Beavatási jelenségek az orvossá válás során

Doktori értekezés

Dr. Zsinkó-Szabó Zoltán

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola

Témavezető:	**Dr. Lázár Imre, egyetemi adjunktus, C.Sc.**
Hivatalos bírálók:	**Prof. Cseh Károly, egyetemi tanár, D.Sc.** **Dr. Molnár Regina, egyetemi adjunktus, Ph.D.**
Szigorlati bizottság elnöke:	**Prof. Tringer László, egyetemi tanár, C.Sc.**
Szigorlati bizottság tagjai:	**Prof. Molnár Péter, egyetemi tanár, D.Sc.** **Dr. Csépe Péter, tudományos munkatárs, Ph.D.**

Budapest

2014

TARTALOMJEGYZÉK

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE 8
ÁBRÁK JEGYZÉKE 9
1. BEVEZETÉS (Irodalmi áttekintés) 10
1.1. Alapfogalmak 11
1.1.1. Pályaszocializáció 11
1.1.1.1. A szerep fogalma 11
1.1.1.2. Az identitás és a szerepmodell fogalma 12
1.1.1.3. A hivatás fogalma 12
1.1.1.4. A pályaszocializáció fogalma 12
1.1.2. A rítus 13
1.1.2.1. A rítus fogalma 13
1.1.2.2. A rítus funkciói 13
1.1.2.3. A rítus és a vallások 15
1.1.2.4. A rítus és a társadalom 15
1.1.2.5. A rítusok típusai 15
1.1.3. Az átmeneti rítus 16
1.1.3.1. Az átmeneti rítus fogalma 16
1.1.3.2. Az átmeneti rítusok szerepe 16
1.1.3.3. Az átmeneti rítus lépcsőfokai 16
1.1.3.4. Az átmeneti rítus hossza és nyilvánvalósága 18
1.1.4. A beavatás 18
1.1.4.1. A beavatás fogalma és szerepe általában 18
1.1.4.2. A beavatás résztvevői és kontextusa 19
1.1.4.3. Beavatás az antropológiában 20
1.1.4.4. A beavatás mint szociális születés 21
1.2. Beavatási jelenségek az ősi és a modern kultúrákban 22
1.2.1. Beavatás az ősi sámánizmusban 22
1.2.2. Beavatás az egyházban 23
1.2.3. Beavatás a spiritualitásban 25
1.2.4. Beavatás az alternatív medicinában 26

1.2.5. Modern beavatások új közösségbe kerüléskor 27
1.3. Az orvossá válás értelmezése és vizsgálata 28
1.3.1. A szakrális és a szekularizált orvoslásban megnyilvánuló rítusok 28
1.3.2. Az orvossá válás ismert beavatási rítusai 30
1.3.2.1. „A Hippokratészi eskü” 30
1.3.2.2. „A fehér köpeny szertartás” 31
1.3.3. Az orvossá válás pályaszocializációs megközelítése 32
1.3.3.1. Pályaszocializációs vizsgálatok régen és ma 32
1.3.3.2. A pályaszocializáció szerepe és célja az orvosképzésben 32
1.3.3.3. A pályaszocializáció formái 33
1.4. Kultúra és beavatás 34
1.4.1. Modernizmus és posztmodernizmus 34
1.4.2. Biomedicina mint modern orvoslás 35
1.4.3. Posztmodernizmus az orvoslásban 36
1.4.4. Az orvosi antropológia oktatása és beavató hatása 38
1.5. Test és beavatás 39
1.5.1. A testkép napjainkban 39
1.5.2. Az anyag és a test uralma 40
1.5.3. A test gyarmatosítása 40
1.5.4. Testkép a biomedicinában 41
1.5.5. Testkép a holizmusban és a pszichoszomatikában 41
1.5.6. A test mint energiatest 42
1.5.7. A test beavató szerepe a vallásban 43
1.5.8. A test beavató szerepe a laikusok körében 43
1.5.9. A test beavató szerepe a gyógyítóvá válásban 43
1.6. Betegség és beavatás 44
1.6.1. Különböző betegségképek 44
1.6.1.1. Betegségkép a biomedicinában 44
1.6.1.2. A betegség holisztikus megközelítése 45
1.6.1.3. A betegség mint átmeneti rítus 46
1.6.2. A gyógyítók betegségei 47
1.6.2.1. Tipikus sámánbetegségek 47

1.6.2.2. Az orvostanhallgatók betegségei 48
1.7. Stressz és beavatás 49
1.7.1. A stressz Selye modelljében 49
1.7.2. A szociális átmenetek stressze 50
1.7.3. A stresszreakciót meghatározó tényezők 50
1.7.4. A stressz hatása az orvostanhallgatók életében 52
1.7.4.1. Vizsgadrukk 52
1.7.4.2. Stressz és betegség 53
1.7.4.3. Kiégés 53
1.7.4.4. Stressz és életmód 55
1.8. Halál és beavatás 56
1.8.1. Modern halálkép 56
1.8.1.1. Gazdasági és társadalmi változások 56
1.8.1.2. Materializmus és szekularizáció 56
1.8.1.3. A biomedicina halálképe 57
1.8.2. Halál a spiritualitásban és az alternatív medicinában 57
1.8.3. A halál mint átmeneti rítus 58
1.8.4. A halál beavató szerepe az orvossá válásban 58
1.9. Média és beavatás 60
1.9.1. Az orvosi filmek, filmsorozatok általános jellemzői 60
1.9.2. Az orvosi filmek fajtái 60
1.9.3. Az orvosi drámák mint a média rítusai 61
1.9.4. A biomedicina és a média 62
1.9.5. Transzcendencia az orvosi drámákban 62
1.9.6. Az orvosi drámák hatása a laikusok körében 63
1.9.7. A média tanító-beavató szerepe az orvosképzés során 63
1.10. Orvosi identitás és beavatás 64
1.10.1. A gyógyító személy a különböző kultúrákban 64
1.10.2. Az orvosi hivatás és szerep jellemzői 65
1.10.3. Az orvosi identitást jelző szimbólumok 66
1.11. Az orvossá válás folyamatának sikertelensége 69

2. CÉLKITŰZÉSEK 70
3. MÓDSZEREK 72
3.1. Kutatási háttér 72
3.2. Célcsoportok 72
3.3. Kutatási eszközök 73
3.3.1. A szóbeli interjúk előkészítése 74
3.3.2. Az interjúk feldolgozása 74
4. EREDMÉNYEK 76
4.1. A beavatás megvalósulása az orvossá válás során 76
4.1.1. A beavatás értelmezése a személyes interjúk során 76
4.1.2. A beavatás értelmezése a HuMániás hallgatók felmérésében 77
4.1.3. A kiavatás értelmezése 78
4.2. Az orvossá válás folyamatának beavatási szerkezete 79
4.2.1. Az orvossá válás beavatási szakaszai 79
4.2.2. Az orvossá válás beavatási folyamata mint átmeneti rítus 81
4.2.3. A beavatás folyamatába lépés 83
4.2.3.1. Pályaválasztás a potenciális orvostanhallgatóknál 83
4.2.3.2. A felvételi vizsga az orvosi egyetemre 85
4.2.3.3. A közösségbe kerülés rítusai 86
4.2.4. Az egyetemi képzés rítusai 86
4.2.4.1. A fehér köpeny első használata 87
4.2.4.2. A vizsgák beavató szerepe 87
4.2.4.3. A vizsgákhoz kapcsolódó közösségi rítusok 88
4.2.4.4. Privát rítusok a medikusok körében 88
4.2.4.5. Az egyetemi évek beavatási struktúrájának összefoglaló ábrája 89
4.2.5. A beavatás lezárulása 90
4.2.5.1. Az orvosi egyetem államvizsgája 90
4.2.5.2. A diplomaosztó és az orvosi eskü 90
4.2.5.3. Az orvos szociális születése 91
4.3. Beavató személyek és közösségek az orvossá válás során 92
4.3.1. Beavató személyek az orvossá válásban 92
4.3.2. Beavató közösségek az orvossá válásban 93

4.4. Az orvosi antropológia tantárgy beavató szerepe az orvossá válásban 94
4.5. A test beavató szerepe az orvossá válásban 96
4.6. A betegségek beavató szerepe az orvossá válásban 100
4.6.1. A betegségek szerepe a gyógyítói pálya választásában 100
4.6.2. Az orvostanhallgatók találkozása a betegségekkel 101
4.7. A stressz beavató szerepe az orvossá válásban 103
4.7.1. Stressz az orvossá válás folyamatában 103
4.7.2. Stresszorok az orvosképzés szakaszaiban 103
4.7.3. A stresszreakciót meghatározó tényezők az orvossá válás során 105
4.7.4. A stressz hatása az orvossá válás során 107
4.8. A halál beavató szerepe az orvossá válásban 108
4.8.1. Az egyetem előtti halálesetek 108
4.8.2. A halállal való találkozás fokozatossága 109
4.8.3. A medikusok halállal való találkozásának stressz-hatása 112
4.8.4. A stressz feldolgozása: elhárító mechanizmusok és hitvilág 114
4.9. A média beavató szerepe az orvossá válásban 115
4.9.1. Népszerű orvosi sorozatok és filmek a medikusok körében 115
4.9.2. A média szerepe az orvosi pályaválasztásban 116
4.9.3. Az „orvos-sztárok" mint példaképek 118
4.9.4. A média kritikája 120
4.10. Az orvosi identitás alakulása az orvossá válásban 122
4.10.1. Az orvosi szerep jellemzői 122
4.10.2. Szerepmodellek az orvosi identitás kialakulásában 124
4.10.3. Az orvosi identitást jelző szimbólumok 127
4.10.4. Dráma és szerepjáték az orvossá válásban 127
4.11. Kiavatás az orvossá válásban 129
4.11.1. A kiavatás okai az orvossá válásban 129
4.11.2. A halasztás 130
5. MEGBESZÉLÉS 132
5.1. A beavatási fogalmak összevetése az orvoslás szempontjából 132
5.2. A pap és az orvos beavatásának párhuzama 132

5.3. A népi illetve alternatív gyógyítók és a modern orvosok beavatásának összevetése 133
5.4. A beavatás nyilvánvalósága az orvossá válásban 134
5.5. A beavatási folyamat szerkezete az orvossá válásban 134
5.6. Az orvossá válás beavatási folyamatára ható tényezők 136
5.7. A kiavatás jelensége 138
6. KÖVETKEZTETÉSEK 140
7. ÖSSZEFOGLALÁS 143
8. SUMMARY 144
9. IRODALOMJEGYZÉK 145
10. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE 154
11. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS 155
MELLÉKLETEK 156
1. melléklet: Kulturális alapfogalmak 156
2. melléklet: Az eredeti Hippokratészi eskü szövege 158
3. melléklet: Az orvosi eskü szövege a Semmelweis Egyetemen 159
4. melléklet: A Magyar Orvosi Kamara által ajánlott eskü szövege 160
5. melléklet: Az általános orvosi szakképzés leírása a hivatalos felsőoktatási honlapon 161
6. melléklet: A HuMánia hallgatók körében végzett kavalitatív felmérés a legmeghatározóbb beavatási eseményről 162
7. melléklet: A csoport interjúk vázlata 165

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. Táblázat: A katolikus egyházi rend szentségének fokozatai 23
2. Táblázat: A katolikus pappá szentelés lépései 24
3. Táblázat: A tradicionális reiki beavatási fokozatai 27
4. Táblázat: Diszciplinák összevető tipológiája 37
5. Táblázat: A halál fázisai 57
6. Táblázat: Az orvos fehér köpenyéhez kapcsolódó leggyakoribb asszociációk 67
7. Táblázat: Az orvosi egyetemhez vezető út szakaszának beavatás értékű eseményei . 79
8. Táblázat: Az orvosi egyetem első két évének beavatás értékű eseményei 80
9. Táblázat: Az orvosi egyetem harmad-ötödévének beavatás értékű eseményei 80
10. Táblázat: Az orvosi egyetem hatodévének beavatás értékű eseményei 81
11. Táblázat: A medikusok pályaválasztási motivációinak elemzése 84
12. Táblázat: Az alternatív terapeuták pályaválasztásának elemzése 85
13. Táblázat: A hallgatók jellemző privát rítusai vizsgák előtt és után 88
14. Táblázat: Az orvosi antropológia beavató hatásának elemzése 95
15. Táblázat: A test beavató hatásának elemzése az orvosképzésben 98
16. Táblázat: A betegségek beavató hatásának elemzése a medikusokra 102
17. Táblázat: Az orvosképzés egyes szakaszaiban jelentkező stresszorok elemzése ... 105
18. Táblázat: A medikusoknál jelentkező stresszreakciót meghatározó tényezők elemzése 106
19. Táblázat: Az orvosképzésben jelentkező stressz hatásainak elemzése 108
20. Táblázat: A medikusok egyetem előtti halálélményeinek elemzése 109
21. Táblázat: A boncolások fokozatosságának elemzése 111
22. Táblázat: A páciensek halálával kapcsolatos élmények elemzése 112
23. Táblázat: A boncolás során tapasztalt distressz élmények elemzése 114
24. Táblázat: A medikusoknál a boncolási distressz feldolgozásának elemzése 115
25. Táblázat: A média hatásának elemzése az orvosi pályaválasztásban 117
26. Táblázat: A hallgatók által megnevezett kedvenc „orvos-sztárok” 119
27. Táblázat: A médiában előforduló szerepmodellek hatásának elemzése 120
28. Táblázat: A medikusok kritikája az orvosi témájú médiával kapcsolatban 121

29. Táblázat: Az alternatív terapeuták orvosképének elemzése 124
30. Táblázat: A medikusokra ható pozitív szerepmodellek hatásának elemzése 125
31. Táblázat: A medikusokra ható negatív vagy hiányzó szerepmodellek elemzése ... 126
32. Táblázat: A kiavatás okainak elemzése az orvosképzésben 130

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra: A szociális átmenet rítusai 17
2. ábra: A beavatás résztvevői és kontextusa 19
3. ábra: Az átmeneti rítus és a beavatás összefoglaló ábrája 21
4. ábra: A stressz szakaszai 50
5. ábra: A HuMánia kutatás eredményei 78
6. ábra: Az orvossá válás folyamatának beavatási útja 82
7. ábra: Az egyetemi évek beavatási struktúrája 89

1. BEVEZETÉS (Irodalmi áttekintés)

A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében 1995-től veszek részt az orvosi antropológia tantárgy oktatásában, ahol nyomon követhetem annak szerepét az orvostanhallgatók szemléletének formálásában. Az elmúlt 19 évben oktatási tematikánk elméletének és gyakorlatának integráns részét képezte a rítus, a szertartások bemutatása és mélyebb elemzése. A gyakorlatok során nyilvánvalóvá vált, hogy a leendő orvosok számára a szociális átmenet rítusainak ismerete, tudatosítása önismereti nyereséget jelent, melyet későbbi munkájukhoz szükséges háttértudásukba beépítve sikerrel kamatoztathatnak.

Oktatási tevékenységem során a hallgatóktól nyert beszámolók, szakirodalmi adatok és nem kevésbé saját életem medikus évei alatt szerzett tapasztalatai alapján tettem fel a kérdést: *létezik-e beavatás az orvossá válás során*? Amennyiben igen, milyen állomások, beavatási rítusként értelmezhető jelenségek láncolatában érhető tetten az orvosi pályaszocializáció folyamatában?

Az értekezés alapját képező kutatás témája így az orvosi pályaszocializáció és az orvossá válás során megtapasztalt beavatási rítusként értelmezhető jelenségek. Ezen átmenetek során az orvostanhallgató és a fiatal orvos (rezidens) olyan személyes tapasztalatokat szerez, melyek által folyamatosan gyűjtött ismeretei – sokszor észrevétlenül – „mennyiségi" változásból „minőségi" változásba mennek át.

Bár a beavatás szó szakrális jellegű, a szóhasználat mégis tudatos választás eredménye volt. Utal az orvoslás eredetileg szakrális jellegére, emellett a beavatás szó központba helyezése izgalmas lehetőségeket nyújt az orvossá válás folyamata, illetve a különféle vallási és spirituális irányzatok beavatásának összevetésére is.

Egyrészt kulturális antropológusként, másrészt az orvosi antropológia oktatójaként lelkesen képviselem az antropológia kulturális relativista értékrendjét a biomedikális orvosláson belül. A *posztmodern antropológia* éppen azáltal legitim és érvényes, hogy a gyógyítás pluralitását, kultúrához kötöttségét tapasztalva tisztában van az alternatív utak lehetőségével. Mindig nagy hangsúlyt fektettem arra, hogy a hallgatóim az orvosi antropológia tantárgy keretén belül nyitottak legyenek a biomedicinán kívül létező alternatív módszerekre, de természetesen kellően kritikusan is kezeljék őket. Ugyanezt a hozzáállást igyekeztem képviselni a jelen kutatásban is.

1.1. Alapfogalmak

A „beavatás”, a „rítus” vagy a „szerep” kifejezés hallatán az „átlagember” és a „szakember” fejében teljesen eltérő gondolatok támadhatnak, ugyanakkor több ponton eltérhet egymástól az antropológus, a szociológus, a pszichológus, illetve az orvos és az alternatív terapeuta szemlélete is. Természetesen kultúránként (időben és térben) is nagy különbségek mutatkozhatnak az egyes fogalmak értelmezésében és gyakorlati megvalósulásában.

1.1.1. Pályaszocializáció

A pályaszocializációt és az ahhoz szervesen kapcsolódó alapvető fogalmakat (szerep, identitás, szerepmodell, hivatás) általában a pszichológia és a szociológia (szociálpszichológia, szociálantropológia, orvosi szociológia) használja, a jelen kutatáshoz mégis szervesen kapcsolódnak.

1.1.1.1. A szerep fogalma

A ***szerep*** fogalmát Linton (1936, 1997) vezette be a kulturális antropológiába, a státus fogalmával együtt. *„A státus és a szerep jogok és kötelességek együtteseként értelmeződik, és ez az egyén számára attitűdöket és viselkedési mintákat ír elő, amiket fel kell vállalnia, ’el kell játszania’, ha részt akar venni a társadalmi cselekvésekben. Linton szerint a megszilárdult státus és a kialakult szerep az egyént elszakíthatatlanul ahhoz a szociális és kulturális csoporthoz fűzi, ahová tartozik, amelyben él”* (Kapocsi 2012, p. 496).

Goffmann (1981) hangsúlyozza, hogy a szerep egyben a szocializáció alapegysége is. Felfogásában a szereppel kapcsolatos tevékenységek és magatartásformák bizonyos értelemben már „adottak”, „készen vannak”. Ilyen módon egyfajta „helyhez kötött én” várja, hogy az egyén „beleköltözzék”. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy egy bizonyos pozíciót elfoglalva az egyénnek el kell sajátítania a pozíciónak megfelelő tevékenységeket és cselekvéseket, át kell vennie az ehhez tartozó attitűdöket és magatartásmintákat (Kapocsi 2012).

1.1.1.2. Az identitás és a szerepmodell fogalma

Az ***identitás*** latin szó, amelynek jelentése: önazonosság; önmagunk megítélésének viszonylag tartós egysége. Az identitás én-azonosság, önmeghatározás szerepeken, magatartásformákon, értékrendszeren keresztül, mely a "teljes én" érzésével társul. A személyiségfejlődés és a szocializáció eredménye, az emberi kölcsönhatások során jön létre (Balogh 2000).

Paice, Heard és Moss (2002, pp. 707-710) az alábbi módon határozzák meg az identitás kialakulásában nagy szerepet játszó ***szerepmodell*** fogalmát: *„Szerepmodellek azok az emberek, akikkel azonosulni tudunk, akiknek olyan tulajdonságaik vannak, amelyeket mi is szeretnénk magunkénak vallani, és olyan pozícióban vannak, amilyet mi is szeretnénk elérni”.*

1.1.1.3. A hivatás fogalma

A ***hivatás*** fogalmának egyik jelentése kapcsolódik a foglalkozáshoz, ebben az értelemben az elkötelezetten, felelősséggel gyakorolt foglalkozást jelenti, és így bárki tekintheti saját munkáját (élet)hivatásának. Klasszikus értelemben hivatásnak tekinthető a papi, a tanári, a jogászi és az orvosi pálya (Molnár 2013).

A hivatások sajátos jellemzőkkel rendelkeznek, melyek közül Irvine (1997) szerint a legfontosabbak: a *szakértelem*, az *etikus viselkedés és a szolgálat*. Irvine szerint ezek együtt alkotják a hivatás függetlenségének, azaz autonómiájának az alapját.

Molnár Regina (2013) a „klasszikus” hivatás legfontosabb jellemzőinek összefoglalásánál az erkölcsi értékeket, az elhivatottságot, a mások szolgálatát, a szakmai autoritást, a szaktudást, a hosszú képzési időt, a monopolhelyzetet, az egymás közötti versengés korlátozottságát, a magas fokú autonómiát emeli ki.

1.1.1.4. A pályaszocializáció fogalma

*„A **szocializáció** interdiszciplináris fogalmat jelent, amelyet a szociológiában, pszichológiában, pedagógiában, valamint a biológiában, pszichiátriában egyaránt használnak. Azt a folyamatot jelöli, amely során valaki elsajátítja a társadalmilag elfogadott értékeket, normákat, meghatározott viselkedési formákat”* (Molnár 2013).

A ***pályaszocializáció*** alapvetően szociológiai fogalom, a szocializáció azon részét jelenti, amikor az adott pálya gyakorlásához szükséges viselkedési módokat, technikákat, értékeket, szerepeket, viszonyulási módokat elsajátítjuk (Szabó 1994).

1.1.2. A rítus

1.1.2.1. A rítus fogalma

A rítusok, vagyis a szertartások adott csoportok vagy személyek által végzett, tanult, és az adott alkalomhoz kötött cselekvési formák, melyeket a köznapi gyakorlattól eltérő módon vagy eltérő céllal gyakorolnak. Ezt a mindennapi gyakorlattól való eltérést a cselekvésmintázathoz kapcsolódó szimbólumhasználat és a bennük rejlő jelentések sajátos volta teremti meg.

Kyriakidis (2007) szerint a rítus a kívülálló szemszögéből nézve irracionálisnak, illogikusnak tűnő cselekvéssor, viszont ilyen megközelítésben számos nem rituális művészeti megnyilvánulás is (pl. pantomim) tűnhet rítusnak. A rítusnak nem lehet célja azonban a puszta szórakoztatás, de ez nem jelenti azt sem, hogy a rituáléhoz nem kapcsolódhat zene, tánc, ének. Épp ellenkezőleg, ezek a rítus fontos elemei lehetnek.

Loudon (1966) megfogalmazásában a rítus olyan szimbolikus jelentőségű előírt és ismétlődő formális viselkedés, amelynek nincs közvetlen technikai következménye.

Helman (2003, p. 179.) szerint *„szociális helyzetben a rítus az adott társadalom bizonyos alapvető értékeit fejezi ki és újítja meg, különösen az emberek egymás közötti, az ember és a természet, illetve az ember és a természetfeletti világ közötti viszonnyal kapcsolatos értékeket; mely viszonyok minden emberi csoport működéséhez szervesen hozzátartoznak”*.

Turner (1968, pp. 1-8.) szerint *„a rítus periodikusan újrafogalmazza azt, ahogyan egy sajátos kultúra tagjainak egymással viselkedniük kell, ha egyáltalán van bármiféle koherens társadalmi életük”*.

1.1.2.2. A rítus funkciói

A rítusok sokféle funkciót töltenek be, mind az egyén, mind a társadalom számára.

Helman (2003) a rítusok *lélektani, szociális* és *védelmi* funkcióit emeli ki. Turner a szertartások két funkcióját említi, ami az *expresszív* és a *kreatív* szerepkör. Az ***expresszív aspektus*** szerint a rítus *„szimbolikus formában fejez ki bizonyos kulcsfontosságú értékeket és kulturális orientációkat”* (Turner 1968, pp. 1-8.). A ***kreatív aspektus*** szerint a rítus *„ténylegesen megalkotja vagy újjáteremti azokat a kategóriákat, amelyekben az emberek a valóságot észlelik: a társadalom szerkezetének alapját képező axiómákat és a természeti és erkölcsi rend törvényeit”* (Turner 1969, pp. 48-49.).

A szertartás funkcióját tehát a szimbólumok használata révén tölti be, a rituális szimbólum így összekapcsolja az emberi élet fiziológiai és szociális aspektusait. A rítusokban megnyilvánuló szimbólumok segítenek az anyagi, élettani változások tényeit szociálisan és lélektanilag integrálni.

A rituális szimbólumok és dramaturgia valójában nyelvként, és médiumként működik, melyben a szimbólumok többjelentésű „információhordozók”. A rítust megfigyelő kívülálló számára mindig több a szimbólum, mint ami szemmel látható, mert a résztvevők számára minden szimbólumhoz egész asszociáció sor kapcsolódik.

Charles Morris (1938) szemiotika elmélete és G.H. Mead (1934) szimbolikus interakcionizmusa szerint a rítus önmagában is viselkedésszervező szerepkör, mely a jelentésértelmezőben érzelmeket, azonosulást és csoportérdekű szándékokat válthat ki. A szimbólumokhoz kapcsolódó többletjelentés mező az adott rítusban erősen kötött és a résztvevő szemlélők számára megkérdőjelezhetetlen. Ezért fontos, hogy azonosítani tudjuk a rítusban foglalt jelrendszer kontextusát (Leach 1968).

A rítus fontos szerepe, hogy a személyt az adott csoporthoz és hagyományaihoz köti kifejező és megerősítő, strukturáló szerepével. A hagyományhoz kapcsolódás egyben Kelly és Kaplan (1990) szerint a „szenthez”, és a változatlannak tekintett struktúrákhoz kötődést jelenti.

Ugyanakkor Maurice Bloch (1989) szerint a rítusnak fontos ideológiai szerepe van. Az erősen formalizált, kötött szertartási keretek korlátozzák az ellenvéleményt, a vitát, így a különböző kulturális és társadalmi kontextusokon belül a szertartások megjósolhatóak. Bloch felhívja az archaikus rítusok esetében a figyelmet a transzcendens fölényére a köznapi, az evilági fölött. Itt a szertartáson belül a transzcendenssel kapcsolatba kerülő résztvevő visszatérve a hétköznapi, szekuláris világba magával hozza a transzcendens evilágira kiterjesztett érvényét.

1.1.2.3. A rítus és a vallások

A rítus hagyományos értelemben kifejezetten szakrális funkciókat látott el, és minden vallásnak, egyháznak jellemző „rítus-készlete” alakult ki.

Napjaink általános elvilágiasodásának (szekularizáció) köszönhetően a hagyományos rítusoknak egyre kevesebb szerep jut a mindennapi életünkben. A nagyobb szertartások egyre inkább turisztikai látványosságokká vedlenek, vagy rituális szerepük rejtetté válik. A modernitás szemléletében a rítustalanítás is hangsúlyt kap, erről a szertartásosságtól való modern idegenkedésről Mary Douglas (2003a) is ír a „Purity and danger” című alapművében.

1.1.2.4. A rítus és a társadalom

A rítusok minden emberi társadalomhoz hozzátartoznak. *„Fontos részei annak, ahogyan egy szociális csoport ünnepli, fenntartja és megújítja azt a világot, amelyben él, és ahogyan az ezen világot fenyegető veszélyeket és bizonytalanságokat kezeli”* (Helman 2003, p. 179.).

Ugyanakkor a szertartások világában átmenetileg a társadalmon kívül kerülés, illetve az uralkodó renddel szembeni átmeneti struktúrákban, megfordított karneváli helyzetekben való részvétel is jellemző lehet. Ez megjelenik Turner (1969) „rituális antistruktúra” koncepciójában, vagy Gluckman (1963) „rituális rebellió” példájában is, melyet a dél-afrikai swazi incwala rítus kapcsán ír le, és amely szertartásnak célja a társadalmi szabályok nyomán felerősödő, felszaporodó konfliktusok kifejezése és feloldása a törzsi egységben. Mindez azonban végül az adott szociális struktúra, hierarchia megerősítését is szolgálja.

1.1.2.5. A rítusok típusai

A rítusokat két alapvető csoportra oszthatjuk: a privát és a nyilvános rítusokra. A ***privát rítusok*** antropológiai értelemben nem tartoznak a nyilvános rítusok (van Gennep 1960; Eliade 1958) körébe, hiszen az utóbbiak kimondottan közösségi szertartásokat jelölnek. A ***nyilvános rítusok*** klasszikus csoportja magában foglalja a kozmikus ciklushoz

kapcsolódó vagy naptári rítusokat, a szociális ámenetek rítusait, és a balszerencse alkalmával végzett rítusokat (Helman 2003).

1.1.3. Az átmeneti rítus

1.1.3.1. Az átmeneti rítus fogalma

Az "átmeneti rítus" tipikusan antropológiai fogalom, a francia "rites de passage" kifejezés magyar átültetése. E szakkifejezést Arnold van Gennep (1960) honosította meg, az emberi élet fontos átmeneteihez fűződő rítusokat jelöli. Az átmeneti rítusok kategóriájába olyan események tartoznak, mint a gyermek születése, a felnőtté válás különböző állomásai (pl. menstruáció kezdete, érettségi, esküvő-lakodalom, szülés stb.), vagy az élet integráns részét képező megbetegedések, illetve a haldoklás, a halál és a gyász. Hasonló rítusok fűződhetnek helyváltoztatáshoz (költözés), és a társadalmi helyzet megváltozásához is (pl. diplomaszerzés). Ezen társadalmi átalakulások tehát életünk végéig elkísérnek minket.

1.1.3.2. Az átmeneti rítusok szerepe

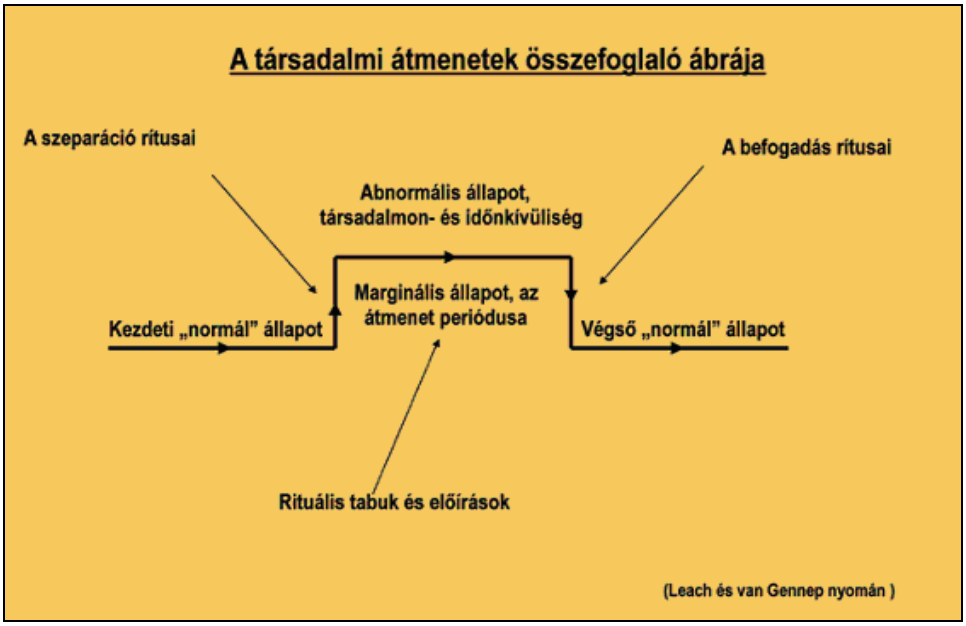
Az átmeneti rítusokra azért van szükség, hogy megkönnyítsék az egyéni életben a változások következtében beálló kríziseket, lassítsák a hirtelen átmenetet, és kész közösségi formákat, szerepeket bocsássanak az egyén rendelkezésére, egyben tartsák és együttműködésre késztessék a közösség tagjait (van Gennep 1960).

Leach (1976, pp. 33-36.) szerint minden társadalomban a legtöbb rituális alkalom *„az egyik szociális státusból a másikba való határátlépésekkel kapcsolatos"*. Leach az átmeneti rítusoknak két funkcióját ismerteti: ezek *„a státusváltozás hirdetése"* és *„a mágikus végrehajtás*".

1.1.3.3. Az átmeneti rítus lépcsőfokai

Az 1. ábra van Gennep és Leach munkájára alapozva ábrázolja a szociális átmenet rítusainak fokozatait. A pszichoszociális átmenet küszöbéhez érkező egyén valamely rá jellemző, a közössége által is elismert, „biztonságos" állapotából (kezdeti „normál"

állapot, *kiindulási szociális státus*) az átmenet végére megérkezik egy ugyancsak stabil, de a kiindulási állapothoz képest minőségileg eltérő pozícióba (végső „normál” állapot, *új szociális státus*). Az állapotváltozás lebonyolításához kulturálisan kódolt, zsilipszerűen működő mechanizmus, maga az átmeneti rítus szükséges. Az átmenet az elkülönítés *(szeparáció)* fázisával kezdődik, majd folytatódik a *marginalitás* (a tulajdonképpeni átmenet) fázisával és a visszafogadás vagy befogadás *(inkorporáció)* fázisával ér véget (van Gennep 1960).



1. ábra: A szociális átmenet rítusai

Turner (2002) a fenti fázisokat *preliminális* (elkülönülés), *liminális (*átmenet) és *posztliminális* (befogadás) szakaszoknak nevezi. A *liminalitás* tehát egy határhelyzeti állapotot jelent, a létezésnek belső, szakrális formáit, melyek közösek a közösség vagy csoport minden tagjában. Fontos szerepet játszanak a kísérő rítusok*: „a főnöki vagy vezetői poszt leendő birtokosát először elkülönítik a közösségtől, majd pedig liminális rítusokon kell átesnie, amelyek durván lealacsonyítják, mielőtt az újraegyesítési szertartásokkal végső dicsőségében beiktatják trónusára* (Turner 2002, p. 184.)*”*

Egy korábbi tanulmányban (Zsinkó-Szabó 2012) a hagyományos „régi típusú” érettségi jól ismert folyamatát ismertettem részletesen, mint tipikus példát az átmeneti rítus megértéséhez. A gimnázium 4. osztály végéről (*kiindulási szociális státus)* indulnak a diákok, és az „érett” korba *(új szociális státus)* érkeznek meg. Közben a

szalagavató és a ballagás során elkülönülnek *(szeparáció)* a többi középiskolástól, ezzel kezdetét veszi az érettségi szünet *(marginalitás)* az írásbeli és szóbeli érettségi vizsgák sorozatával, majd az ünnepélyes bizonyítványosztással és az érettségi bankettel szentesítik a próba kiálltát *(inkorporáció)*.

1.1.3.4. Az átmeneti rítus hossza és nyilvánvalósága

Az átmeneti rítusok lehetnek momentumszerűek, epizódszerűek és tartósak, akár élethosszig tartók, epochális jellegűek. A kereszténységben példa a momentumszerű átmeneti rítusra maga a keresztelés szertartása, az epizódszerűre egy zarándoklat, az epochálisra pedig a szerzetesi létforma.

A hagyományos társadalomban az átmenet sérülékeny időszaka nyíltan és – társadalmilag elfogadottan – akár hónapokig vagy évekig is eltarthat (Leach 1976). Erre klasszikus példa lehet a fiúk férfivá avatása, mely törzsi keretek között akár évekig elhúzódhat. A liminalitás állapota lehet tartós, epochális jellegű, és az így rögzülő társadalmi szerepek gyakran egyszerre osztoznak a veszélyes és a szent minőségében. A hagyományos társadalmak gyógyítóira is gyakran tekintenek így az adott közösség tagjai.

A modern társadalmakban az átmenet sokszor inkább rejtetten, vagyis nem tudatosan megy végbe. Kevesebb a látványos rituális elem, de azok mégis tetten érhetőek.

1.1.4. A beavatás

Az írott és tömegkommunikációs médiumokon keresztül a beavatásokhoz kapcsolódó megnyilatkozások tengerében nehéz eligazodnunk. Az átlagember elbizonytalanodhat, a szakember pedig kétkedéssel fogadja a megfogalmazások érvényességét. Az alábbiakban bemutatom a beavatás fogalmát és szerepét többféle megközelítésből is.

1.1.4.1. A beavatás fogalma és szerepe általában

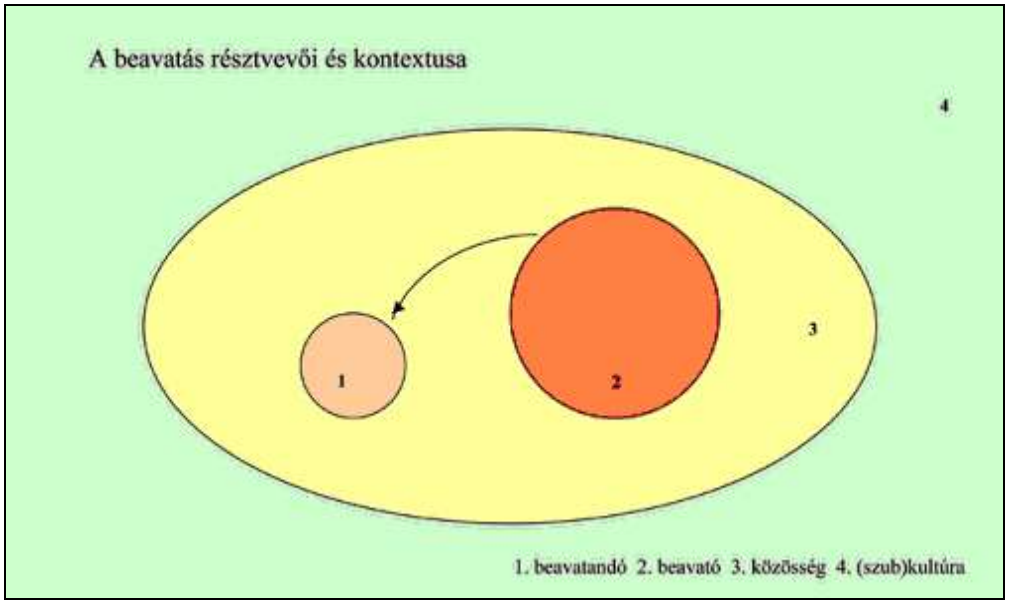
A hétköznapi értelemben a beavatás kapcsán valamiféle titkos körön belülre kerülés egyszeri aktusa fogalmazódik meg bennünk. A beavatás vagy beavató szertartás vagy

iniciáció (initiatio) szó a latin *initiare* ('bevezet, beavat') igéből származik, az initium ('bemenet, kezdet') szóból, ez az in- ('bele') és ire, itum ('megy') elemekből áll.

A beavatások legfontosabb célja, szerepe minden kultúrában olyan titkos információra, tudásra, képességekre szert tenni, amikkel addig a beavatandó (és más nem beavatott) nem rendelkezik. Kaczvinszky megfogalmazásában: *„Minden egyes beavatás mindig újfajta megismerések egész köréhez vezet, amelyben a régebbi megismeréseknek már nincs teljes létjogosultságuk, valójában nincs is megfelelő helyük, hiszen meghaladottakká válnak, értelmüket veszítik. Minden egyes beavatási szinten a tanítvány elveszíti „addigi" önmagát és mintegy „újraszületik", az újfajta megismeréseknek – az ő számára – új világában!"* (Kaczvinszky 1946, p. 8.).

Régen csak a kiváltságosak, királyok, papok, guruk, sámánok lehettek beavatottak. Titkos tudáshoz és gyakran magának a gyógyításnak az ismereteihez is csak ők férhettek hozzá. Például az ősi indiai gyógymódok leírását a Védákhoz és a szintén ókori eredetű buddhista iratokhoz kapcsolódó szútrák tartalmazzák. Ezeket – az addig csak szájhagyomány útján terjesztett elbeszélések nyomán – kb. az i. sz. 1. században kezdték el lejegyezni. A szentnek tekintett iratokat a hindu és a buddhista közösségek vezetői közel 2000 éven át lényegében titkosan kezelték. Azokat csak a beavatottak olvashatták el (Mayer 1988).

1.1.4.2. A beavatás résztvevői és kontextusa



2. ábra: A beavatás résztvevői és kontextusa

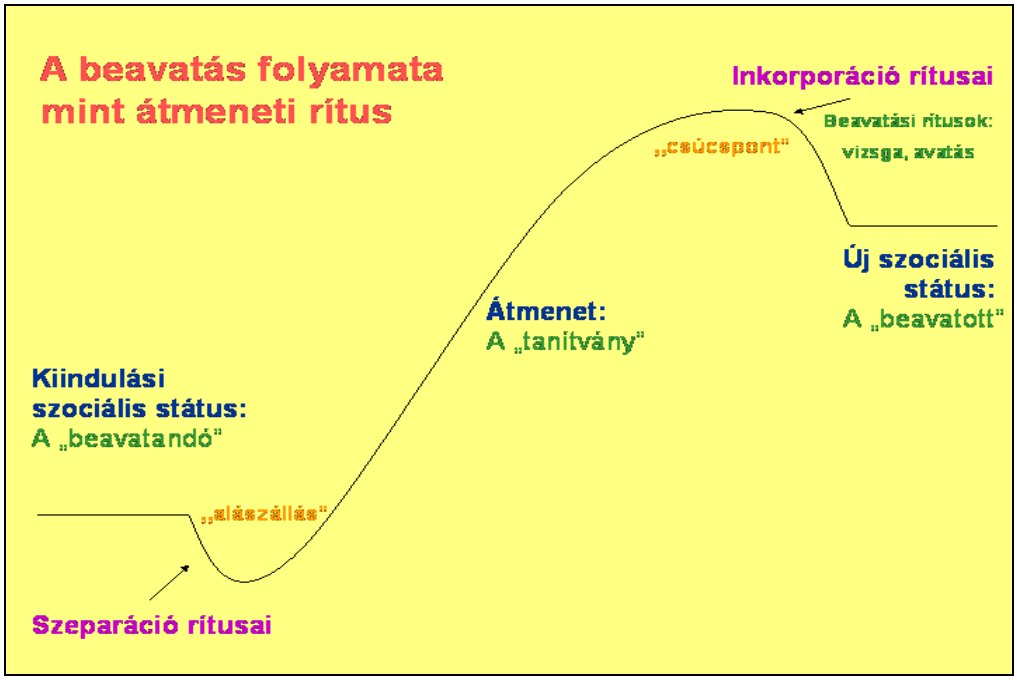
A 2. ábra mutatja be a beavatás szereplőinek és kontextusának összefüggéseit. A beavatás szereplői: a beavatandó (1), a beavató (2) és a beavató közösség (3). Fontos a beavató hatása a beavatandóra (nyíl), azaz a kettejük kapcsolata. Kontextusuk mindig valamilyen sajátos jellemzőkkel bíró szubkultúra (4).

1.1.4.3. Beavatás az antropológiában

Míg az átlagember a beavatás kapcsán általában egyszeri aktusra (szertartás) gondol, addig a szakember (pszichológus, antropológus) egyfajta folyamatként tekinti a jelenséget, melynek szakaszait igyekszik nyomon követni.

Antropológiai értelemben a beavatás elsősorban a vallásetnológiában használt fogalom, amely *„valamely egyénnek vagy közösségnek a számára adott vallási kultúra, tanítás és vallásgyakorlat világába való bevezetése. Általánosnak mondható emberi gyakorlat szerint az ilyen beavatás a közösség hitével való megismerkedés tanulási folyamatát, a testi felkészülés és alkalmasság előzményeit feltételezi, és ünnepélyes, szertartási körülmények között, a hívő közösség részvételével történik. A beavatás eredményeképpen a beavatandó a szakrális közösség teljes jogú tagjává, egy vallási valóság részesévé válik (ezáltal a közösséget oltalmazó istenek gyermekévé is)*" (Horváth 2004). Bár a fenti megfogalmazás a beavatást vallási dimenzióba helyezi, a beavatás nem csak bizonyos szakrális csoportba, hanem más világi kasztba való felvételt is jelenthet. Mindenképp feltételez viszont valamiféle alkalmasságot, tanulási folyamatot, vizsgán való megfelelést, és végül bizonyos avatási szertartást.

A beavatás átmeneti rítus is egyben. Az átmeneti rítus kapcsán már bemutatott van Gennep-féle hármas tagolódás szerint a „beavatandó" (kezdeti szociális státus), a beavatás során előbb a „tanítvány" átmeneti státusába (átmeneti fázis, marginalitás) kerül, majd elérkezik „beavatott"-éba (új szociális státus). A két fogalom összevonását a 3. ábra mutatja be. A beavatási folyamat vertikális változási szakaszokat is feltételez. A tanítvány beavatási folyamata kezdetén az „alászállás" szakaszába lép (szeparáció), melynek során akár a kezdeti szociális státusa alá is kerülhet. Majd a fokozatos emelkedés során a bevatási folyamat csúcspontjára érkezik, ahol általában egy vizsgát teljesítve és/vagy ünnepélyes avatási szertartáson keresztül (inkorporáció rítusai) a társadalom visszafogadja új (a kezdetinél magasabb) szociális státusába.



3. ábra: Az átmeneti rítus és a beavatás összefoglaló ábrája

Fontos azonban hangsúlyozni, hogy nem minden átmeneti rítus beavatás értékű. Például átmeneti rítusnak számít, ha valaki kórházba kerül, mégsem – legalábbis általánosságban – tekinthetjük beavatásnak, hiszen nem avatódik be például „titkos" tudásba.

1.1.4.4. A beavatás mint szociális születés

*Szociális születés*nek nevezzük azt a folyamatot, melynek során az egyén biológiai megszületésén túl „beleszületik" társadalmi szerepébe. Szociális születésre példa lehet a biológiai születést követően a gyermek „második" megszületése: a megkeresztelés (a kereszténységben) és a körülmetélés (a zsidó vallásban). Bár két különböző vallás illetve kultúra rítusairól van szó, de lényegük mégis ugyanaz: a „beavatott" gyermek az adott társadalom, vallás vagy kultúra tagjává válik. A társadalmi születés ténye – sikeres vagy sikertelen volta – testi megszületésünkkel együtt, egymást kiegészítve határozza meg életünk kezdeti szakaszát, hatásaiban azonban felnőtt életünk alakulását is mélyrehatóan befolyásolja (Zsinkó-Szabó 2001, 2004).

Szociális születésnek számít azonban minden további lépcsőfok is az egyén felnőtté válása során (pl. iskolakezdés, ballagás, a gépkocsivezetői engedély megszerzése, választójogra való jogosultság, munkába állás, házasodás és gyermek szülése stb.). A szociális születés tulajdonképpen szociális átmeneti rítus, de beavatási folyamat is egyben.

1.2. Beavatási jelenségek az ősi és a modern kultúrákban

1.2.1. Beavatás az ősi sámánizmusban

A sámánok és népi gyógyítók kiválasztásánál többnyire megjelenik az eleve elrendeltség, sorsszerűség elve. Általában esetükben is van egy hosszú (többéves) felkészítési-tanulási-beavatási időszak, mire teljes jogú sámánná vagy gyógyítóvá válnak, mégis jellemzően már a folyamat elején, sőt sokszor már születéskor eldől, hogy kiből lesz sámán vagy gyógyító.

Kerezsi Ágnes (1997, p. 44.) tapasztalatai szerint a keleti osztjákoknál a sámánná válás három lehetséges útja: örökli (ősöktől kapja); megtanulja egy tapasztalt sámántól, vagy kiválasztják az istenek e feladatra. Ez a leggyakoribb, *„a sámánok mély meggyőződéssel hisznek a maguk különleges, isten által történő kiválasztásában.”* A kiválasztottság jele lehet a szerencse a vadászatban vagy a halászatban is.

Grynaeus (2012) szerint rokon népeinknél is találkozunk azzal a hiedelemmel, hogy az elhunyt (így a gyógyító, sámán is) valamelyik (rokon) újszülöttben egy idő múlva reinkarnálódik, és az elnyeri–örökli képességeit is.

Grynaeus (2012, pp. 487-488.) a népi gyógyító egyéniségek vizsgálatakor a gyógyító kiválasztódásának az alábbi típusait különíti el:

- *„aki örökli tudományát (de itt is mágikus momentum: kézfogással ráhagy, eszközt ad át stb.)*
- *akit születése körülményei alapján tartanak gyógyítónak (jeles napon születik, 7. gyerek, burokban születik, a foggal, számfeletti ujjal születettek)*
- *bizonyos foglalkozások elősegítik a gyógyító hírébe jutást, vagy éppen determinálják arra (bába, kovács, pásztor, sintér, hóhér, borbély, oláh pap)*

- *varázs (mágikus) módszerek/eljárások révén szerzett tudomány (szent György napi kígyó, gyík, vakond vére, páfrány, kápránfa virágzása; kör-keresztút, „beavatás”)*
- *aki rátermettsége, lelki tulajdonságai–képességei alapján válik gyógyítóvá*
- *akit különleges testi jegyei determinálnak.”*

A kiválasztás egy másik formájára utalnak a honfoglaláskori magyar koponyalékelések (trepanációk), amelyek mögött valamiféle vallási beavatási szertartást feltételeznek: ha nem állt rendelkezésre megfelelő számú sámán-pap, akkor a fej meglékelésével állítottak elő "agyafúrt", megváltozott elméjű egyéneket (Grynaeus 1996).

A sámánoknak a különböző kultúrákban általában valamilyen végső próbát kell kiállniuk, mielőtt teljes jogú sámánná avatják be őket.

Diószegi Vilmos (1998) például részletesen leírja a Tarbagatáj-hegységben lakó mandzsu-tunguzok déli ágához tartozó sibók sámánjainak beavató vizsgáját, melynek során a sámánjelöltnek egy magas létra tetejéről kell lezuhannia. A veszélyes beavatási rítus lényege, hogy ha súlyosan megsérül vagy meghal a jelölt, akkor a szellemek elutasították; ha szerencsésen megúszta, akkor a szellemek oltalma alatt áll.

Ezek a sámánpróbák tisztán rituális jellegűek, a sámánt már évek óta készítik hivatására, elméletben és gyakorlatban már tud mindent, amire hivatása gyakorlásához szüksége van. A sámán beavatása mégis csak a végső próba teljesítésével lesz legitim a szellemvilág és ezáltal a társadalom számára.

1.2.2. Beavatás az egyházban

Fokozat neve	A katolikus egyházi rend szentségének fokozatai
Szerpap *(diaconus)*	Az egyházi rend szentségének első fokozata, átmeneti fázis. A diakónusok még nem papok, tehát nem végezhetnek misézést vagy gyóntatást.
Áldozópap *(presbyteriatus)*	Az egyházi rend szentségének második fokozata. A *felszentelés* rítusa *(ordinatio)* során avatják az egyház közvetlen szolgálatára és az egyházi hatalom gyakorlására: misézést és gyóntatást is végez.
Püspök *(episcopatus)*	Az egyházmegye vezetője. A püspököt a püspökszentelés rítusán avatják be. Az egyházi rend szentségét csak a püspök szolgáltathatja ki, mégpedig kézrátétel és imádság által.

