséhez). A tervek jóváhagyása után következett a „mozi” elkészítése, amely a hallgatók beszámolóí alapján igen szórakoztató feladat volt. A munka során olyan képességeit, készségeit, tulajdonságait ismerték meg csoporttársaiknak, amelyek eddig rejtve maradtak, az együttes munkának közösségformáló ereje volt⁸. A filmek bemutatására az utolsó szemináriumon került sor. Több csoport is ünneplőbe öltözött, üdítőt, aprósüteményeket hoztak, úgy készültek erre az eseményre, mint egy jelentős filmfesztiválra. Tekintettel a feladat súlyára és újszerűségére, a félév elején a Magatartástudományi Intézet vezetése megszavazta, hogy csoportunk terepmunka „versenyt” hirdethet, amelynek nyertesei, az első 3 helyezett jutalomban részesül. A hallgatók feladat iránti érdeklődését és alkotói kedvét ez a versenyfelhívás még inkább felkeltette és fokozta. A tárgyat oktató tanárok mindegyike 3-3 filmet nevezett a díjakra, így összesen 12 rövidfilmből kerültek szavazás útján kiválasztásra a legjobb alkotások. A díjak átadására a tanév végén került sor. Mindhárom helyezett film alkotói meghívást kaptak intézetünk tanévzáró eseményére, ahol munkáik vetítésre kerültek, és a díjakat ünnepélyes pezsgőbontással egybekötve, intézetigazgatónk adta át. Az első díjat „A pervazív szerep”, a második díjat „Az előítélet”, a harmadikat pedig „A pandémia” című alkotások nyerték. A nyertes rövidfilmek intézetünk honlapján megtekinthetők (Simmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet é. n.).

Összegzés

Összegezve, a terepmunka feladatok célja, hogy a hallgatók elméleti oktatásban megismert tudásanyaga tapasztalati úton megszerzett ismeretekkel, élményekkel bővüljön. A terepmunka feladatok erősítik a tananyagban is nagy súllyal szereplő, az orvosi egyetemeken működő indirekt pályaszocializáció⁹, az úgynevezett „rejtett tanterv” működését. Ennek megértése könnyebbé és tudatosabbá teheti a diákok számára, hogy nincsenek egyedül ebben a valóban embert próbáló helyzetben. A hallgatók a terepmunka során már a pre-klinikai időszakban is bepillantást nyernek a gyógyítás folyamatába, tapasztalatokat szereznek leendő hivatásukról. A terepmunka lehetőséget biztosít az orvoslás, az orvos-beteg kapcsolat társadalmi, kulturális beágyazottságának megismerésére.

A terepmunka során szerzett tapasztalatok és készségek hozzásegítik a hallgatókat a szakirodalomban leírt kutatási módszerek jobb megértéséhez, a biomedikális

⁸ „Nem tudtuk, hogy X. Y.-nak remek humora van.” „Nagyszerű színészi kvalitásokkal rendelkezik.” „Most derült ki, hogy profi a technikai dolgokban, ő vágta a filmet.” „Remekül ír, kiderült, hogy vannak novellái, amit megmutatott a csoportnak.” (Közzé téve „Hallgatói beszámoló” alapján.)

⁹ „A foglalkozási szocializációnak két formája van: a „direkt” és az „indirekt” szocializáció... indirekt szakmai szocializáció is zajlik, amelynek legfőbb célja a kívánatos magatartásforma beépítése a leendő orvosok személyiségébe...” (Szántó – Susánszky 2006: 92). Az indirekt szocializáció eszköze a „rejtett tanterv”.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

fogalmak és eredmények mellett a statisztikai és metodológiai információk interpretációjához.

Az első két év elméleti képzése során a gyógyítás távoli és sokszor elérhetetlen messzeségbe kerül. Az orvosi szociológia terepmunka egyik célja, hogy speciális feladatokon keresztül bepillantást engedjen az orvoslás világába, segítve ezzel a pályaszocializáció folyamatát.

A jövődő orvosnak képesnek kell lennie team-keretek között dolgozni, és kompetensnek kell lennie az információtechnológia aktív alkalmazása területén is. Továbbá nem csak értenie kell az általa használt fogalmakat, folyamatokat, hanem képesnek kell lennie azokat mások számára megmagyarázni, továbbadni. Az orvosi szociológia terepmunkák a konkrét feladatok megoldása során ezeket a készségeket és képességeket is fejlesztik.

Irodalom

- Allen, D. – Tanner, K. (2005): Infusing active learning into the large-enrollment biology class: seven strategies, from the simple to complex. In: Cell Biology Education 4(4): 262–268.
- Babbie, E. (1996): A társadalomtudományi kutatás gyakorlata. Balassi Kiadó, Budapest
- Bass R. (2012): Disrupting ourselves: The problem of learning in higher education. EduCause Review online, 23–33.
- Boud, D. – Feletti, G. (1997): The Challenge of Problem-Based Learning. Routledge, London
- Czupy, G. – Pongó, G. – Mihálffy, D. – Susánszky, É. (2016): Tetováltak egészségmagartartása. In: LEGE ARTIS MEDICINAE, 26(7–8): 351–358.
- Dewey, J. (1938): Experience and Education. Kappa Delta Pi, New York
- Gyórfy, Zs. – Susánszky, É. – Susánszky, A. – Szántó, Zs. (2015): Az orvosi pályaválasztás átalakulása – esélyek és lehetőségek Magyarországon. In: Lege Artis Medicinae, 25(4–5): 211–219.
- Gyórfy, Zs. – Susánszky, É. – Susánszky, A. – Szántó, Zs.: Az orvosi pályaválasztás alakulása. Metszetek (megjelenés alatt)
- Horváth, D. – Mitev, A. (2015): Alternatív kvalitatív kutatási kézikönyv. Alinea Kiadó, Budapest
- Jarvis, P. – Holford, J. – Griffin, C. (2003): The Theory & Practice of Learning. Kogan Page, London: 53.
- Mullan et al. (2014): Investigating the impact of a research-based integrated curriculum on self-perceived research experiences of medical students in community



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

- placements: a pre- and post-test analysis of three student cohorts. In: BMC Medical Education, 14: 161.
- Najman, J. M. – Isaacs, G. – Siskind, M. (1978): Teaching sociology to medical students. In: Medical education, 12(6): 406–412.
- Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet <http://magtud.semmelweis.hu/reszlegek/orvosi-szociologia> (Utolsó letöltés: 2017.07.26.)
- Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet (é. n.): Orvosi szociológia film díjazottak <http://magtud.semmelweis.hu/154-orvos-szociologia-film-dijazottak> (Utolsó letöltés: 2017.07.26.)
- Susánszky, É. – Szántó, Zs. (2012): A nagy ábránd. Szerepmodellek az orvosok álmaiban. In: Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 13(2): 145–161.
- Suwondo, S. – Wulandari, S. (2013): Inquiry-based active learning: the enhancement of attitude and understanding of the concept of experimental design in biostatistics course. In: Asian Social Science 9(12): 212–219.
- Szántó, Zs. – Susánszky, É. (szerk.) (2006): Orvosi szociológia. Semmelweis Kiadó, Budapest
- Sztompka, P. (2009): A vizuális szociológia. Gondolat Kiadó, Budapest



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Egy rejtőzködő áramlat az orvsképzésben¹

BÁNFALVI ATTILA²

ABSZTRAKT

Az orvsképzés általános célja nem különbözik más felsőoktatási képzésektől: a laikusból szakembert állít elő. Különös sajátossága azonban, hogy talán itt a legnagyobb különbség a laikus és a szakemberi „világnézet” között. A nemzetközi irodalom ennek a sajátosságnak egyik oktatási vonulataként tárgyalja a nyílt és a rejtett kurrikulum megjelenését e diszkrépancia kihordásában. A rejtett kurrikulum tartalmai gyakran nem kiegészítő megerősítései a formális kurrikulumnak, hanem egyenesen azzal ellentétesek.

A formális és a rejtett kurrikulum közötti ellentét egyik legfontosabb következménye a hallgatók cinikusabbá válása. A hirdett kurrikulum az empátiát, a vele kapcsolatos odafigyelő és válaszoló képességeket, a szenvedés enyhítését, a bizalom és hűség fontosságát, és a páciens legjobb érdekének szem előtt tartását hangsúlyozza. A hallgatólagos „tananyag” azonban az objektivitást, a távolságtartást, az óvatosságot, az érzelmekkel szembeni bizalmatlanságot erősíti. Ennek következtében a „sérült gyógyító” gyakran nem előfeltétele – szemben az archaikus társadalmakkal –, hanem következménye a modern orvos mint szakember előállításának.

KULCSSZAVAK: rejtett kurrikulum, orvsképzés, beavatás

ABSTRACT

A Hidden Stream in Medical Education

The general aim of medical education is the same as in the case of any other ones: creating a professional person from a lay one. A special characteristic of this education is a deep rift between the lay and the professional perspective. One of the main trends of this trait is the discrepancy between the open and the hidden curricula.

The contents of the hidden curricula, in many cases, cannot support the main messages of the formal one, on the contrary, they provide a different or even contradictory set of norms, values, attitudes. One of the main consequences of these discrepancies is that some medical students have been becoming more cynical since their entrance into medical education. The open curricula emphasize empathy, alleviating pain and suffering, the importance of trust and fidelity, and that the well-being of patients is one of the most important priorities. The hidden curricula

¹ Az írás a „Az orvsképzés rejtett kurrikuluma” Magyar Felsőoktatás, 2003/4–5–6: 62–67. cikk kibővített, átdolgozott változata.

² Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet, Egészségügyi Humán Tudományok Tanszék, egyetemi docens.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

at the same time emphasize objectivity, detachment, caution, and being suspicious against emotions. One of the outcomes of these eventually contradictory tendencies is that the 'wounded healer' is not a precondition for becoming a healer, like in archaic times, but a by-product of medical education.

KEYWORDS: *hidden curricula, medical education, initiation*

Bevezetés

„Az öngyilkosság révén bekövetkező halál esélye lényegesen magasabb az orvosok, mint a nem orvosok körében, 70%-kal magasabb a férfi orvosok, mint a népesség (beleértve más szakmákat) férfi tagjai körében, és 250-400%-kal magasabb a női orvosok, mint más nők körében” (Hampton 2005: 1189).

Becslések szerint 300-400, de a bizonytalan adatszolgáltatás miatt esetleg akár 800 orvos vet véget önkézevel életének az Egyesült Államokban. Nem pusztán amerikai jelenségről van szó, a tendencia számos más országban hasonló.

„Talán még riasztóbb az, hogy a balesetek után az öngyilkosság a leggyakoribb halálok az orvostanhallgatók körében” (Andrew 2017).

A helyzet drámaisága többeket arra készítetett, hogy vizsgálódjon az orvosok öngyilkossági „járványának” okairól, hátteréről. Az egyik lehetséges mozzanatot magának az orvoscépzésnek bizonyos vonásai jelentik. Van olyan szerző, aki némiképp módosítva a hírhedt és manapság oly népszerű poszttraumás stressz zavar (PTSD) kategóriáját, poszttraumást hallgatói zavarról beszél (*post traumatic student disorder*) (Wible 2016).

Ez arra mutat, hogy az orvoscépzés meghatározó jelentőséggel bír nemcsak a későbbi orvos hivatásszemélyiségének alakulásában, hanem abban is, hogy milyen kihordási módokat talál a hivatása gyakorlása közben felmerülő nehézségekre.

A képzés során formálódó attitűdöket nem lehet a szakma belügyének tekinteni, hiszen az elsajátított magatartás mintázat alapvetően befolyásolja az orvos-beteg viszonyt, így azt is, hogy a gyógyítás mennyire felel meg a *lege artis* követelményeknek – sőt, hogy egyáltalán miként fogalmazódnak meg ezek a követelmények.

Az Amerikai Orvosi Fakultások Szövetségének (AAMC) egykori elnöke, Jordan J. Cohen egy szerződés tervezetet ajánlott az orvoscépzésben dolgozó tanárok és diákok számára, amelyben megerősítenék elkötelezettségüket az orvoslás humanisztikus értékei mellett.

A Fakultások Szövetségének elnökeként e tervezet megfogalmazására az motíválta, hogy az orvosi hivatás iránt lecsökkent az érdeklődés. E tendencia okainak, hátterének vizsgálatakor több tényezőt felsorolva a tisztségviselő kiemeli az orvoscépzés dehumanizáló tendenciáit és megállapítja:

„Nem számít, hogy milyen sikeresek vagyunk idealisztikus és megfelelően motívált hallgatók medicinához vonzásában most, vagy a jövőben: kevés reményünk van



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

arra, hogy azonos számú idealisztikus, megfelelően motivált orvost adjunk a társadalomnak, ha nem tudjuk betemetni a szakadékot a retorika és a realitás között” (Cohen 2001).

Michael Greger könyve, a „Szívbénelás – Egy harmadéves orvostanhallgató naplója”³ címmel jelent meg. Személyes emlékeinek olyan naplójegyzetekben foglalt sorozata ez, amely kétharmad részben olyan kiegészítéseket tartalmaz, amelyek fogalmi, szakirodalmi háttérét sorakoztatják fel a szubjektív benyomásoknak; azaz átível a személyességtől az orvoscépzéshez kapcsolódó szakirodalmakig. Az alaphangot az előszó egy részlete így adja meg: „Kiábrándult lettem – sőt felháborodott – az orvoscépzés és a medicina egésze miatt. Segíteni akarok másoknak saját illúzióik elosztásában” (Greger 1999: 2).

James La Fanu modern medicináról szóló történeti művében a mai medicina négy paradoxonát említi, és ezek közül az egyik: a medicina sikerei ellenére növekszik a kiábrándult – különösen fiatal – orvosok száma. Majd felteszi a kérdést: „Mi történt, amely megmagyarázza, hogy a mai fiatal orvosok sokkal kevésbé elégedettek, mint azok, akik harminc vagy annál több évvel ezelőtt szereztek diplomájukat?” (La Fanu 2011: 5)

Nyilvánvaló, hogy abban a komplex hatás- és viszonyrendszerben, amelyben korunk nyugati medicinája működik, egyetlen válságjelenségére sem lehet „monokauzális” magyarázatot találni, vagy aligha hihető, hogy egy ilyen típusú magyarázat plauzibilis lehet egy kaleidoszkópszerű társadalmi tájképen. Mindazonáltal, a hallgatóknak vagy a fiatal orvosoknak a mai medikális kultúrában megjelenő „rossz közérzetének” egyik magyarázó aspektusára több szakirodalmi hivatkozás is felhívja a figyelmet. Ezek az írások rendkívül kritikusak az orvoscépzés egy – szerintük – döntő folyamatával, jellegzetességével kapcsolatban. Külön érdekessége ennek az irodalom sorozatnak, hogy gyakran nem ún. kívülálló, szakmai szempontból „*underground*” figurák fogalmazzák meg kritikájukat, hanem az orvosi szakma megbecsült, köztisztelőben álló képviselői.

E mögött a jelenség mögött pedig az húzódik, hogy kiterjedt és jelentős válság vagy hanyatlás jelenségeket érzékelnek a nyugati, különösen az amerikai medicinában. Némi leegyszerűsítéssel e folyamatot a medicina *dehumanizációjával* és *deprofesszionizációjával* szokták leírni, amely azt a kettős folyamatot foglalja magában, hogy az orvoslás egyre inkább elveszíti hagyományos humanista értékeit, mechanizálódik, és a technika-technológia háttérbe szorítja az emberi dimenziókat, miközben más szereplők megjelenése és befolyásának növekedésének hatására a szakmai kontroll egyre inkább kicsúszik az orvosok kezéből.

³ A „*heart failure*” kifejezés címnek választásával a szerző nyilvánvalóan a szív és az érzelmek metaforikus és kultúránkban mélyen gyökerezett kapcsolatát használja fel.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A dehumanizáció folyamatának genealógiáját követve találnak rá a kutatók az orvoscépzésre, és ebben mai meghatározó problémaként az ún. *rejtett kurikulum* jelenségére.

A jelen tanulmány döntően angolszász irodalmat használ, és szinte teljesen kizárja a nem túl vastkos magyar szakirodalmat. Ennek pedig az a – meglehetősen vitatható – magyarázata, hogy az orvostanhallgató lét problémái nagyon világosan fogalmazódnak meg ebben a külföldi irodalomban, de nem lenne helyes, ha ezek alapján tudományos érvényű extrapolációt hajtánánk végre a magyar helyzetre vonatkozóan. Némi óvatos töprengésre azért van lehetőség, és ezt a tanulmány végén meg is jelenik.

A rejtett kurikulum sajátosságai

Az orvoscépzésen belül a jelenséget először valószínűleg Frederic W. Hafferty írta le.

Az ő meghatározásában az „érzéketlen és cinikus orvosok”⁴ (nem általában az orvosokról van szó) kiképzése mögött egy sajátosan kettős képzési struktúra áll, amelyben a formálisan tanított és hirdetett képzési anyag mellett egy informális vagy rejtett tanterv⁵ húzódik meg. „A legnagyobb része annak, amit a beavatottak a medicinán belül fontosnak tartott értékekben, attitűdökben, hitekben és az ezekkel kapcsolatos viselkedésekben belsővé tesznek nem a formális curriculumon belül történik, hanem egy látensebb útján, egy „rejtett kurikulum révén [...] valójában, amit ebben a rejtett curriculumban „tanítanak”, gyakran ellentétes lehet azoknak a kurzusoknak a céljaival és tartalmával, amelyeket formálisan felajánlanak” (Hafferty – Franks 1994: 864–865).

A rejtett curriculum „...aláássa, hogy másokkal törődő, etikus szakemberek legyünk. A kollegialitás, a betegközpontú gyógyítás és az etikus gyakorlat gyakran alárendelődnek a tényszerű tudásnak vagy a gyakorlati realitások félre söprik ezeket. [...] A diákok a nyitott gondolkodástól a zárt gondolkodás felé; az intellektuális kíváncsiságtól a csak a szűkebben vett tényekre való korlátozottság felé; az empátiától az érzelmi közöny felé, az idealizmustól a cinizmus felé; és gyakran az udvariasságtól

⁴ Vö.: „Az egyik olyan terület, ahol a hallgatók fejlődésével kapcsolatban egyetemes egyetértés van, az, hogy az orvoscépzés a hallgatókat és a rezidenseket cinikusabbá és érzéketlenebbé teszi” valamint „Az a deszenzitizáció és brutalizáció, amely a klinikai képzéssel együtt járhat, itt senki számára sem újság”. Hundert, E. M. et al. (1996): Characteristics of the Informal Curriculum and Trainees’ Ethical Choices. In: Academic Medicine, Jun;71(6): 624–642.

⁵ Az irodalomban megkülönböztetik az informális és a rejtett curriculumot azon az alapon, hogy „a rejtett curriculum szélesebb fogalom, mert magában foglalja a formális órák során rejtetten átadott uralkodó kultúrát is, míg az informális curriculum a rejtett curriculum alhalmaza, amely az órákon, korhási gyakorlatokon, és hasonlókon kívül történik” (Hundert et al. 1996). A fogalmi zavar elkerülése miatt a továbbiakban a szélesebb értelmű rejtett curriculummal foglalkozunk.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

és gondoskodástól az arrogancia és az ingerlékenység felé mozdulnak el” (Mahood 2011: 983).

Hangsúlyozni kell, hogy a rejtett kurrikulum önmagában lehet semleges a hirdetett képzési célok és értékek szempontjából, de mégis konszenzus áll fenn abban a tekintetben, hogy valójában szakadék van a hirdetett és a hallgatólagos értékek között.

A hirdetett értékek az empátiát, a szenvedés enyhítését, a bizalmat és a hűséget hangsúlyozzák, és azt, hogy a páciens érdekének mindenek fölül helyezése a legfőbb érték, a rejtett kurrikulum ezzel szemben az objektivitást, a távolságtartó óvatosságot, az érzelmekkel, a páciensekkel, és minden más szereplővel szembeni bizalmatlanságot kultiválja.⁶

Loretta Kopelman egy korábbi, de más szerző (Stempsey 1999) által is relevánsnak tartott vizsgálata arra utal, hogy a hallgatók „azt tartják, hogy a kinyilvánított hivatásbeli célok túlságosan csalódást keltően valósulnak meg. Némelyek azt állítják, hogy képzésük sokkal inkább elszegényítette, mint táplálta azokat az ideálokat, amelyek arra motiválták őket, hogy orvosná váljanak [...] Azt mondják nekik, hogy úgy kezeljék a pácienseket, és úgy tekintsenek rájuk, mint olyan személyekre, akik együttérzést, törődést és tiszteletet érdemelnek, de azt találják, hogy nincs idejük és energiájuk így viselkedni.” (Kopelman 1983: 2007)

A rejtett kurrikulum erősebbnek mutatkozik a formálisnál, mert sokkal szorosabb szálakkal fűződik a hallgatók mindennapi tevékenységéhez, mint az órákon inkább csak a beszédhez kötött, hangoztatott értékek. Sokkal inkább kapcsolódik magához a hallgatói életformához, és az ún. egyetemi játszmaéhoz (Ahola 2000), azaz az egyetemi túléléshez szükséges készségek elsajátításához, mint a mindennapi ténykedéstől mégiscsak leválasztott előadások vagy szemináriumok a maguk mesterséges terével és atmoszférájával.

Az orvosképzésben megjelenő rejtett kurrikulum eltorzítja az orvosi hivatást. Ez a tendencia főként három sajátosságban nyilvánul meg: az érzelmi távolságtartásban (*detachment*), a feljogosítottság érzésében (*entitlement*), és a nem-reflektív hivatásgyakorlásban (*non-reflective professionalism*).⁷

Az érzelem vagy érzelem nyilvánítás ellenesség – úgy tűnik fel – az egyik legdrámaibb eleme a rejtett kurrikulum üzeneteinek. „Az orvostanhallgatók számoltak be legmagasabb százalékban saját sírásuk negatív társadalmi következményeiről” (Wagner et al. 1997: 13)⁸. Az érzelmek illegitimitásának előállításában szerepet játszik az a sajátos „objektivitás kultusz”, amely a tudományos tevékenység értékrend-

⁶ Vö.: Coulehan –Williams 2001.

⁷ Vö.: Coulehan – Williams 2001.

⁸ Vö.: „A rezidenseknek szisztematikusan azt tanítják, hogy nyomják el érzelmeiket, és egyáltalán ne mutassanak ki semmilyen érzelmet. Nem kapnak alkalmat arra, hogy beszéljenek érzelmeikről, vagy egyáltalán elismerjék, hogy vannak érzelmeik – és azokat a rezidenseket, akik érzelmeiket mutatnak, nyilvánosan szankcionálják” Graham, S. B. (1991): When Babies Die. In: Medical Teacher, 13: 171–175.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

jének e fontos aspektusát kiterjeszti az orvosi hivatásgyakorlás egészére – mintegy magától értetődőnek tekintve ezt az ugrást. Az objektivitás és a szubjektivitás nem pusztán *episztemológia* vagy módszertani kategóriák többé, hanem egyenesen a jó és a rossz morális értékével felruházott fogalmak: a jó orvos objektív, a rossz orvos szubjektív. Ha nem képes a szubjektivitását visszaszorítani, akkor mintegy *etikai* vétséget követ el.

Tárgyunk szempontjából fontos, hogy az érzelmi távolságtartás nem a szakma inherens követelményeiből és tradicionális értékeiből fakad, hanem a kétféle kurikulum közötti diszkrepancia személyes és persze közösségi feldolgozásából. Ebből a szempontból az objektivitás igény mindenek felettisége pusztán racionalizáció.

A feljogosítottság érzése a traumatizált, eredeti identitásában sérült hallgató kétségbeesett kísérlete kisebbségség élményének ellentétébe fordítására. Úgyszólván a „legjobb” módszere annak, hogy a beavatási folyamata során személyiségének erőteljes átalakítására, újra rendezésére készített hallgató cserében megkapja a „Lám, volt értelme, így kerültem be a 'kiválasztottak' közé” identitását. A kétféle kurikulum létrehozta kognitív disszonancia „a-szenvedés-a-megszeretéshez-vezet” hipotézist idézi meg. A szenvedések eszerint nem az ezeket okozó rendszer ellen fordítják a hallgatót, hanem ellenkezőleg – és éppen a feljogosítottság érzését is felkínálva – örömeire értelmeződnek át.⁹ Természetesen az orvosi hivatás magas társadalmi presztízse, a hallgatók képzésébe fektetett munkája és erőfeszítései megalapoznak egy bizonyos mértékű „feljogosítottságot”, itt azonban ez átcsap egyfajta „felsőbbrendűség” érzésbe: „Nekem több jár, mint más szakmák képviselőinek.”

A fő hatások között harmadikként felsorolt „nem-reflektív szakmaiság” oktatási szempontból a legmeghökkenőbb sajátosság. Végére is – kérdezhetnénk – magának a felsőoktatási képzésnek nem egyik legfontosabb célja-e a gondolati reflexió kialakítása és kultiválása mind szakmai, mind általánosabb értelmiségi szempontból?

Ez annál is különösebb vonása az orvosképzésnek, mert úgy tűnik fel, szembe megy az általános kulturális tendenciával, ti. a késő modern nyugati társadalom „kényszeres” reflektivitásával. „A kételkedés, a modern kritikai ész mindent átható sajátossága, áthatja mind a mindennapi életet, mind a filozófiai tudatosságot, és a mai társadalmi világ általános egzisztenciális dimenzióját alkotja.” [...] az öazonosság reflektíven szervezett vállalkozássá válik. A self reflektív projektuma, amely koherens, de mégis állandóan revideált élettrajzi narratívák fenntartásából áll, az absztrakt rendszereken átszűrt többszörös választások összefüggésében megy végbe” (Giddens 1991: 3, 5). Úgy látszik, hogy a mindent átható reflektivitás ellen a medikális képzés többé-kevésbé sikeresen immunizálta magát. A természettudományos módszertant ideálnak tekintő biomedicina – a mai nyugati medicina fő áramaként – a kriticismust is jórészt a tudományos módszer szabályos alkalmazásának felügye-

⁹ Vö.: Greger: 1999: 191–194.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

letében meríti ki, és a medicina „kulturkritikájára” nem fogékony. Éppen ezért nem is hajlandó a mindennapi praxis filozófiai-etikai előfeltevéseit vizsgálni:

„...a hallgatóktól elvárják, hogy internalizálják azt a „tényt”, hogy „alapvető” karakterüket a képzési folyamat nem befolyásolja [...] Ha olyan medikális kultúra veszi őket körül, amely bizonyos érzéseket, az introspekcíót vagy a személyes reflexiót rosszallja és agyonnyomják őket az alaptudományos kurrikulummal, amely a gépies memorizációt hangsúlyozza, akkor az orvostanhallgatók a képzési folyamat meglehetősen korai szakaszában reflektív rövidlátásra tesznek szert” (Hafferty – Franks 1994: 866).

A nem-reflektív attitűd egyben egyik legfontosabb biztosítéka a rendszer változatlanságának. „A fiatal orvosok körében egy ilyen nem-reflektív hivatásrendi identitás adoptálása talán a leggyakoribb módszer a hallgatólagos és a kifejezett tanulás közötti konfliktust kibékítésére” (Coulehan – Williams 2001: 600–601).

Miképpen lehetséges a rejtett kurrikulum, mi az értelme?

A nyílt és a rejtett kurrikulum közötti diszkrepancia úgy tűnik fel, nem valamilyen anomália, abnormalitás, hanem minden oktatási rendszer és forma sajátossága. Leegyszerűsítve nem jelent mást, minthogy az élet sohasem „zengi be az iskolát” oly módon, hogy ne lenne valamilyen mértékű különbség az „ott kint” tapasztaltak és az iskolában tanultak között; e tekintetben az iskola sokkal inkább a *kell-t* és nem a *van-t* képviseli. Mégis az orvosképzésben mintha az ideálok és a valóság között – olykor a hallgatókat sokkoló módon – szélesebb lenne a szakadék, mint más hivatások esetében. Mármost felvetődik a kérdés, hogy ha a rejtett kurrikulum ilyen, a képzés alapvető céljait illetően rossz következményekhez vezet – olykor mintha éppen a hirdetettnél ellentétes hivatásszemélyiség vonásokat eredményezne –, hogyan állhat ez a konstelláció elő. Nyilvánvalóan nincs „intelligens tervező”, vagy valamiféle „szuper bizottság”, amely döntött a nyugati orvosképzés e mély diszkrepanciájának bevezetéséről és fenntartásáról. Ha pedig mégis úgy látszik, hogy *mutatis mutandis* az egész nyugati orvosképzés sajátosságáról van szó, akkor valamiféle általános kulturális logikának kell itt érvényesülnie. Jelentős erőknak kell hatnia ahhoz, hogy ez az ellentmondás a nyugati kultúrában tartósan általános jelenséggént álljon fenn, amelyet noha ennek a kultúrának a szereplői – ha reflektálnak a jelenségre – problémaként értékelnek, de amelynek megváltoztatásához hiányzik a kellő motiváció, és amely makacsul újra termelődik.

Minthogy *par excellence* kulturális jelenségről van szó, ezért mélyen gyökerezettségét és sok szálon való meghatározottságát feltételezhetjük. Ha e két szempont találkozásánál keresgélünk a válaszok után, akkor a következő tényezők szembe ötlők:



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

1. Az orvoscépzés logikája és folyamata megfelel minden szakemberképzés jellegzetességének: a laikusból szakembert kell előállítani. Minthogy a szakember hivatásszemélyiségének vonásai minden szakma esetében *többé-kevésbé* eltérnek a laikus, ún. átlagember vonásaitól, ezért minden szakmai képzés a személyiség "megdolgozását" is jelenti. A személyiség megváltozása mindig magában foglal több-kevesebb szenvedést, amely nélkül a szükséges változások nem mennének végbe. *No pain, no gain* (ha nincs fájdalom, akkor nincs nyereség) közkeletű angol mondás igazsága ebben az esetben is érvényesül. Csakhogy az orvoscépzés azon ritka képzések közé tartozik, amelyekben a szakemberré váláshoz szükséges személyiségváltozások inkább a *több*, mint a *kevésbé* mértékébe tartoznak. Azaz, az orvosláshoz szükséges személyiség és környezetéhez való viszonya erősen különbözik a laikus attitűdjeitől. A betegséghez, a beteg személyhez, a testhez, a halálhoz és a halotthoz való hivatásos magatartás „elsajátításához” mélyreható személyiségbeli változások szükségesek. Ez azt jelenti, hogy az orvossá válás messze nem pusztán tudományos, kognitív ismeretek elsajátítását jelenti; nem egyszerűen az egyetemi játszma által tananyagának nevezett tartalmak „agyi elraktározását”, olykor memorizálását, „biflázását” jelenti, hanem mindenek előtt olyan magatartásformák, értékek, normák bensővé tételét, amelyek hosszabb távon sokkal inkább meghatározzák a jövő orvos sorsát, mint a tudományosan egyébként változékony „tankönyvi” ismeretek. Úgy is fogalmazhatjuk, hogy az orvoscépzés „trükkje” az, hogy a nyilvános, pusztán tiszta tudományként prezentált tudás „függőnye” mögött a jövő orvos számára gyakran észrevétlen, ám sokkal meghatározóbb, és mélyebbre ható változások zajlanak le, amelyek annál hatékonyabban alakítják át a laikus személyiségét, minél kevésbé tűnik fel számára működésük. Röviden: a hallgató azt hiszi, hogy a tudományt és az ehhez kapcsolódó technikákat tanul meg, miközben messze ható módon személyisége változik meg.

2. A különféle kultúrák jól ismerték és alkalmazták az átmeneti rítusokat vagy beavatási szertartásokat, amelyek éppen azt hivatottak szolgálni, hogy az egyik személyiség állapotból és a vele járó társadalmi státuszából átvezesse, olykor átkényszerítse a beavatandót – alkalmasint a gyermek helyzetéből a kultúra teljes jogú „polgárának” státuszába. Ez olyan élményekbe való bevezetését jelentette a beavatandónak, amelyek révén elsajátította a gyermekből felnőtté váláshoz szükséges személyiségvonásokat és intellektuális ismereteket; a beavatási szertartás mássá tette a beavatandót, mint a szertartás előtt volt, és ez közösségi megerősítést is kapott. „Filozófiai értelemben a beavatás az egzisztenciális helyzetben beállt alapvető változással egyenértékű; az újonc a megpróbáltatásokból a beavatása előttihez képest egy teljesen más létezőként kerül ki; egy *másikká* válik” (Eliade 1994: X).

A mély, egész személyiséget átalakító beavatási szertartások a modernitásban szinte észrevétlenné váltak. Nyilván nem tűntek el teljesen, hanem olykor időben annyira elnyúltak, hogy intenzitásuk legyengült, így a beavatandók kisebb adagok-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

ban kapják a „változni valókat”, ezt hívjuk például az oktatási rendszerben zajló nevelésnek/nevelődésnek. Előfordulhat azonban, hogy a személyiségi változások mélysége és az ezek végbevitelére rendelkezésre álló idő rövidege mintegy érzékelhetővé, láthatóvá teszi a beavatási szertartás ősi struktúráját. Ha gyors, ám ugyanakkor mély változásra van szükség, akkor még a modern kultúra is atavisztikus megoldáshoz kénytelen folyamodnia. Ez vonatkozik az orvosképzésre is: a laikusból rövid idő alatt attól sok vonásban és azok mélységében eltérő gyógyító szakember előállításának szükséglete előhívja a régi alakzatokat, „archetípusokat”. Ezért a modern ember számára – aki önmagát történeti lényként, saját története „termékeként” fogja fel – felsejlik annak az archaikus embernek a felnőtté válása, aki nem egy időben elnyúló nevelés, kulturálódás eredménye, hanem a gyermeknek mintegy meg kell halnia ahhoz, hogy felnőttként újjá szülessen – a mi esetünkben ez a laikus és a szakember viszonyára vonatkozik.

A modern értelemben vett személyiség fejlődése – a fent elemzett okok miatt – keveredik a laikus halálával és a szakember „megszületésével”. E történeti értelemben vett „pillanatok alatti” átváltozás már csak azért is szükséges, mert a modern felsőoktatás főként az oktatás kognitív, racionális tartalmaira, az ismeret átadásra és elsajátításra helyezi a hangsúlyt, amely önmagában véve elégtelen a szükséges hivatásszemélyiség előállításához. Túlzás lenne tehát azt állítani, hogy a modern orvosképzés leírható az archaikus beavatási szertartás mintájára, de az talán joggal megállapítható, hogy bizonyos vonásai nagyban emlékeztet az átmenet rítusokéra. A laikus személyiség „szertartásosan” előírt halála azonban „halálközeli” élmények megélését követeli a hallgatóktól.

A beavatás rítus három szakasza ezt a „meghalást” inherensen hordozza, amelyet a régi és az új élet közötti „senki földjén” tartózkodás, majd az újjászületés követ:

1. A résztvevők el(le)választása – szeparáció – korábbi társadalmi helyzetükt(r)ől;
2. Az átmenet szakasza, a liminális fázis, amelyben a résztvevők „sem-sem” helyzetbe kerülnek. Már elszakadtak korábbi státuszuktól, de még nem szereztek meg az új attribútumait. E szakasz fő sajátossága a beavatandó fokozatos pszichés megnyitása az új tudás iránt; az egzisztenciális szorongásából fakadó éhség az új elsajátítására.
3. Újra integrálódás szakasza, amelyben a beavatandók bevonódnak és elmélyednek az új társadalmi helyzetükbe.¹⁰

¹⁰ Vö.: „Van Gennep megmutatta, hogy az átmeneti rítusokat vagy „átmeneteket” mindig három fázis jellemzi: elkülönülés, marginalitás (vagy *limen*, ami latinul küszöböt) jelent) és egyesülés. Az első fázis (az elkülönülés) olyan szimbolikus viselkedésformát tartalmaz, amely egy személy vagy egy csoport leválását jelképezi vagy a társadalmi struktúra egy korábbi, rögzített pontjáról, vagy egy adott kulturális feltételrendszerrel (egy „állapotról”), netán mindkettőről. A közbülső, „liminális” szakaszban a rituális szubjektum (az „utazó”) jellemzői bizonytalanok; olyan kulturális területen halad át, amely alig vagy egyáltalán nem emlékeztet a múltbéli vagy az eljövendő állapotra. A harmadik szakaszban (újra egyesülés vagy visszafogadás) az átmenet beteljesedik” (Turner 2002: 107).



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A beavatási szertartás első fázisának döntő feladata a beavatandó elválasztása korábbi életétől. Míg az archaikus szertartásokban ez gyakran a korábbi családi környezetből való kiemelés révén megy végbe, a modern orvoscépzésben a korábbi élettől való elválasztás a rendkívüli mennyiségű tanulási követelmények révén megy végbe. A hallgató csak a tanulásra összpontosít azzal, hogy „privát életére”, családjára, barátaira, párkapcsolatára, hobbijaira, egyáltalában vett önmagára, egész korábbi életére majd a vizsgák és számonkérések után szán időt és energiát. Azonban az elővételezett szabadidő és az ezzel járó „önmegvalósítás” helyett rendszerint újabb tanulmányi köteleességek következnek. Ez olyan egzisztenciális beszűkülést idéz elő a hallgatóban, hogy fokozatosan és szinte észrevétlenül meggyengülnek a laikus életéhez fűződő kötelekei, ráadásul „összezárva” a sok hasonló helyzetű társával, ez a helyzet természetesnek, alternatíva mentesnek is tűnik fel.

Noha a résztvevők különböző személyiségűek, amelyet az egyénekre szabott didaktikus módszerekkel lehetne kezelni, de az átmeneti rituálék ezt a problémát úgy oldják meg, hogy a résztvevőket, időlegesen azonos, alacsony kognitív szintre redukálják: a „vagy-vagy”, „fehér vagy fekete” gondolkodásmód nem enged meg alternatív lehetőségeket vagy nézeteket. Ez az előfeltétele annak a kognitív újra szerveződésnek, amely az igazi pszichés átalakulással együtt jár. „Az orvosi fakultáson ez „csőlátáshoz” [*tunnel vision*] vezet, amelyben a medikális tan mindenképp feletté válik” (Davis-Floyd – Robbie 1987: 297).

„Az irritáló irreleváns tananyagok „biflázása” a „lefárasztó” technika révén a beavatás hatásosságát növeli. E túlerheltség egyik következménye a beavatandó fokozódó izolációja” (Davis-Floyd – Robbie 1987). Az elszigetelt, korábbi (szub)kultúrájától elválasztott, abból kiszakított hallgató komoly, identitásvesztéshez kötődő szorongásokat élhet meg. Régi egzisztenciális vonatkoztatási rendszerének elbizonytalanodásával párhuzamosan nyílik meg az új identitás felé. Az új identitás vonásai pedig a techno-tudományos medicina értékrendszerén alapulnak. Ez azt jelenti, hogy a laicitás világából és az ott megélt betegszerepből hozott humanisztikus ideálok megkopnak. Így a hallgatónak újra kell definiálnia viszonyát ezekhez azzal, hogy be kell lépnie új hivatásrendjébe. A „szenvédő emberiséggel” együtt érző gyógyító ideálja és az új követelmények közé új értékek lépnek. A beavatás liminális szakasza éppen ezeket „préseli” nagy erővel a hallgató személyiségébe. Az individualitástól megfosztó gyakorlatok, a páciens korlátozottan cselekvőnek [*agency*] tekintése, az orvos és beteg különbségének hangsúlyozása, a mechanizáció, az empátia csökkentése és a morális távolságtartás (Haque – Waytz 2012) a laikus idealizmusától erősen különböző attitűdjeinek a bensővé tétele csak a laicitással való viszonylag gyors, de egyben mély szakítás révén mehet végbe, amelyet a beavatás történelmileg bevált technikáinak alkalmazása tesz lehetővé. A beavatási szertartások nevezhetők „traumatizáló technikáknak” is, amelyek hasonló mechanizmusokat működtetnek, mint a „közönséges” trauma folyamatok. Egy fontos tényező azonban megkülönböz-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

teti az ilyen jóindulatú traumákat a rosszindulatúaktól. Míg mind a beavatás, mind a trauma első lépcsőben a korábbi személyiség nagymértékű rombolásával jár, addig a beavatás végső fázisában egy új, értelmes világba vezet be az újoncot, a közönséges trauma esetében az új értelem megtalálása elmarad, és a traumatizált a liminális szakaszban, mintegy a senki földjén marad.

Ezt az egzisztenciális kétségekkel teli állapotot jelenítik meg a manapság poszt-traumatikus stressz zavarnak nevezett kórkép tünetei. Úgy tűnik fel, hogy az orvosképzés végén megszerzett új identitás nem képes teljesen kárpótolni az elvesztett laikus ideálokat, azok nem halnak meg a hallgató számára, mert mélyen gyökereznek a nyugati kultúra orvosképében, amely sohasem cserélte fel ezeket teljesen a test-mérnökséggel járó normákra. Ezért olyan új gyógyító állhat csak elő, aki mintegy örökké magán hordozza a beavatás sebeit, saját „gyermeki” ideáljai együtt élnek új szakemberi énképével. A „szakember”-ben pedig a szak előtag hol az ember kibővítője, hol fosztóképzője – mindenekelőtt ember, aki technikai tudással bír vagy mindenekelőtt technikus, akiben olykor felsejlenek a humanisztikus ideálok és az ezeknek megfelelő viselkedésvonások.

3. A sérült gyógyító

A drasztikus identitás átalakulás drámai élményekkel jár, amelyekre így tekint vissza a neves orvosi antropológus:

„Az orvosképzés traumatikus időszak lehet, de rendszerint sokkal inkább az, mint amennyire szükség lenne... eltöprengtem azon, hogy mind az a szenvedés, amely az orvostanhallgatókra és a fiatal orvosokra nehezedik talán *nem* teljesen véletlen. Nem pusztán az erős munkaterhelés, az alváshiány, a nem megfelelő személyzet és a hiányos források kérdése, hanem bizonyos mértékig szándékoltnak tűnik. Egyfajta beavatás, egy primitív átmeneti rítus egy ezoterikus és védett hivatásba – abba, amit az antropológusok „gyógyító kultusznak” hívnak. A gyógyítóvá válás érdekében talán lényeges lehet a valamilyen módon való sérültté válás. [...] Az orvosképzésben az, hogy korán kivagy téve traumatikus élményeknek azt jelenti, hogy felkészítenek a betegségnek és a halálnak arra a végtelen folyamatára, amellyel elkerülhetetlenül találkozni fogsz, és így könnyebbé válik az ezekkel való megbirkózás. De vannak olyanok, akik számára azok a sérülések, amelyek arra vannak szánva, hogy megvédjék őket, talán az ellenkező hatást váltják ki. Talán még el is pusztítják őket” (Helman 2014: 113).

„Közülünk számosan – talán nem mindenki – ezekből az élményekből sérült gyógyítóként emelkedik ki. Örül annak, hogy végre *igazi* orvosná vált, de, bizonyos szinten, mélyen megsebzett is” (Helman 2014: 112–113).

A modern orvosképzés látszólag tagadja a görög mitológiából eredő, és azóta számos módon megerősített sebzett gyógyító toposzát. Hiszen úgy jeleníti meg a gyógyítót, mint aki talán némi morális fölényrel bír ugyan az átlagemberekkel szemben, de sajátos társadalmi státuszát mindenek felett a tudáshoz, nevezetesen



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

a tudományos tudáshoz való viszonya alapozza meg. Ennek pedig semmi köze a sebzettséghez: ebből a szempontból igazából mindegy is, hogy az orvos személyesen sérült-e vagy sem, ami fontos az a tudományos-technikai tudás alkalmazása. Az orvossá váláshoz e szerint nem szükséges a sebzettség, inkább akadályozó, kiiktandó tényező, amely meg is nehezítheti a kívánatos objektív alapállás gyakorlását, szemben a „normális”, „ép lelkű” gyógyítóval, aki személyiségének nyugodt felszínét nem zavarják mélyről jövő érzelmi hullámzások. (Talán jobb is, ha nincs mélysége, csak felszín[esség]e.)

Továbbá, míg korábban a sebzettség a gyógyítóvá válás előfeltétele volt, addig a modern orvoscépzés nem törődik a sebzettséggel mint bemeneti követelménnyel, de úgy tűnik fel, hogy előállítja a sebzettséget a „beavatási szertartása” során. Vagyis a modern medicina látszólag közömbös a sebzettség, mint a gyógyítóvá válás archaikus és alapvető követelménye iránt, miközben a képzési folyamatban rendszerszerűen előállítja azt. Mintha az nem bemeneti, hanem inkább kimeneti követelménye lenne az orvossá válásnak.

Egyébként a sebzettség a gyógyító esetében valami olyasmit jelent, amelyet manapság lelki sebzettségnek vagy a személy sebzettségének neveznénk, amely ha testi tünetekben is jelenik meg, a személyiség, a hivatás személyiség megéréséhez szükséges, sőt elengedhetetlen sajátosság – nem pusztán szomatikus tünet. Amikor a modern medicinában újra felbukkan, akkor annak perifériáján, a lélekgyógyászatban – és annak is *nem* a medikális szegmensében – jelzi az orvos személyiségének fontosságát egy olyan korban, amikor ez nem tűnt érdemlegesnek. C. G. Jung, aki a témát újra felveti, így fogalmaz:

„Minden túlzás nélkül mondhatjuk, hogy a mélyreható kezelések sikere legalább fele részben az orvos önvizsgálatán múlik, hiszen ő csak azt tudja rendbe tenni betegében, ami őbenne már rendben van. Nem tévedés azt mondani, hogy beteg eltalálja, megindítja, megdöbenti, megéri: saját sebesülésének mértékétől függ, mennyire tud gyógyítani. A sebesült orvosról szóló görög mítosz is erről mesél, nem másról” (Jung 2002: 117).

A sebzettség döntően a gyógyító vagy segítő hivatáshoz szükséges személyiségjegyek (együttérzés, empátia stb.) megéréséhez szükséges és nem a technikai ismeretek megszerzéséhez vagy fejlesztéséhez, azaz éppen nem azokhoz a vonásokhoz, amelyek a tudományos-technikai tudáshoz kellene. A sebész technikai tudása mint megfelelő eljárások ismerete független attól, hogy neki magának van-e olyan betegsége, amelyet a betegében éppen kezelni készül. Sőt, a pszichiáter – pedig ő a lélek orvosa lenne – diagnosztikus és gyógyszer alkalmazási képessége sem függ lelki sebzettségétől, ha ez nem más, mint tünetek betegségkategóriákhoz rendelése, illetve a megfelelő diagnózishoz megfelelő biokémiai hatóanyag rendelése. Természetesen itt inkább hangsúlybeli különbségekről van szó, hiszen a tudományos ismeretek megszerzéséhez komoly motivációt jelenthet a saját sérülés enyhítésének igénye. Mindazonáltal, azok a sebek, amelyeket *Kheiron* (az első sebzett gyógyító)



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

vagy a sámánná válók hordoztak az egész személyiség bevonódását és átalakulását igényelték és nem valamiféle testileg jól lokalizálható, szervi problémaként jelentek meg. *A sebzett gyógyítónak az egész világa sérült és nem pusztán valamelyik test tája.*

Éppen így az orvoscépzésben mint beavatásban a hallgató egész laikus világa sérül (alkalmasint omlik össze), azaz a beavatás „normális” folyamata részeként egyben a sebek gyógyítási „módszereinek” is fel kellene kínálkozniuk. Úgy tűnik fel azonban, hogy a rejtett kurrikulum tipikus tartalmainak egyik fontos „támadási iránya” az, hogy úgy sebződjön meg a jövő gyógyítója, hogy ez a sebzettség azután mint a gyógyítás szempontjából lényegtelen, szerepet nem játszó tényező jelenjen meg. Legfeljebb szakmai szempontból az a jelentősége, hogy akadályozója lehet a szakember szakszerű tevékenységének – de semmiképpen sem lehet az orvos épülésének fontos tényezője. A modern orvos sebzett szakember, aki számára sem a sebzettség, sem annak esetleges spontán enyhülése nem reflektált. Ez inkább egy olyan kognitív-intellektuális egyoldalú túlfejlettséghez vezet, amely egyfelől a szakma technikai-tudományos aspektusait hangsúlyozza, másrészt az orvos „megoldatlan” személyiségét háttérbe szorítja – ezek pontosan azok a vonások, amelyek a modern medicina működtetéséhez szükségesek. Az orvos megsebzettségét ekképpen tagadó, elrejtő és így dehumanizálónak nevezhető tendenciák elevenen tartják a sebeket és komoly akadályokat gördítenek a jövő orvos önmagára találásának, önmagát gyógyítóként való megélésének útjába. Ez egyben lehetővé teszi a beavatott új orvos számára egy alapvetően „lélektelen”, a beteget, orvost eltárgyasító, elidegenedett rendszerbe való gyötrelmes beilleszkedést, és az abban való frusztráló munkálkodást.

4. A modern medicina gyakorlatának és a humanisztikus ideáljainak ellentmondása.

A feszültség mindenekelőtt abban van, ahogy a medicinát övező kultúra saját alapvető ellentmondásait orvoslásába plántálja, és annak aktorait is ezek kihordására és újratermelésére készíti:

„Minden kultúrának megvan az árnyéka, valamilyen módon elfojtja polgárai egészségességét. Rávesz bennünket, hogy korlátozzuk magunkat azzal, hogy egészségességünk bizonyos részeit elutasítja. [...]”

Az orvosi kultúra erősíti annak a nagyobb kultúrának az értékeit, amelyet szolgálni próbál. Talán ezért néznek tisztelettel a gyógyítókra, sikeres embereknek tekintve őket. Tapasztalatom szerint azok, akiket sikeresnek ismernek el rendszerint a legmélyebb kulturális sebeket hordozzák. Az orvosok sérüléseket szenvednek képzésük során. Azt tanítják nekünk, hogy az objektivitás egy sérthetetlen helyzet. De az objektivitás rendszerint sérülékennyé tesz bennünket. Az objektív helyzetből senki sem fér hozzá emberi erőforrásaihoz. Nem sírhatsz, búsulhatsz vagy imádkozhatsz. Még azt sem tudhatod, hogy szeretnek-e azok az emberek, akiket szolgálsz. Az objek-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

tivitás sérülékennyé teszi az orvost a kiégés iránt. Megakadályoz bennünket abban, hogy értelmet találjunk. [...] Az értelmet csak eredeti kapcsolatokon keresztül lehet megtalálni” (Remen 2000).

Az orvosképzés nyílt és rejtett kurrikulmányának ellentmondásossága pontosan tükrözi a modern nyugati medicina gyakorlatának és e gyakorlat mögött álló ideálok „egyrészt-másrészt kultúráját”. Már a kezdetektől világos volt ez a gondolkodók és a kritikus megfigyelők előtt. Amikor *Abraham Flexner* azért ünneplik, mert az amerikai orvosképzést szigorú tudományos alapokra helyezve újjátta meg, akkor nem szabad megfeledkezni arról, hogy tizenöt évvel híres jelentésének leadása után a változásokat értékelve azt is megfogalmazta, hogy “A tudományos medicina Amerikában – fiatal, erőteljes és pozitívista – ma sajnálatosan nélkülözi a kulturális és a filozófiai hátteret” (Flexner 1925: 18). Az eredetileg szükséges tudományosság immár „túlpörgött”, a humanisztikus, a medicinát „művészetté” tevő vonások pedig háttérbe szorultak. Egy mai orvos-kutató ezt így látja: „Az orvosképzés első két évében megtanulandó hatalmas mennyiségű alap orvostudományi tárgyak mellett, az egyik legfontosabb feladat az, hogy a hallgatók megtanuljanak különbséget tenni a „páciens” és a „személy” között.

Mindannyian tudjuk, hogy a személy olyan valaki, akinek „Én-sége” van, tudatossággal és szubjektív élménnyel, érték és céltudattal, mint nekünk. A páciens azonban egy test, amelyben a fájdalom és a betegség élményeit olyan objektív jelenségekként kell felfogni, amelyek a tudomány eszközeivel megfigyelhetők és verifikálhatók” (Abramson 2004: 206).

Nincs itt helye a modern medicina egész történetén végighúzódnó törésvonal részletes tárgyalására, amelynek egyébként tengernyi irodalma van. Ez a hasadás olyan jelentős, hogy azt is mondhatnánk ez az egyik identitás képzője korunk orvoslásának, ami nélkül nem lenne az, ami: a modern orvoslás meghatározó sajátossága az élet feletti technikai uralom kibontakozása, amely az ember olyan eltárgyasításával jár együtt, amely egyben a humanisztikus vonások visszaszorulását is jelenti. A változás jól követhető: *Luke Fields* híres, *Az orvos* c. festményén, amelyen egy haldokló gyermek ágya mellett töprengő, technikailag tehetetlen, ám ugyanakkor erőteljesen a páciensre figyelő orvost látunk (háttérben a kétségbeesett szülővel). „...az orvos keveset tehetett azért, hogy megmentse a fiút a tuberkulózis baktérium pusztításától [...] mégis aligha lehet kétségünk afelől, hogy mind a gyermek a festményen, mind a szülei az ablaknál tudták, hogy az orvos egyedül a gyermekkel törődik” (Wachter 2015: 26). Ma az orvos technikailag sokkal többre képes, de egyben mintha a páciens szolgájából a technika szolgájává vált volna – sokkal kevesebbet van pácienssel, és sokkal többet törődik a páciensről szóló, de immár tőle távol kerülő adatokkal. Az orvostanhallgató például a pácienssel való együttérzés orvosi erényeiről hall elméleti előadást, de a gyakorlatban esetleg a páciens adatait tanulmányozza egy számítógép képernyőn – a pácienssel való személyes törődés, sőt találkozás helyett.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A nyílt és a rejtett kurikulum eltérései tehát nem pusztán a képzésben rejlő problémák, hanem a modern nyugati medicina, az ún. biomedicina ellentmondásainak leképeződését jelentik a képzésben. A nyílt kurikulum szerint olyan orvosokat kellene előállítani, akik a pácienset egyszerre képesek tárgyként és emberként kezelni, és „művészien” (art) képesek a két nézőpontot váltogatni a hippokratészi követelmények minél jobb érvényesülése, azaz a páciens érdekében. A rejtett kurikulum ezt az egyensúlyt billenti el a tárgyszerűség és a szakszerűség irányába – a humanisztikus vonások kárára.

A rejtett és nyílt kurikulum diszkrepanciájának értelme eszerint annak a sérült gyógyítónak az előállítása, aki philoktétészi sérültségében felmutatja, magán hordozza a modern medicina humanitásbeli sebzettségét. Ezért a jövő gyógyító beavatása nem is tartalmaz a sérültségre gyógyírt, különben elveszne a technikai értelemben vett fejlődés dinamikáját biztosító „üzemanyag” – ebben a vonásában különbözik meghatározó módon a tradicionális átmeneti ritustól.

A kognitív disszonancia feloldására hivatott hallgatói attitűdök

A hallgatólagos és nyíltan hirdett értékek három megküzdési – nem megoldási – formáját” vázolja fel *Coulehan* és *Williams* a hallgatók számára:

Az első magának a diszkrepanciának a tagadásán alapul. Ez esetben a hallgató úgy éli meg, hogy a rejtett kurikulumban tapasztalt magatartásformák, értékek követésével valójában a hirdetettekét valósítja meg. Mindenekelőtt a páciens érdekeit az szolgálja a legjobban, ha az orvos a saját érdekeit érvényesíti. Ha a jövő orvos a kórházi klinikai kultúra hagyományos és „bevált” magatartásmintáinak megfelelően vezet szakmai életét, akkor éppen ez a rutinszerűség garantálja azt, hogy ezen értékekkel nem lehet baj. A „mindig is így volt, ezután is így lesz” nem-reflektáló attitűd a rutinból táplálkozik, és egyben erősíti is annak a hatalmát.

A másik lehetséges feldolgozási mód a cinikus attitűd kifejlett érvényre juttatása. A nyílt értékek követésének lehetőségét a „mese habbal”, vagy „tisztá naivitás” kifejezésekkel minősítő szakember attitűdje ez. Ebben az esetben a „szak” előtag nem kibővítője vagy az „ember” szó egy sajátos vonásának hangsúlyozója, hanem annak fosztóképzőjeként működik. E megközelítéshez jól illenek a „rettenetes ember, de kiváló diagnoszta” vagy a „kiváló orvos, de rosszul bánik a betegeivel” megállapítások. Ezek éppen azt tükrözik, hogy az illető szakmai megnyilvánulásaiban látványosan és nyilvánvalóan félredobta a nyílt kurikulumban megfogalmazott értékeket.¹¹

¹¹ Vö.: A medikális professzionalizmus négy lényeges eleme: „(1) a saját érdek alávetése a páciensek érdekeinek; (2) magas etikai és morális standardokhoz való ragaszkodás; (3) társadalmi szükségletekre való válaszolás; és (4) alapvető humanista értékek tanúsítása (pl. empátia, integritás, altruizmus, megbízhatóság)” (Swick et al. 1999).



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

E „megoldás” eminens megszemélyesítője Dr. House, akinek cinizmusát a következő két kijelentése jól szemlélteti: „... a betegségek kezelése miatt lettünk orvosok. A betegek kezelése az, ami a legtöbb orvost szerencsétlenné teszi.” „A humanitás túl van értékelve [„*Humanity is overrated.*”] (Rich et al. 2008).

Végül harmadik lehetőségként jelennek meg azok a hallgatók, akik „immunisak” a rejtett kurrikulum értékeire, és fenntartják azokat a humanisztikus ideálokat, amelyekkel az orvosi fakultásra jöttek, és amelyeket egyébként ott hivatalosan tanítanak nekik. Számos tényező segítheti ezeket a hallgatókat a hagyományos medikális értékek fenntartásában és elmélyítésében, ilyenek például a medicinán túli laikus vagy tradicionális értékek elevenen tartása. Az orvosképzés nemcsak azt tanítja meg, hogyan lesz valaki szakember, hanem azt is hogyan szűnjön meg laikusnak lenni.¹² Ha azonban a laicitástól való elszakadás szinte totálissá válik, azaz nem csak a technikai-technológiai értelemben történik meg, hanem az attitűdök és értékek szintjén is, akkor könnyű a rejtett kurrikulumot érvényre juttatni.

Az „immunizáció” további segítője lehet egyebek mellett az etika és általában a humaniorák módszereinek, nézőpontjának erőteljesebb megjelenése az orvosképzésben.

A két kurrikulum közötti diszkrepancia csökkentésének reménye

Ha a rejtett kurrikulumot a nyílt értékei szempontjából vizsgáljuk, ami egyébként nagyon is természetes alapállásnak tekinthető, akkor a rejtett kurrikulum épp-így-létében radikálisan és szinte azonnal felszámolandó sajátosságának látszik az orvosképzésnek. Mégis nehezen hihető, hogy a siker reményével *akcionista*, rövid távú „megváltó” programok dolgozhatók ki. A helyzet valószínűleg az optimizmus-pesszimizmus kategória párok szempontjából sem egyszerű:

1. A rejtett és a hirdett kurrikulum léte közötti konfliktus arra utal, hogy „a képzéssel foglalkozóknak kevésbé arra kell koncentrálni, hogy mit tanítanak az orvosi fakultáson, sokkal inkább arra, hogy mit tanulnak meg a hallgatók” (Hundert et al. 1996: 629). Ez azonban miközben heurisztikus nézőpontváltást jelenthet, és szám os új aspektus megjelenését vonja maga után, egyúttal azonban a problémát szinte kezelhetetlenül bonyolulttá teszi. Hiszen mindenki azt várná az ezen szempontot érvényesítő vizsgálat után, hogy a folyamatok kontrollját ígérő „akciók” indulhatnak be, amelyek aztán a helyes irányba terelik az orvosi fakultások életét. De hogyan lehet kontrollált cselekvésekkel befolyásolni azt, hogy mit beszélnek a hallgatók a menzán vagy a kollégiumi szobában? Hogyan lehet az esetleg cinikus magatartást tanúsító tanárt okos tervvel rávenni arra, hogy más hangot üssön meg betegével a hallgatók jelenlétében? Ne feledjük, hogy a rejtett kurrikulum *per definicionem* nem

¹² Vö.: Hafferty – Franks 1994.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

látható, nem érhető tetten. Amint reflektálttá válik, már nem rejtett többé; elolvad, mint a vaj a napon. Illegálitásra éppen azért van szüksége, mert tartalmai *nyíltan* vállalhatatlanok és tarthatatlanok az adott kulturális közegben.

Éppen ezért a rejtett kurrikulum erői uralmuk fenntartására legalább három módszert alkalmaznak a „napfénnel” fenyegető kritikusokkal szemben. Az egyik az az „ünnepi beszéd stílus”, amely a problémát, bár jelenlévőnek, de marginálisnak minősíti, miközben deklarálja: a nyílt kurrikulum alapvetően megvalósul, a rendszer betölti hivatását, majd példákat sorakoztat fel az orvoslás nagy teljesítményeire, új felfedezéseire vagy jelentős személyek kiemelkedő humanitást mutató példájára hivatkozik. (Az amerikai viták éppen arra utalnak, hogy azok közül is többeknek, akik státuszokból adódóan „ünnepi beszédek” mondanak, elment a kedvük az önünnepléstől, és ünneprontókká válnak.) A másik bevett taktika szerint minden, mégoly jól argumentált kritikát szinte felbukkanásakor azonnal „orvos ellenesnek” minősítik. Mint láttuk a két kurrikulum (és más mai nyugati orvoslással összefüggő probléma) kifejtéséből sem a konkrét orvos személyiségére, sem szaktudására vonatkozóan nem következik semmi dehonesztáló, és az ilyen kritika a medicina által felhalmozott tudást sem kérdőjelezi meg.

Arra azonban utal, hogy az orvosképzésnek – nyílt kurrikulumának megfelelően – inkább együttérző szakembereket kellene képeznie, semmint „ember-technikusokat”. A rejtett kurrikulum kontrollátlansága pedig az utóbbi veszélyével fenyeget. Az angolszász „riadalom” arra utal, hogy felismerték, a társadalom a késő-modern kultúra minden technika imádata mellett sem tűri, ha az orvostól „ingerküszöb alatti” folyamatok nyomán „ember-szerelő” válik. Végül a rejtett kurrikulum keltette veszélyek lebecsülésének harmadik módja a hallgatók intellektuális teljesítményének túlértékelése karakterük, attitűdjeik, egyáltalán egész szakmai-emberi habitusuk rovására. A nagy mennyiségű faktuális tananyag bizonyos időpontra való memorizálása, és ennek jó kvantitatív teszt eredményekben való tükröződése az egyik összetevője lehet az orvossá válás folyamatának. De e mozzanat abszolutizálása, és szinte egyedüli mércévé tétele nem egyszerűen csak a rejtett kurrikulum érvényesülését segítő elem, hanem valójában a rejtett kurrikulum működésének egyik legfontosabb összetevője, a hallgatói frusztráció és az ennek következtében előálló cinizmus alapvető motiválója. Az ún. objektivitást nyújtó mérési módszerek abszolutizálása szomorúan kiváló példája annak, hogy a „valóság tükrözésére” – ez esetben a hallgatói felkészültség mérésére – hivatott módszertan valójában nem egyszerűen leképezi, ami van, hanem át is alakítja azt; kiszorít és elértéktelenít minden olyan képességet, amely nem jó tárgya a mérhetőségnek. Ezek pedig pontosan azok a medikális művészetekhez szükséges tudásnemek, amelyeket a rejtett kurrikulum rosszul tolerál.

2. A nyílt és rejtett kurrikulum léte nyilvánvalóan az orvosi fakultások működésének nem mellékes, hanem kultúraképző eleme. A kettő sajátos és fent jellemzett feszültsége az orvostanhallgatók beavatásának egyik, ha nem a legdöntőbb forrása és folyamata. A két kurrikulum egymáshoz való dinamikus viszonya az orvosi fa-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

kultások identitásának döntő tényezője. Egyben annak az identitáskomponensnek a fenntartásához szolgált az a konstelláció kifogyhatatlan energiaforrást, amely minden lehetséges változtatásnak azzal az ideológiával áll ellent, hogy „Mi is úgy lettünk nagyszerűek, hogy védtelenül és felkészületlenül szenvedtük végig a két kurrikulum rejtőzködő viszonyát, tehát az ezután következők is menjenek végig mind azokon a beavatási folyamatokon, amelyeken mi is átestünk.”

3. A rejtett kurrikulum léte ráadásul nem *differencia specificaja* az orvosképzésnek, hanem minden oktatási és képzési forma – az általános iskolától az egyetemig – inherens alkotója. Az orvosi fakultások tehát nem a rejtett kurrikulum létében különösek, hanem valószínűleg abban, hogy a rejtett kurrikulum tartalmi nyilvánvalóbb ellentmondásban vannak azokkal az erkölcsi, habituális, magatartásbeli tartalmakkal, amelyet a társadalom az orvoslástól mint hivatástól elvár. Az angolszász medicinát és orvosképzést – belülről is – kritizálók egyik fő kifogása éppen az orvosolás technikai-rationális irányultságának fölénybe kerülése az orvoslás mint erkölcsi vállalkozás felfogásával szemben. Úgy is meg lehet fogalmazni, hogy a rejtett kurrikulum az első értékeit, míg a nyílt az utóbbi elveit érvényesíti. Ami a kultúra orvosi praxisában később nyíltan megjelenik és a betegek elpártolásában mint gyakorlati kritikában manifesztálódik, az a képzésben rejtett kurrikulumként van jelen. Ami pedig a képzésben a nyíltan hirdetett elvekhez tartozik, az később a gyakorlatban mint nem szakmai, mellékes, nem lényeges, a karrierben nem értékelendő vagy egyenesen hátránysként mutatkozik meg. Ez azt is jelenti, hogy a rejtett kurrikulum meggyengítése csak akkor lehetséges, ha a képzés környezetét jelentő medikális praxis kultúrája támogatja ezt. Ha a nyílt kurrikulumban foglalt normák és értékek betartása és követése a szakmai karrier alapvető feltételévé válik. Senki sem gondolhatja komolyan, hogy az orvosképzés kurrikuluma radikálisan különbözhet magának az orvoslásnak a „kurrikulumától”.

4. Pusztán heurisztikus értéke miatt a nyílt és a rejtett kurrikulum az orvosi fakultás tudatos és tudattalan „személyiségének” megnyilvánulásaként, ambivalens intencióinak manifesztációjaként is felfogható. Természetesen ez esetben a tudatalanság nem valamiféle irracionális jelent (szemben pl. a freudi felfogással), hanem egy másik rejtőzködésre ítélt racionalitás létezési módja. Úgy is fogalmazhatunk – természetesen a metafora keretei túlfeszítésének veszélyével –, hogy a rejtett kurrikulum az orvosi fakultás ösztönének törekvéseit¹³, míg a nyílt kurrikulum fellettes-énjét testesíti meg; az egyik a biomedikális paradigma eltárgyasító logikáját követi, a másik a humanisztikus medicinát. Úgy tűnik fel, hogy a mai folyamatok nem enyhítik a kettő közötti feszültséget, ellenkezőleg fokozzák azt. Egyre erősebbek azok a szakmai és szakmán kívüli hangok, amelyek humanisztikus változást

¹³ Ezen „ösztön” részösztönei: a szomatikus mindenek felettsége, a lelki háttérbe szorítása, az emberi jelenség mérhetőre redukálása, az általános túlhangsúlyozása az egyedivel, az egyszerűvel szemben, a technika-orientáltság stb.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

sürgetnek a medikális gyakorlatban, azaz a felettes-én egyre hangosabb.¹⁴ Ugyanakkor azonban a medicina társadalmi sikereket, presztízszt, pénzt, hatalmat azzal a biomedicinával arat, amely a rejtett kurrikulumban megjelenő értékeket, attitűdöket implikálja.

Az orvoscépzésben a hallgatókra nehezedő kettős üzenethalmaz ezek szerint jól tükrözi a medicina, a medikális praxissal szembeni ambivalens kulturális attitűdöt.

A kulturális környezet megkerülhetetlen hatását jól mutatja, hogy az orvoscépzés problémáit, – benne a rejtett kurrikulummal – felvető szereplők döntően éppen a megváltozott társadalmi-kulturális környezetben, és annak elvárásaiban látják kritikájuk alapját és kiindulópontját. Hiszen éppen a megváltozó tendenciák teszik egyre feltűnőbbé a rejtett kurrikulum rossz hatását.

Milyen a magyar orvoscépzés rejtett kurrikuluma?

Az olvasóban valószínűleg már az eddigiek során is többször felmerült a kérdés, hogy miért pusztán Amerikáról, vagy tágabb értelemben az angolszász tapasztalatról szólunk, és miért nem esik szó a hazai helyzetről. Erre a legegyszerűbb válasz az lenne, hogy mert nem tudjuk, hogyan működik nálunk a rejtett kurrikulum. Természetesen vannak írások, amelyek a hallgatói szocializáció más aspektusaival foglalkoznak¹⁵, de úgy tűnik fel, hogy tudományos értelemben nem tudjuk pontosan, mit *tanulnak meg* a hallgatók a magyar orvosi fakultásokon. Természetesen zajlottak és zajlanak kurrikulum reformok, amelyek azonban – a dolog természetéből adódóan – a nyílt kurrikulummal foglalkoznak. A rejtett kurrikulum nemcsak azért nem

¹⁴ Három nagy belgyógyász szövetség a *The Lancet*ben tette közé a „Charta az orvosi hivatásról” c. dokumentumát, amely a következő három alapelvet állapítja meg: a páciens jólétének elsődlegessége, a páciens autonómiája, a társadalmi igazságosság, valamint felsorolja a szakmai felelősség fő elemeit, amelyek a következők iránti elkötelezettséget foglalják magukban: kompetencia, őszinteség a pácienssel szemben, bizalom és titoktartás, megfelelő viszony fenntartása a pácienssel, a gyógyítás minőségének javítása, a gyógyításhoz való hozzáférés javítása, a véges források igazságos elosztása, a tudományos tudás, a bizalom fenntartása az érdekkonfliktusok kezelésével, a szakmai felelősség. Mint látható, a fenti elveknek csak a töredéke van közvetlen kapcsolatban a rejtett kurrikulum biomedikális logikájával, és valójában a medicina lelkiismeretét testesítik meg, megfogalmazásuk igénye pedig egyfajta lelkiismeret-furdalás jele (Blanc 2002).

