

ORVOSI PROFESSZIONALIZÁCIÓ ÉS MAGATARTÁSTUDOMÁNY

Molnár Péter

intézetigazgató egyetemi tanár
az orvostudomány kandidátusa

pmolnar@jaguar.dote.hu

Csabai Márta

PhD, egyetemi adjunktus

csabaimarta@freemail.hu

Csörsz Ilona

pszichológus

csorszili@hotmail.com

DE OEC Magatartástudományi Intézet, Debrecen

Bevezetés

Az orvosi pálya hagyományosan a kiemelkedő presztízsű foglalkozások közé tartozik. Ezt tükrözte a korábbiakban az orvosegyetemekre jelentkezők aránya is. A sokszoros túljelentkezésben bizonyos mértékig a pályáról alkotott nézetek idealizáltsága fogalmazódott meg (Buda, 1989). Az utóbbi években azonban a jelentkezők arányának csökkenését figyelhetjük meg a hazai orvosegyetemek mindegyikén. Míg a 60-as években átlagosan tízszeres volt a túljelentkezés, ez az arány az utóbbi években jelentősen csökkent. A legutóbbi évek felvételi adatai szerint alig több mint kétszeres a jelentkező/felvehető arány. 2002-ben az általános orvosképzés mindössze 14. volt a karok népszerűségi listáján.

Ez a változás felhívja a figyelmet arra, hogy a társadalomban élő hagyományos orvoskép, az orvosi szakmával és annak attribútumaival kapcsolatos reprezentációk – más, preferáltabb pályák előtérbe kerülésével egyidejűleg – jelentős átalakuláson mentek át a rendszerváltást követő évek társadalmi-gazdasági változásai hatására, illetve azok hátterében.

Ugyanakkor az orvosi pályaszocializáció folyamatát és problémáit bemutató – mára klasszikussá vált – elemzéshez képest (Konner, 1987) az orvosi professzionalizáció és szocializáció folyamatai az eltelt negyven év-

ben vajmi keveset változtak (Beagan, 2001). Az orvossá válás egyik legfigyelemreméltóbb aspektusa, ahogyan a medikusok kibontakozó szakmai identitásukat megkísérlik illeszteni „eredeti”, még tanulmányaik megkezdése előtti énjükhöz. A professzionális identitással való azonosulás általában problematikusabb a nők, az idősebb korosztály, az első generációs értelmiségiek, valamint a kisebbségek tagjai számára. A homogenizációs hatással szembeni ellenállás egyfajta különleges képesség, amely interferálhat a szakmai szocializációval.

A legtöbb orvostanhallgató az egyetemre való belépéssel fokozatosan elveszti „eredeti”, laikus identitását, amit az orvosegyetem kultúrája és légköre definiál újra. „Az orvostanhallgatónak szüksége van valamilyen kapaszkodóra, és ez nem lehet más, mint az új orvosi identitás” (Shapiro, 1987).

Tanulmányunkban kísérletet teszünk az orvossá válás, terminus technicussal a professzionalizáció komplex történéssorának elemzésére.

Az alábbiakban néhány olyan megközelítést és vizsgálatot mutatunk be a magatartástudományok köréből, amelyeknek üzenetei fontos hozzájárulást jelentenek az orvosi hivatásmélység alakulásának folyamatához. Tanulmányunkban elsősorban a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Magatartástudományi Intézetében

illetve munkatársai közreműködésével végzett releváns felméréseket és elméleti munkákat mutatjuk be. Saját tapasztalataink kontextusaként – természetesen – hivatkozunk más hazai és külföldi elméletekre és vizsgálatokra is.

Az orvosi pályaszocializáció

Az orvosi pálya inherens módon konfliktussal teli létezést jelent. A számos tipikus konfliktus közül kettő tekinthető olyannak, amely alapvetően nehezíti, sok esetben akár lehetetlenné is teheti az orvosi hivatás gyakorlását: ezek egyike az orvosi szereppel való valódi azonosulás képtelensége, a másik a kiégtség veszélye. A két probléma kauzális összefüggést mutat, és sok esetben mindkettő a korai pályaválasztás, a „korai zárás” eredményeképp jön létre. Számos nemzetközi és hazai vizsgálat eredménye utal arra, hogy a szakmai csoportok közül a segítő foglalkozásúak, és közülük is kiemelten az orvosok körében a legmagasabb a devianciajelenségek (válás, suicidium), egészségkárosító (dohányzás, helytelen táplálkozás) és addiktív (alkohol- és drogfogyasztás) viselkedésformák aránya. Mindezek a háttérben álló, segítő foglalkozásúakot veszélyeztető kiégtségi szindrómával hozhatók összefüggésbe. Az okok között sokan kiemelik az orvosi pályával kapcsolatos túlságosan korai elkötelezettséget, vagyis a korai zárást a pályaválasztásban. Hazai adatok szerint az orvosgyerekekre jelentkezők mintegy fele tizennégy éves kora előtt dönt az orvosi hivatás mellett (Csabai – Barta, 2000; Molnár – Molnár, 2002). Közismert a felvételizők, majd az egyetemre bekerült hallgatók gyógyító szakmával kapcsolatos – sokszor mértéken felül – idealizált attitűdje. Ennek következményeként jönnek létre a későbbi frusztrációk és a maladaptív pszichológiai védekezési mechanizmusok. Ugyancsak jól ismert jelenség az orvosok – szocializációjukból eredő – magáraultság érzése, a társas támo-

gatók vélelmezett hiánya. Sokan nem ismerik a rendelkezésre álló támogatási és konfliktuskezelési, megküzdési módokat, illetve nem képesek azokat megfelelően használni (Csabai – Molnár, 1999).