1. Táblázat: A katolikus egyházi rend szentségének fokozatai

A pappá válásnak jól elkülöníthető szakaszai vannak, amelyeket világosan jeleznek a beavatási rítusok is. A katolikus egyházban az egyházi rend szentsége három fokozatban vehető fel: az átmeneti, felkészítő fázisban van a diakónus vagy szerpap, aki majd a felszentelés révén lesz csak valóban pap (áldozó pap). A püspökszentelés révén válhat valaki püspökké. Az 1. táblázat foglalja össze a katolikus egyházi rend szentsége egyes fokozatainak leírását.

A katolikus pappá szentelés ceremóniájának lépései		
1.	**A tagjelöltek meghívása**	A misét megnyitó imák és a szentírási olvasmányok után a misét celebráló püspök minden papjelöltet a nevén szólít, és a jelölt előrelép.
2.	**Bemutatás és vizsgálat**	A püspök ezután tanúvallomást kér, és az egyházi elöljáró, vagy más hivatalos személy tanúsítja, hogy a jelöltek felkészültek és érettek a beavatásra.
3.	**Elfogadás**	A püspök a következőket mondja: *"Bízunk Istenünk segítségében, és Üdvözítőnkben, Jézus Krisztusban, és kiválasztottuk ezeket a férfiakat, testvéreinket a papság tisztségére az áldozópapi rendnek megfelelően."* A jelöltek válasza: *„Istennek legyen hála"* és szívből tapsolnak egyet.
4.	**A tagjelölt vizsgálata**	Minden jelölt odalép a püspökhöz, aki megkérdezi tőlük, hajlandóak-e Krisztust és az ő Egyházát hűséges papként szolgálni.
5.	**Engedelmesség ígérete**	Kéz a kézben a püspökkel a jelölt engedelmességet fogad az egyházi hivatalnak és a saját vallási feletteseinek.
6.	**Ima a jelöltekért**	A püspök letérdel és felkéri az összes a jelenlévőt, csatlakozzanak imádságban a jelöltekért.
7.	**A litánia éneklése**	A Szentek Litániájának éneklése során a jelöltek leborulnak az oltár előtt, Isten kegyelmét és a szentek közbenjárását kérik, hogy küldje le a Szentlelket a jelöltekre.
8.	**Kézrátétel**	A püspök azáltal szentel fel minden egyes jelöltet, hogy kezeit a jelölt fejére helyezi és némán imádkozva a Szentlelket hívja az új papra.
9.	**Krisztus papsága**	Az összes jelenlévő pap sorjában ráhelyezi kezeit az újonnan felszentelt papok fejére. Az újonnan felszenteltet közös papi testvériségük tagjaként köszöntik.
10.	**Az új pap beöltöztetése**	Minden újonnan felszentelt leveszi diakónusi stóláját, és megajándékozzák új tisztségének egyházi szimbólumával: a papi stólával és a miseruhával.
11.	**A kezek felkenése**	A püspök megkeni az új pap tenyerét krizmával. Az olajjal való megkenés után, a pap kezét vászonba burkolják.
12.	**Az ajándékok bemutatása**	A püspök odaadja Krisztus szent testét és vérét szimbolizáló kehelytányért (kenyér) és a kelyhet (bor) minden új papnak.
13.	**Az Eucharisztia liturgiája**	Miután a papszentelés rituáléja befejeződött, a mise a püspök, az újonnan felszentelt papok, és minden jelenlévő pap jelenlétében a szokásos módon folytatódik.
14.	**Áldozás**	Az új papok segítenek a hívők megáldoztatásában.
15.	**Első papi áldás**	A hagyomány szerint a papszentelést végző püspök az első, aki az új pap első áldását megkapja. Ezután az új papok áldást osztanak a jelenlévők számára.
16.	**A fogadás**	A mise után az ünneplés folytatódik egy fogadáson a család, a barátok jelenlétében.
17.	**Az első hálaadó mise**	Az újonnan felszentelt pap első miséje, általában egy speciális hálaadás Istennek a papság ajándékáért.

2. Táblázat: A katolikus pappá szentelés lépései (www.norprov.org)

A katolikus egyházban fontos eseménynek számít a „pappá válás” utolsó nagy rítusa: a felszentelés. A 2. táblázat a katolikus pappá szentelés ceremóniájának egyes lépéseit mutatja be.

1.2.3. Beavatás a spiritualitásban

A beavatás ma is a szellemi út egyik kulcsfogalma. Hamvas Béla (2003, pp. 5-9.) szavaival élve *„Beavatni annyi, mint az embert a korszerű történeti magatartásról letépni, és az emberi alapállásra visszahelyezni. A beavatás az a generálművelet, amely az emberi létet a zavaros, rendetlen, homályos, tisztátalan légkörből kirántja, és tökéletesen megtisztítja és átvilágítja”*.

Egy másik megfogalmazásban, a beavatás bebocsátás a misztériumok tudásába, a tudat határozott kiterjedése (Wilkinson-Osborn 1998).

A spirituális gyakorlatban általában a beavatót „mester”-nek, a beavatandót „tanítvány”-nak nevezik. Hamvas (2003, pp. 5-9.) a beavató mester szerepéről így ír: *„A beavatás eszköze csak harmadsorban ismeret, másodsorban önmegtagadás, elsősorban pedig valami elmondhatatlan, aminek tudása fölött csak a beavató mester rendelkezik”*.

Váradi (2004, 35. sz.) megfogalmazásában a mester-tanítvány viszony leírása: *„A tanítvány egy olyan ember, aki bár alszik, nincs mély álomban, s elérkezik egy olyan pillanathoz, egy olyan lehetőséghez, amikor lehetővé válik a felébredés. A mester, aki már felébredt, segít a tanítványnak ebben a felébredési folyamatban.”*

Az ezoterikus vagy spirituális beavatások előfeltétele hagyományosan a test és a lélek bizonyos fokú tisztasága. A konkrét követelmények irányzatonként vagy mesterenként eltérnek, néhány példa: böjt (csak a hús vagy minden állati eredetű táplálék, esetleg minden szilárd étel megvonása), sok víz fogyasztása, érzelmek tisztasága (őszinteség, együttérzés), a légzés kontrollálása, szexuális energia irányítása (megvonási vagy áttranszformálási képesség), gondolatok letisztítása, meditáció képessége stb.

A valós beavatás a spirituális szemlélet szerint adott időhöz és térhez igazodik, és így determinált. A beavatások során azonban számos hiba lehetséges. Ha a beavatás nem a megfelelő időben vagy helyen zajlik, vagy a tanítvány nem a személyiségéhez illő vagy morális tisztaságának megfelelő beavatást kapja, esetleg idejétmúlt beavatást

kap, ez mind komoly zavarokat okozhat a beavatott energetikai rendszerében, személyiségében, további útjában, így komoly veszélyekkel járhat (Váradi 2004).

Míg a spirituális beavatások néhány évvel ezelőttig – a régi korokhoz hasonlóan – titkosan zajlottak Magyarországon is, manapság azonban a médiában nagyon sokat hallani mindenféle energetikai és ezoterikus beavatásokról, így a szó sajnos kezd elcsépeltté válni. Gyakran azt tapasztaljuk, hogy az ember úton-útfélen „mesterbe" botlik, és gyakorlatilag bárki egy-egy hétvégi tanfolyamon mindenféle „beavatást" kaphat. Ennek a folyamatnak az alapvetően technokratikus és szekularizált világunkban a szakralitásra kiéhezett emberek könnyen áldozatává válhatnak.

1.2.4. Beavatás az alternatív medicinában

A beavatás lehet munkálkodás magán a gyógyítón, testén, különleges képességein. Az alternatív medicinában, különösen a bioenergetikai módszereknél elterjedtek a beavatások által különböző képességek szerzése és fejlesztése. Ezáltal a beavatottak képesek lehetnek nagyobb fokú testi és lelki tisztulásra, a finomabb energiák észlelésére, érzékelésére, sőt mérésére (pl. pálcázás, kineziológiai izomteszt segítségével). A „Test és beavatás" fejezetben részletesen lesz szó az általuk érzékelt testkép felfogásról.

Néhány éve elterjedtek a fejlett nyugati kultúrákban az ősi buddhizmuson alapuló energetikai gyógyító rendszerek, amelyekből a legismertebbek Magyarországon a reiki és a prananadi, melyek a plurális orvosi rendszerek integráns részévé váltak (Johanessen, Lázár 2006). Ezeknek az irányzatoknak a tanítói szintén a beavatás szót használják arra a szertartásra, amikor a beavató mester energiát ad át a „felfokozott", befogadásra képes állapotban lévő tanítványnak. Hitük szerint ilyenkor „csatornát nyit" számára, hogy majd beavatottként befogadójává illetve kezelőjévé válhasson a kozmikus energiának.

Ezekben a gyógyítási rendszerekben a beavatások fázisait az egyes fokozatok jelzik: a fokozatok száma jelzi az egyre magasabb „beavatottságot". A tanítványnak lehetősége van lépésről lépésre „letenni" az egyre magasabb fokozatokat: minden új fokozatot egy új beavatás jelez, ami nem csak új tudást tár fel, hanem bizonyos fizikain

túli erőkön való hatalmat is ad. Például a Magyarországon is elterjedt tradicionális reiki irányzatok fokozatait a 3. táblázat mutatja be.

Manapság az alternatív medicinában elterjedt beavatásoknak nincs különös előfeltételük: ha valaki jelentkezik az adott tanfolyamra és kifizeti annak díját, többnyire részesülhet a beavatásban. Elméletileg kiszűrik az elején a pszichésen instabil jelentkezőket, de sajnos ez a gyakorlatban nem mindig valósul meg, ami komoly következménnyel járhat. Legjellemzőbbek a bipoláris, szkizofrén és szkizoaffektív kórképek jelentkezése vagy fellángolása a „beavatási balesetek" következményeként.

Beavatási fokozat	A reiki fokozat során szerzett képesség leírása
1. fokozat	A tanítványok elsajátítják az önkezelés alapvető pozícióit, és megtanulják, hogyan kell a reiki energiával másokat kezelni.
2. fokozat	A beavatott szimbólumokat ismer meg, melyek lehetővé teszik a távkezeléseket.
3. fokozat	Ez a Mester-fokozat, aminek 3 további szintje van: Reiki Mester-Gyógyító, Reiki Mester-Tanító, Reiki Mester-Vonalátadó.

3. Táblázat: A tradicionális reiki beavatási fokozatai

1.2.5. Modern beavatások új közösségbe kerüléskor

Szinte minden közösségnek (középiskolák, kollégiumok, egyetemek, főiskolák) megvannak a maga befogadó rítusai, amelyeknek a legfontosabb funkciója az elsőévesek (gólyák) felvétele és befogadása a közösségbe, a csoportösszerázás és a szórakozás. Ezeknek a szertartásoknak során az elsőéveseknek a felsőévesek nyomására többnyire humoros feladatokat kell teljesíteniük, jó esetben önkéntes alapon. Gyakran hallani azonban a médiában olyan esetekről, amikor elvetik a sulykot és a vicces beavatások nemritkán drasztikussá válnak: ennek gyakori példái a túlzott megalázási módszerek (pl. a gólyák nyilvános meztelenre vetkőztetése) vagy valamilyen egészségkárosító feladat teljesítése (pl. mosószer itatása).

Egy szemléletes leírását tartalmazza a világhírű Nobel-díjas perui író Mario Vargas Llosa (1979) önéletrajzi regénye, *A város és a kutyák* annak, hogyan avatják be a „kutyák"-nak nevezett újoncokat a limai Leoncio Prado katonai kollégiumban. A drasztikus gólyaavatókról magyar dokumentumfilm is készült: Kresalek Dávid és Németh Viktor (2005) rendezésében.

Persze egy beavatási szertartás nem feltétlenül embertelen, a hazai egyetemek befogadó rítusaira nem annyira a megaláztatás, viszont annál inkább a szexuális túlfűtöttség és horrorisztikus elemekkel tarkított „karneváli hangulat" jellemző. Különösen igaz ez az orvosi egyetemek kezdetére, ahol már lélekben készülnek a bonctermek „alvilági" közegének befogadására.

1.3. Az orvossá válás értelmezése és vizsgálata

Az antropológiai szakirodalomban a modern orvossá válásban megjelenő beavatási folyamat teljes körű elemzése hiányzik. Vizsgálják az ősi illetve törzsi kultúrák szakrális orvoslását és a gyógyítók beavatását (pl. sámánizmusban), viszont a modern-szekuláris orvoslásban csak nyomokban szokás egy-egy szakrális jelleget öltő rítust beavatásnak értelmezni (orvosi eskü és fehér köpeny szertartás). Az orvosi szociológiában ezzel szemben vizsgálják az orvostanhallgatók pályaszocializációs folyamatát, azonban itt nem terjed ki a kutatás a folyamat rítusainak beavató jellegére.

1.3.1. A szakrális és a szekularizált orvoslásban megnyilvánuló rítusok

Az ősi, ókori társadalamakban az orvoslás nem vált külön a sámánság vagy a papság intézményétől, így természetszerűen a gyógyítás és a gyógyítóvá válás folyamatát számtalan szakrális rítus szőtte át. Ugyanez figyelhető meg a középkori szerzetesrendek gyógyító tevékenységénél vagy a spiritualitáson illetve az ősi keleti filozófiákon alapuló gyógyító rendszereknél.

A modern társadalomban a hivatalos orvoslás nagy változásokon ment keresztül: a hivatások (köztük az orvoslás) az egyházi fennhatóság alól kikerültek, tehát elvilágiasodtak. Ezt a folyamatot nevezzük ***szekularizáció***nak (Pikó 2006).

A gyógyító tudás szerkezetváltozásait Michel Foucault (2000) *„A klinika születése"* című munkája tárja elénk. Az elvilágiasodást mára a technológia hatalma, az ipari érdek, a diagnosztikus és gyógyszeripari technológia szerepének fokozódása jelzi, mely segíti a piaci viszonyok beépülését az egészségügy működési rendjébe. Pikó (2006) mindezt további demisztifikálódásként, a hivatás „szent" jellegének eltűnéseként értelmezi.

Fabrega (2000) orvosi antropológiai oldalról közelíti meg azt a látásmódbeli változást, mely a gyógyítás egykor szakrálisnak tekintett lényegéből mára egy kizárólag orvosbiológiai („szekuláris credo” szerinti) evilági hitvallást csinált: *"A fizikai és mentális betegségek okozta szenvedés és fájdalom aláássa az egyén teljes társadalmi és kulturális állóképességét, mely szükségessé teszi a spirituális és vallási látásmód megjelenését. Ezzel szemben a jelenlegi igen racionális szemléletű hitvallás („szekuláris credo”) azt mondja ki, hogy mindez az orvosi elmélet és gyakorlat hatókörén kívül esik"* (Fabrega 2000, pp. 525-530.).

Geertz (1973) párhuzamot von a gyógyítás, mint szekuláris tevékenység (egészségügyi rendszer) és a szakrális credo (hit alapú gyógyítások) szerinti gyógyítás között. Szerinte észre kell vennünk, hogy mind az orvostudomány, mind a vallás három faktort kombinál:

- *Hitrendszer*ként az orvostudomány és a vallások is arra szolgálnak, hogy egyfajta keretrendszert és értelmet szolgáltassanak az emberi gondolkodásnak.
- *Intézmény*ként mind a gyógyászati rendszerek, mind pedig az egyházak irányítják az emberi kapcsolódásokat és egyfajta hovatartozást nyújtanak.
- *Rítusok rendszereként* szabályozza az emberek hangulatát és érzelmeit, ahol is azonban a hitrendszereket és intézményeket a „valóságosság aurája” fedi.

Az orvoslás szekularizációja együtt jár a rítusok nyilvánvalóságának és ünnepélyességének csökkenésével. Sok korábbi rítus ennek ellenére megmaradt, csak a modern korra illetve a biomedicinára jellemző szekuláris „álruhát ölt”, vagy sokszor rejtetten megy végbe.

A nyugati társadalmak modern orvoslását is átszövi a rituális légkör, bár nyilván nem olyan mértékben, mint a hagyományos szakrális gyógyítások esetében. Az orvosi diagnózis és kezelés azonban itt is rituális időben és helyen (kórházban vagy orvosi rendelőben) történik. A gyógyításnak a modernitás jegyében elsősorban a technikai funkciója van hangsúlyozva, de jellemző rituális elemek például a fehér köpeny használata, a gyógyszerfelírás. Az orvost körülvevő rituális légkör pedig ismert placebohatással jár. Ahogy Balint (1957) hangsúlyozza, ilyen körülmények között a legfontosabb alkalmazható gyógyszer az orvos személyisége.

A rítusok társadalmi jelentőségét Durkheim vallásantropológiai szertartás-koncepciójából is származtathatjuk. Durkheim (1997) szerint a rítusok feladata a személy és az istenség közötti kötés megerősítése, és mivel nézete szerint az istenség nem más, mint az adott társadalom figuratív megjelenítése, ezért a rítus magába a társadalomba, kutatásunk esetében az orvostársadalomba integrálja alanyát. Ezért kapcsolódnak a „szent" tudás elsajátításának rituális mozzanatai az orvosi pályaszocializáció rítusaiba.

A durkheimi szertartásfelfogás középpontjában a szent mint dogma és társadalomkép az adott társadalom szabályainak, elvont lényegének képe, ezért a rítuson keresztül az adott kultúra elsődleges, reflektálatlan mélyrétegébe kötődnek a szertartás résztvevői. Ez történik a mélyen szekuláris biomedicina szertartásvilágában is.

Bloch (1989) hangsúlyozza a rítusok dramatikus természetét, ahol a mindennapi tapasztalatot felülírja a rítus dramatikus logikája és üzenete, mely egyben misztifikációhoz vezet és az adott társadalmi, ideológiai és kozmológiai struktúra konzerválását szolgálja. Mindez azért fontos a jelen kutatásban, mert mind az orvosi szappanoperák, orvosi médiadrámák, mind az orvosi tárgyú színjátszás, legyen amatőr vagy hivatásos, szerepet játszhatnak az orvosi pályaszocializációban.

1.3.2. Az orvossá válás ismert beavatási rítusai

Az orvossá válás klasszikus szimbolikus beavató rítusa a „Hippokratészi esküneк" hívott orvosi eskü. Emellett fontos megemlíteni az angolszász országokban újabban elterjedt „fehérköpeny szertartás"-t.

1.3.2.1. „A Hippokratészi eskü"

Az orvosi eskü a legrégebbi hivatási eskü, és érdekes, hogy míg más szakmák és hivatások esküjéről keveset vagy szinte semmit sem lehet hallani - az orvosi esküt gyakran emlegetik a médiában is. Több jogszabály és még több nemzetközi és hazai etikai kódex rögzíti az orvosoktól elvárt magatartást, mégis a (laikusok által is) legismertebb megjelenése az erkölcsi normáknak épp az orvosi eskütétel.

Az orvosi eskü fogalma egybemosódik a Hippokratésznak tulajdonított antik esküvel, holott ma már számtalan esküszöveg van forgalomban, mivel szinte minden orvosegyetemnek saját esküje van. Meglepő, hogy Magyarországon gyakorlatilag mindegyik eltér a Magyar Orvosi Kamara etikai kódexének ajánlásától[1].

Ugyanakkor a mai orvosi esküszöveg szükségszerűen eltér az egykori Hippokratészi eskü szövegétől[2], ugyanis az sok esetben nyilvánvalóan tarthatatlan és komolytalan lenne. Furcsa lenne, ha még ma is a gyógyító Apollónra vagy gyermekére Aszklépioszra esküdnének az orvosok. Emellett az évezredes eskü tiltja például az abortuszt („*nem segítek hozzá egyetlen asszonyt sem magzata elhajtásához”*), holott az számos országban ma legális. A legfeltűnőbb azonban, hogy az operációt is tiltja az eskü („*sohasem fogok hólyagkövet operálni, hanem átengedem ezt azoknak, akiknek ez a mesterségük”*), mert azt sugallja, hogy az orvosok "papok", vagyis tudós emberek, akik el akarnak határolódni a „borbélyféléktől”.[3]

Az orvosi eskü a világ minden pontján kötelességszerűen megtörténik az egyetemet kezdő majd a végzős hallgatóknál. Az eskütétel rítus, amely ünnepélyessé teszi kezdetben a medikussá válást, majd a doktorrá avatást. Az eskü tartalmazza az orvosi hivatás legcsodálatosabb erkölcsi elvét, ami nem más, mint a beteg érdekének mindenekfeletti képviselete. Bár pusztán szimbolikus jelentősége van, mégis komoly pszichés hatása van egyrészt a medikusokra és a végzett orvosokra is, másrészt a laikus állampolgárokra egyaránt: sokan és sokszor hivatkoznak rá, mert úgy vélik, hogy az orvosi eskü szent és sérthetetlen.

1.3.2.2. „A fehér köpeny szertartás”

A fehér köpeny szertartás (White Coat Ceremony) egy viszonylag új rítus a nyugati orvosi és állatorvosi egyetemek keretein belül, az USA-ban több mint 100 orvosi egyetemen megünneplik. A fehér köpeny szertartás jelzi a hallgató átmenetét az egészségtudományok preklinikai szakaszából a klinikai fázisba. A fehér köpeny szertartás hivatalos része a hallgatók fehér köpenybe való „beöltöztetése”, az oktatásnak

[1] Az eredeti Hippokratészi eskü teljes szövegét ld. a 4. mellékletben.
[2] Ld. 2. melléklet
[3] Ma már nehéz elhinni, de a sebészek egészen a 19. századig nem tartoztak az orvosok közé (Balázs Péter 2002).

abban a szakaszában, amikor a hallgatók már kezdenek találkozni betegekkel (néhány egyetemen már az első év kezdete előtt) (Huber 2003).

A rítus egy következő fokozata, amikor a felsőbbéves hallgatók egyetemi pályafutásuk végéhez közeledve rövid köpenyük helyett megkapják hosszabb orvosi köpenyüket, mintegy kifejezésre juttatva, hogy az idősebbekkel egyenértékű orvosjelöltekké váltak, akik már kiérdemelték a hosszú köpeny használatát.

1.3.3. Az orvossá válás pályaszocializációs megközelítése

1.3.3.1. Pályaszocializációs vizsgálatok régen és ma

A Becker és munkatársai (1961) által írt, mára klasszikusnak számító monográfia *(Boys in White: Student Culture in Medical School)* tekinthető az orvostanhallgatók pályaszocializációs vizsgálata alapművének. A tanulmány a Kansasi Egyetemen készült, címének megfelelően az akkor még szinte kizárólag fiúk által hivatásként választott orvosi pálya jellegzetességeit, a hallgatók útkeresési próbálkozásait, a beavatások és az enkulturáció teljes folyamatát mutatja be, feltűnő igényességgel. Ebből a forrásból ismert például, hogy a "korai zárás" jelensége minden szakmát figyelembe véve az orvosok szakmai képzésének folyamatában történik meg a leggyakrabban - annak minden előnyével és hátrányával együtt (Becker és mtsai 1961).

Az azóta eltelt évtizedek eredményeképpen érzékelhető, hogy noha az akkori „törzs” (orvosegyetem) még mindig létezik, a törzsre jellemző kultúra nagyban megváltozott (Laqueur 2002). Ma az orvosi szociológia foglalkozik az orvosképzés pályaszocializációs vizsgálatával és egyetemi oktatásával.

1.3.3.2. A pályaszocializáció szerepe és célja az orvosképzésben

Molnár Péter és Molnár Regina (2002, p. 250.) megfogalmazásában az orvostanhallgatók esetében a pályaszocializáció szerepe: „*A hallgatók konkrét tudást, ismereteket, készségeket, viselkedési mintákat, beállítódást és értékeket sajátítanak el és tanulnak meg kreatívan kombinálni úgy, hogy motiváltak és készek legyenek az orvosi szerepet professzionálisan és társadalmilag jóváhagyott módon gyakorolni*”.

E szocializációs folyamat legfontosabb – nem kizárólagos – intézménye az egyetem, ahol közvetlen módon is alakítják a hallgatók személyiségét (Merton és mtsai 1957). Coombs (1978) szerint is az orvosegyetem erőteljes szocializáló intézményként működik, melynek központi küldetése, hogy az orvosjelölteket új, orvosi szerepkörükben hatékony és megbízható szereplőként képezze ki. Minden elkülöníthető (pl. preklinikai versus klinikai) szakasza e folyamatnak más és más készségek és attitűdök, magatartási diszpozíciók kialakítását szolgálják.

A felsőoktatási felvételi tájékoztatóban az alábbi módon határozzák meg az orvosi szakképzés célját és ezáltal a végzett orvossal szembeni elvárásokat: *„Az általános orvosi szakképzés célja olyan általános orvosok képzése, akik a képzési idő alatt elsajátított ismeretanyag, szakmai készségek, orvosi szemlélet és magatartás alapján képesek részt venni az egészségügyi ellátásban, és orvosi tevékenységük folytatása során messzemenően figyelembe veszik a betegek eltérő sajátosságait, emberi méltóságát, jogait, ennek megfelelően döntenek, illetve cselekszenek, valamint megfelelő szakképzési program sikeres szakvizsgával dokumentált teljesítése után választott szakterületükön önálló szakorvosi munkát végeznek (...)”* (felvi.hu).[4]

1.3.3.3. A pályaszocializáció formái

A foglalkozási szocializációnak két formáját különböztetjük meg: a „direkt” és „indirekt” szocializációt. Az orvosképzésben a *direkt szocializáció* során az oktatók a tananyag részeként (curriculum) megtanítják az orvostanhallgatóknak például, hogyan kell majd viselkedniük a betegekkel. Az *indirekt szocializáció* során, a „rejtett curriculum” részeként az egyetemi képzésben látott és tapasztalt (elsősorban gyakorlati) példák hatására beépülnek az orvostanhallgatók személyiségébe a különböző orvosi szerephez kapcsolódó magatartásminták (Szántó és Susánszky 2002).

A hirdetett 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 (Molnár

[4] A teljes leírást ld. az 5. mellékletben

P., Csabai M., Csörsz I. 2003). Az orvosképzésben megjelenő rejtett curriculum főként három sajátosságban nyilvánul meg: az érzelmi távolságtartásban, a hivatás felsőbbrendűségében és a nem-reflektív hivatásgyakorlásban (Bánfalvi 2003).

1.3.3.4. Az orvosi képzés szociológiai szakaszolása

A már idézett amerikai monográfiában (*Boys in White: Student Culture in Medical School)* Becker és társai (1961) az orvosi egyetemet két részre osztják: a klinikumot (III. évtől felfelé) elkülönülten tárgyalják az első két év jelenségvilágától. Azon belül is élesen elkülönítik az elsőévesek (*freshman year*) és a másodévesek (*sophomore year)* (szub)kultúráját. Ez a két évfolyam kultúráját bemutató fejezetek terjedelmében is megmutatkozik (az újoncok bemutatására 120, a másodévre alig 3 oldalt szántak).

A már korábban szintén idézett szociológiai tanulmány (Molnár és Molnár 2002) négy szakaszra bontja az orvosi pályaszocializáció folyamatát:

1. Pályaválasztás, első találkozás az egyetemmel.

2. I–III. évfolyam, a preklinikum évei: legfontosabb jellemzője az alapok, az elméleti ismeretek elsajátítása.

3. IV–VI. évfolyam, a klinikum évei: gyakorlati tapasztalatok gyűjtése és a készségek alakulása.

4. Diplomaszerzés utáni első munkahely, újabban a rezidensi évek, a szakma gyakorlásának megkezdése.

1.4. Kultúra és beavatás

1.4.1. Modernizmus és posztmodernizmus

A kutatás szempontjából elsőként jelenünk és az elmúlt évtizedek kulturális hátterét kell tisztázni, azaz a modern és a posztmodern kultúra különbségét. Mindkettő szemlélet fontos szerepet kap ugyanis az orvosi curriculumban, és ezáltal az orvostanhallgatók beavatásában.

A ***modern kort*** a nagy francia forradalomtól (1789) számítjuk, azonban René Descartes híres aforizmája, a "gondolkodom, tehát vagyok" ("Cogito ergo sum") már a modernség első kifejeződése volt: a francia filozófus a teljes kétely állapotából kivezető

bizonyosságot keresi, és úgy véli, a legbiztosabb pont a szubjektum számára önmaga. A descartes-i filozófia nyomán a tudomány virágzásnak indul, Európát a technikai fejlődés határozza meg. A tudomány és a technika robbanásszerű fejlődésének köszönhetően Európában az emberek egyre jobban elhiszik, hogy a világot uralmuk alá vonják, a világ megismerhető és birtokolható. A 19. század és a 20. század eleje a rohamos tudományos fejlődés és az ideológiák születésének az időszaka.

Az első majd pedig különösen a második világháború azonban már törést jelent a modern szemléletmódban, jelentős csalódást előidézve az emberiség saját „modernségében" való hitében. A nagy ideológiák összecsapása, a holokauszt szörnyűsége mind a modern elhalását és egy új társadalmi magatartás, gondolkodás kibontakozását segítette elő, amelyet posztmodernnek nevezünk.

A ***posztmodern*** tehát a modernizmus utáni korszak megnevezése, nagyjából az 1960-as évek végétől számítjuk, lényege tehát a modernizmussal összehasonlítva az, hogy megkérdőjelezi a szubjektum önazonosságát, illetve az egységes, abszolút érvényű világmagyarázó elvek létét. A posztmodern tudományok így eltérnek a modernizmust fémjelző mechanisztikus, determinisztikus és redukcionista világszemlélettől, és alaptételük szerint a világ többértelmű, heterogén, önellentmondásos.

1.4.2. Biomedicina mint modern orvoslás

Az orvostudományban a biomedicina a modernizmus tipikus képviselője. Azáltal, hogy a klinikai gondolkodásmód a beteget egyszeri és megismételhetetlen emberi lényből statisztikai adatok, jelek és minták hordozófelületévé változtatta, a racionális igazság keresése jegyében egyre inkább az egyetemesség igényével lépett fel. A biomedicina egyetemességét tértől és időtől függetlenül bizonyítékokkal, kutatásokkal alátámasztott, statisztikailag megbízható, epidemiológiailag megismerhető igazságok támasztják alá. A betegségkategóriák univerzalizálása kiragadta az egyedi betegségeket azok eredeti, lokális társadalmi, kulturális, illetve egyéni pszichológiai kontextusából.

A modern tudományos medicina művelői – saját értékrenddel, betegségekről szóló elméletekkel, viselkedési szabályokkal és speciális szerepekre tagolódó hierarchikus szervezettel rendelkező – önálló csoportot, „szubkultúrát" képeznek,

melynek kialakulásához sajátos *orvosi akkulturáció* szükséges. Ennek a látásmódnak, kulturális értékrendnek Helman (2003) alapján az alábbi jellemző pilléreit emelném ki:

- *Tudományos racionalitás*, mely a feltevések objektív, empirikus és kontrollált körülmények közötti igazolhatóságán alapul.
- *Test-lélek dualizmus,* amely sokszor negligálja a pszichológiai, személyes tényezőket az objektivitás érdekében, és főként az objektívnek tekintett fizikális eltérésekre összpontosít. A lélek ebben a kontextusban egy másik diszciplinához, a pszichiátriához „kerül".
- *Bioredukcionizmus* egyben a betegségek testire, kémiaira, anyagira redukált képe mellett a kórképek világát objektív entitások univerzumaként értelmezi.

Bryan Turner (2011) írja, hogy hasonlóan ahhoz, ahogyan a modernitás meghódítja a lelket és az igazság megformálását – hasonlóan a föld igába és uralom alá hajtásához –, úgy a biomedicináról is gondolkodhatunk ezen párhuzam mentén. A biomedicina sikerrel uralja az olyan mindennapi emberi állapotokat, mint a születés, a menopauza, a premenstruációs szindróma, a félénkség, a melankólia, vagy akár az öregedés és a halál. Általában a modern tudományos keret azonban nem elegendő a kvalitatív értelmezéshez, mivel módszerei redukcionisták, vagy alkalmatlanok az adott jelenség kontextusban történő vizsgálatához.

1.4.3. Posztmodernizmus az orvoslásban

Az orvostudományban a modernből a posztmodernbe való átmenetet jelzi, hogy ma már a pszichoszomatika illetve a magatartástudományok – köztük az orvosi antropológia – is az orvosi curriculum részét képezik. Ezeknek az alapvetően holisztikus, társadalmi-pszichológiai-fiziológiai értelmezési keretük a körkörös logika, az interdiszciplinaritás és a többszintű megközelítés alkalmazására épül. Mindez persze nem annyira jelent radikális szakítást, vagy teljes elhatárolódást a modern tudomány olyan alapfeltevéseitől, mint a statisztikai alátámasztás vagy a megbízhatóság; inkább a különböző szintek kiterjesztéséről és integrálásáról van szó, mint például a neurobiokémiában, a pszichofiziológiában, a kognitív pszichológiában stb.

A biomedicina és az olyan orvosi társadalomtudományok, mint az orvosi

kommunikáció, az orvosi szociológia, vagy az orvosi antropológia által kínált kettős perspektíva ellentéte jelzi a modern és a posztmodern közötti szembenállást. *„A természettudományos ember-kép (anatómia, élettan) és a magatartástudományi tárgyak (antropológia, pszichológia, szociológia, etika) emberképe együttesen lehetőséget teremt arra, hogy egy komplex biopszichoszociális emberkép alakuljon ki az orvostanhallgatókban, de a gyakorlat azt mutatja, hogy ez nem zökkenőmentes folyamat. Egyik oka valószínűleg az, hogy a magatartástudományi tárgyak aránya az összes tárgyhoz viszonyítva nem éri el a 3%-ot”* (Kapocsi 2012, p. 503.).

Modern biomedicina	**Pszichoszomatika**	**Posztmodern orvosi antropológia**
bioredukcionizmus	holizmus	holizmus
analitikus	szintetikus	szintetikus
fölfelé irányuló okság	lefelé irányuló okság	kultúrához kötött oki modell
lineáris logika	körkörös logika	kulturális ökologika
univerzalista	személyalapú egyediség	kultúraalapú egyediség
random, sokaság alapú	esetközpontú	kultúraközpontú
diagnosztikus megítélő	elfogadó	résztvevő-megfigyelő
jelértelmező (szemiotikus)	jelentésértelmező (szemantikus)	jelentésértelmező (reinterpretáló, szintaktikus)
az igazság naturális, objektív	az igazság pszichofiziológiai, általános szubjektív	az igazság kulturális konstrukció
kémiai-fizikai dialógus	személyes terápiás találkozás	részvevő megfigyelés, találkozás
biológiai modellezés	lélektani modellezés	szociokulturális modellezés
funkcionális morfológiai	infologikus	kulturális mintázat kereső
kodifikált, protokollalapú	kontextusfüggő	emikus reprezentatív
racionalista	kognitív-emocionális	kollektív mitikus
személytelen	személyes jelentésközpontú	kollektív jelentés központú
technokratikus	a technokratizmust elkerülő	technokratizmust kritizáló
bizonyíték-alapú objektivista filozófia	kommunikáció alapú személyesség filozófiája	kultúraközi fenomenológiai beleélő tudatosság
voluntarista	célirányos	beleélő önkorlátozó tudatosság
direktív	kliens központú elfogadó	aktív-receptív
hierarchikus	szubmisszív	poliarchikus
távolító	empatikus	résztvevő-megfigyelő
szintézis	dekonstrukció-reorganizáció	re-interpretáció
a valóságot az elmélet tükrözi	a valóság érzelmileg átélt, szubjektív tapasztalat	a valóság történetileg meghatározott és nyelvileg közvetített közös tapasztalat

4. Táblázat: Diszciplinák összevető tipológiája (Lázár 2012b, p. 181.)

A legnagyobb kihívást a biomedicina és az orvosi antropológia – mint alkalmazott kulturális antropológia – kontrasztja jelenti. Amíg a biomedicina az ember biológiai egyetemességét veszi alapul, addig az orvosi antropológia az orvoslás és a gyógyulás kulturális sokszínűsége, valamint a betegségekkel kapcsolatos társadalmi

konstrukciók és jelenségek iránt érdeklődik. A biomedicinában a szakmai identitás technokratikus jellege, a „rejtett curriculum” révén megőrződő szakmai „etnocentrizmus” és az orvosi antropológia által kínált kulturális önreflexióval párosuló relativisztikus pluralizmus éles ellentétben áll egymással.

A modern biomedicina és a posztmodern orvosi antropológia összehasonlítását a 4. táblázat mutatja be.

Látható, hogy a táblázatban a középső oszlopot foglalja el a pszichoszomatika, amely a holisztikus szemléletet mutató, az orvosi egyetemi tananyagban a betegség és a testi, lelki kölcsönhatások kapcsolatát vizsgáló orvoslási irányzat. Ezért a pszichoszomatika bizonyos értelemben egyfajta „átmenetet”, másrészt „modern” fedezéket nyújthat a részben posztmodern orvosi antropológiának.

A modern és a posztmodern összeegyeztetése Browner, Montellano és Rubel (1988) vitáját idézi. A kutatók hangsúlyozták, hogy egy olyan elemzési keret, mely egyesíti a népi orvoslás *emic* szemléletmódját a biológiatudományok *etikusságával*[5], értékes új interpretációkat eredményezhet a humán fiziológiai folyamatokat tanulmányozó, kultúrák közötti, összehasonlító jellegű kutatásokban; abban, ahogy ezeket a folyamatokat értelmezzük; és az ezen értelmezések által előhívott kultúra-specifikus viselkedések vizsgálatának terén is.

1.4.4. Az orvosi antropológia oktatása és beavató hatása

A magatartástudományok általában helyet szorítanak az orvosi antropológia oktatásának. Robert C. Ness (1982) ír például a preklinikai tantervbe ágyazott orvosi antropológia oktatásával kapcsolatos tapasztalatairól. Azt találja, hogy az orvostanhallgatók a képzés első évében az orvosi antropológia elméleteiről és fogalmairól a társadalmi és magatartástudományok részeként tanulnak.

A hagyományos orvostudományi tantervek áttekintését célzó elemzésében Niemi (1997) kimutatja, milyen nehézségeket rejt a kritikai gondolkodás és a problémamegoldás készségének elsajátítása, melyet általában a probléma alapú tanulási modellekkel, illetve a betegekkel való közvetlen kapcsolatot célzó kurzusok korai bevezetésével gondolnak megoldani. A kritikus gondolkodás alapfeltétele a kulturális

[5] Ld. 1. melléklet

önismeret, ami segíthet eligazodni a „magától értetődőnek vélt” orvosi viselkedésminták és ideológiák között. Az orvoslási rendszerek pluralizálódásával a reflexív ítélőképesség, ha lehet, még fontosabb tulajdonsága az orvosnak. Jóllehet a szakmai identitás kialakulása nem lineáris folyamat, a preklinikai képzés mégis egyértelműen meghatározza.

Azok a hallgatók, akik a manuális orvosi szakmák iránt mutatnak érdeklődést, mint például a sebészet, a traumatológia vagy az ortopédsebészet, hajlamosak korán elköteleződni. Ezen orvostanhallgatóknak az orvosi antropológia kulturális reflexivitásával szembeni kritikai vagy tagadó hozzáállása abból a formálódó identitásból eredeztethető, amely a szaktekintély által mindenkor megerősített, határozott elkötelezettségre épül. Amilyen kevéssé jellemző teljesítményorientációjukra a reflexivitás, az annál gyakrabban párosul rögzült nézőponttal, melyből ugyanakkor hiányzik az információ hatékony, több aspektus figyelembe vételével végzett integrálásnak készsége (Stephen és mtsai 1992).

A formálódó és a kiforrott identitás ugyanazon folyamat két állomása, melyek közé ékelődhet az aktív keresés moratóriumi szakasza. Az elköteleződés-mentességet célzó különböző alternatívák összehasonlításáról és számbavételéről írott tanulmányában Niemi (1997) az általa vizsgált, preklinikai tanulmányaik végéhez érkező orvostanhallgatók harmadához rendeli hozzá az „aktív felfedező” címkét.

1.5. Test és beavatás

1.*5.1. A testkép napjainkban*

A *modern testkép* alapjait Descartes és Newton tanai vetették meg. Az emberi testet matematikai tömegnek, önszabályozó „gépnek” tekintették, amelyre a fizika és technika törvényei ugyanúgy érvényesek, mint bármely más testre. Ennek nyomán elterjedtek olyan modern koncepciók az emberi test felépítéséről és működéséről, melyek közül a legismertebbek a „vízvezetékmodell” és a „test mint gép” koncepció (Helman 2003):

- *Vízvezetékmodell:* Az emberi test mint üregek vagy kamrák rendszere, melyeket egymással és a test nyílásaival csövek és vezetékek kötnek össze.
- *A test mint gép:* Az emberi test mint belső égésű motor vagy elemről működő gép modellje. A test zavartalan működéséhez megújuló üzemanyag vagy energia

szükséges, ami tulajdonképpen a különböző ételeket és italokat jelenti. A gépmodell azonban arra is utal, hogy a test egyes részei az autó alkatrészeihez hasonlóan felmondhatják a szolgálatot; ezeket néha ki kell cserélni.

A posztmodern testkép már nyitottabbá válik: a mechanika helyett a termodinamika és az elktromagnetika törvényei vonatkoznak rá, állapota állandóan változik (Tatarkiewicz 2000).

Mary Douglas (2003b) vezette be a „társadalmi jelölés" fogalmát, szerinte a test „kulturális szöveg", amelyre a társadalom határai, szimbólumai, reprezentációi vetülnek rá. Ezek a jelek, jelentések, magukban foglalják a testi jegyek (pl. nem, bőrszín, „hibák") kulturális interpretációit, amelyeket a belső és a külső szemlélő is le tud olvasni. Ezt a folyamatot szociális konstrukciónak nevezzük.

1.5.2. Az anyag és a test uralma

A múlt század anyagelvűségéből (materializmus) következik a test „mindenhatósága" is a lélek fölött. *„A test az, ami a kultúrát, a médiát, a művészetet hegemón módon foglalja el, betölt minden reklámfelületet, szélsőszekuláris világunk szertartástere, és végső referenciája, hedonizmusunk és halálfélelmünk forrása, kizárólagossá tett ittlétünk totális foglalata, szuverenitásunk legtágabb lehetséges határa"* (Zsinkó-Szabó, Lázár, Túry 2012, p. 234.).

1.5.3. A test gyarmatosítása

Az előzővel látszólagos ellentétes folyamat a test kolonializációja, azaz leigázása és kizsákmányolása. Ezek részben régóta jelen vannak az emberi kultúrában, de nagyrészt a modern civilizáció, a globalizáció és a divatáramlatok jellemző következményei. Legjellemzőbb megjelenési formái: az egészségtelen életmód, a civilizációs betegségek elterjedése, a medikalizáció, a profitelvűség megjelenése az egészségügyben, a szépségipar és a divat káros hatásai (pl. káros kozmetikai eljárások, tetoválás, piercing, plasztikai sebészet), testképzavar (modell alkat mint ideál), az evészavarok elterjedése (pl. anorexia nervosa és bulimia nervosa), pornóipar, prostitúció, a test (érzékek és ösztönök) feletti uralom szakrális célból (pl. aszkézis, cölibátus, böjt) (Zsinkó-Szabó,

Lázár, Túry 2012 és Túry, Lázár, Zsinkó-Szabó, Mezei 2013).

1.5.4. Testkép a biomedicinában

A modern biomedicina testfelfogását jól összefoglalja Elisabeth Grosz (1999) megfogalmazása a testről, miszerint a test hús, szervek, idegek, csontváz konkrét, anyagi, élő szerveződése.

A biomedicinára jellemző *redukcionista szemlélet* következményeként a test egyre kisebb részletei kerülnek a figyelem középpontjába. Az orvosi diagnosztika robbanásszerű fejlődésének köszönhetően egyre pontosabb képet nyerhetünk az egyes szervek és sejtek állapotáról. Az orvosi tankönyvek tartalma a makroanatómiáról fokozatosan a mikroanatómia felé tolódik el (Helman 1992).

1.5.5. Testkép a holizmusban és a pszichoszomatikában

A ***holisztikus*** szemléletű gyógyítás az embert egésznek tekinti, feltételezi testének, szellemének és érzelmeinek egységét. A holisztikus szemlélettel gyógyító szakember nemcsak a betegséget, a megbetegedett szervet, vagy testrészt, hanem a beteget gyógyítja, egészségét kívánja helyreállítani, fenntartani.

Holisztikus szemléletet mutat az orvosi egyetemi tananyagban a betegség és a testi, lelki kölcsönhatások kapcsolatát vizsgáló orvoslási irányzat, a ***pszichoszomatika***. Olyan állapotokra vonatkozik, amelyeknek lélektani és fizikai komponensei is vannak, és a kettő között gyakran oksági összefüggés áll fenn. Ma az orvosi egyetemen például az alábbi betegségeket jelölik meg pszichoszomatikusnak: gyomorfekély, irritábilis bélszindróma, magas vérnyomás betegség, reflux oesophagei, anorexia és bulimia nervosa, fibromialgia.

Elterjedt a nyugati alternatív gyógyászatban egy olyan irányzat, amely minden szervet, testrészt és azok elváltozásait valamilyen pszichés folyamattal kapcsolnak össze. Legismertebb képviselői Rüdiger Dahlke, Thorwald Dethlefsen és Kurt Tepperwein. Ezek mivel leginkább egyéni megfigyeléseken és feltételezéseken alapulnak, tudományosan nem bizonyították, ezért kritikusan értelmezendők.

1.5.6. A test mint energiatest

Napjainkban rendkívüli népszerűségnek örvendenek a fejlett nyugati társadalmakban – elsősorban a laikusok és a különböző alternatív terapeuták körében – a különböző energetikai rendszerek. Ezek többnyire egyrészt az ősi keleti (kínai, indiai, tibeti) gyógyító rendszereket követik, másrészt az egyik legújabb tudományos megközelítés, a kvantumfizika tételein alapulnak. Ezeknek az irányzatoknak a közös lényege, hogy a testünk nem vagy nem csak fizikai testből áll, az annak csak egy része, tulajdonképpen a legalacsonyabb rezgésű rétege.

A ***kvantumfizika*** az 1900-as évek elején kialakuló új, forradalmi tudományos irányzat, mely az elemi részecskék fizikáját igyekezett leírni. Egyik legfontosabb tétele szerint az atommag és az elektronhéj között energia található. Ha az elektronhéjat az atommaghoz préselnénk, és ezt minden egyes atomunkkal megtennénk, annyi anyag maradna a szervezetünkből, hogy egy gombostű hegyén elférne. A kvantumfizika alapján tehát – minden más anyaghoz hasonlóan – testünk is energiából épül fel, ami alátámasztja és modern bizonyítékokkal erősíti az ősi (indiai, tibeti, kínai) orvoslások tanításait is az ember energiarendszeréről, melyek - némileg keveredve – mára „alaptételeivé" váltak az alternatív terápiáknak.

A ***kínai orvoslás*** alapja a szervezet energetikai rendszere. Az életenergia (chi) a különböző csatornákon (*meridián*okon) közlekedik, amelyek behálózzák az egész szervezetet. Ahol a meridiánok kifutnak a bőr felszínére, azokat a helyeket hívjuk *akupunktúrás pont*oknak (Pálos 1963). Fontos megemlíteni, hogy ez az ősi megközelítés még ma is nagy szerepet kap a gyógyításban, és Magyarországon egyre nagyobb elfogadásban van része. Ezt jelzi az is, hogy a SE Egészségtudományi Karán 2010-től indítanak ötéves Hagyományos kínai orvoslás képzést.

Az ***ősi indiai/tibeti és egyiptomi gyökereken*** alapul a test nadi- és csakrarendszerének ismerete. Az energiatest energiaközpontokból, energiavezetékekből (nadik) és a bennük áramló energiából (prána) tevődik össze. Balázs Valéria (2012, p. 11-42.) megfogalmazásában: „*Az energiatest hálózatát alkotva az energiavezetékek több tízezres nagyságrendben szövik át testünket, finoman behálózva azt. Ha az energiarendszert egy áramkörhöz hasonlítjuk, akkor az energiacsatornák töltik be az áramkör vezetékeinek szerepét. Az energia az áram, ami az áramkörben kering, az energiaközpontok (csakrák) pedig az izzók. (...) Az energiavezetékek főbb találkozási*

pontjainál található a hét csakra. Ideális esetben ezek magas energiájú területek, amelyek harmóniába hozzák és energetizálják a külvilághoz és belső világunk egy-egy területéhez fűződő kapcsolatunkat."

1.5.7. A test beavató szerepe a vallásban

A ***kereszténység*** testfelfogásában a test „bűnös hús", mégis a megváltás helyévé válhat. A ***buddhista felfogás*** szerint sincs test nélkül beavatás vagy megvilágosodás: *„Vannak olyan beavatások, amelyeket csak itt, földi életében kaphat meg az ember. A megvilágosodás pedig kifejezetten az emberi léthez köthető. Buddha, az egyik legismertebb megvilágosodott többször hangsúlyozta tanítványainak, hogy az összes létező lehetséges létszint közül csak az emberi testetöltésben érhető el a megvilágosodás"* (Váradi 2004, 35. sz).

1.5.8. A test beavató szerepe a laikusok körében

A laikusok körében a test beavató szerepének napjainkban jellemző megnyilvánulási formája a médián keresztül a különböző orvosi szappanoperák, krimik és horrorfilmek. Érdekes, hogy ily módon nem csak az orvostanhallgatók, hanem a laikus nézők is az anatómia és a boncolás területén keresztül nyernek betekintést az orvosi és gyógyászati világba.

Napjainkban „a test belseje" az anatómia népszerűsítésén keresztül eljutott múzeumokba, kiállítási csarnokokba (pl. Bodies kiállítás), melynek célja a szórakoztatás és az egészségügyi oktatás egy furcsa keveréke. Ez egy új vizuális előadásmód, melyet megtámogatnak a kifejezetten a nézőközönségre szabott új, látványos technológiák, és ahol a szórakoztatás erőteljesen keveredik a legújabb modern biotechnológia hitvallásával.

1.5.9. A test beavató szerepe a gyógyítóvá válásban

Marcell Mauss (2004) meghatározó írása a test technikáiról elméleti és gyakorlati súlyú fogalmi kategóriát teremt az orvosképzés testi színteréről, mely így magának a medikusnak a testét is képzési tereppé teszi. Ehhez társíthatjuk az orvosi habitus

kialakulását, mely részben a szociális tanulás, modellkövetés nyomán rögzül, és éppúgy része lesz az orvosi kommunikáció gesztusvilága, testnyelve és az adott orvosi szakterületekhez rendelt testtechnikák, fogások, előírt mozdulatkészlet is.

