

A NYÍLT ÉS REJTETT CURRICULUM HATÁSAI AZ ORVOSKÉPZÉSRE

TARI GERGELY – OBÁL ANNABELLA

HIVATÁSETIKAI RENDSZERVÁLTÁS: ÁTMENET A TRADICIONÁLIS ORVOSI ETIKÁBÓL A BIOETIKÁBA

Az orvosi hivatás etikai dimenziója legalább olyan jelentős átalakuláson ment keresztül az elmúlt 50 évben, mint a medicina technológiai háttere. Az új és ígéretes diagnosztikai és terápiás eszközök alapjaiban véve rengették meg a professzió és a professzióra nevelés morális sarokköveit. A szakmaetikai kérdések gyarapodása, a hivatás alapértékeinek és princípiumainak transzformációja az egészségügyi dolgozókat és az őket képző szakembereket a mai napig kihívások elé állítja. Elegendő csak számba vennünk a klinikai rutinból önkényesen kiragadott kérdéseket, melyekkel a dolgozók szakirányuktól függetlenül nap mint nap szembesülnek. Melyek a korlátozottan hozzáférhető beavatkozások kapcsán kialakult várólisták felállításának etikailag elfogadható szempontjai? Milyen esetekben és kinek a joga kezdeményezni egy még aktív életvégi ellátásban részesülő páciens komfortcsillapításra koncentrált, kezeléskorlátozó döntéseit? Elmondjuk-e a rossz prognózisú betegeknek a betegség lefolyásának részleteit, ha ezen információ adott esetben ronthatja annak mentális stabilitását? Mit tegyünk akkor, ha az előző példában szereplő „kényes” információ elhallgatását a beteg legközelebbi hozzátartozója kéri, aki ellátóinál sokkal mélyebben ismeri eme ’képzelt beteget’?

A példákban szereplő kérdések megválaszolására két egymásnak gyökeresen ellentmondó narratíva kínálkozik, ezek közül azonban csak egy van összhangban a hivatásetika hazai és nemzetközi axiomatikus szabályaival. A tradicionális orvosi etikai megközelítés szerint az egészségügyi dolgozók és az ellátottak közötti viszony normatív alapjait az ártalomcsökkentés („*primum non nocere*”) és a jótékonyosság parancsai tették meg. E két, már a Hippokratészi esküben is felsejlő erkölcsi norma betartása kivételektől függetlenül kívánatos volt, azaz a hivatásetikai paradigmák univerzalisztikus módon, jól azonosítható deontológiai keretbe ágyazottan orientáltak a 20. század előtti orvosokat. Nem véletlen, hogy az első írásos szakmaetikai kódexként számon tartott szövegben Hippokratész *expressis verbis* tiltotta a sebészeti intervenciókat, valamint az eutanázia és abortusz gyakorlatát is, hiszen ezek nyílt károkozásnak számítottak.

Az orvosi deontológiában fordulatot a Thomas L. Beauchamp és James F. Childress által kidolgozott bioetikai szemléletmód hozott, amely azon túl, hogy az etikai alapelvek tartalmi átalakulását kezdeményezte, áttételesen egy intenzíven fejlődő, multidiszciplináris tudományt is létrehozott, amely jótékony inklúziójával szakmai párbeszédet gerjesztett az egészségügyi dolgozók és a társszakmák képviselői (filozófia, teológia, pszichológia, szociológia, jogtudomány, ápolástudomány, stb.) között.¹ A szerzőpáros hatását nehéz lenne túlértékelni, hiszen Beauchamp és Childress metodológiai értelemben véve is rendszerváltozást hoztak; az általuk leírt princípiumok a klasszikus értelemben vett deontológiával és az utilitarianizmussal egyaránt opponáló William David Ross *prima facie* kötelességetikájával rokoníthatók.² A szerzők tehát univerzalisztikus érvényű, abszolút igazságok helyett folyamatosan szem előtt tartandó, de egymással potenciálisan konfliktusba kerülő erkölcsi normákat deklaráltak. A négy bioetikai alapelv egyszerre értelmezendő elméletként és alkalmazott etikai praxisként. Utóbbi megközelítésben ez a *morális quadriga* erkölcsi mérlegelési eszközként funkcionál, ezáltal az egészségügyi dolgozótól intellektuális és emocionális értelemben véve is nagyobb tudatosságot követel, mint a korábbi abszolutisztikus szabályok követése. A bioetikai paradigmák érájában szocializálódó egészségügyi dolgozók megfelelő mélységű erkölcsi érzékenyítése elengedhetetlen, tudniillik az etikai minőségű dilemmák feloldására nincs olyan sematikus modell, ami minden helyzetre adekvát választ adhatna. A graduális és posztgraduális orvosi etika oktatás hatékonyságának monitorozása, és szükség esetén annak finomhangolása megítélésünk szerint napjainkban egy különösen fontos felsőoktatási feladatnak számít.