¹⁵ Vö. a teljesség igénye nélkül: pl. Császi Lajos (1984): A laikus idealizmus elvesztése. In: Valóság, 25, 10, 623–630.; Sági Matild (1987): Az orvostanhallgatók foglalkozási szocializációja. In: Szociológia, 4: 491–512.; Popper Péter (szerk.) (1991): A jövő orvosai. SOTE Orvopszichológiai Oktatási Csoport, Budapest (Kézirat), Bagdy Emőke – Mogorósy Csaba (1988): Quo vadis medicus? Pályamotivációk alakulása az orvosegyetemi képzés során. In: *Medicus Universalis*, 1: 5–8.; Pék Győző – Hazag Anikó – Vargáné Bálint Mária – Molnár Péter: Developing Student Communication and Assessing their Progress in the Framework of International Collaboration in the Field of Medical Education. Kézirat; Molnár Regina – Molnár Péter (2002): Az orvosi pályaszocializáció. In: *Lege Artis Medicinae*, 12: 250–254.; Molnár Péter – Csabai Márta – Csórsz Ilona (2003): Orvosi professzionizáció és magatartástudomány. *Magyar Tudomány*, 48. évf., 11. sz.: 1391–1400.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

kerül e reformokkal kapcsolatban szóba, mert hiányos e probléma hazai recepciója, hanem mert a reformok aktív résztvevőinek energiáit bőven lekötik – és olykor fel-emésztik – a mindig hatalmi és presztízs szempontokkal teletűzdelt küzdelmek a nyílt kurrikulum gyakran kevés eredményt hozó korszerűsítéséért. Ráadásul ezek a szükséges, de egyben kínkeservesen végrehajtott változtatások azt az illúziót is magukban foglalják, hogy a nyílt kurrikulum reformjai egyben magának az orvoscézésnek a reformját is magukban foglalják. Pedig az új tudományos ismeretek, új tantárgyakban megnyilvánuló beemelése a képzésbe, vagy a tárgyak közötti óraszámok megváltoztatása, vagy – az utóbbi évek egyik legjelentősebb szemléletbeli fejleménye – a magatartástudományok és az orvosi humaniorák, még ha nem is túl nagy súlyú megjelenése az orvoscézésben – nos, ezen örvendetes fejlemények önmagukban nem tudják döntően befolyásolni a rejtett kurrikulum hatását. Nem is szólva arról, hogy az újtók minden jó szándéka ellenére az adott kontextusban a rejtett kurrikulum „szándékait” erősíthetik. Az új ismeretek mennyiségi szempontú beemelése ugyanis csak a hallgatókra nehezedő prést teszi még nyomasztóbbá, azt a frusztrációt fokozza, amely a rejtett kurrikulum egyik leghatékonyabb eszköze. A magatartástudományok és az orvosi humaniorák vonakodó, „két lépés előre, egy lépés hátra” jellegű bevezetése az orvosi fakultások programjába – minden, a nyílt kurrikulum értékeit segítő mozzanata mellett is – fokozza a hallgatók óra és tananyag terhelését, következésképpen a már többször emlegetett frusztrációt; marginalizált, karantén-szerű helyzetük pedig azt sugallja a hallgatók számára, hogy ezek komolytalan, szakmai szempontból mellékes diszciplínák, következésképpen az általuk képviselt nézőpontok, értékek, normák, megközelítési módok is hasonló szigorúsággal veendőek. A rejtett kurrikulum mentén szerveződő, éppen csak kialakuló új szakmai identitás elemei pedig még agresszív elutasítással is válaszolhatnak az ezeket a nyílt kurrikulum nevében megkérdőjelező diszciplínák törekvéseire.

A magyar helyzettel foglalkozó lehetséges vizsgálat óvatos hipotézisének talán annyi mégis megfogalmazható, hogy nehezen találhatnánk olyan érvet, amely a magyar orvoscézés amerikaiától vagy más nyugati képzésektől radikálisan más tendenciái mellett kardoskodna.¹⁶

De semmilyen vélekedés nem pótolhat egy olyan tudományos vizsgálatot, amely arra az átfogó kérdésre keresi a választ, hogy mi folyik valójában a „két kurrikulum” szempontjából a magyar orvoscézésben. E vizsgálat nélkül ugyanis csak az érdekel és előítéletekkel telített vélekedések sorozatához juthatunk, amely nem lép túl

¹⁶ Erre azért utal pl. Bagdy – Mogyorósy (1988): „...a *normatív* (a kollektív elvárásokban az orvossal szemben megjelenő és lelkiismereti követelményként élő) *imago* kognitív szinten megőrzi a mélyen humanisztikus igényeket, ezzel szemben a jövőre orvos egyre tehetetlenebb, 'eszközteletlenebbnek és teljesítőképtelenebbnek' érzi magát. Ez a *rejtett identitáskonfliktus*, és megoldási képtelensége látszik a legfőbb „táperőnek” abban, hogy a pályakezdők az orvosegyetemi 'szemléletformálás' eredményét *negatív személyiségi hatásként* tükrözik vissza.”



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

„a nekem az a véleményem, és úgy látom” típusú megfogalmazásokon. Ezek természetesen fontos részei lehetnek egy ilyen kutatásnak, de nem meríthetik ki azt. Egy ilyen vizsgálat beindításához elengedhetetlen kiindulópontként megfogalmazható az, hogy a magyar orvostársadalom elemi érdeke, hogy tudja, miként képzí utánpótlását, a képzést fenntartó és finanszírozó államnak pedig polgárai iránti kötelessége, hogy megbizonyosodjon afelől, hogy olyan orvosok hagyják el a fakultásokat, akik megfelelnek a változó orvosszereppel kapcsolatos követelményeknek.

A fent vázolt nyílt és rejtett kurrikulum közötti, a nyílt irányába megszüntetendő diszkrepanciát jól tükrözi annak az embernek a megjegyzése, akiért az egész rendszer működik, a betegé, aki egy orvostanhallgatótól megkérdezte, hogy doktor akar-e lenni vagy gyógyító (*healer*)?¹⁷

Összegzés

A posztmodern medicina már látható és kibontakozó fő jellegzetességei az orvosi „beavatás” kultúrájának megváltozását kényszerítik ki. A fő jellegzetességei mindmind a rejtett kurrikulum tartalmait kérdőjelezzik meg: érték alapú egészségügy, az előnyök helyett a kockázatok hangsúlyozása, a gyógyítási folyamat kiemelése a végeredménnyel szemben, a hivatalos és a kiegészítő gyógymódok integrációja, a kezelés helyett a gyógyításra helyeződik a hangsúly, a tudásbeli autoritás eltolódása az orvostól a páciens felé (Gray 1999). (Mindezek a vonások, amelyeket talán a biomedikális redukcionizmus felszámolása felé mutató folyamatként lehet röviden összefoglalni, olyan orvosképzést implikálnak, amely – szemben az uralkodó rejtett kurrikulummal – nem az oktatás alatti frusztráció és szenvedés cinizmus felkínálta feldolgozása felé mutatnak, hanem egy humanisztikus orvosképzés „kényszerű” létrehozása felé.

Nem véletlen talán, hogy a rejtett kurrikulummal szembeni egyik lehetséges hallgatói attitűdöt „immunitásnak” nevezték el. Ez a metafora arra utal, hogy a szerzők a rejtett kurrikulum uralta képzést éppen orvosi kifejezéssel *betegséggé*nt fogják fel. Ne felejtjük azonban el – a metaforát folytatva –, hogy számos nagy járványos betegséget nem a feltalált vakcináció szorított vissza, hanem olyan kulturális társadalmi változások, amelyek hatását az új vakcina segíthette, de nem indította el, és különösen nem helyettesíthette azokat.

A medicina elemi érdeke, hogy a kurrikulumok közötti uralmi viszony a „lelkiismeretet” megjelenítő nyílt kurrikulum felé tolódjon el. A nemzetközi irodalom tükrözte felismerés az első lépés ebbe az irányba. A kulturális léptékű változások azonban csak imitt-amott predikálhatók, mindig sok olyan mozzanatot tartalmaz-

¹⁷ „Egy veterán megkérdezte, hogy doktor (*doctor*) akarok-e lenni vagy gyógyító (*healer*)” (Greger 1999: 58).



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

nak, amelyek úgyszólván a „semmiből” jönnek, és nem tervezhetők, és különösen nem uralhatók módszertani-technikai értelemben.

Irodalom

- Abramson, J. (2004): *Overdosed America*. Harper Collins publishers, New York
- Ahola, S. (2000): *Hidden Curriculum in Higher Education: something to fear for or comply to?*, Innovation in Higher Education 2000 Conference, Helsinki August 30 – September 2, 2000, <http://ruse.utu.fi/pdfrepo/HCarticle.pdf> (Utolsó letöltés: 2017.07.28.)
- Andrew, L. B. (2017): *Physician Suicide*. <http://emedicine.medscape.com/article/806779-overview> (Utolsó letöltés: 2017.06.12.)
- Bagdy, E. – Mogyorósy, Cs. (1988): *Quo vadis medicus? Pályamotivációk alakulása az orvosegyetemi képzés során*. In: *Medicus Universalis*, 1: 5–8.
- Blanc, L. (2002): *Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter*. In: *The Lancet*, Volume 359, No. 9305: 520–522.
- Cohen, J. J. (2001): *Beszéd a AAMC 112. éves konferenciáján*.
<https://www.aamc.org/newsroom/pressrel/2001/011104a.htm>
http://www.ruralmedicaleducation.org/model/medsch/cohen_encourages.htm
(Utolsó letöltés: 2017.06.14.)
- Coulehan, J. – Williams, P. C. (2001): *Vanquishing Virtue: The Impact of Medical Education*. In: *Academic Medicine*, Vol. 76, No. 6: 598–605.
- Davis-Floyd – Robbie E. (1987): *Obstetric Training as a Rite Of Passage*. In: *Medical Anthropological Quarterly*, Volume 1, Issue 3 September: 288–318.
- Eliade, M. (1994): *Rites and Symbols of Initiation: The Mysteries of Birth and Rebirth*. Spring Publications, US. (Foreword to the New Edition by Michael Meade).
- Flexner, A. (1925): *Medical education: a comparative study*. MacMillan, New York
- Giddens, A. (1991): *Modernity and Self-Identity, Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford University Press, Stanford, California
- Graham, S. B. (1991): *When Babies Die*. In: *Medical Teacher*, 13.: 171–175.
- Gray, J. A. (1999): *Postmodern Medicine*. In: *The Lancet*, 354(9189): 1550–1553.
- Greger, M. (1999): *Heart Failure, Diary of a Third Year Medical Student*, Magánkiadás és <http://upalumni.org/medschool> (Utolsó letöltés: 2017.06.14.)
- Hafferty, F. W. – Franks, R. (1994): *The Hidden Curriculum, Ethics Teaching, and the Structure of Medical Education*. In: *Academic Medicine*, Volume 69, Number 11: 861–871.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

- Hampton, T. (2005): Experts Address Risk of Physician Suicide. In: JAMA, September, Vol. 294, No. 10: 1189–1191.
- Haque, O. S. – Waytz, A. (2012): Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. In: Perspectives on Psychological Science, 7(2): 176–186.
- Helman, C. (2014): An Amazing Murmur of the Heart. Hammersmith Health Books, London
- Hundert, E. M. – Hafferty, F. – Christakis, D. (1996): Characteristics of the Informal Curriculum and Trainees' Ethical Choices. In: Academic Medicine, 71(6): 624–642.
- Jung, C. G. (2002): A pszichoterápia gyakorlata. Scolar Kiadó, Budapest
- Kopelman, L. (1983): Cynicism Among Medical Student. In: JAMA, 250(15): 2006–2010.
- La Fanu, J. (2011): The Rise and Fall of Modern Medicine. Abacus, London
- Mahood, S. C. (2011): Beware the hidden curriculum. In: Canadian Family Physician, Vol 57: 983–985.
- Remen, R. N. (2000): The Doctor's Dilemma, Returning Service, Grace, and Meaning to the Art of Healing. An interview with Peter Washall. In: Whole Earth Magazine, Summer 4., June 22. <http://www.mindfuldoc.mymedfusion.com/index.cfm/fuseaction/site.content/type/70429/> (Utolsó letöltés: 2017. július 28.)
- Rich, L. E. – Simmons, J. – Adams, D. – Thorp, S. – Mink, M. (2008): The Afterbirth of the Clinic: a Foucauldian perspective on „House M.D.” and American medicine in the 21st century. In: Perspectives in Biology and Medicine, Spring, 51(2): 220–37.
- Stempsey, W. E. (1999): The quarantine of philosophy in medical education: Why teaching the humanities may not produce humane physicians. In: Medicine, Health Care and Philosophy: A European Journal. 2(1): 3–9.
- Swick, H. M. – Szenas, P. – Danoff, D. – Whitcomb, N. E. (1999): Teaching Professionalism in Undergraduate Medical Education. In: JAMA, 282(9): 830–832.
- Turner, V. (2002): A rituális folyamat. Osiris Kiadó, Budapest
- Wachter, R. (2015): The Digital Doctor. McGraw-Hill, New York
- Wagner, R. E. – Hexel, M. – Bauer, W.W. – Kropiunigg, U. (1997): Crying in Hospitals. In: The Medical Journal of Australia, 166(1): 13–16.
- Wible, P. (2016): Physician Suicide Letters Answered. Pamela Wible, M.D., Publishing. Kindle Edition



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Az orvosi hivatás és pályaszocializáció megjelenése az orvosi szociológia tankönyvekben

SUSÁNSZKY ÉVA¹ – SZÁNTÓ ZSUZSA²

ABSZTRAKT

Bevezetés: Jelen munkánkban áttekintjük, hogy a hazai orvosképzésben használt magyar és angol nyelvű orvosi szociológia tankönyvek milyen ismereteket közölnek az orvosi hivatásról és hogyan reflektálnak az orvosi praxisban, az orvos társadalmi szerepében és megítélésében bekövetkezett változásokra.

Módszer: Munkánk során egyrészt az elmúlt 25 évben megjelenő magyar nyelvű tankönyvek, másrészt a Semmelweis Egyetemen az angol nyelvű oktatásban használt tankönyvek orvosi hivatással, pályaválasztással kapcsolatos fejezeteit elemeztük.

Eredmények: A magyar nyelvű tankönyvek hivatással kapcsolatos törzsanyaga (hivatástörténet, orvosi szerep- és orvos-beteg kapcsolati modellek, pályaszocializáció) nem változott jelentősen. A hivatás mítosz fenntartása mellett a szerep- és kapcsolati modellekre vonatkozóan számos kritika fogalmazódik meg. Az angolszász tankönyvekből az orvosképzés problematikája fokozatosan kiszorul. A hivatás, a gyógyítás társadalmi szerepét tágabb viszonyrendszerben, az egészségügyi rendszer és a betegellátás fókuszba állításával, a gyógyításban részt vevő segítő hivatásoknak a beemelésével, valamint a betegek/fogyasztók nézőpontjának nagyobb figyelembe vételével tárgyalják.

Összegzés: Az orvosi hivatás társadalmi helyzetének átalakulására mindkét tankönyvcsoport reflektál. De míg az angol nyelvű tankönyvirodalom az egészségügyi rendszer, az egészségügyi ellátás felől közelíti meg a modernizációs folyamatokat, és ennek következtében a hivatás problematikája le is kerül a vizsgálódás horizontjáról, addig a magyar tankönyvek a professzióra fókuszálnak.

KULCSSZAVAK: orvosi szociológia, oktatás, tankönyvek

¹ Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, egyetemi docens.

² Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, egyetemi docens.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

ABSTRACT

Themes of medical profession and professional socialization in medical sociology textbooks

Introduction: The present study examines the information on the medical profession and how the changes occurring in the medical practice, the social role and the evaluation of the physician are reflected in the English and Hungarian language medical sociology textbooks used in Hungary.

Method: We analyzed chapters of Hungarian language medical sociology textbooks of the last 25 years that discuss medical profession and student choices, and textbooks used in English language courses of Semmelweis University.

Results: The corpus of the Hungarian textbooks (history of medical profession, medical role models, models of doctor-patient relationships, medical socialization) stayed relatively unchanged. While preserving the myth of the medical profession, there are criticisms towards the role and relationship models. The theme of the medical education gradually disappears from the English language textbooks. The social positions of the medical profession and health care are discussed in a broader context, focusing on the health care system and health care provision, incorporating the allied professions, and taking aspects of patients/consumers into greater consideration.

Summary: Both textbook types reflect on the changes in the social position of the medical profession. However, the English literature approaches the modernization processes from the angles of the health care system and health care provision, resulting in the diminishing importance of the topic of medical profession while the Hungarian literature focuses on the profession and professional education of physicians.

KEYWORDS: *medical sociology, education, textbooks*

Bevezetés

Az amerikai orvosi egyetemeken a 2. világháború után jelent meg az orvosi szociológia, először kutatások formájában, majd a kutatási eredményeknek az oktatásban való felhasználásának szándékával. Mind a kutatásban, mind az orvosképzésben fontos helyet foglalt el a képzésnek, az orvossá válásnak, illetve az orvosi hivatásnak a vizsgálata és leírása. A Merton és munkatársai által írott „The student physician” (1957) valamint a Becker nevével fémjelzett „Boys in white” (Becker et al. 1961) a terület szociológiai megközelítésének alapkövei és megkerülhetetlen teljesítményei voltak, és a korai orvosi szociológiai tankönyvek ezek segítségével és alapján tárgyalták az orvosi szocializációt. Hasonlóan sarkalatos mű volt Parsonsnak az orvos társadalmi szerepét elemző „The social system” című könyve (Parsons 1951), amely szintén az orvosi szociológiai tankönyvirodalom egyik pillérévé vált. Ezek a művek, illetve nyomukban az orvosi szocializáció és az orvos társadalmi szerepének tárgyalása később a hazai tankönyvekben is fontos szerepet kaptak.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Az orvosi praxisban, az orvos társadalmi szerepében és megítélésében, valamint az orvosképzésben az említett alampűvek keletkezése óta mélyreható változások mentek végbe, amelyekre nyilvánvalóan az orvosi szociológiai képzésben is reflektálni kell. A Parsons által leírt orvostársadalomra az 1980-as évektől kezdve hatást gyakoroltak a betegjogi mozgalmak, az orvosba illetve az orvostudományba vetett bizalom megrendülése, az Internet használatának általánossá válása, az alternatív gyógymódok elterjedése, és ezek nyomában a fogyasztói betegviselkedés. Hasonlóan fontos változásokat eredményezett a bizonyítékokon alapuló orvoslás térhódítása az 1990-es években, amelynek során a standardizált orvosi döntéshozás átformálta az orvosi gyakorlatot, és megváltoztatta az orvosi autonómiát. A 2000-es években a gyógyszergyártóknak a közvetlenül a fogyasztókra irányuló marketing tevékenysége ismét korlátozta az orvos döntési szabadságát és hatást gyakorolt az orvos és a beteg viszonyára (Timmermans – Oh 2010). Fontos társadalmi változások mentek végbe az orvosképzésben is, amennyiben az 1950-es évekre jellemző csaknem kizárólagos fehér, középosztálybeli, férfi hallgatói összetétel mára sokkal változatosabbá vált, amint elsősorban a nők, másodsorban egyéb társadalmi és etnikai csoportok is bebocsátást nyertek az orvosi egyetemre.

Magyarországon az 1970-es évek végén kezdték szervezni az orvosi szociológia oktatását a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen és a Pécsi Orvostudományi Egyetemen. 1981 ősztől SOTE-POTE egyetemközi oktatói műhelyszeminárium indult, amelynek során Buda Béla, Molnár László és Tahin Tamás vezetésével alakították ki a tantárgy tematikáját. Az orvosi szociológia oktatása az 1982/83-as tanévben jelent meg a SOTE kurrikulumban. Ekkor a tananyag alapvetően a társadalom strukturalista felfogását tükrözte, de szerepeltek már benne viselkedéseméleti megközelítések is. Jól mutatja ezt az első egyetemi jegyzet (Molnár – Tahin 1982).

Jelen munkánkban áttekintjük, hogy a hazai orvosképzésben használt magyar orvosi szociológia tankönyvek és azok az angol nyelvű tankönyvek, amelyeket a Semmelweis Egyetem orvosi szociológiai oktatásában alkalmaztunk, milyen ismereteket közölnek az orvosi hivatásról, milyen üzeneteket közvetítenek a hallgatók számára, és hogyan reflektálnak az orvosi praxisban, az orvos társadalmi szerepében és megítélésében bekövetkezett változásokra.

Munkánk során egyrészt az elmúlt 25 évben megjelenő magyar nyelvű tankönyvek, másrészt a Semmelweis Egyetemen az angol nyelvű oktatásban használt tankönyvek orvosi hivatással, pályaválasztással kapcsolatos fejezeteit elemeztük. Összesen 5 magyar nyelvű és 4 angol nyelvű egyetemi jegyzetet, illetve tankönyvet vizsgáltunk. Minden fejezetről, alfejezetről rövid összefoglalót készítettünk. Igyekeztünk meghatározni az adott téma súlyát és szerepét az egész tananyagon belül, bemutatni azt az elméleti keretet, illetve szemléletmódot, amelyben vagy amellyel a szerzők írásaikban az orvosi hivatáshoz, annak változásához viszonyultak.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Az orvosi szocializáció és orvosi hivatás a magyar nyelvű tankönyvekben

Molnár László (szerk.): Orvosi szociológia

Az első tankönyv Molnár László szerkesztésében jelent meg 1989-ben (Molnár 1989). A tankönyv két fejezete foglalkozott kifejezetten az orvosi hivatás témájával, a Buda Béla által jegyzett „Az orvos szerep és az orvosi viselkedés” (Buda 1989: 98–107), valamint Császi Lajos: „Az orvosok professzionalizációja” (Császi 1989: 182–191) című fejezet.

Buda Béla az orvosi foglalkozás történeti fejlődésével indítja írását, amelyben a gyógyító varázslótól a hivatás modern szerepfelfogásáig vezet végig az olvasót. Ezt követően Parsons és Freidson elméletét mutatja be az orvosi szerepről. A parsonsi elmélet, amelyben az orvosi szerepvitel meghatározódik, abból a feltételezésből indul ki, hogy a betegség deviancia, és az orvos feladata, hogy ezt az állapotot megszüntesse. Az orvos-beteg kapcsolat aszimmetrikus, benne az orvos gyakorolja a kontrollt. Buda utal arra, hogy a szerepmodell túl általános, és idézi azokat a kritikákat, amelyek a szakirodalomban ezzel kapcsolatban megjelentek. „Freidson a hivatásjellegét állította vizsgálatának fénykörébe” írja Buda (Buda 1989: 103) és Parsonsszal ellentétben a kontrollt nem külső tényezőnek, hanem a professzionalizáció révén az orvos személyiségéhez tartozónak tekintette. Az orvos szerep jövőjét tekintve a deprofesszionalizáció felé halad, és annak klasszikus elemei csak az orvosi munka kis hányadában maradnak meg. Az orvos szerep személyiségformáló ereje tagadhatatlan, a pálya fokozott stressz-terheléssel jár, amelynek oldása gyakran rizikó vagy akár deviáns magatartások formájában történik. Az szerző a pályaválasztás és a foglalkozási szocializáció kérdéseivel is foglalkozik, mindkét témát az orvosi szerepmodell felől közelítve.

A fejezetet erős kritikai szemlélet hatja át, és számos olyan problémára világít rá, amelyek az írás időszakában még újdonságnak számítottak.

Császi Lajos írása az orvossá válás folyamatának társadalmi beágyazottságát vizsgálja. A fejezetet az orvosi hivatás mítoszával indítja, és a pályaválasztás társadalmi meghatározottságát is ebbe a megvilágításba helyezi; „Az orvosi hivatásnak már a választását is a predesztináltság glóriája övezi, az orvosi egyetemnél pedig egy középkori lovagvár sem lehet rejtelmesebb a kívülállók számára” (Császi 1989: 182). A korai pályaszocializáció bemutatásánál elsősorban egy 1981-es hazai vizsgálat (Bánlaky – Kérészné – Solymosi 1981) adataira támaszkodik, de utalások történnek más, főleg amerikai vizsgálatok eredményeire is (Merton et al. 1957, Buxton 1973, Coombs 1978). A pályaválasztási motivációk három nagy típusát emeli ki: altruista, természettudományos, hedonista, és ezeket a beállítódásokat, értékorientációkat hozza összefüggésbe a pályát választók származási adataival, nemével és a döntés idejével. „A munkás-paraszt származásúaknál az „altruisztikus” orientáció, míg az értelmiségi – de különösen az orvos – származásúak között a „tudományos”



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

orientáció volt a domináns. Nemek szerinti bontásnál a fiúk inkább „hedonista” a lányok inkább „altruista” beállítottságúaknak mutatkoztak” (Császi 1989: 184). Az ún. korai zárók, akik már gyermekkorukban, de legalábbis 14 éves koruk előtt elköteleződtek, inkább a pálya interperszonális, míg a később elköteleződők a pálya intellektuális oldalát hangsúlyozták. A társadalmi egyenlőtlenségek erősen meghatározzák a bejutás esélyeit. A pályára kerülés összefüggést mutat a pálya exkluzív jellegével, azaz nagyon nehéz a kiválasztottak közé bekerülni. A '80-as évek elején a magyar orvostanhallgatók 60-70 százaléka vezető, illetve értelmiségi családokból származott, és az összes hallgató 15 százalékának volt legalább egyik szülője orvos. A szerző kimerítően értekezik a szerepkényszer időszakáról is, arról a másodlagos szocializációs folyamatról, amelyet a professzionalizáció, az orvosi mentalitás kialakítása követeli meg a hallgatóktól.

David Armstrong: Az orvosi szociológia alapjai

David Armstrong könyve hét évig (1995–2002) volt a Semmelweis Egyetemen az orvosi szociológia oktatásának hivatalos tankönyve. A tankönyv negyedik kiadásának magyar fordítását az orvosi szociológia részleg oktatói végezték (Armstrong 1995).

Armstrong szerzői előszavában könyvének fő célját abban jelöli meg, hogy „értelmezési keretet nyújtson az egészség, az egészségügyi ellátás és a társadalom közötti kapcsolat megértéséhez” (Armstrong 1995: 11). A szerző 178 oldalba sűrítve ismereti az orvosi szociológia alapjait. Az orvosi hivatásnak külön fejezetet szentel, amely „Az orvosi hivatás autonómiája” címet viseli (114–126). Már az autonómia kifejezés címben való szerepeltetése sejteti, hogy a hivatás tárgyalása egy olyan aspektusból történik, amely az orvosi hivatás egyik sarokpontja. Az 1950-es évekhez képest, amely a „hivatáscsoportok iránti érdeklődés első korszakát” (Armstrong 1995: 114) jelentette, és amelyben az orvosi hivatást, annak olyan sajátosságai miatt, mint a speciális tudás és a szolgálat eszméje, a hivatások archetípusának tekintették, a hetvenes években a hivatás sajátosságai számos ponton megkérdőjeleződtek. A kritikák szerint a hivatásról alkotott addigi kép, amelynek egyik fő eleme az altruizmus volt, „egyebek között arra is szolgált, hogy biztosítsa a társadalmi sikerességet az ilyen hivatáscsoportok számára” (i. m. 114). A figyelem a szakmai autonómiára összpontosult, kiemelve, hogy „egyfajta túlzott autonómia bizonyos veszélyeket is rejt magában”. (i. m. 114) Az orvosra ruházott hatalom veszélyei részben a páciensekkel szembeni viselkedésben, részben pedig a közpénzek feletti rendelkezésben nyilvánulhatnak meg. Szükség van tehát egy olyan egyensúlyra, amely megtartja az orvosok szakmai-klinikai autonómiáját, de korlátozza az orvosok túlzott forrásfelhasználását. Az egyes alfejezetekben azok a területek (pl. képzés, terápiák, döntések, teljesítmény) kerülnek bemutatásra, ahol szükséges az ellenőrzés, illetve azok



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

az eszközök (pl. finanszírozási módszerek, teljesítménymutatók), amelyekkel a korlátozás megvalósítható.

Hivatásra vonatkozó további információkkal „A betegségmodellek” című fejezet (93–102) 5. alfejezetében találkozik ismét az olvasó. Az orvos-beteg kapcsolat modelljeinek bemutatása során az orvoslási gyakorlat változásait szem előtt tartva rajzolódnak ki az orvosszerepek. A konszenzuson alapuló kapcsolati modellekben (Parsons 1951, Szasz – Hollander 1956) és a konfliktus modellben (Freidson 1970) a biomedikális szemlélet érvényesül, míg az egyezkedési modellek már egy pszichoszociális szemléletet tükröznek, ehhez igazítva az orvosi szerepelvárásokat.

A tankönyv szemléletében inkább páciens, mint orvos központú. A hivatás változásának problematikáját az egészségügyi rendszer felől közelíti meg.

Szántó Zsuzsa – Susánszky Éva (szerk.): Orvosi szociológia

A tankönyv (Szántó, Susánszky 2002, 2006) önálló fejezetben foglalkozik az orvosi hivatással (77–97). A szerző, Sági Matild, 6 részre tagolva tárgyalja a témát. A *társadalmi rend, presztízs, klasszikus hivatásrend* alfejezetben a társadalmi rétegződés weberi modelljébe (Weber 1967) ágyazva mutatja be a klasszikus hivatással kapcsolatos kulcsfogalmakat. Ezután tér át a *modern hivatás*, és az orvosi hivatás jellegzetességeinek bemutatására, történeti fejlődésében írva le annak magyarországi alakulását. A harmadik alfejezet a *pályaszocializáció* típusainak (direkt, indirekt), és szakaszainak (pályaválasztás, pre-klinikai, klinikai tanulmányok, szakosodás) leírását tartalmazza. A pályaválasztással kapcsolatban utal a leendő orvosok rekrutációs sajátosságaira, mint például a származás és a családi hagyományok folytatása (orvos generációk), valamint a pályaválasztási motivációkra, kiemelve a jelentkezők altruisztikus beállítódását, hozzátéve, hogy „Az újabb kutatások azonban már azt mutatják, hogy az úgynevezett sikerértékek, mint a magas társadalmi presztízs vagy a gazdasági lehetőségek, szintén szerepet játszanak a pályaválasztásban” (Sági 2002: 85). Az alfejezet utolsó bekezdésében egy 1999-es orvos vizsgálatra hivatkozva (TÁKI orvosok kutatás) a hivatás zártságát emeli ki, amely nemcsak a foglalkozás átörökítéséből, hanem a párválasztási szokásokból (orvos-orvos házasságok magas aránya) is eredeztethető. Az *orvosi hivatás szekularizációja* című részben a hivatás modernizációs folyamatába kapunk betekintést. A laikus kontroll erősödése, az orvoslás piacosodása, a betegség struktúra változása jelentősen befolyásolta az orvos-beteg kapcsolatot. Az 5. alfejezetben a szerző felvázolja a presztízs, jövedelem, hálapénz dimenzióban az *orvostársadalom helyzetét* a mai, azaz a XX. századvégi társadalomban. Végül a 6. alfejezetben összegzi a *társadalmi folyamatok hatását az orvosképzésre*, ide sorolva a képzés gazdasági hatékonyságának szempontjait, a társadalom elöregedésével járó kihívásokat, a technikai fejlődés következményeként megjelenő betegorientált klinikai megfigyelés háttérbeszorulását, az etikai kérdések, betegjogok és a társadalmi problémák nagyobb súllyal való megjelenését.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A tankönyv 2006-os bővített kiadásában a hivatás fejezet változatlan formában szerepel, mindössze 2 táblázatot, a foglalkozások presztízsére és az orvosok jövedelmére vonatkozó adatokat frissítették.

Pikó Bettina: Orvosi szociológia

A tankönyv (Pikó 2006) 10 részben, 222 oldal terjedelemben tárgyalja az orvosi szociológia legfőbb témáit, és ebből egy fejezetet szán az orvosi hivatás bemutatására (9. rész Az orvosi hivatás szociológiája (189–203). Ezt kiegészítve „A gyógyítás szociológiája” című részben foglalkozik a hivatás szerepelméleti megközelítésével (7.2 fejezet. Betegszerep és orvosszerep).

A hivatás meghatározása a weberi hivatásrend (Weber 1992) alapján történik. A hivatás sajátosságainak bemutatása során a szerző kiemel bizonyos fogalmakat, amelyek a nyomtatott szövegben vastagon szedve jelennek meg. A figyelem így a következő szavakra irányul: exkluzivitás, privilégiumok, konvencionális (életvitel), presztízs, hierarchizáltság, autonómia. Ezek után kerül sor az orvosi hivatás hivatásrendként való azonosítására, „amely a modern társadalomban is biztosítja a hivatásbeli dominanciát” (Pikó 2006: 190).

Az orvosi hivatás jellemzőit Goode (1960) nyomán szedték pontokba, kiemelve a szakmai kontroll gyakorlásának illetve a társadalmi kontroll alóli mentesség területeit, valamint a leendő és gyakorló orvosok társadalmi pozícióját.

A hivatás területén bekövetkező változások taglalásának kulcsszava a szekularizáció, amely jelenti „a hivatás „szent” jellegének eltűnését”, és „tágabb értelemben jelenti az orvoslás presztízsének és az orvostársadalom autonómiájának csökkenését, vagy akár a piaci viszonyok beépülését az egészségügy működési rendjébe” (Pikó 2006: 191). A változás kezdetét a szerző az 1970-es, 80-as évekre teszi, hozzátéve, hogy a folyamatot a lakosság orvoslással kapcsolatos elégedetlensége is fémjelzi. Ennél többet a hivatásrend átalakulásáról, mai állapotáról ebből a fejezetrészből nem tudunk meg.

A következő alfejezetek a pályaválasztás, orvosképzés, pályaszocializáció kérdéseivel és helyzetével foglalkoznak hangsúlyozva, hogy a pályaválasztásban a racionális és érzelmi elemek is jelen vannak, és hogy „az orvosi pályát választókban *egyensúlyban* van a természettudományos érdeklődés és a humán beállítottság” (Pikó 2006: 192). Az egyetemre való bekerülés „exkluzív klub” tagságot jelent, részvételt az elitképzésben. Az orvostársadalom rekrutációja a magas társadalmi csoportokból történik, a hallgatók között magas az orvodinasztiákból származók aránya.

Az orvosi viselkedés elsajátítása, az orvosi attitűdök kialakulása főként a rejtett tanterv kapcsán, leginkább az orvosképzés második, klinikai szakaszában valósul meg, ahol a cinizmus, védekező mechanizmusként jelenik meg. Az idealizált orvoskép éppen ebben a képzési szakaszban törik darabokra, sokszor az együttérzést, az altruista beállítódást nélkülöző szerepminta láttán.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A rítusok és szimbólumok bemutatása, mint például a fehér köpeny, a fonendoszkóp vagy az első bemosakodás a klasszikus hivatásábrázolás köré szerveződik.

Az orvosi szakma viselkedési előírásai az orvos-beteg kapcsolati modellekben különböző módon fogalmazódnak meg. Ezekről a szerep modellekről a 7.2 alfejezetben (Betegszerep és orvosszerep) olvashatunk. Az orvosszerep specifikumai elsődlegesen a parsons-i jogok és kötelességek rendszerében kerülnek bemutatásra, de említésre kerül Freidson konfliktus elmélete is, amely jelzi, hogy a modern társadalmakban az orvosi, szakmai kontrollal szemben megjelenik a betegjogok által támogatott civil kontroll. A Szasz és Hollander által kidolgozott kapcsolati tipológia az aktivitás-passzivitás illetve az együttműködés-irányítás dimenzióban helyezi el a szereplőket, és mutatja be az ezekhez tartozó viselkedési normákat. Feltehetően a hallgatók számára is jól kirajzolódik az a változatos kép, amely az orvosszerep társadalmi átalakulását kíséri.

Molnár Regina (szerk.): Orvosi szociológia (egyetemi jegyzet)

A jegyzet (Molnár 2013) 2, 3, 4, 5. fejezete tartalmaz az orvosi hivatással kapcsolatos ismereteket. A második fejezet az orvosi hivatás jellemzőit és alakulását, a harmadik az orvosi pályaszocializáció sajátosságait és folyamatát, a negyedik az orvos-beteg kapcsolat során megnyilvánuló jellegzetességeket, az ötödik fejezet pedig az orvosszerepből adódó nehézségeket, konfliktusokat és ezek kezelésmódjait mutatja be. Mind a négy felsorolt fejezetben explicit formában jelennek meg az orvosi pályára, hivatásra vonatkozó ismeretek, értékek, attitűdök. A kiemelt fejezetek összterjedelme 23 oldal, ami a jegyzet anyagának közel egyharmadát teszi ki. Véleményünk szerint a szerkesztő ezzel az aránybeli hangsúllyal kívánta érzékeltetni a téma oktatásbeli fontosságát.

A 2. fejezet, amely „Az orvosi hivatás jellemzői” címet viseli (13–19) először a klasszikus hivatások archetípusaként mutatja be az orvosi pályát, pontokba szedve annak jellemzőit, majd sorra veszi azokat a jegyeket, amelyek a deprofesszionizáció folyamára utalnak. A deprofesszionizáció leírható a klasszikus értékek feladásával, az autonómia csökkenésével, a gyógyítás elszemélytelenedésével, a hivatásbeli, erkölcsi értékek erodálásával, valamint az orvosok pszichés terheinek emelkedésével. A szerző hozzáteszi, hogy ezen folyamatok ellenére, melynek során mind az orvosok, mind a betegek elégedetlensége is megjelenik, az orvosi hivatás nem veszítette el magas társadalmi presztízsét. *„Fontos azonban megjegyezni, hogy összességében az orvoslás napjainkban is az egyik legmagasabb presztízsű és legtöbb privilégiummal rendelkező hivatás maradt, annak ellenére, hogy megfogyatkoztak privilégiumai, és csökkent a távolság az orvoslás és más magas presztízsű szakmák között”* (Molnár 2013: 14).



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A változások a pályaválasztás területén is megjelentek, csökkent az orvosi egyetemekre jelentkezők száma, nőtték a bejutási esélyek, megnőtt a szakmai tudás társadalmi hasznosíthatósága, továbbá bővültek a más pályák által biztosított karrierlehetőségek is. A foglalkozás ugyan veszített a klasszikus hivatás értékeiből, de továbbra is rendelkezik olyan előnyökkel, amelyek vonzóak lehetnek a fiatalok számára. Ilyen például a garantált elhelyezkedés, a biztos hazai és/vagy külföldi munkavállalás illetve a hibrid karrier lehetősége.

Az orvoslás alkalmazkodik a társadalmi elvárásokhoz, a fogyasztói igényekre szolgáltatóként válaszol, vállalva ezzel a piaci viszonyoknak való megfelelés követelményeit. A szakma változását tükrözi a biomedikálisról a biopszichoszociális szemlélet felé való elmozdulás valamint a preventív orvoslás nagyobb hangsúlya. A hivatásjelleg elvesztése új előnyökhöz jutatta az orvosokat, nagyobb munkavállalói biztonságot nyújtva számukra („controllable lifestyle”).

A fejezet végén a szerző kitér a pálya gender szempontú értékelésére, melyet egyrészt a presztízs szempontokkal hoz összefüggésbe („egy pálya elnöiesedése mindig valamilyen szintű presztízs-csökkenést jelent” (Molnár 2013: 16), másrészt a foglalkozási szerep, az orvosi habitus jellemzőinek átalakulásával („a férfiak racionálisabbak, jobban előtérbe helyezik a karriert és a pénzkeresetet, míg a nők inkább arra törekszenek, hogy szakmai és családi feladataiknak egyaránt meg tudjanak felelni. ... A nők kevésbé magabiztosak a betegekkel való interakciókban is)” (Molnár 2013: 16).

A fejezet zárásaként csatlakozik a szöveghez egy empirikus vizsgálat rövid bemutatása, amely a hivatásról alkotott hallgatói véleményeket összegzi: „...az orvos-tanhallgatók számára az orvos és a hivatás fogalma egybefonódik a tanulmányaik során, és az orvosra, mint hagyományos altruisztikus gyógyítóra gondolnak.” (Molnár 2013: 17).

Az orvosi pálya a klasszikus hivatás fogalmi keretébe ágyazva jelenik meg. A szerző a nyereség-veszteség dimenziójában vizsgálja a hivatás deprofesszionalizációjának folyamatát. A szöveg nyelvhasználatában a neutrálisnak tekinthető „változás” szó mellett kiemelkedő szerepet kap a „veszteség” kifejezés, amellyel a változás iránya kerül minősítésre.

A fejezet elején megjelenő hivatáskép a fejezet végén a hallgatói értékelésekkel megerősítve üzeni az olvasónak, hogy bár jelentős változások történtek, a klasszikus hivatás értékrendje a veszteségek ellenére tovább él a fiatalok körében.

A 3. fejezet az orvosi pályaszocializációra fókuszál. A pályaszocializáció szerep- (Merton) és habitus- (Bourdieu) elméleti megközelítése mellett a szerző kiemeli a szakmaiság felé irányuló attitűd változásának jelentőségét. Míg a hivatás átalakulásának folyamatában a veszteség-nyereség, addig a pályaszocializáció folyamatában az idealizmus-cinizmus dimenziójára helyezi a hangsúlyt. Főleg ebben az értelmezési keretben vizsgálja a szocializáció egyes szakaszait, melyet végső sorban az jel-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

lemez, hogy a hallgatók „idealizmusukat nem veszítik el, az változó formában, de végigkíséri őket az egyetemen, és közben tudásuk sokkal specializáltabbá, magatartásuk professzionálisabbá válik” (Molnár 2013: 20).

A 4. részben (Az orvos-beteg kapcsolat) T. Parsons 1951-ben megalkotott, paternalizmussal átítatott szerepmo­dellje uralja a fejezetet, részleteiben tárgyalva az ideáltípusban megfogalmazott jogokat és kötelességeket. Ugyan a szerző a modell egyeduralmát a múltba helyezi, és utal arra, hogy ezt a modellt igen sok bírálat érte, mégis az új vagy újabb orvos-beteg kapcsolati modellek bemutatására igen visszafogottan, mindössze két, néhány soros bekezdésben vállalkozik. Így például a szakirodalomból jól ismert konfliktus (Freidson 1970) vagy hatalomelméletek (Losonczy 1989) mentén kirajzolódó kapcsolati modellekben megjelenő orvosi szerepek homályban maradnak a hallgatók számára, mint ahogy a későbbi szerzők nevei is.

Az ötödik fejezeten az orvosi hivatás gyakorlása során megjelenő szerepkonfliktusokkal és azok megoldási lehetőségeivel ismerkedhet meg az olvasó. A konfliktusok négy típusa kerül bemutatásra, amelyből kettő kifejezetten az orvos-beteg kapcsolatban megjelenő problémákból eredeztethető (pl. kommunikációs hibák, a betegek internethasználata), egy az egészségügyi rendszer működéséből, például a szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségeiből adódhat, egy pedig a hivatásbéli és családi szerepek egyensúlyi problémáiból. A konfliktusok megoldási lehetőségeinek széles skálája kerül bemutatásra, amely a megelőzéstől (képzés alatti felkészítés, tudatos karrier- és családtervezés) a pályaelhagyásig terjed. Az olvasó számára feltűnik, hogy a hivatás-család szerepkonfliktus problémája, illetve annak kezelése csak az orvosnők illetve hallgatónők vonatkozásában jelenik meg. Ez a tárgyalásmód azt sugallja, hogy ezek a hivatással járó konfliktusok csak a nőket érintik.

Összefoglalva, az elmúlt 25 évben megjelent magyar nyelvű orvosi szociológia tankönyvek hivatással kapcsolatos törzsanyaga nem változott jelentősen. Természetesen a témával kapcsolatos újabb empirikus vizsgálatok eredményei, különös tekintettel a hazai kutatásokra, beépültek a tananyagba. Szinte valamennyi tankönyv foglalkozik hivatástörténettel, bemutat orvosi szerep- és orvos-beteg kapcsolati modelleket, valamint kitér a pályaszocializáció sajátosságaira. Ami eltér, véleményünk szerint, az a szemlélet vagy kritikai megközelítés, ahogy az egyes szerzők a hivatás változását, annak folyamatát és sarkalatos pontjait leírják, illetve értelmezik. Összességében elmondhatjuk, hogy míg a szerep- és kapcsolati modellekre vonatkozóan számos kritika fogalmazódik meg, addig a hivatásmítosz rendíthetetlen ólomkatonaként állni látszik a változások viharában. Mintha az orvosszerep jövője és a hivatás jövője eltérő pályákon futna. Ez a kettősség már az elsőnek bemutatott, 1989-es kiadású tankönyvben (szerk. Molnár László) megjelenik. Ebben Buda idézi azokat a kritikákat, amelyek Parsons szerepmo­delljére vonatkoznak, és arról ír, hogy az orvosszerep klasszikus elemei a jövőben az orvosi munka viszonylag kis részében



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

fognak csak fennmaradni, azaz megindul egy deprofesszionalizációs folyamat. Ugyanakkor Császi az orvosi hivatás mítoszáról beszél és a pályaválasztást, a pályaszocializációt ebben a szemléleti keretben értelmezi. Pikónál (Pikó 2006) a fenti jelenség implicit formában jelenik meg; a hivatás sajátosságai (exkluzivitás, privilégiumok, konvencionális életvitel, presztízs, hierarchizáltság, autonómia) vastagon szedve kiemelkednek a szövegből, sugallva a hallgatónak a hivatás rendíthetetlenségét, miközben a hivatás szent jellegének eltűnéséről beszél. Sági (szerk. Szántó, Susánszky 2002, 2006) a hivatás modernizációs folyamatát helyezi előtérbe, kiemelve az orvoslás piacosodását, valamint a laikus kontrollnak a betegségstruktúra 20. századi változásával együtt járó erősödését. A hivatásmítosz fenntartása ebben a fejezetben érezhető a legkevésbé. A legfrissebb (2013), Molnár Regina által szerkesztett tankönyvben Molnár részletesen bemutatja a hivatás deprofesszionalizációs folyamatát, majd, miután sorra veszi a „vesztéseket” (autonómia csökkenése, személyesség elvesztése, stb.) megjegyzi, hogy az orvosi hivatás nem vesztette el magas társadalmi presztízsét, rendelkezik olyan előnyökkel, amelyek vonzóak lehetnek a fiatalok számára, sőt, a hivatásjelleg elvesztése új előnyökhöz jutatta az orvosokat. Mintha azt üzenné a leendő orvosoknak, hogy fel a fejjel, lehet, hogy az orvoslás már nem felel meg a klasszikus hivatás eszméjének illetve a hallgatók idealizált elképzeléseinek, de sikerértékei még mindig magasak a társadalomban.

Az orvosi szocializáció és orvosi hivatás az angol nyelvű tankönyvekben

Az alábbi angol tankönyvek elemzésekor is azt vizsgáltuk meg, hogy a Semmelweis Egyetem angol tannyelvű orvosi szociológia oktatásában alkalmazott könyvek az 1950-es évektől napjainkig végbemenő mélyreható változások fényében hogyan tárgyalják – illetve tárgyalják-e egyáltalán – az orvosi szocializáció kérdését, illetve az orvossá válás folyamatát és az orvos társadalmi szerepét.

Alan Petersen, Charles Waddel (eds): Health matters – A sociology of illness, prevention and care

A 2000-es évek elején az angol nyelvű oktatás az 1998-ban kiadott Health matters – A sociology of illness, prevention and care (Petersen – Waddell 1998) című tankönyvön alapult. A tankönyv címe szójáték, egyszerre jelenti az „egészséggel kapcsolatos ügyeket”, és „az egészség fontosságát”. Valamennyi fejezetcímen végigvonul ugyanez a szójáték. Az orvosi hivatással foglalkozó vagy azt érintő alfejezeteket a „Care matters” (185–299) című fejezetben találjuk. Bár az egyes fejezeteket más-más szerzők jegyzik, az orvos társadalmi szerepét tárgyaló három alfejezet egymásra épülő érvrendszer és logika mentén járja körül az orvosi hivatásban végbemenő változásokat. A fejezetet indító tanulmány, a *Medicine and health care in popular me-*



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

dia (Lupton 1998: 194–207) szokatlan megközelítéssel, a populáris média – sajtóhírek és televíziós sorozatok – tükrében elemzi az orvosi hivatás jellegzetességeit. Az egészségügyi ellátás, az egészségügyi intézmények, és az orvosok médiaábrázolásán keresztül ad képet a laikus társadalomnak az egészségügyi ellátással illetve azok szereplőivel kapcsolatos percepcióiról, elvárásairól, a területet övező misztikumról és az illúziók elvesztésének állomásairól. A szerző Deborah Lupton felfogásában a média nem pusztán egy ábrázolásmód, a gyógyítás világának laikus leképeződése, hanem egyrészt a laikus felfogás és értékrend befolyásolásának eszköze, másrészt visszajelzés az egészségügy szereplőinek számára. Megállapítja, hogy az orvos populáris ábrázolása széles skálán mozog a hősiestől a vétkesig, mindazonáltal szilárdan tartja meghatározó szerepét az egészséggel kapcsolatos diskurzusokban, és ezt sem az egészségügyi ellátásban érdekelt más foglalkozások, sem a laikus közvélemény nem akarja, és nem is tudja megrendíteni. Ezt a felfogást támasztja alá a fejezet második, az orvosi tekintély és a bizalom kérdéseit boncolgató tanulmánya is (Daniel 1998: 208–222). A bizalom minden szakértő-kliens kapcsolat létrejöttének illetve fennmaradásának nélkülözhetetlen feltétele; kitüntetetten igaz ez az orvos-beteg kapcsolatra. Az orvosi gyógyító tevékenység alapfeltétele, hogy a közvélemény higgyen az orvos kompetenciájában, szakmai tudásában és abban, hogy fontosnak tartja a betegek érdekeit. Ebben van szerepe az orvosképzés intézményeinek, az orvostudományi kutatásnak, valamint az orvosi és kutatói tevékenység etikai kontrolljának. Ha időnként meg is rendül a bizalom egyes orvosok vagy egyes eljárások iránt, az orvostársadalom érdeke, hogy az orvosi hivatás és az orvostudomány iránti bizalmat megőrizze, és mindezidáig meg is őrizte. A fejezet harmadik tanulmánya (Gillian Hatt: *Uncertainty in medical decision-making*, 223–239) az orvosi kompetencia problémakörét járja körül, ezúttal elsősorban nem a közvélemény, hanem az orvosok, orvostanhallgatók nézőpontjából. A bizonytalanság problematikájának tárgyalása az orvosi szociológiában már igen korán, a jelen tanulmány bevezetőjében említett alapműben, a „*The student physician*”-ban megjelent (Fox 1957). A tanulmány megállapítja, hogy a medikusok nem csak a biztos tudást és annak alkalmazását sajátítják el az orvosegyetemen, hanem azoknak a helyzeteknek a kezelését is, amikor bizonytalanok. Ez a készség elengedhetetlen ahhoz, hogy a betegek a hivatás kompetens tagjaként tekintsenek a medikusra és a pályakezdő orvosra.

Összefoglalva elmondható, hogy a „*Health matters*” című tankönyvben az orvos társadalmi reprezentációja és szerepe, valamint az arra felkészítő szakmai szocializáció fontos helyet kap, bár nem a hagyományos leíró megközelítésben jelenik meg, hanem a társadalmi pozíció egyes összetevőinek – laikus orvoskép, bizalom, bizonytalanság – analitikus bemutatása révén. A történetiség, mint elemzési szempont mindhárom tanulmányon végigvonul. Az orvossorozatokban az 1960-as évek heroikus és a betegeknek teljesen elkötelezett orvosait az 1990-es évek végére felváltotta a technicizált körülmények között dolgozó, túlhajsolt, nem ritkán bizonytalan, sőt



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

hibákat elkövető, személyes életproblémákkal is küszködő orvos. Az orvosok iránti társadalmi bizalom csökkent, amiben egyaránt szerepet játszott a betegek orvosi csodák iránti megalapozatlan elvárása, a média-reprezentáció és a valóság ütközése, valamint magának az orvostudománynak a fejlődése, amelynek eredményeként korábbi biztos tudások váltak elavulttá. Ugyanakkor mindhárom tanulmánynak az a végkicsengése, hogy e folyamatok ellenére az orvos még mindig a gyógyítás domináns szereplője, csak éppen társadalmi pozíciójának laikus megítélése vált realizistikusabbá.

Graham Scambler: Sociology as applied to medicine

A Scambler által szerkesztett tankönyv (Scambler 2008) szerkezetében és szemléletmódjában egyaránt igen közel áll a SE Magatartástudományi Intézet munkatársai által szerkesztett tankönyvekhez. A tankönyv első kiadása 1997-ben látott napvilágot; az angol tannyelvű oktatásban általunk jelenleg használt kiadás a hatodik. A tankönyvben fontos helyet foglal el az orvosi szocializáció és az orvos társadalmi szerepe, a teljes 4. fejezetet ennek a kérdéskörnek szentelték. A fejezet – „*The doctor-patient relationship*” (55–70) – a tankönyv második részében kapott helyet, amelyet az orvosi gyakorlat társadalmi tényezőinek szenteltek. Szerzője, Myfanwy Morgan, az orvos és a beteg közötti viszony történeti változásainak bemutatásával indítja a vizsgálódást. Jewson korszakos cikke alapján (Jewson 1976) tárgyalja azt a folyamatot, amelyben a 18. századi európai orvoslásban a betegségfelfogás és az orvosi tudás forrásainak változásai következtében a betegágy melletti, a beteg beszámolóján alapuló orvosi gyakorlatot a 19. század végére felváltja a kórházi gyógyítás. A folyamat során a beteg közléseiről a hangsúly folyamatosan áttevődött az objektív diagnosztikai eljárásokból nyert információkra, és az orvosi tevékenység egyik fő célja a betegség megfelelő kategóriába való besorolása, a diagnosztizálás lett. Ennek a változásnak egyik folyamánya, hogy az orvosi siker mércéje nem a beteg elégedettsége, hanem az orvoskollégák elismerése. Az orvostudomány és az orvosi praxis fejlődésének harmadik fázisa a laboratóriumi orvoslás, amely a betegségfolyamatoknak az objektív laboratóriumi leletekkel történő azonosítását helyezte az orvosi tevékenység középpontjába, még inkább eltávolodva a beteg személyes tapasztalataitól. Ez a fejlődési szakasz együtt járt az orvosi hivatás egyre fokozódó specializációjával, valamint az eljárásokra és indikátorokra vonatkozó orvosi konszenzus kialakulásával és az ehhez való igazodás követelményével. A Jewson cikkének megjelenése utáni évtizedben az orvosi gyakorlatnak egy újabb típusa jelent meg, amit a szakirodalom beteg-központú gyógyításként, illetve a bio-pszicho-szociológiai nézőpont térnyeréseként ír le. Ennek a folyamatnak a hátterében a betegségmintázatok megváltozása, a krónikus betegségek uralkodóvá válása áll, mivel ezekben a körkékben az orvosi tevékenység jelentős része a beteg állapotának monitorozása, tüneteinek enyhítése, életmódjának menedzselése lesz. Ez megköveteli, hogy az orvos



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

a betegségfolyamatok objektív mérése mellett a beteg személyes-szubjektív tapasztalataira is támaszkodjon, mind a diagnózis felállításában, mind a kezeléssel kapcsolatos döntési folyamatokban. Az orvosi praxisban így ismét hangsúlyt kap a beteggel való kommunikáció képessége, a megfelelő orvos-beteg kapcsolat kialakítása. Ugyanakkor éppen ez az az időszak, amikor a bizonyítékokon alapuló gyógyítás teret nyer a gyógyítási folyamatokban. A személytelen, randomizált klinikai kísérletekkel igazolt irányelvek és protokollok követése voltaképpen a beteg-központú gyógyítás ellenpontja; így az orvosi praxisba beépül az eltérő szempontok konfliktusa, amelynek megoldása az orvos személyiségén, habitusán, empátiáján múlik.

Ez a történeti vázlat szolgál az orvos és a beteg társadalmi szerepváltozásainak hátteréül. A fejezet a továbbiakban ismerteti Parsons beteg- és orvosszerep modelljeit, majd a szerepmodellek korlátait, időbeli változásait és továbbfejlesztett változatait. Rámutat, hogy az orvos-beteg viszonyt alapvetően határozzák meg az orvosok és a betegek percepciói, valamint az egészségügyi ellátás strukturális sajátosságai is, pl. a finanszírozás módja, az egyéb segítő foglalkozásúak szerepe, vagy az információszerzés bővülő forrásai.

A 6. fejezet, a „Living with chronic illness” (Locker 2008: 83–98.) rövid alapfejezetben tárgyalja azokat a nehézségeket, amelyekkel az idült betegeket kezelő orvos szembesül. Rámutat annak fontosságára, hogy a kezelőorvos tudatában legyen a krónikus betegekre és családjára nehezedő betegségtehernek, és ezzel összefüggésben az orvos empátiás készségeinek és kommunikációs képességeinek jelentőségére.

Végül a 12. fejezet, amely a betegség definiálásának társadalmi körülményeivel foglalkozik (Higgs: „The limits and boundaries to medical knowledge”, 193–204.) az orvosi tevékenységnek a mindennapi életre gyakorolt hatását, a medikalizáció folyamatát, és a társadalom orvosfüggővé válását elemzi, hangsúlyozva az orvos felelősségét ezekben a folyamatokban.

A „Sociology as applied to medicine” tehát jelentős mértékben épít Parsons munkásságára, és nagy hangsúlyt helyez az orvosszerep történelmi alakváltozásaira és társadalmi jelentőségére. A tankönyv elsősorban a betegség, a gyógyítás, és a gyógyító társadalmi beágyazottságát járja körül. Fő célkitűzése vélhetően az, hogy a leendő orvos számára megmagyarázza azt a társadalmi környezetet, amelyben tevékenykedni fog, illetve amelyben leendő betegei élnek; az orvosi szocializációt, a hallgatók számára ismerős egyetemi világban zajló folyamatokat nem tekinti ezen ismeretlen univerzum részének, ezért magával az orvosképzéssel nem foglalkozik.

Hannah Bradby: Medical sociology: an introduction

Bradby tankönyve, az egy évvel a fenti tankönyv után íródott „Medical sociology: an introduction” (Bradby 2009) szintén történeti megközelítést alkalmaz, amikor a „Medical transformations” c. fejezetben (34–35) felrajzolja a 20. század elejének egyedül dolgozó, minden segédeszközét orvosi táskájában magával cipelő családor-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

vosától a modern, specializálódott kórházi szakorvosig vezető ívet. Véleménye szerint a specializáció jelen fokán megkérdőjeleződik, hogy az orvostudomány felfogható-e még egyetlen, egységes szakmaként.

A tankönyv 2. fejezete (Defining the doctor's remit, 37–50) foglalkozik az orvosi hivatással. Jellemző módon nem önmagában, hanem más gyógyító foglalkozásokkal való összehasonlításban tárgyalja az orvosi hivatást, és a hivatás dominanciájának forrásaként a diagnózis-alkotásnak (azaz a legitim és illegitim betegség megkülönböztetésének) jogát, a bizonyítékokkal alátámasztott gyógyítási hatékonyságot, a halál beálltának megállapítását (illetve az ahhoz való hozzásegítést pl. az eutanázia vagy az abortusz formájában) jelöli meg. Ezek a tevékenységek az orvosi hivatás kizárólagos fennhatósága alatt állnak; maga a gyógyítási tevékenység azonban plurálisabb mezőben zajlik, ahol orvosi gyakorlat mellett más gyógyító tevékenységek, elsősorban az öngyógyítás és az alternatív medicina is szerephez jutnak. Számos orvosi szakmának ugyanakkor többé már nem immanens része az orvosi dominanciát eredményező diagnosztika vagy maga a gyógyítás (pl. vannak kizárólag diagnosztikával foglalkozó, vagy diagnosztikát nem végző orvosi szakmák); így az orvosi hivatáshoz való tartozás definíciója már nem a munka tartalma, hanem a diploma és a tevékenység végzését szabályozó, az állam által szavatolt jogositvány.

A könyv 9. fejezete, a tankönyvekben hagyományosan szereplő „Orvos-beteg kapcsolat” (The doctor-patient relationships, 145–160) is újszerű megközelítést alkalmaz Parsonshoz képest: középpontjában az orvosi és a laikus nézőpontok, elvárások ütköztetése áll, és az orvos és a beteg interakcióját a köztük levő társadalmi egyenlőtlenség szempontjából elemzi.

A 11. fejezet (Challenges to medicine, 176–181) az orvosi hivatás átalakulását írja le. Az orvostudomány egyes területeken elért vitathatatlan sikerei megnövelték a betegek elvárásait, amelyeknek az orvosi gyakorlat sok esetben nem tud megfelelni. Erre a kudarcra már az egyetemi képzés során fel kell készülni. Erre szolgál az orvostanhallgatókkal szembeni követelmény, hogy szabaduljanak meg a betegségekre vonatkozó intuitív és értelmezési készségeiktől, és helyettesítsék ezeket tudományosan mérhető, megismételhető, az emberi életet és egészséget paraméterekben kifejező eljárásokkal. Az orvosválasztásban később nagy szerepe lesz a tapasztalt orvosok melletti tanulásnak, a betegekkel való foglalkozás megfigyelésének illetve az abban való irányított, felügyelt részvételnek. Azonban pl. az Egyesült Királyság munkaidőre vonatkozó törvényei éppen ezt a tanulási folyamatot korlátozzák, aminek eredményeként a hallgatók elsősorban a személytelenebb, technológiavezérelt gyógyítási gyakorlatra készülnek fel.

Jonathan Gabe, Lee F. Monaghan: Key concepts in medical sociology

Az orvosi szociológia központi témáit ötven rövid fejezetben bemutató tankönyv (Gabe – Monaghan 2013) a többi általunk használt tankönyvtől eltérően az orvosi



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

hivatást illetve az orvosképzést alig tárgyalja, nem tekinti olyan részterületnek, amely a kutatás és az elemzés homlokterében állna. A tankönyv a beteg-szerep tárgyalásakor kritikailag ismerteti Parsons modelljét, de az orvosokkal szembeni elvárásokat, illetve az orvosi hivatás jogosítványait csak ennek mellékszálaként említi (Pilnick, *The sick-role*: 90–95). Az egészségügyi intézményrendszer társadalmi struktúráját bemutató fejezet (Theodosius, *Social divisions of the formal health care*: 164–169) megemlíti, hogy az orvostársadalmat nemi, etnikai, és osztály-alapú különbségek jellemzik, és bár a különbségek történelmi léptékben csökkennek, a hivatáskultúrát (értékrendet, meggyőződéseket, attitűdöket, szokásokat és viselkedésmódokat) közvetítő képzési intézmények révén még mindig jelentősek. Az orvosképzés továbbá a többi egészségügyi foglalkozás feletti dominancia fő forrása is, például az orvosok posztgraduális továbbképzésének olyan anyagi és munkaidő-kedvezményekben megnyilvánuló támogatásával, amilyenre az ápolói és egyéb segítő foglalkozások nem számíthatnak.

Az orvosi hivatás illetve az orvosi pályaszocializáció tematikájának ebben a tankönyvben megfigyelhető háttérbe szorulása, illetve mellőzése tulajdonképpen betetőzése annak a folyamatnak, amelynek során a szűken vett orvosképzés problematikája fokozatosan háttérbe szorul az angolszász tankönyvekben, és mind az orvosokat, mind a gyógyítás társadalmi szerepét tágabb viszonyrendszerben, az egészségügyi rendszer és a betegellátás fókuszba állításával, valamint a betegek/fogyasztók nézőpontjának nagyobb figyelembe vételével tárgyalják. Ugyanakkor figyelemre méltó, hogy Talcott Parsons több, mint hatvan éves modelljeit, amelyekkel a beteg és az orvos társadalmi szerepét írta le, az őket ért számos bírálat ellenére valamennyi tankönyv kiindulópontként használja. Mindez együttesen utal az orvosi hivatás átértékelődésére, társadalomeletti, kivételezett helyzetének átalakulására, a társadalom egyéb intézményeihez való igazodásának elvárására.

Összefoglalva megállapítható, hogy a szűken vett orvosképzés problematikája fokozatosan kiszorult az általunk alkalmazott angolszász tankönyvekből, és mind az orvosokat, mind a gyógyítás társadalmi szerepét tágabb viszonyrendszerben, az egészségügyi rendszer és a betegellátás fókuszba állításával, a gyógyításban részt vevő segítő hivatásoknak a beemelésével, valamint a betegek/fogyasztók nézőpontjának nagyobb figyelembe vételével tárgyalják. Feltételezhetjük, hogy mindez a társadalomban és az egészségügyben végbemenő mélyreható változások tükröződése a tankönyvirodalomban. Ezek közül a legfontosabbak a betegségstruktúra átalakulása, magatartási tényezők szerepének felszínre kerülése betegségek kialakulásában, a prevencióban és a betegség-menedzsmentben, a születéskor várható élettartam megnövekedése, az egészségügyi költségek elszabadulása, az egészségügyi ellátással kapcsolatos kritikák egyre szélesebb körű kifejeződése. Ezek a változások meg-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

követelik, hogy a leendő orvosok társadalomfelfogásába, ennél fogva társadalomismereti tankönyveibe is új témák kerüljenek be, akár korábbi témák rovására is, ugyanakkor megőrizve olyan klasszikus elméleteket, mint például a parsonsi szerepmodellek. Mindez együttesen utal az orvosi hivatás átértékelődésére, társadalomfeletti, kivételezett helyzetének átalakulására, a társadalom egyéb intézményeihez való igazodásának elvárására.

Összegzés

Magyar és angol nyelvű orvosi szociológia tankönyvek tematikus elemzése során azt tapasztaljuk, hogy az orvosi hivatás társadalmi helyzetének átalakulására mindkét tankönyv csoport reflektál. De míg az itt ismertetett angol nyelvű tankönyvirodalom az egészségügyi rendszer, az egészségügyi ellátás felől közelíti meg modernizációs folyamatokat, és ennek következtében a hivatás problematikája lényegében le is kerül a vizsgálódás horizontjáról, addig a magyar tankönyvek a professzióra fókuszálnak. A változásokat a veszteség-nyereség dimenziójában tárgyalják, ügyelve arra, hogy a hallgatók számára a pályáról alkotott vonzó képet fenntartsák. Ebben nagy szerepe lehet az eltérő kulturális hagyományoknak, a társadalmi struktúra sajátosságainak és az értékpreferenciáknak, és a szerzők eredeti foglalkozásának. Az orvoslás és a hivatás társadalmi helyzete a tankönyvekben is leképeződik, és ezáltal hozzájárul a hallgatók szemléletének formálásához és a hivatással kapcsolatos beállítódások hagyományozásához.

Irodalom

- Armstrong, D. (1994): *Outline of sociology as applied of medicine*. Butterworth-Heinemann, London. 158.
- Bánlaki, P. – Kérész, Gy.-né – Solymosi, Zs. (1981): *Orvosok Magyarországon*. Akadémiai Kiadó, Budapest
- Becker, H. S. et al (1961): *Boys in white: student culture in medical school*. The University of Chicago Press, Chicago
- Bradby, H. (2009): *Medical sociology: an introduction*. Sage, London
- Buda, B. (1989): Az orvosszerep és az orvosi viselkedés. In: Molnár László (szerk.): *Orvosi szociológia*. Medicina, Budapest: 98–107.
- Buxton, J. (1973): *Religion and health in Madari*. Oxford University Press, Oxford
- Coombs, R. H (1978): *Mastering medicine*. Free Press, New York
- Császi, L. (1989): Az orvosok professzionalizációja. In: Molnár László (szerk.): *Orvosi szociológia*. Medicina, Budapest: 182–191.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

- Daniel, A.: Trust and medical authority. In: Peteresen – Waddell (eds.): Health matters – a sociology of illness, prevention and care. Open University Press, Buckingham: 208–222.
- Fox, R. (1957): (Training for uncertainty). In: Merton, R. K. et al. (eds): The student physician. Harvard University Press, Cambridge, Mass: 207–242.
- Freidson, E. (1970): Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge. Dodd, Mead & Company, New York: 409.
- Gabe, J. – Monaghan L. F. (eds.) (2013): Key concepts in medical sociology. Sage, London. 230.
- Goode, W. J. (1960): Encroachment, charlatanizm, and the emerging profession. In: American Sociological Review, 25: 157–165.
- Hatt, G.: (1998): Uncertainty in medical decision-making. In: Alan Petersen, Charles Waddell (eds): Health matters – A sociology of illness, prevention and care. Open University Press, Buckingham: 223–239.
- Higgs, P.: (2008): The limits and boundaries to medical knowledge. In: Scambler, G. (ed.): Sociology as applied to medicine. Saunders/Elsevier, Edinburgh: 193–204.
- Jewson, N. D. (1976): The disappearance of the sick-man from the medical cosmology, 1770-1870. In: Sociology 10(2): 225–244.
- Locker, D. (2008): Living with chronic illness. In: Scambler, G. (ed): Sociology as applied to medicine Saunders/Elsevier, Edinburgh: 83–98.
- Losonczy, Á. (1989): Ártó-védő társadalom: Ahogy a társadalom betegít és gyógyít... Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest
- Lupton, D. (1998): Medicine and health care in popular media. In: Peteresen – Waddell (eds.): Health matters – a sociology of illness, prevention and care. Open University Press, Buckingham: 194–207.
- Merton, R. K. – Reader, G. G. – Kendall, P. (eds.) (1957): The Student-Physician. Introductory Studies in the Sociology of Medical Education. Harvard University Press, Cambridge, Mass
- Molnár, L. – Tahin, T. (szerk.) (1982): Bevezetés az orvosi szociológiába. Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest
- Molnár, L. (szerk.) (1989): Orvosi szociológia. Medicina, Budapest
- Molnár, R. (szerk.) (2013): Orvosi szociológia. egyetemi jegyzet. Budapest, Medicina Könyvkiadó: 71.
- Morgan, M. (2008): The doctor-patient relationship. In: Scambler, G. (ed): Sociology as applied to medicine. Saunders/Elsevier, Edinburgh: 55–70.
- Parsons, T. (1951): The Social System. The Free Press, New York



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

- Peteresen, A. – Waddell, C. (eds.) (1998): Health matters – a sociology of illness, prevention and care. Open University Press, Buckingham. 370.
- Pikó, B. (2006): Orvosi szociológia. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt. (p. 222)
- Pilnick, A. (2013): The sick role. In: Gabe, J. – Monaghan, L. F. (eds.): Key concepts in medical sociology. Sage, London: 90–95.
- Sági, M. (2002): Az orvosi hivatás. In: Szántó, Zs. – Susánszky, É. (szerk.): Orvosi szociológia. Semmelweis Kiadó, Budapest: 77–98.
- Scambler, G. (2008): Sociology as applied to medicine. Saunders/Elsevier, Edinburgh 348.
- Szántó, Zs. – Susánszky É. (szerk.) (2002): Orvosi szociológia. Semmelweis Kiadó, Budapest
- Szántó Zs. – Susánszky É. (szerk.) (2006): Orvosi szociológia. Semmelweis Kiadó, Budapest
- Szasz, T. S. – Hollander, M. H. (1956): A contribution to the philosophy of medicine. In: Archives of Internal Medicine, 97: 585–592.
- Theodosius, K. (2013): Social divisions of the formal health care. In: Gabe, J. – Monaghan, L. F. (eds.): Key concepts in medical sociology. Sage, London: 164–169.
- Timmermans, S. – Oh, H. (2010): The Continued Social Transformation of the Medical Profession. In: Journal of Health and Social Behavior, 51(S): 94–106.
- Weber, M. (1967): Gazdaság és társadalom. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest
- Weber, M. (1992): Gazdaság és társadalom – A megértő szociológia alapvonalai. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Az engeli biopszichoszociális modell

Tudományelméleti alappozícióból levezetett
orvosi szereptartalom

KŐMÜVES SÁNDOR¹

ABSZTRAKT

Jelen tanulmány első lépésként azt a tudományelméleti kontextust kívánja rekonstruálni, melynek háttére előtt Engel kidolgozza a biopszichoszociális modelljét. Ezt követően a biopszichoszociális modell ismertetésére kerül sor. Harmadik lépésként kifejtjük, hogy az engeli modellből milyen konkrét orvosi szereptartalom vezethető le. Végezetül néhány észrevételt teszünk, mely észrevételekkel adott szempontok szerint értelmező kontextusba helyezjük az engeli paradigmát.