Ettől részben eltér a természetgyógyászok tanulási folyamata, melyben a szimbolikus anatómiaként értelmezett testi jelenségek (meridiánok, aura, csakrák) azonosítása, érzékelése a mindennapi testi tapasztalatoktól eltér. Ezek az ún. finomenergia észlelések, szubtilis érzékletek, radiesztéziás tapasztalások meglepő, beavató súlyú tapasztalatokként jelentkeznek (Lázár 2006). Az alternatív gyógyászok ilyen jellegű testi tapasztalatihoz illetve azok kontextusfüggő közös értelmezéséhez jó keretet kínál Thomas J. Csordas (1994) *„embodiment koncepciója*", melyet mint kulturális fenomenológiai paradigmát értelmez. Mauss (2004), Bourdieu (1991) illetve Csordas (1994) testkoncepcióit is figyelembe kell vennünk, amikor az orvosi szereptanulás illetve a manuális készségek tapasztalatainak színtereit követjük az orvossá válás keretében.

1.6. Betegség és beavatás

1.6.1. Különböző betegségképek

Az „egészség" és a „betegség" meghatározása így egyénenként, családonként, kulturális csoportonként és társadalmi rétegenként változik. Az egészséget a legtöbb esetben többnek tartják, mint csupán a kellemetlen tünetek hiányának. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) közismert meghatározása az „egészség" fogalmára: „*Teljes fizikai, mentális és szociális jólét; nem pusztán a betegség vagy rokkantság hiánya"* (WHO 1946).

1.6.1.1. Betegségkép a biomedicinában

„A betegség, a beteg állapot az egyén és a környezet válasza a rosszullétre; és különösképpen az, ahogy a beteg és a többiek a történés eredetét és jelentőségét értelmezik" (Helman 2003, p. 100.). Cassell (1976, pp. 47-83.) a „*betegség*" kifejezést használja arra, „*amit a beteg érez, amikor orvoshoz megy*", a „*kórkép*" kifejezést arra,

„amivel a rendelőből hazamegy”: „*a kórkép tehát olyasvalami, ami a szerv sajátja, míg a betegséggel az ember jellemezhető*”.

A biomedicinában ma már – elsősorban a már bemutatott ***redukcionista*** nézőpont és az orvosi *diagnosztika* elképesztő fejlődésének következtében – egyre gyorsabban, egyre részletesebben felismerhetőek a különböző betegségek, kórképek.

A már bemutatott ***„test mint gép” modell*** arra utal, hogy test egyes részei bármely géphez hasonlóan bármikor felmondhatják a szolgálatot, de az alkatrészekhez hasonlóan meg is lehet javítani vagy ki lehet cserélni azokat. A plasztikai sebészet vagy a szervtranszplantáció gyors fejlődése és a modern orvoslásban való elterjedése ennek a szemléletnek is köszönhető.

Szintén modern kori jelenség a ***medikalizáció*** jelensége, amely a biomedicina hatáskörébe von korábban orvosi kérdésként nem értelmezett testi-lelki jelenségeket (pl. lámpaláz, gyermekkori magatartási sajátosságok, a boldogtalanság stb.) (Helman 2003).

1.6.1.2. A betegség holisztikus megközelítése

Sok nem iparosodott társadalomban – hasonlóan az ősi-ókori betegségfelfogáshoz – ma is úgy gondolkodnak az egészségről, mint az ember-ember, az ember és természet, valamint az ember és természetfeletti világ közötti kiegyensúlyozott kapcsolatról. Bármelyik viszony zavara megnyilvánulhat fizikai vagy érzelmi tünetekben.

A mai fejlett társadalmakban is egyre jobban teret hódít a betegségek holisztikus megközelítése. Ennek legfőbb gyökerei a keleti tradicionális gyógymódok beszivárgása a nyugati orvoslásba, a kvantumfizika gyors fejlődése, és az ezoterikus és pszichoszomatikus tanok elterjedése. Az egészség és a betegség különböző biopszichoszociális megközelítései párhuzamosan léteznek a hivatalos biomedikális orvoslás mellett – mintegy kiegészítve, ugyanakkor sokszor kritizálva azt.

Manapság újra egyre nagyobb szerepet kapnak a gyógyításban – elsősorban a laikusok illetve az alternatív medicina képviselői körében – az ún. ***egyensúly-elméletek,*** amelyek a testet működtető erők vagy elemek egyensúlyaként értelmezik az egészséget; az egyensúly megbomlásának következményeként pedig a betegségeket (Pikó 2012). Ide tartoznak az ókori görög, ősi ajurvédikus és tibeti orvoslásból eredeztethető

*humorális elméletek***,** illetve a betegségeket a test (szóma) és a lélek (psziché) felborult egyensúlyából levezető *pszichoszomatikus megközelítések* is.

A ***kínai orvoslás*** szerint például, ha az energiavezetékekben, azaz a *meridiánok*ban az áramlás valahol zavart szenved, akkor az akadály előtt energiatorlódás, mögötte pedig energiahiány következik be. A betegségeket a jin-jang minőségek és az elemek egyensúlyzavara, illetve a meridiánokban áramló energia (chi) blokkjai okozzák (Pálos 1963).

Az ***ajurvédikus filozófia*** az egészséget a testnedvek vagy dosák (vata, pitta, kapha), az elemek (föld, víz, levegő, tűz, éter), és a normálisan működő hét alapszövet (plazma, vér, izom, zsírszövet, csont, csontvelő, reproduktív szövetek) egyensúlyi állapotaként értelmezi. Bármelyik tényező esetében fellépő egyensúlyzavar betegséget okoz (Lad 1995).

1.6.1.3. A betegség mint átmeneti rítus

Az orvosi antropológiában sokszor hozzuk fel példának a kórházba kerülést, mint tipikus szociális átmeneti rítust. Ilyenkor a beteg (kezdeti szociális státus) bekerül a kórházba, tehát visszavonul a megszokott életétől. A kórházi kezelés (átmeneti fázis) eredményeként gyógyulttá válik, és visszatér a normális társadalomba (új szociális státus). Az átmenet állapotában a beteg sérülékeny, gyakran veszélyes is mások számára (pl. fertőző betegségben). A kórházba való felvételkor a beteg belépési rituson megy keresztül, minek során szociális identitása több jegyétől is megfosztják. Nemétől, korától vagy társadalmi státusától függetlenül ugyanolyan kórházi ágyat, „egyenpizsamát” kap, mint bármely másik beteg (Helman 2003).

A spirituális pszichológiában is megjelenik a betegség = rítus szemlélet. Eszerint az emberi test úgy van megalkotva, hogy híven tükrözi a teremtő szándékát, hogy minden adott legyen egy boldog élethez, egyszóval tökéletes. A betegségnek tehát nem csak oka van, hanem célja is. Általa tudatosíthatjuk, hogy hol kell még tanulnunk, fejlődnünk. A betegséget így tekinthetjük „a lélek nyelvének” (Dahlke 2011), „esélynek” (Dethlefsen 1992), sőt lehet „út a teljességhez” (Dahlke, Dethlefsen 1991). A betegség eszerint egyfajta rituálévá válik: a test arra kényszeríti az embert, hogy új utat keressen, és a rítust tudatosan élje meg.

1.6.2. A gyógyítók betegségei

Természetesen a gyógyítók is szenvedhetnek olykor különféle betegségekben, sőt vannak olyan betegségek, amelyek tipikusan jellemzők lehetnek egy-egy típusú gyógyítóra. A gyógyítóvá válás pedig – mint már bemutattuk – egy szociális átmeneti rítus, hiszen ilyenkor a társadalom egy „átlagembere" annak magas státusú gyógyítójává válik. Függetlenül attól, hogy egy népi gyógyítóról (sámán, táltos), egy keleti tradicionális (kínai, ayurvédikus, tibeti) orvosról, egy modern képzésű nyugati orvosról vagy alternatív terapeutáról van szó.

1.6.2.1. Tipikus sámánbetegségek

A források alapján a sámánok, népi gyógyítók maguk is gyakran küzdenek gyógyító tevékenységükkel összefüggően különböző betegségekkel. Grynaeus Tamás (2012, p. 483.) kutatásaiban beszámol a népi gyógyítók betegségeiről: *„a természetfeletti (gyógyító, halottlátói, ráimádkozói) képesség, adomány kifejezetten kellemetlen, terhes annak számára, aki kapja (küszködik, bántják a 'rosszak', küzd a boszorkányokkal, szépasszonyokkal, más ártó hatalmasságokkal, eközben verejtékezik, ásítozik, kifárad, utána összetörtnek érzi magát, 'szinte olyan elmebeteg vagyok olyankor', szenved a beteg helyett, vagy azzal együtt).'"*

Rokon népeinknél is megtalálható az a hiedelem, hogy a sámán, tudós együtt szenved a beteggel, helyette átveszi betegségét. Ez a vogul folklórban úgy fogalmazódik meg, hogy a sámán gyógyításakor a gonosz nyilakat hajít a sámánba. Enyec adat szerint a sámán saját magát ajánlja föl áldozatul, hogy a beteg meggyógyuljon (Grynaeus 2012).

A sámán gyakran épp egy betegség beavató rítusa által válhat elfogadott gyógyítóvá, „beavatottá". Egy példa erre: *„A szellemek által kiválasztott ember álomélmények útján tanulja meg, hogy mit kell csinálnia, melyik szellemhez hogyan kell fordulnia. Az egyik sámán pl. hét évig betegeskedett, ami abból állt, hogy sokszor volt eszméletlen, otthon ült naphosszat, semmihez nem volt kedve, és hallgatta a „belső hangokat". Ez alatt az idő alatt megtanulta mindazt, amire elkövetkezendő sámántevékenysége során szüksége volt"* (Kerezsi 1997, p. 44.).

A sámánokat gyakran jellemzik epilepsziásnak is, azaz egy ideggyógyászati betegségben szenvedőnek. Grynaeus és más szerzők is szembeszállnak ezzel az állásponttal, mivel „mindenütt azt látjuk, hogy a népcsoport gyógyító embere az egyik legfontosabb, legnagyobb tiszteletnek örvendő személyiség, s nem epilepsziás, elmebeteg, de még csak nem is deviáns személyiség. A sámánszertartásoknál észlelhető pszichofiziológiai jelenségek mai tudásunk alapján jól értelmezhetők, hosszas előkészület, tanulás, testi és szellemi szoktatás, gyakorlat útján megszerezhetők, illetve kifejleszthetők" (Grynaeus 2012).

Az ausztrál bennszülött sámánokat vizsgáló Elkinnek (1945) is az a határozott véleménye, hogy a bennszülött gyógyító nem beteg, nem abnormális, hiszen hideg fejjel, megfontoltan, és nem valamilyen elmezavar diktálta állapotban vagy droghatás alatt dolgozik.

1.6.2.2. Az orvostanhallgatók betegségei

Egy tipikus híres-hírhedt betegség az orvossá válás folyamán a ***hipochondria***. A hipochondria latin szó, jelentése: betegségbeképzelés, fokozott betegségtudat. A hipochondria fő ismérve, hogy a beteg testi érzéseit, érzeteit, tüneteit tévesen interpretálja, állandóan azokkal van elfoglalva. Meg van győződve arról, hogy beteg, ennek ellenkezőjéről alapos orvosi vizsgálat sem tudja meggyőzni. Bár hipochonder bárki lehet, de az orvostanhallgatóknál mégis kifejezetten gyakori, előfordulását az *„orvostanhallgatók betegségének"* is nevezik. Esetükben is azt jelöli, hogy amikor a hallgató tanulja egy-egy betegség tüneteit, akkor elkezdi vizsgálni magát, és „véletlenül" meg is találja a tüneteket, amit épp tanul. Függetlenül attól, hogy épp milyen betegségről van szó. A hipochondria súlyosabb esetben komoly félelmeket és szenvedést indukál az orvostanhallgatókban.

Jellemző, hogy az egyetemisták általában egészségtelen életmódot élnek. Az egyetemi kultúrára jellemző a gyakori bulizás és ezáltal alkohol-, cigaretta- és drogfogyasztás, az állandó éjszakázás, a sok kávé és egyéb serkentő (koffeintabletta, egyéb doppingszerek) használata, egészségtelen és hiányos táplálkozás (gyorséttermi ételek, üres szénhidrátok, sok csokoládé és keksz nassolása, kevés friss zöldség és gyümölcs fogyasztása). A stressz ráadásul még jobban hajlamosít a fent említett egészségkockázati magatartásformákra, így ezek az orvostanhallgatókat kifejezetten

veszélyeztetik. A medikusokat érintő stresszről és annak hatásairól a következő fejezetben lesz szó.

1.7. Stressz és beavatás

1.7.1. A stressz Selye modelljében

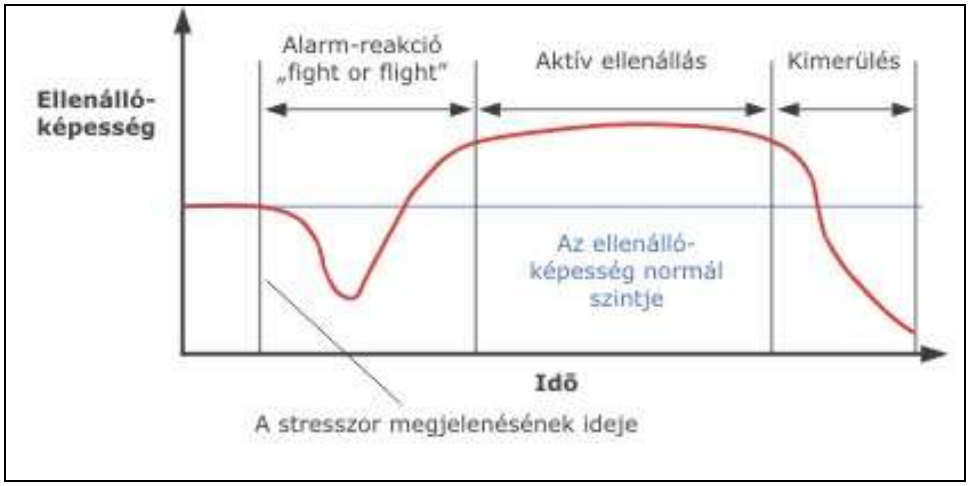
A stressz fogalmát először Selye János (1936) világhírű biológus határozta meg, miszerint a ***stressz*** a test nem specifikus válasza a testet ért igénybevételekre. Selye definíciója szerint a ***stresszor*** pedig olyan környezeti hatás vagy tényező, amely a szervezetben stresszreakciót vált ki. Bármely élethelyzet, amely alkalmazkodást követel meg tőlünk – legyen az kellemes, vagy kellemetlen – stresszor. Selye modelljében kétféle stressz létezik: A ***pozitív stresszt (eustressz)*** igazi életelixírként éljük meg, optimistának, stimuláltnak, produktívnak, a helyzet urának érezzük magunkat, ahogy szembesülünk a kihívásokkal, s a test rövid időn belül visszatér egyensúlyi állapotába. A ***negatív stressz (distressz)*** a tehetetlenség, frusztráció, csalódottság, kimerültség érzése, s testünk különböző testi tünetek formájában jelzi, hogy a stressztűrő képességünk határához közeledünk, s nem megfelelően kezeljük az adott szituációt.

Selye a "Stressz distressz nélkül" c. könyvében (1976) a stressz 3 szakaszát különbözteti meg (ld. 4. ábra):

I. „Vészreakció szakasza" (Alarm reakció): a test riadót fúj a stresszor megjelenésére adott válaszként. Az ellenállóképesség csökken, a stressz hatására a szív- és keringési rendszer, a vegetatív idegrendszer, a hormonmirigyek működése átáll oly módon, hogy elegendő energiánk álljon rendelkezésre a támadáshoz, vagy a meneküléshez. Ez az "üss, vagy fuss " reakció vészhelyzetben.

II. „Ellenállás szakasza": amikor a test ellenálló képességét a normális fölé emeli, hogy alkalmazkodjon a stresszor folyamatos jelenlétéhez.

III. „Kimerültség szakasza": amikor a testnek nincs tovább energiája a stressszorhoz való igazodáshoz, és megjelennek a stresszel kapcsolatos betegségek jelei, melyek halálozáshoz vezethetnek.



4. ábra: A stressz szakaszai (Selye 1976)

1.7.2. A szociális átmenetek stressze

A stresszt okozó élethelyzetek (pl. terhesség, házastárs, hozzátartozó halála, betegség, házasság, munkahely elvesztése, nyugdíjazás) mind saját szociokulturális állapotváltozások, melyek a korábbi állapotot egy másik helyzettel váltják fel. Gyakran keretezik ezeket a stresszhelyzeteket átmeneti rítusok, melyek segítenek kiszakadni az előző helyzetből, védelmet nyújtanak az átmenetre, és segítik az új helyzetbe való beilleszkedést. Egyben közösek abban, hogy kapcsolódnak a stresszhez mint élethelyzethez, de nemritkán maga a rítus is hordoz stresszteli elemeket. Ez utóbbi akkor erősödik fel, ha az átmeneti rítus maga is felkészít a következő életszakasz megpróbáltatásaira.

A szociokulturális stresszorok mint az áthelyezés, munkanélküliség, nyugdíjazás, kivándorlás erőteljes tartós változást hoznak magukkal. A stressz folyamatát és annak testi következményeit egyszerre vizsgálhatjuk lélektani és szociokulturális kontextusban (Lázár 2001a).

1.7.3. A stresszreakciót meghatározó tényezők

Selye eredeti modellje szerint a stressz a környezeti követelményekre adott patológiás fizikai választ jelent, melyet mind kialakulásában, mind következményeiben később Folkman és munkatársai (1986) erőteljes pszichológiai összefüggésekkel egészítettek ki.

Az orvosi antropológiai értelmezés mindezt további jelentésgazdag kulturális elemekkel bővíti. Az alábbiakban ezeket vizsgáljuk meg részletesen, illetve azt, hogy hogyan jelennek meg ezek az orvostanhallgatók esetében az orvossá válás folyamatában.

- ***Az érintett egyének jellemző vonásai:*** 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 szükségszerűen fellép az egyetemi évek alatt, a csalódások, frusztrációk feloldásának módja azonban jelentős mértékben az egyén megküzdési képességeinek függvénye (Molnár, Csabai, Csörsz 2003).
- ***A fizikai környezet:*** ide tartoznak az éghajlati viszonyok vagy a patogén mikroorganizmusok, az égés, trauma stb. A stresszreakció mértékét befolyásolja, hogy ezek a környezeti tényezők meddig állnak fenn, milyen erősségűek, milyen kiterjedésűek stb.
- ***A rendelkezésre álló társas támogatás:*** A társas támogatás nemcsak szociálpszichológiai jellemző, mert minőségét közvetve kulturális hatások is befolyásolják. A fejlődéslélektani és tartós pszichobiológiai következményekkel járó, és a kultúra által erősen befolyásolt kora gyermekkori anya-gyermek kapcsolati tapasztalatok (Lázár 2007) az újabb epigenetikai felismerések által igazolt módon befolyásolják a stressztűrő képességet.
- ***A gazdasági helyzet:*** a nyugati társadalmakban manapság a legfontosabb stressztényező (pl. munkanélküliség, szegénység, eladósodás stb.). Az egyetemisták körében is megfigyelhető: egy gazdagabb családi háttérrel rendelkező hallgató valószínűleg nagyobb támogatást kap otthonról, nem szükséges állást vállalnia az egyetem mellett, és várhatóan kevésbé aggódik például a jövőbeni munkavállalása és megélhetése miatt.
- ***A kulturális háttér:*** A kulturális tényezők összetett szerepet játszanak a stresszreakciókban. A csoport kulturális értékei védhetnek is a stressz ellen, például azáltal, hogy megerősítik a szociális és a családi kohéziót és a kölcsönös támogatást. A kultúra védhet a stressz ellen, de növelheti is azt. A placebo ellentéteként használt *nocebo hatás* alatt azt értjük, amikor kulturális hiedelmek, értékek, elvárások és gyakorlatok stresszhatást fejtenek ki. Lázár (1994, 2001b)

a kulturális eredetű stressz jelenségét pszichoimmunológiai magyarázó modell keretében vizsgálja, és a kulturális beágyazottság egyben a humán ökológiai megközelítést is indokolttá teszi (Lázár 2001a). Pusztán a kulturális normáknak, elvárásoknak való megfelelés, a presztízscélok teljesítése, vagy az ilyen értelemben elszenvedett kudarcok is egészségromláshoz vezethetnek.

1.7.4. A stressz hatása az orvostanhallgatók életében

1.7.4.1. Vizsgadrukk

A vizsgadrukk tipikus példa az akut stressz-hatásra. Ennek legfőbb tünetei: a szimpatikus idegrendszer gyors reakciója folytán, a fokozott adrenalin-hatás miatt: szapora szívműködés, gyorsult légzés, akár fulladás- gombócérzés is, a száj kiszáradása, fokozott izomfeszülés. Ezt követően egy paraszimpatikus hatású kompenzációs folyamat indul be, ami miatt fokozódhat a bélperisztaltika, vizelési inger, remegés és verejtékezés jelentkezhet. A gondolkodás beszűkül, részben az adott stressz-forrásra koncentrálódik, ugyanakkor nagymértékben csökken a gondolkodási, asszociációs képesség.

Számos kultúrában bizonyos rítusok elengedhetetlen része a fizikai és érzelmi stressz, amely lehet a gyógyító folyamat része, és lehet az új életszakaszra felkészítő próbaelem. Ezek a rítusok fájdalmas ingereket, fizikai kifárasztást, alvásmegvonást, extrém forróságot vagy hideget, hiperventilációt vagy megváltozott tudatállapotokat váltanak ki. De a kulturális stresszor endorfinok révén kelthet jó közérzetet, csökkentheti a fájdalom észlelését, és egyéb pozitív fiziológiai hatásai is lehetnek (McElroy, Townsend 2008).

Az egyetemisták esetében is igaz, hogy a vizsga-stressz épp úgy lehet pozitív (eustressz) és negatív (distressz) a vizsgázóra nézve. Az eustressz nagy mértékben emelheti a vizsgázó teljesítményét, javíthatja a memóriát, felgyorsíthatja az asszociációkat, serkenti az ok-okozati összefüggésben való gondolkodást. Sajnos a vizsgadrukk negatív megélése azonban gyakoribb. A nagyobb mértékű stressz viszont debilizáló szorongást, regressziót kelthet, beszűkíti az asszociációkat, az emlékek felidézését (tehát pl. az elolvasott anyag előhozatalát az elme tudatos rétegébe), zavarhatja a logikus következtetést.

1.7.4.2. Stressz és betegség

A hosszú ideje fennálló, ún. krónikus stressz pszichoszomatikus tüneteket, majd betegségeket idézhet elő. A stressz egészségkockázati hatása azon alapul, hogy a stressz károssá válik, ha az egyén és a környezete közötti egyensúly megbomlik, azaz nem megfelelő az adaptáció (Folkman és mtsai 1986).

A stressz által előidézett patológiás elváltozások nagyrészt nem-specifikusak, ezért nem beszélhetünk specifikus stresszbetegségekről, amelyek egy bizonyos stresszhez köthetők. Vannak azonban kiemelten olyan pszichoszomatikus kórképek, amelyek gyakran visszavezethetők hosszantartó stresszhatásra, mint például a gyomor-bélrendszer fekélyei (ulcus pepticum, colitis ulcerosa).

Az orvostanhallgatókat érintő tartós stressz a medikusok egészségállapotát is érinti. A folyamat patomechanizmusa egyrészt a stresszhormonok és a szimpatikus idegrendszeri változások által előidézett pszichofiziológiai hatásokon alapul (Dressler 1985). A szimpatikus- és paraszimpatikus háztartás zavara mellett az immunrendszer is kimerül, alvászavar léphet fel, disthymia, de bélrendszeri panaszok is jelentkezhetnek: pl. hasmenéses tünetek. A szorongás maga is jelentést hordozó kifejezés, a magas arousal miatt fokozott izomfeszültség krónikus nyaki-hátgerinc fájdalmakat okozhat.

A hasonló stresszoroknak kitett különböző kulturális csoportok különböző típusú stresszreakciókat adhatnak; ugyanazon a kultúrán belül a férfiak és a nők reakciói is különböznek egymástól. Guthrie és munkatársai (1975) francia, amerikai, Fülöp-szigeteki és haiti főiskolásokat vizsgálva megállapították, hogy az amerikaiak több gasztrointesztinális tünetről számoltak be, míg a franciák többször említettek hangulatváltozást vagy gondolattartalmi változásokat. A Fülöp-szigetiek, főleg a nők a kardiovaszkuláris tüneteket, például a gyors szívdobogást és a szapora légzést hangsúlyozták. Az olyan tünetek mint szédülés, fejfájás, rémálmok és izomrángások mind a négy csoportban a nők között voltak gyakoribbak.

1.7.4.3. Kiégés

A kiégés jelenségét mint *Helfer szindrómát* először Freudenberger (1974) írta le önsegítő közösségek tagjainál, egészségügyi dolgozók körében végzett megfigyelései alapján. Legfontosabb jellemzői: fizikai, emocionális, mentális kimerülés,

reménytelenség és inkompetencia érzése, célok és ideálok elvesztée, a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök.

Schaufeli és munkatársai (2002) a hallgatók kiégési jelenségét a teljesíthetetlennek tűnő követelményekkel hozzák kapcsolatba, melyek miatt cinizmus és távolságtartás alakul ki. Jelen kutatás azaz az orvosi pályaszocializáció tekintetében különösen fontos, hogy Schmidbauer (1977) szerint a Helfer-szindróma a segítő saját ingatag pszichés egyensúlyával hozható összefüggésbe, ami a szociális segítésen keresztül merev életformává alakul. Mindez akkor fontos, és az orvossá válás lelki mélyrétegét érintő motívum, ha a pályaválasztás rejtett motivációja egyben az öngyógyítás igénye is.

Becker (1964) rejtett curriculumában leírt jelenségeket magyarázhatjuk a kiégés triászával is: a feladatok terhe és nemritkán teljesíthetetlenségének érzete közepette megélt *érzelmi kimerülés* hozzájárulhat az emberi problémákkal szembeni közöny, a társas helyzetek kezelésére való alkalmasság elvesztése érzésének kialakulásához. Ehhez a klinikai cinizmus felsőbb években leírt elemeként a kiégés jellegzetes eleme, az *elszemélytelenedés*, azaz a betegek tárgyként való kezelése társul, és a medikus épp a kritikus klinikai tapasztalatszerzés idején szembesülhet a kiégés harmadik öszetevőjével, a *teljesítménycsökkenéssel*: azaz a negatív önértékelés, kompetencia hiányának érzésével, mely halasztáshoz, deprofesszionalizációhoz, pályaelhagyáshoz vagy a klinikumon kívüli orvosi pályaúthoz vezethet.

Ha követjük Herbert Freudenberger és Gail North (2008) 12 szakaszra osztott burnout folyamatmodelljét, látható, hogy az idealista kezdet, a tapasztalatokkal szembesült realizmus, a stagnálás, kiábrándulás, és a frusztráció végül az apátia szakaszai alkothatják egy végső eredményében kudarcos orvostanhallgató pályaút elemeit. *Az idealista szakaszra* az önigazolási kényszer, még keményebb munka, a saját szükségletek, személyes igények elhanyagolása, a konfliktusok elfojtása, elhanyagolása jellemző. *A realista szakaszban* a hallgató feladja a mindentudás igényét, és próbál kialakítani teljesíthető, a későbbi választható szakmájához kapcsolódó tevékenységkört, célokat. Építi együttműködését a kollégákkal, és az orvosi távolságtartás és a részvét egyensúlyának megteremtésén fáradozik. Ez az időszak a TDK tevékenységben, intézetekhez kapcsolódásban, mesterkeresésben ölt testet, az átfogó idealizmus így leszűkül. Mindezt új medikusi szertartásformák is kifejezésre juttatják (TDK

konferenciák, kutatóközösséghez csatlakozás beavatási helyzetei stb).

Ha ez nem sikeres, a hallgató önmagában, teljesítményében és az adott intézményekben csalódik, nem erősítik meg erőfeszítéseit, akkor csökken az érdeklődése, teljesítőképessége, nyitottsága, a kollégákkal való beszélgetései terhessé válnak, csak a védekező viselkedés megerősítését szolgálják. *A frusztráció szakaszára* jellemző hogy szakmájukban visszahúzódnak, az egyetemi, szakmai, közéletből visszavonulnak és a hallgató kétségbe vonhatja saját hivatásának értelmét és értékét is. Az apátia azért veszélyes, mert épp a legnagyobb gyakorlati jelentőségű időszakban a legfontosabb attitűd sérülhet meg, amikor a hallgató minimumra korlátozza erőfeszítéseit, empatikus viszonyát a beteggel, a szakmai munka sematikusan történik, a kollégákat kerüli, a helyzetváltoztatás lehetőségét elveti.

Csörsz Ilona (2011) munkájában felhívja a figyelmet arra, hogy vizsgálatok sora jelzi: az orvostanhallgatók körében riasztó mértékben növekszik a kiégés előfordulási gyakorisága (Dahlin és Runeson 2007) mely magas 15%-os depresszió gyakorisággal (Tjia 2005), sőt szuicid veszélyeztetettséggel társul (Tyssen 2001).

Ennek megfelelőek a magyarországi adatok is, melyek szerint 2008-ban a hallgatók 30%-a volt a magas kiégettségi szintbe sorolható, és a hallgatók 25%-ának voltak pszichoszomatikus panaszai, amit összefüggésbe hozhatunk a kiégés folyamatával (Papp és Túry 2010).

A megelőzés szándéka hívta életre a Semmelweis Egyetemen a Humánia Pályaszocializációs Műhelyt, amely lehetőséget nyújt arra, hogy a medikusok olyan készségeket és módszereket sajátítsanak el, amelyek a későbbiek során elősegítik a nehéz érzelmi helyzetek feldolgozását, ezáltal csökkentve a kiégés kockázatát (Major, Ress, Hulesch, Túry 2006).

1.7.4.4. Stressz és életmód

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, öngyilkosság), egészségkárosító (dohányzás, helytelen táplálkozás) és addiktív (alkohol és drogfogyasztás) viselkedésformák aránya. Mindezek megint csak a már bemutatott segítő foglalkozásúakat veszélyeztető kiégettségi szindrómával hozhatók összefüggésbe (Molnár, Csabai, Csörsz 2003).

1.8. Halál és beavatás

1.8.1. Modern halálkép

Zana és Pilling (2012, p. 151.) Hegedűs Katalint (2006) idézve így foglalják össze a XX. századi halálkép jellemzőit: *„a halál és a haldoklás szekularizálódott, hospitalizálodott, a haldokló izolálódott, a halál személytelenné és irracionálissá vált, kommercializálódott, metaforizálódott”*. Mindez az alábbi folyamatok következménye.

1.8.1.1. Gazdasági és társadalmi változások

A XX. század borzalmai – többek között az első majd a második világháború, a holokauszt, az atombomba ledobása, az örmény és a ruandai népirtás – a halált elviselhetetlenül borzalmassá tették. Ezzel egyidejűleg – az urbanizáció terjedésével, a hagyományos közösségek felbomlásával – elsorvadnak vagy teljesen megszűnnek a halállal, haldoklással, gyásszal kapcsolatos korábbi rítusok, hagyományok (megszűnik a gyászruha viselése, korábban a közeli hozzátartozókat egy éven át gyászolták). A közösség, a társadalom egyre erőteljesebben hárítja a halállal való szembenézést. A haldoklókat immár nem az otthonukban gondozzák, hanem általában kórházakban – gyakori, hogy a halál pillanataiban a hozzátartozók nincsenek jelen. A modern korban a média számára a természetes halál szinte tabunak számít, miközben az erőszakos halál a szórakoztató ipar egyik legfőbb élményforrásává válik (Zana, Pilling 2012).

1.8.1.2. Materializmus és szekularizáció

A vallástalanítás (szekularizáció) és a materialista világkép jelentősen befolyásolta a halálról alkotott felfogást is. A materializmus szerint a halál pusztán biológiai folyamat, az életműködés megszűnése, amellyel az egyén léte teljesen véget ér. A materializmust illetve az ateizmust sokan „új vallásnak” is minősítették, de a valódi vallások protektív szerepe ezeknél a szemléletmódoknál nem érvényesül.

Egy tipikus jelenség a modern orvoslásban, amikor az egészségügyi dolgozók kétségbeesetten (szinte „megszállottan”) küzdenek meghosszabbítani a gyógyíthatalan betegek életét is. Ez részben az uralkodó materialista felfogásnak köszönhető, hiszen ez

alapján „a halál után nincs tovább”; részben a papi-orvosi hivatások szétválásával (szekularizáció) az orvosok kifejezetten a gyógyításra vannak szocializálva, míg az elengedés, halál előtti „felkenés” a pap feladata maradt.

1.8.1.3. A biomedicina halálképe

A 20. század első felében a modern orvoslás robbanásszerű fejlődése nem csak az emberek test- és betegségképét alakította át, hanem a halálhoz fűződő viszonyát is. Az egyre „fantasztikusabb” diagnosztikus és terápiás módszereknek köszönhetően (pl. szerv transzplantáció, lélegeztetőgépek) egyre több olyan beteget sikerül megmenteni a „halál torkából”, akik ezen eszközök nélkül menthetetlenek lennének.

Ennek köszönhetően átminősültek azok az évszázadokig egységesen értelmezett alapfogalmak, mint „élő” és „halott”. Ma a biomedicina már három halálállapotot különböztet meg, amelyeket az 5. táblázat mutat be.

A halál típusa/fázisa	Alapvető ismertetőjele	Leírása
Klinikai halál	Légzés- és keringéshiány	Ha a biológiai halál jeleit nem észleljük, biológiailag megalapozott esély van a folyamat lassítására és visszafordítására.
Agyhalál	Az agy működésének megszűnése	Ez az állapot végleges és visszafordíthatatlan. A klinikai halál bekövetkezte után (kb. 3-5 perc) megszűnik a szervezet oxigén-utánpótlása, a sejtek az erekben maradt tartalékot kezdik el használni. Az agysejtek gyors anyagcseréjük miatt ezt hamarosan felélik és elpusztulnak. Amennyiben az agyhalottat mesterségesen lélegeztetik, az ilyen módon a szervezetbe jutó oxigén lehetővé teszi a szív működését is.
Biológiai halál	Az alapvető életműködések hiányoznak	Nincs megalapozott remény a folyamat visszafordítására. A biológiai halál egyértelmű jelei: élettel összeegyeztethetetlen sérülés (pl. hiányzik a fej), élettel összeegyeztethetetlen állapot (a test bomlásnak indult), hullamerevség, hullafoltok megjelenése. Amikor a köznyelvben úgy fogalmazunk, hogy valaki meghalt, ezzel a megfogalmazással ezt az állapotot jelöljük.

5. Táblázat: A halál fázisai

1.8.2. Halál a spiritualitásban és az alternatív medicinában

A modern társadalmakban egyre nagyobb népszerűségnek örvendő ezoterikus-spirituális tanításokban a halálkép ötvözi a nagyobb (pl. tibeti, indiai, egyiptomi) filozófiai-vallási rendszerek felfogását, valamint a modern kori halálközeli élményekről

szóló beszámolókat. Koncepciójuk szerint az emberi lelkek a karma törvényszerűségei szerint egyedi, progresszív lélekfejlődési utat járnak be a számtalan, időben egymásra következő életek során (reinkarnáció). Egyik legjellemzőbb technikájuk az előző életek megismerésére alkalmazott regressziós hipnózis, amit a hivatalos pszichiátria egyes hipnózis technikái során is alkalmaznak.

1.8.3. A halál mint átmeneti rítus

Az élethosszig tartó születések nem képzelhetők el időszakonkénti fogyatkozások, szimbolikus halálok nélkül. A gyermek ifjúvá érése maga után vonja a gyermekkor végét, az ifjak felnőtté válása feltételezi a kötetlen szabadság végét, a házasság és gyermekvállalás anyává és apává avatja a korábban független nőt és férfit, a betegség (átmenetileg) véget vet a testi-lelki-szellemi jóllétnek, a halál véget vet a korábbi születések sorának, ugyanakkor spirituális értelemben maga a születés.

A halálfélelem és a halálközeli élmények kiemelt szerepet játszanak a beavatási szertartások során, és a szertartások egy másik fajta vallási szimbolizmusában. A feltámadás és az Eucharisztia, mint a keresztény megváltási ünnepkör központi elemei is erről a végső liminális átmeneti állapotról szólnak, mely a halálhoz és a halál utáni állapothoz, vagyis a keresztre feszítéshez és a három nappal későbbi feltámadáshoz vezetnek. Ezek esetében a halál biztos lehetőségként vagy a halál utáni életként tematizálódott, másrészt az elkerülhetetlen feltámadás keretei között, azzal a gondolattal, hogy a szellem fölényt élvez a test fölött.

1.8.4. A halál beavató szerepe az orvossá válásban

Kvalitatív vizsgálatok igazolták, hogy az anatómia tanulása által a tetemek boncolása közelebb visz az orvosi hivatás kifejlődéséhez (Swick 2006, Netterstrom és Kayser 2008), valamint Boeckers és munkatársai szerint (2010) a boncolási gyakorlatok elősegítik olyan szakmai kompetenciák kifejlődését, mint a csapatszellem, a tanulási stratégiák, az önreflexió vagy az időgazdálkodás.

Külföldi tanulmányokban úgy tűnik, hogy a még ép holttesttel való találkozás szintén zavarbaejtő (Finkelstein és Mathers 1990).

Egy magyar tanulmányban Turcsányi és Rigó (2006) azt is igazolta, hogy az anatómia és patológia órákon a halottakkal való találkozás öntudatlan védekező mechanizmust indukál, mely kiemelkedő jelentőségű, mivel erősen ellentétes az emberi élet végtelenségébe vetett hittel, mely kamaszkorban érvényes.

Másrészt ez a beavatás vagy imprinting jellegű korai konfrontáció a halállal okozhat szorongást, mely az orvosképzés egyik mellékhatása. Ez a „beavatási distressz”, személyiségváltozásokhoz vezet, cinizmust vált ki (Wolf és mtsai 1989), megváltoztatja az értékrendet (Bánfalvi 2003) és a deperszonalizációs tendenciákat erősíti a gondoskodó, empátiás magatartással szemben (Hojat és mtsai 2004).

A rituális szorongás fogalma az orvosképzés „átmeneti rítusa" kapcsán nincs messze attól a felfogástól, mely a boncolást traumatikus élményként kezeli, ezáltal a "poszttraumás stressz" állapotot rendeli ehhez az élményhez. Silver (1982) például javaslatot tesz a "bántalmazott gyermek" jelenség megnevezésre, mellyel párhuzamot von a közös megfigyelhető jellemzők és változások kapcsán az orvostanhallgatók és a bántalmazott gyermekek között. Ezek az elszenvedett, nagyrészt figyelmen kívül hagyott vagy fel nem ismert abuzív történések a vágy és lelkesedés irányából fokozatos átalakulást jelentenek a depresszió és a félelem irányába.

Egy kultúraközi összehasonlítást tesz lehetővé az orvostanhallgatók között, amikor összevetjük reakcióikat különböző kulturális hátterükkel összefüggésben. Az ausztrál hallgatók 30%-ánál testi tünetek jelentkeztek a hullákkal való első találkozást követően a boncteremben (Horne 1990). Abu-Hijelh és mtsai (1997) azt találták, hogy az anatómia gyakorlat erős stressz, melyet remegés és étvágyvesztés kísér a hallgatók majd ötödénél, és 38%-uknál ijedt arckifejezés jelent meg a holttest látványa kapcsán. Mascat és Omán egyetemének arab orvostanhallgatói körében 46%-uknál volt félelem tapasztalható a kezdeti bonctermi gyakorlatok előtt és közben, és az első éves hallgatók 17,1%-a, míg a másodéves diákok 21,1%-a elhúzódó tünetekben szenvedett, melyek egy évnél hosszabb ideig fennálltak. Afrikai adatok szerint szintén magasabb szorongást találunk, mint az európai jelentésekben, Nigériában például a Benini Egyetemen az orvostanhallgatók igen jelentős stresszforrásként jelölték meg a bonctermet (Nnodim 1996). Noha az amerikai diákok többsége pozitív hozzáállással viseltetett a kezdeti anatómiai boncolások kapcsán, kisebb százalékuk traumatikus élményként kezelte azt,

addig a malajziai diákok nagyobb valószínűséggel "mérsékelt" vagy magasabb stresszként értékelték a helyzetet.

Ilyen módon a boncolás szobája annak minden szomatikus bizonyítékával együtt egy átmeneti helyet képez a valóságból a transzcendentális spektrumba. És egy egész kórház átalakulhat a lelkek otthonává és harcának helyszínévé, az igazság szimbólumaként. De ezek az átmenetek elfogadottak a különféle orvosi valóságokban is (Johannessen, Lázár 2006), ugyanis az alternatív orvoslásban egyáltalán nem abszurdak ezek a spirituális értelmezést igénylő példák.

1.9. Média és beavatás

1.9.1. Az orvosi filmek, filmsorozatok általános jellemzői

Az orvosi témájú filmek mind arra szolgálnak, hogy betekintést nyújtsanak az orvosi világ függönye mögé. Az orvosi drámákban fellelhetőek bizonyos jellegzetes vonások: egyfajta szórakozást nyújtanak, időt hagynak a gondolkodásra és a történtekre való reflektálásra, az idő múlása megfeleltethető a tényleges emberi időnek, nem fenyegeti a nézőt, hiszen nincs arra kényszerítve, hogy klinikai körülmények között maga hozzon konkrét döntéseket.

1.9.2. Az orvosi filmek fajtái

A **klinikai sorozatok** lépésről lépésre hódították meg a médiát. A korai orvossorozatok (Dr. Kildare, City Hospital, Emergency Ward) sokban különböztek a mostaniaktól, ugyanis valósághűbbek voltak, az orvosi forgatókönyv erkölcsi üzenetekkel volt tarkítva, míg a klinikai rejtvények és a döntés körül zajló "feszültség" ábrázolását nem vitték túlzásba. Karpf (1988) szerint az orvosi szakma sokáig nem akarta, hogy akár a média, akár a nyilvánosság beavatkozzon saját területének rejtelmeibe.

Az elkövetkezendő évtizedek a fogyasztás növekedésével és a páciens látásmódjával az orvosi tartalmú témák felé egy szkeptikusabb nézői hozzáállást hoztak létre, ahol az orvos domináns pozíciója csökkenni látszott. Ebben a sokrétűbb környezetben az orvoslás és az egészségügy másfajta lefestése kezdett előtérbe kerülni,

és a klasszikusan ismert hősies "jó orvos" képe helyett valóságosabb, vagy nem ritkán ellenmondásos orvosi figurák kezdtek megjelenni az orvosi filmdrámákban és szappanoperákban. A valódi orvosi tények pontos közvetítése homályossá vált a kortárs orvosi média megjelenítésében a szórakoztatás fontosságának előretörésével. Habár ezzel a látásmóddal nem értenek egyet az orvosilag képzett nézők, a naiv közönség és az orvostanhallgatók könnyedén belevonhatóak. Collee (1999) éppen ezt a lenyűgöző misztifikációt kritizálja.

Az olyan ***orvosi szappanoperák***, mint *A Grace klinika*, a *Schwartzwald Klinik* vagy a csehszlovák *Kórház a város szélén* inkább az emberi kapcsolatokról és a helyi orvosi közösség melodrámai eseményeiről, s a külvilággal való kapcsolódásaikról szólnak.

Egy másik műfaj, az ***orvosi komédia*** mint a *Dokik* vagy a magyar rajzfilm, a *Kérem a következőt*, melyekre jellemző a szarkasztikus és ironikus felhang és a karikatúra-szerű figurák és forgatókönyv.

Az olyan ***bűnügyi sorozatokat***, mint a *CSI* - amelyet egy külön műfajnak, a "törvényszéki sötétségnek" nevezik, melyben a törvényszéki tudomány és a "boncolás-központú szórakoztatás" keverednek egymással - is lehet úgy kezelni, mint a korai anatómiai élmények orvosi beavatású analógiája. Az orvosi kontextus az egésznek egy archetipikus lenyűgöző keretet kölcsönöz a profizmus imádataként.

A sorozatok mellett van egy másik műfaj is, a különféle **thrillerek és horrorfilmek**, ahol az elbeszélést az orvostanhallgatók világába helyezik bele, mint például Rusowitzky *Anatómia I és II.* című thrillerében.

1.9.3. Az orvosi drámák mint a média rítusai

Az orvosi drámák, szappanoperák a neo-durkheimi látásmódból nézve nem a média klasszikus rítusaihoz (pl. híradó) tartoznak. Azonban ha a különféle beszélgetős műsorokhoz hasonlítjuk őket, felfedezhetünk több világi "misztikus részvételt", amely során posztmodern, fejlett technológiával rendelkező, hiperracionális korunk alapvető feltételezéseit, erkölcsi értékeit, viselkedési szabályait, szerepeit és példamutatásait láthatjuk.

Carey (1989) szerint még a médiában is a híradás nem információ átadást jelent, hanem drámát. Ez egy igen erőteljes vélemény, melybe beleilleszkednek a televíziós drámák és szappanoperák is a bulvárlapokon, beszélgetős műsorokon, eseményeken vagy média felhajtásokon keresztül. Ahogy a híradó rituális funkciói keverednek a szórakoztatással, az orvosi szappanoperák és sorozatok is szórakoztatnak egyfajta rejtőzködő rituális részvételen keresztül, mely a nézőt az értelmezés csatornáján át a szeparáció, az átmenet (liminalitás) és a visszafogadás misztikus folyamatán viszi keresztül. A bulvárlapokkal, talk show-kal és társaikkal ellentétben az orvosi drámajátékok hagyományőrzőbbek és megpróbálnak egyfajta orvosi morált közvetíteni. Victor Turner (2002) rítus-értelmezése szerint ezek az orvosi filmdrámák megtestesítői és egyértelmű jelei a modern klinikai kozmológia értékrendszereinek.

1.9.4. A biomedicina és a média

Az orvosi filmek egy központosított ideológiájú intézmény, vagyis a média rituális terén belül elhelyezkedő biomedicina üzeneteit képviselik és közvetítik. Ahogy a biomedicina korunk modernitásának alapvető értékrendszereit foglalja magába, a médiában való megjelenése lehetőséget nyújt arra, hogy visszatükrözze, megmutassa, átalakítsa és különféle rituális funkciókkal átitatva kifejezze modern világunk ezen értékeit.

A világi, misztikumától megfosztott, bürokratikus társadalmi légkörben a biomedicina felveheti a mindennapi élet fölötti irányítás látszatát, hasonlóan az egykori vallásokhoz. Ahol a szomatikus egészség a megváltó és az üdvösség és egészségromlás helyettesíti a bűnt, és az orvos a morális vezető a pap helyett: mind a média, s mind az orvoslás egy rituális teret hoznak létre, egy világi egyház-szerűséget. Az orvosi témájú szappanoperák a "szentek legendáinak" modern változatai, melyek a szomatikus jóra vagy rosszra tanítanak egy társadalmi, technológiával körülvett, világi pszichológiába merített kontextusban.

1.9.5. Transzcendencia az orvosi drámákban

Bizonyos filmek felforgatják a pusztán materialista, szerv-központú, analitikus, ok-okozati összefüggésekben gondolkodó hagyományos orvosi látásmódot, mint például Wim Wenders *Berlin fölött az Ég* című filmjében, vagy annak amerikai változatában, az

Angyalok Városában, vagy az extrém "*A Birodalom*"-ban Lars von Trier-től, vagy a Stephen King-féle "*A Félelem Kórházában"*. Ezek a filmek részei a nyugati kultúra trendjének, amelyet „Okkultúrának" vagy „Újra-elvarázsolódás"-nak is nevezhetünk (Partridge 2002).

1.9.6. Az orvosi drámák hatása a laikusok körében

Egy szisztematikusan felépített kutatás adatai alapján (Czarny és mtsai 2008) kimutatták, hogy az orvosi filmdrámák az általános nézőközönség viselkedésében is változást hozhatnak (Valente és mtsai 2007).

Ezek a történetek és elbeszélések orvosi legendákként jelennek meg, melyek a laikus hallgatóságot egy másik világba vezetik be. Egyfajta szimbolikus módon elfordítják őket laikus víláguktól, s mélyen belekerülnek a szenvedések, kihívások, testi katasztrófák történetébe, oda ahol küzdenek a megoldásért, vagy gyógyulásért, vagy akár végigkövethetik a hős katartikus bukását - s mindezt egy orvosi szemszögből végigszemlélve. A klinikai világ eme megbabonázó élménye létrehozza a nézőközönség számára, hogy a saját ismert páciens szerepüket maguk mögött hagyva együttérző módon azonosulnak olyan gyógyítókkal, mint Dr. Kildare, Dr. House vagy más klinikai hősök. Erre tekinthetünk úgyis, mint ha egy fordított rendszer jönne létre, ami után a nézőközönség mélyebben képes átérezni a gyógyítók szerepét, és jobban fog tudni reflektálni saját páciensi viselkedésére.

A média elbeszélései az orvosokat hősöknek állítja be. A média által bemutatott klinikai világ bensőséges köre a legtöbb laikus számára lenyűgöző, és *„olyan hatással van az emberre, hogy szeretne részesévé válni"*. Ugyanakkor az is igaz az orvosi filmdrámákra, hogy a filmben lévő páciens és orvos közötti formális kapcsolat gyakran átalakul, mely pozitív hatással van a laikus nézőközönségre, és széttöri a klinikai világ zárt közösségét körbelengő misztériumot.

1.9.7. A média tanító-beavató szerepe az orvosképzés során

Társadalomtudósok vitatják és hangsúlyozzák a média felhasználásának fontosságát és funkcióját az identitás kialakulásában, melyben a közvetített szimbolikus anyagok

válnak a "narratív önazonosság" építményének alapjává. Kellner (1995) szerint a kortárs ipari társadalmunkban egy olyan "média kultúra" jelent meg, amelyből az emberek létrehozzák saját identitásukat.

A kutatók általában a média gyógyászati tartalmú információit hasznosnak tartják a biomedicina oktatásában, mert fejleszti a kommunikációs képességeket (Wong és mtsai 2009), és témát nyújt a bioetika számára (Spike 2008). Arawi (2010) szerint a bioetika oktatása keretrendszerét képezheti az orvosi filmdrámák beillesztésének a szakmai képzésbe. Az ő meglátása szerint az orvosi filmdrámák használata kiterjesztheti a jelenlegi esettanulmányokon alapuló gyakorlati oktatást, mivel a bioetikai esettanulmányok során tárgyiasul és lélektelenné válik a páciens, míg az orvosi drámák elbeszélései során megelevenedik.

O'Connor (1998) korai eredményei kimutatták, hogy az olyan orvosi szappanoperák, mint például a *Vészhelyzet* nyújtotta példaképek hasonlóképpen befolyásolhatják a diákok látásmódját és hitrendszereit, mint azok az orvosok, akikkel élőben találkoznak.