Bár a Childress és Beauchamp által kidolgozott alapelvek (jótékonyosság, ne árts, disztributív igazságosság, autonómia tisztelete) egyenértékűek, a modern egészségügyi rendszerek cementjét mégis a beteg önrendelkezési szabadsága adja. Az angolszász hagyományoknak megfelelően az orvosoktól elvárt *de jure* és *de facto* felelősség szervezőlve az autonómiára épülő tájékozott beleegyezés (*informed consent*) doktrínája. A fogalom azt a magyar egészségügyi törvény által is rögzített kötelességet írja le, mely szerint egy cselekvőképese betegnek bármely diagnosztikus, vagy terápiás célú beavatkozás előtt joga van érthető nyelvezetű és objektív orvosi tájékoztatást kapni, majd ezt mérlegelve hozzájárulását adhatja vagy megtagadhatja a szóban forgó intervenciót.

Az eddig felvázolt rövid etikátörténeti kitekintés komoly elméleti és gyakorlati jelentőséggel bír az orvos kötelességeire és felelősségére nézve, hiszen az 1970-es évek bioetikai paradigmaváltása óta nemzetközi és hazai

¹ Kovács J.: *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába.* Medicina, Budapest, 2006. 15.

² Ibid. 107.

szinten is az őszinte és kétirányú kommunikációra építő, partneri kapcsolat vált az etikailag és jogilag normalizált praxissá. Az orvosi hivatás szállóigéjeként elhíresült „*salus aegroti lex esto*” normája természetesen ma is érvényes, ám a beteg *érdekének* jelentéstartománya Hippokratész megközelítésében szigorúan csak orvosi értelmű volt, azaz az egészségnek, a kiesett funkcióknak a helyreállítására korlátozódott.

A 20. század második felétől az egészségügyi dolgozók erkölcsi felelőssége elsődlegesen az egyénre szabott betegtájékoztatásra szorítkozik. A beteg *orvosi érdekeinek* helyét egy bonyolult mátrix vette át, amelyben a korábbiak mellett egyenrangú helyet kapnak az ellátottak ún. *személyes érdekei* is, melyek bizonyos esetekben az orvos által javasolt kezelések elutasítását vonhatják maguk után. Ennek megfelelően az orvosnak empátiával, megértő türelemmel kell viszonyulnia az olyan kezeléselutasító döntésekhez, melyek a beteg állapotromlását okozzák, netán felgyorsítják a személy haldoklási folyamatát. Az információáramlást akadályozó, hierarchizáló, a beteg személyes érdekeit alulreprezentáló orvosi gyakorlatot az összes orvosszakmai etikai kollégium elavult és káros gyakorlatnak tartja, ami bizonyos esetekben (pl. *intrapartum* szülészeti ellátás) betegbiztonsági kockázatot is jelenthet.³ Mindent összevetve elmondható, hogy az utóbbi évtizedekben az orvosi felelősség tárgykörének esszenciális elemévé vált a közös döntéshozatal (*shared decision making*), avagy az ellátott aktív bevonása az őt érintő kezelési döntésekbe.

A következőkben megkíséreljük összefoglalni, hogy az orvoscépzésben milyen státusza, és milyen fejlődési lehetőségei vannak a partneri orvos-beteg kapcsolat etikai dimenzióit feltáró oktatásnak, melyet az orvostanhallgatók professzióra nevelésének megkerülhetetlen elemének tartunk. Határozottan amellet érvelünk, hogy a képzés tartalmi és metodológiai finomhangolásra szorul, melynek részeként a társszakmák (orvosi pszichológia, orvosi szociológia) kutatási eredményeire építő reformokra van szükség.