KULCSSZAVAK: George Engel, biomedikális modell, biopszichoszociális modell, tudományelmélet, tudományos érvelés, szereptartalom, orvostudós, tudó orvos, rendszerelmélet

ABSTRACT

The Engelian biopsychosocial model

The content of the role of the physician grounded on a theory of science

The first part of this work is an attempt to reconstruct the context of theory of science in relation to which Engel works out his biopsychosocial model. Then, an explanation of the biopsychosocial model is given. The third part explores the role content that can be derived from the Engelian model. Finally, some remarks are made, by which the Engelian paradigm is placed – in some respects – in explanatory context.

KEYWORDS: George Engel, biomedical model, biopsychosocial model, theory of science, scientific reasoning, role theory, physician scientist, scientific physician, systems theory

¹ Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet, egyetemi tanársegéd



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

„Azt, hogy az orvosok miként közelítenek a betegekhez és az előttük álló kérdésekhez, alapvetően az a fogalmi modell határozza meg, mely köré tudásuk és tapasztalatuk szerveződik.”

(Engel 1981: 101.)

Bevezetés

George Engel munkásságának recepciója rendkívül gazdag. Tanulmányunk Engel gondolatainak egy olyan szempontból elvégzett vizsgálatát tűzte ki célul, amely szempont még nem vezetett végig egy teljes elemző munkát: ez az *orvosi professzionizáció*. A dolgozat első részében a választott perspektívából ismertetjük Engel gondolatait szisztematikus módon, hangsúlyt helyezve ugyanakkor annak a gondolati háttérnek a megvilágítására (néhány elem erejéig), melyből Engel merít gondolatainak megformálása során.

Joggal kérdezheti az olvasó, hogy mi indokolhatja az orvosi szereptartalom engeli paradigmából történő értelmezésének ismertetését, mi adja a téma aktualitását? Egyfelől ma már aligha találunk olyan magyar nyelvű orvosi szociológiai, egészség-szociológiai tankönyvet, vagy magatartástudományokba való bevezetést, amely ne tartalmazná az engeli biopszichoszociális modell, vagy általában a biopszichoszociális modell, vagy szemlélet – és emellett rendszerint a biomedikális (biológiai-medicinális) modell – rövidebb-hosszabb összefoglaló ismertetését, minimum említését (pl. Buda – Kopp 2001: 11, Pikó 2002: 14–15, Pikó 2006: 16–17, Szántó – Susánszky 2006: 10, Vingender 2008: 25–26, Pikó 2012a.: 20, Pikó 2012b: 135–137, Molnár 2013: 11). Engel magyar recepciótörténetéből ugyanakkor hiányzik egy összefoglaló munka az engeli paradigmáról, illetve annak szerteágazó hatásáról, recepció-történetéről. A jelen tanulmány sem vállalkozott ennek a hatalmas munkának az elvégzésére, csupán a cím által megnevezett általános engeli keretrendszer (Engel 1960a, 1960b, 1965, 1971, 1973, 1977a, 1977b, 1978a, 1978b, 1978c, 1979, 1981, 1982, 1985, 1987, 1992, 1996a, 1996b, 1996c, 1997) adott, az alcím által kifejezett szempontból történő ismertetését és vizsgálatát végezzük el. Az összefoglalás nem specifikus, vagyis nem kizárólag a professzionizációra irányuló elemei azonban lehetőséget adnak arra, hogy *pontosabban értelmezhesük* „az engeli biopszichoszociális modell”, illetve a „biopszichoszociális szemlélet” kifejezéseket. Az ismertetés és értelmezés a *történeti magyarázó értelem* perspektívájába helyezi a fogalmakat. Hogy megérthessük azt a mögöttes tartalmat, mely többet kíván kifejezni, mint azt a történeti és közhelyeszerű ismeretet, miszerint lelki életünk és az a társadalom, amiben élünk, számos esetben hatással lehet az egészségi állapotunkra. *Többet mondunk, vagy akarunk-e/tudunk-e többet mondani ennél, amikor a „biopszichoszociális” kifejezést használjuk?*

Mint azt jelezni fogom, vannak olyan elemei az engeli modellnek – ilyen például a háttérül funkcionáló rendszerelmélet, vagy Engel helyenként erősen tudományos



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

pozitívista szemléletmódja –, mely elemek a tudományfilozófiai diskurzus mai tapasztalatának fényében már aligha tarthatók. Ebből következően majd felvethető két komolyabb kérdés: *Ha ezeket az elemeket kiemelnénk az engeli paradigmából, mennyire nevezhetnénk a modellt továbbra is jogosan „engeli”-nek?* (Például mi maradhat hasznosítható értelemként akkor, ha a modell „stabil tartalom nélküli jelölő”-vé válik? (Csabai – Molnár 2009: 41). Érezzük ki a kérdést a modell mai legitimitását illetően: *Esszenciájának számos elemétől megfosztva az engeli paradigmának, ill. a biopszichoszociális elméletnek lehet-e létjogosultsága továbbra is például orvosi szociológiai diskurzusban való, helyenként még mindig központi helyet elfoglaló szerepeltetésére?* A kérdést megítélésen szerint nem oldja meg az, ha az engeli „modell”-ből „Engel” nélküli „szemlélet”-et gyártunk, eljutva a „biopszichoszociális szemlélet” kifejezéshez. Vagy ha a modell bővítésére teszünk kísérletet, beemelve például a „spirituális” dimenziót (pl. Bokor – Andrejkovics – Frecska 2015, Túry – Purebl 2015). A kifejezés ugyanis álláspontom szerint továbbra is hordozza – noha nem expliciten, hanem a sajátos, eredetében Engelhez köthető terminus technicus („biopszichoszociális”) folytán – az engeli koncepció háttérfeltételeit (például a rendszerelméletet). Tanulmányom vége felé – kontextusba helyezve az addig elvezető engeli gondolatokat – amellet fogok érvelni, hogy tovább kell erősíteni a társadalmi tényezőknek a betegség kialakulásában, illetve az egészség megőrzésében, előmozdításában játszott olyan értelmezését, mely az engeli vagy nem engeli „biopszichoszociális” modelltől vagy szemlélettől eltérően konzisztensebb kapcsolatban áll más mai betegségmodellekkel (pl. Evans 1993, Thagard 1999). Az is tény továbbá, hogy az orvosi szemléletmód ma számos helyszínen nem hordozza a biomedikálisnak elnevezett attitűd esszenciáját, a szemléletmód jelentősen heterogénebb. Miközben természetesen földrajzilag – például egyetemeket –, különböző szocializációs közegek eredményeit tekintve jelentős eltérések mutatkoznak; sőt, egy adott közeg nem egyszer jelentős ambivalenciákkal terhelt.

Ezen túlmenően majd arra is rá szeretnék mutatni, hogy számos engeli alapgonddal valójában más szerzőktől átvett megállapítás. Ez persze önmagában még nem jelent gondot. Ugyan kinek lennének csupán eredeti gondolatai? Az eredetiség néha egy önálló szintézisben, egy eredeti konstellációban mutatkozik meg. Az engeli is kétségtelenül ilyen, megfűszerezve eredeti meglátásokkal. Ám jelezni kívánjuk: ezek a szerzők (pl. Abraham Flexner, Karl Jaspers, Jürgen Habermas) az orvosi szociológia heterogén diskurzusának egyes pontjain, helyenként mintha feledésbe merültek voltak, megjelenésük bizonyos esetekben sporadikus vagy rendkívül esetleges (pl. Scambler 2012). Érdemes a pozíciójukat tovább erősíteni a vonatkozó témák hazai recepciótörténetében, az eredeti meglátások kontextusának gyakorlati következményeit erőteljesebben hasznosítani (például az orvostanhallgatók oktatása során).

Ami egyébként azoknak a gondolkodóknak a sorsát illeti, akik szerepelnek az engeli koncepció alapvető építőkövei között, elfeledésük nem esetleges. Láthatóan, mint az egyébként oly gyakran megtörténik, Engel is példázza azt a történetet, ami-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

kor egy adott diszciplína és praxis – jelen esetben az orvostudomány és az orvoslás – területén dolgozó személy érdeklődő módon más, a szorosan a szakmájába (a kortársak többségének ítélete szerint) nem tartozó diszciplínák eredményei iránt érdeklődést mutat, annak bizonyos elemeit be is emeli saját gyakorlatába. Ebben a gyakorlatban ezáltal tulajdonképpen ő válik adott, más diszciplínák képviselői által megfogalmazott gondolatok „szülőatyjává” és a helyi diskurzust megtermékenyítő gondolkodóvá. Félreértés ne essék, ezt a történetet nem kívánom negatív módon értékelni, sőt, úgy vélem, természetes mozgása a tudományok közötti szerencsés esetben megnyilvánuló párbeszédnek. A történet pozitív következményét a következőképpen is megfogalmazhatjuk: úgy tűnik, valójában éppen Engel érdeklődése, személyisége, illetve számos kontextuális tényező együttes összjátéka tette lehetővé azt, hogy az Engel által disszeminált betegsétiológia tudományfilozófiai alappozíciója megkezdje az orvoslás gyakorlati helyszínének áthatását, egyúttal termékeny diskussziót is indítva. Fontos következmény lett az is, hogy a ma, itthon „magatartástudományok”-nak nevezett diszciplínák irodalmának rendszeresen visszatérő, hagyományában szinte mozdíthatatlan pozíciót kivívó elemévé vált.

Az a perspektíva, melyet tanulmányunk témájául választottunk – az engeli gondolatoknak a szerepelmélet kontextusában történő értelmezése – két dologra is lehetőséget ad. Egyfelől arra, hogy rekonstruálhassuk azt a „szerepfilozófiát”, mely mintegy organikus módon adódik az engeli gondolatokból, és mint azt fentebb jeleztük, melynek átfogó, egy tanulmány jelentős terjedelmét kitevő ismertetésére mind-ezidáig még nem került sor. A kirajzolódó szerepelmélet alap építőköveire fókuszáló figyelem lehetővé teszi, hogy rámutassunk arra, *az engeli koncepcióból eredő orvosi szerepelméletnek vannak kiaknázatlan, az Engel munkásságának recepciótörténetben mellőzött, ám ma is hasznosítható elemei*. Beazonosíthatunk néhány, központi engeli gondolatok genezisét adó szerzőt (számos esetben maga Engel utal tanulmányainak főszövegében vagy lábjegyzetben a releváns szerzőkre), akik ma is értékes, hasznosítható meglátásokat jelentenek, ők ismét felbukkannak és *megjelenésüket teszik az engeli szerepelméleten keresztül*. Továbbá és végezetül, reflektálhatunk az engeli paradigmának azokra a határaitra, melyek rövid ismertetőkben rendszerint nem szerepelnek, ismeretük hiánya azonban a modell „pszicho” és „szociális” elemeit érintő valódi tartalom vonatkozásában jelentősen csökkenti a megértési teljesítményt. Tehát az elméleti konzisztencia felfejtése, mely az elmélet részleteiből összeáll, számos következmény levonását teszi majd lehetővé és szükségessé.

Az engeli értelemben vett tudománykonceptió, mint azt látni fogjuk, tulajdonképpen szükségszerű lépésként kívánja meg a gyakorló orvos kompetenciakörének tágítását, egyben azonban részleges átértelmezését is. A kompetenciák körét bővítő igénybejelentés során az orvosi gyakorlat alapvető értékkritériumának, a tudományosságának az Engel által elvégzett átértelmezése játssza a kulcsszerepet. Az Engel által kialakított szemléletmód és annak recepciója tudománytörténeti kontextusban



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

– többek között – a társadalomtudományok klinikumban elfoglalt pozíciójának az erősödéséhez is hozzájárult.

Ugyanakkor azt is látni fogjuk, hogy az emberi egzisztencia biológiai *túl* elhelyezkedő ismeretét érintő, annak az orvostudományi képzésbe történő integrációját megkövetelő engeli érv egy általános tudományelméleti alappozícióból érvel, az integráció mértékét és az orvosi attitűdben való helyi értékét egyaránt maguk ezek a tudományos kritériumok szabják meg. Az emberi (humánus) kívánalma az engeli paradigmában *nem etikai*, hanem kizárólag *tudományos* követelésként lép színre. Az etikai alappozícióról történő követelményérvényesítés hiánya a paradigma olyan sajátossága, melyet könnyedén figyelmen kívül lehet hagyni a biopszichoszociális modell tudományelméleti alappozíciójára történő reflektálás nélkül.

A következő fejezetekben az engeli paradigma lényegi és szempontunkból fontos elemeinek (re)konstrukciójára teszünk kísérletet. Az ezekben a fejezetekben szereplő gondolatok azokon a pontokon, ahol nem Engeltől idézünk, nem a jelen tanulmány írójának megállapításai. Itt Engel összekötő gondolatai kapnak helyet. Idézetek ugyanakkor, mint azt az olvasó látni fogja, jelentős számban szerepelnek. Ennek két oka is van. Egyrészt szerettem volna, ha *az engeli gondolatok magyar recepció-története gazdagodna eredeti engeli szövegrészekkel (azok fordításaival)*. Az idézetek egy másik funkciónak is a szolgálatában állnak: nevezetesen az engeli paradigma saját szavakkal történő rövid összefoglalása helyett arra törekedtem, hogy noha adott szempontrendszer szerinti összefoglalást végzek, *Engel „szavai” maximális mértékben megjelenhessenek, lehetővé téve az eredeti szövegekhez való minél közelebbi, az interpretáció mértékét minimálisra csökkentő pozíció elfoglalását*.

A biomedikális modell konceptuális tartalma

Első lépésként nézzük meg annak a modellnek a konstrukcióját, melyhez viszonyítva Engel kialakítja saját álláspontját. A modellt Engel a kortárs gyakorlatból desztillálja, és *biomedikális modellnek* nevezi el. Betegségmodellként értelmezi, vagyis olyan modellként tekint rá, amely a betegség ontológiai magyarázatát nyújtja. Emellett, mint azt látni fogjuk, a modell episztemológiai ismeretet is szolgáltat, vagyis olyan ismeretet, mellyel eljuthatunk ontológiai tárgyú állításaink tartalmának megismeréséhez.

A biomedikális modell *betegségközpontú*, nem betegközpontú (Engel 1979 [1978]: 158). Betegségfogalma, vagyis a betegség ontológiai konstruktuma a legtöbb betegség esetében biokémiai alapokra épül: „a betegség maradéktalanul magyarázható mérhető biológiai (szomatikus) változók normálértékeitől való eltéréseiként” (Engel 1977A: 130), a modell „rendszerint a specifikus biokémiai eltérést tekinti a betegség specifikus diagnosztikus kritériumának” (Engel 1977: 131). Ebből az elméleti peremfeltételekből deriválható a modell két meghatározó sajátossága. A modellt



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

jellemzi egyfelől a (1) *test-lélek dualizmus* keretében való gondolkodás. A dualizmus „elválasztja egymástól a lelket és a testit” (Engel 1977a: 130). „A dualizmus az elmének a testtől, a pszichológiaiainak a szomatikustól való elkülönültségét állítja, és nem nyújt más konceptuális keretet, mint csupán a redukcionizmust, amivel a kettőt egymással kapcsolatba lehet állítani” (Engel 1979 [1978b]: 156–157). A modellt tehát jellemzi (2) a *redukcionizmus* is, vagyis „az a filozófiai nézet, mely szerint a komplex jelenségek végül is egyetlen fő alapelvből származnak” (Engel 1977a: 130). A redukcionizmus Engel interpretációjában *fizikalizmus*,² mely „azzal a feltételezéssel él, hogy a kémia és a biológia nyelvezete végezetül elégséges lesz a biológiai jelenségek magyarázatához” (Engel 1977a: 130). Egy másik írásában a redukcionizmus lényegét „a monokausalitásra [single causes] és a fizikai-kémiai magyarázatokra helyezett hangsúly”-ban ragadja meg (Engel 1978a: 387). „A redukcionizmus azt feltételezi, hogy egy komplexebb entitást akkor érthetünk meg a legjobban, ha azt alkotó részeire bontjuk. Ebből következően az élet és a biológiai jelenségek komplexitásait, ideértve a viselkedést és a lelki folyamatokat, a fizika és a kémia eszközeivel és nyelvvel kell tanulmányoznunk és magyaráznunk. A redukcionizmus a természet egy olyan szemléletét támogatja, mely szerint a természet egymástól különálló entitások lineáris ok-okozati módon szerveződő interakcióit foglalja magában, egyszerű ok-és-okozat viszonyokat. Ez a hatás fejeződik ki abban a szokásban, hogy a betegségeket nem dinamikus folyamatoknak tekintjük, hanem önálló létezőknek, eliminálásuk csupán okaik felfedezését kívánja meg” (Engel 1979 [1978b]: 157).

A betegségmagyarázat területén a modell a klasszikus *faktorelemző [factoranalytic]³ megközelítést* használja. Ez a megközelítés Engel megítélése szerint évszázadokon keresztül jellemezte a nyugati tudományt (Engel 1981: 101), a laboratóriumi körülmények között végzett kísérletek legfőbb eszköze. A faktorelemző megközelítés a klinikai környezetben akkor van jelen, amikor „egyszerre csak egy dologra fókuszálunk, és mind a diagnózis felállítása, mind pedig a terápia során egy többlépéses 'kizárásos' technikát alkalmazunk” (Engel 1981: 115). Engel egy korai, 1960-as írásában, melyben az egészség és betegség fogalmainak egy a hagyományostól – a biokémiai eltérésre épülő vagy a mechanisztikus koncepciótól – eltérő értelmezését bontja ki, a korábbi betegségelméletek alapvető tévedéseként nevezi meg az „egyetlen faktor utáni kutatást, amely faktor a 'rossz'-ért felelőssé tehető, és amit ezt követően támadásunk célpontjául tűzhetünk ki” (Engel 1960a: 49).⁴

² Fontos ez a specifikálás – amit Engel nem tesz meg minden, a redukcionizmust valamilyen formában tárgyaló írásában –, hiszen a redukcionizmus nem szükségszerűen jelent materializmust, vagyis azt az álláspontot, hogy a valóság elemi összetevői anyagi természetűek volnának. A redukcionizmus egyenlő egyfajta monizmussal.

³ A 'factoranalytic' angol kifejezést 'faktorelemző'-nek és nem 'faktoranalitikus'-nak fordítottam, hogy elkerülhető legyen a faktoranalízis statisztikai eljárásra történő asszociáció.

⁴ „hajlamosak egyetlen 'rossz' faktorra koncentrálni, amit meg kell támadnunk (vagy amit ki kell füstölnünk)” (Engel 1960b: 462).



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A modell történeti megszületésében Engel szerint jelentős szerepet játszott, hogy a dualista emberképet valló egyház engedélyezte a holttestek vizsgálatát azon a hitbeli alapon, hogy a holttestek boncolói – mivel már csupán egy pusztán testtel van dolguk – tulajdonképpen nem árthatnak az emberi léleknek (melynek kizárólagos gondozója az egyház). Emellett azonban jelentős alapot szolgáltatott a Galilei, Newton és Descartes tudományos gondolkodását jellemző „analitikus” szemlélet is, mely arra ösztönzött, hogy „a vizsgálat alá kerülő létezőt bontsuk fel egymástól elkülöníthető ok-okozati láncolatokra vagy egységekre, melyekből – feltételezésük szerint – az egész megérthető lesz – mind materiálisan, mind pedig konceptuálisan – a részek újbóli egyesítése által” (Engel 1977a: 131). Ez a kettős háttér elősegítette a test gépként, illetve a betegségnek a gép elromlásaként történő értelmezését.

Tudományelméleti háttér: a tudomány és a tudományos módszer

Abraham Flexner 1910-ben megjelent híres, a Carnegie Foundation felkérésére elkészített *Jelentése [Flexner jelentés, Flexner Report]* az amerikai és a kanadai orvostudomány helyzetéről értekezve a *tudományosság* olyan kritériumát fogalmazta meg, melynek felhasználásával Engel képessé vált a korábbi betegségmodellbe integrálni az emberi egzisztenciának azt a dimenzióját, amit a biomedikális modell megítélése szerint szükségszerűen figyelmen kívül hagyott. Egyik írásában ezt a hiányt igen szemléletesen így fogalmazta meg: „Az ortodox orvostudomány szó szerinti és átvitt értelemben egyaránt a 'senkiföldje', olyan vidék, ahonnan 'az ember' száműzetett” (Engel 1987: 108). A biomedikális modell „nem tartalmazza a beteget és annak attribútumait mint személyt, mint emberi létezőt” (Engel 1981: 103).

Engel azt az álláspontot fogja képviselni, hogy megbízható és érvényes ismeret állítható elő az emberi egzisztencia olyan szférájában is, a szubjektivitás régiójában, ahol a biomedikális gondolkodás ezt lehetetlennek tartotta. Érvélmene során ugyanazt a legitimációs alapot fogja felhasználni, ami a biomedikális modell számára is a legfőbb instanciát szolgáltatja: a *tudományosság kritériumát*. Ezt a kritériumot azonban, mint azt fentebb jeleztük, nem ő emeli be az orvostudományról folyó nyilvános diskuszióba, hanem Abraham Flexner. Flexner ezt a kritériumot a progresszív nevelés koncepciójának a keretében értelmezi. A progresszív nevelés koncepcióját Flexner John Dewey neveléséről vallott nézeteiből (pl. Dewey 1899, 1916) vesz át. (Dewey-t Flexner egyébként egyik mesterének tekintette.)

Flexner a legáltalánosabban értett *tudományos gondolkodás* paradigmájában értelmezi a gyakorló orvos tevékenységét, gondolkodásmódját, ezzel megteremtve az elméleti lehetőségét annak, hogy a lelki és a társadalmi élet bizonyos jelenségei is beléphessenek a tudományos gondolkodás vizsgálódási terébe. A kutató és a gyakorló orvos gondolkodásmódjának eme Flexner által vallott azonossága kulcsfontosságú az engeli paradigma interpretációjához. A flexneri beszámoló következő



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

szöveghelye szolgáltatja számunkra a legfontosabb gondolatokat: „Az orvosképzés vonatkozásában konzervatív szemléletű egyén nagy jelentőséget tulajdonít annak, amit az orvosi gyakorlat és az orvostudomány közötti alapvető szembenállásnak vél. [Azonban] van-e bármifajta összeegyeztethetlenség a tudomány és az orvosi gyakorlat között? A kutató legfőbb intellektuális eszköze a *munkahipotézis*. A tudós egy adott helyzet előtt áll, amit vizsgálat alá von ahhoz, hogy az összes tényt számításba vehesse. Ezek egy cselekvési utat javasolnak számára. Kidolgoz egy hipotézist, majd ezen hipotézis alapján cselekszik. Cselekedetének gyakorlati következményei elutasítják, megerősítik, vagy módosítják elméletét. Elméje mintegy ingajáratként közlekedik oda és vissza az elmélet és a tény között – és az elmélet csupán addig a mértékig hasznos és fontos, ameddig segítségére van a tudósnak abban, hogy megértse, ismertesse, vagy ellenőrzése alatt tartsa a jelenségeket. Lényegében ebben áll a kutatás technikája. Ez ugyan milyen szempontból lehetne irreleváns az ágy mellett létező gyakorlat számára? Az orvos is egy adott helyzettel szembesül. Meg kell ragadnia annak minden részletét, de csupán a *valódi kísérletezés során kiművelt megfigyelőképesség* teheti erre képpé. A beteg története, állapota, tünetei alkotják a számára rendelkezésre álló adatokat. Ezután megalkotja munkahipotézisét, amit ez esetben diagnózisnak nevezünk. A diagnózis egy cselekvéssort javasol. Vajon igaza volt-e vagy sem? Számításba vett-e minden jelentőséggel bíró tény? Munkahipotézise ezeket a tényeket megfelelően rakta-e össze? A beteg állapotváltozása a természet által tett megjegyzés és bíráló. Az orvos szakmai kompetenciája arányban áll azzal a gondossággal, mellyel a természet által a segítségére bocsátott válaszokat kezeli. *A tudomány haladása és az orvoslás tudományos és értelmes gyakorlata, követésképpen, pontosan ugyanazzal a technikával él.* Használatához – történjen ez a kutatás során vagy a gyakorlatban – a hallgatónak képzettnek kell lennie képességei pozitív gyakorlására. (...) *A tudományos módszeren kiképződő professzionális attitűd* a gyakorlati tapasztalat minden egyes részletét a hatékony nevelés további elemévé fogja alakítani” (Flexner 1972 [1910]: 54–55, kiemelések tőlem: KS).

A *tudományos érvelés* nem jelent mást, mint „az evidencia és a bizonyíték keresését, amivel alátámaszthatjuk a betegséggel kapcsolatban tett általánosításainkat” (Engel 1985: 362). A tudományos érvelés a betegellátás kontextusában egyenlő a klinikai érveléssel. A „*klinikai érvelés* azt a folyamatot jelenti, mely során az orvos a betegről származó adatokat átfordítja az egészség és betegség számára releváns tudományok keretrendszeribe” (Engel 1973: 590, kiemelés tőlem: K. S.). A klinikai érvelésnek azonban – miként az a definícióból kiolvasható – előfeltétele a *klinikai megfigyelés*, amely a betegről származó adatok szakszerű begyűjtését jelenti. Ez magában foglalhat interjút, szükségesnek ítélt fizikai vizsgálatokat, különféle laboratóriumi és diagnosztikai eljárásokat is (Engel 1973: 590). A szükséges kimenetelt szem előtt tartva meghatározható az az eszközkészlet, amely alkalmazandó az ismeret előállítás során.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

A munkahipotézis felállításához szükséges kútforrás vagy adatforrás az, ahol első szintéren Engel szerint be kell emelni a lelki és a társadalmi jelenségeket minden olyan esetben, ahol az információk releváns adatokat szolgáltathatnak a hipotézis számára. Miként azt *Az orvostudósok és a tudós orvosok* című tanulmányában írja: „Ellentétben a laborban dolgozó tudóssal, az adatok jelentős része, melyre az orvos az interpretációit, ítéleteit, és döntéseit alapozza, *emberektől származó adatok [human data]*: amit az emberek mondanak, amit tesznek, ahogyan kinéznek, ahogyan az emberek viselkednek. *Az adatgyűjtés és az adatfeldolgozás*, ebből következően, a nem emberekkel foglalkozó területen [non-human domain] alkalmazott eljárásoktól és technikáktól eltérő eljárásokat és technikákat követel meg” (Engel 1987: 109, kiemelés tőlem: K. S.).

A sajtóságosan humán, vagyis jellegében és szó szerint szubjektív szférához való hozzáférés ugyanakkor nem lehetséges magának a kutatónak a tevékenysége, a kutató aktív részvétele nélkül (egy interjú során például maga a kérdező is részese annak a kontextusnak, melyben a másik féltől származó információ feltárul). Ez azt is jelenti, hogy a közösen létrehozott és fenntartott térben a megfigyelő szubjektivitása esszenciális összetevő. Ez a szubjektivitás azonban nem pusztán az emberi kapcsolatokon keresztül megvalósuló információszerzés sajátossága, része néhány olyan természeti jelenségre vonatkozó ismeretszerzésnek is, ahol az információ hordozója nem ember. Itt Engel a kvantumfizikai ismeretek szubjektumfüggő karakterisztikájára utal, idézi Heisenberg ide vonatkozó híres megfigyelését: „Amit megfigyelünk, az nem maga a természet, hanem a kérdezői módszerünknek kitett természet” (Heisenberg 1985: 58).

A tizenhetedik századi tudományos paradigma – melynek legfőbb megtestesítői Engel szerint Newton és Descartes voltak – alapvető tévedését Engel abban látja, hogy pozíciója úgy tett, mintha az a valóság, amit a tudós feltérni igyekszik, teljes mértékben független és külsődleges lenne magától a tudóstól: ez a paradigma „a gondolatok olyan rendszere, melyben a tudósok objektív megfigyelőkként a természetet tőlük függetlennek, illetve a megfigyelői cselekedetüktől érintetlennek tekintették” (Engel 1992: 6). *A tiszta objektivitás, valamint a megfigyelőnek a külső megfigyelt tárgytól való teljes elválasztottsága* az a két kritérium, ami a tudomány szűk definícióját hozza létre. Erre a szűk definícióra Engel szerint kiváló példa Marie Curie álláspontja: „A tudomány dolgokkal, nem pedig emberekkel foglalkozik.”

A huszadik századi tudományos paradigma – melynek megtestesítői Engel szerint Einstein és Heisenberg – azonban „az emberinek a magyarázati rendszerben való nélkülözhetetlen elismerését”-t vallja (Engel 1992: 6). Ebben a paradigmában a tudomány olyan tevékenység, mely során a tudóst nem lehet elválasztani attól, amit vizsgál. Ismét Heisenberg szavaival élve (aki saját kutatási területének vonatkozásában mondta a következőt): „Amit megfigyelünk, az nem maga a természet, hanem a természet és a köztünk lévő kölcsönhatás. A tudomány a természetet úgy ábrázol-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

ja, ahogyan az a kérdezési módunkra feltárul” (Heisenberg 1958: 81, Engel 1992: 7). A huszadik századi tudományos paradigmában tehát már nem pusztán az méltó tudományos vizsgálódásra, ami a megfigyelőtől független, objektív létmóddal bír, hanem az is, amikor a megfigyelt dolog nem elválasztható attól, aki a megfigyelést végzi, vagyis ahol a feltáruló információ részben – de ekkor szükségszerű módon – a megfigyelő szubjektivitásának is függvénye.

A medicina területén a hagyományos, tizenkilencedik századi szembeállítása a tudománynak [*science*] a gyakorlattal [*practice*]/művészettel [*ars*] azon a premiszszán alapult, hogy csak az lehet tudományos vizsgálódás tárgya, ahol nincs jelen az emberi, a szubjektív. Engel szerint erre a premisszára épül a biomedikális nézet, mely szerint „a medicina csak akkor valóban tudományos, amikor testi folyamatokkal foglalkozdik, akkor nem, amikor emberekkel foglalkozik” (Engel 1992: 6). A medicina emberit érintő, és ennek a gyakorlati része (Engel 1992: 6, 1978a: 388), vagyis – máshol alkalmazott szóhasználattal - a medicina művészete (Engel 1979: 158) ebben a paradigmában „intuíción, szakmai szabályokon, aforizmákon, illetve a tapasztalt klinikusok által felhalmozott bölcsességből származó maximákon alapul” (Engel 1979: 158). A betegség kezelése a tudomány dolga, a betegről való gondoskodás pusztán művészet (Engel 1978a: 388). A huszadik századi paradigma azonban a medicina területén is lehetőséget nyújt arra, hogy tudományos vizsgálódás alá vessünk olyan történéseket is, melyek megfigyelése során a megfigyelésben esszenciális módon van jelen szubjektív komponens. Két kérdést kell itt megválaszolni: 1. Van-e olyan területe a gyógyításnak a klinikus munkája során, ahol ilyen történésekkel találkozunk?, illetve 2. Hogyan biztosíthatjuk az előállított adatok megbízható és érvényes jellegét?

A *klinikai találkozást* [*clinical encounter*] Engel ilyen eseménynek tekinti: „a klinikai találkozás, ami meghatározza a feltételeket és a körülményt, melyben a betegekkel végzett tudományos munka folyik, nem gátja az objektivitásnak, az adatgyűjtés egy önálló módja” (Engel 1992: 7). A klinikai érvelés számára esszenciálisak az innen kinyerhető megbízható adatok. Az orvos a klinikai találkozás folyamatában sok esetben működik egyszerre *megfigyelő* [*observational*] és *kapcsolati* [*relational*] *módban*. A megfigyelő mód működése során az érzékszervekkel (illetve „kiterjesztéseikkel”) begyűjthető adatok előállítása történik. Ilyen adat például a bőr színe, a szívverés, vagy a szérum bilirubin szint. Ezeknek az adatoknak a beszerzése nem teszi feltétlenül szükségessé a beteg aktív közreműködését. A kapcsolati mód, ezzel szemben, „arra szolgál, hogy a nyelv, a szimbólumok, a gondolatok, valamint az érzések – melyekkel a privát tapasztalat egységbe szerveződik, kommunikálódik, kapcsolatokat hozunk létre és tartunk fenn – sajátos emberi dimenziójának az adataival dolgozzon” (Engel 1992: 7). A beteg által közölt információ jelentésének tisztázásához és igazolásához a dialógus szolgál eszközzül. A dialógus itt kifejtett szerepének alapjaként Engel egy, az orvosi etikát fenomenológiai – részben jaspersi (Jaspers 1963) és részben habermasi (Habermas 1970) – szellemben megközelítő tanul-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

mányra hivatkozik (Wiggins – Schwartz 1986). Az adatszerzésnek ezt a folyamatát Engel *résztevéő megfigyelésnek* nevezi, mely során a beteg egyszerre kezdeményező és a másik féllel együttműködő. „Az orvos (...) résztevéő megfigyelő, aki miközben figyel a beteg beszámolójára, ami adatokat szolgáltat a beteg belső világáról, elmélyed saját személyes belső értelmező rendszerében az összehasonlítás és a tisztánlátás céljából. A dialógus a médium, amely különböző szinteken magában foglalja a tárgyalgást (a tapasztalatcserét) és a kommunikációt (az információcserét). Következésképpen, a klinikai munka és a tudományos betegadatok előállítása szempontjából a *megfigyelés* (a kifelé figyelés), az *introspekció* (a befelé figyelés) és a *párbeszéd* (az interjú) alkotják az alapvető módszertani triádst” (Engel 1996a: 429, kiemelés tőlem: K. S.).

Az adatgyűjtés és az adatfeldolgozás ezen a területen azonban nyilvánvalóan csak akkor lehet tudományos, vagyis technika-alapú, amennyiben biztosítani tudja a megbízható és érvényes adatot. Ezen adatfajta előállítása a tudományos ismeret alapfeltételét jelenti: „a tudományos folyamat adott szigorú utasításokat követ, melyek végső célként a *megbízhatóság növelését és az érvényesség biztosítását* szolgálják” (Engel 1987: 110, kiemelés tőlem: K. S.). Miközben a medicina a tizenkilencedik század derekán és második felében még nem volt képes a humán dimenzió vonatkozásában a *mai* tudományosság értelmében vett megbízható és érvényes adatokat előállítani – a praktizálás ezen részét sokan *ars*-hoz tartozónak tekintették. Ebből eredt a betegség kezelése mint tudomány és a beteg gondozása mint gyakorlat hamis szembeállítás (Engel 1977b, 1978a: 388). Bizonyos lelki és társadalmi jelenségek vizsgálatának társadalomtudományi diszciplínák keretében történő vizsgálatával, illetve a társadalomtudományi módszertan egyre differenciáltabbá válásával a fentebbi kritériumokat azonban már számos esetben ki lehetett elégíteni. Pontosabban: a magát tudományosnak nevező értelmező közösség által elfogadott tudományosság-kritériumnak adott feltételek között társadalomtudományi vizsgálódások is eleget tudtak tenni. Engel felismeri, hogy a társadalomtudományok által felmutatott eredmények lehetővé tették a jellegükben szubjektív területek tudományos vizsgálat alá vonhatóságát. Az a szubjektív mező, amely a gyakorló orvos hipotézisének felállítása számára sok esetben releváns információt hordoz, a társadalomtudományok módszertanából kapja eszköztárát, e módszerek megfelelő alkalmazásával Engel az előállított ismeretek megbízható és érvényes jellege mellett szállhat síkra. Az anamnéziszfelvétel, tágabb keretben az interjúvolás, a verbális és a nemverbális adatok értelmezésének képessége így válik olyan technikai – és ezért interperszonális kontextusban értelmezhető és át is adható, vagyis tanítható – tudássá, ahol a megbízható és érvényes ismeret előállítása a gyakorló orvos számára számos szituációban alapvető teljesítendő és teljesíthető követelmény.

Engel számára pontosan ez az a kompetencia – *az emberi dimenzióból kinyerhető megbízható és érvényes adatelőállítás* képessége –, ahol a jelenlegi orvosképzés meg-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

ítélése szerint a legjelentősebb mértékű deficitet mutatja. E felismerés – mint régi igazság – egyik korai szószólójaként idézi fel a görög orvostudomány klasszikusai közül Rufusz Epheszioszt,⁵ aki egykor a következőt mondta: „Azért fontos kérdéseket feltenni a beteg számára, mert ezen kérdések segítségével pontosabb információt nyerhetünk számos, a betegséggel kapcsolatos dologról, és ezáltal a betegséget jobban tudjuk kezelni” (Engel 1996a: 427). Engel több esetet is ismertet, amikor olyan fontos információk nem kerültek felszínre, melyek a beteg megfelelő szintű ellátása számára nélkülözhetetlenek bizonyultak volna. „[E]zek az esetbeszámolók arra a lazaságra is ráirányítják a figyelmet, mellyel az állítólagosan tudományos képzésben részesült orvosok oly gyakran kezelik az emberi dimenziót [human domain]. Ennek oka abban áll, hogy azok a képességek, mellyel az orvosok az ágy mellett élnek, alapvetően ugyanazon emberi attribútumok, mint amelyeket a mindennapjaik során használnak, noha más célból. Mindannyian folyamatos információcserét folytatunk másokkal, értelmezzük ezen információk jelentését, igaz-e, értékes-e, jó-e vagy rossz, hasznos-e stb., döntéseket hozunk, illetve cselekszünk ezek alapján. Ebből következően legtöbbünk számára korántsem könnyű, hogy ezekre az olyannyira hétköznapi, mindennapos cselekedeteinkre úgy gondoljunk, mint amelyek bármi is osztozhatnak a tudományos folyamatokkal, még kevésbé vagyunk képesek arra, hogy úgy gondoljunk rájuk, mint amelyek hozzáférhetők a tudományos kutatás számára, vagy amelyek tudományos kutatást igényelnek. Ami viszont ezeket a tevékenységeket sajátos jelleggel ruházza fel az orvosi szerepkörben, az az, hogy ebben a kontextusban ezek *egy speciális célt szolgálnak*, nevezetesen az egészségügyi problémákkal rendelkező egyének megértését, ellátását, kezelését, illetve gondozását. Ezen kereteken belül kétség nem férhet ahhoz, hogy az orvosi gyakorlat emberi dimenziójának lényegi elemeit alkotják, és mint ilyenek a tudományos vizsgálódás jogos területeit jelentik” (Engel 1987: 110). Az idézett szövegben kissé később Engel ismét visszatér a megnevezett hiányossághoz, itt a problémát a tudományos attitűd kontextusában attitűd-deficitnek tekinti: „megnevezhetjük azt az alapvető hiányosságot, mely ezen orvosok tudományos nevelésében rejlik. Tanáraik, akik maguk egy túlzottan restriktív tudományos paradigma gyermekei voltak, az ágy mellett elmulasztották átadni diákjaik számára a tudományos módszer legelemibb alapjait, azt, hogy hogyan kell ellenőrizni az adatelőállításához használt módszerek *megbízhatóságát*, és hogy miként kell biztosítani az így nyert adatok érvényességét. És ez egész egyszerűen azért történt így, mert az adatok és azok a módszerek, melyekkel az adatokhoz hozzájuthatunk, emberi, interperszonális, és pszichológiai területekhez tartoznak, e területeket azonban a biomedicina tudománytalannak fokozta le” (Engel 1987: 110, kiemelés tőlem: K. S.). Illetve olyan tévképzetek is kialakultak, melyeket

⁵ Rufusz Ephesziosz a görög eklektikus iskola egyik legkiválóbb képviselője volt, a hagyomány szerint ő írta le elsőként a látóidegek kereszteződését és a szemlencse tokját.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

feltétlenül korrigálni lenne szükséges: „A mai orvosképzésnek a klinikai megfigyelést vissza kell helyezni megfelelő státuszába: alapvető orvosi diszciplína. Fel kell ismernie, hogy az érzékeny, pontos és alapos megfigyelővé válás időt és fegyelmet kíván. A modern technológiák segítségével sokat segíthetünk a diákoknak abban, hogy megfigyelési képességeiket javíthassák, azoknak a hamis prófétáknak azonban ellent kell mondanunk, akik úgy vélik, hogy a fizikai vizsgálat nem más, mint csupán egy manuális készség, ami könnyedén elsajátítható operáns kondicionálás segítségével, vagy akik azt gondolják, hogy az interjúvolás tanítása sem jelent többet annál, mint hogy a diák megtanulja feltenni a helyes kérdéseket” (Engel 1973: 590).

A flexneri oktatási reform (Ludmerer 2010) két célt tűzött ki maga elé: egyfelől a hallgatók megfelelő tudományos ismeretekkel történő felvértezését (ami Engel szerint sikerrel meg is valósult), másfelől annak biztosítását, hogy a hallgatók képesek legyenek alkalmazni magát a *tudományos módszert* mindennapi tevékenységük során (ami viszont Engel szerint még ma is teljesítendő feladat). E kettős követelmény kontextusában tartja megfelelőnek Engel az *orvostudós [physician scientist]* és a *tudós orvos [scientific physician]* megkülönböztetését: „Az orvostudósokat olyan MD-kként [*Medical Doctor, orvosdoktor – a fordító megjegyzése*] határozhatjuk meg, akik elsődlegesen az orvostudomány valamely területének tudományos kutatása mellett kötelezték el magukat. A tudós orvosok, ezzel szemben, a klinikusok, akik – működési területüktől függetlenül – betegek ellátása, illetve a betegség természetének megértése céljából maradéktalan módon alkalmazzák a tudományos módszert. Az orvostudósok, más tudósokhoz hasonlóan, szabadon bővíthetik tudásukat, vagy szabadon specializálódhatnak annak megfelelően, ahogy azt érdeklődésük vezeti vagy tehetségük azt lehetővé teszi, nem kötelességük a betegekkel való érintkezés. Ez azonban nem igaz a tudós orvosokra, akik folyamatosan betegek között vannak, még ha nem is közvetlen módon, legalább azon hatás formájában, mellyel döntéseik és javaslaik bírhatnak a betegek életére. Következésképpen, mindennapos munkájuk számára az emberi területek [human domains] tudományos ismerete, valamint az itt szükséges jártasság nélkülözhetetlen. Talán az orvosi iskolák kudarca, hogy tudós orvosokat képezzenek, vezethetett közvetlenül a 'tudományosság' lényegének megértését nehezítő helyzethez, amit a biomedicina dualista-redukcionista megközelítmódjához való igencsak sokak által mutatott ragaszkodása idézett elő (miközben nem vitatjuk e megközelítés jelentős eredményeit). Különösen a II. világháborútól kezdődően az oktatói vezető szerep letéteményesei elsősorban az orvostudósok, akik közül kevesen mutattak érdeklődést a humán terület iránt, még kevesebben rendelkeztek valamilyen kvalifikációval e területen. Következésképpen, a diákok számára mentoraik között kevés igazi orvos tudós akad. Kétségtelen, hogy néhányuk kiváló klinikai oktató, mestere a klinikai kapcsolatainak, valóban érti a betegeit, valóban együttérző és humánus orvos. Az ő ismereteik és képességeik nagy része azonban intuícióból ered, ami részben tapasztalaton, részben pedig veleszüle-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

tett személyes jellemzőkön alapszik. Ez a tudás sokukban nem éri el a kognitív szintet, következésképpen azt sem kommunikálni, sem pedig ellenőrzés alá vetni nem lehet; hát ebből adódik, hogy ezt a tudást inkább művészetként, mintsem tudományként határozzák meg. Ezeket az oktatókat csodálják, megpróbálják utánozni is őket, azonban tanulni már korántsem könnyű tőlük. Szabály és példa, nem pedig azonosítható és szisztematikus módon ellenőrzés alá vethető alapelvek alapján tanítanak. Kiállnak az orvoslásban lévő humanizmus mellett, példát is mutatnak, a humanizmus tudományos megértését azonban csekély mértékben lendítik előre. És ez így is fog maradni mindaddig, amíg a medicina részére elismerésre nem kerül egy tágabb tudományos modell, egy olyan, amely a tudományos módszert kiterjeszti a humán szférára is. Ekkor és csak ekkor fog a medicinában lévő, a tudomány és a humanizmus között feszülő hamis dichotómia eltűnni. Ez nem kérdés. A tudós orvos számára az, hogy érdeklődést mutat az emberi szféra iránt, valamint abban járatos is, éppoly természetes, mint a légzés” (Engel 1987: 111). Nyilvánvaló, hogy amennyiben a medicina célkitűzése a gyógyítás, nem pusztán az igazság előállítása – mely utóbbi klasszikus értelmezés szerint a feltáró kutatás feladata –, akkor minden olyan eszköz, amely a gyógyítás sikerét elősegíti, hasznosnak és alkalmazandónak tekintendő.

A biomedikálistól a biopszichoszociálishoz való átmenet: integráció, nem oppozíció

A biomedikális állásponttól a biopszichoszociális álláspont felé történő elmozdulás folyamatát Engel egy hosszabb történeti időszaknak tekinti, amely nagyjából az elmúlt másfél évszázadot öleli fel. Lényegét az emberi jelleg [humanness] iránt mutatott érdeklődés kifejeződésében ragadja meg. A biopszichoszociális modell „megváltja a tudományosan archaikus dualizmus és redukcionizmus alapelveitől, a lineáris kauzalitás egyszerű ok-és-okozat magyarázatait pedig kölcsönös kauzális modellekkel helyettesíti. Az egészség, a betegség, és a fogyatékoság ennek következtében az egyes hierarchikus szinteken lévő komponens rendszerek viszonylagos épsége és funkcionalitása mentén kerül konceptualizálására. A teljes egészség egy magas szintű intra- és interszisztematikus harmóniát fejez ki” (Engel 1979 [1978b]: 161).

Az előző fejezetben felvázolt tudományelméleti keretben kell értelmeznünk Engelnek azt az állítását, amely a biopszichoszociális modellt alapvetően nem a biomedikális modell oppozíciójaként, nem annak rivális tantételeként vagy alternatívájaként interpretálja, hanem a tudományos gondolkodás paradigmájának szerves, a biomedikális megközelítést kiegészítő részeként. Így fogalmaz: „A *biopszichoszociális modell* tudományos modell. A biomedikális modell is az volt. Ez utóbbi azonban, miként azt Fabrega kimutatta, népi modellt alakult át, amely ma a nyugati világot uraló népi modell (Fabrega 1975), mint ilyen, *dogmává* változott. A tudományos modell sajátos jegye abban áll, hogy olyan keretet szolgáltat, melyen



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

belül a tudományos módszer alkalmazható. *A tudományos módszer értékének mérése nem annak helyessége vagy helytelensége, hanem az, hogy mennyire használható.* Módosításra vagy elvetésre kerül, amikor többé már nem segít bennünket új ismeret előállításához vagy új ismeret tesztelésére során. A dogmák, ezzel szemben, befolyásukat a tekintélyen és a hagyományon keresztül tartják fent. Ellenállnak a változásnak, következésképpen hajlamosak a rivális dogmák között fennálló szembenállás elmélyítésére. A biomedikális dogma ellenében manapság beterjesztett ellendogmát 'holisztikus' és 'humanisztikus' medicinának nevezik. Azért nevezhetjük ezt dogmának, mert elutasítja a tudományos módszert, s helyette olyan hitre és hitrendszerre támaszkodik, melyek távoli és homályos vagy karizmatikus tekintéllyel bíró személyektől származnak. Szembeállítja egymással a tudományt és a humanizmust. A biomedikális modell története azonban azt bizonyítja, hogy *haladást csak ott lehet elérni, ahol tudományos módszer kerül alkalmazásra.* A biomedikális modell olyan területeken vívott ki győzelmet magának, ahol a modell megfelelő keretet nyújtott a tudományos vizsgálódás számára. *A biopszichoszociális modell ezt a keretet bővíti azáltal, hogy beemel korábban mellőzésre ítélt területeket* (Engel 1981: 121–122). Kiegészítő, bővítő szerepét Engel más írásában is kiemeli: „A modell semmit sem tesz hozzá ahhoz, ami már eleve része a betegellátásnak. Sőt, egy olyan fogalmi keretet nyújt, amely lehetővé teszi az orvos számára, hogy racionálisan cselekedjen olyan területeken, melyek jelenleg ki vannak rekesztve a racionális megközelítésből” (Engel 1981: 121, kiemelés tőlem: K. S.).

Az általános rendszerelmélet kontextusa

A lelki és társadalmi szférák elemei az engeli paradigmában abból a rendszerelméleti keretből nyernek magyarázó erőt, amit Ludwig von Bertalanffy és Paul Weiss, a rendszerelmélet alapító atyái dolgoztak ki. Ez a vonatkozási keret alkotja a „*rendszerelméletű tudós*” perspektíváját. *A biopszichoszociális modell klinikai alkalmazása* (Engel 1978a) című tanulmányában Engel kifejti saját értelmezését a világ szerveződéséről. Interpretációjában „*magától értetődő megfigyelésnek*” tekinti, hogy „a természet egy hierarchikusan szervezett kontinuum, melynek a nagyobb komplexebb egységei felette állnak a kisebb, kevésbé komplex egységeknek” (Engel 1981: 103–104). Az egységek szisztematikus elrendeződését az említett tanulmányában ábrákkal is szemlélteti (Engel 1981: 104, 105), ezekben feltüntetve az egységeket, melyek az egyszerűbbtől a bonyolultabb felé haladva a következők: szubatomi részecskék, atomok, molekulák, organelumok, sejtek, szövetek, szervek/szervrendszerek, idegrendszer, személy (tapasztalat és viselkedés), két személy, család, közösség, kultúra-szubkultúra, társadalom-nemzet, bioszféra. „A hierarchia minden egyes szintje egy szervezett dinamikus egésznek alkot, elégséges állandósággal és identitással ahhoz, hogy nevet adhassunk neki. Maga a név az, ami kifejezi a rendszer megkü-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

lönbötető jegyeit és sajátosságait. A sejt, a szerv, a személy, a család, mindegyik a létezés egy komplex módon integrált organizációját jelenti, melyről nagyfokú egyetértéssel rendelkezünk. Továbbá minden egyes rendszer a szerveződés adott szintjének minőségeit és kapcsolatait tartalmazza, tanulmányozásához és magyarázatához sajátos kritériumokat kívánnak meg” (Engel 1981: 105).

Engel példája: Glover úr esete

A biopszichoszociális modell klinikai alkalmazása (Engel 1978a) című írásában Engel egy eset részletes bemutatására vállalkozik azzal a céllal, hogy összehasonlítsa egymással a biomedikális és a biopszichoszociális modelleknek a betegellátás területén érvényesülő különböző szemléletmódjait.

Glover úr 55 éves férfi, házas, két felnőtt fiúgyermek édesapja. Ingatlanügynökként dolgozik. Kórtörténetében már szerepel egy infarktus. Március elsején hozták be a sürgősségi osztályra, hasonló tünetekkel a hat hónappal korábbi miokardiális infarktuszának tüneteivel. Rosszul kezdte érezni magát, diszkomfortérzetét követően fokozódó nyomást érzett a mellkas középtájékán, a fájdalom a bal karban egészen a könyékig sugárzott. Glover úr szervezete a miokardium munkájának csökkentésével, az arrhythmogén faktorok minimalizálásával (pl. katekolaminszekreció csökkentésével), fokozott szimpatikus idegrendszeri aktivitással válaszolt. Glover úr megpróbálta tagadni az újabb infarktus lehetőségét („ez nem lehet egy újabb szívinfarktus”). A tagadás mellett fokozódó család iránti felelősségérzet is megjelent, valamint a függetlenség megtartására irányuló vágy is – félelem formájában –, hogy elveszíti a saját sorsának irányítására való képességét. A beteg a munkaadó segítségével – aki felismerte, hogy az eset súlyosabb annál, mint azt Glover úr gondolta – jutott el a sürgősségi osztályra. Felvételét követően diszkomfortérzete elmúlt, koronária ellátást kapott. Harminc perc múlva azonban pitvarfibrilláció jelentkezett, amit szívmegeállás követett. A szívet szerencsére sikerült újra működésre bírni. Később kiderült, hogy a pitvarfibrillációt közvetlenül megelőzően az ápoló személyzet egyik tagja közel tíz percen keresztül próbálta megszünteni Glover úr artériáját, sajnos sikertelenül. Glover úron azonban a próbálkozások közben egyre inkább elhatalmasodott az az érzés, hogy olyan személy kiszolgáltatott áldozatává válik, aki maga is segítségre szorulna.

A biomedikális modellben „a cél a legegyszerűbb magyarázat lehető leghamarabb történő megtalálása, ami lehetőleg egy betegség diagnózisa, és minden más dolog csak bonyodalom, 'fedőanyag', vagy szimplán irreleváns az orvosi feladat számára. A redukcionista orvos számára az 'akut miokardiális infarktus' diagnózis elegendő Glover úr problémájának a jellemzéséhez, és az orvosi munka meghatározásához. Tulajdonképpen azt követően, hogy Glover úr ilyen jellemzést kap, a személyzet hajlamos őt 'egy MI'-ként [*Myocardial Infarction, miokardiális infarktus – a fordító*



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

megjegyzése] kezelni” (Engel 1981: 108). A sürgősségi osztály biomedikális szemléletének sajátossága a következőben állt: „A redukcionista premissza alapján úgy vélték, hogy Glover úr problémájának oka, és ebből következően ellátásának eszköze is, a miokardium sérülésére lokalizálható. Ez, valamint az ilyen sérüléseket követő magas kockázat igazolta a technikai diagnosztikus és kezelési eljárások igénybe vételét, minek során azonban a figyelem átsiklott afelett, hogy Glover úr hogyan érezte magát, valamint hogy miként reagált adott helyzetekre. (...) Azzal a feltételezéssel éltek, hogy a 12.30-kor bekövetkezett pitvarfibrilláció a miokardiumsérülés természetes progressiójának része volt” (Engel 1981: 115).

A rendszerközpontú megközelítés ezzel szemben számos ponton eltér a biomedikális megközelítéstől. „Annak legelső pillanatától fogva, hogy azonnali koronáriellátást kap a beteg, a szívstátuszon kívüli egyéb faktorokat is számításba venne, nevezetesen olyanokat, melyek a személy szintjén manifesztálódnak. (...) A rendszer szemléletű orvos így olyan információkra is felfigyelhet, melyek hozzájárulhatnak a kardiovaszkuláris rendszer instabilitásához, különös hangsúllyal abban az esetben, ha egy miokardiális infarktus lehetőségét mérlegeljük. (...) Azt, hogy ez a megközelítés a valóságban elejét vehette-e volna a szív megállásnak, lehetetlen megmondanunk. Azonban elégséges kísérleti és klinikai evidencia létezik a pszichológiai zsákutca és a halálos arhythmia fokozott kockázatának kapcsolatára, különösen már bekövetkezett miokardiális elektromos instabilitás fennállása esetén” (Engel 1981: 120).

Szereptartalom: a biopszichoszociális szemléletű orvos

Engel a gyakorló orvos munkáját a szerepelmélet keretében értelmezi, ahol a beteg elvárásai határozzák meg az orvos feladatát. A beteg elvárása az, hogy az orvos segítsen őt megszabadítani attól a distressztől, amit ő a betegségének tulajdonít: „A gyakorlatban az orvos feladatai a következők: először is meg kell tudnia, hogy hogyan van a beteg, mit érez, mit tapasztal, majd pedig elő kell állítani ezen állapotok magyarázatát (hipotéziseket) (a 'miért?' és a 'mi célból?'); másodsor, a hipotézisek teszteléséhez biztosítani kell a beteg részvételét a további klinikai és laboratóriumi vizsgálatokban; és harmadszor, ki kell váltani a beteg együttműködését azon tevékenységek vonatkozásában, melyek csökkentik a distresszt és/vagy korrigálják azokat a mögöttes működési zavarokat, melyek hozzájárulnak a distresszhez vagy a fogyatékosághoz” (Engel 1981: 102). A gyakorló orvos tehát a racionális attitűd mindazon területeken történő kompetens érvényesítésére képes, mely területek szükségesnek mutatkoznak a gyógyítás számára. A biopszichoszociális modell „arra ösztönzi az orvost, hogy mélyítse tudását és járatosabb legyen a pszichoszociális területeken, olyan területeken, melyeket még azok is idegennek és távolinak éreznek, akik ugyanakkor intuitív módon elismerik ezen területek fontosságát. Végezetül, a



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

modell olyan betegségdeterminánsok gyakran csak időpazarló redukcionista hajhászásának ellenében hat, mely determinánsok rendszerint triviálisak, mintsem lényegiek. A biopszichoszociális orvosnak a releváns diszciplína vonatkozásában az alapelveket, a nyelvet, valamint az alapvető tényeket magában foglaló működő tudással [working knowledge] kell rendelkeznie, senki sem várja el mindegyik mesteri szintű művelését” (Engel 1981: 121). Vagyis Engel egyfelől a szereptartalom vonatkozásában egy kompetenciahalmazról beszél, másfelől azonban úgy gondolja, hogy az éppen adott feladat határozza azt meg, hogy a beteg egészségügyi ellátásában részt vevő személyek közül kinek milyen mértékben kell egyik vagy másik kompetenciát alapszinten vagy mélységeiben birtokolnia. „A helyes különbségtételt a kompetencia általános szintje és a speciális kompetenciák között kell megtenni. A speciális kompetenciák vonatkozásában az egészségügyi hivatás legtöbb kategóriája és alkategóriája számára léteznek kritériumok. Ami azonban ma általánosan hiányzik, az az, hogy az általános kompetencia ölelje fel a pszichoszociális szférát is. A jelenlegi biomedikális dogma a pszichoszociális tudást és képességeket speciális kompetenciának tekinti, melyek birtoklását csupán pszichiáterektől és más, a lelki egészség területén dolgozó szakemberektől követeli meg. A biopszichoszociális modellnek azonban alapvetése, hogy az egészségügyi szakemberek általános kompetenciájának abból a közös megértésből kell származnia, mely szerint minden egyes ellátási feladat esetén figyelembe kell venni mindhárom szintet: a biológiai, a pszichológiai, és a társadalmi is. Ennek megfelelően bármely adott feladat esetében a különböző egészségügyi szakemberek közötti felelőségek hierarchikus elosztását az adott helyzetben és az adott pillanatban rendelkezésre álló, a különböző szakemberek által birtokolt általános kompetencia szintjei és a speciális kompetenciák típusai kell hogy meghatározzák. Következésképpen, bizonyos feladatok vonatkozásában bármely egészségügyi szakember – függetlenül a tudományterülettől – kompetens lehet, még más speciálisabb vagy bonyolultabb feladatok elvégzésére csupán az adott feladat megoldásához szükséges tudással és képességekkel rendelkező szakember lehet képes, legyen az egy beszélőterapeuta, egy sebész, egy táplálkozási szakértő, egy nővér, vagy egy pszichiátriai osztályon dolgozó szociális munkás” (Engel 1979: 164–165).

Kontextus

Engel hatása sokfelé ágazó, ezt jól tudjuk eddigi recepciótörténetéből. Engelt például a *pszichoszomatika egyik alapító atyjaként* tartjuk számon, a klinikai pszichiátriai szemléletmód alakításában meghatározó szerepet játszott. A Glover úr esetét részletesen elemző tanulmányában is hivatkozik például azokra a munkáira (Engel 1971, Engel 1978c), melyek adott esetekben igazolták a miokardium elektromos stabilitása és különböző pszichológiai jellemzők közötti összefüggést. Kétségtelen Engel al-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

kotó szerepe abban a lehetőségmezőben is, *melyben az orvosi humaniórák meghatározhatták* önképüket, illetőleg annak egy részét. Ezen diszciplínák identitásuk kialakítása – illetve fenntartása – során rendszerint viszonyulnak az Engel által kifejtett gondolatokhoz, annak kontextusában pozícionálhatják magukat. (Az identitás szerves részét képezheti például azon egyéni lelki és társas jellemzők kiemelése, melyek a betegségek keletkezéstörténetében megjelenhetnek, vagy melyek az egészséget megőrző, illetve a károsnak tekintett behatások ellen ható, ún. protektív tényezők.)

A *rendszerelmélet ontológia feltevései* erős pozitívista felhangot hordoznak. Az engeli álláspont jól kivehetően a természet kimerítő leírásának megadhatóságát vélelmezi a megfelelő és az adott szintekre jellemző módszertani eszközök munkába állításával. Nem csupán azt szükséges itt figyelembe vennünk, hogy már a huszadik század eleji tudományfilozófiai irányzatok közül a Bécsi Kör által védelmezett pozitívista előfeltevések sem tudtak megbirkózni számos, hasonló alapfeltevés bizonyítására vonatkozó nehézséggel, hanem azt is, hogy a huszadik század derekán – például a posztstrukturalista áramlat révén – rendkívül erőteljes kritikát kapott a szellemi képződmények objektív, merev struktúrák formájában történő leírhatósága. Ezért például komolyan kétségbe vonható az emberi, egzisztenciális létezés diszciplináris strukturálhatóságának – ti. biológiai, pszichológiai, és szociális szintek határozott és világos megkülönböztethetőségének – a kivitelezhetősége.

A biomedikális modell *monokauzális etiológiai szemléletének* Engel által adott kritikája történetileg részben egybeesik a patogén mikroorganizmusok monokauzális etiológiai szemléletének (melynek megtestesítői majdhogynem száz évig a Henle-Kock posztulátumok) *multifaktoriális* jellegűvé történő átalakulásával. Mind a bakteriológia, mind a virológia már az 1950-es és a '60-as években kialakítja az ágens-host-környezet triász koncepcióját a betegségkeletkezés magyarázatához (Evans 1976: 181). Ebből következően a század dereka után valójában már sem a bakteriológia, sem a virológia nem mutatja a biomedicina Engel által adott redukcionista szemléletét, másképpen fogalmazva, szemléleteik nehezen sorolhatók be a biomedikális modell referenciatartományába.

A monokauzális szemléletre épülő etiológia egyeduralma a krónikus betegségek etiológiájának vonatkozásában szintén a huszadik század derekán törik meg, az orvosi gondolkodásmód itt is egyre erőteljesebben építi gondolkodásmódjába a multifaktorialitás szemléletmódját. A matematikai statisztikai gondolkodásmód és a krónikus betegségek okainak feltérképezését célzó epidemiológiai kutatások találkozásának eredményeként megszületik a *krónikus betegségek epidemiológiája*, a kutatási eredmények következtében jelentősen visszaszorul a monokauzalitás szemlélete (vö. Rothstein 2003, Parascandola 2011). A *rizikófaktor* fogalmának megszületése tulajdonképpen ennek a szemléletváltásnak az egyik lényegi eredménye. A krónikus betegségek rizikófaktorai között pedig a krónikus betegségek epidemio-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

lógiai vizsgálatainak kezdete óta szerepelnek pszichológiai és/vagy – és/vagy betegségétől függően – társadalmi jellemzők, mint csekélyebb vagy jelentősebb etiológiai szereppel bíró faktorok; a kutatások eredményeként számos valódi etiológiai szerepét sikerült igazolni.

A klinikai genetika betegszemlélete szintén számos betegség vonatkozásában tartalmazza a multifaktoriális szemléletet. Egyes, klasszikusan monogénes eredetűnek tekintett betegség esetében is – például az autoszomális recesszív öröklődésű fenilketonúria esetében (Scriver – Waters 1999) – igazolódni látszik a mutáns genotípus-fenotípus, korábban törvényszerűnek vélt kapcsolatának erős, esetenként gyengébb asszociációra történő redukciója. Sőt, a molekuláris genetikában egyesek a genetikai betegségeket kromoszomális, monogénes (mendeli) és multifaktoriális csoportokra osztó klasszifikációt túlzottan leegyszerűsítőnek tekintik (helyenként paradigmaváltásnak lehetünk szemtanúi? – vö. Scriver 2007). Mindezeket szem előtt tartva minden olyan orvostudományi szakág, amely valamilyen formában foglalkozik krónikus betegségekkel, számos betegség kialakulási folyamatát illetően számol egyéni lelki és/vagy társas jellemzők kisebb vagy nagyobb mértékben facilitáló, vagy éppen protektív szerepével.

Az is észrevehető azonban, hogy a *tudományos igazság* modern, *pragmatista szemléletének bizonyos elemeit* megtalálhatjuk Engel gondolkodásában. A pragmatista alappozíció szerint például egy adott elmélet addig igazán hasznos, ameddig működőképes, Engelnél ezt explicite felleljük: „A tudományos módszer értékének mércéje nem annak helyessége vagy helytelensége, hanem az, hogy mennyire használható. Módosításra vagy elvetésre kerül, amikor többé már nem segít bennünket új ismeret előállításához vagy új ismeret tesztelésére során” (Engel 1981: 122). Amennyiben a gyógyítás – mint a medicina legfőbb célja – hatékonyabb egy korábbinál eltérő gondolkodási keret mellett, akkor szükséges revízió alá vonni az addig uralkodó elméletet. Gondoljunk például Semmelweisre, aki a gyermekágyi láz általa előidézett sikeres visszaszorítása alapján tartotta indokoltnak a korában domináns fertőzéselméletek (pl. miazma elmélet) elutasítását (Gillies 2005).

Végezetül ejtsünk néhány szót a *humanisztikus medicina* követelményéről, amiről Engel mint alapvető követelményről oly sokat, évtizedeken keresztül írt, miközben folyamatosan próbálta lebontani a tudomány és a humanizmus, vagy a medicina és a humanizmus között felállított fals oppozíciót. Láthattuk, hogy a humanizmus követelménye korántsem etikai kívánalomként jelenik meg gondolatai között, hanem szigorú tudományos követelményként, amit a gyógyításhoz szükséges adatok megbízható és érvényes jellegének biztosítása követel meg. Engel persze azzal is tisztában volt, hogy nem kell egészen az ókori gondolkodókig visszanyúlni ahhoz, hogy megtaláljuk azt a nézetet, mely szerint a tudományosság követelménye be kell, hogy emelje mindazt, ami emberi. Például jól tudta, hogy William Gull tizenkilencedik századi, korában nagyírú orvos szintén ezen az állásponton volt: „Az az orvos, aki úgy próbál meg gondoskodni egy betegről, hogy eközben tudományta-



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

lannak minősítve mellőzi az érzelmi aspektusokat, éppen annyira tudománytalan, mint az a kutató, aki nem törekszik arra, hogy minden olyan feltételt kontrolláljon, amely hatással lehet a kísérletére” (Gull 1896). Kétségtelen, hogy az emberektől származó adatok mennyisége számos esetben növelhető megfelelő technikai ismeretek birtokában. Ugyanakkor az a gondolat is tévútra vihet minket, ha úgy véljük, hogy interperszonális kapcsolataink sikeres működése minden esetben kimeríthető lenne technikai jellegű képességek mesteri szintű működtetésével. Azt, hogy kapcsolatainkban mindig van valami szükségszerűen technikain *túli*, például a pszichoterápiáról való gondolkodás korai történetéből is jól ismerjük, elég csupán a Ferenczi Sándor által a *Klinikai napló*ban kifejtett, ide vonatkozó gondolatokra utalni (Vö. Bánfalvi 2013: 265–266). A hatékony információszerzés elképzelése mögötti hatékonyság-kritérium aligha juthat tovább a másik ember eszközként való kezelésénél. Ezt Alasdair McIntyre a következőképpen fogalmazta meg: „a hatékonyság fogalma (...) elválaszthatatlan attól az emberi létezmódtól, amelyben az eszközöket döntően arra a célra alkotják, hogy az emberi lényeket manipulatív módon szolgálatkész viselkedési mintákba kényszerítsék” (McIntyre 1999: 108). Tehát egyfelől addig a mértékig, ameddig céljaink szolgálatában lehetséges, a technikai eszközök alkalmazásával szerzett információ elősegíti a hatékonyságot, viszont mindig marad valami technikain *túli*, emberi, ami a hatékonyság esszenciális, ámde nem technikai összetevőjét nyújtja. Az etikai követelmények mindig a technikain *túl*, vagy *mögött* lévő alapokról építkeznek.

Az ember eszközösítésének (adott cél miatt végzett tárgyiasításának, objektiválásának), a hatékony beavatkozás e nélkülözhetetlen elemének fontosságával az a Karl Jaspers is tisztában volt, akire Engel utat nyitott az egyik tanulmányában (Engel 1992) hivatkozott cikke (Wiggins – Schwartz 1986.) keresztül. A hivatkozott munka utal Jaspers nagy hatású Általános pszichopatológia (Jaspers 1959) munkájára, illetve az *Orvos és beteg* (Jaspers 1963) című esszéjére. Ez utóbbi írás, az észlelési kritikai dialógusba vonhatja Engel módszertani triászát (résztvevő megfigyelés, introspekció, dialógus). Jaspers fenomenológiai alappozícióról építkezve a beteg személy terápia során megjelenő objektivációjának olyan leírását adja, amely az engeli „kapcsolati mód” módszertani triásza által lehetővé tett tárgyiasításnál megítélésem szerint elméletileg konzisztensebb. Idézzük Jaspers ide vonatkozó gondolatait: „Számunkra, véges emberi létezők számára, akiknek a tudatosság a szubjektum és az objektum, a gondolkodó és a gondolat különbségében áll elő, általános igazság, hogy objektiváció nélkül nem lehetséges sem gondolkodás, sem célirányos cselekvés. A medicina számára ez azt jelenti, hogy az orvostudomány addig létezik, ameddig lát valamit, valami objektívet, és azt az orvosi cselekvés számára hozzáférhetővé teszi. Az orvostudomány semmiképpen sem alakítja a betegségeket szubsztantív létezőkké. Az orvostudomány specifikus, és ennek megfelelően partikuláris dolgokkal és viszonyokkal foglalkozik, tudván, hogy mindezeket magába öleli az, amit teljességnak nevezünk. A teljességnak ez a fogalma azonban figyelmeztető jel a



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

számunkra, hogy egyetlen tárgyat se tekintsünk teljesnek, hogy – mondjuk így – ne változtassuk azt abszolúttá. Például egyetlen embert sem lehet objektíválni és ekként észelve egésznek tekinteni. Ha egy embert egészként objektíválni próbálunk, az egyenes út arra, hogy elhibázzuk őt a szemünk elől” (Jaspers 1963: 175).

Az engeli paradigma jelentőségének megítélése kétségtelenül nem lehet egyetlen ítéző perspektíva eredménye, illetve egyetlen perspektíva ítélete a paradigma komplex hatástörténetéről alkotható képünket egyoldalúvá teheti. Záró megjegyzéseim csupán adalékul szolgálhatnak, az orvosi humaniorák identitásformálódásának kontextusában tekintenek az engeli paradigmára. Az orvosi humaniorák identitásának formálódásában az engeli paradigma az 1970-es és '80-as években meghatározó szerepet játszott. Az *orvosi humaniorák mai identitásának, vagy identitáskeresésének mai folyamatában* hasznosíthatjuk az engeli szemlélet erős, ma is aktuális elemeit. Ilyen – többek között – az engeli szerepelmélet néhány eleme. El lehet azonban távolodnunk a modell ma már nem igazán tartható elemeitől. Erre a statikus rendszerelméleti keret szolgálhat példaként, ami azonban már felvetheti a „biopszichoszociális modell/szemlélet” kifejezés további alkalmazhatóságának a kérdését. Továbbá, ma a korábban domináns, bipolarizáló (biomedikális vs. holisztikus) és negatív módon – a helytelen cselekvés példáján építkező – kritikai attitűd gyengülő szerepét is regisztrálhatjuk. Ennek a megközelítésnek természetesen megvolt a maga történeti kontextusa és ezáltal helyi értéke, melyben Engel mellett olyan szerzők jelennek meg a fennálló intézmények egyes elemeinek erős kritikáival, mint például Ivan Illich (Illich 1976) vagy Thomas Szasz (Szasz 1974 [1961]). A mai orvostanhallgatók szemléletformálására rendelkezésre álló intézményi keretfeltételek szem előtt tartásával olyan kritikai attitűd hatásosabbnak bizonyulhat, melyben a polarizáció igénye nélkül jelenik meg a pozitív példákon keresztül történő szemléletformálás (pl. Berger – Shuster – Von Roenn 2013).