1.10. Orvosi identitás és beavatás

1.10.1. A gyógyító személy a különböző kultúrákban

A gyógyító állandó szereplője minden kultúrának a kezdetektől, de tudása és sorsa nagy mértékben – időben és térben – eltérhet kultúránként. Többféle megközelítéssel és hitvallással találkozunk a gyógyítás és a gyógyító szerepét illetően. A gyógyítás történhet elhivatottságból, a társadalmi, ideológiai és politikai értékrendszer iránti elkötelezettségből, melynek általában erős ideológiai háttere is van, avagy megvalósulhat az egészségügyi piac sokrétű érdekek vezérelte gyakorlataként, és természetesen ezek elegyeként is.

Az ősi társadalmakban – hasonlóan a mai primitív népekhez – abban hittek, hogy a különböző lelkeket, kozmikus erőket kell kiengesztelni a gyógyulás érdekében. Ezért érthető, hogy a gyógyító emberek a varázslók, papok, sámánok voltak (Mayer 1988). Így a sámán a kultúra számos későbbi intézményét megtestesíti egy személyben: orvos, pap, bíró, színész és médiaszemélyiség (Lázár 2012a). Az ókorban is folytatódott

ez a tendencia. A gyógyító/orvos alakja általánosan összekapcsolódott az isteni eredettel vagy papi funkcióval. A középkorban is papok alkották az orvosi rend nagy részét, a gyógyító tevékenységet leginkább kolostorokban, illetve a rendházaik mellé épített kórházakban a szerzetesek végezték (Mayer 1988).

Manapság az átlagember már nem beszél latinul („holtnyelv" lett), az egyház és a medicina anyanyelve mégis a latin maradt. A latin ismerete és használata így csak a „beavatottak" nyelve lett. Figyelembe kell venni a Sapir-Whorf hipotézist, amely azt mondja ki, hogy a "nyelv a kultúra alapvető szimbólumrendszere". Mindenki az anyanyelvén gondolkozik, mely az adott kulturális közeg gondolatrendszeréhez tartozik. Ezt a jelenséget "nyelvi relativizmusnak" nevezzük (Whorf 1956).

A hit alapú, azaz a sacralis credo szerinti gyógyítással ma is gyakran találkozunk: a bennszülött törzseknél most is ez a „hivatalos" gyógyítás, ugyanakkor a modern társadalmakban is jelen van a népi gyógymódok és a különféle alternatív és spirituális terápiák alkalmazásában. Elkin (1945) például úgy mutat be egy ma élő ausztrál őslakos gyógyítót, mint aki számos mágikus és természetfeletti képességgel bír (pl. halottakkal beszél, repülni tud, látja a lelkeket a levegőben, varázsolni, rontani, gyógyítani, hipnotizálni képes).

1.10.2. Az orvosi hivatás és szerep jellemzői

Molnár Regina (2013) szerint a klasszikus orvosi hivatás – sajátos jellemzői miatt – a hivatások archetípusának is tekinthető: az orvosok speciális tudásanyag birtokában vannak, és hivatásuk fontos jellemzője a szolgálat eszméje, a betegek iránti elkötelezettség.

A szerep fogalommeghatározásánál volt már róla szó, hogy a szociológiai szemlélet szerint a társadalmi szerepek (pl. orvos szerep) már készen állnak, az egyén (orvostanhallgató majd végzett orvos) feladata annyi, hogy ezt a szerepet megfelelően betöltse, „eljátssza" (Goffman 1981).

Parsons (1951) részletesen foglalkozott az orvosszerep leírásával és elemzésével. Az ***orvos szerep*** jellemzői szerinte a magas szintű *szakmai tudás* és *technikai specificitás*; az *érzelmi semlegesség* a beteggel szemben; az *univerzalizmus*, vagyis az a követelmény, hogy az orvos minden betegét egyforma módon, különbségtétel nélkül

kezelje; a *funkcionális specificitás* azaz az orvos páciensével kapcsolatban csak az egészség–betegség öszszefüggéseivel foglalkozzon, mert csak erre terjed ki kompetenciája. Parsons modelljét sok kritika érte, főként az érzelmi semlegesség követelményét és azt a normát, hogy az orvos hagyja figyelmen kívül betege magánéletét, egyéb egzisztenciális problémáit (Kapocsi 2012).

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) megfogalmazásában az orvosszerep a következő feladatokat vagy részszerepeket határozza meg: egészségügyi gondozó, döntéshozó, kommunikációs szakember, közösségi vezető és menedzser (Boelen 1992).

Kapocsi Erzsébet (2005 és 2012, p. 501.) a szegedi orvostanhallgatók körében végzett kutatása szerint: *„A hallgatók szerint az orvoslás és az orvos legfontosabb feladata az önzetlen segítségnyújtás és a gyógyítás (40%), azonban a betegségek megelőzését, a prevenciót, csak viszonylag kevesen emelték ki (20%). A hivatás lényegi jellemzői közé sorolják a hallgatók a maximális szakmai felkészültséget, magas fokú szakmai kompetenciát (60,5%), az állandó ön- és továbbképzést (33,9%), az erkölcsi–etikai elvek betartását (17,8%). A jó kommunikációs készséget viszonylag kevesen hangsúlyozták (16,1%), de a gyakorlatok során tudatosul bennük annak kiemelt fontossága”.*

Wright és *társainak* vizsgálata arra mutat rá, hogy a rezidens orvosok még szakterületük kiválasztásában is mennyire támaszkodnak a modellül választott orvosok preferenciáira (Wright, Wong és Newill 1997).

1.10.3. Az orvosi identitást jelző szimbólumok

Az ókorban még a legfontosabb orvosi szimbólum ***Aszlepiosz kígyós botja*** volt. A bőrét levedlő *kígyó* a megújulás, az újjászületés és termékenység jelképe, míg a *bot*, a hatalom és a gyógyítás istenének megtestesítője. Ma már nehéz lenne elképzelni egy orvost kígyós bottal a kezében, de a gyógyszerészek és így a modern patikák szimbólumában ma is találkozunk vele.

Az orvos mai modern megjelenéséhez, „szerepjátékához” leginkább a *fehér köpeny*, a *fonendoszkóp*, esetleg a *recepttömb* és az *orvosi pecsét* tartozik. Ezek a szimbólumok az orvoslás szekularizáltsága ellenére is tartalmaznak rituális sőt szakrális elemeket.

A ***fehér köpeny*** utal az ókorból eredő isteni eredetű illetve papi státuszban működő gyógyítókra. Pikó (2006, p. 196.) megfogalmazásában: *„Fehér köpeny: tisztaság, a mások iránti elköteleződés, a segítés, a tisztelet, a tudás megtestesítőjeként, a hippokratészi eskü letételével együtt a hivatásbeli etika elfogadását jelenti”*. Az angolszász világban pedig elterjedt a már említett ***„fehér köpeny szertartás”***, amit az orvosképzésbe kerülő hallgatók beavatási szertartásaként ismertetnek (Huber 2003).

Nálunk is közismert jelenség az ún. ***fehér köpeny szindróma***, amelynek lényege, hogy az orvos jelenlétében mért vérnyomás magasabb, mint az otthon mért érték. A fehér köpeny láttán megemelkedő vérnyomás-emelkedés annak ellenére is bekövetkezhet, ha jó az orvos-beteg kapcsolat.

Az orvosi fehér köpenyhez kapcsolódó leggyakoribb asszociációk	
▪ Orvosi képzettség ▪ Orvosi működési engedély ▪ Orvosi hivatáshoz tartozás ▪ Szakmai szervezet előtti felelősség ▪ A gondoskodásra és a szenvedés enyhítésére való törekvés ▪ Tudományos érdeklődés elméletek és technikák iránt ▪ Titoktartás ▪ Megbízhatóság és hatékonyság ▪ Érzelmi és szexuális távolságtartás ▪ Tisztaság ▪ Tiszteletreméltóság és magas társadalmi státus ▪ Magas jövedelem	▪ Speciális és hozzáférhetetlen tudás letéteményese, jogosultság a következőkre: o Anamnézis felvétel o Intim részletek megtudása a beteg életéről és a beteg testi vizsgálata o Vizsgálatok elrendelése o Gyógyszerek és más kezelések előírása o Döntés életről és halálról o A beteg kórházba küldése, néhány esetben még akarata ellenére is o A szakmai hierarchiában alsóbb fokon állók ellenőrzése (pl. fiatalabb orvos, nővér, hallgató) ▪ A betegség, szenvedés és halál helyzeteinek közeli ismerete

6. Táblázat: Az orvos fehér köpenyéhez kapcsolódó leggyakoribb asszociációk (Helman 2003, p. 181.)

A rituális szimbólumokat csak megjelenésük kontextusának tekintetbevételével lehet „dekódolni”. Fehér köpenyt hordanak az élelmiszer áruházak eladói is, mégsem gondoljuk róluk, hogy orvosok vagy nővérek lennének. Az egészségügyi intézményekben dolgozó orvosok fehér köpenye viszont számos asszociációt juttat eszünkbe. Az orvos fehér köpenyéhez mint rituális szimbólumhoz kapcsolódó leggyakoribb asszociációkat a 6. táblázat mutatja be (Helman 2003, p. 181.).

1.10.4. Dráma és szerepjáték az orvossá válásban

A professzionális önkép kialakításához szükséges, hogy az egyén képzeletében meg tudjon változni az önmagáról alkotott látásmód, mely új keretrendszert ad a szerepjáték struktúrájának és a lépésről lépésre haladó tanulóknak (Olesen and Whittaker 1968).

Haas értelmezése szerint az egyetemi oktatás színházi eszközeinek használata a professzionalizáció folyamatában: a szakmailag elismertté váláshoz szükséges a megfelelő közönségnek prezentált előadások gyakorlata. Az orvostanhallgatók hivatásossá válásához szükség van színházi, szerepjátékos elemekre, így az orvossá válás dramaturgiai analizálása hozzákapcsolódik egy rejtett szimbolikus-ideologikus és interakciós tantervhez (Haas és Shaffir 1982) és így az átalakulás szakaszainak halálosan nehéz átmeneti rítusai egy kritikus, legitim közönség előtt lesznek előadva elfogadható előadások keretein belül.

A medikus az átmeneti rítusokkal tarkított elnyújtott hat év alatt, ahol hivatásos szerepet, kapcsolatokat és identitást kell megszerezni, bekerül egy dramaturgiai logisztikával és szövegkönyvvel teli labirintusba, mely az orvosi gondolkodás és tökéletesedés törzsfejlődéséhez tartozik (Foucault 2000). Ez az orvosi gondolkodás egyfajta ismétlésen alapuló intellektuális fejlődése. Ez a dramaturgiai tapasztalás nemcsak szerepek, viselkedésmódok és orvosi tevékenységek megtestesítéséről szól, de különféle kulturális feltételezések, világlátások integrálásáról és ismeretelméleti, szövegértelmezési diagnosztikai és gyógyítói paradigmák elsajátításáról is.

Haas párhuzamot von a szereplőválogatáson megjelenő színészek, színésznők és az újonc, kiválasztott orvostanhallgatók között. A medikusok a hivatás szimbólumait használva (nyelvezet, ruha) lépnek be a színházi jelenetbe, mely segít azonosulni a szerepükkel. Tulajdonképpen az orvostanhallgatók magabiztos színészekké válnak, mert a különféle fokozatosan nehezedő próbák során előadásokat kell tartaniuk páciensek, ápolók és kollégák előtt. Ez abban segít, hogy a diák a későbbi karrierje során valóban meggyőzően tudja előadni a hiteles orvos szerepét.

1.11. Az orvossá válás folyamatának sikertelensége

Az orvosi pályán nem nehéz kiégni, elveszni, és végül – többnyire a diplomaszerzést követően – számos késői menekülési útvonal, Molnár Péter és Molnár Regina (2002) szavaival „vészkijárat" kínálkozik, mint a gyógyszermarketing, az orvoslátogatói szakma, vagy a jogi, közgazdászi vagy egészségügyi menedzser pályák, de ide sorolható a gyógyító pályán történő ideológia vagy kozmológia váltás lehetősége a természetgyógyászat révén. A segítő foglalkozásúakra – így az orvostanhallgatókra és különösen a fiatal orvosokra is – jellemző korai kiégés jelenségéről a „Stressz és beavatás" fejezetben már volt szó.

Molnár Regina (2013, pp. 13-14.) megfogalmazásában az ***orvosi deprofesszionalizáció***: *„az orvosi hivatás hagyományos formájának alapvető megváltozását, a hivatás klasszikus értékeinek feladását, a gyógyítók és a betegek elégedetlenségét jelenti."* Molnár (2013) alapján a modern biomedicinában a deprofesszionalizációt leginkább kiváltó tényezők a következők: az orvosi hivatás túlzott specializálódása, a futószalagszerű, standardizált gyógyítás, az orvos-beteg kapcsolat elszemélytelenedése, a költséghatékonyság dominanciája sok esetben a szakmaiság rovására, a hálapénz intézménye, a „konkurencia" nyomása (a különböző orvosi csoportok, az orvosok és más, nem orvos végzettségű egészségügyi csoportok pl. természetgyógyászok között), a bizonyítékokon alapuló gyógyítás nyomása, az új fogyasztói igények megjelenése az orvoslásban, mindezek hatására az orvosi autonómia csökkenése.

Az orvostanhallgatók életét is nagymértékben megnehezítik az orvosi képzés során átélt csalódottság, frusztráltság. Sokan megkérdőjelezik a helyes pályaválasztást, és megnehezül a hivatással való azonosulás is (Kapocsi 2012). Egy 2000-ben készült hazai vizsgálatban a megkérdezett hallgatók 36%-a gondolkodott már azon, hogy abbahagyja orvosegyetemi tanulmányait (Csabai és Barta 2000).

Az orvosi pályával kapcsolatos kiábrándulás a felsőbb évekre jellemző. Fabrega (2001) a szekuláris és a spirituális credo szembeállításával érzékelteti a folyamatot, melynek során az elméleti hozzáállás és a későbbi gyakorlati megvalósulás szöges ellentétben állnak egymással.

2. CÉLKITŰZÉSEK

A témaválasztásból adódóan a vizsgálat az antropológiai kutatások *research at home* kategóriájába tartozik, hiszen az antropológus-orvos veszi szemügyre saját foglalkozását, próbál az orvoslétbe történő enkulturáció folyamatainak, történéseinek megragadása által az egyes beavatási állomások funkciójához közelebb kerülni. Ilyen tekintetben a jelen kutatás végzője a résztvevő-megfigyelő alaphelyzet sajátos változataként megfigyelő-résztvevőként végzi kutatását. A kutatás terepe tehát valóban a szimbolikus „otthon", hiszen az egyetem, az „alma mater" oktató–nevelő–mintaadó–kiképző aspektusait célozza meg azáltal, hogy a képzés-képződés folyamatának mérföldkövet jelentő, antropológiai értelemben vett „átmeneteit" (átmeneti szertartásait) igyekszik megragadni.

A jelen kutatás alapját az alábbi ***előfeltételezések*** adják:

- A modern (alapvetően szekuláris és biomedikális) orvosképzés során is beavatás történik, hasonlóan a szakrális és népi illetve alternatív gyógyítók beavatási folyamatához.
- Ez a beavatás nem egyszeri esemény, hanem számos beavatás értékű momentum egymásra épülő folyamata.
- Az orvossá válás beavatási folyamatának legnagyobb része a szakrális beavatási rítusokhoz képest rejtetten, alig tudatosan megy végbe.
- Ez a beavatási folyamat egy átmenet is egyben, így megfeleltethető az antropológiából ismert átmeneti rítus modelljének.
- Az orvossá válás beavatási folyamatában fontos szerepe lehet a beavató személyeknek és közösségeknek, az orvosi – és a tágabb értelemben vett – gyógyítói szubkultúrának.
- Az orvossá válás folyamatában beavató szerepe lehet a testtel, a betegségekkel, a halállal való találkozásnak, a képzést végigkísérő stressznek és a legkülönfélébb szimbólumoknak, a pozitív vagy negatív példát nyújtó – személyes intreakciókban vagy a médiában előforduló – szerepmodelleknek, és a tágabb szemléletmód biztosítására hivatott orvosi antropológia tantárgy oktatásának is.

- A beavatás nem mindig ideális módon valósul meg, előfordulhatnak beavatási hibák.
- A (nem orvos) alternatív terapeuták olyan gyógyítók, akik potenciálisan szintén részt vehettek volna az orvossá válás folyamatában, de már a folyamat legelején (pályaválasztáskor) egy hasonló, mégis eltérő „beavatási utat” választottak.

Míg egy keresztény pap vagy egy buddhista gyógyító pontosan tudja, hogy beavatódik (eleve avatásnak vagy beavatásnak hívják a folyamatukat), és ez milyen rítusokkal jár együtt, addig egy orvostanhallgató számára ez legtöbbször nem ilyen egyértelmű, így a legtöbb rítus felfedése és értelmezése vizsgálatot igényel.

A legfontosabb kérdés, amire jelen kutatás irányul, az hogy az orvostanhallgatók pályaszocializációs folyamatában történik-e valós beavatás az orvossá válás során, illetve a beavatási rítusok rejtettségében az hogyan érhető tetten.

A jelen ***kutatás célja*** ennek megfelelően az orvossá válás során megtapasztalt beavatási rítusként értelmezhető jelenségek felfedése és tanulmányozása, különös tekintettel a fent megjelölt témákra, a kutatási eredmények analízise, rendszerbe foglalása illetve összehasonlítása más beavatási rítusok folyamatával és hasonló kutatások eredményeivel.

A jelen értekezés bár elsősorban a Semmelweis Egyetem orvotanhallgatóinak tapasztalatait és véleményét tükrözi, de következtetni lehet belőle más magyar és a hasonlóan modern biomedikális szemléletű külföldi egyetemek medikusainak folyamataira is.

Régóta foglalkoztat a kérdés, hogy mik az alapvető hasonlóságok és különbségek a hagyományos népi gyógyítók (pl. sámánok) és természetgyógyászok, illetve a modern biomedicina szemléletében szocializálódó orvosok gyógyítóvá válási folyamatában. Ezért igyekeztem kiterjeszteni a kutatást – érintőlegesen és inkább csak komparatív céllal – a hagyományos és alternatív terápiákra és gyógyítókra is, végig megtartva a fókuszt az orvostanhallgatók beavatási folyamatán.

3. MÓDSZEREK

3.1. Kutatási háttér

A kutatás háttere tágabb értelemben a Semmelweis Egyetem (továbbiakban: SE) Általános Orvostudományi Kara, a kutatásban résztvevők nagy része így természetszerűleg a SE jelenlegi vagy régi orvostanhallgatója. Szűkebb értelemben a hátteret – helyzetemből adódóan – a Magatartástudományi Intézet adja, hiszen „itt vagyok otthon", azaz az orvosi antropológia tantárgy kapcsán itt vagyok kapcsolatban a hallgatókkal, tanár-kutató kollégáimmal.

3.2. Célcsoportok

A kutatás során három célcsoportra koncentráltam.

A legfontosabb (és az interjúalanyok legnagyobb részét adó) csoportot felsőbb éves (harmadtól hatodéves) orvostanhallgatók tették ki. Fontos volt számomra, hogy már mindegyikük „túl volt" az orvosi antropológia tárgyon, így nem kellett a fogalmak definíciójával foglalkozni az idő jelentős részében. Emellett szólt az is, hogy az első- vagy a másodévesekkel összehasonlítva ők már jóval több tapasztalattal rendelkeznek, és jobban rálátnak az „orvossá válás" folyamatára. Hátrányuk, hogy már nehezebben emlékeznek a felvételire és az egyetem első éveire, illetve, hogy nem fejezték még be az egyetemet, azaz a „beavatás" még nem teljesedhetett ki. Az interjúalanyok válogatásakor arra is ügyeltem, hogy a hallgatók lehetőleg ne ismerjék egymást, és legyenek olyanok közöttük, akik legalább egyszer már halasztottak, mivel feltételeztem, hogy a halasztás ténye a beavatás szempontjából fontos lehet.

A második (szűkebb) célcsoportot a rezidensek és az egy vagy több szakvizsgával rendelkező szakorvosok tették ki. Ebbe a csoportba tehát a már végzett orvosok tartoznak. Náluk az orvossá válás folyamata már befejeződött, így nyilatkozni tudnak a teljes folyamatról. A rezidensek véleményei és élménybeszámolói ugyanakkor izgalmas többlettel rendelkeznek, hiszen az ő helyzetük sok szempontból hasonló még a hallgatókéhoz, pedig már hivatalosan is orvosok.

A harmadik csoportba valamilyen természetgyógyászati ággal foglalkozó végzett alternatív terapeutákat választottam. A célom ezzel egyrészt annak vizsgálata, hogy a sok szempontból hasonló segítő tevékenység illetve a két különböző képzés eltérései hogyan nyilvánulnak meg a „gyógyítóvá válás" beavatási folyamatában. Másrészt fontosnak tartom annak elemzését, hogy a hivatalos medicina határmezsgyéjén tevékenykedő alternatív terapeuták hogyan vélekednek a fősodorban lévő orvosok képzéséről, szerepéről.

3.3. Kutatási eszközök

A jelentésközpontú alkalmazott kulturális antropológiai kutatás mélyinterjú és fókuszcsoport technikával nyert szövegek elemzésén alapul, így a jelen munka alapját *kvalitatív* adatok gyűjtésére alapoztam a *kvantitatív* megközelítésű statisztikai módszerekkel (pl. kérdőív) szemben.

Másrészről a munka részét képezi a HuMánia[6] csoporthoz tartozó 62 orvostanhallgató körében végzett *írásos kérdőív anyaga is, mely a hallgatók szerint is* beavatási értékű eseményeket mérte fel az orvosképzés során. Az egy-két soros válaszokat elemzés céljából egy táblázatban kategóriák szerint osztályoztam[7].

A szóbeli interjúk során két alapvető interjú módszer használatát kombináltam: a fókuszcsoportot, illetve a félig strukturált mélyinterjú módszert.

A *fókuszcsoport módszerről* elmondható, hogy az egyik leggyakrabban használt kvalitatív interjútechnika, melyen 5–12 előzetesen meghatározott paraméterekkel jellemezhető interjúalany csoportos beszélgetésen vesz részt. A fókuszcsoport előnye az egyéni interjús módszerekkel szemben a résztvevők egymással folytatott interakciójában rejlik, mely jelentősen megnöveli az interjú hatékonyságát: két–két és fél órás interjúhelyzetben a fókuszcsoport által célzottan vizsgált problémáról számos ember véleményét, tapasztalatait lehet rendezett formában összegyűjteni.

[6] A HuMánia Pályaszocializációs Műhely az SE Magatartástudományi Intézet szervezésében létrejött készségfejlesztő csoport az orvostanhallgatók számára.
[7] Ld. 6. melléklet

Az egyéni *mélyinterjú módszer* lehetőséget kínál az interjúalanyok legmélyebb szintű érzelmeinek, értékeinek, attitűdjeinek megismerésére, illetve ki lehet zárni a csoportinterjúknál megjelenő társas viselkedésből eredő hatásokat (pl. titkolózás, megfelelési kényszerből füllentés stb.). Hátránya viszont, hogy egyszerre csak egy interjúalany véleményét lehet megismerni, így egy kutatás elegendően reprezentatív mintafelvételéhez számos interjú készítése szükséges, ami viszont időben elég hosszadalmas lehet.

Az orvostanhallgatók esetében a kutatás módszereként egyrészt az antropológiában általánosan használatos egyéni félig strukturált mélyinterjút használtam (5 felsőbb éves hallgató részvételével), másrészt a fókuszcsoport módszert (7 csoportos interjú készült, összesen 41 hallgató részvételével).

Az orvostanhallgatókon kívül 6 már végzett orvossal (ebből 2 rezidens és 4 szakorvos), és 7 alternatív terapeutával készítettem egyéni félig strukturált mélyinterjút.

3.3.1. A szóbeli interjúk előkészítése

Az egyéni és fókuszcsoport interjúk előkészítési fázisában az interjúalanyok személyes (telefonos) megkeresése során vázoltam a kutatás tárgyát és egyeztettünk a lehetséges időpontok között. Ezen kívül az orvostanhallgatók esetében az érdeklődők ezután írásban is „beavatást nyertek" a beavatásuk folyamatát vizsgáló kutatás alapvonalaiba. A résztvevők számára kiküldött felkérő levél – mintegy közös nevező – kiindulási pontot és felkészülési lehetőséget nyújtott a leendő beszélgetéshez-vitához.[8]

3.3.2. Az interjúk feldolgozása

Az interjúk feldolgozásánál több helyen a ***kategória-tartalom irányult narratíva elemzést*** alkalmaztam.

Tartalomelemzésnek nevezzük azt a kutatási eljárást, amely segítségével a szövegadatokból, olyan következtetések vonhatók le, amelyek a közleményekben

[8] A csoportinterjúkról kiküldött levél a 7. számú mellékletben olvasható.

nincsenek nyíltan kimondva, de a szöveg szerkezetéből, az elemek együttes előfordulásából és azok törvényszerűen visszatérő sajátosságaiból kiolvashatók.

A kvalitatív tartalomelemző eszközök a jelen vizsgálat számára kutatási nyereséget kínálnak, ezért választottuk a kategóriák szerint rendezett narratív elemzés eszközét. A kategória alapú szövegelemzés a mélyinterjúk nyomán nyert, a kutatás tekintetében jelentős tartalmak kategória szerinti rendezését nyújtja, mely segít a jelenségkör fogalomhálójának megjelenítésében.

Ez a módszer kevéssé megszokott a doktori értekezések szokásos kérdőív alapú kvantitatív megközelítéseinek sorában, mégis egy antropológia tárgyú elemzésnél indokolt: hiszen vizsgálatunkban az élettörténeti, pályatörténeti folyamatba ágyazott jelentésváltozások mint minőségi változások kapnak hangsúlyt a mennyiségi mutatók helyett, illetve az egyén megélései kerülnek fókuszba a szokásos társadalmi szempontok mellett. Hasonló tanulmányok keretében használta eredményesen a kategória-tartalom irányult narratíva elemzést Bruner (1986), Mishler (1986), Polkinghorne (1988) és Lieblich (1998).

Bruner (1986) például kiemeli, hogy a narratívák kvalitatív elemzése megfelelően érzékeny eszköz a személyhez kapcsolódó státusváltozások, a szerepek és a személyiség illetve az identitás társadalmi kontextusú változásainak leírásához.

Mishler (1986, p. 26) szerint a narratív interjú célja az, hogy *„felszámolja azt az általános megközelítést, hogy radikálisan dekontextualizálják és szétválasszák a válaszadók jelentésadó erőfeszítését a konkrét helyzettől, amelyre eredetileg tervezték, és a jelentésadás nagyobb társadalmi-kulturális alapjaitól”*.

A kategória-tartalom irányult narratíva elemzés módszere segítségével tehát egy interjúkra épülő kvalitatív kutatás során a stílusukban, hosszúságukban és tömörségükben nagyfokú eltéréseket, tartalmukban sokféleséget mutató interjúválaszok kulcskategóriák szerint csoportosíthatóak és rendszerbe foglalhatóak, és így tartalmuk szerint könnyebben elemezhetőek. Így válik mégis „objektíven mérhetővé” az interjúalanyok szubjektív véleménye, válaszainak szerteágazó tartalma.

4. EREDMÉNYEK

4.1. A beavatás megvalósulása az orvossá válás során

A jelen értekezés legfontosabb állítása, hogy az orvossá válás folyamata olyan szociális átmeneti rítus, amely beavatási folyamat is egyben. A felvételiző gimnazista, majd az orvostanhallgató, sőt még a rezidens éveit töltő kezdő orvos is lépésről lépésre avatódik be az orvostársadalom bizonyos értelemben zárt és titkos „szent" világába.

Hasonlóan beavatás értékű átmenetnek tekinthető a különböző tudományos fokozatok (pl. PhD) szerzése is, amelynek során a doktoranduszok a kutatás elméleti és gyakorlati tudományába avatódnak be. A doktori képzés sajátosságait korábbi tanulmányokban vizsgáltam (Molnár, Zsinkó-Szabó 1997 a,b).

4.1.1. A beavatás értelmezése a személyes interjúk során

Az egyéni és csoportinterjúk tapasztalatai alapján megfigyelhető volt, hogy a hallgatók a beavatás tényével, szerepével és mikéntjével kapcsolatosan kezdetben az *elhárító mechanizmusok* széles skálájával „védekeznek". Próbálják tagadni, devalválni, meg nem történtté tenni, racionalizálni, elfojtani ide vonatkozó élményeiket. Ezzel kapcsolatos idézetek:

„... ezek a dolgok nem számítanak, nem fontosak..."

„... ez olyasmi, ami mindenkivel megtörténhet..."

„... ilyenek nincsenek, nem is léteznek..."

Az interjúk bemelegedett, *középfázisát* kitevő *elfogadás szakaszában*, miután megbarátkoztak a „beavatás" gondolatával, mindegyikőjük életéből sorban kerültek elő az egyetemi évekhez kapcsolódó beavatás-értékű mozzanatok, tapasztalatok, események, emellett a beavatási folyamatukra ható személyes példaképek és szimbólumok. Ugyanakkor megjelent számos, a képzési rendszert érintő kritikai szempont, és kihallható volt a cinizmus, a kiábrándultság hangja, megmutatkoztak a „belső fáradtság" jelei is.

A *lezárás fázisára* jellemző volt minden esetben egyfajta pozitív értékelés, megelégedettség egyrészt az orvosi képzés egészét illetően, másrészt a képzést végigkísérő beavatási folyamat létezése kapcsán. Jellemző interjú részletek a beszélgetések végéről:

„Igen, tényleg történt valami beavatás féleség."

„Bevallom, nem is gondoltam volna rá így, de ez lehet beavatás."

„Hú, megérte végiggondolni."

„Még mindig nem vagyok róla meggyőződve, hogy beavatódtam, de már érzem legalább a folyamat lényegét."

Összességében megállapítható, hogy az orvossá válás beavatási folyamatának viszonylagos rejtettsége folytán az orvostanhallgatókra jellemző a saját beavatási folyamatukat tagadó attitűd, ugyanakkor, a ráhangolódás és bizonyos megnyílás után, felismerhető és vállalható számukra a beavatás ténye.

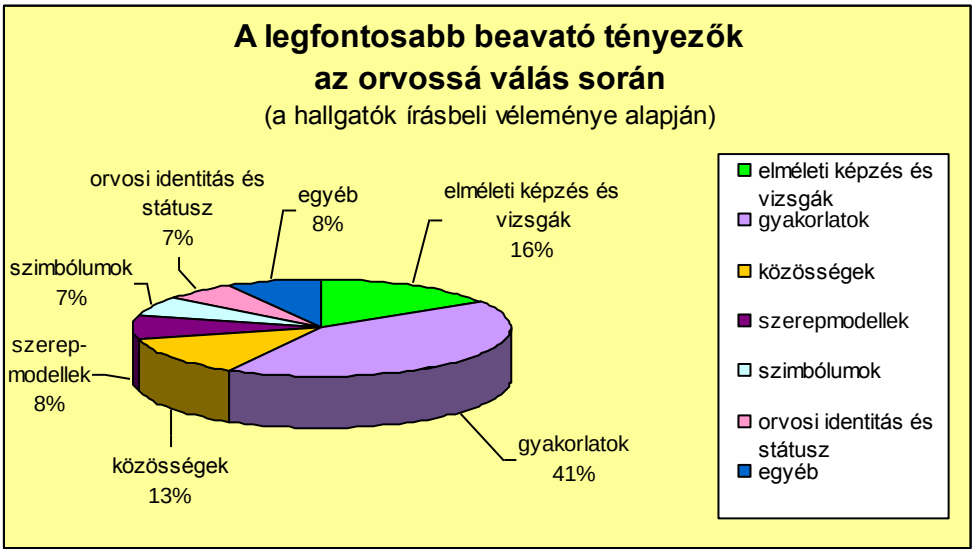
4.1.2. A beavatás értelmezése a HuMániás hallgatók felmérésében

2007-ben végeztem egy kérdőíves felmérést a HuMánia csoport 62 felsőbb éves orvostanhallgatójának bevonásával a csoport működéséről és a hallgatók beavatásának stresszel való kapcsolatáról. Felhasználtam a kutatásnak egy kvalitatív részét a jelen értekezéshez, miszerint a hallgatók írásban saját szavaikkal leírták, hogy számukra mi volt a legmeghatározóbb beavatási esemény az egyetemi képzés során. A válaszokat egy táblázatba rendeztem, és 6 külön kategóriába osztottam a beavatási esemény jellege szerint[9]. Ezek a kategóriák: 1. elméleti képzés és vizsgák, 2. gyakorlatok, 3. közösségek szerepe, 4. szerepmodellek hatása, 5. szimbólumok jelentősége, 6. orvosi identitás és státus megjelenése. Plusz kategóriába a beavatási eseményként nem értékelhető válaszokat osztottam.

A kérdőíves válaszok alapján a HuMániás hallgatók orvossá válásuk beavatási folyamatára legnagyobb hatással a gyakorlatok (ápolástan, klinikum) voltak: a medikusok 42%-a tartotta ezt a legmeghatározóbbnak. A válaszadók 16%-a az elméleti képzést és vizsgákat, 13%-a a közösségek szerepét, 8%-a a szerepmodellek hatását, 6,5-

[9] Ld. 6. melléklet

6,5%-a pedig a szimbólumok jelentőségét illetve az orvosi identitás és státus megjelenését említette mint a legfontosabb beavató tényezőt. Az eredményeket az 5. ábra szemlélteti.



5. ábra: A HuMánia kutatás eredményei (2007)

A vizsgálat egyik fő konklúziója az volt, hogy a HuMániás hallgatók véleménye alapján egyértelműen történik beavatás az orvosi pályaszocializáció során. Megjegyzem, a HuMánia csoportba jellegéből adódóan a pszichológia, a szociológia és az antropológia iránt fokozottan érdeklődő, és így feltételezhetően magasabb önismerettel rendelkező hallgatók járnak, ezért is voltak a beavatással kapcsolatos nézeteik kevésbé bizonytalanok, mint a szóbeli interjúkban részt vevő nem HuMániás társaiké.

4.1.3. A kiavatás értelmezése

Az orvosi beavatás egyes elemeinek vizsgálata közben megfigyelhető egy a beavatás folyamatával ellentétes jelenség. Ezt a nagyon is jelentős, különös inverz megnyilvánulási formát – megfelelő tudományos terminus hiányában – *„kiavatásnak”* is nevezhetjük. A kiavatás jelenségei a normál beavatás folyamataival ellentétes érvényűek, ezáltal a jelenséget joggal nevezhetjük egyfajta „beavatási szimptómának”, melynek eredményeképpen a leendő orvosok megszakítják egyetemi tanulmányaikat, esetleg végleg elhagyják az orvosi pályát (lsd. részletes vizsgálatát a 4.11. fejezetben).

4.2. Az orvossá válás folyamatának beavatási szerkezete

4.2.1. Az orvossá válás beavatási szakaszai

A beavatást folyamatként értelmezve különböző fázisokra lehet osztani. A jelen kutatás sajátos kronológiája kissé eltér a már idézett pályaszocializációs felbontásoktól, miszerint – antropológiai, ezen belül speciálisan a beavatást érintő megfontolásokat figyelembe véve – annál „megengedőbb", flexibilisebb rendszerben tájékozódik.

I. Az egyetemhez vezető út szakasza magában foglalja a gyerekkor, a középiskola, a felvételi, a gólyatábor élményanyagát, de ide sorolható még az évnyitó ünnepség, a gólyabál és a kezdeti csoportformálódás időszaka is. A 7. táblázat mutatja be az ehhez a szakaszhoz tartozó az interjúk során a hallgatók által említett beavatás értékű eseményeket.

Esemény neve	Esemény leírása
Betegség	Valamely családtag, közelebbi vagy távolabbi hozzátartozó betegsége, másrészt saját megélt betegség.
Kórházi élmény	Fiatalkori kórházi élmények vagy saját családban élő orvos-családtag példája.
Gimnáziumi évek	Meghatározó tanáregyéniségének biztatása, a fakultáció időszaka és általában biológia illetve kémia tanárok példája, segítsége.
Sikertelen felvételi vizsga	Még keményebb előkészületekre ösztönözheti a leendő orvostanhallgatót, emellett nem ritka, hogy nővérként, ápolóként kezd dolgozni a „kieső" évben.
Sikeres felvételi	Az orvosi egyetemre kerülés kezdete, kapuja és feltétele is egyben.
Gólyatábor	A már felvételt nyert hallgatók az egyetemi létre előkészítő, az enkulturációt segítő csoportépítő tábora, még az egyetem kezdete előtt.
Évnyitó ünnepség, az első orvosi eskü	Az egyetemi közösség és vezetőség hivatalosan köszönti az évnyitó ünnepségen az új hallgatókat, akik elmondják az első orvosi fogadalmat.
Gólyabál	A tanévnyitó bál az elsőévesek számára.
Csoportformálódás	Az elsőévesek csoportformálódási folyamata ehhez a kezdeti fázishoz sorolandó, noha hatásaiban azon túlnyúlik.

7. Táblázat: Az orvosi egyetemhez vezető út szakaszának beavatás értékű eseményei

II. Az első két év időszaka nagy vízválasztó, eddig tart a szigorúan vett elméleti képzés, ahol az orvosjelölteknek számtalan nehéz vizsgát kell letenniük, szóbeli, írásbeli és gyakorlati vizsgákat, rengeteg kollokviummal-szigorlattal. Bármelyik is nem sikerül, annak „bukás" (utóvizsga, halasztás, kizárás) a következménye. Ennek a szakasznak a végén a rettegett három nagy szigorlat (anatómia, élettan, biokémia) áll.

Az első két év az elmélet, a könyvek világa főként. Élő emberrel mint vizsgálati tárggyal nem találkoznak a hallgatók, az emberre vonatkozó speciális tudásuk szigorúan a matéria különféle formáira (formalinos hullák és tananyag) korlátozódik. Kivétel ez alól természetesen az első év végeztével letöltendő nyári gyakorlat. Az interjúk alapján az első két év beavatás értékű eseményeit a 8. táblázat tartalmazza.

Esemény neve:	Esemény leírása
Topográfiai nehézségek	A hallgatók az „instruktorok" segítségével eligazodnak a kezdeti topográfiai nehézségek erdejében.
Az első anatómiai boncolás	Az első anatómiai boncolás során megtapasztalják a gumikesztyű és a formalinos tetemek „guminak tetsző" élményét.
Szigorú szabályok a gyakorlatokon	Katonai-félkatonai rendszabályokhoz kell igazodniuk: a rágógumi használata tilos, a körmöket rövidre kell vágni, a hallgató lányok számára a körmök festése tilos.
Vizsgaidőszakok	A vizsgaidőszakokban a hallgatók gyakran éjszakáznak, mely maga is beavatás értékű. Ez mintegy előszobája a későbbi éjszakai szolgálatnak, mentős ill. osztályos orvosi ügyeletnek.
Nyári ápolástani gyakorlat	A nyári ápolástani gyakorlat során (első év vége) megérinthetik a betegeket, végre élő emberekkel van dolguk, ugyanakkor meg is érintődnek betegeik problémái által. Betekintést nyernek a betegek kórrajzaiba, EKG-t elemeznek, vért vesznek, muszkuláris injekciót adnak, miközben (saját) fehér köpenyüket viselik.
A három szigorlat	A három rettegett szigorlat (anatómia, élettan, biokémia) fontos vízválasztó.
A „d" cím	Az anatómia szigorlat sikeres letétele után engedélyt kapnak arra, hogy nevük elé „kiírják" a „d"-t.
Bulik	Szervezett bulik, ünnepi alkalmak, például a „Rezső" záróbuli a szorgalmi időszak búcsúztatására, vizsgafelejtő buli minden egyes félév elvégzése után.
Privát rítusok	Különböző privát rítusok az egyes vizsgák előtt és után.

8. Táblázat: Az orvosi egyetem első két évének beavatás értékű eseményei

III. Harmadévtől ötödévig folytatódik az elméleti képzés is, de már a klinikum, a gyakorlat tapasztalatai a legmeghatározóbbak.

Esemény neve:	Esemény leírása
„Madármászás"	A másodév sikeres befejezése után, harmadév kezdetén „madármászás" a NET épülete előtt.
Kórbonctan	Az első friss holttest boncolása (harmadév).
Klinikum	A hallgatók élő betegekkel érintkeznek szemben az első évek cadavereivel (harmadévtől).
Megszólítás nehézségei	Az osztályos munka során szembesülnek a megszólítás nehézségeivel: az orvosok „kollegákként" szólítják meg őket, tegezés-magázás problematikája.
Beteg halála	Speciális beavatási állomás a „távozó beteg" megtapasztalása: az első eset mindig nagyobb terhet jelent.
Felező buli	A híres közös buli a harmadév elvégzése után.
Gyógyszertan szigorlat és a„dr"	A gyógyszertan szigorlat sikeres letétele után már „kiírhatják" nevük elé a „dr"-t (negyedév végén).
Mentőzés	A mentőzés tapasztalata (ötödévben) eltérő kasztba emeli a résztvevőket: mintegy titkos társaságok tagjaiként egyfajta összetartozás érzés alakul ki közöttük.
TDK	Különféle tudományos tevékenységekben való részvétel kezdete.

9. Táblázat: Az orvosi egyetem harmad-ötödévének beavatás értékű eseményei

A hallgatók élő embereket (is) látnak „tananyagként”. A csoport jórészt együtt van, de minden medikus tájékozódik a leendő foglalkozása, szakterülete irányában. Többnyire ekkor indul meg a tudományos diákköri munka. Ennek a szakasznak a hallgatók által említett leginkább beavató eseményeit a 9. táblázat mutatja be.

IV. Hatodév. Ebben az időszakban a hallgató többszörösen is liminális helyzetűvé válik: a csoportok általában felbomlottak belülről, ha ez mégsem történt volna meg, az évfolyam turnusbeosztása ezt garantálja. A graduális képzés utolsó képzési- és vizsgafázisába érkezett, ugyanakkor a pályaválasztás és elhelyezkedés nehézségei, újabban a rezidens felvételi mindennapi életét meghatározzák. Több hallgató fontolgatja a külföldi munkavállalás lehetőségét is, sokszor többszörös fizetség ígérete miatt. A 10. táblázat foglalja össze ennek a fázisnak a beavatás értékű eseményeit, helyzeteit.

Esemény neve:	Esemény leírása
Forgó rendszer	Nincsenek szemeszterek, hanem forgó rendszerben képződnek a hallgatók turnusbeosztásuk szerint, minden gyakorlati időt havonta-háromhavonta vizsgaidőszak zár le
Autoritásproblémák	Megjelennek az autoritásproblémák: ki tudja jobban a medicinát, a tanár vagy a diák.
Ügyeletek	Ekkor a hallgatók már vállalnak ügyeletet, szubügyeletet.
Álláskeresés, rezidens felvételi	Többszörösen liminális helyzet: álláslehetőségek korlátozott volta, rezidensképzésre felvételizni szükséges, külföldi munkavállalás lehetősége.
Államvizsga és a „dr.”cím	Hatodév végén, a végső próbát az államvizsga jelenti az orvossá válás folyamatában. A sikeres államvizsga után a hallgató megkapja a „pontot” a dr.-hoz
Diplomaosztó és az orvosi eskü	Az orvosi eskü ünnepélyes keretek közötti letétele után a hallgató kézhez kapja a diplomáját, melyhez az (orvos)doktor megszólítás jár.

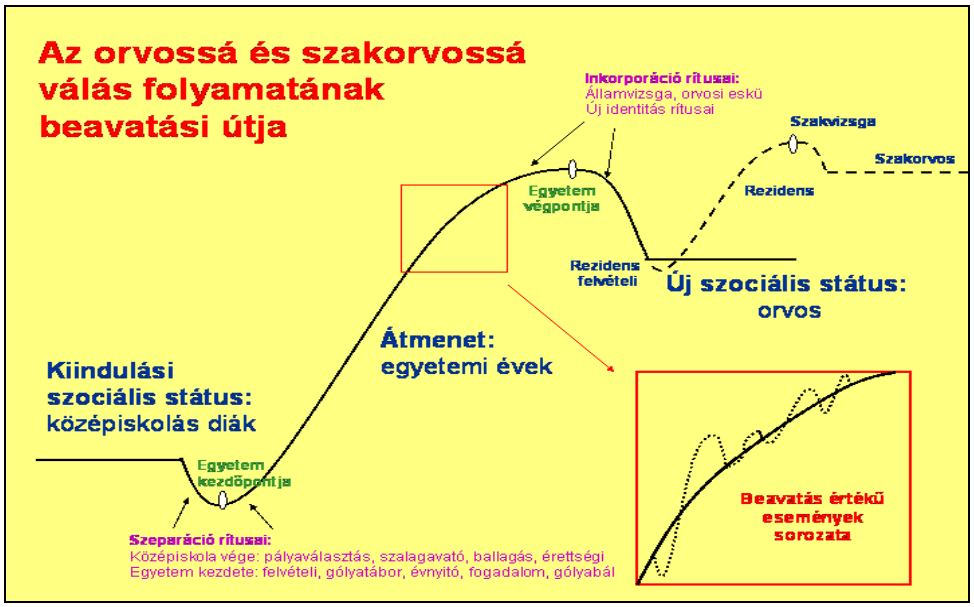
10. Táblázat: Az orvosi egyetem hatodévének beavatás értékű eseményei

4.2.2. Az orvossá válás beavatási folyamata mint átmeneti rítus

Az átmeneti rítusok egymást átfedő szövedéke hatja át az orvossá válási folyamatot. A momentumjellegű átmeneti rítusra példa az orvostanhallgatók által elvégzett első műveletek tapasztalata (az első boncolás, az első injekcióadás, az első sikeres újraélesztés stb.). Az egyetemi évek átmeneti periódusa egy elhúzódó szakasz, sőt maga az orvoslét is értelmezhető egy tartós, epochális átmenetként, melyben – a szerzetesekhez hasonlóan – a társadalomtól viszonylag elkülönült státusúként minősített csoport tagja lesz az orvos.

Van Gennep illetve *Turner* megközelítését követve láthatjuk, hogy elméleti modelljük jól alkalmazható az orvossá válás jelenségvilágára. A jelen kutatásban az orvosi pályaszocializáció 6 éves hallgatói időszaka felfogható egy átfogó beavatási ciklusként, mely az egyetemhez vezető út fázisával kezdődik: a „végzős középiskolás" kezdő egyetemistává lényegül át (*szeparáció*). Az egyetemi évek középideje az *átmenet* eseményeit láttatja velünk: rengeteg próbát kell kiállniuk a hallgatóknak, amelyek önmagukban is beavatás értékűek. A hatodév végének újraegyesítési, más néven *inkorporációs* időszaka lezárja szimbolikus átkelési időszakunkat. Ennek során a sikeres államvizsga után többszörös és többszintű megerősítési aktusok járulnak a hallgatói lét lezárásának kinyilvánításához, kezdve a diplomaosztó ünnepséggel és az orvosi esküttel beiktatási fázisával, folytatva a doktori címmel járó rítusokkal.

A rezidens felvételivel a beavatási folyamat újra indul: a már végzett orvos rezidensként újra liminális helyzetbe kerül, bár ez az átmenet már nem tart olyan sokáig (szakvizsgától függően 3-5 év), azonban a rezidensrendszer kiszámíthatatlanságának, az éjszakai ügyeleteknek, és a megalázóan alacsony fizetésnek megfelelően jellemzően az orvos egész eddigi törekvéseit megkérdőjelezi. A folyamat végén, azaz szakvizsga után, a „beavatott" azonban mint szakorvos születhet újjá. A 6. ábra mutatja be az orvossá illetve szakorvossá válás beavatási útját.



6. ábra: Az orvossá válás folyamatának beavatási útja

4.2.3. A beavatás folyamatába lépés

Ebben a fejezetben a beavatásba kerülés feltételeit vizsgálom meg részletesen. Amint a beavatást egy folyamatként, átmenetként értelmezzük, így általánosságban elmondható, hogy a beavatandónak nem egyszer kell beavatási feltételeket teljesítenie. A beavatandó a teljes beavatási folyamat során általában többször kell kiálljon szükséges próbákat vagy átmenjen bizonyos vizsgákon, de az első legfontosabb „kapu" a beavatási folyamatba kerülés (kiválasztódás, felvételizés).

4.2.3.1. Pályaválasztás a potenciális orvostanhallgatóknál

Sokszor azért választja valaki az orvosi pályát, mert könnyen tanulja a biológia (és kémia vagy fizika) tárgyakat, érdekli az emberi test felépítése és működése, szeretne gyógyítani és segíteni az embereknek, így várhatóan ez a szakma illeszkedik legjobban habitusához stb. Ilyenkor a legvalószínűbb, hogy valaki alkalmas az orvosi pályára, bár nem biztos, hogy ő lesz a legelhivatottabb gyógyító.

A „korai zárás" jelenséget a jelen kutatás is alá tudja támasztani: sok interjúalany számolt be arról, hogy már egészen kisgyerekkora óta tudta, hogy orvos akart lenni. A 11. táblázat bemutat néhány jellemző interjút a kategórai-tartalom elemzés módszerével, arra vonatkozóan, hogy ki miért választotta az orvosi pályát.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Nagyon szerettem a biológiát, ezért jöttem ide az egyetemre." *„Nagyon szerettem a biológiát, nagyon szigorú volt és soha nem ment jól, nagyon idegesített. Aztán elkezdett érdekelni az emberi test, hogy hogyan működünk, kicsit önmegismerés jellegű. Nagyon fontos volt."* *„Azért, mert a gimiben nagyon szerettem a bioszt, semmi bajom nem volt a fizikával…. Innentől kezdve egy biosszal meg egy fizikával el lehet menni állatorvosira, de onnantól kezdve, hogy tudom, hogy vannak tehenek, azt így lényegében nem… El lehet menni mikrobiológiára, de hamar rájöttem, hogy engem ez nem érdekel..."*	Biológia tantárgy szelekciós jellege	Sokan azért választották az orvosi egyetemet, mert a biológia tantárgyat szerették, értették legjobban.
„Aztán szintén anyukám kérdezte egyszer, hogy úgy szeretem az állatokat, nem akarok-e állatorvosira menni? Én azt mondtam, hogy dehogynem. Én onnantól kezdve állatorvos akartam lenni. Aztán mondtam mindenkinek, hogy én már nem állatorvos akarok lenni, hanem emberorvos. De hogy pontosan hogy jutottam odáig, már magam sem tudom."	Átjárhatóság az állatorvosi és az orvosi pályaorientáció között	Volt, aki állatorvosnak készült, végül mégis az orvosi egyetemet választotta.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Nekem édesanyám orvos (...) Voltak betegei, akik hozzá jártak, őket otthon kezelte, mert aki hozzáragadt még jobban, az járt hozzá később is. Velük mindig nagyon jóban voltam, mert ők sosem csak hozzá jöttek, hanem akkor a családdal is voltak egy fél napot és kicsit talán attól is gyógyultak. Jó hangulat volt nálunk mindig is, ez nagyon fontos volt a betegeknek, tehát szerintem ezért is jártak hozzánk. Ez nagyon meghatározó volt, és azt hogy ez volt, ami miatt kiskorom óta orvos akartam lenni." *„Édesanyám gyerekorvos, gyerekként láttam, hogy milyen lelkiismeretesen látta el a munkáját… Sajnos még a velem való kapcsolata rovására is: az éjszakai ügyeleteit, hétvégi munkáját eléggé megsínylettem. Mégis az maradt meg bennem, hogy ha valamit, hát ezt érdemes nekem is csinálnom…"* *„Nekem anyám, apám orvos… Egyértelmű volt, hogy én sem lehettem más."*	Orvos családtag mint szerepmodell	Az orvos szülővel (szülőkkel) rendelkező hallgatóknál megfigyelhető a korai zárás jelensége: általában már gyerekkorukban tudják, hogy csakis orvosok akarnak lenni.
„Nem készültem orvosnak soha, teljesen véletlenül kerültem ide… gimiben nem tudja az ember, hogy 40-50 évesen majd mire szeretne fél 6-kor felkelni. Még most sem tudom pontosan, de bejöttek a számításaim, mert mióta itt vagyok, azóta élvezem az életet és érdekel a dolog."	„Véletlenül"	Volt, aki nem tudta megmondani, miért ment az orvosira. Szerinte véletlenül.