Az éretlen, kiforratlan személyiség családi vagy egyéb modellekkel való azonosulási igénye sok esetben dependencia-problémákat, bizonytalan önértékelést, az önérvényesítés deficitjeit takarja. Az idealizált szerepelképzelésekkel való konfrontáció szükség-szerűen fellép az egyetemi évek alatt, a csalódások, frusztrációk feloldásának módja azonban jelentős mértékben az egyén megküzdési képességeinek függvénye. Az orvosi hivatás klasszikus velejárói, így a hagyományos tekintélyelvűség, átalakulóban vannak. Napjainkban egyre kevésbé áll rendelkezésre a korábban kiemelt gratifikációt jelentő hatalmi pozíció mögé rejtőzés. A szereptávoltítás egyéb módjai egyaránt veszélyesek, hiszen a feldolgozatlan identitásproblémákra ráarakódó mindennapi elvárások jelentősen gyengítik az orvos stressztűrő képességét. Munkatársaink 1999-ben Debrecenben, 2001-ben pedig Szegeden végeztek orvostanhallgatók körében kérdőíves és fókuszcsoport technikával felmérést. Ennek során a hallgatók szerepfelfogását, pályaképét, szakmai identitását, képzéssel való elégedettségét, szakmai terveit, pályán maradásra illetve pályaelhagyásra vonatkozó elképzeléseit vizsgálták (Csabai – Barta, 1999; Molnár – Molnár, 2002). Vizsgálatuk elsősorban a felszíni jelenségek, „tünetek” mögött meghúzódó pszichológiai és szociológiai folyamatok megismerését célozta.

Az orvosi pálya választásának motivációi, szerepismeret, nehézségek

A korábbi hazai vizsgálatokhoz hasonlóan (Bagdy, 1988) ezen felmérésekből is nyilvánvalóvá vált, hogy a hallgatók igen korán, átlagosan tizennégy éves korukban döntöttek az orvosi pálya választásáról. Az, hogy

mennyire körvonalazott és megalapozott elképzelésekkel érkeznek az egyetemre, természetesen igen nagy változatosságot mutat. Különösen jól érzékeltek ezt a fókuszcsoportban elhangzottak, amelyekből a pályaválasztás előtti bizonytalan elképzelésekről és az azokkal való szembesülés frusztrációjáról értesülhetünk.

Az elsőéves hallgatók számára még nagyon éles annak az időszaknak az emléke, amikor idealisztikus elképzelésekkel – vagy éppen elképzelések híján – megérkeztek az egyetemre. Ekkor hivatásöröm, szakmai-emberi kiteljesedés, „a festett egekbe nézés”, a másokon való segítség vágya lelkesíti őket (Bagdy, 1988).

A pályaválasztással kapcsolatos motivációkat elemezve a megkérdezett hallgatók többségét a „szakma iránti érdeklődés” irányította. Jelentősnek mondható a szerepmoddellekkel (orvos a családban, ismerős orvos, filmben, regényben szereplő orvosfigura) való azonosulás hatására történő választás is, és szinte azonos arányban szerepelt a saját betegség vagy a családtag betegsége kapcsán megfigyelt orvosi szerep és magatartás motíváló hatása, a betegségélmény segítőszerephez való átfordítása. Igen érdekes, hogy ezeket valamelyest megelőzi az orvosi presztízzsel, hatalommal, a magas keresettel kapcsolatos motiváció. Az is láthatóvá vált, hogy a magas presztízzsel kapcsolatos reprezentáció a gyógyító orvos szerepével asszociálódik, és kevésbé jellemző a tudományos pályán lévő orvosokra.

Elképzelések az orvosi szerepről, a hallgatók pályaképe

Hallgatóink döntő többsége klinikusként, gyógyító orvosként szeretne elhelyezkedni. A gyógyító orvos reprezentációja magában foglalja az embereken való segítség, törődés mozzanatát, de ugyanígy megjelenik itt az elismertség, az anyagi előnyök motívuma is. Az orvosi szakma gyakorlása által „elis-

mertséget szeretnének szerezni”, és úgy tűnik, az oktatás is a klinikusi, kórházi munka presztízsét hangsúlyozza számukra. Személyes érdekeket (szakvizsgaszerezés, karrier, nagyvárosi lét) előtérbe állító orvosok indulnak így el a pályán, akik számára a lakossági, körzeti ellátás *szolgálat*a legfeljebb kényszerdöntés lehet, semmint belső motiváción alapuló választás.