A NYÍLT ÉS REJTETT CURRICULUM KÖZÖTTI FESZÜLTÉG HIVATÁSETIKAI VONATKOZÁSAI

Fordítsuk figyelmünket az orvoscépzésben tevékenykedő kollégák nézőpontja felé, akiknek amellet, hogy az ápolás- és orvostanhallgatók rendszeresen nekszegeznek a fenti dilemmákat, további szakmai viszontagságokkal is együtt kell élniük. A tömeges orvoscépzés sok esetben ugyanis nem teszi lehetővé, hogy a hallgatók egy szakmai felkészültségét, pszichológiai és erkölcsi

³ WHO: *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. Geneva, World Health Organization, 2018.

minőségét tekintve is ideálisnak mondható szerepmodelltől sajátítsák el a hivatás kognitív és magatartásbéli elemeit. Pályaszocializációjuknak, erkölcsi nevelésüknek legalább két egymással folytonosan kölcsönhatásban lévő, kompetitívnek is mondható szintjét ismerjük. Nagyjából ötven évvel ezelőtt írták le először a tantermi és a klinikai értékhierarchia közötti feszültséget, amely az orvosok és medikusok, valamint az orvosképzésben részt vevő kollégák számára egyaránt *kognitív disszonanciát* okoz. E fogalom megalkotója, a szociálpszichológus Leon Festinger mutatott rá elsőként arra a komplex helyzetre, amikor az egymásnak ellentmondó, összesűrűlő kognícióink (ismeretek, hiedelmek, stb.) szorongást idéznek elő, amelyet különféle módon próbálunk mérsékelni.⁴ Tapasztalataink szerint hallgatóink jelentős része kisebb-nagyobb mértékben szembesül a diszharmóniával, amely a morális felelősség tárgykörének tantermi körülmények között deklarált (nyílt curriculum) és a klinikumban megfigyelhető gyakorlati között áll. A szinkronizációs hibából fakadó feszültség mérséklése oktatói kötelességünk.

Elsőként vizsgáljuk meg a hallgatók perspektívájából, hogy mi generálja és milyen következményekkel jár az erkölcsi felelősségre nézve a *rejtett curriculum*-nak nevezett jelenségből eredő ellentmondásosság. Ez az igen sokrétű fogalom a képzésben hivatalosan számonkért, kodifikált szakmai-etikai normák és az egészségügyi dolgozók magatartásából átsejlő morális különbségek hallgatókra gyakorolt torzító hatásait írja körül. A képzés során jelen vannak a hivatás-etika nyíltan képviselt humanisztikus értékei: az élet feltétlen tisztelete, az egészség alapértéke, az életminőség megőrzése, az emberi méltóság eszménye, a beteg autonómiájának elfogadása, altruizmus, stb. A magatartástudományi alapismeretek, köztük a hivatás sajátos erkölcsi kérdéseit tantermi keretek közvetítő orvosi etikai kurzusok paradigmái transzparensen megjelennek az intézmények képzési és kimeneti követelményei (KKK) között is. A 18/2016 (VIII. 5.) EMMI rendelet értelmében a felsőoktatási képzésekkel megszerezhető speciális szakmai kompetenciákat átláthatóan, három fő kategória szerint osztályozva kell megadni. Eszerint az orvosi egyetem elvégzésével az orvos tudása, képességei, attitűdje, valamint autonómiája és felelőssége is mindenki számára hozzáférhető, azaz létezik a leendő orvos szaktudását kodifikáló gyűjtemény, amely egyértelműsíti, hogy mit várhatunk el egy általános orvosi diplomával rendelkező szakembertől. A Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának KKK-ja több ízben kitér az orvos erkölcsi felelősségére. „Ismeri az orvosi tevékenység legfontosabb etikai vonatkozásait és jogi szakkérdéseit, [...] [k]épes a tájékoztatásra és tanácsadásra, a beteg pszichés támogatására, [...] [é]rzelmi intelligenciával, empátiával és hatékonyan