11. Táblázat: A medikusok pályaválasztási motivációinak elemzése

Az alternatív terapeutákkal folytatott mélyinterjúk során az derült ki, hogy többségüknél felmerült az orvosi pálya választása a középiskolában, eltérő okokból nem lettek mégsem orvosok.

A 12. táblázatban az alternatív terapeutákkal készített mélyinterjúk elemzése következik.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Az egyik ok, amiért sosem mentem volna az orvosira, az az, hogy nem akartam kicsinálni magam már az egyetem alatt. Én szeretem az életet, ami pedig ott történik, az szerintem már nem emberi." *„Mivel nagyon jó tanuló voltam, és gyakorlatilag „bármit" megtanultam, ha kellett, így azt hiszem az orvosira is felvettek volna. Szóval nem ezen múlott. Féltem, hogy az orvosin átprogramoznák az agyamat, így egy másik utat választottam."*	Az orvosi képzés jellege	A rémhírek az orvosi képzéssel kapcsolatban potenciális orvosokat irányíthatnak alternatív gyógyítói pályára.
„Gimiben egyben voltam biztos: gyógyítani szeretnék, és ezáltal segíteni az embereknek. Nem nagyon szerettem viszont a biológia tantárgyat, „túl testi" volt nekem. A gyógyszerektől meg mindig is irtóztam…"	A biológia tantárgy és az orvoslás biomedikális jellege	Volt, akit a biológia tantárgy „túl testisége" és a gyógyszerek riasztottak el az orvosi pályától.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Hogy miért is nem mentem orvosira? Igazából 16 éves koromtól természetgyógyász akartam lenni. Anyám őrjöngött… Mondta, hogy sosem fognak elismerni az orvosi diploma nélkül, és hogy muszáj elvégeznem az orvosit előbb, aztán azzal már azt csinálok, amit akarok. Szóval a családi támogatás vagy inkább nyomás megvolt. Mégis másképp döntöttem.” *„A gyógynövényekért viszont mindig is rajongtam.”*	Érdeklődés a természet-gyógyászat iránt	A korai zárás néhány alternatív terapeutánál is megfigyelhető: azért lettek természetgyógyászok, mert gyerekkoruktól azok akartak lenni.
„16 éves koromban egy Lyme-kór kapcsán gyógyszer túladagolásba majdnem belehaltam. Majd hosszadalmas és sikertelen gyógykezelések után egy kiropraktőrhöz vittek el a szüleim, akinek a segítségével rohamosan javult az állapotom és sikerült teljes mértékben meggyógyulnom. Ezután kezdett el érdekelni az alternatív gyógykezelés és nehány évvel később elmentem az első pránanadi tanfolyamra.”	Sikeres gyógyulás motivációja	Az egyik alternatív terapeuta egy gyerekkori sikeres gyógyulása kapcsán kezdett el érdeklődni az alternatív terápiák után.

12. Táblázat: Az alternatív terapeuták pályaválasztásának elemzése

4.2.3.2. A felvételi vizsga az orvosi egyetemre

Az orvostanhallgató orvossá beavatási folyamata hivatalosan a sikeres felvételi vizsgától indul. Itt válik „tanítvánnyá”, azaz orvostanhallgatóvá, ezáltal alárendelve magát a beavatás nehéz, embert próbáló (liminális) éveinek.

A felvételi vizsga követelményrendszere időszakonként változik. Az „új érettségi” bevezetése óta emelt szintű érettségi vizsgát kell tenni az orvosi egyetemre jelentkezőnek (biológiából és az idei évtől kémiából vagy fizikából), azaz nem kell külön felvételizni.

Érdemes megjegyezni, hogy a felvételi vizsga illetve az érettségi vizsga is gyakorlatilag csak az elméleti tudás felmérésére alkalmas. Sajnos egyáltalán nem vizsgálják a felvételizők kézügyességét, manualitását illetve pszichés jellemzőit (neurológiai betegségek, stressztűrő képesség, empátiakészség, kommunikációs készség stb.), így az ezek hiányával való szembesülés a képzés során komoly gondokat okozhat és könnyen „kiavatáshoz” (pl. korai kiégés, pályaelhagyás) vezethet.

A jól sikerült felvételi ugyanakkor sokaknak emlékezetes, életre szóló élmény, egyfajta vízválasztó is egyben. Az itt elhangzottak megalapozhatják az indulás „jó szájízét”. A felvételi bizottság elé egy „nagy gimnazista” vonul be és egy „kezdő egyetemista” hagyja el – szerencsés esetben – a helyiséget. Ahogy az egyik interjúalany

mesélte: *„Az első beavatásom az volt, amikor a szóbeli felvételim után a vizsgaelnök üdvözölt az orvosi egyetemen… a sorsa miatt aggódó középiskolásból orvosis lettem.”*

4.2.3.3. A közösségbe kerülés rítusai

A magyar orvosi egyetemeken – más hazai egyetemek hagyományához hasonlóan – a beavatási folyamatba kerülést leginkább a gólyatábor, az évnyitó ünnepség és a gólyabál rítusai jelzik.

A ***gólyatábor***ban a már felvételt nyert hallgatók az egyetemi létre előkészítő, az enkulturációt segítő játékos foglalkozásokon, közösségépítő vetélkedőkön, rítusokon vesznek részt. A gólyatábor legfontosabb feladata még az egyetem megkezdése előtt az évfolyamtársak megismerése, a csoportösszerázás, az instruktortokkal való jó kapcsolat kialakítása. A "gólya" szó jelentése kezdő, újonc, első éves hallgató, akinek feladata kiépíteni új otthonát az egyetem keretein belül. Mivel a gólya madár jelentése összekapcsolódik az újszülöttekkel, akiket a „gólya hoz és leteszi a megfelelő háznál”, a gólyacsontváz, mint a gólyatábor jelvénye erős szimbolikus tartalmakat hordoz.

Az ***évnyitó ünnepség*** már az egyetem megkezdése után kerül megszervezésre. Itt az egyetem prominens személyiségei, vezető tekintélyei mondanak beszédet, megtörténik a hallgatók hivatalos köszöntése az egyetemi közösségben. A medikusok ezután ünnepélyesen elmondják a hallgatói fogadalmat, amely az egyetem lezárásakor történő orvosi eskü előfutárának tekinthető[10].

A ***gólyabál*** a tanévnyitó ünnepség utáni buli az elsőévesek számára. Célja a csoportösszerázás, az egyetem kezdetének önfeledt ünneplése.

4.2.4. Az egyetemi képzés rítusai

Az egyetemi éveket is átszövi a beavatás értékű rítusok bonyolult szövedéke. Ezek részben privát rítusok, részben nyilvános vagy közösségi szertartások. A rítusok jelentős része a különböző vizsgákhoz, mint beavatási próbákhoz kötődik, amiről ebben a fejezetben lesz szó részletesen. Már a képzés alatt megjelenik a szimbolikus fehér köpeny és a fonendoszkóp használata. Emellett rítusok jellemzik még az orvosképzés

[10] Ld. 3. melléklet

számtalan területét: pl. a testtel, a halállal való szembesülés vagy a szülésnél-születésnél való jelenlét során. Ezekről a későbbi fejezetekben szólok részletesen.

4.2.4.1. A fehér köpeny első használata

Magyarországon az angolszász országokban terjedő „fehér köpeny szertartás” nem jellemző, bár a fehér köpenynek – és vele együtt a fonendoszkópnak – nálunk is fontos rituális szerepe van: egyrészt az orvosi identitás és szerepjáték legfontosabb szimbólumai, és a medikusok is fontos eseménynek jelölték meg ezeknek az első használatát (általában ápolástan gyakorlaton).

4.2.4.2. A vizsgák beavató szerepe

Az egyetemekre általában jellemző egy vagy több „szórós tárgy”: ezek többnyire olyan alapozó tárgyak, amelyek vizsgáin aránytalanul nagyobb a bukási arány más tárgyakéhoz képest (gyakran a hallgatók fele vagy kétharmada megbukik az első vizsgán), és jóval több az utóvizsga (UV) előfordulása. Ezek a tárgyak beavató jelleggel is bírnak: egyrészt fontos szakmai szelekció a pályaalkalmasság szempontjából, de a „szívatás” fontos próbát is jelent a beavatási folyamatban, a szóbeli felvételi eltörlésével és az érettségi és felvételi vizsgák összevonásával fontos az is, hogy az alapozó tárgyak szóbelijén szembesülnek először az egyetemi tanárok az egyetemistákkal. Ilyen beavató „szórós tárgy” például a jogi egyetemen a római jog, a műszaki és gazdasági képzéseken a matematika, az orvosképzésben klasszikusan az anatómia, de ide sorolható még a biokémia, az élettan, kórbonctan és a gyógyszertan is.

Az alapozó tárgyak összefoglaló vizsgái azok a szigorlatok, amelyek letétele jelezheti az egyetemi képzés egy-egy szakaszának lezárulását is. A vizsgák, különösen a szigorlatok mind egyfajta „kapuőrként” működnek a hallgatók beavatási folyamatában: minden egyes sikeres vizsga a beavatási folyamat következő szintjére jogosít fel. Ilyenkor a hallgatók úgy érzik, hogy „egy nagy lépéssel közelebb kerültek az egyetem elvégzéséhez”. Az orvosi egyetemen a második év végén van a három rettegett szigorlat (anatómia, élettan, biokémia).

Az orvosi egyetem végéig közel 30 szigorlatot tesznek le a medikusok, de „szigorló év”-nek csak a hatodévet nevezzük, mivel itt még a hagyományos

félévenkénti képzés- és vizsgarendszert is felbontják a havonta-háromhavonta következő szigorlatok. Ahogyan egy szigorlat összefoglalóan lezár egy tantárgyat, úgy zárja le szimbolikusan a „szigorló év” a teljes orvosképzést is.

4.2.4.3. A vizsgákhoz kapcsolódó közösségi rítusok

A vizsgákra és szigorlatokra való felkészülést, illetve a vizsgák feldolgozását és ünneplését segítik a különböző közösségi rítusok, mint a szervezett bulik, ünnepségek.

Ugyancsak a nagy „beavató értékű” szigorlatokhoz köthető a doktori cím fokozatos elnyerése: az anatómia szigorlat után megkapja a hallgató a neve elé a „d”-t, a gyógyszertan szigorlat után hozzá az „r”-t is, és a sikeres államvizsga után a „pont”-tal válik teljessé a „dr.”. Az interjúkból az derült ki, hogy a hallgatók nagy jelentőséget tulajdonítanak a köztes „liminális” címeknek is („d” és „dr”), mintegy jogos kompenzációnak tartják az embert próbáló vizsgák mint „*szinte leküzdhetetlennek tűnő akadályok*” sikeres legyőzésének elismeréséhez: *„ezzel megtalálják a kiavatás-beavatás arányát”*. Holott ezek nem hivatalos címek, tehát csak az egyetem berkein belül bírnak rituális jelentősséggel, ami önmagában is az orvosi beavatás rejtett folyamatára utal.

4.2.4.4. Privát rítusok a medikusok körében

Privát rítusok az egyes vizsgák *előtt:*	**Privát rítusok az egyes vizsgák *után:***
▪ adott időpontnál tovább nem tanulnak, egyfajta időmoratórium szabása ▪ minden vizsgaöltözék (zokni is!) vasalása ▪ mágikus eszközök használata: bizonyos öltöny, ing, blúz, szoknya kizárólag a vizsga céljaira van fenntartva	▪ hosszú telefonbeszélgetések a vizsgák során kiállt megpróbáltatásokról, ilyenkor lehet büszkélkedni a sikerekkel ill. elpanaszolni a balsikereket ▪ vizsgairodalom (könyvek, jegyzetek) rituális elégetése ▪ a vizsgákhoz használatos „jelmez”, szertartásos viselet levétele ill. lecserélése ▪ általánosságban: vizsga után bulizni menni, bármi volt is az eredmény

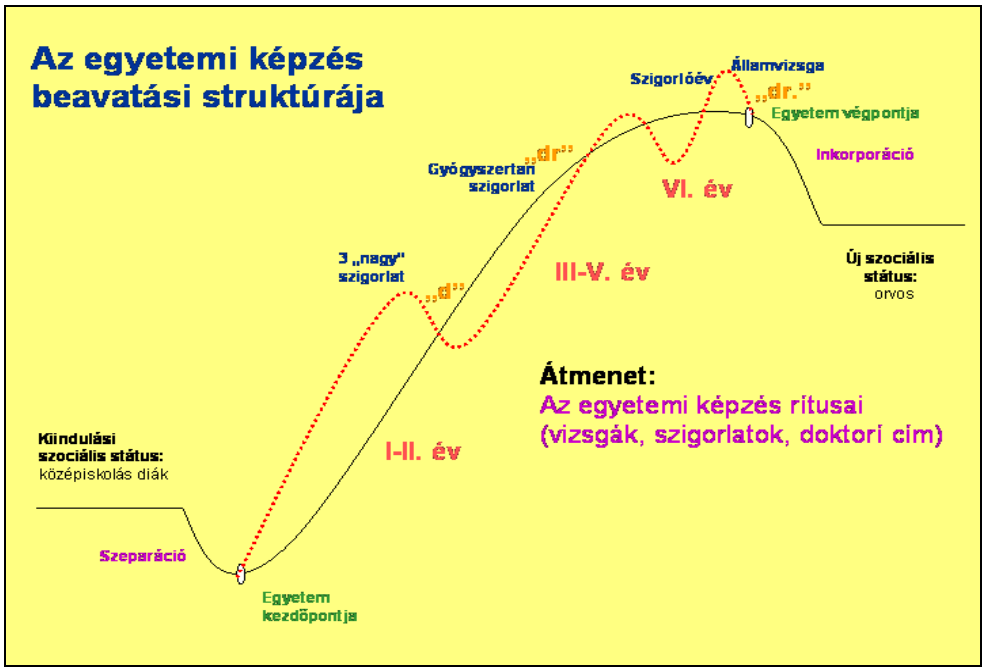
13. Táblázat: A hallgatók jellemző privát rítusai vizsgák előtt és után

A legfontosabb privát rítusok szintén a vizsgákhoz kapcsolódnak: a vizsgák előtt felkészítik és segítik a hallgatókat a vizsgára (beavatási szertartásra), utána pedig

„feloldják” illetve visszavezetik a (viszonylag) normális hétköznapi életbe. A 13. táblázat foglalja össze azokat a privát rítusokat, amelyeket az interjúk során a hallgatók említettek.

4.2.4.5. Az egyetemi évek beavatási struktúrájának összefoglaló ábrája

A hallgatói beszámolók alapján az egyetemi évek beavatási struktúrája emlékezteti őket a csecsemő állapotból a felnőtt korba való felnövekvés történéseire, a speciális tanulási folyamatok által. A beavatások szakaszai jelentik a gyors, ugrásszerű változások időszakait.



7. ábra: Az egyetemi évek beavatási struktúrája

Az egyetemi évek vagyis az átmenet időszaka analógiát mutat egy többpilléres hídon való átkelés folyamatával, amit a 7. ábrán a szaggatott vonal jelez. Egy-egy pillér szimbolizálja a beavatási folyamat egyes szakaszait, amelyek fraktálszerűen önmagukban is átmeneti rítusoknak, beavatási folyamatoknak tekinthetők, a rájuk jellemző fázisokkal és rítusokkal. Így a már bemutatott szeparációs rítusok egyben jelentik a képzés első két évét felölelő szakasznak és az egész orvosképzésnek is a

kezdetét, ugyanígy az inkorporációs záró rítusok az utolsó szakaszt, a hatodév végét és egyben az orvossá válás beavatási folyamatát is lezárják.

A 7. ábra szaggatott vonalát képzeletben térben megforgatva látható, hogy a beavatási folyamat eredményeképpen a hallgató koncentrikus körökben, cikkuratszerűen építkezve halad a pálya elsajátításában „előrefelé”. Ezen haladás során tudása és rátermettsége, gyakorlati készségei fokozatosan és tervezhető jelleggel gyarapodnak, koncentrikus köröknek megfelelően jut el a „helyzet magaslatára”.

4.2.5. A beavatás lezárulása

A beavatási folyamatok lezárásánál általában van egy végső próba vagy vizsga, ami sokszor csak jelképes vagy bemutató jellegű, jellemzően dramatikus elemekkel. Ezt követi a beavatási folyamatban résztvevő valamiféle ünnepélyes avatása. A hétköznapi értelmezésekben gyakran csak ezt a végső momentumot azonosítják a beavatás fogalmával. Holott mint láttuk, a végső vizsgát és avatást mindig megelőzi egy hosszú felkészítési folyamat, amely magába foglal számtalan beavatási értékű eseményt.

4.2.5.1. Az orvosi egyetem államvizsgája

A sámánvizsgához hasonlóan a „végső próbát” az orvostanhallgató esetében az államvizsga jelenti, hivatalosan csak ennek sikerén múlik az, hogy valakiből orvos lesz-e vagy sem. Ritka azonban, hogy ha egy hallgató már idáig sikeresen eljutott, azaz teljesítette az addigi megannyi próbát, az államvizsgánál bukjon el. Itt fontos megjegyezni, hogy hivatalosan a sikeres államvizsga az előfeltétele az orvosi eskü letételének, és a hallgató ezáltal kapja meg a „dr.”-t a neve elé.

4.2.5.2. A diplomaosztó és az orvosi eskü

Bár hivatalosan az államvizsga adja meg az orvossá válás végpontját, szimbolikusan a diplomaosztó ünnepélyes eseményén az orvosi eskü letételét, mint fontos rítust érzékeljük az orvossá beavatás „szent” végpontjának: a pappá szentelés ceremóniájához hasonlóan itt teljesedik be a beavatási folyamat, legalábbis ami az egyetemi éveket és a „végzett orvos”-sá válást illeti.

A jelen kutatás interjúi során az derült ki, hogy az egyetem elején lévő fogadalomtétel megosztja a hallgatókat: sokan nem értik vagy inkább nem érzik át jelentőségét még a képzés elején, néhányan azt is bevallották, hogy nem is voltak jelen a rítusnál. Az egyetem végén lévő eskütételt viszont szinte minden interjúalany fontosnak tartotta. Bár az eskünek csak szimbolikus jelentőssége van, a megkérdezettek mégis az egyik legmeghatározóbb beavatás értékű eseménynek jelölték azt meg.

4.2.5.3. Az orvos szociális születése

A jelen dolgozat témája, az orvossá válás tehát szintén felfogható szociális születésként: az orvostanhallgató miután „alászáll" az orvossá válás beavatási folyamatába, a transzformáció végén új szociális minőségében, azaz „orvos"-ként születik meg.

Fontos szimbolikus jelentése van az orvossá válásban a doktori cím elnyerésének, azaz a végzett orvosok kiírhatják a nevük elé (vagy után) a „dr.-t". Ez hivatalosan is névváltoztatással jár, ami szimbolikusan mutatja a beavatási folyamat végén megszülető új identitást, amely szociális születés rítusaként értelmezendő.

A „teljes értékű orvos" megszületéséhez a társadalom kereteket, külső megerősítő eljárásokat biztosít. Ezek teszik teljessé és biztonságossá az átmenetet az avatandók és a társadalom tagjai számára egyaránt. Törvényi szabályozás szerint a doktorráavatás kapcsán végbement névváltozást a megfelelő hatóságoknál be kell jelenteni. Az új név új személyi igazolvány (lakcímkártya) kiváltását elővételezi, mely során a szélesebb társadalom legitimációja valósul meg a státusváltást illetően. Az orvosi szubkultúrát érintő „határátlépés" manifeszt változásai többlépcsős folyamat részeként zajlanak le. Az orvosi titulus elnyerése után az új orvost felveszik az orvosok országos nyilvántartásába, mellyel egyidejűleg megkapja „orvosi személyi igazolványát", személyre szóló azonosító számával együtt. Ezek után az Egészségbiztosítótól átveheti orvosi pecsétjét és igényelt recepttömbjét. Az imént felsorolt kellékek, jogosítványok részben mindennapi, funkcionális értékkel bírnak, részben rituális szimbólumokként szerepelnek a gyógyító eszköztárában.

4.3. Beavató személyek és közösségek az orvossá válás során

4.3.1. Beavató személyek az orvossá válásban

Az orvossá válás folyamatában a beavatók csoportja igen heterogén, ugyanakkor a beavatás megvalósulása szempontjából nélkülözhetetlen szubkultúrát testesítenek meg. Ezek a személyek – magától értetődő módon – az avatandóknál magasabb tudási szintet, beavatottsági fokot képviselnek, ugyanakkor itt is tapasztalhatók rendhagyó példák, „kivételes" megnyilvánulási formák.

Az interjúk során a hallgatók az alábbi beavató személyeket említették:

- a felvételi vizsga során tanárok, vizsgáztatók
- a gólyatábor keretében az instruktorok: olyan – többnyire felsőéves – hallgatók, akik a kezdő évfolyamokba tartozó hallgatók segítésével, terelgetésével, instruálásával foglalkoznak. Fontos szempont, hogy az instruktorok személyes (erkölcsi) felelősséggel tartoznak a rájuk bízott csoport tagjaiért, egyfajta szóbeli és személyes példával átadott túlélési kódexet nyújtanak a kezdő hallgatóknak.
- az első év folyamán instruktorok, tanárok, gyakorlatvezetők, szeminárium-vezetők, vizsgáztatók, nővérek, betegek
- negyedévtől fölfelé a műtősnő, főorvos, professzor

Az évek előre haladtával megfigyelhető a beavatók státusának fokozatos növekedése: míg az első évben (pl. ápolástan gyakorlat során) teljesen elképzelhető, hogy egy kórházi nővér szerepeljen az orvostanhallgató beavató mestereként, azonban ez a klinikum évei alatt már szinte elképzelhetetlen, hiszen „a tanítvány addigra túlnő mesterén".

Kiemelkedő, kiemelendő beavató személyekként mégsem a fenti kategóriákat említették interjúalanyaink, hanem – talán nem teljesen meglepő módon – a *személyes példát*. A minta-követés tárgya lehetett a származási család valamely jelentős tagja, meghatározó gimnáziumi tanár, de még inkább valamely gyakorlat- vagy TDK-vezető, aki életre szóló hiteles mintát, lelki erőtartalékot jelentett a leendő orvosnak. Ezekről a beavatás értékű szerepmodellekről az orvosi identitás tárgyalásánál lesz szó részletesen.

4.3.2. Beavató közösségek az orvossá válásban

A beavatást szemlélő, ahhoz asszisztáló közösségről, annak tagjairól, szerepéről és lehetséges megnyilvánulási formáiról igyekszem képet alkotni. A közösség jelenléte ugyanis meghatározó eleme a beavatás milyenségének, mélységének.

Az interjú alanyok által említett legfontosabb beavató közösségek az orvossá válás során:

- az orvosok társadalma
- az egyetem maga
- „évfolyam" és „évfolyamfél"
- eggyel fölöttük járó évfolyam mint beavató közösség
- csoporttársak (több csoporthoz való tartozás lehetősége)
- kórházi, osztályos nővérek közössége
- betegek

A SE Általános Orvostudományi Karának képzési rendjében az I–V. évig terjedő képzési szakaszban létezik az „évfolyam" mint strukturális-funkcionális egység. Ez 300-400 hallgatót jelent, akik funkcionális okokból – pl. előadóterem befogadóképessége – két „évfolyamfél"-be tagozódnak. A két évfolyamfelet eltérő intézet- és klinika párok képzik, oktatják, vizsgáztatják. Az egyes évfolyamfelekbe tartozó hallgatók „betűkbe" (A–D betűig az első évfolyamfél, E–F-ig pedig a második), azokon belül 3-3 „csoportba" vannak osztva. Egy-egy csoportba 14-16 hallgató tartozik, eképpen felállítható egyfajta „hallgatói rendszertan", ahol mindenki tudja magáról (és a másikról), hogy hol a helye. A belső (az orvostanhallgatók „törzsén" belüli) etnocentrizmus[11] az azonos évfolyamba tartozó csoportok között is megnyilvánul. A „mi" és „ti" megkülönböztetésére rigmusok, „csoportmítoszok" is kifejlődhetnek, másodlagos racionalizáció útján. A fenti példáknál maradva az F1 csoport „Forma 1-esnek", de akár „Félistennek" is adresszálhatja magát, az E2 csoportmottója esetében *Petőfi*t idézném: „szabadság, szerelem! *E kettő* kell nekem." Ezek tehát olyan másodlagos jelentésadások, melyek az egyén helyzetét a nagyobb közösségben egy konkrét csoporthoz, „klánhoz" való tartozása, szerves illeszkedése által esősítik,

[11] Saját kultúra, közösség stb. magasabb rendűnek tételezése. Ld. bővebben 1. melléklet.

védelmezik az egyetemi „törzs” vagy más felsőoktatási intézmények hasonló csoportjaival szemben.

Látjuk tehát, hogy az egyetem elején még sokkal inkább a hallgatói csoportok (saját csoport, évfolyam, felsőbb évfolyamok) dominálnak mint beavató közösség, hiszen itt a hallgató elsődleges célja az egyetemi életbe való beilleszkedés.

Később a gyakorlatok hatására megjelennek a kórházi beavató közösségek (orvosok, nővérek, betegek), majd a képzés vége felé közeledve egyre inkább az orvosok társadalma lesz a meghatározó beavató közösség, a releváns orvos-szerepmodelleknek és az alakuló új saját orvosi identitás beilleszkedési igényének köszönhetően.

4.4. Az orvosi antropológia tantárgy beavató szerepe az orvossá válásban

A mi esetünk is hasonló az amerikai egyetemeken tapasztaltakhoz, ahol az orvosi antropológia eredetileg a magatartás- és a társadalomtudományi tanszékek része volt. Az orvosi antropológia a SE Magatartástudományi Intézet 1993-as megalakulása óta a tanterv szerves része. Ekkor döntött úgy az egyetem vezetése, hogy beszünteti a korábban érvényes marxizmus alapjain nyugvó Társadalomtudományi Intézetben zajló ideológiai jellegű munkát, melynek helyébe a pragmatikusabb, empirikusabb orvosi szociológia, orvosi antropológia, bioetika és az orvosi kommunikáció oktatása léphetett. Ez a változás egyben a modernizmusról a holisztikus, kulturális relativista és a kritikai szempont megjelenését is magával hozta, és posztmodern szemléleti elemek integrációját is jelezte (Zsinkó-Szabó, Lázár 2013).

Összehasonlítva saját tapasztalatainkat a külföldi mintákkal, azt találjuk, hogy az orvosi antropológia nem választható, hanem egyféléves kötelező tárgyként került a tantervbe. Mivel az orvosi antropológia oktatása szerves részét képezte az alapképzésnek, így az orvostanhallgatók szocializációjában is meghatározó szerepet töltött be. A tárgy oktatóira nézve ez egyben azt is jelentette, hogy felelősséggel viseltettek a modern tudományok és az orvosi antropológia által képviselt posztmodern megközelítés közötti egyensúly megtalálásáért és megtartásáért. A kurzus ilyen kötelező státusa az utóbbi években a nemzetközi gyakorlat és a tantervi reform hatására nálunk is választhatóra változott.

A jelen kutatás és az orvosi antropológia lassan két évtizedes oktatása után úgy látom, hogy az orvosképzés preklinikai részében – amikor a hallgatók a magabiztosság és az elköteleződés készségét, illetve a szakmai csoportidentitást jelentős szellemi terhelés és stressz alatt sajátítják el a "beavatás" köztes állapotában – az orvosi antropológia feladata jelentős. A gyakorlati órákon „Kritikus periódusok" címmel rítusokat elemzünk, ahol az átmenet rítusainak tudatosításával és a balszerencse rítusainak vizsgálatával a hallgatók mélyebb önismeretre tesznek szert.

Az orvostanhallgatók alapvetően modern biomedikális képzésében nagy szerepe van a posztmodern társadalomtudományok között az orvosi antropológia oktatásának, ahol a medikusok elméletben és gyakorlatban találkoznak a gyógyítás és a gyógyítók kulturális kontextusba helyezésével, különböző kultúrák eltérő szemléletével, gyógyító módszereivel, az orvos és a beteg szerepeivel, a gyógyító szimbólumok és rítusok megértésével.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Nekem nem volt jó az orvosi antropológia. Nem mintha nem lett volna érdekes, de végig arra gondoltam, hogy mit kell még aznap tanulnom, mennyi időmet elveszi fölöslegesen." *„A gyakorlatban úgysem tudod alkalmazni. Ha jön a beteg, teszed a dolgod. Egyszerűen nincs közben idő mindenféle szimbolikus és kulturális összefüggéseken gondolkozni."*	Kritikus hozzáállás az orvosi antropológiához	Az orvosi antropológiához általában azok a hallgatók viszonyulnak kritikusan és tagadóan, akik valamilyen manuális szakma iránt korábban már elköteleződtek és teljesítményorientáltak.
„Nekem nagyon hasznos volt. Végre úgy éreztem, hogy a tantárgy során emberszámba vesznek engem is, és nem valami magoló-vizsgázó biorobot vagyok… és a betegeket is végre másképp közelítettük meg, nem mint valami biomasszát." *„Éreztem, hogy ennek van értelme, és végre gondolkodunk közösen arról, hogy mi a gyógyítás, hogyan kellene csinálni."* *„Korábban komolyan elgondolkoztam többször azon, hogy mi lenne, ha itt hagynám az orvosit, mert nekem ez a lélektelen megközelítése a dolgoknak nem való. De most (antropológia után) valahogy az az érzésem, hogy akár még ezt is tudnám csinálni, csak máshogy valahogy."* *„Az orvosi antropológia során világossá vált: klinikum nem, marad a pszichiátria esetleg valamilyen kutatás... Gondoltam még valamilyen alternatív medicina vonalra is."*	Nyitottság az orvosi antropológiával szemben	Azok a hallgatók nyitnak leginkább az orvosi antropológia tudatformáló hatásának, akik még nem kötelezték el magukat egy szakirány felé sem, vagy alapjában nyitottabb személyiségűek és érdeklődnek a pszichiátria, a pszichoszomatika és/vagy az alternatív medicina iránt. Náluk nyilvánvalóan látszik az orvosi antropológia beavató hatása.

14. Táblázat: Az orvosi antropológia beavató hatásának elemzése

A 14. táblázatban a kategória-tartalom irányult narratív elemzéssel foglalom össze az interjúkból kibontakozó hallgatói álláspontokat az orvosi antropológiára vonatkozóan

Jelen kutatás szerint is nyitottság jellemzi az orvosi antropológiai tanulmányaikat aktívan végző hallgatókat: a legnagyobb affinitást közülük a pszichiátriai és pszichoszomatikai érdeklődésű alanyok mutatták. A pszichiátriai és pszichoszomatikai érdeklődésű hallgatók affinitása az orvosi antropológia iránt alátámasztja az orvosi antropológiának a magatartástudományokban betöltött hiánypótló szerepét.

4.5. A test beavató szerepe az orvossá válásban

Az orvosi egyetem curriculuma (és rejtett curriculuma) természetesen alapvetően a biomedicinát oktatja, de a hallgatók több ponton találkozhatnak az ettől eltérő alternatív testfelfogásokkal, jelenségekkel is; ha máshol nem, akkor az orvosi antropológia órák és a terepmunkák során biztosan.

A jelen kutatás alapján az orvostanhallgatók az orvosi egyetemen számtalan formában találkoznak a „test" fogalmával, és megtapasztalhatják annak sok-sok elméleti és gyakorlati aspektusát. „Beavatás értékű"-nek az alábbi pontokat emelném ki:

- **Anatómia elmélet** (első két év): A hallgatók az egyetem első két évében tanulják az anatómiát (elmélet, bonctani gyakorlat, szövettan). Az elméleti részben teljes részletességgel és precizitással kell anyanyelven és latinul egyaránt memorizálniuk minden egyes „porcikáját" az emberi testnek.
- **Első boncolások** (első év)**:** Az orvostanhallgatók az anatómia tárgy keretén belül már az egyetem legelején akár az első héten találkoznak az első halott testrésszel, és így jellemzően az emberi testről alkotott első benyomásaikat csontokon és a halott különböző részeinek vizsgálatán keresztül szerzik. A boncolás során megtapasztalják a gumikesztyű és a formalinos tetemek „guminak tetsző" élményét. Megfigyelhető, hogy már itt elkezdik bizonyos távolságtartással szemlélni a fizikai testet.
- **Kórbonctan** (harmadév): A hallgatók „végre" friss holttesteket boncolnak. Ezáltal jobban szembesülnek a test mulandóságával, azaz a halál tényével.

- **Ápolástan gyakorlat** (Első egyetemi év után nyáron): A hallgatók először találkoznak élő testtel, végre megérinthetik a betegeket, ágyneműt és ágytálat cserélnek. Betekintést nyernek a betegek kórrajzaiba, EKG-t elemeznek, vérnyomást mérnek, vért vesznek, muszkuláris injekciót adnak, így fejleszthetik gyakorlati készségeiket. Sokan ezt élték meg a leginkább beavató pontnak az első két év során.
- **Klinikum évei** (harmadévtől)**:** A hallgatók már többnyire élő betegeken, pácienseken tanulnak, gyakorolnak. Ez nem jelenti azt, hogy a halállal és ezáltal halott testtel ne találkoznának (lsd. Halál és beavatás fejezet), de a hangsúly már az élő test vizsgálatára és gyógyítására kerül.
- **Orvosi antropológia tantárgy** (másodévben)**:** A hallgatók a biomedicinán kívül megismernek más szemléletmódokat is, így a testképük is kitágul.

A 15. táblázatban a kategória-tartalom irányult narratív elemzéssel foglalom össze a hallgatói interjúkból kibontakozó eredményeket a test beavató hatásával kapcsolatban.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Az első hetekben félelmetes mennyiségű volt a tananyag, különösen az anatómia: minden csont minden mélyedése, dudora, nyúlványa… és mindez persze latinul is…” *„Először megrémisztett a rengeteg új latin szó, de aztán úgy kezdtem el tanulni, mint egy idegen nyelvet, és mivel azokat mindig is szerettem, így már könnyebben ment az anatómia is…”* *„Előtte fogalmam nem volt róla, hogy ennyi testrész egyáltalán létezik, és még nevük is van…”*	Anatómia elmélet	Az anatómia elmélet beavató jellegét a hallgatókra hirtelen rászakadó tananyag hatalmas mennyisége, új nyelvezete és a test megismerésének hihetetlen részletessége adja.
„Most már nem tűnik új látványnak, most már nem foglalkozunk vele. Csak amikor először láttuk meg, akkor. De akkor meg az érdekesség volt meg, hogy fú itt a szeme, ott a nyaka, ez meg az… Azért nem foglalkozott az ember ilyenekkel, hogy „Na, vajon mit csinált az életében?” meg mondjuk „Miért ilyen zsíros a karja?” meg ilyesmi. Akkor meg azért nem foglalkoztunk vele.” *„…akkor elejétől kis csontokat kaptunk, semmire nem emlékeztetett…”* *„De ezek tényleg olyan konzerv hulláknak felfoghatóak, tehát már kevésbé emberiek.”* *„Most már annyira megszokták az emberek a látványát, hogy gyakorlatilag egy munkadarabnak tekintik. És ahogy egy szövetdarabnak nem ad az ember becenevet, úgy ennek sem fog.”*	Anatómia gyakorlat	A hallgatók az emberi test ismeretét gyakorlatban az anatómiai boncolásokon, azaz a személytelen, formalinban áztatott hullákon sajátítják el.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Amikor egyszer hoztak be az intézetbe ilyen friss testet, amelyik még nem volt konzerválva semmilyen módon. Az teljesen más volt, mint a formalinos holttest. Az nem megdöbbentő, hanem inkább érdekes… Hogy hát nem élő, mert hát végül is halott volt, de még az előre nagyon hasonlított. Hogy mennyivel másképp néz ki, mint azok a testek, amikkel mi így anatómia órán foglalkoztunk.”	Kórbonctan	A friss holttestekkel való találkozás a kórbonctanon átmenet az élő és a formalinos hullák között: sokkal személyesebb, és jóval „élőbb”.
Én pl. leginkább a gyakorlatból tanulok, a gyakorlatokon ragad rám sok minden.” *„Vért venni… A nővér megmutatja 1x-2x; kimegy a beteg, a nővér rácsap a válladra „na jól van”, csináld te. És megcsinálod.”* *„Amikor éreztem, hogy tényleg jó helyen vagyok (...), amikor így a betegeknél - már ágytálat cseréltem vagy vérnyomást mértem – mondták, hogy megjött a ’doktor úr’. Mondtam, hogy nem vagyok doktor, hanem ápoló vagyok, de akkor mondták, hogy biztos jó orvos lesz, mert ezt érzik…”*	Ápolástan	„Élő test”-et először ápolástan gyakorlaton érintenek és tanulmányoznak a hallgatók, általában itt „avatódnak be” a gyógyításba.
„Nekem a III-as Bel. szintén akkor egy ilyen mentsvár volt. Följártunk, értelmes emberek nyomták olyan módon az „igét”, hogy annak volt tartalma, formája, foglalkoztak velünk tényleg, tehát összeszedettek voltak többnyire.” *„Végre a gyakorlatban is kipróbálhattuk tudásunkat…”*	Klinikum	A klinikumban az élő betegek teste kerül fókuszba, gyakorlatban próbálják már ki a medikusok az elméletben tanultakat.
„Végre úgy éreztem, hogy a tantárgy során, emberszámba vesznek engem is, és nem valami magoló-vizsgázó biorobot vagyok… és a betegeket is végre másképp közelítettük meg, nem mint valami biomasszát.” *„Nekem nagyon fontos volt például az antropológia terepgyakorlat: egy akupunktúrás rendelőben döbbentem rá, hogy mennyire másképp is lehet értelmezni az emberi testet. Ahol mi ereket és idekeket boncoltunk, ott az akupunktőr meridiánokon energiával dolgozik. Még nem tudom, hogy mit tudok ezzel kezdeni orvosként, de akkor is jó volt látni.”*	Orvosi antro-pológia	Az orvosi antropológia a hallgatók nyitottságától függően lehetőséget nyújt a test alternatív értelmezéseinek megismerésére.
"Az egyszínűen szürke szalagok, inak kibontása a zsírból türelempróbáló dolog volt. Az elvágott szalagokat volt aki visszaragasztotta, vagy vékony cérnával öltötte össze a demonstráció értékeléséhez." *"A nyári gyakorlatok csalódást keltettek, de néha részt vehettünk szemlélőként a műtéteknél, ritkán még csomózni, varrni is tanítottak."* *„Bár kevés kézügyességfejlesztő gyakorlatra emlékezem, de a kopogtatás, hallgatózás, tapintás, szóval a propedeutika is ilyen készség kialakításáról szól.”*	Manualitás	A hallgatók kézügyességének, manualitásának fejlesztése fontos a test kezelése szempontjából.

15. Táblázat: A test beavató hatásának elemzése az orvosképzésben

A medikusok a modern biomedikális szemléletnek megfelelően az orvosi képzés alatt először a test modern bioredukcionista megközelítésével találkoznak: anatómia gyakorlaton formalinban ázott (személytelen) halott (lélek nélküli) testrészeket (mint

gépalkatrészeket) tanulmányoznak először, amihez társul az elméleti tananyag hatalmas mennyisége, új nyelvezete és a test megismerésének hihetetlen részletessége.

„Élő test”-et először ápolástan gyakorlaton érintenek és tanulmányoznak a hallgatók, az interjúk alapján jellemzően itt „avatódnak be” a gyógyításba.

A holttestek beavató szerepe az anatómia után folytatódik a kórbonctani friss hullák boncolásával, ezt az interjúalanyok beszámolója alapján a hallgatók inkább érdekesnek élik meg, ugyanakkor megérinti őket a holttestek „személyesebb”, „élőbb” jellege.

A klinikumban újra az élő betegek teste kerül fókuszba, a medikusok gyakorlatban próbálják ki az elméletben tanultakat. Az orvosi antropológia a hallgatók nyitottságától függően lehetőséget nyújt a biomedikális testképpel szemben a test alternatív értelmezéseinek megismerésére, a terepmunkák során a hivatalos biomedikális és az alternatív medicina kipróbálására, gyakorlati összehasonlítására. A *terepmunka* gyakorlat keretében a hallgatók különféle alternatív rendelőkben szembesülhetnek eltérő szimbolikus testképekkel, testértelmezésekkel (tradicionális kínai orvoslás, reiki, homeopátia, ayurveda, prananadi) melyeket bioredukcionista szemszögből értelmetlennek találnak, de a kulturális relativista, emikus nézőpont szakmai szabályai szerint megkísérelnek megtapasztalni és megérteni. Mindez az orvossá válás testi tapasztalatainak körét kiterjeszti, mely főként a plurális medicina viszonyai között a természetgyógyászat illetve az alternatív terápia iránt nyitott majdani betegek megértéséhez, kezeléséhez, a velük s alternatív kezelőjükkel való kommunikációhoz szükséges. Ilyen értelemben az orvosi antropológia maga is a beavatási folyamat szerves része lesz (Zana, Zsinkó-Szabó 2013).

Az orvosi pályaszocializáció során nagy jelentősége van a ***manuális készségek*** kialakításának, a technikai készségek megalapozásának, fejlesztésének. Ez a jelenség rejtett eleme lehet olyan próbatételekkel terhes tanulási tapasztalatnak, mint amelyet a boncolással szembesítő anatómia gyakorlatok vagy az ápolástani nyári gyakorlat kínálnak. A hallgatók kézügyességének, manualitásának fejlesztése fontos a test kezelése szempontjából, sikeressége alapja lehet a későbbi orvosi szakválasztásnak is (manuális szakok vs. pszichiátria).

4.6. A betegségek beavató szerepe az orvossá válásban

4.6.1. A betegségek szerepe a gyógyítói pálya választásában

Gyakran előfordul, hogy valaki azért akar gyógyítani, mert élete során kigyógyul egy – egyébként gyakran halálos kimenetelű – betegségből. Erre egy interjúrészlet a kutatásban résztvevő egyik alternatív terapeutától: *„16 éves koromban egy Lyme-kór kapcsán gyógyszer túladagolásba majdnem belehaltam. Majd hosszadalmas és sikertelen gyógykezelések után egy kiropraktőrhöz vittek el a szüleim, akinek a segítségével rohamosan javult az állapotom és sikerült teljes mértékben meggyógyulnom. Ezután kezdett el érdekelni az alternatív gyógykezelés és nehány évvel később elmentem az első prananadi tanfolyamra."*

Az is gyakori, hogy valaki azért választ gyógyítói pályát, mert eleve szenved valamilyen betegségben önmaga vagy például valamelyik családtagja, és ezáltal igyekszik saját magát vagy őt meggyógyítani. Újabb interjúpéldák alternatív terapeutáktól: *„A közgáz egyetem alatt állandóan felfáztam, és az antibiotikumokkal nem tudták az orvosok kikezelni a krónikus hólyaghurutomat. Egy ismerős révén elkerültem egy vidéki természetgyógyászhoz, aki egy hét alatt meggyógyított. Ennél azonban egy sokkal fontosabbat is kaptam: azonnal beleszerettem a szakmájába, és én is elkezdtem természetgyógyászati módszereket tanulni."*

Sok orvostanhallgató éppen valamelyik családtagjának betegsége miatt választotta az orvosi pályát. Néhány interjúrészlet ezzel kapcsolatban:

„Gimiben jött, hogy ide jönnék. Volt egy-két betegség a családban, tenni akartam, ez vonzott."

„Amikor egészen kicsi voltam és nagyapám igen beteg volt nagyon hosszú ideig, apukám orvos és otthon ápolta. Én 6-7 éves voltam, és mindig azzal játszottam, hogy ilyen kis küblik voltak otthon, és na, akkor én majd meggyógyítom a nagypapát. Ez volt az első olyan élmény, amikor egyáltalán így közelébe kerültem ennek az egész dolognak…"

4.6.2. Az orvostanhallgatók találkozása a betegségekkel

A medikusok is lehetnek természetesen betegek az egyetem évei alatt. Egy tipikusan őket érintő kórkép a hipochondria. Emellett míg a tipikus egyetemista életmód egyes aspektusai (bulizás, alkohol- és drogfogyasztás, gyorsételek fogyasztása stb.) ugyanúgy jellemzők a medikusokra is, mint más fiatalokra, egyetemistákra, ugyanakkor például az éjszakázás, a vizsgákkal és a képzés egyéb formáival járó stressz fokozottan jellemző rájuk, így jóval veszélyeztetettebbek is. A stressz oka lehet számos betegségnek, amelyekről bővebben a következő fejezetben lesz szó.

Az orvostanhallgatók beavatásában azonban nem csak a saját betegségeik vesznek részt, hanem képzésük előtt és után is számos módon találkoznak betegségekkel, amelyek beavatás értékűek lehetnek. Jelen kutatás alapján a legfőbb pontok a következők:

- **Kórbonctan** (harmadévben): Anatómián (első két év) és Kórélettanon (másodév) érintőlegesen találkozik csak egy hallgató a betegségekkel. Kórbonctanon viszont ezen van a hangsúly: a hallgatók éjjel-nappal betegségekről magolnak, amelyeket néha magukban is felfedeznek (hipochondria); a boncolásokon a friss hullákat is kifejezetten a betegség és halálok szempontból vizsgálják.
- **Ápolástan gyakorlat** (első év végén): A hallgatók itt találkoznak először élő beteggel, azok betegségeivel.
- **Klinikum** (harmadévtől): Elméleti és gyakorlati képzés a betegségekről szakterületenként. Itt kap legnagyobb hangsúlyt a betegségekkel való szembesülés.
- **Orvosi antropológia tantárgy** (másodévben)**:** A hallgatók a biomedicinán kívül megismernek más szemléletmódokat is, így a testképük mellett a betegségképük is kitágul. A *terepmunka* gyakorlat keretében a hallgatók különféle alternatív rendelőkben szembesülhetnek eltérő szimbolikus betegségképekkel és értelmezésekkel (tradicionális kínai orvoslás, reiki, homeopátia, ayurveda, prananadi) melyeket bioredukcionista szemszögből értelmetlennek találnak, de a kulturális relativista, emikus nézőpont szakmai szabályai szerint megkísérelnek megtapasztalni és megérteni.

A 16. táblázatban a kategória-tartalom irányult narratív elemzéssel foglaltam össze a hallgatói interjúkból kibontakozó eredményeket a betegségek beavató hatásával kapcsolatban.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Teljesen más olvasni a zsugorveséről, és más meglátni és rácsodálkozni, hogy egy embernek lehet két teljesen különböző kinézetű veséje. A zsugorvese először felismerhetetlen volt számomra.” *„Mindenki hallott már az érelmeszesedésről, de egy átlagembernek fogalma sincs arról, hogy ez hogyan néz ki a valóságban. Tényleg 1-1,5 centis lerakódások is lehetnek az erekben.”* *„Azóta rettegek az epekövektől. Sose felejtem el azt a látványt, ahogy a kívülről normálisnak tűnő epehólyagból kiszúrás után 30-40 kis kő gurult ki.”*	Kórbonctan	A hallgatók a kórbonctanon szembesülnek elméletben és gyakorlatban a betegségekkel. Ez fontos beavató pont, hiszen a laikusokkal szemben átlátják a betegségek hatásmechanizmusát, a boncolás során „belülről” is megnézhetik a betegségképleteket, ugyanakkor gyakran fennáll a hipochondria veszélye is.
„Ilyen szempontból ez is fontos volt, az ápolástan gyakorlat. Első állomás. A munka megerősített, hogy jól döntöttem, hogy az orvosi mellett döntöttem, gyakorlatban is megtapasztaltam, hogy jó az emberen segíteni.” *„Ápolástan: először betegek közt, mintha orvos lennék, akkor mi lenne.”*	Ápolástan	Élő beteg betegségével először ápolástan gyakorlaton találkoznak a hallgatók, így általában itt „avatódnak be” a gyógyításba.
„Végre a sok-sok elmélet után jött a klinikum…” *„A szigorló év egy részét komolyan vettem, tehát a belgyógyászati gyakorlatra elmentem Esztergomba és ott nagyon komolyan töltöttem. Meg korábban is az Esztergomi Kórházban voltam és az egy jó osztály volt, jól is éreztem magam. Nem gondolom, hogy azt éreztem akkor, amit például már most érzek, hogy én a helyemen vagyok a klinikumban. Akkor nem voltam a helyemen, de érdekelt, meg ott jól éreztem magam egy ilyen kis kórház közegében.”*	Klinikum	A klinikumban kap a legnagyobb hangsúlyt a betegségek diagnosztizálása és terápiája.
„Én egy természetgyógyásznál voltam terepgyakorlaton. Alapvetően az akupresszúrát alkalmazta pácienseín, de érdekes volt, hogy az állapotfelmérésnél és a kezelésnél figyelembe vette a kínai meridiánokon kívül a csakrákat és a betegségek lelki okait is.”	Orvosi antropológia	Az orvosi antropológia a hallgatók nyitottságától függően lehetőséget nyújt a biomedikális betegségfelfogással szemben az alternatív értelmezések megismerésére.

16. Táblázat: A betegségek beavató hatásának elemzése a medikusokra

A hallgatók a kórbonctanon szembesülnek elméletben és gyakorlatban a betegségekkel. Ez fontos beavató pont, hiszen a laikusokkal szemben átlátják a betegségek hatásmechanizmusát, a boncolás során „belülről” is megnézhetik a betegségképleteket, ugyanakkor gyakran fennáll a hipochondria veszélye is.

Az orvosi képzés során több ponton analógiát látunk a test és a betegség beavató szerepe között. Élő beteg betegségével először ápolástan gyakorlaton találkoznak a

hallgatók, így általában itt „avatódnak be” a gyógyításba. A klinikumban kap a legnagyobb hangsúlyt a betegségek diagnosztizálása és terápiája, az elméleti képzés itt „próbálódik ki” gyakorlatban. Az orvosi antropológia a hallgatók nyitottságától függően lehetőséget nyújt a biomedikális betegségfelfogással szemben az alternatív értelmezések megismerésére.