Az „orvos” elsősorban a klinikust, a gyakorló orvost jelenti a hallgatók számára. A kutatóorvost nem tekintik a szó valódi értelmében orvosnak; ez azonban nem egyszerűen „tudományellenességet” jelent, hanem az orvosszereppel kapcsolatos nézeteik bizonytalanságát. Kutatómunkával, a klinikusi munka sikeres végzéséhez elengedhetetlen tudományos háttér megszerzésével a hallgatók alig több, mint egynegyede szeretne foglalkozni.

Összevetve ezt a ténnyel, hogy a hallgatók 90%-a szeretne klinikusként dolgozni és csak 6%-uk kutatóként, arra következtethetünk, hogy úgy gondolják, a gyakorló orvosnak szüksége van tudományos háttérre, vagyis inkább a „tudós orvos”, mint az „orvos tudós” szerep áll közelebb elképzeléseikhez. Mindezt befolyásolhatják azok a tanulmányi frusztrációk is, amelyeket – a fókuszcsoportban rögzített vélemények szerint – a preklinikai évek során a hallgatók jelentős része átél. A kezdeti frusztrációk, tanulmányi kudarcok, az idealizált elképzelések szertefoszlása egyfajta „elméletellenességet” alakíthat ki a hallgatók döntő többségénél, az elméleti tárgyakat csupán szükséges rossznak tekintik az orvossá válás útján. Jó orvossá szeretnének válni, de az, hogy pontosan kit tekintenek „jó orvosnak”, nagy változatosságot mutat és dinamikusan alakul az egyetemi évek során.

Különösen jellemző a szinte mitizált orvoskép az elsőévesek körében. A hősiessé mozzanatokkal színezett kép a későbbiekben sokat bizonytalanodik, halványul, és

egyre nehezebb már megfogalmazni, hogy milyen is a jó orvos. Sokszor pontosabban le tudják írni, hogy kit tekintenek alkalmatlannak: akit a pénz hajt, aki flegma, aki „nem veszi komolyan”, gátlástalan, nincs benne empátia, segítőkészség, felelősségtudat, együttérzés. A fenti tulajdonságok „pozitívba fordításával” megkapjuk az ideális orvostól alkotott elképzelést. Érzékelhető, hogy hallgatóink kitüntetett jelentőséget tulajdonítanak a kapcsolati, kommunikációs készségnek, az empátia meglétének.

A hazai felmérések mindegyike alátámasztja, hogy a medikusok reprezentációiban az orvos a segítő, gyógyító szakembert testesíti meg, aki jó kapcsolati és kommunikációs készséggel, hivatástudattal és rendkívüli állóképességgel, kitartással bír, és aki teljesítményének megfelelő anyagi juttatásokra (lenne) jogosult. A hallgatók elsősorban szakemberek tekintik az orvost, és kevésbé jelenik meg náluk a karizmatikus, tekintélyelvű orvos képe. A tekintélyelvű orvoskép inkább a képzés korábbi szakaszában lévőknél jellemző, és nagymértékben keveredik az orvosi szereppel kapcsolatos idealisztikus elképzelésekkel. A hallgatók inkább azt a nézetet teszik magukévá, miszerint az orvos magasan képzett és kiemelt fontosságú munkát végző szakember. Következésképpen az orvosi lét sokkal inkább presztízs és társadalmi rangot jelent, mint a betegekkel való tekintélyelvű kapcsolatot.

A karizmatikus, tekintélyelvű orvos szerepét a példamutató viselkedésű, modellhelyzetben lévő egészségügyi szakember képébe igyekeznek konvertálni. A mindennapi életben, a hétköznapokban is példamutató orvos szerepét csábítónak, de nehezen vállalhatóknak érzik. Ez az a pont, ahol a legélesebben megjelenik az orvosi identitás definiálásának nehézsége, az a konfliktus, amelyet korábban az orvosi szerep meghatározó jellegével kapcsolatban említettünk. Az orvosi szerep ambivalens, konfliktusokat

magával hordozó voltát az is jelzi, hogy a „példamutató modellszerep” és a „magánélet fontossága” tartalmi kategóriák nagyon magas gyakorisággal fordultak elő a fókuszcsoportokban, és az is nyilvánvaló, hogy az orvosi identitás definiálása, a szerepek körvonalazása természetesen olyan hosszú és komplex folyamat, amelynek az alsóéves hallgatók még az elején tartanak.

*Az orvosképzéssel
és az orvosi pálya nehézségeivel
kapcsolatos reprezentációk*

A vizsgálatok egyik legmeglepőbb és az orvosképzés szempontjából talán lefelgondolkodtatóbb eredménye, hogy hallgatóink több mint egyharmada már komolyan elgondolkodott azon, hogy egyetemi tanulmányait idő előtt befejezi, illetve megszakítja. Még figyelemreméltóbb ez az eredmény, amelyet e diszfunkcionális gondolat kiváltó okainak elemzésével kapunk. Elvárásaikban csalódott, önmagukat a pályára alkalmatlannak tartó, tanulmányi kudarcok szégyenében élő hallgatókat látunk.