⁴ Thorne B. M és Henley T. B. (Szerk. Fehér I.): *A pszichológia története. Kapcsolatok és összefüggések*. Glória, Budapest, 2000. 579.

kommunikál, [...] [e]tikusan és jogszerűen jár el orvosi helyzetekben, a személyes és orvosi adatokat bizalmasan, titoktartással kezeli.”⁵ Az orvosi pályaszocializációról szóló nemzetközi szakirodalom írott és íratlan szabályai-val messzemenőleg megegyező iránymutatás mellett azonban számolnunk kell a fent szereplő univerzalisztikus értékeket gyengítő, olykor teljességgel felszámoló folyamattal is, amelyet az angolszász szakirodalom az erények legyőzéseként (*vanquishing of virtue*) címkéz.⁶ Kultúrától, nyelvterülettől, gazdasági mutatóktól függetlenül felütötte a fejét az orvostudományban megszilárdulni látszó, az erkölcsi normákkal és etikai princípiumokkal összefüggő dichotómia, melynek két pólusa tartalmát és erősségét tekintve is egészen eltérő üzeneteket közvetít a orvosok részére.

A Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Karán (SZAOK) a 12 félév alatt a hallgatóknak 360 kreditet kell összegyűjteniük az orvosi diploma megszerzéséhez.⁷ A hat éves képzésben ugyanakkor kizárólag egyetlen kötelező orvosi etika kurzus szerepel, amelynek előadás és gyakorlat párján 27 kontakt órából gazdálkodva kell feltárjuk számukra az orvosi hivatás inherens erkölcsi természetét. Bár az alapozó és előkészítő klinikai ismeretekre (preklinikum) épülő, és a képzés klinikai szakaszában megszerezhető kreditek kiegyensúlyozott arányban állnak egymással, hallgatóink azonban gyakran kifejezik az orvosi etikai témákat bemutató, érzékenyítő képzések tárgyfejlesztésére vonatkozó igényüket. Ezzel összefüggésben érdemesnek tartom a Harvardon végzett híres sebész és best-seller publicistának, Atul Gawande-nak sorait idézni:

„Sok mindenről tanultam az orvosi egyetemen, de a halandóságról nem. Az első évben kaptam ugyan egy összeaszott holttestet, hogy boncoljam fel, ezzel azonban csupán az ember anatómiáját oktatták. A tankönyveinkben szinte semmi sem volt az öregedésről, az élet mulandóságáról vagy a haldoklásról. Az, hogy miként éli meg az ember életének végét, miként hat mindez a környezetre, mintha nem is számított volna. Szerintünk és tanáraink szerint az orvostudomány célja annak megtanítása volt, hogyan mentsük meg mások életét, nem pedig azé, hogy *hogyan lássuk* (kiemelés tőlem) annak elvesztését.”⁸

⁵ PTE: *Képzési és kimeneti követelmények – Általános orvosi osztatlan szak.* 2-3. o. Letöltés ideje: 2022. 11. 03. https://aok.pte.hu/docs/th/file/2018-2019/KKK_HUN_AOSZ_2016KKK.pdf

⁶ Coulehan J. és Williams P. C.: *Vanquishing virtue: the impact of medical education.* Academic Medicine. 76(6), 2001. 598-605.

⁷ A kötelező magatartástudományi és ennek szerves részét képező hivatásetikai tantárgyak (orvosi etika, orvosi antropológia, orvosi pszichológia, orvos-beteg kommunikáció) mindössze 14 kreditet tesznek ki, amely a képzés egészének 3%-a (!).

⁸ Gawande, A.: *Mert egyszer meghalunk. Az orvostudomány, és ami a végén számít.* Tericum, Budapest, 2015. 9.