4.7. A stressz beavató szerepe az orvossá válásban

4.7.1. Stressz az orvossá válás folyamatában

A medikuslét igen stresszteli: az életszakaszváltás jelentős, a társadalmi státust újraszervező, számos rövid tartamú, csak részben kontrollálható, de tartós, (néha egzisztenciális súlyú) következményekkel is fenyegető megpróbáltatásban (vizsga) gazdag társadalmi átmenet.

A már említett 2007-es tanulmányomban kvantitatív elemzéssel (62 felsőbbéves orvostanhallgató kérdőíves felmérésével) vizsgáltam a HuMánia csoportban a stressz és az orvostanhallgatók beavatási folyamata közötti kapcsolatot. A végső konklúzió szerint az orvossá válás beavatási folyamata mindig mindenki esetében stresszel jár, azonban a stressz viszonylagos mennyisége határozza meg a keletkező stressz típusát: eustressz vagy distressz lesz a beavatás következménye (Zsinkó-Szabó 2007).

4.7.2. Stresszorok az orvosképzés szakaszaiban

Az orvossá válásban a stressz szempontjából az alábbi alapvető eseményeket és helyzeteket különíthetjük el:

- **egyetemi felvételi vizsga:** Az orvosi egyetemmel kapcsolatban az első megmérettetés, ahol jelentős a verseny, így nem csak önmagát, de társait is le kell győznie a jelentkezőnek. Néhány éve az érettségi vizsga összefonódik a felvételivel, ami bizonyos értelemben csökkenti a kapcsolódó distresszt, viszont a beavatás értéke is kisebb lett.
- **az első évek:** Stresszforrásai egyfelől az életkorból, másfelől a tanulmányokból erednek. A tananyag hatalmas mennyisége, az állandó időnyomás érzése, a

vizsgaidőszak, illetve az ezzel járó teljesítmény-kényszer komoly erőfeszítést igényel a diákoktól. Különösen erősek lehetnek az első éveseknél, akik először próbálják keresztül verekedni magukat a vizsgatengeren. A középiskolában kivívott éltanuló helyzet nem garancia arra, hogy eredményes lesz az első vizsgaidőszak. Más a mérce, az időnyomás és a nagy mennyiségű információ feldolgozása új tanulási stratégiákat igényel, amihez sok hallgató az első évben még nehezen alkalmazkodik. Külön meg kell itt említeni a betegségekkel és különösen a halállal való szembesülés distresszét.

- **klinikum:** A stresszforrások leginkább az orvoslás mindennapjaihoz, az orvos-szerep nehézségeihez köthetők: a manualitás nehézségei, a betegekkel való szembesülés, különösen a halálesetek elviselése, a betegekkel és a kollégákkal való megfelelő kommunikáció, a különféle fertőzésektől és különösen a megnövekedett felelősségtől való félelem mind jelentős distresszt okozhatnak a hallgatóknak.
- **rezidens időszak**: Az önálló orvosi munka megkezdése, különösen sok ügyelet vállalása, a hirtelen megnövekedett felelősség, a szakvizsgára való felkészülés, az álláskeresés jelentik a legjelentősebb stresszforrásokat.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Hiába tanultam két évig az orvosi felvételire, úgy izgultam a vizsgabizottság előtt, mintha az életem múlt volna azon a vizsgán. Bizonyos szempontból így igaz.”	Felvételi vizsga	Az orvosképzés első legstresszesebb pontja maga a kezdete: a felvételi vizsga.
„Nekem a legstresszesebb pont első év végén volt, a 2. anatómia vizsgánál. Nem tudom, miért pont akkor… Miért pont az a vizsga, miért nem az előző anatómia, vagy miért nem a következő… Egyszerűen ott buktam ki, akkor mondták fel az idegeim a szolgálatot.” *„Hát nálunk az első demonstráció az horror volt tényleg. Hát nem kevesen bőgték el magukat. Volt, aki örömében, volt, aki azért, mert már vége a feszültségnek. Kapott egy egyest és örömében sírt… De az tényleg horror volt, és azóta egyre könnyebben megy minden.”* *„Azért, mert nem tudtuk egyrészt, hogy mire számítsunk, másrészt pedig 5 hét alatt akkora mennyiségű – vagy hát végül is 4 hét alatt, mert az 5. héten volt a demonstráció -, tehát 4 hét alatt olyan mennyiségű tanulnivalót próbáltak a fejünkbe verni, amihez képest egy emelt szintű érettségi semmi.”* *„III. éves vagyok, de lehetnék IV. éves, II. évben szintén buktatón estem át, én el sem jutottam a vizsgáig: egy demo jelentette az akadályt, élettan: a félév feltétele volt, többszöri nekifutásra sem sikerült. Akkor eléggé összetört ez a dolog.”*	Első évek – anatómia vizsga	Az egyetem első éveiben az egyik legjelentősebb stresszforrás a medikusok számára az anatómia, élettan és biokémia demonstrációi, vizsgái és szigorlatai

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Egyik hajnalban fél 3-kor ébresztettek is egy komplikációs szüléshez. Rögtön éreztem, hogy nagy baj van.” *„Nekem is halt meg beteg már a kezemben, saját személyes beavatás történet, lereagálom, jönnek körém az emberek. Sokáig tartott, beszélek róla másoknak később is.”* *„A sebészet intenzív volt: 2-3 naponta haltak meg a betegek.”*	Klinikum	A klinikum évei is számos stresszforrást rejtenek magukban: a felelősségérzet növekszik, az éjszakai ügyeletek megkezdődnek, és betegek halnak meg a medikusok kezei között.
„Az egész rezidens rendszer egy szívatás…” *„Gusztustalan a rezidens felvételi rendszer, nevetségessé válik, ugyanúgy kezelnek, mint 6 évvel ezelőtt. Mit jelent, hogy orvos vagyok. Jogászoknál sokkal könnyebb.”*	Rezidens évek	A rezidens orvosok újra liminális helyzetbe kerülnek, amely szintén jelentős stresszel jár.

17. Táblázat: Az orvosképzés egyes szakaszaiban jelentkező stresszorok elemzése

A 17. táblázatban a kategória-tartalom irányult narratív elemzéssel foglalom össze a hallgatói interjúkból kibontakozó eredményeket az orvosképzés egyes szakaszaiban megjelenő stresszforrásokkal kapcsolatban.

4.7.3. A stresszreakciót meghatározó tényezők az orvossá válás során

A stresszorok stresszreakciót kiváltó hatását növeli az egyén szorongásra és depresszióra való hajlama, a fizikai környezet terhelése, a rendelkezésre álló társas támogatás hiánya, a gazdasági helyzet bizonytalansága és a hallgatók közötti verseny.

Természetesen az orvostanhallgatók esetében is számítanak a különböző fizikai környezeti tényezők. Az anatómiai gyakorlat során megtapasztalt formalingőz ilyen egészségre is veszélyes környezeti tényező, mint a fertőző klinikai gyakorlaton fennálló biológiai kockázatok, vagy a radiológiai gyakorlatot kísérő és figyelmetlenség esetén kockázatot jelentő sugárterhelés.

A társas támogatás és a csoportkohézió érzése védhet a stressz ellen, míg a másokért érzett személyes felelősség növelheti a fiziológiai stresszreakciót, mindez a medikuslét szerves és változásoknak kitett része. A preklinikum stabil egyetemi csoportjainak csoportszerkezete más helyzetet teremt, mint a klinikai évek magányosabb tanulási stratégiái, helyzetei. Hasonlóan fontos a felelősségvállalás fokozódó, vagy előrevetített módon megélt terhe.

Magyarországon bár az orvosi egyetem mellett jellemzően nem vállalnak állást a diákok (a nagy leterheltség miatt nem is nagyon tudnának), viszont a bizonytalan rezidens-képzés és a megalázóan alacsony kezdő orvosi fizetés már az egyetemi évek alatt általánosságban sok stresszt és frusztrációt okoz számukra.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Egyszerűen elég volt. Ezért nem is erőltettem, hogy meg legyen a gyógyszertan szigorlat. Ha nincs az az egy év halasztás, szerintem megbolondultam volna.” *„Az első évek is nehezek voltak…mit nehezek…igazi horror volt… Na de a rezidenssség mégis a legnagyobb szívás…Tényleg megéri orvosnak lenni?”*	Az érintett egyének jellemző vonásai	A szorongásra és depresszióra hajlamosabb hallgatók sokkal nagyobb eséllyel halasztanak, hamarabb kimerülnek és jobban félnek a jövőtől (rezidens évek, elhelyezkedés, stb.)
„Engem a formalingőz viselt meg legjobban az egész egyetem alatt. Allergiás vagyok minden vegyszerre, így az anatómia igazi kihívás volt.”	A fizikai környezet	Az anatómián állandóan formalinnal vannak mérgezve a medikusok.
„Az, hogy az a halasztás az egyetem berkein belül nekem is sok kapcsolatot hozott és ez egy jó dolog. Akik akkor felettem jártak, azokkal is jóban vagyok, a csoporttársaimmal is…, mindenképpen jó. Informáltság, info-szerzés és ez egy jó dolog.” *„Nagyon jó csoportba kerültem, rám is jó hatással vannak, közösségi szempontból is sokkal jobb, mint az előző volt, de az előző csoportomat is szerettem.”* *„Kudarcokra vagyunk ítélve, nincsenek olyan közösségek, amelyek körülvesznek/megtartanak minket”* *„Ha lennének ilyen közösségek, később sokkal jobban működnének az orvosok team-ben. Így mindenki a saját dolgát csinálja, nem csapatjáték. Az egyetemen rontják el.”*	A rendelkezésre álló társas támogatás	A halasztással kapcsolatban a hallgatók inkább a pozitívumokat emelték ki: nyereséget hozott számukra, hogy már két közösséghez (új és régi csoport) is tartoztak. Az egyetem vége felé, és kezdő orvosként az egyik legnagyobb problémát a csoportok felbomlásában, a támogató közösségek hiányában látták.
„Megalázó lesz a fizetésünk. Nem is értem sokszor, hogy miért csináljuk ezt így végig… na, jó, tudom, hogy nem a pénzért…, de akkor is megbecsülhetne minket jobban a társadalom…”	A gazdasági helyzet	A rezidens évek másik stresszforrása az alacsony fizetés, a megélhetési bizonytalanság.
„…állandóan hívogattuk egymást vizsgák között, hogy ki hogy áll a tanulással, sőt gyakran együtt magoltunk… Folyton spannoltuk magunkat és a másikat, így húztuk egymást előre… Utólag elismerem, hogy rettegtem, nehogy lemaradjak mögötte. Tulajdonképpen a mi kis versenyünk elérte célját, mindketten 4,5 fölött csináltuk meg az első évet, bukás nélkül… Na de milyen áron? Örülök, hogy nem lett hosszú távú következménye kiborulásomnak. Megúsztam idegösszeroppanás nélkül.”	A kulturális háttér	A felvételi és az egyetemi vizsgák során jelentkező verseny motiváló is lehet, ugyanakkor káros distressz hatása is van.

18. Táblázat: A medikusoknál jelentkező stresszreakciót meghatározó tényezők elemzése

Általánosságban megállapítható, hogy a nyugati kultúrák, ahol a versengést és az anyagi előmenetelt fontosabbnak tartják, jóval stresszesebbek, mint a keleti kultúrák, amelyek a meditációt és a szemlélődést többre értékelik. Az interjúk alapján a verseny a magyar medikusok között a felvételi majd az egyetemi vizsgáknál, a kollégiumigénylésnél, a rezidenshelyek megszerzésénél, és végül álláskeresésnél jelenik meg.

A 18. táblázatban a kategória-tartalom irányult narratív elemzéssel foglalom össze a hallgatói interjúkból kibontakozó eredményeket a stresszreakciót meghatározó tényezőkkel kapcsolatban.

4.7.4. A stressz hatása az orvossá válás során

A medikusok az interjúk során az általuk átélt alábbi betegségeket említették a stressz kapcsán: fejfájás, kimerültség, álmatlanság, depresszió, szorongás, pánikbetegség, fóbiák, abúzusok (alkohol, drog, nikotin), önértékelési zavarok, változás az étkezési szokásokban.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„…én szeretek vizsgázni. Pontosabban a vizsgák előtti utolsó órákat, perceket imádom. Olyan szinten felpörgök ilyenkor, hogy úgy érzem, hegyeket tudnék megmozgatni. A memóriám annyira felerősödik, hogy az utolsó órákban tízszer vagy százszor annyi infót meg tudok jegyezni, mint a vizsga előtti utolsó héten.”	Vizsgadrukk mint eustressz	Vannak az orvostanhallgatók között is olyanok, akik szeretnek vizsgázni, mert ilyenkor az eustressznek köszönhetően megsokszorozódik a teljesítőképesség.
„Sajnos én a szóbeli vizsgákon mindig rosszabbul teljesítek… Nem tehetek róla: gombóc a torkomban, és úgy izgulok, hogy alig emlékszem valamire, pedig előtte tényleg megtanultam mindent rendesen…”	Vizsgadrukk mint distressz	A vizsgákon – különösen a szóbeliknél – az eustressznél gyakoribb a negatív vizsgadrukk vagy distressz.
„Harmadévben az eredményes vizsgák után megfájdult a jobb vádlim, és meg voltam győződve arról, hogy egy kisebb mélyvénás thrombozis fenyegette. Több UH vizsgálatot csináltattam, de a hypochondriámat egy megélt tartós lábfájdalom táplálta.” *„A kórbonctan után állandóan attól rettegtem, hogy nekem is epekövem van.”*	Hipochondria	Az orvostanhallgatók egyik tipikus betegsége a hipochondria.
„Én akkor nagyon örültem már a halasztásnak… Nem bírtam tovább az egyetemet, muszáj volt szünetet tartanom, ha nem akartam végleg elhagyni az orvosi pályát.” *„Ötödév végén éreztem, hogy nincs tovább… Csak ültem a könyvek felett, de tanulni már nem tudtam… teltek a napok és éreztem, hogy az egésznek semmi értelme… Azt hiszem, depressziós lettem.”*	Kiégés	A kiégés a végzett gyakorló orvosok mellett egyre gyakrabban előfordul már a medikusok körében is.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Az egyik ok, amiért sosem mentem volna az orvosira, az az, hogy nem akartam kicsinálni magam már fiatalon. Én szeretem az életet, ami pedig ott történik, az szerintem már nem emberi. Láttam az orvosis ismerőseimen, hogy hetekig-hónapokig csak kávén és csokin éltek, emellett csak néhány órát aludtak, és teljesen kikészültek. Amikor az egyikükkel beszéltem telefonon, kívülről felmondta az aznapi tévéműsort. Ahogy ránézett a tévé-újságra, reflexből bemagolta. Észre sem vette, teljesen nem volt már magánál."	A medikusok életmódja	Az egyik alternatív terapeuta kritizálta az orvostanhallgatók valóban egészségtelen és stresszes életmódját.

19. Táblázat: Az orvosképzésben jelentkező stressz hatásainak elemzése

A 19. táblázatban a kategória-tartalom elemzés módszerrel foglaltam össze az interjúválaszokat a stressz hatására vonatkozóan.

4.8. A halál beavató szerepe az orvossá válásban

A medikusoknak a halállal való találkozásaik legfontosabb színterei a következők:

- Egyetem előtti halálesetek
- A gólyatáborok szimbolikus karneváli hangulata
- Az első anatómiai boncolás
- Anatómiai, majd kórbonctani boncolások sorozata
- Ápolástan gyakorlat
- Klinikum
- Rezidens évek, már önálló orvosként

4.8.1. Az egyetem előtti halálesetek

Sok orvostanhallgató nem az egyetemen találkozik először a halállal: néhányan addigra már végignézték családtagjuk elvesztését, vagy valamilyen más módon „avatódtak be" a halállal való találkozás misztériumába.

A 20. táblázatban foglaltam össze a hallgatók által említett eseteket.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„És utaztam a liftben – gyerekkórház volt -, és beszálltak hozzám egy halottas gyerekkoporsóval a halottszállítók. És így elkezdtek viccelődni, hogy „Na, kinyissuk, ne nyissuk ki?!”. És akkor teljesen rosszul éreztem magam, hogy most tényleg van-e benne valaki, vagy maga a tény, hogy ott egy halott gyerek, vagy a koporsónak a riasztó látványa… Menekültem a liftből és sokáig megmaradt bennem és ezért féltem is, hogy milyen lesz itt majd első ízben halottal találkozni.”	Rémisztgetés a halállal	Gyerekkorban a halál gyakran mint rémisztő misztikum jelenik meg, főleg a holttesttel való első találkozás előtt.
„Nekem az első ilyen élményem a nevelő apukámnak volt a megbetegedése, ő rákos lett… Nekem az utolsó ilyen, ami nagyon megmaradt emlék az a búcsú volt, mert akkor … tudtam, hogy legközelebb nem fogok menni, mert addigra már ő nem lesz. És ez egy nehéz pillanat volt, azt hiszem.” *„És hát ez egy elég rossz élmény volt, hogy így egy 3 hónap alatt gyakorlatilag egy erős, életerős férfi ennyire le tud romlani. Hát neki a holttestét azt nem láttam… De hát egy ilyen félhalál állapotban, igen, és ez ilyen rossz élmény.”*	Búcsú a haldokló családtagtól	Sok orvostanhallgató már az egyetem előtt tapasztalatot szerez valamelyik családtagja halála kapcsán a haldokló búcsúztatásáról, elengedéséről.
„A nagypapám halt meg, most már lassan négy éve... És engem az lepett meg igazából, hogy előtte nem gondoltam végig, hogy nincsen az izmokban így működés. Nekem egy kicsit ilyen ijesztő volt. Hogy hátra esett, meg nyitva volt a szája.” *„És amikor elbúcsúztunk tőle és a koporsón be lehetett nézni, az arca engem nagyon megijesztett. Hogy egy fajta furcsa váratlanság volt, tehát nem az a megbékélt arc, a végelgyengülésben meghalók arca, hanem a haláltusa kifejeződése volt észlelhető.”*	Halott családtag temetésén	Sok orvostanhallgató első találkozása a holttesttel valamelyik családtagja temetésén a nyitott koporsó megtekintetésekor történik. Ez általában distressz élmény.
„Az első tényleges halottal való találkozásom az az volt, hogy gimnázium negyedikben a biosztanárunk elvitt minket egy kórházi boncolásra. Egy idős néni volt ott 90 körül, meg egy bácsi volt egymás mellett… Voltak elöl a kíváncsiak, úgy álltak körbe… És voltak hátul a bizonytalanok…	Korábbi részvétel boncoláson	Volt olyan hallgató, aki részt vett már boncoláson az orvosi egyetem előtt is.

20. Táblázat: A medikusok egyetem előtti halálélményeinek elemzése

4.8.2. A halállal való találkozás fokozatossága

A halállal való találkozás az orvosi egyetemen lépésről lépésre történik.

Amikor bekerül az orvostanhallgatók közösségébe, az egykori gimnáziumi tanuló meghal, és egyetemi hallgatóként támad fel, eltérő normák, elvárások, és terhek közepette, ’egyazon’ napon. A beavató egyetemi diáktáborok (gólyatáborok) során

nagyon feltűnő azok "karneváli" típusú, szimbolikus megfordításokkal teli tartalma, melyben megváltozik a fiatalok halállal való kapcsolata. A gólya hallgatók magukat ördögök, férgek, szellemek, múmiák és a vámpírok képében jeleníthetik meg, egyfajta alvilági vagy világ utáni állapot szimbólumaként (Lázár, Zsinkó-Szabó 2013).

Az orvostanhallgató első, imprinting jellegű találkozása az élet-halál határmezsgyéjével legtöbbször az anatómiai boncteremben történik a holttest kapcsán.

Az első boncolási élmény a hallgatói interjúk alapján lehet *„nagyon érdekes”, „izgalmas”, ”fantasztikus” „megrázó”, „borzasztó”, „félelmetes”, „olyan semmi különös”, „nem riasztó”*. Természetesen ennek megélése teljesen egyéni, függ a hallgató személyiségétől, korábbi halállal kapcsolatos tapasztalataitól, az anatómia óra adott körülményeitől, a gyakorlatvezető hozzáállásától stb.

A halál megtapasztalásának fokozatait a 21-22. táblázat mutatja be a kategória-tartalom irányult narratíva elemzés segítségével: az első a boncolások tematikus sorrendjére világít rá, a második a gyakorlatok során megismert páciensek halálával kapcsolatos élményeket foglalja össze.

Interjú részlet	**Kategória**	**Megjegyzés**
„A tetem a hasára volt fordítva, tehát az arca nem is látszott… És abszolút nem volt riasztó, vagy kevéssé volt már emberi, én nem tudom…” *„Szerintem senki nem keltett illúziókat, tehát mindenki számol azzal, hogy ez dráma is lelkileg. Az, hogy ténylegesen először szembesülni vele, az valakinek megrázó.”* *„De a tetem nem emberi már annyira, hogy megrázó legyen.”*	Az első holttest látványa	Az első holttesttel való találkozás során az anatómia órák közege, a formalinos holttest személytelensége segít a hallgatóknak a distressz csökkentésében.
„És akkor elejétől kis csontokat kaptunk, semmire nem emlékeztetett... Aztán apránként így hozzászoktunk… és a végén már egész embereket, meg a vizsgára is. Szóval szerintem azt egész ügyesen megoldották, hogy az ember a kezdeti undorát, hogyha van, akkor azt le tudja küzdeni.” *„Hát nálam sokan sokkal nehezebben viselték a többiek… Mondjuk én elég sok disznóvágáson meg tyúkvágáson túl vagyok, lehet, hogy ez is beleszámít, bár valószínűleg nem…”* *„Először csak csontok… Szerintem olyan szempontból okos dolog, hogy az embert nem dobják bele a mély vízbe, hanem azért van idő hozzászokni. Szerintem ez egy jó dolog.”* *„Szerintem a tanulás szempontjából is jó, mert amikor már az egész hasüreget ismeri az ember, akkor már a csontok „kit érdekelnének”.*	A boncolás fokozatos felépítése	Az anatómia gyakorlatok fokozatosan vannak felépítve: a hallgatók először csak csontokat, azután végtagokat és zsigereket, majd végül egész testet boncolnak. Az anatómia gyakorlatok fokozatos felépítése segíti a hallgatókat a holttestek elfogadásában, csökkenti a distresszt, ugyanakkor fenntartja a motiváltságot.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„…harmadik félévben neuroanatómia volt, fejet kellett volna kiboncolni. Hát még rendesen rajta volt a bőr, minden rajta volt. Konkrét arca volt a hulláknak és ezt így valahogy senki nem akarta így elvállalni.” *„…egy szervtálca nézett velem szemközt, a szó szoros értelmében. Mert a szervtálcán egy félbevágott fej és annak a különösen fancsali arckifejezése. És a tekintet, ami hát nem volt egy élő tekintet nyilván, de nem volt nem tekintet sem. Tehát egy „szent” nézett rám egy félbevágott arcról. Nem volt vicces.”*	A holttest arca és tekintete	A holttest arcának látványa és tekintetével való szembesülés mindig nagy kihívás a medikusok számára.
„Nekem nagyon kellemes volt, mert sokkal élethűbb volt, tehát könnyebben meg lehetett rajta találni a dolgokat, mint a zsigeri komplexumon vagy a mi formalinozott holttestünkön.” *„Illetve az látszott rajta, hogy na ez tényleg, hát nem élő, mert hát már két napja nem élő, de az élőhöz nagyon-nagyon közeli test…”* *„Igazából nem gondoltunk arra, hogy ez az ember még három nappal azelőtt még kávézott, vagy tévézett vagy akármi. Inkább az újdonságokra koncentráltunk, hogy ez mennyivel másabb. Színes, más a tapintása.”*	A friss holttest boncolása	A kórbonctan gyakorlatokon a friss holttestek látványa inkább érdekes mint taszító az orvostanhallgatók számára.

21. Táblázat: A boncolások fokozatosságának elemzése

Az első hetekben a kezdő hallgató csak csontokkal találkozik, majd a szürke, színtelen, formalinba áztatott test következik, és csak harmadévben találkozik friss holttesttel. Az első év ápolástan gyakorlatát kivéve a hallgatók szintén csak harmadévben (klinikum kezdete) érintkeznek élő beteggel, és így lehetnek tanúi esetleges haláluknak is.

A csontok tanulmányozása nem okoz érzelmi nehézségeket, ugyanakkor az inakkal és izmokkal bíró lábak és karok rendszerint zavaró élményt nyújtanak. A test boncolása kezdetén a tetem hosszú ideig le van takarva vagy a bonctermi láda mélyén marad. Később a hallgatóknak a törzs egyre összetettebb részeit kell megismerniük, mint a medence, vagy akár a nemi szervek. Később, az olyan emberi személyiséget kifejező testrészek boncolása kapcsán, mint az arc vagy a kezek, általában erős érzelmek keletkeznek A jelen kutatásban megkérdezett hallgatók többsége pozitívan fogadta a friss holttest boncolásának élményét.

Az orvostanhallgatók a halál folyamatával közvetlenül csak az élő betegek ápolásánál, kezelésénél találkoznak, azaz az ápolástan gyakorlaton (1. év vége),

mentőzésnél (halasztóknál korábban is, egyébként ötödévben), a klinikum éveiben (3-6. év). A betegek halálához később, végzett orvosként (rezidens orvos vagy szakorvos) is nehéz hozzászokni, ha ez egyáltalán lehetséges.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Első kiavató szertartáshoz hasonló élményem: ápolástan gyakorlat, hullottak az emberek, nem volt kivel megosztani…” *„Nekem is halt meg beteg már a kezemben, saját személyes beavatás történet, lereagálom, jönnek körém az emberek. Sokáig tartott, beszélek róla másoknak később is.”*	Beteg halálával való szembesülés ápolástan gyakorlaton	Az első két évben az ápolástan gyakorlaton lehetnek tanúi a medikusok sok ismert beteg halálának. Ez jelentős distresszel jár.
„A sebészet intenzív volt: 2-3 naponta haltak meg a betegek.” *„A kardiológián dolgoztam. Első betegem meghalt. III. évesen hatalmas zuhanás. Még csak III. éves vagyok, nem tudom, hogy mit tegyek. Egyébként is meghalt volna. Magamra vettem.”*	Beteg halálával való szembesülés a klinikumban	A klinikumban szembesülnek a hallgatók sok halálesettel, itt már a nagyobb felelősségérzet is distresszt okoz.
„Amikor elvittek bennünket egy abortusz megtekintésére. És hát amikor a vödörbe kezdte darabokban kikotorni a látható emberi maradványokat, akkor én – kiment belőlem a vér – elsápadtam, és kirohantam és az előszobát összehánytam. Tehát, szóval ez nekem egy traumatikus élmény. Na most ez egy nagyon furán traumatikus élmény, mert ez egy elidegenítő élmény is. Tehát itt valami bennem meg is sérült.”	Az orvos „az élet és halál ura”	A medikusok a kórházi gyakorlatok során szembesülnek azzal a ténnyel, hogy az orvos gyakran „az élet és halál ura”.
„Aztán a belgyógyászaton voltam rezidens… és jött az a végzetes ügyelet… egyedül voltam. Behoztak egy beteget, és meghalt…, a kezeim között halt meg, érted? Orvosként sem tudtam segíteni. Az agyammal tudom, hogy nem az én hibám volt. Más sem tudta volna megmenteni, mégis kiborultam.”	Orvosként saját beteg halála	Már végzett orvosként is jelentős kihívás elviselni a páciensek halálát: ilyenkor még a tehetetlenség, a bűntudat és önhibáztatás érzése is jellemzően társul a halál tapasztalatához.

22. Táblázat: A páciensek halálával kapcsolatos élmények elemzése

4.8.3. A medikusok halállal való találkozásának stressz-hatása

A boncolás a medikusok körében mindig distresszel jár, de annak mértéke függ a hallgató habitusától, a halállal való megelőző találkozásaitól, a gyakorlatvezető hozzáállásától, a képzés menetétől. A jelen kutatásból az derül ki, hogy a megkérdezett

hallgatók és orvosok saját bevallásuk szerint általában jól viselték a boncolásokkal együtt járó distresszt, de jellemzőek az egyéni eltérések.

Leginkább a boncolással járó horrorisztikus elemek kerültek elő. Az anatómiai boncolás környezete, a higiénia, az anatómiai intézet történelmi építészeti megoldásai és a boncterem high-tech elemei, az alumíniumból készült boncasztalok emberi szervekkel teli fémtálcákkal megrakva, és egy fából készült 100 éves ’tumba’ - melyen a diákok szoktak ülni – telve a ’cadaverek’ penetráns szagú, formaldehidben úszó, vászonba csomagolt darabjaival.

Legendák sorozata szól arról, ahogy a hallgatók ’alászállnak’ az Intézet pincéjébe a ’halálfolyosóra’, ahol az emberi szervek átminősülnek a tudomány eszközeivé, anatómiai preparátumokká. A boncteremben folyó beavatási rítus analóg tehát az „alászállással”, a laikus ártatlanság ezáltali elvesztésével, az innen való „felemelkedés” pedig a már tudás birtokában való visszatérést jelenti az anatómia záróvizsga keretében.

A következő jelentős rituális elem, hogy erős életmódra vonatkozó erkölcsi szabályok jellemzőek. Eszerint a diákoktól elvárják azt, hogy fehér köpenyüket viselve "orvos módjára viselkedjenek", amikor szembesülnek a holttesttel már az első pillanatoktól fogva, még a valódi klinikai helyzetektől jelentős távolságban. A holttesttel - első betegükkel – tisztelettel kell bánjanak, és bármely érzelmi megnyilvánulásukkal kapcsolatban visszafogott módon, valós szorongással vagy bánattal kell viseltetniük, amikor a tárgyiasult egykori emberi lénnyel találkoznak.

Általános ’feladat’, hogy a hallgató szerezzen be egy koponyát, ami általában személyes munka. Néhány diák kölcsönkér, némelyek elmennek a temetőből szerezni. Ez a beavatási folyamat másik része, amikor a koponyákkal hazaérkezve megtapasztalják a család tagjainak ellenállását vagy tagadását. A barátok és rokonok anatómiai tapasztalatokkal kapcsolatos kérdései egyfajta kommunikációs felületet, határokat teremtenek körülöttük, ami által a hallgatók lépésről lépésre szakemberekké minősülnek át a korábbi csoport tagjai számára, egy új kisebbség tagjaiként.

A 23. táblázat mutatja be a kategória-tartalom irányult narratív elemzés segítségével a medikusok boncolás során tapasztalt stressz-élményeit.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Például az én csoportomban is volt egy lány, aki nehezen viselte, és mindig inkább a hátsó sorokból nézett és mondta, hogy nem is érzi jól magát. Pánikrohamai voltak majdhogynem… Konkrétan azt mondta, hogy a halott látványa, de azt nem fejtette ki, hogy voltaképpen mi megrendítő benne. Nyilván az, hogy egykor élt és most már nem, és az olyan furcsa.”	Boncolás mint distressz	A boncolások élménye mindig stresszel jár, bár a medikusokra eltérő mértékben hat.
„És most második félévben volt először, hogy hátára fektetve egy női tetem… Amiben az egyedüli megrázó az volt, hogy a carotisánál volt feltöltve a formalinnal és ott lógtak ki még a zsinórok belőle…” *„Abszolút megdöbbentő az, hogy volt ott például egy jó nagy kondér, amiben mondjuk a menzákon szokták főzni a húslevest a kisiskolásoknak, egy olyan kondér… Kinyitja, tele van formalinnal, és akkor úszik benne legalább egy olyan 60 magzat teste… És akkor ő csak úgy kivesz egyet, és akkor elkezdi így forgatni, elkezd róla beszélni, aztán így visszacsapja a tetejére és ráteszi a kondérra a fedőt. És akkor így továbbmutogat, ott egy kád, az tele van szívekkel.”* *„Meg láttunk ilyen nagy fűrészt, amivel a metszeteket készítik. Tényleg úgy nézett ki, mint a bevásárlóközpontokban az a szalámi szeletelő, csak nagyobb kivitelben.”* *„Láttunk egy testet, amelyiket éppen akkor töltenek fel formalinnal. Teljesen megpuffadt az egész, és hát tényleg úgy nézett ki, mintha valamelyik horrorfilm zombija bukkant volna elő. És csak úgy kirakva oda a szoba közepére, folyik a szeméből és az alsó fertályon lévő lyukjaiból is a folyadék. Szóval hát ez nem volt túlságosan szép látvány.”* *„…valahol mégis a horror tudomásul vétele az ami, ami úgy nekem kibomlik az anatómiából. Tehát, hogy valami, aminek a túloldalára kerülök. Olyan érzésem van, mint a frontkatonáé, aki már túl van a bevetéseken és már nem az, aki azelőtt volt.”*	Horror a boncteremben	A bonctermekben megjelenő horrorisztikus elemek a medikusok habitusától függően nagyon felkavarónak, stresszesnek, vagy éppen érdekesnek és izgalmasnak hatnak.

23. Táblázat: A boncolás során tapasztalt distressz élmények elemzése

4.8.4. A stressz feldolgozása: elhárító mechanizmusok és hitvilág

A stresszteli ingerek tagadása a helyzet átkeretezéséhez és számos öntudatlan védekező mechanizmus megjelenéséhez vezet: egyik legjellemzőbb a viccelődés, vagy a becenév adása, mely a holttest „megszelidítését” eredményezi; a másik a halottak tárgyiasítása a boncolás során. A rémület hamarosan átalakul tudományos távolsággá, magabiztossággá, szarkasztikus fekete humorrá és iróniává. A boncteremben való nevetgélés, a gyakran kínos viccek, gesztusok kifordított, ambivalens légkört teremtenek, de mind az alkalmazkodást és távolítást segítik elő: a tudattalan feszültség átformálásához, a distressz csökkentéséhez vezet azáltal, hogy a tetem kevésbé emberivé válik.

Ugyanakkor voltak a megkérdezett hallgatók között olyanok, akik a boncolás során elgondolkoztak a köztes léten (bardo) vagy a reinkarnáció tanán.

A 24. táblázat a boncolásos distressz kezelésében az elhárító mechanizmusok és hitvilág szerepét mutatja be.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Van nálunk egy fiú … nem az, hogy meggyalázta volna a halottat, mert ilyenről azért nincsen szó, de a szemét felnyitotta és „kacsint, nézzétek!”. Ilyen elszólások voltak, de lehet, hogy csak zavarában próbált vicces lenni. Nem volt az!” *„Vagy olyasmi, hogy kinyílt az a halottakat tartó fém szekrényféle, és akkor mondta, hogy „vigyázzatok, szöknek!”.* *„De állítólag volt olyan, hogy – azt hiszem, valami külföldi csinálta, valami külföldi diák -, valakit azért vágtak ki, mert hogy kidobott az ablakon egy kezet a munkásoknak.”*	Humor mint elhárító mechnaizmus	A distressz feldolgozásának egyik jellemző módszere a medikusok körében a bonctermekben megjelenő szarkasztikus fekete humor.
„Most már annyira megszokták az emberek a látványát, hogy gyakorlatilag egy munkadarabnak tekintik. És ahogy egy szövetdarabnak nem ad az ember becenevet, úgy ennek sem fog.” *„Csak egy élettelen test volt számomra, nem több.”* *„Amikor azt a testet láttuk, amelyiket éppen feltöltöttek, annak a karjáról lógott egy ilyen kis papírka… És az 'idegenvezetőnk' rászólt, hogy elvileg nem szabad tudnunk, hogy kit boncolunk, és hogy ne nézzük meg. De akkor már mindegy volt… és először jutott szerintem sokaknak – nekem is – eszébe az, hogy ezek tényleg valaha tényleg élők voltak, ezek az izék, amiket úgy a boncteremben látunk.”*	Tárgyiasítás mint elhárító mechanizmus	A boncoláskor jelentkező distressz feldolgozásának egy másik jellemző módszere a tárgyiasítás: a medikusok nem tekintik emberi testnek a holttesteket, inkább csak munkadarabként kezelik őket.
„Megkérdeztem, hogy az adott tetem, akit mi kaptunk az mióta nem él, és kiderült, hogy már három éve ázott a formalinban. És ez, ami nekem nagyon megrendítő volt. Hogy meghalt, de testi valójában még van. De lelkileg már 3 éve nincs. És mégsem… ő pontosan egy köztes állapotban van, és ez volt nekem, ami nagyon furcsa volt.” *„Itt értettem meg, hogy milyen a test lélek nélkül.”* *„Én hiszek a lélekvándorlásban… és ez sokat segített, azt hiszem… hiszen ezek már csak testek, nincs sok közük a bennük valaha élt lelkekhez.”*	Bardot és reinkarnáció	A boncolások során néhány hallgatóban felmerül a halál utáni állapotok, mint köztes lét (bardot) és a reinkarnáció kérdése

24. Táblázat: A medikusoknál a boncolási distressz feldolgozásának elemzése

4.9. A média beavató szerepe az orvossá válásban

4.9.1. Népszerű orvosi sorozatok és filmek a medikusok körében

A megkérdezett hallgatók véleménye alapján a különböző orvosi filmek és sorozatok a klinikai gyakorlat és a diplomázás időszaka előtt hatottak a legerőteljesebben.

Összességében egyetértettek azonban abban, hogy a média, mint a modern kultúra domináns reprezentánsa mégsem tudta felülírni a valódi és megtapasztalt orvosi szocializáció folyamatát.

Az orvosi média témájában az interjúalanyok egyértelműen az orvosi szappanoperákat említették legtöbbet, azokon belül is a *Vészhelyzet* és a *Doktor House* került leginkább szóba.

Az egyik interjúalany a legérdekesebbnek azokat az orvosi sorozatokat tartja, ahol az orvosi elbeszélések keverednek más történetekkel, mint a *Szomszédok*ban Magenheim doktor esete. Ez a megközelítés egy még mélyebb betekintést enged az orvosok világába, az otthon perspektívájából. Ahogy leírja: *"A Schwarzwald Klinik hasonlóan "kényelmes" közeg, azonban a kontextus arisztokratikus és idilli, magas szintű orvosi presztízzsel és elegáns orvosokkal. Teljesen eltér az amerikai steril, absztrakt, technokrata orvosi specialistáktól. A Schwartzwald Klinik története szentimentális, olyan mint egy magyar film a 30'-as évekből."*

Az egyik hallgató rávilágított, hogy az orvosi sorozatok három különböző szintet foglalnak magukba. Ezeknek a stádiumoknak a folyamata tükrözi a saját orvossá válásának folyamatát. Ezek: a szakmára való fókuszálás (*Vészhelyzet*), a specialistára való fókuszálás (*Doktor House*), a nem-szakmai kapcsolódásokra való fókuszálás egy szakmai környezetben (*A Grace klinika*).

A fókuszcsoportos interjúk során szó volt az orvosi drámák transzcendens-spirituális vonatkozásairól is. A diákok úgy látták, hogy a média bizonyos szempontból éppen a klasszikus bioredukcionista felfogás és a biomedicina kozmológiája ellenrituáléját képviseli. Egy jellemző interjúrészlet: *"Jó példa erre az "Angyalok városa"-nak hősnője, akit elcsábít egy Nicholas Cage által játszott angyal, és teljesen át tudjuk érezni, hogyan válik ezen keresztül egy szkeptikus sebészből vagy kardiológusból egy spirituális újonccá, az angyal partnerévé, aki nyitott spirituális szemmel járkál, egy misztikussá, aki meghal közvetlenül a transzformációja után."*

4.9.2. A média szerepe az orvosi pályaválasztásban

A 25. táblázatban elemzem az orvostanhallgatók és az alternatív terapeuták interjúválaszait az orvosi pályaválasztással kapcsolatosan.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„5 éves koromtól fogva néztem a Vészhelyzetet, és hatással volt a későbbi orvossá válásomra. A jövőm egy dinamikus képe volt, egy cél, amelyért küzdeni lehet, egy sorozat, amely segített abban, hogy el tudjam fogadni a vért, sebeket és a klinikai tájképet.” *„…a Vészhelyzet c. sorozat ment, nagyon szerettem, szívesen elképzeltem magam fonendoszkóppal… hogy segítek. Ha tényleg meg kéne keresni a gyökerét.”* *"Mivel gyerekkoromban sokat szenvedtem különféle betegségektől és ismert volt számomra az orvosi világ, szerettem az olyan tv-sorozatokat, mint a Vészhelyzet, amelyek hatással voltak a doktoros játékaimra és arra, hogy később majd én is azzá váljak."*	A média hatása az orvosi pályaválasztásra - gyerekkorban	Az orvosi szappanoperák – különösen a Vészhelyzet – már gyerekkorban nagy hatással voltak a leendő medikusokra, és befolyásolták pályaválasztásukat is.
"Nagyon szerettem a Doktor House-t, a saját egyszerű biológiai tudásom alapján a történetet hibátlannak láttam, és úgy véltem, hogy jó betekintést nyújtott az orvosi világba. Szerintem segített abban, hogy az orvosi szakmát válasszam, hiszen kamasz koromban nagyon érdekesnek találtam, imádtam nézni." *„Ezek az orvosi drámák segítettek abban, hogy orvosi pályát válasszak, ugyanis egy ideális klinikai világot és szerepeket mutatnak be bennük.”* *„A biológia tanár ajánlotta, hogy nézzük a Vészhelyzetet, mert segít abban, hogy később esetleg orvosi pályára menjünk.”*	A média hatása az orvosi pályaválasztásra - kamaszkorban	Az orvosi szappanoperák kamaszkorban is közvetlenül hatással voltak a leendő medikusok pályaválasztására.
„A Doktor House lenyűgöző és elgondolkodtam, hogy talán orvosi pályára kéne váltanom.” *„Amikor a Vészhelyzetet néztem, azért mélabúsan elgondolkodtam ám azon, hogy mi lenne, ha mégis az orvosira mentem volna.”* *„Azért az orvosi sorozatok alatt kicsit sajnálom, hogy kimaradtam ebből a világból.”*	A média vonzó hatása a „potenciális orvosokra”	Az orvosi sorozatok más szakmában dolgozót (még az alternatív terapeutákat is) is csábíthatnak az orvosi pálya felé.
„…a Vészhelyzet nézése során pedig betekintést kaptam arra az óriási felelősségre és folyamatos készenléti állapotra, ami mellett egy kiegyensúlyozott életvitelt folytatni szinte lehetetlen kihívásnak tűnt számomra.” *„Egy fiatal ügyész hölgy ismerősöm nosztalgiából nézi ezeket az orvosi drámákat (korábban maga is orvos szeretett volna lenni), de most, ahogy ezeket a sorozatok nézi, már örül annak, hogy nem ment végül orvosi pályára, mivel az orvosoknak nincs pihenőidejük, túl sokat dolgoznak.”*	Az orvosi sorozatok negatív szűrő szerepe a pálya-választásban	Az orvosi sorozatok el is tántoríthatnak „potenciális orvosokat” a pályától

25. Táblázat: A média hatásának elemzése az orvosi pályaválasztásban

A jelen kutatás tapasztalatai szerint az orvosi szappanoperák, filmdrámák vagy orvosi thrillerek, bűnügyi történetek hatással vannak az orvosi identitásra és a szerepekkel kapcsolatos elvárásokra, főként az orvosi szakképzés előtti években. Bár a megkérdezett hallgatók mind egyetértettek abban, hogy az orvosi témájú filmek és

műfajok lenyűgözőek, csak kevesen vallották azt, hogy a későbbi pályaválasztásukra hatással lettek volna. A diákok szappanoperákról és orvosi drámákról szóló beszámolóit összegyűjtve azonban körül lehet határolni egy kisebb csoportot, akiknél a *Vészhelyzet* című sorozat gyerekkorban való rendszeres követése eredményezte a későbbi orvosi pályára való jelentkezésüket.

Két interjúalany említette a Dr. Bubóról és Urszuláról, az ápolónőről szóló magyar rajzfilmet, ami egy Ezopusz-szerű orvosi tanmesék gyűjteményéből állt, melyet a 70'-es években készítettek, majd újra leadták a 90'-es évek végén. Egy diák azt mondta, hogy ez inspirálta őt arra, hogy egyenként felvágja és megoperálja a plüssállatait, és ez az orvosi szerepjáték volt a kedvence gyerekkorában. Nehéz lenne letagadni egy ilyen dolognak a hatását a későbbi orvosi szakma választására nézve.

Az orvosi drámák nem csak a „naiv" gyerekkorban, hanem később kamaszkorban, közvetlenül a pályaválasztás előtt is szerepet játszhatnak az orvosi pályára kerülésben.

Több hallgató arról számolt be, hogy a barátaik, ismerőseik között vannak olyanok, akiket az orvos sorozatok gondolkodtatták el, hogy talán orvosi pályára kellene váltaniuk. A megkérdezett alternatív terapeuták között is volt olyan, aki a Vészhelyzet kapcsán elbizonytalanodott pályaválasztási döntésének helyességében.

Az egyik alternatív terapeutát illetve a medikusok ismerősei körében többeket viszont éppen az orvos sorozatok tántorították el az orvosi pályától. Ez rámutat a média fontos szűrő szerepére az orvosi pályaválasztásban.

4.9.3. Az „orvos-sztárok" mint példaképek

A jelen kutatás egyik kérdése is az volt, hogy a média olyan alakjai, mint például Doktor House vagy más egészségügyi témájú filmek, szappanoperák, esetleg más orvosi témájú média "sztárjai" vajon ilyen példakövetésre alkalmasak-e vagy sem.

A 26. táblázat mutatja be a hallgatók által megemlített legnépszerűbb sorozatbeli orvosok listáját. Feltételezhető, hogy a „média-hősök" közül ezek a karakterek voltak a legnagyobb hatással a „jövő orvosaira".

Orvosszereplő neve:	Színész neve:	Filmsorozat címe:
Dr. House	Hugh Laurie	Doktor House
Dr. Ross	George Clooney	Vészhelyzet
Dr. Green	Anthony Edwards	Vészhelyzet
Dr. JD	Zach Braff	Dokik
Dr. Brinkmann	Klausjürgen Wussow	A Klinika (Schwarzwald Klinik)
Dr. McDreamy	Patrick Dempsey	A Grace Klinika
Dana Scully	Gilian Anderson	X-Akták
Dr. Magenheim	Kulka János	Szomszédok
Dr. Pongrácz Péter	Gazdag Tibor	Jóban, rosszban

26. Táblázat: A hallgatók által megnevezett kedvenc „orvos-sztárok”

A jelen kutatásból az derül ki, hogy az orvostanhallgatók orvosi identitásának kialakulására gyakran vannak hatással az orvosi témájú filmekben, szappanoperákban megjelenő pozitív vagy negatív szerepmodellek (főleg Doktor House, Vészhelyzet hősei). A hallgatókat különösen Doktor House megítélése osztotta meg.

A 27. táblázatban elemzem a medikusok interjúválaszait a médiában előforduló szerepmodellek hatásával kapcsolatosan.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
"Segít felépíteni egy orvosi karrier fantáziavilágát, hiszen könnyű azonosulni a Dr. Magenheimben megjelenő viselkedésekkel, érzelmekkel és élményekkel. Nincs benne horror, nincs egy zártkörű orvosi specialistákkal teli világ…” *„A Vészhelyzet valóságos, hitelesen mutatja be az általános orvosi szerepet, jó példaképet állítva, míg a Doktor House teljesen valótlan, szürreális, ellentmondásos figura, karizmatikus, csak laikusok számára népszerű.”* *"...az idő elteltével egyre növekedett a kétség bennem Doktor House alakját illetően, ahogy magam is elkezdtem foglalkozni a páciensekkel a klinikán, ahol a gyógyításnak nemcsak a testre, hanem a lélekre vonatkozóan is meg kell történnie."*	Reális és irreális szerep-modellek a médiában	Az interjúalanyok általában Doktor House alakját ítélték meg leginkább irreálisnak, míg a Vészhelyzet vagy a Szomszédok orvosszereplőit reális és jó példaképeknek tartották.
„Láthatjuk, ahogy a forgatókönyv írója arra használja az orvosi szerepet és presztízst, hogy példamutatásként megrajzoljon egy elkötelezett, hiper-hatékony specialistát, aki úgy viselkedik, mint egy önfeláldozó intellektuális rabszolga, aki bizonyos különlegesnek tartott vakációkon kívül mindig dolgozik. Ez egy érdekes példamutatás, az éjjel-nappal végzett munka, a Vészhelyzet hősei, akik munkaruháikban alszanak könyveikkel az ágyban...”	Az orvossztárok mint az orvosi szakma példamutató hősei	A medikusokra példamutatásként hat a média által szuperhősöknek ábrázolt orvosszereplők altruizmusa.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Őt nézni olyan, mint egy tanfolyam arról, hogy találd meg az egyensúlyt a munkád és az életed között, vagy a munkád és a családod között - egyfajta orvosi szociológia és szexológiaként." *"Vannak olyan orvostanhallgatók, akik teljesen függővé váltak ezektől a sorozatoktól, úgy nézik a legkülönfélébb műfajokat, mintha orvosi tanfolyamok lennének. Dr. Csont, Doktor House egy tanfolyam az orvosi döntésekről."*	Az orvossztárok mint szakmai beavatók	A medikusok szakmailag is tanulhatnak az orvosszereplőktől.
"Így az orvos példája és alakja egyre közelebb és közelebb kerül hozzánk, egyre szimpatikusabbá válik. Lehet része egy média által kieszközölt rejtett érzelmi beavatásnak is."	Az orvossztárok mint érzelmi beavatók	A szimpatikus orvosszereplők érzelmileg szerepet játszanak az orvosi identitás kialakulásában.
„Doktor House tényleg nagyon hasonlít Sherlock Holmes-hoz: egy nagyon konfliktusos társadalmi háttérrel rendelkező drogfüggő, excentrikus és deviáns hős ő, aki egyben egy zseniálisan kreatív problémamegoldó figura." *"Nagy hatással volt rám Doktor House, amolyan asszertív supermanként, aki klinikai hatalommal bírt, habár voltak komoly személyiségbeli problémái."* *„Egy másik példa a Sherlock Holmes-szerű Doktor House ikonikus figurája, ami szintén a specialista legitimitását emeli ki, ami felülírja karakterének anomáliáit."*	Az orvosszereplők ellent-mondásos személyisége	Az interjúalanyok egyértelműen Doktor House-t ítélték meg a leginkább ellentmondásos karakternek.

27. Táblázat: A médiában előforduló szerepmodellek hatásának elemzése

4.9.4. A média kritikája

Az orvosi sorozatokat szakmai oldalról általában sok kritikai éri, főleg az egészségügy és a bioetikai témák megdöbbentően valósághű, de sokszor pontatlan ábrázolásáért. A megkérdezett hallgatók sokszor már gyerekkorban az egészségügyben dolgozó családtagjaiktól átvették a kritikus szemléletet.