Összegzés

Tanulmányunkban elsősorban arra kerestük a választ, hogy a mai orvostanhallgatók oktatása során mennyiben lehet még aktuális az engeli biopszichoszociális modell használata, ennek megítéléséhez néhány szempontból elemzés alá vetettük a modellt. A szempontok közül értelmezésünk vezérfonalát a professzionizáció jelentette, vagyis annak áttekintése, hogy az orvos szerep(ek) vonatkozásában ma milyen hasznosítható elemekkel szolgálhat az engeli modell. Ráműtöttünk arra, hogy az engeli modell olyan hagyományra is építkezik – ide sorolhatók, többek között, Abraham Flexner vagy Karl Jaspers gondolatai –, melynek indokolt lehet kiaknázása, oktatásban történő erőteljesebb hasznosítása.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

Irodalom

- Bánfalvi, A. (2013): A Ferenczi-kultusz, a terápiás technika és a „dodóhipotézis”. In: Uő: *A medicina hatalma és kiszolgáltatottsága. Medikalizáció*. Meditor bioetikai sorozat 3. Sorozatszerkesztők: Rózsa Erzsébet – Kőműves Sándor – Kovács József, Debreceni Egyetemi Kiadó – Literatura Medica Kiadó, Debrecen: 255–267.
- Bokor, P. – Andrejkovics, M. – Frecska, E. (2015): Spiritualitás a medicinában. In: Füredi, J. – Németh, A. (szerk.) (2015): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest: 111–116.
- Berger, A. M. – Shuster, J. L. – Von Roenn, J. H. (eds.) (2013): *Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology*. 4th ed. Williams & Wilkins, Lippincott
- Buda, B. – Kopp, M. (szerk.): *Magatartástudományok*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
- Csabai, M. – Molnár, P. (2009): Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
- Dewey, J. (1899): *The School and Society*. The University of Chicago Press, Chicago
- Dewey, J. (1916): *Democracy and Education: An introduction to the philosophy of education*. The Macmillan Company, New York
- Engel, G. L. (1960a): A Unified Concept of Health and Disease. *IRE Transactions on Medical Electronics*, January, ME7: 48–57.
- Engel, G. L. (1960b): A Unified Concept of Health and Disease. *Perspectives in Biology and Medicine*, 3: 459–485.
- Engel, G. L. (1965): Clinical Observation. The Neglected Basic Method of Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 192(10): 849–852.
- Engel, G. L. (1971): Sudden and rapid death during psychological stress: Folklore or folkwisdom? *Annals of Internal Medicine*, 74: 771–782.
- Engel, G. L. (1973): Enduring Attributes of Medicine Relevant to the Education of the Physician. *Annals of Internal Medicine*, 78: 587–593.
- Engel, G. L. (1977a): The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286): 129–136.
- Engel, G. L. (1977b): The Care of the Patient: Art or Science? *Johns Hopkins Medical Journal*, 141: 222–232.
- Engel, G. L. (1978a): Biomedicine’s Failure To Achieve Flexnerian Standards of Education. *Journal of Medical Education*, 53: 387–392.
- Engel, G. L. (1978b): The Biopsychosocial Model and the Education of Health Professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 310: 169–181, June 21.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

- Engel, G. L. (1978c): Psychologic stress, vasodepressor (vasovagal) syncope and sudden death. *Annals of Internal Medicine*, 89: 403–412.
- Engel, G. L. (1979): The Biopsychosocial Model and the Education of Health Professionals. *General Hospital Psychiatry*, 1(2): 156–165.
- Engel, G. L. (1981): The Clinical Application of The Biopsychosocial Model. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 6(2): 101–123.
- Engel, G. L. (1982): The Biopsychosocial Model and Medical Education. *The New England Journal of Medicine*, 306: 802–805.
- Engel, G. L. (1985): Commentary on Schwartz and Wiggins: Science, Humanism, and the Nature of Medical Practice. *Perspectives in Biology and Medicine*, 28(3): 362–366.
- Engel, G. L. (1987): Physician-Scientists and Scientific Physicians. Resolving the Humanism-Science Dichotomy. *The American Journal of Medicine*, 82(1): 107–111.
- Engel, G. L. (1992): How Much Longer Must Medicine's Science Be Bound By a Seventeenth Century World View? *Psychotherapy and Psychosomatics* 57(1–2): 3–16.
- Engel, G. L. (1996a): From Biomedical to Biopsychosocial. I. Being Scientific in the Human Domain. *Families, Systems and Health*, 14(4): 425–433.
- Engel, G. L. (1996b): From Biomedical to Biopsychosocial. II. A Personal Odyssey. *Families, Systems and Health*, 14(4): 434–449.
- Engel, G. L. (1996c): From Biomedical to Biopsychosocial. III. Publications, 1942–1996. *Families, Systems and Health*, 14(4): 450–452.
- Engel, G.L. (1997): From Biomedical to Biopsychosocial. Being Scientific in the Human Domain. *Psychosomatics*, 38(6): 521–528.
- Engel, P. A. (2001): George L. Engel, M. D., 1913–1999. Remembering His Life and Work; Rediscovering His Soul. *Psychosomatics*, 42(2): 94–99.
- Evans, A. S. (1976): Causation and Disease: The Henle-Koch Postulates Revisited. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 49: 175–195.
- Evans, A. S. (1993): Causation and Disease: A Chronological Journey. Springer Science+Business Media, New York
- Fabrega, Horacio (1975): The Need for an Ethnomedical Science. The study of medical systems comparatively has important implications for the social and biological sciences. *Science*, 189 (19 Sept 1975): 969–975.
- Flexner, A. (1910): *Medical Education in The United States and Canada*. The Carnegie Foundation. Bulletin Number Four
- Füredi, J. – Németh, A. (szerk.) (2015): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

- Gillies, D. (2005): Hempelian and Kuhnian approaches in the philosophy of medicine: the Semmelweis case. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 36(1): 159–181.
- Gull, W. W. (1896): Clinical Observation in Relation to Medicine in Modern Times. In: Azland, T. D. (ed.): *Memoirs and Addresses*. New Sydenham Society, London
- Habermas, J. (1970): *Toward a rational society: Student protest, science, and politics*. Beacon Press, Boston (Forrás: Habermas, J. (1968): *Technik und Wissenschaft als Ideologie*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, illetve Habermas, J. (1969): *Protestbewegung und Hochschulreform*. Suhrkamp, Frankfurt am Main)
- Heisenberg, W. (1985): *Physics and Philosophy: The Revolution in Modern Science*. Harper. New York
- Illich, I. (1976). *Medical Nemesis*. Calder & Boyars, London
- Jaspers, K. (1959): *Allgemeine Psychopathologie*, 7. unveränderte Auflage. Springer. Berlin
- Jaspers, K. (1963): *Philosophy and the world: Selected Essays*. Henry Regnery Company, Chicago
- Kirsner, J. B. (1986): The Changing Medical Scene (1929–1985): A Personal Perspective. *Perspectives in Biology and Medicine*, 29(2): 227–243.
- Lázár, I. – Pikó, B. (szerk.) (2012): *Orvosi antropológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
- Ludmerer, K. M. (2010): Understanding the Flexner Report. *Academic Medicine*, 85(2): 193–196.
- McIntyre, A. (1999): *Az erény nyomában*. Ford.: Biróné Kaszás Éva. Osiris Kiadó, Budapest
- Molnár, R. (szerk.) (2013) *Orvosi szociológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
- Parascandola, M. (2011): The Epidemiologic Transition and Changing Concepts of Causation and Causal Inference. *Revue d'histoire des sciences*, 2(2): 243–262.
- Pikó, B. (2002): *Egészségszociológia*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest
- Pikó, B. (2006): *Orvosi szociológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
- Pikó, B. (2012a): Az orvosi antropológia és az orvosi szociológia. In: Lázár, I. – Pikó, B. (szerk.) (2012): *Orvosi antropológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest: 20–26.
- Pikó, B. (2012b): Laikus egészség- és betegségkonceptiók orvosi antropológiája. In: Lázár, I. – Pikó, B. (szerk.) (2012): *Orvosi antropológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest. 135–143.



ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ

- Rothstein, W. G. (2003): *Public Health Concept of the Risk Factor: A History of an Uneven Medical Revolution*. University of Rochester Press, Rochester, New York
- Scambler, G. (ed.) (2012): *Contemporary Theorists for Medical Sociology*. Routledge, London
- Scriver, C. R. – Waters, P. J. (1999) Monogenic traits are not simple: lessons from Phenylketonuria. *Trends in Genetics*, 15(7): 267–72.
- Scriver, C. R. (2007): The PAH gene, phenylketonuria, and a paradigm shift. *Human Mutation*, Sep., 28(9): 831–845.
- Szasz, T. 1974 [1961] *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. Harper & Row, New York
- Szántó, Zs. – Susánszky, É. (szerk.) (2006): *Orvosi szociológia*. Semmelweis Kiadó, Budapest
- Thagard, P. (1999): *How Scientists Explain Disease*. Princeton University Press. Princeton – New Jersey
- Túry, F. – Purebl, Gy. (2015): A pszichoszomatika fogalma. In. Füredi, J. – Németh, A. (szerk.) (2015): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest: 758–767.
- Vingender, I. (2008): *Egészségszociológia*. Semmelweis Egyetem. Egészségtudományi Kar, Budapest
- Wiggins, O. P. – Schwartz, M. A. (1986): Techniques and persons. Habermasian reflections on medical ethics. *Human Studies*, 9(4): 365–377.



Egészségügyi információszerzés módjai szakrendelésen megjelent betegpopuláció körében*

MOLNÁR REGINA¹ – SÁGI ZOLTÁN² – FEJES ZSUZSANNA³ –
TÖRŐCSIK KÁLMÁN⁴ – KÖVES BÉLA⁵ – PAULIK EDIT⁶

ABSZTRAKT

Bevezetés Az egészségmagatartás fontos összetevője ugyan az információk megszerzése, mégis kevésbé ismertek a betegek informálódási szokásai.

Célkitűzés Szakrendelésen megjelent betegek körében azonosítani a különbözőképpen informálódó betegcsoportokat.

Módszer Kérdőíves felmérés egy budapesti szakrendelőben tartózkodó potenciális betegek körében. A kérdőív a következő kérdéscsoportokat tartalmazta: szociodemográfiai adatok, orvoshoz fordulási szokások, szakorvossal való kommunikáció módja, technikai eszközök használata.

Eredmények 260 fő körében végeztük el a felmérést (36,2% férfi, 63,8% nő). A páciensek betegségükkel kapcsolatban elsősorban az orvostól tájékozódnak, majd az internetes honlapokat és a Facebook csoportok híreit böngészik. Elsősorban betegségükkel, panaszaiikkal kapcsolatban keresnek információt az interneten, orvosaiokról, egészségügyi intézményről kevésbé. A fiatalok, az aktív munkavállalók, a magasabb iskolai végzettségűek aktívabbak; az idősebbek, az özvegyek azonban kevésbé informálódnak az interneten.

* Etikai engedély száma: 47259-1/2015EKU; 375/2015.

Köszönetnyilvánítás: A szerzők köszönetüket fejezik ki a szakrendelő vezetőségének a támogatásáért és a vizsgálat engedélyezéséért, a szakrendelő dolgozóinak és a betegeknek a vizsgálatban való részvételért.

Anyagi támogatás: TÁMOP-2.3.6.B-12-1/6-2014-0041.

¹ Molnár Regina, Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet, Szeged.

² Sági Zoltán, Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet, Szeged.

³ Fejes Zsuzsanna, Affidea Diagnosztika Kft., Szegedi Telephely.

⁴ Törőcsik Kálmán, MedicAlive Kft., Pécs.

⁵ Köves Béla, MedicAlive Kft., Pécs.

⁶ Paulik Edit, Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet, Szeged.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Következtetések Az interneten elérhető információk nem jutnak el minden szociodemográfiai csoporthoz. Az ellenőrzött honlapok és a közösségi médiában való megjelenések fontos szerepet tölthetnének be a betegek információszerzési folyamatában és fontos kiegészítői lehetnének az orvos-beteg kapcsolatnak.

KULCSSZAVAK: *egészséggel kapcsolatos információk, internet, kommunikációs formák, orvos-beteg kapcsolat, szociodemográfiai különbségek*

ABSTRACT

Health-related information gathering practices among outpatients

Introduction: Obtaining health information is an important part of health behaviour. However, there is limited data available about information gathering habits of patients.

Aims: To identify different patient groups according to their information gathering habits.

Methods: Questionnaire survey among potential patients in an outpatient clinic in Budapest. The survey consisted of the following domains: sociodemographic data; habits of visit a doctor; communications method with a specialist; use of technical devices.

Results: The survey was completed by 260 patients (36,2% men; 63,8% women). Patients primarily get medical information from their doctors, followed by the internet, where different websites and Facebook groups are the most common sources of information. Mostly they use the internet for checking their symptoms and complaints, however searching for data about their physicians and healthcare institutions are uncommon. Patients who are young, active workers, highly educated are more active, while elderly patients and widows search less information on the internet.

Conclusions: There are socio-demographic groups who are underinformed by digital healthcare related issues. Audited websites and social media releases could play an important role in the information gathering process of patients, and also supplement patient-doctor relationship.

KEYWORDS: *health-related information, internet, communication, doctor-patient relationship, socio-demographic differences*

Bevezetés

Napjainkban a kommunikációs formák nagymértékű átalakulásban vannak, amelyben fontos szerepe van az internet egyre növekvő használatának. A Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint a vezetőkes és mobiltelefonról kezdeményezett hívások száma csökkenő tendenciát mutat, helyüket az internetalapú kommunikációs csatornák veszik át. Folyamatosan növekszik az internet előfizetések, ezen belül az okostelefonra alkalmazott mobilinternet előfizetések száma is. 2013-ban a háztartások 71 százaléka rendelkezett internet hozzáféréssel, ami 6 százalékponttal maradt csak el az európai uniós átlagtól (KSH 2013, KSH 2014, KSH 2016).



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Érdekesen alakul hazánkban a közösségi médiaoldalak használata is, ami azt jelenti, hogy akinek van internet hozzáférése, az aktív is a közösségi média területén. A Nemzeti Média- és Hírközlési Hatóság felmérése szerint a lakosság 6 százaléka számára (20 év alattiaknál 16%) már a közösségi oldalak jelenti az elsődleges információforrást (Nemzeti Média- és Hírközlési Hatóság, Médiatanács 2011).

Magyarországon az internetezők jelentős többsége (87%) használja az internetet egészségüggyel összefüggő információk keresésére is (Tóth et al. 2014), ez az érték jelentősen nem tér el az angolszász országokétól (Dutton et al. 2011). Ez fontos jellemző, mert az egészségügyi információ könnyű hozzáférhetősége és használata megváltoztathatja az orvos-beteg kapcsolatot, a beteg passzív résztvevőből az egészségügyi döntések aktív résztvevőjévé válhat (Lee et al. 2010). Az internet hatással lehet az orvosi hivatásra, az orvos és betege közti döntésmechanizmusra is (Gaál 2016). A mai páciensek iskolázottabbak, műveltebbek, aktívabban részt akarnak venni a gyógyulás folyamatában és a hozzá kapcsolódó döntésekben, és ehhez egyre több információt kérnek és várnak orvosuktól (Kapocsi 2011). Az interneten szerzett információk segíthetik a beteget a döntéshozatalban, jobban kihasználhatóvá válhat a klinikai idő. A beteg könnyebben megértheti az orvos által mondottakat, támogatást kaphat az internetes önszolgáltató csoportoktól is (Wald et al. 2007).

Számos kutatás irányult az interneten fellelhető információk hatásának vizsgálatára is. Az Egyesült Államokban a megkérdezett orvosok 85 százaléka találkozott már azzal, hogy a beteg interneten keresett egészségügyi információt. Az orvos-beteg kapcsolat szempontjából nagyon fontos volt az információ minősége, pontossága, ami támogatta, elmélyítette a beteg ismereteit, így jobban sikerült kihasználni az orvostól töltött időt is. A pontatlan, nem megfelelő információ viszont káros hatással volt az orvos-beteg kapcsolatra, annak ellenére, hogy a betegek hajlamosabbak az orvos által adott információt elfogadni (Murray et al. 2003, Bowes et al. 2012). A beteg elégedetlensége szélsőséges esetben szükségtelen vizsgálatok elvégzéséhez is vezethet (Gallagher et al. 1997). Az orvosnak, a beteg által nem megfelelőnek tartott viselkedése – pl. ha az interneten eltérő kezelés alkalmazását találja, mint az orvosa által ajánlott –, akár orvosváltáshoz is vezethet (Bowes et al. 2012).

Az egészségügyben nemcsak az internet használata, hanem a mobilalkalmazások, az elektronikus üzenetek is egyre gyakoribbak és sokféle, ígéretes lehetőséget nyújtanak. A technikai eszközöknek a közvetlen orvos-beteg kapcsolatban, illetve egészségmegőrzésben, egészségfejlesztésben való használatára számtalan próbálkozás, fejlesztés történt nemzetközi és hazai vonatkozásban is. Egy norvég kutatócsoport – a szívbetegség harmadlagos prevenciója keretében – személyre szabott programmal próbálta növelni a rehabilitáción már átesett betegek körében a rendszeres fizikai aktivitást, melyet motivációs sms-ekkel és üzenetekkel is segítettek. A kutatás során viszonylag nagy volt a lemorzsolódás és a rendszeres fizikai aktivitás szintje nőtt ugyan, de a javulás nem volt szignifikáns a kontrollcsoportéhoz képest (Antypas



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

– Wangberg 2014). Egy angol kutatócsoport szintén koronária betegségben szenvedők körében vizsgálta a prevenció lehetőségeit. A kutatás fő célja az volt, hogy a rendszeres, mindennapos testmozgásra, legfőképp a gyaloglásra ösztönözzön. Hat hónap követés után nem észleltek különbséget a kontrollcsoportéhoz képest, de egyértelmű tendencia volt megfigyelhető a mozgásszegény időtöltés csökkenésében és a mérsékelt fizikai aktivitással töltött idő növekedésében. Hathetes követés után már mérhető változások álltak be, melyek a testtömeg csökkenésében, a mérsékelt fizikai aktivitás időtartamának növekedésében mutatkoztak meg. Ezek együttesen az anginás panaszok csökkenését, az életminőség javulását okozták, amely hat hónap követési idő után is megfigyelhető volt (Devi 2014).

Egy hazai kutatásban elektronikus üzenet segítségével próbálták meg fejleszteni a fényvédelmi szokásokat, ezzel megelőzni vagy csökkenteni a bőrrák kialakulásának kockázatát. A hatékonyság vizsgálatakor azt találták, hogy azok, akik elektronikus üzeneteket kaptak, többször használtak 15 percet meghaladó napon tartózkodás esetén fényvédő krémet, valamint a napozással kapcsolatos tudásuk is szignifikánsan jobb volt (Szabó 2013). A Pécsi Tudományegyetem kezdeményezése egy másik, olyan mobiltelefonos applikáció, amely azonosítja a tüdőrákra magas kockázatú egyéneket, majd megadja részükre a legközelebbi tüdőszűrő állomás elérhetőségét (Szántó é. n.).

E fejlemények jelentős változást eredményezhetnek a magyar egészségügyben is. Mára már jellemző hazánkban is, hogy a kórházak, szakrendelők, előjegyzések, szakorvosok elérhetőek az interneten, gyakran Facebook-megjelenéssel is. A betegek számos speciális Facebook csoportba regisztrálhatnak és rendszeresen érkehetnek hozzájuk az információk érdeklődési körüknek megfelelően.

Várható, hogy a különböző internetalapú tájékoztatói lehetőségek használata még gyakoribbá és sokszínűbbé válik majd az orvos és betegek között. Jelenleg, hazai viszonylatban még kevés információnk van a magyar betegpopuláció és azon belül a különböző szociodemográfiai csoportok információkeresési szokásairól és technikai eszközökkel kapcsolatos nyitottságáról.

A fentiek tükrében, kutatásunk célja az volt, hogy meghatározzuk azokat a forrásokat, ahonnan a betegek legtöbbször információt szereznek, valamint a szakrendelésen megjelenő betegek körében vizsgálni azt, hogy használják-e az internetet panaszaikkal, orvosaikkal, az egészségügyi intézménnyel kapcsolatos informálódásra, valamint milyen típusú internetes elérhetőségeket részesítenek előnyben. Felmértük az egészségmegőrzéssel, betegséggel kapcsolatos mobiltelefonos applikációk használatának gyakoriságát, valamint azt is, hogy aktívak-e a betegek különböző betegszervezetekben és mi a véleményük az orvos munkáját azonnal értékelő, illetve a szakorvost ajánló rendszerről.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Módszer

MINTA ÉS A VIZSGÁLAT KÖRÜLMÉNYEI

A kérdőíves vizsgálatra 2015-ben került sor egy budapesti kerületi egészségügyi intézetben, ahol felnőtt és gyermek háziorvosi ellátás, többféle szakrendelés, fogászati ellátás, védőnő, masszázs, gyógytorna, labor is elérhető. Felmérésünkben a felnőtt szakrendelések jelentették a vizsgálat fókuszát. Az adatfelvétel kérdezőbiztosok közreműködésével történt a szakorvosi rendelések várótermeiben megjelenő betegek körében (n=260); a válaszadás önkéntes és anonim volt. A kérdezőbiztosok öt munkanapot töltöttek a rendelőintézetben, ügyelve rá, hogy a délelőtti és a délutáni rendeléseken is megjelenjenek, valamint minden szakorvosi rendelő előtti várótermet felkerestek. A kérdezőbiztosok kényelmi mintavételt alkalmaztak, a megjelenő betegeket kérték fel a vizsgálatban való részvételre. A visszautasítási arány nem volt számottevő. A kérdezőbiztos szerepe volt a rendelőben tartózkodó betegek tájékoztatása a vizsgálatban való részvételről, felkérésük a vizsgálatban való részvételre, írásbeli beleegyezésük lebonyolítása, a vizsgálattal kapcsolatos kérdéseik megválaszolása, illetve, ha a válaszadónak nehézséget okozott a kérdőív elolvasása és saját kezű kitöltése, a kérdezőbiztos felolvasta és rögzítette a válaszokat.

MÉRŐESZKÖZÖK

A 28 kérdésből álló kérdőív legfontosabb blokkjai az alábbiak voltak:

Szociodemográfiai adatok (születési év, nem, állandó, ideiglenes lakóhely, az illetékessége egészségügyi ellátás szempontjából, legmagasabb iskolai végzettség, családi állapot, munkaerőpiaci státusz).

Orvoshoz fordulási szokások jellemzése (a beteg által felkeresett szakrendelés, hirtelen vagy tervezett elhatározásból fordult orvoshoz; milyen céllal kereste fel a rendelőt; van-e rendszeres ellenőrzést igénylő krónikus betegsége, évi hány alkalommal keresi fel szakorvosát).

Szakorvossal való kommunikáció módja (a személyes konzultáción kívül milyen módon történik a beteg és szakorvosa közti kommunikáció, melyiket használja leggyakrabban; milyen kommunikációs módokat igényelne még a beteg a rendelésen való találkozásokon kívül, melyiket szeretné leginkább; milyen probléma esetén érzi szükségét annak, hogy orvosával az előre egyeztetett kontrollvizsgálatok között is beszéljen; a kommunikáció módja, aszerint, hogy az asszisztenssel kommunikált vagy orvosával, ha két személyes konzultáció között bármilyen kérdése, problémája merült fel).



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Technikai eszközök használata (honnan szerez információt betegségével kapcsolatban – több választ is jelölhettek – keres-e információt betegségével, orvosával, egészségügyi intézménnyel kapcsolatban az interneten, olvas-e betegségével kapcsolatban blogokat, fórumokat, honlapokat, Facebook csoport híreit, használ-e betegségével, egészsége megőrzésével kapcsolatban mobiltelefonos applikációkat; tagja-e betegszervezetnek, értékelné-e orvosa munkáját a rendelésen való részvétel után papír alapú, illetve interneten elérhető kérdőív segítségével; használna-e szakorvos kereső, illetve ajánló adatbázist).

STATISZTIKAI ELEMZÉS

Az adatok elemzését SPSS 20.0 programmal végeztük, a statisztikai adatfeldolgozás során százalékos megoszlásokat, az összefüggések elemzésére keresztábrákat és khi-négyzet próbát alkalmaztunk, a szignifikancia szintje $p < 0,05$ volt. Elemzésünkben – az egyes kérdéseknél csak néhány fő esetén volt hiányzó válasz – mindig az adott kérdésre választ adók maximális számát tekintettük 100 százaléknak.

Eredmények

Felmérésünk során összesen 260 főt kérdeztünk meg. Az esetek 73,5%-ánál (191 fő) a kérdezőbiztos, 25,4%-nál (66 fő) maga a páciens és 1,1% (3 fő) esetében a kérdezőbiztos, a páciens és annak kísérője együttesen rögzítette a válaszokat. A válaszadók legfontosabb szociodemográfiai jellemzőit az 1. táblázat tartalmazza.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

1. táblázat:

A válaszadók legfontosabb szociodemográfiai jellemzői (N=260 fő)

Szociodemográfiai jellemzők	fő	%
Nem		
Férfi	94	36,2
Nő	166	63,8
Korcsoport		
18–30 éves	67	25,8
31–40 éves	76	29,2
41–50 éves	55	21,2
51–60 éves	35	13,4
61 éves és felette	27	10,4
Legmagasabb iskolai végzettség		
Kevesebb, mint 8 általános vagy 8 általános	10	3,9
Szakmunkásképző, szakiskola	46	17,8
Szakközépiskola vagy gimnázium	121	46,9
Főiskola, egyetem	81	31,4
Családi állapot		
Nőtlen, hajadon	64	24,6
Élettársa van vagy házas	124	47,7
Elvált	58	22,3
Özvegy	14	5,4
Munkaerőpiaci státusz		
Aktív	136	52,3
Inaktív [#]	124	47,7

Forrás: Saját szerkesztésű táblázat.

[#] (nyugdíjas, munkanélküli, gyes, gyed, rokkantnyugdíjas, háztartásbeli, közfoglalkoztatott, tanuló, tartós táppénzen lévő, ápolási díjban részesülő)



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

BETEGSÉGGEL KAPCSOLATOS ELSŐDLEGES INFORMÁCIÓFORRÁSOK

A potenciális betegek túlnyomó többsége (89,6%) elsősorban kezelőorvosától tájékozódik betegségével kapcsolatban, de jelentős részük (73,8%) az interneten is szét néz. Az újságok, folyóiratok, könyvek már kevésbé népszerűek, csak 37,3% használja azokat. Az ismerősöktől, családtagoktól szerzett információt 25,4%, míg 18,1% a betegtársaktól.

CÉLZOTT INTERNETES INFORMÁCIÓSZERZÉS BETEGSÉGGEL, ORVOSOKKAL, EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEKSEL KAPCSOLATBAN

A megkérdezettek 78,4%-a tájékozódott az interneten betegségéről, panaszairól. Általában orvosokról minden második beteg (52,9%) tájékozódik, és hasonló arányban (49,0%) keresnek információt egészségügyi intézménnyel kapcsolatban is.

INTERNETES FORRÁSOK TÍPUSA AZ EGÉSZSÉGGEL, BETEGSÉGGEL KAPCSOLATBAN

A betegek tájékoztatásában a legnagyobb szerephez az egészségügy, életmódorientált honlapok jutnak, a megkérdezettek több mint fele (58,8%), olvasta/olvassa azokat, valamint szintén majdnem minden második beteg (45,5%) követte Facebook csoportok bejegyzéseit, híreit. A fórumok kevésbé voltak népszerűek, csak 33,8% látogatta azokat és a blogok olvasása is háttérbe szorult, csak 17,4%-ra volt jellemző.

Mobiltelefonos applikációkat összesen 4,2% használt, pl. kalóriaszámlálót, laboreredmény értékelőt. Öt férfi és hat nő tartozott ebbe a kategóriába és közülük 9 fő 40 év alatti volt.

Betegszervezetnek tagja 13,5% volt, 2 fő úgy, hogy személyes kapcsolatban is álltak, 33 fő szintén tag, de csak a Facebook-on belül.

Vélemények szakorvos kereső, illetve véleményező rendszerekkel kapcsolatban

A betegek 77,7%-a, ha lehetősége lenne rá, amint a rendelőből kijön, szívesen értékelné orvosa munkáját (papírformátumú vagy interneten elérhető kérdőív segítségével) és ugyanilyen arányban használnának szakorvoskereső, és ajánló rendszert is.

CÉLZOTT INTERNETES INFORMÁCIÓSZERZÉS BETEGSÉGGEL, ORVOSOKKAL, EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEKSEL KAPCSOLATBAN SZOCIODEMOGRÁFIAI CSOPORTOK SZERINT

Betegségükkel kapcsolatban legnagyobb arányban a fiatalok, a felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők, a munkaerőpiacon aktívak kerestek információt (2. táblázat).



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

2. táblázat.

Internetes tájékozódás jellemzői szociodemográfiai csoportok szerint (n=260)

	Betegségével kapcsolatban tájékozódik az internetről N (%)		p-érték	Orvosával kapcsolatban tájékozódik az internetről N (%)		p-érték	Egészségügyi intézménnyel kapcsolatban tájékozódik az internetről N (%)		p-érték
	igen	nem		igen	nem		igen	nem	
Nem			0,159			0,008			0,001
Férfi	70 (74,5)	24 (25,5)		40 (42,6)	54 (57,4)		33 (35,1)	61 (64,9)	
Nő	133 (80,6)	32 (19,4)		97 (58,8)	68 (41,2)		94 (57,0)	71 (43,0)	
Korcsoport			0,001			0,001			0,003
18–30 éves	61 (92,4)	5 (7,6)		60,6 (40)	39,4 (26)		35 (53,0)	31 (47,0)	
31–40 éves	66 (86,8)	10 (13,2)		67,1 (51)	32,9 (25)		48 (63,2)	28 (36,8)	
41–50 éves	38 (69,1)	17 (30,9)		49,1 (27)	50,9 (28)		24 (43,6)	31 (56,4)	
51–60 éves	24 (68,6)	11 (31,4)		37,1 (13)	62,9 (22)		14 (40,0)	21 (60,0)	
61 éves és felette	14 (51,9)	13 (48,1)		22,2 (6)	77,8 (21)		6(22,2)	21 (77,8)	
Családi állapot			0,001			0,016			0,001
Nőtlen, hajadon	54 (85,7)	9 (14,3)		35 (55,6)	28 (44,4)		29 (46,0)	34 (54,0)	
Élettárssal él/házaspár	102 (82,3)	22 (17,7)		72 (58,1)	52 (41,9)		74 (59,7)	50 (40,3)	
Elvált	41 (70,7)	17 (29,3)		28 (48,3)	30 (51,7)		23 (39,7)	35 (60,3)	
Özvegy	6 (42,9)	8 (57,1)		2 (14,3)	12 (85,7)		1 (7,1)	13 (92,3)	



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

	Betegségével kapcsolatban tájékozódik az internetről N (%)		p-érték	Orvosával kapcsolatban tájékozódik az internetről N (%)		p-érték	Egészségügyi intézménnyel kapcsolatban tájékozódik az internetről N (%)		p-érték
	igen	nem		igen	nem		igen	nem	
Legmagasabb iskolai végzettsége			0,002			0,002			0,003
Kevesebb, mint 8 általános/8 általános	5 (55,6)	4 (40,4)		1 (11,1)	8 (88,9)		2 (22,2)	7 (77,8)	
Szakközépiskola, szakiskola	28 (60,9)	18 (39,1)		17 (37,0)	29 (63,0)		14 (30,4)	32 (69,6)	
Szakközépiskola vagy gimnázium	97 (80,2)	24 (19,8)		65 (54,5)	55 (45,5)		61 (50,4)	60 (49,6)	
Főiskola, egyetem	71 (87,7)	10 (12,3)		52 (64,2)	29 (35,8)		50 (61,7)	31 (38,3)	
Munkaerőpiaci státusz			0,032			0,150			0,531
Aktív	145 (81,9)	32 (18,1)		98 (55,4)	79 (44,6)		87 (49,2)	90 (50,8)	
Inaktív	58 (70,7)	24 (29,3)		39 (47,6)	43 (52,4)		40 (98,8)	42 (51,2)	

Forrás: Saját szerkesztésű táblázat.

Családi állapot szerint a hajadonok, nőtlenek, a házastárssal, élettárssal élők keresnek nagyobb arányban információt az interneten. A betegségek iránti tájékozódás csökken az elváltak körében, és az özvegyeknél fordul meg először az arány, miszerint többségük nem keres információt betegségével kapcsolatban.

Az orvosokkal kapcsolatban szintén a fiatalok és a magasabb iskolai végzettségűek tájékozódtak inkább az internetről. Jellemző, hogy a hajadon, nőtlen kategóriába tartozók és élettárssal, házastárssal élők hamarabb utánanéznek orvosuknak, míg az elváltak, özvegyek kevésbé. Érdekes azonban, hogy itt az arány már nemcsak az özvegyek, hanem az elváltak körében is megfordul: némileg nagyobb körökben azok aránya, aki nem keres rá az orvosára az interneten. Figyelemre méltó, hogy az orvosról nagyobb arányban a nők keresnek elérhető információt.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Az egészségügyi intézményekkel kapcsolatban hasonlóak a tendenciák. A fiatal, magasabb iskolai végzettségűek, hajadonok, nőtlenek, házások, élettárral élők tájékozódhatnak esetleg az egészségügyi intézménnyel kapcsolatban is. Az elváltak, özvegyek kevésbé, és jellemző, hogy nagyobb arányuk egyáltalán nem tájékozódik az interneten.

Megbeszélés

Eredményeink szerint a saját egészségügyi problémával kapcsolatos internethasználat hazánkban a fiatalabbak és magasabb iskolai végzettségűek körében a legmagasabb. A világhálót elsősorban információszerezésre, kapcsolattartásra használják, majd ezután következik az újságolvasás, a tanulás és az online szórakozás (KSH 2013). Eredményeink alátámasztják a korábbi internethasználattal kapcsolatos nemzetközi adatokat: az internetet használók között többen vannak a fiatalok, a magasabb iskolai végzettségűek, valamint a magasabb jövedelemmel rendelkezők (Rider et al. 2014, Takahashi et al. 2011, AlGhamdi – Moussa 2011).

Beck és mtsai (2014) azt találták, hogy az elmúlt 12 hónapban egészségügyi információt kereső francia fiatalok körében több volt a nő, és arányuk szignifikánsan nőtt az életkorral, valamint eltérés mutatkozott a foglalkozás tekintetében is. Az alkalmazottak, valamint a szakmunkások kevésbé néztek, kutattak hasonló információk után, mint a vállalkozók vagy a menedzserek (Beck et al. 2014). Az Egyesült Királyságban szintén hasonló következtetésre jutottak, mely szerint a nőkre jellemzőbb az interneten történő egészségügyi információszerezés (Powel et al. 2011).

Az egészségügyi problémákra vonatkozó internethasználat gyakorisága az életkorral csökken, de érdemes figyelni arra, hogy az idősebb korosztály sem elhanyagolható százalékban olvas betegségével kapcsolatos Facebook bejegyzéseket. Ennek köszönhetően az információ a közösségi térben terjed a leghatékonyabban. Ez magyarázhatja azt, hogy a megkérdezett 41 év felettiiek jelentős hányada olvas betegségével kapcsolatos Facebook bejegyzést is. Ennek oka feltehetőleg az lehet, hogy a Facebook jelentős szerepet játszik a szociális támogatásban is (Davis 2015).

A Facebook-on történő orvos-beteg kapcsolat vizsgálatára már született tanulmányok, amelyek felhívják a figyelmet a közösségi média hasznára és hátrányaira is egyaránt. A szociális média igazolt előnye a jobb információáramlás, a személyre szabott információátadás, a jobb hozzáférés az egészségügyi információkhoz, a szakértői, szociális és érzelmi támogatottság, a potenciális egészségpolitikai hatás. Hátrányai között szerepelnek a megbízhatósági aggályok, a minőségi kifogások, a hiányosságok a titoktartásban és az adatvédelemben egyaránt (Powell 2011).

Mivel a Facebook használata szinte megkerülhetetlen, szakértők már erre vonatkozó speciális képzést javasolnak, valamint azt, hogy az adminisztratív személyzet munkája a Facebook üzenetek feldolgozására is terjedjen ki (Peluchette et al. 2016).



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Napjainkban a betegség kikerül egy virtuális térbe, az emberek kiírják panaszait, így kérnek támogatást és reagálnak az egészségügyi információkra (Davis et al. 2014, Davis et al. 2015).

E jelenség egy másik fontos dologra is felhívhatja a figyelmet. A vizsgálatunkban résztvevőket ugyan a saját panaszai érdeklik, kevésbé az orvos személye, de akár a Facebook-on illetve más portálokon is utána olvashatnak orvosuknak, megnézhetik a profilját, melyekből információkat, következtetéseket vonhatnak le. Clyde és mt-sai vizsgálata (2014) szerint, ha az orvos profilja egészséges magatartást sugallt, a szakmaiságát is többre becsülték, viszont ha a profilban több egészségtelen dolog is megjelent (pl. napozás, szórakozás), akkor a szakmaiságát is kevesebbre értékelték (Clyde et al. 2014).

Fontos figyelni azokra is, az idősek – feltehetőleg női – özevgy betegek, akik nem használják a világhálót, így annak hatásából kimaradhatnak.

Más vizsgálat alapján is az internetes lehetőségeket nem használó csoportok első sorban az idősek, különösen az özevgyek, akik feltehetőleg pszichésen sem motíváltak az egészségügyi információ keresésében. Megfigyelhető, hogy azok, akik párkapcsolatban élnek, gyakrabban keresnek rá betegségükkel kapcsolatos honlapokra. Elképzelhető, hogy ebben szerepe van a párkapcsolat, a házasság ismert védő és motíváló hatásainak is (Ross et al. 1990).

Feltehetőleg az idősebb korosztály és a nyugdíjasok nem egészségük miatti érdektelenség miatt nem keresnek információt betegségeikről, orvosairól, lehetséges, hogy nem tudják az új technikai eszközöket használni.

Az információt különböző mértékben kereső betegcsoportok ismerete segítséget nyújthat a gyakorló orvosoknak abban, hogy mely betegcsoportok azok, akiknek általános tájékozottsága, motiváltsága növelhető lenne az internet által, vagy akik bevonhatóak lennének esetlegesen új technikai eszközök alkalmazásába is. Ezen csoportoknak motiválásra és feltehetőleg iránymutatásra is szüksége lenne azzal kapcsolatban, hogy mit is olvassanak az interneten (Rider et al. 2014). Jó gyakorlatok – pl. gyermekorvosi praxisban működő honlap kialakítása – szerencsére már léteznek hazánkban is (Pátri 2014). Az orvosi munka hatékonyságát növelné annak ismerete is, mely betegcsoportok azok, akik kizárólag az orvostól tájékozódnak és az orvos-beteg találkozás az egyetlen esemény számukra, ahol a betegségükkel kapcsolatban megfelelő tájékoztatást, útmutatást, visszajelzést kaphatnak.

Összegzés

Tanulmányunk aktuális képet ad egy hazai, állami szakrendelőben megjelenő betegek informálódási szokásairól. Első helyen az orvosuktól származó információ áll, második helyen – mindössze tíz százaléknyi különbséggel – az internet, mint egészségügyi információforrás. Ez azt jelenti, hogy először megkérdezik orvosukat, aztán



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

szétnéznek az interneten is. Az újságok, folyóiratok tájékoztató szerepe csökkent, a barátok, ismerősök, családtagok, betegtársak informáló szerepe sem jelentős. Más értelmezésben a potenciális betegek kétharmada tájékozódik az interneten betegséggel, panaszával kapcsolatban, fele orvosával és az érintett egészségügyi intézménnyel kapcsolatban is. Ennek érdekében honlapokat, közösségi média oldalak híreit olvassák, de szívesen használnának szakorvoskereső és ajánló programokat is. A mobiltelefonos applikációk használata és a betegszervezetekben vállalt tagság nem voltak jellemzőek a vizsgálatban résztvevőkre.

Megállapíthatjuk, hogy az internet térnyerése a betegek informálódásában meg lehetőségen nagy aránytalanságokat mutat. A fiatalok, magasabb iskolai végzettségűek használják az új lehetőségeket, az idősek, özvegyek távol maradnak a virtuális világtól. Mindezek hatást gyakorolhatnak a betegtájékoztatás hatékonyságára. A gyakrabban internetező csoportoknak feltehetőleg elegendő megmutatni, mely oldalakat olvassanak, míg az internetet kevésbé használókhoz más utakon (személyes kommunikáció, írásbeli, papíralapú tájékoztatás, esetleg online formában, fiatalabb családtagon keresztül) kell/ene eljuttatni az orvosi tájékoztatást kiegészítő információkat.

Irodalom

- AlGhamdi, K. M. – Moussa, N. A. (2012): Internet use by the public to search for health-related information. In: *Int J Med Inform*, 81(6): 363–73.
- Antypas, K. – Wangberg, SC. (2014): An Internet- and mobile-based tailored intervention to enhance maintenance of physical activity after cardiac rehabilitation: short-term results of a randomized controlled. In: *J Med Internet Res*, 16(3): 77.
- Beck, F. – Richard, J. B. – Nguyen-Thanh, V. – Montagni, I. – Parizot, I. – Renahy, E. (2014): Use of internet use health information resource among French young adults: results from a nationally representative survey. In: *J Med Internet Res*, 16(5): 128.
- Bowes, P. – Stevenson, F. – Ahluwalia, S. – Murray, E. (2012): 'I need her to be a doctor': patients' experiences of presenting health information from the internet in GP consultations. In: *Br J GenPract*, 62(604): 732–8.
- Clyde, J. W. – Domenech Rodríguez, M. M. – Geiser, C. (2014): Medical professionalism: an experimental look at physicians' Facebook profiles. In: *Med Educ Online*, 18, 19: 23149.
- Davis, M. A. – Haney, C. S. – Weeks, W. B. – Sirovich, B. E. – Anthony, D. L. (2014): Did you hearth eone about the doctor? An examination of doctor jokes posted on Facebook. In: *J Med Internet Res*, 13, 16(2): 41.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

- Davis, M. A. – Anthony, D. L. (2015): Seeking and receiving social support on Facebook for surgery. In: Pauls SD. Soc Sci Med, 131: 40–7.
- Devi, R. – Powell, J. – Singh, S. (2014): A web-based program improves physical activity outcomes in a primary care angina population: randomized controlled trial. In: J Med Internet Res, 16(9): 186.
- Dutton, W. H. – Blank, G. (2011): Next generation users: The internet in Britain. Oxford Internet Survey 2011. Oxford Internet Institute, University of Oxford. http://www.worldinternetproject.net/_files/_Published/23/820_oxis2011_report.pdf (Utolsó letöltés: 2017. 01. 02.)
- Gaál, I. (2016): Az internet hatása az orvos-beteg viszonyra. In: Orv Hetil, 157(17): 680–684.
- Gallagher, T. H. – Lo, B. – Chesney, M. – Christensen, K. (1997): How do physicians respond to patient's requests for costly, unindicated services? In: J Gen Intern Med, 12(11): 663–8.
- Kapocsi, E. (2011): „Boldogtalan orvosok” – a jelenség és ami mögötte van. In: LAM, 21(8–9): 584–588.
- Központi Statisztikai Hivatal: Magyarország 2012. (2013). Budapest, ISSN 1416-2768. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2012.pdf>. (Utolsó letöltés: 2017.01.04.)
- Központi Statisztikai Hivatal, Magyarország 2013. (2014). Budapest, ISSN 1416-2768. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2014.pdf>. (Utolsó letöltés: 2017.01.04.)
- Központi Statisztikai Hivatal, Magyarország 2015. (2016) Budapest, 2016., ISSN 1416-2768. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2015.pdf> (Utolsó letöltés: 2016.11.30.)
- Lee, C. – Gray, S. W. – Lewis, N. (2010): Internet use leads cancer patients to be active health care consumers. In: Patient Educ and Couns, 81: 63–69.
- Murray, E. – Lo, B. – Pollack, L., et al. (2003): The impact of health information on the Internet on healthcare and the physician-patient relationship: National U.S. survey among 1.050 U.S. physicians. In: J Med Internet Res, 5(3): 17.
- Nemzeti Média- és Hírközlési Hatóság, Médiatelepítés (2011): Közvélemény-kutatás a magyar lakosság hírfogyasztási szokásairól és a média megítéléséről. Budapest http://mediatelepites.hu/dokumentum/3127/Kozvelemenykutatas_a_magyar_lakosság_hirfogyasztasi_szokasairrol_es_a_media_megiteleserol.pdf (Utolsó letöltés: 2016.12.05.)
- Pátri, L. (2013): Online kapcsolattartás a gyermek-alapellátásban OTH, Budapest



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

- Peluchette, J. V. – Karl, K. A. – Coustasse, A. (2016): Physicians, patients, and Facebook: Could you? Would you? Should you? In: *Health Mark Q*, 33(2): 112–26.
- Powell, J. – Inglis, N. – Ronnie, J. – Large, S. (2011): The characteristics and motivations of online health information seekers: cross-sectional survey and qualitative interview study. In: *J Med Internet Res*, 23, 13(1).
- Rider, T. – Malik, M. – Chevassut, T. (2014): Haematology patients and the internet – The use of on-line health information and the impact on the patient–doctor relationship. In: *Patient Education and Counseling*, 97: 223–238.
- Ross, C. E. – Mirowsky, J. – Goldsteen, K. (1990): The impact of the family on health: the decade in review. In: *J Marriage Fam*, 52: 1059–1078.
- Szabó, Cs. (2013): Tömegmédia hatása a gyógyító kapcsolatra – új információs technikák a beteggel való kommunikációban. In: Csabai Márta – Pintér Judit Nóra (szerk.): *Pszichológia a gyógyításban. Oriold és Társai, Budapest*
- Szántó, Z. (é.n.): Egyedülálló egészségügyi applikációt fejlesztettek ki a PTE orvosai https://pte.hu/hirek/egyedulallo_egeszsegugyi_applikaciot_fejlesztettek_ki_pte_orvosai (Utolsó letöltés: 2016.12.31.)
- Takahashi, Y. – Ohura, T. – Ishizaki, T. – Okamoto, S. – Miki, K. – Naito, M. – Akamatsu, R. – Sugimori, H. – Yoshiike, N. – Miyaki, K. – Shimbo, T. – Nakayama, T. (2011): Internet use for health-related information via personal computers and cellphones in Japan: a cross-sectional population-based survey. In: *J Med Internet*, 14, 13(4): 110.
- Tóth, T. – Remete, S. G. – Filep, N. et al. (2014): E-páciens: barát vagy ellenség? Egészséggel kapcsolatos internetezési szokások Magyarországon. In: *IME*, 13(9), 49–54.
- Wald, H. S. – Dube, C. E. – Anthony D. C. (2007): Untangling the web – the impact of Internet use on healthcare and the physician-patient relationship. In: *Patient Educ Couns*. 68(3): 218–224.



A mentálhigiéné fejlesztésének lehetőségei a telemedicina segítségével

TÓTH ANIKÓ PANNA¹

ABSZTRAKT

A szerző célja a telemedicina egyik legdinamikusabban fejlődő ágának, a telementálhigiénének a bemutatása, a főbb területeinek, a biztosított szolgáltatások körének, a használt technológiák típusainak meghatározása, a szakirodalom áttekintése alapján. A tanulmányból képet kapunk a telementálhigiéné közel hat évtizedes múltjáról, jelenéről, beleértve az online segítő beszélgetés sajátosságainak bemutatását, a területre vonatkozó szakmai ajánlásokat, megismerjük a telementálhigiéné elterjedtségének és hatékonyságának mérésével kapcsolatos szempontokat. A jó gyakorlatok, a bizonyítottan hatékony ellátások, működő programok tapasztalatainak összegyűjtése és elemzése hozzájárulhat a terület jövőbeli fejlesztéséhez.

KULCSSZAVAK: telemedicina, telementálhigiéné, e-terápia, telepszichiátria, mentálhigiéné, IKT, konzultáció

ABSTRACT

Telemental health: using telemedicine to improve mental health

The article examines a special, emerging discipline of telemedicine, telemental health, according to a literature review introduce its main areas, the ensured mental health services, the type of technologies used. The history and present of the telemental health, including the online counseling psychological and communication specialities, the professional standards, regulations, and the guidelines on how to evaluate the effectiveness and spread of telemental health will be discussed. Collecting and analyzing the best practicies, the experiencies can help to improve telemental health services, provide recommendation for futher utilization opportunities.

KEYWORDS: telemedicine, telemental health, e-therapy, telepsychiatry, mental health, ICT, counseling

¹ Szociálpolitikus.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Bevezetés

A tanulmány publikálásával az a célom, hogy felhívjam a figyelmet a telemedicina egy speciális területére a technológia segítségével, távolról biztosított mentálhigiénés ellátásokra, lelki egészség védelmét szolgáló programokra, melyet angolul a „telemental health”-nek neveznek. A telementálhigiénés programok, szolgáltatások lassan hat évtizedes múltra tekintenek vissza, az online konzultáció és a telepszichológiai, telepszichiátriai kezelések hatalmas változáson, fejlődésen mentek keresztül. Ma már bizonyítottan hatékonyak pszichiátriai betegségek megelőzésében, a szorongásos zavarok és különféle fóbiák kezelésében, étkezési- és testképzavar gyógyításában, de használata a depresszió, a függőségek, a kényszerbetegség kezelésében is ígéretes. Segítheti az időskori elmagányosodás leküzdését, a mentális frissesség megőrzését, a demens betegek ellátását. A közösségi média különösen alkalmas a fiatalok elérésére, prevenciók tevékenységek végzésére. A *téma nemzetközi szakirodalma* nagy, itthon azonban még keveset hallani, olvasni ezekről a lehetőségekről, amit nagyon szomorúnak tartok, hiszen a lakosság egészségügyi és mentális állapota sajnos nagyon rossz. A magyar emberek az európai átlagnál boldogtalanabbak, elégedetlenebbek az életükkel, sokat idegeskednek, kimerültnek érzik magukat, aggodnak a munkahelyük biztonságáért és a munkájuk megbecsültségéért (European Commission 2010). Magas a szenvedélybetegek száma, már a fiatalok közt is magas a szerhasználók, az alkoholfogyasztók és dohányzók aránya (EMCDDA 2016).

Krónikus depresszióval és egyéb mentális betegségekkel küzd minden tizedik ember hazánkban², az öngyilkosságok száma bár évtizedek óta lassú javulást mutat³, Európában még így is nálunk a második legmagasabb az öngyilkosságok aránya⁴. Komoly probléma, hogy bár *kiemelkedően sokan küzdenek lelki problémákkal, mégis kevesen kérnek szakembertől segítséget*, aminek több oka van, szerepet játszanak benne az ellátórendszer hiányosságai és a kulturális okok is. Azt hiszem, ilyen rossz mentálhigiénés helyzetben különösen fontos lenne, hogy minden lehetőséget megragadjunk, kiaknázzunk, ami a lelki egészség védelmét és fejlesztését szolgálja. A jó gyakorlatok ismertetésével szeretném szemléltetni, hogy milyen sokféleképpen használhatók az infokommunikációs technológiák a segítségben, a mentálhigiénés programok, ellátások működtetésében. Kiemelek néhány speciális célcsoportot és

² „Krónikus depresszióról panaszodik a megkérdezettek 6%-a, egyéb mentális betegség több mint 3%-ban fordul elő. Ugyanennyi az említett betegségek miatt gyógyszeres kezelésben részesülők aránya is, ez összesen megközelíti a 10%-ot, ami figyelmeztet arra, hogy a mentális zavarok is a leggyakoribb betegségek közé tartoznak. Figyelemre méltó ezen kívül, hogy 6% körüli a rendszeresen altatót szedők aránya, ami feszültségre, nyugtalanságra, szorongásra és stresszre utal. A megkérdezettek 20%-a jelezte, hogy sokat idegeskedik és gyakran érzi magát kimerültnak, folytonos fáradtságra pedig egyharmaduk panaszkodott” (KSH 2010: 4).

³ KSH STADAT – 1.1. Népesség, népmozgalom (1900–)

⁴ Eurostat é. n.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

problémátípust, amely kezelésében a telemedicina, telepszichiátria áttörést jelenthet. Nagyon fontos, hogy az IKT használatával végzett ellátások, szolgáltatások is professzionálisak és etikusak legyenek, ezért áttekinthető, hogy ennek biztosításához milyen tudásra és készségekre van szükségük a segítőknek, illetve, hogy a szakmai szervezeteknek és az online konzultációs nemzetközi szervezeteinek milyen ajánlásai, útmutatói vannak ezzel kapcsolatban. Globális probléma, hogy a szociális és egészségügyi területek közti együttműködés gyenge, nem jellemző a holisztikus megközelítés, pedig úgy gondolom, hogy a kliensek, betegek magas színvonalú, hatékony ellátása, a lakosság mentális egészségének fejlesztése érdekében ez nagyon fontos lenne.

A tanulmányban használt fogalmakról

Az egészségügyi szektorban elterjedtek az infokommunikációs technológiák, megjelentek olyan eszközök, melyek könnyítik a szakemberek vagy szolgáltatók és a páciensek közötti kommunikációt, interakciót, a szolgáltatók közötti adatcserét. Létrejötték olyan információs hálózatok, melyek segítik a diagnózis felállítását, a kezelést, a beteg állapotának monitorozását, vagy akár a megelőzést. Ez az ún. eHealth⁵, melybe beletartoznak a különféle kórházi és klinikai információs rendszerek, az integrált egészségügyi információ-csere rendszerek, a telemedicina és egyéb, nem klinikai rendszerek (ellátási, gondozási analitikák, kutatások). Ezeknek a fő funkciója, hogy támogassák, segítsék a betegek ellátásba kerülését, a beteg adatok nyilvántartását, az egészségügyi adatok cseréjét, a kutatást és a képzést, a távoli egészségügyi ellátást és szociális gondozást (COCIR 2015). Funkció, felhasználási terület szerint az infokommunikációs technológiák használhatók az alábbi területeken: oktatás-továbbképzés, kutatás-fejlesztés, diagnosztika, kezelés, konzultáció, konzílium, prevenció, szűrővizsgálatok végzése, egészségnevelési és egészségfejlesztési feladatok, pszichológiai, terápiás és tanácsadási tevékenység, egészségi állapot megfigyelése, monitorozása. A COCIR definíciója szerint a telemedicina nem más, mint „egészségügyi szolgáltatások biztosítása infokommunikációs technológiák igénybevételeivel (eHealth), beleértve a vezeték nélküli és mobil kapcsolatokat is (mHealth), egy olyan helyzetben, amelyben a szereplők nem tartózkodnak egy helyen” (COCIR 2015: 68). A szereplők lehetnek egészségügyi szakemberek, vagy egy szakember és a páciense. A telemedicina területei közé tartozik a távegészség, távgondozás, a mobil-egészség rendszerek (melyek mobil hálózatot használó eszközök alkalmazásával biztosítják az egészségügyi ellátásokat, például a beteg életjelének valós idejű monitorozását,

⁵ Már egy 2005-ös kutatás (Oh et al. 2005) is több, mint 50 féle eHealth definíciót talált. Néhányan az E-health szinonimájaként használják az alábbiakat: healthcare IT, health ICTs /health informatics vagy magyarul e-egészségügy, míg mások sokkal szűkebben értelmezik és csak az internet használatán alapuló egészségügyi szolgáltatásokat értik alatta.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

az életvitel ellenőrzését, szöveges emlékeztetők küldését stb.) és a különféle szakterületekhez kapcsolódó szolgáltatások (például a teleradiológia, teledermatológia). Az American Telemedicine Association – ATA – a telemedicina fogalmát így határozza meg: „Az orvosi információk egyik helyről a másikra továbbítása elektronikus hírközlés útján, melynek célja, hogy a páciens egészségével kapcsolatos szolgáltatásokat nyújtson” (Fejes 2016: 234).

A telemedicina előnyei közé tartozik a költséghatékonyság, a könnyű hozzáférés, a földrajzi távolságok áthidalása és az, hogy segítségével olyan esetekben is végezhető az ellátás, amelyekben korábban csak nagyon nehezen lett volna megoldható. A betegek vagy kliensek anonim módon is kérhetnek segítséget, így stigmatizáció nélkül, a szeméremérzet tiszteletben tartásával biztosítható ellátás. Használatával számos értékelhető statisztikai adat keletkezik, javul a dokumentálhatóság. Az ellátások rugalmasabban, bármelyik napszakban és akár hétvégén igénybe vehetők, a várakozás csökkenthető, illetve lehetőség van üzenethagyásra (Daragó et al. 2013). Használatával új kockázatok, jogi és etikai dilemmák merülnek fel, elsősorban a biztonság, megbízhatóság, az adatvédelem, adatkezelés tekintetében. Ritkulhat a hagyományos⁶ találkozás az orvos/segítő és a beteg/kliens között, ill. a kapcsolat leszűkülhet a bizalmatlanság és a személytelenség miatt (Daragó et al. 2013). Probléma, hogy a terület jogilag és szakmailag még mindig nem pontosan szabályozott, a finanszírozás nem mindig megoldott. A telemedicina megítélése általában pozitív, de a társadalmi egyenlőtlenségek alakulására gyakorolt hatása nem egyértelmű, további vizsgálatra szorul.

Telementálhigiéné

Tanulmányomban a telemedicina egy speciális területével, a lelki egészség védelmét szolgáló, technológiák használatával távolról biztosított mentálhigiénéis szolgáltatásokkal, ellátásokkal foglalkozom. Erre a nemzetközi szakirodalomban a telemental health vagy E-mental health megnevezést használják, a tele előtag a térbeli és időbeli (vagy akár az időzónák közötti eltolódásra) távolságra utal (ATA 2009). A telemental health kifejezésnek meghonosodott magyar megfelelője még nincs, jelen tanulmányban a telementálhigiéné fordítást használom. A telementálhigiénéis ellátások, szolgáltatások köre magában foglalja az állapotfelmérést, a diagnózis felállítását és kezelési terv meghatározását, a tünetek követését és kezelését, egyéni és csoportos pszichoterápiát, pszichoedukációt, pszichiátriai kezeléseket és a prevenciót (Morland et al., Aboujaoude – Salame – Naim 2015). Technológiát használva, általában infokommunikációs technológia segítségével működtetik a szolgáltatásokat, biztosítják a programokat. Használhatnak számítógépes progra-

⁶ face-to-face, in-person



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRA

mokat, internetet, telekonferenciát és okostelefonos applikációkat is a mentálhigiénés szolgáltatások távoli biztosítására. Ahogy a felsorolásból is látszik nem csak internet alapú technológiákat használhatnak ilyen célra, hanem mobiltechnológiát is (mobil egészségügyi szolgáltatások, mHealth), de akár a robottechnológia használatára vonatkozóan is vannak kísérletek, például az időskori mentális problémák – elmagányosodás, demencia – megelőzésében, kezelésében.

A telementálhigiéné négy fő területe: „a számítógépes kognitív viselkedésterápia (cCBT), az internetes közvetítéssel végzett kognitív viselkedésterápia (iCBT), a virtuális valóság terápia (VRET) és a mobil terápia (mTherapy)” (Aboujaoude – Salame – Naim 2015: 223). A cCBT szoftverek használatával biztosított sztenderdizált, automatizált pszichoterápiát jelent. Használata lehetővé teszi a felhasználóknak az öndiagnózis felállítását, személyre szabott kezelési célok meghatározását, sztenderdizált terápiás eszközökkel a tünetek követését és a visszaesés megelőzését. Az internetes viselkedésterápiás programoknak (iCBT) három típusát különböztetik meg a segítő bevonódásának mértéke szerint, vannak programok, melyekhez működtetéséhez nem szükséges segítő közvetlen részvétele, vannak a terapeuta minimális közreműködésével, e-mailes vagy szöveges üzenetek cserével zajló programok és a harmadik típusa a terapeuta által végzett valós idejű online kezelés, e-terápia, mely során a terapeuta, konzultáns és a kliense (szinte) valós időben kommunikál, általában videókonferenciás úton (Aboujaoude – Salame – Naim 2015). A VRET (Virtual Reality Exposure Therapy) a virtuális valóságot használja a terápiában, valós helyzetek utánzásával, szimulálásával. Az okostelefonos applikációk népszerűsége rohamosan nő, ezek az appok nem csak a terapeutával való interakciót segítik, hanem gyakran kvázi helyettesíthetik is a terapeutát. Segítik a diagnózis felállítását, az állapot ön-monitózását, a tünetek követését és dokumentálását kapcsolódva a hagyományos terápiához és emlékeztetnek a következő találkozóra és a terápiás házi feladatokra (Aboujaoude – Salame – Naim 2015). A mobil egészségügyi applikációk elárasztották a piacot, az OECD szerint 2015-ben már több, mint 165000 egészségügyi applikáció volt elérhető, ami duplázódást jelent a 2013-as állapothoz képest (OECD 2017). 2014 januárjában az egészségügyi applikációk közt már több ezer mentálhigiénés app volt elérhető⁷ (Chan – Torous – Hinton – Yellowlees 2014). Ha a telementálhigiénét tágabban értelmezzük, akkor ide sorolhatjuk a lelki egészséggel kapcsolatos információkat tartalmazó honlapokat, blogokat, közösségi médiában elérhető mentálhigiénés tartalmakat, az online pszichológiai tesztek, a telefonos lelkeséglyt, a különféle üzenőfalakat, levelezőlistákat és az interneten, közösségi oldalakon működő öngyógyító csoportokat is.

⁷ A depresszió, szorongás, skizofrénia, bipoláris, pszichiátria, alkoholizmus szavakra kerestek Google Play-en és az iOS App Store-ban.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRA

A telementálhigiéné területeinek bemutatásából látszik, hogy a szolgáltatások, programok jelentős részében segítő, terapeuta közvetlen közreműködésére, bevonására nincs szükség⁸, sok az automatizált, sztenderdizált szoftveres megoldás, mely segítségével „önműködően” zajlik a terápia. A segítőknél, szakembereknél ebben az esetben a szoftverek megtervezése és a programok fejlesztése, hatékonyságának mérése, monitorozása során vannak feladataik. A segítő teljes közreműködésére, bevonására leginkább a telepszichiátriai kezeléseknél, a videókonferenciás technológia segítségével végzett e-terápia, a szinkron vagy aszinkron kommunikációra épülő lelkisegély programok, prevenciók programok működtetése során van szükség. Ezeket a telementálhigiénés programokat működtethetik egészségügyi és szociális szakemberek, például orvosok, nővérek, asszisztensek, pszichológusok, pszichiáterek, szociális munkások, addiktológusok, konzultánsok, terapeuták, mentálhigiénés szakemberek. A szakirodalomban jellemzően ezeket a professzionális segítőket sorolják fel, mikor telemedicina ellátásokon belül a pszichológiai, pszichiátriai kezelésekről, mentálhigiénés ellátásokról van szó, de a lelki egészségprogramok működtetésében, szolgáltatások nyújtásában a képzett önkénteseknek, kortárssegítőknél, sorstárs-segítőknél is fontos szerepe lehet.

A telepszichiátriai kezelések hatékonyságát általában kontrollált randomizált kísérletekkel vizsgálják, a hagyományos terápiával hasonlítják össze a kezelések hatékonyságát. A telepszichiátriai kezelések és a telementálhigiénés szolgáltatások elősegíthetik például a szorongás, depresszió, a poszttraumásstressz-szindróma kezelését, a lelki egészség védelmét, a függőségekről való leszokást, a különféle veszteségek és traumák feldolgozását, a prevenciót. Terjedése, szerepének növekedése az idősgondozásban is várható, már most is léteznek időseknek szóló online lelki egészség programok, applikációk, elmagányosodás elleni online tréningek (Tóth 2017a, Tóth 2017b). A VRET hatékonyságát számos klinikai vizsgálat igazolta több területen, a PTSD-n kívül például a pszichiátriai betegségek megelőzésében, a szorongásos zavarok és különféle fóbiák – agorafóbia, klausztofóbia, szociális szorongásos zavar – kezelésében, étkezési- és testképzavar esetében, szenvedélybetegség kezelésében, használatát a kényszerbetegség kezelésében is ígéretes (Aboujaoude – Salame – Naim 2015). Hilty és szerzőtársai felhívják rá a figyelmet, hogy szerencsésebb, ha a hatékonyság mérése több szempontra kiterjed, a betegek, a szolgáltatók, a programok, a közösségek és a társadalom egésze szempontjából is vizsgálni kell azt. Ennek érdekében kidolgoztak egy szempontrendszerrel, ami segítheti a telementálhigiénés programok hatékonyságának mérését. Így például vizsgálható és vizsgálendő a telementálhigiénés programok és a telepszichiátriai kezelésekre finanszírozása (költség-hatékony-e, használatával megelőzhető-e olyan problémák, melyek kezelé-

⁸ Amikor nem szükséges terapeuta jelenléte, részvétele azt angolul standalone / unassisted CBT-nek nevezik, és amikor a segítő részleges bevonása szükséges az a guided / assisted CBT (Aboujaoude – Salame – Naim 2015).



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

se még többbe kerülne, a működtetésnek milyen rejtett költségei lehetnek, stb.), azt, hogy alkalmas-e bizonyos speciális célcsoportok elérésére és különleges problémák kezelésére, hogy növeli-e a kliensek, betegek hozzáférését az ellátásokhoz, szolgáltatásokhoz, javítja-e a szolgáltatások minőségét, figyelembe veszi-e az egyéni szükségleteket, milyen hatása van a telepszichiátria terjedésének az ellátórendszerekre, milyen kockázatokat rejt (Hilty et al. 2013).

A hirdetőablaktól a virtuális valóság terápiás használatáig

A telementálhigiéné már közel 60 éves múltra tekint vissza. Martha Ainstworth és John Grohol írásai alapján (Ainstworth 2002, Grohol 2004) átfogó képet kaphatunk az első évtizedekről. A kutatók az 1960-as években kezdték vizsgálni az online kommunikációt – például a Stanford egyetemen zajlott híres ELIZA kísérletben. Az 1970-es évek végére az Egyesült Államokban megjelentek az első internetes öngyógyító csoportok, hirdetőablakon és levelező rendszereken, a '80-as években pedig a hírcsoportok. Ezeket például ritka betegségekkel, pszichés problémákkal, depresszióval küzdők alapították, számukra áttörést jelentett, hogy így távolról is kaphatnak segítséget, megtalálhatták akár több ezer kilométer távolságban élő sorstársaikat és úgy kérhettek lelki segítséget, hogy nem kellett a megbélyegzéstől, stigmatizációtól tartaniuk. 1995-re már több száz mentális egészséggel foglalkozó hírcsoport jött létre és elkezdték használni az elektronikus levelezőlistákat is, melyek máig nagyon népszerűek. A terület úttörői közt számon tartott John Grohol és Ivan Goldberg már az 1990-es évek elején elkezdett e-mailben és hírcsoportokban válaszolni a segítségkérők kérdéseire. Grohol 1995-ben már saját honlapján⁹, fórumában és chaten is elkezdett segítséget nyújtani, Goldberg pedig specializálódott a depresszióval és bipoláris zavarral küzdő betegek segítésére¹⁰. Az első chatet – IRC-t – használó konzultáns Ed Needham volt 1995-ben, Richard Sansbury pszichológus kezdett elsőként online praxist működtetni 1997-ben és több száz kliensnek segített ily módon (Grohol 2004). Az Egyesült Királyságban 1953 óta létező, Chad Varah által alapított „Samaritans” szervezet a '70-es években non-stop telefonos lelkisegély szolgáltatásokat működtetett az öngyilkosságok számának csökkentésére, 1994-től már e-mailben is segítenek, önkénteseik napi több száz e-mailre válaszolnak. Az első online mentálhigiénéis szolgálatok az 1980-as évek végén egyetemeken jöttek létre, ingyenes konzultációt biztosítva a hallgatóknak, ezek a mai napig népszerű szolgáltatások. A hetvenes évek közepén jelentek meg a MUD-ok (Multiuser Dungeon), melyek szinkron kommunikációra épülő, interaktív szövegalapú fantasy szerepjátékok, ezek mai utódai, grafikus megfelelői az MMORPG-k (Massively Multiplayer Online Role-Playing

⁹ <https://grohol.com/>

¹⁰ PSYCOM <http://www.psycom.net/depression.central.html>



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Game), a nagyon sok szereplős online szerepjátékok. Ezeknek az a jelentőségük, hogy létrehozták az első virtuális közösségeket, amelyekben a világ minden részéről származó emberek kommunikálhattak egymással. A kutatók érdeklődését felkeltették ezek az online szerepjátékok és más elektronikus játékok, rájöttek, hogy használata nem csak veszélyeket – túlhasználat, függőség kialakulása –, hanem lehetőségeket is rejt. Ezekben a közegekben nyert tapasztalatok felhasználásával fejlődött ki például a gamifikáció, mely az üzleti életben és az oktatásban kiválóan alkalmazható motivációs módszer, és ami a témánk szempontjából is érdekes hozadéka, hogy hozzájárult a virtuális valóság terápiás célú fejlesztéséhez. A virtuális valóságot elsőként az amerikai hadsereg támogatásával, a *poszttraumásstressz-szindrómában (PTSD)* szenvedő veteránok kezelésére kezdték használni az 1990-es évek elején (Rothbaum et al. 1999). Az évezred végére az USA-ban elterjedt a – pszichiáter, pszichológus, mentálhigiénés konzultáns vagy szociális munkás végzettségű – szakemberek által végzett e-terápia, melyet ahogy már említettem kezdetben e-mailben, majd chaten, ma már pedig többnyire videókonferencia segítségével végeznek. Nagyban elősegítette az e-terápia elismerését és professzionálissá válását az online mentálhigiénés konzultánsok nemzetközi szervezetének, az ISMHO-nak (International Society for Mental Health Online) a megalakulása 1997-ben, és hogy 2000-ben megalakították szakmai ajánlásait az online segítségnyújtásra vonatkozóan. A segítők szakmai szervezeteiben sorra születtek meg az infokommunikációs technológiák alkalmazására vonatkozó etikai kódexek, szakmai irányelvek és útmutatók¹¹. Az utóbbi évtizedben a internetezési szokások átalakulásával, a közösségi média térnyerésével, az okoseszközök robbanásszerű elterjedésével új utak nyíltak a szolgáltatások biztosítására.

Mennyire terjedtek el napjainkra a telementálhigiénés ellátások?