Az ápolás-és orvosképzésben résztvevő oktatókként első személyű tapasztalatunk van a hallgatók etikai és pszichológiai érzékenyítésében és ismerjük azt a kihívást is, amelyre Gawande rámutat. Ugyan a kurrikulumban természetesen helye van thanatológiai megfontolásoknak, és tantárgyunk kaleidoszkópszerűen integrálja a haldokló beteg gondozásában résztvevő társszakmák szociológiai, etikai és pszichológiai perspektíváit is, ám a szerző által feltárt „igazsághoz” nem férhet kétség: *a leendő orvosgenerációk erkölcsi érzékenyítésének dedikált idő-és kreditarány messze elmarad a szükséges mennyiségtől, az sok esetben nem tudja ellensúlyozni a klinikai képet uraló paternalisztikus sajátosságokat.* Sally C. Mahood, kanadai családorvos összefoglalása pontos képet fest a *rejtett curriculum* hatásmechanizmusáról:

„Ahogy a hallgatók a graduális képzésből továbbhaladnak a posztgraduális orvosi képzésbe, nem minden változás pozitív. A hallgatók nyitottsága zárkózottságba fordul; intellektuális kíváncsiságuk a tényekre fókuszálódik; empátiából érzelmi eltávolodás; idealizmusból cinizmus; és az udvariasságból és törődésből gyakorta arrogancia és ingerlékenység lesz.”⁹

Mi is hát az oktatói felelősségünk abban a rendszerben, melyben számolnunk kell a klinikai gyakorlatot uraló szokásjog, az etikailag megkérdőjelezhető magatartásmintázatok hallgatóinkat eltévelyítő hatásával? A mai napig érvényes az orvosi humaniorák oktatásában nagy tapasztalattal rendelkező Bánfalvi Attila intelme, amit a *rejtett curriculum* sajátosságairól az ezredforduló elején publikált, tudniillik hogy „a képzéssel foglalkozóknak kevésbé arra kell koncentrálni, hogy mit tanítanak az orvosi fakultáson, sokkal inkább arra, hogy *mit tanulnak meg* (kiemelés tőlem) a hallgatók.”¹⁰

AZ OKTATÓK ERKÖLCSI FELELŐSSÉGE: A REJTETT CURRICULUM HATÁSAINAK MEGÉRTÉSE ÉS MÉRSÉKLÉSE

A nyílt és rejtett curriculum között feszülő diszkrepancia mérséklésére számos lehetőség kínálkozik. Meglátásom szerint az egyik legfontosabb eszköz nem más, mint amit Daniel Sokol is hangsúlyoz a *British Medical Journal*-ben megjelent *When is the best time to teach medical ethics?* című véleménycikkében. A szerzővel egyetértésben én is úgy gondolom, az orvosképzésben résztvevők felelőssége, hogy hallgatóik már az egyetem kezdetén megértsék, hogy az általuk választott hivatásnak elengedhetetlen része egy értő és kritikus morális nézőpont kiművelése. A probléma elsődlegesen az etikai vonatkozású

⁹ Mahood S. C.: *Medical education: Beware the hidden curriculum.* Canadian Family Physician. 57(9), 2011. 983-985.

¹⁰ Bánfalvi A.: *Az orvostanhallgató fehér köpenye és a rejtett curriculum.* LAM. 13(1), 2003. 74.

tantárgyak időzítésével van, hiszen a legtöbb képzési intézményben az első két évbe, de mindenképp a preklinikai modulba sűrűsödnek a hivatásetikai kurzusok, amikor elhanyagolható a medikusok klinikai jelenléte.¹¹

Mindezt felismerve a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézetében mi is kezdeményeztük az orvosi etika tantárgy kurikulum-reformját. 2020-ig bezárólag a kurzus harmadéves hallgatók számára volt kötelező, amely egy igazán megterhelő, vízváltató preklinikai évnak számít, sok nehéz tantárgy szigorlatával tarkítva. Ebből fakadóan komoly lépéshátrányban voltunk, hiszen egyrészt a hallgatók óhatatlanul rákényszerültek a tananyagok súlyozására, azaz hamarabb elismerték azokat, amelyekből számonkérés volt kilátásban, másrészt a klinikai tapasztalatuk hiányában tartalmi szempontból is diszkreditálták a kurzust. *Felismertük, hogy az oktatási célunkhoz, azaz egy attitűdjét, értékészletét tekintve az írott erkölcsi normáknak megfelelni képes orvostanhallgató és majdani orvos szocializációjához óhatatlanul szükséges a kollégáink által közvetített tananyag klinikai megfigyelése is.*