A jelen kutatás során kiderült, hogy bár a megkérdezettek egyetértettek abban, hogy ezek az orvosi sorozatok lenyűgözőek, és könnyen lehet, hogy felkeltik a laikus ember érdeklődését a klinikai világ iránt, de a valódi szakmai képzés alatt elveszítik jelentőségüket. A mi diákjaink elkezdtek orvosi hibák után kutatni, kritikusabbak lettek, általában sikertelenül. A beszámolók között fellelhető volt tehát egyfajta szakadás az orvosi drámák világának észlelését illetően, mert valósághűségüket csak addig tudták fenntartani, amíg nem lett a diákoknak valódi klinikai tapasztalatuk. Az igazi klinikai

világ látásmódjából a sorozatok elégedetlenségeket és feszültséget váltottak ki, ugyanúgy, mint az orvosi háttérrel rendelkező szülők esetében.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
"Én is nagy Vészhelyzet rajongó voltam és miközben anyukámmal együtt néztük ezeket a részeket, ő nagyon el volt keseredve és állandóan így kommentálta az eseményeket: 'Nem, nem, nem így kell! Miért adnak epinephrine-t, ezt nem így kéne csinálni, hanem másképp.' Ettől a pillanattól kezdve én is kritikusabban kezdtem el szemlélni a sorozatot, néha azt is mondtam, hogy hülyeség az egész. " *"Igazi rajongója voltam a Vészhelyzetnek, habár a nevelőapám azt mondta, hogy a forgatókönyve nevetséges. Szerinte nincs olyan, hogy az orvosi csapat fel-le rohangál kiabálva és ugrándozva egy önkiszolgálónak tűnő folyosó kábelei és huzalai között. Senki nem operál a folyosó függönyei mögött, de nekünk nagyon tetszett."*	Egészségügyi családtagok kritikai hatása gyerekkorban	Azok az orvostanhallgatók, akiknek van valamilyen egészségügyi végzettségű a családjukban, általában már az orvosi egyetem előtt sokkal kritikusabban szemlélik az orvosi filmeket és szappanoperákat.
„Doktor House ma már idegesít." *„A Grace klinika nevetséges, ma már csak nevetek rajta."* *„Az orvosi szappanoperák összezavarhatják a betegeket, amennyiben irreális elemet tartalmaznak."* *„Felelősséget érzek a laikus publikum félretájékoztatásával kapcsolatban, és a médiából áradó hamis elvárásokat illetően."* *„A Grace klinika tele van furcsa szexuális légkörrel, és ostoba párbeszédekkel, ezeket a sorozatokat nézve úgy tűnhet, hogy a mi kórházainkban is ez a helyzet".*	A végzős medikusok kiábrándultsága	Elsősorban a szakmai tárgyak tanulása során (klinikum) ábrándulnak ki az orvostanhallgatók az orvosi szappan-operákból.

28. Táblázat: A medikusok kritikája az orvosi témájú médiával kapcsolatban

Az egyetem vége felé az orvostanhallgatók különösen kritikussá és távolságtartóvá válnak. Egy orvostanhallgató nagyon kritikusan szemlélte ezeket az orvosi drámákat, valótlanságuk miatt a betegségeket, értelmetlen prezentációkat és a betegség lefolyásának abszurditását illetően. A legkritikusabbak úgy vélték, hogy a sorozatok nem a gyógyításról szólnak, az orvosok és ápolónők világa csak egy ürügy arra, hogy összegyűjtse a nézőket, akik kíváncsiak a titkos orvosi világra. Ők nagymértékben kritizálták a "professzionalitáshoz való hűséget". Nagyon kínosnak tartották, hogy *A Grace klinika* ennyire *"tele van furcsa szexuális légkörrel, és ostoba párbeszédekkel"*, mert ezeket a sorozatokat nézve *"úgy tűnhet, hogy a mi kórházainkban is ez a helyzet"*.

A megkérdezett hallgatók különböző orvosi témájú horrorfilmekről *(Anatómia I-II.)* nyilatkoztak a legnegatívabban. Egyáltalán nem találták azokat érdekesnek, inkább butának, míg másokat komolyan megdöbbentett ez az ostoba történet. Ugyanez volt a helyzet Joel Schumacher *"Egyenesen át"* című filmjével.

A 28. táblázat tartalmazza az interjúkban elhangzott kritikai vélemények elemzését az orvosi témájú médiával kapcsolatban.

4.10. Az orvosi identitás alakulása az orvossá válásban

4.10.1. Az orvosi szerep jellemzői

A jelen kutatásból a legfontosabb asszociációk az orvosi szereppel kapcsolatban a következők voltak: *„a gyógyító", „a megmentő", „a fehér ruhás segítő", „a fehér köpenyben fondendoszkóppal rohangáló", „élet és halál ura", „a maximalista", „az altruista"*.

Az orvos személyének eredetileg szakrális jellegére utal még ma is a fehér köpeny viselése és a katolikus egyházzal közös nyelv, a latin. A pap és orvos szerep közös gyökerének ellenére a medikusok többsége ma már megmosolyogja a gyógyítók eredetileg szakrális eredetét.

Szép kivételt képez az egyik interjúalany életútja, amely jó példa a „kettős hívás" jelenségére: a két szerep szétválasztásának köszönhetően nem tudja eldönteni, melyik hivatást válassza, mert mindkettő felé „hívást" érez. Látható, hogyan keveredhetnek esetenként a papi és az orvosi beavatási elemek: *„Katolikus középiskolát végeztem, erősen hívő voltam, mégis hat éves korom óta orvos szerettem volna lenni. Édesanyám is orvos, pontosabban gyermekgyógyász. ...kamaszkoromban mégis papnak készültem. Középiskolában már beavattak a szolgálat világába. Rendszeresen jártam szentmisére, majd felkértek, hogy a misék alatt olvassak fel a Szentírásból a hívők számára. Ezt követően ministránsként segédkeztem a reggeli misék során az iskolaidőt megelőzően. Ministránsi szolgálatom során két nyelvet kellett használnom. Anyanyelvem a magyar, de az atyák egy része szorosan kötődött a latin nyelvhez. Ehhez hozzá kellett szoknom, az engedelmesség ugyanis 'az ügy velejárója'. Úgy tűnt, hogy a latin nyelv könnyebben megy egy papnak, s mivel elérhető volt, otthonosabbnak érezte,*

ha a misét az 'anyanyelvén' vezényli le." Az interjúalany végül – a szülői mintát követve – mégis orvos lett, de nyomot hagyott rajta az egyházi „előélet" is. Az orvosi világba való beavatás előtt - különféle változatos procedúrák során – az interjúalanyt már beavatta az egyház kultúrája.

Az orvosképről, orvosszerepről megkérdezett alternatív terapeuták válaszainak analízisét a 29. táblázat tartalmazza. Összességében megállapítható, hogy az alternatív terapeuták elismerik az orvosok szaktudását, és a szakmájukkal járó felelősséget, gyakran hiányolják (esetleg irigylik) az orvosi végzettséggel járó presztizst, ugyanakkor tartanak az orvosi képzés és szakma nehézségeitől. Az interjúkból az derült ki, hogy az alternatív terapeuták szemléletükből fakadóan – hasonlóan a HuMániás hallgatókhoz – az „átlagos" orvostanhallgatókhoz képest jobban értik a beavatás folyamatának lényegét. Elismerik, sőt gyakran hiányolják saját képzésükből az orvosképzéssel járó beavatódást.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Féltem, hogy az orvosin átprogramoznák az agyamat, így egy másik utat választottam." *„Láttam, hogy a hozzám hasonló természetgyógyász gondolkodású barátnőmnek hogyan lúgozták ki az agyát az orvosin. Első évben még sírva hívott fel, hogy csak azért kapott egy vizsgán négyest (és nem ötöst), mert meg merte említeni a reiki kezelést. A barátja ugyanis reiki mester volt. Harmadévben már ő kiabált velem, hogy hagyjam békén a kuruzsló módszereimmel. Szóval ez engem igazolt. Lehet, hogy velem is ez történt volna."*	Az orvosképzés tudat-átalakító hatása	Az alternatív terapeuták szerint az orvosi képzés alatt „átmossák" a hallgatók agyát, és ezért zárnak majd az alternatív medicina felé.
„El sem tudom képzelni, hogy az orvostanhallgatók esetében, ha egy lecke kimaradt a tanulásból az idő hiánya miatt a vizsgák előtt az akár egy ember életébe is kerülhet… És ezt a terhet egész életében cipeli magával az orvos." *„A latin kifejezésekkel és a gyógyszerek neveivel való "dobálózás" egy éles, életveszélyes beteg esetén tényleg folyamatos és ezer százalékos figyelmet és összpontosítást igényel, függetlenül attól, hogy az orvosnak volt-e elegendő ideje a pihenésre, regenerálódásra, vagy épp a magánéletében krízishelyzetet él meg."*	Az orvos-szereppel járó felelősség	Az alternatív terapeuták elismerik az orvosok szaktudását, tisztelik és csodálják az orvosszereppel járó felelősséget.
„Igazából 16 éves koromtól természetgyógyász akartam lenni. Anyám őrjöngött… Mondta, hogy sosem fognak elismerni az orvosi diploma nélkül…" *„Érdekes, hogy bár nem mentem orvosira, de minden állásomban orvos főnököm volt. Orvos a párom, orvos az anyósom és sok orvos barátom is van. Talán hiányzik belőlem a „dr.", amit ők pótolnak."* *„Sőt három közgadász diploma után nekifutottam a jogi egyetemnek, hogy a nevem elé azt a bűvös két betűt is leírhassam."* *„És itt nem csak a „dr."-ról van szó. Bár arról is."*	Az orvosi végzettség presztizse és a doktori cím	Az alternatív terapeuták szerint is jár egyfajta presztizzsel az orvosi végzettség és a doktori cím, aminek ők gyakran érzékelik a hiányát.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Sokszor érzem ugyanis, hogy hiányzik belőlem valami, ami nekik megvan. Talán ez pont ez az „orvosi beavatás dolog”, amiről beszélsz. Biztos, mert én nem mentem át azon a tortúrán, amin ők igen. Tanultam, de nem annyit. Éjszakáztam, de nem annyit. Nem halt még meg a kezeim között senki. Sosem kellett éjszaka ügyelnem. Nem mintha ezek hiányoznának, inkább maga a folyamat, amit nem lehet pótolni mással.” *„A természetgyógyász képzés nagyon jó volt, de mindig egy kicsit többre vágytam. A képzésen elvittek minket egyszer boncolásra, ez életem egyik legmeghatározóbb élménye volt. Utána még évekig próbáltam elintézni, hogy bejárhassak soron kívül egy kórházba boncolásokra. Csak nézni, tanulni még többet. De nem engedték, mert szabálytalan lett volna. Akkor nagyon sajnáltam, hogy nem járok az orvosira.”*	Az orvosi beavatási folyamatról	Az alternatív terapeuták szemléletükből fakadóan az orvostanhallgatók-hoz képest jobban értik a beavatás folyamatának lényegét. Elismerik, sőt gyakran hiányolják saját képzésükből az orvosképzéssel járó beavatódást.

29. Táblázat: Az alternatív terapeuták orvosképének elemzése

4.10.2. Szerepmodellek az orvosi identitás kialakulásában

A szerepkövetés, az idősebb orvosok attitűdjeinek, magatartásának kritikus megfigyelése és elsajátítása nagyon fontos az orvossá válás útján. Az elsőéves hallgatók általában mind leendő hivatásukkal, mind saját magukkal szemben nagy elvárásokkal érkeznek az egyetemre. Az általuk megrajzolt „jó orvos”, „ideális orvos” portré döntő többségében egy fiktív személy, akinek jellemző karakterjegyei a társadalmi elvárások és az egyéni – általában eléggé idealisztikus – elképzelések alapján fogalmazódnak meg.

Személyesen az orvostanhallgatók szerepmodellekkel jellemzően találkozhatnak az egyetem előtt saját családban (pl. orvos szülő gyakori) vagy pácienskénti (pl. gyerekorvos). Ezek a korai találkozások sokszor imprinting élményként hatnak a pályaválasztásra. Az orvos szülővel (szülőkkel) rendelkező hallgatóknál megfigyelhető a korai zárás jelensége.

A felsőbb éves medikusok vonzó példák lehetnek a pályaválasztás előtt, illetve az egyetem első éveiben. Az interjúk alapján az orvostanhallgatók szakmai identitására az orvosi egyetem alatt azonban egyre inkább egy orvos gyakorlatvezető, vagy egy klinikus van hatással.

Az orvosi tanulmányok, gyakorlatok, intézménylátogatások során a hallgatók rengeteg szerepmodellel találkoznak, először instruktorok, egyetemi előadók, oktatók, gyakorlatvezetők személyében, majd a gyakorlatok során a rendelőintézeti, kórházi

orvosok személyében. A konkrét szerepmodelleknek döntő jelentősége van abban, hogy a hallgatók által elképzelt valamint a tanulmányok során bennük kialakult emberkép reálissá váljon, és a gyakorlatban is megvalósítható legyen.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Nekem édesanyám orvos …voltak betegei, akik hozzá jártak, őket otthon kezelte… Jó hangulat volt nálunk mindig is, ez nagyon fontos volt a betegeknek, tehát szerintem ezért is jártak hozzánk. Ez nagyon meghatározó volt, és az hogy ez volt, ami miatt kiskorom óta orvos akartam lenni.” *„Édesanyám gyerekorvos, gyerekként láttam, hogy milyen lelkiismeretesen látta el a munkáját… Sajnos még a velem való kapcsolata rovására is: az éjszakai ügyeleteit, hétvégi munkáját eléggé megsínylettem. Mégis az maradt meg bennem, hogy ha valamit, hát ezt érdemes nekem is csinálnom…”* *„Nekem anyám, apám orvos… Egyértelmű volt, hogy én sem lehettem más.”*	Orvos családtag mint szerepmodell	Az orvos szülővel (szülőkkel) rendelkező hallgatóknál megfigyelhető a korai zárás jelensége: általában már gyerekkorukban tudják, hogy csakis orvosok akarnak lenni.
"Izsák és az ottani orvostanhallgatók meghatározó szerepe úgy vélem mély benyomást hagyott, és igen feltáró jellegű volt. Abban az értelemben, hogy nagyon bensőséges kapcsolatok épültek ki, éppen azokkal az emberekkel, akik a tábor szervezői voltak. Nem voltak falak egymás között - én akkor egy harmadéves középiskolás diák voltam, ők pedig majdnem végzős orvosok és orvostanhallgatók, és persze, hogy volt különbség.” *„A gólyatáborban és összességében az első évben még csodáltam az instrukturainkat, mindig mindenre tudtak válaszolni…”*	Felsőbb éves orvostanhallgató mint szerepmodell	A felsőbb éves medikusok vonzó példák lehetnek a még pályaválasztás előtt álló középiskolások számára, de jellemzően még az egyetem első éveiben is.
„…egy emberhez kapcsolódik, aki olyan gondolkodásmódban él, teszi a dolgát és oktat és az egészhez ahogy hozzááll, amit én egy orvostól elvárnék mint orvostanhallgató. Ilyen embert képzelek el fehér köpenyben. Amikor nagyanyámhoz kihívtuk a mentőt, és az ápoló srác (6-od éves medikus) mesélte, hogy az egész 6 év alatt egy olyan emberrel találkozott, aki az egésznek értelmet adott… és ugyanarról az emberről beszéltünk. Meghatározó élmény volt…” *„Nem ment a boncteremben soha a hülyéskedés, rend volt, fegyelem volt. De volt mögötte szakmai ismeret, de igazából az, hogy az anatómiát elmondta… annál sokkal többet kapott az ember. Hogy olyan emberi tartást adjon és egy olyan szemléletet, ami messze túlmutat a tárgyi ismereten. És ez kell.”*	Orvos tanár mint szerepmodell	Az orvostanhallgatók szakmai identitására az orvosi egyetem alatt egyre inkább egy orvos gyakorlatvezető, vagy egy klinikus van hatással.

30. Táblázat: A medikusokra ható pozitív szerepmodellek hatásának elemzése

A 30. táblázat tartalmazza a medikusokra ható pozitív szerepmodellekkel kapcsolatos interjúk elemzését.

Az orvostanhallgatók pályaválasztására és orvosi identitásuk kialakulására gyakran van hatással az orvosi témájú filmek, szappanoperák valamely orvos-hőse. Az ezzel kapcsolatos interjúk elemzése az előző fejezetben megtörtént, így ebben a részben nem tárgyalandó.

A családban vagy az orvosi képzés során a hallgatók nem csak pozitív szerepmodellekkel találkoznak, hanem sajnos elrettentő példákkal is. A negatív szerepmodelleknek ugyanúgy fontos szerepük van a medikusok pályaszocializációjában, így beavatási folyamatukban is. Néhányan beszámoltak arról az interjúk során, hogy éppen az vezetett az orvosi szakmában való csalódásukhoz, sőt kiégéshez, hogy a képzés során nem találkoztak megfelelően hiteles példával. Így megállapítható, hogy a szerepmodellek hiánya kiavatáshoz vezethet. A 31. táblázat a negatív szerepmodellekre illetve a személyes (hiteles) példa hiányára mutat be interjúkat, a kategória-tartalom elemzés módszerével.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„A szüleim orvosok, mégis úgy voltam egészen gimi végéig, hogy semmiképp nem akarok orvos lenni… Bármit csak azt ne… Aztán valahogy mégis itt kötöttem ki.”	Negatív családi szerepmodell	Volt, aki a negatív családi minta ellenére is az orvosi pályára került.
„Nekem nagy csalódás volt a szülészet-gyakorlat. Az orvos prominens képviselője volt az egyetemnek, számomra mégis a legelrettentőbb példája lett az orvoslásnak.” *„III. év gasztroenterológiai gyakorlat: a főnök teljesen pszichopata volt. Az egész életem egy baromi nagy zuhanás volt, a munkatársak hisztiztek, bőgtek. Az oktatók hozzáállása brutális volt:’miért jöttél, nem érek rá…’ Addig tartott, hogy orvos leszek…”* *„Hatodévesként ki kell oktatnom orvosokat dolgokból…”* *„Első évben még nem merted volna megkérdőjelezni… Aztán rájössz, hogy hülyeségeket beszél a szakorvos.”*	Negatív szerepmodell (oktató, főnök)	Az orvos oktatók és vezetők elrettentő példát is mutathatnak a medikusoknak.
„Lila köd, senki nem volt orvos a családban.” *„Kevés olyan tanár akad, aki valami pluszt ad a tankönyvön kívül.”* *„Egyik ismerősöm azért ment orvoslátogatónak, mert elmondása szerint nem volt pozitív mintája, hogy milyen egy jó gyógyító… csak a negatívat tapasztalta az egyetem alatt… szerencsére velem nem így volt.”*	Szerepmodell hiánya	A pozitív szerepmodell hiánya komoly nehézséget okoz a beavatódási folyamatban és gyakran kiavatódáshoz vezet.

31. Táblázat: A medikusokra ható negatív vagy hiányzó szerepmodellek elemzése

4.10.3. Az orvosi identitást jelző szimbólumok

A szerepmodellek mellett nagy szerepük van a medikusok identitásának kialakulására a rituális szimbólumoknak, melyek közül a leginkább emlegetett az orvosi eskü, a fehér köpeny, a fonendoszkóp és a doktori cím.

A HuMánia hallgatók felmérésénél a 62 válaszadóból hárman jelölték meg a fehér köpeny viselését, mint a beavatási folyamatuk legmeghatározóbb pontját[12].

A hallgatók az orvosi identitásuk alakulását mégis leginkább a doktori cím fokozatos elnyerésével azonosították szimbolikusan. Az interjúkból számos alkalommal hangzottak el olyan „megnyilvánulások", amelyek a doktori címet magával az orvosléttel azonosítják:

„Még egy év, és megvan a 'dr.'…"

„Még néhány szigorlat a 'dr.'-ig…"

„Már kétharmad arányban orvos vagyok… már csak a pont hiányzik."

4.10.4. Dráma és szerepjáték az orvossá válásban

Nagy szerepe van a beavatási folyamatban a dramatikus elemeknek, szerepjátéknak, ahol a hallgató gyakorolja leendő orvosi identitását. A kutatásban résztvevőkre többnyire a fehér köpeny első viselésének rítusa volt a legnagyobb hatással.

Haas terepkísérletei a McMaster Egyetem egy speciális gyakorlata felé irányítják a figyelmünket, ahol is egy problémamegoldó megközelítést alkalmazva tanulmányaik legkorábbi napjától kezdve a diákokat klinikai körülmények közé helyezik. A metódus célja az, hogy a probléma központú tanulmányaikat későbbi hivatásgyakorlásukat modellező körülmények között sajátítsák el. Egyik interjúalanyunk részt vett ezen a programon, íme az ő beszámolója: *„A drámajátékok és a szerepjátékok igen fontos részét képezték az egésznek. Nagyon mély benyomást hagyott, nagyon megható volt és rendkívül meghatározó volt számomra és szerintem mindenki számára. Természetesen a szerepjáték a későbbi orvosi szerepbe való betekintésbe adott lehetőséget, annak megvitatásával, hogy mit is kell csinálni. Néhány példát személyesen is*

[12] Ld. 6. melléklet

megtapasztalhattunk vagy hallottunk róla történeteket: kiemelve a gyógyítást, a gyógyítót, az orvosi lét önzetlen komponensét."

A Semmelweis Egyetemen végzett terepgyakorlatunk során felfedezhettük, hogyan került bele a 90'-es évek során a probléma központú tanulás a hagyományos oktatás keretei közé a Kopp Mária által alapított Magatartástudományi Intézetben. Peter Falger, a hollandiai Maastricht Egyetemről segített beleilleszteni a probléma központú oktatást a tananyagba. Egy személyes interjú (2012) során a következőképpen írta le a folyamatot: *"Eredetileg a kanadai McMaster Egyetemről vettük az ötletet, mivel ők vezették be először a probléma központú oktatást és Maastricht volt a második ilyen egyetem. Így tehát átvettük tőlük azt az ötletet, hogy nem szabad az orvostanhallgatókat közvetlenül szembesíteni a páciensekkel, mert túl sok lenne nekik. Tehát más szóval a McMasterben és a Maastrichtban azt csinálták, hogy megtanították az embereket arra, hogy szimuláljanak bizonyos dolgokat, amelyek valamilyen módon megfeleltethetőek annak a kurzusnak, amit éppen a diák végez. A páciensek és a diákok között lezajló folyamatokat mind videóra vették és ezek az anyagok kielemzésre kerültek a könyvben. Így tehát visszajelzéseket kapsz egy adott csoport többi diákjától és a vezetőtől, a tanártól és a személyzeti csoport tagjaitól is… A későbbi években csoportonként két személyzeti tag volt, az egyik egy klinikus, a másik egy pszichológus. És így meg lehetett vitatni a diákokkal a klinikai aspektust és a pszichológiai aspektust is."*

Ez a metódus több mint pusztán a drámapedagógia egyik analógiája, ugyanis rengeteg drámai elemet használ a didaktikus stratégiáján belül. Falger hangsúlyozza, hogy a pácienseket nemcsak laikus emberek játsszák el, de hivatásos drámát tanuló diákok is részt vesznek benne. Az esetek alapjául szolgáló forgatókönyv megírása is igen fontos volt. Falger megfogalmazásában: *„A szereplőválogatás nagyon fontos. Ezért bizonyos ponton bizonyos szerepekre drámajátékos hallgatókat választottunk a maastrichti dráma akadémiáról. Voltak, akik jobban játszottak, de nem mindenki. Szóval úgy vélem, ez egy nagyon jó ötlet, ha tudod mit kell csinálni, megvan a megfelelő forgatókönyv és a megfelelő páciensek is... azt tudom mondani, hogy nagyon hatásos eszköz. De másrészt igen drága."*

A Maastricht-modell a 70'-es évek közepén lett bevezetve és habár az elején akadtak pénzügyi problémák, a képesség- illetve kommunikáció fejlesztő

laboratóriumok még mindig léteznek, és rengeteg embert vonzanak más egyetemekről, hogy lássák, mit tanulhatnak belőle.

4.11. Kiavatás az orvossá válásban

A beavatási folyamattal párhuzamosan megfigyelhető egy azzal ellentétes folyamat is: a kritikus beavatási események bármelyikénél „elbukhat" a hallgató, és részben vagy átmenetileg, sőt végleg is „kiavatódhat", ami vezethet halasztáshoz, kiégéshez, és végső esetben pályaelhagyáshoz is.

4.11.1. A kiavatás okai az orvossá válásban

A kiavatás okaként az interjúalanyok leginkább a klinikumban megélt csalódásokat (az elmélet és a gyakorlat eltérése, a gyakorlati képzés hiányosságai, negatív vagy hiányzó szerepmodellek), a támogató közösségek hiányát és a rezidens évek nehézségeit említették.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„A történet ugyanaz: II. év vége vizsgák. Egyszerűen sok volt." *„II. év vége: szívatás… igazi mérföldkő volt."*	A vizsgák és szigorlatok	A másodév szigorlatai
„Elegem volt már a 'megmutatjuk/tanítjuk nektek, hogyan kell…' ígéretekből…" *„Amiről hallottunk az elején, az a gyakorlatban nulla."* *„Hozzászokik az ember, hogy mi van az egészségügyben: KÁOSZ."*	Ígéretek vs. megvalósu-lásuk	A medikusok sajnos a klinikum során gyakran szembesülnek az elmélet és a gyakorlat különbségeivel.
„Elég kiábrándító volt ilyeneket hallanunk: 'nem tudtok ti semmit…, semmi olyat, ami igazán fontos lenne…, a gyógyszerneveket, dózisokat…'"	A hallgatók megszégye-nítése	Sajnos sok hallgatót elriaszt az oktatók által időnként alkalmazott megszégyenítő, megalázó képzési stílus.
„Lehetőség van elvégezni az egyetemet anélkül, hogy vért vettem volna, műtétet láttam volna, rektális digitális vizsgálatot végeztem volna, draint eltávolítottam volna, ügyeltem volna…" *„Nem hagytak minket fontos dolgokat megtapasztalni, gyakorlatot szerezni."* *„Hatodév után kijövünk „gyilkolni", és egyszerűen nincs meg a szükséges tudásunk, akkor milyen beavatásról beszélünk?!"*	Gyakorlati képzés hiányosságai	A gyakorlati képzés illetve a hallgatók ellenőrzésének hiányosságai gyakran kiábrándítják a hallgatókat az orvosi szakmából: úgy érzik nem készültek fel eléggé, nem alkalmasak az orvosi szakmára.

Interjú részlet	Kategória	Megjegyzés
„Oktatók hozzáállása brutális: 'miért vagytok itt, nincs rátok időm'…" *„A klinikusok nem motiváltak…"* *„Az orvos prominens képviselője volt az egyetemnek, számomra mégis a legelrettentőbb példája lett az orvoslásnak."* *„III. év gasztro gyakorlat: a főnök pszichopata. Az egész életem egy baromi nagy zuhanás volt, munkatársak hisztiztek, bőgtek…"* *„Kínos szitu. Kioktatom a doktornőt EKG-ból."* *„A másik szaktekintélyébe vetett hitem… lerombolódása: hülyeségeket beszél a szakorvos."* *„Kevés olyan tanár akad, aki valami pluszt ad a tankönyvön kívül."*	Negatív szerep-modellek	A hallgatók néha úgy érzik, a beavatók sem rendelkeznek a szükséges mennyiségű ill. minőségű szakmai ismeretanyaggal, esetleg nem adják azt át féltékenységből vagy felelősségérzetük hiánya miatt. A beavatók gyakran nem motiváltak, nem hitelesek a hallgatók szemében.
„Első kiavató szertartáshoz hasonló élményem: ápolástan gyakorlat, hullottak az emberek, nem volt kivel megosztani, nem volt közösség." *„Kudarcokra vagyunk ítélve, nincsenek olyan közösségek, amelyek körülvesznek/megtartanak minket."*	A közösség hiánya	A támogató közösségek hiánya is kiavató lehet.
„Az egyetemhez tartozó intézmények, oktató kórházak, csúcsintézmények… csak munka, munka, munka. Nincs „keret" a tudásátadásra. Már nem biztos, hogy ezt akarom, vagy tudom csinálni..."	Az országos centrumok tapasztalatai	Az országos centrumokban gyakoribbak a kiavatás értékű elemek, mint a vidéki kórházakban.
„Gusztustalan a rezidens felvételi rendszer, nevetségessé válik, ugyanúgy kezelnek, mint 6 évvel ezelőtt. Mit jelent, hogy orvos vagyok." *„Orvosként sem tudtam segíteni. Az agyammal tudom, hogy nem az én hibám volt. Más sem tudta volna megmenteni, mégis kiborultam. Még aznap otthagytam a belgyógyászatot, és elhagytam az országot. Akkor egy ideig úgy voltam, hogy nem is akarok többé orvos lenni."*	A rezidens-képzés problémái	A rezidensi évek nehézségei gyakran kiábrándítják a fiatal orvosokat, és ez könnyen kiégéshez, pályaelhagyáshoz vezet.

32. Táblázat: A kiavatás okainak elemzése az orvosképzésben

A 32. táblázatban a kategória-tartalom irányult narratív elemzéssel foglaltam össze a medikusok (és fiatal orvosok) körében jelentkező kiavatási jelenségek okait, típusait.

4.11.2. A halasztás

Fontos megemlíteni a halasztás jelenségét is, amikor a hallgató bizonyos időre megszakítja tanulmányait, így ilyen értelemben egyfajta kiavatódásról beszélhetünk. A legtöbb halasztó azonban egy félév vagy egy vagy néhány év után visszatér az orvosképzésbe, és folytatja „beavatási útját". Sőt, sok halasztó hallgató számolt be arról, hogy kifejezetten jót tettek neki a halasztó évek, *„többet tanultak közben mint*

bármikor", így a halasztás még beavatás értékű szociális átmenet is lehet egyben. Néhány interjú részlet ezzel kapcsolatban:

„Amikor halasztottam, dolgoztam egy fél évet ápolóként ugyanott, ahol ápolástanon voltam."

„A történet ugyanaz. II. év vizsga… csak nem ápolástanon voltam, hanem elmentem mentőzni. Baromian megszerettem és egy olyan mérföldkő volt, hogy azt mondtam, hogy érdemes visszaszállni ebbe a körbe és érdemes továbbcsinálni."

„Az, hogy az a halasztás az egyetem berkein belül nekem is sok kapcsolatot hozott és ez egy jó dolog. Akik akkor felettem jártak, azokkal is jóban vagyok, a csoporttársaimmal is…, mindenképpen jó. Informáltság, info-szerzés és ez egy jó dolog. Igazából kihagytam volna ezt az 1 év halasztást, de mindenképpen volt hozadéka, nem egy elszalasztott 1 év volt."

Tágabb értelemben a halasztókhoz tartozhatnak azok a potenciálisan leendő hallgatók, akiknek nem sikerült elsőre a felvételi vizsgájuk, de később azt újra megpróbálják. A felvételi meghatározó kudarcélménye még keményebb előkészületekre ösztönözheti a leendő orvostanhallgatót, emellett nem ritka, hogy az illető „hallgatójelölt" nővérként, ápolóként kezd dolgozni a „kieső" évben, mialatt az egészségügyről olyan gyakorlati ismereteket szerez, melyeket a „sodorvonalban" kiképződő társai esetleg sohasem, de legalábbis csak évekkel később tapasztalhatnak meg.

5. MEGBESZÉLÉS

5.1. A beavatási fogalmak összevetése az orvoslás szempontjából

A pályaszocializáció fogalma sok szempontból analóg az átmeneti rítus fogalmával. A jelen kutatás szempontjából mindkettővel le lehet írni azt a folyamatot, ahogyan egy középiskolás az orvosi hivatást választja, elkezdi az orvosi egyetemet, majd orvostanhallgatóból végzett orvossá válik, orvosként elhelyezkedik az orvosi pályán.

Fontos eltérés azonban a fogalmak között, hogy amíg a pályaszocializáció – szociológiai fogalom lévén – az orvossá válás folyamatát inkább a társadalom és az abban betöltendő (orvosi) szerep szempontjából nézi, addig az átmeneti rítus - antropológiai fogalomként - inkább az egyén fejlődését, átváltozását, egy magasabb szintre lépését emeli ki. Lényeges különbség az is, hogy míg a pályaszocializáció inkább lineáris folyamatként értelmezi a fenti történéseket, addig az átmeneti rítus és a beavatás a fokozatos előrehaladás mellett kiemeli a folyamat vertikális jellegét is.

A beavatás fogalma a jelen téma szempontjából összekapcsolja, összefoglalja, de meg is haladja a másik két fogalom jelentését: nem csak felkészíti, „szocializálja" leendő szerepére (pályaszocializáció), és a rítusok során „átemeli" a kiinduló középiskolás státusból az új orvos-státusba (átmeneti rítus) az orvostanhallgatót, hanem bevezeti, azaz „beavatja" az orvosléttel járó titkos tudásba, nyelvbe, csoportba, szubkultúrába stb.

5.2. A pap és az orvos beavatásának párhuzama

Az antropológiában szakmai közhelynek számít az a megközelítés, miszerint korunk szekularizált embere számára a tudomány testesíti meg a vallást. Ennek megfelelően a biomedicina, más néven tudományos orvoslás az az eszmerendszer, melynek intézményei és „papjai" az „egészségvallás" elkötelezett hívei, akik a betegség „démonait" hivatottak kiűzni a megbetegedettekből szakmai tudásuk, diagnosztikai és terápiás eszköztáruk segítségével (Lawson 2007).

A modern társadalmakban az orvoslás szekularizációjának hatására az orvos (szekuláris gyógyító) és a pap (szakrális segítő) szerepe különvált, de közös gyökerüknek megfelelően sok párhuzamot felfedezhetünk közöttük: mindkét hivatás az élet egészével foglalkozik, s az emberek teljességéért dolgozik, és feltételezhető, hogy a legközelebb állnak a spiritualitáshoz és az ember isteni mivoltához. A pap a lélek és a test integritásáért felelős, létrehozva Istent az Eukarisztiában, az orvos a test és elme épségéért felelős, és képes „újjáépíteni" az emberek egészségét.

Mindkét segítő beavatási folyamaton megy keresztül hivatása elsajátítása során, amelynek párhuzamaira a jelen értekezésben is számos példát láthattunk. Egyik ilyen a közös szakmai nyelv (latin) használata, de talán a legszemléletesebb példa mégis a modern orvossá válás végét szimbolizáló orvosi eskü, amely a pappá szentelés szakrális légkörét idézi.

5.3. A népi illetve alternatív gyógyítók és a modern orvosok beavatásának összevetése

A biomedicina olyan kozmológiai alapfeltevéseken nyugvó kulturális rendszer, mely az alternatív gyógyászat mitikus rendszerétől alapjaiban tér el, és ez a beavatás jellegében, minőségeiben, metaforáiban, testképében, beavató-beavatott viszonyában is eltér. Amíg az előző holisztikus, spirituális, misztikus értékeket fejezi ki magyarázó modelljében, addig a biomedicina anyagelvű, racionális, analitikus kozmológiai alapjainak és kereteinek megfelelő kulturális értékeket közvetít ennek megfelelő expresszív és kreatív folyamat révén. A biomedicinára is igaz, hogy több, mint tudományos gondolatok és gyakorlatok tárháza, mert maga is szimbolikus rendszer, mely mint jelentés hálót hordozza az adott civilizáció alapvető értékeit, hiedelmeit és morális kérdéseit.

A kutatásba bevont alternatív terapeuták szerint jár egyfajta presztizzsel az orvosi végzettség és a doktori cím, aminek ők gyakran érzékelik a hiányát. Az alternatív terapeuták az orvosi szerep jellemzésekor általában elismerik az orvosok szaktudását, tisztelik és csodálják az orvosszereppel járó felelősséget, ugyanakkor az orvosi képzés jellegével eléggé kritikusak.

Néhány párhuzam fedezhető fel a népi gyógyítók és a modern orvosok beavatásában. Például a sámánokra jellemző eleve elrendeltség, kiválasztottság hasonlít

a „korai zárás” jelenségére azon medikusoknál, akik már egész gyerekkoruk óta tudták, hogy orvosok szeretnének lenni (pl. egy korai betegség illetve gyógyulás élmény, vagy orvos szülők illetve más pozitív szerepmodell hatására).

Egy másik szemléletes párhuzam, hogy a sámánok bemutatott sámánvizsgájához hasonlóan az orvostanhallgatóknak is ki kell állniuk egy nagy „végső próbát” (államvizsga), mielőtt ünnepélyesen gyógyítóvá avatnák őket (orvosi eskü).

5.4. A beavatás nyilvánvalósága az orvossá válásban

Az orvoslás szekularizációja együtt jár a rítusok nyilvánvalóságának és ünnepélyességének csökkenésével. Sok korábbi rítus ennek ellenére megmaradt, csak a modern korra illetve a biomedicinára jellemző szekuláris „álruhát ölt”, vagy sokszor rejtetten megy végbe. Míg egy keresztény pap vagy egy buddhista gyógyító pontosan tudja, hogy beavatása milyen fázisokból áll, és ez milyen rítusokkal jár együtt, addig egy orvostanhallgató számára ez legtöbbször nem ilyen egyértelmű.

A beavatás tényének csekély nyilvánvalóságát mutatja, hogy a hallgatók az interjúk során először általában tagadták, devalválták a beavatás tényét és értékét, de a beszélgetés (feloldódás) során átértékelték véleményüket, és többnyire felismerték a beavatás aspektusait saját orvosi pályaszocializációjuk folyamatában. Eltérő hozzáállást mutattak a pszichológia, a szociológia és az antropológia iránt fogékonyabb HuMániás hallgatók, akik számára a beavatás folyamata sokkal nyilvánvalóbb volt, és általában nem okozott nehézséget a számukra leginkább beavató esemény megnevezése az orvosképzés során.

5.5. A beavatási folyamat szerkezete az orvossá válásban

Az orvossá válás nem az államvizsga, a doktorrá avatás és az orvosi eskü hatására történik meg, bár ezek mint rituális szimbólumok mind jelzik és legitimálják a beavatás megtörténtét. A beavatás egy folyamat, számtalan önmagában is beavatás értékű eseménnyel. Az interjúalanyok által megnevezett események általában egyrészt a vizsgákhoz, szigorlatokhoz és vizsgaidőszakokhoz, illetve a hozzájuk kapcsolódó privát

és közösségi rítusokhoz, másrészt a gyakorlatokon (boncolás, ápolástan, mentőzés, klinikum) történt eseményekhez és helyzetekhez köthetők.

Ezek a beavatási események (gyakran rítusok) jellegük és előfordulási sűrűségük alapján csoportosíthatók, és ez alapján a beavatási folyamat jellemző szakaszokra bontható. Ezek a szakaszok azonban míg az alternatív-spirituális gyógyító rendszerek beavatásainál illetve a katolikus egyházi rend szentségének fokozatainál általában világosan elkülönülnek, az orvossá válás folyamatában már nem annyira egyértelműek.

Vizsgálataim szerint az orvossá válás beavatási szakaszai megfeleltethetőek az átmeneti rítus fázisainak (az egyetemhez vezető évek=szeparáció, egyetem=átmenet, hatodév vége=inkorporáció). Az egyetemi évek szakaszát tovább bontva (I-II. év, III-V. év, VI. év), az átmeneti rítus „egyszerű modelljének" fraktálszerű felosztását kapjuk, amit háromdimenzióssá emelve a hallgatók beavatási útjának cikkurátszerű emelkedését látjuk.

Ezekhez a szakaszokhoz hasonlóan a rezidens időszakról is megállapítható, hogy „kicsiben" ismétli az orvossá válás beavatási folyamatát (rezidens felvételi=szeparáció, rezidens évek=átmenet, szakvizsga=inkorporáció).

Különösen az egyetemi évek szakaszolása újszerű a szakirodalomban megszokottakhoz képest, mivel a kutatás során úgy találtam, hogy a beavatási jelenségek finomszemcsés megközelítése érdekében részben átfedő időszakaszokat célszerű felállítani:

A már korábban idézett szociológiai tanulmányok (Molnár, Molnár 2002; Becker és társai 1961) az egyetemi képzés időszakát két részre (preklinikum és klinikum) osztják. Ennek a felosztásnak a problémáját meglátásom szerint a preklinikum-klinikum éles elválasztása adja, holott harmadévben már megjelenik a belgyógyászati klinikum, ami által a hallgatók „klinikumi beavatódása" elkezdődik. A tantárgyak jelentős része viszont valóban még a preklinikumhoz tartozik, így a harmadév egy preklinikum-klinikum átmeneti tengelynek felel meg.

Láttuk, hogy Becker a preklinikum szakaszon belül még élesen el is különíti az elsőévesek és a másodévesek (szub)kultúráját. Itthoni tapasztalatok alapján a helyzetet másképp látom. A másodév a beavatás szempontjából nem kevésbé meghatározó az elsőnél. Különösen, ha az egyetemet megelőző és annak legelején lévő eseményeket,

bevezető rítusokat még külön tárgyaljuk az évközi eseményektől, akkor világosan látszik, hogy az első két év egy ívet jelent, szerves egységet képez.

5.6. Az orvossá válás beavatási folyamatára ható tényezők

A biomedicina szekularizált világában is fontos szerepe van a különböző rituális, általában az orvosi identitást jelző szimbólumoknak. A HuMániás hallgatók a fehér köpeny első használatát említették legtöbbet, ami épp az orvos-gyógyító eredetileg szakrális jellegére is utal. A szóbeli interjúk során az interjúalanyok inkább a doktori cím fokozatos megszerzésének jelentősségét emelték ki az orvossá válás beavatási folyamatában, ami arra utal, hogy a medikusok is igénylik a beavatási folyamatuk tudatosítása érdekében a jól elkülöníthető szakaszokat, stációkat.

A beavatás eredetileg spirituális szemléletében alapvető „mester-tanítvány viszony" fedezhető fel abban, ahogy az orvossá válás folyamatában is milyen nagy szerepük van beavatásban résztvevő beavatóknak (beavató személyek, közösségek és az orvosi szubkultúra): az interjúalanyok beavatásuk sikerességét ugyanis leginkább a pozitív szerepmodelleknek tulajdonították, aki lehet az egyetem előttről (orvos családtag, középiskolai tanár) vagy az egyetemi évekből (gyakorlatvezető, osztályvezető főorvos, TDK vezető).

Az orvosi egyetem nyílt és rejtett curriculuma (pl. gyakorlatok során a testtel, a betegségekkel és a halállal való találkozás sorrendisége) jellemzően a modern, redukcionista biomedikális szemléletre készíti fel (avatja be) a hallgatókat.

A posztmodern szemléletű orvosi antropológia a hallgatók nyitottságától függően azonban fontos lehetőséget nyújt a modern biomedikális test- és betegségképpel szemben azok alternatív értelmezéseinek megismerésére, a terepmunkák során a hivatalos biomedikális és az alternatív medicina kipróbálására, gyakorlati összehasonlítására.

Az 1988–1991-ig tartó időszakban Magyarországon nemcsak a szabadpiaci ideológia fejlődött gyors ütemben, de megjelentek az olyan hagyományos és alternatív orvoslási módok is, mint a hagyományos kínai orvoslás, a homeopátia, a különféle masszázs technikák, a manuálterápia, az eklektikus New Age terápiák stb. Az orvosi

antropológia és a pszichoszomatika felfutása leginkább az ezen gyógymódok iránti fogyasztói kereslet növekedésének köszönhető. Amennyiben a „hagyományosan modern" tudományos megközelítéssel operáló biomedicina kizárja ezen alternatívákat, úgy az orvosi antropológia (mint posztmodern diszciplina) éppen azért jött létre, hogy velük foglalkozzék. Azonban az alapjaiban a kulturális relativizmusra épülő orvosi antropológia egészen más értékrenddel közelít e jelenségekhez. Éppen a kulturális relativizmusnak köszönhető, hogy a racionalizmus kizárólagossága megsemmisült, és helyébe az egymás mellé rendelés gyakorlatán alapuló perspektivikusság lépett. A posztmodern antropológia elutasítja a totalizáló törekvéseket, megkérdőjelezi az egyszeri értelmezések fennhatóságát, és tartózkodik a transzcendentális állásfoglalásoktól.

A beavatás mindig stresszel jár, de azt a hallgatók megélhetik pozitív (eustressz) és negatív stresszként (distressz) is. A distressz bizonyos mértékig a beavatási folyamat liminalitásának természetes velejárója, és önmagában is beavatás értékű.

Az egyik legfontosabb stresszforrás az orvosképzés során a halállal való szembesülés, amit a bonctermi fekete humor, a holttestek tárgyiasítása, az anatómia órák, illetve általában a halállal való találkozás fokozatos felépítése és a közösségi támogatás nagymértékben csökkenthet. A boncolás mint orvosbiológiai rituálé a szimbolikus és tudományos győzelmet jeleníti meg az emberi test titkai felett. A hallgatónak pedig ezt el kell fogadni és tárgyiasítani, saját érzelmeinek, spiritualitásának és misztikus megértésének elnyomása által. Fel kell ismernünk, hogy a 'dehumanizáció' az egyik első rejtett rituális eleme lesz az orvossá válásnak. Ezek a „karneváli" rituális elemek különleges érintkezési felületet teremtenek a halálfélelem és a beteggel való empátiás érintkezés közé, ezáltal rituális liminalitást teremtenek a tanulási tapasztalás számára.

Érdekes párhuzamot lehet észrevenni az átmeneti rítus (beavatás) szakaszai és Selye stresszmodelljének fázisai között. A beavatandó kezdeti normál állapota megfelel Selye alarm-fázisának: a test is normálisan működik, mintegy készenléti állapotban várja az esetleges stresszor érkezését, így arra a megfelelő stresszreakcióval tud válaszolni. A kezdeti stresszreakcióval járó ellenállóképesség csökkenés viszont a szeparációnak és a beavatási folyamatba való belépésnek (egyfajta lemerülésnek,

„alászállásnak”) felel meg. A beavatás liminalitás szakasza analóg a stressz ellenállás fázisával: mint ahogy a beavatandónak is állandóan próbákat kell kiállnia ebben a szakaszban, ugyanúgy nő meg a szervezet ellenállóképessége azaz alkalmazkodik a stresszorhoz. Amennyiben a beavatandó végigmegy a beavatási folyamaton, és az inkorporáció során visszatér a társadalomba, ráadásul annak egy magasabb szintjére, az a stressz szempontjából azt jelenti, hogy az illető feldolgozza a stresszt, visszatér normál állapotba, viszont már megerősödve: magasabb stressztűrő képességgel rendelkezik a folyamat végére. Ha azonban a beavatandó beavatási folyamata megszakad, vagyis kiavatódik, az a stressz-modell kimerültségi fázisának felel meg.

5.7. A kiavatás jelensége

A spirituális beavatásokhoz vagy a sámánok vizsgájához hasonlóan az orvossá válás beavatásának sikere sem garantált: az orvostanhallgató a kritikus beavatási események bármelyikénél „elbukhat”, és részben vagy átmenetileg, sőt végleg is „kiavatódhat”. Ez a sikertelen sámánvizsgával ellentétben nem jár súlyos testi következménnyel vagy halállal, de vezethet halasztáshoz, kiégéshez, és végső esetben pályaelhagyáshoz is.

A kiavatás fogalma azon jelenségek összességének leírására vállalkozik, amelyek a beavatás érvényesülésével ellentétes irányba lendítik a beavatandót. Így fontosnak tartom az orvosi pálya szempontjából *centrifugális* hatású – pályaelhagyást eredményező – kiavatási *stációk* vizsgálatát, mely az avatottak és az avatandók közös ügyét egyaránt szolgálja. Míg a beavatás a pálya elsajátítása, a szükséges enkulturációs elemek interiorizációja irányában hat, a kiavatás ezzel ellentétes előjelű.

A kiavatás megjelenése ill. „megvalósulása” függ az egyes beavatási állomások lezajlásának mikéntjétől. Amennyiben a beavatás kevéssé frusztrált, nem teljesen hiányzik vagy nem elemi jelentőségű a beavatandó számára, nem éli meg kiavatási stációként, tehát megélése a beavatáshoz hasonlóképpen függ az avatandó személyétől. Kiavatásként szerepelhet az elővételezett beavatási ígéretek relatív csekély megvalósulása, és a hallgató által ennek következményében tapasztalt kognitív disszonancia mértéke: túlzott ambivalencia megélése kiavatás értékű lehet, míg a mérsékelt ambivalencia az életben később tapasztalható kihívásokra készít fel. A nyílt és a rejtett curriculum közötti jelentős diszkrepancia is kiavatás értékű lehet.

Az orvosi szociológiából ismertetett „deprofesszionalizáció” jelenségével inkább az orvosi hivatásból való kiábrándultságot írják le, amely inkább a felsőbb éves egyetemistákra, illetve kifejezetten a már végzett és gyakorló orvosokra jellemző. Ezzel szemben a „kiavatás” jobban értelmezhető az orvossá válás folyamatának bármely szakaszában, de még az előtt is (pl. sikertelen felvételi vizsga) vagy azután (pl. rezidens évek nehézségei).

A kutatásba bevont alternatív terapeuták között többen számoltak be egy érdekes jelenségről: bár a pályaválasztásnál megfordult a fejükben, hogy az orvosi egyetemre felvételizzenek, azt mégis elvetették, főként a biomedikális orvoslás és képzés jellege miatt. Ők így bizonyos értelemben tekinthetők úgy, hogy már az orvossá válás folyamatának legelején kiavatódnak.

A jelen értekezésből is megállapítható, hogy a kiavatás megelőzésére ismeretes néhány célzottan működő intézmény illetve módszer.

Egyik szép példa a kutatásba is bevont HuMánia Pályaszocializációs Műhely, amely az SE Magatartástudományi Intézet szervezésében 2002-ben létrejött készségfejlesztő csoport az orvostanhallgatók számára. A kortársoktatók által működtetett diákmozgalom célja az orvostanhallgatók segítése a stressz és kiégés elleni küzdelemben, hogy a végzett orvosok erős humán készségekkel rendelkezve lépjenek be az egészségügyi rendszerbe. A Műhelyt az a felismerés hívta életre, hogy az Intézetben zajló elméleti oktatás (orvosi kommunikáció, pszichológia, szociológia, antropológia és etika) kereteit szétfeszítené az egyének személyes felkészítése, és a szükséges gyakorlati készségek megszerzése nem lehetséges a hagyományos előadások és gyakorlatok során.

Tágabb értelemben az orvosképzés teljes nyílt és rejtett curriculuma azt a célt hivatott szolgálni, hogy segítse az orvostanhallgatók beavatási folyamatát. Mégis úgy tűnik, hogy a magatartástudományok körébe tartozó tantárgyak kapnak nagyobb szerepet abban, hogy a medikusok jobban megértsék az orvosi hivatással járó nehézségeket, tudatosítsák az orvossá válásuk beavatási folyamatát illetve megfelelő segítséget és módszertant kapjanak a stressz leküzdésében, a beavatási próbák kiállásában. Az orvossá válás során a kiavatás megelőzése érdekében a jövőben tehát célszerű lenne javítani az orvosi tantervben a magatartástudományok arányát a szakmai tárgyakhoz képest.