Az Egészségügyi Világszervezet kutatást végzett 2015-ben, hogy felmérje, hogy az e-egészségügy (eHealth) különböző formái mennyire terjedtek el világszerte. A kutatásban 125 ország vett részt, a kérdőívüket kitöltő országok, válaszadók aránya minden korábbinál magasabb, 64% volt. Országonként egy-egy eHealth szakértő csoport töltötte ki a kérdőíveket. A válaszadók összesen 375 távegészség program működéséről számoltak be. Az eHealth részterületei közt tartják számon a telepszichiátriát, mely definíciójuk szerint IKT segítségével biztosított mentálhigiénés szolgáltatásokat takar. Az adatok szerint a telepszichiátriai programok száma és a telepszichiátriai programot működtető országok aránya is emelkedett az öt évvel korábbi felmérésük óta, bár meg kell jegyeznünk, hogy erre a kérdésre válaszoltak a legkisebb arányban és az eredmények szerint összességében még ez az eHealth leg-

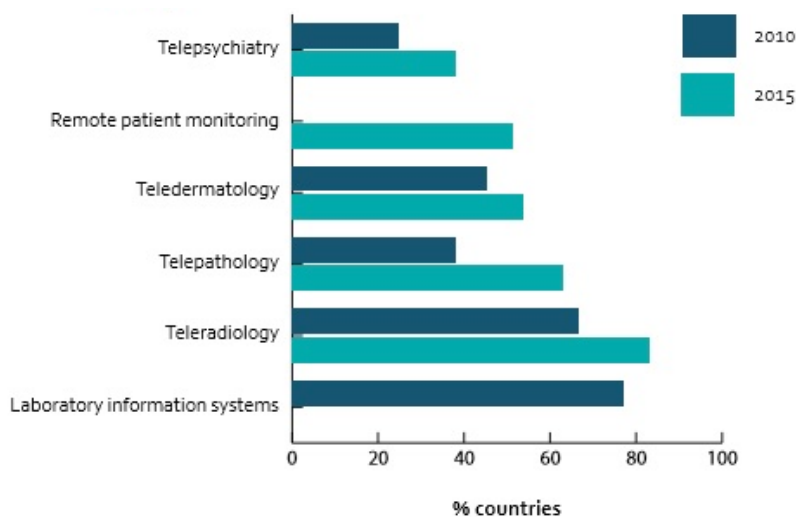
¹¹ Lásd bővebben a Függelék 1. számú táblázatában.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

kevésbé elterjedt formája. Az eredmények szerint a telepszichiátriai programoknak csak negyede működik folyamatosan már legalább két éve, többségük új, kísérleti, informális program. A WHO adatai szerint Észak-Amerikában és az Európai Unióban működik a legtöbb telepszichiátriai program, jellemzően nemzeti vagy kisebb, helyi szinten (WHO 2016).

1. ábra: Az országok aránya, akik távegészség programokról számoltak be a 2010-es és a 2015-ös felmérésekben, a program típusa szerinti bontásban (év/ %)



Forrás: WHO 2016: 60.

A WHO kutatásában azt kérdezték a szakértőktől, hogy van-e tudomásuk az országokban működő telepszichiátriai programról (mely a kérdőívben¹² is megadott definíciójuk szerint infokommunikációs technológia segítségével végzett mentálhigiénés szolgáltatásokat jelent). Erre a kérdésre a megkérdezett országoknak csak a harmada válaszolt. Véleményem szerint az alacsony válaszadói arány és a kevés jelentett program annak is betudható, hogy nem határozták meg pontosabban, hogy mit sorolnak a telepszichiátria körébe, milyen mentálhigiénés szolgáltatásokra gondolnak (míg a többi területhez, teleradiológiához, telepatológiához, teledermatológiához, beteg állapotának monitorozásához tartozó tevékenységek köre sokkal szűkebb, egyértelműbb, konkrétabb volt). A 2015-ös és 2010-es adatok összevetése

¹² A kérdőív elérhető az alábbi linken: http://www.who.int/goe/survey/goe_2015_survey_en.pdf?ua=1



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

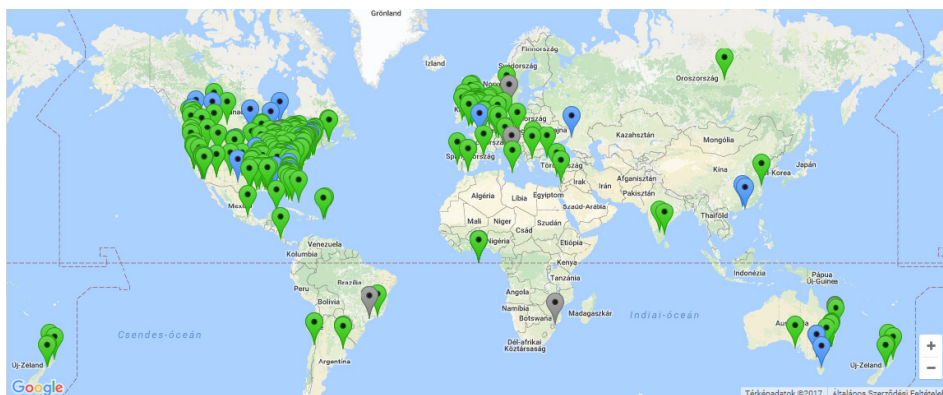
sem állja meg a helyét, hiszen mást mértek, a korábbi 2010-es kutatás során a telep-szihiátriát másképp definiálták, csak egy szűkebb területre, a pszichiátriai értékelésekre, valamint a telefonos és videós konzultációra vonatkozott a kérdésük¹³. Ahogy ez a példa is mutatja, az IKT alapú mentálhigiénés szolgáltatások elterjedtségének mérése több okból sem egyszerű: egyrészt nehéz meghatározni azoknak a tevékenységeknek a körét, ami ide tartozik, másrészt folyamatosan és extrém gyorsan fejlődik ez a terület, jelennek meg új technológiák, új típusú szolgáltatások. Megpróbálhatunk adatot gyűjteni nemzeti szinten, ahogy ezt a WHO is tette, egy-egy szakértő csoport megkeresésével, kérdés, hogy mekkora rálátása van a kiválasztott szakértőknek erre a területre, illetve a nemzetközi programokra, a határokon átnyúló kapcsolatokra és nem az állam által működtetett, felügyelt szolgáltatásokra. Az OECD 2013-ban kiadott egy kézikönyvet¹⁴, mely segíti az államokat abban, hogy felmérjék milyen IKT-t használó eHealth programjaik, ellátásaik vannak, méghozzá oly módon, hogy nemzetközileg összehasonlítható adatokat kapjanak. Ezek az adatok elengedhetetlenül fontosak lennének a döntéshozók, stratégia-alkotók, az országok egészségügyi- és szociális rendszereinek, mentálhigiénéjének fejlesztésével foglalkozók számára. Nehezíti a pontos mérést az is, hogy a mentálhigiénés szolgáltatások, programok működtetését nem csak az egészségügyi, hanem a szociális ellátórendszer tagjai végzik és nyilván nem csak állam által fenntartva, hanem a civil szervezetek, üzleti szereplők, önszolgáltató csoportok, vagy akár egy-egy szakember is működtethet ilyen szolgáltatást. Ahogy a telementálhigiéné területeinek ismertetésekor is írtam, a legtöbb program, kezelés ma már terapeuta, segítő közvetlen részvétele nélkül működik (a cCBT, iCBT, mTherapy több területén), ezek elterjedtségének mérése gyakran kimarad a különböző felmérésekből. Egy-egy terület, típus elterjedtségét más módon is megbecsülhetjük. Megnézhetjük például az online mentálhigiénés konzultánsok nemzetközi szervezetének, az International Society for Mental Health Online-nak (továbbiakban röviden ISMHO) taglistáját, mely weboldalukon elérhető, ez is nyújthat némi támpontot az e-terápia elterjedtségének becsléséhez. Világszerte a legtöbb regisztrált ISMHO tag Észak-Amerikában, Európában és Ausztráliában van, ez összecseng a WHO felmérésének eredményeivel. (ISMHO 2017) Hasonló módon végignézhethetnénk más, az online konzultánsokat, terapeutákat, telemedicina szolgáltatásokat támogató szakmai szervezetek adatait, ebből következtethetünk az e-terapeuták számára. (Persze ezzel is alulbecsülnénk az e-terapeuták számát, hiszen ezekben a szervezetekben a tagság önkéntes, valószínűleg valójában sokkal több e-terapeuta van.) Megközelíthetjük a kérdést a kliensek oldaláról is, területenként felmérhetjük úgy az elérhető szolgáltatások, ellátások számát, ha végiggondoljuk,

¹³ A kérdőív elérhető az alábbi linken: http://www.who.int/goe/data/global_e-health_survey_2009_en.pdf?ua=1

¹⁴ A kiadványról bővebb információ található a <http://www.oecd.org/els/health-systems/measuring-icts-in-the-health-sector.htm> linken, illetve le is tölthető innen.

INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

hogy ha segítségre lenne szükségünk, akkor hogyan keressünk. Az m-terápiás lehetőségek számát például felmérhetjük úgy, mint Chan és kutatótársai, akik Google Play-en és az iOS App Store-ban meghatározott lelki egészséggel kapcsolatos keresőkifejezésekre – például szorongás, depresszió, alkoholizmus – kerestek, így láthatjuk, hogy hány mentálhigiénés applikáció érhető el (Chan – Torous – Hinton – Yellowlees 2014). Ezekkel a módszerekkel pontos adatot nem kaphatunk, de egy-egy területen, durva nagyságrendi becslésre megfelelőek.



2. ábra. Az ISMHO regisztrált tagjai világszerte, 2017
Forrás: ISMHO (2017)

Azokban az országokban van a legpontosabb képünk telepszichiátria és a telementálhigiénés szolgáltatások, programok elterjedtségéről, ahol a legnagyobb hagyományokkal rendelkezik, ahol fejlettebb, szabályozott és ahol szakmai szervezetek foglalkoznak a terület fejlesztésével. Ilyen például az Egyesült Államok, ahol 2004 óta az engedéllyel rendelkező segítők által végzett online terápiás kezelések hivatalosan is elfogadott és számlázható beavatkozások lettek (Bognár 2006). Ma már a legtöbb tagállamban finanszírozzák a telementálhigiénés szolgáltatásokat is, a leggyakrabban számlázott beavatkozások közt van a telepszichiátria, az e-terápia (NSCL Partnership Project on Telehealth 2015). Itt nagyobb rálátásunk van arra, hogy hányan foglalkoznak ilyen tevékenységek nyújtásával és mekkora lehet az igénybe vevők köre. A legszerencsésebb helyzet, ha egy országnak van elfogadott mentálhigiénés stratégiája, ahol az állam feladatának és felelősségének érzi, hogy fejlessze a lakosság lelki egészségét és ellátórendszereit. Azt gondolom az ausztrál kormány „E-Mental Health” stratégiája példaértékű, ebben bemutatják, hogy náluk milyen, az állam által támogatott és elismert telementálhigiénés programok működnek (Australian Government Department of Health and Ageing 2012).



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

E-egészségügy az Európai Unióban és hazánkban

Az Európai Unió is támogatja a telemedicina, e-egészségügy fejlesztését. Az Európai Bizottság az „Elektronikus egészségügyi cselekvési terv a 2012–2020 közötti időszakra – innovatív egészségügyi ellátás a 21. században” c. közleményében kiemelik többek közt, hogy ha hatékonyan alkalmazzák, akkor az e-egészségügy jobb, célzottabb, sikeresebb, a lakosság igényeihez jobban alkalmazkodó ellátás biztosít. Használatával csökkenthet a hibák száma, rövidülhet a kórházi tartózkodás szükségessége, az ellátás színvonalasabbá és biztonságosabbá válhat, összességében a polgárok egészségügyi állapota javulhat. A nehezen finanszírozható és az európai társadalmak előregedése miatt fokozódó nyomás alatt álló egészségügyi és szociális ellátórendszer fenntarthatóbbá és hatékonyabbá válhat. „Kedvez a társadalmi-gazdasági befogadásnak, az egyenlőségnek, az életminőségnek és a betegek tudatosságának és önrendelkezésének, ugyanis nagyobb az átláthatóság, javul a szolgáltatásokhoz és információkhoz való hozzáférés, valamint terjed a társadalmi médiumok használata az egészséggondozásban. A krónikus állapotok kezelése, a mentálhigiéné és az egészséggondozás érdekében alkalmazott távorvoslásban már tapasztalták ezeket a kedvező hatásokat” (EU Bizottsági Közlemény 2012: 6). Az e-egészségügy elterjedése előtt álló akadállyal látják, hogy a lakosság, a betegek, az egészségügyi és szociális dolgozók nem ismerik az elektronikus egészségügyben rejlő lehetőségeket és felkészületlenek. Az Európai Unióban a telemedicina technológiák fejlesztését a már említett COCIR (European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry) elnevezésű nonprofit szervezet koordinálja, egyeztet az egészségügyi, IT és telekommunikációs iparágak között, a terület szabályozásán, sztenderdek kidolgozásán és az EU globális versenyképességének elősegítésén dolgozva.

Magyarországon a telementálhigiéné, telepszichiátria még nem fejlett. Kevesen, de már nálunk is vannak online tanácsadást nyújtó pszichológusok, konzultánsok, akik chaten, messengeren, webkamerás tanácsadással is segítik klienseiket. Egyre több az interneten és a közösségi médiában elérhető lelki egészséggel kapcsolatos tartalom, ám ezek gyakran ellenőrizetlenek és népszerűek a „szakértő válaszol” rovatokban működő tanácsadások is, de ezek egy részét laikusok, „kuruzslók” működtetik. Az utóbbi években létrejöttek internetes mentálhigiénéis szolgáltatások és a telefonos lelkiség- szolgálatok folyamatosan bevezették az e-mailes tanácsadást is. Az önségítő csoportok is megjelentek az interneten, saját honlappal, fórummal, chatszobákkal, később közösségi oldallal. A diáktanácsadásban, a felsőoktatásban is igen népszerűek az internetes mentálhigiénéis szolgáltatások. Probléma, hogy itthon még kevés ajánlás, útmutató segíti a szakemberek munkáját, a szakmai szervezetek keveset foglalkoznak a kérdéssel, pedig ez szükséges lenne ahhoz, hogy az IKT alapon működő ellátások is magas színvonalon, professzionálisan és etikusan működjenek. A Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexében elismerik az internetes segítség



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

létfogosultságát, kimondják, hogy interneten nyújtott lelki elsősegély során is végezhető pszichológiai tevékenységek, természetesen ebben a közegben is a szakmai etikai kódex szabályai szerint eljárva. Felhívják rá a figyelmet, hogy internetes szolgáltatás esetén a szakembernek kötelessége tájékoztatnia a klienst az adott médium biztonsági kockázatairól, és ellenőrizhetővé kell tennie jogosultságát (hivatalos végzettségét, szakképzettségét) a szolgáltatás nyújtására (Magyar Pszichológiai Társaság 2004). Szociális területen a külföldi példákkal ellentétben nálunk még nem születettek speciálisan az online segítő kapcsolatra, beszélgetésre, szociális munkára vonatkozó szabályok, ajánlások. 2010-ben megalakult néhány taggal a Magyarországi Online Lelki Tanácsadás Egyesület (MOLTE) és – az ISMHO irányelvei alapján – megfogalmazott ajánlásokat (MOLTE 2010) az online tanácsadásra vonatkozóan.

Segítő beszélgetés online

A IKT-alapú mentálhigiénés ellátások, szolgáltatások tervezésekor fel kell mérnie a segítőnek, hogy melyek az IKT használat potenciális előnyei és hátrányai a kliensekre és a végzett tevékenységekre nézve, megfelelő megoldás-e a távoli segítségnyújtás az adott probléma kezelésére, célcsoport számára. Ehhez ismerni kell a kliensek, betegek szükségleteit, helyzetét, kulturális sajátosságait, szokásait. Át kell gondolni, hogy adottak-e a feltételek ahhoz, hogy megfelelő színvonalon, biztonságosan, a szakmai protokolloknak, etikai kódexnek és a jogi szabályoknak megfelelően biztosíthassák az ellátást, szolgáltatást. Mindezeket mérlegelve lehet a szolgáltatás beindításáról vagy más megoldás, forma választásáról adekvát döntést hozni. Az IKT használatával dolgozó segítőknak digitális írástudással, információs és kommunikációs technológiai műveltséggel (literacy) is bírniuk kell. Az IKT-műveltség összetevői: képesség elérni, kezelni, integrálni, kiértékelni és létrehozni információkat (Boutin – Chinien 2003). Tisztában kell lenniük az adott közeg kommunikációs sajátosságaival, az „internet pszichológiájával” is, hiszen ez befolyásolja a segítő beszélgetés menetét, a beavatkozások hatékonyságát. Ez a tudás szükséges ahhoz, hogy kezelni és értelmezni tudják a helyzeteket, hogy megértsék a kliens reakcióit és a saját viselkedésüket. Milyen sajátosságokra gondolok? Például arra, hogy az internetes kommunikáció során hiányoznak a személyes kommunikációban meglévő elemek és a nonverbális jelek, emellett az érzelmek kifejezése sem – vagy csak korlátozottan – lehetséges, ráadásul nagyobb a félreértések lehetősége a metakommunikáció hiánya miatt. Az interneten tapasztalható, a névtelenségből fakadó dizinhibíciós effektus¹⁵ miatt egyrészt könnyebben megnyílnak a kliensek, a gátlások könnyebben oldódnak, a képzelet, a projekció és az egyéb elhárító mechanizmusok viszont sok-

¹⁵ John Suler az online dizinhibíciós hatást az elsők közt, igen részletesen vizsgálta, bővebben lásd az alábbi linken: <http://users.rider.edu/~suler/psyber/disinhibit.html>



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

kal nagyobb teret kaphatnak (Indries 2005). Korábbi kutatásom¹⁶ során internetes tanácsadókat kérdeztem arról, hogy mit tartanak az internetes segítségnyújtás előnyeinek és hátrányainak, nehézségeinek. Előnyök közé sorolták az anonimitás lehetőségét, a stigmatizáció csökkentését, hogy így a kliensek diszkréten, szegyenkezés nélkül, akár otthonról kérhetnek segítséget, emiatt könnyebben megnyílnak és több klienst érhetnek el. Könnyen és gyorsan igénybe vehető segítségkérési forma, lehetőséget ad az érzelmek ventillációjára. Segít az akadályok leküzdésében, a fogyatékossgal élőknek és a földrajzilag elszigetelt helyen (vidéken, kis faluban, vagy épp külföldön) tartózkodóknak könnyebbé teheti a használata. A megkérdezett segítők a legváltozatosabb problémák esetén sokféle célcsoportnak nyújtottak segítséget, például szülőknak, kismamáknak, gyermekeknek, pedagógusoknak, pszichés problémákkal küzdő embereknek, álláskeresőknek, karrierépítőknek, testi, lelki, párkapcsolati problémákkal küzdőknek, pszichiátriai- és szenvedélybetegeknek, illetve hozzátartozóiknak. Sokan önismereti kérdések kapcsán írtak, munkahelyi problémákról számoltak be, de gyakori problémák közt szerepeltek a családi konfliktusok és a magányosság is. Az internetes segítség hátrányai, nehézségei közt azt említették, hogy mivel hiányzik a személyes kontaktus és a metakommunikáció, így személytelenebb, nehezen épül ki a bizalmi kapcsolat. Különösen aszinkrón kommunikációnál, például e-mailes tanácsadásnál okoz gondot, hogy lassan halad a folyamat, hiányosak lehetnek az információk a kliensről, nincs lehetőség azonnal visszakerdezni, ha egy körülményt nem ismerünk. A levelezés időigényes, nehezebb így kommunikálni és a kliensnek kifejezni az érzelmeit. Gyakran feltesznek olyan kérdéseket, amire csak általános válasz adható, így a válasz félrevezető lehet. Nehéz az alapos ráhangolódás a segítséget kérő problémájára és lelkileg az is megterhelő a segítőknek, hogy az utánkötés nehezen megoldható, gyakori, hogy semmilyen visszajelzést nem kapnak. Gondot okoz a vészhelyzetek kezelése, azonnali beavatkozásra általában nincs lehetőség, krízisintervencióra az aszinkrón kommunikáció nem alkalmas (Tóth 2011a, 2011b).

Az interneten át zajló kommunikáció különböző modalitásokban nyilvánulhat meg, ezek között a legnagyobb különbséget az alapján tehetjük, hogy a kommunikáció egy időben történik-e (ezt nevezzük szinkrón kommunikációnak, pl. chat, élő hang- és videókonferenciák), vagy nem (aszinkrón kommunikáció, pl. e-mail, fórum, hírcsoport)¹⁷. Ezek közt néhány alapvető eltérés felfedezhető, ami jelentősen befo-

¹⁶ Az ELTE-TÁTK Szociológia Doktori Iskola PhD hallgatójaként 2010–2011-ben kutatást végeztem az internetes tanácsadók körében, amely két részből állt: online kérdőíves felmérés, majd kvalitatív vizsgálat, telefonos interjúkat készítettem 13 segítővel. A kutatás célja az volt, hogy megismerjem az internetes tanácsadókat, tanácsadó szolgáltatókat, hogy megtudjam: kik ők, milyen szervezeti formában dolgoznak, melyek a célcsoportjaik; milyen problémákkal küzdenek. A kutatás eredményeit részletesen bemutattam az irodalomjegyzékben feltüntetett 2011-es publikációimban.

¹⁷ Az internetes szinkrón és aszinkrón kommunikáció és a face-to-face kommunikáció összehasonlítására Suler tanulmánya (Suler 2004), valamint kutatási eredményeim és megfigyeléseim alapján össze-foglaló táblázatot készítettem, mely megtekinthető korábbi tanulmányomban Tóth, A. P. 2011a: 14.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

lyásolja viselkedésünket, kommunikációnkat, így a segítő kapcsolatot is. Patricia Wallace szerint nem beszélhetünk egységesen internetes kommunikációról, meg kell különböztetnünk az internetes környezeteket, ilyen a világháló, elektronikus levelezés, aszinkrón vitafórum, szinkrón csevegés, MUD, „metavilágok”, élő internetalapú interaktív videó és hang (Wallace 2004), illetve a közösségi média különböző felületeit, ezekben eltérően viselkedünk. Az internet közegeiben a személyiségünk mellett meghatározza viselkedésünket az anonimitás foka, egy helyi tekintély jelenléte vagy hiánya, azoknak az embereknek a motivációja is, akik látogatják ezeket a közegeket (Wallace 2004). A segítőknél érteniük kell az interneten használt különleges nyelvezetet is, a célcsoporttól függően a szlengjüket, a rövidítéseket, jelöléseket, emotikonokat, fontos, hogy értelmezni tudják a megnyilvánulásait, üzeneteiket.

Azt, hogy a segítő munkája professzionális és etikus legyen, segítik a szakmai szervezetek által kiadott útmutatók, sztenderdek és ajánlások. A pszichológusok, pszichiáterek, terapeuták, konzultánsok, szociális munkások szakmai szervezetei és a kifejezetten online tevékenykedő szakembereket képviselő új szervezetek megfogalmazták a telementálhigiénés szolgáltatások végzésével kapcsolatos útmutatókat (Lásd a Függelék 1. számú táblázatában). A videó-konferenciás mentálhigiénés konzultációra vonatkozóan például az American Telemedicine Association adott ki részletes útmutatókat, az ISHMO pedig az online mentálhigiénés konzultációra vonatkozóan tett közzé javasolt irányelveket. Utóbbi szerint például az online konzultánsoknak követniük kell minden, a szolgáltatásaikra vonatkozó jogszabályt, a szakmai szervezetek szabályzatait, etikai kódexét. A segítő csak olyan szolgáltatást, ellátást biztosíthatnak, amire ki lettek képezve és amely végzéséhez a szükséges követelményeknek megfelelnek. Ugyanazon protokollok alapján kell dolgozniuk online, mint amikor személyesen nyújtanak mentálhigiénés segítséget, nagyon fontos a kliens állapotának és problémájának felmérése, a kompetenciahatárok betartása. Az online tanácsadás kezdetén a segítőnek és a kliensnek meg kell állapodnia a keretekről, szolgáltatás gyakoriságáról, a kommunikáció módjáról, e-mail tanácsadásnál a válaszdőről, tájékoztatni kell a klienst az online tanácsadás előnyeiről, hátrányairól, alternatív segítségkérési lehetőségekről, a teendőkről technikai problémák esetén. Tájékoztatni kell a klienst az adatkezelésről és biztonsági kérdésekről, a segítő személyéről, leellenőrizhetőségéről, végzettségéről, amennyiben nem ingyenes a szolgáltatás, akkor a várható költségeiről és a fizetés módjáról is (ISMHO 2000).

Jó példák és további felhasználási lehetőségek

A Függelék 2. számú táblázatában nagyon röviden bemutatok néhány jelenleg működő nemzetközi internetes mentálhigiénés szolgáltatást, lelkisegély szolgálatot, programot. Igyekeztem szemléltetni, hogy milyen sokféle célra használható a segítségben a technológia. A felsorolásomban megjelennek nagy múltú, elismert tele-



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

fonos lelkiségű szolgálatok, melyek ma már interneten is végeznek segítséget (pl. National Suicide Prevention Lifeline, Samaritans, Kék Vonal). Az ausztrál telementálhigiénés programokról részletesebben is írtam, mert remek dolognak tartom, hogy az ausztrál kormány támogatásával telementálhigiénés programokat, szolgáltatásokat biztosítanak és megalkottak egy korszerű stratégiát is (Australian Government Department of Health and Ageing 2012). A Függelékben felsorolt ausztrál programok a legváltozatosabb problémák megoldására, például a szorongás, a depresszió, a poszttraumás stressz-szindróma kezelésére, a lelki egészség védelmére, a függőségekről való leszokás támogatására, a különféle veszteségek feldolgozásának segítésére jöttek létre. Formáját, a felhasznált technológiát tekintve internetes, videókonferenciás konzultációs lehetőségeket, önmonitorozási applikációkat, motivációs e-maileket, emlékeztetőket, online leckéket, előadásokat, tesztek, viselkedésterápiás programokat is használnak. A gyermekeknek, fiataloknak külön programok szólnak, ill. a krízishelyzetek kezelése csak speciális szolgálatok keretein van lehetőség (mert annak kezelésére például egy e-mailes tanácsadás nem alkalmas).

Kiemeltem egy-egy különleges projektet is, többek közt a SozialMarie díjas Genen Zwangsheirat oldalt, melyen tanácsadást biztosítanak a kényszerházasságtól veszélyeztetett lányoknak, nőknek. Nem csak németül, hanem akár arab és török nyelven is kaphatnak a nők anonim módon segítséget. Nagyon fontos az ő esetükben is és a családon belüli erőszak áldozatainak szóló, hasonló tanácsadó portálokat igénybe vevők számára is a biztonság, egyrészt az anonimitás lehetősége, másrészt, hogy az oldalról könnyen ki lehessen lépni, ne lehessen visszakövetni a böngészési előzményekben, hogy használták a szolgáltatást.

Fontosnak tartom a *Beszélj róla!* projekthez hasonló kezdeményezéseket is, melynek célja a gyermekkori szexuális abúzus áldozatainak megszólaltatása, magányuk megtörése, a trauma feldolgozásának elősegítése. Más jellegű traumatikus élmények feldolgozására is alkalmas lehet az internetes segítség, például a természeti katasztrófák túlélőinek segítésére.¹⁸

A technológia használatával olyan csoportokat érhetünk el és nyújthatunk nekik segítséget, melyek korábban elérhetetlenek, vagy csak nagyon nehezen elérhetőek voltak, amelynek tagjai legtöbbször a hagyományos egészségügyi és szociális ellátások igénybevételéig el sem jutottak. Ilyen emberek az ún. megbélyegzett csoportokhoz tartozók (például a szexuális abúzus vagy a családon belüli erőszak áldozatai, a fertőző betegségben szenvedők, prostituáltak, szenvedélybetegek, illetve hozzátartozói, a fogyatékossgal élők, az LGBTQ közösség vagy bármilyen kisebbség tagjai). A stigmatizáció miatt a fenti csoportokba tartozó személyek gyakran nem merik felvállalni problémáikat, nem kezdeményeznek személyes találkozót szociális,

¹⁸ 2009-ben például az Ike hurrikán 1249 túlélőjét vizsgálták, biztosítottak számukra web-alapú intervenciós programot, melynek célja a lelki egészség védelme és a kockázati magatartások kiküszöbölése volt (Ruggiero et al. 2012)



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

mentálhigiénés szakemberrel. Sokan a megvetéstől, hátrányos megkülönböztetéstől, vagy egyszerűen a szegénytől, megtorlástól félve titkolják – még akár közvetlen családtagjaik előtt is – problémáikat, beállítottságukat. Segítésükre, támogatásukra a telementálhigiénés szolgáltatások biztosítása alkalmas mód lehet, hiszen az anonimitás lehetőségének köszönhetően a célcsoport tagjainak alacsonyabb küszöböt kell átlépniük a szolgáltatások igénybevételéhez, a kapcsolatfelvételhez. Ha egy nehéz helyzetben a segítséget kérő online beszélgethet egy pszichológussal vagy sorstársaival, elfogadó közösség tagjává válhat, ami sokat segíthet, különösen, ha ez később személyes tanácsadással, segítőtőhöz való irányítással, terápiával és szociális munkával is kiegészül.

Az Egyesült Államokban a veteránok kezelésére, lelki gondozására számos telemedicina programot hoztak létre, használják az e-terápiát, de például a poszttraumás stressz-szindróma kezelését virtuális valóság használatával is próbálják támogatni. A veteránok esetében számos kockázati tényező növeli a mentális problémák kialakulásának esélyét, mint például a bevetések, gyakori szolgálati helyváltogatás, balesetek, zaklatás, erőszak, traumák. Ráadásul egy katona felé elvárás a társadalom, a környezete részéről, hogy kemény legyen, ne mutassa ki az érzelmeit, nem akarnak gyengének tűnni, ezért számukra az online, ill. telefonos segítségkérés, konzultáció előnyösebb is lehet, mint a segítő felkeresése személyesen. Az Egyesült Államokban a veterán katonák számára működtetnek ingyenes forródrótot és chatet¹⁹, melynek célja, hogy a rászorulóknak azonnali segítséget kaphassanak. A szolgálat elsősorban az öngyilkosságok számának csökkentésére jött létre, mintegy 140 krízisközpontban veszik fel a telefont, állnak rendelkezésre chaten. A poszttraumás stressz-szindrómával (PTSD) küzdő veteránok kezelésére azért is használják online terápiát, mert a személyes találkozás gyakran nehezen megoldható a nagy földrajzi távolság miatt és így olcsóbban, gyorsabban tudják a szolgáltatást biztosítani (Morland, Rothbaum et al. 1999).

Léteznek kifejezetten időseknek szóló online lelki egészség programok, applikációk, melyek elterjedése várható (már az idősebb korosztály is egyre nagyobb részben használja az infokommunikációs technológiát, valamint társadalmunk előregszik). Ilyen program például a Virtual Coach Reaches Out To Me, ami egy virtuális edző az időskori elmagányosodás ellen. A programban egy virtuális középkorú férfi figura 12 leckében ad tanácsot arról, hogy hogyan ápolják az idősek kapcsolataikat, ill. alakítsanak ki újakat. A pszichológusok által kifejlesztett program személyre szabható, emlékeztet például, hogy melyik ismerőssel mikorra szerveztek találkozót.

A fogyatékosággal élők számára is előnyösek, könnyebben hozzáférhetőek lehetnek a telementálhigiénés szolgáltatások (persze csak amennyiben akadálymentesen működnek). Léteznek olyan online tanácsadások, melyben siketek, nagyothal-

¹⁹ <http://www.suicidepreventionlifeline.org/> és <https://www.veteranscrisisline.net/>



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

lók, beszéd fogyatékosok kérhetik pszichológus segítségét, személyes találkozásra egyeztethetnek időpontot, írásban konzultálhatnak, de akár webkamerán keresztül, jeleléssel is folyhat a beszélgetés. Számukra ez a forma különösen előnyös, hiszen a hagyományos telefonos lelkisegély szolgáltatásokat nem is tudták használni.

A gyermekek, családok védelmére is használható az internetes tanácsadás. A fejlődő országokban, olyan helyeken, ahol az ellátórendszer nincs kiépítve, van néhány előremutató kezdeményezés, például az ASHA projekt keretében, Indiában terhesgondozásra használják az internetet. Hilty és szerzőtársai szerint a telementáhiigiénés szolgáltatások bizonyítottan hatékonyan használhatók a gyermekek és fiatalok kezelésében, hiszen ők egyébként is pozitívan állnak a technológia használatához és úgy érzik, hogy a választási lehetőségeiket is növeli, hogy ilyen formában is kérhetnek segítséget. Bár még folynak a kutatások, de úgy tűnik, hogy más speciális célcsoportok kezelésében is lehetőségeket rejt, például az idősgondozásban és a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarban szenvedők ellátásában. A nyelvi és kulturális kisebbségek tagjainak ellátását is hatékonyabbá teheti a telemedicina használata, ha távoli ellátás keretében anyanyelven, kulturálisan kompetens segítővel konzultálhat a kliens (Hilty et al. 2013). Internetes segítővel folytatott interjúimból azt is tudom, hogy gyakran külföldön tartózkodók is igénybe vesznek internetes tanácsadást, mert szeretnének anyanyelvükön beszélni, magyar szakemberrel konzultálni. Virtuális önszegítő csoportokat alkothatnak a ritka betegségben szenvedők, ill. családtagjaik is, akik korábban nem tudták volna tartani a kapcsolatot betegtársaikkal, hiszen közülük a legtöbben olyan betegségben szenvednek, mely százezer főből csak egy, vagy még ritkább esetben fordul elő, ezért nagyon elszigeteltek (Pogány – Somogyi 2006). A földrajzi távolságok leküzdése más esetekben, országon belül is nagy probléma, például az USA-ban és Kanadában az ország területének nagy része ritkán lakott (rural areas), az ilyen helyeken élők körében viszont nagyobb a szegénység, több a mentális probléma, és az öngyilkosságok száma is kiugróan magas. Ezeken a területeken az ellátások biztosítása különösen költséges, ill. az ellátások igénybevétele hosszasan és sok utazással jár. Ilyen problémák enyhítésére eszköz lehet a telemedicina és használata egyre jobban terjed is, így költséghatékonyan megoldják az ellátások biztosítását. Ugyanakkor a kutatók felhívják arra a figyelmet, hogy ennek komoly veszélye, hogy hosszútávon a telemedicina ellátások meglétére hivatkozva a hagyományos ellátások biztosításához szükséges beruházásokat is elhalaszthatják, így a technológia használatához szükséges eszközök és tudás hiányában sokan végleg ellátás nélkül maradhatnak, a társadalmi egyenlőtlenségek tovább nőhetnek (Bán 2015).

Magyarországon a szociális ellátórendszerben az idősgondozásban, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban terjedt el a telemedicina alkalmazása (segélyhívásra szolgáló berendezések). Az infokommunikációs technológiákat online közösségfejlesztésre, érdekképviseletre elkezdték már szociális szakemberek is használni, döntően civil szervezetek munkatársai (például hajléktalanok, erőszak áldozatainak,



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

fogyatékossgal élők hangjának felerősítésére, jogaik és érdekeik képviselésére). Itthon a legkézenfekvőbb, könnyen elérhető célcsoportot a gyermekek és fiatalok alkotják, akik nagyon nagy arányban vannak jelen az interneten és készség szinten tudják használni a számítógépet és az okos eszközöket, számukra több lelkesítővel, egészséges életmóddal kapcsolatos és prevenciós webes program is működik már. Ilyen volt például az elsők közt a necc.hu komplex mentálhigiénés programja, ilyen a Kék Vonal és más lelkesítő szolgálatok e-mailés és chates tanácsadásai, különböző fiataloknak szóló portálok (pl. a PontTeKellesz, a Kamasz Panasza) fórumai vagy az UNICEF HelpApp-ja. Több egyetemen működik e-mailés mentálhigiénés konzultáció, tanácsadás is²⁰.

Néhány pszichológus, addiktológus, tanácsadó biztosít e-terápiát hazánkban is, léteznek szenvedélybetegeknek, párkapcsolati problémákkal küzdőknek szóló e-mailés, videókonferenciás tanácsadások, ezek a szolgáltatások azonban a legtöbbször csak térítés ellenében vehetők igénybe. Szociális területen még csak kevesen használják ki hazánkban az IKT kínálta lehetőségeket, pedig a segítségkérés interneten keresztül egyszerű, olcsó, gyors és az anonimitás lehetőségét kínáló, a kliensek biztonságérzetét növelő megoldás lehet. Az alacsonyküszöbű pszicho-szociális ellátásokat információs honlap, online interaktív tanácskérési lehetőség, fórum, chat teheti hatékonyabbá. A telementálhigiénés szolgáltatások terjedését akadályozó probléma, hogy a szociális és az egészségügyi szakemberek közt nem elég erős az együttműködés, az ellátórendszerekben a beteg, kliens ellátása, kezelése külön szálon fut. Hiányzik a holisztikus megközelítés, a kliens testi, lelki, szociális jóllétének együttes szem előtt tartása, ennek megfelelő ellátása, egészségének védelme. Az Európai Bizottság közleményében kiemeli, hogy a telemedicina ellátások terjedését az is akadályozza, hogy az egészségügyi és szociális dolgozók nem ismerik az elektronikus egészségügyben rejlő lehetőségeket és felkészületlenek (EU Bizottsági Közlemény 2012). Hazánkban ehhez még nyilván számos más probléma is társul: a nem megfelelő infrastruktúra, a szakemberek rendkívül alacsony bérért dolgoznak és túlterheltek, magas fluktuáció stb. Perron és szerzőtársai felhívják rá a figyelmet, hogy a szociális munkások képzettségében és gyakorlatában nem jelent meg kellő súly-

²⁰ A Lelkierő Egyesület munkatársaként 2011-ben részt vettem a Debreceni Egyetem Mentálhigiénés és Esélyegyenlőségi Központjával és a Debreceni Kábítószerügyi Egyeztető Fórummal (KEF) közösen megvalósított, fiataloknak szóló, Happy-Net elnevezésű internetes mentálhigiénés program megvalósításában. A projekt célja a szerhasználatból veszélyeztetett fiatalok elérése, segítése, többszintű prevenciós program működtetése és ártalomcsökkentő szolgáltatások biztosítása volt. Re-mail néven e-mailés tanácsadást biztosítottunk szakembereink (pszichológusok, szociális munkás, szociálpolitikus, orvos) és képzett kortárssegítők bevonásával. Weboldalunkon az egészséges életmódot és az aktív, szermentes szabadidő eltöltést népszerűsítő híreket osztottunk meg, illetve fórumban adtunk tanácsot. Megosztottuk és folyamatosan frissítettük a szenvedélybetegek ellátásával foglalkozó szervezetek elérhetőségeit. A veszélyeztetett fiatalok kiszűrése tesztekkel történt, probléma esetén felajánlottuk a helyi fiataloknak az ingyenes konzultáció lehetőségét, mellyel sokan éltek is, a portál jó eszköznek bizonyult a célcsoportunkba tartozó fiatalok elérésére, bevonására.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

lyal az IKT használata, ami azt a veszélyt hordozza, hogy nem lesznek versenyképesek az egészségügyi és pszichoszociális szolgáltatások nyújtásában (Perron – Taylor – Glass – Margerum-Leys 2010).

Összegzés

A telementálhigiéné a telemedicina egyik dinamikusan fejlődő területe, mely a lelki egészség védelmét szolgálja és olyan mentálhigiénés ellátásokat, szolgáltatásokat tartalmaz, melyeket technológiák használatával, távolról biztosítanak. A telementálhigiénés ellátások, szolgáltatások köre magában foglalja az állapotfelmérést, a diagnózis felállítását és kezelési terv meghatározását, a tünetek követését és kezelését, az egyéni és csoportos pszichoterápiát, a pszichoeducációt, a pszichiátriai kezeléseket és a prevenciót is (Morland et al., Aboujaoude – Salame – Naim 2015). A mentálhigiénés szolgáltatások, terápiák távoli biztosításához használhatnak számítógépes programokat, internetet, videokonferenciát, okostelefonos applikációkat vagy akár a virtuális valóságot is. A szolgáltatások, programok több típusában segítő, terapeuta közvetlen közreműködésére, bevonására nincs szükség, sok az automatizált, sztenderdizált szoftveres megoldás, mely segítségével „önműködően” zajlik a terápia. Ha a telementálhigiénét tágabban értelmezzük, akkor ide sorolhatjuk a lelki egészséggel kapcsolatos információkat tartalmazó honlapokat, blogokat, közösségi médiában elérhető mentálhigiénés tartalmakat, az online pszichológiai tesztek, a telefonos lelkisegélyt, a különféle üzenőfalakat, levelezőlistákat és az interneten, közösségi oldalakon működő önszorgító csoportokat is.

Előnyei közé tartozik, hogy elősegíti a kliensek hozzáférését a mentálhigiénés szolgáltatásokhoz, a földrajzi távolságokat könnyen áthidalhatóvá teszi, lehetővé válik, hogy a kliensek akár anonim módon kérjenek segítséget, mely csökkenti a stigmatizációt. A technológia segítségével olyan csoportokat érhetünk el és nyújthatunk nekik segítséget, melyek tagjai korábban a hagyományos egészségügyi és szociális ellátások igénybevételéig el sem jutottak az ellátórendszer kiépíttlensége miatt, a fizikai akadályozottságuk folytán, vagy akár a szegénység, a megvetéstől, a hátrányos megkülönböztetéstől vagy a megtorlástól való félelem miatt. A telementálhigiénés programok, ellátások hatékonysága bizonyított a gyermekek és fiatalok kezelésében, használata ígéretes továbbá például az idősgondozásban, a nyelvi és kulturális kisebbségek tagjainak segítésében, a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarban szenvedők ellátásában (Hilty et al. 2013). A virtuális valóság terápia hatékonyságát számos klinikai vizsgálat igazolta több területen, a poszttraumás stressz-szindróma mellett a pszichiátriai betegségek megelőzésében, a szorongásos zavarok és különféle fóbiák – agorafóbia, klausztrofóbia, szociális szorongásos zavar – kezelésében, étkezési és testképzavar esetében, szenvedélybeteg kezelésében (Aboujaoude – Salame – Naim 2015).



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Az infokommunikációs technológia alkalmazása áttörést jelenthet a segítségben és nagy lehetőségeket rejt, azonban használatával új kockázatok, jogi és etikai dilemmák merülhetnek fel és a társadalmi egyenlőtlenségekre gyakorolt hatása sem egyértelmű. Fontos lenne további kutatásokat végezni és szakmai, szakmaközi egyeztetéseket folytatni azért, hogy ezeket a potenciális lehetőségeket és veszélyeket azonosítsuk és az így megszerzett tudást a szolgáltatások tervezésekor hasznosíthassuk. Célszerű lenne összegyűjteni a rendelkezésre álló nemzetközi tapasztalatokat, programokat, jó gyakorlatokat, megvizsgálni a hazai adaptáció lehetőségeit. A kliensek védelmében és a szolgáltatások megfelelő színvonalon történő biztosítása érdekében szükség lenne hazánkban is kifejezetten az IKT-k segítségben történő alkalmazására vonatkozó módszertani útmutatók, szakmai ajánlások, képzések kidolgozására. A telementálhigiénés ellátások, programok fejlődésének előfeltétele, hogy a szociális és egészségügyi területen dolgozó szakemberek felismerjék a technológiában rejlő lehetőségeket, a képzésükben megjelenjenek az infokommunikációs technológiák használatával kapcsolatos ismeretek, fejlesszék az ezzel kapcsolatos készségeiket, IKT műveltségüket. Fontos lenne, hogy az egészségügyi és szociális ágazat együttműködjön a kliensek, betegek ellátásában, a szolgáltatások megtervezésében és működtetésében. A telemedicina és így a telementálhigiénés szolgáltatások további terjedése várható, hatékony alkalmazásából mindannyian profitálhatunk. Segítségével jobb, célzottabb, a lakosság igényeihez jobban igazodó ellátásokat biztosíthatunk.

Irodalom

- Aboujaoude, E. – Salame, W. – Naim, L. (2015): Telemental health: A status update. In: *World Psychiatry*, 14(2): 223–230. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20218/epdf> (Utolsó letöltés: 2017.07.23.)
- Ainstworth, M. (2002): *E-teraphy: History and survey*. <http://www.metanoia.org/imhs/history.htm> (Utolsó letöltés: 2017.01.19.)
- ATA (2009): *Evidence-Based Practice for Telemental Health*. American Telemedicine Association, Telemental Health Standards and Guidelines Working Group. https://www.unmc.edu/bhecn/_documents/evidence-based-telemental-health-with-cover.pdf (Utolsó letöltés: 2017.08.01.)
- Australian Government Department of Health and Ageing (2012): *E-Mental Health Strategy for Australia*. [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/7C7B0BFEB985D0EBCA257BF0001BB0A6/\\$File/emstrat.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/7C7B0BFEB985D0EBCA257BF0001BB0A6/$File/emstrat.pdf) (Utolsó letöltés: 2017.01.19.)
- Bán, A. (2015): Telemedicina és földrajz: Egy Innovatív egészségügyi ellátási forma és a földrajzi egyenlőtlenségei. In: *Földrajzi Közlemények*, 139 (4): 318–327. <http://>



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

- www.foldrajzitorsasag.hu/downloads/foldrajzi_kozlomenyek_2015_139_evf_4_pp_318.pdf (Utolsó letöltés: 2017.01.19.)
- Bognár, K. (2006): *A pszichológiai segítségnyújtás lehetőségei az interneten*. Szakdolgozat, Debreceni Egyetem Bölcsészettudomány Kar, Pszichológiai Intézet
- Boutin, F. – Chinien, C. (2003): *Bridging the Cognitive Divide in ICT-Mediated Learning*. Advanced Learning Technologies, IEEE International Conference. <https://www.computer.org/csdl/proceedings/icalt/2003/1967/00/19670422.pdf> (Utolsó letöltés: 2017.07.23.)
- Chan, S. – Torous, J. – Hinton, L. – Yellowlees, P. (2014): Mobile Tele-Mental Health: Increasing Applications and a Move to Hybrid Models of Care. In: *Healthcare*, 2(2): 220–233.
- COCIR (2015): *COCIR eHealth Toolkit*. Fifth edition. http://www.cocir.org/file-admin/4.4_Digital_Health_Public_Website_/15013.COC_2.pdf (Utolsó letöltés: 2017.07.25.)
- Daragó L. Dr. – Jung Zs. – Ispán F. – Bendes R. – Dinya E. Dr. (2013): *A telemedicina előnyei és hátrányai*. Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közzolgálati Kar, Egészségügyi Informatikai Fejlesztő és Továbbképző Intézet, Budapest <http://docplayer.hu/20132497-A-telemedicina-elonyei-es-hatranyai.html> (Utolsó letöltés: 2017.01.19.)
- EMCDDA (2016): *ESPAD Report 2015*. <http://www.espad.org/sites/espad.org/files/TD0116475ENN.pdf> (Utolsó letöltés: 2017.07.21.)
- EU Bizottsági közlemény (2012): *Elektronikus egészségügyi cselekvési terv a 2012–2020 közötti időszakra – innovatív egészségügyi ellátás a 21. században*. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012DC0736&from=hu> (Utolsó letöltés: 2017.01.19.)
- European Commission (2010): *Eurobarometer 73.2 Magyarországi eredmények, Mentális egészség*. <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/55837> (Utolsó letöltés: 2017.07.21.)
- Eurostat (é. n.): *Causes of death – standardised death rate by residence* [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate,_2014_\(per_100_000_inhabitants\)_YB17.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate,_2014_(per_100_000_inhabitants)_YB17.png) (Utolsó letöltés: 2017.07.21.)
- Fejes, Zs. (2016): Új lehetőség a védelem-egészségügyi ellátásban: Telemedicina. *Hadmérnök*, XI. (1): 233–239. http://www.hadmernok.hu/161_22_fejessz.pdf (Utolsó letöltés: 2017.01.19.)
- Grohol, J. (2004): Online counseling: A historical perspective. In: Kraus, R. – Zack, J. – Sticker, G. (szerk.): *Online Counseling. A handbook for mental health professionals*. Elsevier Academic Press, San Diego, California: 51–68.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

- Hilty, D. M. – Ferrer, D. C. – Parish, M. B. – Johnston, B. – Callahan, E. J., – Yellowlees, P. M. (2013): The Effectiveness of Telemental Health: A 2013 Review. In: *Telemedicine Journal and E-Health*, 19(6): 444–454. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662387/pdf/tmj.2013.0075.pdf> (Utolsó letöltés: 2017.07.23.)
- Indries, K. (2005): *Az internetes csevegés tudattalan folyamatai*. <http://www.lelekbenotthon.hu/modules.php?name=News&file=article&sid=130> (Utolsó letöltés: 2017.01.19.)
- ISMHO (2000): *Suggested Principles for the Online Provision of Mental Health Services* <http://ismho.org/resources/archive/suggested-principles-for-the-online-provision-of-mental-health-services/> (Utolsó megtekintés: 2017.08.01.)
- ISMHO (2017): *Members*. Térképes adatbázis az ISMHO regisztrált tagjairól. <http://ismho.org/members/directory/> (Utolsó megtekintés: 2017.07.16.)
- KSH Statisztikai Tükör (2010): *Egészségfelmérés, ELEF, 2009*. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel310021.pdf> (Utolsó letöltés: 2017.07.21.)
- KSH STADAT – 1.1. *Népesség, népmozgalom (1900-)* http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_wdsd001c.html (Utolsó letöltés: 2017.07.21.)
- Magyar Pszichológiai Társaság – Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete (2004): *Pszichológusok szakmai etikai kódexe (SzEK)* <http://mpt.hu/wp-content/uploads/2014/10/Pszichol%C3%B3gusok-Szakmai-Etikai-K%C3%B3dex.pdf> (Utolsó letöltés: 2017.07.16.)
- MOLTE (2010): *Magyarországi Online lelki tanácsadás etikai kódexe (Javasolt alapelvek)* <https://moltehu.jimdo.com/app/download/8734404698/etikai+kodex.pdf?t=1385125923> (Utolsó letöltés: 2017.07.16.)
- Morland, L. – Greene, C. – Ruzek, J. – Godleski, L.: *PTSD and Telemental Health* <http://www.ptsd.va.gov/professional/treatment/overview/ptsd-telemental.asp> (Utolsó letöltés: 2017.01.19.)
- NSCL Partnership Project on Telehealth (2015): *Telehealth Policy Trend and Considerations*. <http://www.ncsl.org/documents/health/telehealth2015.pdf> (Utolsó letöltés: 2017.01.19.)
- OECD (2017): *New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability*. OECD Publishing, Paris. http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/managing-new-technologies-in-health-care_9789264266438-en#page25 (Utolsó letöltés: 2017.07.23.)
- Oh, H. – Rizo, C. – Enkin, M. – Jadad, A. (2005): What Is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definitions. In: *Journal of Medical Internet Research* http://www.jmir.org/article/viewFile/jmir_v7i1e1/2 (Utolsó letöltés: 2017.01.19.)



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

- Perron, B. E. – Taylor, H. O. – Glass, J. E. – Margerum-Leys, J. (2010): Information and Communication Technologies in Social Work. In: *Advances in Social Work*, 11(2): 67–81.
- Pogány, G. Dr. – Somogyi, Cs. Dr. (szerk.): *RITKÁK, Ritka és veleszületett rendellenességgel élők és támogató szervezeteik*. Magyar Williams Szindróma Társaság, 2006. <http://www.rirosz.hu/dokumentumok/ritkak.pdf> (Utolsó letöltés: 2017. 07. 12.)
- Rothbaum, B. O. – Hodges, L. – Ready, D. – Graap, K. – Alarcon, R. (1999): Virtual reality exposure therapy for Vietnam Veterans with posttraumatic stress disorder. In: *Journal of Traumatic Stress*, 12 (2): 263–271.
- Ruggiero, K. J. – Resnick, H. S. – Paul, L. A. – Gros, K. – McCauley, J. L. – Acierno, R. – Morgan M. – Galea, S. (2012): Randomized Controlled Trial of an Internet-Based Intervention Using Random-Digit-Dial Recruitment: The Disaster Recovery Web Project. *Contemporary Clinical Trials*, 33(1): 237–246. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3253875/pdf/nihms331424.pdf> (Utolsó letöltés: 2017.07.25.)
- Suler, J. (2004): The psychology of text relationships. In: Kraus, R. – Zack, J. – Sticker, G. (szerk.): *Online Counseling. A handbook for mental health professionals*. Elsevier Academic Press, San Diego, California: 19–50.
- Tóth, A. P. (2011a): Internetes tanácsadók Magyarországon, 2010- ben. In: *HÁLÓ – a szociális munka szakmai közéleti lapja*, 17(5–6): 9–18. http://halo.3sz.hu/sites/default/files/2011_majus_junius.pdf (Utolsó letöltés: 2017.07.23.)
- Tóth, A. P. (2011b): Internetes tanácsadók Magyarországon 2010-ben. In: Somlai P. – Szabari V. (szerk.): *Kötő-jelek 2010*. Az ELTE TÁTK Szociológia Doktori Iskola Évkönyve, Budapest: 171–194.
- Wallace, P. (2004): *Az Internet pszichológiája*. Osiris Kiadó, Budapest
- WHO (2016): *Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252529/1/9789241511780-eng.pdf?ua=1> (Utolsó letöltés: 2017.07.21.)



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Függelék

1. táblázat

Az infokommunikációs technológiák segítésben való alkalmazására vonatkozó első etikai kódexek, sztenderdek, ajánlások a pszichológusokat, pszichiáterekeket, konzultánsokat, egészségügyi és szociális területen dolgozó szakembereket tömörítő szervezeteknél

<i>Szervezet neve</i>	<i>Dokumentum címe</i>	<i>Évszám</i>
American Psychological Association	Services by Telephone, Teleconferencing, and Internet	1997
National Board of Certified Counselors	Standards for the Ethical Practice of Web Counseling	1997
Health on the Net Foundation	HON Code of Conduct for Medical and Health Websites	1997
American Medical Informatics Association	Guidelines for the Clinical Use of Electronic Mail with Patients	1998
American Counseling Association	Ethical Standards for Internet Online Counseling	1999
International Society for Mental Health Online & Psychiatric Society for Informatics	Suggested Principles for the Online Provision of Mental Health Services	2000
Internet Health Coalition	e-Health Code of Ethics (draft)	2000
National Association of Social Workers & Association of Social Work Boards	NASW & ASWB Standards for Technology and Social Work Practice	2005
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	Practice Parameter for Telepsychiatry With Children and Adolescents	2008
American Telemedicine Association	Practice Guidelines for videoconferencing-based telemental health	2009
American Telemedicine Association	Evidence-based practice for telemental health	2009
British Association of Social Workers	BASW Social Media Policy	2012
American Psychological Association	Guidelines for the Practice of Telepsychology	2013
American Telemedicine Association	Practice Guidelines for Video-Based Online Mental Health Services	2013
National Board of Certified Counselors	The NBCC Policy Regarding the Provision of Distance Professional Services	2016
National Association of Social Workers – Association of Social Work Boards – Council on Social Work Education – Clinical Social Work Association	Standards for Technology in Social Work Practice	2017

Forrás: Saját szerkesztés.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

2. táblázat

Néhány internetes lelkeségély szolgálat, program rövid bemutatása

Megnevezés	Leírás	Link
National Suicide Prevention Lifeline (USA)	Ingyenes forródrót és chat. Cél, hogy a rászorulóknak azonnali segítséget kaphassanak, az öngyilkosságok számának csökkentése. Célcsoportok: fiatalok, katasztrófák túlélői, öslakosok, veteránok, LGBTQ kisebbség, fogyatékosokkal élő, gyászolók stb.	http://www.suicidepreventionlifeline.org/
Samaritans (UK, Írország)	E-mailes segítség nehéz élethelyzetekben, tanácsadás (de nem krízisben) és telefonos lelkeségélyszolgálat (célja az öngyilkosságok megelőzése, krízisintervenció).	http://www.samaritans.org/how-we-can-help-you/contact-us
Fearfighter (UK)	Szöveg alapú viselkedésterápiás program, ami segít leküzdeni a fóbiákat.	http://fearfighter.cbtprogram.com/
Beating the Blues (UK)	Interaktív viselkedésterápiás program, gyakorlatok, videók.	http://www.beatingtheblues.co.uk/
Ieso Online Talking Therapy service (UK)	Online, írásos egyéni viselkedésterápia privát chat-szobában, képzett terapeutával (az NHS módszertana alapján). Elsősorban depresszió és szorongás kezelésére, bármelyik napon, napszakban igénybe vehető.	http://uk.iesohealth.com/
Anxiety Online (Ausztrália)	Szöveg alapú program, a depresszió, szorongás, poszttraumásstressz-szindróma, pánikbetegség, étkezési zavarok kezelésére, információnyújtás a szorongásról, önszorongás és terapeuta által végzett tanácsadás.	https://www.mentalhealthonline.org.au/
This Way Up (Ausztrália)	Interaktív oldal a szorongás és depresszió kezelésére.	https://thiswayup.org.au/
Beyondblue (Ausztrália)	Depresszióval, szülés utáni depresszióval kapcsolatos információk megosztása, a közösség figyelmének felhívása a depresszió és szorongás jeleire, a stigmatizáció csökkentése.	https://www.beyondblue.org.au/
Black Dog Institute (Ausztrália)	Bipoláris zavar, depresszió, stressz szűrése tesztekkel, önmonitorozási rendszer, eszközök a kontrollálásra, közösségi hálózat építése.	http://www.blackdoginstitute.org.au/
Centre for Mental Health Research (Ausztrália)	Depresszió, szorongás, különféle stresszhelyzetek például szakítás, veszteségek feldolgozása, információnyújtással, önszorongó programmal, viselkedésterápiás online modulokkal, szakértők által kifejlesztett mentális és fizikai egészség applikációkkal.	http://cmhr.anu.edu.au/



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

<i>Megnevezés</i>	<i>Leírás</i>	<i>Link</i>
Crufad (Ausztrália)	Szorongás, depresszió kezelése; virtuális klinika, online ülések, gyakorlatok és „házi feladatok”, online és face-to-face kis csoportok a szorongással kapcsolatban.	http://www.cru-fad.com/
eheadspace (Ausztrália)	12–25 éveseknek szóló oldal, mentális egészséggel és jólléttel kapcsolatos portál, mentálhigiénés támogatás és tanácsadás.	http://www.headspace.org.au/
Kids Helpline (Ausztrália)	Gyermekeknek és fiataloknak szóló oldal, telefonos lelkeségély, webes, chates és e-mailes tanácsadás, fórumok.	https://kids-helpline.com.au/
Lifeline Ausztrália (Ausztrália)	Minden korosztály számára, krízishelyzetben nyújtanak segítséget, telefonos és e-mailes tanácsadás, információk, linkek online tanácsadással foglalkozó oldalakhoz.	http://www.lifeline.org.au/
Reachout (Ausztrália)	Fiataloknak szóló lelki egészséggel kapcsolatos oldal, információk, fórum, blog.	http://au.reachout.com/
QuitCoach (Ausztrália)	Dohányzásról való leszokást segítő program, személyre szabott a dohányzó válaszai alapján.	http://www.quit-coach.org.au/
Freedom From Smoking (USA)	Modulokká összeállított leckék, melyek lépésről lépésre segítik a dohányzásról való leszokást és a visszaesés megelőzését.	http://www.ffsonline.org/
Gegen Zwangsheirat (Ausztria)	Virtuális tanácsadás kényszerházasságtól veszélyeztetett lányoknak és fiatal nőknek. Chat, személyes tanácsadás, német, török, arab és angol nyelven, teljesen anonim módon (könnyen ki lehet belőle lépni és a böngészőből nem visszakövethető). SozialMarie díjas projekt.	http://www.gegen-zwangsheirat.at/
Virtual Coach Reaches Out To Me (nemzetközi együttműködésben)	Pszichológusok által kifejlesztett virtuális edző az időskori elmagányosodás ellen. Egy középkorú férfi figura 12 leckében ad tanácsot a felhasználóknak arról, hogy hogyan ápolják kapcsolataikat ill. alakítsanak ki újakat. Személyre szabható, emlékeztet, hogy szervezzenek találkozót.	http://www.v2me.org/
ASHA projekt (India)	Terhesgondozás és tanácsadás vidéken, elmaradott, elzárt területen élő nőknek.	http://research.microsoft.com/en-us/projects/asha/



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

<i>Megnevezés</i>	<i>Leírás</i>	<i>Link</i>
Beszélj róla! (Magyarország)	Történetek megosztása és fórum, a gyermekkori szexuális abúzus áldozatainak. Cél a hallgatás és a magány megtörése, egy befogadó közösség létrehozása, a trauma feldolgozásának elősegítése.	http://www.beszeljrola.hu/
Kék Vonal (Magyarország)	E-mailes és chates tanácsadás, telefonos lelkiségély szolgálat, elsősorban gyermekeknek és fiataloknak.	http://kek-vonal.hu/index.php/hu/interaktiv-kapcsolatok
UNICEF HelpApp (Magyarország)	Mobil alkalmazás, mely segíti a gyermekeket az erőszak helyzetek felismerésében, elkerülésében és a konfliktusok kezelésében. Segélyhívásra is alkalmas.	http://www.unicef.hu/helpapp/

Forrás: Saját szerkesztés. (Megjegyzés: az ausztrál programok listája az alábbi dokumentumból származik: Australian Government Department of Health and Ageing (2012): *E-Mental Health Strategy for Australia*. 18–21.)



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Az egészségértés fogalma, mérése és hatása az emlőszűrésen való részvételre

DÖBRÖSSY BENCE¹

ABSZTRAKT

A tanulmány az alacsony egészségértés és az emlőszűrés elutasítása közötti kapcsolatot elemzi. Definiálja az egészségértést, bemutatja mérésének módszertanát, beszámol a felmérések eredményeiről, ismerteti a magyar emlőszűrési adatokat, részletesen taglalja az egészségértés emlőszűrésre gyakorolt hatásával foglalkozó kutatásokat és javaslatokat tesz az egészségértés javítására.

Az egészségértés az egészségügyi kérdésekben való információszerezési, értési és eligazodási képesség. Validált eszközök léteznek a mérésére.

Más országokhoz hasonlóan, a magyarországi felmérés is jelentős egészségértési hiányosságokat fedezett fel. A lakosság körülbelül felének elégtelen vagy problémás az egészségértése. Kutatások támasztják alá, hogy a mammográfiás szűrésen való részvételt negatívan befolyásoló tényezők között az alacsony egészségértés is szerepet játszik, ezért tanulmányozása létfontosságú lehet az emlőszűrés népegészségügyi hasznának maximalizálása szempontjából.

KULCSSZAVAK: egészségértés, emlőszűrés, mammográfia, szűrésen részvétel, emlőrák, egészségkommunikáció

ABSTRACT

The concept and measurement of health literacy and its effect on breast screening participation

This study analyses the relationship of low health literacy and non-participation in breast screening. It defines health literacy, discusses its measurement tools, reports on health literacy studies in various populations, describes participation rates in the Hungarian breast screening program, reviews studies dealing with the effect of health literacy on breast screening participation and makes recommendations for the improvement of health literacy.

Health literacy is the ability to gain, understand, and appraise health related information as well as using said information in decision making. There are validated tools for measuring it. Like in other countries, surveys in Hungary found that the health literacy of the population is rather low. About half of the population has poor or problematic health literacy.

¹ Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola, doktorandusz.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Studies show that low health literacy is one of the factors negatively influencing screening participation. Its study is therefore vital in order to maximize the public health benefits of breast screening with mammography.

KEYWORDS: *health literacy, breast screening, mammography, participation in screening, breast cancer, health communication*

Bevezetés

Mivel magyarázható az, hogy Magyarországon az emlőrák szempontjából leginkább érintett 45-65 éves korosztálynak csak a fele vesz részt szűrési vagy diagnosztikus mammográfián (Boncz et al. 2013)? Történik ez annak ellenére, hogy a célcsoport tagjai részletes tájékoztató levelet, névre és két különböző időpontra szóló szűrési behívót kapnak, amiből kiválaszthatják a megfelelőbbet, a részvétel teljesen ingyenes (az OEP a helyközi és távolsági közlekedést is megtéríti), és nem mellékesen egy fontos népegészségügyi problémáról van szó. Bár a mammográfiás vizsgálat kellemtelennek mondott, nem egy invazív beavatkozás.

Jelen tanulmány egy lehetséges magyarázatként az egészségértés szerepét vizsgálja. Az angol 'health literacy' kifejezést magyarra többféleképpen fordítják. A szakirodalom használja az egészségértés, egészségjártasság és egészségműveltség kifejezéseket. Az egészségértés az egészségügyi kérdésekben való információszerzési, értési és eligazodási képesség.

Az egészségértésnek sok összetevője van: kulturális és fogalmi ismeretek, olvasott és hallott szövegértési készség, szám-értési készség, médiajártasság, egészségügyi tapasztalat (Nielsen Bohlman – Panzer – Kinding 2004).

Ha az egyén egészségértése alacsony, nem lesz meg a készsége arra, hogy szelektáljon az információ-áradatban. Nem tudja megkülönböztetni a reklámfogást az elemzéstől, a jó információt a rossztól. Nem tudja eldönteni, hogy Szendi Gábornak (2011) és a Blikk Rúzsnak (2009) higgye-e el, hogy a mammográfia rákot okoz, vagy a szűrésre invitáló meghívólevélnek adjon-e hitelt. Mint a későbbiekben látni fogjuk, a források, vélemények megbízhatóságának megítélése jelentős problémát okoz a magyar lakosság közel felének a kutatások szerint (Koltai – Kun 2016 a). Az emberek 43 százaléka a nem tudja eldönteni, hogy a médiából szerzett információ megbízható-e.

A mammográfián való részvételt a szűrést szolgáltató egészségügyi ellátórendszer sajátosságai mellett a szűrésre meghívottak szűrési magatartása is befolyásolja, amelyet lélektani, kognitív és szociális tényezők határoznak meg. Kutatások támasztják alá, hogy az egészségértés is kapcsolatban van az emlőszűrésen való megjelenéssel, ezért tanulmányozása létfontosságú lehet az emlőszűrés népegészségügyi hasznának maximalizálása szempontjából (Komenaka et al. 2015). Ehhez szeretne jelen írás is hozzájárulni.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

A tanulmány megvizsgálja az egészségértés fogalmát, az egészségértés mérésének módszertanát, a felmérések eredményeit és az egészségértésnek az emlőszűrésre gyakorolt hatásával foglalkozó irodalmakat és kutatásokat. A magyarországi emlőszűrési adatok felvázolása után javaslatokat tesz a helyzet javítására.

Az egészségértés fogalma

Az egészségértés fogalma nem tévesztendő össze az egészségtudatossággal. Az *egészségtudatosság* érték- és attitűd központú. Azt vizsgálja, hogy mennyire fontos az egészség, az egészséges életmód az egyén életében? Az *egészségértés* készségeket és képességeket jelent. Nutbeam (1998) definícióját Csizmadia a következőképpen fordítja magyarra: „az emberek kognitív és szociális készsége (skills), amely meghatározza az egyének motivációját és az egyének képességét (ability), amely segítségével hozzáférnek, megértik és felhasználják azokat az információkat, amelyek elősegítik és fenntartják jó egészségüket.” (Csizmadia 2016: 41). A WHO az egészségértés két szintjét különbözteti meg (Kanj – Mitic 2009). *A funkcionális vagy gyakorlati egészségértés*: azok a készségek, amelyek lehetővé teszik az egyén számára, hogy különböző írásos anyagokat elolvasson, megértse írott és hallott információkat, és az egészséggel kapcsolatos utasításokat követni tudja.

(A fent idézett WHO dokumentumban a szerző beszél még egy harmadik szintről is, „egészségértés, mint képesség tétel” de ez egy elvont ideológiai, politikai szint, amely a jelenlegi kutatás szempontjából nem releváns).

Mérhetőség szempontjából hasznos Sorensen és munkatársai (2012) integrált egészségértés modellje. Ezt Csizmadia a következőképpen tolmácsolja: „Az egészségműveltség kapcsolatban áll a műveltséggel, és hozzájárul ahhoz, hogy az emberek tudása, motivációja és kompetenciája alkalmassá váljon az egészség-információkhoz való hozzáféréshez, azok megértéséhez, értékeléséhez (appraise) és alkalmazásukhoz a mindennapi életben bekövetkező véleményalkotás és döntéshozatal idején az egészségügyi ellátás, a prevenció és az egészségfejlesztés területén, annak érdekében, hogy fenntartsuk vagy javítsuk az életminőséget életünk során.” (Csizmadia 2016: 42)

A modell négy kulcskompetenciát fogalmaz meg: hozzáférés, megértés, értékelés, alkalmazás. Ezek a komponensek befolyásolhatják az egyén hajlandóságát, hogy elfogadja a meghívást és a szűrésen részt vegyen. Ha az egyén nem megfelelően érti a szűrés potenciális előnyeit és hátrányait, ha nem tudja, melyik a megbízható információforrás és melyik nem az, amikor a meghívó elfogadását mérlegeli, akkor számára kedvezőtlen döntést hozhat. Ha az egyén egészségértése és az orvos, az ellátórendszer vagy a média által nyújtott információ nem áll kapcsolatban, akkor az egészségkommunikáció nem éri el a kívánt eredményt. Ez is hatással lehet az optimalistól elmaradó emlőszűrési részvételi arányokra.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Az egészségértés mérése

Az elmúlt néhány évben számos egészségértést mérő eszközt fejlesztettek ki. Nehéz a feladat, mert az eszköznek magába kell foglalnia több készség mérését, a résztvevő releváns tapasztalatait, az ellátórendszer strukturális sajátosságait és a vizsgált egészségviselkedés és döntés kontextusát. Nem csak gyakorlati készségeket (például olvasáskészség, szövegértés) kell mérnie az eszköznek, hanem korábbi releváns ismereteket is (Baker 2006).

Baker (2006) szerint az olvasáskészség az a képesség, hogy írott szöveget mentálisan feldolgozzunk, és új tudásra tegyünk szert. Az egészségértés „skill-set” része a számtani jártasság és a mennyiségi információk megértése. A korábbi ismeretek alatt azt a tudást érti Baker, amivel az egyén rendelkezik, még mielőtt az új anyagot elolvasná/meghallaná. Itt tehát a vonatkozó szókinccs és fogalomtár a fontos. Az egészségértés-mérés alapkonceptiója, hogy az egyének képességei mennyire felelnek meg az egészséggel kapcsolatos komplex igényeknek a 21. században (Sorensen et al. 2012).

Számos eszköz elérhető és letölthető a <https://healthliteracy.bu.edu/all> weboldalról. Írásom a leggyakrabban használt, validált és nemzetközileg kipróbált egészségértést mérő eszközöket mutatja be, hangsúlyozva a specifikusan a daganatos betegségekkel kapcsolatos kérdőíveket:

- The National Center for Education Statistics (2003) eszköze a *National Assessment of Adult Literacy* (NAAL) egészséggel kapcsolatos dokumentum-értést és kvantitatív jártasságot értékel. Magyarországon még nem használták.
- *The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) szófelismerést mér (Davis et al. 1991). Gyors, mert csupán hatvanhat egészséggel kapcsolatos szót kell felolvasni és helyesen kiejteni. Magyar változat nincs. Amerikai és török kutatásokban használták.
- *The Test Of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) valós kórházi nyomtatott anyagokkal, gyógyszerdoboz címkékkel méri a válaszadók olvasott szöveg- és szám/ mennyiség értését (Parker et al. 1995). Van egy globális szövegértés része is, ahol egy szövegből minden hetedik szót töröltek, és egy listáról kell a válaszadónak kiválasztania a megfelelőt. A rövidített változat magyarul is elérhető.
- *Newest Vital Sign* (Átlagos Tápérték Teszt) olvasott szövegértési és számolási készségeket mér. Népszerű, mert rövid és egyszerű a használata (Weiss et al. 2005). Magyarul is alkalmazták már. A kérdezettnek megmutatják egy doboz fagyalt tápérték címkéjét és ezzel kapcsolatban tesznek fel kérdéseket.
- *Health Literacy Survey-EU* validált és tesztelt, magyarul is elérhető kérdőív, amely 47 kérdésben három egészséggel kapcsolatos területet (egészségügy, prevenció, egészségfejlesztés) és négy információ-feldolgozási szintet (elérés, megértés, értékelés, alkalmazás) mér (Sorensen et al. 2015).