Ezen adatok arra figyelmeztetnek, hogy meg kell találni azokat a módszereket, eszközöket és utakat, amelyek révén az érintett hallgatók segítséget kaphatnak motivációik, az orvosi szereppel kapcsolatos reprezentációik tudatosítására, kudarcélményeik feldolgozására, önismeretük elmélyítésére. Feszültségoldó módszereik – nemritkán már-már gyermeki – éretlenségéről, laikus „ügyetlenségéről”, a lelki élet működésével kapcsolatos – sokszor meglepő mértékű – tudatlanságról tanúskodnak. A feszültségek feloldásának vágya „üresjáratú” törekvés. Az önismeret, az emberismeret szükségességét nem érzik, nem tudják. A sikeres felvételi, az egyetem kapujának átlépése a teljesítmény-központú motivációkat indukálja, ahol a „lelkizés” a szánandó gyengeség jelzése. Az ön- és emberismeret szükségességét a preklinikai évek alatt semmi nem aktiválja.

A passzív, motiválatlan attitűd már első-évesen kialakítja a „lesz, ami lesz” hozzáállást: aki nem bírja a követelményeket, szükség-szerűen lemorzsolódik, aki pedig kibírja a hat évet, megérdemli, hogy orvos legyen. Ez a vélemény szélsőséges tükröződése annak az álláspontnak, hogy az egyetemi évek érlelnek orvossá. Kevésbé jellemző az a nézet, hogy az orvosi pályára születni kell, az orvosi képességek nem alakíthatók. A magárahagyatottság, a saját sors alakításának képtelenségével kapcsolatos érzések, a célok hiánya már az egyetemi évek alatt előrevetíti a későbbi kiégettség árnyékát. A medikusoknak – és ez különösen igaz a céltalanul sodródó, pályájuk alakítása terén passzív hallgatókra – meg kell küzdeniük azzal is, hogy az orvosi tanulmányokat és magát a pályát is rendkívül megterhelő, stresszekkel teli feladatként élék meg. A szerepbizonytalanságok és motivációs kételyek csak tovább erősítik a terheléssel kapcsolatos szorongásokat és gyengítik a megküzdési képességbe vetett hitet.

Az orvos hivatásszemélyiséggé alakulása

A hivatásszemélyiség fogalmat a hazai szakirodalomba Bagdy Emőke vezette be és fogadtatta el. A hivatásra megéri, de érlelhető és alkalmassá is tehető a személyiség, ezért jogos „hivatásszemélyiségről” beszélnünk (Bagdy, 1996).

Gordon Allport, a humanisztikus lélektan kimagasló tudósa szerint a hivatásérzés az önkiterjesztésből vezethető le, ennek magva a szeretet és az odaadás. Az vagyok, amit szeretek, ami hozzám tartozik és amit magamból másoknak átadhatok. Mindazt szeretem, aminek odaszánom magam, s miközben odaadom magam egy ügynek, feladatnak, személynek, magamból terjesztem ki, adom át azt, ami az enyém volt, általa mégis én lehetek több, gazdagabb. Ez jelenik meg a hivatásérzésben, amely szeretet és odaadás nélkül keresés maradna, pusztán „kenyérkeresés” volna (Allport, 1961, idézi Bagdy, 1996).

Milyen a jó orvos? Miképp válhatunk azzá? S ha tudjuk is milyen a jó orvos, kevésbé tudjuk meghatározni a „létrehozási” módját. Nyitott marad az orvosképzés/nevelés fundamentális kérdése: mit teszünk a jövőendő „orvos/gyógyító személyiségek” kifejlesztéséért? Hogyan nevelhetünk, képezhetünk olyan szakembereket, akik a képességeik szerinti legmagasabb szinten készülnek fel a hivatás gyakorlására?

Az orvossá válás és szocializálódás folyamata – amint azt már írásunk bevezetőjében is érintettük – a megváltozott társadalmi igények ellenére, alig-alig változott az elmúlt negyven év alatt. A professzionalizáció alapvető folyamatai változatlanok maradtak (Beagan, 2001), ahogy a hallgatók egy új normarendszerrel, nyelvezettel, gondolatmenettel és világnézettel felvértezve az orvostársadalom teljes jogú tagjává emelkednek, és az orvosi hierarchia-rendszerben elvárt betöltendő szerephez jutnak.

Az orvostanhallgató saját szocializációját – kezdetben – *mesterségesnek és természetellenesnek* tekinti, amely hosszas gyakorlás révén válik csak természetessé. Idegennek és természetellenesnek tűnik, hogy a konvencionális társadalmi normák megszűnnek. A beteg testének megérintése, az intim szférájába való belépés, testi funkciói, érzelmi állapotai iránti érdeklődés egy újfajta jog elcsajátítását és gyakorlatát várja el a hallgatótól.