2022-ben az intézetünkben zajló orvosi etika oktatás immár a negyedéves medikusok részére volt kötelező, így a klinikai gyakorlattal (szülészeti-nőgyógyászat, belgyógyászat, sebészet) párhuzamosan, sokkal hatékonyabban tudjuk végezni a munkánkat. A tárgy újrapozicionálásának köszönhetően még élesebben láthattuk, hogy oktatóként miben is áll a morális felelősségünk. Ennek kifejtéséhez egy félévközi házidolgozathoz származó esetbemutatót szeretnék felhasználni, amelyet hallgatónk egy magyarországi kórház szülészeti-nőgyógyászati osztályán gyűjtött.

„A kedd reggeli referáláson vezették fel az aznapi műtéti programban azt az 50 év körüli nőt, akinek [...] a diskurzus alatt végig a keresztnevét használták [...], ebből a gesztusból egyértelmű volt, hogy a kórház dolgozójáról lehet szó, akit mindenki ismer. Vizit után a műtőbe menet az Osztályvezető Főorvos megállított minket évfolyamtársaimmal, a következő indokkal: *„Az első páciens egy kedves kolléganőnk, az intím szituációra való tekintettel arra a műtőre ne menjetek be!”* A helyzetet még érdekesebbé tette, hogy 10 perc elteltével megjelent a minket kereső szakorvos, akinek a feladatai között volt az operáció elvégzése, és értetlenkedve kérdezte, hogy miért nem vagyunk még beöltözve. Amikor közöltük vele, hogy mit mondott nekünk a Főorvos, legyintett egyet: *„Ez csak addig kényes kérdés, amíg a beteg ébren van! Már biztosan elaltatták, nyugodtan gyertek be! Otthon úgysem láttok ilyen beavatkozást, most kell kihasználni az alkalmat, hogy tanuljatok!”*

¹¹ Sokol D.: *When is the best time to teach medical ethics?* British Medical Journal. 376: 0504, 2022.

Az eseteleírás nem egyedi, számos hasonló konfliktusos helyzetről van tudomásunk, amelyek közös törőől fakadnak: a hallgató valamilyen kognitív és érzelmi disszonanciát tapasztal a tantermi oktatásból a klinikai képzésbe átlépve, amelynek eredője hogy olyan helyzetben kell részt vennie vagy közvetlenül megfigyelnie, amelyről egyértelműen tudja, hogy morálisan szembe megy a professzió alapértékeivel és princípiumaival. Az imént körvonalazott jelenség, azaz a morális distressz (moral distress, MD) egy régóta létező, nemzetközileg dokumentált, ugyanakkor sajnálatos módon meglehetősen alulkutatott területe az orvosképzésnek. A MD fajsúlyát érzékelteti, hogy egyes szerzők egyenesen „csendes járványként” utalnak a hallgatók és egészségügyi dolgozók kitettségére.¹²

A *rejtett curriculum* következményeként kialakuló MD megelőzése egy komplex, multidiszciplináris feladat, amelynek sikere a pszichológiai, etikai, szociológiai és oktatásszervezési feladatok szinergiáján múlik. Bár a jelenség eredete jól azonosíthatóan filozófiai és etikai természetű, azonban a kritikai reflexiók hiányosak, intervenciózus törekvéseink szakmailag megkérdőjelezhetők maradnak, amennyiben elszigetelődünk a társszaktmák által jegyzett társadalom-és természettudományos eredményektől. Nánay Bence 2011-ben megjelent vitaindító közleményében amellet érvelt, hogy a filozófia *diszciplináris krízishelyzetben* van, szükségszerű a társszaktmák, elsősorban az élet-és természettudományok komolyanvétele és a filozófia megújulása, *elméleti természettudományként* való megragadása.¹³ A MD jellegzetességeinek feltárására nézve az etikai reflexió tekintetében Nánay megállapítása különösen érvényes.