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

- *Health Literacy Skills Instrument (HLSI)*. McCormack et al. (2010) egy olyan új eszközt fejlesztettek ki, amely nem csak szövegolvasást és értést, hallott szövegértést és számjártasságot mér, hanem internet navigáló képességet is. Az eredeti változat 25 kérdést használ, de kidolgoztak egy 10 kérdésből álló rövid változatot is.
- *The Assessment of Health Literacy in Cancer Screening (AHL-C)* emlő- és méhnyakszűrésre létrehozott egészségértés teszt. A fent említett REALM és TOFHLA teszteket használta modellként. Négy alskálából áll: olvasott szövegértés, számértés, hallott szövegértés és tájékozottság (Hae-Ra et al. 2014). A teszt fejlesztés alatt áll. Eddig egy kutatás használta az USA-ban amerikai-koreai nők között. Nagy előnye, hogy konkrétan emlő- és méhnyakrákszűrés kontextusában specifikus.
- *Breast Cancer Literacy Assesment Tool (B-CLAT)* angolul validált ismereteket mérő eszköz (Williams – Templin – Hines 2013). 21 feleletválasztós kérdést tesz fel. Nem készségeket mér, csupán csak prevenciós informáltságot.
- *30 Item Cancer Health Literacy Test (CHLT-30)* rákbetegek rákkal kapcsolatos ismereteit, szövegértését és számértését méri (Dumenci et al. 2014). Angolul validált. Létezik egy hat kérdésből álló rövidített változata is (CHLT-6). Míg a 30 kérdéses változat képes egy kontinuumon mérni a válaszadók egészségértését, a CHLT-6 gyorsan tudja azonosítani a korlátozott egészségértéssel jellemezhető egyéneket.
- *Cancer Message Literacy Test (CMLT)* van egy 60 perces hallott szövegértést és egy 10 perces olvasott szövegértést mérő része (Mazor et al. 2012). Rák megelőzéssel és szűréssel kapcsolatos szövegeket használ. Amerikában használt, csak angolul elérhető eszköz.
- *The Cancer Literacy Score (CLS)* olasz nyelven, Svájcban kifejlesztett, angolul is elérhető rákkal kapcsolatos tájékozottságot mérő 5 kérdéses eszköz (Dívani – Schulz 2012).

Ezeknek a viszonylag egyszerű és kipróbált eszközöknek a használatával lehet képet kapni arról, hogy mennyire képes valaki egészséggel kapcsolatos információkat megszerezni, értelmezni és ezek alapján döntéseket hozni.

Egészségértés kutatások eredményei

Sorensen és munkatársai (2012) az „egészségértés epidémia” kifejezést használják az amerikai egészségértés adatok bemutatására. A US Department of Health and Human Services (2015) beszámolója szerint Amerikában a felnőtt lakosság 12 százaléka rendelkezik magas szintű egészségértéssel. Ők képesek táblázatokat értelmezni, és kiszámítani egy munkavállaló éves egészségbiztosítási önrész hozzájárulását. A lakosság 53 százalékának közepes az egészségértése. Képesek gyógyszerhaszná-



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

lati útmutatót olvasni, és eldönteni, hogy mikor kell az orvosságot bevenni, 21 százaléuk rendelkezik alapvető egészségértéssel. Ők tudnak egészségügyi pamfleleteket olvasni és meg tudnak nevezni két okot, amiért tünetmentes embereknek orvosi vizsgálatra lehet szükségük. 14 százalék az alapvető szintet sem éri el. Rövid utasításokat tudnak olvasni és eldönteni, mit szabad inni egy orvosi vizsgálat előtt. 77 millió felnőttnek komoly problémái vannak a legegyszerűbb egészséggel kapcsolatos feladatok megértésével is. Az afromerikaiak 67 százalékának volt alacsony az egészségértése, míg a fehérek körében 32 százalékának. Az idősek 29 százalékának alapszint alatti egészségértése van, míg 30 százalékának csak alapszintű (Corrarino 2013).

Európából is rendelkezésünkre állnak egészségértés felmérésekből adatok. A The European Health Literacy Survey 2011 nyarán készült, 8 európai országban, 1000-1000 fő körüli reprezentatív mintákkal. A direkt erre a projektre kifejlesztett HLS-EU 47 eszközt használta. Az eszköz Sorensen és munkatársai (2012) integrált egészségértés modelljére épülve megkülönböztetett három egészséggel kapcsolatos területet (egészségügy, prevenció és egészségfejlesztés) és négy információ-feldolgozási szintet (elérés, megértés, értékelés és alkalmazás) (Koltai – Kun 2016 a). Az alábbi táblázatban látható a Health Literacy Survey EU eredménye kiegészítve a HLS EU felmérés módszertanát és kérdőívét alkalmazó magyar kutatás eredményeivel (1. táblázat).

1. táblázat: Health Literacy Survey EU Az összesített egészségértés index eloszlása a küszöbértékek menti kategóriákban Magyarországon és a nemzetközi kutatássorozatban résztvevő 8 ország esetén (sorszázalékok)

Megnevezés	Elégtelen	Problémás	Elégséges	Kitűnő	N
Magyarország	19	33	38	10	954
Ausztria	18	38	34	10	979
Bulgária	27	35	27	11	925
Németország	11	35	34	20	1045
Görögország	14	31	40	16	998
Spanyolország	8	51	33	9	974
Írország	10	30	39	21	959
Hollandia	2	27	46	25	993
Lengyelország	10	34	36	20	921
EU8	12	35	36	17	7795

Forrás: Koltai – Kun 2016a: 11.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Bár számottevő különbségek vannak a felmérésben résztvevő országok eredményei között, elmondható, hogy a mért egészségértési szintek általában nem jók. Majdnem minden második embernek korlátozott az egészségértése. Európában nem csak az egészségi állapotban van társadalmi rétegződés, hanem az egészségértésben is. A korlátozott egészségértés összefüggésben volt az alacsony szociális státusszal, rossz szubjektív egészségi állapottal és gyakori orvoshoz fordulással is. A tanulmány szoros kapcsolatot talált az alacsony iskolázottság, idősebb kor és a gyengébb egészségértés között (Sorensen et al. 2015).

A táblázatban látható, hogy a fenti megállapítások Magyarországra is igazak. A Health Literacy Survey EU módszertanát használva a Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft. által 2015. május-júniusában magyarországi országos, 1008 fős reprezentatív mintán végzett kutatás szerint itthon is minden második embernek problémát jelent az alapvető egészségügyi információkhoz való hozzáférés, annak feldolgozása és megértése (Koltai – Kun 2016 a). A megkérdezettek 19 százalékának elégtelen, 33 százalékának problémás az egészségértése. 32 százalék nehéznek tartja az egészségük javítására vonatkozó döntések meghozatalát, 43 százalék nehéznek tartja megítélni, hogy a médiából szerzett információ hasznos-e vagy sem, és 28 százalék nehéznek tartja eldönteni, hogy melyik szűrővizsgálatra lenne szüksége.

Érdekes kettősségre lehetünk figyelmesek összehasonlítva a magyarországi felmérés gyakorlati egészségértési eredményét (ezt a szövegértési és numerikus kompetenciát a Newest Vital Sign-nal mérték) az elméleti egészségértési eredménnyel (ezt a HLS-EU 47 önbevallással mérte, a „*Kérem, adja meg ezen a skálán, hogy Ön szerint mennyire könnyű, illetve nehéz megérteni az élelmiszerek csomagolásán olvasható információkat*” kérdéssel) (Koltai – Kun 2016b). Gyakorlati egészségértésben Hollandia után nálunk mérték a legjobb eredményeket. A magyarok több mint kétharmada megfelelő gyakorlati egészségértéssel rendelkezik, viszont az önbevallós kérdésre csak 16 százaléka mondta azt, hogy nagyon könnyű megérteni az információt, és 42 százaléka, hogy inkább könnyű. Ez lehet mérési hiba, de jelentheti azt is, hogy kevés az ilyen jellegű önbizalmunk. Mint említettem, a hazai egészségértés felmérésben használt HLS-EU kérdőív 47 kérdésben három egészséggel kapcsolatos területet (egészségügy, prevenció, egészségfejlesztés) különböztet meg, így ezekről a területekről külön-külön is van adat. A lakossági emlőszűrés lényegében szekunder prevenciónak felel meg, ezért jelen tanulmány szempontjából a prevenció kiemelten fontos. A kutatás eredményeiből láthatjuk, hogy Magyarországon a lakosság egyötöde elégtelen, majdnem egyharmada pedig problémás a prevenciót illető egészségértés kompetenciákban. Magyarországon az egészségfejlesztési alindex eloszlása is kedvezőtlenebb a kutatásban részt vett országok összesített adatainál (Koltai – Kun 2016a). A társadalmi-gazdasági tényezőket figyelembe véve elmondható, hogy Magyarországon a nők, a fiatalabbak, a magasabb végzettségűek és az anyagilag jobb helyzetben lévők rendelkeznek magasabb egészségértési szinttel.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Berens et al. (2016) 2000 fős HLS-EU 47-et alkalmazó németországi felmérése is alátámasztja, hogy az életkor jelentős szerepet játszott a korlátozott egészségértés növekedésében. A 15–29 éves válaszadók 47,3 százalékának volt korlátozott az egészségértése. A 30–45 éveseknél ez az arány 47,2 százalék. Az emlőszűrésben leginkább érintett 46–64 éves korosztály 55,2 százalékának volt korlátozott az egészségértése, míg 65 év felett ez az arány 66,4 százalék.

Emlőszűrés

Az emlőrák világszerte, így hazánkban is, a nők körében az egyik vezető halálok. Az emlőrák okozta halandóság csökkentésére a korai felismerés és korai kezelés a legmegfelelőbb megoldás.

Az *opportunistikus szűrés* (azaz bármely okból orvoshoz forduló személy vizsgálata a tünetmentes célbetegség felismerésére alkalmas módszerrel) a nemzetközi tapasztalat szerint nem annyira hatásos, mert „önkiválasztott” egészségtudatos egyének, a kelletténél gyakrabban, a kockázati csoportok tagjai viszont ritkán vagy soha nem vesznek részt szűrésen. Ezzel szemben a *népegészségügyi szervezett lakossági szűrővizsgálatok* (azaz a szűrést az egészségügyi ellátórendszer kezdeményezi és menedzseli, beleértve a regiszter alapján történő személy szerinti meghívást és nyomon követést az életkor alapján veszélyeztetettnek minősülő korcsoportokban) bizonyítottan jelentős eredményt érhetnek el. A népegészségügyi emlőszűrés eredményessége tudományos bizonyítékokkal alátámasztott. A Tabár által vezetett svédországi 7 éves utánkövetéssel végzett „két megye” vizsgálat 31 százalékos emlőrák mortalitás csökkenést mért az érintett (40–74 év) korcsoportokban. Az „Edinburgh Randomised Trial of Breast Cancer Screening” tízéves utánkövetés után a 45–64 éves korosztályban a szűrésen részt vevő nők esetében 14–21 százalékos mortalitás-csökkenést mutatott. Nyolc nagy randomizált kontrollált vizsgálat 20 százalékos emlőrák mortalitás-csökkenést mért a szervezett szűrésen résztvevők körében (Betlehem Kriszbacher 2008).

A népegészségügyi szervezett emlőszűrés az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Nemzetközi Rákkutató Ügynöksége (IARC), valamint a Nemzetközi Rákellenes Unió (UICC) epidemiológiai bizonyítékokon alapuló, mértékadó ajánlásai szerint a 45–65 év közötti nők kétévenkénti mammográfiás vizsgálatával javasolt (Döbrössy 2013).

Külföldön és Magyarországon is általános gond – különböző mértékben – és bizonyos társadalmi csoportokban a szervezett szűrésen való alacsony részvétel. A hazánkban 2002-ben megindult „szervezett emlőszűrési” programban a lakossági részvétel mindig jelentősen a WHO ajánlása szerint elvárt 70 százalékos kívánatos mérték alatt maradt (Állami Számvevőszék 2008).

Boncz et al. (2013) OEP adatokra épülő kutatása szerint a 45–65 éves korcsoportban az átszűrtség (azok, akik a szervezett népegészségügyi szűrésen behívó-



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

ra megjelentek) a 2002–2003-as két éves szűrési ciklusban elért 34,7 százalékról a 2004–2005-ös ciklusban 29,7 százalékra, majd 2006–2007-ben 29,2 százalékra csökkent, míg 2008–2009-ben 31,2 százalékra emelkedett. A diagnosztikus átvizsgáltság (részlet vettek mammográfiás vizsgálaton a kétéves ciklusban, de nem a népegészségügyi szűrés keretein belül, hanem orvosi beutalóval) a 2002–2003-as 22,6 százalékról a következő ciklusokban egy kis emelkedés után enyhén csökkent. (2004–2005: 23,6 százalék, 2006–2007: 21,6 százalék, 2008–2009: 20,4 százalék). A lefedettség (átszűrtség és átvizsgáltság) kis mértékben csökkent a négy ciklusban (2002–2003: 54,6 százalék, 2004–2005: 50,8 százalék, 2006–2007: 49,3 százalék, 2008–2009: 50,1 százalék).

Boncz et al. (2013) szerint az 50 százalék körüli lefedettség megfelel az OECD átlagnak (ne feledjük, nincs mindenhol ingyenes, meghívásos program), de például nagyon elmarad a finnországi 87,7 százaléktól és a svédországi 83,6 százaléktól. Az Egyesült Királyságban az átszűrtség 75 százalék, Hollandiában 78 százalék.

Egészségértés és emlőszűrés

Számos kutatás támasztja alá, hogy az alacsony egészségértés összefügg a rosszabb egészségi állapottal, gyengébb egészségismeretekkel és a szolgáltatások nem megfelelő használatával (Berkman et al. 2011). Elmondható ugyanez az emlőszűrésről is? Van kapcsolat az emlőszűrés elutasítása és az alacsony egészségértés között? Oldach és Katz (2014) készítették az egyetlen szisztematikus irodalomlemezést a témában. Öt eredeti kutatást találtak, amely megfelelt a meta-elemzés kritériumainak. 1990 és 2011 között az Amerikai Egyesült Államokban végzett kutatásokat vettek figyelembe. Egy tanulmány országos reprezentatív mintát használt. Más kutatások alapjául közösségi helyszíneken vagy klinikákon vett kisebb minta szolgált. Egy tanulmány csak 65 évnél idősebb nőket kérdezett meg. Az egészségértés mérése nem volt egyöntetű, de mindegyik validált tesztet használt. Mindegyik tanulmány keresztmetszeti adatokkal készült. Egy tanulmány orvosi nyilvántartásban nézte a szűrésen való részvételt, a többi önbevallással mérte. A mérés nem volt standardizálva. Akadt tanulmány, amely azt kérdezte, volt-e az egyén szűrve az elmúlt 12 hónapban, és volt, amely az elmúlt 24 hónapra kérdezett rá. A tanulmányokban a szűrésen való megjelenés 44 százalék és 69 százalék között mozgott. Elégtelen egészségértés 24–58 százalék között volt. Három tanulmány (köztük a nagymintás) talált jelentős összefüggést az alacsony egészségértés és alacsony részvételi arányok között. Egy tanulmány ezt a kapcsolatot csak a 65 év felettiéknél mutatta ki. Bár az elemzés módszertani tényezők nehezítették, megállapítható az összefüggés a részvételi hajlandóság és az egészségértés között.

Azt, hogy az egészségértés és emlőszűrés kapcsolata egy alulkutatott terület, saját irodalomkutatásom is alátámasztja. Web of Science és PUBMED keresés a „health



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

literacy AND breast screening, mammography” kifejezésekre 21 releváns empirikus kutatást tárgyaló cikket talált 2017 januárjában. Jelen tanulmány figyelmen kívül hagyja azokat a kutatásokat, amelyek már emlőrákkal diagnosztizált páciensek egészségértését, rákkal kapcsolatos ismereteit vagy kezelési döntéseiket vizsgálta. Az elemzésből kizártam azokat a közleményeket, amelyek teljes szövegben angol nyelven nem elérhetőek. Csak azokat a kutatásokat mutatom be itt, amelyek tünetmentes nők prevenciók célú mammográfiás szűrési hajlandóságát és egészségértését vizsgálta. Nyolc ilyen cikket találtam. A kutatásokat nehéz összehasonlítani, mert nagyok a módszertani különbségek ezért egyenként röviden vázolólok őket.

Az egészségértés hatását a preventív viselkedésre (ide értve az emlőszűrést is) Fernandez, Larson és Fisher (2016) Amerikában 50 évesnél idősebb emberek között (n= 707) a TOFHLA (olvasott szöveg és számtan értése) teszttel vizsgálták. A kutatásukban az országos reprezentatív Health and Retirement Study (HRS) egy almintáját használták. Az egészségértésre vonatkozó kérdéseket, illetve készség mérést vetettek össze egészségviselkedést érintő kérdésekkel (szűrés, tesztelés, dohányzás). Azt találták, hogy a kor, nem, etnikum korrigált logisztikus regresszió modellben a magasabb egészségértéssel rendelkezők nagyobb valószínűséggel vettek részt az elmúlt két évben szűrési mammográfián (Esélyhányados (EH) =2,215).

Komenaka és társai (2015) nagy mintán kutatták az egészségértés hatását a mammográfiás szűrésen való megjelenésre. A kutatás egy arizonai emlőklinikán zajlott 2010 januárja és 2013 áprilisa között. 1664 negyven évesnél idősebb pácienssel elvégeztették a Newest Vital Sign egészségértés tesztet, valamint demográfiai és más adatokat is gyűjtöttek. Kizárták a vizsgálatból azokat, akiknek mellrákjuk volt 40 éves korukig. A szűrési státuszt az orvosi nyilvántartásból mérték. 40–49 év között az elmúlt 2 évet vették figyelembe, 50 év felett az elmúlt 1 évet. A vizsgált minta 31 százaléka vett részt szűrési mammográfián a megjelölt időszakban. A 40–49 éves korcsoportban az alacsony egészségértésű nők 29 százaléka, míg a megfelelő egészségértésű nők 58 százaléka vett részt emlőszűrésen. Az 50-59 éves csoportban az alacsony egészségértésűek 21 százaléka, és a megfelelő egészségértésűek 51 százaléka volt szűrve. A szűréstől távolmaradók 47 százalék a azért nem vett részt szűrésen, mert semmi emlőpanaszuk nem volt, és 10 százalék nem tudta, hogy az emlőszűrés fontos lehet számukra. Mind a két indok olyan, amit a prevenciók egészségértés fejlesztésével ki lehetne küszöbölni. 18 alapellátásban dolgozó orvos és 168 alacsony egészségértésű páciens vett részt Price-Haywood, Harden Barrios és Cooper (2014) négy éves csoportos randomizált kontrollált vizsgálatában, akik kommunikációs fejlesztést célzó tréningeket szerveztek orvosoknak azért, hogy azok hatékonyabban tudjanak érvelni a szűrés mellett. Bár a kommunikáció minősége fejlődött, az alacsony egészségértésű páciensek szűrési hajlandósága, viselkedése nem változott. Az emlőszűrések száma nem emelkedett a beavatkozás hatására.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Pagán és társai (2012) Texasban 722 negyven év feletti Mexikóból származó amerikai nő felmért adatait használták, hogy logisztikus regressziós modellben megnézzék a funkcionális egészségértés szerepét a szűrési viselkedésben. A résztvevők 51 százalékának volt elégtelen az egészségértése. Más tényezőket kontrollálva azok, akiknek megfelelő volt az egészségértésük, valószínűbben vettek már részt valaha emlőszűrésen, (EH 2,92) vagy vettek részt az elmúlt évben (EH 2,30). Ebben a populációban az egészségértés szignifikáns összefüggést mutatott az emlőszűrési hajlandósággal.

Sentell és munkatársai (2015) a 2007-es California Health Interview Survey-re épülve tanulmányozták Ázsiából származó amerikai nők egészségértését és szűrésviselkedését. 50–74 éves nőket vizsgáltak ($n = 11\,163$). Az alacsony egészségértés itt is összefüggött az emlőszűrésen való csökkent részvétellel. Az ázsiaiak jelentősen kevesebben vettek részt szűrésen és alacsonyabb volt az egészségértésük.

Yilmazel (2016) törökországi tanulmánya az egészségértés, a szűrési ismeretek és az emlőszűrésen való részvétel kapcsolatát vizsgálta. A mammográfia-részvételt önbevallással mérte. A REALM egészségértés tesztet használták. (66 egészséggel kapcsolatos szót kell felolvasni és helyesen kiejteni.) A résztvevők 94 százalékánál mért alacsony egészségértést. A fiatalabb, alkalmazásban álló, jó keresetű, tanult, jó egészségű válaszadók egészségértése kedvezőbb volt. A korlátozott egészségértés itt is szorosan összefüggött az alacsonyabb szűrési ismeretekkel (EH 6,53) és részvétellel (EH 1,22).

Kadivar és munkatársai (2016) floridai kutatása a NAAL (Egészséggel kapcsolatos dokumentumértést és kvantitatív jártasságot érték) eszközzel vizsgálták a mammográfias szűrés és a gyakorlati egészségértés hatását 40 évnél idősebb Latin-Amerikából származó nők ($n = 6532$), és Amerikában született, nem latin-amerikai fehér nők ($n = 3592$) között. A mammográfias részvételt önbevallással mérték. Közel egyenlő arányban voltak mammográfián az elmúlt 12 hónapban a latin-amerikai nők (59,3 százalék) és nem latin-amerikai fehér nők (60,6 százalék). A fehér nők esetében az egészségértés pozitívan függött össze a szűrési mammográfián való részvétellel ($\beta = 0,14$, $p < 0,001$). A latin-amerikai nők esetében az összefüggés negatív volt ($\beta = 0,13$, $p < 0,001$). Jobb funkcionális egészségértéssel rendelkező latin-amerikai nők kevesebbszer vettek részt mammográfias szűrésen, mint a rosszabb egészségértésűek. Ez a negatív összefüggés a kulturálisan integrálódott, angolul kommunikáló latin-amerikai nőknél volt a legerősebb. A szerzők nem tudtak magyarázatot adni erre a váratlan eredményre.

Roman et al. (2014) egy randomizált kontrollált vizsgálatban tanulmányozták az alacsony egészségértés és az emlőszűrés elutasításának kapcsolatát Michiganban hátrányos helyzetű 21–70 éves arab, afroamerikai és latin-amerikai nők között ($n = 514$). Afroamerikai nőknél az alacsony egészségértés állt a legszorosabb összefüggésben az emlőszűrés elmulasztásával; ez az arab és latin-amerikai nők között az



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

orvosi ajánlás hiányával volt magyarázható. Tehát a kockázati tényezők más és más etnikai csoportban különbözően hatottak ebben a tanulmányban.

Összegzésként elmondható, hogy a tanulmányok kis száma, a vizsgált populációk és a használt módszerek eltérései miatt nehéz messzemenő következtetéseket levonni a fent ismertetett kutatásokból. Bár a bizonyíték nem egyhangú, elmondható, hogy az alacsonyabb egészségértéssel rendelkező nők emlőszűrési hajlandósága kisebb, mint a jobb egészségértésűeké. Ez azt jelentheti, hogy az egészségértés fejlesztésével a részvételi arányok javíthatóak.

Az emlőszűrésen való részvétel növelése és az egészségértés fejlesztése

Az egészségértés fejlesztésének egyik legfontosabb feltétele az, hogy a döntéshozók felismerjék a jelentőségét. Ez megvalósulni látszik, mert az egészségértés kiemelt téma az Európai Unió egészségpolitikájában és a WHO Európai regionális irodája is prioritásként nevezi meg (Sorensen et al. 2015).

Magyarországon is több figyelmet kap ma ez a téma, mint néhány éve. A már tárgyalt magyarországi országos egészségértés felmérés mellett (Koltai – Kun 2016a, Koltai – Kun 2016b) meg kell említeni az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete által 2016-ban és 2017-ben meghirdetett „Nekem Szól! Egészségértés Díj”-at, amire egészségértést fejlesztő programokkal lehetett nevezni (Borjádi 2016). 103 pályázat érkezett a 2016-os kiírásra és több portálon írtak róla.

Népegészségügyi emlőszűrésen való részvételt fokozó kommunikáció javításáért is indult hazánkban egy jelentős EU finanszírozású program, a „szűrőprogramok országos kommunikációja” (SZOK) projekt, amelynek része volt az országos kommunikációs kampány és lakossági tájékoztató napok szervezése, háziorvosi tréningek, oktatási anyagok kidolgozása.

Az egészségértés prioritásként való kezelése mellett fontos a konkrét stratégiák kidolgozása is. Áttekintve az egészségértés fejlesztésével foglalkozó négy rendszerezett irodalomelemzést, Kanj és Mitic (2009) bizonyítékot találtak a kommunikáció nyelvezetének egyszerűsítésére, a multimédiás prezentációk használatára és a helyi közösségekben megvalósuló, a célpopulációt közvetlenül elérő stratégiák hasznosságára. Ezeket szeretném röviden az emlőszűrésre alkalmazva bemutatni.

A kutatások által kimutatott összefüggés az alacsony egészségértés és a szűrés elutasítása között azt sugallja, hogy egyszerűsíteni kell az emlőszűrésre motiváló üzenet nyelvezetét, legyen szó a meghívólevélről, újságcikkről vagy orvosi beszélgetésről.

Jó példa erre a túldiagnózis (over diagnosis) fogalma és ennek kommunikációja az interneten. A túldiagnózis az emlőszűrés egyik lehetséges kockázata, ezért fontos, hogy a potenciális résztvevő tisztában legyen jelentésével. Az Egyesült Királyságban a szűrésre felszólító meghívólevelet is jelentősen átírták miatta 2013-ban az NHS



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

(Nemzeti Egészségügyi Szolgálat) szakemberei (Forbes – Ramirez 2014). A nagy sajtóvisszhang ellenére is Hersch et al. (2013) azt találták, hogy a 390 megkérdezett laikus felnőtt 1 százaléka tudta elfogadhatóan megfogalmazni, mit jelent a 'túlidiagnózis'. (Pl.: olyan betegség diagnózisa szűrés által, amely nem fog tüneteket vagy hált okozni.)

Ha nem egyszerű nyelven kerül kifejtésre egy fogalom, az emberek nem fogják megérteni, bármennyit is beszélünk róla. A US Department of Health and Human Services (USDHHS) ajánlása szerint az interneten lévő tájékoztató anyagoknak általános iskola hatodik osztályos szint alatt kell lennie, hogy az átlag amerikai felnőtt megértse. AlKhalili és társai (2015) tanulmánya azt vizsgálta, hogy megfelelnek-e ennek a kritériumnak az interneten található mammográfiás oktató anyagok. 300 weboldalt néztek át különböző szofisztikált szoftverekkel. Egy sem felelt meg az USDHHS elvárásának, tehát az átlag amerikai felnőtt egészségértése szintjén értelmezhetetlen az oldalak információ-tartalma. Az írott szövegek testre szabása, az egyszerű nyelvezet (plain language) használata kulcsfontosságú.

Kutatások támasztják alá, hogy az emlőszűréssel kapcsolatos egészségértés javítható. Hae-Ra Han és munkatársai (2017) arra kerestek választ, hogy a védőnők hogyan fejleszthetik Amerikában élő koreai származású nők szűrési egészségértését. Csoportos véletlenszerű mintavétellel választottak ki 560 nőt Marylandben 23 koreai gyülekezetből. A kísérleti csoport kapott egy testre szabott szűréssel foglalkozó brosúrát, amit védőnői tréning és havi telefonos konzultáció követett. A beavatkozás után 18,5-szer volt nagyobb a mammográfiás részvétel a kísérleti csoportban, mint a kontrollban.

Az emlőszűrést érintő egészségértés fejlesztésének egyik ajánlott módja a helyi szinten, településeken, közösségekben megvalósuló (community outreach) megközelítés. A stratégia egyik komponense, hogy a helyi közösségben elfogadott, a közösség kultúráját ismerő üzenetközvetítő (lehet védőnő, segéd-egészségőr, a közösséghez tartozó civil) testre szabva, érthetően és interaktívan adja át az üzenetet a célcsoport tagjainak. Erre azért van szükség, mert vannak közösségek és csoportok, akiknek a szűrési hajlandóságuk alacsonyabb az átlagosnál, ilyenek a szociálisan hátrányos helyzetű asszonyok, etnikai kisebbséghez tartozók, szegénynegyedekben, falvakban, kisvárosokban élők. Bailey és munkatársai (2005) elemeztek 24 amerikai alacsony jövedelmű nők között végzett, közösségben megvalósuló mammográfiás részvételre motiváló stratégiát és bizonyítottan találták hatékonyságukat.

Magyarországon is vannak ilyen jellegű programok. A hódmezővásárhelyi „Egészséges Vásárhely Program” szűrőszervezéssel, mozgósítással, figyelemfelkeltő eseményekkel, a célcsoport személyes felkeresésével és meggyőzésével két év alatt elérte, hogy 43 százalékról 69 százalékra emelkedett az emlőszűrésen részt vevő nők aránya (Egészséges Vásárhely Program 2012).



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Joó Marianna (2010) számol be egy civil szervezetek által működtetett közösségi programról. Az „Egyenlő Eséllyel a Rák Ellen” emlőszűrő és felvilágosító egészségnapokat szerveztek hátrányos helyzetű településeken. 5 év alatt 50 helyszínen, kb. 15 000 fő részvételével 6.000 mammográfiás szűrővizsgálatot és 8000 egyéb vizsgálatot értek el.

A hátrányos helyzetű népesség emlőszűrésen való részvételén és egészségértésén sokat segíthetnek laikus egészség-segítők (lay health workers). Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramon belül Magyarországon is képeznek, és praxisközösségekben 2013 óta alkalmaznak hátrányos helyzetű segéd-egészségőröket (Kósa 2017). A segéd-egészségőrök egyik feladata, hogy felkeressék és részvételre bátorítsák az emlőszűrésre behívott nőket közösségükben. Az Amerikában hatásos módszer remélhetőleg itthon is eredményes lesz.

Összegzés

Amerika után már az Európai Unióban is egyre több figyelmet kap a lakosság egészségértése. Számos európai kutatás indult, hogy felmérje az emberek egészségértési szintjét és több program kezdődött, hogy javítsa azt. Bár Magyarországon még az *egészségértés, egészségműveltség vagy egészségjártasság* kifejezéssel is találkozhatunk, ha a témában olvasunk, de egyre több írás jelenik meg.

Az egészségértés lényegében azt jelenti, hogy az emberek milyen mértékben képesek egészségügyi, prevenciós és egészségfejlesztési kérdésekben tájékozódni, az információkhoz hozzáférni, ezeket megérteni és felhasználni, cselekedni.

Kutatásokból tudjuk, hogy az egészségértés egy egészségviselkedést és ezen keresztül egészségi állapotot befolyásoló tényező. Validált, jól kipróbált eszközök léteznek a mérésére. Általában elmondható, hogy a magyar és nemzetközi kutatások szerint is nagyon sok embernek az egészségértési szintje nem megfelelő. Magyarországon minden második embernek problémái vannak az egészségértéssel.

Bár az utóbbi néhány évben történt előrelépés, még mindig kevés kutatás vizsgálja az emlőszűrésen való részvétel és az egészségértés kapcsolatát. Ez egy alulkutatott terület. Mivel az egészségértést mérő eszközök viszonylag egyszerűek és számos kontextusban kipróbáltak, módszertanilag nem lenne nehéz az empirikus kutatásokat végrehajtani. Javítani kell az emlőszűrési részvételi arányokat ahhoz, hogy a népegészségügyi hasznát maximalizálni lehessen. Ehhez minél többet kell megtudni a szűréstől távolmaradás okairól. A nem megfelelő egészségértés is egy ilyen ok, ezért vizsgálata fontos. Magyarországon is érdemes lenne empirikusan megnézni, van-e egészségértés-különbség a szűrésen résztvevő és részt nem vevő nők között.

Az egy törökországi kutatástól eltekintve (Yilmazel 2016), mindegyik emlőszűréssel kapcsolatos egészségértés-felmérés az Amerikai Egyesült Államokban ké-



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

szült. Döntő többségben a kutatások mutattak ki összefüggést az egészségértés és az emlőszűrésen való részvétel között. A kutatások nehezen összesíthetőek, hiszen különböző egészségértés-mérést használtak, különböző módon mérték a szűrés-részvételt, különböző etnikai és korcsoportokkal dolgoztak. Fernandez, Larson és Fisher (2016) és Komenaka és társai (2015) etnikailag heterogén csoportokat elemeztek, de a többi tanulmány egy-egy etnikai csoportra korlátozódott. (Kadivar és társai (2016) és Sentell és társai (2015) tanulmányoztak fehér nőket is, hogy összehasonlítsák az ázsiai illetve latin-amerikai mintákkal.)

Jelen tanulmány alátámasztja, hogy nemcsak az információ elérhetősége és annak a mennyisége, hanem közérthetősége is fontos. Láttuk, hogy a lakosság egy jelentős részének az egészségértése alacsony. Ha tényleg szeretnénk, hogy a magyar népegészségügyi emlőszűrés sikeres legyen, nagyon oda kell figyelni a részvételt fokozó kommunikáció minőségére. Ajánlott egyszerű nyelvet használni a meghívólevélben, internetes cikkekben és az orvos-beteg találkozáskor is. Sokat segíthetnek helyi közösségekben megvalósuló, a célpopulációt közvetlenül elérő stratégiák, mert ezek kulturálisan érzékenyen, a megfelelő szinten tudják megszólítani a célközönseget.

Irodalom

- AlKhalili, R. – Shukla, P. A. – Patel, R. H. – Saurin, S. – Hubbi, B. (2015): Readability Assessment of Internet-based Patient Education Materials Related to Mammography for Breast Cancer Screening. In: *Academic Radiology*, March 22(3): 290–295.
- Állami Számvevőszék (2008): Jelentés az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről. 0805
- Baker, D. W. (2006): The meaning and the measure of health literacy. In: *Journal of General Internal Medicine*, 21(8): 878–883.
- Bailey, T. M. – Delva, J. – Gretebeck, K. – Siefert, K. – Ismail, A. (2005): A Systematic Review of Mammography Educational Interventions for Low-income Women. In: *American Journal of Health Promotion*, 20(2): 96–107.
- Berens, E. M. – Vogt, D. – Messer, M. – Hurrelmann, K. – Schaeffer, D. (2016): Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. In: *BMC Public Health*, 16: 11–51.
- Berkman, N. D. – Sheridan, S. L. – Donahue, K. E. – Halpern, D. J. – Crotty, K. (2011): Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. In: *Annals of Internal Medicine*, 155(2): 97–107.
- Betlehem, J. – Kriszbacher, I. (2008): A szervezett lakossági emlőszűrő vizsgálatok áttekintése. In: *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 6: 22–25.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

- Blikkruzs (2009): A Mammográfia Mellrákot Okoz? <http://blikkruzs.blikk.hu/test-es-lelek/egeszseg/a-mammografia-mellrakot-okoz/b281g09> (Utolsó letöltés: 2017.08.06.)
- Boncz, I. – Döbrössy, L. – Péntek, Z. – Kovács, A. – Budai, A. – Imre, L. – Vajda, R. – Sebestyén, A. (2013): A szervezett országos emlőszűrési program negyedik (2008–2009) szűrési körének részvételi arányai. In: Orvosi Hetilap, 154(50): 1975–1983
- Borjádi, Gy. (2016): Az értés fél egészség. In: Egészségfejlesztés, LVII, 3: 62–65.
- Corrarino, J. E. (2013): Health literacy and women's health: challenges and opportunities. In: J Midwifery Womens Health, 58: 257–264.
- Csizmadia, P. (2016): Az egészségműveltség definíciói. In: Egészségfejlesztés, LVII, 3: 41–44.
- Davis, T. C. – Crouch, M. A. – Long, S. W. – Jackson, R. H. – Bates, P. – George, R. B. – Bairnsfather, L. E. (1991): Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. In: Family Medicine, 23: 433–435.
- Diviani, N. – Schulz, P. J. (2012): First insights on the validity of the concept of Cancer Literacy: A test in a sample of Ticino (Switzerland) residents. In: Patient Education and Counselling, 87: 152–159.
- Döbrössy, L. (2013) Daganatok szűrése. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest
- Dumenci, L. – Matsuyama, R. – Riddle, D. L. – Cartwright, L. A. – Perera, R. A. – Chung, H. – Simonoff, L. A. (2014): Measurement of Cancer Health Literacy and Identification of Patients with Limited Cancer Health Literacy. In Journal of Health Communication, 19(2): 205–224.
- Egészséges Vásárhely Program (2012): Szakmai beszámoló az EVP emlőszűrő programjáról. http://www.evp.hu/wp-content/uploads/2012/12/EVP_BMS_11_EVP.pdf (Utolsó letöltés: 2017.08.11.)
- Fernandez, D. M. – Larson, J. L. – Zikmund-Fisher, B. J. (2016): Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: findings from the health and retirement study. In: BMC Public Health, 16: 596.
- Forbes, L. – Ramirez, A. J. (2014): Offering informed choice about breast screening. In: Journal of Medical Screening, Vol. 21(4): 194–200.
- Hae-Ra, H. – Boyun, H. – Miyong, T. – Jiyun, K. – Nguyen, T. (2014): Development and Validation of the Assessment of Health Literacy in Breast and Cervical Cancer Screening. In: Journal of Health Communication, 19(0 2): 267–284.
- Hae-Ra, H. – Youngshin, S. – Miyong, K. – Hedlin, H. – Haley, K. – Kyounghae, K. – Hochang, B. L. – Roter, D. (2017): Breast and Cervical Cancer Screening Literacy Among Korean American Women: A Community Health Worker–Led Intervention. In: American Journal of Public Health, Jan., 107, 1: 159–165.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

- Hersch, J. – Jansen, J. – Barratt, A. – Irwig, L. – Houssami, N. – Howard, K. – Dhillon, H. – McCaffery, K. (2013): Women's views on overdiagnosis in breast cancer screening: a qualitative study. In: British Medical Journal, 346: 158.
- Joó, M. (2010): Egyenlő eséllyel a rák ellen. In: Paróla, 2: 10.
- Kadivar, H. – Kenzik, K. M. – Dewalt, D. A. – Huang, I. C. (2016): The Association of English Functional Health Literacy and the Receipt of Mammography among Hispanic Women Compared to Non-Hispanic U.S.-Born White Women. In: PLoS ONE, 10/12/2016, 11, 10: 1–11.
- Kanj, M. – Mitic, W. (2009): Health Literacy and health Promotion – World Health Organisation – The 7th Global Conference on Health Promotion. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf (Utolsó letöltés: 2017. 08. 06.)
- Koltai, J. A. – Kun, E. (2016a): A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. In: Egészségfejlesztés, LVII, 3: 3–20.
- Koltai, J. – Kun, E. (2016b): Az egészségértés gyakorlati mérése Magyarországon és nemzetközi összehasonlításban. In: Orvosi Hetilap, 157, 50: 2002–2006.
- Komenaka, I. – Nodora, J. N. – Hsu C.-H. – Martinez, M. E. – Gandhi, S. G. – Bouton, M. E. (2015): Association of Health Literacy With Adherence to Screening Mammography Guidelines. In Obstetrics & Gynecology Issue, Volume 125(4), April: 852–859.
- Kósa, K. (2017): A hátrányos helyzetű lakosság elérése, mediátorok helye az alapelátásban. In: Népegészségügy, 95(1): 64–67.
- Mazor, K. – Roblin, D. W. – Williams, A. E. – Greene, S. M. – Gaglio, B. – Field, T. S. – Costanza, M. E. – Han, P. K. J. – Saccoccio, L. – Calvi, J. – Cove, E. – Cowan, R. (2012): Health literacy and cancer prevention: Two new instruments to assess comprehension. In: Patient Education and Counselling, 88: 54–60.
- McCormack, L. – Bann, C. – Squiers, L. – Berkman, N. D. – Squire, C. – Schillinger, D. – Ohene-Frempong, J. (2010): Measuring health literacy: A pilot study of a new skills-based instrument. In: Journal of Health Communication, 15: 51–71.
- National Center for Educational Statistics (2003): National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC
- Nielsen Bohlman, L. – Panzer, A. M. – Kinding, D. A. (2004): Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Institute of Medicine of the National Academies Washington, DC, The National Academic Press
- Nutbeam, D. (1998): Health promotion glossary. In: Health Promotion International, 13: 349–364.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

- Oldach, B. R. – Katz, M. L. (2014): Health Literacy and Cancer Screening: A Systematic Review. In: Patient Education and Counseling, 94(2): 149–157.
- Pagán, J. A. – Brown, C. J. – Asch, D. A. – Armstrong, K. – Bastida, E. – Guerra, C. (2012): Health literacy and breast cancer screening among Mexican American women in South Texas. In: Journal of Cancer Education, Marc; 27(1): 132–137.
- Parker, R. M. – Baker, D. W. – Williams, M. V. – Nurss, J. R. (1995): The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. In: Journal of General Internal Medicine, Oct. 10 (10): 537–541.
- Price-Haywood, E. G. – Harden-Barrios, J. – Cooper, L. A. (2014): Comparative effectiveness of audit-feedback versus additional physician communication training to improve cancer screening for patients with limited health literacy. In: Journal of General Internal Medicine, Aug, 29(8): 1113–1121.
- Roman, L. – Meghea, C. – Ford, S. – Penner, L. – Hamade, H. – Este, S. T. – Williams, K. P. (2014): Individual, provider, and system risk factors for breast and cervical cancer screening among underserved Black, Latina, and Arab women. In: Journal of Women's Health, Jan; 23(1): 57–64.
- Sentell, T. – Kathryn, L. – Braun, J. D. – Davis, T. (2015): Health literacy and meeting breast and cervical cancer screening guidelines among Asians and whites in California. In: Springer Plus 4: 432.
- Sorensen, K. – Van den Broucke, S. – Fulham, J. – Doyle, G. – Pelikan, J. – Slonska, S. – Brand, H. (2012): Health Literacy and public Health: A systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health, 12: 80.
- Sørensen, K. – Pelikan, J. M. – Röthlin, F. – Ganahl, K. – Slonska, Z. – Doyle, G. – Fulham, G. – Kondilis, B. – Agrafiotis, D. – Uiters, E. – Falcon, M. – Mensing, M. – Tchamoc, K. – van den Broucke, S. – Brand, H. (2015): Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). In: The European Journal of Public Health, 25(6): 1053–1058.
- Szendi, G. (2011): A mammográfiai szűrés mellrákot okozhat. <http://www.tenyek-tevhitek.hu/a-mammografia-mellrakot-okozhat.htm> (Utolsó letöltés: 2017.08.06.)
- US Department of Health and Human Services (2015): America's Health Literacy: Why We Need Accessible Health Information. health.gov. (Utolsó letöltés: 2015.11.20.)
- Weiss, B. D. – Mays, M. Z. – Martz, W. – Castro, K. M. – DeWalt, D. A. – Pignone, M. P. – Mockbee, J. – Hale, F. A. (2005): Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. In: The Annals of Family Medicine, 3(6): 514–522.



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

- Williams, K. P. – Templin, T. N. – Hines, R. D. (2013): Answering the call: a tool that measures functional breast cancer literacy. In: Journal of Health Communication, 18(11): 1310–1325.
- Yilmazel, G. (2016): Health Literacy, Mammogram Awareness and Screening Among Tertiary Hospital Women Patients. In: Journal of Cancer Education, 28, May: 1–6.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

HA MENNI KELL Posztmodern halál-attitűd és az egészségügyi önrendelkezés lehetőségei az élet végén

BUSA CSILLA¹ – CSIKÓS ÁGNES² – FÜZESI ZSUZSANNA³

ABSZTRAKT

A 21. század emberének halálhoz való viszonya megváltozott. Tanulmányunk azt vizsgálja, hogy a megváltozott társadalmi-gazdasági helyzet, valamint az orvostudomány fejlődése hogyan hatott a halálhoz való viszonyulásra, s ez milyen társadalmi igényeket teremtett az életvégi tervezéssel és a posztmodern (individualizált) halállal kapcsolatban. Bemutatjuk az individualizált halál módjait és jogintézményeit, a nyitottabb közbeszéd fórumait, és az individualizált halál új szokásait (rítusait).

KULCSSZAVAK: halál, individualizált halál, életvégi tudatosság, életvégi tervezés, előzetes rendelkezés

ABSTRACT

WHEN IT'S TIME TO GO

Postmodern attitudes about death and self-determination in end of life decisions

People's attitudes toward death has changed in the 21st century. The study shows how social-economic changes and development of medicine had an influence on attitudes toward death. After that describes the importance of end of life decisions, ways and legal methods of choosing postmodern (individualized) death, and finally the postmodern funeral and mourning rites.

KEYWORDS: death, individualized death, end of life planning, advance directives

Bevezetés

A 21. században soha nem látott lehetőségünk nyílt a produktív életre. Hosszabb ideig élünk, s ezáltal több idő áll rendelkezésünkre képességeink kibontakoztatásá-

¹ Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Alapellátási Intézet Hospice-Palliatív Tan-
szék, tudományos segédmunkatárs.

² Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Alapellátási Intézet, egyetemi adjunktus.

³ Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézet, egyetemi tanár.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

ra és életcéljaink megvalósítására. Az orvostudomány fejlődésének köszönhetően tovább tartható fenn az egészséges állapot, és egyre távolabbra tolható ki a halál időpontja. Napjainkban egyre több ember él sokkal hosszabb ideig krónikus, vagy súlyos, életet veszélyeztető betegségek előrehaladott stádiumában, ezáltal nagyobb figyelem és tudatosság irányul az élet utolsó időszakára és a halálra.

A medicina technikai fejlettsége és a modern orvosi szemlélet azonban sajátos paradoxonhoz vezetett: míg korábban sokan küzdöttek az emberhez méltó életért, manapság egyre többen küzdenek az emberhez méltó halálért. A tradicionális kor embere Isten kezében volt, a modern kor embere az orvosok kezében, a posztmodern kor embere pedig saját maga akarja kézben tartani a halálát övező eseményeket. A lassú, elhúzódó, reménytelen haldoklásba való beletörődés mellett egyre nagyobb teret kap a tudatos életvégi tervezés, a halált övező kommunikációs tabu helyett a nyílt beszéd, és megjelennek azok az új, halállal kapcsolatos szokások (ritusok) is, amelyek lehetővé teszik a személyre szabott búcsú(ztat)ást, és segítik a gyász feldolgozását.

Élet és halál az adatok tükrében

A modern kor embere hosszabb ideig él, mint az emberiség a történelem során eddig bármikor, „...a születéskor várható élettartam először érte el a bibliai ígéret „hatvan és tíz” évét” (Corr 2002: 12). Előrejelzések szerint az ezredfordulóhoz viszonyítva 2050-re a világ hatvan év feletti népességének aránya megduplázódik (KSH 2014: 1). A hosszabb élettartammal együtt azonban nő az élet utolsó szakaszában az egészségügyi – fizikai és /vagy mentális – problémák miatti korlátozottsággal megélt időszak hossza is. Az Európai Unióban a 2014-ben született férfiak átlagosan 78 évre, és abból 61 egészségben töltött életévre számíthatnak, a nők 84 évéből pedig várhatóan 62 évet tesznek ki az egészséges életévek. A 2014-es születésű magyar férfiak várható életük körülbelül ötödét, a nők körülbelül negyedét töltik majd korlátozott aktivitással valamilyen egészségbeli probléma következtében (1. táblázat).

1. táblázat: Várható élettartam születéskor és 65 éves korban (év)

		Férfi			Nő		
		Várható élettartam	Egészséges életévek	Korlátozott aktivitással töltött évek	Várható élettartam	Egészséges életévek	Korlátozott aktivitással töltött évek
Születéskor	EU28	78,1	61,4	16,7	83,6	61,8	21,8
	Magyarország	72,3	58,9	13,4	79,4	60,8	18,6
65 éves korban	EU28	18,2	8,6	9,6	21,6	8,6	13,0
	Magyarország	14,6	6,0	8,6	18,6	6,1	12,5

Forrás: Saját szerkesztés (OECD/EU 2016: 57, 59. adatok alapján).



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

65 éves korban a még várható éveknek kevesebb, mint fele egészséges életév. (OECD/EU 2016: 57–59) Az időskor gyakran jár elhúzódnó krónikus betegségekkel, és a népesség idősödése miatt nőni fog a csípőtörések, a stroke és az onkológiai betegségek előfordulása, valamint a demenciával élők száma (KSH 2014: 1).

A népesség korösszetételének változása, valamint az orvostudománynak a korábban halálhoz vezető betegségek megelőzésében és gyógyításában elért eredményei a halálloki struktúrában is megmutatkoznak. Világszerte nőtt a krónikus halálokok súlya az összhalálozásban, a szív- és érrendszeri betegségek (beleértve az ischaemiás szívbetegségeket, a stroke-ot és a keringési rendszer egyéb betegségeit), valamint a tumoros megbetegedések váltak a vezető halálokokká. Ma már a főbb időskori halálokok a szívbetegségek, a rosszindulatú daganatok és a cukorbetegség (KSH 2014: 1).

A halálfelfogások változása

A halál nemcsak biológiai, hanem társadalmi esemény is, ezért koronként más-más attitűdök kapcsolódnak hozzá.

„KONTROLLÁLATLAN” ÉS „KONTROLLÁLT” HALÁLOZÁS

Goldscheider „kontrollálatlan” és „kontrollált” halálozás modellje arra ad magyarázatot, hogy a társadalmi-gazdasági változások, és az egészségügy fejlődése hogyan hatottak a haldoklás folyamatára, s ezáltal a halállal kapcsolatos emberi tapasztalatokra. Goldscheider modellje által megérthetjük, hogy az előző fejezetben bemutatott statisztikai adatok mit jelentenek a tapasztalatok szintjén (Goldscheider modelljét idézi: Corr 2002: 11–17).

Goldscheider elméletében a „*kontrollálatlan*” és „*kontrollált*” halálozás között az ipari forradalom a választóvonal. A „kontrollálatlan” halálozás időszakát a születéskor várható alacsony élettartam, a magas halálozási arány, valamint a halálozás időbeli és térbeli változékonysága jellemezte (pl. a gyakori járványok következtében). Az ipari forradalmat követően a halálozási arány csökkent, a születéskor várható élettartam nőtt, a halálozás nagy térbeli és időbeli ingadozásai eltűntek. Míg az ipari forradalom előtt a halálozások nagy részéért a fertőző betegségek (pl. influenza, tüdőbaj) voltak felelősek, a modern korban a különböző degeneratív betegségek váltak a leggyakoribb halálokokká. Fertőző betegségek esetén a haldoklás többnyire gyors lefolyású volt, a fájdalommal, szenvedéssel járó időszak rövid idő alatt lezárult. A haldoklók ellátása viszonylag „könnyű” feladat volt (kevés számú, egyszerű beavatkozás) és a legtöbb teendőt el tudták látni a családtagok is. A modern korban alkalmazott orvosi terápiák nyomán azonban a haldoklási minták megváltoztak. A hirtelen, gyors halált az időben elhúzódnó állapotromlás, fokozatos elgyengülés



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

váltotta fel. A komplexebb és hosszabb ideig tartó haldoklási folyamat szükségessé teszi a professzionális segítséget – nemcsak azért, mert a haldoklók ellátása speciális szakértelmet igényel, hanem azért is, mert a családokra egyre nagyobb terhet ró a hosszú ideig tartó ápolás, gondozás. Ebből is adódik, hogy a haldoklás és halál helyszínévé az otthon helyett a kórházak és egyéb intézmények (pl. gondozó otthonok) váltak (Corr 2002: 11–17). A kórházhoz kötődik az a (tév)hit is, hogy ott majd meggyógyítják a beteget, vagy ha nem, akkor is ott a legjobb neki, ott mindent meg tudnak tenni érte.

TRADICIONÁLIS, MODERN ÉS POSZTMODERN HALÁL

A halál komplex kultúrtörténeti megközelítései közül Tony Walter halálkorszak-tipológiája az egyik legismertebb, ami Philippe Ariès elméletére építve a középkortól napjainkig a halál három ideáltípusát különbözteti meg: a tradicionális, a modern és a posztmodern halált (Walter 1995: 193–194).

A **tradicionális halál** (vagy ahogy Ariès nevezte: szelíd halál) korszakában a halállal való találkozás a mindennapi élet része volt, olyan „nyilvános”, közösségi történés, amely a család, a barátok, a szomszédság, a tágabb közösség és az egyház jelenléte mellett zajlott. A legtöbb haldokló tudta, hogy haldoklik, és mint elkerülhetlent, elfogadták. A halál megkönnyítése imádsággal, illetve különböző rítusokkal (azaz nem orvoslással) történt, magát a halált pedig transzcendens világba való spirituális átmenetként értelmezték.

A **modern halál** (Ariès szóhasználatában: rejtett vagy tiltott halál) ezzel szemben medikalizált halál, helyszíne a kórház, „szaktekintélye” az orvos. A haldoklás magányosan történik, nem közösségi esemény többé. Ahogy Walter fogalmaz: a közösség haldokló tagja haldokló kórházi beteggé válik (Walter 1995: 193). A modern halál középpontjában a test áll, a spirituális elsikkad, a vallás szerepe csökken. A halál többé nem spirituális átmenet, hanem a lehető legrosszabb dolog. A haldoklók ellátását a család, a közösség helyett professzionális ellátók veszik át, a halál az élők számára „láthatatlanná”, tabuvá válik.

A **„posztmodern” halál** túllép a modern halálon és egyfajta visszatérés jellemzi: individualizált halál, melyben a beteg „részt vesz” a döntéseivel. A medikalizáció csökken, de annak előnyeit megtartja (hatékony fájdalomcsillapítás, tüneti terápia). A családi-közösségi-spirituális aspektusok újra fontossá válnak. Ez az ún. „jó halál”, amit könyvek tucatjai magasztalnak a modern halállal szemben, és ami a gyakorlatban csak ritkán valósul meg (Walter 1995: 193).

Jelenleg a „posztmodern halálkorszak határán vagyunk. A modern (...) halál fenti elemei még jelen vannak, de ugyanakkor egyre inkább feltűnnek a posztmodern halál jellemzői is, amelyek például az individualizálódással, a betegjogok fejlődésével,



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

a hospice-filozófia terjedésével függenek össze. Mindez kapcsolódik a hagyományok felélesztéséhez, illetve új rítusok kialakításához is...” (Hegedűs 2012: 703).

A napjainkban zajló szemléletváltozás lényegét jobban megérthetjük, ha Walter halál-tipológiára építve felvázoljuk a halállal kapcsolatos attitűdöket oly módon, hogy különválasztjuk az attitűd három összetevőjét. Az attitűd *kognitív összetevője* az attitűd tárgyával kapcsolatos ismereteket, véleményeket és elképzeléseket, az *affektív összetevő* az értékelő viszonyulásokat, a *konatív összetevő* pedig a viselkedéseket, cselekvéseket tartalmazza (2. táblázat).

2. táblázat: A halállal kapcsolatos attitűdök összetevői

<i>Halállal kapcsolatos attitűd</i>	<i>Tradicionális halál</i>	<i>Modern halál</i>	<i>Posztmodern halál</i>
Kognitív (megismeréssel összefüggő) oldal	<ul style="list-style-type: none"> - a mindennapi élet része - személyes tapasztalatok - spirituális átmenet 	<ul style="list-style-type: none"> - „láthatatlan” - személyes tapasztalatok hiánya - legrosszabb az életben 	<ul style="list-style-type: none"> - individualizált halál - új tapasztalatok - az élet elkerülhetetlen része
Affektív (érzelemmel összefüggő) oldal	<ul style="list-style-type: none"> - elfogadás 	<ul style="list-style-type: none"> - elutasítás 	<ul style="list-style-type: none"> - „kontrollált” belenyugvás
Konatív (akaratlanul összefüggő) oldal	<ul style="list-style-type: none"> - odafordulás, haldokló támogatása - közbeszéd része - rítusok, közösségi viselkedési normák 	<ul style="list-style-type: none"> - tagadás, elfordulás, elkerülés - kommunikációs tabu - közösségi viselkedési normák hiánya 	<ul style="list-style-type: none"> - odafordulás, haldokló támogatása - haldokló részvétele a döntések révén - nyitottabb közbeszéd - új közösségi normák, rítusok formálódása

Forrás: Saját szerkesztés.

Tanulmányunk további részében posztmodern (más néven individualizált) halál témakörével foglalkozunk.

Az individualizált halál, annak módjai és jogintézményei

„Mai korunk életvégi dilemmáit elsősorban a medicina technikai fejlettsége, a modern orvosi szemlélet és a lassú, elhúzódó haldoklástól való félelem határozza meg. A medicina technikai fejlettsége lehetővé teszi, hogy hosszú évekig elhúzzák a bete-



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

gek szenvedéseit, esetleg öntudatlan állapotban, gépekre kapcsolva tartásuk őket. A modern orvosi szemlélet az élet mennyiségi növelését és nem a minőségi életéveket tartja szem előtt. A krónikus betegségekkel járó általános elöregedés pedig az élet utolsó időszakával járó szenvedések problémakörét hozza előtérbe” (Hegedűs 2016: 190).

A posztmodern halál korába való átmenetet jelzi, hogy egyre több ember küzd a méltó halálhoz (és egyáltalán: a meghaláshoz) való jogért (Lotto et al. 2012: 1). Egyre elfogadottabbá válik az a gondolat, hogy az egyén maga szabja meg meddig értékes számára az élet, és ha már a halál elkerülhetetlen, az egyén maga szeretné eldönteni (kontrollálni), hogy mi és hogyan történjen vele élete végén. Ezt neveztük a 2. táblázatban „kontrollált” belenyugvásnak, ami véleményünk szerint a modern halál korszakára jellemző magányos haldoklás okozta szorongást igyekszik enyhíteni. „A posztmodern halálkép tehát az individuumot állítja középpontba: a személyt, az élete végén levő, beteg embert, aki szenved, és aki maga akarja a kezébe venni a saját sorsát” (Hegedűs 2012: 704). Ez a törekvés a gazdaságilag fejlett, demokratikus jogrenddel rendelkező, keresztény kultúrkörbe tartozó országokból indult, ahol a haldokló betegek „túlkezelése” széleskörű egészségügyi gyakorlattá vált. Mára azonban valamennyi nagy világvallás (és azon belül a különböző irányzatok) vezetői kialakították álláspontjukat az életvégi döntésekkel kapcsolatban (Bülow et al. 2008: 34).

AZ INDIVIDUALIZÁLT HALÁL MÓDJAI

Ha a beteg kívánságából indulunk ki, aki élete végén jár és elviselhetetlen szenvedést él át, amit nem akar meghosszabbítani, a következő elvi választási lehetőségei vannak:

- Azt kéri, hogy csak a fájdalmait és egyéb kínzó tüneteit csillapítsák, de az életét már ne hosszabbítsák meg.
- „Mély altatást” kér a halála bekövetkeztéig (terminális palliatív szedáció).
- Halált okozó gyógyszert írat fel és beveszi (asszisztált öngyilkosság).
- Halált okozó gyógyszer beadására kéri az orvost (eutanázia).
- Önkéntesen abbahagyja az étkezést és az italfogyasztást.
- Klasszikus öngyilkosságot követ el⁴

Az életmeghosszabbító kezelésekről való lemondás esetén a beteg kérésére az életét meghosszabbító terápiát nem végézik (nem kezdik el, illetve a már meg-

⁴ Mivel a klasszikus öngyilkosság elkövetése nem igényel orvosi közreműködést, és jellemzően nem egészségügyi környezetben történik, ezért a továbbiakban ezzel a lehetőséggel részletesen nem foglalkozunk.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

kezdett beavatkozást abbahagyják vagy csökkentik), s így lehetővé teszik a halálhoz vezető betegség természetes lefolyását (Szépe 2015: 35). Ezek a betegek optimális esetben hospice-palliatív ellátásba kerülnek. A hospice-palliatív ellátás a betegek fájdalmának és egyéb tüneteinek enyhítésére irányuló támogató kezelések összessége életet korlátozó betegség esetén. A hospice ellátás a végstádiumában levő betegek humánus, összetett testi és lelki gondozását, valamint a hozzátartozók segítségét jelenti. Nem törekszik sem az élet meghosszabbítására, sem a halál elősegítésére, hanem a betegség természetes lefolyását engedve, a beteg kívánalmaival összhangban nyújt komfortkezelést az élet végén (Magyar Hospice-Palliatív Egyesület 2016). A „jó halál” iránti társadalmi igényt jelzi, hogy az első hospice ház megnyitása óta eltelt 50 évben a hospice mozgalomból az egészségügyi ellátásba integrált ellátási forma vált.

A terminális palliatív szedáció „szedatív gyógyszerek alkalmazása a túrhetetlen és kezelhetetlen kínok csökkentésének céljából, a beteg tudatának redukálása által” (Hegedűs 2017: 75).

Az asszisztált öngyilkosság: egy segítő személy közreműködésével megvalósított öngyilkosság, ha az öngyilkos életének utolsó pillanatáig határozatképes, és vállalja a felelősséget a tettéért. Orvos által asszisztált öngyilkosság, amikor orvos ez a segítő személy (Szépe 2015: 35).

Az Európai Palliatív Szövetség (EAPC) Etikai Munkacsoportja 2003-ban kiadott állásfoglalása szerint „az eutanázia kívánságra végrehajtott ölés, mely során az orvos gyógyszerek adagolásával szándékosan megöl egy személyt, az illető önkéntes és kompetens kérésére” (EAPC 2003: 11).

Az individualizált halál módjainak megnevezéséről hosszú vita folyt a szakemberek körében, melynek során számos definíció született. Az EAPC állásfoglalása leszögezi, hogy „az eutanázia önkéntes és aktív cselekedet”, vagyis egyrészt az eutanázia csak önkéntes lehet, másrészt aktív cselekedet, tehát „passzív eutanázia” nem létezik. Kijelenti továbbá, hogy a hiábavaló (hasztalan) kezelés megszüntetése, a hiábavaló kezelés meg nem kezdése és a terminális szedáció egyike sem tekinthető eutanáziának (EAPC 2003: 11–12). Ugyancsak nem tekinthető eutanáziának, ha az alkalmazott fájdalomcsillapító, tüneti terápia vagy annak mellékhatása közelebb hozza a beteg halálát. Ez a bioetikában régóta használatos ún. kettős hatás elve. Az eutanáziával szemben ilyenkor a cél a fájdalom, a kínzó tünetek csillapítása és nem a beteg halála. A beteg életének megrövidülése másodlagos – nem kívánt – hatás (Hegedűs 2016: 191).

Az étkezés és az italfogyasztás önkéntes abbahagyása Voluntary Stopping of Eating and Drinking – VSTED) a kompetens, döntésképes betegek önkéntes választása, hogy abbahagyják az evést és az ivást azzal az elsődleges szándékkal, hogy haláluk bekövetkeztét meggyorsítsák az elviselhetetlen szenvedés miatt (Ivanović et al. 2014: 1). Az étkezés és az italfogyasztás önkéntes abbahagyását a beteg maga „hajtja végre”, a tünetek enyhítése miatt azonban gyakran szükség van az egészségügyi szakemberek közreműködésére (Jox et al. 2016: 69–70).



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

AZ INDIVIDUALIZÁLT HALÁL JOGINTÉZMÉNYEI

Az egyes országok között nagy eltérés mutatkozik abban, milyen lehetőségek engedélyezettek a gyógyíthatatlan betegek számára életük végén. Az országok szabályozásai abban is eltérnek, hogy ezeket milyen körülmények között, és milyen eljárás keretében lehet kezdeményezni. Sok országban van arra mód, hogy valaki aktuálisan döntési helyzetbe kerülve visszautasítson orvosi beavatkozásokat, és arra is, hogy ezt előzetesen megtegye. Az előzetes rendelkezés (advance directives) olyan jogi dokumentum, amelyet a rendelkező még döntési képessége birtokában készítet arra az esetre, ha cselekvőképtelenné válik, és meghatározza benne, hogy milyen kezelési döntéseket hozzanak a nevében és / vagy helyettes döntéshozót jelöl ki (Detering – Silveira 2017). A helyettes döntéshozó⁵ (power of attorney, health-care proxy) az a cselekvőképese személy, aki más helyett gyakorolja az orvosi beavatkozásba való beleegyezés vagy visszautasítás jogát, ha a rendelkező már nem képes önálló döntéshozatalra.

Vannak olyan országok, ahol csak az előírt alaki követelményeknek megfelelő (pl. jogilag hitelesített) dokumentumokat tekintik érvényesnek, máshol egyszerűbb keretek között is (pl. magánokiratban) lehetséges életvégi döntésekről rendelkezni. A legegyszerűbb változat az ún. „nem újraélesztendő” (Do Not Attempt Resuscitation) nyilatkozat, amely pl. az Egyesült Királyságban önmagában érvényes jognyilatkozat.

Az előzetes rendelkezés másik ismert fajtája az ún. élő végrendelet (living will), ami általánosan értelmezi a páciens értékpreferenciáit és összefoglalja a jövőbeli orvosi ellátására vonatkozó preferenciáit. Jellemzően tartalmazza az újraélesztésre és az életfenntartó kezelésekre vonatkozó útmutatásokat, részletesebb változatai pedig kiterjedhetnek speciális kezelésekre is. Akkor lép érvénybe, ha a rendelkező végzetes betegségben szenved és nincs remény a felépülésére. Az élő végrendelet azonban nem képes minden eshetőségre kiterjedni, ilyenkor a hozzátartozók a beteg értékpreferenciáit veszik alapul az életvégi döntések meghozatalakor (Detering – Silveira 2017).

AZ INDIVIDUALIZÁLT HALÁL JOGINTÉZMÉNYEI MAGYARORSZÁGON

A jogszabályi környezet Magyarországon is lehetővé teszi az egészségügyi ellátásról való lemondást, bizonyos feltételek mellett az életmenő vagy életfenntartó kezelések visszautasítását, illetve előzetes egészségügyi rendelkezések meghozatalát. Az önrendelkezési jog forrása a Magyarország Alaptörvényében is deklarált emberi méltósághoz való jog. Az Alkotmánybíróság a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési jogával kapcsolatban kimondta: a gyógyíthatatlan beteg döntése arról, hogy éle-

⁵ Más szóhasználattal tartós meghatalmazottnak is nevezik.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

tének a rá váró, szenvedésekkel teli hátralévő részét nem akarja végig élni, az önrendelkezési jogának része, ahogy az a döntés is, hogy életét mikor akarja befejezni.⁶

Magyarországon a cselekvőképese⁷ beteget megilleti az ellátás visszautasításának joga. Életmentő vagy életfenntartó kezelések visszautasítására azonban csak szigorú feltételek mellett van lehetőség (3. táblázat). Tartalmi feltétel a súlyos, az orvostudomány mindenkori állása szerint gyógyíthatatlan, és megfelelő egészségügyi ellátás mellett is rövid időn belül a beteg halálához vezető betegség fennállása.⁸ Formai feltételként ilyen visszautasítás csak közokiratban, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenség esetén két tanú együttes jelenlétében tehető. Életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasítása esetén a beteget egy háromtagú orvosi bizottság megvizsgálja⁹, és a bizottság pszichiáter szakorvosa nyilatkozik arról, hogy a beteg rendelkezik-e a döntés meghozatalához szükséges belátási képességgel.¹⁰ A visszautasítás csak akkor érvényes, ha azt a beteg döntése következményeinek tudatában hozta meg.

Hazánkban is lehetőség van arra, hogy cselekvőképese személy (aki nem feltétlenül beteg) előzetes jognyilatkozatot tegyen későbbi esetleges cselekvőképtelensége esetére, és előzetesen kezeléseket utasítson vissza. Ennek megnevezésére a jogszabály az „ellátás visszautasításával kapcsolatos nyilatkozat” kifejezést használja¹¹. Mi a magunk részéről az előzetes rendelkezés elnevezést használjuk, mivel véleményünk szerint gördülékenyebben használható a kommunikációban és jól kifejezi a jogintézmény lényegét. Előzetes rendelkezésben egyrészt vissza lehet utasítani különböző diagnosztikai eljárásokat, orvosi beavatkozásokat, beleértve az életmentő és életfenntartó beavatkozásokat is, és rendelkezni lehet a helyettes döntéshozatalról.¹² Előzetes rendelkezést kizárólag közjegyzői okiratban lehet tenni, mivel ez kötelező alaki követelmény. A jogszabály az előzetes rendelkezés révén szélesebb körben biztosít lehetőséget az orvosi kezelése visszautasítására, mint amikor a cselekvőképese személy aktuális helyzetben, személyesen dönt. Akkor ugyanis kötelező tartalmi feltétel a súlyos, gyógyíthatatlan, a megfelelő egészségügyi ellátás mellett is rövid időn

⁶ 22/2003. (IV. 28.) AB határozat

⁷ Minden ember cselekvőképese, akinek (pl. kiskorúak) cselekvőképességét a 2013. évi V. törvény vagy a bíróság gondnokság alá helyezést elrendelő ítélete nem korlátozza. (2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről. 2:8. § (1)). Cselekvőképese beteg alapesetben visszautasíthatja az egészségügyi ellátást, de nem érvényesül ez az elv, ha az ellátás elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné. (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 20. § (1))

⁸ Megjegyzés: Életmentő vagy életfenntartó beavatkozás nem utasítható vissza, ha a beteg várandós és előre láthatóan képes a gyermek kihordására. (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 20. § (6))

⁹ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 20. § (4)

¹⁰ 117/1998 (VI. 16.) Kormányrendelet az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól 3. § (3)

¹¹ 117/1998 (VI. 16.) Kormányrendelet az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól 11. § (2)

¹² 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 22. § (1)–(2)



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

belül halálhoz vezető betegség fennállása, míg előzetesen rendelkezhet úgy, hogy nem járul hozzá az életfenntartó vagy életmentő beavatkozásokhoz, ha betegség vagy baleset következtében olyan állapotba kerül, amelyben önmaga ellátására fizikailag végleg képtelenné válik, vagy a fájdalmai gyógykezeléssel sem enyhíthetők.¹³

3. táblázat: Az életmentő, életfenntartó kezelések visszautasítására vonatkozó előírások

	Életmentő, életfenntartó kezelések visszautasítása aktuális döntési helyzetben	Életmentő, életfenntartó kezelések visszautasítása előzetesen (előzetes rendelkezés)
Formai feltétel	<ul style="list-style-type: none"> – közokirat, vagy – teljes bizonyító erejű magánokirat, vagy – írásképtelenség esetén két tanú együttes jelenlétében tett nyilatkozat 	<ul style="list-style-type: none"> – közjegyzői okirat
Tartalmi feltétel	<ul style="list-style-type: none"> – súlyos, az orvostudomány mindenkori állása szerint gyógyíthatatlan, és rövid időn belül a beteg halálához vezető betegség 	–
Rendelkezések köre	–	<ul style="list-style-type: none"> – diagnosztikai eljárások visszautasítása – orvosi beavatkozások visszautasítása – életmentő és életfenntartó beavatkozások visszautasítása – helyettes döntéshozatal

Forrás: Saját szerkesztés.