6. KÖVETKEZTETÉSEK

A kutatás során sikerült igazolni az értekezés legfontosabb hipotézisét, miszerint az orvossá válás során valóban beavatás történik.

Az orvossá válásban megvalósuló beavatást nem értelmezhetjük egyszeri eseményként, az orvostanhallgatók képzésük során számos esetben átesnek beavatási rítusokon, mielőtt az államvizsga utáni nagy, látványos eskütétel „doktorrá fogadom" formalizált aktusához elérkeznének.

Az orvossá válásban megvalósuló beavatás struktúrája fraktálszerű jelleget mutat: egyrészt az egész folyamat leírható egyetlen, az antropológiából jól ismert átmeneti rítus modelljével; ugyanakkor az orvosi pályaszocializáció során számos önmagában is beavatás értékű esemény és több jól elkülöníthető szakasz, azaz átmenetek sorozata történik.

Ezen „átmenetek" – a szekularizált biomedikális orvoslás jellegéből adódóan – sokkal inkább rejtetten és tudattalanul mennek végbe, összehasonlítva a szakrális jellegű pappá válással, a hagyományos sámánavatással vagy az ősi keleti hagyományokon alapuló alternatív medicinában előforduló beavatásokkal.

A beavatási folyamatba kerülés a középiskolai évekbe nyúlik vissza, a pályaválasztás időszakához. A hallgatók leginkább a biológia tantárgy szeretetét említették, mint legfontosabb pályaválasztási motivációt, így megállapítható annak szelekciós jellege. A másik leggyakoribb ok az orvosi pálya választására az orvos családtag meghatározó szerepe, esetükben megfigyelhető a korai zárás jelensége.

Az interjúalanyok által megnevezett legfontosabb beavatási események általában egyrészt a vizsgákhoz, szigorlatokhoz és vizsgaidőszakokhoz, illetve a hozzájuk kapcsolódó privát és közösségi rítusokhoz, másrészt a gyakorlatokon történt eseményekhez és helyzetekhez köthetők.

A két legfontosabb stresszforrás az orvosképzés során a vizsgák és a halállal való szembesülés. Ez utóbbit a bonctermi fekete humor, a holttestek tárgyiasítása, az anatómia órák, illetve általában a halállal való találkozás fokozatos felépítése és a közösségi támogatás nagymértékben csökkentheti. A stressz bizonyos mértékig a beavatási folyamat liminalitásának természetes velejárója, és önmagában is beavatás

értékű. A túlzott mennyiségű distressz viszont könnyen betegségekhez és kiégéshez vezethet.

A gyakorlatok (anatómia, kórbonctan, ápolástan, klinikum) során a testtel, a betegségekkel és a halállal való találkozás sorrendisége jellemzően a modern, redukcionista biomedikális szemléletre készíti fel (avatja be) a hallgatókat.

A posztmodern szemléletű orvosi antropológia a hallgatók nyitottságától függően fontos lehetőséget nyújt a modern biomedikális test- és betegségképpel szemben azok alternatív értelmezéseinek megismerésére, a terepmunkák során a hivatalos biomedikális és az alternatív medicina kipróbálására, gyakorlati összehasonlítására.

A medikusok orvossá válásának beavatási folyamatában fontos szerepe van a különböző rituális, főként az orvosi identitást jelző szimbólumoknak: az interjúalanyok a fehér köpeny első használatát, illetve a doktori cím fokozatos megszerzését emelték ki.

A beavatásban résztvevő beavatóknak (beavató személyek, közösségek és az orvosi szubkultúra) különösen fontos szerepük van az orvossá válás folyamatában. Az interjúalanyok sokszor a pozitív szerepmodelleknek tulajdonították egyrészt pályaválasztásukat (orvos családtag, középiskolai tanár), másrészt beavatásuk sikerességét (gyakorlatvezető, osztályvezető főorvos, TDK vezető).

A média gyakran szűrőként szerepel az orvosi pályaválasztás során. Az orvostanhallgatók orvosi identitásának kialakulására gyakran vannak hatással az orvosi témájú filmekben, szappanoperákban megjelenő pozitív vagy negatív szerepmodellek, ugyanakkor a klinikum során a hallgatók jellemzően kiábrándulnak az orvosi szappanoperákból.

A beavatás nem mindenki esetében valósul meg, a folyamat bármely pontján megszakadhat, és a hallgató vagy a már végzett orvos átmenetileg vagy véglegesen kiavatódik. A kiavatás okaként az interjúalanyok leginkább a klinikumban megélt csalódásokat, a negatív vagy hiányzó szerepmodelleket, a támogató közösségek hiányát és a rezidens évek nehézségeit említették.

Még reverzibilis folyamat lehet a halasztás, amelynek okaként az interjúalanyok jellemzően egy sikertelen vizsgát vagy szigorlatot jelöltek meg. A halasztás azonban

hosszú távon még erősítheti is a hallgatót, így beavatási folyamatát is: a képzést később folytató halasztók mind a halasztás pozitív hozadékairól számoltak be.

Végső konklúzióként megállapítható, hogy a kutatás során a célkitűzésnek megfelelően sikerült tetten érni az orvossá válásban megjelenő – sokszor rejtett – beavatási jelenségeket, és igazolni az értekezés elején felvetett hipotéziseket. Ugyanakkor a beavatás sikeressége egy-egy medikus (vagy orvos) esetében már nem egyértelmű, számos tényezőtől függ, és végződhet kiavatással is.

7. ÖSSZEFOGLALÁS

Az értekezés alapját képező kutatás témája az orvossá válás során megtapasztalt beavatási rítusként értelmezhető jelenségek. Mivel a modern biomedicinán alapuló orvoslás szekularizációja együtt jár a rítusok nyilvánvalóságának és ünnepélyességének csökkenésével, így a modern orvossá válás beavatási jellege nem egyértelmű, összehasonlítva a szakrális jellegű pappá válással, a hagyományos sámánavatással vagy az ősi keleti hagyományokon alapuló alternatív medicinában előforduló beavatásokkal.

A jelen kutatás célja ennek megfelelően az orvossá válás során megtapasztalt beavatási rítusként értelmezhető jelenségek felfedése és tanulmányozása, a kutatási eredmények analízise, rendszerbe foglalása illetve összehasonlítása más beavatási rítusok folyamatával és hasonló kutatások eredményeivel.

A jelentésközpontú alkalmazott kulturális antropológiai kutatás nagyrészt mélyinterjú és fókuszcsoport technikával nyert szövegek elemzésén alapul. Az interjúalanyok legnagyobb részét adó célcsoportot a Semmelweis Egyetem felsőbb éves orvostanhallgatói teszik ki, de emellett rezidenseket, végzett szakorvosokat és alternatív terapeutákat is bevontam a vizsgálatokba.

A kutatás során sikerült igazolni az értekezés legfontosabb hipotézisét, miszerint az orvossá válás során valóban beavatás történik. Ez a beavatás nem egyszeri esemény, hanem számos beavatás értékű momentum egymásra épülő folyamata. Ez a beavatási folyamat egy átmenet is egyben, így megfeleltethető az antropológiából ismert átmeneti rítus modelljének.

Az orvossá válás beavatási folyamatában fontos szerepe van a beavató személyeknek és közösségeknek, az orvosi – és a tágabb értelemben vett – gyógyítói szubkultúrának, a testtel, a betegségekkel, a halállal való találkozásnak, a képzést végigkísérő stressznek és a legkülönfélébb szimbólumoknak, a pozitív vagy negatív példát nyújtó – személyes interakciókban vagy a médiában előforduló – szerepmodelleknek, és a tágabb szemléletmód biztosítására hivatott orvosi antropológia tantárgy oktatásának is.

Ugyanakkor a beavatás sikeressége egy-egy medikus (vagy orvos) esetében már nem egyértelmű, számos tényezőtől függ, és végződhet a beavatással ellentétes folyamattal, a kiavatással is.

8. SUMMARY

The research theme of the basis of the thesis is the initiation phenomena during becoming a doctor. As the secularisation of medicine based on modern biomedicine is accompanied by the diminishing of evidence and solemnity of rites, this results in the ambiguity of the initiation character of modern medicine in comparison with the sacrality of becoming a priest, traditional initiation of a shaman or initiations in alternative medicine based on ancient eastern traditions.

The purpose of the present study is therefore the uncovering and studying of the phenomena that can be interpreted as rites of passage during becoming a physician, analysis and systematizing of the results and comparison with other initiation rites and similar research results.

The meaning centered applied cultural anthropological research is based on analysis of texts gained by deep interview and focus group techniques. The greatest group of interviewees is made up of medical students of Semmelweis University, but I involved residents, specialists and alternative therapists as well.

During the research I could verify the most important assumption of the study, namely there really happens initiation during becoming a doctor. This initiation is not a single event, rather a process of many initiation worth moments built upon each other. This process of initiation is a transition itself, which can be identified as a rite of passage.

In the process of initiation many components have important role. Initiators and initiating communities, medical and healing – in a broader sense - subculture; encountering the body, illnesses and death; stress accompanying training and several symbols, role models, moreover teaching medical anthropology for a broader way of looking all have their purpose in initiation.

The successfullness of initiation in the case of an individual medical student (or doctor) is not unambiguos, it depends on many constituents and may also end with an opposite process of initiation, namely attrition.

9. IRODALOMJEGYZÉK

Abu-Hijelh MF, Hamdi NA, Moqattash ST, Harris PF, Heseltine GFD. (1997) Attitudes and Reactions of Arab Medical Students to the Dissecting Room. Clin Anat, 10: 272-278.

Arawi Th. (2010) Using medical drama to teach biomedical ethics to medical students. Med Teach, 32: 205-210.

Balázs P. (2002) Orvoslás pénzért és hivatástudatból. Melania, Budapest

Balázs V. (2012) Csakra program, Az AKP módszer működésének titka, magánkiadás

Balint M. (1957) The Doctor, his Patient and the Illness. Pitman Medical, London

Balogh É. (2000) Pszichológiai kislexikon. Tóth, Debrecen

Bánfalvi A. (2003) Az orvosképzés rejtett kurrikuluma. Magyar Felsőoktatás, 4–6.

Becker HS. (1964) Personal change in adult life. Sociometry, 27: 40-53.

Becker HS, Geer B, Hughes EC, Strauss AL. (1961) Boys in white: Student Culture in Medical school. University of Chicago Press, Chichago

Bloch M. (1989) Ritual, History and Power: Selected Papers in Social Anthropology. Athlone Press, London

Boelen C. (1992) The Five-star Doctor: An asset to health care reform? WHO Bulletin no.3.

Boeckers A, Brinkmann A, Jerg-Bretzke L, Lamp Ch, Traue HC, Boeckers TM. (2010) How can we deal with mental distress in the dissection room? An evaluation of the need for psychological support. Ann Anat, 192 (6): 366–372.

Bourdieu P. (1991) Language and symbolic power. Polity Press, Cambridge

Browner CH, Ortiz de Montellano BR, Rubel AJ. (1988) A Methodology for Cross-cultural Ethnomedical Research. Curr Anthropol, 29 (5): 681-702.

Bruner JS. (1986) Actual minds, possible worlds. Harvard University Press, Cambridge

Carey JW. (1989) Comunication as culture: essays on media and society. Unwin Hyman, Winchester MA

Cassel FJ. (1976) The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship. Lippincott, Philadelphia

Collee J. (1999) Medical fiction. Brit Med J, 318: 955–956.

Coombs RH. (1978) Mastering Medicine. The Free Press. Collier Macmillan Publishers, London

Czarny MJ, Faden RR, Nolan MT, Bodensiek E, Sugarman J. (2008) Medical and Nursing Students' Television Viewing Habits: Potential Implication for Bioethics. Am J Bioethics, 8(12): 1-8.

Csabai M, Barta K. (2000) Az orvosi identitás alakulása: orvostanhallgatók nézete az orvosi pályáról, az orvosszerepről. Lege Artis Med, 10 (7–8), 638–644.

Csordas ThJ. (1994) Embodiment and Experience: Existential Ground for Culture and the Self. Cambridge Studies in Medical Anthropology, Cambridge University Press

Csörsz I. (2011) Az orvosi hivatásszemélyiség alakulásának társaslélektani meghatározói és fejlesztésének lehetőségei, Doktori (PhD) értekezés, Debreceni Egyetem BTK

Dahlin ME, Runeson B. (2007) Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview based study. BMC Med Educ, 7: 1-6.

Dahlke R, Dehlefsen T. (1991) Út a teljességhez. Arkánum Kiadó, Budapest

Dahlke R. (2011) A lélek nyelve: a betegség, M-Érték Kiadó, Budapest

Dethlefsen T. (1992) A sors mint esély. Arkánum Kiadó, Budapest

Diószegi V. (1998) Sámánizmus. Terebess Kiadó, Budapest

Douglas M. (2003a) Purity and danger. Routledge, London

Douglas M. (2003b) Rejtett jelentések. Osiris, Budapest

Dressler WU. (1985) Morphonology, the dynamics of derivation. Karoma, Ann Arbor

Durkheim E. (1997) A vallási élet elemi formái. In: Bohannan P, Glazer M (szerk.), Mérföldkövek a kulturális antropológiában. Panem, Budapest

Eliade M. (1958) Rites and Symbols of Initiation, The Mysteries of Birth and Rebirth. Harvill Press, London

Elkin AP. (1945, 1977) Aboriginal men of high degree: Initiation and Sorcery in the World's Oldest Queensland. University Press St. Lucia, Queensland

Fabrega Jr. H. (2000) Culture, spirituality and psychiatry. Curr Opin Psychiatr, 13: 525-530.

Fabrega H. (2001) Culture, spirituality and psychiatry, University of Pittsburg

Finkelstein P, Mathers L. (1990) Post-traumatic stress among medical students. Clin Anat, 3(3): 219-226.

Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, & Gruen R. (1986) The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. J Pers Soc Psychol, 50: 992-1003.

Foucault M. (2000) Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése. Corvina, Budapest

Freudenberger HJ. (1974) Staff burn out. J Soc Issues, 30 (1): 159-165.

Freudenberger HJ, North, G. (2008) Burn-out bei Frauen – Über das Gefühl des Ausgebranntseins. Fischer Verlag, Frankfurt

Geertz C. (1973) The interpretation of cultures. Basic, New York

Gennep A. van (1960) The rites of passage. Routledge & Kegan Paul Ltd., London

Gluckman M. (1963) Order and Rebellion in Tribal Africa. Free Press of Glencoe, New York

Goffman E. (1981) Szereptávolítás. In: A hétköznapi élet szociálpszichológiája. Gondolat, Budapest, pp. 9–103.

Grosz E. (1999) Bodies, cities. In: Price, J., Shieldrick, M. (szerk.), Feminist theory and the body. Routledge, London, New York

Grynaeus T. (1996) Isa por... A honfoglalás és Árpád-kori magyarság betegségei és gyógyításuk. Fekete Sas, Budapest

Grynaeus T. (2012) Gyógyító egyéniségek – a gyógyítóvá válás útjai. In: Lázár I, Pikó B (szerk.), Orvosi Antropológia. Medicina, Budapest, pp. 479-495.

Guthrie GM, Verstraete A, Deines MM. and Stern RM. (1975) Symptoms of stress in four societies. J Soc Psychol, 95: 165-72.

Haas J, Shaffir W. (1982) Ritual Evaluation of Competence: The Hidden Curriculum of Professionalization in an Innovative Medical School. Work and Occupations, 9(2): 131-154.

Hamvas Béla (2003) Püthagorasz. Kortárs, 47: 5–9.

Hegedűs K. (2006) A hospice ellátás elmélete. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet

Helman C. (1992) The Body of Frankenstein's Monster, W.W.Norton, New York

Helman CG. (2003) Kultúra, egészség és betegség. Medicina, Budapest

Hojat, M, Mangiona S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonella JS, Magee M. (2004) An empirical study of decline in empathy in medical school. Med Educ, 38: 934-941.

Hollós M. (1993) Bevezetés a kulturális antropológiába, ELTE BTK Tankönyvkiadó, Budapest

Horne DJ, Tiller JW, Eizenberg N, Tashevska M, Biddle N. (1990) Reactions of first year medical students to their initial encounter with a cadaver in the dissecting room. Acad Med, 65: 645-6.

Horváth P. (2004) Beavatás. In: Magyar Virtuális Enciklopédia. www.enc.hu

Huber S. (2003) The white coat ceremony: a contemporary medical ritual. J Med Ethics, 29(6): 364–366.

Irvine D. (1997) The performance of doctors. In: Professionalism and self regulation in a changing world. Brit Med J, 314, 1540–1542.

Johannessen H, Lázár I (szerk.) (2006): Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine. Berghahn, Oxford, New York

Kaczvinszky J. (1946, 2009) A hét beavatás. Hermit, Onga

Kapocsi E. (2005) orvostanhallgatók elképzelései az orvosi hivatásról. Előadás. NETT XIV. nagygyűlése, Szeged. A részletes elemzés kéziratban.

Kapocsi E. (2012) Az orvosi szerepmodellek jelentősége az orvostanhallgatók emberképében In: Lázár I, Pikó B (szerk.), Orvosi Antropológia. Medicina, Budapest, pp. 496-504.

Karpf A. (1988) Doctoring the Media. Routledge, London

Kellner D. (1995) Media Culture: Cultural Studies, Identity Politics Between the Modern and the Postmodern. Routledge, London

Kelly JD, Kaplan M. (1990) History, Stucture and Ritual. Annu Rev Anthropol, 19: 119-150.

Kerezsi Á. (1997) A szurguti osztjákok életmódja és hitvilága. In: Lázár K. szerk. Tanulmányok a szurguti osztják kultúráról. Néprajzi Múzeum, Budapest, pp. 13-58.

Kyriakidis E., ed. (2007). The archaeology of ritual. Cotsen Institute of Archaeology UCLA publications. University of California

Lad V. (1995) Ájurvéda: Az öngyógyítás tudománya. Édesvíz, Budapest

Laqueur T. (2002) Boys in White: Student Culture in Medical school. Brit Med J, 325: 721. (book review)

Lawson M. (2007) Metazin. http://www.metazin.hu/node/1031

Lázár I. (1994) Bölcsőínség. Élet és irodalom, 48: 7.

Lázár I. (2001a) Humán ökológia és orvosi antropológia. In: Kopp M, Buda B, Nagy E (szerk.), Magatartástudományok. Medicina, Budapest, pp. 315-372.

Lázár I. (2001b) Szociálpszichoimmunológia In: Kopp M, Buda B, Nagy E (szerk.), Magatartástudományok. Medicina, Budapest, pp. 227-266.

Lázár I. (2006) Táltos Healers, Neoshamans and Multiple Medical Realities in Postsocialist Hungary. In: Lázár I, Johannessen H (szerk.), Multiple Medical Realities. Berghahn, Oxford, New York, pp. 35-54.

Lázár I. (2007) Embodied and Displaced History: Spiritual Empowerment in Post-communist Hungary. In: Luse A, Lázár I (szerk.), Cosmologies of Suffering. Cambridge Scholar, Newcastle-upon-Tyne, pp. 129-158.

Lázár I. (2012a) A gyógyítóvá válás antropológiája. Bevezető. In: Lázár I, Pikó B (szerk.), Orvosi Antropológia. Medicina, Budapest, pp. 474-478.

Lázár I. (2012b) Az orvosi/antropológiai értelmezés logikái In: Lázár I, Pikó B (szerk.) Orvosi Antropológia. Medicina, Budapest, pp. 167-182.

Lázár I., Zsinkó-Szabó Z. (2013) Initiation and Death in Becomig a Doctor, Kaleidoscope Művelődés-, Tudomány-, és Orvostörténeti Folyóirat, 4(7): 74-84

Leach E. (1968) Ritual. In: Sills D (szerk.), International Encyclopaedia of the social Sciences. Macmillan, New York

Leach E. (1976) Culture and Communication. Cambridge Univerity Press

Lieblich A. (1998) Narrative research: reading, analysis and interpretation. Sage Publications, Thousand Oaks, California

Linton R. (1936) Study of man. D. Appleton-Century Company, New York

Linton R. (1997) Státus és szerep. In: Bohannan P, Glazer M (szerk.) Mérföldkövek a kulturális antropológiában. Panem, Budapest, pp. 267–283.

Loudon JB. (1966) Private stress and public ritual. J Psychosom Res, 10: 101-108.

Major J, Ress K, Hulesch B, Túry F. (2006) A kiégés jelensége az orvosi hivatásban. Lege Artis Med, 16 (4), 367–373.

Mauss M. (2004) Szociológia és antropológia. Osiris, Budapest

Mayer FK. (1988) Az orvostudomány története, Téka, Budapest

McElroy A, Townsend PK. (2008) Medical Anthropology in Ecological Perspective. Westview Press, Boulder, Colorado

Mead GH. (1934) Mind, Self and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist. University of Chicago Press

Merton RK, Reader GG, Kendall PL. (1957) The Student-Physician. Introductory Studies in the Sociology of Medical Education. Harvard University Press, Cambridge

Mishler EG. (1986) Research interviewing: Context and narrative. Harvard University Press, Cambridge

Molnár L, Zsinkó-Szabó Z. (1997a) A SOTE ösztöndíjas doktorandusz hallgatóinak motiváció-struktúráját felmérő kutatás eredményei és tanulságai. Végeken, 8(4): 33-36.

Molnár L, Zsinkó-Szabó Z. (1997b) A pályaút kezdete ösztöndíjas doktoranduszoknál. Orvosegyetem, 41(4): 6.

Molnár P, Csabai M, Csörsz I. (2003) Orvosi professzionalizáció és magatartástudomány. Magyar tudomány, 11: 1391–94.

Molnár R. (2013): Orvosi szociológia. Egyetemi jegyzet. Medicina, Budapest

Molnár R, Molnár P. (2002) Az orvosi pályaszocializáció. Lege Artis Med, 12 (4): 250-254.

Morris Ch. (1938) A jelelmélet megalapozása In: Horányi Ö, Szépe Gy (szerk.) (1975), A jel tudománya. Gondolat, Budapest, pp. 43-92.

Ness RC. (1982) Medical Anthropology in a Preclinical Curriculum. In: Chrisman NJ, Maretzki ThWD (szerk.), Clinically Applied Anthropology. Reidel Publ. Comp., Dordrecht, 35-61.

Netterstrom I, Kayser L. (2008) Learning to be a doctor while learning anatomy. Anat Sci Educ, 1 (4): 154–158.

Niemi PM. (1997) Medical students professional identity: self-reflection during the preclinical years. Med Educ, 31: 408-415.

Nnodim JO. (1996) Preclinical student reactions to dissection, death and dying. Clin Anat, 9: 175-182.

O'Connor MM. (1998) The role of the television drama ER in medical student life: Entertainment or socialization? J Amer Med Assoc, 280: 854-855.

Olesen VL, Whittaker E. (1968) The Silent Dialogue: A Study in the Social Psychology of Professional Socialization. Jossey-Bass, San Francisco, CA

Paice E, Heard S, Moss F. (2002) How important are role models in making good doctors? Brit Med J, 325: 707–710.

Pálos I. (1963) A hagyományos kínai orvoslás, Gondolat, Budapest

Papp Sz, Túry F. (2010) A pályakezdő orvosok jövőképe és egészségi állapota. Lege Artis Med, 20 (6-7): 423-429.

Parsons T. (1951) The Social System. Free Press, New York

Partridge Ch. (2002) The Re-Enchantment of the West: Volume 1 Alternative Spiritualities, Sacralization, Popular Culture and Occulture. T&T Clark International, London

Pikó B. (2006) Orvosi szociológia. Medicina, Budapest

Pikó B. (2012) Laikus egészség- és betegségkoncepciók orvosi antropológiája. In: Lázár I, Pikó B (szerk.) Orvosi Antropológia. Medicina, Budapest, pp. 135-143.

Polkinghorne DE. (1988) Publisher. State University of New York Press, Albany, New York

Schaufeli W, Martinez I, Pinto A, Salanova M, Bakker M. (2002) Burnout and engagement in university students. J Cross Cult Psychol, 33(5) 461-481.

Schmidbauer W. (1977) Die hilflosen Helfer. Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg

Selye J. (1976) Stressz distressz nélkül. Akadémiai Kiadó, Budapest

Selye, H. (1936) A syndrome produced by diverse noxous agents. Nature, 138: 32.

Shalev, A., Nathan, H. (1985) Medical students' stress reactions to dissection. Israel J Psychiatr Rel, 22: 121-133.

Silver HK, Glicken AD. (1982) Medical Student Abuse. J Amer Med Assoc, 263(4): 527-532.

Spike J. (2008) Television viewing and ethical reasoning: Why watching Scrubs does a better job than most bioethic classes. Am J Bioethics, 8(12): 11-13.

Stephen J, Fraser E, Marcia JE. (1992) Moratorium-achievement (Mama) cycles in lifespan identity development: value orientations and reasoning system correlates. J Adolescence, 15, 283-300.

Swick, H.M. (2006) Medical professionalism and the clinical anatomist. Clin Anat, 19 (5): 393-402.

Szabó I. (1994) Bevezetés a szociálpszichológiába. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest

Szántó Zs, Susánszky É (szerk.) (2002) Orvosi szociológia. Semmelweis, Budapest

Tatarkiewicz W. (2000) Az esztétika alapfogalmai. Kossuth, Budapest

Tjia J, Givens JL, Shea JA. (2005) Factors associated with undertreatment of medical student depression. J Am Coll Health, 53: 5.

Turcsányi M, Rigó A. (2006) Az orvostanhallgatók halálfélelme és ennek hatása az empátiára az orvosképzés során. Kharón Thanatológiai Szemle 10 (1-2): 23-69.

Túry F, Lázár I, Zsinkó-Szabó Z, Mezei Á. (2013) Az étel értéke az evészavarok hátterében. Spirituális szempontok. In: Ittzés G (szerk.), Cura Mentis – Salus Populi Mentálhigiéné a társadalom szolgálatában. Interdiszciplináris szakkönyvtár 9, SE Egészségügyi Közszolgálati Kar Mentálhigiéné Intézet, pp. 133-141.

Turner BS. (2011) Religion and modern society. Citizenship, secularization and the State. Cambridge University Press, Cambridge

Turner V. (1969) The Ritual Process. Gruyter, New York

Turner, V. (2002) A rituális folyamat. Osiris, Budapest

Turner VW. (1968) The Drums of affliction. Clarendon Press, Oxford

Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. (2001) Suicidal ideation among medical students and young physicians. J Affect Disorders, 64: 69-79.

Valente TW, Murphy S, Huang G, Gusek J, Greene J. and Beck V. (2007) Evaluating a minor storyline on ER about teen obesity, hypertension and 5 a day. J Health Commun, 12(6): 551-66.

Váradi T. (2004) Beavatás és megvilágosodás. Manifesztum 35.

Vargas LLosa M. (1979) A város és a kutyák. Szépirodalmi Könyvkiadó, Budapest

Whorf BL. (1956) Language, thought and reality, Cambridge

Wilkinson ME, Osborn AW. (1998) Teozófiai kifejezések egyszerű magyarázatai. Magyar Teozófiai Társulat

Wolf TM, Balson PM, Faucett JM, Randall HM. (1989) A retrospective study of attitude change during medical education. Med Educ, 23: 19-23.

Wong R, Saber S, Ma I, Roberts JM. (2009) Using television shows to teach communication skills in internal medicine residency. BMC Med Educ, 9:9.

World Health Organization (1946) Constitution of the World Health Organization. WHO

Wright S, Wong A, Newill C. (1997) The Impact of Role Models on medical Students. J Gen Intern Med, 12: 53–56.

www.norprov.org

Zana Á, Zsinkó-Szabó Z (2013) "Olykor úgy éreztem, én jobban értem még, mit akar a beteg mondani" Orvosi antropológia - orvostanhallgatók terepmunka-tapasztalatai. Lege Artis Med, 23 (7-8): 360-367.

Zana Á, Pilling J. (2012) Halálképek. In: Lázár I, Pikó B (szerk.) Orvosi Antropológia. Medicina, Budapest, pp. 148-156.

Zsinkó-Szabó Z. (2001) Hányszor születünk, hol a helyünk a társadalomban. Izraeli terepmunka-tapasztalatok. Szenvedélybetegségek, 9 (4): 280–285.

Zsinkó-Szabó Z. (2004) A gyermek helye a társadalmi értékrendben. (A biológiai- és társadalmi születés orvosi antropológiai szempontból). Szakdolgozat, ELTE TáTK, Kulturális Antropológia Szak

Zsinko-Szabo Z. (2004) ICBM Satellite Meeting in Budapest, Interrelations of psychiatry and anthropology, links between psychosocial transitions and identity formation, Budapest

Zsinko-Szabo Z. (2006) Global medical 'initiations' versus local medical 'exitiations' in Hungary, European Association of Social Anthropologists, 9th EASA Biennial Conference, Bristol, UK

Zsinko-Szabo Z. (2007) Medical initiation and stress - quality and quantity, 65th Annual Scientific Conference of the American Psychosomatic Society, Budapest

Zsinkó-Szabó Z. (2012) Beavatási jelenségek az orvossá válás során. In: Lázár I, Pikó B (szerk.), Orvosi Antropológia. Medicina, Budapest, pp. 505-516.

Zsinkó-Szabó Z. (2013) Medical rituals and media rituals, KOME − An International Journal of Pure Communication Inquiry, 1 (2): 64-80.

Zsinkó-Szabó Z., Lázár I. (2013) Cultural initiations of medical doctors. Collegium Antropol, 37 (4): 1047-1056.

Zsinkó-Szabó, Lázár, Túry (2012) A test gyarmatosítása – a civilizáció vadhajtásai. Lege Artis Med, 22 (03): 234-240.

10. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

1. Zsinkó-Szabó Z, Lázár I. (2013) Cultural initiation of medical doctors. Collegium Antropol, 37 (4): 1047-1056.
2. Lázár I, Zsinkó-Szabó Z. (2013) Initiation and Death in Becomig a Doctor [Beavatási jelenségek és a halál az orvossá válás során]. Kaleidoscope: Művelődés-, Tudomány-, és Orvostörténeti Folyóirat, 4 (7): 74-84.
3. Zana Á, Zsinkó-Szabó Z. (2013) "Olykor úgy éreztem, én jobban értem még, mit akar a beteg mondani"; Orvosi antropológia - orvostanhallgatók terepmunka-tapasztalatai. Lege Artis Med, 23 (7-8): 360-367.
4. Zsinkó-Szabó Z. (2013) Medical rituals and media rituals. KOME − An International Journal of Pure Communication Inquiry, 1 (2): 64-80.
5. Zsinkó-Szabó Z, Lázár I, Túry F. (2012) A test gyarmatosítása – a civilizáció vadhajtásai. Lege Artis Med, 22 (3): 234-240.
6. Zsinkó-Szabó Z. (2001) Hányszor születünk, hol a helyünk a társadalomban…: Izraeli terepmunka-tapasztalatok. Szenvedélybetegségek, 9 (4): 280–285.

Tankönyvfejezetek formájában:

7. Túry F, Lázár I, Zsinkó-Szabó Z, Mezei Á. (2013) Az étel értéke az evészavarok hátterében - spirituális szempontok. In: Ittzés G (szerk.), Cura Mentis – Salus Populi Mentálhigiéné a társadalom szolgálatában. Interdiszciplináris szakkönyvtár 9, SE Egészségügyi Közszolgálati Kar Mentálhigiéné Intézet, pp. 133-141.
8. Zsinkó-Szabó Z. (2012) Beavatási jelenségek az orvossá válás folyamán. In: Lázár I, Pikó B (szerk.) Orvosi Antropológia. Medicina, Budapest, pp. 505-516.

11. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Elsősorban témavezetőmnek Dr. Lázár Imrének és a Magatartástudományi Intézet vezetőjének, Dr. Túry Ferencnek kell köszönetet mondanom: a közös tudományos munkáink során tanultakért, a jelen disszertációt tekintve pedig sok éven át tartó türelmükért és lelkes támogatásukért.

Legnagyobb sajnálatomra személyesen nem tudom már megköszönni szakmai segítségét és lelki támogatását két kollégámnak, tanítómnak, „személyes gurumnak”: Dr. Kopp Máriának és Dr. Buda Bélának. Előbb távoztak el az élők sorából, mielőtt ez a tanulmány végleges formájában megszületett volna.

Végül, de nem utolsósorban köszönetet mondok minden kollégámnak, a családomnak és barátaimnak: bátorításukért, és főként azért, hogy elviseltek a kutatás elhúzódó évei alatt.

MELLÉKLETEK

1. melléklet: Kulturális alapfogalmak

Forrás: Hollós Marida (1993) Bevezetés a kulturális antropológiába

Etnocentrizmus és kulturális relativizmus:

Más kultúrákhoz való hozzáállás alapján két szemléletet különítenek el a kulturális antropológiában:

- **Etnocentrizmus:** Olyan hozzáállás más népekhez, kultúrákhoz, társadalmi csoportokhoz, amely szerint saját életmódunk erkölcsei, értékei, szokásai magasabbrendűek az övéiknél. A kulturális relativizmus ellentétpárja.
- **Kulturális relativizmus:** Az az elképzelés, mely szerint minden kultúra, minden életmód egyedi, koherens, összefüggő egységet alkot, mely saját terminusain keresztül értelmezhető és értelmezendő. Más népek viselkedését nem a saját társadalmi–kulturális rendszerünk szerint kell megítélni. A kulturális relativizmus szerint nem állítható fel rangsor az egyes kultúrák között.

Emic és Etic:

Az antropológiai kutatás két alapvető vizsgálati módja:

- **Emic (émikus) módszer:** az antropológiai kutatás egyik alapvető módszere, beállítottsága. Jellemzője, hogy az antropológus alkalmazásakor *belülről* éli meg az adott kultúra működését, mintegy magára öltve annak „kulturális szemüvegét”. A kultúra szereplőivel maximálisan empatizálva közelít a kutatáshoz. Ebből a szempontból szubjektívnek tekinthető vizsgálódási mód.
- **Etic (étikus) módszer:** Az emic módszer ellentétpárja, melynek alkalmazása során az antropológus *kívülről*, távolságtartással, mintegy „madártávlatból” szemléli a vizsgált kultúra felépítését, működését. Ezért ebből a szempontból objektívnek tekinthető.

Enkulturáció, akkulturáció, szubkultúra:

Kulturális csoportok és viselkedésmódjaik:

- **Enkulturáció:** felnőni valamely társadalomban, az adott társadalom 'kulturális szemüvegének' elsajátítása; a kulturális tudás átadása a következő generációnak.
- **Akkulturáció**: etnikai csoportok magukba olvasztják/elsajátítják a többségi társadalom kulturális mintáinak egy részét. Általánosabb értelemben azokat a társadalmi/kulturális változásokat értjük alatta, amelyek akkor történnek, amikor két kulturális hagyomány képviselői kapcsolatba kerülnek egymással.
- **Szubkultúra**: a kultúra valamely alcsoportja, mely valamely sajátosság/ok (um. foglalkozás, etnikai csoport, vallás, szexuális orientáció, sajátos életmód stb.) szerint szerveződik; számos saját fogalommal, szabályrendszerrel, belső szervezettel rendelkezik, melyek sok esetben eltérnek a szélesebb kultúra fenti jellemvonásaitól.

Terepmunka:

Antropológiai kutatás, melyen keresztül megfigyeljük egy közösség képviselőit és interjúkat készítünk velük, abból a célból, hogy lejegyezzük jelenlegi életmódjukat.

- **Technikái:** az alkalmazott eljárások a tereptől függően változatos repertoárt ölelnek fel: a megfigyelés különféle formái (közvetett, közvetlen, résztvevő, proxemikai), census készítés (számszerűsítés), különféle interjúk (genealógiai-, etnográfiai-, életút), rögzítéstechnika (vázlatok, térképek, fotó-, magnó-, videófelvétel), kérdőívek alkalmazása stb. Az antropológiai kutatás egészére érvényes, hogy képesek legyünk a két alapvető módszer ill. szemléletmód, az etic és az emic (étikus ill. émikus) megfelelő használatára.

2. melléklet: Az eredeti Hippokratészi eskü szövege

„Esküszöm a gyógyító Apollóra, Aszklépioszra és Hügieiára és Panakeiára és valamennyi istenre és istennőre, akiket ezennel tanukul hívok, hogy minden erőmmel és tehetségemmel megtartom következő kötelességeimet: tanáromat, akitől e tudományt tanultam, úgy fogom tisztelni, mint szüleimet, vagyonomat megosztom vele, s ha rászorul, tartozásomat lerovom; utódait testvéremnek tekintem, oktatom őket ebben a tudományban, ha erre szentelik magukat, mégpedig díjtalanul; továbbá az orvosi tudományt áthagyományozom fiaimra és mesterem fiaira és azokra, akik az orvosi esküt leteszik, másokra azonban nem. Tehetségemhez és tudásomhoz mérten fogom megszabni a betegek életmódját az ő javukra, és mindent elhárítok, ami ártana nekik. Senkinek sem adok halálos mérget, akkor sem, ha kérik, és erre vonatkozólag még tanácsot sem adok. Hasonlóképpen nem segítek hozzá egyetlen asszonyt sem magzata elhajtásához. Tisztán és szentül megőrzöm életemet és tudományomat. Sohasem fogok hólyagkövet operálni, hanem átengedem ezt azoknak, akiknek ez a mesterségük. Minden házba a beteg javára lépek be, s őrizkedni fogok minden szándékos károkozástól, különösen férfiak és nők szerelmi élvezetre használatától, akár szabadok, akár rabszolgák. Amit kezelés közben látok vagy hallok - akár kezelésen kívül is a társadalmi érintkezésben -, nem fogom kifecsegni, hanem titokként megőrzöm. Ha ezt az esküt megtartom és nem szegem meg, örvendhessek életem fogytáig tudományomnak, s az életnek, de ha esküszegő leszek, történjék ennek ellenkezője.”

3. melléklet: Az orvosi eskü szövege a Semmelweis Egyetemen

<u>Az I. évfolyamra beiratkozó hallgatók fogadalma:</u>
(A MAGYAR ÁLLAMPOLGÁROK FOGADALMÁNAK SZÖVEGE)

„Én ....., a Semmelweis Egyetem hallgatója ünnepélyesen fogadom, hogy hazámhoz, a Magyar Köztársasághoz, annak népéhez és alkotmányához mindenkor hû leszek. Az Egyetem és az általam választott Kar hagyományait, erkölcsi és szakmai tekintélyét elismerem, azokat tiszteletben tartom. Fogadom, hogy jövendő hivatásomhoz méltó magatartást tanúsítok, a reám vonatkozó jogszabályok és egyetemi szabályzatok rendelkezéseit megtartom, az egyetemi közéletben mindezekre figyelemmel, felelősségemet átérezve veszek részt. Embertársaim titkait, amelyek tanulmányaim folyamán tudomásomra jutnak, megőrzöm. Oktatóimmal, hallgatótársaimmal és mindazokkal, akikkel az Egyetemen kapcsolatba kerülök, a kölcsönös megbecsülés alapján együttműködöm, irántuk megértéssel és tisztelettel viseltetem. Hivatásomra kitartó szorgalommal, és embertársaim iránt érzett felelősséggel készülök. Lelkiismeretemre és becsületemre fogadom, hogy mindezeket megtartom.”

<u>A végzős hallgatók esküje:</u>
(A MAGYAR NYELVEN TANULÓ ORVOSJELÖLTEK ESKÜJE)

„Én ....., esküszöm, hogy orvosi hivatásomhoz mindenkor méltó magatartást tanúsítok. Orvosi tudásomat a betegségek megelőzésére, a betegek testi-lelki javára, betegségük gyógyítására fordítom. A hozzám fordulók bizalmával, kiszolgáltatott helyzetével visszaélni nem fogok, titkaikat fel nem fedem. Egyenlő figyelemmel és gondossággal gyógyítok minden embert. Tudásomat és gyakorlati ismereteimet állandó képzéssel magas szinten tartom, de ismereteim és képességeim korlátait is tudomásul veszem. Az orvosi működésemmel kapcsolatos etikai követelményeket tiszteletben tartom. Arra törekszem, hogy az orvostudomány, valamint a Semmelweis Egyetem jó hírnevét öregbítsem és megbecsüléséget előmozdítsam. Isten engem úgy segéljen.”

4. melléklet: A Magyar Orvosi Kamara által ajánlott eskü szövege

"Esküszöm, hogy orvosi hivatásomhoz mindenkor méltó magatartást tanúsítok. Legfőbb törvénynek tekintem a beteg testi-lelki gyógyítását, a betegségek megelőzését. Az emberi életet minden megkülönböztetés nélkül tisztelem. Orvosi tevékenységem soha nem irányul az emberi élet kioltására. A betegek emberi méltóságát és jogait tiszteletben tartom, bizalmukkal nem élek vissza és titkaikat haláluk után is megőrzöm. Tanítóimnak megadom a kellő tiszteletet, orvostársaimat megbecsülöm. A betegek érdekében ismereteimet, tudásomat folyamatosan gyarapítom. Minden erőmmel arra törekszem, hogy megőrizzem az orvosi hivatás tisztaságát, tekintélyét. Az... Egyetem hírnevét öregbítem, és megbecsülését előmozdítom."

5. melléklet: Az általános orvosi szakképzés leírása a hivatalos felsőoktatási honlapon

Forrás: felvi.hu

„Az általános orvosi szakképzés célja olyan általános orvosok képzése, akik a képzési idő alatt elsajátított ismeretanyag, szakmai készségek, orvosi szemlélet és magatartás alapján képesek részt venni az egészségügyi ellátásban, és orvosi tevékenységük folytatása során messzemenően figyelembe veszik a betegek eltérő sajátosságait, emberi méltóságát, jogait, ennek megfelelően döntenek, illetve cselekszenek, valamint megfelelő szakképzési program sikeres szakvizsgával dokumentált teljesítése után választott szakterületükön önálló szakorvosi munkát végeznek. A képzés alatt a hallgatók elsajátítják az egészség fogalmát és ennek kritériumait, az egyén és a társadalom egészségvédelmének és az egészség helyreállításának tudományos alapjait; az egészséges emberi szervezet működési mechanizmusait, az egészségre veszélyes ártalmakat és forrásokat, a gyakrabban előforduló betegségek okait, tüneteit. Megismerkednek a prevenció, a diagnosztika, a terápia és a rehabilitáció elméleti és gyakorlati alapjaival, az általános vizsgálathoz szükséges klinikai és műszeres vizsgálómódszerekkel, valamint e vizsgálómódszerek javallataival, ellenjavallataival és a vizsgálati eredményekből levonható következtetéseivel, diagnosztikai értékével. Felismerik a gyakori betegségeket, és a megállapított kórisme birtokában dönteni tudnak a sürgős intézkedésről vagy beavatkozásról; kellő jártassággal rendelkeznek az életmentésben; megfelelő ismerettel rendelkeznek a rehabilitáció lehetőségeiről és módszereiről.”

6. melléklet: A HuMánia hallgatók körében végzett kavalitatív felmérés a legmeghatározóbb beavatási eseményről

Hallg. azonosító:	Beavatási esemény	Elméleti képzés és vizsgák	Gyakorlatok	Közösségek	Szerepmodellek	Szimbólumok	Orvosi identitás és státusz	Egyéb
1.	Halott emberekkel való foglalkozás, boncolás.		X					
2.	Ápolástan gyakorlaton átvittek a pszichiátriára a zárt osztályra vizitelni.		X					
3.	Első anatómia gyakorlat.		X					
4.	A szemem láttára oldott meg egy komoly szülészeti komplikációt egy kezdő orvos. Örök emlék marad.				X			
5.	Az első nyári gyakorlat. Gyerek hematológián.		X					
6.	Belgyógyászat vizsga, miután kikérdeztem a beteget, az orvosnő sokáig beszélt velem: vizsgáztatott is, de inkább magyarázott a betegről, terápiáról, és tényleg éreztem, hogy abból a tankönyvanyagból, amit bemagoltam, majd tudás meg hozzáértés lehet.	X						
7.	Gólyatábor			X				
8.	Jelen voltam egy újraélesztésnél, belgyógyászati propedeutika gyakorlaton, véletlen folytán.		X					
9.	Felvételi, 3 szigorlat a 2. év végén.	X						
10.	Külföldi ösztöndíjas gyakorlaton a vezető idegsebész hozzáállása a munkájához, a betegekhez.				X			
11.	Megvilágosodás az egész egyetem.							X
12.	Nyári ápolástan gyakorlaton, ahol asszisztálhattam, ambuláns rendelésen vehettem részt, vért vehettem, kötözhettem stb.		X					
13.	Amikor bejártam belgyógyászat gyakorlatra, és rájöttem, hogy kamu az egész.		X					
14.	1. belgyógyászat gyakorlat.		X					
15.	Az első jól sikerült vizsgám.	X						
16.	Az, amikor először azt tapasztaltam, hogy nem az orvosin tanuló ill. azt elvégzett embereken kívül mások nem értik, amit beszélek („orvosi nyelven”).						X	
17.	Első belgyógyászat gyakorlat.		X					
18.	Első vérvétel.		X					
19.	Nyári gyakorlat az onkológián, ahol elsőként kerültem kapcsolatba egy komplett kórházi személyzettel.		X					
20.	TDK konferencia	X						
21.	Amikor az ápolástan gyakorlat első napján kaptunk fehér köpenyt.					X		
22.	Gólyatáborban			X				
23.	Sikerültek a második év végén a szigorlatok.	X						
24.	Nyári ápolástan gyakorlat.		X					
25.	Megbuktam kórélettanból.	X						
26.	Első anatómia gyakorlat.		X					
27.	Az első belgyógyászat gyakorlat.		X					

Hallg. azonosító:	Beavatási esemény	Elméleti képzés és vizsgák	Gyakorlatok	Közösségek	Szerepmodellek	Szimbólumok	Orvosi identitás és státusz	Egyéb
28.	Nem tudnám konkrétan egy eseményhez kötni, de a klinikai munka során olyan kapcsolatom lett az orvossal, ami meghatározza a pályához való hozzáállásomat.				X			
29.	Első betegvizsgálat.		X					
30.	Közös beiratkozás.			X				
31.	Nyári gyakoralat.		X					
32.	Fehér köpeny használata a klinika területén, betegek között, a felelősség tudatával.					X		
33.	3. év végén a kórélettan, mikrobiológia és patológia szigorlatokat tartalmazó vizsgaidőszak.	X						
34.	Nagyapámmal (háziorvos) kimentünk egy haldokló beteghez.		X					
35.	Az első közös buli a csoporttársaimmal.			X				
36.	Első vizsgaidőszak.	X						
37.	Nincs konkrét esemény.							X
38.	Az első UV.	X						
39.	Kollégiumi beköltözés.			X				
40.	Első belgyógyászat gyakorlat, amikor fonendoszkóppal a nyakamban, fehér köpenyben kellett betegekkel találkoznom.					X		
41.	Nyári gyakorlat.		X					
42.	Nincs konkrét esemény. Folyamatosan, egyre erőteljesebben érzem a beavatást.							X
43.								X
44.	Az, amikor személyes ismerősömnek egy nagyon komoly szakmai kérdésben kellett felelősségteljes, használható választ adnom meglehetősen feszült körülmények között.						X	
45.	Amikor visszamentem a gimnáziumba meglátogatni a tanáraimat hihetetlen tisztelettel és elismeréssel beszéltek az én tanulmányaimról, rólam (a többiekhez képest).						X	
46.	Amikor az első olyan beteggel találkoztam (valamilyen szinten felelősként), akin nem tudtam segíteni.		X					
47.	Előadás TDK konferencián. Először éreztem, hogy igazán érdekli a nagyon tisztelt „oktatóságot” a mondanivalóm.	X						
48.	Az ápolástan gyakorlat egy gyerekosztályon első év utáni nyáron.		X					
49.	Nincs.							X
50.	Az ünnepélyes tanévnyitón az eskünk elmondása.					X		
51.	3-adév nyári gyakorlaton a fertőző osztályon az AIDS-es betegekkel találkozva.		X					
52.	Traumatológiai nyári gyakorlat (1 hónap).		X					
53.	Belgyógyászat gyakorlat alatt a vezető orvosom azt mondta egy beteg előtt, hogy a kollégával (én) beszélje meg a további teendőket, és kérte, hogy írjam meg a záróját.						X	
54.	Humániás téli tábor.			X				

Hallg. azonosító:	Beavatási esemény	Elméleti képzés és vizsgák	Gyakorlatok	Közösségek	Szerepmodellek	Szimbólumok	Orvosi identitás és státusz	Egyéb
55.	Segédápoló munka.		X					
56.	„Kiavatás”: első belgyógyászat és neurológia gyakorlat.		X					
57.	Nyári ápolástan gyakorlat (szülészet).		X					
58.	Humánia csoportépítő tábor a tutoroknak.			X				
59.	Gólyatábor, konkrét beavatási szertartás is történt egy épület tetején.			X				
60.	Kommunikáció terepgyakorlaton egy 70 éves professzor ahogy viszonyult a betegekhez és a kollégáihoz és hozzánk, az ilyen élmény volt.				X			
61.	Az első kórházi gyakorlati hét ill. hetek, „kiavatás”, kiábrándító volt.		X					
62.	V. első félévben a Gyermekgyógyászat gyakorlatvezetőm szemlélete mind beteg kikérdezés, mind gyakorlati oktatás szempontjából.				X			

7. melléklet: A csoport interjúk vázlata

A kutatás, melyhez részvételüket kérjük, az orvossá válás során általuk megtapasztalt beavatási rítusként értelmezhető jelenségek tanulmányozását tűzi ki célul.

– Hogy mit is értünk antropológiai értelemben beavatáson (egyfajta ajánlás)

– „Beavatás elsősorban a vallásetnológiában használt fogalom, amelynek lényegi tartalma, valamely egyénnek vagy közösségnek a számára adott vallási kultúra, tanítás és vallásgyakorlat világába való bevezetése. Általánosnak mondható emberi gyakorlat szerint az ilyen beavatás a közösség hitével való megismerkedés tanulási folyamatát, a testi felkészülés és alkalmasság előzményeit feltételezi, és ünnepélyes, szertartási körülmények között, a hívő közösség részvételével történik. A beavatás eredményeképpen a beavatandó a szakrális közösség teljes jogú tagjává, egy vallási valóság részesévé válik (ezáltal a közösséget oltalmazó istenek gyermekévé is).” (Horváth 2004)

– Az antropológiában manapság szakmai közhelynek számít az a megközelítés, miszerint korunk szekularizált embere számára a tudomány testesíti meg a vallást. Ennek megfelelően a biomedicina, más néven tudományos orvoslás az az eszmerendszer, melynek intézményei és „papjai” az „egészségvallás” (Lawson 2007) elkötelezett hívei, akik a betegség „démonait” hivatottak kiűzni a megbetegedettekből szakmai tudásuk, diagnosztikai és terápiás eszköztáruk segítségével.