A jelenleg elfogadott narratíva szerint a morális distressz kialakulását a Lalit K. Radha Krishna által kidolgozott *Ring Theory of Personhood* (RToP) elnevezésű lencsén keresztül modellezhetjük. E személyiségpszichológiai elmélet szerint jellemünket négy, gyűrűszerűen egymásra épülő lélektani komponens határozza meg. Ennek magját az *Velünk született* jellemzőink (*innate ring*) adják, a genetikai predispozícióinkat és a jellemfejlődésünket szocio-demográfiailag és történetileg befolyásoló tényezőket is beleértve. Erre épül az *Individuális gyűrű* (*individual ring*), amely magában foglalja az egyén által interiorizált értékeknek megfelelő tudatos működéseinket, mint a gondolkodásra és az érzelmek átélésére való képességeket, a személyközi kommunikációt és a természethez való viszonyulásunkat. A harmadik réteg a *Kapcsolati gyűrű* (*relational ring*), ami a személy számára fontos, szoros érzelmi kötélléssel bíró emberekkel (családtagok, közeli barátok) való összeköttetést takarja.

¹² Berger J. T.: *Moral distress in medical education and training*. Journal of General Internal Medicine. 29(2), 2014. 395-398.

¹³ Nánay B.: Filozófia és tudományok: Vitaindító. *Magyar Tudomány*. 12, 2011. 1493.

Az RToP negyedik, azaz utolsó komponense a *Társadalmi gyűrű* (*societal ring*), amely az egyéntől távolabb álló személyekkel (pl. kollégák, ismerősök) történő érintkezéseket és az egyén külső, társadalmi, vallási, szakmai elvárásokkal való kölcsönhatást ragadja meg.¹⁴ Radha Krishna rámutat, hogy amikor erkölcsi-világnézeti problémák talaján az egyes gyűrűk közötti összhang feloldatlanul, vagy feloldhatatlanul felbomlik, morális distressz jöhet létre.¹⁵

Kutatások igazolják, hogy a MD-t megtapasztaló hallgatók számos negatív következménnyel szembesülnek. Egy 2022-ben megjelent rendszerező szakirodalmi áttekintés, amely 2 671 témába vágó absztrakt és 336 közlemény eredményeit vetette egybe az alábbi megállapításra jutott. A szorongás és a depresszió, a jóllét érzésének csökkenése, az empátia erodálódása, a betegellátás veszélyeztetése mellett a kiégés és az orvosi tanulmányok elhagyásának esélye is nagyobb azoknál, akik morális distresszrel érintettek.¹⁶

QUO VADIS, ORVOSI ETIKA?

Számba kell vennünk, hogy kötelességünk egy felelősséget vállalni tudó orvosgeneráció kiművelése, amelynek előfeltétele, hogy a ma elfogadott autonómia-centrikus, a tájékozott beleegyezés doktrínáját és a közös döntéshozatalt szem előtt tartó elméletet interiorizálják, és a leghatékonyabb módon orvosi praxissá tudják tenni úgy is, ha egyes esetekben ettől eltérő osztályos rutinnal találkozunk.

A *nyílt curriculumban* előírt hivatásetikai kötelezettségek hatékony elsajátítását komplikáló, fentebb már kifejtett tényezők mellett, röviden ki kell térnünk két további nehézségre is, amely újfent tágitja az orvostanhallgatók attitűd-és készségfejlesztésének horizontját. Tanulmányunk zárásaként a betegtájékoztatást akadályozó hiányos egészségműveltség és a stressz kognitív pszichológiai következményeit összegezzük.

Az 1997 évi CLIV egészségügyi törvény a *Tájékoztatáshoz való jog* kapcsán leírja, hogy a „beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra.”¹⁷ Az idézett szövegrész alatt tételesen felsorolásra kerülnek az információközlés tartalmi elemei is: a páciens egészségi állapotáról, javasolt vizsgálati/kezelési lehetőségekről, beavatkozással és anélkül várható prognózisról, alternatív/komplementer lehetőségekről, az ellátás céljáról és

¹⁴ Ong, R.S.R. és mtsi: *A systematic scoping review moral distress amongst medical students*. BMC Medical Education 22, 466, 2022. (A továbbiakban Ong, 2022)

¹⁵ Ying P. T. és mtsi: *A Palliative Care Model for the Elucidation of Intention within the Multi-Disciplinary Team (MEI)*. Asian Bioethics Review. 7(4), 2015, 359-370.