A korábban ismertetett nemzetközi példákkal szemben a hazai előzetes rendelkezés a jogi szabályozás következtében gyakorlatilag leszűkül a kezelés visszautasítására. Habár a jogszabály nem tiltja, hogy a jognyilatkozat általánosabb információkat tartalmazzon (pl. a beteg számára fontos értékekről, kezelési-gondozási preferenciákról), azonban úgy rendelkezik, hogy ha a nyilatkozatból nem állapítható meg konkrétan a visszautasított ellátások köre vagy terjedelme, vélelmezni kell, hogy a konkrétan vissza nem utasított ellátás nyújtható.¹⁴

Magyarországon az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság nem engedélyezett. A Magyar Orvosi Kamara (MOK) Etikai Kódexe ugyancsak tiltja: kimondja, hogy az

¹³ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 22. § (1)

¹⁴ Melléklet az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól szóló 117/1998 (VI. 16.) Kormányrendelethez



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

„orvos nem segídezhet öngyilkosságban és nem segítheti betegét a halálba”, ennek megszegése kirívóan súlyos etikai vétség (Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe 2012: 6).

Életvégi tudatosság

Hogy egy adott ország polgárai élnek-e a törvény adta lehetőségekkel, nagyban függ attól, hogy foglalkoznak-e az életvégi kérdésekkel, hoznak-e ilyen döntéseket és azokat dokumentálják-e.

„Vélemények az életvégi orvosi kezelésekről” címmel 2013-ban országos felmérés készült az Egyesült Államokban. A kutatás eredményei szerint az amerikai felnőttek kétharmada (66 százaléka) úgy véli, hogy vannak olyan körülmények, amikor az orvosoknak lehetővé kellene tenniük, hogy a beteg meghalhasson. A válaszadók 31 százaléka szerint viszont az egészségügyi szakembereknek a körülményektől függetlenül mindig mindent meg kell tenniük a beteg életének megmentéséért. Az amerikai lakosság 49 százaléka ellenzi, 47 százaléka támogatja a gyógyíthatatlan betegek számára az orvos-asszisztált öngyilkosságot megengedő törvényeket. Saját magára vonatkoztatva a kérdést, a többség bizonyos helyzetekben szeretné, ha leáltalánák a kezelését és lehetővé tennék, hogy meghaljon. Ezek az esetek a következők:

- ha sok szenvedéssel és fájdalommal járó gyógyíthatatlan betegségben szenvedne, és nem lenne remény az állapota javulására (57 százaléka);
- olyan gyógyíthatatlan betegség esetében, amely következtében teljes mértékben másoktól válna függővé, mások segítségére szorulna (52 százaléka);
- ha gyógyíthatatlan betegsége lenne, és nehézséget okozna számára a mindennapi életvitel (46 százaléka) (Pew Research Center 2013: 5–7).

Az amerikai lakosság 37 százaléka sokat gondolkodott már az életvégi orvosi kezelésekkal kapcsolatos kívánalmain, és további 35 százaléka is foglalkozott már valamennyit ezzel a kérdéssel. Életvégi döntéseit 35 százaléka írásban dokumentálta, beleértve a formális és informális rendelkezéseket is (Pew Research Center 2013: 10).

Életvégi tudatosság Magyarországon

Magyarországon is készült néhány olyan kutatás, amelyből képet kaphatunk a magyar társadalom életvégi tudatosságáról, és az életvégi kívánalmakról. A Magyar Hospice Alapítvány megbízásából¹⁵ 2011-ben készült, 1000 fős reprezentatív min-

¹⁵ A kutatás 2011-ben, a 20 éves fennállását ünneplő Magyar Hospice Alapítvány megbízásából készült. Az adatfelvételt 2011 februárjában a Tárki Társadalomkutatási Zrt., az adatok feldolgozását az Image Factory végezte (Magyar Hospice Alapítvány 2011: 1, 6).



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

tán megvalósult országos felmérés¹⁶ szerint a felnőtt magyar lakosság több mint fele (55 százaléka) soha, 32 százaléka ritkán, 13 százaléka gyakran szokott gondolni arra, hogy gyógyíthatatlan betegség esetén milyen körülmények között szeretne meghalni. A gyógyíthatatlan betegségekkel kapcsolatban a legfőbb félelmet a szeretett személyek elvesztése jelentené (82 százalék). A megkérdezettek 69 százaléka tartana attól, hogy valakinek a terhére lesz, a kiszolgáltatottságtól 64 százalék, a fájdalomtól 62 százalék félne. 66 százaléka a válaszadóknak otthon, családi körben szeretne meghalni (Magyar Hospice Alapítvány 2011: 9).

Egy másik, Baranya megyei vizsgálat hasonló eredményre jutott: halálos kimenetelű betegség esetén a megkérdezettek 55 százaléka félne a kiszolgáltatottságtól, 38 százaléka a fájdalomtól, és hét százaléka az egyedüllétől (Csikós 2011: 38).

Egy 2013-as, a teljes szavazókorú népesség nem, életkor, iskolai végzettség és településtípus szerint reprezentatív 1200 fős mintáján¹⁷ végzett közvélemény-kutatás szerint a magyar lakosság 55 százaléka támogatja az eutanáziát. A támogatókon belül többségben vannak azok (30 százalék), akik engedélyeznék, hogy az orvos adja be „a menthetetlen betegnek a halálos injekciót”. Egyötöd körüli azok aránya, akik csak azzal értenek egyet, hogy „bizonyos reménytelen esetekben” az orvos megszüntesse az élet fenntartásához szükséges kezelést (Medián Közvélemény- és Piacutató Intézet 2013). Az életvégi orvosi kezelésekkal kapcsolatos rendelkezésekről Magyarországon nem publikáltak vizsgálatot.

Nyitottabb közbeszéd, új közösségi rítusok

A halál a legtöbb országban még mindig tabutémának számít, de már elindult egy változási folyamat: egyre erősebben jelenik meg az az igény, hogy a modern korban kialakult elfojtás helyett társadalmi párbeszéd kezdődjön a halállal kapcsolatos időszzerű kérdésekről. Ehhez szükség van egyrészt azokra az aktorokra (személyekre, szervezetekre), akik kezdeményezik ezeket a diskurzusokat, másrészt olyan fórumokra, amelyek teret adnak a párbeszédre.

A halállal, haldoklással kapcsolatos társadalmi szemléletformálás világszerte a hospice ellátók alapfeladatai közé tartozik. A nyilvánosságot célzó kampányok, a laikusok számára tartott ismeretterjesztés és a szakembereknek szervezett kurzusok

¹⁶ A reprezentativitás dimenzióit, valamint az adatfelvétel módszerét a hivatkozott publikáció nem ismerteti.

¹⁷ A kutatás Magyarország több mint 100 településén összesen 1200 felnőtt állampolgár személyes megkérdezésével valósult meg. „A minta kisebb torzulásait a KSH adatait felhasználva matematikai eljárással, úgynevezett súlyozással korrigálták, és így a minta pontosan tükrözi a szavazókorú lakosság településtípus, nem, életkor és iskolai végzettség szerinti összetételét. A közölt adatok hibahatára a teljes mintában a válaszok megoszlásától függően legfeljebb ± 3 százalék” (Medián Közvélemény- és Piacutató Intézet 2013: 1). A kutatás a Heti Világgazdaság megrendelésére készült.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

a humánus életvégi ellátás megismertetését és elfogadottságának növelését segítik (Muszbek 2016: 185).

A „Halál Kávéház” (Death Café) mozgalom célja a halálról, végességről, haldoklásról és gyászról folytatott nyilvános diskurzus előmozdítása. Ezidáig közel négyezer összejövetelt tartottak 40 országban. Magyarországon is elindult már ez a kezdeményezés. Ugyanezen az elven működik a „Death Over Dinner” Amerikában: barátok és idegenek ülnek le egy vacsoraasztalhoz, ahol kötetlenül beszélgetnek életről, halálról, életvégi preferenciákról.

Az internet világában betegek és haldoklók vezetnek blogot vagy vlogot, hogy megosszák másokkal személyes tapasztalataikat, gondolataikat, érzelmeiket és féltelmeiket.

A betegjogok érvényesülését, illetve az életvégi tervezést civil szervezetek is segítik. Magyarországon a Társaság a Szabadságjogokért Betegjogi Programja foglalkozik az ellátás visszautasításának jogával és az eutanázia kérdésével. Az Életvégi Tervezés Alapítvány kimondottan az életvégi kérdésekhez nyújt segítséget információs portálján segédletek, útmutatók, tájékoztató anyagok közzétételével, emellett szemléletformáló és információs előadásokat, rendezvényeket szerveznek. A Pécsi Tudományegyetem Jogklinikája programja interdiszciplináris kurzus keretében oktatja orvostanhallgatók és joghallgatók számára az életvégi tervezés elméletét és gyakorlatát, emellett pilot programja előzetes rendelkezések összeállításában segíti a betegeket és hozzátartozóikat.

A halállal kapcsolatos nyitottabb közbeszéd mellett új rítusok is születőben vannak. „A 20. század második felét a rítusok elvesztéséből, hiányából adódó bizonytalanság jellemezte. Láttuk, hogy a régi szokásaink az új közegben már nem életképesek, ezáltal támaszt sem nyújtanak, és ez minden kultúra és közösség számára szorongást keltő dolog” (Zana 2016: 18). Ilyen új rítusként értelmezhetőek azok a „modern búcsúztatók”, amelyek inkább hasonlítanak vidám társasági összejövetelre, mint temetési szertartásra és halotti torra. A korábbi „sablonos” temetésekkel szemben ezek a búcsúztatók személyre szabottak: az elhunyt kedvenc zenéi szólnak, fotókkal, videókkal emlékeznek életének fontos eseményeire és a közös élményekre. Nem ritka, hogy a szertartás megtervezésében (temetés módja, dekoráció, zene kiválasztása stb.) még életében az elhunyt is részt vett, esetleg búcsúvideót is készített. Habár ezek az események formailag eltérőek, céljuk ugyanaz, mint a korábbi virrasztásnak és halotti tornak: a halottól való rituális elválás.

Az alternatív temetkezési formák iránti igény szintén jól illik az individualizált halál koncepciójába: az élet lezárása személyre szabott módon, az elhunyt kívánsága szerint. Alternatív temetési mód lehet pl. a hamvak elhelyezése mesterséges korallzátonyban, szétszórása sárkányrepülőről vagy hólégballonról, eltemetése biourná-



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

ban, amelyből fa nő, tűzijátékba töltve szétszórása a levegőben.¹⁸ A temetés megtervezését és lebonyolítását professzionális rendezvényszervező (funerátor) segíti.¹⁹

Mivel a gyász kifejezésének korábbi módjai (pl. siratás, gyászruha viselése, a gyászév megtartása) is eltűntek, a gyász feldolgozásának is új formái (rítusai) jelentek meg. Legismertebb a gyászcsoporthoz, ahol gyászoló hozzátartozók képzett segítő vezetésével dolgozzák fel szerettük elvesztését. Az interneten található gyász témájú blogokat és közösségi oldalakat, valamint virtuális temetőket, amelyek szintén az emlékezést és a gyázmunkát segítik (Szépe – Ferdinandy 2010).

Összegzés, konklúziók

Tanulmányunkban felvázoltuk, hogy a megváltozott társadalmi-gazdasági helyzet, valamint az orvostudomány fejlődése hogyan hatott a halálhoz való viszonyulásra, s ez milyen társadalmi igényeket teremtett az életvégi tervezéssel és az individualizált halállal kapcsolatban. Áttekintettük a méltó halál jogintézményeit, és érintettük a jogok gyakorlati megvalósulásának problémáját hazai viszonylatban. Bemutattuk, hogyan oldódik a halált övező gondolkodásbeli és kommunikációs tabu, és milyen új szokásokban, rítusokban ölt testet a halállal kapcsolatos posztmodern attitűd.

Az élet végével (különösen az eutanáziával) összefüggésben újra és újra fellángoló viták azt jelzik, hogy szükség van a további nyílt társadalmi párbeszédre, indulatok, moralizálás vagy elzárkózás helyett a megoldások keresésére. Nemzetközi vizsgálatok bizonyítják, hogy az európai országokban – azokban is –, ahol engedélyezett az eutanázia, az életmegg hosszabbító terápiákról való lemondás és a tünetek intenzív csillapítása a két legmagasabb arányban előforduló életvégi döntés (Hegedűs 2012: 705). A gyakorlatban megvalósuló életvégi döntések a hospice-palliatív ellátás iránti igényt mutatják, amire az ellátórendszer fejlesztése a releváns válasz. A MOK Etikai Kódexe is a palliatív terminális medicina bevezetését javasolja a gyógyíthatatlan, terminális állapotú betegek ellátására (Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe 2012: 9).

Magyarországon kutatások hiányában kevés megbízható információval rendelkezünk az életvégi kérdések valamennyi dimenziójáról. Sokszor halljuk, hogy „nincs kultúrája” a halálról való beszédnek és az életvégi tervezésnek. Valójában nem tudjuk megmondani, hogy ez pontosan mit is jelent:

- keveset tudunk az emberek életvégi tudatosságáról és kívánalmairól;
- nem tudjuk, hogy a közvélemény és az egészségügyi szakma mennyire van tisztában az életvégi önrendelkezés Magyarországon is elérhető lehetőségeivel;

¹⁸ A felsoroltak mindegyike létező szolgáltatás: <http://kulonlegestemetes.hu/>; <http://www.gyaszhuszar.hu/hirek-aktualitasok/kulonleges-megoldasok-szeretteink-hamvai-szamara/31929/>

¹⁹ Idő kérdése, és ez a szolgáltatás is ugyanolyan elfogadottá válik, mint az esküvő esetében az esküvőszervező.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

- mindössze néhány kutatás vizsgálta az életvégi döntések meghozatalának klinikai gyakorlatát (Élő 2005, Zubek 2011);
- nincsenek pontos adatok a hospice-palliatív ellátás iránti igényről és az ellátáshoz való hozzáférésben mutatkozó egyenlőtlenségekről, csak az ellátást igénybe vevők számáról az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (és jogutódja), valamint a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület által évente kiadott jelentésekből (Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, 2001–2015);
- hiányoznak azok a kutatások is, amelyek megvizsgálnák: mennyire tartják tiszteletben a betegek életvégi döntéseit az ellátás napi rutinjában.

Nehéz úgy megoldást keresni, hogy nem ismerjük a problémát, és gyakran még szükséglet sem fogalmazódik meg annak megismerésére. Orvosi hasonlattal élve: nehéz terápiát választani, ha nem tudjuk, mit kezelünk. A már hivatkozott amerikai kutatás (Views on End-of-Life Medical Treatments. Pew Research Center, 2013) például éppen ilyen célból készült 2013-ban az egészségbiztosítási reform (Obama Care) idején.

Nehezen vitatható, hogy nem méltányos helyzet, ha szabályozási, finanszírozási problémák, vagy az ellátórendszer hiányosságai szabják meg, hogy kinek van lehetősége a méltó halálra. Jogos elvárás, hogy a jogalkotás reagáljon a társadalmi változásokra, kövesse figyelemmel a hatályos rendelkezések gyakorlati megvalósulását, és ha szükséges, korrigálja azokat. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztésének ugyancsak összhangban kell állnia a társadalmi igényekkel. A kutatások elvégzése szükséges, de nem elégséges feltétel. Változás csak akkor várható, ha a kutatási eredmények beépülnek a szakpolitikai döntéshozatal mechanizmusába.

Irodalom

- Bülow, H. H. – Charles, L. S. – Reinhart, K. – Prayag, S. – Du, Bin, A. – Apostolos, A. – Fekri, L., Mitchell, M. (2008): The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit. In: European Society of Intensive Care Medicine, 34: 423–430.
- Corr, C. (2002): Halál a modern társadalomban. In: Cseri, P. (szerk.): Segítségnyújtás a végeken. Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, Budapest: 11–28.
- Csikós, Á. (2011): Az életvégi betegellátás helyzete és fejlődési lehetőségei Magyarországon. PhD. értekezés, PTE ÁOK Családorvostani Intézet, Pécs
- Detering, K. – Silveira, M. (2017): Advance care planning and advance directives. www.uptodate.com/contents/advance-care-planning-and-advance-directives?source=search_result&search=advance+directives&selectedTitle=1~150#H23369558 (Utolsó letöltés: 2017.07.08.)



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

- EAPC (2003): Eutanázia és asszisztált öngyilkosság az EAPC Etikai munkacsoport szemszögéből. In: Kharón, VII(3): 8–17.
- Élő, G. (2005): Életvégi döntések az intenzív terápiában – az újraélesztés etikai és jogi vonatkozásai. Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest. http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/elogabor.d.pdf (Utolsó letöltés: 2015.09.15.)
- Hegedűs, K. (2012): Létezik-e jó halál? In: LAM, 22(12): 703–706.
- Hegedűs, K. (2016): Etikai kérdések a palliatív ellátás során. In: Csikós, Á. (szerk.): Palliatív ellátás. PTE, Pécs (megjelenés alatt)
- Hegedűs, K. (2017): Létezik-e jó halál? Oriold és Társai, Budapest
- Ivanović, N. – Büche, D. – Fringer, A. (2014): Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life – a ‘systematic search and review’ giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life. In: BMC Palliative Care (13)1: 1–8.
- Jox, R. – Black, I. – Anneser, J. – Borasio, G. D. – Thurn, T. (2016): Palliative Care for Patients Dying by Voluntary Stopping of Eating and Drinking: An Ethical Analysis. In: Palliative Medicine 2016. Abstracts of the 9th World Research Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC)
- Központi Statisztikai Hivatal (2014): Szépkorúak és vének – október elseje, az idősök világnapja. In: Statisztikai Tükör, 103.
- Lotto, L. – Manfrinati, A. – Rigoni, D. – Rumiati, R. – Sartori, G. – Birbaumer, N. (2012): Attitudes Towards End-of-Life Decisions and the Subjective Concepts of Consciousness: An Empirical Analysis. In: PLoS ONE, 7(2): e31735. doi:10.1371/journal.pone.0031735 <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0031735> (Utolsó letöltés: 2015.09.15.)
- Magyar Hospice-Palliatív Egyesület (2016): Hospice alapfogalmak. <https://hospice.hu/hospice-alapfogalmak/> (Utolsó letöltés: 2016.09.15.)
- Magyar Hospice-Palliatív Egyesület (2001–2015): Hospice jelentések. <https://hospice.hu/hospice-jelentesek> (Utolsó letöltés: 2016.09.15.)
- Magyar Hospice Alapítvány (2011): A magyarok kétharmada otthon szeretne meghalni. http://www.hospicehaz.hu/assets/files/kutatas_tanulmany.pdf (Utolsó letöltés: 2015.09.15.)
- Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe (2012) https://www.mok.hu/content/content_58f6239a982da0.85903074/kodex141128.pdf (Utolsó letöltés: 2017.07.08.)
- Medián Közvélemény- és Piackutató Intézet (2013): Halálos segítség. <http://www.webaudit.hu/printcikk.ivy?artid=5a026da6-4e32-49c7-b316-0f3fc3aaa7ef> (Utolsó letöltés: 2016.10.29.)



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

- Muszbek, K. (2016): Társadalmi szemléletformálás. In: Csikós, Á. (szerk.): Palliatív ellátás. PTE, Pécs (megjelenés alatt)
- OECD/EU (2016): Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris
- Pew Research Center (2013): Views on End-of-Life Medical Treatments. <http://www.pewforum.org/2013/11/21/views-on-end-of-life-medical-treatments/> (Utolsó letöltés: 2016.10.29.)
- Szépe, O. – Ferdinandy, N. (2010): Intimitás és nyilvánosság. A gyász s halál témájú blogok néhány sajátosságáról. In: Kharón, XIV(1): 47–58.
- Szépe, O. K. (2015): A hospice és a haldoklás kommunikációja. Doktori értekezés. Budapesti Corvinus Egyetem Társadalmi Kommunikáció Doktori Iskola, Budapest. http://phd.lib.uni-corvinus.hu/892/1/Szepe_Orsolya.pdf (Utolsó letöltés: 2016.10.29.)
- Walter, T. (1995): Facing Death Without Tradition. In: Howarth G. – Jupp, P. (eds.): Contemporary Issues in the Sociology of Death, Dying and Disposal. Macmillan, Basingstoke: 193–204.
- Zana, Á. (2016): A halál és a haldoklás szociokulturális háttere. In: Csikós, Á. (szerk.): Palliatív ellátás. PTE, Pécs (megjelenés alatt)
- Zubek, L. (2011): Életvégi döntések az intenzív terápiában – az önrendelkezés és a kezeléskorlátozás etikai és jogi vonatkozásai. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/zubeklaszlo.d.pdf (Utolsó letöltés: 2016.10.29.)

Hivatkozott jogszabályok, alkotmánybíróági határozatok

- 117/1998 (VI.16.) Kormányrendelet az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről
- 22/2003. (IV. 28.) AB határozat



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

Deficitek az orvos-beteg/páciens kapcsolatban – esélyek és lehetőségek bioetikai és egészség- szociológiai vizsgálatok metszéspontjain

RÓZSA ERZSÉBET¹

ABSZTRAKT

Az alábbi írás az orvos-beteg/páciens kapcsolat témakörét állítja középpontba, szociokulturális perspektívába illesztett bioetikai alapelvek mentén. Német szakirodalomra támaszkodva, a szerző amellet foglal állást, hogy az orvos-beteg kapcsolat orvos-páciens- kapcsolattá válása a modern medicina egyik feltétele és alapeleme. Ennek teljesüléséhez szükséges a páciens autonómiája elvének, önrendelkezési jogának és a tájékozottságon alapuló beleegyezési jogának elterjesztése és napi gyakorlattá válása a magyar egészségügyben is. Ez a civilizációs kihívás az egészségügy minden érintettjének/szereplőjének közös érdeke, ami nem más, mint a medicina minden összetevője (beleértve a magatartási mintákat) színvonalának a modern medicina kritériumaihoz és sztenderdjeihez való igazítása. Ebben interdiszciplináris együttműködést kínál a bioetika többek között az egészségszociológiának.

KULCSSZAVAK: orvos-beteg/páciens kapcsolat, bioetika, szociológia, interdiszciplinaritás, szociokulturális perspektíva, modernizáció, modern medicina, civilizációs deficitek és kihívások

ABSTRACT

Deficiencies in the doctor-sick people/patient relationship. Chances and possibilities at the intersection of bioethical and sociology of health investigations

This paper brings into focus the theme of doctor-sick people/patient relationship by means of boethical principles interpreted in sociocultural perspective. The author, based on German literature, holds that the transformation of docor-sick people relationship [Arzt-Kranke-Verhältnis] into doctor-patient relationship [Arzt-Patient-Verhältnis] is one of the conditions and elements of modern medicine. Its realization requires disseminate and making general the patient's principle of autonomy, his right to self determination and his right to informed consent in Hungarian patient care. This civilization challenge – namely the adjustment of the quality of all elements of medicine (including attitudes) to the criteria and standards of modern medicine – is the interest of all concerned in health care. In this setting interdisciplinary work is being offered by bioethics, for example to the sociology of health.

KEYWORDS: doctor-sick people/patient relationship, bioethics, sociology, interdisciplinarity, sociocultural perspective, modernization, modern medicine, civilization deficits and challenges

¹ Debreceni Egyetem, Filozófiai Intézet, egyetemi tanár.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

Problémafelvetés: szociokulturális perspektíva és interdiszciplinaritás mint metodológiai alapvetés

Meghatározó jelentőségű tudásterületnek a címben megadott téma számára a bioetika tekinthető, ugyanakkor az orvosi etika vagy az orvosi szociológia is mértékadó diszciplínái e kérdéskör kutatásának. Az alábbi írásban a bioetikában releváns szociokulturális perspektíva előtérbe állításával kívánok rámutatni interdiszciplinaris együttműködési lehetőségekre és esélyekre, amelyek keretében meggyőződésem szerint az orvos-beteg/páciens kapcsolat érzékeny és sokszálú, ellentétes érdekekkel terhelt problémaköre, amiből itt csak néhány elemet villantunk fel, nagyobb eredményességgel vizsgálható.

Gondolatmenetem főként *német szakirodalomra* támaszkodik, jóllehet a szóban forgó fejlemények tematizálása nem választható le az ebben élenjáró angolszász történekekről. A német bioetika fejlődéstörténete több szempontból is sajátos vonásokat mutat fel, amit egy másik írásomban tártam fel (Rózsa 2015: 105–133). Itt talán a legfontosabb annak kiemelése, hogy a német orvosi és bioetika, miként az orvosi szociológia is, a *plurális értékeket tartalmazó (elfogadó, toleráló-gyakorló és legitimáló) modern társadalom realitását, ennek etikai és jogi normáit, beleértve a beteget mint személyt megillető jogok egyre növekvő jelentőségét tekinti irányadónak.*² Ez a szociokulturális perspektíva minden érintett diszciplínában érzékelhető, és azt juttatja kifejezésre, hogy az orvos-páciens kapcsolat vizsgálata és normálása számára elengedhetetlen a medikális kontextustényezőknél *túli*, szélesebb és komplexebb társadalmi etikai és jogi normák, illetve kontextusok tematizálása, ami végső soron a medicinális praxisba való átültetést szolgálja. Jól mutatja ezt a német bioetika széles körű intézményesülése, ami az elmúlt 10-15 évben e tudásterület 1980-as években induló fontosabb fejlődési szakaszainak egyfajta lezárását jelenti.³ Különböző intézmények, kutatóközpontok, tanácsadó testületek segítik a jelzett értelemben bioetikailag orientált, interdiszciplinaris kutatási eredmények gyakorlati hasznosítását. Többek között a törvényalkotók számos bioetikailag már többé-kevésbé tisztázott kérdés további jogi rendezésének kihívásával szembesülnek napjainkban is. Erre példa a közelmúltból az ún. Sterbehilfe (halálba segítés)-törvény. A közvetlen és a közvetett halálba segítés különböző variánsairól folytatott viták az elmúlt években állandóan napirenden voltak és széles közvélemény előtt zajlottak, az írott médiában vagy a tévéadások fő műsoridejében. A *német társadalom egészség-és betegség-tudatának magas szintjét* ez a tény önmagában is jelzi. Ahogyan az is, hogy a közjegyző által hitelesített rendelkezések száma az életvégi helyzetekről egyre szaporodik.⁴ Az előregedő német társadalom tagjai növekvő számban készülnek a várhatóan nehéz

² Ennek a szemléletmódnak jellemző példája Michael Quante tanulmánykötete. Vö: Quante 2012.

³ A bioetikai németországi intézményesüléséről Vö. Ach – Rutenberg 2002: 138–182.

⁴ A páciens rendelkezések bioetikai és orvosetikai dilemmáinak kérdésköréhez lásd: Schöne-Seifert 2007: 56–64.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

életvégi helyzetekről idejében, még tudatuk teljes birtokában és törvényesen rögzített formában dönteni. Ez a széleskörű jelenség kifejezi az elmozdulást az orvos-páciens kapcsolatban az erős orvosi paternalizmustól a páciens önmeghatározása irányába. Ez egészen addig terjed, hogy egyre többen vallják a saját halálról való szabad döntés jogát.⁵ A német társadalom és a széleskörű társadalmi reflexió ezen újabb szociokulturális jelenségei nem kis mértékben a bioetikai diskurzusok és az interdiszciplináris kutatások nyilvánosság elé tárásának a javára írhatók.⁶

A magyar helyzettel összevetve már maga a fogalomhasználat is kifejezésre juttatja a koncepcionális különbségeket és az eltérő fejleményeket. A magyar köznyelvben és részben a szakirodalomban, valamint a kórházi illetve klinikai gyakorlatban a 'beteg' kifejezés használata teljesen természetes. A német szakirodalomban viszont, legyen az orvosi etikai vagy bioetikai irányultságú, vagy éppen egészségpszichológiai kutatás, csak elvétve fordul elő a beteg (Kranke) kifejezés. Többnyire a 'páciens' megjelölés használata jellemző az orvoslás gyakorlatában is. E fogalomhasználat egyik aspektusa, hogy részben amerikai, részben hazai viták, főként azonban a plurális életformákat elfogadó, toleráló, legitimáló társadalmi realitás hatására a páciens 'személy'-státusza egyre nagyobb jelentőséget nyer az orvos-páciens kapcsolat etikai, jogi vagy szociológiai vonatkozásainak vizsgálatában, és a medicina mindennapjaiban is terjedőben van.⁷ Egyre gyakoribb tapasztalat, hogy az orvos bemutatkozik a páciensnek, akit igyekszik a kapcsolat teljes időtartama alatt a nevével szólítani.

A nálunk elterjedt 'beteg' kifejezés viszont eleve negatív tartalmakat sugall, és olyan asszociációkat idéz elő, amelyek a kiszolgáltatottságot, a ráutaltságot, az alárendeltséget hangsúlyozzák. Ebben a kifejezésben semmi utalás nincs arra, hogy egy személyről lenne szó, aki történetesen valamilyen természetű betegség állapotába került, amely állapot viszont nem szünteti meg automatikusan személy-státuszát. A magyar kifejezés, 'az orvos-beteg' kapcsolat szemantikája *eleve paternalisztikus*

⁵ A halállal való szembesülés problémaköre a modern medicina számára is komoly kihívást jelent. Az orvosi praxisban felmerülő etikai dilemmákhoz és vitákhoz összefoglaló áttekintést ad Schöne-Seifert 2007: 109–136. – Michael Quante egyik legújabb írásában a páciens, mint személy autonómiájához kapcsolja az önrendelkezésen alapuló suicidet. Vö. Quante 2016: 9–40.

⁶ Tegyük hozzá: a nyilvánosság előtt és a nyilvánosságban zajló bioetikai viták nem kímélik magát a bioetikát sem. Ehhez lásd: Ach – Runtenberg 2002: 183–212. – Az első nagy feltűnést keltő kritikát a bioetika kapcsán Peter Singer német egyetemre való meghívása váltotta ki. Vö. Anstötz et al. 1995.

⁷ Bettina Schöne-Seifert a személy bioetikai fogalma körüli vitákról ad informatív áttekintést, bár ő maga nem híve a modern orvosi etikában a személy-fogalom erős státuszának. Vö. ehhez: Schöne-Seifert 2007: 73–76. – A német bioetikusok közül Michael Quante markánsan erős státusz tulajdonít a személy-létnek, ezen belül különösen a biográfiai önzonosságnak. Vö. ehhez magyarul is megjelent munkáit: Quante 2010a, 2010b. Schöne-Seifert erre vonatkozó kritikai megjegyzéséhez: uő 2007: 47, 63–64. – Elisabeth Hildt szisztematikus monográfiája az autonómiáról részletesen feltárja ennek szerkezeti elemeit, és ezt, nem pedig a páciens személy-státuszát tartja kulcsfontosságúnak az orvos-páciens kapcsolat jellegének meghatározásában is. Vö: Hildt 2006: 115–154. – A magyar nyelvű irodalomból a bioetikai kérdéseknek a személyes identitással való összefüggéséhez vö. Csejtei – Juhász 2010: 296–307. – A személy-fogalom bioetikai aspektusairól még lásd Rózsa 2011: 47–62.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

jelleű: elfedi, vagy teljesen figyelmen kívül hagyja a pácienshez, mint személyhez tartozó elidegeníthetetlen jogokat és normákat.

Az *asszimetria* az orvos illetve az érintett egészségügyi szereplők *szaktudása* révén eleve adott. Ám a hazai gyakorlatban a szaktudás alkalmazásán túl is érvényesül, átszővi az egész orvos-páciens kapcsolatot. Széleskörű tapasztalat, hogy a beteg a magyar egészségügyi intézményekben gyakran nem a saját személyét megillető normák és jogok tudatában lévő félként, páciensként, személyként kerül kapcsolatba az egészségügyi személyzettel: ő maga sem így tekint magára, és nem is így viszonyulnak hozzá. Az egészségügy labirintusába bekerülő beteg gyakran a *teljes kiszolgáltatottság* helyzetét kénytelen megtapasztalni, s ezen lényegében semmit nem változtat az ún. tájékoztató beszélgetés sem, ami többnyire az orvos jogi biztonságát garantáló nyomtatvány aláíratásának formális aktusában merül ki. Mindez nem csak idő kérdése, ami az egészségügyben (is) köztudottan a legnagyobb hiánycikkek egyike. Sokkal inkább egy *történelmi-civilizációs deficitekkel terhelt* kontextust juttat kifejezésre. Ebbe beleértendők olyan empirikus tényezők, mint hosszú, rég idejétmúlt tradíciók töretlen továbbélése, törvényesen elfogadhatatlan anyagi érdekek dominálása bizonyos orvosi körökben, a változó körülményekhez alkalmazkodni képtelen, sőt éppen e változások ellenében ható magatartási minták továbbélése az orvostársadalomban, de a beteg magatartásában is. A hatékony és humán modern orvosláshoz elengedhetetlenül hozzátartozó és azzal adekvát magatartási minták helyett a történelmi-civilizációs és szocializációs deficitekkel teli, egy hierarchikus, zárt, magasabb rendű társadalmi réteg képét közvetítő magatartási megnyilvánulások még mindig széles körben jellemzőek. Mindez erőteljesen gátolja a korszerű és adekvát interakciós formák, a *szakmai és normatív kompetenciák* (beleértve az orvos szakmai és emberi felelősségvállalását) *ésszerű, szakszerű és hatékony megosztásának és a megfelelő együttműködési formáknak a kialakulását és elterjedését*. Holott erre nem csak a páciens részéről lenne igény, hanem az orvostársadalom fiatalabb generációinak tagjai részéről is. Az etikai, jogi és szociokulturális anomáliákkal terhelt áthagyományozott attitűd mindmáig rányomja bélyegét a magyar egészségügy szereplőire, interakciós és kommunikációs formáira, különösen az orvos-páciens kapcsolatra. Márpedig az orvostól és az orvosi hivatásról *korszerűsítésre* szoruló kép (és önkép) letisztulása és helyére kerülése az egészségügy érintett szereplőinek hosszabb távon alapvető és közös érdeke lenne: elvégre egy modernizálódást preferáló társadalom középtávon sem épülhet premodern, anomáliákkal teli magatartási mintákra és működési mechanizmusokra. Ha mégis, akkor ez egy újabb történelmi visszalépés veszélyével fenyeget. Szükség lenne az egészségügy szereplői önképének, hivatásbeli szerepének korrekciója azon magától értetődő feltevés mellett is, hogy a *páciens gyógyulása, jóllétének szándéka és akarása* a hippokratészi alapelvek és a *minden egyes orvos által elfogadott orvosi eskü szellemében* továbbra is a medicina megkérdőjelezhetetlen, elsődleges értékének számít. Feltételezve azt is, hogy a



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

modern medicina szószólói, képviselői és alkalmazói Magyarországon nem csak a fejlett technológiák és a korszerű szakmai kompetencia mellett kötelezik el magukat, ami nálunk mindig is erős kötődés volt, hanem a modern társadalom megfelelő értékorientációi mellett is.⁸

E problémák etikai (és jogi) *normatív* vonatkozásainak beazonosítására és artikulálására nem az egészségügy szereplői belső köreinek szánt orvosi etika, hanem a *komplex kontextusokat integráló, interdiszciplináris bioetika kínálja a leginkább adekvát megközelítési lehetőséget*. Az a bioetika, amely már csak interdiszciplinaritása okán is, nyitott más tudásterületekkel, így az egészségügyet empirikusan vizsgáló tudományokkal való együttműködésre.⁹ Ebben az értelemben a *bioetika és az egészségpszichológia kooperációja* sokat ígérő vállalkozás lehet: 1. ilyen irányú kutatási együttműködésük hozzájárulhat a modernizációs deficitek, jelesül az áthagyományozott, torz és a mai világban inadekvát magatartási minták beható, empirikusan alátámasztott, és normatív megfelelően értékelt kutatásához, 2. lehetséges opciók feltárásával kiutat mutathatna fel ahhoz, hogy *a magyar egészségügy ne csak technológiájában és szakmai kompetenciájában feleljen meg a modern medicina elvárásainak, ami a magyar egészségügy egyik erőssége volt, hanem a megfelelő érintkezési és magatartási minták és normák befogadásában és gyakorlásában is*.

Az orvos-páciens kapcsolat változásai a modern társadalom és a modern medicina kontextusában

Az orvoslás cselekvési tereinek interakciós történései az orvos-páciens kapcsolaton alapulnak, amely kapcsolat különböző szakterületek (medicínatörténet, egészségpszichológia, medicínális jog, orvosi etika, stb.) normatív és empirikus kutatásainak tárgya. Bár különböző történelmi korszakokban és kultúrákban különböző minták érvényesültek, ma az antikvitásból származó hippokratészi medicinában és előzményeiben kialakult orvos-páciens kapcsolat uralja az orvoslási gyakorlatot.¹⁰ Nem csak a 20. században, hanem jóval korábban is felmerültek kérdések az *orvosilag megengedhető etikai határaitra* vonatkozóan.¹¹ Napjainkban az egyik fő kérdés, hogy

⁸ A modern medicina etikai normáinak kulturális alapvetéséhez vö. Krefš 2003.

⁹ A bioetika más diszciplínákhoz való viszonyáról vö. az alábbi újabb német nyelvű áttekintő összefoglalást: „Schnittstellen zu anderen Disziplinen und gesellschaftlichen Bereichen”. In: Sturma – Heinrichs (szerk.) (2015): *Handbuch Bioethik*: 439–471. – Jelen tanulmányban támaszkodom e kézikönyv szócikkeire.

¹⁰ Jelen tanulmány számára igen hasznosnak bizonyult J. Schildmann és J. Vollmann megfelelő szócikke, amelyben a legfrissebb átfogó áttekintést találjuk erről a témáról. Vö. uó: Arzt-Patient-Verhältnis. In: *Handbuch Bioethik*, 2015: 194–199.

¹¹ Álljon itt egy a biomedicinális összefüggést preferáló kiegészítő megjegyzés, amely arra hívja fel a figyelmet, hogy más kultúrákban is voltak hasonló előírások. A taoista orvos Sun Simiao a 7. században, a konfuciusus Gong Tingxian a 15. században rögzítette tanait az orvosi cselekvések etikai alapvetésére vo-



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

milyen határok között és milyen értelemben marad releváns és etikailag orientáló a hippokratészi eskü a Hippokratész utáni medicinában.¹²

Németországban a 20. század utolsó évtizedében a felvilágosítás, a tájékoztatás illetve a döntéshozatal elemzése képezték az orvos-páciens-viszony tudományos vizsgálatának egyik súlypontját. Ez a kérdéskör azonban nem választható le az utóbbi évtizedek azon társadalmi változásairól, amelyek a személy mint önérték és az életformák pluralitása elterjedésében ragadhatók meg. Így a páciens autonómiájának tiszteletben tartása és az önmeghatározásra/önrendelkezésre való joga¹³, mindegyik a társadalmi elfogadottsága és a jog eszközeivel történt/történő legitimálása és erkölcsi normaként való megerősítése lett az etikai-normatív vizsgálódások másik súlypontja. A beteg státusza módosult e fejlemények eredményeként, amikor páciens-státuszt nyert, akinek a személyéhez beteg állapotában is tiszteletben tartandó jogok járulnak. Ezen túl a hagyományos orvoslás munkafeltételei és teljesítő-képessége is alapjaiban átalakultak a 20. században: a specializálódás, a szakorvosi képzés, a teammunka, a betegbiztosítás stb. új paramétereket jelentenek a medicinális praxis számára. A fentiek eredményeként a *hagyományos orvosi praxist és etikát* a szélesebb – társadalmi, technológiai, jogi, etikai, kulturális stb. – kontextusban felmerülő kérdések és problémák sokasága és sokfélesége következtében a *bioetikai* elmélet és praxis irányába tolták el: egyre inkább elfogadottá vált, hogy az orvoslás új módjait és terápiáit ebben a tág és komplex kontextusban lehet és kell megfelelően értelmezni.

Ha túlzónak is tűnik Hans-Martin Sassnak, a német bioetika doyenje-nek alábbi reménykedése, mégis idézzük fel annak érzékeltetésére, hogy milyen változások indultak el a német társadalomban az orvos-beteg kapcsolat területén kb. negyedszázada.¹⁴ Sass így fogalmaz: „Reménykedjünk abban, hogy egy olyan páciensorientált medicina jön létre, amelyben a páciens világképe ugyanolyan befolyást gyakorol a diagnózisra, a prognózisra és a terápiára, mint a vérképe. Abban is reménykedjünk, hogy azon etikai problémák iránti érdeklődés, amelyek a medicinával, az egészség-

natkozáon. A paternalista tradíciónak megfelelő tanokról van szó, amelyben a konfucianus orvosi etika a hippokratésziével találkozik. Ezek a mértékadó nézetek és Paracelsus munkásságának lényege abban van, hogy az orvoslást, mint empirikus tudományt emancipálták a filozófia generalizáló hatása alól, ugyanakkor a kísérleti eredményeket visszacsatolták a filozófiai ethoszhoz. Vö.: Hans-Martin Sass 2006: 6. – Jelen tanulmányban e kötet írásaira is támaszkodtam.

¹² A modern technológiai fejlemények következtében változó orvos szerep a filozófus (és orvos) Karl Jaspers számára is fontos újraértelmezendő kérdés volt. Vö.: Jaspers, K. 1986.

¹³ A „Selbstbestimmung” terminus magyar megfelelőjeként mind az önmeghatározás, mind az önrendelkezés jelentés alkalmazása tűnik a megfelelő fordításnak – a mindenkorai szövegkörnyezet függvényében. Vö. ehhez: Rózsa 2011, 7. és 11. lábjegyzet: 49. és 51.

¹⁴ Hans-Martin Sass egykori bochumi professzor meghatározó szerepet játszott abban, hogy a bioetika Németországban gyökeret vert. A Kennedy Institute of Ethics vendégprofesszoraként főleg a kilencvenes évek elejétől sok ma vezető német bioetikust hozzásegített ösztöndíjas meghívásokhoz. Vö. Rózsa 2015: 115–117. – Az amerikai bioetika németországi megismertetéséhez hozzájárult az alábbi könyve is: Sass 1988.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

gel, a betegséggel függnek össze, hozzájárul a jobb páciensetikához, valamint az egészséggrizikókban és ezek elkerülésében való tájékozottság növekedéséhez. Nem az elmélet javai, hanem az abból táplálkozó praxis javai döntenek végső soron a jó vagy a rossz medicináról” (Sass 2006: 16). Ezt az alternatívát Sass abban az összefüggésben javasolja, hogy az orvosi felelősség és a páciens autonómiája közötti feszültségekre, amelyek részben az újabb technológiai fejlemények következményei, az orvoslás gyakran úgy reagál, hogy *agresszív apparátus-medicínába* menekül, a rendkívül bővülő technológiai lehetőségeket kihasználva. A páciens számára ez a túlkezelés veszélyét hozza magával (a sugárkezelések jellemzően ebben a körbe tartoznak). Ezt az etika defenzív pozíciója is lehetővé tette a múlt század 80-as és 90-es éveinek fordulóján. Márpedig Sass szerint az etikának is offenzívvé kell válnia, és rá kell kérdeznie arra, hogy szabad-e etikusan azt tenni, amire technikailag képesek vagyunk? (Sass 2006: 8.) Az *offenzív etika* Sass fogalomhasználatában a páciens olyan értelmű támogatását jelenti, miszerint értékékképzete éppolyan fontos kell, hogy legyen, mint pl. a vérképe, s a differenciált diagnosztikában egyenjogú státuszt kell kapnia pl. az angioscopiával. Az orvosi diagnosztikai adatok ugyanis önmagában véve nagyon keveset árulnak el az egészség, a betegség, a fájdalom, a jóllét, a nem-jóllét komplex tényállásáról.¹⁵

Ha Sass követelése nem is valósult meg teljes mértékben, az azonban vitathatatlan, hogy az orvos-páciens-kapcsolat a német egészségügyben jelentős mértékben *elmozdult egy bioetikailag orientált korszerű orvosi etika alapelvei és praxisa irányába*. A 90-es évektől fellendülő német bioetikai kutatások, projektek komoly támogatása, valamint az intézményi formák és keretek különböző szintű és jellegű (pl. törvényhozói vagy tanácsadói) funkciókra történő kiépítésének korszaka az új évezredben önmagukban is jelzésértékűek ezen viszonylag fiatal tudásterület sikerességéről, társadalmi befogadottságáról és hatékonyságáról (ehhez részletesebben: Rózsa 2015: 105–133). Sikerességük (egyik) titka, hogy képesek voltak a *modern medicina minden aspektusát* (szakmai, technológiai, társadalmi-kulturális, humán és személyi összetevőit) *megfelelő módon* (interdiszciplinárisan) és *arányosan* (a technikai és a humán tényezők együttes figyelembe vételével) tematizálni.

A (bio)medicinális diskurzus és a modern medicina néhány kulcsfontosságú aspektusa

Az utóbbi évtizedek orvosi etikai vitáira és a medicina mindennapi gyakorlatára hivatással voltak a bioetikai viták mellett a jogi fejlemények is, amelyek eredményeként

¹⁵ Schöne-Seifert nem személy-elméleti kérdések bevonásának, hanem a pszichológia alkalmazásának tulajdonít fontos szerepet a modern medicina különféle szituációiban.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

a páciens jogainak megerősítésére került sor.¹⁶ E kontextusokban formálódott ki a tájékoztatáson alapuló beleegyezés (informed consent; informierte Einwilligung) követelménye, amelyet először embereken végzett orvosi kísérletekben kísérleti alanyokra alkalmaztak, s mára az orvoslási gyakorlat természetes elemévé vált.¹⁷ A beteg tájékoztatása és a beavatkozásba való beleegyezése, ennek alapos, megfontolt, a tényezők mérlegelésén nyugvó előkészítése napjainkban az orvosi cselekvés etikai és jogi alapvetését képezi a modern társadalmakban.¹⁸

Az alábbiakban a modern medicina alábbi aspektusait vizsgáljuk:

1. Az orvos-páciens kapcsolat szociológiai aspektusai.
2. Az orvos-páciens kapcsolat különböző modelljei.
3. Normatív értékelés és empirikus kontextustényezők.
4. Aktuális viták az orvos-páciens kapcsolatról a modern medicinában.

1. AZ ORVOS-PÁCIENS KAPCSOLAT SZOCIOLÓGIAI ASPEKTUSAI

Az orvos-páciens kapcsolat az egészségügy legkisebb interakciós rendszere, amely a huszadik század közepétől elméleti és empirikus szociológiai vizsgálatok tárgya.¹⁹ Az orvos-páciens kapcsolatot bioetikai témaként vizsgáló Schildmann és Vollmann (2015) a *szociológiai alapvetést veszik kiindulópontnak* (Schildmann – Vollmann

¹⁶ A jogi fejleményekhez vö. Schildmann – Vollmann 2015: 194. – Thomas Gutmann egy kantianus ihletésű jogfilozófiai megalapozásra tette a hangsúlyt az autonómia és a páciens-jogok kérdésében. Lásd ehhez: Gutmann 2001: 1–27. – Magyarországon az 1997-es Egészségügyi törvény fontos előrelépés volt az orvos-páciens kapcsolat jogi eszközökkel történő rendezésében. Kétségtelen hiányossága azonban, hogy nem építettek be szankciókat a törvénybe olyan esetekre, amikor az orvos-páciens kapcsolat jogi normáit megsértik.

¹⁷ A 'tájékoztatáson alapuló beleegyezés' kifejezés használatában Kőműves Sándor fordításához csatlakozom. Ti. ez a kifejezés pontosabban adja vissza az angol és német nyelven elterjedt, illetve a magyar jogi nyelvben is használatos 'tájékozott beleegyezéssel' szemben a kifejezni kívánt tartalmat. Lásd ehhez: Kőműves 2012: 302.

¹⁸ A megfelelő tájékoztatás és a megfontolt beleegyezés tartalmi jegyeit részletesen elemzi Schöne-Seifert 2007: 91–96, valamint Hildt 2006: 115–154. – Hildt a prediktív genetikai diagnosztika kontextusában behatóan tárgyalja az autonómia és a tájékozottságon alapuló beleegyezés sajátos kérdéseit. Az autonómia elve ebben a sajátos kontextusban specifikálásra szorul. Hildt azt hangsúlyozza, hogy nem az egyéni döntéshozó áll a középpontban, hanem a konkrét döntési szituációra való reflexióval kitágított tájékoztatás és beleegyezés. Emögött azt a megfontolást találjuk, hogy az önmeghatározó életterv és életvezetés, és nem egy elszigetelt, pontszerű döntés az autonómia megfelelő elvének a helyes kiindulópontja. Ennek részletes feltárásába be kell vonni olyan nézőpontokat is, amelyek családi és társadalmi kontextusokból adódnak. Egy ilyen háttér előtt a prediktív genetikai diagnosztika eredményének ismerete nem terhelő még nehéz élethelyzetekben hozott döntések számára sem – szögezi le Hildt. Az önképre és az egyéni élettervre vonatkoztatva ugyanis adekvátan tematizálhatók a genetikai vizsgálati eredmények hatásai. Vö. Hildt 2007: 474–447.

¹⁹ Az orvos-páciens közötti interakció különböző, változóban lévő aspektusainak az etikai tanácsadás és a jogalkotás szempontjából történő elemzéséhez vö. Vieth 2006: 24–26.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

2015: 194–199). Ebben arra is hivatkoznak, hogy az orvosi hivatást gyakorlók példáján dolgozták ki a szociológiában a professzionalitás identifikálását, ami később a szociológia egyik tematikai súlypontja lett. Emellett szociológiai kutatásokat idéznek, amelyeket az orvos-páciens kapcsolat strukturális jellegzetességeiről, valamint azokról az elvárásokról végeztek, amelyek az orvos- és a páciens-szereppel kapcsolatban felmerülnek. Az asszimetrikus orvos-páciens kapcsolat szerkezeti jegyei közé tartozik az orvosi szakértők és a páciensek közötti információs távolság, valamint az ezzel kapcsolatos definíciós hatalom és a döntéshozatal irányítása az orvos részéről (Siegrist 1998: 238–42). Az orvos- és a páciens-szerep jellegzetességeit Talcott Parsons dolgozta ki több mint fél évszázaddal ezelőtt (Parsons 1951, idézi: Schildmann – Vollmann: 2015: 195). Eszerint az orvosi szerep többek között *univerzalizmusra kötelez* a páciensekkel való egyenlő bánásmód értelmében, továbbá *funkcionális jellegre* azon dolgok vonatkozásában, amelyekről az orvos-páciens kapcsolat keretében tárgyalnak, valamint *érzelmi semlegességre*. Azok a pácienssel szembeni normatív szerep-elvárások, amelyeket Parsons megfogalmazott, többek között olyanokat tartalmaznak, mint az orvosi előírások betartásának kötelezettsége a páciens részéről és a mindennapi tennivalók, pl. a háztartási munka vagy a hivatásbeli tevékenység alóli mentesség.

Parsons megfontolásait az orvos-páciens kapcsolatról különböző okokból kritizálták. Nem sokkal művének megjelenése után közzétett egyik kritika a krónikus betegségek hiányos megjelenítésére hivatkozik Parsons modelljében. Ugyanis a páciensek a megbetegedés menetében szakismereteket nyerhetnek a tünetekről, a diagnosztikus módszerekről és a lehetséges terápiás eljárásokról, ami aztán figyelembe veendő az orvos-páciens kapcsolatban is. Az orvosi teljesítmények kitágult spektruma, ami a nem-beteg állapotok javulására vonatkozó ajánlatokat is felöleli, további ok arra, hogy a Parsons által konceptualizált orvos-páciens kapcsolat csak korlátozottan egyeztethető össze a modern egyézségügy és betegellátás adottságaival. Parsons modelljének korlátolt érvényessége a mai modern medicina szempontjából elsősorban pl. olyan jelenségben nyilvánul meg, amely krónikus megbetegedések esetében a *szakértői tudás módosulására* hívja fel a figyelmet. A páciens mint *érintett*, ugyanakkor az orvosi szaktudás értelmében *laikus*, viszont önmegfigyelésen és tapasztaláson alapuló *aktivitásaiban* olyan tudásra tesz szert, amit *releváns tudásként* figyelembe lehet és érdemes venni az orvos-páciens kapcsolat keretében. Ez a fajta tudás kihat az orvos-páciens kapcsolat jellegére is: a páciens megfigyelései az orvos által elismert releváns tudásterületként csökkentik információs távolságát az orvosi szaktudáshoz képest, valamint relevánsként elismert „tudása” gyarapíthatja az adott szaktudás spektrumát, illetve e megfelelő befogadása és alkalmazása esetén hozzájárulhat saját egészségügyi állapota tényleges javulásához is. A releváns tudás ilyen és hasonló differenciálódása és bővülése egy újfajta, hatékonyabb együttműködési forma kiképződéséhez és elterjedéséhez vezethet az orvos-beteg kapcsol-



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

lat bizonyos területein, ami a páciens nézőpontjának, tapasztalatainak bevonása révén pszichésen és fizikailag is szignifikánsan emelheti a javulás vagy a gyógyulás esélyét.²⁰

Az orvosi teljesítmények kibővült technikai spektruma, a növekvő orvosi cselekvési kínálat további okként jelölhető meg arra, hogy a Parsons által konceptualizált orvos-páciens kapcsolat csak korlátozottan hozható összhangba a modern egészségügyi és betegellátás adottságaival. Másként fogalmazva: a múlt század közepe táján szociológiai szempontból releváns modell érvényességét az orvoslás technológiai fejleményei, a medicinális cselekvések bővülő spektruma illetve jogi és etikai paramétereinek differenciálódása és átalakulása (így a tájékoztatáson alapuló beleegyezés és a páciens önrendelkezési jogának elterjedése) megkérdőjelezték illetve korlátozták. A változásoknak ez az iránya és jellege az egészségügy szereplőit, illetve a szereplők cselekvési, interakciós és kommunikációs formáit érintő *újabb szociológiai paraméterek felállítását és az ezeknek megfelelő modellek kimunkálását* valószínűsíti – állapítják meg a szerzők 2015-ben (!) (Schildmann – Vollmann 2015: 195). Vagyis Németországban is akad még tennivaló a modern medicina újabb technológiai lehetőségei, törvényes keretei, valamint a megfelelő érintkezési/magatartási modellek közötti távolságok leküzdésében. S e tennivalók tematizálásában a szociológiának kiemelt szerepet tulajdonítanak a német bioetikusok.

A medicina szerkezeti változása és ennek az orvos-páciens kapcsolatra való kihatása még a modern társadalmakban sem zárult le. A változásokról alkotott mai képnek ezért csak időben behatárolt érvényessége lehet, az orvoslás technológiai tényezőiben szakadatlanul zajló haladás, a páciens releváns tudása bevonásának lehetősége, ennek ma még nem belátható következményei, valamint a szociális-ökonomiai változások (az anyagi források szűkülése vagy éppen a magatartási minták módosulásai) közötti folyamatos interakciók keretei között (Wolff [1989] 2006: 184).

2. AZ ORVOS-PÁCIENS KAPCSOLAT KÜLÖNBÖZŐ MODELLEI

A természettudományok és a technológia fejleményei által egyre inkább alakított medicina sikerei, a kórházak és az intézményesített egészségügy egyéb létesítményeinek terjedése, az államháztartásból finanszírozott egészségügy kiépítése, valamint az orvosi társadalom professzionalizálódása azok a tényezők, amelyek a 20. század folyamán az *asszimmetrikus orvos-beteg kapcsolatot hozták kedvező helyzetbe, az orvosi szaktudás felértékelődése révén* (Vö. Beauchamp – Faden 2008: 111–114, Siegler 1985, Siegrist 1998, illetve Vollmann 2008). Ugyanakkor az 1960-as évek

²⁰ A szakértői tudás módosulása az orvos-páciens kapcsolat újabb prognosztizálható fejleménye. Ennek részletesebb kifejtéséhez vö. Rózsa 2016c: 153–158.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

elejétől kezdve a polgárok, illetve a személyek jogai tiszteletben tartásának követelése el kezdett kiterjedni az orvosi intézkedésekre vonatkozó döntésekre is.²¹ Ennek hatására vezették be először az USA-ban a klinikai gyakorlatba a *tájékoztatóson alapuló beleegyezés* követelményét (Vö. Vollmann 2008, valamint Heinrichs 2015: 58–65). Eszerint az *önmeghatározásra/önrendelkezésre* képes betegnek megfelelő *információk* birtokában abba a helyzetbe kell kerülnie, hogy olyan döntést hozzon, amely összhangban van *saját személyes értékékezetivel*. A döntésnek önkéntesen, *saját szabad* akaratból kell történnie, megengedhetetlen befolyástól vagy manipulációtól mentesen. E fejlemények következtében az *autonómia* etikai elve a páciens *önmeghatározása/önrendelkezése* jelentésében, valamint a beteg akaratának tiszteletben tartása értelmében számos etikai tételben (és jogrendszerben) elsőbbséget élvez a modern medicinában más etikai elvekkel szemben, mint pl. a jöttetés vagy a károkozás kerülése.²²

Ezek a változások alapjaiban kihatottak az orvos-páciens kapcsolatra, annak korábban érvényes modelljeire (Vö. Siegrist 1998: 232–242). A német szakirodalomban, részben angolszász hatásra különböző modelleket különítettek és különítenek el. Első lépésben idézzük fel Hanns P. Wolff három modelljét! Wolff először 1989-ben publikált írásában arra figyelmeztet, az orvoslásban zajló alapvető szerkezeti változások még nem zárultak le. Ilyen körülmények között szerinte nincs szükség új normák felállítására a medicinában, hanem a cél sokkal inkább az állapotfelmérés a modellek megfogalmazásakor.²³ A medicina e *változóban lévő realitására* kell támaszkodni, s nem pszichológiai vagy másfajta *konstrukciókat* létrehozni, amikor az orvoslás etikai alapelveit akarjuk megfogalmazni – hangsúlyozza Wolff. Ezen erőteljes, sok gyakorló orvosnál megfigyelhető igény egyik címzettje nyilvánvalóan az (egészség)szociológia, amely a normák valamint a normakövető vagy a normaszegő magatartási formák empirikus kontextustényezőit hitelesen fel tudja tárni.

A korábbi generációkban az orvos-páciens kapcsolat erősen paternalisztikus jellegű volt, amely az orvos szakmai és emberi tekintélyére alapozódott (Wolff 2006: 206). Feladatát abban látta, hogy a beteget vezesse annak legjobb érdekében. A beteg bizalmon nyugvó alárendeltséget hozott be ebbe a viszonyba. Vagyis a szakmaiságon alapuló, eleve adott asszimetrián túl a kapcsolat szociális értelemben is hierarchikus jelleget öltött, amit a beteg magatartása is legitimált. Laikusként nem várt el felvilágosítást, és nem volt ahhoz hozzászokva, hogy megkérdőjelezzen orvosi utasításokat. A medicina szekularizálódása, technicizálódása és ökonomizálódása egyfelől, másfelől a pluralista társadalom értékváltozásai és a polgárok önmeghatá-

²¹ Ehhez lásd a paternalizmus-vitáról az egyik legújabb, etikai és jogi aspektusokat átfogó összefoglaló írást: Drüber – Gutmann – Quante 2015: 122–128.

²² Vö. Siegler 1985: 713–715, Vollmann 2008. – Az autonómia sokrétű témaköréhez vö. a jórészt német nyelvű irodalomból összeállított kötetet: Duffner – Kőműves – Rózsa (szerk.): 2016.

²³ Az orvoslás szerkezeti változásához vö. Wolff 2006: 184–192. – Vö. Schöne-Seifert kiegészítő-aktualizáló megjegyzéseit Wolff modellezéséhez: uő. 2007: 88–91.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

rozási/önrendelkezési joga, ennek gyakorlása elkezdtek aláadni ezt a hagyományos viszonyt. Mindez magával vonta az orvos és a beteg önképének megváltozását: a beteg pácienssé lett önmaga és az orvos számára is.

A fentiek alapján az orvos-páciens viszony három, egyénileg variálható formája kristályosodott ki Wolff megfogalmazása szerint.

1. A *hippokratészi modell* vonatkozási területe a szükség és a segítségre utaltság antropológiai alaphelyzete.²⁴ A segítségnyújtási kötelezettség ebben a modellben a hippokratészi hagyomány orvosi paradigmájának része. Ez a forma a páciens egzisztenciális fenyegetettsége állapotában többnyire spontán lép fel. A páciens szerepe passzív, vagy azért, mert fizikailag vagy pszichikailag képtelen az önrendelkezésre, vagy azért, mert önkéntes korlátozásból az orvos kezébe adja magát. Az orvos szerepe viszont aktív. Akut helyzetekben, pl. baleseti ellátásnál, sürgős operációknál vagy az intenzív osztályon ez a modell érvényes. A szükséges beavatkozás a kimenetel esélyeitől függetlenül történik. A páciens tartós egzisztenciális fenyegetettségek, pl. bizonyos rosszindulatú daganatos betegségek vagy AIDS esetében az emberi odaforulás kerül az orvosi ellátás előterébe. Ilyen helyzetekben az orvos paternalista döntései értelmesek, esetenként elkerülhetetlenek, és ha racionálisan megalapozhatóak, akkor etikailag igazoltak. A hippokratészi eskünek is végső soron a *felelősségetika* képezi az alapját: magába foglalja az orvos szakmai és emberi felelősségét és ezáltal azt, hogy adott esetben kész a páciens jóllétét a saját érdekei felé rendelni.

2. A *szerződéses modell* ott élvez hallgatólagos érvényességet, ahol az orvos mint medicinális szolgáltatásokat nyújtó ajánlattevő és a páciens mint a szolgáltatások iránt érdeklődő kapcsolatba lépnek egymással (Wolff 2006: 207–208.). Olyan speciális diagnosztikai vagy terápiás szolgáltatások esetében kerül erre sor, amelyekben az orvos és a páciens közvetlen kapcsolata csekély. Példa erre a labormedicina, a sugárdiagnosztika, a sugárterápia, az aneszteziológia vagy az endoszkópia. A páciens az orvostól időben behatárolt reparáló szolgáltatásokat vár el. A szerződéses modell egyenlő módon veszi figyelembe mindkettőjük érdekeit. Sok vonatkozásban hasonlít ez a modell az ügyvéd és az ügyfele kapcsolatának modelljéhez. Azonos elveken nyugszik a két modell: a kliens autonómiája, az őszinteség, a bizalom tartoznak ezen elvek közé. A kliens érdekeinek védelmére vonatkozó professzionális kötelezettség az előzetesen egyeztetett szakmai szolgáltatások teljesítésére korlátozódik.

3. A *partnerségi modell* abból a tapasztalatból vezethető le, hogy gyakori krónikus megbetegedéseknél, mint cukorbetegség, magas vérnyomás, veseelégtelenség, a javuláshoz az orvos és a páciens teljesítményére egyaránt szükség van (Wolff 2006: 208–209). Az orvos tanácsadó szakértőként lép fel, a beteg pedig aktív, saját felelős-

²⁴ Wolff 2006: 206–207. – Habermas is hivatkozik az egyébként sokat vitatott bioetikai könyvében erre az antropológiai alaphelyzetre, az ember testi-természeti-biológiai létéből eredő egzisztenciális ráutaltságra és kiszolgáltatottságra. Ebben az összefüggésben a morális rend törekény konstrukciónak bizonyul – szövege le. Vö. Habermas 2005: 62–69. – Vö. ehhez: Rózsa 2014.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

séggel rendelkező munkatárs. Elvárják tőle a megállapodások betartását, valamint a rendszeres önmegfigyelést és önkontrollt, az adatok rögzítését pl. a vérnyomásról, a pulzusról, a testsúlyról. Ebben a modellben az orvos segít a betegnek abban, hogy az saját magán segíthessen. Hasonló együttműködési modellek érvényesek a preventív medicinában, vagy a pszichoterápiában. Ez a modell annál sikeresebb, minél inkább hasonló egymáshoz az orvos és a páciens képzettségben, intelligenciában, élettapasztalatban. Ha az orvos érdektelen és képtelen ilyen kapcsolatra, akkor eleve sikertelen ez a modell. A partnerségi modell etikai strukturálásában elsőbbséget élvez a páciens önrendelkezési joga és a saját magával szembeni felelőssége, illetve az önfegyelem képessége, valamint az orvos részéről a szakmai kompetenciáján túllépő felelősség. Ez utóbbi főleg akkor érvényes, ha az orvos hosszabb időtartamú kötődést alakít ki a pácienssel és adott esetben a páciens saját magával szemben kell megvédenie (Wolff 2006: 209).

Mindegyik modell konkrét szituációra vonatkoztatott *interakciós és kommunikációs keretként* értendő, amelyen belül minden orvos-páciens kapcsolat a maga *egyediségében és egyszerűségében* bontakozik ki. A különböző modellek között vegyített formák lehetségesek, az egyik modell átmehet egy másikba. Egy magas vérnyomásban szenvedő beteg friss infarktussal a klinikai kezelés fázisában a hipokratészi modell védelme alatt tudhatja magát. Ám az ehhez kapcsolódó hosszabb időtartamú kezelés idején különböző paraméterek (vérnyomása) önkontrolljára is szükség lesz, aminek realizálása célszerűbb a partnerségi kapcsolatban.

Kerülendő az összehasonlító etikai értékelés a modellek között. Mindegyik meghatározott körülményeknek felel meg és ezek között alkalmazandó, viszont más feltételek mellett lehet akár nem megfelelő is. A legmagasabb követelményeket a hippokratészi modell állítja fel az orvossal szemben. Napjainkban az orvosi szolgáltatások anonimizálódása és eltárgyasítása zajlik, ezért ez a hagyományos modell veszélyeztetett helyzetbe kerül. E tendencia alapján a szerződéses modell terjedése prognosztizálható a mindennapi orvoslásban. A partnerségi modell jelentősége pedig abban a mértékben fog növekedni, amilyen mértékben a páciens önmagával szembeni felelősségét mind ő maga, mind az orvos elfogadja. Ha viszont nem sikerül a medicinában zajló technikai haladást, valamint a megfelelő etikai és jogi normákat és a páciens önmagával szembeni felelősségét, valamint az ennek megfelelő új együttműködési formák kialakítását egy integrált koncepcióban egyesíteni, akkor a medicinának nagy problémákkal kell szembesülnie.

Komoly okok szólnak amelyett, hogy a *medicinának az etikai és normatív jellege, s nem a technikai profilja lesz a meghatározó tényező a jövőben*. Az ellátás minőségét egy adott intézményben elsősorban nem a technológiai felszereltsége, még csak nem is a rendelkezésre álló szaktudás önmagában, hanem a *páciensekkel való bánásmód, valamint az egészségügy összes érintettje, szereplője* (beleértve a páciens, hozzátartozóit, képviselőjét) *közötti együttműködési formák milyensége* fogja megadni. Ez a váltás részben annak a bizalomnak a mértékétől is függ, amelyet egy adott



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

társadalom az egészségüggyel szemben és a páciens az orvossal szemben kifejez. Ennek a bizalomnak az elnyerése és védelme azonban előfeltételezi, hogy minden szereplő számára fel- és elismerhető a *szakmai kompetencia és a többszereplőssé vált/váló etikai reflexió*, valamint az, hogy a megfelelően *megosztott felelősség és az együttműködési formák az összes érintett között* együttesen irányítják a döntéseket és cselekvéseket a medicinában (Wolff 2006: 210).

Az újabb bioetikai diskurzusokban és a medicina mindennapjaiban a *tájékoztatás és a döntéshozatal kérdései* kerültek előtérbe, amit Schildmann és Vollmann az orvos-beteg kapcsolat különböző formáira alkalmaznak.²⁵ Szerintük ez a súlypont az orvos és a páciens kapcsolatában *alapvető fordulatot* hozott, amit a felvilágosítás és a döntéshozatal ideáltipikus modellfelfogásaiban mutatnak be. Elemzésükben az Ezekiel Emanuel és Linda Emanuel által kidolgozott kritériumokhoz kapcsolódnak (Emanuel – Emanuel 2008: 101, 104). Az alábbi kritériumokról van szó: 1. Az orvos-beteg közötti interakció célja, 2. A döntéshozatalban résztvevő orvosok és betegek feladatai, 3. A döntés ellenőrzésének bevonása. Ennek alapján a következő ideáltipikus modellfelfogásokat különböztetik el.

Paternalisztikus döntéshozatal: A paternalisztikus döntéshozatal, amelyet hipokrátészi modellnek is neveznek, azt a célt tűzi ki, hogy olyan döntést hozzanak, amely a beteg egészségi értelemben vett *jóllétét a lehető legjobban* szolgálja. Az orvos feladata, hogy ennek megfelelő terápiát javasoljon, amely a rendelkezésre álló szakmai ismereteken, valamint saját klinikai szakmai tapasztalatain alapul. A beteg jólléte e modellképzet szerint *objektív*. A páciens szerepe az egészséget előnyben részesítő magatartás és életvezetés betartására szorítkozik, aminek támogatnia kell a kezelések sikerességét. Ebben a modellképzetben a *jöttvevés* etikai alapelve mindenképpen *elsőbbséget* élvez a beteg autonómiájának etikai elvével szemben.

Tájékoztatáson alapuló döntéshozatal: Az orvos-beteg interakció célja a páciens tájékoztatáson alapuló döntése, amelynek bázisa 1. lehetőleg átfogó ismeretek a rendelkezésre álló medicinális opciókról, 2. a páciens saját értéképpozeteinek való megfelelés. Ezt a modellt az irodalomban „szerződéses modellnek”, „tanácsadási modellnek”, „tudományos modellnek”, „fogyasztói modellnek” is nevezik. Az orvos feladata az, hogy a döntéshozatal számára releváns információkat adjon. A páciens feladata a kapott információk mérlegelése, valamint az orvosi beavatkozásról való döntés. Az orvos értéképpozetei nem befolyásolhatják döntését. A döntéshozatal ezen modellképzetének *központi értéke a páciens autonómiájának* etikai elve, erre alapozott önrendelkezési joga, ami fölötté áll a páciens orvosilag meghatározott, „objektív” jóllétének.

²⁵ Schildmann – Vollmann 2015: 195. – A döntéshozatal elemeit bioetikai vitákban azóta is mértékadóan tárgyalja T. L. Beauchamps és R.R. Faden tanulmánya. Vö: Beauchamps – Faden 2008: 111– 114. – A szabad és tájékozottságon alapuló egyetértés posztmodern értelmezéséhez vö. Engelhardt, T. H. 2008:106–108.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

Interpretatív döntéshozatal: az orvos-páciens interakció célja egy olyan döntés, amely megfelel a páciens preferenciáinak. Ez azt is jelenti, hogy a preferenciák között nem feltétlenül az autonómia élvez elsőbbséget. *Az orvos feladata, hogy támogassa a páciens érték-képzeteinek tisztázásában, tudatosításában.* A páciens érték-képzetei ugyanis nem feltétlenül rögzítettek: gyakran csak részben van tudatában saját érték-képzeteinek. Az orvos segíti a páciens érték-képzetei, diszpozíciói és habitusa tudatosításában. Annak érdekében, hogy *olyan döntést hozzon, amely saját preferenciáinak a leginkább megfelel.* Az autonómia és a jóttevés viszonyában itt az előbbi áll előtérben. Vagyis ez a modell-képzet az előzőnek egyik tovább differenciált és finomított változata, *akkor is, ha adott esetben nem az autonómia a páciens legfőbb preferenciája.* Az autonómia jogi védelme és etikai támogatottsága a bázisa és biztosítéka annak, hogy adott esetben akár más természetű érték-képzetek esetében sem sérül az autonómia elve. Az orvos kötelessége az autonómia elvét abban az esetben is védelmezni és biztosítani, ha az nem szerepel a páciens közösen beazonosított, tudatosított preferenciái között. Az orvos ebben a változatban *tanácsadóként* áll a páciens mellett egy olyan döntés előkészítésének folyamatában, amely a páciens saját preferenciáinak a leginkább megfelel.