Az első élmények és benyomások fontos pillanatai az orvossá válás folyamatának. Amint azt egy harmadéves hallgató megfogalmazta: „Az első vágás anatómiaórán... amikor először látsz beteget meghalni, amikor először mondasz kórtörténetet, amikor először kell döntened... sok-sok ilyen első pillanat.” Olyan ez, mint a pszichoterápiában az első interjú. Ahogyan az első interjúban benne van az egész terápia, úgy az első tapasztalatok és élmények alapvető fontosságúak a professzionalizáció történéssorában.

A *professzionális megjelenés* felépítése a következő „feladat”. Az orvostanhallgató szerep ma is bizonyos elvárásokat von maga után. Ma is létező társadalmi sztereotípiák, miszerint az orvosnak férfinak kell lennie. Egy női orvostanhallgató hosszas küzdelemmel jut el odáig, ami egy férfi esetében könnyedséggel elérhető.

A férfiak számára a megjelenés kevésbé problematikus. Egy hallgató így beszélt erről: „Biztos vagyok benne, hogy megfelelően vagyok felöltözve, ha megborotválkozom, inget és esetleg nyakkendőt kötök”. Egy nőnek összetettebb problémával kell szembenéznie: legyen jólöltözött, kompetenciát és hozzáértést sugározzon, de mindez ne közvetíten szexuális jelentéstartalmat. Van, akinak nehéz megtalálnia a kettő közti egyensúlyt. A hallgatók véleménye szerint a női és a férfi orvosok egyaránt megszegik a professzionális öltözködés szabályait: a férfiak részéről ez egyfajta informálisban jelentkezik, míg a nők ezt egy túl provokatív öltözködéssel „követik el”, szexualizálva ezáltal az orvos-beteg találkozást.

A *másoktól kapott visszajelzések* is erősíthetik a szakmai identitás alakulását. Amint azt az orvosi pályaszocializáció klasszikus szerzői is megfogalmazták: „Egyszerűen az, hogy mások doktor úrként szólítják meg őket, szédítő hatással van rájuk” (Konner, 1987; Shapiro, 1987). Szinte mindannyiuk emlékezetében tisztán él az emlék, amikor először nevezték őket így, és ehhez kötődő érzéseiket is pontosan fel tudják idézni.

A laikusokkal való találkozások, a család, a barátok a hallgatót egyértelműen orvosi szerepbe kényszerítik, orvosi tanácsot kérve tőle, megelőlegezve számára az orvosi szerep gyakorlásával járó privilégiumokat is (Molnár – Molnár, 2002). Viszont ha nem tekintik őket orvosnak – miközben a velük egyenrangúakat már igen – az is meghatározó élményszervező pillanat. Tanulmányok egész sora ír arról, hogy szignifikánsan több férfit tekintenek

orvosnak, mint nőt; a női orvostanhallgatókat gyakran nővének nézik.

Új nyelv, új gondolkodásmód és újfajta kommunikációs készség elsajátítása jelenti a következő stációt az orvossá válás folyamatában. Az új társadalmi valóságot az orvoslás nyelvezetének az elsajátítása teremti meg. A nyelv egyrészt lehetővé teszi a kommunikációt, másrésztől elszigetel és magába zár, létrehozva egy olyan szemléletet, amelyben az ember testrészekké, szervekké, szövetekké redukálása természetessé válik, amely az egyetlen ésszerű gondolkodási mód lesz.

Így nem meglepő, ha a diákok elvesztik azt a „civil” kommunikációs készségüket, amellyel az egyetemre érkeztek.

A megkérdezett orvos-tanárok véleménye szerint mire a hallgató megtanulja a medicina nyelvét, feladja/elveszti azt a tudást, amelyet magával hozott. Elfelejtji, hogy hogyan figyeljen a másokra, hogyan legyen *alázatos* – Romhányi György professzor egyik kedvenc szavára és mindig nagyszerű előadásai üzenetére utalva –, hogyan hallgassa meg a beteget... mindezt félresöpri a korrekt anamnézisérvétel „szigora”.

Egyes szociológiai tanulmányok szerint az azonos szakmában dolgozó házaspárok között kizárólag az orvosházaspároknál fordul elő, hogy a szakmai nyelv a magánélet szféráját is áthatja. Ennek következtében egy idő után egyre kevesebb lesz a külső kapcsolatuk, és egyre kevesebb a külső mintára, hogyan lehet a többi emberrel „egészségesen” kommunikálni.

Az orvossá válás kulcsfontosságú eleme az egészségügy *komplex hierarchiájának elfogadása*, és annak tudomásulvétele, hogy a hierarchia legalján az orvostanhallgató áll. A hierarchia elbátortalanít és megfélemlít. Elfojtja kérdőjeleinket, s velük az eltérő véleményt, miközben a hierarchiában uralkodó elvek azok, amelyek garantálják a rendszer változatlanágát is.