¹⁶ Ong, 2022.

¹⁷ 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről. 13.§ (1)

folyamatáról. Mint azt korábban több ízben hangsúlyoztuk, a bioetikai szemlélet alapján az orvosi felelősség esszenciális tétele a tájékozott beleegyezés gyakorlati alkalmazása. Tudnunk kell azonban, hogy a hatékony információ-áramlásnak nem csak közvetítői, hanem befogadói oldalról is lehetnek nehézségei.

Széles körben ismert tény, hogy az ellátás minőségének meghatározó eleme az a rendkívül komplex, multidimenzionális fogalom, amelyet a szakirodalom egészségműveltségnek nevez. Nagy Lászlóné és munkatársai 2015-ös közleményükben több más megközelítés mellett egy integratív definíciót is leírnak, amely szerint „[a]z egészségműveltség kapcsolódik az általános műveltséghez, és együtt jár az emberek tudásával, motivációjával és kompetenciájával, amelyek képessé teszik őket az egészséginformáció megszerzésére, megértésére, értékelésére és alkalmazására azért, hogy tudjanak véleményt mondani és döntést hozni a mindennapi életben az egészségvédelemre, a betegségmegelőzésre és az egészség elősegítésére vonatkozóan, hogy fenntartsák vagy fejlesszék az életminőséget egész életen át.”¹⁸ Amennyiben valaki alacsony egészségműveltséggel rendelkezik és alapvető kognitív hiányosságokkal kényszerül beteg szerepbe, az előre jelzi a szignifikánsan magasabb észlelt stressz szintet.¹⁹

Az észlelt stressz egy bizonyos szint felett nem csak emocionális értelemben vett kellemetlenséggé válik, hanem alapjaiban véve befolyásolja a tanulási képességeinket, ezáltal a tájékozott beleegyezés paradigmáját potenciálisan ellehetetlenítő jelenségről van szó. Egy tanulmány szerint az orvos-beteg interakció során elhangzó információk 40-80%-át azonnal elfelejtjük.²⁰ A szorongás és a stressz memóriára gyakorolt hatása a hír súlyosságával és egzisztenciális következményeivel egyenesen arányosan fokozódik. A figyelem beszűkülésének tipikus esetét nagy hatású cikkében Roy Kessels a következő példával szemlélteti. Képzeli el, hogy az orvos az alábbi kijelentéssel fordul hozzánk: „Ön X betegséggel érintett, ami élete végéig befolyásolja majd a mindennapi tevékenységeit.” Ez az üzenet feltételezhetőleg rátermettségünktől függetlenül legtöbbször váratlanul érintene, figyelmünket beszűkítené, amelynek következményeképpen a járulékos, ám diagnózisunk tekintetében fontos

¹⁸ Nagy L. és mtsi: *Az egészségműveltség online mérése*. 151. o. In: Csapó B. és Zsolnai A. (Szerk.): *Online diagnosztikus mérések az iskola kezdő szakaszában*. Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet (OFI), Budapest, 2015.

¹⁹ Maria M. és mtsi: *Low Health Literacy and Perceived Stress in adults: is there a link?* Central European Journal of Public Health. 29, 2021. 195-200.

²⁰ McGuire L. C.: *Remembering what the doctor said: organization and older adults' memory for medical information*. Experimental Aging Research. 22, 1996. 403-428., idézi: Kessels R.P.: *Patients' memory for medical information*. Journal of the Royal Society of Medicine. 96(5), 2003. 219-222.

információkat már nem tudnánk olyan módon feldolgozni, ami az új tudás elraktározásához kellene.²¹

Az orvos, de az orvosokat képzők felelősségével kapcsolatosan általunk érintett kérdések ékes bizonyítékát adják annak, hogy a magatartástudományok (orvosi etika, orvosi pszichológia, orvosi antropológia orvosi szociológia) pályaszocializációs hatásukat elszigetelten nem, csak egymás mellé rendelten és a képzési tanrendben megfelelő időzítéssel képesek kifejtetni.

²¹ Ibid.