Deliberatív döntéshozatal: az orvos-páciens interakció célja itt egy olyan döntés, amely mind a páciens személyes érték-képzeteit és ezeknek megfelelő habitusát, mind az egészségvonatkozású, orvosilag definiált értékeket figyelembe veszi. Az orvos feladata, hogy a terápiáról való döntéshozatal számára *releváns információk közvetítése után részt vegyen a pácienssel folytatott diskurzusban.* Ennek lefolyásában egészségvonatkozású, részben a beteg által bevont érték-képzetek (és releváns tapasztalatok) megnevezésére és mérlegelésére kerül sor. Az orvosnak meg kell győznie a páciens orvosilag releváns értékekről, ugyanakkor a manipuláció vagy a kényszerítés minden formája kerülendő. Az autonómia és a jóttevés viszonya szempontjából az orvos a *barát vagy a tanító* szerepét veszi át, aki saját érték-képzeteit és habitusát is behozza a döntési folyamatba.

Az ideáltipikus orvos-páciens kapcsolat formáinak meghatározása és fogalmi lehatárolása elsődlegesen a *páciens autonómiájának* és a *jóttevésnek* az etikai elvein orientálódik. Tom L. Beauchamp és James F. Childress négy elvének tételéhez kapcsolódva, a fenti két etikai elv (a jóttevés és az autonómia) mellett a *károkozás kerülésének* elve és az *igazságosság* veendő figyelembe a *középsztintű etikai elvek* vonatkozásában (Beauchamps – Childress 2013). Ezen elvek segítségével lehet vizsgálni és értékelni az orvos-páciens kapcsolat mindenkor konkrét normatív problémáit – a megfelelő empirikus kontextustényezők figyelembe vétele mellett.²⁶

²⁶ A Beauchamps és Childress által kidolgozott és többször módosított elméletet „liberális modellként” írja le Johann Ach és Beate Runtenberg, ami szerintük paradigmaváltást hozott a bioetikában. Ugyanitt bemutatják azokat a főbb kritikai kifogásokat, amelyek ezt a modellt érték, majd a fontosabb alternatív tételeket és elméleti javaslatokat. Vö. Ach – Runtenberg 2002: 54–74, 81–106.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

A károkozás kerülésének elvét sokan a legfontosabb normának tartják az orvosetikai vitákban. A másik féllel szembeni szándékos károkozásról való lemondás kötelezettsége az orvos-páciens kapcsolatban létrejövő *bizalom* alapja. Emellett az orvos elköteleződése a károkozás kerülésének parancsa mellett előfeltétele mind az orvosi hivatás tekintélyének, mind az orvos kompetenciájának. Példa erre a páciensről való személyes és bizalmas információkhoz való hozzájutás és annak etikailag megfelelő kezelése. Az *igazságosság* etikai alapelve az orvos-páciens viszony vonatkozásában részben lefedhető az univerzalizmus Parsons által kialakított szerepnormájával. Ebben az értelemben a helyesen cselekvő orvos feladata az, hogy minden páciensét megfelelően kezelje, és ne tegyen megalapozatlan különbséget az egyes betegek között. Ugyanakkor valódi, konkrét gyakorlati kihívást jelent a szűkös eszközök és tartalékok elosztásakor az orvosok számára az igazságosság elvének érvényesítése a klinikai gyakorlatban. Pl. megszorító vagy racionalizáló intézkedések végrehajtása, mint a korlátozott büdzsé az ambuláns szektorban vagy az ún. Diagnosis Related Groups (DRG) az osztályokon az egyes orvos felelősségi területe: neki kell döntenie, hogyan lehet igazságosan elosztani a páciensek között a rendelkezésre álló javakat és tartalékokat.

Ez a magyar egészségügy egyik égető, ha nem a legégetőbb problémája, ami köztudottan kedvez a korrupciós formáknak (e fejtegetéshez vö. Schildmann – Vollmann 2015: 195–197). Gyakran nem csak etikai, hanem megfelelő jogi eszközök bevetésére is szükség lenne e súlyos probléma kezeléséhez. Ez a széleskörű tapasztalat is erősíti azt a többé-kevésbé (sajnos, inkább kevésbé) tudatosított társadalmi igényt, hogy a páciensek betegjogi, személy- és személyiségjogi tudatának kialakulása az igazságosság-elv elterjedésének is elengedhetetlen feltétele és eleme a magyar egészségügyben.

A páciens önmeghatározása, a jóttevés, a károkozás kerülése és az igazságosság, vagyis az orvos-beteg kapcsolat négy alapelve azonban nem kizárólagosak, ha az etikai kihívásokat vizsgáljuk az orvos-páciens kapcsolatban. Egy további alternatív etikai tételt javasolnak az *erényetikai* modellekben (virtue ethics), amelyekben az orvos magatartása és beállítottsága áll a középpontban. Ezt képezi le az orvosi ét-hosz. Abból kiindulva, hogy az etikai alapelvek alkalmazása végső soron az egyes morálisan cselekvő személyek diszpozíciójától és beállítottságától függ, erényetikai elméleti tételeket javasolnak ezekben a modellekben, amelyek az orvosi etikai ki- és továbbképzés alapvetéséül szolgálhatnak (Pellegrino 2006a: 65–71, Pellegrino 2006b: 40–68).

Ám attól függetlenül, hogy milyen etikai tételeket és modelleket alkalmaznak az orvos-páciens kapcsolat morális aspektusainak elemzésére, a mindenkori konkrét orvos-beteg interakció normatív értékelése *empirikus kontextustényezőktől* is függ. A következőkben ezt néhány morálisan releváns kontextustényező példáján világítjuk meg.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

3. NORMATÍV ÉRTÉKELÉS ÉS EMPIRIKUS KONTEXTUSTÉNYEZŐK

Az a *konkrét kontextus*, amelyben a diagnózisra, a kezelési lehetőségekre és a prognózisra vonatkozó információk közvetítésre kerülnek, és amelyben meghozzák a döntéseket, *releváns empirikus tényező a konkrét orvos-páciens kapcsolat értékeléséhez*. Emellett figyelembe veendő, hogy egy meghatározott empirikus kontextus célkitűzéséből és egyéb elemeiből *közvetlenül* nem vezethető le normatív értékelés, pl. abból, hogy az adott orvos milyen sajátos kórházi körülmények között, pontosan mennyi idő alatt, milyen alapossggal végezte el az adott páciens tájékoztatását. Egyszerűen fogalmazva: egyes esetekből nem lehet túl messzire vezető következtetéseket levonni. Ugyanakkor az egyes esetek összegyűjtése az empirikus kutatás számára fontos adatbázist képez, aminek bevonása hozzájárulhat a normatív értékelés megalapozottságához. A morálisan vagy szociokulturálisan releváns kontextustényezőket – s ilyen lehet a pácienssel való bánásmód elavult morális és szociokulturális *mintája*, s nem egyszerűen egy konkrét esete – mindig *normatív* etikai koncepciókkal és elméletekkel kell kapcsolatba hozni. Etikai (és jogi) normatív alapvetésre támaszkodva, valamint ismert, morálisan (és/vagy szociokulturálisan) releváns tényezők alapján és empirikus adatbázist *is* bevonva lehetséges az orvos-páciens kapcsolat *adekvát normatív értékelése*. Fontos, hogy ez a *többdimenziós értékelés* konkrét, morálisan és/vagy szociokulturálisan releváns információs bázisra támaszkodjon, s ne egyszerűen konceptualizáljon, ami éppúgy az egyoldalúság veszélyét hordozza, mint az empirikus adatokból *közvetlenül* levezetett normatív értékelés, azaz a túláltalánosítás közismert jelensége.

A döntéshozatal fent megnevezett mindegyik modellje számára adottak *orvosi etikai (szociológiai, jogi) kontextusok*, amelyek e modellek valamelyikét előnyben részesítik. Ez érvényes a paternalisztikus döntéshozatal gyakran bírált modelljére is. Erre példa lehet az a szituáció, amikor a legrövidebb időn belül kell intézkedni a páciens életének megmentéséért, illetve állapotának stabilizálásáért. Az ilyen szituációkban nincs lehetőség a megfelelő intézkedések kivitelezése *előtt* a páciens releváns értékkepzeteinek, diszpozícióinak, habitusának bevonására és értelmezésére. Ilyen helyzetekben az orvos azon feltételezés mellett cselekszik, hogy az általa megcélzott életmentés, illetve az élet fenntartása, valamint a károk megakadályozása vagy csökkentése összhangban van a páciens preferenciáival és érték-habitusával. Lehetséges, hogy utólag kiderül: ez a premissza nem volt korrekt. Ennek ellenére etikailag igazoltnak tűnik az orvos paternalisztikus eljárása a vázolt szituációban. Az is kétségtelen, hogy nem minden olyan szituációban lehet igazolni az életmentő vagy életet fenntartó intézkedéseket, amelyben sürgősen kell cselekedni. Az etikailag nem igazolható paternalisztikus cselekvésnek lehet egy olyan szcenáriója, mint pl. a vérátömlesztés egy olyan páciensnél, akiről tudni lehet, hogy egy ilyen intézkedést minden helyzetben elutasít (pl. Jehova tanúi).



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

A fent jelzett releváns kontextusok mellett további érvényes empirikus tényezők is belejátszanak az orvos-páciens viszony etikai értékelésébe. Erre kínálnak példát olyan *situatív tényezők*, mint az orvos-beteg kapcsolat tartóssága illetve időtartama. Így az etikai értékelés számára releváns az a megkülönböztetés, hogy vajon sok éve létező kapcsolat van-e a háziorvos és a páciens között, vagy a klinikára éppen felvett páciens és az osztályos orvos között az első, kezdeti kapcsolatról van-e szó. Az első esetben az orvosnak lehetősége adódik arra, hogy érvényesítse a páciens preferenciáit a kezelést illetően életveszélyes helyzetben. Az is lehetséges, hogy a háziorvos a páciens ellátásának lefolyásában megnevezi a páciens ambivalens érzéseit, fenntartásait meghatározott orvosi beavatkozásokkal (pl. irreverzibilis kómába került beteg mesterséges táplálással történő hosszabb távú életben tartása) szemben. Az osztályos orvos számára viszont csak korlátozottan lehetséges a páciens preferenciáinak árnyalt elemzése az első kapcsolatfelvétel keretében. Az etikai elemzésnek és értékelésnek egy ilyen konkrét esetben el kell ismernie, hogy az osztályos orvosnak szituációfüggően korlátozott lehetőségei vannak a tájékoztatás és a döntéshozatal alakításában. Ugyanakkor megoldások kidolgozására van szükség ahhoz, hogy lehetségessé váljon a páciens preferenciáinak normatív perspektívában megkövetelt figyelembe vétele hasonló esetekben. A háziorvos és az osztályos orvos közti jobb együttműködés, ennek kidolgozása és sztemderként való elterjesztése lehet egy reális opció.

A strukturális keretfeltételek ugyancsak releváns kontextustényezők, mint pl. egy magas szintű munkamegosztásos kórházi rendszer struktúrája. A mindenkori speciálisan arra kiképzett orvosok különböző diagnosztikai és terápiás intézkedéseinek kivitelezése morális/etikai és szociokulturális/szociológiai perspektívából egyaránt pozitívan értékelendő, mivel ez a jó orvosi ellátási minőség támogatását juttatja kifejezésre az adott intézményben. Ugyanakkor ez a munkamegosztás az orvos-páciens kapcsolatra nézve azt is jelenti, hogy az egyes specialisták számára meglehetősen nehéz, ha nem lehetetlen a beteget érintő összes információ integrálása. Ezen túl a rendelkezésre álló idő és az orvos kommunikációs kompetenciája is empirikus keretfeltételt képeznek az orvos-páciens kapcsolat megfelelő alakításához. Ezeket a tényezőket részben az orvos is képes befolyásolni, pl. a kommunikációs kompetenciák javítását célzó továbbképzésen való részvétellel. A játéktér a rendszerfüggő adottságok miatt azonban behatárolt. Ilyen adottság a beszélgetések honorálása, ennek megoldatlansága (Vö. Schildmann – Vollmann 2015: 197–198). Az előre elvárt „hálapénz” a tájékoztató beszélgetésen nyilvánvalóan elfogadhatatlan mind etikai, mind jogi értelemben. A beteg pácienssé válása, személy-státuszának és az ahhoz tartozó jogoknak a tudatosítása és érvényesítési képessége az orvos-beteg kapcsolatban csökkentheti az ilyen fajta kiszolgáltatottságát.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

4. AKTUÁLIS VITÁK AZ ORVOS-PÁCIENS KAPCSOLATRÓL A MODERN MEDICINÁBAN

Az orvos-páciens kapcsolat alakításában mind etikai-normatív, mind klinikai-orvoslási, mind szociokulturális (magatartási minták) perspektívából elengedhetetlenek az *interdiszciplináris* kutatások. Különösen igaz ez a döntéshozatal és a tájékoztatás sokat vitatott, központi jelentőségű kérdéskörére. Konkrét példa a *participatív döntéshozatal* (shared decision making/ partizipative Entscheidungsfindung) lehet. Az orvos-páciens kapcsolatnak e modellje mellett száll síkra a 1990-es évektől sok tudós, orvos valamint egészségügyi csoportok képviselői (Scheibler – Pfaff 2003. Idézi: Schildmann – Vollman 2015: 199). Az orvos-páciens kapcsolat fentebb referált modelljeitől elhatárolva, ebben a modellben az orvos-páciens kapcsolat *alakítási folyamata egyes lépéseinek beazonosításában van a lényeg*. A döntéshozatal fölötti normatív kontroll helyett az egyes lépések beazonosítása kerül a középpontba, ami lehetővé teszi a *páciens preferenciáinak megfelelő bevonását* a tájékoztatásba és a terápiáról való döntésbe. Ennek az *együtműködési modellnek* az orvoslás praxisában való hatásáról átfogó empirikus vizsgálat készült (Vö. Rockenbauch – Schildmann 2011: 399–408).

Az egészségügyi ellátásban alkalmazott új és állandóan bővülő technológiák olyan etikai kérdéseket vetnek fel, amelyeknek komoly jelentősége van az orvos-páciens kapcsolat átalakulásában. De nem csak az orvoslás permanensen bővülő technológiái, hanem a változó orvosi tudás *szakmai körökön túli elérhetőségének* technológiái is részei ennek a folyamatnak. Példaként álljanak itt olyan kérdések, amelyeket az internet és más médiák lehetséges hatásai idéznek elő a *páciens információs- és részvételi magatartásában* a tájékoztatást és a döntéshozatalt illetően. Olyan kérdések, amelyek a *professzionális* orvosi tevékenységgel szemben felállított követelményekre irányulnak, tekintettel a sok esetben problematikus orvoslási információkra az interneten és más médiákban. A *telemedicina* kihatása az orvos-páciens kapcsolatra, különösképpen az orvos és a páciens közötti, egyre inkább redukált személyes kapcsolat aspektusaira olyan kutatási kérdésköröket hoznak felszínre, amelyek modern információs technológiákat is bevonó interdiszciplináris vizsgálatokat igényelnek.

További kérdések merülnek fel az orvos-páciens kapcsolat vonatkozásában az orvoslásról a modern kommunikációs technológiák által nyerhető bővülő tudás kontextusában. Jó példát szolgáltatnak erre jelenleg a genetikai információk, amelyek széleskörű társadalmi érdeklődést váltanak ki.²⁷ Elengedhetetlennek tűnik adekvát stratégiák kifejlesztése ezen adatok megfelelő szakmai betagolásához, valamint fele-

²⁷ A legismertebb német filozófus, aki magát inkább szociológusnak vallja, etikai fenntartásokat fejezett ki a genetikai információkkal és a génállományba való technikai beavatkozási lehetőségekkel kapcsolatban. Vö.: Habermas 2005. Ez a megnyilvánulása sok bioetikust és orvost irritált, és többen hozzá nem értéssel vádolták meg. – A genetikai kutatások és alkalmazások etikai problémáinak egyik első német nyelvű szisztematikus feldolgozására Kurt Bayertz vállalkozott. Vö. Bayertz 1987.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

lősségteljes integrációjához a klinikai gyakorlatba, továbbá a megfelelő ismeretterjesztő tevékenység. Mindezen új és szaporodó jelenségeknek a megfelelő tematizálása és gyakorlati kezelése megköveteli a medicina, a bioetika, a jogrendszer, valamint további szakterületek, mint az egészségpszichológia és a médiatudományok képviselőinek szoros együttműködését. Az interdiszciplinaritás igényét a vázolt mélyreható és sokrétű változások önmagukban is sokszorosan alátámasztják.²⁸

Kitekintés

Az orvos-páciens kapcsolat egyre komplexebbé válik a modern medicinát meghatározó, permanenssé vált technológiai és társadalmi változások következtében. E háttér előtt különösen nem közömbös, hogy az érintettek (az egészségügy összes szereplője, beleértve a páciens meg a finanszírozót is) hogyan reagálnak ezekre a változásokra. Az orvos *kizárólagos* szakmai és emberi tekintélyének ideje már csak a technológiai fejlemények következtében is *lejárt*. S nem csak a plurális értékorientációjú modern társadalmakban, hanem a modernizációval és a demokratizálódással (történeti okokból ismétlődően) küszködő *kelet-európai társadalmakban is*. Ám ebben a régióban az ehhez a változáshoz való megfelelő viszony, a szükséges új magatartási minták, köztük a korszerű orvos-szerep elsajátítása-kimunkálása, illetve az önrendelkezési joga tudatában lévő, kellően tájékozott, megfelelő felelősségtudattal rendelkező páciens magatartási mintájának kifermálódása és elterjedése még várat magára. A kölcsönös tiszteleten, az orvosi szakmai kompetencia elismerésén és a páciens mint személy elismerésén alapuló kooperációs formák itt még nem kristályosodtak ki. Régi autoriter és avitt minták követése egy olyan helyzetben, amelyben a betegjogok és személyiségjogok egyre nagyobb teret kapnak, s amelyben a modern orvosi technológiák elterjedése feltartóztathatatlan, meglehetősen visszas helyzetet teremt. (Ez kedvez a zavarosban halászás híveinek.) Legalább ilyen súlyú deficit a páciens szándékos kiskorúsítása és alárendelt helyzetének nem ritkán megalázó gesztusokkal történő konzerválása, elvégre ez az attitűd ellentétes az orvosi esküben deklarált, s az eskütétel által minden egyes orvos által akceptált közös céllal is: a páciens egészségének helyreállításával vagy javításával. Ez az etikailag, jogilag és szociokulturálisan egyaránt elfogadhatatlan helyzet nyilván nem tartható a végtelenségig.

Látszólag aprónak tűnő lépésekkel is lehet ellene tenni.

A 'beteg' kifejezésnek a (német etikában és gyakorlatban elterjedt) 'páciens' kifejezéssel való helyettesítése a magyarországi orvosi etika és praxis egyik sürgető feladatának és egyúttal a holtpontról való elmozdulási lehetőségnek is tűnik. Ez a jelentéktelennek látszó elem valójában jelentős tartalmi változást indíthat el. A meg-

²⁸ Az interdiszcipliáris orvosetikai kutatásokhoz vö. Wynsberghe – Gastmanns 2009: 469–476.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

nevezés megváltoztatása természetesen nem vonja automatikusan magával, hogy attól kezdve a betegeket páciensként és személyként kezelik az egészségügyi intézményekben. De elindíthat egy olyan folyamatot, amelyben az orvos illetve az egészségügy szereplői másként kezdenek tekinteni a megbetegedett személyre, aki a páciensük lett. E folyamat további fontos eleme lehet és kell, hogy legyen, hogy a beteg sem csupán betegként tekint önmagára, hanem tudatában lesz személy-mivoltának és az ezt megillető normáknak (tisztelet, önrendelkezés, tájékozottságon alapuló bejegyzés stb.) és jogoknak. Nem csak a betegjogoknak, hanem a személyiségi és emberi jogoknak is. Ezeket a jogokat ideiglenesen, pl. egy műtét idejére fel lehet és fel is kell függeszteni. Pl. úgy, hogy erre az időre delegálja e jogai egy részét az orvosra, más jogait a családtagjaira. Anélkül, hogy lemondana ezekről a jogokról, amelyek eltulajdoníthatatlanul hozzá tartoznak személy-létéhez – beteg állapotában is.²⁹ Egy ilyen irányú változás átformálhatja az eleve asszimétrikus orvos-páciens kapcsolatot: csökkentheti az asszimetria kemény hierarchiává és kizárólagos dominanciává alakulásának veszélyét, arra a területre szűkítve azt, ahová tartozik: a szakmaiság területére. Az orvos szakmai kompetenciája ilyen módon nem válna, nem válhatna kérdésessé, ugyanakkor nem telepedne rá az orvos-páciens kapcsolat minden elemére. A szakmai alapokon nyugvó önkorlátozás, a páciens emberi méltóságának és az őt, mint személyt megillető jogoknak a tiszteletben tartása az orvos részéről olyan elengedhetetlen feltételek, amelyek teljesülése nélkül *esély sincs* a korszerű orvos-páciens kapcsolat kialakítására, az ennek megfelelő érintkezési-magatartási minták kikristályosodására és a közös cél érdekében kialakítandó hatékony együttműködésre. Csak a berögződött, társadalmilag is gátló, káros minták továbbörökítésére.

Az emberi méltóság alapelve (a német alkotmányban a legmagasabb értékű norma), valamint a személyt megillető normák, jogok a társadalmi érintkezési formák magától értetődő elemeivé váltak a modern plurális értékeken alapuló társadalmakban. Ez a civilizációs folyamat az egykori keleti tömb országokban sok tekintetben még várat magára. Ez a történelmi-civilizációs deficit mindmáig rányomja bélyegét a magyar egészségügy szereplőire, interakciós formáira, különösen az orvos-páciens kapcsolatra.³⁰ A modern medicina plurális elveket valló, az egyének önrendelkezését és jogait elismerő és a gyakorlatban érvényesítő kontextualizálására és ennek

²⁹ Quante magyarul is hozzáférhető munkái ebben a vonatkozásban is tanulmányozásra érdemesek. Az erős orvosi paternalizmustól nem egyszerűen a páciens, mint személy autonómiája felé való elmozdulást tekinti döntőnek, hanem az együttműködésre való nyitottságot. Ti. a személyes autonómia tiszteletben tartása mellett ennek komplexitását is figyelembe kell venni. A páciens meghatározott életterületekre vagy beavatkozásokra vonatkozóan felhatalmazhat másokat, pl. az orvost, miközben e „másodrendű” választása mellett autonómiája mégis megőrződik. „A személyes autonómiába belefér – egyfajta munkamegosztás keretein belül – az autonómiáról való részleges lemondás is.” Vö. Quante 2010a: 290.

³⁰ Az a kérdéskör, amit ez a tanulmány vizsgál, elsődlegesen nem egészségpolitikai természetű, hanem jóval összetettebb, történelmi-szociológiai okokra is visszavezethető problémahalmazt jelöl. Ugyanakkor az csak üdvözlendő, ha az egészségpolitika támogatja a medicina *komplex, azaz nem csak technológiai és szakmai modernizálódását*. Az egészségpolitika témaköréhez vö. Huster (2014): Gesundheitspolitik: 235–245.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

a folyamatnak a támogatására a bioetika sokkal inkább lehetőséget kínál, mint az orvosi etika, amely az orvos-beteg/páciens duális kapcsolatára és interakciójára koncentrálnak és szűkül. A bioetika nyitottsága és interdiszciplináris jellege révén számos támpontot kínál az egyre összetettebb orvos-páciens kapcsolat és interakciós forma komplex vizsgálatára, többek között egészségpszichológiai kutatásokkal való termékeny együttműködésre.³¹

Irodalom

- Ach, J. S. – Runtenberg, C.: (2002): *Bioethik: Disziplin und Diskurs. Zur Selbstaufklärung angewandter Ethik*. Campus Verlag, Frankfurt am Main
- Ach, J. – Lüttenberg, B. – Quante, M. (eds.) (2014): *Themen und Positionen der Bioethik*. Mentis Verlag, Münster
- Anstötz, Ch. – Hegselmann, R. – Kliemt, H. (szerk.) (1995): *Peter Singer in Deutschland. Zur Gefährdung der Diskussionsfreiheit in der Wissenschaft*. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main/Berlin/Bern/New York/Paris/Wien
- Bayertz, K. (1987): *Gen-Ethik. Probleme der Technisierung menschlicher Fortpflanzung*. Rowohlt Verlag, Reinbek
- Beauchamps, T. L. – Faden, R. R. (2008): *Bedeutung und Elemente des Informierten Einverständnisses*. In: Wiesing, U. (szerk.): *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*. Reclam, Stuttgart: 111–114.
- Beauchamp, T. L. – Childress, J. F. (2013): *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, New York – Oxford
- Csejtei, D. – Juhász, A. (2010): Új jelenségek és lehetőségek a biomedicinális etikában, különös tekintettel a személyes identitásra. Utószó. In: Quante, M. (2010a.): *Személyes élet és emberi halál*. Id. kiad: 296–307.
- Düber, D. – Gutmann, T. – Quante, M. (2015): *Paternalismus*. In: *Handbuch Bioethik*. Id. kiad. 122–128.
- Emanuel, J. E. – Emanuel, L. L. (2008): *Vier Modelle der Arzt-Patient-Beziehung*. In: *Ethik in der Medizin*. Id. kiad. 101–104.
- Engelhardt, T. H. (2008): *Freies und informiertes Verständnis*. In: *Ethik in der Medizin*. Id. kiad. 106–108.
- Gutmann, T. (2001): *Freiwilligkeit als Rechtsbegriff*. C. H. Beck Verlag, München

³¹ Ez a tanulmány a WWU Münster KFG-projektjének keretében készült. Ezért a lehetőségért köszönettel tartozom a projekt vezetőinek, akik bizalmat szavaztak ennek az írásomnak is, valamint a kollégáknak a szakmai kérdésekben mutatott segítőkészségért. Köszönöm továbbá Kőműves Sándor és Kovács Gábor önzetlen segítségét.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

- Habermas, J. (2005): *Die Zukunft der menschlichen Natur*. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik. Bővített kiadás. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Heinrichs, B. (2015): Informierte Einwilligung. In: *Handbuch Bioethik*. Id. kiad. 58–65.
- Hildt, E. (2006): *Autonomie in der biomedizinischen Ethik*. Genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung. Campus Verlag, Frankfurt/New York
- Huster, S. (2014): Gesundheitspolitik. In: Ach, J. – Lüttenberg, B. – Quante, M. (eds.): *Themen und Positionen der Bioethik*. Mentis Verlag, Münster: 235–245.
- Jaspers, K. (1986): *Der Arzt im technischen Zeitalter*. Piper, München
- Kőműves, S. (2012): Technikai eredmények és demokratikus értékek párbeszéde. Utószó. In: Quante, M.: *Emberi méltóság és személyes autonómia*. A magyar kiadást szerkesztette: Kőműves S./Rózsa E. Meditor Bioetikai sorozat, Debrecen University Press, Debrecen: 289–308.
- Kreß, H. (2003): *Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin*. Kohlhammer, Stuttgart
- Parsons, T. (1951): *The Social System*. Routledge & Kegan Paul Ltd., California
- Pellegrino, E. D. (2006a): Der tugendhafte Arzt und die Ethik der Medizin. In: *Medizin und Ethik*. Id. kiad.: 40–68.
- Pellegrino, E. D. (2006b): Toward a reconstruction of medical morality. In: *American Journal of Bioethics*, 6/2: 65–71.
- Quante, M. (2010a): *Személyes élet és emberi halál*. A magyar kiadást szerkesztette: Rózsa, E. – Loboczky, J. Líceum Kiadó, Eger.
- Quante, M. (2010b): *Személy*. A magyar kiadást szerkesztette: Rózsa, E. – Loboczky, J. Líceum Kiadó, Eger
- Quante, M. (2012): *Emberi méltóság és személyes autonómia*. In: Kőműves, S. – Rózsa E. (Szerk.): *Demokratikus értékek az élettudomány összefüggésében*. Meditor Bioetikai sorozat, Debrecen University Press, Debrecen
- Quante, M. (2016): Assistierter Suizid aus philosophischer Sicht. In: M.Quante/E. Schockenhoff (2016): *Autonomie am Lebensende*. Assistierter Suizid aus philosophischer und moraltheologischer Sicht. Verlag der Akademie Franz Hitze Haus, Münster: 9–40.
- Rockenbauch, K. – Schildmann, J. (2011): Partizipative Entscheidungsfindung (PEF): eine systematische Übersichtarbeit zu Begriffsverwendung und Konzeptionen. In: *Das Gesundheitswesen*, 73/7: 399–408.
- Rózsa, E. (2011): Szabadság és természet. A humán jelleg és a személy tematikája a kortárs német bioetikában. In: *Meditor*, 1, Debrecen, 47–62.



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

- Rózsa, E. (2014): Gyakorlati tudás a filozófiai antropológia, a bioetika és az alkalmazott etika perspektíváiban. Reflexiók Biczó Gábor Az alkalmazott antropológia és a gyakorlati értékű tudás: a történeti előzmények, a kritikai fordulat és az etikai önreflexió társadalomfilozófiai háttére című írására. In: *Tabula*. A Néprajzi Múzeum online folyóirata (ISSN 2064-7190), 15/2. [http://tabula.neprajz.hu/neprajz.07.152.php?bm=1&kr=A_10_%3D%222014%2015\(2\)%22](http://tabula.neprajz.hu/neprajz.07.152.php?bm=1&kr=A_10_%3D%222014%2015(2)%22) (Utolsó letöltés: 2015.08.27.)
- Rózsa, E. (2015): Bioetika Németországban versus bioetika. In: *Századvég*, 76: 105–133. Online: http://szazadveg.hu/ld/i5u6s9h4s3n8w1c0j7t9_Szazadveg_76_Bioetika_netre.pdf (Utolsó letöltés: 2015.08.27.)
- Rózsa, E. (2016a): Orvos-beteg/páciens kapcsolat- változó medicinális és társadalmi kontextusban. In: *Az autonómia és határai*. Id. kiad. 219–246.
- Duffner, A. – Kőműves S. – Rózsa, E. (szerk.) (2016b): *Az autonómia és határai*. Kortárs német és magyar bioetikai írások. Debrecen University Press, Meditor sorozat, Debrecen
- Rózsa, E. (2016c): Részvétel, laikusság és kompetenciák – az orvos-beteg együttműködési modell perspektívájából. In: *Replika*, 100(5): 153–158.
- Sass, H.-M. (1988): *Bioethik in den USA*. Springer, Heidelberg
- Sass, H.-M. (szerk.) (2006): *Medizin und Ethik*. Reclam, Stuttgart 1989. Javított, a bibliográfiát megújított kiadás: 1999, utánnymomás: 2006.
- Scheibler, F. – Pfaff, H. (szerk.) (2003): *Shared Decision-Making*. Juventa Verlag, Weinheim
- Schildmann, J. – Vollmann, J. (2015): Arzt-Patient-Verhältnis. In: *Handbuch Bioethik*. Id. kiad.: 194–199.
- Schöne-Seifert, B. (2007): *Grundlagen der Medizinethik*. Alfred Kröner Verlag, Stuttgart
- Siegler, M. (1985): The progression of Medizin. From physician Paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony. In: *Archives of Internal Medicine*, 145/4: 713–715.
- Siegrist, J. (1998): Arzt-Patient-Beziehung. In: Korff, W. – Beck, L. – Mikat, P. (Ed.): *Lexikon der Bioethik*. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh: 238–242.
- Sturma, D. – Heinrichs, B. (2015): *Handbuch Bioethik*. J. B. Metzler, Stuttgart – Weimar.
- Vieth, A. (2006): *Einführung in die Angewandte Ethik*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Vollmann, J. (2008): *Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart



ORVOS-BETEG KAPCSOLAT

- Wiesing, U. (2008): *Ethik in der Medizin*. Ein Studienbuch. Reclam, Stuttgart 2000, 2004, 2008. Jelen írásban a 2008-as, aktualizált kiadásra támaszkodtam.
- Wolff, H. P. (2006): Arzt und Patient. In: H.-M. Sass (szerk.): *Medizin und Ethik*. Id. kiad. 184–211.
- Wynsberghe, A. van – Gastmanns, Ch. (2009): Telepsychiatry and the meaning of in-person contact: a preliminary ethical appraisal. In: *Medicina, Health Care, and Philosophy*, 12/4: 469–476.



OLVASS FELESLEGESET!

– SIK ENDRE ÁLLANDÓ ROVATA –

Amióta a szakmában vagyok, harcolok a túlzásba vitt specializáció, a semmiről való mindentudás irányába mutató szakszerűség eluralkodása ellen. Természetesen a kudarc elkerülhetetlen, de kedvenc fegyverem ennek ellenére hasznossá válhat mások kezében is. Arról van szó, hogy világléletemben vigyáztam arra, hogy ha nyaralni mentem vagy feleslegesnek tűnő konferencián üldögéltem, akkor olyan tanulmányokat olvassak, amelyeknek semmi köze nem volt ahhoz, amivel akkor éppen foglalkoztam. Gondosan mindig valamilyen feleslegeset olvastam. Ezek között sok volt olyan, amibe beleszerettem, s félretettem, hogy valaha talán valakinek a kezébe adhatom, hogy foglalkozzon vele behatóbban, mert a mű valamilyen szempontból zseniális.

Az itt következő művek is ilyenek. Három olyan közös pontjuk van, ami miatt pótolhatatlanul értékesek lehetnek azok számára, akik a társadalmi folyamatok megértésén munkálkodnak. Egyrészt mindhárom munka a társadalmi (s benne a biológiai) nem olyan elemzése, amelyben a szerzők a nemek esetlegesen eltérő viselkedését hipotézisekké képesek formálni. Másrészt, a tanulmányok készen kapott kísérletek¹, amennyiben az elemzések alapjául szolgáló adatokat a valóság „termelte ki”, vagyis nem kérdőívek vagy interjúk mesterséges termékei, hanem „maguk a valóság” (s ami nem véletlen, a nagy tömegű adatok mindhárom esetben a versenysportban [igen, a kártyázás is sport!] keletkeztek, ahol az eredmények nyilvántartásának sokak számára és sokféle haszna van). Harmadrészt, a tanulmányok szépséges példái a kísérleti elrendezés adta lehetőségek szellemes kihasználásának, vagyis olyan modellek kidolgozásának, amelyek benne rejtőztek az adatbázisokban, csak észre kellett venni őket.

S. E.

¹ Koltai Júlia, Simonovits Bori, Sik Endre (2015): A kvanti-kvali áldilemmán túl Szociológiai Szemle 25(2) 35–49. http://www.szociologia.hu/dynamic/koltai_sik_simonovits.pdf és Horzsa Gergely – Sik Endre (2012): A diszkrimináció mérése készen kapott kísérletek (KKK) segítségével. In Sik E. – Simonovits B. (szerk.): A diszkrimináció mérése. Budapest: ELTE TáTK, 186–201. http://www.tarki.hu/hu/about/staff/sb/Diszkriminacio_merese.pdf



Gyönyörű királynők és harcos lovagok¹

BÉRES ZSUZSA²

Az általam elemzett tanulmány szerzőinek célja a férfiak és a nők kockázatvállalása, illetve az ellenfél neme és vonzereje közötti összefüggés vizsgálata volt. A kutatást megelőzően többen is foglalkoztak azzal a kérdéssel, hogy milyen különbségek figyelhetők meg a női és férfi kockázatvállalási hajlandóságban. A kutatás hipotéziseinek megfogalmazásakor a kutatók például támaszkodtak Croson és Gneezy (2009)³ valamint Eckel és Grossman (2008)⁴ kutatásaira, amelyek a gazdasági viselkedés terén igazolták, hogy a férfiak kockázatvállalóbbak, mint a nők, továbbá Bertrand (2010)⁵ eredményeire, mely szerint kölcsön esetén a férfiak egy vonzó nőnek hajlandóak lentebb vinni a kamatlábakat, míg a nők esetében ez nem figyelhető meg.

Ahhoz, hogy jobban megértsük a kutatás menetét, fontos, hogy a sakkjáték kutatás szempontjából releváns néhány jellemzőjével megismerkedhessünk. A versenysakkban egy játszma három lehetséges kimenetele van: győzelem, döntetlen vagy vereség, melyek 1, 0,5 vagy 0 pontot eredményeznek. Ebben a helyzetben a kockázatvállalási hajlandóság vizsgálatát az teszi lehetővé, hogy a játéknak csökkenthetik a vereség kockázatát azzal, ha a játszma során hamar döntetlent ajánlanak az ellenfélnek. A kockázatsökkentés másik módja olyan nyitás alkalmazása, amely csökkenti a játszma későbbi kockázatosává válását.

Korábbi elemzések azt is kimutatták, hogy noha a kockázatosabb játékmód nem növeli a nyerési esélyeket egy versenyhelyzetben, a férfi sakkozók ennek ellenére mégis magasabb arányban választanak kockázatosabb stratégiákat, ha egy vonzó nő az ellenfelük, ugyanakkor a nőknél nem figyelhető meg ilyen összefüggés. Továbbá azt is felfedezték, hogy a vonzóbb játékosok – mindkét nem esetében – kockázato-

¹ Anna Dreber – Christer Gerdes – Patrik Gränsmark (2010): Beauty Queens and Battling Knights: Risk Taking and Attractiveness in Chess. IZA Discussion Papers No. 5314. <http://ftp.iza.org/dp5314.pdf>

² Debreceni Egyetem, Humán Tudományok Doktori Iskola Szociológia és társadalompolitika doktori program, doktorandusz

³ Croson, R. – Gneezy, U. (2009): Gender differences in preferences. In: Journal of Economic Literature, 47: 1–27. http://fhe.usc.edu/seminars/papers/AE_4-14-11_GNEEZY.pdf

⁴ Eckel, C. C. – Grossman, P.J. (2008): Men, women and risk aversion: experimental evidence. In: Plott, C. – Smith, V. (eds): Handbook of Experimental Economics Results, vol. 1. Elsevier, New York: 1061–1073. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574072207001138>

⁵ Bertrand, M. – Karlan, D. – Mullainathan, S. – Shafir, E. – Zimann, J. (2010): What's advertising content worth? Evidence from a consumer marketing field experiment. Quarterly Journal of Economics, 125, pp 263–307, <http://karlan.yale.edu/sites/default/files/whats-advertising-content-worth-evidence-consumer-credit-marketing-field-experiment.pdf>



OLVASS FELESLEGESET!

sabb stratégiákat választanak egy kevésbé vonzó ellenféllel szemben. Az előzetes ismeretek alapján tehát a vizsgálat célja látni, hogy milyen szerepe van a nyitóstratégia választásánál a vonzerőnek, tehát milyen kapcsolat van a kockázatvállalás, a vonzerő és a játék végére elért pontszám között.

A kutatás két adatbázisból dolgozott. Az egyik egy nagy nemzetközi adatbázis, amely egy tizenegy éven át tartó (1997–2007), 100 000 játékost megfigyelő kutatás eredményeiből építkezik (Chessbase 10, <http://en.chessbase.com/>). Az adatbázis magában foglalja a sakkversenyeken regisztrált játékosok korát, nemét, nemzetiségét, kockázatvállalási és játékpreferenciáit. Ezek a preferenciák a nyitási stratégiákat is magukban foglalják, amelyek lehetnek kockázatosak, semlegesek vagy biztonságosak. Ez az adatbázis tartalmazza továbbá a sakkozók képességeit becslő, a korábban elért eredményeken alapuló ÉLŐ-pont értéket is (<http://www.bajnoksakk.hu/elo/>).⁶ Mivel az adatállomány tartalmazza a sakkversenyek összes játszmájának menetét és eredményeit, ezért lehetséges az egymás ellen elért eredmények történének elemzése is. A másik adatbázis kialakítása során 2000 sakkversenyző fotóját értékeltek on-line survey-ek segítségével, ami az MTurk rendszeren keresztül történt (<https://www.mturk.com/mturk/welcome>), és melynek során olyan sakkozók fényképeit használták, akik ÉLŐ-értéke legalább 2200 volt. A fotók egyik fele férfi sakkozókat, a másik fele női sakkozókat ábrázolt. A fotókon (amelyek a Chess Base 10-ből származtak) a 2010-es évben 25 és 34 év közé eső személyek portréfotói szerepeltek. A kérdőívben a fotók megjelenésének sorrendje randomizálva volt. A válaszadóknak egy 0-tól 10-ig terjedő skálán kellett a képen látott személyre vonatkozóan a vonzerőt meghatározni, ahol a 0 az egyáltalán nem vonzó, a 10 pedig a nagyon vonzó értéket jelentette.

Annak, hogy egy játékos befolyásolni tudja a sakkjátszma végső kimenetelét, több módja is lehetséges. A legáltalánosabb és leghatékonyabb módszer a jól megválasztott nyitóstratégia, ami meghatározza a játék további menetét. A versenysakkozóknak több kedvelt nyitási stratégiája is van, amelyeket attól függően alkalmaznak, hogy milyen ellenféllel ülnek szemben. A nyitások kockázatosságának mértékét az ECO (Encyclopedia of Chess Opening)-kód alapján nyolc szakértő (öt férfi és három nő) értékelte, akik a megnyitásokat kockázatkedvelő, kockázattal szemben semleges és kockázatkerülő típusokba sorolták.

A kutatás nem szignifikáns, de pozitív korrelációt talált a vonzerő és a választott nyitóstratégia kockázatossága között, ami valamivel erősebb a férfiak körében. Tehát egy férfi egy vonzó női ellenféllel szemben hajlamosabb kockázatosabb nyitóstratégiát választani, illetve a vonzerő növekedésével a nyitóstratégia is egyre kockázatosabbá válik. A nők inkább választanak kockázatkerülő nyitóstratégiát, mint a férfiak,

⁶ A sakkozók nagyon figyelnek az ellenfelük ÉLŐ-értékére, hiszen ezen értékből következtethetnek ellenfelük képességeire, hogy megfelelő stratégiát válasszanak a játék során.



OLVASS FELESLEGESET!

s ez nem változik az ellenfél vonzereje függvényében. A férfiak kockázatvállalásának növekedése a vonzerő hatására annak ellenére bekövetkezik, hogy a kockázatos nyitóstratégia választása csökkenti a nyeresé esélyét.

A kockázatkedvelés mértékének másik mérési megoldásánál, a döntetlen ajánlásánál a játék korai szakaszában, is nagy eltérés van a férfiak esetében abban, hogy ellenfelük vonzó-e. Míg az első 20-35 lépés megtétele során⁷ a férfiak a vonzó ellenféllel szemben a várt valószínűségnél ritkábban ajánlanak döntetlent, addig a nőknél ilyen összefüggés nincs. A játék előrehaladtával a nőkhöz hasonlóan férfiak is növekvő mértékben – de a nőknél mindig sokkal kisebb mértékben – kezdenek döntetlent ajánlani.

Ahogy azt a recenzió elején már említettem, a tanulmány szerzői is hivatkoztak rá, hogy más kutatók is felfedezték korábban a vonzerő és magasabb kockázatvállalási hajlandóság közötti összefüggést. Így azt gondolom, ez az írás nem korszakalkotó, de az eredmények egyértelműen bizonyítják, hogy a férfiak kockázatosabb stratégiákat vállalnak egy vonzó nővel szemben. Jó lenne a jövőben a pszichológia eszközeivel elemezni a jelenséget, de érdekes lenne különböző kultúrák esetében is vizsgálni ezt a jelenséget, ami talán árnyaltabb képet mutatna a kockázatvállalás és a vonzerő kapcsolatáról.

⁷ Húsznál kevesebb lépésnél ritka, hogy valamelyik játékos döntetlent ajánlana, hiszen addig még a nyitólépések történtek jobbra meg, és semmi nem dőlhetett el.



OLVASS FELESLEGESET!

Jó lány, rossz fiú: csalás a profi teniszben¹

LADANCSIK TIBOR²

A tanulmány a profi teniszezők körében vizsgálja, hogy a csalás mennyire elterjedt jelenség a férfi és a női profi tenisz világában.³ A csalás jelensége a sportban az érzékeny témakörök közé tartozik, a média is rendszeren beszámol a legkülönbözőbb sportágakban történő csalásokról, vesztegetésekről, korrupcióról, doppingolásról, így a közvélemény tisztában van vele, hogy a profi sport világában erőteljesen jelen van a csalás. A tenisz azonban nem tartozik azok közé a sportágak közé, amiről az átlagember azt gondolná, hogy erőteljesen jelen van benne a csalás, hogy a profi teniszezők korrump módon viselkednének. A szerzőpáros tanulmányában a tenisz élsportolónak korrump viselkedését kutatja, hasonlóan ahhoz a klasszikus kutatáshoz, amelyben a szumóban bizonyították a csalás létét⁴.

A profi teniszezők a jövedelmüket a tornákon elért sikereik után kapják. Minél jobban szerepelnek a tornákon, annál több pénzhez jutnak. Azonban léteznek kiemelt tornák, amelyek jóval nagyobb pénzjutalmakat nyújtanak, mint a többi tenisz-torna. Ezt a négy tornát (Australian Open, Roland Garros, Wimbledon és US Open) nevezik Grand Slam tornáknak. Ezekben a tornákon már azok a játékosok is jelentős pénzjutalomban részesülnek, akik az első körben kiesnek, tehát már maga a tornára való bejutás is nagy pénzjutalommal kecsegtet. Míg a világranglista első 104 játékosa automatikusan nevezést nyer a Grand Slam tornákra, addig a többi helyért versenyezni kell.

A szerzők szerint a 104. hely után következő helyek megszerzéséért figyelhetőek meg leginkább csalások a tornákra való nevezés határidejét megelőző két hétben.

¹ Michael Jetter – Jay K. Walker: Good Girl, Bad Boy: Corrupt Behavior in Professional Tennis, IZA Discussion Paper No. 8824. <http://ftp.iza.org/dp8824.pdf>

² Debreceni Egyetem, Humán Tudományok Doktori Iskola Szociológia és társadalompolitika doktori program, doktorandusz

³ Több kutatás is foglalkozott már a férfiak és a nők eltérő korrupciós magatartásával, és azt találta, hogy a nőkre kevésbé jellemző a korrump viselkedés (Dollar, David – Fisman, Raymond and Gatti, Roberta (1999): Are women really the “fairer” sex? Corruption and women in government. World Bank, Gender and Development Working Paper, Series No. 4 <http://siteresources.worldbank.org/INTGENDER/Resources/wp4.pdf>

⁴ Duggan, M. and Levitt, S. D. (2002): Winning isn't everything: Corruption in sumo wrestling. American Economic Review, 92(5) <https://core.ac.uk/download/pdf/6853900.pdf>



OLVASS FELESLEGESET!

A szerzők ezt az időszakot jelölték ki csalási időszaknak, amikor szerintük a ranglistán a 104. helytől nem sokkal elmaradó (tehát „elég jó”) játékosok megvesztegetik a ranglistán jobb helyen lévő (és valószínűleg náluk jobb) játékosokat, akik már ott vannak az indulók között, hogy hagyják őket nyerni. Ezzel ugyan a ranglistán jobb helyet betöltő játékos vesz valamennyit (a kisebb torna pénzdíját), de ez jóval kisebb összeg, mint amit a Grand Slam tornára való bejutással a gyengébb teniszező nyerhet. Ha a szerzők hipotézise igaz, akkor a Grand Slam tornákat megelőző két hétben több lesz az olyan mérkőzések száma, ahol egy alacsonyabb helyezésű játékos legyőz egy magasabb helyezésű játékos, vagyis az „óriásölés”.

A tanulmány adatbázisát a 2014. évi „csalási időszakban” lejátszott teniszmérkőzések képezik: a férfiak mintájában 2025 játékos 217 153 mérkőzése került be, a női mintába pedig 1261 játékos 161 468 mérkőzése.

Az elemzés regressziós modelljének függő változója az „óriásölés” volt.⁵ A férfiak körében a meghatározott csalási időszakban valóban nőtt az óriásölés aránya: míg általában 34% körüli ez az arány, addig ez a csalási időszakban 42%-ra emelkedik. A nők körében ezzel szemben nem volt megfigyelhető ilyen eltérés.

A szerzők azt is megvizsgálták, hogy a csalási időszak tornái kedvezőbbek-e az óriásölés számára (a pálya típusa a gyengébb játékosnak kedvez-e), és így alternatív magyarázatként megdöntenek a csalási hipotézist. Azonban a vizsgált tornák ezen aspektusokban sem térnek el a többi tornától, így nem kedvezhetnek az óriásölés számára.

A további vizsgálódás során azt is vizsgálták, hogy a két versenyző játszott-e már egymással, s előfordult-e, hogy az alacsonyabb rangú legyőzte a magasabb rangút, vagy, hogy ugyanabból az országból származnak-e a versenyzők, vagyis kontrollálták a játékosok egymáshoz viszonyított „előéletét”, mivel ez befolyásolhatta a csalás esélyét. Az eredeti eredmények azonban nem változtak, a csalási időszak férfi mérkőzései így is inkább végződtek óriásöléssel, mint az átlagos mérkőzések, ugyanakkor a női mezőnyben ilyen eredmény nem volt kimutatható.

A szerzők azt is megvizsgálták, hogy azok a meccsek, ahol csalást feltételeztek, mennyire voltak szorosak. A teniszben a legszorosabb mérkőzés a tie-break, ahol hosszabbítással játszanak a győzelemért. Az eredmények szerint a csalási időszakban azokon a férfi mérkőzéseken, ahol óriásölés történt, a tie-break 13%-kal kevésbé valószínű, mint az átlagos mérkőzéseken. A női mezőnyben ez a jelenség nem figyelhető meg. Ebből arra lehet következtetni, hogy a férfiak mezőnyében nem dűlt nagy harc a győzelemért, hanem a játékosok egy része előre megegyezhetett az eredményben.

⁵ A modellben a szerzők azt is figyelembe vették, hogy nem minden olyan győzelem számít óriásölésnek, ahol egy alacsonyabb rangú játékos legyőz egy magasabb rangút, ugyanis az adott tornán a pálya típusa (füves, salak) is meghatározó lehet. Ha egy magasabb rangú játékos az adott pályatípuson a stílusa miatt nem tud jól teljesíteni, és emiatt kap ki, az nem tekinthető óriásölésnek.



OLVASS FELESLEGESET!

Mivel 2012-ben az első körben kiesők nyereseményét jelentősen megemelték, ezért a szerzők azt is megvizsgálták, hogy az óriásölés arányában történt-e emiatt emelkedés. Azt az eredményt kapták, hogy míg a nyeresemények emelése után az óriásölés aránya a férfiak körében 50%-kal emelkedett, addig a nők körében ez nem volt megfigyelhető.

A szerzők a hipotézisük érvényességét úgy szerették volna megerősíteni, hogy cáfolják az esetleges alternatív magyarázatokat: a vesztesek alul-, a győztesek felüljeljesítését.⁶

Az alulteljesítés hipotézisét, miszerint egyes erősebb játékosok a Grand Slam tornákra tartogatják az erejüket, és a kisebb tornákat a kisebb pénzjutalom miatt nem veszik komolyan, úgy próbálják megcáfolni, hogy megvizsgálják, vajon az adott játékos gyakrabban szokott-e kikapni a kisebb tornákon. Az eredmények azt mutatják, hogy a csalási időszakon kívül nem jellemző ezekre a játékosokra, hogy kikapnának a rangsorban alattuk lévő játékosoktól. A szerzők ezzel ezt a hipotézist cáfoltnak tekintik. Véleményem szerint azonban nem lehet ilyen egyértelműen cáfolni ezt az alternatív magyarázatot, hiszen elképzelhető, hogy míg közvetlenül a Grand Slam tornák előtt a jobb játékosok valóban tartalékolják erejüket, addig a Grand Slam tornáktól időben távolabb eső kisebb tornákon mindent beleadnak.

A második alternatív magyarázat szerint a győztesek, tehát a rangsorban alacsonyabb helyen lévő játékosok felüljeljesítenek, mivel nagyon fontos a számukra, hogy bejussanak a Grand Slam tornákra. Ezt a hipotézist úgy próbálják megcáfolni, hogy a csalási időszakban győztes alacsonyabb rangsorú játékosok eredményeit összehasonlítják másik, hasonló díjazású mérkőzéseikkel. Ha a hasonló díjazású mérkőzéseken is ugyanúgy felüljeljesítenek, mint a csalási időszakban, akkor ez jelentősen meggyengíti az alaphipotézis érvényességét, miszerint ebben az időszakban csalás történik. Az eredmények azt mutatják, hogy ezekre a játékosokra nem jellemző az óriásölés a csalási időszakon kívül, tehát az alaphipotézis érvényes maradhat, az alternatív magyarázatot pedig a szerzők elvetik.

A szerzők eredményei egybecsengenek a korábban említett szumó birkózásról szóló tanulmányával. Ott a tornákon elért győzelmek száma határozza meg egy birkózó rangját, amitől a következő tornákon való besorolása, s így jövedelme függ. A 15 menetes versenyben legalább 8 győzelem kell ehhez. Az eredményeik megmutatták⁷, hogy a 8. győzelem megszerzéséért az óriásölés aránya nagymértékben megnövekszik. Ezt a szerzők a csalásként értelmezték, amit az ekkor győztes birkó-

⁶ Az alternatív magyarázatok elemzésekor a szerzőpáros azonban már nem járt el olyan alaposan, ahogy a tanulmány elején. Ugyanis az alternatív magyarázatokat csak a férfiak mezőnyében tesztelték, ami jogos, hiszen a nők esetében a hipotézis cáfolódott. Ám ezt sehol sem írják le, csak az angol személyes névmásokból (him) lehet rájönni, hogy csak a férfiakat mérkőzéseit elemezik.

⁷ Mivel női szumó birkózók nincsenek, így itt a két nem összehasonlítására nincs lehetőség.



OLVASS FELESLEGESET!

zók azzal „fizettek meg”, hogy a későbbiekben nagyobb valószínűséggel kaptak ki az ekkor megvert birkózótól.

Ebben a tanulmányban azonban szerepel egy másik megközelítési mód is. Három visszavonult szumó birkózó beszámolt a médiának a sportágban jelen lévő korrupcióról, s a sportágra irányuló jelentősen megnövekedő médiafigyelem miatt a 8. győzelem megszerzéséért történő „óriásölés” kiugró gyakorisága megszűnt. A szerzők emellett megvizsgálták az informátorok által megnevezett csalók mérkőzéseit, ami tovább erősítette hipotézisük érvényességét. Ez a tanulmány tehát ötvözte a kvalitatív és a kvantitatív módszerek eredményeit, így erősítve megállapításaik helyességét.

Az általunk vizsgált elemzés ezt a lehetőséget elmulasztotta, talán azért, mert a (férfi) tenisz világában az elmúlt években egy teniszező részéről sem történt korrupcióval kapcsolatos bejelentés. Azért a visszavonult játékosok megkeresése megért volna egy próbálkozást. Ha a szerzők megszólaltattak volna pár visszavonult játékost a csalásról, és a megnevezett csalók mérkőzéseit (anonim módon?) megvizsgálták volna, az végérvényesen megdönthette volna a túl- és alulteljesítés alternatív magyarázatát.



OLVASS FELESLEGESET!

A nők nem játsszák ki az ászaikat: a meghatárlás következményei¹

PACZÁRI VIKTÓRIA²

Claussen et al (2015) feltevése szerint a nők munkaerőpiaci hátrányait alacsony kockázatvállalási hajlandóságuk is magyarázhatja. Feltevésüket egy online játék eredményeinek kísérleti átrendezése segítségével vizsgálták.

A kutatás tárgya a 19. század óta létező, Schafkopf nevű tradicionális bajor kártyajáték online közössége volt. A játékot Magyarországon nem nagyon ismerhetik, ezért csak annyit írok róla, ami a tanulmány számunkra fontos kérdéséhez szükséges. Kimutatható-e a kockázatvállalás mértékében eltérés a férfi és a női játékosok között?

A játék népszerűségére jellemző, hogy a 2007-ben alapított online játék 2015-ben 500 millió lejátszott meccset könyvelhetett el. A játék bárki számára hozzáférhető, csupán egy ingyenes regisztráció szükséges hozzá. A játékot virtuális zsetonokkal játsszák, amelyeket nem lehet pénzre átváltani. A játék tétje tehát nem a pénzszerzés, hanem a pontgyűjtés, ami azonban presztízst ad (hiszen a többi játékos is látja) és persze nyerni jó érzés.

A kockázatvállalás mértéke két módon jelenik meg a játékban: vállalja-e a játékos, hogy – ha lapja ezt lehetővé teszi – elkezd-e licitálni, illetve emeli a tétet (illetve kontrázik-e) a játék során.

A kutatók a 2007. szeptember 5. és 2008. január 9. között lejátszott partikat és az ez idő alatt játékban résztvevőket kutatták. Az adatgyűjtés során 15 ezer játékost és 16 millió játszmát figyeltek meg. Mivel a játék nem gyűjt adatokat a játékosok demográfiai adatait illetően, a felhasználó fiókjaik alapján lehetett következtetni (egy 3323 fős almintán) a játékos demográfiai jellemzőire (nem, életkor és lakhely). A két nem átlagéletkora között lényeges különbséget nem tapasztaltak, az átlagéletkor 30 év körül volt. A játékosok többnyire nagyvárosok lakói, és jellemzően inkább az esti órákban játszanak.

¹ Jörg Claussen – Eszter Czibor – Mirjam van Praag (2015): Women Do Not Play Their Aces: The Consequences of Shying Away. <http://ftp.iza.org/dp9612.pdf> Utolsó letöltés: 2017.01.05.

² Debreceni Egyetem, Humán Tudományok Doktori Iskola Szociológia és társadalompolitika doktori program, doktorandusz.



OLVASS FELESLEGESET!

A játék „férfias”: a női résztvevők aránya csupán 8,5% volt a vizsgált sokaságban, ugyanakkor a játzmák 36%-ában volt női résztvevő, de csupán 0,03%-ban fordult elő az, hogy egy meccsen csak nők ültek a virtuális asztalnál. Ez azt mutatja, hogy a nők többet játszanak mint a férfiak, illetve, hogy a virtuális asztalok mellett nincs nemi szegregáció.

A kutatás eredményei alátámasztják a kutatás hipotézisét, mely szerint a nők kevesebb kockázatot vállalnak: míg a férfiak az esetek 28%-ában indították el a játékot (vagyis vállaltak kockázatot), addig a nők esetében ennek aránya csupán 21% volt. Ugyanakkor a kezdeményező szerepet vállaló nők gyakrabban győztek, mint az ugyanilyen helyzetben lévő férfiak (78% és 76%).

Továbbá a játék során a férfiak 18%-a vállalta, hogy egyedül játszik, a nők esetében ez csak 15% volt, inkább semleges (mellék-)szerepet vállaltak. Végül, a nők a férfiaknál ritkábban emelték a tétet vagy kontráztak.

A nők tehát noha legalább olyan jól játszanak mint a férfiak, ha ugyanolyan esélyük lenne a nyeresre, a férfiaknál könnyebben meghátrálnak, illetve kevesebb zsetont nyernek.

A „mindig csak a biztosra hajtásnak” azonban nem csak a játéokban, hanem a munkaerőpiacon is ára van: a kockázatkerülő nők jelentős fizetésemelkedéstől és karrierlehetőségtől fosztják meg magukat, ráadásul mindezt tudtukon kívül teszik.

A probléma fontosságát nem csak a női egyenjogúság növelésének igénye adja. Az alacsony kockázatvállalási hajlandóság hatékonyságcsökkenéshez is vezethet. Ahogy a virtuális asztal mellett a játék minősége alacsonyabb, ha a jó lapokkal nem játszanak a nők elég élesen, ugyanígy előfordulhat, hogy egy vezető pozíció betöltésére egy erre tökéletesen alkalmas nő helyett – ha ő nem meri elvállalni a kockázatokkal járó állást – egy képességeit tekintve gyengébb, de bátrabb férfit vesznek fel, aki ronthatja a teljesítményt.

A kutatás eredménye meglepő, hiszen ebben a játékban nincs meg a szemtől szembe játszott játék élménye, el lehet bújni egy monitor és egy fiktív karakter mögé, ezáltal személytelenebb, továbbá a játéknak nincs igazi tétje, hiszen a pontokat nem lehet valódi pénzre váltani. S lám, mégis ilyen erősen kiütköznek a játék során a nemi különbségek.



Abstracts

The choice of medical career – What do our field work experiences represent?

GYÓRFFY ZSUZSA – SUSÁNSZKY ANNA – SZÁNTÓ ZSUZSA – SUSÁNSZKY ÉVA

Background: One of the greatest challenges of the XXI. century is the changing of the medical profession. Beside of the process of deprofessionalism, the demographic and social composition of the medical society have also been altering. More women became medical doctors in recent years. Parallel to these changes, the career motivations of medical students are transforming. Method: 175 first year medical students from the Semmelweis University participated in our study. They wrote about their career motivations based on a fixed set of viewpoints. The narratives were analysed by both quantitative and qualitative (content analysis) methods. Results: The female students are committed to medical profession at younger ages. The most important factors in career choices are altruism and scientific interest for both genders. There is a male dominance in career motivations of experiences, knowledge and benefits. Conclusions: The changing face of career motivations has a significant impact on both the physicians and the patients. This issue opens up possibilities for following research.

Keywords: career choices, feminization, scientific interest, altruism, controllable life-style

Foreign students of the medical faculties in Pécs and Debrecen: the choice of the university and acculturation process

FAUBL NÓRA – M. CSÁSZÁR ZSUZSANNA – WUSCHING Á. TAMÁS –
FÜZESI ZSUZSANNA

With the headway of globalization and knowledge-based economy, international student mobility is promoted as the main indicator of the internationalization of higher education. In Hungary the number of foreign students – similarly to global trends – shows an increase, representing a significant economic interest. Besides this, the international students make a growing impact on the development and the economic and cultural life of the cities where the universities are based.

In our empirical research, we analyzed international students at the Medicine, Dentistry and Pharmacy foreign language programs of the University of Debrecen and the University of Pécs with the help of personally requested anonymous, self-completed



questionnaires ($n=602$). The self-developed questionnaire focused on three issues: the motivation of the students, their satisfaction with the university and the process of their integration. The research was conducted in the spring semester of the academic year 2015/2016 at both universities.

Based on the results it can be stated that from the perspective of medium- and long-term policy development of the university and the city, it is indispensable to survey the motivations and satisfaction of the students arriving to Hungary due to international student mobility as well as to facilitate their integration. The general medicine major of the University of Pécs and that of the University of Debrecen are very popular among foreign students but there are significant differences in their choices behind which we can discover the different cultural background of the matriculated students and this factor determines their personal choices and their later plans.

Concerning the difficulties at the beginning we can state based on the results that for the students of the German programme the different language medium and the local bureaucracy mean a bigger challenge, while for the heterogeneous community of the English programme contact building with the tutors and the integration into the socio-cultural medium mean more difficulties. Concerning the integration we can state that from the point of country of origin the integration means a little less challenge for the more homogenous student community of the German programme than for the heterogeneous community of the English programme behind which most probably the stabilization of the acculturation process can be trailed.

Keywords: student mobility, internationalization, intercultural environment, student integration, acculturation process, student satisfaction

The place and role of field studies in teaching medical sociology

SUSÁNSZKY ANNA – SUSÁNSZKY ÉVA – GYÓRFFY ZSUZSA – SZÁNTÓ ZSUZSA

Introduction: The goals of the subject of Medical sociology are to familiarize and explain the relationships between social environment and health. The theoretical and practical elements of the medical sociology education and the field studies that form a part of practical work serve these goals. During field studies, we build on the previous knowledge and experience of the students. **Method:** The themes of the field studies change from semester to semester. From the series of studies we picked three themes that were connected to and built on each other. We present the role of field studies through their description and the explanation of our experiences. **Results:** Field studies add empirical skills and experience to the knowledge acquired during the theoretical and practical training of medical sociology. The field study assignments also serve to strengthen the effects of the “hidden curriculum”, the process of the indirect professional socialization at the medical school. Furthermore, the new knowledge and skills give the students a better understanding of the scientific literature helping them in the interpretation of statistical and methodological aspects of biomedical results and



concepts. **Conclusion:** *Our experiences show that field studies are an efficient teaching method. Its most important outcome is sensitizing medical students towards health related social problems and helping them to understand and handle such problems.*

Keywords: *medical sociology, teaching, field studies, hidden curriculum*

A Hidden Stream in Medical Education

BÁNFALVI ATTILA

The general aim of medical education is the same as in the case of any other ones: creating a professional person from a lay one. A special characteristic of this education is a deep rift between the lay and the professional perspective. One of the main trends of this trait is the discrepancy between the open and the hidden curricula.

The contents of the hidden curricula, in many cases, cannot support the main messages of the formal one, on the contrary, they provide a different or even contradictory set of norms, values, attitudes. One of the main consequences of these discrepancies is that some medical students have been becoming more cynical since their entrance into medical education. The open curricula emphasize empathy, alleviating pain and suffering, the importance of trust and fidelity, and that the well-being of patients is one of the most important priorities. The hidden curricula at the same time emphasize objectivity, detachment, caution, and being suspicious against emotions. One of the outcomes of these eventually contradictory tendencies is that the 'wounded healer' is not a precondition for becoming a healer, like in archaic times, but a by-product of medical education.

Keywords: *hidden curricula, medical education, initiation*

Themes of medical profession and professional socialization in medical sociology textbooks

SUSÁNSZKY ÉVA – SZÁNTÓ ZSUZSA

Introduction: The present study examines the information on the medical profession and how the changes occurring in the medical practice, the social role and the evaluation of the physician are reflected in the English and Hungarian language medical sociology textbooks used in Hungary.

Method: We analyzed chapters of Hungarian language medical sociology textbooks of the last 25 years that discuss medical profession and student choices, and textbooks used in English language courses of Semmelweis University.

Results: The corpus of the Hungarian textbooks (history of medical profession, medical role models, models of doctor-patient relationships, medical socialization) stayed relatively unchanged. While preserving the myth of the medical profession,



there are criticisms towards the role and relationship models. The theme of the medical education gradually disappears from the English language textbooks. The social positions of the medical profession and health care are discussed in a broader context, focusing on the health care system and health care provision, incorporating the allied professions, and taking aspects of patients/consumers into greater consideration.

Summary: Both textbook types reflect on the changes in the social position of the medical profession. However, the English literature approaches the modernization processes from the angles of the health care system and health care provision, resulting in the diminishing importance of the topic of medical profession while the Hungarian literature focuses on the profession and professional education of physicians.

Keywords: medical sociology, education, textbooks

The Engelian biopsychosocial model. The content of the role of the physician grounded on a theory of science

KÓMÜVES SÁNDOR

The first part of this work is an attempt to reconstruct the context of theory of science in relation to which Engel works out his biopsychosocial model. Then, an explanation of the biopsychosocial model is given. The third part explores the role content that can be derived from the Engelian model. Finally, some remarks are made, by which the Engelian paradigm is placed – in some respects – in explanatory context.

Keywords: George Engel, biomedical model, biopsychosocial model, theory of science, scientific reasoning, role theory, physician scientist, scientific physician, systems theory

Health-related information gathering practices among outpatients

MOLNÁR REGINA – SÁGI ZOLTÁN – FEJES ZSUZSANNA – TÖRŐCSIK KÁLMÁN –
KÖVES BÉLA –PAULIK EDIT

Introduction: Obtaining health information is an important part of health behaviour. However, there is limited data available about information gathering habits of patients.

Aims: To identify different patient groups according to their information gathering habits.

Methods: Questionnaire survey among potential patients in an outpatient clinic in Budapest. The survey consisted of the following domains: sociodemographic data; habits of visit a doctor; communications method with a specialist; use of technical devices.

Results: The survey was completed by 260 patients (36,2% men; 63,8% women). Patients primarily get medical information from their doctors, followed by the internet, where different websites and Facebook groups are the most common sources of



information. Mostly they use the internet for checking their symptoms and complaints, however searching for data about their physicians and healthcare institutions are uncommon. Patients who are young, active workers, highly educated are more active, while elderly patients and widows search less information on the internet.

Conclusions: There are socio-demographic groups who are underinformed by digital healthcare related issues. Audited websites and social media releases could play an important role in the information gathering process of patients, and also supplement patient-doctor relationship.

Keywords: health-related information, internet, communication, doctor-patient relationship, socio-demographic differences

Telemental health: using telemedicine to improve mental health

TÓTH ANIKÓ PANNA

The article examines a special, emerging discipline of telemedicine, telemental health, according to a literature review introduce its main areas, the ensured mental health services, the type of technologies used. The history and present of the telemental health, including the online counseling psychological and communication specialities, the professional standards, regulations, and the guidelines on how to evaluate the effectiveness and spread of telemental health will be discussed. Collecting and analyzing the best practices, the experiences can help to improve telemental health services, provide recommendation for further utilization opportunities.

Keywords: telemedicine, telemental health, e-therapy, telepsychiatry, mental health, ICT, counseling

The concept and measurement of health literacy and its effect on breast screening participation

DÖBRÖSSY BENCE

This study analyses the relationship of low health literacy and non-participation in breast screening. It defines health literacy, discusses its measurement tools, reports on health literacy studies in various populations, describes participation rates in the Hungarian breast screening program, reviews studies dealing with the effect of health literacy on breast screening participation and makes recommendations for the improvement of health literacy.

Health literacy is the ability to gain, understand, and appraise health related information as well as using said information in decision making. There are validated tools for measuring it. Like in other countries, surveys in Hungary found that the health literacy of the population is rather low. About half of the population has poor or problematic health literacy.



Studies show that low health literacy is one of the factors negatively influencing screening participation. Its study is therefore vital in order to maximize the public health benefits of breast screening with mammography.

Keywords: *health literacy, breast screening, mammography, participation in screening, breast cancer, health communication*

Postmodern attitudes about death and self-determination in end of life decisions

BUSA CSILLA – CSIKÓS ÁGNES – FÜZESI ZSUZSANNA

People's attitudes toward death has changed in the 21st century. The study shows how social-economic changes and development of medicine had an influence on attitudes toward death. After that describes the importance of end of life decisions, ways and legal methods of choosing postmodern (individualized) death, and finally the postmodern funeral and mourning rites.

KEYWORDS: *death, individualized death, end of life planning, advance directives*

Deficiencies in the doctor-sick people/patient relationship. Chances and possibilities at the intersection of bioethical and sociology of health investigations

RÓZSA ERZSÉBET

This paper brings into focus the theme of doctor-sick people/patient relationship by means of bioethical principles interpreted in sociocultural perspective. The author, based on German literature, holds that the transformation of doctor-sick people relationship [Arzt-Kranke-Verhältnis] into doctor-patient relationship [Arzt-Patient-Verhältnis] is one of the conditions and elements of modern medicine. Its realization requires disseminate and making general the patient's principle of autonomy, his right to self determination and his right to informed consent in Hungarian patient care. This civilization challenge – namely the adjustment of the quality of all elements of medicine (including attitudes) to the criteria and standards of modern medicine – is the interest of all concerned in health care. In this setting interdisciplinary work is being offered by bioethics, for example to the sociology of health.

Keywords: *doctor-sick people/patient relationship, bioethics, sociology, interdisciplinarity, sociocultural perspective, modernization, modern medicine, civilization deficits and challenges*