Egy hallgató szerint a „jó orvostanhallgató tűr, hallgat és elfogad, nem száll szembe a feljebbvalóival. Ha nem tűnsz együttműködőnek, akkor gyengének minősítenek, ha gyenge az értékelésed, nem kapsz jó rezidensi helyet.” Mások a jó szerepjátszást tekintik kulcsfontosságú lépésnek: hitelesen játszod-e az orvos szerepét, képes vagy-e a hozzáértés köpenyét magadra húzva a magabiztos doktort eljátszani.

A professzionalizáció kulcsfontosságú lépése, ahogy a hallgató szövetséget köt az orvosi szakmával, és ezzel válik „jó csapatjátékoszá”, az orvostársadalom tagjává. Ez adja meg a szakmához való tartozás érzését. Habár az orvostanhallgató, majd később a rezidens a hierarchia alján, minden hatalom nélkül helyezkedik el, a betegekhez képest még ő is rendelkezik bizonyos befolyással. Kérdés: milyen mértékben és hogyan éljen ezzel? Renée Fox (1957) álláspontja szerint a diákok „egy kemény héjat” hoznak létre maguk körül az érzelmekkel való bánásmód helyett, elkerülve ezáltal a páciensekkel való azonosulást. „Óvatosságra intenek, az érzelmi involválódás és az azonosulás – számukra félelemkeltő – veszélyre figyelmeztetnek, meg kell tanulni felülkerekedni az érzelmeiken, és meg kell tanulni irányítani azokat.

Egy másik megközelítés elutasítja ezt a fajta bánásmódot, a távolságtartást a humanitarizmus elvesztésének, egy felsőbbrendű attitűd felvételének tartja, és kiáll egy „diagnózison túli” orvos-beteg kapcsolatért.

E két nézőpont között feszülő ellentét – dehumanizáció és deprofesszionalizáció az egyik oldalon, empátia és bizalom a másikon – a formális és rejtett curriculum sajátosságaira emlékeztet (Bánfalvi, 2003).

Ennek alapján felmerül a kérdés, hogy mi az a komplex hatás- és viszonyrendszer, amely révén az orvoslás egyre inkább elveszíti hagyományos humanista értékeit, mechanizálódik és a technika-technológia háttérbe szorítja az emberi dimenziókat.

Egy lehetséges magyarázat: a rejtett curriculum

Az orvoscépzésen belül a *rejtett curriculum* azt jelenti, hogy a formálisan tanított és hirdett képzési anyag háttérben, mondhatni árnyékában, egy informális vagy rejtett terv húzódik meg.

A hirdett értékek az empátiát, a szenvedés enyhítését, a bizalmat, az együttérzést és az önbírálatot hangsúlyozzák, a rejtett curriculum, a nem formális tananyag ezzel szemben az objektivitást, a távolságtartó óvatosságot, az érzelmekkel, a páciensekkel és minden más szereplővel szembeni bizalmatlanságot javasolja.

A rejtett curriculum erősebbnek mutatkozik a formálisnál, mert sokkal szorosabb szálakkal fűződik a hallgatók mindennapi tevékenységéhez és tapasztalataihoz, mint a tanórákon kinyilvánított és hangoztatott értékek. A preklinikai évek alatt elsajátított formális tananyag hűen követi a szakma hirdett értékeit, míg a klinikai évek alatt átél/megtapasztalt informális tananyag értékei igencsak változatosak. Az értékelsajátítás egyik útja a modellkövetés, ahol a gyakorlatvezető orvos hozzáállása, gondolkodása, morális állásfoglalása, a gyakorlatról gyakorlatra meghozott döntései a hallgató mintájául szolgálnak. Hiába az orvos explicit állásfoglalása: „azt tedd amit mondok, és ne azt, amit teszek”, a hallgató számára ez más értelmet nyer: „tedd azt, ami szerinted helyes, de ha túl akarsz élni ebben a világban, jobb, ha utánam csinálsz” (Konner, 1987).

Igen fontos itt a verbális és nem verbális kommunikáció viszonya, az „amit mondok” és az „ahogy mondom” kérdése. Nyilvánvaló, hogy a nem verbális elemek (az ahogy mondom) minősítik azt, amit mondok, és az üzenet „igazságmagvát” is ezek hordozzák.

Az orvoscépzésben megjelenő rejtett curriculum főként három sajátosságban nyilvánul meg: az érzelmi távolságtartásban, a

hivatás felsőbbrendűségében és a nem-reflektív hivatásgyakorlásban (Bánfalvi, 2003).

Úgy tűnik, eme értékrend elsajátítása alapvető, ha a diákok „minimális fájdalommal” akarják végigcsinálni az orvosképzés hat évét (Stern, 2000). E rezignált, aggódó attitűd ellenpontjaként – egy más aspektusból – a megfigyelt *romlás* csak *látszólagos*. Az érzelmi terhelés, a tanulmányi kudarcok csak bizonyos lelki távolságtartással viselhetőek el, vagyis frusztráció indukálta álcinismus tanúi vagyunk. Az orvosná válás komplex rendszerében az egyetem nem vértezi föl a hallgatót olyan megküzdési mechanizmusokkal, amelyek a betegek által keltett feszültségek kezelésében, a szükségszerű kudarcérzések feldolgozásában hatékonyak lehetnek. Így marad a spontán lelki elhárítás: az elfojtás, az elidegenítés, a bagatellizálás, az intellektualizálás vagy az örömszerzés alternatív útjai (alkohol, drog).

*További kutatási perspektívák:
az empátiás készség fejlődéslelektani
és evolúciós kérdései*

Az orvosná válás folyamatának, a professzionalizáció komplex történésrendszerének kulcsmozzanata az empátiás kommunikáció elemzése. Ennek feltérképezésére összehasonlító empátiavizsgálatot végeztünk a Debreceni Egyetem általános orvoskarának hallgatói között (Csinády et al., 2003). Vizsgálati célunk kettős volt: az orvosnálló hallgatók empátiakészségének feltérképezése, valamint az empátia jelenségvilága mögötti evolúciós háttér feltárása. Az empátia alapját ugyanis egyfajta „nyers” szociális ismeret képi. Ez spontán kommunikáción alapuló megjelenítési formákat és ezekre való érzékenységet takar. Ez a „nyers” intuitív ismeret viszont csak akkor hozzáférhető, ha az egyed odafigyel a másik kifejező mozgásaira. Így leszögezhetjük, hogy a figyelem ráirányításának tanulása/oktatása elengedhetetlen feladat már az evolúció során is.

Vizsgálati eredményeink alapján a négy évfolyam empátiás készsége között nem találtunk szignifikáns különbséget. Ugyanakkor a nemek közötti összehasonlítást tekintve a nők magasabb empátiás készséggel bírnak. Feltételezzük, hogy az empátia és a gondozóinkhoz (elsősorban az anyához) fűződő kora gyermekkori kapcsolatunk mélyebb összefüggést mutat. Ez az evolúciós alapú kötődési tendencia és a kora gyermekkori szociális környezet együttesen határozza meg empátiás készségünk alakulását.

A modern csecsemőkutatások a kötődéssel kapcsolatos anyai és gyermeki viselkedést egy olyan túlélési mechanizmusként határozzák meg, amely a természetes szelekció nyomása alatt a csecsemő életben maradása érdekében fejlődött ki a biológiai evolúció során. Az újszülött olyan komplex szociális készségekkel születik, amelyek az emberi egyetemes magatartásformák elemei közé tartoznak, az anya pedig hasonlóan invariáns felkészültséggel várja őt, és mindezen készségek kettejük kapcsolatának folyamán korai kötődésbe szerveződnek. A korai kötődés az első „jelentős másik” emberhez való kapcsolat, amely minden későbbi kötődési kapcsolatunk prototípusa. Kettejük megfelelő illeszkedésének hiányában a kötődési rendszer sérül, gátlódik, megrehezítve minden későbbi pozitív emberi kapcsolat kialakítását.

A kötődés során több szinten egymástól függő kettősség forrasztotta evolúciós diáddá anyát és gyermekét. Anya és újszülött pszichológiai, pszichofiziológiai és interakciós egység a winnicotti „elég jó anyasággal” illetve az optimális kötődés terminológiájával leírható egyensúlyi rendszerben. Ha a rendszer egyensúlyából kibillen, kóros kötődési formák és az esetek zömében következményes későbbi személyiségfejlődési zavarok alakulnak ki (Molnár – Nagy, 1997; Molnár et al., 2003).

Jelenleg is zajló kutatásunkban az empátiás készség területén mutatkozó indivi-

duális különbségeket a korai kötődés eseményeinek tükrében vizsgáljuk. Feltételezésünk szerint az empátia készség alakulása és a korai kötődés minősége kauzális összefüggést mutat.

Az empátia vizsgálatokat kiegészítve, felmérést terveztünk az orvostanhallgatók betegekkel való kapcsolati és kommunikációs nehézségeinek és félelmeinek vizsgálatára (Csörsz et al., 2003). A Steven Cohen-Cole (1991) által szerkesztett kérdőív magyar adaptációja alapján készült felmérésben első- és harmadéves hallgatók vettek részt. A harmadéves kulcsfontosságú a hallgatók számára, fontos átmenet, amikor kimozdulnak az „osztályteremből”, hogy idejük egy részét a betegekkel töltsék. A vizsgálat egyik legfigyelemreméltóbb eredménye, hogy az elsőéves hallgató – híján mindenféle orvos-beteg kapcsolati tapasztalatnak – ugyanattól fél, mint az orvosi pszichológia gyakorlatait már befejező harmadéves medikus: nem tud megbirkózni a fájdalomtól szenvedő, érzelmileg feldúlt, síró vagy dühös, „nehéz” beteggel.

Mindez megerősíti azt a már feltárt véleményt (Molnár – Molnár, 2002), hogy a hallgatók a betegágnál nem tudják megfelelően alkalmazni az orvos-beteg kapcsolatáról, kommunikációról szerzett ismereteiket, másfelől az orvos-beteg kapcsolati viszo-

nyokat – úgy tűnik – az emocionális oldal feltárásával lehet kielégítően kutatni és a megfelelő irányba terelni fejlődését. Ezekben a kapcsolatokban mind a beteg, mind az orvos részéről alapvető jelentősége van az érzelmek kommunikációjának, és ez az, ami meghatározza a kettejük közti viszony milyenségét.

Az orvosi tevékenység és a tanári hivatás inherens hasonlóságokkal bír. Az orvosi gyakorlatban is irányított attitűdváltoztatást végez az orvos – ezt nevezzük terápiás betegoktatásnak (vö. Csabai et al., m. a., illetve Trinn – Molnár, 2001) –, tudatosan próbálja a beteg gyógyszerhez, egészséghez, betegséghez és terápiához való viszonyát megváltoztatni.

Az orvosképzésben a magatartástudományi tárgyak, a kommunikáció, a pszichológia, a mikroszociológia, a pszichoszomatikus orvoslás, a junior Bálint-csoport, az orvosetika közel vannak ahhoz a területhez, amit valódi értelemben vett pedagógiának nevezünk: ezen magatartástudományi tárgyak ugyanis tartalmuk és megközelítésként is jelentősen hozzájárulnak az orvosi hivatásszemélyiség formálásához.

Kulcsszavak: *pályamotiváció, pályakép, professzionalizáció, hivatásszemélyiség, empátia, rejtett curriculum*

IRODALOM

- Allport, Gordon (1961): Pattern and growth in personality. New York: Holt, Rinehart & Winston
- Bagdy Emőke (1996). Hivatás és személyiség. in Bagdy Emőke (szerk.): *A pedagógus hivatásszemélyisége*. KLTE Pszichológia Int., Debrecen, 33-39
- Bagdy Emőke – Mogorósy Csaba (1988): Quo vadis medicus? Pályamotivációk alakulása az orvosegyetemi képzés során. *Medicus Universalis*. **1**, 5-8
- Bánfalvi Attila (2003): Az orvosképzés rejtett kurikulumja. Magyar Felsőoktatás. 4-6
- Beagan, Brenda L. (2001): Even If I Don't Know What I'm Doing I Can Make It Look Like I Know What I'm Doing: Becoming a Doctor in the 1990s. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*. **38**, 275-289
- Buda Béla (1989): Az orvos szerep és az orvosi viselkedés. In: Molnár László (szerk.) *Orvosi szociológia*. Medicina, Budapest, 98-108
- Cohen-Cole, Steven (1991): *The Medical Interview: The Three-function Approach*. Mosby, St. Louis
- Csabai Márta – Barta Krisztina (2000): Az orvosi identitás alakulása: orvostanhallgatók nézete az orvosi pályáról, az orvos szerepről. *Lege Artis Medicinae*. **10**, 638-644
- Csabai Márta – Molnár Péter (1999): *Egészség, betegség, gyógyítás*. Springer, Budapest.
- Csabai Márta – Trinn Csilla – Molnár Péter (megjelenés alatt): Egy „rég-új” szakterület: a terápiás betegoktatás. in Pilling János (szerk.): *Orvosi kommunikáció*. Medicina, Budapest

- Csinády A. – Csörsz Ilona – Molnár Péter (2003): *Az empátiás készség evolúciós programja és a koragyermekkorai szociális környezet kölcsönhatása segítő foglalkozásúaknál*. DEOEC Magatartástudományi Intézet. Kézirat, Debrecen
- Csörsz Ilona – Csabai Márta – Molnár Péter (2003): *Az orvosi hivatásszemélyiség alakulásának kauzális követése*. DEOEC Magatartástudományi Intézet. Kézirat, Debrecen
- Fox, Renée C. (1957): Training for Uncertainty. in Merton, Robert K. – Reader George G. – Kendall, Patricia Louise (eds.): *The Student-Physician. Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*. Harvard Univ. Press, Cambridge, 207-244.
- Konner, Melvin J. (1987): *Becoming a Doctor: A Journey of Initiation in Medical School*. Viking, New York
- Molnár Péter – Nagy Emese (1997): A veleszületett szocialitás jelenségéről. in Hidas György (szerk.): *A megtermékenyítéstől a társadalomig*. Dinasztia, Budapest, 23-29
- Molnár Péter – Nemes L. – Nagy Emese (megjelenés alatt): Az evolúciós diád, mint fejlődési rendszer: kölcsönös niche konstrukció az újszülött, anya kapcsolatban.
- Molnár Regina – Molnár Péter (2002): Az orvosi pályaszocializáció. *Lege Artis Medicinae*. **12**, 250-254
- Shapiro, Martin (1987): *Getting Doctored: Critical Reflections on Becoming a Physician*. Toronto, Ontario
- Stern, David T. (2000): The Development of Professional Character in Medical Students. *Hastings Center Report*. **30**, 26-29
- Trinn Csilla – Molnár Péter (2001): Patient Education in Hungary. *Patient Education and Counseling*. **44**, 71-74

